

‘Mijn gevoelens zet ik niet uit en ik loop niet weg voor mijn emoties’

Hij gaat met iedereen in gesprek, van kabinet tot *influencer*. Intensivist Diederik Gommers (56) is sinds de uitbraak van covid-19 de nationale dokter van Nederland. Een arts die kennis en kunde combineert met betrokkenheid en emotie. “Mensen voelen dat ik echt iets heb met het onderwerp.”

Tekst Malou van Hintum | Foto's Paul Tolenaar

U zei onlangs in een interview: ‘Vakinhoudelijk is covid het mooiste dat ik heb meegemaakt.’ Hoe bedoelde u dat?

“Voor de meeste ziektebeelden is er altijd wel een expert te vinden die er veel van weet. Maar covid is zo nieuw en gaat zó snel, dat we met alle collega's samen – van de virologie, van de stolling, van andere afdelingen – aan het puzzelen zijn, op zoek naar een oplossing die niemand kent. Wat is de juiste behandeling waarmee je zo veel mogelijk mensen kunt helpen? Dat is heel leuk.”

Jullie hebben ontdekt dat covid zich kan uitdrukken in drie soorten ziektebeelden: een longontsteking, bloedstolling en een overreactief afweersysteem. Wanneer wist u dat?

“Dat gebeurde toevallig. Ik was 19 maart in Bernhoven, het Udense ziekenhuis dat in het epicentrum van de corona-epidemie lag. Daar beschreef een verpleegkundige dat veel patiënten heel snel ademhaalden, goed wakker waren en niet delirant (verward en onrustig, red.), en veel zuurstof nodig hadden. Op een bepaald moment gingen ze nóg sneller ademen en onmiddellijk daarna stierven ze.

Ik vertelde dat aan een collega uit Groningen. Hij zei: ‘Dat lijkt erg op een longembolie’ (een longslagader met verstopte bloedvaten, waardoor er minder zuurstof in je bloed komt en je het benauwd krijgt, red.). Op het Erasmus MC was net een CT-scan gemaakt van de longen van een patiënt en ze vonden inderdaad longembolieën. Vanaf toen zijn we daar heel precies naar gaan kijken. We hebben patiëntgegevens uit meerdere ziekenhuizen laten analyseren. ▶



‘Al is het maar voor één persoon, mijn tv-optredens heeft ergens toe geleid’

DIT
WIL IK
ANDERS
DOEN
IN 2021

“Door corona ben ik sociaal geworden, ik geniet nu meer van een goed gesprek, leuke mensen om me heen, mijn familie, mijn ouders. Daar ga ik in 2021 vaker de tijd voor nemen. Ik was steeds te hard aan het werk en iets te veel met mezelf bezig.”

Daaruit bleek dat 30 tot 40 procent van de patiënten longembolieën had.”

Verschillen oudere patiënten met covid van jongere? Ziet u verschillende ziektepatronen?

“Voor zover ik weet is er geen verschil aangevoeld tussen het ziektebeeld covid in jongeren en in ouderen. Maar ouderen zijn wel fragieler. De meeste mensen die op een ic komen, hebben een infectieziekte en die doet iets met je lichaam: 70 procent van onze patiënten wordt delirant. Wat het functioneren van je hersenen betreft lever je altijd wat in en wij kunnen slecht voorspellen hoeveel dat is bij wie. Daarnaast ontstaat spierverval. Door het lange stilliggen kun je 10-15 kilo spieren verliezen en het vergt enorm veel energie en doorzettingsvermogen om die terug te winnen.

Deze twee dingen hebben een enorme invloed op je herstel en daarbij maakt het heel veel uit hoe je situatie was voordat je op de ic kwam. Dat kunnen we uitdrukken in een kwetsbaarheidsscore: kon je, bijvoorbeeld, nog goed 5 kilometer lopen of niet. Hoe slechter die score, hoe slechter je kans op herstel en hoe lager je kwaliteit van leven als je de ic verlaat. Voor patiënten met covid is dat niet anders.”

Vindt u het terecht dat het RIVM alle 70-plussers tot een risicogroep rekent?

“Ja, dat vind ik wel, want we zien dat de overleving in deze groep lager is dan bij jongeren. Ook daarin verschilt covid niet van andere infectieziekten.”

U vindt uw werk geweldig, maar tegelijkertijd emotioneert het u ook. Als u

alleen in de auto zit, lopen soms de tranen over uw wangen, vertelde u bij OP1.

“Op de intensive care gaan relatief veel mensen dood, je hebt vaak te maken met verdrietige familieleden. Inmiddels weet ik dat je de familie moet laten zien wat je voelt. Je moet niet gaan meehuilen, maar wel empathie tonen. Jonge dokters denken vaak dat ze hun gevoelens moeten verbergen, maar patiënten stellen het juist op prijs als de dokter met hen meeleeft. Daardoor krijgen ze vertrouwen in je.”

In uw oratie citeert u een collega die zegt: de essentie van goede ic-geneeskunde ligt vooral in de emotionele vaardigheden van de intensivist.

