

Bevlogen oncologisch chirurg Theo Wiggers opgestapt als afdelingshoofd

Verguisd en geprezen

Maarten Evenblij,
journalist

beeld: De Beeldredactie,
Pepijn van den Broeke

Dat hij als arts feilbaar is, geeft Theo Wiggers onmiddellijk toe. Maar de meeste missers in de zorg zijn het gevolg van gebreken in de logistiek en samenwerking, aldus de oncologisch chirurg, die onlangs terugtrad als afdelingshoofd bij UMC Groningen. Hij nam afscheid met een symposium over leiderschap.

‘Eigenlijk is het geen afscheid. Ik ga niet weg, ik ben alleen teruggetreden als afdelingshoofd van de chirurgie. Ik ben als het ware weer werknemer geworden in mijn eigen bedrijf’, zegt Theo Wiggers, hoogleraar Chirurgische Oncologie bij het Universitair Medisch Centrum Groningen. ‘Opgestapt na ruim zes jaar’, is misschien een betere kwalificatie, maar zo zal hij het zelf niet noemen. ‘Ik ben niet het type dat lang hetzelfde blijft doen’, verklaart de chirurg, die zich toch al drie decennia lang concentreert op de behandeling van tumoren in dikke darm en endeldarm. De goede verstaander hoort dan ook Wiggers’ onvrede over de keuzes die het ziekenhuisbestuur vanwege toenemende druk heeft moeten maken.

Het is aan hem als oncologisch chirurg moeilijk uit te leggen dat er binnen de kliniek structureel niet genoeg ruimte is voor kankerpatiënten. Door de grote druk van trauma- en transplantatiepatiënten is er onvoldoende capaciteit voor niet direct spoedeisende ingrepen. ‘Als we de behandeling van oncologische patiënten prioriteit zeggen te geven, moeten we ook structureel ruimte inplannen voor electieve behandelingen en niet steeds weer oncologische operaties uitstellen omdat ok’s of ic’s bezet zijn door spoedgevallen. Je kunt wel een nieuwe oncologische polikliniek openen, maar die moet worden ondersteund met de bijbehorende diagnostiek en noodzakelijke faciliteiten

zoals ok’s en ic-bedden. Bij deze moeilijke afwegingen komen de kankerpatiënten te makkelijk achter in de rij te staan. Dat zijn keuzes waarmee ik het als oncologisch chirurg én als afdelingshoofd erg moeilijk had.’

Andere normen

Theo Wiggers (1948) studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam, verbleef met zijn gezin een paar jaar in Tanzania als alternatief voor het leger, en specialiseerde zich toen hij dertig jaar was in Maastricht tot oncologisch chirurg. ‘Ik heb altijd gezegd dat ik tot mijn dertigste geen keuze zou maken. Daarom ook ben ik naar Tanzania gegaan. Het was een geweldige ervaring, omdat ik er met totaal andere normen in aanraking kwam. Daarvan heb ik nu voordeel, en ook wel last. Bijvoorbeeld als je in Nederland wordt geconfronteerd met het eindeloos doorbehandelen van oude mensen. We gaan hier tot het uiterste, soms zelfs verder.’ Medicijnen koos Wiggers omdat hij hecht aan gesprekken met mensen, chirurgie omdat hij ‘redelijk gouden handen’ heeft, en oncologie mede omdat zijn jongste broer overleed aan kanker toen Wiggers 25 jaar was. ‘Dat draag ik altijd met mij mee, al is het niet op de voorgrond. Soms is dat in mijn werk wel confronterend.’

Wiggers is een ‘mensenmens’, zoals dat heet. Iemand die luistert en negatieve situaties in een positieve richting weet om te buigen. ‘Dat lukt



Theo Wiggers: 'Het zou goed zijn als artsen vaker verkassen. Een frisse blik is stimulerend.'

natuurlijk lang niet altijd. Zeker niet als je op de polikliniek drie, vier slechtnieuwsgesprekken achter elkaar moet voeren. Dat de diagnose kanker is, dat de operatie toch niet het verwachte resultaat heeft opgeleverd, dat een behandeling niet is aangeslagen. Na zo'n ochtend ben ik soms helemaal kapot.'

Autonomie opgeven

Relatief is het aantal slechtnieuwsgesprekken in de colorectale oncologie afgenomen, hoewel het aantal patiënten is gestegen. 'Vijftien jaar geleden was de vijfjaarsoverleving van darmkanker 50 procent, nu overleeft ongeveer twee derde. De behandeling van kankerpatiënten is volledig veranderd. Chirurgen die het hebben

over "mijn patiënt", hebben het niet begrepen. De patiënt is niet meer van één dokter. Het is niet meer zo dat een chirurg standaard een chirurgische aanpak voorstelt, een internist medicijnen of een radiotherapeut een bestraling. Een team van deskundigen buigt zich nu over patiënten en je kunt je gelukkig prijzen dat je als chirurg je bijdrage aan hun genezing mag leveren. Chirurgen hebben daarmee een deel van hun autonomie moeten opgeven, dat is een lastig proces. Een chirurg zal ook niet zeggen: vertel maar waar ik moet snijden, want daarin ben ik goed. Hij of zij moet zich de diagnose en de ziektegeschiedenis van de patiënt eigen maken. Dat kan van belang blijken tijdens de operatie voor hoe ver je de grenzen kunt



opzoeken. Je moet je realiseren dat wat je als chirurg doet, consequenties heeft voor het verdere behandelplan van de patiënt.’

