

# Voorlichting aan familieleden van hemiplegie-patiënten

DOOR A. DIATLOWICKI-TOBI, ARTS\*

In de afdeling voor geriatrie en reactivering (240 bedden) van het Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal” te Hilversum is tussen de 40 en 50 procent van de per jaar opgenomen patiënten lijdende aan de gevolgen van een vaataccident in cerebro. Een en ander wordt toegelicht in het volgende overzicht:

| Kalenderjaar  | 1962 | 1963 | 1964 | 1965 | 1966 |
|---|------|------|------|------|------|
| Totaal aantal opnamen                                   | 499  | 584  | 589  | 743  | 622  |
| Vaataccidenten in cerebro van het totale aantal opnamen | 183  | 256  | 283  | 407  | 287  |

Op het ogenblik van het schrijven van dit artikel werden 128 patiënten verpleegd wegens een vaataccident in cerebro. Van hen waren er 46 tevens getroffen door afasie en achttien patiënten spraken ernstig dysartrisch. Dat wil niet zeggen dat ongeveer een derde deel van alle hemiplegie-patiënten tevens afatische stoornissen vertoont. Het hoge aantal patiënten met spraakstoornissen is te verklaren door het feit dat in „Zonnestraal” een team, bestaande uit een psychologe, enige in afasie gespecialiseerde logopedisten, een kunstschilder, een expert in beweging en mimiek, een „welfare”-werker, een arbeidstherapeute en de afdelingsartsen, in onderling nauwe samenwerking bezig is een geheel nieuwe benadering van het afasieprobleem te ontwikkelen. Om deze reden wordt frequenter opneming aangevraagd voor hemiplegie-patiënten mét dan zonder spraakstoornissen. Een aantal van de patiënten die met de diagnose afasie worden ingezonden, blijkt aan dysartrie te lijden.

Daar bij de leek over het algemeen een volledige onbekendheid met het verschijnsel der afasie bestaat, ontstond de behoefte aan een eenvoudig gestelde brochure ter voorlichting van de familieleden der door afasie getroffen patiënten. Hierdoor zou een aantal misvattingen uit de weg kunnen worden geruimd terwijl de meest frequent gestelde vragen kunnen worden beantwoord. De bedoeling was dat de familie meer begrip voor de situatie waarin de patiënt verkeerde, zou krijgen en in sommige gevallen daadwerkelijk zou kunnen bijdragen aan de therapie. Door toevallige omstandigheden kregen wij een brochure in handen die in Zuid-Afrika in soortgelijke gevallen wordt gebruikt. Me-

juffrouw Dra. L. H. M. de Braconier, psychologe, en mevrouw M. van Ravensberg-Sluis, logopediste, bewerkten en completeerden deze brochure in briefvorm voor gebruik in Nederland.

Daar ook op het gebied van de hemiplegie vele misverstanden bleken te bestaan, besloot schrijfster dezese een voorlichtingsbrochure over dit onderwerp te vervaardigen. Hoewel beide „voorlichtingsbrieven”, voorlopig in stencilvorm, nog slechts sinds korte tijd worden uitgereikt, blijken zij in een behoefte te voorzien. Zij volgen hieronder volledig. De academisch gevormde lezer dient er mede rekening te houden dat zoveel mogelijk is gepoogd de gemiddelde leek te bereiken met een taalgebruik en stijl die bij hem aanspreken, zonder in de populaire schrijfrant van bijvoorbeeld een tienerblad te vervallen. De stijlfouten zijn dus bewust gemaakt.

