

Voorwoord

Een chirurg en een psychiater: de verschillen zijn enorm, zo op het eerste gezicht. Een jonge chirurg en een jonge psychiater bundelden hun praktijkperikelen in dit boek: *Hart en Ziel, een chirurg en een psychiater over hun enerverende vak*. Toen ze mij benaderden of ik als algemeen voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten het voorwoord wilde schrijven, zei ik direct ja. De psychiater is een beschouwer, de chirurg een snijder, twee uitersten van het medische spectrum. De vraag fascineerde mij wat deze twee ogenschijnlijke tegenpolen drijft om samen een boek uit te geven.

Ze hebben in ieder geval met elkaar gemeen dat het de meest tot de verbeelding sprekende medisch specialisten zijn sinds mensenheugenis. Hoeveel spannende films zijn er wel niet over hen gemaakt? Denk maar aan *Coma* met Michael Douglas als chirurg die in het geheim organen bij gezonde patiënten wegsnijdt en verhandelt voor veel geld. Of aan de klassieker *Silence of the lambs* met een glansrol voor Anthony Hopkins als psychiater alias seriemoordenaar die een beklemmend psychologisch spel speelt met agente Jodie Foster.

Ik vroeg een chirurg en een psychiater: hoe kijken jullie hier tegenaan? Ze vertelden mij dat beide vakken heftig zijn: er is echt wat aan de hand met de patiënten die wij zien. Alhoewel we ogenschijnlijk tegenpolen zijn, komen we elkaar regelmatig tegen, bijvoorbeeld als mensen door een psychose een ongeluk krijgen of een zelfmoordpoging doen en daardoor ernstig gewond raken.

Beiden twijfelden of ze chirurg of psychiater wilden worden: het snijden in de ziel en het snijden in het lichaam sprak hen evenveel aan. De chirurg gaat meer voor het snelle succes: je verandert iets in de werkelijkheid met een operatie. In de



psychiatrie is snel succes boeken zeldzamer: je hebt te maken met patiënten met vaak langdurige aandoeningen. De vraag is dan: neem ik liever de ziel of liever het lichaam onder de arm? Een lastige afweging, lijkt me.

Wat ik in ieder geval zeker weet: de chirurg en de psychiater, twee iconen van de geneeskunde, voeren beiden met hart en ziel hun vak uit. Lees de columns van Remco Dijkstra en Martijn Möllers er maar op na. Ik wens u veel leesplezier!

FRANK DE GRAVE
Algemeen voorzitter Federatie Medisch Specialisten



Het brein is net als het heelaal een mysterie

– REMCO –

Wanneer werd bij mij de fascinatie voor het vak van psychiater gewekt? Ik denk in 2002, toen ik tweedejaars geneeskundestudent in Groningen was. Samen met vrienden keek ik de film *A Beautiful Mind*. Over het leven van de geniale, maar ook sociaal wat onhandige, Amerikaanse wiskundige John Nash.

Tijdens de Koude Oorlog was Nash een belangrijke informant van het Pentagon, die verborgen boodschappen in tijdschriften en kranten wist te ontwaren. Althans, dat dacht hij. Nash beseftte geen moment dat zijn brein ernstig ontregeld was en bij hem een bizarre, paranoïde schijnwereld creëerde. Genialiteit vervormde tot gekte en het onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid vervaagde volledig. Hij leed aan wanen (valse overtuigingen) en hallucinaties (het horen van stemmen en dingen zien die er niet zijn); symptomen van schizofrenie. Omdat Nash absoluut niet het idee had dat zijn geest in de war was, weigerde hij alle hulp. Het liep uiteindelijk behoorlijk uit de hand en hij werd gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Zijn gezinsleven en indrukwekkende wetenschappelijke carrière raakten in het slop.

Ik ervoer bij het zien van de film zelf ook een beetje wat een psychose is. Het was mij destijds volstrekt onduidelijk of de gebeurtenissen die Nash meemaakte echt waren, of zich alleen in zijn hoofd afspeelden. Vreemd en heel bijzonder.

Hoewel schizofrenie een verschrikkelijke en ontluisterende aandoening is, riep het tegelijkertijd bijzonder interessante vragen op. Wat gaat er mis in de hersenen van mensen die lijden aan een psychotische stoornis? Wat zijn de oorzaken? Hoe behandel je een patiënt met schizofrenie?

