

# Wegwijzer Cepas



**UPC Duffel**

geestelijke gezondheidszorg  
emmaüs

Rooienberg 21, 2570 Duffel  
015 30 45 45  
[www.cepos.be](http://www.cepos.be)



# Inhoud

<b>Wat is Cepas?</b> .....	<b>4</b>
<b>Niet-aangeboren hersenletsel</b> .....	<b>5</b>
Onderzoeken in het kader van revalidatie .....	5
Revalidatie en therapieën .....	7
Verloop van de revalidatie.....	12
<b>Epilepsie</b> .....	<b>13</b>
Onderzoeken in het kader van epilepsie .....	13
Behandeling bij epilepsie.....	15
Ontslag en nazorg .....	16
<b>Slaapstoornissen</b> .....	<b>17</b>
Diagnosestelling .....	17
Behandeling .....	18
Nazorg .....	20
<b>Bereikbaarheid</b> .....	<b>21</b>
Met eigen vervoer .....	21
Met de trein .....	21
Met de bus.....	21
<b>Contactgegevens</b> .....	<b>22</b>



# Wat is Cepas?

CEPOS staat voor: Centrum voor Epilepsie en Psycho-Organische Stoornissen\*

CEPOS richt zich tot:

## 1. Volwassenen met een Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH)

- > die een hersenletsel opliepen na een ongeval, hersenbloeding, herseninfarct, herseninfectie, tumorresectie, ...
- > die uitvalsverschijnselen vertonen op het vlak van aandacht, geheugen, taal, logisch denken of planning, maar een normaal bewustzijn hebben
- > waarbij het hersenletsel binnen de twee jaar werd verworven en er nog een belangrijke revalidatiemogelijkheid bestaat.

## 2. Volwassenen met epilepsie

- > bij wie de diagnose moet gesteld worden op basis van onderzoek
- > die ondanks de gebruikelijke behandeling nog te veel aanvallen hebben of te veel bijwerkingen ondervinden van de medicatie
- > bij wie zich in het dagelijkse leven problemen voordoen als gevolg van hun epilepsie.

## 3. Volwassenen met slaapstoornissen

- > die inslaap-, doorslaap- of slaapritmestoornissen hebben
- > die overdreven slaperig zijn overdag
- > die tijdens het slapen snurken of ademhalingsproblemen hebben.

\* POS = NAH (Niet-Aangeboren Hersenletsel)

# Niet-aangeboren hersenletsel

## Onderzoeken in het kader van revalidatie

Vooraleer we starten met revalidatie vinden enkele onderzoeken plaats om een gedetailleerd beeld te krijgen van de problemen van de patiënt. Volgende onderzoeken kunnen worden gepland tijdens de onderzoeksfase.

### Neurofysiologische onderzoeken

Deze onderzoeken worden uitgevoerd in het labo van het CEPOS.

#### > **Basis EEG**

We meten de elektrische activiteit tussen de verschillende hersengebieden. Hiervoor plaatst de laborant drie elektroden en een elektrocap op het hoofd van de patiënt. Tijdens het onderzoek geven we een aantal opdrachten zoals ogen openen en sluiten, drie minuten snel en diep in- en uitademen. Op het einde zenden we met een stroboscoop lichtflitsen uit.

Duur: tot 35 minuten

#### > **Langdurige registratie**

Een langdurig EEG is een EEG-onderzoek waarbij we de registratie combineren met een klinische observatie.

Duur: enkele uren in de voor- of namiddag

#### > **Slaaponderzoek (+ 21-kanaalsregistratie)**

Dit is een onderzoek waarbij we de EEG-activiteit gedurende de nacht meten en waarbij achteraf de gegevens door een computerprogramma worden geanalyseerd. Het onderzoek toont ook een beeld van de slaapkwaliteit. Ter voorbereiding brengen we een aantal elektroden aan op het hoofd. Samen met de hersenactiviteit meten we de ademhaling, het hartritme en het zuurstofgehalte in het bloed.

Duur: 1 nacht

### Beeldvormende onderzoeken

Deze onderzoeken worden uitgevoerd in het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten.

#### > **Spect**

Bij de SPECT ('Single Photon Emission Computed Tomography') spuit een verpleegkundige een kleine dosis van een kortlevende radio-isotoop in. De hersenen nemen dit product op en zenden een gammastraal uit. Deze straling wordt gedetecteerd en tot een beeld verwerkt. De SPECT geeft vooral informatie over de bloedcirculatie.

Duur: ongeveer 40 minuten

> **CT**

CT of Computertomografie is een onderzoek waarbij een smalle bundel röntgenstralen in een cirkel om de hersenen draaien. De uittredende stralen worden opgevangen door een aantal meetelementen. De verschillen in intensiteit worden door een computer verwerkt tot een contrastbeeld.

> **MRI**

Bij de MRI ('Magnetic Resonance Imaging') wordt de patiënt in een sterk magneetveld gebracht, waarna we door het uitzenden van magnetische golven informatie krijgen over de eigenschappen van de hersenen. Deze informatie wordt door een computer in beelden omgezet, analoog zoals voor een CT onderzoek.

Duur: variërend van 30 tot 90 minuten

> **Opmerking**

Voor de MRI is het belangrijk dat de patiënt geen juwelen of hoorapparaat draagt. Patiënten met osteosynthesemateriaal (bij botbreuken) of een pacemaker waarschuwen altijd de verpleegkundigen op voorhand.

### Neuropsychologisch onderzoek

Aan de hand van een uitvoerig onderzoek, dat bestaat uit een reeks tests en taken die peilen naar verschillende cognitieve functies (bv. aandacht, geheugen, planningsvermogen en probleemoplossend denken), brengen we de aard en de ernst van de cognitieve stoornissen na een NAH in kaart. Op basis van het neuropsychologisch onderzoek proberen we (1) een zo juist mogelijk beeld te krijgen van zowel de normale als de zwakke cognitieve prestaties van de patiënt en (2) vervolgens een individueel cognitief revalidatieplan op te starten.

