

# Een beroerte: wat nu?

P.J. Koudeboer

1997  
rede  
011 ex2

MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



019600 0010 3816

~~Recht~~ 497: 011 ex. 2

Rede Eurb 1997:001

# Een beroerte: wat nu?

Rede uitgesproken bij de benoeming tot  
bijzonder hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam met de  
leeropdracht neurologie in het bijzonder de neurovasculaire ziekten

op donderdag 3 april 1997

door

**P.J. Koudstaal**



Aan Adrie, Martin, Stefan en Thomas

Mijnheer de rector, waarde collega's, dames en heren,

### *De patiënt*

De heer G. bereidt zich zoals altijd zorgvuldig voor op de komende vergadering. Er staat dan ook veel op het spel. Zijn bedrijf zal overgenomen worden door de concurrent. Hij neemt nog een keer de stukken door en loopt naar de vergaderzaal. Op de gang bemerkt hij opeens enige onzekerheid bij het lopen en krijgt hij een lichte hoofdpijn. Vervolgens zakt hij in elkaar. Hij probeert weer te staan, maar dat lukt niet. Hij probeert de inmiddels toegestroomde omstanders duidelijk te maken dat ze een dokter moeten bellen. De woorden komen echter niet. Hij brengt slechts een wat onverstaanbaar gemompel uit.

Voor het raam van zijn kamer in het ziekenhuis zit de heer G. in een stoel. Het is zo'n grote stoel met een blad ervoor, waarop een tijdschrift ligt, de Story, niet het soort blad dat vroeger tot zijn favoriete lectuur behoorde. Hij staart somber naar buiten. Tot een maand geleden was hij een zeer actief mens zowel in zijn werk als zijn gezin. Hij is 45 jaar. "Een beroerte, wat nu?", denkt hij. Hij heeft altijd gedacht dat dit een ziekte van de oude dag is. Nu weet hij beter. Van het ene op het andere ogenblik is zijn leven blijvend veranderd. Hij is verlamd aan de rechter kant en spreekt niet goed. De woorden zitten wel in zijn hoofd, maar komen zijn mond niet uit. Hij begrijpt ook niet alles wat tegen hem gezegd wordt. Daar krijgt hij nu spraakles voor. Hij moet naar plaatjes van dieren en voorwerpen kijken en proberen de naam te zeggen. Volgens de therapeute maakt hij goede vorderingen. Tweemaal per dag gaat hij naar de oefenzaal. Daar moest hij de eerste weken proberen stabiel te zitten. Dat lukt goed en momenteel werkt hij aan de opdracht om met zijn goede linker hand de verlamde rechter vast te houden en de arm op te tillen.

De heer G. is één van de 25.000 Nederlanders die per jaar voor het eerst een beroerte krijgen. Ongeveer een derde van hen overlijdt aan de gevolgen, van de overlevenden blijft de helft ernstig gehandicapt en herstelt slechts een kwart volledig. De ziekte staat daarmee in de Westerse wereld derde op de lijst van doodsoorzaken en is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. De kans om door een beroerte getroffen te worden, de incidentie, is de afgelopen decennia gedaald. Daar tegen-

over staat echter, dat door de toenemende vergrijzing van de bevolking het aantal mensen dat een beroerte heeft doorgemaakt, de prevalentie, toeneemt. Er zijn overigens aanwijzingen dat de daling van de incidentie tot staan is gekomen en tevens dat de beroerte op steeds jongere leeftijd optreedt. Het cerebrovasculair accident, kortweg CVA, zoals de beroerte ook wel wordt genoemd, is dus een belangrijke ziekte met veel maatschappelijke consequenties. Maar laat ik mij eerst opnieuw concentreren op wat de gevolgen van de ziekte zijn vanuit het perspectief van de patiënt.

Het meest bekende symptoom van de ziekte is de verlamming die meestal één lichaamshelft betreft. Ook een gevoelsstoornis kan halfzijdig voorkomen. Een stoornis van de taal, afasie genoemd, komt bij ongeveer een derde van de patiënten voor. Andere symptomen zijn stuurloosheid van arm of been, moeite met articuleren, blindheid in één gezichtsveld, dubbelzien en een sliksstoornis. Minder frequente verschijnselen zijn een stoornis in het lezen, rekenen en ruimtelijke oriëntatie. Minder bekend, maar voor de patiënt des te invaliderender klachten zijn geheugenstoornissen, verandering in de persoonlijkheid en een depressie, die een derde van de patiënten treft. Alle genoemde klachten ontstaan plotseling en bijna altijd volkomen onverwachts. In 80% is sprake van een afsluiting van een bloedvat in de hersenen, wat leidt tot een herseninfarct, in 20% van een bloeding in de hersenen. De klachten van het infarct en de bloeding zijn vrijwel identiek. Het onderscheid is met volledige zekerheid te maken met behulp van een computerscan. Er zijn veel oorzaken voor zowel het herseninfarct als de hersenbloeding. Onderzoek dat daarop gericht is, kan vrijwel alleen in het ziekenhuis plaatsvinden en is voor de patiënt van belang, maar daarover straks meer. Binnen de eerste maanden na een beroerte vertoont een derde van de patiënten verschijnselen van dementie, die in de meeste gevallen een direct gevolg van de aandoening is. Bij bijna alle patiënten met een beroerte treedt herstel op, maar zoals gezegd is het herstel slechts bij een kleine minderheid volledig en vergt het vaak vele maanden en zeer veel geduld. Veel patiënten verblijven dan ook langdurig of blijvend in een verpleeghuis of revalidatie-inrichting.