Ik besloot toen dat ik per se psychiater wilde worden. Het medisch specialisme dat zich intensief bezighoudt met ziekten

van de meest intrigerende en complexe weefselstructuur in ons lichaam: de hersenen. In dit orgaan zetelt het bewustzijn, zijn de onderdelen gelegen die het mogelijk maken een taal te leren, en liggen al onze herinneringen opgeslagen. Het brein is de bron van het complete palet aan gevoelens, het stuur van de rest van het lichaam, de vormgever van onze verliefdheden en de bedenker van onze persoonlijke filosofieën over de wereld. Zijn Wij ons brein? Nee, Wij zijn meer. Wanneer onze hersenen gezond zijn, floreren wij. Maar als er verstoringen optreden in die grijze massa, dreigen we te gronde te gaan.

Ongeveer een op de honderd mensen lijdt aan schizofrenie. Dé oorzaak bestaat niet. Schizofrenie ontwikkelt zich door een combinatie van factoren: genetische belasting, complicaties tijdens de zwangerschap van moeder of de bevalling, ingrijpende levensgebeurtenissen en bijvoorbeeld drugsgebruik. Met antipsychotische medicatie en ondersteunende begeleiding bestrijden we de wanen en hallucinaties.

En wat er precies aan de hand is in het brein? Op deze prangende vraag heb ik geen duidelijk antwoord gekregen. Ben ik teleurgesteld? Nee, integendeel. Het feit dat het brein een groot mysterie is, zorgt ervoor dat ik mateloos geboeid blijf in mijn vak.

Aan patiënten leg ik altijd uit dat we zeker wel iets over de werking van de hersenen weten en ideeën hebben over waar de 'schroefjes los zitten', maar net als het immense heelal begrijpen we slechts een fractie van onze grijze massa en is het eigenlijk allemaal niet goed te bevatten. Neurowetenschappers speuren driftig en boeken kleine succesjes, maar of we er ooit écht achter zullen komen? Misschien blijkt het net zo'n zinloze zoektocht te zijn als die van Nash, toen hij psychotisch was. Was? Ja, want uiteindelijk kreeg hij in 1994 zelfs een Nobelprijs voor de Economie uitgereikt, vanwege zijn briljante bijdrage aan de speltheorie. Gekte en genialiteit lopen soms naadloos in elkaar over.

Reanimatie: bezint eer ge begint

– MARTIJN –

Als fervent wielrenner verheug ik me regelmatig op het rijden van een mooie toertocht.

De voorpret begint vaak al dagen van tevoren. Samen met mijn fietsmaten verkennen we digitaal het parcours, poets ik de fiets en smeer de ketting nog eens goed. Erg belangrijk voor een mooiweertfietser als ik, is het raadplegen van buienradar. Op basis daarvan bepalen we of we een regenjack mee moeten nemen of niet. Toch blijkt ook buienradar niet altijd honderd procent betrouwbaar. Op basis van radarbeelden en computermodellen wordt door meteorologen een verwacht weerpatroon getoond, maar zekerheid biedt dit niet. Een nat pak is dus niet altijd te voorkomen.

Zo is het feitelijk ook met een ziekenhuisopname. Op basis van de diagnose en ingestelde behandeling kan bij een opname wel enigszins worden voorspeld hoe die zal verlopen. Toch komt het ook in het ziekenhuis voor dat er zich een onverwachte gebeurtenis voordoet, zoals een complicatie, verergering van de ziekte of een bijkomende ziekte.

Het is dan ook aan ons als artsen om patiënten hier bij aanvang van de behandeling uitgebreid over te informeren. In het ziekenhuis zullen we er alles aan doen om onverwachte gebeurtenissen zo veel mogelijk te voorkomen. Toch kan het gebeuren dat er noodsituaties ontstaan waarin acuut ingrijpen nodig is. Zeker nu er steeds meer kwetsbare oudere mensen, met vaak meerdere aandoeningen onder de leden, worden opgenomen.