Aan de hand van vragenlijsten en een gesprek met de patiënt en familieleden peilen we ook naar eventuele emotionele problemen (bv. verwerking- en aanvaardingsproblemen, depressieve stemming, angsten, ...). We gaan eveneens na of er door het NAH gedragsveranderingen (bv. verhoogde prikkelbaarheid, interesse- en initiatiefverlies, ...) vastgesteld kunnen worden.

### Logopedisch onderzoek

De logopedist informeert zich eerst via het dossier en de patiënt zelf over de problemen op het gebied van de communicatie. Vervolgens plannen we de nodige onderzoeken. We kijken steeds naar de stoornis (taal, spraak, slikken of communicatie), maar ook naar de impact van de stoornis op de persoon en zijn omgeving (bv. minder praten door angst om fouten te maken).

- > **Taalonderzoek:** hiermee onderzoeken we het taalbegrip alsook de taalproductie. Taalbegrip omvat mondeling en schriftelijk begrijpen van woorden en zinnen. Met taalproductie bedoelen we woordvinding, lezen en schrijven. We kijken naar de inhoud van wat iemand zegt, de manier waarop iemand iets zegt en waarop iemand zinnen bouwt.
- > **Spraakonderzoek:** hier focussen we ons enkel op de manier waarop iemand iets zegt. We evalueren bijvoorbeeld de articulatie, de heesheid van de stem en de spraakverstaanbaarheid.
- > **Slikonderzoek:** hiermee beoordelen we of iemand veilig kan slikken. We observeren tijdens een eetmoment of iemand zich verslikt, of vaak hoest, of dat er voedsel in de mond achterblijft.

- > **Communicatieonderzoek:** hier bekijken we de communicatie in zijn geheel. We beoordelen meer dan alleen de taalinhoud. We letten ook op hoe iemand zijn taal aanpast aan zijn omgeving (bv. je spreekt anders tegen een arts dan tegen een familielid), hoe hij zijn taal structureert (bv. van de hak op de tak springen) en hoe hij reageert op anderen (bv. weinig interactie, anderen onderbreken, lang aan het woord blijven, ongepaste moppen maken).

### Neuromotorisch onderzoek

In het neuromotorisch onderzoek evalueren we een aantal items zoals kracht, gewrichtsmobiliteit, gevoeligheid, coördinatie, evenwicht en spiertonus. We gaan ook een aantal functionele vaardigheden na zoals het gangpatroon en de arm-handfunctie. We onderzoeken ook eventuele orthopedische letsels. Deze gegevens gebruiken we samen met een conditietest om het motorisch functioneren van de patiënt adequaat in te schatten. Rekening houdend met de verwachtingen van de patiënt stellen we een individueel revalidatieplan op.

### Ergotherapeutisch onderzoek

De ergotherapeuten werken met het 'Cognitive Disabilities Model' (CDM). Dit model reikt een kader aan om op een meer globale manier te kijken naar de individuele cognitieve problematiek. Het accent wordt minder gelegd op de handelingsbeperkingen zelf maar eerder op de concrete gevolgen ervan in het dagelijks handelen. Deze benadering is een goede manier om op een relatief eenvoudige wijze de aard en de ernst van cognitieve beperkingen in te schatten en gepaste zorg (functionele therapie) op maat aan te bieden.

Het CDM hanteert zes functionele niveaus of levels. Hulpverleners weten zo beter waar de mogelijkheden en grenzen van de patiënten liggen.

Via de 'Cognitive Performance Test' (CPT) bepalen we het 'level'. Het doel hiervan is om het functioneel niveau van de patiënt in kaart te brengen. Dit gebeurt door de patiënt een aantal praktische opdrachten te laten uitvoeren met vertrouwde materialen.

Naast de afname van de CPT, onderzoeken de ergotherapeuten ook de fijne motoriek aan de hand van specifieke tests.

### Verpleegkundige observaties

Naast de onderzoeken die al werden vermeld, is een observatie van het algemeen dagelijks functioneren van de patiënt op de afdeling ook belangrijk met het oog op verdere revalidatie en het eventuele gebruik van hulpmiddelen. De verpleegkundige ontmoet de patiënt tijdens verschillende tijdstippen van de dag en kan zo een beeld krijgen met betrekking tot de eetsituatie, het ochtendtoilet, de contacten met anderen, ...

Bij de start van de opname zal een verpleegkundige worden aangesteld als persoonlijke begeleider (PB). Deze PB is het aanspreekpunt van de patiënt tijdens de totale duur van de revalidatie.

## Revalidatie en therapieën

Een revalidatieprogramma kan meerdere maanden duren. Zolang de vooruitgang betekenisvol is, blijft het aangewezen om de revalidatie verder te zetten. Wanneer we geen noemenswaardig herstel meer

verwachten, zoeken we met het team naar een gepaste nazorg betreffende de maatschappelijke re-integratie.

Op basis van de onderzoeksresultaten bepalen we welke revalidatievormen en welke therapieën zinvol zijn. Op basis van de problematiek van de patiënt, kunnen we kiezen voor:

### Cognitieve revalidatie

Bij de cognitieve revalidatie staat de behandeling van cognitieve problemen op de voorgrond. Er kunnen hierbij drie methoden worden aangewend. Deze zijn functietraining, compensatietraining en vaardigheidstraining.

Functietraining wil zeggen dat de minder goed functionerende cognitieve functies herhaaldelijk worden geoefend met onder meer potlood-en-papier-oefeningen, constructieve oefeningen, apps voor iPad en speciaal ontwikkelde computerprogramma's en wii games. Het doel hiervan is om te streven naar een zo goed mogelijk herstel van cognitieve stoornissen (bv. een gestoorde aandacht, geheugenverlies, een planningsstoornis, ...).

Voorbeelden van oefeningen op het vlak van functietraining zijn:

- > een reeks symbolen op een blad zo snel en nauwkeurig mogelijk doorstrepen
- > het journaal bekijken en nadien uit het hoofd de informatie van de nieuwsitems opschrijven
- > verschillende taken leren plannen en organiseren

Compensatietraining wil zeggen dat we de patiënt een aantal strategieën of hulpmethoden aanleren om zo optimaal mogelijk met de cognitieve beperkingen in het dagelijkse leven te leren omgaan.