Het is moeilijk om zich een voorstelling te maken van hoe patiënten met een beroerte hun ziekte en handicap beleven. Uit reacties van patiënten en uit

geschreven ervaringen, b.v. het boek "Na mijn dood geschreven" van Jan Hein Donner, blijkt dat veel patiënten zich in de steek gelaten voelen en eenzaam zijn. Daarbij speelt onvoldoende onderkenning van minder in het oog springende symptomen als stemmingsveranderingen en geheugenstoornissen een belangrijke rol. Vooral bij patiënten met een beroerte in de rechter hemisfeer geldt daarbij dat ze niet meer als vroeger kunnen genieten van boeken, muziek en andere hobby's. Artsen en verpleging moeten zich hiervan bewust zijn en de patiënt zo goed mogelijk voorbereiden en opvangen. Ook de partner verdient hierbij veel aandacht.

### *De partner*

"Ja hoor, we slaan ons er goed doorheen", liegt mevrouw G. dapper tegen haar vriendin. Eigenlijk voelt ze zich ten einde raad en denkt ze voortdurend: "Wat nu?". Ze staat er alleen voor nu de arts haar heeft verteld, dat ze er niet op moet rekenen dat haar echtgenoot binnen een jaar thuis is en zeer waarschijnlijk nooit meer zijn oude beroep kan opvatten. Ze denkt aan de financiële consequenties en aan de opvoeding van de kinderen. Ook haar leven is nu van het ene op het andere moment volkomen veranderd.

In Groningen is door de vakgroep Huisartsengeneeskunde onderzoek verricht naar ervaringen van partners van CVA-patiënten. Bij een groep van 70 partners van zelfstandig wonende patiënten met een beroerte werden 3, 6 en 12 maanden na de beroerte gegevens verzameld door middel van gestructureerde interviews. De gemiddelde leeftijd bedroeg 72 jaar en vrouwen waren zoals te verwachten in de meerderheid. In overeenstemming met eerdere literatuurgegevens bleken de partners van patiënten met een beroerte in het dagelijks leven sterk beperkt, met o.a. minder vrijetijdsbesteding, een beperkter huwelijksrelatie en een grotere belasting. Vooral psychische beperkingen en communicatieve beperkingen van de patiënt hadden invloed op het leven van de partner. Een derde had een jaar na de beroerte ernstige psychische problemen. 9% van de huisartsen had in de eerste drie maanden na de beroerte geen contact gehad met de partner en een kwart had geen contact gehad met de partner in de negen maanden die volgden. Een derde deel

van de huisartsen had in deze laatste periode geen informatie, adviezen of emotionele ondersteuning gegeven aan de partner. Als belangrijkste obstakels voor meer optimale zorg voor de partners noemden de huisartsen dat ze niet wisten wat de partners van hen verwachtten, dat ze gebrek aan tijd hadden of dat ze een slechte relatie hadden met de partner. In hoeverre de partners van patiënten met een beroerte tevreden waren over de begeleiding van de specialist wordt uit dit onderzoek niet duidelijk. Een recente studie uit Nottingham geeft meer inzicht over de tevredenheid voor wat betreft informatie en advies van patiënten zelf. In een bevolkingsonderzoek werden 71 patiënten ondervraagd. Uit het onderzoek bleek, dat de informatieverstrekking met name tekort schoot wat betreft de emotionele problemen, relatieproblemen en de beroerte in het algemeen. Relatief voldoende informatie is verstrekt over beperking van risicofactoren en de preventieve behandeling.

Concluderend illustreren zowel het Groningse als het Engelse onderzoek dat voor wat betreft de voorlichting en adviezen aan patiënten en hun partners nog veel te winnen is. Wat uit beide onderzoeken niet goed duidelijk wordt, is in hoeverre de voorlichting wel gegeven is, maar door de patiënten en hun partners onvoldoende zijn verwerkt. In beide onderzoeken was de voorlichting niet gestandaardiseerd, bijvoorbeeld met behulp van folders of ander materiaal. De kwaliteit en kwantiteit van het schriftelijk informatiemateriaal is ook in Nederland voor verbetering vatbaar.

### *De neuroloog*

Bij de opname van de patiënt met een beroerte is er nog iemand die verzucht: "Wat nu?". Door de neuroloog zonder speciale belangstelling voor cerebrovasculaire aandoeningen zal de behandeling van de patiënt met een beroerte over het algemeen niet als erg dankbaar ervaren worden. De belangrijkste oorzaak van de treurige gedachte "Nog een beroerte, wat nu?" is de moeizame doorstroming naar verpleeghuis of revalidatiekliniek. Er is inderdaad sprake van een groot probleem. De gemiddelde ligtijd van een patiënt met een beroerte is vier weken en velen verblijven vele maanden in het ziekenhuis, terwijl de echte specialistische hulp vrijwel uitsluitend in de eerste week geboden wordt. Het is duidelijk dat de huidige



