

# Die Rehabilitasie van Pasiënte met Serebrovaskulêre Ongelukke

C. VAN W. VAN DER COLF, C. L. WICHT, E. WILLERS

## SUMMARY

A rehabilitation programme for patients with cerebrovascular accidents is outlined. The effectiveness of this programme was assessed in 220 patients transferred from Tygerberg Hospital to Goodwood Aftercare Hospital during the past 4 years. They were accepted after the acute phase and when the strokes were completed. The results of rehabilitation were judged by evaluating activities of daily living, namely eating, washing and dressing, and factors such as mobility and use of an affected hand, sphincter control, and ability to communicate. Other factors used to evaluate the rehabilitation programme were complications during treatment and eventual placing of the patients.

Of 130 patients (72,6%) who were bedridden on admission, 62 (34,6%) could walk unaided and 46 (25,7%) could walk with aid after discharge. Thus, 108 patients (60,3%) could walk, either with or without aid. Thirty-six patients (20,1%), in whom stroke rendered their upper limbs useless, regained the use of their hands. On admission 90 patients (50,2%) were incontinent of urine, and 82 (45,8%) were faecally incontinent. On discharge the figures were 45 (25,1%) and 29 (16,2%) respectively. Dysphasia was present in 56 patients of whom 24 (37,5%) improved on therapy. Thirty-eight patients were admitted with dysarthria, of whom 26 (68%) either recovered or improved. On admission 35 of the survivors (19,6%) could eat independently, and on discharge 121 patients (67,6%) could eat unaided. Only 17 patients (9,5%) were independent as far as washing and dressing were concerned, but on discharge 77 (43%) could wash and 75 (41,9%) could dress without aid.

During the rehabilitation phase 41 of the 220 patients admitted (18,6%), died. Deep venous thrombosis occurred in 28 patients (12,7%) and clinically diagnosed pulmonary embolism in 4 (1,8%). Urinary tract infections presented a problem in patients with indwelling catheters. Reactive depression was a major problem. Subluxation of the hemiplegic shoulder occurred in 32 patients (17,6%). No new decubitus ulcers developed.

On discharge 29 of the 114 patients who returned to their previous homes needed some form of help. Thirty-one were placed in old-age homes with nursing care and 9 in

private nursing homes. A total of 25 were admitted to institutions for chronically ill or terminal-care patients.

*S. Afr. med. J.*, 53, 797 (1978).

Met 'n steeds toenemende persentasie bejaardes in die bevolking kan verwag word dat die voorkomssyfer van serebrovaskulêre ongelukke (SVO) sal toeneem, maar met hedendaagse behandeling en intensiewe versorging kan 'n verhoogde oorlewingsyfer verwag word.

Ons moet bereid wees om die probleme van mense wat SVO oorleef te besef en te hanteer. Dat hierdie probleme wyd uitkring en 'n multidissiplinêre benadering in die rehabilitasieprogram verg, sal geïllustreer word.

Vir die doel van hierdie studie word 'n SVO (beroerte) gedefinieer as enige siekte waar een of meer van die bloedvate na die brein primêr geïmpliseer is in 'n patologiese proses.<sup>1</sup>

## PASIËNTE EN METODEDES

Gedurende die afgelope 4 jaar is Blanke pasiënte wat SVO gehad het vanaf Tygerberg-hospitaal na Goodwood Nasorghospitaal verwys vir rehabilitasie. Dié hospitaal, 'n dubbelverdiepinggebou voorheen as skool gebruik, is omskep in 'n nasorghospitaal. Daar is 5 sale met 6 beddens per saal op elke vloer, d.w.s. 'n totaal van 60 beddens. Tans is daar 'n hysbak om pasiëntverkeer te vergemaklik. Daar is 'n saal vir fisioterapie en een vir arbeidsterapie, en 'n seminaarkamer.

Goodwood Nasorghospitaal funksioneer as 'n deel van Tygerberg-hospitaal, waar alle toelatings en laboratorium-toetse behartig word. Gewone fasiliteite vir resussitasie, radiografie en roetine-ondersoeke is op die perseel beskikbaar.

Die pasiënte is hoofsaaklik aanvaar nadat die SVO volledig was en die akute stadium verby was. Dit was onmoontlik om 'n vooraf-vasgestelde tydperk neer te lê waarna pasiënte as oor die akute stadium beskou kon word. Die arbitrêre periode van 3 weke wat soms as die akute fase beskou word<sup>2</sup> is sinloos, en elke pasiënt is op meriete geëvalueer.

