

# DON'T BE THE ONE

Een beroerte? Wees niet die ene

Dat hart-en vaatziekten nog steeds nummer één doodsoorzaak zijn in Suriname is oud nieuws. Dat jaarlijks velen sterven door een beroerte die niet op tijd werd herkend of behandeld of vanwege de complicaties daarvan, is minder bekend. De gemiddelde burger in Suriname weet ook niet hoe een beginnende beroerte te herkennen is. Haast 90% van beroertes kan voorkomen worden indien er meer aandacht geschonken wordt aan risicofactoren.

1 op de 4 van ons zal een beroerte krijgen gedurende het leven! Het kan op elke leeftijd en elk moment gebeuren vooral bij diegenen die een matig tot middelmatig risico hebben voor het krijgen van een beroerte. Het gros van de personen krijgt een beroerte op basis van een afsluiting van een bloedvat door een bloedprop (herseninfectie) en de rest vanwege een scheur van een bloedvat (hersenvloeding). In 2016 kwamen op de Spoedeisende Hulp van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP) dagelijks al 5-6 personen binnen met een beroerte. Anno 2019 kan dat meer zijn of minder. Mensen zijn ook veel eerder in de leeftijdsgroep 40-50 jaar in vergelijking met tien jaar terug. Toen was het eerder de groep na hun 60ste. Volgens de 'World Stroke Organization' (Wereld Beroerte Organisatie) is een beroerte of stroke, ook wel genoemd een Cerebrovasculair Accident (CVA), de tweede doodsoorzaak wereldwijd. Het vereist nu ook duidelijk andere benaderingen voor preventie en risicomanagement.

## Risicofactoren

De bekende risicofactoren die jarenlang gezien worden veranderen jammer genoeg niet of veel te weinig. Menigeen weet dat roken en overmatig alcoholgebruik ongezond zijn maar om ermee te stoppen is een ander verhaal! Een verslaving gaat niet even weg en wordt zeker wat roken aangaat onderschat. Een verslaving heeft wel een vorm van begeleiding.

Andere risicofactoren zoals hoge bloeddruk en suikerziekte zijn zeker ook bekend in onze gemeenschap. Preventie van deze twee ziekten, ook wel niet-overdraagbare ziekten genoemd, is natuurlijk gewenst. Echter vergt dat een enorme discipline en bereidheid om het ook onder ogen te zien en er wat aan te doen als risicoloper. En daar wringt heel vaak de schoen. Mensen laten het soms bewust liggen na de vaststelling door een deskundige, anderen denken dat het wel mee zal vallen. Zeker als er geen merkbare verschijnselen of klachten zijn. Al geruime tijd weten we ook door onderzoek in Suriname, dat overgewicht door alle lagen van de bevolking is toegenomen. Fysieke inactiviteit is zeker nog steeds een grote boosdoener ook al zijn er meer gyms gekomen, is Crossfit populair en zijn er vele trim-en wandelopen. Er wordt te veel gezeten, voor alles wil men de auto pakken want het gemak dient de

mens. Verder lijkt het dat het cholesterolgehalte niet regulier gemeten wordt als bloeddruk of bloedglucosegehalte. Meer dan 1 op de 4 beroertes ontstaat vanwege een hoog LDL-cholesterolgehalte.

### Preventie

De aandacht is vrijwel altijd gericht op het behandelen van de klachten of risicofactoren als iemand naar de dokter stapt. Over de hele linie genomen wordt er nog onvoldoende aandacht door gezondheidswerkers geschonken aan preventie. Of het advies is nogal vaag en men wordt ook niet snel naar bijvoorbeeld een diëtist verwezen. Verzekeringsmaatschappijen betalen ook liever voor de behandeling van ziekte dan enige vergoeding geven voor een preventieve aanpak. Menige cliënt geeft ook aan dat er bij de huisarts of specialist niet altijd aandacht of tijd is voor een goede uitleg of een gesprek. Een aandachtspunt volgens een neuroloog in AZP is dat het contact tussen de hulpverlener en de patiënt intensiever mag. Het gaat natuurlijk niet alleen om verbale communicatie maar ook om de non-verbale. Word je wel gezien en gehoord? Is de ontvangen informatie wel in begrijpelijke taal gegeven? Maar net zo aan de andere kant van de tafel behoort de patiënt ook te beseffen hoe belangrijk het is om zelf preventieve maatregelen te nemen. Het is zeker niet alleen de taak van gezondheidswerkers om dat te doen. De huidige technologie met allerlei apps die gebruikt kunnen worden om iets uit te pluizen of je risico op een beroerte te meten liggen er.

Is gezondheid pas een prioriteit bij de burgers als het te laat is? Wanneer hebt u voor het laatst een algemene medische screening laten doen? Daarnaast is een stevig beleid nodig vanuit de overheid als NGO's die zich met gezondheidszorg bezig houden.

Kortom, het publieke bewustzijn over de risico's voor het krijgen van een beroerte en hoe deze te beheersen is nog steeds laag.

Vanuit paramedisch oogpunt bekeken zoals Fysiotherapie, is het nog niet ingeburgerd dat personen daarheen verwezen kunnen worden voor een preventieve aanpak. Meer dan een derde van degenen die een beroerte heeft gehad bleek onvoldoende lichaamsbeweging in het 'menu' te hebben. Maar wist u dat bijna 1 op de 5 personen die met een beroerte rondloopt dat heeft gehad vanwege overgewicht of vetzucht? De fysiotherapeut is een deskundige die zich bezig houdt met houding en beweging.