situatie in de nabije toekomst niet kan voortduren. De oplossing voor de problemen kan bestaan uit vaste afspraken tussen verpleeghuizen en ziekenhuizen. Een groot deel van de ergerlijke vertraging die nu optreedt bij het overplaatsen van de patiënt naar een verpleeghuis wordt veroorzaakt door onbegrijpelijke administratieve rompslomp. Eerst moet met de patiënt en de familie worden overlegd. Vervolgens gaat de familie op zoek naar het verpleeghuis van keuze, wat soms wel een week in beslag kan nemen. De ingevulde formulieren worden verzonden naar de plaatselijke coördinerende gezondheidsdienst, in Rotterdam de GG&GD. Het duurt nu even voordat de patiënt beoordeeld wordt door een medewerker van deze dienst. Pas na goedkeuring van de indicatiecommissie komt de patiënt op de wachtlijst van het betreffende tehuis, waarna het nog maanden kan duren voor er plaats is. Bij vaste afspraken tussen een ziekenhuis en één of twee verpleeghuizen zal er geen vrije keuze meer zijn voor de patiënt en diens familie, dat is een nadeel. Het grote voordeel van een gegarandeerde doorstroom van ziekenhuis naar verpleeghuis binnen twee weken weegt daar mijns inziens ruim tegenop, ook voor de patiënt. Op veel plaatsen in Nederland is inmiddels direct contact tussen ziekenhuis en verpleeghuis gelegd. Het is belangrijk dat het probleem van opstopping nu niet alleen maar verschoven wordt naar het verpleeghuis. De voorzieningen voor verzorging en therapie zullen in het verpleeghuis moeten worden uitgebreid en ook zal de thuiszorg moeten worden ondersteund, ten einde meer patiënten de kans te geven uiteindelijk thuis te komen. Hiervoor is politieke steun nodig, die er ook lijkt te zijn. In de komende jaren moet in goed opgezette experimenten onderzocht worden wat in de verpleeghuizen en de thuissituatie precies aan aanvullende voorzieningen en personeelsformatie nodig is voordat we op grote schaal de verpleeghuizen gaan verbouwen en straks met een overvloed aan klimrekken opgescheept zitten waar niemand iets aan heeft.

Een belangrijke andere ontwikkeling is het oprichten van zogenaamde Stroke Units binnen de bestaande afdeling. Dit heeft verschillende voordelen. De verpleging die in de Stroke Unit werkt kan aanvullende opleiding en training krijgen en kan zo meer gespecialiseerde zorg bieden. Verder maakt de Stroke Unit het mogelijk om patiënten met een acute beroerte te behandelen met medicijnen die weliswaar effectief, maar ook gevaarlijk zijn zoals de trombolitica, wat frequente en vakkundige

neurologische controles vereist. Als de gemiddelde ligduur van de patiënten kan worden teruggebracht tot ongeveer twee weken door middel van vaste afspraken met verpleeghuizen kunnen meer patiënten worden behandeld volgens de laatste therapeutische inzichten. Tenslotte zal in een Stroke Unit door een optimale coördinatie tussen de verschillende betrokken zorgverleners zoals de neuroloog, revalidatiearts, fysiotherapeut, sociaal werker en wijkverpleegkundige de opvang en begeleiding van patiënten verbeterd kunnen worden. Enkele van deze Stroke Units bestaan reeds en vele zijn in voorbereiding, waaronder in het Dijkzigt ziekenhuis. Er is mijns inziens wel dringend behoefte aan goede richtlijnen voor het opzetten van een Stroke Unit. Alleen dan kan de Stroke Unit meer zijn dan wat het op dit moment op veel plaatsen nog is: een gewone patiëntenkamer waar de patiënten met een beroerte bij elkaar zijn gelegd, met een bordje Stroke Unit boven de deur, soms in aanwezigheid van de pers feestelijk geopend door de trotse medisch directeur van het ziekenhuis.

Wat mij het meest verheugt, is dat er steeds minder neurologen zonder belangstelling voor cerebrovasculaire ziekten zijn. Zeker in Nederland is de interesse groot, wat moge blijken uit de zeer succesvolle multicenter onderzoeken die de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden en uit de opkomst bij symposia over het onderwerp. Daarnaast is er een intensieve en vruchtbare samenwerking tussen verschillende academische ziekenhuizen ontstaan, die naar ik hoop in de toekomst kan worden uitgebreid, ook naar niet academische afdelingen. Hierbij kan gedacht worden aan een computernetwerk, waarop iedere aangesloten neuroloog toegang heeft tot gegevens over de aandoening, interactief informatie kan verkrijgen en deel kan nemen aan gezamenlijke databases. Een dergelijk netwerk is in een voorlopige vorm al in werking in vier academische ziekenhuizen en een uitgebreidere versie is momenteel in voorbereiding.

### *De verpleging*

"Weer een CVA, wat nu?", denkt ook de hoofdverpleegkundige. De patiënt is zojuist door de neuroloog vanaf de eerste hulp aangekondigd. Dat konden zij er nu net niet

meer bij hebben. De afdeling ligt al vol met hulpbehoevende patiënten aan wie de verpleging de handen vol heeft. Het werk is de laatste jaren toch al intensiever geworden en patiënten met een beroerte behoren tot de zwaarste categorie. Het tillen van verlamde patiënten en de voortdurende aandacht die ze nodig hebben vergt veel tijd en energie. Daar komt nog bij dat de laatste jaren meer wetenschappelijk onderzoek plaats vindt, waarbij bijna altijd mede een beroep op de verpleging wordt gedaan.

Ik heb voor de inzet en inspanning van onze verpleging veel bewondering, niet alleen waar het de gewone verpleging van de patiënten met een beroerte betreft, maar ook voor de extra inspanning die de afgelopen jaren geleverd is bij het wetenschappelijk onderzoek, met name de talrijke clinical trials. Jaarlijks worden in Dijkzigt tussen de 250 en 300 patiënten met een beroerte worden opgenomen, dat is ongeveer een kwart van alle opnames. De beroerte is daarmee de meest frequente aandoening op een neurologische ziekenhuisafdeling. Vele van deze patiënten zijn in één of meerdere onderzoeken betrokken.