Alle pasiënte wat verwys is vir rehabilitasie is aanvaar. Chroniese gevalle van SVO met kontrakture is egter uitgesluit uit hierdie reeks.

'n Totaal van 220 pasiënte is toegelaat, 101 mans (45,9%) en 119 vrouens (54,1%). Die gemiddelde ouderdom van die mans was 63,4 jaar en dié van die vrouens 68,5 jaar. Die gemiddelde verblyftydperk vir rehabilitasie was 7,6 weke. Hierdie tydperk was nie noodwendig die rehabilitasieperiode nie, aangesien die beleid was om pasiënte, nadat bevredigende versorging bewerkstellig is, uit te plaas.

Departement van Voorkomende en Omvattende Geneeskunde, Universiteit van Stellenbosch en Tygerberg-hospitaal, Parowallei, KP

C. VAN W. VAN DER COLF, M.B. CH.B., D.B.C., *Senior Mediese Beampte*

C. L. WICHT, M.B. CH.B., M.MED. (INT.), M.D., D.I.H., *Professor*

E. WILLERS, M.B. CH.B., *Mediese Beampte*

Ontvangsdatum: 14 Desember 1977.

## Bewussynsvlak by Toelating

By toelating was 46 pasiënte (20,9%) komateus of stuporeus en 48 (21,8%) verward. 'n Pasiënt is as stuporeus beskou as hy nie kon praat nie en as die spraakgebrek nie te wyte was aan disfasie of afonie nie. 'n Pasiënt is as verward beskou as hy gedisorïenteerd was ten opsigte van tyd, plek en sy identiteit. Verdere begripstoornisse het voorgekom by nog 40 pasiënte (18,2%), insluitende dié met apraksie, agnosie, verminderde konsentrasievermoë en liggaamskema-gebreke.

Verlies van motoriese krag is gemeet volgens die sogenaamde Oxfordskaal: 0 (geen beweging) - 5 (normale krag).<sup>3</sup> Die aangetaste arm het 'n graad 0-1 krag gehad in 92 pasiënte (41,8%), en 'n graad 5 krag in 36 pasiënte (16,4%). Die aangetaste been het 'n graad 0-1 krag gehad in 78 pasiënte (35,5%) en 'n graad 5 krag in 114 pasiënte (51,8%).

Sensoriese uitval en veral proprioseptiewe sin is van belang in die rehabilitasieprogram. 'n Totaal van 61 pasiënte (27,7%) het sensoriese uitval getoon, en by 56 (25,5%) was sensoriese uitval nie toetsbaar nie.

Hemianopie was teenwoordig in 23 pasiënte (10,5%).

Weens die bewussynsvlak van die pasiënt, kon spraakafwykings nie altyd met sekerheid vasgestel word met toelating nie, maar, namate die bewussynsvlak verbeter het, is die volgende afwykings gevind: disfasie, reseptief of ekspressief, by 56 pasiënte (25,5%), en disartrie by 38 pasiënte (17,3%).

Aantasting van die karotis- en vertebrobasilêre arteriële sisteme het onderskeidelik by 59 vrouens (49,6%) en 60 vrouens (50,4%) voorgekom. By mans was die getalle onderskeidelik 70 (69,3%) en 31 (30,7%). Waar die karotisiteem geïmpliseer was, was die linker serebrale hemisfeer aangetas in 61 pasiënte (47,3%).

Volgens ons evaluasie was infarksie en emboliese faktore geïmpliseer in 178 pasiënte (80,9%), en bloedings van alle aard in 42 pasiënte (19,1%). 'n Geskiedenis van voorafgaande, verbygaande, serebrale isgemiese insidente is van 79 pasiënte (35,9%) verkry.

Die rehabilitasieprogram is multidissiplinêr benader, en die span het bestaan uit 'n geneesheer, fisioterapeut, arbeidsterapeut, spraakterapeut, maatskaplike werker, verplegingspersoneel en 'n hospitaalleraar.

Omdat die Goodwood Nasorghospitaal deel uitmaak van die Tygerberg-hospitaalkompleks is dit ook 'n opleidingsentrum, en baie werk word gedoen deur studente, veral wat betref die paramediese dienste. Weekliks word 'n gekombineerde saalronde gedoen waar die hele rehabilitasiespan teenwoordig is en alle aspekte van 'n pasiënt se program bespreek word.

