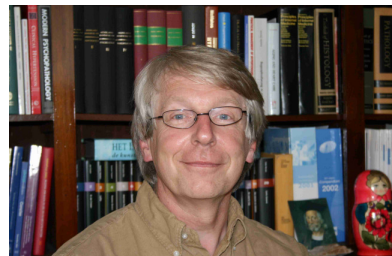


Niet te beroerd

Mensen belichten de pijnpunten in de preventie van beroerte



An Swerts

in samenwerking met Marleen Finoulst

Academiejaar 2006-2007

Inhoudstafel

VOORWOORD	2
DANKWOORD	4
SAMENVATTING	5
DEEL I WETENSCHAPPELIJKE INLEIDING	6
<i>Effectiviteit van massamediale voorlichting</i>	
1 Inleiding	7
2 Enquêteresultaten voor en na de tv-campagne Beroerte 2005	8
2.1 Methodologie en doel van het onderzoek	
2.2 Profiel van de ondervraagde groep	
2.3 Resultaten en conclusies	
3 Effectiviteit van massamediale voorlichting	11
3.1 Definities	
3.2 Succesfactoren voor gezondheidsbevorderende interventies	
3.3 Factoren die de effectiviteit van massamediale voorlichting beïnvloeden	
3.4 Entertainment-education strategie	
3.5 Meting van effectiviteit	
4 Massamediale voorlichting over beroerte in België	17
4.1 Twee voorlichtingsstrategieën met betrekking tot beroerte	
4.2 Voorkeursstrategie van de Belgische overheid	
4.4 Gebruik van massamedia voor beroertepreventie door de Belgische overheid	
5 Besluit en aanbevelingen	18
6 Literatuurlijst	20
DEEL II JOURNALISTIEK DOSSIER	22
<i>Niet te beroerd</i>	
<i>Mensen belichten de pijnpunten in de preventie van beroerte</i>	
▪ Rik/34: "Ik leef meer met minder."	23
▪ Ria/57: "Lotgenoten begrijpen precies wat je doormaakt."	26
▪ Stroke lanceert sensibiliseringsactie tegen beroerte	29
▪ Arne Hagen, voorzitter van SAFE: "Europeanen gokken met beroerte"	30
▪ Dr. Geert Vanhooren, neuroloog AZ St.-Jan Brugge: "Mensen voorlichten en investeren in beroertezorg zou voor de overheid een prioriteit moeten zijn."	32
▪ Dr. Paul De Cort, huisarts Kuntich: "Wat een dirigent voor het orkest doet, moet de overheid voor preventieacties doen: coördineren en enthousiasmeren."	37
▪ Voedingsadvies tegen beroerte Bescherm je tegen beroerte	40
▪ Opinie	42
▪ Prof. dr. Stephan Van den Broucke, lid van Vlaamse Gezondheidsraad: "Enkel wijzen op de dramatische gevolgen van ongezonde voedings- en leefgewoonten is een wat naïeve aanpak."	43
▪ Kamerlid Maya Detiège (sp.a): "Te veel mensen doen aan struisvogelpolitiek."	44
▪ Referenties	47

Voorwoord

Hij ging het gat in zijn broekzak nog even stoppen. En dan zou hij met de fiets naar zijn vriend rijden om samen wat te keuvelen op een bankje in de zon, met zicht op de moestuin en de boomgaard. Ze zouden mijmeren over het leven en het weer van morgen. Twee kleine jongens die samen oud waren geworden. Tot zijn verbazing lukte het hem niet de draad in de naald te krijgen. Hij die het metier van kleermaker als geen ander beheerste. Zijn leven lang had hij maatpakken gemaakt voor deftige heren met ravenzwarte hoeden vergezeld van dames met zuinig ingekleurde rode lippen. “Zal ik het even voor je doen?” vroeg mijn grootmoeder. Hij wuifde haar aanbod nog weg voor hij viel. De ambulancier vond de naald nog tussen zijn duim en wijsvinger geklemd. Grootmoeder zou ze als een relikwie in een juwelenkistje bewaren.

Na een maandenlang verblijf in het ziekenhuis keerde hij terug naar huis. Zijn rechterlichaamshelft bleef verlamd, praten ging heel moeizaam. Dat hij voor alle dagelijkse dingen hulp nodig had, vond hij vreselijk. Hij huilde vaak en was dan ontroostbaar. Zijn leven lang had hij hard gewerkt, een doorzetter was hij geweest. Ook een heel fiere man. Ik herinner me dat ik als kind het prachtig vond om hem gade te slaan bij zijn scheerritueel. Hij gebruikte aftershave, en een tikje parfum. Altijd mocht ik even ruiken en dan sloeg ik mijn armen om zijn middel en liet ik mijn hoofd op zijn bolle buik rusten. Zo stonden we dan even stil tot hij mij plagend *een kinnebak zette* en ik weg dartelde.

Mijn hart is een porseleinen kopje
dat ik naar je toe draag
tezamen met je rozenbottelthee
op de tippen van mijn tenen.

Met de deurknop in mijn hand wacht ik
tot de angstige vogels wegvliegen uit mijn ogen.
Mijn hart hult zich in een fluwelen jasje.

Ik kom bij je en laat mijn hand langs je huid glijden
die blank en zuiver is
als een witte waterlelie.
Dan zoek ik aarzelend je glimlachende ogen,
maar donkere anemonen staren me aan.
Het kersenrood is uit je lippen gevloeid.

Je parfum hangt nog in de kamer
en in paniek sluit ik het raam.

Zij werd wakker en voelde zich wat versuft. Haar tanden, waar waren haar tanden? Ze liep verweesd rond. Water. Een glas water, dat zou haar opkrikken. Het glas glipte uit haar rechterhand. Wat zou dat nu? Ze had geen kracht meer in die hand. Met haar andere hand nam ze de telefoon en belde haar dochter. Klanken en onvolledige woorden vloeiden uit haar mond. “Moeder?” klonk het geschrokken aan de andere kant van de lijn. Uit de scan in het ziekenhuis bleek dat een reeks kleine onopgemerkte beroertes deze beroerte al was voorafgegaan. De kracht in haar rechterhand keerde terug, haar spraak niet. Ook haar geheugen en verstandelijke vermogens lieten het afweten. Ze was niet langer de goedlachse vrouw met een wervelende woordenvloed en het temperament van een Spaanse doña. Ze vermagerde erg en de sprankeling in haar ogen verdween. Aan niets zag je nog dat ze het leven zo gretig omarmd had, dat ze elke dag geleefd had alsof het haar laatste was.

Sinds die ochtend was ze rusteloos, steeds op de dool. Eerst in de gangen van het ziekenhuis, daarna in het bejaardenhuis op de dementenafdeling. Tot ze nog slechts een schaduw was en ik zelfs in haar ogen mijn grootmoeder niet meer terugvond.

Met porseleinen passen dwaalt ze
door eindeloos lange witte gangen
rusteloos op zoek.

Droeve diepblauwe ogen kijken me aan
nee, kijken door me heen
als was ik lucht.

Hé, zeg ik, en ze draait zich om.
Even wordt haar mond een vlinder
en stroomt het levenswater weer wat
sneller door haar perkamenten huid.

Dan verdwijnt de fonkeling
en wordt ze weer een klaproos
zachtjes wiegend op lieflijke melodieën
die zij alleen horen kan.

Aan hen en zoveel andere die een beroerte doormaakten draag ik dit eindwerk op. Ik hoop een bescheiden bijdrage te kunnen leveren om de aandacht te vestigen op een aandoening die elke dag 52 Belgen treft. Daarvan sterft de helft binnen het jaar en blijft een derde levenslang gehandicapt. Beroerte is dan ook een drama, niet alleen voor het slachtoffer, maar ook voor de omgeving. Twee mensen die ik lief had zijn aan de gevolgen van een beroerte overleden. Ik was geprikkeld om uit te zoeken hoe het komt dat deze aandoening zo weinig gekend is. De reden daarvoor bleek onthutsend te zijn en hoef ik niet eens zelf in de mond nemen. De manager van Sharon Stone, de filmdiva die zelf door een beroerte getroffen werd, formuleerde het zo: "Beroerte treft vooraf oudere mensen, 50-plussers, en maakt vele mensen levenslang invalide. Beroerte is dus niet 'sexy'. Daarom zal Sharon het erevoorzitterschap van de patiëntenvereniging tegen beroerte weigeren." Enige tijd later werd de actrice mascotte van anti-aidsacties.

Toch vond ik tijdens mijn onderzoek vele mensen bereid om het taboe rond beroerte te doorbreken. Ze maakten een scherpe analyse van de huidige preventie van beroerte en formuleerden voorstellen voor hoe het beter kan. Het meest ontroerd was ik door mensen die een beroerte overleefd hebben en wilden getuigen. Moedige mensen, die niet te beroerd zijn om erover te praten, omdat ze je willen behoeden voor wat hen overkomen is. Zo leerde ik Rik kennen, een jongen van mijn leeftijd, die nu 6 jaar na zijn beroerte nog elke dag een moedige strijd levert om te herstellen, maar ondertussen niet vergeet te genieten. Ik leef nu meer met minder, zei hij. En die woorden zijn blijven dansen in mijn hoofd en laten me niet meer los.

An Swerts

Dankwoord

Een eindwerk draagt slechts de naam van één auteur, maar ik had het nooit alleen kunnen schrijven. Daarom wil ik graag volgende mensen danken:

Dr. Luc Van Doorslaer en **Michaël Opgenhaffen**, docenten van de Lessius Hogeschool

voor hun tips bij mijn zoektocht naar een interessante invalshoek voor de wetenschappelijke inleiding en voor de interview- en researchtechnieken die ze me bijbrachten

Dr. Marleen Finoulst, arts en journaliste

voor haar suggesties ter verbetering van het journalistieke dossier en voor haar enthousiasmerende woorden over mijn schrijfstijl

Ria Van Rompaey en **Rik Snoeckx**, die een beroerte overleefd hebben

voor het hartverwarmende gesprek, waar ik heel graag aan terugdenk, omdat het mij bewuster doet leven en genieten

Leden van Stroke, de Belgische patiëntenvereniging tegen beroerte

Leden van SAFE, de Europese patiëntenvereniging tegen beroerte

omdat zij bereid waren hun persoonlijke ervaringen te delen en ik hun vergaderingen mocht bijwonen

Dr. Geert Vanhooren, neuroloog en diensthoofd Stroke Unit van AZ St.-Jan Brugge, lid van Belgian Stroke Council

Dr. Paul De Cort, huisarts in Kuntich, lid van Domus Medica, docent in huisartsenopleiding K.U.Leuven

Veerle Huysmans, licentiate voedings- en dieetleer, diëtiste in Aarschot, docente in diëtistenopleiding KHK Geel

Dr. Stephan Van den Broucke, psycholoog, docent in psychologie K.U.Leuven, lid van Vlaamse Gezondheidsraad

Maya Detiège, apotheker, Kamerlid (sp.a)

voor het boeiende en leerrijke gesprek.

Mijn bijzondere dank gaat uit naar:

Johan Bries, mijn man

die me enthousiast steunde toen ik voltijdse loopbaanonderbreking nam om te kunnen toegeven aan mijn kriebels voor de journalistiek

Lorry Swerts, mijn vader, en **Lydia Goos**, mijn tante

die trouw mijn artikels lazen en hun (levens)wijsheid met me deelden.

An Swerts

Samenvatting

Elke dag krijgen 52 Belgen een cerebrovasculair accident (CVA) of beroerte, een soort kortsluiting in de hersenen. Dat zijn er jaarlijks 19.000. Daarvan sterven 5.000 binnen de maand en blijven 6.000 levenslang gehandicapt. Beroerte is de derde doodsoorzaak en belangrijkste oorzaak van invaliditeit bij volwassenen in België (en Europa). Nochtans zijn de risicofactoren gekend, de meeste zijn zelfs goed op te sporen en te behandelen. Beroertes zijn dus meestal niet onafwendbaar.

De **wetenschappelijke inleiding** van dit eindwerk is een academische metareflectie over één aspect van het journalistieke dossier, namelijk de **effectiviteit van massamediale voorlichting**. De auteur blikt terug op een massamediale campagne over beroerte van twee jaar geleden en gaat in de literatuur op zoek naar antwoorden op de vragen: *Welke factoren verhogen de effectiviteit van een massamediale voorlichtingscampagne? En kan men de effectiviteit van zulke campagne accuraat meten?*

In het **journalistieke dossier Niet te beroerd** is de auteur een spreekbuis voor mensen die de pijnpunten in de preventie van beroerte durven belichten. De Belgische en Europese patiëntenvereniging tegen beroerte (*Stroke en Safe*) trekken aan de alarmbel. Twee artsen (*neuroloog Geert Vanhooren* en *huisarts Paul De Cort*) analyseren wat er fout loopt en hoe het beter kan. Een diëtiste (*Veerle Huysmans*) geeft voedingstips die je tegen beroerte beschermen. In een opiniestuk doet de auteur een oproep aan de overheid. Een lid van de Vlaamse Gezondheidsraad (*Stephan Van den Broucke*) verduidelijkt de visie achter het Vlaamse preventiebeleid. En we blikken vooruit met een Kamerlid (*Maya Detiège*) die een voorstel van resolutie voor preventie maatregelen tegen beroerte heeft ingediend. Maar het eerste woord gaat naar mensen die een beroerte overleefd hebben (*Rik en Ria*) en willen getuigen, omdat ze de lezer willen behoeden voor wat hen overkomen is. Allemaal mensen dus die niet te beroerd zijn om het taboe rond beroerte te doorbreken.

Effectiviteit van massamediale voorlichting

**Je hoeft geen beroerte te hebben
om met de gevolgen te moeten leven.**



 **VLAAMSE VERENIGING VOOR DE BEROERTE**

In België worden elke dag 52 mensen getroffen door een beroerte.
Laat regelmatig je bloeddruk en cholesterol nakijken door je huisarts en voorkom zo het ergste.
Voor jezelf.
Maar ook voor degenen waarmee je leeft.

www.beroerte.org

1 Inleiding

Op 15 februari 2005 lanceert de Belgian Stroke Council (BSC), de Belgische artsenvereniging tegen beroerte, op de nationale en commerciële zenders een tv-spot.¹ Twee weken lang wordt het grote publiek herhaaldelijk geconfronteerd met een kortfilmje waarin een meisje haar (groot)moeder met een lepel fijngemalen voedsel toedient. De vrouw zit geïmmobiliseerd in een rolstoel en haar rechterarm heeft een vreemde kromming. Het is duidelijk dat de vrouw (gedeeltelijk) verlamd is. In de spot wordt niet gesproken. Klassieke muziek met een droeve ondertoon ondersteunt de twee slagzinnen die op het scherm verschijnen: *Je hoeft geen beroerte te hebben om met de gevolgen te moeten leven. Laat regelmatig je bloeddruk en cholesterol nakijken.* Daarna verschijnt www.beroerte.org, de website van de vereniging. Tijdens de mediacampagne liggen in de wachtkamer van de dokter brochures met zeer toegankelijke informatie over de alarmtekens en risicofactoren van een beroerte.

Om te achterhalen of de mediacampagne impact op de kennis van beroerte bij de Belgische bevolking heeft, doet het studiebureau Ipsos voor en na de campagne een enquête. De 'opbrengst' van die campagne lijkt op het eerste zicht op bepaalde vlakken teleurstellend laag.² De vraag rijst: is dat het maximale effect dat men van zulke campagne verwachten kan?

In deze academische inleiding, die het journalistiek eindwerk voorafgaat, krijgt de lezer eerst inzage in de resultaten van de betreffende enquêtes. Dit om zich een beeld te kunnen vormen van de mogelijke impact van een massamediale campagne, bij wijze van voorbeeld dus. Het is echter niet de bedoeling van de auteur om die specifieke campagne over beroerte (van het ontwerpbureau DDB) of bijhorende enquêtering (van Ipsos) te beoordelen. De kritische terugblik op die campagne was voor de auteur veeleer een aanzet om in de literatuur te zoeken naar antwoorden op de volgende algemene vragen. *Welke factoren verhogen de effectiviteit van een massamediale voorlichtingscampagne? En kan men de effectiviteit van een campagne accuraat meten?* De lezer krijgt dan ook een overzicht van de huidige inzichten met betrekking tot de effectiviteit van massamediale voorlichting. In het besluit is de auteur zo vrij om enkele aanbevelingen voor de massamediale voorlichting over beroerte te doen.



Je hoeft geen beroerte te hebben om met de gevolgen te moeten leven.



In België worden elke dag 52 mensen getroffen door een beroerte.
Laat regelmatig je bloeddruk en cholesterol nakijken door je huisarts en voorkom zo het ergste.
Voor jezelf.
Maar ook voor degenen waarmee je leeft.

www.beroerte.org

¹ De tv-spot kan nog steeds bekeken worden via: www.beroerte.org (onder: Campagne 2005).

² Medisurf. (2005) Positieve resultaten, maar de hoogdringendheid van CVA blijft miskend. *Medisurf Nieuwsarchieven*, 8 november. Beschikbaar voor medisch corps (juni 2007) via: <http://nl.medisurf.be/protected/publications/web/2005/11/e847c5ef-852c-44a9-b856-6bd4759b01de.vak.html>

2 Enquêteresultaten voor en na de tv-campagne Beroerte 2005

Met dank aan mevrouw Danielle Conem, directeur klantendienst, afdeling gezondheidszorg van het studiebureau Ipsos, voor het vrijgeven van de cijfers.

2.1 Methodologie en doel van het onderzoek

Het studiebureau Ipsos voerde voor en na de tv-campagne van de Belgian Stroke Council in 2005 een enquête uit om te peilen naar de impact van die campagne op de kennis van beroerte bij de Belgische bevolking. De respondenten werden thuis persoonlijk geïnterviewd.

2.2 Profiel van de ondervraagde groep

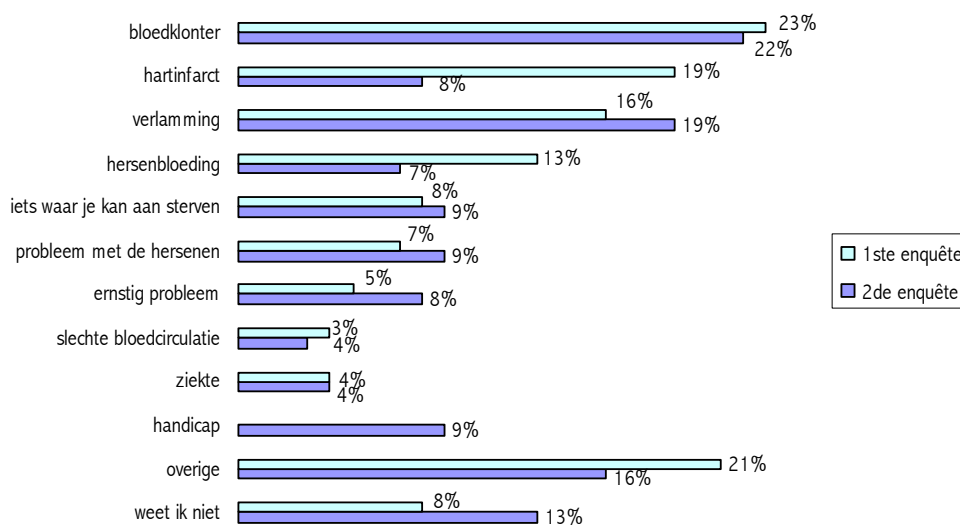
In beide enquêtes zijn de ondervraagde personen (N) een representatieve steekproef van de Belgische bevolking (van 40 jaar en ouder). Bij de 2^{de} enquête verklaart 31% van de ondervraagden dat ze de tv-campagne gezien hebben.