Er zal de komende jaren voor de verpleging wat de patiënten met een beroerte betreft veel gaan veranderen. Bij het opzetten van Stroke Units is voor hen een nieuwe en belangrijke taak weggelegd.

### *De Nederlandse Hartstichting*

“Een beroerte, wat nu?”, lijkt mij wel een passende titel, oppert één van de bestuursleden van de Nederlandse Hartstichting. We schrijven 1985 en het onderwerp van gesprek is een symposium over de beroerte, dat door de Nederlandse Hartstichting zal worden georganiseerd. Het voorstel wordt aangenomen en enkele maanden later is Nederland een succesvol symposium rijker.

Zonder overdrijven kan ik stellen dat de NHS de afgelopen jaren één van de belangrijkste stimulerende krachten is geweest voor alles wat met de beroerte te maken heeft. Het weinige voorlichtingsmateriaal dat beschikbaar is, is afkomstig van de NHS, symposia werden georganiseerd, subsidies voor jonge onderzoekers werden ingesteld en het wetenschappelijk onderzoek werd in ruime mate en soms met grote durf gesubsidiëerd. Als voorbeelden van dit laatste wil ik graag het Nederlands

TIA onderzoek en de Europese Atriumfibrillatie Trial noemen. De NHS heeft het onderwerp Beroerte op deze wijze met vooruitziende blik geadopteerd. De komende jaren staat er veel op het programma. Zo zal o.a. middels een aantal speciale symposia voorlichting over preventie en behandeling van de beroerte worden gegeven. Ook het wetenschappelijk onderzoek zal gesteund blijven door subsidies.

### *De wetenschappelijk onderzoeker*

Vanuit zijn kamer heeft de onderzoeker een fraai uitzicht over de stad. Hij tuurt in de verte en mijmert. Het "Wat nu?" dat door zijn hoofd speelt heeft betrekking op het onderwerp van onderzoek waarop zijn instituut zich de komende tijd zal richten. De afgelopen twintig jaar zijn wat de cerebrovasculaire research betreft onstuimig geweest. Tot enkele jaren geleden is het meest succes geboekt bij de preventie van beroertes, de laatste jaren meer bij de behandeling van het acute herseninfarct zelf. Tegelijk met de sterke groei van de research van cerebrovasculaire ziekten van de afgelopen decennia is het ook moeilijker geworden om onderzoek te doen. Het aantal subsidieaanvragen bij de belangrijkste subsidiegevers is sterk toegenomen, waardoor de kans op honorering is afgenomen. De weg om voor subsidie in aanmerking te komen, is verder langer en ingewikkelder geworden. Natuurlijk is er steeds de mogelijkheid deel te nemen aan door de farmaceutische industrie georganiseerde en gesubsidieerde onderzoeken. Daarbij bestaat de beloning naast een financiële vergoeding vaak uit copieuze maaltijden in dure restaurants, omdat nu eenmaal het hardnekkig misverstand bestaat, dat alle artsen graag duur en exclusief eten. Voor mij zijn zulke diners een straf. Zelden krijgt men bij commerciële trials de mogelijkheid zelfstandig onderzoek te doen en te publiceren. Anderzijds maken de nu al jaren durende bezuinigingsoperaties bij de universiteiten het voor de onderzoeker steeds moeilijker om voldoende personele ondersteuning te krijgen. Eénmaal uitgevoerd en verwerkt in een manuscript volgt de soms moeizame gang langs verschillende wetenschappelijke bladen die de afgelopen jaren een explosieve groei van toegezonden artikelen kregen te verwerken en steeds vaker de onderzoekers moeten teleurstellen met een afwijzing. Dezelfde groei geldt voor het aantal ingediende abstracts voor wetenschappelijke congressen. Het aantal

publikaties is echter wel van groot belang bij de jaarlijkse afrekening van de afdeling door de universiteit. Deze overpeinzingen vormen de verklaring voor de rimpels die zich op het voorhoofd van de wetenschappelijk onderzoeker hebben gevormd. Hij laat zich echter niet verleiden tot het eindeloos herhalen van de klaagzang en ontwikkelt nieuwe plannen voor de toekomst. Onderzoek doen blijft tenslotte leuk en ondanks alle beslommeringen in de meeste gevallen zeer dankbaar. Een beetje roeping is het echter wel.

Er is inderdaad veel bereikt de afgelopen decennia. Van een ziekte die nauwelijks in de belangstelling stond, zijn de neurovasculaire aandoeningen wereldwijd tot hoofdonderwerp van onderzoek geworden in veel academische centra. Ook in Nederland is de afgelopen jaren onderzoek van hoog niveau verricht. Wat is de winst tot nu toe zoal? Om te beginnen de preventie. In de eerste plaats moet men daarbij denken aan preventie op bevolkingsniveau d.m.v. voorlichtingcampagnes over roken, cholesterol en hoge bloeddruk. Daarnaast is er de strategie die gericht is op patiënten met een sterk verhoogd risico op een beroerte. De belangrijkste categorie wordt gevormd door patiënten die een waarschuwing voor een beroerte, in het engels Transient Ischemic Attack of kortweg TIA, hebben doorgemaakt. Ongeveer één op de vijf patiënten met een herseninfarct heeft eerder een TIA doorgemaakt. In de bevolking zijn er natuurlijk nog eens duizenden die een TIA hebben gehad zonder dat dit door een beroerte is gevolgd. Uit bevolkingsonderzoek in de wijk Ommoord, in het onvolprezen ERGO onderzoek, een initiatief van de afdeling epidemiologie van de EUR, is gebleken dat ongeveer 2 tot 3% van de personen boven de 55 jaar een TIA heeft gehad. Meestal gaat de patiënt daarmee naar de huisarts. Deze laatste herkent, zo blijkt uit een ander Nederlands onderzoek, het overgrote deel van de TIA's en stuurt ongeveer 40% door naar de neuroloog voor verder onderzoek. Een belangrijk probleem is, dat de diagnose TIA geheel op de klachten van de patiënt is gebaseerd. Niet iedere patiënt kan de klachten op even doeltreffende wijze verwoorden en niet iedere arts neemt voldoende tijd voor de anamnese. Aangezien een huisarts gemiddeld maar enkele malen te maken krijgt met een patiënt die mogelijk een TIA heeft gehad, kan deze onvoldoende expertise opbouwen. Het huidige verwijzingspercentage naar de neuroloog is dan ook teleurstellend, omdat verwijzing een betere onderbouwing van de diagnose kan opleveren. Verder kan het

