

INFOBROCHURE

COPD

Meneer, Mevrouw,

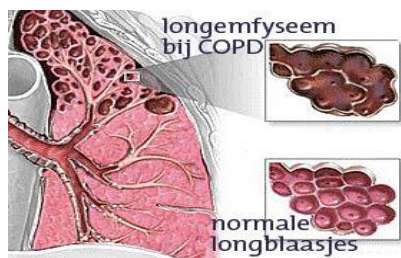
Deze brochure bevat informatie omtrent COPD en dient ter aanvulling op het gesprek met uw zorgverlener. We hopen alvast samen met u op een vlot verblijf en een spoedig herstel!

Wat is COPD

COPD of chronisch obstructief longlijden is een chronische longziekte die gekenmerkt wordt door luchtwegontsteking, luchtwegvernauwing en afbraak van longweefsel.

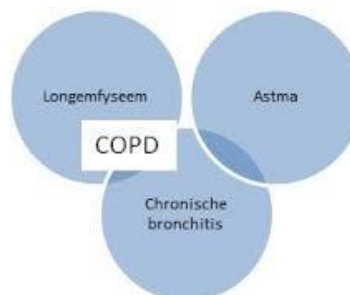
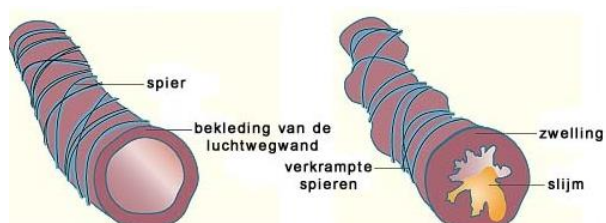
Personen die lijden aan COPD hebben last van kortademigheid. Dikwijls is er ook een hoest waarbij meestal ook fluïmen worden opgegeven.

In tegenstelling tot astma, waarbij er ook sprake is van luchtwegvernauwing en ontsteking, is COPD een ziekte die steeds verder evolueert, die grotendeels onomkeerbaar en daarom ongeneeslijk is. Toch kan er heel wat gedaan worden om de ziekte te bestrijden en de longschade en de klachten te beperken. Vandaar het belang van een snelle herkenning en een krachtdadige aanpak. Deze aanpak bestaat uit preventie (rookstop en vaccinaties), het opstarten van medicatie en het beperken van andere problemen die dikwijls samengaan met COPD.



Chronische bronchitis of longemfyseem

COPD is een verzamelnaam. Het omvat onder meer chronische bronchitis en longemfyseem. Deze losse termen worden minder vaak gebruikt. Chronische bronchitis duidt op een chronische ontsteking van de bronchiën (de vertakkingen van de luchtpijp naar de longen). Daardoor wordt er meer slijm aangemaakt dat moet worden opgehoest. Naast deze ontsteking is er ook progressieve vernauwing van de kleinere luchtwegen zodat ademen moeilijker wordt. Bij longemfyseem gaan er langzaam steeds meer longblaasjes verloren. De longblaasjes zorgen ervoor dat zuurstof kan worden opgenomen. Hoe minder longblaasjes er zijn, hoe moeilijker dit wordt.



In België wordt geschat dat ongeveer 680.000 personen lijden aan COPD. Daarvan zijn er ongeveer 300.000 met een gekende diagnose COPD. De andere helft heeft COPD zonder dat zij dit zelf weten. COPD is de vijfde doodsoorzaak ter wereld en zal in de toekomst nog verder klimmen op de lijst van belangrijkste doodsoorzaken.

Symptomen van COPD

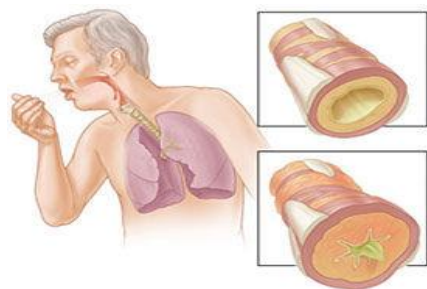
Personen met COPD hebben vaak klachten ten gevolge van hun ziekte. Dit noemen we symptomen. De meest voorkomende zijn kortademigheid, hoesten en opgeven van slijmen. Daarnaast is er dikwijls angst, benauwdheid, piepende ademhaling.