By toelating is pasiënte reeds volledig ondersoek, en dit is nie die doel van hierdie artikel om daarvoor uit te wy nie. Die geneesheer is vertrouwd met die kliniese beeld, etiologie en prognose. Geassosieerde toestande soos hartletsels, diabetes mellitus, hipertensie en dies meer word genoteer. Die geneesheer lig die span in oor moontlike risikofaktore wat die rehabilitasieprogram mag affekteer. 'n Voorlopige rehabilitasievlak word aanvanklik vir elke pasiënt gestel, wat later gewysig mag word.

Die doel van rehabilitasie is om komplikasies te vermy

en die pasiënt meer onafhanklik te maak ten opsigte van daaglikse aktiwiteite. Terugkeer tot die normale is nie noodwendig 'n doel nie. Die fisioterapeut probeer soveel verlore liggaamsfunksies as moontlik herstel. Die arbeidsterapeut trag die pasiënt hierdie funksies ten volle te laat benut.

Van groot belang is die pasiënt se huislike omstandighede, gesinsverhoudinge, ekonomiese status, vorige belangstellings en werkstatus. Die maatskaplike werker lig die rehabilitasiespan hieroor in.

Vir die meeste pasiënte veroorsaak die verlies van funksie in ledemate ook geestelike trauma. Laasgenoemde aspek word deur die hospitaalleraar, wat insig in die toestand het, behartig.

In hierdie reeks het 94 pasiënte (42,8%) 'n spraakdefek gehad wat deur die spraakterapeut behandel is.

Verpleging speel 'n deurslaggewende rol in die rehabilitasieprogram. Dit geskied onder toesig van opgeleide personeel wat veral gebruik maak van verpleegassistente.

Dit volg dat waar 'n pasiënt blootgestel word aan soveel rehabilitasiefasette, daar altyd gewaak moet word teen oorbearbeiding en uitputting. In hierdie projek was 'n program vir elke pasiënt uitgewerk om te verseker dat rehabilitasie optimaal benut kon word.

Voor ontslag van 'n pasiënt besoek die arbeidsterapeut en maatskaplike werker die pasiënt se tuiste om eerste-handse inligting te bekom omtrent die huisopset, bv. tegniese probleme op die perseel wat aanpassing kan bemoeilik. Maatskaplike probleme word ook geëvalueer. Of dit vir die pasiënt se gesin moontlik sal wees om hom te kan behartig waar herstel nie bevredigend is nie, word beoordeel. Die gesin word verder betrek deur ingelig te word omtrent die pasiënt, en in die hospitaal onderrig te word oor die hantering van die pasiënt.

## RESULTATE

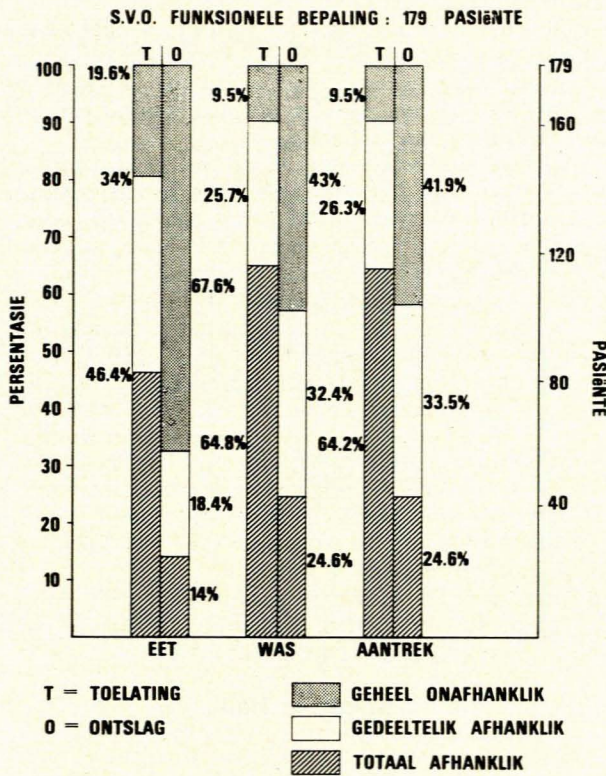
Die doeltreffendheid van die program moet gemeet word aan die rehabilitasievlak wat bereik word, die komplikasies gedurende die tydperk, en die uiteindelijke plasing van die pasiënt.