## Bijlage 1

### Brochure bestemd voor familieleden van hemiplegie-patiënten

#### DE HALFZIJDIGE VERLAMMING

*Oorzaak.* De oorzaak van de halfzijdige verlamming is gelegen in beschadiging van hersencellen. Men spreekt vaak van een beroerte of een attaque. Vroeger dacht men dat er een hersenbloeding aan ten grondslag lag, maar het is gebleken dat dit zelden het geval is bij die mensen, die in leven blijven. Meestal is er dan sprake van een tekortschieten van de bloedsomloop in de hersenen hoewel er ook andere oorzaken zijn. De ernst van de verlamming hangt af van de hoeveelheid beschadigd hersenweefsel en de kans op herstel van de verlamming hangt af van de mogelijkheid tot herstel van de hersencellen. Daardoor verschillen de mogelijkheden van de ene patiënt sterk van die van de andere en er is nooit een vaste voorspelling te doen over de mate van herstel of de duur daarvan. U mag dus nooit „uw” patiënt vergelijken met zijn buurman of buurvrouw. Wat u verder in deze brief zult lezen geldt voor de meeste halfzijdig verlamde patiënten, maar het kan zijn dat niet alles geldt voor „uw” speciale patiënt.

*Geestestoestand.* Voor iedereen die getroffen wordt door een halfzijdige verlamming geldt dat hij er van schrikt en zich door zijn lichaam in de steek gelaten voelt. Een arm en een been die gisteren nog deden wat hij wilde, zonder dat hij er bij nadacht, zijn nu „in staking” gegaan. In het begin voelen vele patiënten deze lichaamsdelen als iets vreemds en vijandigs. Het aanvaarden van de uitval ervan kost grote moeite. Begrijpelijk dat de patiënt verdrietig is en zich een nutteloos stuk wrakhout voelt dat een belasting is voor zijn familie. Alleenstaanden hebben daarbij de angst voorgoed hun zelfstandigheid kwijt te zijn en nooit meer hun eigen huis en bezittingen waaraan zij soms een mensenleven lang gehecht waren terug te zullen zien. Dat een redelijke zelfstandigheid door geduldig oefenen meestal wel degelijk mogelijk is, kunnen zij in het begin niet begrijpen. Het is de taak van het ziekenhuis en van u als fa-

\* Uit de afdeling Geriatrie van het Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal” te Hilversum, hoofd: Dr. J. Th. R. Schreuder.

milie de patiënt moed in te spreken, zodat hij kan beginnen met de moeilijke opgave zijn zelfstandigheid te herwinnen. Men moet vooral niet zeggen dat de patiënt te oud is om te leren. Het is voldoende bewezen dat zelfs hoog bejaarde patiënten weer tot zelfstandigheid kunnen komen.

Naast de begrijpelijke verdrietigheid komt nog iets anders. De ziekte brengt een verhoogde gevoeligheid met zich mee zodat de patiënt ook om dingen die een ander mens niet aan het huilen brengen, dikke tranen kan schreien. Een onverwachte lichte emotie brengt de patiënt al aan het huilen. Bijvoorbeeld het bezoeken en vooral de aankomst en het vertrek van de bezoekers is voor vele halfzijdig verlamde patiënten al voldoende om hen tot tranen te brengen. Het feit dat een patiënt gedurende ieder bezoek zit te snikken, wil dus niet altijd zeggen dat hij zeer bedroefd is of ernstig heimwee heeft. Deze vorm van verdrietsuiking gaat niet diep en dit zogenaamde dwanghuilen hindert de patiënt vaak even zeer als zijn bezoekers, omdat het hem belet een normaal gesprek met hen te voeren. Gewoon spreken, geen overdreven medelijden tonen, afleidend babbeln over dagelijkse, niet opwindende kleinigheden helpt de patiënt in de regel het beste. Als men er teveel aandacht aan besteedt of hem zegt: „niet zo flauw te doen” maakt men het dwanghuilen erger. U moet de patiënt vooral niet behandelen als een huilend kind, dus niet te veel troosten en vooral niet berispen.

