



INTENSIVIST HANS VAN DER HOEVEN BELANDDE OP ZIJN EIGEN IC

'Ik ben een betere dokter geworden'

Prof. dr. Hans van der Hoeven begeeft zich dagelijks tussen leven en dood. Gedreven als hij is, wil hij alleen het allerbeste voor zijn patiënt. Die drive is alleen maar toegenomen na zijn eigen ziekte, waardoor hij op zijn eigen IC belandde. "In de meest angstige periode van je leven moet er iemand zijn in wie je alle vertrouwen hebt. Zo'n dokter wil ik zijn."

Hans van der Hoeven (54), intensivist en hoogleraar Intensive care, herkent de arts-assistenten die op zijn afdeling zijn opgeleid al van verre. Aan de gedrevenheid die ze uitstralen en het feit dat ze nooit de binnenbocht zullen nemen en voor de gemakkelijkste oplossing zullen kiezen. "Dat is iets wat ik mijn assistenten en collega's altijd voorhoud: de patiënten op onze afdeling zijn doodziek en hebben er recht op dat we werkelijk alles uit de kast halen om ze te helpen. Daar mogen we ons nooit te makkelijk vanaf maken." Dat betekent voor Van der Hoeven dat hij altijd beschikbaar wil zijn voor de patiënt en zijn of haar familie. "Toen ik hier kwam, was er de regel dat er een vaste dag in de week was waarop patiënten of familie de dokter konden spreken. Dat vond ik niet goed. Je moet als intensivist altijd beschikbaar zijn voor de familie. Soms kan dat niet meteen, maar wel op korte termijn." Omdat het om doodzieke mensen gaat, vinden deze gesprekken niet altijd tijdens kantooruren plaats. "Ik heb geen vaste werktijden. Ik ga pas naar huis als het werk klaar is. Ik kan het toch niet verkopen aan een verdrietige familie dat ik om zes uur echt naar huis moet? Dat betekent dat ik regelmatig veel later thuis ben dan gepland. Maar ik kan niet anders. De IC is nu eenmaal mijn leven."

Deze betrokkenheid is bij al zijn collega's aanwezig. "Het is voor sommige arts-assistenten wel eens lastig. Voorheen konden ze hun kinderen om vijf uur bij de crèche ophalen, maar hier gaat dat soms niet. Het voelt niet goed als jij naar huis gaat en je bazen zitten nog te puzzelen over een patiënt." Tegelijkertijd ziet hij ook dat een groot deel van de jonge artsen meteen aangestoken wordt door de bevoegdheid van collega's. "Die komen hier binnen en willen niet meer anders."

Voor Van der Hoeven was het al snel een uitgemaakte zaak dat hij op de IC wilde werken. "Tijdens mijn opleiding mocht ik samen met een vriend een keuzecoschap voor drie maanden op de IC doen. We zijn daar bijna twee jaar blijven hangen. Hele weekenden zaten we op de afdeling testjes te doen met patiënten en uit te zoeken wat de beste behandeling was."

Na zijn opleiding in Leiden kreeg hij als intensivist met veel potentie al snel het aanbod om hoogleraar te worden. "Ik heb het niet gedaan, omdat ik mezelf te jong en onervaren vond. Ik vind dat je als hoogleraar vooral een goede dokter moet zijn, je moet uren hebben gemaakt. Het moet niet gebeuren dat ze liever hebben dat de prof weggaat, als de patiënt echt ziek wordt." Hij besloot ▶

CURRICULUM VITAE

Prof. Dr. Hans van der Hoeven (1958) werd geboren in Naaldwijk. Hij studeerde cum laude af aan de geneeskundeopleiding. Zijn opleiding tot internist-intensivist volgde hij in het LUMC, waar hij ook promoveerde. Nadat hij in 1993 werd geregistreerd als intensivist, werkte hij als chef de clinique op de IC in het LUMC. Een jaar later promoveerde hij. In 1997 stapte hij over naar het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waar hij ook hoofd van de IC werd. In 2003 werd Van der Hoeven tot hoogleraar benoemd aan het UMC St Radboud in Nijmegen.