- **Kortademig zijn**

Kortademigheid is een van de symptomen van COPD en betekent dat u snel buiten adem bent. In het begin van de ziekte is dat vooral bij stevige lichamelijke inspanning, maar later kunnen de kleinste dingen u kortademig maken, zoals de trap oplopen of uzelf aankleden.

- **Hoesten**

Hoesten is een van de symptomen van COPD. Hoesten komt vaak voor bij deze longaandoening, omdat er veel slijm in de luchtwegen wordt geproduceerd. Hoesten is een natuurlijke reactie van het lichaam om het slijm weg te krijgen. De typische hoest bij beginnende COPD wordt door veel mensen ook wel een rokershoest genoemd.



- **Slijmproductie**

Personen met COPD produceren veel meer slijm in de luchtwegen. Een gezonde luchtweg zorgt normaal voor een spontane verwijdering van deze slijmen. Bij COPD lukt dit minder goed en moet u vooral hoesten om de slijmen te verwijderen. Meestal zijn de slijmen helder wit of gelig. Gekleurde fluïmen en bloed in de fluïmen kan wijzen op infectie of andere aandoening en rapporteert u best aan de huisarts.

- **Andere symptomen**

Een veel voorkomende klacht bij COPD is benauwd zijn of het continue gevoel te hebben van een tekort aan lucht. Sommige hebben een piepende ademhaling. Heel wat patiënten klagen ook over vermoeidheid vooral na beperkte inspanningen. Daarnaast is er dikwijls angst en ongerustheid.

De oorzaak van COPD

De voornaamste oorzaak van COPD is roken maar daarnaast zijn er ook heel wat factoren die bepalen of u COPD krijgt of niet. In de westerse wereld heeft ongeveer 90% van de patiënten met COPD een belangrijke rookvoorgeschiedenis. Op wereldschaal is dit ongeveer 80% omdat er naast roken, ook andere blootstellingen spelen. Typisch zijn de werkomstandigheden en verbranden van natuurlijke producten in slecht verluchte huizen voor koken en verwarming.

- **Roken**

Roken is de belangrijkste risicofactor voor COPD. Hoe meer en hoe langer u rookt, hoe groter het risico. De ernst en duur van uw rookgedrag wordt uitgedrukt in pakjaren. Dit zijn het aantal jaren dat u 1 pakje per dag gerookt hebt. Als u 2 pakjes per dag rookt gedurende 1 jaar heeft u 2 pakjaren gerookt. Er wordt aangenomen dat het risico op COPD echt speelt vanaf ongeveer 10 pakjaren. Pijprokers, sigarenrokers en mensen die blootstaan aan 'meerooken' vallen ook binnen de risicogroep.



- **Leeftijd**

De meeste mensen krijgen pas op latere leeftijd COPD ook wanneer ze al jaren gestopt zijn met roken. Roken beschadigt de longen maar dit wordt meestal niet opgemerkt omdat er veel reserve is. Met de leeftijd wordt deze reserve kleiner en zal de aandoening die progressief is, alsnog worden opgemerkt. De diagnose van COPD is relatief zeldzaam onder de leeftijd van 40 jaar.

- **Erfelijke ziekte**

Niet alle rokers krijgen COPD. Slecht 3 op 10 rokers ontwikkelen COPD op oudere leeftijd. Dit wil zeggen dat er voor elke 3 rokers, ook 7 rokers rondlopen die evenveel roken of gerookt hebben maar nooit COPD gaan krijgen. Dit heeft vooral te maken met een combinatie van genetische factoren die niet gekend zijn. In sommige gevallen is een duidelijke erfelijke ziekte de oorzaak van COPD. Bij alpha-1 antitrypsine tekort, een erfelijke ziekte die in families voorkomt, wordt het eiwit alpha-1 niet voldoende aangemaakt. Dat eiwit is nodig om de longen te beschermen tegen allerlei schadelijke factoren, ook sigarettenrook.

- **Toxische dampen, fijn stof en biomassa**

Bij een kleinere groep van patiënten is een langdurige blootstelling aan giftige stoffen of kleine stofdeeltjes de oorzaak van COPD. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren tijdens het werk maar ook thuis. Het kan gaan om verschillende soorten stoffen, waaronder houtstof, uitlaatgassen, chemische stoffen en asbest.