*Het verstand.* Bij sommige patiënten treedt enig verlies van verstandelijke vermogens op, maar bij het beoordelen hiervan is grote voorzichtigheid geboden. In vele gevallen is er geen sprake van verstandsvermindering en wordt groot verdriet bij de patiënt veroorzaakt wanneer zijn familie dit denkt en hem gaat behandelen als iemand die niet goed bij zijn verstand is of kinds. Door het spoediger gaan huilen, verandering van gedrag door stoornis van het gezichtsvermogen of stoornissen van het taalbegrip lijkt het soms of de patiënt in verstand is achteruitgegaan terwijl dit niet zo is. Wij moeten dit dan ook nooit zonder meer aannemen en precies zo met de patiënt blijven omgaan als voorheen. Ook een periode van in de war zijn in het begin van de ziekte (vooral als de patiënt veel in bed ligt) wil niet zeggen dat de patiënt kinds is geworden. Dit hoort bij het ziektebeeld en kan weer geheel verdwijnen.

*Het been.* In de meeste gevallen herstelt het been zich het eerst en het best. In de regel lijkt het op den duur de patiënt betrouwbaar te leren lopen, al is het meestal met een wandelstok. Kan iemand weer goed lopen met een stok, dan is het ook altijd mogelijk hem trappen te leren lopen, mits er aan beide zijden van de trap een leuning zit zodat de patiënt zowel bij op- als aflopen een leuning aan zijn „goede” kant heeft. Een étagewoning is dus in de meeste gevallen geen ernstig bezwaar. Ook het buitenlopen wordt zoveel mogelijk aangeleerd.

In sommige gevallen blijft de voet slepen. Daar dit het gevaar van struikelen met zich meebrengt moet er dan wel eens een beugel aan schoen en onderbeen gedragen worden waardoor het lopen betrouwbaarder wordt. Voor alle halfzijdig verlamde patiënten geldt dat zij stevige schoenen met brede, lage hakken moeten dragen die hoog over de voet sluiten. Alleen deze schoenen geven voldoende steun. Op pantoffels mogen patiënten met een halfzijdige verlamming nooit lopen, trouwens patiënten met andere loopstoornissen ook niet.

*De arm.* Zeer dikwijls blijven arm en hand gedeeltelijk of geheel verlamd. Dit is een moeilijk aanvaardbaar feit voor de patiënt en wij zien herhaaldelijk dat mensen die al prachtig lopen en zich met de „goede” hand hebben leren redden, uitsluitend oog hebben voor hun „zieke” arm en zodoende de verkregen resultaten niet zien. Men vergeet dan dat iedereen zich met één hand kan leren behelpen maar dat niemand op één been kan leren lopen. Men hecht teveel waarde aan de arm. Het is inderdaad ook voor de meeste halfzijdig verlamde mensen mogelijk zich goed te leren redden met één hand (ook als dit de linker hand is) en zij krijgen hierin zo nodig les van een arbeidstherapeute, zowel wat wassen en kleden als wat huishoudelijke hande-

lingen betreft. Ook kan men goed met één hand leren handwerken.

*Het spreken.* Sommige patiënten spreken wat onduidelijk doordat ook hun gezicht half verlamd is. Meestal komt hierin vanzelf verbetering. Andere patiënten hebben een verlamming van mond, tong en stembanden, waardoor het spreken ernstig bemoeilijkt of onmogelijk wordt. Deze patiënten hebben ook last met het slikken en moeten soms met een slangetje gevoed worden. Een derde groep patiënten lijdt aan de ernstige spraakstoornis die afasie heet en waarbij ook het begrip voor de taal dikwijls gestoord is. Als „uw” patiënt hieraan lijdt krijgt u nog een brief van ons die speciaal over deze afwijking gaat.

