

Aanpak van uitdagings met die behandeling van serebrale verlamming by SA kinders

Regan Solomons*

Wêreldkinderdag, wat elke jaar op 20 November gevier word, verhoog bewustheid oor die regte en welsyn van kinders, terwyl dit ook die enorme uitdagings waarmee hulle te kampe het, beklemtoon. Een van hierdie uitdagings is serebrale verlamming (SV).

Serebrale verlamming verwys na 'n groep permanente bewegings- en postuurversteurings wat veroorsaak word deur besering aan of abnormale ontwikkeling van die brein vroeg in die lewe, wat lei tot probleme met beweging en koördinasie. Hoewel die breinbesering nie vorder nie, kan die impak daarvan op beweging en funksie mettertyd vererger sonder volgehoue en gekoördineerde behandeling en sorg.

Wêreldwyd bly die voorkoms van SV relatief konstant in hoë-inkomstelande, maar is aansienlik hoër in lae- en middelinkomstelande waar perinatale komplikasies (komplikasies tydens laat swangerskap tot die eerste week of maand ná geboorte), beperkte toegang tot geskoolde verloskundige sorg en diep maatskaplike en ekonomiese ongelykhede voortduur.

In Suid-Afrika is SV 'n belangrike oorsaak van gestremdheid by kinders en weerspieël dit die blywende gevolge van besering aan die fetus of pasgebore brein. Die bestuur van SV in hierdie konteks vereis aandag aan die mediese, maatskaplike en strukturele faktore wat die aanvang van die toestand beïnvloed en hoe dit kinders dwarsdeur hulle lewens raak.

Die verhoogde voorkoms van SV in Suid-Afrika is nou gekoppel aan pasgeborenes wat 'n suurstoftekort, vroeë geboortes, neonatale infeksies en vertraagde herkenning van hoërisiko-swangerskappe ervaar. Onderliggende faktore tydens swangerskap kan moontlik 'n verdere bydraende faktor wees, wat verdere studie benodig. Sosio-ekonomiese ongelykhede vererger hierdie risiko's: armoede, wanvoeding en swak moedergesondheid dra by tot komplikasies wat 'n baba by of naby geboorte affekteer, terwyl werkloosheid en swak lewensomstandighede die langtermyn-impak van gestremdheid vererger.

Gesinne van kinders met SV ervaar dikwels beduidende finansiële druk wat voortspruit uit die koste van vervoer, terapie en hulpmiddels. Die kumulatiewe maatskaplike en ekonomiese las strek verder as die kind en versterk siklusse van benadeling wat die ongelykhede tussen stedelike en landelike gemeenskappe en tussen diegene met en sonder toegang tot spesialissorg vergroot.

Strukturele beperkings binne die openbare gesondheidstelsel belemmer verder die lewering van omvattende SV-sorg. Gespesialiseerde multidissiplinêre klinieke is by universiteite gekonsentreer, wat distriks- en plattelandse fasiliteite onderbefonds en met beperkte neuro-ontwikkelingskundigheid laat. Gefragmenteerde verwysingstelsels vertraag diagnose, rehabilitasie en die verkryging van ondersteunende toestelle wat kinders met SV kan help om makliker te beweeg en beter postuur te handhaaf. Vroeë opsporing is ook nie konsekwent nie omdat die monitering van kinders se ontwikkeling nie gereeld in primêre sorg geïmplementeer

word nie en verskaffers het dikwels nie die opleiding om subtiele vroeë abnormaliteite in beweging te identifiseer nie.

Gevolgtik word baie kinders laat verwys, dikwels nadat voorkombare komplikasies soos kontrakture (verstywing of verkorting van spiere, senings of gewrigte) of heupverplasing ontwikkel het. Die versterking van vroeë identifikasie deur verskafferopleiding, gestandaardiseerde siftingsinstrumente en gemeenskapsgebaseerde opvolgbesoeke kan tydigse intervensie moontlik maak en die brein se vermoë verbeter om homself te herbedraad in reaksie op leer en ervaring gedurende kritieke ontwikkelingsvensters. Rehabilitasie bly die hoeksteen van bestuur, maar terapieessies is ongereeld as gevolg van oorweldigende gevallelaste en tekorte aan fisioterapeute, arbeidsterapeute en spraakterapeute. Logistieke uitdagings, vervoerkoste en versorgermoegheid beperk bywoning verder, wat lei tot gefragmenteerde sorg en minder-as-ideale funksionele uitkomst.