daarom meer ervaring op te gaan doen in de periferie. “In Den Bosch heb ik het vak echt geleerd. Ik was de enige intensivist, dus moest pionieren. Niet alleen medisch-inhoudelijk, maar ook bij het samenstellen van een maatschap en het leidinggeven. Dat heb ik daar echt goed geleerd.” Uiteindelijk lonkte toch het hoogleraarschap. Niet vanwege de titel: “Daar geef ik niets om.” Maar wel omdat Van der Hoeven in een dergelijke functie veel verschillende elementen van het vak kon combineren. En hoewel hij de wetenschap, het geven van onderwijs en het managen van de afdeling ontzettend leuk vindt, ligt zijn hart toch het meeste in de kliniek. “Dit is een ziekenhuis en geen managershuis, we zijn hier om zieke

mensen beter te maken of goed te begeleiden.”

Van der Hoeven is ervan overtuigd dat een hoogleraar niet alles op topniveau hoeft te doen. “Ik zoek mensen om me heen die goed zijn in de dingen waar ik minder goed in ben.” Hij gaat enthousiast verder: “Ik wil vooral de beste dokter zijn. Daar is de IC de perfecte plek voor. Hier kun je écht iemand beter maken. Het is het ultieme gevoel van iets voor iemand kunnen doen.” Hij denkt even na: “Al voor mijn eigen ziekte kon ik me al voorstellen hoe belangrijk het moet zijn dat er in de meest angstige periode van je leven iemand is in wie je vertrouwen kunt hebben. Ik wil graag diegene zijn voor mijn patiënten.” Dat betekent voor hem lang niet altijd dat hij zijn patiënten ook beter kan maken. “20 procent van onze patiënten overleeft het niet. We hebben dus dagelijks te maken met overlijdensgevallen. Maar deze overlijdens zie ik niet als falen van onze kant. Integendeel: ik kan heel tevreden terugkijken als een patiënt op een rustige manier is overle-

goed is, komt zo'n mededeling bijna nooit als een verrassing. Het is een proces waarin je de familie al hebt meegenomen. Bijna altijd is er dan ook berusting in het feit dat iemand gaat overlijden.”

Een uitzondering vormen de plotselinge overlijdensgevallen. “Dat is niet te bevatten voor nabestaanden. Dat gaat zó snel, dat is te veel om te begrijpen. In zo'n geval moet je als arts teruggrijpen op de gesprekstechnieken die je hebt geleerd. En laten zien dat ook jou verdriet doet.” Van der Hoeven denkt even na. Dan, zachter: “Het is zo belangrijk om aan de nabestaanden te laten zien dat een overlijden jou ook raakt. Dat moet je niet geforceerd doen; je moet het echt voelen. Ik zeg altijd tegen collega's: ‘als het overlijden van patiënten je niet meer raakt, moet je echt een ander vak gaan zoeken’. Ik kan zoiets ook niet meteen van me afzetten. Sommige artsen zeggen: ‘ik loop het ziekenhuis uit en zet het meteen van me af.’ Ik kan dat niet. Dokter ben je 24 uur per dag, 7 dagen per week. Ik neem het soms mee naar huis en praat erover met mijn vrouw die IC-verpleegkundige is. Langzamerhand krijgt het dan een plekje. Ik merk wel dat dit wat sneller gebeurt, nu ik meer ervaring heb.”

Een overlijdensgeval dat hem altijd is bijgebleven, is dat van een patiënt die in eerste instantie in coma leek te liggen. “Op een gegeven moment was ik bij hem en leek hij toch te reageren. Ik probeerde met hem te communiceren via oogbewegingen en dat lukte. Hij bleek het locked-in-syndroom te hebben, waarbij hij bij zijn volle verstand was, maar lichamelijk niets meer kon.” Van der Hoeven en zijn collega's gingen het gesprek met deze patiënt aan over de zinvolheid van zijn leven. “We hebben hem meerdere keren gevraagd of hij zo verder wilde leven. Dat bleek niet zo te zijn. Uiteindelijk hebben we euthanasie toegepast.” Van der Hoeven is nog steeds geraakt door deze patiënt. “Wat was het afgrijselijk om die euthanasie te moeten toepassen. Ik kan me niet voorstellen dat huisartsen dit als routine beschouwen. Het is zo anders dan een natuurlijke dood die ik vaak meemaak. Je komt bij iemand, die bij zijn goede verstand is en gaat hem doodmaken. Ik denk er nog regelmatig aan.”