- **Vroeggeboorte, astma en longontstekingen**

Slecht behandeld astma kan tot COPD leiden, net als het hebben van veel longontstekingen. In beide gevallen ontstaat er langzaam lichte schade en verlittekening aan de luchtwegen en longen, die uiteindelijk resulteert in COPD. Vroeggeboorte gaat dikwijls gepaard met onvoldoende longgroei. Bij versneld verlies nadien zal vlugger COPD worden vastgesteld.

Diagnose van COPD

Een hoestje dat maar niet overgaat, kortademig zijn en last hebben van benauwdheid. Vaak zijn dit de redenen om eens naar de huisarts te gaan. De huisarts is het best geplaatst om de diagnose van COPD te stellen. Op basis van uw klachten en uw risicoprofiel moet hij overwegen om een longfunctietest uit te voeren. Dit is absoluut noodzakelijk om tot een juiste diagnose te komen. Daarnaast zijn soms andere onderzoeken nodig om andere longaandoeningen uit te sluiten en de ernst van uw COPD in te schatten.

- **Longfunctietest**

Het belangrijkste onderzoek voor een arts om te kijken of u COPD heeft, is een longfunctietest of spirometrie. Dit is een blaastest waarbij onderzocht wordt hoeveel lucht en hoe snel u maximaal kan uitademen. Bij COPD patiënten is dit minder dan normaal. Zo de diagnose gesteld is, wordt op basis van de één seconde waarde (de hoeveelheid lucht die u maximaal kan uitademen in de eerste seconde) een eerste inschatting gemaakt van de ernst van uw aandoening.

- **RX thorax**

Naast een spirometrie zal uw arts u ook verwijzen voor het maken van een longfoto. Dit is nodig om andere oorzaken voor uw klachten uit te sluiten. Denken we hierbij vooral aan longkanker, longontsteking en hartfalen.

- **Andere testen**

In sommige gevallen is de diagnose onduidelijk en moeten er naast de longfoto en longfunctie test ook andere onderzoeken gebeuren zoals een CT scan, een uitgebreide longfunctiemeting, een bloedafname en een zuurstofanalyse. Op basis van deze testen kan ook de ernst van de aandoening worden ingeschat en een juiste behandeling worden voorgesteld.

COPD komt nooit alleen

COPD is een chronische longziekte die ook belangrijke negatieve weerslag heeft op andere lichaamsfuncties en organen. De ziektes die frequent samen voorkomen met COPD zijn sterk uiteenlopend. Het is bekend dat patiënten met COPD een groter risico hebben op het krijgen van hart -en vaataandoeningen, botontkalking (osteoporose), spierzwakte, suikerziekte (diabetes), longkanker en depressie.

De ziektes die samen voorkomen met COPD worden in vaktermen '**comorbiditeit**' genoemd. Deze aandoeningen komen meer frequent voor bij COPD omdat ze dikwijls dezelfde risicofactoren kennen maar ook omdat we vermoeden dat de ontsteking in de longen bij COPD kan overspringen naar andere organen. Gemeenschappelijke risicofactoren zijn roken, ongezonde voeding, fysieke inactiviteit en leeftijd. Deze geassocieerde aandoeningen bepalen in belangrijke mate het ziekteverloop mee en liggen dikwijls mee aan de basis van de symptomen. Belangrijk is dat uw arts voldoende aandacht besteed aan deze aandoeningen, er actief naar op zoek gaat en zo nodig deze ook behandelt.

- **Hart- en vaataandoeningen**

Hoge bloeddruk, hartinfarct, hartfalen en perifeer vaatlijden zijn zeer frequent. Ze vormen bovendien de belangrijkste doodsoorzaak bij COPD en moeten dus steeds worden uitgesloten en behandeld. Dit betekent dat er naast de klassieke medicatie voor de adem, ook medicatie voor het hart en bloeddruk dient te worden ingenomen.