Voorbeelden van dergelijke strategieën zijn:

- > het gebruik van een agenda om afspraken, een dagelijkse planning, ... te onthouden
- > taken één voor één en niet gelijktijdig uitvoeren
- > leren prioriteiten leggen bij het uitvoeren van taken
- > het gebruik van een boodschappenlijst (waarbij de verschillende artikelen per soort of winkel worden gegroepeerd)

Vaardigheidstraining wil zeggen dat specifieke taken (bv. gebruik van een mobiele telefoon, versturen van e-mails, lezen van de klok, ...) die tijdelijk door specifieke cognitieve stoornissen (bv. neglect, apraxie, een planningsstoornis, ...) niet goed meer kunnen worden uitgevoerd, herhaaldelijk en stapsgewijs opnieuw worden geleerd (zie ook functionele therapie).

Voornoemde cognitieve revalidatiemethoden worden toegepast door de neuropsychologen en ergotherapeuten in het kader van een ruim aanbod van cognitieve therapieën. Deze zijn: cognitieve therapie, geheugentherapie, constructieve therapie, computertherapie, videotherapie en wii therapie.

### Logopedische therapie

Logopedische therapie kan gericht zijn puur op het verminderen van de tekorten, maar we houden ook rekening met hoe iemand met zijn tekorten omgaat of welke impact de tekorten hebben op zijn dagelijks functioneren. De oefensituaties kunnen individuele sessies zijn (30 tot 60 minuten). Daarnaast zijn er ook groepsmomenten, zowel schriftelijk (taalmoment) als mondeling (taalactivatie, communicatiegroep).

Het aantal logopedische sessies per week bepalen we op basis van de bevindingen uit het logopedisch onderzoek.



De oefentherapie kan gericht zijn op:

- > taal: specifiek werken we op taalbegrip, woordvinding, lezen en schrijven of meer algemeen op hoe de patiënt een boodschap kan overbrengen. Soms leren we iemand compensatiestrategieën aan (bv. gebruiken van gebaren of een applicatie op een telefoon of tablet)
- > spraak: via het oefenen van articulatie, ademhaling en stem, willen we de spraakverstaanbaarheid verbeteren
- > stem: via bepaalde stemmethodes en –technieken willen we de stem beter laten klinken
- > slikken: we passen voeding aan of we leren iemand terug op een veilige manier slikken
- > communicatie: hier oefenen we individueel bepaalde facetten van de communicatie (bv. het formuleren van de eigen mening). We oefenen ook vaak in groep (het voeren van een gestructureerd, onderbouwd gesprek).

### Motorische revalidatie

Vertrekkend van het neuromotorisch onderzoek en de functionele doelen van de patiënt stellen we een behandelplan op.

Hierbij worden vaardigheden met betrekking tot zelfstandigheid van transfers, evenwicht, coördinatie, arm-handfunctie en gangrevalidatie progressief opgebouwd.

Orthopedische letsels worden door toepassing van fysische revalidatietechnieken (mobilisaties, elektrotherapie, oefentherapie, massagetechnieken) behandeld.

In het geval van een duizeligheidsproblematiek stemmen we de behandeling af op een voorgaand vestibulair onderzoek van de NKO-arts.

We werken ook op kracht- en conditieopbouw onder de vorm van fitness en zwemmen, rekening houdend met de behoeften en interesses van de patiënt.

In overleg met de neuropsycholoog bekijken we de mogelijkheid om opnieuw te fietsen. Na een evaluatie kan fietstraining op de openbare weg starten.

### Relaxatietherapie

Relaxatietherapie is een individuele training waarbij we spanningsklachten en stress zoveel mogelijk trachten te ontladen en waarbij een aantal oefeningen (ademhalingsoefeningen, lichamelijke gewaarwordingen) worden aangeleerd die patiënten later bij stresspieken in het dagelijks functioneren kunnen toepassen om het spanningsniveau onder controle te houden.

### Ergotherapie

- > Cognitieve revalidatie  
Zie p. 8.
- > Fijn motorische therapie  
In de fijnmotorische therapie werken we aan het verbeteren van de motoriek van de bovenste ledematen. Hierbij oefenen we zowel de kracht, de precisie en de snelheid van beide handen alsook de belangrijkste handgrepen. Een tweede aspect binnen deze therapie is een gerichte schrijftraining. Hierbij besteden we enerzijds aandacht aan het correct uitvoeren van de schrijfbeweging en anderzijds aan het schrijfproduct zelf.

- > **Constructieve therapie**  
Met behulp van blokstructuren, tangrammen, puzzels, ... werken we in de constructieve therapie aan planning in de ruimte, oriëntatie in spiegelbeeld, ruimtelijk inzicht en visuoconstructieve vaardigheden.
- > **Functionele therapie (of vaardigheidstraining)**  
Indien patiënten de activiteiten van het dagelijkse leven niet zelfstandig meer kunnen uitvoeren, bieden we externe hulpmiddelen en/of schema's (met opeenvolgende deelhandelingen) aan om de patiënt hierbij te helpen. Voorbeelden zijn: terug leren gebruiken van een mobiele telefoon, een tablet, het openbaar vervoer, ... Terug leren omgaan met geld, terug leren klokkezen, ...
- > **Via huishoudtraining** gaan we de vereiste vaardigheden (her)aanleren zodat men zo zelfstandig mogelijk kan instaan voor huishoudelijke taken zoals strijken, naar de winkel gaan, koken en wassen.
- > In een verder stadium van de resocialisatie is er de mogelijkheid om een studio binnen de afdeling te betrekken. Daar krijgt men de kans om stapsgewijs en in een veilige omgeving het zelfstandig leven terug op te nemen.

### Medicamenteuze behandeling

Naargelang de noodzaak kan de arts een medicamenteuze behandeling voorstellen. Het betreft hier medicatie om bijvoorbeeld het gedrag of de stemming te verbeteren.

Om lichamelijke moeilijkheden het hoofd te bieden, doen we beroep op de uitgebreide medische staf van het Algemeen Ziekenhuis Sint-Maarten.