		1 ^{ste} enquête	2 ^{de} enquête
		% N=618	% N=564
Geslacht	Mannen	47	47
	Vrouwen	53	53
Leeftijd	40 tot 59 jaar	54	55
	60 en 60+	46	45
Regio	Vlaanderen	59	60
	Brussel	9	9
	Wallonië	32	31
Omgeving	Stedelijk	51	51
	Niet-stedelijk	49	49
Burgerlijke staat	Samenwonend	74	70
	Alleenstaand	26	30

2.3 Resultaten en conclusies

Vooraf: de percentages in de figuren geven de frequentie waarmee een bepaald antwoord voorkomt. Dat antwoord is mogelijk slechts een deel van het totale antwoord van de ondervraagde persoon.

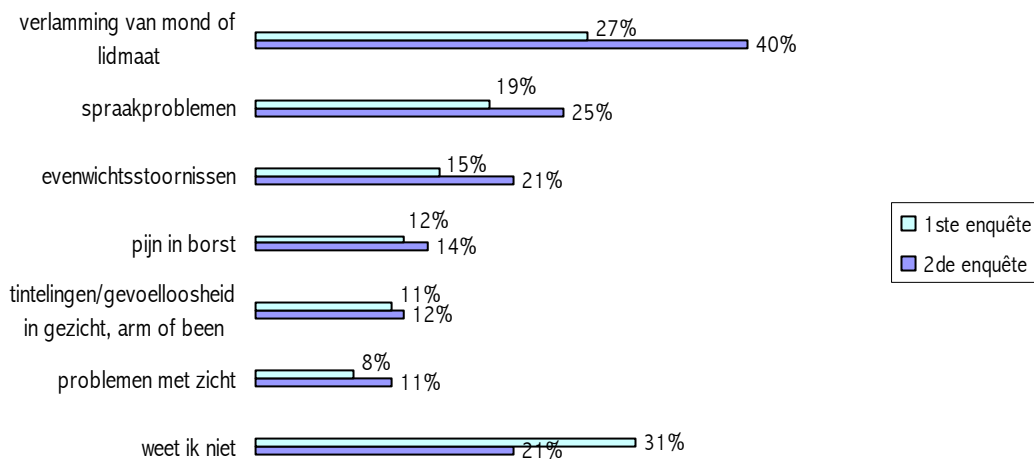
Vraag 1: Waaraan denkt u bij het woord 'beroerte'?



Zijn de uitspraken correct? Een beroerte is een accident in de bloedvaten van de hersenen: een *bloedklonter* verstoppt een bloedvat (80% van de gevallen) of een bloedvat scheurt open (*hersenbloeding*) (20%). *Verlamming* is het meest zichtbare gevolg van een beroerte en heel wat mensen blijven na afloop levenslang *gehandicapt*. Een beroerte heeft niets te maken met een *hartinfarct*. De overige uitspraken zijn erg vaag.

Conclusie: Er is geen significante toename van inzicht in wat een beroerte precies is. De kennis van de ondervraagden blijft beperkt, onvolledig en niet precies. Dat een beroerte door een bloedklonter of bloeding in de hersenen veroorzaakt wordt, weet slechts iets meer dan een kwart van de bevolking. Het aantal mensen dat een beroerte met een hartinfarct verwart, is aanvankelijk ongeveer 1 op 5, na de campagne nog 1 op 10.

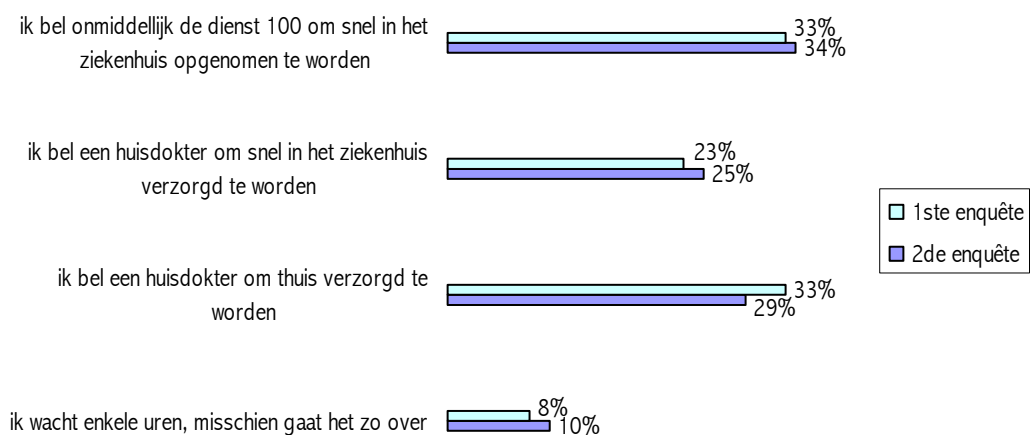
Vraag 2: Welke zijn volgens u de symptomen van een beroerte?



Zijn de uitspraken correct? Het meest voorkomende symptoom bij beroerte is een *verlamming ter hoogte van het gezicht of een lidmaat (arm, been)*. De andere aangehaalde symptomen kunnen zich ook voordoen bij een beroerte.

Conclusie: Er is een matige toename van symptomenkennis vast te stellen. Blijft echter dat 1 Belg op 5 geen enkel symptoom van beroerte kan opnoemen.

Vraag 3: Wat doet u wanneer u die symptomen krijgt? Kies uit de opgegeven antwoorden.



Welk antwoord is correct? Een snelle ziekenhuisopname is vereist. De dienst 100 bellen is aangeraden. Eerst een huisarts bellen is ook goed, op voorwaarde dat die binnen de 15 minuten kan komen.

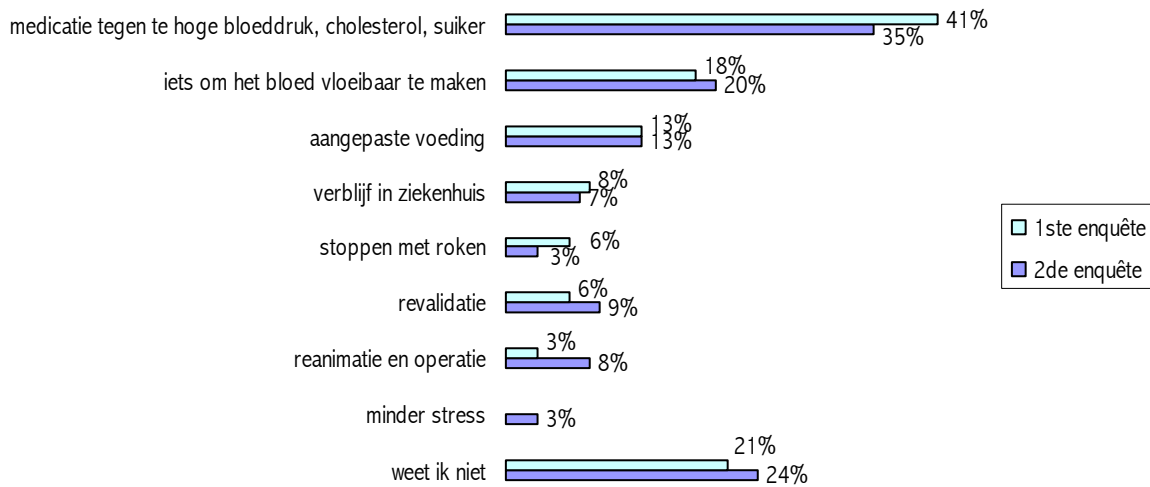
Conclusie: Er is geen verbetering van inzicht in de ernst van de symptomen. 1 Belg op 2 doet niets of gelooft dat een bezoek aan de huisarts volstaat en acht dus een dringende ziekenhuisopname niet nodig.

Vraag 4: Denkt u dat er een specifieke behandeling voor beroerte bestaat?

1^{ste} enquête: 33% zegt 'ja'

2^{de} enquête: 35% zegt 'ja'

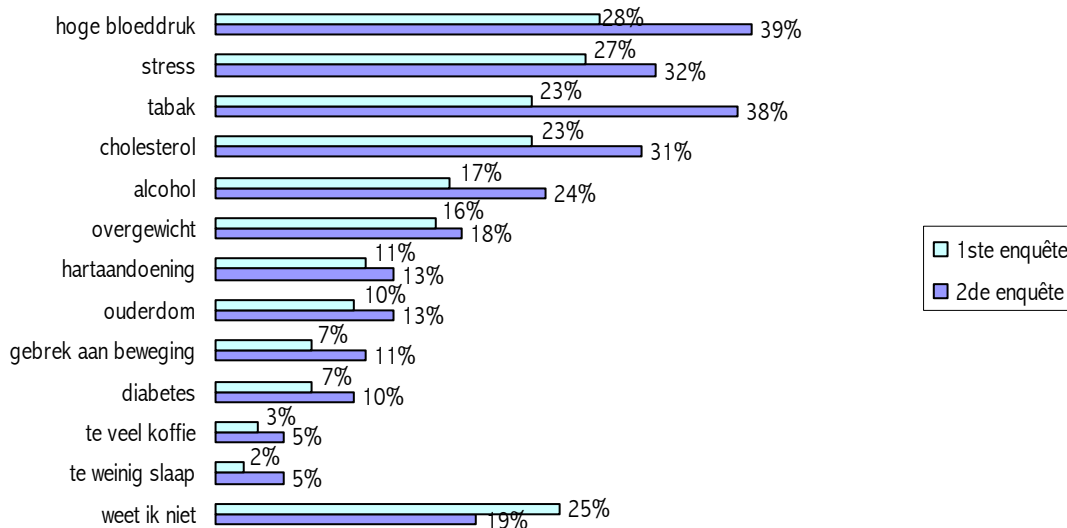
Zo ja, welke?



Zijn de uitspraken correct? *Iets om het bloed vloeibaar te maken* slaat op trombolysie, de behandeling bij uitstek voor de meeste beroertes (80%) op voorwaarde dat die tijdig toegediend wordt (d.i. binnen de 3 uur na de eerste symptomen). *Medicatie tegen te hoge bloeddruk, cholesterol en suiker* is net zoals *aangepaste voeding* en *stoppen met roken* een preventieve behandeling op lange termijn om beroerte te voorkomen.

Conclusie: Of er een behandeling voor beroerte bestaat en welke dat dan wel is, is niet beter gekend na de campagne. Twee derde van de Belgen weet nog steeds niet dat er een behandeling voor beroerte bestaat. Bij wie dat wel weet, blijft de verwarring tussen de acute behandeling (trombolysie) en de preventieve behandeling op lange termijn nagenoeg even groot.

Vraag 5: Welke factoren bevorderen volgens u een beroerte?



Zijn de uitspraken correct? *Roken* en *hoge bloeddruk* zijn de voornaamste risicofactoren. De overige genoemde factoren verhogen ook het risico op beroerte, behalve *stress*, *te veel koffie* en *te weinig slaap*.

Conclusie: Er is een matige toename van risicofactorenkennis vast te stellen. Nog steeds 1 Belg op 5 kan echter geen enkele risicofactor noemen.

Eindconclusie: Een Belg op drie heeft de tv-campagne gezien. De impact ervan op de kennis en het inzicht van de bevolking is beperkt: de symptomen en risicofactoren zijn beter gekend, maar op andere vlakken (wat een beroerte precies is, hoe dringend men moet handelen, of er een behandeling is) blijft de situatie nagenoeg ongewijzigd.

3 Effectiviteit van massamediale voorlichting

3.1 Definities

Elk jaar lanceert de overheid of een gezondheidsinstantie nieuwe voorlichtingscampagnes via de massamedia. *Massamedia* zijn per definitie media die een groot publiek kunnen bereiken. Klassieke voorbeelden zijn de televisie en de radio, maar vandaag hoort daar zeker ook het internet bij.

Meestal zijn het leefstijlcampagnes die mensen willen aanzetten tot gezonder gedrag (bv. promotie van gezonde voeding). Soms zijn het campagnes die mensen bewust willen maken van de verwoestende gevolgen van ongezond gedrag (bv. roken) of voorlichting willen geven over een ziekte (bv. beroerte). In het eerste geval doet men strikt genomen aan *gezondheidspromotie*, in het tweede geval aan *ziektepreventie*.³

De voorlichtingscampagnes moeten niet alleen de aandacht van het publiek trekken, maar ook een positief langetermijneffect op de volksgezondheid veroorzaken. Niet elke campagne lijkt daarin even goed te lukken. Wat maakt een campagne tot een succes? Eerst bekijken we de effectiviteit voor *gezondheidsbevorderende interventies* in ruime zin. Vervolgens vernauwen we ons blikveld tot de voorlichting via de massamedia, die we kortweg *massamediale voorlichting* noemen.

3.2 Succesfactoren voor gezondheidsbevorderende interventies

Onderzoek van Mullen⁴ toonde 10 jaar geleden al aan dat gezondheidsbevorderende interventies meer effect hebben als ze voldoen aan de volgende criteria:

- *doelgerichtheid*: de interventie is goed afgestemd op het gekozen doel
- *maatwerk*: de interventie is gericht op relevante en veranderbare gedragsdeterminanten zoals die bij individuen uit de doelgroep tevoren zijn vastgesteld
- *gerichtheid op het individu*: individuen uit de doelgroep hebben de mogelijkheid om persoonlijke vragen beantwoord te krijgen
- *terugkoppeling*: leden van de doelgroep krijgen informatie over de individuele vooruitgang in gezond gedrag of gezondheid
- *beloning*: er volgt een beloning nadat het gewenste gedrag is vertoond
- *facilitering*: de interventie bevordert omgevingsveranderingen die het gewenste gedrag gemakkelijker maken.

De Wereldgezondheidsorganisatie hecht vooral belang aan dat laatste criterium: *facilitering* of “making healthy choices the easy choices”.⁵ Volgens de Nederlandse Gezondheidsraad moet aan die effectiviteitscriteria nog *participatie* worden toegevoegd. Onder participatie verstaat zij dat “de

³ S. Van den Broucke (2006) *25 jaar preventiebeleid in Vlaanderen: Van kronkelende holle paden naar moderne digitale snelwegen*. Nota's bij lezing voor symposium '25 jaar Vlaamse gezondheidszorg: preventie is samenzorg'. Vlaams parlement, 18 maart 2006. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://doktersgildvanhelmont.be/documenten/25%20jaar%20Vlaamse%20Gezondheidszorg.pdf>

⁴ P.D. Mullen, D.G. Simons-Morton, G. Ramirez et al. (1997). A meta-analysis of trials evaluating patient education and counselling for three groups of preventive behaviours. *Patient Education and Counseling*, 32, 157-73.

⁵ World Health Organization. (1986) *Ottawa charter for health promotion*. Beschikbaar (mei 2007) via: http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2

doelgroep actief bij alle fasen van de interventie betrokken is, van de bepaling van doelen en de ontwikkeling van plannen tot de implementatie en evaluatie van de afgesproken activiteiten”.⁶

Een gezondheidsbevorderende interventie voldoet dus idealiter aan al die effectiviteitscriteria. Hieruit is eenvoudig af te leiden dat massamediale voorlichting als gezondheidsbevorderende interventie slechts gedeeltelijk aan die criteria voldoet. Ze moet dan ook best met meer interpersoonlijke en omgevingsgerichte interventies gecombineerd worden om een positief langetermijneffect op de volksgezondheid te bekomen.

3.3 Factoren die de effectiviteit van massamediale voorlichting beïnvloeden

In de literatuur vinden we heel wat meta-analysen over massamediale voorlichting. Elke auteur suggereert wel factoren die (niet) bijdragen tot het succes ervan. In deze inleiding worden de meest voorkomende suggesties opgenomen. Een goed overzicht van de huidige inzichten vinden we in de retrospectieve artikels: ‘Lessons learned from public health mass media campaigns: Marketing health in a crowded media world’⁷ en ‘A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here?’⁸ Voorbeelden uit andere (overzichts)artikels illustreren die inzichten.

INFORMATIEOMGEVING

Een eerste succesfactor voor massamediale voorlichting betreft de informatieomgeving van de doelgroep. Om zoveel mogelijk individuen van de doelgroep aan de mediacampagne bloot te stellen moet de boodschap in de informatieomgeving van die doelgroep verspreid worden. Daarom is het belangrijk om de doelgroep vooraf goed te bestuderen en uit te zoeken welke media de leden verkiezen (bv. populaire tv- of radio-stations). De verspreiding van de voorlichtingsboodschap gebeurt praktisch door voldoende tijd of ruimte in die media te kopen. Niet alleen een groot bereik is belangrijk, ook de frequentie waarmee de boodschap verspreid wordt.

BOODSCHAP

Een andere sleutel tot succes is de ‘juiste’ boodschap. Die moet in de eerste plaats de *aandacht trekken*. Dat is in elk geval een uitdaging in een mediawereld die bulkt van de reclameboodschappen met vaak tegenstrijdige informatie. Zo moet bijvoorbeeld een campagne die gezonde voeding promoot opboksen tegen reclame van de fastfoodketens.

De aandacht trekken is op zich niet voldoende, de voorlichtingsboodschap moet ook nog het *doelpubliek aanspreken*. Daarom moet men nauwgezet analyseren welk het (probleem)gedrag van de doelgroep is en hoe dat gedrag het makkelijkst te beïnvloeden is. Heel precair daarbij is de vraag of een positieve dan wel negatieve boodschap het doelpubliek het meest raakt. Moet de voorlichtingscampagne eerder het accent leggen op ‘verlies’ dan wel ‘winst’? We verduidelijken dat aan de hand van enkele voorbeelden.

⁶ Nederlandse Gezondheidsraad. (2006). Plan de campagne: Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting. Den Haag: Nederlandse Gezondheidsraad. Publicatienummer 2006/16. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://www.healthcouncil.nl/pdf.php?ID=1454&p=1>

⁷ W. Randolph, K. Viswanath (2004). Lessons learned from public health media campaigns: marketing health in a crowded world. *Annual Review of Public Health*, 25, 419-37.

⁸ S.M. Noar (2006) A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11, 21-42.

Uit hersenactiviteitmetingen bij zware rokers blijkt dat zij aan angstaanjagende spotjes, die bijvoorbeeld de link met longkanker leggen, weinig aandacht schenken. De rokers zijn meer geïnteresseerd in niet-bedreigende spotjes die de gezondheidswinst na het stoppen met roken benadrukken en tips geven om het stoppen te vergemakkelijken.⁹ Een andere studie toont aan dat zonneklappers die 'positieve' voorlichting over het gebruik van zonnemelk krijgen regelmatig zonnemelk aanbrengen en meer bereid zijn om een hogere beschermingsfactor te gebruiken.¹⁰

Uit andere studies blijkt dan weer dat appelleren op angst de vatbaarheid van het publiek voor de boodschap verhoogt en sterker aanzet tot gedragsverandering.¹¹ Vrouwen met een laag inkomen zouden door een 'negatieve' voorlichting sterker gemotiveerd zijn om een mammografie als preventief kankeronderzoek te laten uitvoeren.¹²

Communicatieboodschappen 'zonder gevolgen' zijn in de meeste gevallen niet effectief, enkel informatief. Campagnes die mensen moeten aanzetten tot gezonde voeding zouden enkel effectief zijn als er gevolgen vermeld worden: positieve gevolgen van gezond eetgedrag of negatieve gevolgen van ongezonde eetgewoonten.¹³

De effectiviteit van angstaanjagende voorlichting blijft dus controversieel, het koppelen van 'gevolgen' aan de voorlichtingsboodschap aangewezen. Wat voor de ene doelgroep de meest geschikte aanpak is, is dat daarom voor de andere niet. Minderheidsgroepen en bepaalde etnische groepen vereisen mogelijk een andere aanpak dan de 'doorsnee burger'.