onderzoek naar de meest waarschijnlijke oorzaak van de TIA voor de patiënt belangrijke consequenties hebben.

Een TIA kan vele oorzaken hebben. De meest frequente is een embolie uit een toevoerend bloedvat. Andere, niet zeldzame oorzaken zijn een afsluiting van een klein bloedvat in de diep gelegen delen van de hersenen of een embolie uit het hart. De laatste jaren zijn daar in snel tempo nieuwe oorzaken bij gekomen, zoals verschillende stollingsstoornissen en een scheur in de wand van een bloedvat, een zogenaamde dissectie. Voor de patiënt is het vanzelfsprekend van belang te weten wat de meest waarschijnlijke oorzaak is. De bevindingen hebben echter daarnaast ook gevolgen voor de behandeling. Een ernstige vernauwing van de toevoerende halsslagader kan operatief worden behandeld, een therapie die in grote onderzoeken zeer effectief is gebleken; een embolie uit het hart kan het beste worden voorkomen door antistolling, evenals een stollingsstoornis; een dissectie kan het best tijdelijk met antistolling worden behandeld gevolgd door aspirine; bij de overige patiënten is deze laatstgenoemde behandeling momenteel een effectief en goedkoop alternatief. "Beste koop" zou de consumentengids aspirine noemen, tegenover "Beste uit de test", een kwalificatie die geldt voor een duurder alternatief, clopidogrel. Of dit laatste geneesmiddel tot de standaardbehandeling zal gaan behoren, zal de toekomst moeten leren. Combinaties van verschillende middelen lijken een goede toekomst te hebben. Zo lijkt de combinatie van dipyridamol en aspirine meer voordeel op te leveren dan elk afzonderlijk. In de nabije toekomst zal het nut van de combinatie van clopidogrel en aspirine worden onderzocht.

De winst die met behulp van de verschillende behandelingen kan worden geboekt, kan men het best uitdrukken in het aantal TIA patiënten dat een jaar lang moet worden behandeld om één beroerte te voorkomen. Voor aspirine is dit aantal 50, voor chirurgische behandeling van een ernstige vernauwing van de halsslagader is het 15, voor antistollingsbehandeling bij een embolie uit het hart ten gevolge van atriumfibrilleren is het 12. Deze getallen geven aan dat we momenteel over een effectief arsenaal aan behandelingen beschikken waarvan de kosten opwegen tegen het voordeel. Een beroerte is namelijk, afgezien van de persoonlijke catastrofale gevolgen ook duur, zeker als ontslag naar huis niet mogelijk is. Wat de preventie

betreft zijn er meer mogelijkheden die momenteel in wetenschappelijk onderzoek worden onderzocht. Zo is er de mogelijkheid dat antistolling ook bij TIA's die niet het gevolg zijn van een embolie uit hart effectiever is dan aspirine of dat chirurgische behandeling van slagadervernauwing die nog niet geleid heeft tot TIA's of nieuwe technieken zoals het dotteren van de vaatvernauwing van grote waarde zijn. Beide laatstgenoemde behandelingen zijn illustratief voor de goede samenwerking tussen neurologen en vaatchirurgen.

Waarschijnlijk de grootste ommekeer voltrekt zich bij het acute herseninfarct zelf. Tot slechts enkele jaren geleden werd het voor volstrekt onmogelijk gehouden dat het herseninfarct zelf zou kunnen worden behandeld. De nihilisten hebben ongelijk gekregen. Beroertes kunnen behandeld worden. Van één therapie is inmiddels vastgesteld dat het de gevolgen van het infarct gunstig beïnvloedt: trombolytische therapie. Voorwaarde is, dat de behandeling zeer snel, binnen drie uur na het ontstaan van de klachten, wordt gegeven. Dat is in de praktijk momenteel nog moeilijk. Zoals eerder besproken is de maatschappij nog niet rijp voor een snel vervoer naar, en behandeling in, een ziekenhuis. De therapie kan ook lang niet aan alle patiënten gegeven worden. Dat geldt niet voor aspirine, dat ook in de acute fase van het herseninfarct effectief blijkt te zijn, hoewel de winst veel geringer is dan met trombolytica. De voorlopige resultaten van enkele andere recent voltooide onderzoeken lijken gunstig. Ook voor het acute herseninfarct geldt, dat combinaties van verschillende behandelingen in theorie tot een groter voordeel kunnen leiden. Al met al is er meer hoop voor de patiënt met een acuut herseninfarct, misschien in de toekomst ook voor de patiënt met een hersenbloeding. Dat nieuws moet verspreid worden onder de bevolking en alle artsen die met beroertes te maken hebben.