### Psychologische begeleiding

Iedereen kan een afspraak maken met de klinisch psycholoog. Zij maakt graag tijd voor de patiënt, familieleden of andere betrokkenen. Iemand kan ook voor begeleiding verwezen worden vanuit het team, wanneer zij problemen of moeilijkheden opmerken. Volgende aspecten kunnen aan bod komen:

#### > **Individuele psychologische begeleiding**

Na een hersenletsel volgt vaak een emotioneel moeilijke periode waarin men geconfronteerd wordt met tekorten en 'anders zijn'. Men spreekt hierover als de breuk in de levenslijn. Via gesprekken krijgt de patiënt de mogelijkheid om gevoelens en twijfels te uiten en vragen te stellen over de diagnose en de behandeling van NAH en alle andere onduidelijkheden die daarmee verwant zijn.

Daarnaast begeleiden we de patiënt in het aanvaardingsproces. Hij wordt aangemoedigd om een zo realistisch mogelijke kijk op de beperkingen en nog aanwezige mogelijkheden te ontwikkelen en het NAH en de gevolgen ervan een plaats te geven in zijn leven.

Er kan verder een therapie worden opgestart, waarbij we de patiënt inzicht bijbrengen in en leren omgaan met persoonlijkheidsveranderingen, zoals prikkelbaarheid, verbaal ontremd gedrag, initiatiefverlies.

#### > **Psychologische begeleiding van familieleden**

Een NAH treft niet alleen de patiënt, maar heel het systeem waar hij/zij deel van uitmaakt. Ook de familie kan dus moeilijkheden ondervinden met het hele gebeuren. Zij kunnen eveneens een beroep doen op de hulp van de psycholoog. Dit kan individueel, maar eventueel ook samen met de patiënt.

Men kan bij ons terecht voor informatie rond bepaalde aspecten van de diagnose en behandeling van hun familielid. Ook voor meer algemene vragen rond een NAH kunnen zij contact met ons opnemen.

Daarnaast worden ze ondersteund in het verwerkings- en aanvaardingsproces rond de tekorten, beperkingen en eventuele veranderingen in gedrag en emoties.

We reiken ook adviezen aan over hoe ze het best met de cognitieve, motorische en/of andere tekorten en veranderingen omgaan.

#### > **Relatietherapie**

Soms verloopt het contact of de relatie tussen de patiënt en de familie minder vlot. Er ontstaan conflicten vanuit een gebrek aan informatie of opgestapelde frustraties en onbegrip. De bedoeling van een partnerrelatietherapie of systeemtherapie is om alle partijen bij elkaar te brengen en de communicatie terug mogelijk te maken, om zo het contact en het verder samenleven te verbeteren.

### Resocialisatie

Tijdens de resocialisatie is het de bedoeling dat we strategieën, (externe) hulpmiddelen en tips aanreiken zodat de patiënt zich zo goed mogelijk kan re-integreren in het sociale, familiale en professionele leven. Zo leren bijvoorbeeld patiënten met een geheugenprobleem of moeilijkheden met planning, een agenda efficiënt te gebruiken. We houden rekening met de klachten en de beperkingen en samen zoeken we naar een zinvolle en haalbare dagindeling.

Wanneer de patiënt of iemand van zijn/haar gezin of familie nood heeft aan psychologische begeleiding, kan de verpleging hiervan op de hoogte worden gebracht. De patiënt of direct betrokkenen kunnen de psycholoog ook rechtstreeks bereiken om een afspraak te maken.

### Begeleiding vanuit de sociale dienst

De begeleiding vanuit de sociale dienst kan verschillende aspecten inhouden. Deze zijn onder andere:

- > De sociaal administratieve status bekijken: dit houdt o.a. in het op punt stellen van de mutualiteit, RIZIV, financiële tegemoetkoming
- > Het opstarten en opvolgen dossiers Vlaams Agentschap en sociale voordelen allerhande
- > Werk: zoeken naar de meest geschikte werkvorm in samenwerking met externe organisaties (zoals bv. gespecialiseerde trajectbegeleiding en –bepaling (GTB))
- > Woonst: zoeken naar de meest geschikte woonvorm (bv. terug naar huis, beschut wonen, woonzorgcentrum, ...) en dit mee vorm geven
- > Thuiszorg: opstarten en opvolgen van de nodige thuiszorg
- > Sociaal-cultureel: zoeken naar interessegebieden op het sociaal-culturele vlak (bv. dagbezigheid, deelname aan verenigingsleven, hobby)
- > Rijbewijs: voorbereiden en plannen van het rijgeschiktheidsonderzoek door het CARA (afdeling van het Vias Instituut)
- > Contacten met familie en begeleidende instanties.

## Verloop van de revalidatie

De periode van observatie en onderzoeken duurt ongeveer twee weken. Vanaf de tweede week starten we met een voorlopig revalidatieprogramma. In de derde week voegen we alle bevindingen en resultaten samen en bespreken we die binnen het team van artsen, verpleegkundigen, therapeuten, neuropsychologen, klinisch psycholoog en maatschappelijk assistent. Op basis hiervan stelt het team een diagnose en formuleert het een advies voor behandeling.

In dezelfde week nodigen we de patiënt (en een familielid) uit bij de neuropsycholoog, die de onderzoeksresultaten bespreekt en het teamadvies voorlegt (bv. advies tot (verdere) behandeling binnen het CEPOS of elders). De juiste datum en uur van deze consultatie zal tijdig worden meegedeeld. Na deze bespreking kan het definitieve revalidatieprogramma van start gaan.

Na een revalidatieperiode van drie maanden, evalueren we de cognitieve functies opnieuw. Aan dit evaluatiemoment worden ook de medische, motorische, logopedische, psychologische, ... controleonderzoeken gekoppeld. Op die manier krijgen we een nieuw uitgebreid bilan. Vanuit de resultaten van deze controleonderzoeken stellen we, indien nodig, verdere revalidatie voor. Wanneer de revalidatie wordt beëindigd en de patiënt (nog) niet naar huis kan, zal het team samen met de patiënt op zoek gaan naar een zo goed mogelijke oplossing.

Met betrekking tot de cognitieve vorderingen geeft de neuropsycholoog de nodige uitleg aan de patiënt (en een familielid). Met medische vragen of vragen over vorderingen op talig of motorisch vlak kan de patiënt en/of familieleden doorheen de hele behandelperiode terecht bij de betrokken hulpverlener.