*Het zien.* Lang niet alle halfzijdig verlamde patiënten hebben gezichtsstoornissen, maar bij een aanval valt ook het gezichtsvermogen voor de helft uit en wel aan de verlamde kant. Beide ogen zien dan alleen de „gezonde” zijde. Het is in dat geval belangrijk dat u altijd aan de „goede” kant van de patiënt gaat zitten, als u met hem praat en dat het bed, als hij eens ziek is, zo staat dat zijn verlamde kant naar de muur is gericht zodat de patiënt kan zien wat er in de kamer gebeurt. In het begin heeft de patiënt ernstige last van deze halve gezichtsuitval, vooral bij het lezen. Velen passen zich op den duur aan en leren zich ook met lezen weer redden. Natuurlijk is het ook zonder gezichtsuitval van groot belang dat de patiënt, die immers met een handicap moet leren lopen en werken, goed kan zien zodat een eventuele bril regelmatig gedragen en gecontroleerd moet worden. (Hetzelfde geldt vanzelfsprekend voor een gehoorapparaat.) U kunt u nu misschien voorstellen met welke moeilijkheden uw patiënt te kampen heeft en u kunt hem daarbij helpen door een aantal reeds genoemde dingen te doen en een aantal dingen na te laten.

Hier volgen nog een paar algemene raadgevingen:

- 1 Geef de patiënt een reden om beter te willen worden. Als hij (of zij) de moed opgeeft, laat dan uw vertrouwen in hem blijken, vraag hem terwille van u, de kinderen of kleinkinderen zijn best te doen en mee te werken.
- 2 Behandel de patiënt *nooit* als een kind. Vele gezonde mensen hebben de neiging op een beschermende of kinderachtige manier te gaan praten omdat de (nog) hulpeloze patiënt, die gauw huilt, aan een kind doet denken. Dit is de grootste fout die men kan maken omdat de patiënt dan maar op twee manieren kan reageren: of hij wordt boos en opstandig (de lastige patiënt die niets meer wil) of hij doet maar mee (de kinderlijke patiënt die niets meer kan). Bovendien is het een groot verlies voor uzelf omdat u zo iemand onmogelijk nog op dezelfde manier kunt beschouwen als u tevoren uw echtgeno(o)t(e) of uw ouder beschouwde. Blijft hem behandelen als een gezond volwassen mens, ook al zal dit u in sommige gevallen moeite kosten.
- 3 De behandeling is gericht op herstel van de zelfstandigheid. Laat dus de patiënt zoveel mogelijk zelf doen. Als hij er langer over doet dan een ander moet u hem niet helpen omdat „u het niet meer aan kunt zien” of omdat „het met helpen vlugger gaat”. Zelfbeheersing en liefde zijn hier van onschatbare waarde. U zult merken dat dit een zeer moeilijke opgave is, maar uw „gebrek aan hulpvaardigheid” is in het belang van uw patiënt want elke vorm van hulp zal hem een gevoel van onvolwassenheid geven zelfs al heeft hij er misschien eerst wel om gevraagd.
- 4 Blijf niet staan kijken als de patiënt iets doet, dit maakt hem zenuwachtig waardoor hij dingen die hij wel in alle rust kan doen, ineens niet meer kan. (Kunt u iets wat u pas geleerd hebt doen als men op uw vingers kijkt?)

Nog een enkel woord over de behandeling. In dit ziekenhuis wordt niet alleen de ziekte (of meer ziektes) van de patiënt behandeld, maar bovendien wordt hem (haar) geleerd zoveel mogelijk weer zelfstandig te worden. Eerst

moet de patiënt leren zich zonder hulp te redden met wassen, kleden en naar de W.C. gaan. Daarna leren wij hem (haar) ook nog zich weer in het huishouden te redden als dit mogelijk en noodzakelijk is. Hieraan werkt het hele personeel mee.

*De zusters.* Als u hoort dat de zusters de patiënt „niet willen helpen”, komt dat omdat de patiënt moet leren het weer zelf te doen. *Natuurlijk* wordt de patiënt in het begin wel geholpen als het blijkt dat hij het werkelijk niet kan, maar vaak denkt hij dan meer hulp nodig te hebben en beklagt zich dus. In tegenstelling tot andere zieken zijn de patiënten met halfzijdige verlamming een groot deel van de dag op, geheel gekleed. Dit zijn dingen waaraan iedere zieke moet wennen en dikwijls is hij geneigd de verpleging de schuld te geven van deze ongebruikelijke dingen omdat hij in het begin nog moeilijk kan begrijpen dat het voor zijn bestwil is.