Kinders met SV word ook deur groot uitdagings binne die onderwysstelsel in die gesig gestaar. Hoewel inklusiewe onderwys deur nasionale beleid ondersteun word, bly die implementering van hierdie beginsels beperk. Baie hoofstroomskole het nie die infrastruktuur, aanpasbare materiale en opgeleide opvoeders wat nodig is om leerders met mobiliteits- of kommunikasiegestremdhede te akkommodeer nie. Spesiale skole is oorvol en geografies oneweredig versprei, wat baie kinders van formele onderwys uitgesluit laat.

Koördinerings tussen die Departemente van Gesondheid en Onderwys kan verbeter word om kinders te ondersteun wat oorgaan van vroeë intervensie na skoolonderrig. Ouerskapsbelange word dikwels belemmer deur beperkte kennis van regte en hulpbronne, en versorgers dra die emosionele en finansiële las van voltydse sorg, dikwels ten koste van indiensneming. Hierdie kumulatiewe druk beklemtoon die behoefte aan sterker intersektorale samewerking om vroeë opsporing, rehabilitasie en opvoedkundige insluiting in lyn te bring.

Terwyl Suid-Afrika oor progressiewe raamwerke soos die Geïntegreerde Nasionale Gestremdheidstrategie beskik, moet dit in die praktyk toegepas word. Rehabilitasie- en gestremdheidsdienste bly onderbefonds en word dikwels as periferaal tot hoofstroomgesondheidsprioriteite beskou. Data om beplanning en hulpbrontoewysing te rig, is skaars: daar is geen nasionale SV-register nie (hoewel pogings aan die gang is om dit aan te spreek) en die meeste plaaslike studies is klein, hospitaalgebaseerd en beskrywend. Hierdie bewysgaping belemmer die evaluering van diensdekking en uitkomst. Die vestiging van 'n nasionale toesigstelsel en die bevordering van navorsing oor koste-effektiewe gemeenskapsgebaseerde rehabilitasie, versorgeropleiding en digitale gesondheidsintervensies kan verbeter hoe dienste ontwerp word en beleide reageer op die behoeftes van kinders en hulle gesinne.

Ten spyte van hierdie uitdagings bestaan daar verskeie geleenthede. Die uitbreiding van gemeenskapsgebaseerde rehabilitasieprogramme, vennootskappe tussen universiteite, nie-regeringsorganisasies en provinsiale gesondheidsdepartemente, en die gebruik van telerehabilitasie en mobiele gesondheidstechnologieë kan moontlik spesialiskundigheid na onderbediende gebiede uitbrei. Gesinsgesentreerde modelle wat versorgers toerus om tuisgebaseerde terapie te implementeer, het belofte getoon om deelname en funksionele

uitkomst te verbeter. Hierdie innovasies illustreer die potensiaal van skaalbare, konteksgepaste benaderings wat die gaping tussen tersiêre kundigheid en gemeenskapsimplementering oorbrug.

Uiteindelik bly SV een van die belangrikste, maar voorkombare oorsake van kindergestremdheid in Suid-Afrika. Die bestuur daarvan vereis 'n ekosisteembenadering wat vroeë opsporing, billike toegang tot rehabilitasie, inklusiewe onderwys, versorgerbemagtiging en volgehoue beleidsondersteuning integreer. Gekoördineerde intersektorale belegging in opleiding, navorsing en dienslewering kan help om funksionele uitkomst te verbeter en die lewensgehalte van kinders wat met SV leef en hulle gesinne te verbeter.

***Prof Regan Solomons is die Uitvoerende Hoof van die Departement Pediatrie en Kindergesondheid aan die Universiteit Stellenbosch.**