# Epilepsie

## Onderzoeken in het kader van epilepsie

We brengen de patiënt tijdig op de hoogte als er onderzoeken nodig zijn. Een aantal onderzoeken worden buiten CEPOS uitgevoerd, onder andere CT-scan, MRI, PET, SPECT, oogonderzoek, NKO, ...

Ook een bloedonderzoek, algemeen en/of B.A.S. (= Bepaling Anti-epileptica-Spiegels) en een dagprofiel, behoren tot de mogelijkheden. Niet alle onderzoeken zijn noodzakelijk. We bekijken individueel welke onderzoeken belangrijk zijn. Deze kunnen zijn:

### Labo-onderzoeken

Het plakken van elektroden en het bevestigen van de electrocap zijn niet pijnlijk, misschien enkel wat vervelend en niet-comfortabel.

#### > **Basis EEG**

We meten de elektrische activiteit tussen de verschillende hersengebieden. Hiervoor plaatst de laborant drie elektroden en een electrocap op het hoofd van de patiënt. Tijdens het onderzoek geven we een aantal opdrachten zoals ogen openen en sluiten, drie minuten snel en diep in- en uitademen. Op het einde zenden we met een stroboscoop lichtflitsen uit.

Duur: 30 tot 35 minuten

#### > **Langdurige registratie**

Een langdurig EEG is een EEG-onderzoek waarbij we de registratie combineren met een klinische observatie.

Duur: Enkele uren in de voor- of namiddag

#### > **Slaaponderzoek (+ 21-kanaalsregistratie)**

Dit is een onderzoek waarbij we de EEG-activiteit gedurende de nacht meten en waarbij we achteraf de gegevens met een computerprogramma analyseren. Het onderzoek toont ook een beeld van de slaapkwaliteit. Ter voorbereiding brengen we een aantal elektroden aan op het hoofd van de patiënt. Samen met de hersenactiviteit meten we de ademhaling, het hartritme en het zuurstofgehalte in het bloed.

Duur: 1 nacht

#### > **21-kanaalregistratie (onderzoek naar epilepsie 's nachts)**

Dit is een onderzoek waarbij we de hersenactiviteit gedurende de nacht meten en waarbij we achteraf de gegevens met een computerprogramma analyseren. Ter voorbereiding brengen we een aantal elektroden aan op het hoofd van de patiënt. Samen met de hersenactiviteit meten we de ademhaling, het hartritme en het zuurstofgehalte in het bloed.

Duur: 1 nacht

Opmerking: slaapkledij, kamerjas, pantoffels en nachtmedicatie meenemen.

> **TSD-onderzoek**

TSD-EEG (Totale Slaap Deprivatie) is een EEG dat afgenomen wordt nadat de patiënt een ganse nacht wakker is gebleven. Bij vermoeidheid is de kans groter om epileptische activiteit op te sporen. Duur: 24 uur wakker blijven, eventueel met registratie, daarna registratie onder videobewaking

### Beeldvormende onderzoeken

> **SPECT**

Bij de SPECT ('Single Photon Emission Computed Tomography') spuit een verpleegkundige een kleine dosis van een kortlevende radio-isotoop in. De hersenen nemen dit product op en zenden een gammastraal uit. Deze straling wordt gedetecteerd en tot een beeld verwerkt. De SPECT geeft vooral informatie over de bloedsomloop.

Duur: ongeveer 40 minuten

> **CT**

CT of Computertomografie is een onderzoek waarbij een smalle bundel röntgenstralen in een cirkel om de hersenen draaien. De uittredende stralen worden opgevangen door een aantal meetelementen. De verschillen in intensiteit worden door een computer verwerkt tot een contrastbeeld.

> **MRI**

Bij de MRI ('Magnetic Resonance Imaging') wordt de patiënt in een sterk magneetveld gebracht, waarna we door het uitzenden van magnetische golven informatie krijgen over de eigenschappen van de hersenen. Deze informatie wordt door een computer in beelden omgezet, analoog zoals voor een CT onderzoek.

Duur: variërend van 30 tot 90 minuten

Opmerking: voor de MRI is het belangrijk dat de patiënt geen juwelen of hoorapparaat draagt. Patiënten met osteosynthesemateriaal (bij botbreuken) of een pacemaker waarschuwen altijd de verpleegkundigen op voorhand.

### Klinisch psychologisch onderzoek

In een eerste onderzoeksfase of later tijdens de opname kan er een psychologisch onderzoek plaatsvinden. Aan de hand van vragenlijsten en gesprekken peilt de psycholoog naar eventuele emotionele problemen die aanvallen kunnen uitlokken en naar verwerkings- en aanvaardingsproblemen rond epilepsie en/of de impact ervan op het sociale, familiale en professionele leven. Dit onderzoek kan soms een aanzet zijn naar verdere psychosociale en/of psychotherapeutische begeleiding.

### Sociaal-maatschappelijk onderzoek

De familiale situatie, erfelijkheid en ziektegeschiedenis kunnen belangrijke informatie verstrekken in verband met de huidige problematiek. Tijdens gesprekken gaat de sociaal assistent hier dieper op in.

# Behandeling bij epilepsie

## Medicamenteuze behandeling

Voor deze behandeling is het belangrijk dat de medicijnen in nauwkeurige dosissen worden genomen: niet te weinig, maar ook niet te veel en op het juiste tijdstip. Soms bestaat de mogelijkheid om andere medicatiecombinaties te gebruiken of doen we een voorstel voor een experimenteel middel. Dit gebeurt steeds in samenspraak met de patiënt en de familie. Medicatietesten houden steeds een risico in, zodanig dat we vooraf de informatie rond mogelijke voordelen en nevenwerkingen met de patiënt en de familie overlopen.

Naast de klassieke anti-epileptica maken we vaak gebruik van toegevoegde geneesmiddelen. Deze producten kunnen de epilepsie op zich niet bestrijden, doch in combinatie met andere producten kunnen zij wel een duidelijke verbetering bewerkstelligen.