### *De huisarts*

De huisarts is zojuist gebeld door een paniekerige echtgenote van een wat oudere patiënt uit zijn praktijk die hij al kende met angina pectoris en een bypass operatie. De patiënt is plotseling ineengezakt en kan niet meer praten. "Wat nu?", denkt de huisarts. Hij heeft het spreekuur nog net af kunnen maken en is nu naar de on-

gelukkige op weg. Per jaar wordt hij ongeveer 5 keer geconfronteerd met dit probleem, dat bijna altijd veel werk met zich meebrengt. "Dat wordt weer een uurtje bellen", mompelt hij.

In ons land wordt meer dan de helft van de patiënten met een acute beroerte niet naar het ziekenhuis verwezen. Onderzoek heeft uitgewezen dat de patiënten die wel verwezen worden degenen zijn met de ernstigste verschijnselen. Dit zijn nu juist de patiënten bij wie op dit moment de geringste kans op een succesvolle behandeling aanwezig is. De gemiddelde tijd tussen het begin van de verschijnselen en aankomst in het ziekenhuis is vier uur. Dit wordt veroorzaakt door aarzeling bij de patiënt of familie die soms eerst nog even afwacht of de verschijnselen misschien vanzelf over gaan, door de tijd die de huisarts nodig heeft om de patiënt te bezoeken, door moeilijkheden bij het vinden van een ziekenhuis waar de patiënt heen kan, en door tijd nodig voor het vervoer. Het moet beter kunnen, daarover is iedereen het eens. Een verbetering van de verwijsmogelijkheden zou veel oplossen. Bij een gemakkelijke doorstroom van ziekenhuis naar verpleeghuis zal ook de opnamecapaciteit kunnen toenemen, wat voor de huisartsen een belangrijke verbetering kan zijn. Een bemoeilijkende factor is, dat in ons land de huisarts maximaal gestimuleerd wordt om elke patiënt wanneer dat maar enigszins mogelijk is uit handen van verkwistende specialisten te houden, een kortzichtigheid waarvoor ik mij bij internationale contacten schaam. Aan de huisartsen ligt het niet, de meeste willen graag anders. Zodra de mogelijkheden voor overplaatsing van de patiënten is verruimd, moeten neurologen zo snel mogelijk direct met de plaatselijke huisartsen overleggen en afspraken maken.

### *De media*

"Zo, dat was de beroerte, en wat nu?". We bevinden ons thans in de redactievergadering van het succesvolle televisieprogramma "Naar de dokter". De uitzending over de beroerte is zeer naar wens verlopen. De dokter was aan de saaie kant, maar dit werd ruimschoots goedge maakt door het interview met de verlamde patiënt. Er moet nu voor de volgende uitzending een item worden bedacht. "Miskramen lijkt me



goed onderwerp", suggereert één van de redactieleden, "daar moet wat mee te doen zijn."

Het is naar mijn mening droevig gesteld met de medische berichtgeving in ons land althans wat betreft de televisie. Het doel van de meeste uitzendingen over medische zaken is in de eerste plaats amusement, hoe vreemd dat ook moge klinken waar het menselijk leed betreft. Behalve drama doen technische hoogstandjes het ook goed, zeker als daar indrukwekkende beelden bij geleverd kunnen worden. Ik praat enigszins uit ervaring. In de loop van de jaren heb ik driemaal aan een radio-uitzending en viermaal aan een televisieprogramma meegewerkt, dit alles bij zes verschillende omroepen. Vol enthousiasme deed ik mee, overigens, en boordevol goede bedoelingen. Het leek me belangrijk zoveel mogelijk mensen vertrouwd te maken met de symptomen van een beroerte en met de diverse mogelijkheden voor preventie en behandeling. In een uitzending van één van de oudste medische series in ons land werd over het Nederlands TIA onderzoek bericht. De voice-over meldde aan de kijkers ten onrechte, dat in dit onderzoek Ascal werd vergeleken met een "nepmiddel", iets dat niet klopte, want er werden slechts twee verschillende doseringen met elkaar vergeleken. De opzet van het onderzoek was tevoren uitgebreid met de programmamakers besproken en ook op papier meegegeven. Veel verontruste telefoontjes van deelnemende patiënten waren het gevolg. Vervolgens werd ik voor een ochtenduitzending van een informatief programma uitgenodigd iets te vertellen over wat een beroerte inhield en wat je eraan kunt doen. Het was die ochtend vijf december, hetgeen mij tevoren al enige argwaan had moeten bezorgen. In de studio bevond ik mij in het gezelschap van Sint-Nicolaas en vier aangeschoten zwarte Pieten die op ongelegen momenten pepernoten door de studio wierpen, wat mijn item niet de entourage verschafte die het nodig had. Enige tijd later zou ik in een middagprogramma met een hoge kijkdichtheid, zo verzekerde mij de presentatrice, wat meer vertellen over wat een TIA is en wat je als patiënt moet doen als je daar last van hebt. Het was wederom een life uitzending dus dan is het erop of eronder. Vóór mij traden een zestal dames uit verschillende delen van Nederland op die een bijzonder streekrecept presenteerden. Voor ik het goed en wel in de gaten had, vormde ik al het volgende item. Ik deed mijn uiterste best, maar was waarschijnlijk toch wat saai. Omdat het onderwerp zo serieus was, moest er snel iets

lichts achteraan, in dit geval een zangeres die half verhuld door een rookwolk haar verloren liefde bezong. Nu zult u misschien tegenwerpen dat ik ook wel pech heb gehad net in handen te vallen van populaire omroepen. Ja zeker, er is ook een serieus programma bij de VPRO. De kijkdichtheid daarvan ligt ruim onder de 100.000, dus een middel om het grote publiek te bereiken is dat in ieder geval niet. Kort geleden kreeg ik een uitnodiging om aan dit programma mee te werken. Ik zal het nog één keer proberen.