Een van de meest ingrijpende onverwachte gebeurtenissen vind ik nog altijd een reanimatie, waarbij iedere minuut telt. In een ziekenhuis wordt in principe iedereen gereanimeerd, tenzij de arts dit medisch zinloos vindt of de wens van de patiënt



uitdrukkelijk bekend is. Wat niet iedereen weet, is dat een reanimatie niet altijd lukt. En als het lukt, blijkt de helft van de patiënten er neurologische restschade aan over te houden, zoals een coma of verlammingen.

Erg frustrerend, niet alleen voor ons als zorgverleners, maar des te meer voor de betrokkene en de familie. Niet zelden blijkt achteraf dat ‘moeder dit nooit zo had gewild’, maar dat dit onvoldoende duidelijk was. Een patiënt is te allen tijde baas over eigen lichaam, ook in noodsituaties, en zijn of haar wensen moeten ook in nood gerespecteerd worden. Wat mij betreft hoort een gesprek over wel of niet reanimeren dan ook al aan het begin van de behandeling plaats te vinden. En dat gesprek moet met iedere patiënt gevoerd worden als integraal onderdeel van het gezamenlijk opgestelde behandelplan. Tijdens een reanimatie is overleg hierover immers niet meer mogelijk.

Niet pluis

– MARTIJN –

‘Op deze afdeling is het niet je moeder, maar zuster Marian.’ Ik glimlach als ik terugdenk aan deze woorden van hoofdverpleegkundige Ina. Tijdens mijn opleidingstijd deed zich de bijzondere situatie voor dat mijn moeder en ik op dezelfde afdeling werkten: zij als verpleegkundige, ik als chirurg in opleiding. Misschien was Ina bang dat wij onze rollen uit het oog zouden verliezen tijdens de gezamenlijke visiterondes. Uiteraard waren we beiden professioneel genoeg om hiermee om te gaan, maar we waren ook zo trots op elkaar dat we patiënten regelmatig influisterden hoe het precies zat. Het was een leuke tijd, waarin ik van mijn moeder heb geleerd niet alleen te vertrouwen op mijn kennis, maar ook af te gaan op mijn eigen kompas.

Wat veel indruk op me maakte was de zelfverzekerde manier waarop ‘zuster Marian’ omging met wat we in de zorg het ‘niet-pluisgevoel’ noemen. Vaak al voordat metingen of uitslagen van een patiënt dit lieten zien, had ze door dat er iets niet klopte. Regelmatig belde ze mij of een collega met enkel de opmerking ‘Het voelt niet goed’. Je moest dan stevig in je schoenen staan om het verzoek van mijn moeder voor een spoedbeoordeling van de patiënt te negeren.

Dat ‘niet-pluisgevoel’ is iets wat zorgverleners allemaal herkennen. We zijn opgeleid om problemen en ziektebeelden systematisch te benaderen met parate boekenkennis, onderzoeken en metingen. Maar in de dagelijkse praktijk gaan we ook vaak af op intuïtie en onderbuikgevoel. Soms gaan alarmbellen rinkelen nog voordat duidelijk is waarom dit zo is, bijvoorbeeld wanneer de genezing van een patiënt niet volgens verwachting verloopt of een patiënt die nooit klaagt opeens allerlei klachten aangeeft. Het ‘niet-pluisgevoel’ geeft dan als een soort

kompas richting aan ons analytisch denken. Het dwingt ons na te gaan waarom we dit gevoel hebben: wat kan er met deze patiënt aan de hand zijn, waarom vertrouw ik het niet?

Recent onderzoek laat zien dat bij mensen het 'niet-pluis-gevoel' steeds beter wordt ontwikkeld naarmate ervaring en kennis toenemen. Maar het is ook aan te leren, bijvoorbeeld door scorelijstjes te hanteren op basis van metingen als bloeddruk, temperatuur, ademhaling en hartslag, zoals tegenwoordig in alle Nederlandse ziekenhuizen gebeurt. Boven een bepaalde score is dan het beleid de dienstdoende arts te bellen voor advies. Dit gebeurt dan ook geregeld. Standaard vraag ik na het aanhoren van de score aan de verpleegkundige: 'Wat is je gevoel? Maak je je zorgen?' Als het antwoord daarop 'ja' is, weet ik wat me te doen staat: actie ondernemen. En wel meteen.