### Evaluasie van die Rehabilitasievlak

Die rehabilitasievlak is geëvalueer volgens pasiënte se vermoë om daaglikse aktiwiteite soos eet, was en aantrek uit te voer, en ook volgens pasiënte se beweeglikheid, handgebruik en kommunikasievermoë.

**Eet, was en aantrek.** Volgens hierdie daaglikse aktiwiteite is funksionele bepalinge by toelating en ontslag gedoen. Afb. 1 toon die 179 oorlewende pasiënte se vermoëns met betrekking tot hierdie aktiwiteite. Met ontslag was slegs 25 pasiënte (14%) totaal afhanklik wat eet betref, en 44 (24,6%) totaal afhanklik met betrekking tot was en aantrek, terwyl 121 (67,6%) totaal onafhanklik kon eet, en 77 (43%) en 75 (41,9%) onderskeidelik totaal onafhanklik was met betrekking tot was en aantrek.

**Beweeglikheid.** Dit is nog 'n elementêre kriterium waarvolgens rehabilitasiestatus bepaal kon word. Pasiënte is geklassifiseer as bedlënd, van 'n rystoel afhanklik (m.a.w. pasiënt kon sit), of van hulpmiddels soos kieres of loop-



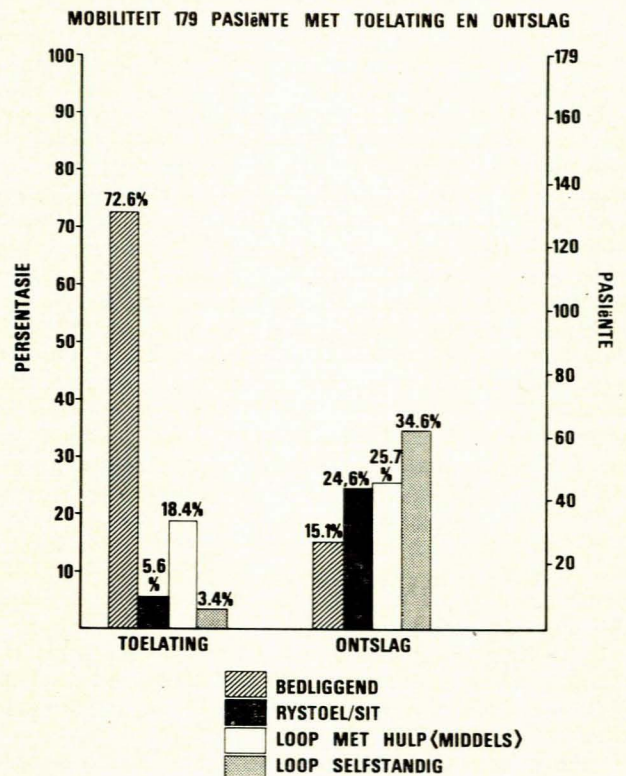
Afb. 1. Oorlewende pasiënte se vermoëns met betrekking tot eet, was en aantrek.

rame (selde) of van menslike hulp om te loop. Die laaste kategorie sluit persone in wat heeltemal onafhanklik kon beweeg.

Van die 179 oorlewende pasiënte was 130 (72,6%) by toelating bedlënd en slegs 6 (3,4%) kon sonder hulpmiddels loop. Met ontslag was 27 pasiënte (15,1%) bedlënd en 62 (34,6%) kon sonder hulpmiddels loop, terwyl 'n verdere 46 (25,7%) met hulp of met hulpmiddels kon loop. Derhalwe kon 108 van die oorlewendes (60,3%) by ontslag loop, met of sonder hulpmiddels (Afb. 2). Dit kom ooreen met ander resultate wat wissel tussen 20% en 70%.<sup>4,5</sup>

**Handgebruik.** Die boonste ledemaat is 'n hoogs gespesialiseerde struktuur as gevolg van sy komplekse motoriese take en uitgebreide sensoriese terugvoermeganismes. Derhalwe benut dit 'n groot kortikale area wat maklik deur arteriële afsluiting of bloeding beskadig kan word. Enige gedeelte van die boonste ledemaat, hetsy kombinasie van skouer en elmbooggewrigte of pols- en vingerbeweging, is funksioneel belangrik. 'n Normale skouer en elmboog met funksielose pols en/of hand lei tot 'n nuttelose ledemaat, en andersom.