“In ons vak gaat het niet alleen om het weer beter maken van mensen, maar ook om het zo goed mogelijk begeleiden van mensen in moeilijke situaties. Dat vind ik eigenlijk de mooiste uitdaging, om dat goed te doen. En als je dat goed doet, bedanken mensen je ook als het is misgegaan.

Ik hoor vaak dat ik het goed doe op televisie. Dat komt omdat ik daar de rol aanneem van de dokter die een slecht-nieuws-gesprek voert. Ik wil heel goed uitleggen tegen welke problemen we oplopen en daarbij zet ik mijn gevoelens niet uit. Ik vertel geen afstandelijk verhaal, ik loop niet weg voor mijn emoties. Daardoor voelen mensen dat je echt iets hebt met het onderwerp.”

Intussen bent u door al die tv-optredens een BN'er wiens woorden minstens zo zwaar wegen als die van het kabinet. Is dat ook leuk?

“Ik zeg iets in OP1, rij naar huis en hoor het terug op het radiojournaal. Dat maakt het lastiger om iets te zeggen, want ik moet er nóg beter over nadenken.

Denkt u nooit: hier heb ik geen zin in?

“Nee. Ik zou elke dag in een televisieprogramma kunnen zitten, ik zeg heel vaak nee. En als ik het wel doe, kom ik rustig uitleggen wat we doen. Zo kun je de onzekerheid bij mensen verminderen. Dat is belangrijk, want veel mensen weten niet wat hen te wachten staat.



Ik heb inmiddels heel veel kaartjes en bedankjes van mensen gekregen. Iemand schreef: 'Ik heb aanleg voor depressie en als u op televisie kwam, werd ik daar rustig van. Dat heeft me door deze crisis heen geholpen.' Dan denk ik: al is het maar voor één persoon, mijn televisie-optreden heeft ergens toe geleid.

Door over ons vak te praten, zijn mensen bovendien gaan nadenken over behandelingen die ze wel en niet willen. Dat is grote winst voor ons, maar vooral voor die mensen zelf."

Toch gaan nog altijd mensen het gesprek uit de weg over de vraag hoe lang ze doorbehandeld willen worden. Welke kernvraag moeten ze zichzelf en elkaar stellen?

"Waar word je echt blij van? Waar word je echt gelukkig van, wat is voor jou echt belangrijk? Voor de een is dat fietsen, voor de ander een potje kaarten, voor de volgende op vakantie gaan of zelfstandig zijn. Als je dat helder hebt,

kunnen wij als dokter tegen de familie zeggen hoe groot de kans is dat iemand dat na een bepaalde behandeling nog kan. Dat helpt de familie om een weloverwogen besluit te nemen. Als je de vraag waar je echt blij van wordt te lastig vindt, praat dan in elk geval met elkaar over wat je echt niet wilt. Veel ziektes die wij behandelen, zoals trauma of hersenbloedingen, vereisen een heel lang herstel waarbij je naar een verpleeghuis moet. Wil je dat? Bedenk daarbij ook goed wat voor jou kwaliteit van leven is."

Afgelopen zomer ging het erover wie bij beddentekort geen behandeling meer zou krijgen. 80-plussers zouden als eerste de klos zijn, daarna mensen tussen 60 en 80 jaar, dan die tussen 40 en 60 jaar. Mensen werden bang en boos.

"Die kwestie ging over de vraag waarop dokters, in geval van beddentekort, hun keuze om wel of niet te behandelen konden baseren als er geen medische criteria meer zouden zijn om onderscheid tussen patiënten te kunnen maken. Een theoretische kwestie, want je hebt altijd medische gronden. Er zijn nooit twee gevallen precies gelijk."

Die 'code zwart' klonk anders behoorlijk alarmerend.

"Die werd helemaal uit zijn context getrokken. Want als een 70- of 80-jarige een openhartoperatie moet ondergaan en daarvoor twee dagen op de ic ligt, gaat die vóór een 40-jarige die covid heeft en zeker 14 dagen op de ic ligt. Bij een beddentekort gaat degene met de minste ligdagen voor, omdat je dan je capaciteit zo groot mogelijk houdt. Op die manier dien je de volksgezondheid het beste, en dat heeft niets met leeftijd te maken.

Het draaiboek voor dokters is in de politieke sfeer terechtgekomen en dat had helemaal niet moeten. Want dan gaan de politieke verhoudingen een rol spelen en worden er details uitvergroot of zinnen uit hun context gehaald. Dan krijg je vragen als: 'Gaat de 19-jarige crimineel vóór de 82-jarige die altijd braaf zijn belasting heeft betaald?' Dat is een heel verkeerde discussie." ■



DIEDERIK GOMMERS

(1964, Gorinchem) studeerde geneeskunde in Gent en Rotterdam. Hij promoveerde in 1998 aan de Erasmus Universiteit. Sinds 2005 werkt hij als intensivist in het Erasmus MC in Rotterdam, vanaf 2013 als afdelingshoofd. In 2014 werd hij bijzonder hoogleraar Intensive Care-geneeskunde aan de Erasmus Universiteit. Hij is voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care en lid van het Outbreak Management Team. Diederik Gommers is getrouwd en heeft drie kinderen.