

'IK ONDERVIND NU AAN DEN LIJVE HOE VERKOKERD DIE WERELD IS'

# Op ontdekkingsreis door de zorg

Patiënten emanciperen en dokters bescheidener maken.

Dat is in het kort wat schrijver en arts Ivan Wolffers probeert met zijn vele publicaties, waaronder een maandelijkse column in Medisch Contact. 31 januari verschijnt van deze columns een prachtige bundeling. Op dezelfde dag neemt hij afscheid als hoogleraar aan de VU.

**A**ls Ivan Wolffers over zijn ziekte – uitgezaaide prostaatkanker – praat, is dat opgeruimd en luchtig. Geen spoor van zelfbeklag; het leven gaat door. 'Ik noem het eigenlijk niet eens een ziekte, want ik ben toch niet ziek?', zegt hij met een gebaar naar zijn vitaal ogende lichaam. 'Ik maak wel gebruik van de zorg, maar ik kan mijn eigen keuzes maken en ik ben niet afhankelijk.'

Liever dan als drama, beschouwt hij zijn kennismaking met de geneeskunde 'vanaf de andere kant' als een interessante ontdekkingsreis. 'Mijn hele leven schrijf ik al over de geneeskunde en ik heb er ook even in gewerkt. Maar elf jaar geleden, na mijn diagnose, kwam ik pas echt in die wereld terecht. En dat opent je ogen, net als wanneer je voor het eerst naar Amerika gaat. De gele taxi's, de

mannen op straat met bruine papieren zakjes; je kent het allemaal en toch is het allemaal heel anders dan je dacht. Dus ik kijk verwonderd rond. Het is een soort antropologie.'

## Het grotere plaatje

Dat Wolffers – onder veel andere dingen – ook antropoloog is (zie *kader*), is aan zijn huis af te zien. De gezellig rommelige villa in het Gooi staat, hangt en ligt vol met maskers en ander houtsnijwerk uit alle delen van de wereld, met Oosterse kleden en kastjes. En waar geen exotische artefacten staan, staan fotolijstjes of liggen stapels tijdschriften en boeken. Tijdens zijn ontdekkingsstocht als patiënt heeft Wolffers ervaren dat veel in de zorg 'enorm goed' is. 'Maar ik ondervind nu ook aan den lijve hoe verkokerd die wereld is. Dat heb ik duizend keer

gehoord, maar als je er echt kennis mee maakt, is het toch verbazingwekkend hoe weinig interne communicatie er is.'

De patiënt heeft er een hele kluif aan om in die gefragmenteerde wereld zijn weg te vinden, weet Wolffers. En daar komt bij dat de meeste artsen slechts naar een klein stukje van de patiënt kijken. 'Ik heb een fantastische uroloog. Hij neemt de tijd voor me, we praten over van alles. Maar zijn focus is toch: hoe gaat het met Ivans PSA en metastases? Daarop baseert hij zijn beslissingen. Ondertussen gaat door de medicijnen die hij me voorschrijft mijn bloeddruk omhoog. Je wordt er dikker en beslist futlozer van, je spierweefsel verslapt. Nu kun je die nare bijeffecten bestrijden door goed in beweging te blijven en, als de PSA het toelaat, pauzes in het medicijngebruik in te lassen. Maar daar zal mijn uroloog niet zelf over beginnen. Terwijl die dingen wel heel bepalend zijn voor mijn kwaliteit van leven en zelfvertrouwen. En dan denk ik: dat is toch het grotere plaatje? Dat zou in de spreekkamer moeten meetellen.'