SCAN

Het meelevens met zijn patiënten lukt hem nog beter sinds hij zelf ziek is geweest. Zo'n vier jaar gelden was Van der Hoeven met zijn vrouw op de Noordpool, waar hij vaker naar toe reist. “Ik was in topconditie, want ik sport veel. Maar gedurende de reis merkte ik dat er iets was; ik zag dubbel, struikelde over de kleinste dingen. Dat voelde niet goed. Ook mijn vrouw had het door, ze keek me die weken telkens met argusogen aan.” Op zondag kwam Van der Hoeven thuis en op maandag kon hij bij de neuroloog terecht. De volgende dag lag hij in de

'Als een sterfgeval een arts niet meer raakt, moet hij een ander vak zoeken'

den. Ik vind het heel belangrijk dat wij er als artsen en verpleegkundigen alles aan hebben gedaan om iemand te behandelen. Als het moment daar is dat de behandeling geen zin meer heeft, moet de familie op een goede manier afscheid kunnen nemen.” In dat proces is eerlijkheid het allerbelangrijkste, stelt hij. “Ik beloof mijn patiënten en familieleden altijd dat ik niets achter zal houden. Als ik iets weet, weten zij het ook. Dat betekent dat ik het eerlijk zeg als ik denk dat er geen hoop meer is. Maar als het



scanner en meteen na de eerste opname wist hij dat het fout zat. “Ik zag de laboranten achter het glas naar het scherm wijzen en met hun hoofd schudden.” Met lood in zijn schoenen ging hij naar de radioloog. “Meteen bij de eerste foto was het duidelijk: er zat een hersentumor en ook nog in de hersenstam. De radioloog wist niet wat hij zag.”

Zijn collega, hoogleraar Neurochirurgie, puzzelde de hele nacht op een mogelijke operatie. De volgende dag belde hij: “Hij had 3D-beelden van de operatie gemaakt en durfde het aan. De operatie werd voor de vrijdag erop gepland.” Van der Hoeven beseftte dat de operatie riskant was. “Die dag werd ik me er ineens bewust van dat het misschien wel de laatste keer was dat ik met mijn vrouw koffie zou drinken of dat we misschien nooit meer samen zouden wandelen. Het waren vooral de kleine dingen waar ik me druk over maakte.” Toch verdween dat fatalistische gevoel al snel naar de achtergrond. “Zo tegen woensdagavond kreeg ik mijn vechtlust terug. Ik moest gewoon uit die operatie komen.”

‘Als iemand op z’n kwetsbaarst is, let hij op ieder gebaar’

De tumor werd verwijderd. “We weten niet helemaal zeker of alles weg is. Eigenlijk zou ik bij deze tumor nog moeten worden nabestraald, maar dat was te gevaarlijk in de hersenen. Nu krijg ik ieder jaar een scan. En dat gaat al vier jaar goed”, vertelt Van der Hoeven. Hoewel het een heftige periode was, ziet hij, als rasechte optimist, vooral wat zijn ziekte hem gebracht heeft. “In mijn persoonlijke leven geniet ik intens van de kleine dingen. Natuurlijk maken we wel weer reizen naar de Noordpool, maar ik kan nog steeds enorm genieten van die kleine dingen. Dat is echt gebleven.”

Ook op werkgebied ervaart hij veranderingen: “Ik ben me nog meer bewust van hoe ik als arts overkom op de patiënt. De non-verbale gezichtsuitdrukkingen zijn erg belangrijk. Zo heb ik later aan de laboranten die bij mij de scan deden en druk aan het wijzen waren, laten weten dat ze dit nooit meer zo moeten doen. Iemand ligt daar op z’n kwetsbaarst, is doodsbang. Dan let je op ieder gebaar. Daar moeten ze zich bewust van zijn.” Zelf is hij hier ook mee bezig. “Ik geef mijn assistenten en collega’s mee dat je met non-verbale uitdrukkingen nooit iets anders moet laten zien dan wat je boodschap is.”

Dan, aan het eind van het gesprek: “Mijn ziekte was vreselijk, maar ik ben er nog elke dag dankbaar voor. Ik ben er een betere dokter door geworden.” ■