*De heilgymnasten.* Hun werk bestaat uit het helpen versterken van zwakke spieren, het in beweging houden van de verlamde gewrichten en het oefenen van de „gezonde kant” die tenslotte het meeste werk moet doen als de patiënt weer loopt. Zij moeten langzaam maar zeker de patiënt weer aan het lopen krijgen door hem te laten oefenen. De naam masseur is verkeerd, met masseren (= wrijven over de huid) komen zwakke spieren niet weer op gang. Niemand kan 3 of 4 uur gymnastiek doen, zeker niet een zieke. Dus oefenen de heilgymnasten telkens kort met hun patiënten en laten hen dan weer wat rusten voordat zij met een andere oefening beginnen.

*De arbeidstherapeute.* Zij oefent met de patiënten die dat nodig hebben allerlei handelingen met één hand, zoals aankleden, wassen, naar de W.C. gaan, veters dichtknopen en huishoudelijk werk. Ook leert zij in sommige gevallen het omgaan met geld, schrijven en andere noodzakelijke handelingen. Als er hulpmiddelen of veranderingen thuis nodig zijn neemt zij contact op met u of gaat zo nodig thuis kijken.

*De maatschappelijk werkster.* Meestal hebt u al met één van hen kennis gemaakt. Ook na het ontslag houden de maatschappelijk werksters contact met de patiënt en zij kunnen bij moeilijkheden altijd geraadpleegd worden (in Amsterdam de maatschappelijk werkster van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst). Ook tijdens de opname kunt u hen bij moeilijkheden steeds raadplegen.

*De welfarewerksters.* Veel mensen denken dat het zogenaamde welfarewerk aardige tijdspassing is om de patiënten bezigheid te geven. Voor het herstel van het gevoel van eigenwaarde van onze halfzijdig verlamde patiënten is dit werk echter onmisbaar. De welfarewerksters hebben vele soorten handwerk ontworpen die met één hand kunnen worden gedaan zowel vrouwelijke als mannelijke handenarbeid. U moet u proberen voor te stellen wat het zeggen wil voor een halfzijdig verlamde patiënt als hij zelf weer iets moois en nuttigs kan maken, terwijl hij al gedacht had een menselijk wrak te zijn! Het welfarewerk is niet verplicht, de patiënt mag het weigeren, hij doet het vrijwillig, wat ook zijn gevoel van „weer iemand te zijn” vergroot. U kunt soms meewerken aan het herstel door de patiënt te vragen iets voor u te maken.

*De gastvrouw.* In de meeste conversatiezalen is een gastvrouw aanwezig die de patiënten op hun gemak stelt, hen in de gemeenschap probeert te betrekken en vooral met de eenzamen regelmatig contact zoekt, zo nodig met hen gaat rijden, boodschappen doen en probeert de algemene gezelligheid te vergroten.

*Het afasieteam.* De spraakleraresen, de kunstschilder, de leraar in gebaar en mimiek, de welfareidster en de psychologe werken samen om de met ernstige spraakstoornissen getroffen patiënt te helpen.

Indien u meer wilt weten over de behandeling of vragen

hebt over moeilijkheden van de patiënt kunt u altijd een afspraak maken met de dokter of de hoofdzuster. In sommige gevallen bestaat de behoefte aan een instructiedag waarop u een hele morgen of middag kunt komen om precies mee te maken wat uw patiënt wel en niet kan. Als de patiënt weer thuis is kunt u daar voordeel van hebben.