## Beterweterig beroep

Wolffers heeft altijd al een bijzondere verhouding met de medische wereld gehad. Hij koos voor een studie geneeskunde, maar nog voor hij zijn bul haalde, had hij de gevestigde orde in de gordijnen gejaagd. 'Een paar medestudenten en ik



schreven een artikel in Medisch Contact over waarom het eigenlijk niet leuk was om arts te worden; zo'n beteroeterig beroep met zo weinig aandacht voor de werkelijk belangen en vragen van patiënten.' Met een lach: 'Nou, dat was natuurlijk tegen het zere been.' Een paar jaar later wekte Wolffers, inmiddels beginnend huisarts, opnieuw wrovel met een column in de Volkskrant, waarin hij de lezers vertelde wat de pillen die ze slikten werkelijk met hen deden. 'In die tijd werden de bijsluiters nog uit

de doosjes gehaald, want die moesten patiënten vooral niet lezen. Dus volgens dokters van de oude stempel zaagde ik met die column de poten onder hun stoel vandaan. Al hun autoriteit zouden ze verliezen. Waarop ik dacht: dat is precies de bedoeling. Waarom moet er een gat zitten tussen wat artsen weten en wat de gebruikers van de zorg weten? Zo moeilijk is het allemaal niet. We zouden veel gelijkwaardiger met patiënten moeten communiceren.'

#### Opvoeder

De column in de Volkskrant mondde eind jaren zeventig uit in het standaardwerk *Medicijnen*, waarvan later nog vele updates volgden. Wolffers stopte als huisarts en wijdde al zijn tijd aan zijn nieuwe missie: arts en patiënt dicht bij elkaar brengen. Toch ziet hij zichzelf liever niet als 'opvoeder'. 'Ik vind het vervelend als mensen zeggen dat ik beleerend schrijf,

een schoolmeester ben. Ik probeer dat niet te zijn. Of mensen mijn boodschap oppakken of niet, is hun eigen keuze. Maar goed, ik ben natuurlijk wel zeer betrokken bij het onderwerp en sterk overtuigd van bepaalde zaken.' Wolffers somt een paar van deze 'zaken' op: 'Als ik schrijf dat we iets verkeerd doen als we ongedocumenteerde migranten zorg onthouden, dan heb ik daar geen enkele twijfel over. En als artsen tegen mij zeggen dat de allochtonen in hun praktijk maar Nederlands moeten leren, dan denk ik: jij zit in het verkeerde vak. Het is namelijk volkomen irrelevant of ze jouw taal spreken of niet; jij moet een manier vinden om je werk goed te doen, taalbarrière of niet. En ook in de relatie tot de farmaceutische industrie laten artsen in mijn ogen steken vallen. Dat bedrijven geld willen verdienen – desnoods aan medicijnen met een ongunstige balans tussen voor- en

'Ik zaagde de  
poten onder hun  
stoel vandaan'

nadelen – is een gegeven. Dokters moeten hun patiënten daartegen beschermen en daar zouden sommigen veel actiever in kunnen zijn.’

### Alternatief

Andersom krijgt Wolffers ook kritiek vanuit de medische wereld. Hij zou veel te tolerant zijn voor alternatieve geneeswijzen en daardoor aanmoedigen dat patiënten worden bedonderd. Wolffers knikt berustend als hem hiernaar wordt gevraagd. Ja ja, hij kent de kritiek. En hij is niet onder de indruk. ‘We hebben

vrijheid van geloof in ons land, dus dan mogen mensen ook geloven dat ze beter af zijn met lievevrouwebedstro dan met een antidepressivum. Dat geloof hoef je hen niet af te nemen. Als arts moet je natuurlijk wel staan voor de evidence-based geneeskunde waarin je bent opgeleid; jij biedt geen handoplegging, maar een wetenschappelijk verantwoord oordeel over wat de beste behandeling is. Zo hoort dat. Maar dat wil niet zeggen dat je al het andere moet verbieden. Je bent niet van de medische inquisitie.’ Dokters die alle vormen van aanvullende

## ‘Ik ben niet van de medische inquisitie’

geneeskunde radicaal afwijzen, zoals de leden van de Vereniging tegen de Kwakzalverij (VtdK), erkennen volgens Wolffers niet dat er nog veel ‘drabbige gebieden’ zijn waar de wetenschap de weg nog niet weet. ‘Er zitten grote gaten in onze kennis. Die proberen we op te vullen en dat is goed. Maar laten we ondertussen niet te veel pretenties hebben. Veel dingen die artsen voorschrijven werken bijvoorbeeld gewoon niet. Als je een antidepressivum geeft aan iemand met een milde depressie, is dat ook geen echte geneeskunde. Beweging en gesprekken zijn zeker zo effectief en hebben geen bijwerkingen. Dus waarom geven we dan toch die pillen? Daar zouden de antikwakzalvers zich eens druk over moeten maken.’