Sensoriese uitval is ook baie belangrik in die boonste ledemaat. In hierdie reeks het 72 van die oorlewendes (40,2%) 'n beduidende gebruik gehad van die hemiplegiese boonste ledemaat. Dit sluit gevalle in van verswakte greep, en polskrag van 4 en meer op die Oxfordskaal. Anders as met die onderste ledemaat, waar beduidende funksie wel verkry is in 108 pasiënte (60,3%), moet daar dus in baie



Afb. 2. Mobiliteit van 179 oorlewende pasiënte.

gevalle gepoog word om 'n persoon met een hand op te lei.

**Sfinkterbeheer.** Dit is 'n belangrike oorweging by uitplasing. By toelating was 90 pasiënte (50,2%) urinêr inkontinent en 82 (45,8%) fekaal inkontinent. By ontslag was 45 pasiënte (25,1%) urinêr inkontinent en 29 (16,2%) fekaal inkontinent.

**Disfasie.** Met hierdie toestand verloor die pasiënt heeltemal of gedeeltelik sy vermoë om te kommunikeer. Met reseptiewe disfasie is rehabilitasie uiters moeilik, en ekspressiewe disfasie gaan soms met erge frustrasie van die pasiënt gepaard. In hierdie reeks was daar 56 pasiënte met disfasie in enige vorm, waarvan 24 (37,5%) verbetering met terapie getoon het.

Kommunikasie kan bemoeilik word deur disartrie, veral as afonie 'n komponent is, maar dit is andersins nie 'n beduidende belemmering in die rehabilitasieprogram nie. In hierdie reeks het 38 pasiënte gepresenteer met disartrie, waarvan 26 (68%) verbeter of herstel het.

**Komplikasies**

**Sterftes.** Gedurende die rehabilitasietydperk het 41 van die 220 pasiënte toegelaat (18,6%) gesterf. Aanvanklik was die sterftesyfer 22 (24,4%) van die eerste 90 toelatings, maar die getal het gedaal tot 19 (14,6%) van die laaste 130 toelatings. Die hoofsaak van sterfte was herhaling of voortskeiding van SVO in 21 pasiënte. Daarna was dit brongopneumonie in 8 pasiënte, miokardiale infarksie in 5, pulmonale embolisme in 4, karsinoom in 2, en gastriese bloeding in 1 pasiënt. Volgens die literatuur

wissel die mortaliteit van SVO: dit word gestel as 25% gedurende die eerste 24 uur, en een-derde van die oorlewendes sterf binne 3 weke.<sup>6</sup>

**Druksere.** Dit het nie voorgekom in hierdie reeks nie. Regte posisionering en posisieveranderinge elke 2 uur is tydrowende verplegingsdienste wat die moeite loon. In ander studies oor geriatrisiese pasiënte word 'n baie hoër voorkomssyfer vir druksere vermeld.<sup>7,8</sup> In 60% van die pasiënte het die druksere binne die eerste 4 weke ontwikkel.<sup>7</sup> Derhalwe was die hospitalisasietydperk in ons reeks nie van 'n te kortte duur vir decubitus ulkus-ontwikkeling nie.

**Skouersindroom.** Subluksasie van die hemiplegiese skouer het in 32 pasiënte (14,5%) voorgekom, veral in die slap paralitiese fase waar bloot swaartekrag dit kon veroorsaak. Die toestand is behandel met 'n ondersteunende verband met die pasiënt in die regop posisie, fisioterapie ter fasilitering van die spiertonus, en korrekte posisionering in die liggende posisie. Onoordeelkundige hantering soos traksie moet vermy word. Rotatorkraagsindroom het voorgekom in 10 pasiënte (4,5%), waarskynlik as gevolg van onoordeelkundige hantering van die skouer in 'n vroeë stadium. Stywe skouer as gevolg van fibrose is 'n latere komplikasie.

**Urineweginfeksie.** Weeklikse urine kulture en sensitiviteitstoetse is gedoen, waarna toepaslike antibiotika toegedien is. Langtermyn-kateterinlating is nie in 'n hospitaalopset gewens nie.

**Trombo-emboliese komplikasies.** Klinies waarneembare diep veneuse trombose het voorgekom by 28 pasiënte (12,7%). Dit is egter duidelik dat daar 'n hoër voorkoms sou gewees het as meer gesofistikeerde ondersoekmetodes gebruik was. Klinies gediagnoseerde fatale pulmonale embolisme het voorgekom in 4 pasiënte (1,8%).