## Psychologische begeleiding

De psychologische begeleiding richt zich tot mensen met epilepsie bij wie het psychosociale luik van de problematiek op de voorgrond staat en die bereid zijn actief te werken aan hun problemen op dit vlak. Het uitgangspunt van de begeleiding betreft steeds het streven naar een maximale zelfredzaamheid en maatschappelijke re-integratie. De patiënt leert tevens om te gaan met de psychosociale gevolgen van epilepsie.

### > **Individuele psychologische begeleiding:**

Tijdens individuele psychologische begeleiding kunnen volgende aspecten aan bod komen:

- » psycho-educatie rond epilepsie, de diagnostiek en de behandeling
- » begeleiding bij het verwerkings- en aanvaardingsproces rond epilepsie en de consequenties ervan op het sociofamiliale en/of professionele leven
- » aanbieden van adviezen en hulpmiddelen voor een meer adequate hantering van de aanvallen en de gevolgen ervan, vb. door middel van stressmanagement of aanleren van verdedigingsmechanismen en/of sociale vaardigheden
- » bijbrengen en vergroten van inzicht in de omstandigheden die tot aanvallen kunnen leiden en streven naar meer controle op dat vlak
- » werken rond bepaalde persoonlijkheidskenmerken, het zelfbeeld of eventuele emotionele problemen die verband houden met epilepsie.

### > **Psychologische begeleiding van en met familieleden:**

We betrekken soms ook de familie (ouders, kinderen en/of partner) in het behandelingsproces. Dit kan samen met de patiënt of apart. Volgende aspecten kunnen aan bod komen:

- » psycho-educatie rond epilepsie, de diagnostiek en de behandeling
- » begeleiding bij het verwerkings- en aanvaardingsproces rond epilepsie en de implicaties ervan op het sociale, familiale en professionele leven van de patiënt en de familie
- » begeleiding bij een adequate en positieve benadering van de patiënt en zijn/haar epilepsie, met de bedoeling een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de patiënt te bekomen.

## Maatschappelijke begeleiding

De doelstellingen binnen het maatschappelijke werk kunnen zijn:

- > De sociaal-administratieve status bekijken: Dit houdt onder andere in het op punt stellen van mutualiteit, RIZIV, financiële tegemoetkoming, sociale voordelen allerhande, ...
- > Bevorderen van het sociaal functioneren.

De resocialisatie richt zich op drie gebieden:

- > werk: zoeken naar de meest geschikte werkvorm (bv. terug naar het vroegere werk, tijdelijk met deeltijdse arbeid)
- > woonst: zoeken naar de meest geschikte woonvorm (bv. terug naar huis, beschut wonen, home, ...)
- > sociaal-cultureel: zoeken naar interessegebieden op sociaal-cultureel vlak (vb. dagbezigheid, deelname aan verenigingsleven, hobby, ...)

## Ontslag en nazorg

De duur van het verblijf is sterk afhankelijk van persoon tot persoon. Hierin spelen de aanvalsfrequentie en de reactie op de medicatie een belangrijke rol. Het is bijna niet mogelijk een opnameduur op voorhand vast te stellen. Het moment van ontslag zal steeds in overleg met de behandelende arts gebeuren.

Als voorbereiding op het ontslag besteden we aandacht aan onder andere zelfmedicatie en zelfredzaamheid en leggen we eventuele contacten op het vlak van woonst en werk. Zo kunnen via de sociale dienst doorverwijzingen naar andere instanties gebeuren, zoals een arbeidstrajectbegeleidingsdienst, de thuiszorg of zorgvoorzieningen erkend door het Vlaams Agentschap.

Wanneer de behandeling op CEPOS is afgerond, zal de patiënt in eerste instantie terug naar zijn verwijzer worden gestuurd. De arts in kwestie krijgt steeds een verslag van de onderzoeken en/of behandelingen.

Soms doen we controleconsultaties op CEPOS. Enkele weken of maanden na de opname nodigen we de patiënt opnieuw uit om het effect van de behandeling op te volgen, te evalueren en eventueel de medicatie aan te passen.

Soms nodigen we patiënten na hun verblijf op CEPOS nog een aantal keer ambulantly uit bij de psycholoog of de sociaal assistent.



# Slaapstoornissen

## Diagnosestelling

Om een juiste diagnose met betrekking tot de aard en de ernst van het slaapprobleem te kunnen stellen, voeren we een aantal onderzoeken uit. Tijdens een consultatie bij de arts bespreken we eerst het probleem. De arts zal dan bepalen welke onderzoeken nodig zijn. Daarnaast vindt er ook een consultatie bij de psycholoog plaats. Deze overloopt samen met de patiënt diens antwoorden op een vragenlijst die op voorhand aan hem/haar wordt bezorgd en peilt naar de gevolgen van slapeloosheid. Patiënten die uiteindelijk op slaaponderzoek komen, verblijven meestal 1 of 2 nachten (wennacht of registratienacht) op het slaaplabo.

Na de geplande consultaties en het slaaponderzoek wordt er in multidisciplinair overleg beslist over de geschikte behandeling, waarna patiënt wordt gecontacteerd.

### Technisch onderzoek (polysomnografie)

#### > **Wennacht**

Tijdens de wennacht doen we geen registratie. De patiënt komt wennen aan de omgeving op het slaaplabo.

#### > **Registratienacht**

De elektrische hersenactiviteit meten we met behulp van een 10-tal elektroden die we op het hoofd van de patiënt aanbrengen. De elektrode bestaat uit een klein plaatje, dat we door middel van een draad met de opnameapparatuur verbinden. Als deze elektroden bevestigd zijn, worden ze achter aan het hoofd samen gebonden, zodanig dat de patiënt er tijdens het slapen geen hinder van ondervindt.

We registreren eveneens de volgende parameters: de neus-, borst- en buikademhaling, de hartslag, de zuurstof in het bloed, de oogbewegingen, de spierspanning en mogelijke beenbewegingen. Deze elektroden en sensoren belemmeren het slaapgedrag minimaal. Het polysomnografisch onderzoek gebeurt steeds onder videobewaking.