De VtdK gaat er ook aan voorbij dat meerdere waarheidssystemen in onze hersenen naast elkaar bestaan, vervolgt Wolffers. ‘We geloven allemaal verschillende dingen tegelijkertijd. Als we verkouden zijn, geloven we dat dat door een virus komt, maar tegelijkertijd denken we dat we te lang buiten hebben staan praten zonder jas aan. Onzin, maar we geloven dat wel. En we denken ook dat het sneller weer overgaat als we gezond eten. Is ook niet waar.’

Wolffers vertelt over zijn onderzoek in Sri Lanka, waar de evidencebased en traditionele geneeskunde naast elkaar bestaan. ‘Mensen gaan naar het ziekenhuis, maar als ze klachten houden, bezoeken ze ook de traditionele genezer. Logisch. Ze willen iets proberen, ze gaan shoppen. En hoe slechter je als geneeskunde functioneert in je communicatie en arrogantie, hoe groter de kans is dat mensen gaan shoppen en jou mijden. Zo simpel is het.’



### IVAN WOLFFERS

Ivan Wolffers (1948) studeerde geneeskunde in Utrecht en werkte korte tijd als huisarts. In 1976 debuteerde hij als schrijver met columns over geneesmiddelen in de Volkskrant. Dit resulteerde een jaar later in het standaardwerk *Medicijnen*, waarvan de laatste editie verscheen in 2010.

In 1987 promoveerde Wolffers bij de vakgroep antropologie in Leiden op een onderzoek naar veranderende medische tradities in Sri Lanka. Twee jaar later werd hij hoogleraar gezondheidszorg en cultuur aan de VU in Amsterdam. Per 31 januari 2014 is hij met emeritaat.

Als fictieschrijver publiceerde Wolffers diverse verhalenbundels, romans en kinderboeken. Op zijn eigen website ([ivanwolffers.nl](http://ivanwolffers.nl)) houdt hij een blog bij over zijn ervaringen als kankerpatiënt, op [Joop.nl](http://Joop.nl) schrijft hij een dagelijkse column over gezondheid en op Twitter deelt hij dagelijks de laatste resultaten van medisch wetenschappelijk onderzoek. In de maandelijkse column die Wolffers sinds 2010 schrijft voor Medisch Contact zoomt hij in op de relatie tussen arts en patiënt. Ivan Wolffers is getrouwd met schrijver en filmmaker Marion Bloem. Ze hebben een zoon en twee kleindochters.

# PRAKTIJKPERIKEL

## OMWEG

### Milde toon

Zijn kritische houding in aanmerking genomen, is de toon van Wolffers' columns en blogs opvallend mild. Bij hem geen bijtend cynisme of persoonlijke aanvallen. 'Ik heb een hekel aan dat "punten scoren", omdat het zo'n typisch academische gewoonte is. Wat ik heb geleerd bij het schrijven is dat je datgene wat je echt wilt zeggen, goed in de gaten moet houden en nooit moet noemen. Een boodschap blijft beter hangen als de lezer zelf de ontdekking doet. Daarom hebben mijn teksten altijd iets ambivalents. Je voelt wel dat ik iets wil en tegelijkertijd krijg je het niet helemaal.'

Bovendien, zegt Wolffers, begrijpt hij doorgaans wel waarom artsen doen wat ze doen, ook al is dat niet altijd het beste voor de patiënt. 'Ik snap dat een dokter te weinig tijd heeft om alles uit te zoeken over medicatie. En als er net iemand langs is geweest van de industrie met een overtuigend verhaal, denk je: misschien is het toch beter om dat middel voor te schrijven in plaats van paracetamol. Ik snap hoe dat werkt. In je eentje kun je het systeem niet veranderen.'