Die sogenaamde antiplaatjemediddels wat plaatjiekleefbaarheid sou verminder, soos dipiridamol gekombineer met asetielasalisilaat, word empiries gebruik vir moontlike profilakse asook moontlike beperking van trombose aan die arteriële kant. Geen persoon wat met hierdie kombinasie behandel is, het gesterf aan pulmonale embolus nie; dit wil voorkom asof dit ook 'n faktor was by die verlaagde mortaliteit in die tweede fase. 'n Gekontroleerde studie in hierdie rigting blyk aangedui te wees.

**Reaktiewe depressie.** Dit is 'n komplikasie wat algemeen voorkom. Die verlies van ledemaat- en ander funksies, soms denkvermoë en algemene aftakeling van die self, het geweldige traumatiese impak. Ten spyte van al die moontlike nuwe-effekte van antidepressiewe middels in bejaardes, het ons gevind dat die gebruik daarvan geregverdig was in 'n hospitaalopset. Derhalwe is imipramien by die meeste pasiënte gebruik en nuwe-effekte was selde 'n probleem tydens rehabilitasie.

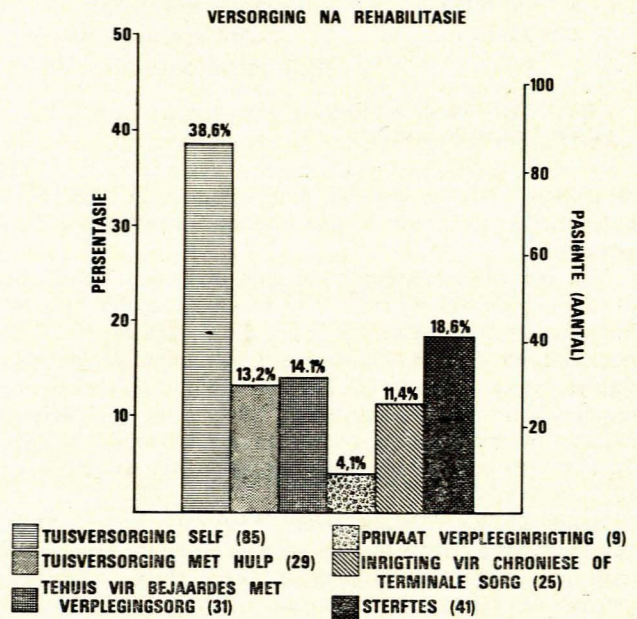
## Uitplasing

Waar moontlik, word pasiënte na hul vorige tuiste ontslaan. Indien dit nie moontlik is nie word hulle geplaas in 'n tehuis vir bejaardes, met verplegingsorg. In sommige gevalle word uitplasing gereël na 'n inrigting vir terminale sorg. Lang waglyste is ongelukkig 'n probleem en uitplasing moet beplan word. Waar uitplasing na 'n vorige tuiste geskied word die huislike opset deur lede van die span ondersoek, soos reeds vermeld.

So gou moontlik na toelating word die pasiënt naweke huis toe gestuur, indien daar 'n moontlikheid vir tuisplasing is. Sodoende word die pasiënt nie afhanklik van die hospitaal nie en verseker dit dat pasiënt en gesin weer geleidelik by mekaar aanpas.

'n Verdere fasie van plasing is die pasiënt se aanpassing by sy gemeenskap. Deur te skakel met kerkgemeentes in die noordelike voorstede word gereël dat hierdie persone gereeld besoek word deur lidmate van hulle gemeentes. Hierdie besoeke dien ook as hulpbronne rakende die pasiënt se versorging, waar toepaslik. Persone wat pasiënte met 'n gedeeltelike ekspressiewe disfasie besoek, word ingelig oor die kommunikasieprobleem, en geselskap dien as verdere bron van spraakopleiding. Hierdie diens geskied op vrywillige grondslag en dit is ook elders met sukses toegepas.<sup>9</sup> Wanneer dit blyk dat 'n pasiënt vanweë ernstige maatskaplike probleme volgehoue professionele dienslewering na ontslag benodig, word die hulp van 'n toepaslike welsynsorganisasie ingeroep, bv. die Christelike Maatskaplike Raad, Welsynsorganisasie vir Bejaardes, Kreupelesorg, Huweliksbuuro, ens.

By ontslag is die pasiënt se gesin reeds ingelig omtrent alle fasette van sy verdere hantering. In Afb. 3 word aangetoon waarheen pasiënte ontslaan is.



Afb. 3. Plasing van pasiënte na ontslag.