\* \* \*

*Bijlage 2.*

*Brief bestemd voor familieleden van patiënten met afatische stoornissen en/of dysartrie*

U ontvangt dit schrijven, omdat een lid van uw familie een ziekte heeft doorgemaakt, die het spraakvermogen heeft aangetast. Deze aantasting van het spraakvermogen wordt *afasie* genoemd. Als een patiënt afatisch is betekent dit, dat hij moeilijkheden heeft met het spreken. Soms begrijpt hij ook niet goed meer wat er tegen hem wordt gezegd. Het is belangrijk dat U iets afweet van afasie. U weet dan beter hoe U de patiënt kunt helpen en hoe U met hem moet omgaan, bijvoorbeeld als U op bezoek komt of wanneer de patiënt weer naar huis toe gaat. Het is een grote steun voor de patiënt als U begrip heeft voor zijn toestand. Het is voor hem een verschrikkelijke gewaarwording, dat hij niet meer kan zeggen wat hij wil en de mensen om hem heen vaak niet voldoende begrijpt. Het maakt hem verdrietig en wanhopig, vooral als hij daarbij nog het gevoel heeft, dat zijn omgeving niet begrijpt wat er met hem aan de hand is.

Om te beginnen is het goed dat U weet, dat *afasie* niet wil zeggen dat de patiënt zijn verstand heeft verloren. Het kan zijn, dat de patiënt dingen zegt die op wartaal lijken. Dit komt door de stoornis in zijn spreken. Het betekent niet, dat de patiënt „vreemd” is geworden of „niet goed meer bij zijn hoofd is”.

Bij patiënten met afasie kunnen allerlei moeilijkheden optreden. Hieronder wordt een aantal van deze moeilijkheden beschreven. Ze behoeven echter niet allemaal tegelijk bij een patiënt voor te komen. Er zullen er ook zijn, waar U in uw geval niet mee te maken krijgt. De punten, die voor U van belang zijn, vindt U hieronder aangeestreept.

*1 - Het begrijpen van taal.* Sommige patiënten hebben het begrip voor taal grotendeels verloren. Zij begrijpen dus weinig van wat U tegen hun zegt. Soms begrijpen ze ook geen gebaren meer en kunt U hen dus ook niet met gebaren duidelijk maken wat U bedoelt.

*2 - Het spreken.* De patiënt kan niet meer goed onder woorden brengen wat hij zeggen wil. Soms zegt hij alleen nog maar een paar klanken of woorden. Vaak is de patiënt veel gewone woorden, die wij in een gesprek gebruiken, kwijt en gebruikt hij daarvoor verkeerde woorden of woorden, die niets betekenen. Er zijn patiënten, die veel praten maar daarbij alleen maar woorden gebruiken die geen betekenis hebben, zodat we niet kunnen begrijpen wat ze er mee willen zeggen.

*3 - Het lezen en schrijven.* Het lezen en schrijven is meestal achteruit gegaan. De patiënt kan soms alleen maar losse woorden lezen. Als hij een zin leest, begrijpt hij niet goed wat er staat. Bij het schrijven weet hij soms niet meer, hoe hij de letters moet vormen, of hij maakt veel fouten bij het opschrijven van woorden.

Er kunnen nog verschillende andere moeilijkheden zijn:  
a) Sommige patiënten weten wel precies wat zij zouden willen zeggen, maar zij kunnen de woorden niet meer vormen. Dit komt, omdat zij het gevoel verloren hebben hoe zij hun lippen en tong moeten bewegen om de woorden uit te spreken. Als zij iets fout zeggen, horen zij het zelf wel maar kunnen het niet verbeteren.  
b) Het spreken gaat soms langzaam en moeilijk, omdat de spieren van tong, mond en keel zijn aangetast. Patiënten, bij wie dit het geval is, kunnen ook moeilijkheden hebben met kauwen en slikken.

c) Ook kan de patiënt moeite hebben om allerlei voorwerpen te hanteren, ook met de hand die niet is verlamd. Hij kan het gevoel voor richting en afstand hebben verloren, waardoor hij allerlei gewone handelingen niet goed meer kan uitvoeren.