Revolutie

Dat Wiggers tijdens zijn promotie uitkwam bij de dikke darm, is toeval. Er liep in Maastricht een klinische studie naar de voordelen van het afbinden van de bloedvaten voorafgaand aan chirurgische interventies bij een darmtumor. Dit om levermetastase te voorkomen. Er was behoefte aan een coördinator, Wiggers was de aangewezen man.

De darmen hebben hem nooit meer losgelaten. Niet tijdens zijn aanstelling vanaf 1984 bij de Daniël den Hoedkliniek in Rotterdam en ook niet toen hij zestien jaar later hoogleraar werd in Groningen. ‘Toen ik in Rotterdam bij de Daniël den Hoed kwam, was ik de tweede chirurg. We verdeelden het werk. Het was logisch dat ik de darmen zou doen, maar ik deed ook veel in het hoofd-halsgebied. Er kon veel, we gingen zelfs zonder ervaring leverchirurgie in een oncologisch ziekenhuis doen. Dat zou nu ondenkbaar zijn.’

Wiggers was in Rotterdam betrokken bij een grote nationale klinische studie onder 1600 patiënten met tumoren in het rectum, die werden behandeld volgens een nieuwe techniek. ‘Dat heeft een revolutie teweeggebracht. Omdat je in het bekkengebied weinig ruimte hebt, tilden we de darmen er altijd uit. De neiging was ze eruit te trekken. Tot iemand bedacht dat daardoor tumorcellen zich in het bekkengebied konden verspreiden. Toen is radicaal gekozen voor “opereren onder zicht”: zo min mogelijk manipuleren en de weefselvlakken volgen. Dat heeft het aantal lokale recidieven enorm gereduceerd. Nederland en Zweden zijn daarin absolute voorlopers geweest. Ik heb het geluk gehad dat ik daaraan heb kunnen meedoen, meedenken en meeontwerpen.’

Ook de verbetering van de (beeldvormende) technieken heeft enorm bijgedragen aan een betere overleving van patiënten met kanker. En het einde daarvan is nog niet in zicht, meent Wiggers. ‘Ik verwacht heel veel van de nieuwste techniek: de moleculaire beeldvorming. Met bijvoorbeeld fluorescerende stoffen die zich specifiek hechten aan tumorweefsel kunnen

dan klompjes tumorcellen zichtbaar worden gemaakt. Zo valt tijdens de operatie veel nauwkeuriger de grens tussen tumorweefsel en gezond weefsel vast te stellen.’

Beschuldigingen

Wiggers geldt als een deskundig oncologisch chirurg. In 2007 stond hij in de top drie van chirurgen naar wie collega’s hun patiënten zouden verwijzen. Maar wie de chirurg googelt, komt ook terecht bij stukken over tuchtrecht en beschuldigingen van wanprestatie, leugenachtigheid en zelfs moord op een patiënt. Wiggers zou een vrouw met darmkanker niet snel genoeg hebben behandeld omdat hij op vakantie ging, aldus de echtgenoot van de overleden vrouw, die inmiddels ook zelf is overleden. De zaak stamt van ruim een decennium geleden en de klachten werden diverse keren ongegrond verklaard door het Medisch Tuchtcollege.

Zijn ervaring hiermee was één van de redenen voor Wiggers om mee te werken aan een boek over tuchtrechtspraak voor chirurgen van 1996 tot 2007. ‘Het is voor de beroepsgroep enorm relevant te kijken of je op basis van analyses van klachten de professie kunt helpen en verbeteren. Klachten zijn een deel van het professionele leven. Er wordt meer geklaagd dan vroeger. Voor een deel terecht, deels ook niet. De man die over mij klaagde, was een kwestie van *bad luck*. Het ging zo hard en onbeschoft. Er is zelfs bewaking in het ziekenhuis geweest. Ik ben er nooit onzeker door geworden, wel vond ik het ontzettend triest voor de patiënten die naar mij waren verwezen als een *last resort* voor hun dikkedarmkanker. Dan googelen ze mij en vragen: dokter ben ik hier wel aan een vertrouwd adres?’ ‘Ook als privépersoon heeft de affaire mij geraakt. Het is niet leuk als je kinderen via klasgenoten te horen krijgen dat hun vader wordt afgeschilderd als een beul. Men moest eens weten... Geen enkele chirurg werkt zonder complicaties. Maar je moet daarvan wel leren. Ik vind dat we in Groningen een goed systeem hebben voor het melden van incidenten en complicaties. Fouten moet je bespreekbaar maken, ook als voorbeeld voor de jongeren. Als ze je horen erkennen “dat het beter had gekund”, help je hen in hun professionele ontwikkeling.’