OMGEVINGSFACTOREN

Een omgeving die individuen steunt om de 'goede' keuze te maken draagt zeker bij tot het succes van een massamediale voorlichtingscampagne. Of zoals de Wereldgezondheidsorganisatie het formuleert: "making healthy choices the easy choices".

Zo kan *regelgeving* een campagne ondersteunen Verhoogde taksen op tabak of verplichte horrorfoto's op sigarettenpakjes verhogen het succes van een antitabakcampagne.

Ook *lokale initiatieven* (bv. verspreiding van folders, opzetten van projecten) kunnen een nationale voorlichtingscampagne steunen. Sommige auteurs menen zelfs dat gemeenschapsmobilisatie massamediale campagnes overbodig maakt. Men heeft het verschil in impact tussen beide typen voorlichtingsacties onderzocht tijdens een campagne voor hepatitis B- vaccinaties bij Vietnamees-Amerikaanse kinderen.¹⁴ Stad A stelde men enkel bloot aan de mediacampagne, stad B enkel aan lokale initiatieven. In stad A werd een toename van 21% in kennis van de bevolking vastgesteld, tegenover

⁹ R.A.C. Ruiter, B. Schmitt, L. Wouters (2003) Attention effects during perception of threatening health video scenes: an event related potential approach. Document gepresenteerd op the 4de vergadering van de Society for Personality and Social Psychology. Los Angeles, 6-8 februari 2003.

¹⁰ J.B. Detweiler, B.T. Bedell, P. Salovey, E. Pronin, A.J. Rothman (1999). Message framing and sunscreen use: gain-framed messages motivate beach-goers. *Health Psychology*, 18, 189-96.

¹¹ K. Witte, M. Allen (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27, 591-615.

¹² T.R. Schneider, P. Salovey, A.M. Apanovitch, J. Pizarro, D. McCarthy et al. (2001). The effects of message framing and ethnic targeting on mammography use among low-income women. *Health Psychology*, 20, 256-66.

¹³ I. Contento, G.I. Balch, Y.L. Bronner, L.A. Lytle, S.K. Maloney, C.M. Olson, S.S. Swadener (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: a review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27(6), 277-418.

¹⁴ S.J. McPhee, T. Nguyen, G.L. Euler, J. Mock, C. Wong et al. (2003). Successful promotion of hepatitis B vaccinations among Vietnamese-American children ages 3 to 18: results of a controlled trial. *Pediatrics*, 111, 1278-88.

6,5% voor stad B. De toename van vaccinaties was in beide steden even groot. Beide voorlichtingsstrategieën zijn dus succesvol, maar de kosten voor de gemeenschapsmobilisatie liggen beduidend hoger.¹⁵ Zelfs als het effect van lokale initiatieven groter zou zijn, dan blijft de globale impact van een massamediacampagne op de volksgezondheid groter, omdat het bereik ervan zoveel groter is.

Dat ook de getuigenis van een bekende kop een voorlichtingscampagne een boost kan geven, hoeft geen betoog. Phara de Aguirre, de VRT-journaliste die in juni 2006 het verdict borstkanker kreeg en het afgelopen jaar openlijk in de media over haar ervaringen getuigde, zal ongetwijfeld een aantal vrouwen ertoe aangezet hebben om zich toch te laten screenen op borstkanker. Dat terwijl die vrouwen toch al eerder voorgelicht waren via de campagne van Vlaams minister van volksgezondheid Inge Vervotte.

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Blikken we vooruit naar de toekomst dan kunnen nieuwe ontwikkelingen op wetenschappelijk en technologisch vlak de effectiviteit van massamediale voorlichting mogelijk nog verbeteren.

Onderzoekers vanuit de cognitieve psychologie geven praktische tips om de *begrijpelijkheid van communicatieboodschappen* te verbeteren, zoals schematiseren van de inhoud en gebruik maken van verwijzingen en symbolen.¹⁶

Er is steeds meer evidentie dat individuen sneller hun gedrag veranderen als campagneboodschappen aanleiding geven tot discussies.¹⁷ Boodschappen die tussen de leden van de doelgroep een *dialogo uitlokken* zouden een hoger bereik en impact hebben.^{18, 19, 20} De uitdaging voor de ontwerpers van campagneboodschappen is dus een dialoog over de gezondheidsproblematiek uitlokken. De 'entertainment-education' strategie lijkt bij uitstek geschikt om moeilijk bereikbare groepen in de samenleving voor te lichten (meer hierover op pagina 9).

Het *internet* speelt een steeds grotere rol bij de communicatie tussen mensen onderling en mensen en informatiebronnen. Daarom wint het ook aan belang als 'vervoermiddel' voor massamediale voorlichting.²¹ Nu wordt in een tv-campagne vaak verwezen naar een internetsite, maar in de toekomst zal het grote publiek hoogstwaarschijnlijk voor het eerst via het net met de campagne in contact komen. Nu wordt nog te vaak voorlichtingsmateriaal dat in feite voor een ander medium dan internet bestemd is mits enige aanpassingen op het web geplaatst.

¹⁵ F. Zhou, G.L. Euler, S.J. McPhee, T. Nguyen, T. Lam et al. (2003). Economic analysis of promotion of hepatitis B vaccinations among Vietnamese-American children and adolescents in Houston and Dallas. *Pediatrics*, 111, 1289-96.

¹⁶ M. Kools, M.W.J. Van de Wiel, R.A.C. Ruiter et al. (2006) The effect of graphic organizers on subjective and objective comprehension of a health education text. *Health Education and Behavior*, 33, 760-772.

¹⁷ R.C. Hornik (2002). Public health communication: Making sense of contradictory evidence. In R.C. Hornik (Ed.), *Public health communication: Evidence for behavior change* (pp. 1-22). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

¹⁸ M. Boulay, J.D. Storey, S. Sood (2002). Indirect exposure to a family planning mass media campaign in Nepal. *Journal of Health Communication*, 7(5), 379-399.

¹⁹ A. Hafstad, L.E. Aaro (1997). Activating interpersonal influence through provocative appeals: Evaluation of a mass media-based antismoking campaign targeting adolescents. *Health Communication*, 9(3), 253-272.

²⁰ C. Moreau, N. Bajos, J. Bouyer (2002). Evaluation of a mass media campaign on contraception in France. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 7(2), 105-113.

²¹ J. De Nooijer, A. Oenema, G. Kloek et al. (2005) Bevordering van gezond gedrag via Internet; nu en in de toekomst. Universiteit Maastricht. Beschikbaar (mei 2007) via: http://ws5.e-vision.nl/congres/files/19_%20J_%20de%20Nooijer.pdf

Campagneplanners doen er dan ook goed aan om in de toekomst niet alleen experts op het gebied van gedragswetenschappen, maar ook op het vlak van informatie- en communicatietechnologie nog meer te raadplegen.²²

3.4 Entertainment-education strategie

Televisie is wereldwijd een onlosmakelijk onderdeel van het dagelijkse leven geworden. Als populaire tv-programma's, zoals comedy, drama en soap, maar ook spel- en talkshows, voor voorlichtingsdoeleinden zouden ingezet worden, is de impact ervan op de volksgezondheid mogelijk veel groter dan die van traditionele voorlichtingsmiddelen met veel feitelijke informatie.²³ Een samenspel van amusement en opvoeding of de 'entertainment-education' strategie lijkt bij uitstek geschikt om bepaalde groepen in onze samenleving, die via de klassieke weg moeilijk te bereiken zijn, voor te lichten.

DEFINITIE

Bouman²³ definieert entertainment-education (E-E) als "het proces van het doelbewust ontwerpen en implementeren van een mediërende communicatievorm die in staat is om mensen te amuseren én voor te lichten, om daarmee verschillende stadia van prosociale (gedrags)verandering te bevorderen en mogelijk te maken". De term 'doelbewust' duidt op een planmatige benadering gebaseerd op theoretische inzichten en onderzoek. Aan de basis van de E-E strategie liggen ondermeer de sociaal-cognitieve theorie van Bandura²⁴ en inzichten op het vlak van persuasieve communicatie²⁵ en neurofysiologie.²⁶

MOEILIJK BEREIKBARE GROEPEN

Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lagere sociaaleconomische status (opleiding, inkomen, beroepsstatus) gemiddeld een kortere levensduur en lagere levenskwaliteit hebben dan mensen met een hogere sociaaleconomische status (SES).²⁷ De overheid doet inspanningen op het vlak van opleiding, huisvesting, werkgelegenheid en gezondheidszorg om die verschillen weg te werken. Volgens Bouman²³ moeten ook de voorlichtingscampagnes beter afgestemd worden op de informatie- en communicatiepatronen van groepen met een lage sociaaleconomische status. Mensen met een lagere opleiding hebben eerder een 'beeldcultuur' dan een 'leescultuur' en laten zich sterker inspireren door wat in hun directe sociale leefomgeving gebeurt dan door wat er zich verder in de wereld afspeelt. Daarom is de entertainment-education strategie voor die lage SES-groepen de voorlichtingsstrategie bij uitstek. Via human interest tv-programma's met een amusementsgehalte kunnen ook die moeilijk bereikbare groepen aangesproken worden. Bovendien zijn mensen die zich amuseren in een meer

²² M.P.A. Bouman (2002). Turtles and peacocks: collaboration in entertainment-education television. *Communication Theory*, 12, 225-44. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://www.enter-educate.nl/TnPcoll.pdf>

²³ M.P.A. Bouman (1999). *The turtle and the peacock: collaboration for prosocial change: the entertainment-education strategy on television*. Wageningen: Universiteit van Wageningen.

²⁴ A. Bandura (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

²⁵ R.E. Petty, J.T. Cacioppo, J.T., (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in experimental social psychology*, 19, 123-205.

²⁶ P.D. MacLean (1973). *A triune concept of the brain and behaviour*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.

²⁷ N. Bossuyt, H. Van Oyen, H. (2001). *Gezondheidsrapport: Socio-economische verschillen in gezondheid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/santenl/socionl.pdf>

ontvankelijke gemoedstoestand dan mensen die zich ergeren of zorgen maken. Een goede balans tussen amusement en educatie is echter uiterst belangrijk wil de voorlichtingsboodschap niet zodanig gerelativeerd worden dat ze niet of nauwelijks nog overkomt.

3.5 Meting van effectiviteit

METHODOLOGISCHE PROBLEMEN

Campbell²⁸ onderzocht of de effectiviteit van massamediale voorlichting accuraat kan gemeten worden. Hij stelde vast dat een aantal methodologische problemen dat verhinderen.

Zo kan in principe iedereen aan een mediacampagne blootgesteld worden. Er zijn dus geen controlegroepen die niet worden blootgesteld, waardoor *gerandomiseerd onderzoek niet mogelijk* is. Wel en niet blootgestelde mensen zijn niet altijd vergelijkbaar, want ze zijn niet noodzakelijk even geïnteresseerd in gezondheidsvoorlichting.

Bovendien zijn massamediacampagnes vaak *vergezeld van andere interventies* (bv. regelgeving of lokale initiatieven). Dat maakt het moeilijk om na te gaan wat precies de bijdrage van de mediacampagne in het geheel van de gezondheidsinterventies is.

Tot slot zijn conclusies over de effectiviteit van een campagne op basis van voor- en nametingen volgens Campbell niet altijd betrouwbaar, omdat *verstoringe variabelen* niet gecontroleerd kunnen worden. Zo kan bijvoorbeeld de jaarlijkse vuurwerkcampagne in Nederland nauwelijks worden geëvalueerd, want de invloed van wisselende weersomstandigheden in opeenvolgende jaren is vele malen groter dan de eventuele invloed van de campagne. Volgens de Nederlandse Gezondheidsraad⁶ verschaft longitudinaal onderzoek met minstens twee voor- en nametingen nog het meeste inzicht in de effectiviteit van campagnes. Dat zogeheten 'interrupted time series design' kan immers een trendbreuk aantonen.

INSCHATTING VAN EFFECT

Snyder en Hamilton²⁹ onderzochten 48 gezondheidsbevorderende campagnes in de Verenigde Staten over de periode 1974-1997. Zij kwamen tot de conclusie dat ongeveer 8% van de bevolking zijn gedrag veranderde in de verwachte positieve richting. Massamediale voorlichting heeft dus hooguit een bescheiden effect op het gedrag van mensen.

Een matig effect blijkt ook uit recentere overzichtsartikels van massamediale campagnes met voorlichting over roken³⁰, bewegen³¹, alcohol-^{30, 32, 33} en druggebruik^{30, 34}. De in min of meerdere mate

²⁸ M. Campbell, R. Fitzpatrick, A. Haines et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321, 694-6.

²⁹ L.B. Snyder, M.A. Hamilton (2002). A meta-analysis of U.S. health campaign effects on behavior: Emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend. In R. C. Hornik (Ed.), *Public health communication: Evidence for behaviour change* (pp. 357-384). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

³⁰ D. Spruijt-Metz, A. van Gageldonk (2000). *What determines the effectiveness of mass media health campaigns targeting adolescent tobacco, alcohol and drug use? A review*. Utrecht: Trimbos Institute.

³¹ N. Cavill, A. Bauman (2004). Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media have a role? *Journal of Sports Sciences*, 22, 771-90.

³² W. De Jong (2002) The role of mass media campaigns in reducing high-risk drinking among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 182-94.

³³ R.W. Elder, R.A. Shults, D.A. Sleet et al. (2004) Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-induced crashes. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 57-65.

succesvolle campagnes waren steeds gecombineerd met andere interventies (bv. regelgeving of lokale initiatieven).

Ook een aantal recente campagnes die enkel massamedia voor de verspreiding van hun boodschap gebruikten, blijken wel degelijk een matig positief effect te hebben.^{35, 36, 37}

Of campagnematerialen effectief aanslaan of eventueel verbeterd kunnen worden kan men best vooraf op een klein proefpubliek in een 'pilot-onderzoek' uittesten.^{38, 39}

4 Massamediale voorlichting over beroerte in België

4.1 Twee voorlichtingsstrategieën met betrekking tot beroerte

De preventieve aanpak van beroerte kan op twee manieren. Ofwel sensibiliseert men de bevolking voor de ziekte zelf door de verwoestende gevolgen van de ziekte te tonen. De tv-spot van de Belgian Stroke Council in 2005 is daarvan een goed voorbeeld. Ofwel probeert men de controleerbare risicofactoren van de ziekte te voorkomen. Voor beroerte zijn dat: hoge bloeddruk, roken, hoge cholesterol- en suikerwaarden, overgewicht, weinig lichaamsbeweging en een groot alcoholverbruik. Concreet betekent dat gezonde voedings- en leefgewoonten promoten, en roken en overmatig alcoholgebruik afraden.

4.2 Voorkeursstrategie van de Belgische overheid

In België kiest de overheid op het gebied van beroertevoorlichting voor de tweede strategie. De ministers van volksgezondheid, zowel op het niveau van de gemeenschappen (Vlaams minister Inge Vervotte en Waals minister Catherine Fonck) als op federaal niveau (Rudy Demotte), voeren preventieacties voor gezonde voeding en beweging, en tegen roken en overmatig alcoholgebruik.^{40, 41} We merken echter op dat bij de staatsvorming van 1980 de bevoegdheid van preventie naar de gemeenschappen overgedragen werd. Toch recupereert federaal minister Rudy Demotte, tot ongenoegen van zijn Vlaamse collega, Inge Vervotte, af en toe deze bevoegdheid.⁴² Dat heikele discussiepunt valt echter buiten het opzet van deze inleiding. In ieder geval voeren al de ministers van volksgezondheid enkel algemene gezondheidsbevorderende campagnes en geen specifieke campagnes tegen beroerte. Dirk Dewolf, kabinetsattaché van minister Vervotte en hoofd van de afdeling preventie, eerste lijn en thuiszorg van het agentschap zorg en gezondheid, motiveert het zo: "Uw vraag waarom de regering nog nooit een publiekscampagne tegen beroerte heeft gelanceerd, heeft te maken met de

³⁴ J.H. Derzon, M.W. Lipsey (2002) A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use, knowledge, attitudes, and behaviour. In: Crano WD, Burgoon M (eds). *Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

³⁵ P. Palmgreen, L. Donohew, E.P. Lorch, R.H. Hoyle, M.T. Stephenson (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: Tests of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health*, 91, 292–296.

³⁶ B. Reger, M.G. Wootan, S. Booth-Butterfield (1999). Using mass media to promote healthy eating: A community-based demonstration project. *Preventive Medicine*, 29(5), 414–421.

³⁷ J.K. Worden, B.S. Flynn (2002). Using mass media to prevent cigarette smoking. In R. C.Hornik (Ed.), *Public health communication: Evidence for behavior change* (pp. 23–34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

³⁸ J. Whittingham, R. Ruiter, F. Zimbile et al. (2004) Experimental pretesting of public health campaigns: a test of the Dutch Safe Sex public campaign. *Psychology and Health*, 19, S182.

³⁹ J. Whittingham, R.A.C. Ruiter, G. Kok (2006) Experimental pretesting of a theory-based brochure to increase knowledge: two studies on alcohol abuse among undergraduate students. *Psychology and Health*, 21, S162.

⁴⁰ <http://www.ingevervotte.be/home/> en <http://www.sante.cfwb.be/pg001.htm>

⁴¹ <http://www.rudydemotte.be/indexnl.htm>

⁴² G. Tegenbos (2006, 23 juni). Vervotte en Demotte weer in de clinch. *De Standaard*.

voorkeur voor een primaire preventieve aanpak: wanneer iedereen een gezonde leefstijl (gezonde voeding, niet roken, meer beweging) aanneemt, dan dalen ook de risico's op hoge bloeddruk en beroerte. Er zijn momenteel Vlaamse gezondheidsdoelstellingen met betrekking tot onder meer gezonde voeding en middelengebruik (alcohol, roken en drugs). Andere gezondheidsdoelstellingen gaan over suïcidepreventie, ongevallenpreventie, borstkankeropsporing en vaccinatie. Er zijn momenteel geen plannen om een informatiecampagne over beroerte bij de bevolking op te zetten."⁴³

4.3 Gebruik van massamedia voor beroertepreventie door de Belgische overheid

Voor de voorlichting met betrekking tot beroerte ondersteunen ministers Inge Vervotte en Catherine Fonck vooral lokale initiatieven (gemeenschapsmobilisatie). Minister Rudy Demotte daarentegen doet vooral een beroep op de massamedia om diezelfde boodschap te verspreiden (bv. de tv-spot en website over gezonde voeding: www.mijnvoedingsplan.be en de (afgevoerde, controversiële) tv-spot voor rookvrije restaurants: <http://www.youtube.com/watch?v=rv97gt00CG0>).

5 Besluit en aanbevelingen

Massamediale voorlichtingscampagnes hebben binnen het geheel van gezondheidsbevorderende interventies een niet onbelangrijke rol. Het effect van zulke campagnes op de kennis en het bewustzijn van de bevolking blijft evenwel beperkt. Het grote bereik en de hoge frequentie waarmee zij de boodschap verspreiden zijn de grootste troeven van de massamedia als 'vervoermiddel' voor voorlichtingsboodschappen. Ondersteunende regelgeving en lokale initiatieven verhogen het succes ervan. De combinatie van verschillende typen gezondheidsbevorderende interventies is dus aangewezen.