d) Patiënten met afasie hebben vaak de neiging om hetzelfde woord of eenzelfde zinnetje steeds weer te herhalen. Zij horen dit soms wel van zichzelf, maar het is net of zij van bepaalde woorden niet los kunnen komen. Het helpt in zo'n geval dan ook niet als men hen verbetert.

e) De patiënt kan moeite hebben de dingen om hem heen te zien. Zijn gezichtsveld is kleiner geworden, dat wil zeggen, dat hij de dingen die rechts en links van hem zijn niet even goed ziet. Bij patiënten die rechtszijdig verlamd zijn is soms aan de rechter kant een deel van het gezichtsvermogen verdwenen. Wat rechts van hen is zien zij dus niet goed meer. Als U met de patiënt praat, kunt U dus het beste aan zijn linker kant gaan zitten, dus aan zijn goede kant. Als U hem iets wilt laten zien of iets aangeeft, moet U dat ook aan zijn linker kant doen. Bij een patiënt, die linkszijdig is verlamd, is dat net andersom. Hij ziet de dingen die links van hem zijn niet meer. U kunt dan het beste aan zijn rechter kant gaan zitten.

f) De patiënt is vaak overgevoelig en gauw in de war. Hij huilt gemakkelijk en raakt gemakkelijk opgewonden. Sommige patiënten zijn erg neerslachtig, omdat zij voelen dat zij het contact met de mensen om hen heen kwijt zijn en zich erg eenzaam voelen. Andere patiënten trekken zich in zichzelf terug. Ze hebben het gevoel, dat ze niets meer kunnen en niets meer de moeite waard voor hen is. Veel patiënten kunnen er slecht tegen als iets in hun omgeving afwijkt van de normale en vertrouwde gang van zaken. Zij kunnen van streek raken als men dingen, waaraan zij gewend zijn, opeens gaat veranderen.

Als U zich probeert in te denken, wat al deze moeilijkheden voor de patiënt betekenen, dan zult U begrijpen dat hij vaak diep ongelukkig onder zijn toestand is. U van uw kant kunt de patiënt helpen door vooral geduldig met hem te zijn en hem het gevoel te geven, dat U naast hem staat. U moet niet denken dat U maar niet teveel tegen hem moet zeggen. Het is begrijpelijk dat U tegen hem praat, ook al begrijpt hij U misschien niet helemaal. Praat rustig en duidelijk in korte, eenvoudige zinnen, praat vooral over de

dingen in zijn omgeving en dingen, waarvoor hij vroeger belangstelling had. Ga niet een kindertoontje tegen patiënt aanslaan, maar behandel hem als de volwassen mens die hij vóór zijn ziekte was. Probeer te begrijpen, wat de patiënt tegen U zegt, ook al is dat moeilijk voor U. Probeer hem op gang te helpen als hij U iets wil vertellen en er niet de goede woorden voor kan vinden. U zult merken wat een opluchting het voor de patiënt is als hij tenslotte weet, dat U hem heeft begrepen. Als hij steeds hetzelfde woord blijft herhalen, leidt dan zijn aandacht hiervan af. Dikwijls kan de patiënt dan later weer normaal verder gaan of een goed antwoord geven.

Indien de patiënt opgewonden of wanhopig raakt of wanneer hij krampachtig probeert iets te zeggen terwijl het niet lukt, tracht hem dan te ontspannen. Patiënt moet wel proberen weer te gaan spreken, maar dit moet in een rustige, prettige sfeer gaan. Als hij zenuwachtig wordt gaat het spreken meteen veel moeilijker.

Wanneer de patiënt weer thuis is, is het nodig dat hij een rustig en geregeld leven leidt. Het is goed als hij een vaste dagindeling heeft en ook vaste bezigheden. De patiënt moet niet aan zichzelf worden overgelaten. Men moet zoeken naar bezigheden, die men samen met hem kan doen en waarmee hij, als dat mogelijk is, ook alleen bezig kan zijn. Het is goed als de patiënt zich op de een of andere wijze weer nuttig voelt.