- **Botontkalking - osteoporose**

Osteoporose wordt klassiek vastgesteld bij vrouwen in de menopauze maar is ook veel frequenter bij mannen en vrouwen met COPD. Roken, inactiviteit, leeftijd, vitamine D tekort en herhaaldelijk cortisone gebruik zijn de belangrijkste risicofactoren. Osteoporose geeft geen klachten maar verhoogd het risico op ernstige breuken (heup, wervel of rib) die gepaard gaan met veel pijn en belangrijk verlies van de functionaliteit. Osteoporose kan behandeld worden met medicatie.

- **Spierzwakte**

Spierzwakte bij COPD is het gevolg van verlies aan spiermassa samen met lokale spierdysfunctie. Belangrijke factoren die spierzwakte veroorzaken zijn ongecontroleerd gewichtsverlies en fysieke inactiviteit. Spierkracht bepaalt in sterke mate u inspanningsvermogen en ook uw klachten van kortademigheid. Met training kan de spierkracht dikwijls hersteld worden en verminderen ook de klachten.

- **Suikerziekte - type II diabetes**

Diabetes komt meer voor bij COPD en wordt vooral aangetroffen bij patiënten met overgewicht. Ook herhaaldelijk gebruik van cortisone is dikwijls een oorzaak en kan verantwoordelijk zijn voor

ernstige metabole ontregeling. Naast dieetmaatregelen kan medicatie en eventueel injecties met insuline noodzakelijk zijn.

- **Longkanker**

Longkanker komt vooral voor bij rokers maar kan ook niet-rokers treffen. Personen met COPD hebben bovendien extra risico om longkanker te ontwikkelen. Kanker is naast cardiovasculair lijden en respiratoir falen, de belangrijkste doodsoorzaak bij COPD patiënten. Detectie in een vroegtijdig stadium geeft de beste behandeling zodat een regelmatige longfoto zeker is aangewezen.

- **Depressie**

Angst en depressie komt veel voor bij COPD, vooral bij personen met ernstige ziekte en herhaalde opnames. Meestal zijn ze het gevolg van aanhoudende kortademigheid, onvoldoende functionaliteit, sociaal isolement en angst voor de toekomst. Deze klachten worden dikwijls verborgen maar ze kenbaar maken, is de eerste stap in de behandeling. Zo ernstig en oncontroleerbaar, kan specifieke medicatie worden opgestart.

Behandeling

Een goede behandeling van COPD bestaat uit verschillende componenten. Gezien de aandoening niet te genezen is, gaat de meeste aandacht naar het voorkomen van een verdere achteruitgang. Volledige rookstop, voldoende lichaamsbeweging en gezonde voeding zijn hier de belangrijkste maatregelen. Daarnaast kunnen chronische medicatie helpen in het verlichten van de klachten. In sommige gevallen is chronische zuurstoftoediening noodzakelijk. Opstoten van kortademigheid vereisen bovendien extra aandacht.

Preventieve maatregelen

- **Rookstop**

Rookstop is niet alleen belangrijk om COPD te voorkomen maar ook wanneer de diagnose gesteld is dit cruciaal. Blijven roken leidt immers tot snellere achteruitgang van de longfunctie en meer opstoten. Bovendien zal ook het risico toenemen om andere chronische ziektes te ontwikkelen. Er zijn vele manieren om te stoppen met roken, maar altijd is een duidelijke motivatie de basis. Naast professionele gesprekstherapie zijn er ook effectieve medicatie die helpen bij het stoppen. Een combinatie van motivatie, ondersteuning en medicatie is bovendien het meest succesvol. Aarzel daarom niet om uw arts hierover te raadplegen.



- **Lichaamsbeweging**

Wanneer u kortademig bent omwille van COPD, zullen heel wat fysieke inspanningen deze klachten uitlokken. Om deze klachten te verminderen, gaan veel patiënten het activiteiten niveau aanpassen en sommige fysieke inspanningen vermijden. De dagelijkse lichaamsbeweging wordt onvoldoende om in een goede algemene conditie te blijven. Een slechte fysieke conditie gaat op zich weer bijdragen tot meer klachten voor een zelfde inspanning. Om deze vicieuze cirkel te vermijden, is onderhoud van voldoende lichaamsbeweging heel belangrijk. Minimaal 30 minuten matig intense fysieke activiteit op vijf dagen van de week is daarom een must.