Cruciaal voor het succes van de mediacampagne is de voorlichtingsboodschap: het moet de 'juiste' boodschap voor het doelpubliek zijn. Dat betekent mogelijk aparte boodschappen voor de verschillende segmenten van het doelpubliek (op basis van leeftijd, sociaaleconomische status, etnische afkomst, ...). Daarbij is het belangrijk om na te gaan of een 'positieve' dan wel 'negatieve' boodschap de doelgroep het meest aanzet tot het 'juiste' gedrag. Of een boodschap alleen maar effectief is als ze angstaanjagend is, blijft onderwerp van controverse. Als de boodschap een dialoog of discussie uitlokt, heeft ze meestal een groter bereik en impact. Een boodschap 'zonder gevolgen' is in ieder geval niet effectief, maar enkel informatief.

Een andere voorwaarde tot succes is uitzoeken voor welke communicatiekanalen de doelgroep het meest oog en/of oor heeft.

Ten slotte moet het voorlichtingsmateriaal op maat van de verschillende media (tv, radio, internet, ...) ontworpen worden en is het niet zomaar overdraagbaar van het ene naar het andere medium.

Het langetermijneffect van massamediale voorlichtingscampagnes op de volksgezondheid accuraat meten lijkt een utopie. Er zijn een aantal onoverkomelijke methodologische problemen, waardoor het tot een inschatting van het effect beperkt blijft. Uittesten van de campagne op een proefpubliek voor de lancering bij het grote publiek laat een optimalisatie toe.

⁴³ schriftelijk antwoord van Dhr. Dirk Dewolf op 7 juni 2007

Ik ben zo vrij om enkele aanbevelingen voor massamediale voorlichting met betrekking tot beroerte te formuleren.

In de eerste plaats richt ik mij tot de overheid die, meer dan de artsen- en patiëntenverenigingen, de financiële middelen heeft om grootscheepse mediacampagnes te organiseren. Hoewel federaal minister van volksgezondheid, Rudy Demotte, af en toe de preventiebevoegdheid van zijn Vlaamse en Waalse collega's recupereert, zorgt hij voor een goede aanvulling van hun preventiebeleid met betrekking tot beroerte. Hun initiatieven zijn immers complementair: de gemeenschapsministers Inge Vervotte en Catherine Fonck richten zich vooral op lokale initiatieven (gemeenschapsmobilisatie), en Rudy Demotte doet vooral aan voorlichting via de televisie en het internet.

De mediacampagnes van minister Demotte om gezonde voedingsgewoonten te promoten, leggen naar mijn aanvoelen onvoldoende de link met de gevolgen van 'ongezond gedrag', bv. hart- en vaataandoeningen zoals hartinfarct en beroerte. Niets is zo moeilijk als de voedingsgewoonten van mensen veranderen. Daarom meen ik dat een 'negatieve' prikkel, naast 'positieve' informatie, noodzakelijk is. De tv-spot van de Belgian Stroke Council was in die zin een goed voorbeeld. Daarin kwam het nut van de vroegtijdige opsporing van risicofactoren voor beroerte aan bod ('laat regelmatig je bloeddruk en cholesterol nakijken, anders loop je het risico dat ...'). Een gelijkaardige spot, ditmaal specifiek ontworpen voor een jongerenpubliek, zou de dramatische toename van hypertensie, een belangrijke risicofactor voor beroerte, bij jongeren mogelijk kunnen afremmen.⁴⁴

Terwijl zijn aanpak van verkeerde voedingsgewoonten in mijn ogen te zacht is, vind ik de antibaktsreclame van minister Demotte dan weer te agressief en eenzijdig: hij benadrukt enkel de verwoestende gevolgen van roken. Bijkomende mediacampagnes die tips geven om het stoppen met roken te vergemakkelijken of de gezondheidswinst (bv. verbeterde algemene conditie) na het stoppen belichten, zouden daarom een goede aanvulling zijn.

Ook aan tv-programmamakers die in de visie van de entertainment-education strategie willen meegaan, zou ik graag volgende boodschap geven. Als u ervoor zorgt dat een personage in soaps met hoge kijkcijfers, zoals 'Thuis' of 'Familie', een beroerte krijgt, dan zal u onbewust de voorlichting over beroerte bij de bevolking een enorme boost geven.

Tot slot zou ik bekende Belgen die een beroerte overleefd hebben willen aanmoedigen om in de media te getuigen over wat zij hebben doorgemaakt. Sinds kunstkenner Jan Hoet vorig jaar de patiëntenvereniging Stroke gelanceerd heeft, hebben de Belgische media meer aandacht aan beroerte besteed dan ooit tevoren. Moge Jan Hoet voor andere bekende Belgen een inspirerend voorbeeld zijn.

⁴⁴ Medisurf. (2007) Eén student op de vijf lijdt aan hypertensie. *Medisurf Actualiteit*, 1 juni. Beschikbaar (juni 2007) via: www.medisurf.be (enkel toegankelijk voor medisch korps).

Literatuurlijst

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bossuyt, N., Van Oyen, H. (2001). *Gezondheidsrapport: Socio-economische verschillen in gezondheid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/santenl/socionl.pdf>
- Boulay, M., Storey, J. D., & Sood, S. (2002). Indirect exposure to a family planning mass media campaign in Nepal. *Journal of Health Communication*, 7(5), 379–399.
- Bouman, M.P.A. (1999). *The turtle and the peacock: collaboration for prosocial change: the entertainment-education strategy on television*. Wageningen: Universiteit van Wageningen.
- Bouman, M.P.A. (2002). Turtles and peacocks: collaboration in entertainment-education television. *Communication Theory*, 12, 225-44. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://www.enter-educate.nl/TnPcoll.pdf>
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A. et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321, 694-6.
- Cavill, N., Bauman, A. (2004). Changing the way people think about health-enhancing physical activity: do mass media have a role? *Journal of Sports Sciences*, 22, 771-90.
- Contento, I., Balch, G.I., Bronner, Y.L., Lytle, L.A., Maloney, S.K., Olson, C.M., Swadener, S.S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs and research: a review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27(6), 277-418.
- De Jong, W. (2002) The role of mass media campaigns in reducing high-risk drinking among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 182-94.
- De Nooijer, J., Oenema, A., Kloek, G. et al. (2005) Bevordering van gezond gedrag via Internet; nu en in de toekomst. Universiteit Maastricht. Beschikbaar (mei 2007) via: http://ws5.e-vision.nl/congres/files/19_%20I_%20de%20Nooijer.pdf
- Derzon, J.H., Lipsey, M.W. (2002) A meta-analysis of the effectiveness of mass-communication for changing substance-use, knowledge, attitudes, and behaviour. In: Crano WD, Burgoon M (eds). *Mass media and drug prevention: classic and contemporary theories and research*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Detweiler, J.B., Bedell, B.T., Salovey, P., Pronin, E., Rothman, A.J. (1999). Message framing and sunscreen use: gain-framed messages motivate beach-goers. *Health Psychology*, 18, 189–96.
- Elder, R.W., Shults, R.A., Sleet, D.A. et al. (2004) Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-induced crashes. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27, 57-65.
- Hafstad, A. & Aaro, L. E. (1997). Activating interpersonal influence through provocative appeals: Evaluation of a mass media-based antismoking campaign targeting adolescents. *Health Communication*, 9(3), 253–272.
- Hornik, R.C. (2002). Public health communication: Making sense of contradictory evidence. In R.C. Hornik (Ed.), *Public health Communication: Evidence for behavior change* (pp. 1-22). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kools, M., Van de Wiel, M.W.J., Ruiter, R.A.C, et al. (2006) The effect of graphic organizers on subjective and objective comprehension of a health education text. *Health Education and Behavior*, 33, 760-772.
- MacLean, P.D. (1973). *A triune concept of the brain and behaviour*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- McPhee, S.J., Nguyen, T., Euler, G.L., Mock, J., Wong, C. et al. (2003). Successful promotion of hepatitis B vaccinations among Vietnamese-American children ages 3 to 18: results of a controlled trial. *Pediatrics*, 111, 1278–88.
- Medisurf. (2005) Positieve resultaten, maar de hoogdringendheid van CVA blijft miskend. *Medisurf Nieuwsarchieven*, 8 november. Beschikbaar (juni 2007) via <http://nl.medisurf.be/protected/publications/web/2005/11/e847c5ef-852c-44a9-b856-6bd4759b01de.vak.html> (enkel toegankelijk voor medisch korps)
- Medisurf. (2007) Eén student op de vijf lijdt aan hypertensie. *Medisurf Actualiteit*, 1 juni. Beschikbaar (juni 2007) via: www.medisurf.be (enkel toegankelijk voor medisch korps).

- Moreau, C., Bajos, N., & Bouyer, J. (2002). Evaluation of a mass media campaign on contraception in France. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 7(2), 105–113.
- Mullen, P.D., Simons-Morton, D.G., Ramirez G. et al. (1997). A meta-analysis of trials evaluating patient education and counselling for three groups of preventive behaviours. *Patient Education and Counseling*, 32, 157-73.
- Nederlandse Gezondheidsraad. (2006). Plan de campagne: Bevordering van gezond gedrag door massamediale voorlichting. Den Haag: Nederlandse Gezondheidsraad. Publicatienummer 2006/16. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://www.healthcouncil.nl/pdf.php?ID=1454&p=1>
- Noar, S.M. (2006) A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: where do we go from here? *Journal of Health Communication*, 11, 21-42.
- Palmgreen, P., Donohew, L., Lorch, E.P., Hoyle, R.H., Stephenson, M.T. (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: Tests of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health*, 91, 292–296.
- Petty, R.E., Cacioppo, J.T., (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. *Advances in experimental social psychology*, 19, 123-205.
- Randolph, W., Viswanath, K. (2004). Lessons learned from public health media campaigns: marketing health in a crowded world. *Annual Review of Public Health*, 25, 419-37.
- Reger, B., Wootan, M. G., Booth-Butterfield, S. (1999). Using mass media to promote healthy eating: A community-based demonstration project. *Preventive Medicine*, 29(5), 414–421.
- Ruiter, R.A.C., Schmitt, B., Wouters, L. (2003) Attention effects during perception of threatening health video scenes: an event related potential approach. Document gepresenteerd op the 4de vergadering van de Society for Personality and Social Psychology. Los Angeles, 6-8 februari 2003.
- Schneider, T.R., Salovey, P., Apanovitch, A.M., Pizarro, J., McCarthy, D. et al. (2001). The effects of message framing and ethnic targeting on mammography use among low-income women. *Health Psychology*, 20, 256–66.
- Snyder, L.B., Hamilton, M.A. (2002). A meta-analysis of U.S. health campaign effects on behavior: Emphasize enforcement, exposure, and new information, and beware the secular trend. In R. C. Hornik (Ed.), *Public health communication: Evidence for behaviour change* (pp. 357–384). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Spruijt-Metz, D., van Gageldonk, A. (2000). *What determines the effectiveness of mass media health campaigns targeting adolescent tobacco, alcohol and drug use? A review*. Utrecht: Trimbos Institute.
- Tegenbos, G. (2006, 23 juni). Vervotte en Demotte weer in de clinch. *De Standaard*.
- Van den Broucke, S. (2006) *25 jaar preventiebeleid in Vlaanderen: Van kronkelende holle paden naar moderne digitale snelwegen*. Nota's bij lezing voor symposium '25 jaar Vlaamse gezondheidszorg: preventie is samenzorg'. Vlaams parlement, 18 maart 2006. Beschikbaar (mei 2007) via: <http://doktersgildvanhelfmont.be/documenten/25%20jaar%20Vlaamse%20Gezondheidszorg.pdf>
- Whittingham, J., Ruiter, R., Zimbile, F. et al. (2004) Experimental pretesting of public health campaigns: a test of the Dutch Safe Sex public campaign. *Psychology and Health*, 19, S182.
- Whittingham, J., Ruiter, R.A.C., Kok, G. (2006) Experimental pretesting of a theory-based brochure to increase knowledge: two studies on alcohol abuse among undergraduate students. *Psychology and Health*, 21, S162.
- Witte, K., Allen, M. (2000). A meta-analysis of fear appeals: implications for effective public health campaigns. *Health Education & Behavior*, 27, 591–615.
- Worden, J.K., Flynn, B.S. (2002). Using mass media to prevent cigarette smoking. In R. C.Hornik (Ed.), *Public health communication: Evidence for behavior change* (pp. 23–34). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- World Health Organization. (1986) *Ottawa charter for health promotion*. Beschikbaar (mei 2007) via: http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2
- Zhou, F., Euler, G.L., McPhee, S.J., Nguyen, T., Lam, T., et al. (2003). Economic analysis of promotion of hepatitis B vaccinations among Vietnamese-American children and adolescents in Houston and Dallas. *Pediatrics*, 111, 1289–96.

Niet te beroerd

Mensen belichten de pijnpunten in de preventie van beroerte



An Swerts

in samenwerking met Marleen Finoulst



Rik / 34 “Ik leef meer met minder.”

“We geven het fluitsignaal om de grootste match van je leven te spelen. Zonder handleiding, want die hebben we niet. En we kunnen evenmin in een glazen bol zien waar je zult geraken. Dat ligt vanaf nu in jouw handen.” Dat is wat de artsen mij vertelden en is precies wat een sportman nodig heeft, lacht Rik. Al snel genoot hij weer met volle teugen van het leven. Anders dan vroeger. Maar zeker niet minder. Misschien zelfs meer. Meer met minder, dat is zijn motto.

“Toen ik wakker werd in een ziekenhuisbed, stond de wereld in rep en roer. De WTC-torens in New York waren 48 uur geleden in elkaar gestuikt. Daar was ik me helemaal niet van bewust”, vertelt Rik. Een beroerte is een kortsluiting in je hersenen. Als bij een computercrash wordt het laatste dat in je geheugen werd opgeslagen gewist. Later vertelde zijn familie hem wat er precies gebeurd was. “Ik was bij vrienden, stond op om naar het toilet te gaan en viel schuin tegen de deur aan. Op het toilet zakte ik in elkaar en bloedde uit mijn neus en mond. Een neuroloog uit de buurt kwam onmiddellijk langs en

stelde de diagnose: hersenbloeding.” In allerijl werd Rik naar de dichtstbijzijnde spoeddienst gebracht, en daarna met de MUG naar een universitair ziekenhuis. “Gelukkig dat mijn omgeving zo snel gereageerd heeft”, zegt hij. “Heel wat mensen sterven aan een hersenbloeding.” Na enkele weken ziekenhuis mocht Rik naar een revalidatiecentrum. De bloeding had het hersendeel dat de motoriek aanstuurt geraakt. Zijn linker lichaamshelft was verlamd en hij moest alle bewegingen opnieuw leren. “De mensen van de revalidatie proberen je zo snel mogelijk weer zelfstandig te maken. ’s

Morgens je bed uit en zelf eten. Heel lastig als je hersenen bewegingen commanderen, maar je armen en benen amper reageren. Je krijgt een bord met een nagel door en daar steken ze dan een appel op." Hij kan er nu hartelijk om lachen, maar het moet toch vreselijk geweest zijn, denk ik. Hij merkt mijn vertwijfeling en knikt. "Ja, de revalidatie was keihard, maar voor een sportman is dat prima. Dan boek je het snelst vooruitgang."

Rik is regent lichamelijke opvoeding en werkte voor zijn beroerte als sportanimator voor kinderen. In zijn vrije tijd was hij een verwoede basketter en skiër. "Ik ademde sport! Toen ik 3 was stond ik al op de latten en op mijn 15 werd ik skimonitor." Ik denk aan zijn linkerbeen dat nog steeds niet helemaal hersteld is. Hij zal het skiën vast vreselijk missen. Zijn ogen lachen. "Een jaar na mijn beroerte vroeg ik aan mijn arts: als ik mijn voeten in mijn skibotten voel, mag ik dan terug skiën?" En een maand later stond hij weer op de latten!

Ruim een half jaar verbleef Rik in het revalidatiecentrum. Nadien ging hij dagelijks naar een ziekenhuis voor oefeningen die de spasticiteit in zijn linkerarm verminderden. Vandaag, 6 jaar later, volgt hij nog slechts een maal per week een revalidatiesessie.

"Revalideren is een zoektocht", vertelt Rik. "Eigenlijk mag je wel zeggen een kruistocht. Je moet er fysiek bovenop geraken, maar ook mentaal. Terug structuur in je lichaam en je hoofd brengen. Jezelf terugvinden. Familie en vrienden zijn dan heel belangrijk. In de zomer na mijn beroerte heeft een vriend me meegenomen voor een fietstocht van 5 dagen doorheen de 5 Vlaamse provincies. Op een tandem, want mijn conditie was nog niet goed en mijn zicht langs links beperkt. Fantastische fietstocht!" Zijn ogen schitteren. "En dan was er ook de tocht naar Santiago." Santiago de Compostella? Hij moet lachen om de verbazing in mijn stem en vertelt: "Op café vroeg ik aan een vriendin: wat kan jij dat ik door mijn handicap niet kan? Plagerig zei ze: te voet naar Santiago. Nee, zei ik, te voet kan ik dat niet, maar met de fiets wel. Ze keek me aan - net als jij nu, vol ongeloof - maar

enkele maanden later waren we onderweg met de tandem. Dat werd de tocht van mijn leven!" Door zijn enthousiasme neemt hij me in gedachten mee naar de toppen van de Pyreneeën. Frisse lucht, brandende zon. Daar ontmoette hij een blinde Deen die te voet op weg was naar Santiago. Nog 800 km te gaan! Met alleen de warmte van de zon en de geluiden rondom hem om tot in het pelgrimsoord te geraken. "Zulke mensen inspireren je om bewust te genieten van het leven. En niet achterom te kijken, alleen maar vooruit", besluit Rik en hij nodigt me uit voor een Duvel in het cafeetje waar het avontuur van Santiago begon.

Het blijkt een gezellige bruine kroeg te zijn. Vergeelde foto's van het koningshuis aan de muur. Ingekaderd een man met een onwaarschijnlijk grote vis in zijn armen. Bij elke foto hoort hier vast een verhaal, dat door de stamgasten onnoemelijk vaak verteld en aangedikt wordt tot de oorspronkelijke versie nog slechts een flauw afkooksel is. Overal lachende gezichten, jong en oud. Zonder kapesones, zonder maskers.

"Ik geniet enorm van de gemoedelijke sfeer hier. Weet je dat ik vroeger maar een oppervlakkige *dude* was?" lacht hij. "Ik leefde voor de sport, aan een ijtempo, terwijl mijn lichaam eigenlijk om een andere levensstijl vroeg. Mijn nieren werken niet optimaal, waardoor mijn bloeddruk al snel te hoog is. Maar hoe overtuig je een sportman die ziek is en niets voelt, om het wat kalmer aan te doen? Een maand voor mijn beroerte had ik op raadpleging bij de dokter een bloeddruk van 20/8. Hij schreef me een bloeddrukverlagend geneesmiddel voor, maar had me misschien beter doorverwezen voor een grondig onderzoek en hersenscan. Ach ... *Als* rijdt altijd mee in de koers, maar heeft nog nooit gewonnen." Hij lacht. Zonder verbittering, zonder rancune. Of hij nooit donkere momenten gekend heeft? "Toch. Soms dwaalden mijn gedachten af naar plaatsen waar ik liever niet kom, maar ik heb me nooit aan mijn angsten en twijfels willen overgeven. Mijn emoties heb ik voor mezelf opgeschreven en na een ontmoeting met een schilder in Innsbruck in gedichten gegoten." Ik

*Mijn
hoop
is
mijn trots.
Mijn wil
is mijn leven.
Die gedachte maakt me zo sterk
als een rots
en daar zal ik
alles voor blijven geven.*

Dichtbundel *Spiegelfilosofie*
- Rik

vraag of ik ze lezen mag. “Tuurlijk”, glimlacht hij. “Ze hebben een tijd geleden in het stadspark gehangen.”