In het Algemeen Ziekenhuis Zonnestraal wordt alles gedaan om bij patiënt het spreken en begrijpen zoveel mogelijk te herstellen. Patiënt krijgt spraaklessen van een logopedist, zowel alleen als in groepjes tezamen met andere patiënten. Hij krijgt ook pantomime-lessen. Dat zijn lessen, waarin hij leert de gebaren die anderen maken te begrijpen. Hij leert ook zelf met behulp van gebaren dat, wat hij niet zeggen kan, aan zijn omgeving duidelijk te maken. Er worden lessen gegeven, waarin hij samen met andere patiënten tekent en zingt. Dit samen met anderen bezig zijn maakt, dat hij zich weer met mensen leert verstaan en de eenzaamheid, waarin hij geraakt is, wordt opgeheven.

Indien U meer wilt weten over de behandeling of vragen heeft in verband met de moeilijkheden van de patiënt, dan zal de logopedist U gaarne hiervoor ontvangen. U kunt zich hiertoe wenden tot . . .

## REFERATEN

VERZORGD DOOR DE STUDIEGROEP ARTIKELENDOCUMENTATIE

**67-33. Bacterial endocarditis: a changing pattern.** *Leading Article (1967) Lancet I, 605.*

In Engeland, Schotland en Wales werden vóór de behandeling met penicilline jaarlijks circa duizend doden ten gevolge van bacteriële endocarditis geregistreerd. Met het invoeren van de nieuwe therapie is dit aantal gedaald en sinds 1954 is het sterftecijfer omstreeks 350 per jaar. Een gedeelte daarvan komt zonder twijfel op rekening van een gemiste diagnose, maar bovendien is het ziektebeeld veranderd: het aantal bejaarden dat aan de ziekte lijdt neemt sterk toe en bij hen zijn afwijkingen van het klassieke klinische beeld te bespeuren.

In een publikatie uit 1951 wordt op een totaal van 408 patiënten met bacteriële endocarditis vermeld, dat 3 procent ouder is dan 60 jaar. In andere publikaties hierover blijkt in de daaropvolgende jaren het percentage lijdens aan bacteriële endocarditis boven de 60 jaar, tot 36 te stijgen.

Deze gegevens zijn uit ziekenhuizen afkomstig en geven geen betrouwbare indruk van het ziektebeeld daarbuiten. De sterftestatistiek ondersteunen deze klinische vondst echter, blijkens het percentage overledenen ouder dan 60

jaar: in 1931: 13 procent, in 1954: 30 procent en in 1963 47 procent. Deze cijfers worden vermoedelijk gedeeltelijk verklaard door een groter aantal genezingen op jeugdige leeftijd en door een toenemende bevolking „at risc” boven de zestig. De redactie van Lancet vermoedt bovendien een reële toename van de ziekte.

In Aberdeen vonden Hughes & Gauld bij jonge bacteriële endocarditis-patiënten gewoonlijk een hartafwijking ten gevolge van reuma in de anamnese. Vaak bleek de oorzaak van de bacteriële endocarditis streptococcus viridans te zijn. Oude patiënten hadden daarentegen vaak geen reumatische hartaandoening in de anamnese. Bij hen was een infectie met een meer virulent organisme regel. Onder hun 68 patiënten waren 24 zonder tekenen van een reumatisch klepgebrek vóór het uitbreken van de endocarditis; de gemiddelde leeftijd in die groep was 64 jaar. Dit in tegenstelling tot 38 patiënten met een reeds bekende reumatische hartafwijking: hun gemiddelde leeftijd was 35 jaar.

De ziekte kan gezonde harten aantasten en het is beslist niet zeldzaam dat de endocarditis boven atheromateuze degeneraties of verkalkingen van kleppen wordt gevonden.