Matig fysieke activiteit is een inspanning waarbij u enigszins buiten adem bent; bv. flink doorstappen. Het hoeft geen sport te zijn, al mag dat wel, natuurlijk. Bij ernstige conditieverlies kan tevens beroep gedaan worden op inspanningstraining bij een kinesitherapeut, al dan niet omkaderd in een multidisciplinair revalidatie programma.

Educatie omtrent de aandoening en een levensstijlaanpassing maken daar ook een belangrijk deel van uit. Dit wordt aangeleerd bij de ergotherapeut.



- **Gezonde voeding**

COPD patiënten verliezen dikwijls gewicht. Dit komt door enerzijds een verhoogd energieverbruik (ademarbeid, medicatie en luchtwegontsteking) en anderzijds door een verminderde energie inname (onevenwichtige voeding). Onvrijwillig gewichtsverlies is ongunstig voor het verder ziekteverloop. Naast herstel van gezonde voeding zijn soms bijvoedingen noodzakelijk zeker wanneer met training gepoogd wordt om terug op te bouwen. Daarnaast kampen heel wat COPD patiënten met overgewicht wat kortademigheid en vermoeidheid kan doen toenemen. Hier is een gezonde caloriearme voeding aangewezen. Voor beide situaties is een goed dieetadvies zeker opportuun.

*Voor meer informatie omtrent voedingsadvies bij COPD, vraag naar onze afzonderlijk brochure



Onderhoudsbehandeling

- **Inhalatietherapie**

Medicatie die wordt ingeademd (inhalatietherapie) heeft als voornaamste doel om de luchtwegen maximaal te verwijderen. Ze zorgen er voor dat er minder klachten zijn. Daarnaast worden bij herhaalde opstoten dikwijls inhalatiesteroïden gebruikt die de ontsteking in luchtwegen mee onderdrukken. De aard en de hoeveelheid medicatie die in onderhoud wordt voorgeschreven, hangt af van de ernst van de aandoening. Inhalatietherapie zal naast verbeteren van symptomen en levenskwaliteit ook zorgen voor minder opstoten. Het kan COPD echter niet genezen.

*Voor meer informatie omtrent inhalatietherapie, vraag naar onze afzonderlijk brochure

- **Zuurstoftherapie**

Chronische zuurstof therapie heeft enkel zin wanneer er in rust een bewezen zuurstoftekort is aangetoond. Dit komt enkel voor in de eindstadia van de ziekte. Deze patiënten komen in aanmerking voor chronische zuurstoftherapie via het ziekenhuis en moeten meer dan 16 uur per dag zuurstof gebruiken. Bij de meeste patiënten is er geen zuurstoftekort in rust. Ze zijn wel kortademig bij lichte inspanningen (wat soms gepaard gaat zuurstoftekort) maar dit herstelt snel en spontaan in rust nadien. Chronische zuurstoftherapie heeft hier geen indicatie en wordt niet langer terugbetaald.

- **Operatie**

Uitzonderlijk is een heelkundige ingreep of operatie aangewezen in de behandeling van COPD. Long volume reductie is een ingreep waarbij een stuk van de slechtwerkende long wordt weggenomen zodat deze plaats in de borstkas kan worden ingenomen door een beter werkend deel. Bij longtransplantatie worden beide longen vervangen door donorlongen. Deze laatste ingreep is enkel mogelijk bij vroegtijdig terminaal longlijden onder de leeftijd van 65 jaar.

Aanvallen en opstoten

Aanvallen van kortademigheid of opstoten van COPD worden dikwijls exacerbaties genoemd. Deze opstoten gaan gepaard met plotse toename van kortademigheid, hoesten en opgeven van slijmen, klachten die langer aanhouden dan 2dagen. Ze ontstaan meestal door infecties met virussen of bacteriën Een kortstondige episode van kortademigheid is geen opstoot maar weerspiegelt gewoon de dagdagelijkse variatie. Sommige patiënten doen meerdere opstoten per jaar, andere zullen bijna nooit een opstoot krijgen. Opstoten worden best zo snel mogelijk herkend en hebben een specifieke behandeling nodig die uw huisarts kan opstarten. Deze bestaat uit een kuur met steroïden, al dan niet antibiotica en hogere dosis inhalatietherapie. In sommige gevallen zijn de klachten zo ernstig dat tijdelijk extra zuurstoftoediening en opname via spoedgevallen noodzakelijk is.