“Mijn beroerte heeft me ergens verrijkt. Levensvragen ga ik niet meer uit de weg. Boeken over psychologie en filosofie zou ik voordien nooit vastgenomen hebben. Nu inspireren ze mij. Heb je *De alchemist* van Paulo Coelho gelezen?” Hij vertelt gepassioneerd en met veel overtuigingskracht. Studenten zouden aan zijn lippen hangen. Ik ben dan ook niet verbaasd wanneer hij zegt dat hij af en toe als gastspreker aan universiteiten en (hoge)scholen uitgenodigd wordt. Vanuit zijn eigen ervaring spreekt hij in de opleiding sportmanagement tijdens de lessen psychologie over zelfmanagement. In de opleiding ergotherapie werkt hij mee aan projecten met CVA-patiënten. En lagere schoolkinderen maakt hij bewust van wat leven met een handicap kan inhouden. “Ik hou van hun kinderlijke verwondering wanneer ik het klaslokaal binnenkom. *Wat is er met je been?* vragen ze me dan meteen. Heel anders dan de studenten. Die zijn meer afwachtend en stellen niet meteen vragen. Tegen hen durf ik harder zijn. Ik probeer hen een spiegel voor te houden. Het is voor hen vaak erg confronterend als ze horen dat ook zij een beroerte kunnen krijgen. Dat het niet alleen oude mensen of mensen met een ziekte treft. En dat ze wel degelijk iets kunnen doen om het te

*Ik hoop
dat hoop doet leven
daarom:
hoop en leef
ook al is het niet om het even
weet dat ik om je geef.*

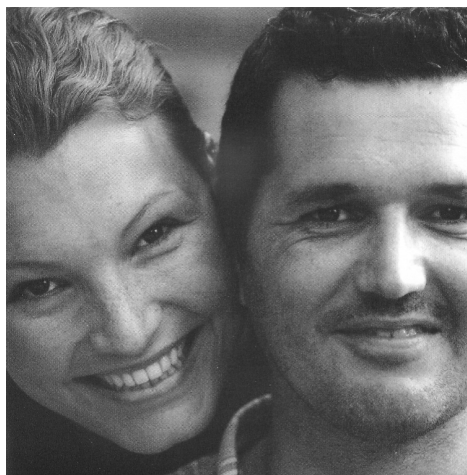
Dichtbundel *Spiegelfilosofie*
- Rik

voorkomen. Ik moedig hen aan om stil te staan bij hun manier van leven. Ik preek niet, spreek niet in termen van moeten, maar leg de verantwoordelijkheid bij hen. Ik vertel hen dat het gaat over kiezen, dingen afwegen. Of ze al dan niet roken bijvoorbeeld. In het begin zijn ze sceptisch en fronsen ze de wenkbrauwen, maar na de pauze overspoelen ze me met vragen.”

“Ik leef en geniet na mijn beroerte veel bewuster”, vertelt Rik. “Het leven is te kort om met een masker op te leven en niet te luisteren naar je gevoel. Veel mensen vertrouwen teveel op hun verstand en te weinig op hun intuïtie. Terwijl je intuïtief vaak betere keuzes maakt. Keuzes die je als mens gelukkiger maken. Misschien schrijf ik er nog een boek over. De titel heb ik alvast!” lacht hij en terwijl ik *Uitgesteld verlangen* op een bierviltje kribbel, horen we “hallo!”. Ik draai me om.

“Dat is Griet, mijn vriendin”, stelt Rik haar voor. Knap meisje, warme glimlach. “Ik heb haar leren kennen toen ik opnieuw skiles kon geven.” Ze trouwen in de zomer en zijn volop met de voorbereidingen bezig. Hun ogen sprankelen. De sprankeling van champagnebubbel die je verwarmen tot in de toppen van je tenen. Het leven lacht hen toe. “Ik was belachelijk slecht in exacte wetenschappen”, lacht Rik “maar als ik dan toch een axioma in het leven mag roepen: alles komt goed, als je je motivatie niet verliest en het leven als een geschenk ziet.”

An Swerts



Griet & Rik



Ria / 57 “Lotgenoten begrijpen precies wat je doormaakt.”

“Zullen we naar buiten gaan?” Ze ontvangt me met een brede glimlach en samen lopen we de tuin in. Temidden van het groen genieten we van de warme voorjaarszon op ons gezicht. De wind voert af en toe flarden klassieke muziek mee. Ria straalt rust uit en in alle openheid vertelt ze over die zondagavond in december 1999 die haar leven een geheel nieuwe koers zou geven.

“We waren terug thuis na een dag klussen in het huis van mijn dochter. Ik had de oude houten trap afgeschuurd om er een verflaagje op te zetten. Thuisgekomen gingen mijn man en ik wat tv kijken. Toen ik naar het toilet ging, voelde ik mij plots onwel worden. Ik voelde geen pijn, maar viel op de grond en kon me niet meer bewegen. Ik wilde mijn man roepen, maar er kwam geen geluid uit mijn mond. Ik kon niet meer spreken! Toen hij me na een tijdje riep, kon ik niet eens antwoorden.” Ik probeer me haar ontreddering van dat moment voor te stellen. Willen spreken, roepen, en niet kunnen, een

schreeuwende stilte. “Mijn man vond me op de grond en in geen tijd stonden er enkele mensen om me heen: mijn broer en schoonzus, die vlakbij wonen, en de dokter van wacht. Ik herinner me dat mijn schoonzus bezorgd een nat washandje op mijn voorhoofd legde. Ze zette de deur open voor frisse lucht, waardoor ik het koud kreeg, maar dat kon ik haar niet zeggen. De MUG voerde me in allerijl naar het ziekenhuis. Ik dacht toen nog: wat een gedoe, is dat allemaal wel nodig?” grinnikt ze.

Op spoedgevallen onderging Ria onmiddellijk enkele onderzoeken: bloedafname, bloeddrukmeting en

een hersenscan. De nacht bracht ze door op de intensiecareafdeling. “Nog steeds dacht ik: morgen ben ik weer thuis”, glimlacht ze. “De verpleger kwam vaak kijken en stelde me dan steeds dezelfde vraag: *mevrouw, vertel eens wat er gebeurd is?* Ik kon hem alleen maar aankijken en niets zeggen. Die nacht hoorde ik andere patiënten roepen en huilen. Langzaam drong het tot me door dat wat me overkomen was ernstig moest zijn. Ik kon mijn rechterbeen en -arm nog steeds niet bewegen en had in mijn bed geplast. Toen heb ik voor het eerst gehuild.”

Heel even wordt haar stem onvast - ongetwijfeld staat dat moment in haar geheugen gegrift - maar ze herneemt zich snel.

De volgende ochtend vertelde een arts haar

dat ze een ernstige beroerte had gekregen. De scan had uitgewezen dat het geen bloeding, maar een infarct was geweest. Een verstopt hersenbloedvat dus. De behandeling bij uitstek voor een herseninfarct is trombolysie, op voorwaarde dat die binnen de 3 uur kan opgestart worden. Via een infuus dient men een medicament toe dat de bloedklonter oplost. In België worden nog steeds minder dan 2% van de patiënten met een herseninfarct op die manier behandeld. Of zij een trombolysie gekregen heeft? “Dat weet ik niet. Zou ik dat nog kunnen opvragen? En wil ik dat eigenlijk wel weten? Stel dat ik die behandeling niet gekregen heb, dan zou ik daar mijn verdere leven om gaan treuren en denken dat ik beter af was geweest als ... nee, laat ik daar maar niet verder bij stilstaan.”

De dag na haar beroerte startte Ria met revalideren. Het zou nog 3 maanden duren voor ze naar huis mocht. “Nooit zal ik de kinesist en logopedist vergeten die mij opnieuw leerden lopen en praten. De letters F en V waren het moeilijkst en vergden mijn uiterste concentratie. Fiets en vis! En wat eigenlijk wel grappig was: ik sprak met een Frans accent, terwijl ik nooit Frans gesproken had! De neurolingvist noemde het ‘foreign accent syndrome’. Blijkbaar komt dat nog voor bij mensen die een beroerte hebben gehad.” En dan waren er nog de dagdagelijkse dingen, zoals aan- en uitkleden, wassen, eten, ... eigenlijk moest ze alles

opnieuw leren. “De ergotherapeut gaf me nuttige tips. Verdomd moeilijk hoor om alles met je linkerhand te doen als je je leven lang rechtshandig bent geweest. In het begin was ook de rechterheft van mijn gezicht nog verlamd waardoor ik een scheve mond had. Dat er etensresten aan mijn mond bleven kleven of er speeksel langs mijn wang wegvloede, voelde ik helemaal niet.”

Was het niet dat ze wat trager praat, dan zou niets mij op het eerste zicht verraden dat ze een beroerte heeft doorgemaakt. Ze articuleert erg

goed en ik versta haar prima. “Praten gaat niet altijd zo vlot hoor”, lacht ze. “Na een glaasje wijn of wanneer ik me boos maak, heb ik het nog altijd moeilijk. Of als ik in

groep ben en iedereen heel snel en door elkaar praat. Dan is het gespreksonderwerp al veranderd voor ik mijn zeg gedaan heb.” Toch is ze niet verbitterd, maar blij dat ze zo goed hersteld is. “Alleen mijn rechterarm en -hand, die willen nog niet mee. Zelfs een glas water vasthouden lukt niet. Met Pasen is mijn zoon, die in Berlijn woont, met zijn 3 maanden oude dochter op bezoek gekomen. Dat ik mijn kleindochter niet zelf in mijn armen kon nemen - ze moesten haar aangeven - deed me wel pijn.” Voor het eerst tijdens ons gesprek zie ik een diep bedroefde blik in haar ogen. En dan denk ik aan mijn eigen moeder die haar kleinkinderen hoog in de lucht tilt en rondzwierd tot ze kirren.

“En er is nog iets veranderd”, zegt ze zacht. “Ik ben gevoeliger geworden, sneller ontroerd door een mooie film of muziek ... maar ook prikkelbaarder, sneller boos, vooral als ik mij niet goed kan uitdrukken en begin te stotteren.” Ze maakt een verontschuldigend gebaar. “En dat vind ik zo erg voor de mensen rondom mij, want juist van hen krijg ik zoveel steun. Mijn man, mijn kinderen en familie ... Met kerst in het ziekenhuis smeerden ze toastjes in de badkamer en zorgden ze voor wijn, cadeautjes en zelfs een kleine kerstboom! ... En natuurlijk waren er ook nog mijn collega’s!” Enkele dagen na haar beroerte liet Ria zich overbrengen naar een ander ziekenhuis, waar ze tot dan als laborant gewerkt had. “Ik ben altijd ontzettend graag gaan werken.” Met pretlichtjes in

de ogen vertelt ze over de hechte groeps sfeer en feestjes in het labo, waarover ik haar belofte geen details te schrijven. Of ze ooit geprobeerd heeft om terug te gaan werken? “Dat was eigenlijk mijn diepste wens, maar na 3 jaar ziekteverlof heeft de arbeidsgeneesheer beslist dat ik het labo werk niet meer zou aankunnen en werd ik ‘op pensioen’ gestuurd. Ik was 53 en voelde mij daar nog veel te jong voor. Helaas, niets aan te doen.” Dat doet haar zichtbaar nog steeds veel pijn. Ria is een gevoelsmens, heeft nood aan sociale contacten en zocht haar weg naar buiten, weg uit het isolement: Duitse les, kunstgeschiedenis, zwembles en gastcolleges in de universiteit van de derde leeftijd. Dankzij een aangepaste auto (met bedieningsknoppen aan het stuur) heeft ze weer een stuk van haar vrijheid teruggewonnen.

Wist zij voor die noodlottige zondag wat een beroerte was? “Vaag. Ik had wel een nonkel die ook een beroerte had gehad en in de lessen pathologie op school zal het zeker wel aan bod gekomen zijn. Maar wat het precies was - nee, dat wist ik niet. Nu weet ik dat hoge bloeddruk een belangrijke risicofactor is, maar dat er ook andere oorzaken kunnen zijn. Zoals bij mij. Een elektrocardiogram wees uit dat er tussen de 2 voorkamers van mijn hart een gaatje was, een aangeboren afwijking. Dat is ondertussen met een operatie dichtgemaakt. Op het vlak van preventie is er nog veel werk aan de winkel. Veel mensen kennen de alarmtekens van een beroerte niet en reageren daarom niet snel genoeg. Bovendien kan in vele gevallen een

beroerte voorkomen worden.” Met veel enthousiasme vertelt ze over de geplande acties van *Stroke*, de Belgische vereniging van patiënten met een beroerte. Ria doet als vrijwilligster het secretariaatswerk voor die vereniging. “Het is fijn om lotgenoten te ontmoeten. Zij begrijpen precies wat je doormaakt. Veel patiënten kampen na hun beroerte met een depressie. Lotgenoten kunnen je dan het best moed inspreken om de revalidatie vol te houden. Die duurt immers weken, maanden, tot jaren. En niet altijd herstel je volledig. Dat moet je dan ook leren aanvaarden. Verhalen van andere mensen die een beroerte overleefd hebben, kunnen daarbij helpen. Het boek *Ik spreek* van de Franse Laetitia Boon-Derrien heeft mij bijzonder ontroerd. Zij kreeg in november 1999 - een maand voor mij - een beroerte. Ze was 33 toen ze met een gestoorde motoriek in het ziekenhuis opgenomen werd. Haar toestand verslechterde. Ze bleef volledig bij bewustzijn, maar uiteindelijk raakten al haar ledematen verlamd en moest ze beademd worden. Ze kon enkel nog communiceren met haar oogleden: een keer knipperen voor ‘ja’ en niet knipperen voor ‘nee’. Ze had het ‘locked-in syndroom’, een van de meest gevreesde vormen van beroerte. Zij was er dus veel slechter dan ik aan toe. Een dosis geluk, haar wil om te overleven en de liefde en steun van haar familie hebben ervoor gezorgd dat ze haar zware revalidatie volhield en herstelde. Veel van wat zij schrijft, herken ik. En dat doet goed.’

An Swerts



Stroke lanceert sensibiliseringsactie tegen beroerte

Brussel – Ter gelegenheid van de Europese dag tegen beroerte (10 mei) wil de Belgische patiëntenvereniging Stroke de burger sensibiliseren voor de gevolgen van beroerte. Het cerebrovasculair accident (CVA) of beroerte maakt jaarlijks 19.000 slachtoffers in België. “We willen de bevolking informeren over hoe je een beroerte kan voorkomen”, zegt Jan Hoet op de persconferentie van Stroke.

Op 10 mei gaan vrijwilligers van Stroke in het ganse land de straat op om gratis informatiebrochures uit te delen en Stroke-ballonnen te verkopen aan de symbolische prijs van een euro. *In vele gevallen is beroerte te voorkomen. Informeer je daarom.* Dat is de kernboodschap van Stroke voor de Belgische burger.

“Dankzij uitstekende medische zorgen heb ik mijn beroerte overleefd. We mogen ons in België gelukkig prijzen dat het medische korps ons zo goed kan re-designen”, lacht Jan Hoet, erevoorzitter van Stroke. “Voor mijn beroerte leed ik aan hoge bloeddruk en mijn levensstijl verergerde het probleem. Ik dronk graag, rookte erg veel en had weinig lichaamsbeweging. Dat hoge bloeddruk de kans op een beroerte sterk verhoogt, wist ik toen niet.”

“Zes op tien Belgen weten niet wat een CVA is”

Uit een onderzoek van het studiebureau Ipsos in april 2007 bij ongeveer 1.000 Belgen blijkt dat de kennis van de Belgische burger over beroerte erg beperkt is. “Zes op tien Belgen weten niet wat een CVA is”, zegt Daniëlle Conem (Ipsos). “Acht op tien Belgen schatten het aantal mensen dat dagelijks door een CVA getroffen wordt te laag. Slechts drie op tien weten dat hoge bloeddruk de belangrijkste risicofactor voor beroerte is, drie op tien weten niet welke bloeddrukwaarde ze hebben en slechts één op tien kent de bloeddrukwaarde 14/9 die men niet mag overschrijden om geen verhoogd risico op een beroerte te lopen.”

“Roken en hoge bloeddruk zijn risicofactoren”

“Beroerte treft 19.000 Belgen per jaar. Daarvan sterven 5.000 binnen de maand en blijven 6.000 levenslang gehandicapt”, zegt Thierry Gillebert, cardioloog van UZ Gent en lid van het wetenschappelijk comité van Stroke. “Die cijfers zullen maar dalen als mensen de risicofactoren beter kennen. Vooral



Woordvoester Tania Sucaet en erevoorzitter Jan Hoet van Stroke. Jan Hoet: “Ik doe er nu alles aan om mijn bloeddruk onder controle te houden.”

roken en een hoge bloeddruk verhogen je risico op een beroerte. Er zijn naar schatting twee miljoen Belgen die aan hoge bloeddruk lijden. Daarvan weet een miljoen het niet eens en heeft slechts 30% zijn bloeddruk onder controle. Ook hoge suiker- en cholesterolwaarden, overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging zijn risicofactoren voor een beroerte.”

“Beroerte treft niet alleen oudere mensen”

“Ik was drieëndertig toen ik een herseninfarct kreeg”, vertelt Tania Sucaet, woordvoester van Stroke. “Ik raakte verlamd en belandde in een rolstoel. De revalidatie was erg zwaar.” Ze wil andere mensen, in het bijzonder jongeren, behoeden voor een beroerte. “Veel jongeren denken dat beroerte alleen oudere mensen treft. Ik nodig iedereen uit om de getuigenissen van CVA-patiënten op onze website www.strokenet.be te lezen.”

Stroke, de Belgische patiëntenvereniging tegen beroerte, werd in mei 2006 opgericht, na een oproep van Jan Hoet die zelf slachtoffer van een beroerte was. De missie van de vereniging is het grote publiek voorlichten over de gevolgen van een beroerte en de factoren die de kans op een beroerte verhogen.

Stroke is de Engelse term voor **beroerte of cerebrovasculair accident (CVA)**. Een CVA is letterlijk een accident in de bloedvaten van de hersenen: een klontje verstopt een bloedvat (*herseninfarct*) of een bloedvat scheurt open (*hersenbloeding*). Kenmerkend zijn plots optredende verlamningsverschijnselen: een scheve mond, een lamme arm of been, maar ook spraakstoornissen, verwardheid, verlies van zicht uit één oog of heel erge hoofdpijn.

Arne Hagen, voorzitter van SAFE:

“Europeanen gokken met beroerte”

Brussel – Europeanen ‘nemen een gok’ met het risico op een beroerte, zo blijkt uit een onderzoek van SAFE, de Europese patiëntenvereniging tegen beroerte. “Europeanen zijn zich niet bewust van het risico dat ze lopen, omdat ze de factoren die de kans op een beroerte verhogen onvoldoende kennen”, zegt voorzitter Arne Hagen in het Europees Parlement.

Ter gelegenheid van de Europese dag van beroerte (10 mei) stelde SAFE (*Stroke Alliance for Europe*) de resultaten van haar ‘Gokken met beroerte’-enquête voor. Ongeveer 3.000 mensen in het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Spanje, Italië en Nederland namen in februari 2007 deel aan die enquête.

