

twee werelden

Zorg op maat?

Ivan Wolffers is arts, wetenschapper en schrijver. Zijn ziekte, prostaatkanker, heeft zijn werk- en levenslust niet getemperd, wel zijn inzicht vergroot in de relatie tussen arts en patiënt: een wereld van verschil.

beeld: De Beeldredactie,
Erik van 't Woud



Mijn PSA bleek 64 te zijn. De bicalutamide die ik al jarenlang gebruik, is duidelijk uitgewerkt. Een getal is maar een getal, maar die PSA zit in principe alleen maar in je bloed als er kancercellen zijn. Hoe hoger de PSA, des te meer van die jongens enthousiast feestvieren op mijn kosten. Het betekent de volgende stap in mijn behandeling. 'Eerst maar weer een afspraak voor een scan maken', zegt mijn uroloog. Niet veel later word ik daarover gebeld. Een vriendelijke vrouw wil mijn lengte en gewicht weten. Lengte 185 centimeter, gewicht 82 kilo. 'Klopt dat wel', wil ze weten. IJdel als ik ben maak mezelf wijs dat ze dat vraagt omdat ze niet kan geloven dat ik niet zwaarder ben. 'We moeten dat weten voor het aanmaken van de juiste hoeveelheid intraveneuze vloeistof.'

Een arts die normaal in Genève werkt, en bij mij op bezoek is, luistert mee als ik dit telefoongesprek voer. Ik leg hem snel even uit waar het om gaat. 'Wanneer heb je die scan?' vraagt hij. 'Over twee weken. Het ziekenhuis moet eerst een aantal mensen met prostaatkanker sparen die een scan ondergaan, want dat maakt de aanmaak van het radioactieve materiaal goedkoper.' 'In Zwitserland kan het dezelfde dag', antwoordt hij. 'Dat is toch wel het minste wat je voor mensen met kanker kunt doen. Je

hoeft ze toch niet een paar weken in spanning te laten?' 'In Zwitserland is de zorg ook wel een stuk duurder', merk ik op. In onbegrip haalt hij zijn schouders op.

'En wat gaat er na die scan gebeuren?', wil hij weten. Eigenlijk moet ik nu aan de buikprik, vertel ik, maar ik heb daar zo'n hekel aan. Het beïnvloedt de kwaliteit van leven. Daarom heb ik andere mogelijkheden onderzocht. Er is onderzoek dat laat zien dat een nieuw medicijn – codenaam MDV3200 – nog werkt als je het hele pad van medicinale hormonale onderdrukking al hebt gehad en eigenlijk aan de chemo toe bent. De mannen in dat onderzoek hadden de buikprik al gehad, maar waarom zou ik het medicijn niet daarvóór kunnen krijgen? Dan zal het toch ook wel werken.

Mijn uroloog voelt er wel iets voor om te kijken of het kwaadaardige proces in mijn situatie ook

geremd kan worden met dat nieuwe product. Maar hoe komen we eraan? Het is alleen beschikbaar voor mensen die echt helemaal uitbehandeld zijn. 'Maar wat als er al te veel uitzaaiingen zijn om daar nog mee te experimenteren?', vraagt de arts uit Zwitserland. Nu is het mijn beurt om mijn schouders op te halen.

Toevallig lees ik een dag later, als ik mijn dagelijkse rondje medisch nieuws maak, een artikel over pauzes in de buikprikbehandeling. Onderbroken behandeling zou even effectief zijn als voortdurende behandeling en zou de bijwerkingen aanzienlijk verminderen. Het onderzoek is echter gedaan bij mensen met gelokaliseerde prostaatkanker. Over de effecten bij mannen met uitgezaaide prostaatkanker is niets bekend. Zou ik dat kunnen proberen? In het artikel staat dat als de PSA boven de 10 uitkwam, de buikprik weer aan de beurt was. Met weemoed denk ik even terug aan de tijd dat mijn PSA onder de 10 was en ik nog geen maatwerk nodig had. Dat is alweer jaren geleden. Ik weet niet of het een voordeel of een nadeel is dat ik arts ben en mezelf er niet van kan weerhouden om mee te denken over wat voor mij het beste is.

Met weemoed denk ik terug aan de tijd dat mijn PSA onder de 10 was

/columns