Multidisciplinaire revalidatie

Een chronische ziekte heeft veel impact op uw leven. De behandeling van COPD is dan ook meer dan een tijdig innemen van medicatie. Het behelst ook algemene hygiënische maatregelen zoals rookstop, gezonde voeding en onderhouden of herstellen van fysieke activiteit. Daarnaast is ziekteinzicht met het 'aanvaarden van' en 'omgaan met' beperkingen heel belangrijk. Dit alles vereist dikwijls een multidisciplinaire aanpak die het best kan worden aangeboden via een gestructureerd revalidatieprogramma. In deze omgeving werken de patiënten op een intense manier samen aan deze doelstellingen onder begeleiding van longarts, kinesitherapeut, voedingsdeskundige, sociaal assistent, ergotherapeut, psycholoog en verpleegkundig specialist.

Palliatieve zorgen

Het is moeilijk te zeggen wat de gemiddelde levensverwachting bij COPD is en zelfs voor de individuele patiënt is het moeilijk om voorspellingen te doen omtrent het levenseinde. Globaal gezien kan de persoon met COPD een behoorlijk leven leiden wanneer een aantal beperkingen worden in acht genomen. Bij verdere evolutie van de aandoening kunnen de klachten, opnames in het ziekenhuis wel de overhand nemen zodat de levenskwaliteit sterk achteruitgaat. Het is aan de patiënt om in samenspraak met zijn arts, aan te geven hoe ver hij wil gaan in deze fase van zijn ziekte. Het tijdig bespreken van een realistisch perspectief en de mogelijkheden van een palliatieve aanpak zijn zeker een meerwaarde.

Zorgprogramma - Zuurstoftherapie

Bij ernstige vormen van COPD kan chronische zuurstoftherapie noodzakelijk zijn.

Bepaalde aandoeningen, zoals een ernstige vorm van COPD kunnen leiden tot zuurstoftekort in het lichaam. Met zuurstoftherapie kan extra zuurstof langs de neus en/of mond worden ingeademd. Er komt bijgevolg via de longen meer zuurstof in het bloed waardoor het hart en de bloedvaten het lichaam efficiënter van zuurstof voorzien.

Zuurstof is een geneesmiddel en het voorschrift moet steeds door een arts worden voorgeschreven. Zuurstofgebruik is niet verslavend, maar te weinig of te veel zuurstof kan wel ernstige gevolgen hebben zoals kortademigheid, sufheid en bewusteloosheid

Deze therapie wordt enkel terugbetaald zo er een duidelijk zuurstoftekort is in rust in stabiele omstandigheden. Kortademigheid of zuurstoftekort bij inspanning zijn geen indicaties om chronische zuurstoftherapie op te starten.



Bij sommige patiënten is er een tijdelijke zuurstofnood ten gevolge van een acute infectie of longontsteking.

Deze acute zuurstof kan worden voorgeschreven door uw huisarts voor maximaal drie maanden. Het blijft een tijdelijke behandeling die ook weer moet stopgezet worden.

Wanneer er echter een blijvend zuurstoftekort is in rust, dan kan via de longarts een aanvraag worden gedaan voor chronische zuurstoftherapie via de RIZIV conventie. Hiervoor moet voldoen worden aan een aantal strenge voorwaarden. Enkel dan kan er thuis een zuurstof apparaat worden geplaatst met een extra flesje, een vul-fles of een draagbare concentrator voor verplaatsingen. Uitzondering hierop is het palliatief statuut dat ongelimiteerd zuurstofgebruik toelaat.

Evaluatie van uw zuurstofnood gebeurt tijdens de raadpleging of rechtstreeks op longfunctiemetingen op vraag van uw huisarts. Indien u in aanmerking komt voor chronische zuurstoftherapie, moet deze therapie minstens gedurende 16 uur per dag worden ingenomen. Enkel dan zal het uw ziekteverloop gunstig kunnen beïnvloeden.