Het is de uitdaging van de nabije toekomst om andere wegen te vinden om de bevolking voor te lichten. De Nederlandse Hartstichting, die ik al eerder prees, helpt ook daarbij. Zou Internet een mogelijkheid zijn? Wat voorlichting van artsen betreft moet zo vroeg mogelijk begonnen worden, dus al tijdens de studie.

#### *De student*

"Zo, dat was het blok Hart en Vaatziekten, wat nu", denkt de student. Het volgende blok dient zich aan, de studietrein dendert voort en veel tijd tot bezinning is er niet. De studie geneeskunde is in de loop van de tijd ingrijpend herzien en nog wordt het ene plan ontwikkeld terwijl het andere net uitgevoerd wordt. Alles lijkt op losse schroeven. Hoeveel anatomie heb je nodig om huisarts te kunnen worden, is al die biochemie werkelijk nodig? De opleiding zoals die in Maastricht bestond, was lange tijd uniek voor Nederland, maar heeft zo langzamerhand een toenemende invloed op de andere universiteiten. In bijna alle faculteiten in ons land wordt de opleiding tot basisarts voortdurend omgegooid en aangepast. In het algemeen ligt het accent meer en meer op zelfstudie, en soms komen de basisvakken zoals biochemie en anatomie alleen nog sterk gesnoeid aan bod. Het grootste voordeel van deze ontwikkeling werd verwoord door een Nijmeegse docent als: studenten hebben weer plezier in het studeren en docenten in het les geven. Ik kan me daar wel iets bij voorstellen. Ik hoef niet ver terug te gaan in het geheugen om me te herinneren hoe demotiverend het was om de druk in een gasbel te moeten uitrekenen en één of andere mechanische of biochemische natuurwet in maat en getal te bestuderen. Anderzijds is de basisstof mijns inziens voor de arts belangrijk en onmisbaar voor

het begrijpen van ziekteprocessen en het volgen van de ontwikkelingen in het vak. Ik denk bij dit laatste met name aan vakken als epidemiologie, immunologie en genetica. De fout die in de meeste faculteiten, ook de onze, lang gemaakt is, is dat we de motivatie van studenten voor de studie geneeskunde, nl. het arts worden, de eerste drie jaar van de opleiding te veel in de formale probeerden goed te houden. Maar net zo goed als weefsels in formale hun oorspronkelijke kleur en elasticiteit verliezen, kon men bij menige student het oorspronkelijke enthousiasme langzaam zien verbleken. Ik denk, dat er niet minder dan een revolutie noodzakelijk is om het pre-doctoraal curriculum geneeskunde aantrekkelijk te maken en toch de basisvakken in het onderwijs te integreren. Dat nieuwe onderwijsvormen ook voor docenten zeer stimulerend kunnen zijn, ondervond ik zelf bij het zogenaamde keuzeonderwijs, een periode waarin studenten in kleine groepjes een onderwerp bestuderen. Bij de uitvoering van mijn week Herseninfarct kwam ik op plaatsen waar ik tot mijn schande in de daarvoor liggende tien jaar nooit was geweest, zoals in de oefenzaal van de fysiotherapie, waar ik getuige was van het moeizame proces van het hervinden van het door de beroerte geschonden lichaam. Ook bezocht ik een verpleeghuis, waar ik opvang en vorderingen kon volgen van patiënten die op onze afdeling opgenomen waren geweest. Ik was diep onder de indruk van de goede sfeer in het tehuis en de aanwezige mogelijkheden voor revalidatie.

Het onderwijs is ook om andere redenen in beweging. De populariteit van een universiteit is - meer dan vroeger lijkt mij - een punt van aandacht en een motivatie voor aanpassing. Nog even, en de universiteiten volgen het voorbeeld van de middelbare scholen, waar nu op sommige plaatsen bij de jacht op nieuwe leerlingen een gratis fiets in het vooruitzicht wordt gesteld. Sommige universiteiten beloven met ingang van het komend jaar aan meisjes bijzondere financiële voordelen. Het imago van de universiteit is meer dan ooit belangrijk. Enige tijd geleden werden de faculteiten opgeschrikt door een enquête van Elsevier onder een zeer beperkt aantal net afgestuurde artsen. De beoordeling geschiedde door middel van rapportcijfers die bij iedere vraag fluctueerden tussen een vijf en een zeven. Enige relativerende opmerkingen van de onderzoekers over begrippen als puntschatting en discriminerend vermogen van de vragen zou wel op zijn plaats zijn geweest. Hoe dan ook, de enquête had als belangrijkste conclusies dat in Maastricht de begeleiding tijdens

de studie er goed vanaf kwam, dat Amsterdam zo'n gezellige stad was, Groningen goede voorzieningen zoals collegezalen en practicumruimtes had, en Rotterdam minder populair was, vooral omdat het percentage studenten dat de propedeuse niet haalde nogal aan de hoge kant was. Deze enquête heeft ook in onze faculteit voor onrust gezorgd. Ik heb me eraan geërgerd. Evaluatie van onderwijs is zeer belangrijk, maar dan moet het goed gebeuren. Het gaat er toch niet in de eerste plaats om of je het tijdens de studie gezellig hebt gehad of comfortabel hebt gezeten. In onze universiteit wordt de evaluatie van het medisch onderwijs sinds jaren verzorgd door de Commissie Kwaliteitsbeoordeling Onderwijs, waarvan ik aanvankelijk lid en sinds enige jaren voorzitter ben. De uitkomsten van de enquêtes onder de studenten, die zo accuraat bewerkt worden door de vaste medewerkers van het faculteitsbureau vormen een gouden bron van informatie. De studenten zijn als gebruikers van het onderwijs in staat om feilloos aan te geven welke onderdelen van het onderwijs succesvol zijn en welke voor verbetering vatbaar. Daar kunnen we als docenten alleen maar ons voordeel mee opdoen.