Ten slotte, wanneer die pasiënt ontslaan word, word gereël dat sy vordering opgevolg kan word by 'n kliniek by die Tygerberg-hospitaal waar dieselfde geneesheer, fisiotherapeut, arbeidsterapeut, spraakterapeut en maatskaplike werker teenwoordig is. Hierdie kliniek word ook deur 'n ortopeed in 'n adviserende hoedanigheid bygewoon.

## BESPREKING

Die beoordeling van die rehabilitasievlak volgens daaglikse aktiwiteite soos eet, was, en aantrek, en faktore soos

sfinkterbeheer, mobiliteit, handgebruik en kommunikasievermoë het praktiese waarde. Dit is moontlik nie akkurate metings nie en 'n sekere mate van objektiwiteit word ingeboet. Dieselfde beswaar oor objektiwiteit van beoordeling geld egter ook vir byvoorbeeld die Glasgowskaal<sup>10</sup> en die sogenaamde 'Pulses'-profiel<sup>11</sup> of variasies op laasgenoemde,<sup>12</sup> hoewel hierdie metodes kwantitatiewe metingswaarde het.

Nogtans is vir die doel van hierdie reeks van eersgenoemde metode gebruik gemaak in die evaluasie van die resultate. Gedagtig dat die doel met hierdie projek vermindering van afhanklikheid eerder as totale onafhanklikheid was, was die behaalde resultate uiters bevredigend en vergelykbaar met dié van ander soortgelyke projekte.<sup>4</sup>

Indien pasiënte met minimale funksionele gebrek, wat in elk geval spontaan sou herstel, en sterfgevallen binne die eerste 10 dae in die hospitaal buite rekening gelaat word, sou ongeveer twee-derdes van pasiënte met die primêre diagnose van SVO as 'n mediese of rehabilitasieprobleem oorbly.<sup>12</sup> Uit hierdie groep behoort die rehabiliteerbare pasiënte gekeur te word. In hierdie reeks is geen keuring toegepas nie, behalwe t.o.v. pasiënte met vorige SVO en kontrakture, wat ooglopend nie rehabiliteerbaar was nie en slegs versorging nodig gehad het. Sulke pasiënte is nie in die program opgeneem nie.

Met 'n Blanke bevolking van 150 000 in die noordelike voorstede van die Kaapse Skiereiland en 'n geraamde insidensie van SVO gelykstaande aan die 0,5 - 2 per 1 000 in die VSA,<sup>13,14</sup> kan 75 - 300 gevalle elke jaar in die noordelike voorstede verwag word. Hieruit sou 50 - 200 oorweeg kon word vir aktiewe rehabilitasie.<sup>12</sup>

Gedurende 1976 is 109 pasiënte met SVO tot die Goodwood Nasorghospitaal toegelaat vir rehabilitasie. Dit blyk dus nie of daar verwysingsprobleme was nie, soos wel in ander projekte elders ondervind.<sup>15</sup> Teen die tyd dat die pasiënte na ons verwys word, kan daar al met vertroue 'n prognose vir rehabilitasie aangebied word. Belangrik is om in die toekoms pasiënte wat baat kan vind by 'n rehabilitasieprojek te keur. Verder, wanneer die rehabilitasievlak 'n plato bereik, is dit belangrik om die pasiënt uit te plaas. Paramediese en verplegingsdienste moet optimaal benut word. Verder moet 'n rehabilitasiesentrum as sulks benut word en nie as 'n versorgingsinstituut vir behoeftiges en fisiese en verstandelike wrakke nie. Ander inrigtings behoort vir die doel daargestel te word.

By die probleem van plasing van die pasiënt speel die maatskaplike werker 'n sleutelrol. Dit is 'n onderwerp op sigself en kan nouliks hier tot sy volle reg kom. Gesinsverhoudings, die selfbeskikkingsreg van die pasiënt en of hy daartoe in staat is en of dit geregverdig is, die praktiese probleme van moontlike invalideversorging in 'n stedelike milieu deur ekonomies aktiewe verwante of deur 'n fisiese en verstandelik wankelrige metgesel, tot die stadium van gedeeltelike of totale verwerping deur dié wat hom voorheen versorg het — dit is alles hier ter sprake.

Rehabilitasie moet 'n tussenfase wees en nie 'n terminale fase nie, m.a.w. pasiënte moet nie langtermynversorging kry nie.