Het goede voorbeeld

Wiggers’ afscheid als afdelingshoofd chirurgie werd in juni gevierd met een symposium over leiderschap in de zorg met de titel *To lead people, walk behind them*. Leiderschap wordt in de zorg ondergewaardeerd, vindt Wiggers. ‘Men gaat dikwijls niet goed om met verantwoordelijk-

‘Bestuurders lopen veel te weinig mee op de SEH’

heden. Als je iemand de verantwoordelijkheid voor een bepaalde taak geeft, moet die persoon daarvoor ook de ruimte krijgen en de gegeven verantwoordelijkheid nemen. Dat geldt in het bijzonder voor activiteiten die door afdelingen, divisies en maatschappen heen lopen. Zoals patiëntveiligheid, kwaliteitsverbetering van de zorg, onderwijs, opleiding, onderzoek. Dat moet niet worden afgeschoven naar de jongste bediende, die vervolgens niets voor elkaar krijgt omdat de andere medisch specialisten zich niets laten zeggen. Zo iemand moet het dan ook echt voor het zeggen hebben en beslissingen kunnen nemen. Ik heb leiderschap be-

leefd als er altijd zijn voor je mensen, zelf het goede voorbeeld geven en goed naar de mensen kijken en luisteren. Meelopen op de ok, een nacht op de SEH. Dat gebeurt veel te weinig door bestuurders!’

Vaker verkassen

Daarnaast denkt Wiggers dat de gezondheidszorg in Nederland zou verbeteren als dokters minder honkvast waren. ‘Veel collega’s van mijn generatie vragen aan elkaar: “hoe lang moet jij nog?” en niet “wat kan ik nog doen?”’. Er zitten veel mensen in het vak die het over “vroeger” hebben en dan ook nog in de zin dat het toen beter was. Dat vind ik onverdraaglijk, en een enorme belemmering voor een betere patiëntenzorg. Het zou goed zijn als artsen, ook later in hun carrière, vaker verkassen. Liefst meer dan één keer. Een frisse blik is stimulerend. Het maakt het werk ook leuker. Het is goed voor de professionaliteit als mensen hun expertise op een andere plek kunnen inzetten en van nabij ervaren hoe anderen het doen. Die mobiliteit zou meer moeten worden gestimuleerd.’

Zelf staat Wiggers, nu hij 61 jaar is, op het punt een droom te verwezenlijken: een bijdrage leveren aan het opzetten van een nieuw, privaat gefinancierd, kankerziekenhuis. Daarvan wordt in 2010 de eerste paal geslagen in Boxmeer (zie blz. 1425). ‘Voor mij is het een ideaal: een ziekenhuis dat echt functioneert vanuit het perspectief van de patiënt. Waar niet de maatschappen en afdelingen dominant zijn, maar de continuïteit in de diagnostiek, ziektebehandeling en psychosociale begeleiding van patiënten. Veel in de huidige zorg gaat niet mis vanwege technisch medisch falen, maar door gebreken in de logistiek, de bejegening en de samenwerking. Dat kan anders.’ 

veldwerk

Een grote uitdaging

Er zijn gevorderde plannen om alle zorg voor kinderen met kanker in Nederland in één centrum onder te brengen. De voordelen zijn duidelijk: alle kennis gebundeld, experts onder één dak, geprotocolleerde behandeling. De meeste ouders zullen het nadeel van de langere reistijd graag ervoor overhebben, denk ik.

De grootste uitdaging voor dit centrum ligt dan ook niet in het overtuigen van de wenselijkheid hiervan bij de betrokken patiënten en hun ouders, maar veel meer in de organisatie van dit centrum. Het zal nog wel wat voeten in de aarde hebben voordat alle Nederlandse kinderoncologen op één centrale plek in het land willen werken. Los hiervan dringen zich vragen op als: wie gaat er voor de medische zorg de scepter zwaaien? Wie wordt de baas? Gaan we dat typisch Nederlands oplossen met elke bloedgroep (lees: UMC) een beetje zeggenschap of wordt het Amerikaans-concurrerend? Onder welk UMC gaat dit centrum ressorteren, welk UMC gaat met de wetenschappelijke eer strijken van het ongetwijfeld prachtige onderzoek dat in dit centrum gaat plaatsvinden? Het huidige systeem werkt in de hand dat elk UMC (en elke kinderoncologische afdeling) zelf zoveel mogelijk publicaties wil scoren – zodoende worden tegenstellingen tussen UMC's meer uitvergroot dan dat samenwerking wordt bevorderd. Alleen al daarom is dit een interessante testcase. Als we pech hebben, wordt het een centrum waar onderlinge tegenstellingen leiden tot veel geklaag en een verziekte sfeer. Dat zou afschuwelijk zijn. Ik hoop van harte dat het lukt om er één succesvol nationaal kinderankercentrum van te maken, zonder dat elk deelnemend UMC het onderste uit de wetenschappelijke kan wil. Ons land is te klein voor acht centra die ieder voor zich tot de beste in Europa kunnen behoren. Dat lukt alleen als er wordt samengewerkt.

Paul Brand,
kinderarts