#### > **MSLT ('Multiple Sleep Latency Test')**

Tijdens dit onderzoek wordt de slaperigheid overdag gemeten. Op vaste tijdstippen overdag vragen we aan de patiënt om te proberen te slapen. De kamer wordt verduisterd en het EEG-toestel wordt aangesloten. Na 20 minuten maken we de patiënt wakker. Dit onderzoek wordt niet steeds uitgevoerd, enkel indien geïndiceerd.

### Vragenlijsten

Alvorens de consultaties en het slaaponderzoek plaatsvinden, ontvangt de patiënt thuis een vragenlijst en een slaapdagboek. Hem/haar wordt gevraagd beiden zo nauwkeurig mogelijk in te vullen en mee

te brengen op het moment van de consultatie(s). In de vragenlijst worden o.a. beïnvloedende factoren van de slaap bevraagd (slaaphygiëne), alsook de attitude en de houding van de patiënt t.a.v. slaap en bepaalde compensatiestrategieën voor slaperigheid overdag. Verder wordt bevraagd hoe patiënt zelf zijn slaap beleeft, hoe zijn slaapomgeving eruit ziet of hij bepaalde voedingsgewoonten heeft, etc.

Een goede slaper hoeft weinig rekening te houden met deze aspecten, doch als men slaapproblemen heeft, kan een goede slaaphygiëne soms voldoende zijn om de slaap te verbeteren. Door middel van deze vragenlijsten kunnen we een aantal factoren zoals slaapaccommodatie, slaap-waakritme en gedachtecontrole in kaart brengen.

De besproken vragenlijst en het slaapdagboek worden tijdens de consultatie bij de psycholoog als basis gebruikt voor de verkenning van het slaapprobleem. Er wordt nagegaan of de slaapprobleem een dieperliggende psychische oorzaak heeft of versterkt/in stand gehouden wordt door belastende emotionele componenten. Ook bepaalde persoonlijkheidskenmerken kunnen iemand gevoeliger maken voor de ontwikkeling van een slaapprobleem. Dit zal ook worden nagegaan tijdens het consult.

## Behandeling

Vanwege de uitgebreidheid van het aantal slaapproblemen, zijn verschillende behandelingen mogelijk. Vaak passen we verschillende behandelmethoden in combinatie met elkaar toe. Een behandelplan is individueel bepaald en wordt regelmatig bijgesteld in functie van de resultaten. De meeste behandelingen gebeuren via ambulante consultaties of op CEPOS. Indien nodig verwijzen we de patiënt naar een arts of therapeut in de buurt.

### Medicamenteuze behandeling

Een zorgvuldige diagnosestelling kan voorkomen dat er onnodig slaapmiddelen worden voorgeschreven. De indicaties voor het gebruik van slaapmiddelen zijn beperkt tot enkele slaapproblemen zoals bijvoorbeeld acute stress-insomnia. Er dient steeds gewerkt te worden met de laagst mogelijke dosering gedurende de kortst mogelijke periode. Op die manier kunnen we gewenning aan slaapmiddelen vermijden.

Behandeling met medicatie komt naast acute insomnie ook voor bij bijvoorbeeld periodic limb movement syndrome (PLMS), restless legs syndrome (RLS) en REM-sleep behaviour disorder (RBD).

### Cognitieve gedragstherapie voor insomnie

Ook wel CGT-I genoemd is een groepsbehandeling geïndiceerd bij slechte slaapkwaliteit met beperkingen in het functioneren overdag. Voornamelijk wanneer er sprake is van een negatieve conditionering t.a.v. het bed/de slaapkamer, wanneer er bezorgdheid is over de eigen slaap en de gevolgen van het slaapttekort en wanneer ontspannen moeilijk is, is CGT-I de behandeling bij uitstek. In deze psychotherapeutische behandeling staat gedragsverandering op de voorgrond. Onder meer door psycho-educatie over slaap en slaaphygiëne, stimuluscontrole, slaaprestrictie en progressieve relaxatie wordt de patiënt aangezet om zijn slaapgedrag aan te passen.

Voornoemde technieken kunnen naast gebundeld in CGT-I ook alleenstaand en in een individueel moment worden toegepast indien geïndiceerd.

Slaaphygiëne heeft betrekking op de slaap- en leefgewoonten, omgevingsfactoren en denkpatronen die eenieders slaap kunnen beïnvloeden. Belangrijke factoren daarbij zijn: slaapaccommodatie, voeding, slaap-waakritme, erfelijke factoren, omgevingsfactoren, ontspanning en beweging.

Stimuluscontrole is erop gericht het bed te leren verbinden met slaap. Waakactiviteiten dienen daarbij uit het bed te worden gehouden. Slaapproblemen worden vaak in stand gehouden door een foutieve associatie tussen slaap-gerelateerde omstandigheden en waakactiviteiten.

Slaaprestrictie bestaat erin de tijd die de patiënt in bed doorbrengt te beperken tot echte slaaptijd. Het doel is om een slaapschuld op te bouwen, waardoor inslapen en doorslapen vlotter verloopt. Op die manier wordt de slaapefficiëntie vergroot.

Bij progressieve relaxatie leren we het verschil te voelen tussen spanning en ontspanning. Het uiteindelijke doel is zich beter te leren ontspannen en spanning in het lichaam te leren herkennen.

### Psychologische begeleiding

Wanneer geïndiceerd, kan de patiënt intern of extern doorverwezen worden voor de (psychotherapeutische) behandeling van een onderliggende problematiek (bijvoorbeeld een depressie of belastende persoonlijkheidskenmerken).