 Kortademigheid is niet hetzelfde als zuurstoftekort. Acuut zuurstoftekort in rust wordt behandeld met tijdelijke zuurstoftoediening.
Zuurstoftekort bij inspanning is niet gevaarlijk en is geen indicatie voor chronische zuurstoftherapie.
Ernstig chronisch zuurstoftekort in rust moet behandeld worden met chronische zuurstoftherapie.

*Voor meer informatie omtrent zuurstof en veiligheidsvoorschriften, vraag naar onze afzonderlijke infobrochure

Ademhalingstechniek

Getuitede lippen

STAP 1

Vul de longen met lucht door langzaam in te ademen via de neus. Hierdoor wordt de zuurstof gefilterd en bevochtigd.



STAP 2

Tuit uw lippen alsof je een kaars zou uitblazen.



STAP 3

Hou de lippen getuitede en adem uit. Tracht langzaam te blazen zonder je lichaam te forceren. Blaas op een gelijkmatig tempo uit. Probeer langer uit ademen dan in te ademen waardoor je longen zich helemaal kunnen ledigen.



Rustposities bij ademnood

Bij momenten waarbij de inspanning te zwaar wordt dient er een pauze ingelast te worden. Het kortademig zijn kan worden verholpen in verschillende houdingen. Rustig blijven en verder de ademen onderhouden met getuete lippen is de boodschap.



De buikademhaling is ook een goed alternatief wanneer je kortademig bent. Je leert dit best in zit door de ogen te sluiten en de hand op de buik te leggen. Tracht rustig in te ademen. Je buikwand en ribbenrooster zal uitzetten en het diafragma zet uit waardoor de longen 'meer' lucht opnemen. Bij het uitademen komt de buikwand terug normaal en duwt het diafragma de longen naar boven.



Relaxatie



Er zijn verschillende variaties van relaxatie die tijdens het verblijf in het KEI door de ergotherapeut kunnen worden aangeleerd. De voornaamste regel is telkens een aangename ontspannen positie te vinden. Dit kan in bed, relaxzetel, stoel of rechtstaand zijn. Bij voorkeur worden de ogen gesloten en worden de gedachten afgesloten. De ademhaling speelt terug een belangrijke rol in het ontspanningsproces met daarbij het ontspannen van het lichaam.

1. Neem plaats in een relaxzetel of aangename houding.
2. Sluit de ogen en adem enkele malen in en uit met getuete lippen. Tracht diep uit te ademen waardoor je lichaam zich ontspant.
3. Probeer niet te piekeren, vergeet de stress of problemen laat je 'hoofd' leeg worden.
4. Denk positief en droom desnoods weg naar een ideale plaats.
5. Geniet van de ervaring.
6. Kom rustig terug naar de ruimte en neem de positieve energie mee tijdens de rest van de dag/nacht.

Levensstijlaanpassing

Tijdens de dagelijkse activiteiten zijn er mogelijkheden om deze anders aan te pakken. Men spreekt van energie besparende te werken of de levensstijl aan te passen. Deze handelingen zullen worden aangeleerd tijdens het verblijf in het KEI in de dienst ergotherapie.

Een voorbeeld is de voorbereidende handelingen tijdens het snijwerk zittend in plaats van rechtstaand uit voeren. Of rechtstaand met een goeie werkhoogte van het werkblad.



De dagelijkse handelingen worden geoefend tijdens de ergotherapie en worden uitgetest. Stel zeker vragen omtrent het dagelijks handelen aan de ergotherapeuten.

Het werken met een dagschema en aanpassen van de dagelijkse handelingen is aangewezen. Dit kan op verschillende manieren en bij alle activiteiten gebeuren.

Enkele concrete voorbeelden:

Een goede nachtrust is belangrijk. Er worden tips naar slaaphouding en comfort gegeven.



Huishoudelijke taken worden terug aangeleerd met andere technieken.



Het ochtendtoilet is de start van dag. Mits de correcte energie besparende methode kan je terug vlotter jezelf wassen zonder ademnood/ vermoeid gevoel.



© Can Stock Photo - csp9044196

Reizen en vrijetijd.



Geslachtsgemeenschap en tips voor en naar de partner.



VRAGEN?

Wanneer u na het lezen van deze brochure nog vragen heeft, aarzel dan niet om deze te stellen aan een medewerker van het zorgteam

Versiedatum 02102020