Nu ik het toch over onderwijs heb, ook in de opleiding tot specialist zit veel beweging. Wat een lange weg is het tegenwoordig om neuroloog te worden en hoe moeilijk is het sinds kort ook nog om het te blijven. We moeten nu accreditingspunten gaan verzamelen. Wie had ooit kunnen denken dat we om specialist te blijven een soort Airmiles kaart bij zouden moeten houden? Persoonlijk vind ik dat voor een congres in een land met een subtropisch klimaat geen punten verstrekt hoeven te worden.

Ik word iedere dag opnieuw verrast door de grote inzet van onze arts-assistenten. Ook aan het eind van de opleiding, als de meesten al lang een gezin hebben en ze vaak 7 jaar of meer als assistent hebben doorgebracht, blijven ze onverminderd loyaal. Zo is het een plezier om neurologen op te leiden.

#### *De bijzonder hoogleraar neurovasculaire ziekten*

"Wat nu?", denk ook ik tenslotte. Allereerst ben ik verschillende personen dank verschuldigd die hebben bijgedragen aan het tot stand komen van deze voor mij en mijn

gezin zo'n prachtige dag. Het bestuur van de Erasmus Universiteit en de Faculteit der Geneeskunde en het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam dank ik oprecht voor het instellen van de leerstoel en mijn benoeming als bijzonder hoogleraar Neurovasculaire ziekten. Ik ben door de benoeming zeer vereerd en voel het als een belangrijke taak om aan de benoeming naar mijn beste weten gestalte te geven. Ik verheug me op de verdere samenwerking met andere afdelingen binnen onze universiteit die onderzoek doen naar vaatziekten, zoals de epidemiologie, cardiologie, vaatchirurgie, revalidatie, interne geneeskunde en farmacologie.

De hulp van het hoofd van onze afdeling neurologie, Frans van der Meché, is voor mij steeds zeer stimulerend geweest. Ik zie uit naar onze verdere vriendschappelijke en intensieve samenwerking tijdens de komende jaren. Ik heb van zijn organisatorische kwaliteiten veel geleerd en heb deze kennis goed kunnen gebruiken bij de managementstaken die mij werden toevertrouwd en mij soms brandend maagzuur hebben bezorgd. Overigens zal ik binnenkort een tweedaagse cursus voor management gaan volgen. Dat is bijzonder nuttig, zo vertelde mij iemand die al zo'n cursus heeft gevolgd. Situaties die ik nu nog zou omschrijven als een hopeloos probleem noem je na de cursus een uitdaging, wat aanzienlijk beter klinkt. De staf van onze afdeling dank ik voor het vertrouwen en de loyaliteit die ik tot nu toe steeds genoten heb en de assistenten voor hun inzet, enthousiasme en soms ook humor die het werk verlevendigd heeft. Als neuroloog merk ik nog dagelijks hoeveel ik te danken heb aan mijn stimulerende opleider, Professor Arthur Staal. Ik bewaar ook aan onze gezamenlijke reizen naar de Verenigde Staten bijzondere herinneringen. Wat het wetenschappelijk onderzoek betreft, heb ik het grote voorrecht gehad met illustere collega's te mogen samenwerken. Ik noem hierbij met name Professor Jan van Gijn. Onze samenwerking is nog steeds intensief en zal dat de komende jaren zeker blijven. Graag wil ik op deze plaats de grote verdienste noemen van Dr. Anet van Latum, de rijk getalenteerde onderzoeker, die begin dit jaar op zo'n jonge leeftijd overleed en zonder wie de Europese Atriumfibrillatie Trial nooit zo succesvol zou zijn geworden. Voor mij zeer belangrijk zijn de collega's en medewerkers in Rotterdam met wie het altijd heerlijk is geweest om samen het RSD Team te vormen. Vooral de komst van Dr. Diederik Dippel als staflid heeft onze groep enorm versterkt. De verpleging op onze afdeling dank ik gemeend voor hun grote inzet, die ik al eerder noemde. Ik verheug me zeer op de komende samenwerking, die gezien de op til

zijnde veranderingen intensief zal zijn. Voor de secretariële steun van Erna Rietveld en Hanneke Hilkemeijer ben ik zeer erkentelijk. De studenten dank ik voor hun stimulerende enthousiasme, dat ik tijdens mijn onderwijsactiviteiten steeds onder-vonden heb. Het onderwijs heeft mijn grote belangstelling en ik hoop de komende jaren mijn energie waar mogelijk daaraan te kunnen blijven besteden.

Tot slot dank ik mijn dynamo, vraagbaak en klaagmuur, Adrie. De hoeveelheid werk nam de laatste jaren zo toe, dat ik je steeds meer om hulp vroeg en zodoende je tijd voor een steeds groter deel in beslag nam. Je onmisbaarheid is daarmee volledig geworden. Mijn drie zoons en vrienden, Martin, Stefan en Thomas, jullie dank ik voor de steun en inspiratie die jullie me de afgelopen jaren gegeven hebben. We zijn met ons vijven steeds een team geweest en dat zal altijd zo blijven.

Ik dank u voor uw aandacht.