Die sentrum by Goodwood Nasorghospitaal funksioneer as 'n deel van Tygerberg-hospitaal, hoewel dit 7 km vanaf die hoofgebou is. Dit laat soms die indruk dat langtermynversorging, in plaas van rehabilitasie en nasorg, die doel is. Miskien sou die vestiging van 'n rehabilitasiesentrum in die hospitaal so 'n wanindruk verwyder en uitplasing vergemaklik. Hospitaalafhanklikheid was nie 'n negatiewe faktor in hierdie reeks nie. Dit is verhoed deur die pasiënt so vroeg moontlik kontak met sy vorige omgewing te laat maak deur middel van naweekbesoeke tuis. In hierdie reeks is 31 pasiënte (14,1%) uitgeplaas na bejaardetehuse met verplegingsorg, en 9 (4,1%) na privaat verpleeginrigtings. Vir 24 pasiënte uit 'n vorige geslag wie se vooroordeel teen 'n bejaardetehuis soms afgebreek moes word, was dit 'n nuwe tuiste. Verder, 'n aftakeling van selfbeeld gepaard met gedwonge omgewingsverandering op 'n gevorderde leeftyd en gevestigde gewoontes kan lei tot psigiese ontwrigting. Die dienste van 'n sielkundige behoort ook benut te word in die spanbenadering.

## GEVOLGTREKKING

Rehabilitasie verminder afhanklikheid van die pasiënt na SVO, speel 'n groot rol in sy hantering, en moet 'n integrale deel vorm van die behandeling. 'n Rehabilitasiesentrum, verbonde aan 'n hospitaal, is onontbeerlik vir hierdie doel. Die mortaliteit is hoog, selfs in die rehabilitasiefase, die akute versorgingsperiode is veeleisend, en rehabilitasie is 'n langdurige proses. Voorkoming sou die ideaal wees. Dit blyk egter nie moontlik te wees nie voor allermins die proses van aterosklerose, hipertensie, diabetes, hartletsels en ander oorsaaklike faktore gekontroleer kan word.

In hierdie reeks kon 'n geskiedenis van verbygaande isgemiense insidente verkry word in bykans 36% van pasiënte. In 2 - 51% van pasiënte<sup>16</sup> volg SVO op hierdie insidente. Daar is indikasies vir chirurgiese ingreep en ook vir anti-stolterapie. Moontlik het antiplaatjie-agense ook 'n rol te speel. Indien ons wel iets kon doen, sou dit ons plig wees om hierdie vroeë waarskuwings te merk en daarop te reageer.

Rehabilitasie is 'n dinamiese aanhoudende proses wat begin in die akute fase, voortgesit moet word in die rehabilitasiesentrum, en ook tuis deurgevoer moet word.

## VERWYSINGS

1. Moskowitz, E. en McCann, B. C. (1957): *J. chron. Dis.*, **5**, 342.
2. Fejfar, Z., Hatano, S., Lataillade, L. *et al.* (1971): *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, No. 469, p. 20.
3. Bannister, R. (1973): *Brain's Clinical Neurology*, 4de uitg., p. 11. Londen: Oxford University Press.
4. Fejfar, Z., Hatano, S., Lataillade, L. *et al.* (1971): *Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, No. 469, p. 16.
5. McCollough, N. C. (1975): *American Academy of Orthopaedic Surgeons: Instructional Course Lectures*, **24**, 23.
6. Fejfar, Z., Hatano, S., Lataillade, L. *et al.* (1971): *Wld. Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, No. 469, p. 13.
7. Michocki, R. J. en Lamy, P. P. (1976): *J. Amer. Geriat. Soc.*, **24**, 323.
8. Howel, T. H. (1969): *Ibid.*, **17**, 1034.
9. Eaton Griffiths, V. (1975): *Brit. med. J.*, **3**, 633.
10. Jennett, B. en Bond, M. (1975): *Lancet*, **1**, 482.
11. Moskowitz, E. (1969): *Med. Clin. N. Amer.*, **53**, 542.
12. McCann, B. C. en Culbertson, M. A. (1976): *J. Amer. Geriat. Soc.*, **24**, 212.
13. Wylie, C. M. (1965): *J. Amer. med. Ass.*, **193**, 791.
14. McCollough, N. C. (1975): *Amer. Academy of Orthopaedic Surgeons: Instructional Course Lectures*, **24**, 21.
15. Wylie, C. M. (1969): *J. Amer. Geriat. Soc.*, **17**, 549.
16. Duncan, G. W., Pessin, M. S., Mohr, J. P. *et al.* (1976): *Advanc. intern. Med.*, **21**, 2.