Bijna de helft van de ondervraagden schatten het risico op een beroerte veel te laag in. Nochtans is beroerte de derde doodsoorzaak na hartinfarct en kanker, en de belangrijkste oorzaak van invaliditeit bij volwassenen. Door hun levensstijl had een groot aantal ondervraagden een verhoogd risico op een beroerte: 51% rookte, 30% verbruikte meer dan twee alcoholische consumpties per dag. De meeste waren bereid om hun levensstijl aan te passen als dat hun risico op beroerte zou verminderen. Van de ondervraagden bleek 29% aan hypertensie (hoge bloeddruk) te lijden. De meeste hoge bloeddruklijders (87%) wisten dat hoge bloeddruk een belangrijke

risicofactor voor beroerte is. Toch had 1 op 3 zijn bloeddruk niet recent meer laten meten.

“Door een ongezonde levensstijl en geen acht te slaan op een hoge bloeddruk nemen Europeanen een gok met het risico op een beroerte”, zegt Arne Hagen, voorzitter van SAFE. “Nochtans zijn ze minder goklustig op andere terreinen: 84% van de ondervraagden weigerden een gokje aan te gaan, zelfs niet voor een sportwedstrijd. Door de ‘Gokken met beroerte’-animatie op onze website (www.safestroke.org) willen we mensen bewust maken van de risicofactoren.”

Tegelijk met de publieksenquête hield SAFE ook een enquête bij Europese beleidsmakers. Daaruit blijkt dat vele politici (terecht) vrezen dat het grote publiek de risicofactoren voor beroerte onvoldoende kent en er nood is aan voorlichtingscampagnes. “Lokale campagnes bereiken beter hun doel dan één grote Europese campagne”, zegt Arne Hagen. “SAFE doet daarom een oproep aan de Europese Unie om



Arne Hagen: “Vier op tien mensen die aan een beroerte overlijden hadden door een bloeddrukcontrole gered kunnen worden.”

die campagnes financieel te ondersteunen. Verder zou de EU de strijd tegen beroerte met Europese richtlijnen voor de preventie en behandeling van beroerte kunnen steunen.”

Tekst: *An Swerts*
Foto's: *David Plas*



Europarlementsleden laten hun bloeddruk meten. Op de Risicokaart lezen ze af of ze een arts moeten raadplegen.

SAFE (Stroke Alliance for Europe) vertegenwoordigt een groot aantal patiëntenverenigingen in heel Europa. Het grote publiek voorlichten en beroertepreventie op de politieke agenda krijgen is de missie van deze non-profitorganisatie, die in 2004 het levenslicht zag. Stroke, de Belgische patiëntenvereniging tegen beroerte, werd lid in 2006.

'Gokken met beroerte'-animatie op website van SAFE: www.safestroke.org

Test yourself!
What is your risk of having a stroke in the next ten years?

I am:
Male Female
Smoker Non smoker

My age:
Over 90 years
45 years
Under 20 years

My blood pressure:
I am being treated for hypertension: Yes No
213
106.5
100

Other diseases:
There are other diseases, in addition to hypertension, that can increase the risk of stroke. **These are the most important:**

Diabetes Yes No
Cardio-vascular diseases
Atrial fibrillation
Enlarged heart

0 %

© Professor David Russell 2007

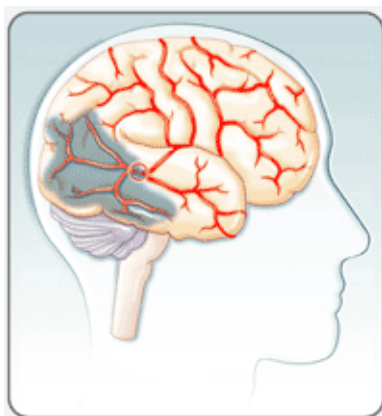


Dr. Geert Vanhooren, neuroloog AZ St.-Jan Brugge:

“Mensen voorlichten en investeren in beroertezorg zou voor de overheid een prioriteit moeten zijn.”

De behandeling bij uitstek voor de meeste beroertes is trombolyse. Toch wordt amper 1% van de beroertes in België met trombolyse behandeld. Dr. Geert Vanhooren: “Patiënten arriveren te laat in het ziekenhuis, omdat ze de alarmtekens van een beroerte niet kennen. Steeds weer moet de arts racen tegen de tijd.”

Elke dag krijgen 52 Belgen een beroerte. Dat zijn er 19.000 per jaar, waarvan er 9.000 binnen het jaar overlijden en 6.000 voor de rest van hun leven in min of meerdere mate gehandicapt blijven. Beroerte is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit en na kanker en hartinfarct de derde doodsoorzaak in ons land en Europa. Het aantal beroertes in België is de afgelopen jaren lichtjes gedaald, maar louter ten gevolge van de vergrijzing wordt beroerte een gigantisch probleem in de toekomst. Tegen 2020 zou het doodsoorzaak nummer 2 zijn.



©cva-jongeren.eigenstart.nl

Een beroerte of cerebrovasculair accident, in het Engels *stroke*, is letterlijk een accident in de bloedvaten van de hersenen. In 20 % van de gevallen ontstaat een beroerte door een scheur in een hersenbloedvat. Meestal echter is een hersenbloedvat door een bloedklonter verstopt geraakt. Delen van de hersenen krijgen dan geen bloed meer en dreigen af te sterven. Door trombolyse of letterlijk ‘het oplossen van de trombus of klonter’ kan het bloed opnieuw naar alle delen van de hersenen vloeien. Voorwaarde is wel dat de patiënt zo snel mogelijk en zeker binnen de 3 uur na de eerste verschijnselen de trombolyse krijgt toegediend.

MENSEN KENNEN DE ALARMTEKENS VAN BEROERTE NIET

“De meeste patiënten arriveren echter te laat in het ziekenhuis”, zegt Dr. Vanhooren. Dat is niet verwonderlijk aangezien veel Belgen niet weten wat de alarmtekens van een beroerte zijn en evenmin weten dat een spoedbehandeling vereist is. Dat bleek uit enquêtes (*van het studie bureau Ipsos*) in 2005 en april 2007. Binnenkort lanceert de Belgian Stroke Council, de vereniging van Belgische artsen tegen beroerte, een bewustmakingscampagne bij

Een beroerte is een accident in de bloedvaten van de hersenen.

het grote publiek. Dr. Vanhooren: “We gaan in die campagne het FAST-icoontje gebruiken: F staat voor *face*, A voor *arm*, S voor *speech* en T voor *time*. Een beroerte begint altijd plots en de eerste verschijnselen kunnen heel verschillend zijn, maar wat veel voorkomt zijn verlamningsverschijnselen: een scheve mondhoek en een arm of been waaruit de kracht lijkt weggevloeid. Een ander alarmteken is een verstoorde spraak: de patiënt spreekt onduidelijk en verward of kan helemaal niet meer praten.

Herken een beroerte met de FAST-test!

	Face: scheve mond
	Arm: arm die wegzakt of rondzwakt
	Speech: onduidelijk spreken of niet meer kunnen spreken
	Time: Waarschuw onmiddellijk een arts. Als die niet binnen de 15 minuten kan komen, bel 100.

Wanneer die verschijnselen langer dan 20 minuten aanhouden, dan moet je dringend naar het ziekenhuis. Nochtans zijn veel mensen zich daarvan niet bewust. In tegenstelling tot een hartinfarct is een herseninfarct meestal pijnloos. Daarom wordt het vaak als niet ernstig en niet levensbedreigend ervaren. Men denkt dat het wel spontaan zal overgaan en wacht af. Wanneer de eerste verschijnselen zich voordoen, begint de klok echter te tikken. Drie uur later is de trombolysie-behandeling nog weinig succesvol en de hersenschade dus groter. Het komt er dus op aan om mensen met een beroerte zo snel mogelijk in het ziekenhuis te krijgen.”

EEN MINIBEROERTE IS EEN BELANGRIJKE VERWITTING

Wanneer de verschijnselen minder dan 20 minuten duren, spreekt men van een miniberoerte of *transiënt ischemisch attack*, afgekort TIA. Ook in dat geval moet men dringend een arts raadplegen. Een miniberoerte veroorzaakt geen hersenschade, maar is wel een belangrijk alarmsignaal: het is een voorbode van een beroerte. Een op de 20 miniberoertes wordt binnen de 48 uur door een beroerte gevolgd. De arts zal hart en bloedvaten grondig onderzoeken, al de risicofactoren nagaan en indien nodig behandelen.

RISICOFACTOREN

Bepaalde factoren verhogen de kans op een beroerte. De belangrijkste zijn roken en een hoge bloeddruk, dat wil zeggen hoger dan 140/90 millimeter kwik (of ook: 14/9). Maar ook te hoge suiker- of cholesterolwaarden, overgewicht, overmatig alcoholgebruik en hartziekten werken een beroerte in de hand. “Als die risicofactoren perfect aangepakt worden, dan heeft de patiënt 70% minder kans op een nieuwe beroerte. Dat wil concreet zeggen: de patiënt moet stoppen met roken, een behandeling volgen om zijn bloeddruk, suiker en cholesterol onder controle te krijgen, zijn overgewicht wegwerken, niet meer dan 2 alcoholische consumpties per dag drinken, en voldoende bewegen. Het is de verantwoordelijkheid van elke arts om de patiënt te motiveren om die strikte aanpak vol te houden. Misschien moeten we in eigen boezem durven kijken en toegeven dat we op dat vlak nog meer inspanningen kunnen doen. Als we de risicofactoren grondiger aanpakken, zijn we al een hele stap vooruit.”

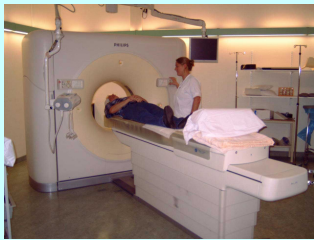


©www.dokterwaardenburg.nl

**Roken en hoge bloeddruk
verhogen in sterke mate de kans
op een beroerte.**

OVERHEIDSGELD VOOR INFORMATIECAMPAGNE

De geplande FAST-campagne is niet de eerste publiekscampagne van de Belgian Stroke Council. Ook Stroke, de Belgische patiëntenvereniging tegen beroerte, lanceerde onlangs een campagne om de Belgische bevolking te sensibiliseren voor beroerte. Dr. Vanhooren: “Zulke campagnes kosten gigantisch veel geld. Verenigingen van artsen en patiënten kunnen nooit voldoende geld ophoesten, zelfs niet met de steun van farmaceutische firma’s, om de Belgische bevolking voldoende te informeren over beroerte. Er zijn grootscheepse campagnes gefinancierd door de overheid nodig. De acties van de private verenigingen kunnen enkel als strovuurtje dienen, om te lobbyen voor grotere en langdurige campagnes.” Tot op heden heeft de Belgische overheid nog geen enkele voorlichtingscampagne specifiek tegen beroerte gevoerd.



©www.martinziekenhuis.nl



©www.umcutrecht.nl

CT-scan

bloedonderzoek



©www.gezondheid.be

trombolysie

“Het is racen van het lab naar de scanner tot de patiënt aan het infuus ligt.”

ONDERZOEKEN GAAN TROMBOLYSE VOORAF

In het ziekenhuis moet de patiënt met een beroerte zo snel mogelijk een CT-scan en bloedafname krijgen. Zonder die onderzoeken kan de arts niet weten of een trombolysie aangewezen is. In geval van een hersenbloeding (20% van de beroertes) zou een trombolysie zeer ernstige gevolgen hebben. Alleen bij een herseninfarct, wanneer een bloedklonter een hersenbloedvat verstopt (80% van de beroertes), is trombolysie aangewezen. Via een infuus in de aders wordt het medicament Actilyse® toegediend. De actieve stof (alteplase, rt-PA) lost de bloedprop op waardoor opnieuw bloed naar de bedreigde hersendelen kan vloeien. “Voor 1 patiënt op 8 betekent die behandeling het verschil tussen een zeer goed herstel en levenslange invaliditeit.”

DRAAIBOEK

“Op het moment dat de patiënt binnenkomt, moet het ziekenhuispersoneel een draaiboek kunnen volgen tot de patiënt aan het infuus ligt”, zegt Dr. Vanhooren. “De *door-to-needle time*, letterlijk de tijd tussen de deur en de naald, bepaalt mee het succes van de trombolysie. Dat draaiboek is een gedetailleerde handleiding voor het ziekenhuispersoneel om snel en correct de procedures te kunnen afwerken. Ook na de trombolysie loopt het draaiboek verder. Je vindt er ondermeer antwoord op de volgende vragen. Hoe beslis je of een patiënt die binnenkomt onmiddellijk, dat is binnen het uur, dan wel dringend, binnen de 24 tot 48 uur, door een neuroloog onderzocht moet worden? Welke patiënten krijgen voorrang op een CT-scan en welk nummer moet je bellen om een scan aan te vragen? Hoe geraakt het bloedstaal van de patiënt naar het labo? Welke behandelingen kunnen we opstarten? Wanneer start de revalidatie van de patiënt? Sinds 1997 werken we in het AZ St.-Jan met een draaiboek. Dat moet natuurlijk continu bijgesteld worden en de praktische uitwerking voor elk ziekenhuis is verschillend, maar dat het tijdsinstaat voor de patiënt betekent, daar ben ik van overtuigd.”

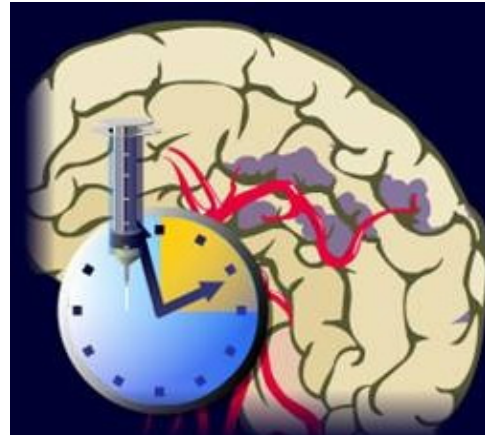
CASEMANAGER BEGELEIDT HET TRAJECT

Elk systeem is natuurlijk maar zo sterk als zijn zwakste schakel. Als een stoorzender het traject vertraagt, gaat kostbare tijd verloren. Een persoon die de patiënt doorheen heel het traject begeleidt, een casemanager, zou dat kunnen opvangen. Dat

was het idee van de professoren Wim Robrecht en Vincent Thijs (neurologie, K.U.Leuven). Enkele jaren geleden startten zij met financiële hulp van de Vlaamse overheid een pilotproject op. Dr. Vanhooren: “Uiteindelijk is het project een stille dood gestorven, omdat de overheid de geldkraan dichtdraaide. Nochtans vind ik het nog steeds een prima idee dat weer opgepikt zou kunnen worden.”

RACE TEGEN DE TIJD

Die complexe organisatie volgens een gedetailleerd draaiboek lijkt moeilijker te organiseren in kleinere ziekenhuizen. Daar zijn gewoonweg minder mensen en financiële middelen om zulk systeem uit te bouwen. Dr. Vanhooren: “In kleinere centra is er minder buffercapaciteit en moet de arts al zijn werk laten vallen om ervoor te zorgen dat zijn patiënt met een beroerte snel het traject (*zie draaiboek*) kan doorlopen. Het is een race tegen de tijd, van het labo naar de scanner. Ondertussen loopt zijn raadpleging vertraging op en zit de wachtzaal overvol boze patiënten. En dat terwijl er voor trombolysen niet eens een nomenclatuurnummer bestaat. Dat wil zeggen dat het niet als een prestatie aanzien wordt en er dus voor de arts geen vergoeding tegenover staat. Door die praktische obstakels zien artsen soms af van trombolysen. Daar komt bij dat de opvolging van de patiënt voor en na de trombolysen nauwgezet moet gebeuren. Dat vraagt veel tijd, veel personeel en dus veel financiële middelen.”



©www.instituutrenata.com

REGIONAAL BELEID

Of hij zelf een suggestie ter verbetering van de situatie heeft? “We zouden een regionaal beleid voor de opvang en behandeling van patiënten met beroerte kunnen uitbouwen. Daarmee bedoel ik dan dat we de taken kunnen verdelen. Als patiënten in kleinere centra binnenkomen, zorgt het medische korps daar voor het eerste onderzoek, de bloedafname en CT-scan. Een urgentietransport brengt de patiënt daarna naar een groter centrum waar een beroertezorgeenheid (Stroke Unit) aanwezig is. We verliezen dan wel wat tijd door het transport, maar de kans dat de patiënt een trombolysen krijgt, vergroot.”

ERKENNING VAN BEROERTEZORGEENHEDEN (STROKE UNITS) BLIJFT UIT

Een Stroke Unit is een ziekenhuisafdeling die patiënten met een beroerte optimaal kan opvangen en behandelen. De klok rond is er (para)medisch personeel van verschillende disciplines aanwezig: neurologen, verpleegkundigen, kinesitherapeuten, logopedisten en psychologen. Dat team volgt de toestand van de patiënt nauwgezet op en kan de revalidatie zo snel mogelijk starten. Dr. Vanhooren: “Vlaanderen telt vandaag 48 afdelingen die op die manier werken, in Wallonië zijn dat er heel wat minder. De erkenning van Stroke Units door de overheid blijft echter uit. Elk ziekenhuis is vrij om al dan niet zulke Unit in te richten. Dat betekent ook dat er geen opgelegde criteria zijn waaraan een Stroke Unit moet voldoen. Dat is jammer, want dat zou de beroertezorg in België kunnen verbeteren. De Belgian Stroke Council is zeker bereid om de overheid te adviseren bij het vastleggen van die criteria.”



©www.neuroonkologie-bochum.de

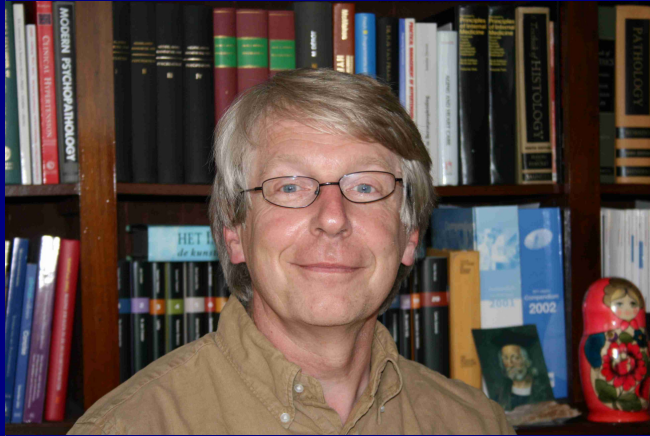
TROMBOLYSE GAAT HERSENSCHADE TEGEN

Dat trombolysen bij de meeste beroertes hersenschade kan voorkomen staat al geruime tijd buiten kijf. In januari 2007 publiceerde het wetenschappelijke tijdschrift *Lancet* de resultaten van een Europese studie, SITS-MOST, die dat nog eens bevestigden. De gegevens van meer dan 6.000 patiënten die trombolysen hadden gekregen, werden geanalyseerd. Daaruit bleek dat 1 patiënt op 8 na trombolysen volledig herstelt. Zonder trombolysen zou hij hoogstwaarschijnlijk in een revalidatiecentrum, rust- of verzorgingstehuis beland zijn. Hoe sneller men de trombolysen krijgt, hoe groter de kans op succes, was een andere belangrijke conclusie. Dr. Vanhooren, coauteur van die studie: "Het is dus niet zo dat de arts tót 3 uur na de eerste verschijnselen de tijd heeft om de trombolysen te doen. Hij moet de trombolysen zo snel mogelijk en zeker binnen de 3 uur doen om de hersenschade te voorkomen of te beperken." Trombolysen is, zoals haast elke behandeling, immers niet 100% veilig is: 1 patiënt op 32 sterft door een nevenwerking van de behandeling. Het klonteroplossende middel 'verdunt' het bloed,

vertraagt de stolling en kan bijgevolg bloedingen veroorzaken als het te laat wordt toegediend. "De SITS-MOST-studie toonde aan dat trombolysen, ook wanneer het op grote schaal wordt toegepast, toch een veilige behandeling is."