Bij overgewicht kan gewerkt worden met een beweegprogramma op maat voor het individu. Mensen zijn eerder positief te beïnvloeden als ze weer lekker in hun vel zitten en ook merkbare resultaten zien. De 'gratis educatie' die hoort bij zulke sessies is even belangrijk als het fysieke deel.

Gedragsveranderingen zijn moeilijk aan te pakken maar zeker niet onmogelijk. Is het niet beter om daar toch voor te kiezen in plaats van met een halfzijdige verlamming rond te lopen en je behoorlijk beperkt te voelen? Weet dan ook dat stress en depressie er weer voor kunnen zorgen dat er nog een beroerte aankomt.....

### Behandeling

Sinds 2017 is het mogelijk om in AZP trombolysen (via een infuus medicatie toedienen die stolsels oplost) te krijgen. Het is dan erg belangrijk dat personen met verschijnselen van een beroerte binnen 4 ½ uur die behandeling ontvangen na onderzoek. De patiënt zal op die opnamedag door de fysiotherapeut gezien worden indien mogelijk. In het ziekenhuis heeft men een multidisciplinair overleg met alle relevante behandelaars en er wordt met protocollen gewerkt. Heel belangrijk is dat de familie of mantelzorgers erbij betrokken worden. Immers, velen hebben functieverlies, cognitieve- of taal en spraakveranderingen en kunnen emotioneel minder stabiel zijn.

Het revalidatietraject bij Ergotherapie is niet zo bekend omdat er veel te weinig zichtbaarheid is in onze

gemeenschap hiervan. Er werken momenteel maar twee ergotherapeuten in Suriname. Ook zij houden zich bezig met functiebehoud of verbetering net als Fysiotherapie, maar daarnaast ook de mogelijke aanpassingen thuis en begeleiding op de werkplek. Andere behandelaars die betrokken kunnen worden in een multidisciplinaire setting zijn de logopedist, maatschappelijk werker, neuropsycholoog en diëtist. Bij de poliklinische behandeling van iemand met een beroerte zal afhankelijk van het functieverlies en de mogelijkheden voor vooruitgang, een behandelplan uitgevoerd worden. Voor vrijwel alle paramedische hulp ervaart men het aantal beschikbaar gestelde behandelingen van de ziektekostenverzekering als ontoereikend. Het SZF vergoedt maar tien behandelingen per jaar voor de disciplines Fysiotherapie, Ergotherapie en Logopedie. Om een positief resultaat te boeken is vaak twee tot drie keer in de week logopedie geadviseerd. Daarnaast de eigen inzet van de persoon zelf en ook de bijdrage van familie en vrienden.

### Therapietrouw

Het is absoluut geen luxe om degenen die nog net niet tot de risicogroep behoren als die er al in zijn, een behandel- of begeleidingsplan te geven. Gezien de huidige situatie voor ziektekostenverzekering is het overgrote deel van de geregistreerden bij het SZF. Dit houdt in dat paramedische zorg, zoals Fysiotherapie, eerst zelf betaald moet worden om daarna restitutie te krijgen voor maar een deel. Dit is voor velen een struikelblok en zeker ook voor personen met een beroerte. Hierdoor besluiten sommigen hun geld anders te besteden of gaat therapietrouw moeizaam. Maar ook gezien de op te brengen eigen motivatie en discipline en beschikbaarheid van een ondersteunend netwerk, kan het lastig worden. Stel dat je niemand hebt die je naar je therapie kan brengen en een taxirit of zorgvervoer je AOV snel opmaakt? Wat ook speelt is dat mensen soms niet willen inzien dat ze risicofactoren hebben. Dit kan nare gevolgen hebben.

### Wenselijkheden

In de toekomst zou men intra-arteriële trombectomie als interventie willen hebben in AZP waarbij een bloedprop verwijderd kan worden die niet te verwijderen was met medicatie. Een ervaringsdeskundige en tevens lid van de Vereniging hoe Verder na een Beroerte (VVB), vindt dat de betrokkenheid van de directe familie beter kan. Niet iedereen weet goed om te gaan met degene die een beroerte heeft en mensen raken daardoor geïsoleerd. De terugkoppeling tussen de eerste lijn (huisarts) en tweede lijn (ziekenhuis) kan ook veel beter als het gaat om rapportage en feedback. Er behoort ook continuïteit te zijn op gebied van educatie en informatieverstrekking over een beroerte. Niet alleen bij hoogtijdagen of tijdens een beurs. Het gaat om bewustzijnsvermeerdering waarom het noodzakelijk en belangrijk is om leefstijlaanpassingen te hebben. Die te accepteren en je eigen te maken. Ten slotte gaat het om ziektelastvermindering. Wat niet moet is onnodige verspilling van tijd en geld in het land. Wat wel moet is energie zetten in het komen tot een gemeenschap, waar gezondheid en welzijn samen met die gemeenschap nagestreefd worden. Dan kunnen we inderdaad zeggen uit volle borst, zij werden **niet die ene**.



Surinaamse Vereniging voor Fysiotherapie