Zelf nam hij zich, toen hij in de jaren zeventig begon te praktiseren, bijvoorbeeld voor om nooit valium of andere benzodiazepinen voor te schrijven. 'Die hebben hoogstens drie weken effect, dus waarom zou je mensen daar verslaafd aan laten raken? Je moet iets met hun stress doen. Maar ja, sommige patiënten waren gewend dat middel te krijgen en ik wilde niet arrogant doen, dus het eindigde er vaak mee dat ik toch maar toegaf. Mede daarom ben ik gaan schrijven; om dit soort dingen breder onder de aandacht te brengen en er met elkaar over te praten. Want samen kun je de geneeskundepraktijk wel degelijk verbeteren. En dat gebeurt gelukkig ook. Geleidelijk aan komt er beweging in. Als ik daar een steentje aan heb bijgedragen, ben ik tevreden.' ■

Mijn patiënt heeft een orgaantransplantatie ondergaan en is daarvoor onder behandeling in het UMC Groningen – toch al snel 1,5 uur rijden. Op een ochtend moet ik een spoedvisite doen na een collaps. Het blijkt dat patiënt de laatste weken geleidelijk achteruit is gegaan. Hij is om bijkomende redenen steeds minder actief geworden en in zijn conditie betekent dat meteen ook forse lichamelijke achteruitgang. Daarbij is zijn mantelzorger inmiddels zwaar overbelast. Na uitgebreid met hen gesproken te hebben komen we samen tot de conclusie dat een reactiverende behandeling, liefst intramuraal zowel voor de man als voor zijn mantelzorger de beste oplossing is. Gezien de snelle achteruitgang en de problematische thuissituatie is hier ook haast bij.

Ik overleg met het revalidatiecentrum. Dat is op een half uurtje rijden en heeft een behandeltraject dat goed aansluit bij de problematiek van meneer. Helaas is daar pas over een paar weken plek. Gezien de conditie van mijn patiënt kunnen we daar niet op wachten.

De andere mogelijkheid is het verpleeghuis, op 10 minuten rijden van patiënt, met een goed aangeschreven revalidatieafdeling. Ik overleg met de verpleeghuisarts. Zij hebben plek en zien goede mogelijkheden om de man te helpen. Patiënt kan zo nodig dezelfde dag nog wel komen, maar dan moet wel even de vergoeding door de verzekeraar worden nagevraagd.

Ik overleg met de verzekeraar. Vier medewerkers en enkele uren later blijkt dat revalidatie in het betreffende verpleeghuis alleen wordt vergoed als de patiënt vanuit een opname door een specialist wordt geïndiceerd voor geriatrische revalidatie. Dit kan niet worden vervangen door telefonisch overleg met zijn behandelend artsen in het UCM Groningen. Het argument dat dat betekent dat mijn patiënt per ambulance 1,5 uur naar Groningen moet rijden, om daar een dagopname te krijgen en te worden gezien door artsen die na allerlei aanvullend onderzoek dezelfde conclusie zullen trekken, en hem vervolgens weer 1,5 uur in een ambulance naar het verpleeghuis op 10 minuten van zijn huis zullen laten rijden, overtuigt de verzekeraar niet. Naast de enorme belasting voor zorgmedewerkers en de kosten die dit met zich meebrengt, vind ik het ook een te zware belasting voor mijn in slechte conditie verkerende patiënt.

Ik overleg met de regionale geriater en deze is bereid de man te zien. We kunnen regelen dat patiënt de volgende dag in dagopname wordt gezien in het ziekenhuis op 20 minuten rijden – met de ambulance. De geriater doet uiteraard toch zijn eigen onderzoek, heeft geen nieuwe bevindingen en patiënt kan vanuit het ziekenhuis vervolgens toch nog – weer met de ambulance – naar het verpleeghuis.

Enkele weken later is de mantelzorger een beetje op adem gekomen en is de man gelukkig zodanig hersteld dat hij op korte termijn weer naar huis kan. Met dank aan de zorgverzekeraar.

Heeft u ook een perikel?  
Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)