"Dat mensen een beroerte niet herkennen en niet weten dat een spoedbehandeling vereist is, blijft voorlopig de belangrijkste reden voor het hoge sterfte- en invaliditeitscijfer van beroerte", zegt Dr. Vanhooren. "De overheid zou met een grootscheepse voorlichtingscampagne dat kunnen veranderen. De verenigingen van artsen en patiënten tegen beroerte willen de overheid maar wat graag ondersteunen met advies."

An Swerts



Dr. Paul De Cort, huisarts in Kuntich:

“Wat een dirigent voor het orkest doet, moet de overheid voor preventieacties doen: coördineren en enthousiasmeren.”

Huisartsen en andere gezondheidsprofessionals doen inspanningen om hart- en vaatziekten, zoals hartinfarct en **beroerte**, te voorkomen. Helaas is het vaak een kakofonie van campagnekreten en organiseert elke gezondheidsinstantie op zijn manier preventieacties bij zijn patiënten. Niemand coördineert het geheel. Die taak lijkt weggelegd voor de overheid.

“Gisteren woonde ik een seminarie over de jaarlijkse kost van hart- en vaatziekten bij”, vertelt Paul De Cort, huisarts in Kuntich (Tienen). “Cardiovasculaire aandoeningen kosten de gezondheidszorg in België ongeveer 3,5 miljard euro per jaar. Dat bedrag staat in schril contrast met de 4 miljoen euro die jaarlijks naar preventiecampagnes gaat.” Als we de kost uitdrukken per inwoner per jaar betekent dat ongeveer 350 euro voor de behandeling van die ziekten, tegenover 40 eurocent voor de voorlichting van het grote publiek. “Campagnes worden dus nog altijd stiefmoederlijk behandeld.”

ONGECOORDINEERDE PRIKACTIES

“Verenigingen van artsen, apothekers, patiënten, mutualiteiten en ook de overheid doen inspanningen om de bevolking te sensibiliseren via folders of evenementen. Meestal blijft het echter beperkt tot ‘prikacties’, betaalbare campagnes van zeer korte duur. Bovendien gebeuren die acties naast elkaar, want er is geen overkoepelende instantie die ze coördineert. Die rol zou de overheid prima kunnen vervullen. Zij zou een coördinator kunnen aanduiden die bovendien een visie op lange termijn uitwerkt: er is dringend nood aan een duurzame

preventiestrategie. De eerstelijnsgezondheidszorg is van goede wil en ziet preventie als haar terrein bij uitstek, maar de middelen om efficiënt te werken ontbreken nog. Niets is zo moeilijk als ongezonde voedings- en leefgewoonten bij mensen veranderen. Dat vraagt een multidisciplinaire aanpak. Het Riziv zou daarom niet alleen de diensten van de huisarts maar ook van andere eerstelijnsgezondheidswerkers zoals diëtisten, bewegings- en gedragstherapeuten en psychologen moeten terugbetalen.”

AANPAK OP BASIS VAN RISICOSCORE

Dat campagnes maar één hulpmiddel zijn om hart- en vaatziekten beter te voorkomen, daarvan is dokter De Cort overtuigd. In Domus Medica, de beroepsvereniging voor Vlaamse huisartsen, werkt hij mee aan de *Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering*. Na de zomer zal Domus Medica richtlijnen publiceren om hart- en vaatziekten beter te voorkomen. Een vooruitblik: “De nieuwe richtlijnen zijn een handig werkinstrument voor de huisarts om patiënten vanaf 50 jaar snel te screenen op hun globaal cardiovasculair risico. Een nauwkeurige inschatting van dat risico geeft de huisarts meer zekerheid over de juiste aanpak voor

“Preventiecampagnes worden nog altijd stiefmoederlijk behandeld.”

elke patiënt. In een eerste stap gaat de arts bij de patiënt na of bepaalde factoren (ABCDEF) die het risico op hart- en vaatziekten verhogen, aanwezig zijn.

RISICOFACTOREN

- *Age:* ouder dan 50 jaar
- *Blood pressure:* bloeddruk hoger dan 14/9
- *Cigaret:* roken
- *Diabetes:* suikerziekte
- *Event:* voorgeschiedenis (hartinfarct, beroerte)
- *Familial:* familiale aanleg

Via een eenvoudig algoritme kan de arts de globale risicoscore voor de patiënt bepalen. De patiënten worden in 3 groepen onderverdeeld: met hoge, lage en matige risicoscore. Afhankelijk van de groep krijgt de patiënt dan specifieke adviezen over voeding, rookstop, lichamelijke inspanning en eventueel medicatie.”

MACHT VAN MARKETING

Indicatoren inventariseren om tot een risicoscore voor een bepaalde ziekte te komen is niet nieuw. “Farmaceutische firma’s die cholesterolverlagende middelen promoten, verspreiden al lang een risicotabel. Die tabel is voor het Riziv zelfs een werkinstrument voor de terugbetaling van cholesterolverlagende medicatie: alleen als de arts aan de hand van die tabel kan aantonen dat zijn patiënt baat heeft bij die medicatie betaalt het Riziv ze gedeeltelijk terug.



©www.bloodystudy.nl

“De marketing van farmaceutische firma’s beïnvloedt het voorschrijfgedrag van artsen.”

Die risicotabel is maar een onderdeel van de immense marketing voor cholesterolverlagende middelen waarmee de farmaceutische industrie de artsen de afgelopen jaren overweldigd heeft.” Dat die hype het voorschrijfgedrag van artsen beïnvloedt, blijkt uit een Nederlandse studie in het medische vakblad *Huisarts en wetenschap* van mei

2007. De onderzoeksvraag was: in welke mate worden risicopatiënten volgens de aanbevolen richtlijnen preventief tegen beroerte behandeld? Uit de studie blijkt dat artsen nauwgezet cholesterolverlagende middelen voorschrijven (bij 95% van de proefpersonen). Voor de ‘bloedverdunner’ aspirine is dat echter veel minder het geval (12%). “Maar welke firma is geïnteresseerd om het voorschrijven van aspirine te promoten?” glimlacht dokter De Cort. “We moeten er dus naar streven om ál de risicofactoren bij de patiënt goed te identificeren en te behandelen.”

TOEPASSING OP DE WERKVLOER

Wat nog ontbreekt, is een soort computerprogramma om de aanbevelingen voor een goede preventie ook vlot te kunnen toepassen op de werkvloer. In een drukke huisartsenpraktijk moet alles immers erg snel gaan. “We denken aan een soort elektronisch invulblad waarop de huisarts per patiënt de risicofactoren en ondernomen acties doorheen de tijd bijhoudt. Dat laat de arts toe om op een systematische manier aan preventie te doen.

“Er is nood aan een computerprogramma om aanbevelingen voor goede preventie op de werkvloer vlot te kunnen toepassen.”

Het is immers weinig zinvol om elke keer bloed te prikken of de patiënt aan te spreken over zijn voedings- en leefgewoonten als hij op raadpleging komt. Als je bijvoorbeeld vandaag tegen je patiënt zegt dat hij best vermagerd of stopt met roken, moet je dat niet bij het eerstvolgende bezoek herhalen, maar wel systematisch om de x aantal maanden. Die tijdszones kunnen met zulk elektronisch systeem beter gerespecteerd worden.”

MOTIVATIE METEN

“Voor we een behandeling van risicofactoren starten, moeten we ook beter peilen naar de motivatie van de patiënt om zijn voedings- en leefgewoonten te veranderen. Vragenlijsten kunnen de arts helpen om het ‘motivatieniveau’ van zijn

patiënt in te schatten.” Domus Medica ontwikkelde al *“Wilt u stoppen? En wanneer?”*, een vragenlijst die peilt naar de motivatie van de patiënt om te stoppen met roken. “Een niet-overtuigde patiënt dure afkickmedicatie voorschrijven is meestal geld- en tijdverspilling. De kans dat hij zijn therapie trouw volgt, is klein.” Moeten we een patiënt die helemaal niet gemotiveerd is dan laten vallen? “In tegendeel, maar gewoon medicatie voorschrijven zonder de patiënten naar een hoger ‘motivatie-niveau’ op te tillen is weinig zinvol. Niet-gemotiveerde patiënten moeten we in een eerste fase goed kunnen voorlichten. Hulpmiddelen zoals folders, affiches of cd-roms kunnen daarbij helpen.”

ROL VAN DE OVERHEID

”Nu organiseert elke huisarts preventieacties op zijn manier”, besluit dokter De Cort. “Door er samen over te brainstormen kunnen we beslist tot een meer geautomatiseerde uniforme aanpak komen. De concrete uitwerking van ideeën - zoals een computerprogramma, vragenlijsten en

voorlichtingsmateriaal - vraagt natuurlijk veel tijd. De overheid kan initiatieven aanmoedigen door bijvoorbeeld een hoger forfait voor preventieacties te betalen en een coördinerende rol op te nemen.

“De overheid moet preventieacties ondersteunen en coördineren.”

De huisartsen zijn er in ieder geval klaar voor, ze zijn echt bereid om de preventie te verbeteren.” Dat geldt ook voor de studenten huisartsgeneeskunde, vertelt dokter De Cort (*deeltijds docent K.U.Leuven*). “De studenten worden opgeleid tot heuse gezondheidsmanagers en denken mee na over het uitbouwen van een zorgbeleid op maat van elke patiënt. Daarom ben ik erg hoopvol voor de toekomst.”

An Swerts

Bescherm je tegen beroerte

Veel groenten en fruit, weinig zout en verzadigd vet, en een gezond lichaamsgewicht. Dat zijn de belangrijkste dieettips om je tegen een beroerte te beschermen.

Elke dag krijgen 52 Belgen een beroerte. Daarvan sterft ongeveer de helft binnen het jaar en meer dan een kwart blijft levenslang op hulp aangewezen. Of je een beroerte voorkomen kan? Bepaalde factoren verhogen in ieder geval je risico. Iets meer mannen dan vrouwen krijgen een beroerte en ook hoe ouder je bent, hoe groter je risico. Andere risicofactoren kan je wel controleren, zoals roken en een hoge bloeddruk (hoger dan 140/90 millimeter kwik of: "14 over 9"). Ook een hoge suiker- en cholesterolwaarde, overgewicht, onvoldoende lichaamsbeweging en alcohol verhogen het risico op een beroerte. Stoppen met roken, ten hoogste 2 glaasjes bier of wijn per dag, veel bewegen en gezond eten is dus de boodschap. Maar wat betekent 'gezond eten' precies?

DASH-voeding

Een voeding rijk aan groenten, fruit, magere zuivelproducten en volle granen werkt bloeddrukverlagend. Dat was de conclusie van de Amerikaanse DASH-studie eind jaren '90. DASH staat voor *Dietary Approaches to Stop Hypertension* of: dieetadviezen om hypertensie (hoge bloeddruk) tegen te gaan. "Eigenlijk is de DASH-voeding geen speciaal dieet, maar een gewone gezonde voeding, zoals de voedingsdriehoek aangeeft", zegt Veerle Huysmans, licentiate voedings- en dieetleer. "Die voeding is rijk aan *mineralen* die

de bloeddruk verlagen. Dat effect is in ieder geval duidelijk aangetoond voor *kalium* in groenten en fruit. Maar ook voor *calcium* in zuivelproducten en *magnesium* in volle granen zou dat gelden. Door te letten op het vetgehalte van de zuivelproducten houd je bovendien je lichaamsgewicht onder controle." Ook dat is belangrijk, want overgewicht verhoogt je risico op een hoge bloeddruk. Bovendien ontwikkelen mensen met overgewicht sneller diabetes. Je overtollige kilo's wegwerken om tot een gezond lichaamsgewicht te komen is zeker een meer haalbare kaart dan diëten tot je de 'ideale maten' hebt. "Je hoeft niet drastisch te vermageren om een duidelijk positief effect op je bloeddruk te krijgen. Een gewichtsverlies van 10% kan je bovendruk al met 10 en je onderdruk zelfs met 20 (millimeter kwik) doen dalen."

Zoutarm

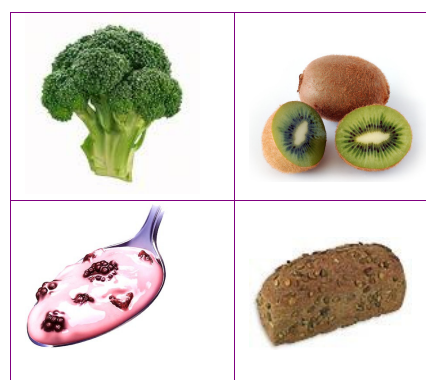
Door ook nog eens op je zoutgebruik te letten, kun je je bloeddruk nog sterker doen dalen, bleek uit de DASH-Natrium vervolgstudie. Idealiter zou je maximum 6 gram *natriumchloride* of keukenzout per dag mogen opnemen, maar dat is praktisch gezien moeilijk haalbaar. "Gewoon wat minder rijkelijk schudden met het zoutvat op de eettafel of in de keuken is zeker niet voldoende", zegt Veerle Huysmans. "Ongeveer 75% van het zout dat we dagelijks opnemen is afkomstig van

Wat is een beroerte?

Een beroerte of *cerebrovasculair accident*, afgekort CVA, is letterlijk een accident in de bloedvaten van je hersenen: een klonter verstopt een bloedvat (*herseninfect*) of een bloedvat scheurt open (*hersenvloeding*). Delen van de hersenen krijgen geen bloed meer en dus ook geen zuurstof. Meestal voel je geen pijn. Opvallende alarmtekens zijn verlamingsverschijnselen zoals een scheve mond, een lamme arm of been. Ook spreken gaat vaak moeilijk of helemaal niet meer. Snel naar het ziekenhuis is dan de boodschap, om hersenschade te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken.

Voor meer informatie:

www.beroerte.org en www.strokenet.be



- **Kaliumrijk groenten:** bv. spinazie, broccoli
fruit: bv. kiwi, banaan
- **Magere zuivelproducten:** bv. magere melk, yoghurt, kaas
- **Volle granen:** bv. volkorenbrood

kant-en-klare voedingsmiddelen zoals brood, gerechten, sausen en conserven. Ook koekjes en gebak, die nochtans erg zoet smaken, bevatten vaak veel zout. Doordat de zoete smaak het zout maskeert, sta je daar niet gauw bij stil. De overheid zou de zoutgehalten in kant-en-klare voeding strikter moeten controleren, want ik vermoed dat de normen toch vaak overschreden worden. Eigenlijk kan het zoutgehalte in heel wat voedingsmiddelen een stuk lager, zonder dat ze aan smaak moeten inboeten. Dat vraagt natuurlijk een mentaliteitswijziging in de industrie: ze moeten de



bereidingsprocédés willen aanpassen."

Zachte vetstoffen

Harde, dierlijke vetten bevatten veel verzadigde vetzuren die de cholesterolwaarde in je bloed verhogen en dus je risico op een beroerte doen stijgen. "Die vetzuren vind je in boter, volle melkproducten, room, vet vlees, maar ook in gebak, koekjes en snoepgoed." Zachte, plantaardige vetten (bv. margarines) en oliën zijn dan weer rijk aan onverzadigde vetzuren die eerder een cholesterolverlagend effect hebben. Visoliën zouden zelfs een licht bloeddrukverlagend effect hebben. "Gebruik om te

smeren, bakken of braden dus bij voorkeur een zachte vetstof of olie. 'Zacht' wil zeggen dat de vetstof zelfs bij koelkasttemperatuur nog goed smeerbaar of zelfs vloeibaar is." •



Magere vis: bv. zeebaars, kabeljauw, schelvis, zeeduivel, schol, wijting, tarbot, zeebrasem, tong

Tekst: *An Swerts*

Foto's: Broccoli: www.pbase.com; Kiwi: af.wikipedia.org; Yoghurt: www.fooddata.nl; Brood: www.dieetabc.nl/.../brood.jpg; Olie: www.fates.nl; Vis: www.foodstyling.be



©<http://www.brainchannels.com/humor/comics.html>



Hij ging het gat in zijn broekzak nog even stoppen. En dan zou hij met de fiets naar zijn vriend rijden om samen wat te keuvelen op een bankje in de zon, met zicht op de moestuin en de boomgaard. Ze zouden mijmeren over het leven en het weer van morgen. Twee kleine jongens die samen oud waren geworden. Tot zijn verbazing lukte het hem niet de draad in de naald te krijgen. Hij die het metier van kleermaker als geen ander beheerste. Zijn leven lang had hij maatpakken gemaakt voor deftige heren met ravenzwarte hoeden vergezeld van dames met zuinig ingekleurde rode lippen. "Zal ik het even voor je doen?" vroeg zijn vrouw. Hij wuifde haar aanbod nog weg voor hij viel.

Zijn rechterlichaamshelft bleef verlamd, praten ging heel moeizaam. Dat hij voor alle dagelijkse dingen hulp nodig had, vond hij vreselijk. Hij huilde vaak en was dan ontroostbaar.

Zij werd wakker en voelde zich wat versuft. Haar tanden, waar waren haar tanden? Ze liep verweesd rond. Water. Een glas water, dat zou haar opkrikken. Het glas glipte uit haar rechterhand. Wat zou dat nu? Ze had geen kracht meer in die hand. Met haar andere hand nam ze de telefoon en belde haar dochter. Klanken en onvolledige woorden vloeiden uit haar mond. "Moeder?" klonk het geschrokken aan de andere kant van de lijn.

De kracht in haar rechterhand keerde terug, haar spraak niet. Ook haar geheugen en verstandelijke vermogens lieten het afweten. Ze was niet langer de goedlachse vrouw met de wervelende woordenvloed en het temperament van een Spaanse doña. Ze vermagerde erg en de sprankeling in haar ogen verdween. Aan niets zag je nog dat ze het leven zo gretig omarmd had, dat ze elke dag geleefd had alsof het haar laatste was.

Hij & Zij, twee mensen uit mijn leven, werden door een beroerte getroffen. Zoals zoveel andere, want elke dag krijgen 52 Belgen een beroerte. Dat zijn er 19.000 per jaar. Daarvan sterven 9.000 binnen het jaar en blijven 6.000 levenslang gehandicapt. Beroerte treft ook jongeren, maar vooral toch mensen ouder dan 50 jaar. Vaak weten mensen pas wat een beroerte is als die hen overkomt. Een soort kortsluiting in de hersenen, meestal door een klonter die een bloedvat verstopt, zeggen de dokters. Of dat pijn doet? Nee, meestal niet. Soms heb je hevige hoofdpijn. Hoe je een beroerte dan herkennen kan? Je krijgt plots verlamingsverschijnselen: een scheve mond, een gevoelloze arm, een lam been. Mogelijk spreek je ook raar, je brabbelt wat of er komt helemaal niets meer uit. Wist je dat niet? 1 Belg op 4 weet dat evenmin. Wat je dan doet als je die verschijnselen krijgt? Je gaat onmiddellijk naar het ziekenhuis, de dokter moet zo snel mogelijk en zeker binnen de 3 uur de bloedklonter kunnen oplossen. Nochtans denkt 1 Belg op 2 dat er geen haast bij is. Of een beroerte te voorkomen is? Ja, in de meeste gevallen wel. Wat helpt: stoppen met roken, hoge bloeddruk en te hoge suiker- en cholesterolwaarden laten behandelen, overgewicht aanpakken, voldoende bewegen en niet meer dan 2 alcoholische consumpties per dag. Wist je dat niet? 1 Belg op 4 weet dat evenmin.