### Behandeling bij het slaapapneusyndroom

Men spreekt van een slaapapneusyndroom wanneer de slaap gekenmerkt wordt door ademhalingsstilstanden of belangrijke ademverminderingen. Hierdoor ontstaat er een zuurstoftekort in de hersenen en andere organen in het lichaam. Deze slaapstoornis vormt een ernstige bedreiging voor de gezondheid en dient dan ook zo snel mogelijk behandeld te worden. De behandeling kan bestaan uit:

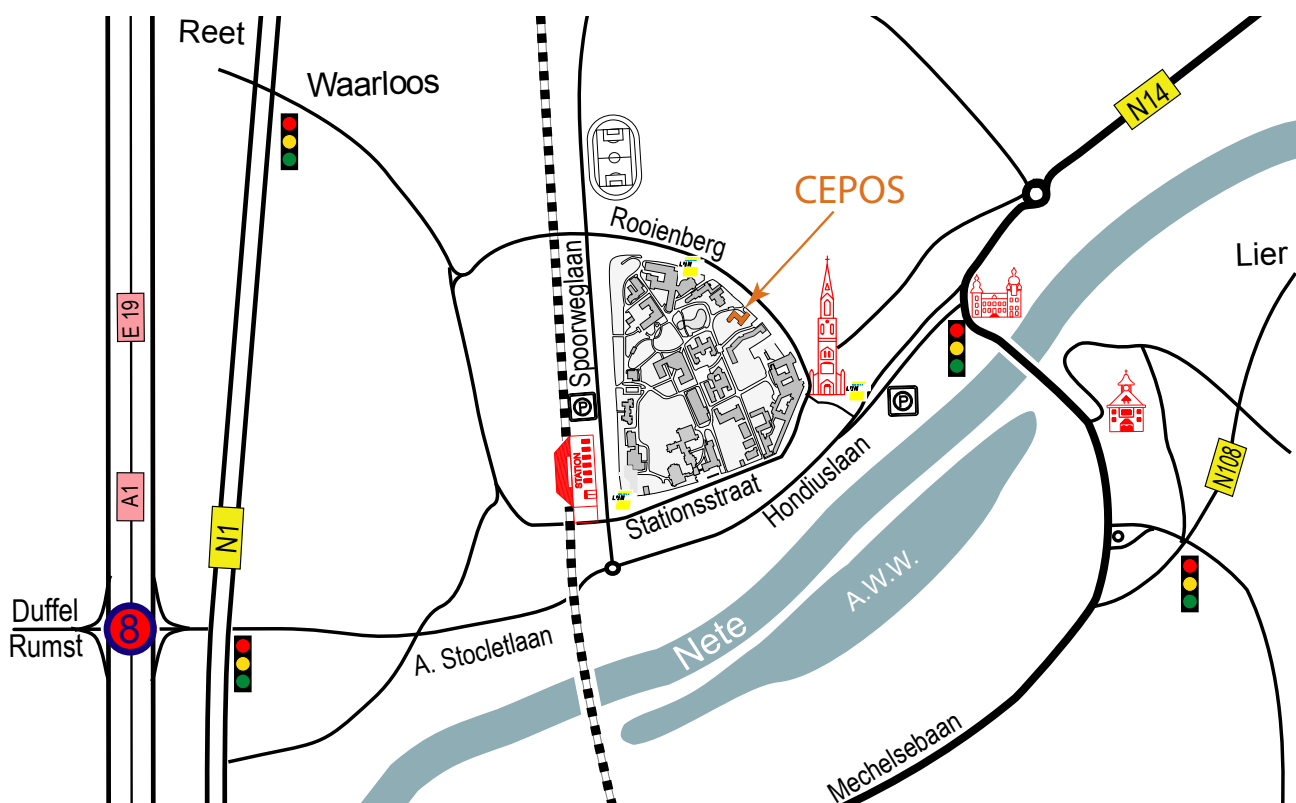
- > **CPAP ('Continuous Positive Airway Pressure')**  
Met een CPAP-toestel krijgt de patiënt een klein masker op de neus waardoor 's nacht lucht onder druk wordt toegediend. Door de verhoging van de luchtdruk in de neus-keelholte, neemt de weerstand daar af, zodat er geen apneus of hypopneus meer optreden.
- > **NightBalance**  
Wanneer er sprake is van positie-afhankelijke slaapapneu, is een behandeling met NightBalance aangewezen. Op de borstkas wordt een slaaphoudingsensor gedragen (Sleep Position Trainer, SPT) die nagaat in welke houding de patiënt slaapt. D.m.v. lichte vibraties wordt de patiënt dermate getraind niet meer op zijn rug te slapen, zonder verstoring van het natuurlijke slaappatroon.
- > **Mandibular Advancement Device (MAD)**  
Dit is een mondprothese die door een andere plaatsing van onderkaak en tong het ademen bevordert. Patiënten kunnen, indien aangewezen, doorverwezen worden naar een specialist.
- > **Operatieve ingreep**  
In een aantal gevallen verwijzen we de patiënt door voor een chirurgische interventie. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer er problemen zijn met de neusdoorgankelijkheid. Uiteraard gebeurt deze behandeling steeds door de neus-keel-oorarts en/of de longarts.

## Nazorg

Het is niet steeds noodzakelijk om na een bepaalde periode een nieuw slaaponderzoek te plannen. De arts of therapeut die de behandeling start en opvolgt, rondt deze meestal af nadat de klachten ophouden of zijn afgenomen.

Een uitzondering hierop zijn patiënten die met een CPAP slapen. Zij moeten na drie maanden opnieuw op consultatie komen bij hun behandelende arts. Nadien gebeurt de controle jaarlijks. Ook patiënten die deelnamen aan het groepsprogramma CGT-I zullen na enige tijd uitgenodigd worden voor een follow-up sessie.

# Bereikbaarheid



## Met eigen vervoer

Autosnelweg:

- > E 19 Antwerpen - Brussel afrit 8 Rumst - Duffel
- > E 313 Luik - Antwerpen afrit Massenhoven – Lier of afrit Grobbendonk – Lier. De ring van Lier, aan Carrefour richting Duffel, in Duffel richting centrum. Ter hoogte van de St.-Martinuskerk in Duffel neemt u rechts de Rooienberg.

## Met de trein

Het station van Duffel is gelegen op de lijn Antwerpen - Mechelen - Brussel. Vanaf het station is het nog 10 minuten te voet via de Stationsstraat tot aan de kerk en dan richting Rooienberg volgen.

## Met de bus

Lijnbussen:

- > LIER - DUFFEL - MECHELEN
- > ANTWERPEN - DUFFEL

# Contactgegevens

## Cepos

---

Adres	Rooienberg 21 2570 Duffel
Telefoon	015 30 45 45
Fax	015 30 45 81
E-mail	<a href="mailto:UPCD.cepos@emmaus.be">UPCD.cepos@emmaus.be</a>