Hoe komt het dat een groot deel van de Belgische bevolking zo weinig van beroerte afweet? Verenigingen van artsen en patiënten voeren nochtans af en toe publiekscampagnes. Af en toe, want die campagnes kosten ontzettend veel geld en dat moeten ze bij farmaceutische firma's sprokkelen. Geld voor grootscheepse campagnes, die de hele Belgische bevolking grondig zou wakker schudden, is er niet. Maar is dat niet de taak van de overheid? Waarom laat die niet van zich horen? Waarom verschijnt er geen tv-spot of folder aan huis, zoals voor de bestrijding van borstkanker? Weet de overheid dan niet dat er zelfs meer vrouwen aan beroerte dan aan borstkanker sterven? Alleen al het schrikwekkend hoge kostenplaatje van beroerte zou haar moeten prikkelen om iets te ondernemen. Beroerte is in België (en Europa) de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. Slechts 1 Belg op 3 kan na een beroerte terug aan het werk. De andere blijven levenslang op hulp aangewezen. De kost van beroerte in België wordt op een half miljard euro per jaar geschat. Gigantisch, toch? Dat komt neer op 50 euro per inwoner per jaar. En het probleem wordt alleen maar groter in de toekomst. Louter ten gevolge van de vergrijzing zal beroerte tegen 2020 niet langer de derde maar tweede doodsoorzaak in België (en Europa) zijn.

Misschien vangt een luisterend politiek oor deze boodschap op. Als u de tsunami van beroertes die op ons afkomt, weet af te zwakken, zal u ongetwijfeld scoren. Na 15 tot 20 jaar. Want zolang duurt het tot het positieve effect van een preventiecampagne tegen beroerte zichtbaar is. Uw tijdshorizon zal dus verder moeten reiken dan de eerstvolgende verkiezingen. En mogelijk gaan anderen later met de pluimen lopen. Als dat u niet ontmoedigt om te strijden tegen beroerte hebt u alvast mijn stem. En een half uur later nog een stem. Want dat is het ijtempo waaraan Belgen door beroerte getroffen worden.



Prof.dr. Stephan Van den Broucke,
Psychologie (K.U.Leuven)
Lid van Vlaamse Gezondheidsraad

“Wijzen op de dramatische gevolgen van ongezonde voedings- en leefgewoonten is een wat naïeve aanpak.”

In het preventiebeleid van Vlaams minister van volksgezondheid Inge Vervotte krijgt borst- en baarmoederhalskanker ruim de aandacht. Beroerte staat zoals kanker in de top 3 van de doodsoorzaken. Toch neemt de minister geen specifieke preventie maatregelen tegen beroerte. “Door gezonde voeding en voldoende beweging te promoten, en roken en overmatig alcoholgebruik te ontraden, biedt de minister meteen een antwoord op al de beschavingsziekten”, zegt Stephan Van den Broucke, lid van de Vlaamse Gezondheidsraad. - DOOR AN SWERTS

“De preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen is sinds de jaren ‘80 ingrijpend veranderd. Voordien hadden gezondheidsprofessionals en beleidsverantwoordelijken maar weinig oog voor preventie”, meent Stephan Van den Broucke. “De klemtoon lag vooral op het bestrijden van kindersterfte en besmettelijke ziekten (*vaccinaties*), en het vroegtijdig opsporen van ziekten (*screening*). Een strikt medische benadering dus. Die aanpak blijft belangrijk, maar biedt onvoldoende antwoord op de beschavingsziekten zoals beroerte. Die kennen in de Westerse wereld een steeds grotere opgang. Ongezonde voedings- en leefgewoonten zijn meestal de oorzaak. Nochtans zullen mensen die gewoonten niet veranderen als de overheid enkel op de dramatische gevolgen ervan wijst. Het verband tussen roken en longkanker werd toch ook lang duidelijk aangetoond. Toch stoppen mensen niet met roken.”

Van ziektepreventie naar gezondheidspromotie

“In de jaren ‘90 brachten initiatieven van de Wereldgezondheidsorganisatie zoals ‘Health for all’ en ‘Health 21’ de herbronning over het Vlaamse preventiebeleid in een stroomversnelling. Dat resulteerde in een accentverlegging: van een medisch georiënteerde ziektepreventie naar gezondheidspromotie. Door gezonde voeding en voldoende beweging te promoten, en roken en overmatig alcoholgebruik te ontraden, steunt de minister de strijd - niet alleen tegen beroerte maar - tegen al de beschavingsziekten.”

De Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) bestaat uit een groep van experts die de Vlaamse regering, in het bijzonder de Vlaamse minister van volksgezondheid, en het Vlaams Parlement advies verlenen over alle gezondheidsaangelegenheden.



Kamerlid Maya Detiège (sp.a):

“Te veel mensen doen aan struisvogelpolitiek.”

Elk half uur krijgt iemand een beroerte in België. Hoge bloeddruk is vaak de boosdoener. Kamerlid Maya Detiège (sp.a) heeft een voorstel van resolutie ingediend, opdat de regering preventiemaatregelen zou nemen. DOOR AN SWERTS

“E lk jaar krijgen 19.000 Belgen een cerebrovasculair accident (CVA) of beroerte. Daarvan sterven 5.000 binnen de maand en blijven 6.000 levenslang gehandicapt. Nochtans zijn de risicofactoren voor beroerte goed gekend, in vele gevallen op te sporen en te behandelen. Veel beroertes kunnen dus voorkomen worden. Daarom vraag ik aan de regering om preventiemaatregelen te nemen”, zegt Kamerlid Maya Detiège (sp.a) vastberaden. Op 24 oktober 2006 deed ze al een oproep in het federale parlement, maar die werd tot op heden niet met concrete maatregelen beantwoord. Ze heeft dan

‘De totale jaarlijkse kost van beroerte in België wordt op 50 euro per inwoner geraamd.’

ook een voorstel van resolutie klaar dat ze aan de commissie voor volksgezondheid in de Kamer wil voorleggen. “Ik vraag aan de federale regering om, in samenwerking met de ministers van de gemeenschappen, een dialoog op te starten tussen het Riziv (*Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering*) en al de partijen die bij de preventie van beroerte betrokken zijn: huisartsen, specialisten, apothekers en patiëntenverenigingen.

Ook de mutualiteiten hebben als gesprekspartner een waardevolle inbreng, want zij hebben veel cijfermateriaal en een goed zicht op budgetten. Zij kunnen dan ook de financiële haalbaarheid van voorstellen meteen toetsen. Het Riziv startte al eerder werkgroepen op om te brainstormen over gezondheidsproblemen met een hoge kost voor de maatschappij, zoals kanker. Ik stel voor om ook voor beroerte een werkgroep op te starten.”

Is het kostenplaatje van beroerte voor onze maatschappij dan zo hoog?

MAYA DETIEGE: Ja. Een beroerte is niet alleen een emotioneel drama voor het slachtoffer en zijn omgeving, maar is ook een financiële aderlating voor de maatschappij. De ziekenhuisopname kost gemiddeld 18.000 euro en de totale prijs van de behandeling 44.600 euro. Beroerte is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit bij volwassenen. Slecht 1 patiënt op 3 kan terug aan het werk. Momenteel worden 120.000 Belgen voor de gevolgen van een beroerte behandeld. De totale kost wordt op 50 euro per inwoner per jaar geraamd.

Roken, een hoge bloeddruk, overgewicht, hoge suiker- en cholesterolwaarden zijn allemaal risicofactoren voor een beroerte. Ivert u voor een aanpak van al die factoren of legt u ergens de klemtoon?

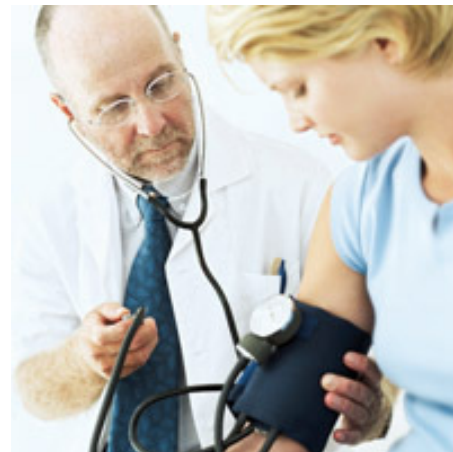
MAYA DETIEGE: Onze gezondheidszorg kan vooral op het vlak van hypertensie (*hoge bloeddruk*) nog heel wat beter. Meer dan de helft van de mensen die een beroerte krijgen hebben een te hoge bloeddruk, dus hoger dan 14/9. Er zijn naar schatting 2 miljoen Belgen die aan hypertensie lijden, waarvan 1 miljoen zich daar niet eens van bewust is. Dat is betreurenswaardig, want hypertensie is nochtans gemakkelijk op te sporen.

Met welke maatregelen wil u het bewustzijn bij de bevolking aanwakkeren?

MAYA DETIEGE: Zoals de meeste vrouwen zich nu heel bewust via een mammografie en uitstrijkje laten screenen op borst- en baarmoederhalskanker, zou ook het bewustzijn moeten groeien dat een regelmatige bloeddrukcontrole veel (beroerte)leed kan

struisvogelpolitiek doen. Ze roken, hebben overgewicht en andere symptomen die er op wijzen dat ze mogelijk aan hoge bloeddruk lijden, maar zoeken geen huisarts op. De apotheker kan dan proberen om die mensen uit te leggen waarom een bloeddrukcontrole toch nuttig zou zijn. Veel apothekers doen dat al, maar de regering zou via een rondschrijven van de APB (*Algemene Farmaceutische Bond*) er nog eens speciaal de aandacht voor kunnen vragen. De belangrijkste actoren op het vlak van preventie zijn uiteraard de huisartsen. Zij zouden systematisch, ongeacht de reden van het doktersbezoek, de bloeddruk van hun patiënt kunnen controleren. De sp.a pleit er dan ook voor dat de huisarts voor zijn preventieacties beter ondersteund zou worden.

‘Een miljoen Belgen weten niet dat ze aan hoge bloeddruk lijden.’



© www.nice-info.be

voorkomen. Zowel bij vrouwen als mannen uiteraard. Mannen lopen zelfs nog een iets hoger risico op een beroerte. Communicatie-experten weten het best via welke kanalen die boodschap verspreid wordt, maar ik denk bijvoorbeeld aan een tv-spot en een rondschrijven van de minister van volksgezondheid. Men mag ook niet vergeten de jongeren aan te spreken! Hoge bloeddruk wordt nog te vaak alleen met een hoge leeftijd geassocieerd. Er zijn nu al 6,5% jongeren tussen 16 en 20 jaar die aan hypertensie lijden en volgens specialisten zal dat cijfer alleen nog maar stijgen.

En de gezondheidsprofessionals, zijn zij zich voldoende bewust van het hypertensieprobleem?

MAYA DETIEGE: Uit eigen ervaring in de apotheek (*Maya Detiège werkt nog regelmatig als apotheker*) weet ik dat heel wat patiënten aan

De huisartsen krijgen toch een budget om een globaal medisch dossier van hun patiënt bij te houden?

MAYA DETIEGE: Ja, maar in dat dossier komt het aspect preventie nog onvoldoende aan bod. Bovendien heeft de huisarts vaak niet alle informatie om de gezondheidstoestand van zijn patiënt nauwgezet op te volgen. Daarom willen wij (*sp.a*) de verdere ontwikkeling van ‘be-health’ aanmoedigen. Dat is een elektronisch platform waar gezondheidsprofessionals informatie over hun patiënt zullen kunnen opvragen. Zo kan de huisarts de resultaten van medische onderzoeken in het ziekenhuis ook in zijn patiëntendossier opnemen. Nu is het vaak zo dat hij enkel over die resultaten beschikt als de patiënt ze op consultatie meebrengt.

Er zijn altijd mensen die door de mazen van het net zullen glijpen, bijvoorbeeld jongeren of mensen die zelden een huisarts raadplegen.

MAYA DETIEGE: Inderdaad. Daarom vraag ik in mijn voorstel van resolutie ook een systematische bloeddrukcontrole door artsen van het medische schooltoezicht en bedrijven. Weet je dat in België enkel medische controle op de werkvloer verplicht is als mensen een 'gevaarlijke job' hebben? Haast iedere werknemer krijgt jaarlijks een uitnodiging voor een vaccinatie tegen griep. Waarom die niet combineren met een bloeddrukmeting? Onderzoek heeft uitgewezen dat er in België alvast te weinig bedrijfsartsen zijn om, zoals in Frankrijk, een systematische opsporing van hypertensie te organiseren. De regering zou met de sociale partners van de bedrijven kunnen overleggen om de bloeddrukmeting uit handen te geven aan een verpleegkundige of EHBO'er.

Kan hoge bloeddruk efficiënt behandeld worden?

MAYA DETIEGE: Ja, een aangepaste voeding, voldoende lichaamsbeweging en indien nodig medicatie. Nochtans wordt slechts 25% van de hoge bloeddruklijders adequaat behandeld. Hun bloeddruk is door de behandeling misschien wel gedaald, maar nog steeds hoger dan 14/9. Daarom vraag ik in mijn voorstel om de artsen aan te

beroerte. Wat je eet, heb je voor het grootste deel natuurlijk zelf in de hand, maar ook de voedingsindustrie ontduikt soms zijn verantwoordelijkheid. Een onderzoek van Test-Aankoop in 2005 toonde aan dat de normen voor het zoutgehalte in bereide voedingsmiddelen soms overschreden worden. Daarom dring ik aan op een striktere controle vanuit de overheid. Een uitbreiding van die normen naar de volledige voedingssector zou een bijkomende stap in de goede richting zijn. Nu wordt slechts het zoutgehalte in bepaalde voedingsmiddelen, zoals brood, gecontroleerd. We kunnen een voorbeeld nemen aan Engeland en Frankrijk, die op dat vlak al inspanningen gedaan hebben. Een andere goede suggestie van Test-Aankoop is de voedingsmiddelen die zout bevatten duidelijker te etiketteren. Men zou het zoutgehalte per 100 gram of per portie kunnen aangeven.

Wanneer zal de commissie voor volksgezondheid in de Kamer uw voorstel van resolutie behandelen?

MAYA DETIEGE: Ik heb mijn voorstel van resolutie op 9 maart 2007 ingediend. Als na de verkiezingen en de regeringsvorming de commissievergaderingen opnieuw starten, zal het naar alle verwachting spoedig op de agenda komen. •

'Het zoutgehalte in de voeding moet strenger gecontroleerd worden.'



© www.europarl.europa.eu

sporen de Europese richtlijnen voor de behandeling van hypertensie beter op te volgen.

Bedoel je met aangepaste voeding dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor hun voedingsgewoonten, of dat er vanuit de voedingsindustrie iets veranderen moet?

MAYA DETIEGE: Beiden. Een te vet- en zoutrijke voeding verhoogt je risico op een

Referenties

Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H.U. et al. (2005) Costs of Disorder of the Brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12 (1), 1-27. Beschikbaar via: <http://www.sinapsa.org/Osнова/Materiali/Cost-paper-EBC.pdf>

Avendano, M., Boshuizen, H.C., Schellevis, F.G., Mackenbach, J.P., van Lenthe, F.J., van den Bos, G.A.M. (2007) Verschillen in preventieve zorg door huisartsen verklaren sociaal-economische verschillen in de incidentie van CVA niet. *Huisarts en Wetenschap*, 50 (5).

Blom, J. (2001) Gedetailleerde uitkomsten DASH-Natrium studie: Zuivelrijke voeding en zoutrestrictie verlagen bloeddruk. *VoedingsMagazine*, 2. Beschikbaar (juni 2007) via: <http://www.voedingsmagazine.nl/artikel.asp?id=139&uitgaveid=15>

Coene, I. (2005) Hoge bloeddruk: Belang van gezonde eet- en leefstijl. *Nutrinews*, 4, 3-10. Beschikbaar (juni 2007) via: http://www.nice-info.be/html/PROF/NUTRINEWS_PDF/NN1205/01hogebloeddruk1205.pdf

Devroey, D., Van Casteren, V., Buntinx F. (2005) De morbiditeit en mortaliteit van cerebrovasculaire incidenten in België. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61 (19), 1328-1338.

Finoulst, M. (2006) Dossier gezondheid: Beroerte. *Knack*, 41 (11/10), 59- 66.

Kolb, B., Wishaw, I.Q. (2001). *An Introduction to Brain and Behaviour*. New York: Worth Publishers.

Laloux, P. (2003) Cost of acute stroke, a Review. *Act neurol.belg.* 103, 71-77.

Mancia, G., Grassi, G. (2003) Tolerability and treatment compliance with angiotensin II receptor antagonists. *American Heart Journal* 16, 1066-73.

Nawrot, T., Hoppenbrouwers, K., Den Hond, E. et al. (2004) Prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, smoking and overweight in older Belgian adolescents. *The European Journal of Public Health*, 14 (4), 361-365.

Websites (beschikbaar juni 2007)

Belgische artsenvereniging tegen beroerte, Belgian Stroke Council: <http://www.neuro.be/bsc/>
Luik voor het grote publiek, persmededelingen: www.beroerte.org

Belgische patiëntenvereniging tegen beroerte: www.strokenet.be

Europese patiëntenvereniging tegen beroerte: www.safestroke.org

Gezondheidssite voor Vlaanderen. Dossier beroerte (15/11/2005): http://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=1348

Maya Detiège: <http://www.mayadetiège.be/>

Parlementair werk.

- Maya Detiège strijdt tegen hoge bloeddruk:

http://www.mayadetiège.be/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=20&Itemid=18&limit=6&limitstart=18

- De Kamer. Voorstel van resolutie betreffende een betere preventie van het cerebrovasculair accident:

<http://www.dekamer.be/kvcr/showpage.cfm?section=flwb&language=nl&cfm=/site/wwwcfm/flwb/flwbn.cfm?dossierID=2975&legislat=51&inst=K>

Medinet, Belgische gids met actueel gezondheidsnieuws: www.medinet.be

- Nieuwsarchieven (2006, 27 oktober) *Belgica Stroke en Maya detiège doen een oproep aan de politieke wereld en aan de artsen*. <http://www.medinet.be/shownews.asp?ID=2287>

Medisurf, medisch nieuws, enkel toegankelijk voor medisch korps: www.medisurf.be

- Nieuwsarchieven (2005, 8 oktober). *Positieve resultaten, maar de hoogdringendheid van CVA blijft miskend*.

- Nieuwsarchieven (2006, 28 augustus). *Trombolysen te weinig toegepast!*

Nationaal Instituut voor Statistiek. Doodsoorzaken: http://statbel.fgov.be/figures/d364_nl.asp#1

Neurochirurgisch Centrum Zwolle. Hersenbloedingen (08/2004):

<http://www.neurochirurgie-zwolle.nl/bloeding.html?CFID=1649613&CFTOKEN=69474169>

Vlaamse Gezondheidsraad. Adviezen aan Vlaamse regering: <http://www.wvc.vlaanderen.be/vgr/adviezen/index.htm>

Vlaams minister van volksgezondheid Inge Vervotte: <http://www.ingevervotte.be/home/>

- Beleidsnota 2004-2009:

<http://www.ingevervotte.be/images/File/Beleidsnota%20Welzijn,%20Volksgezondheid%20en%20Gezin.doc>

- Beleidsbrief 2006-2007: <http://www.ingevervotte.be/beleid/beleidsbrief/>