

PERSOONLIJKE VERHALEN VAN HUISARTSEN  
DIE ZORG VERLENEN AAN BIJZONDERE DOELGROEPEN

mee  
gem  
aakt



**O**nze huisartsen zetten zich in voor de kwetsbare patiënt. Zij zijn degene die midden in de nacht opstaan of in het weekend er op uit gaan voor een zorgvraag. Ook overdag leveren onze huisartsen zorg aan o.a. mensen die strafrechtelijk zijn ingesloten, verstandelijke gehandicapten, verslaafden en mensen die verblijven in verpleeghuizen.

Een aantal huisartsen schrijven voor onze maandelijkse nieuwsbrief hun persoonlijke ervaringen op. Daarnaast hebben we ook een aantal huisartsen geïnterviewd, die hun ervaring met het werken voor medTzorg delen. Deze verhalen hebben wij gebundeld in dit boekje Meegemaakt. Grappige, ontroerende, persoonlijke verhalen, maar ook verhalen die je stof tot nadenken geven.

Verhalen die het delen waard zijn.

Wij wensen je veel leesplezier toe!

– MEEGEMAAKT –

# Inhoud

4. Tim Peeters  
**Het is allemaal Frans voor me...**
  8. Rik Kaarsgaren  
**De één zijn vrijheid...**
  10. Diederik van Herwijnen  
**Een bijzonder klooster**
  12. Nieske Dreteler  
**Hartenkwesie**
  16. Interview Isabella Plato  
**Bij dit werk heb ik totale autonomie en controle**
  19. Rik Kaarsgaren  
**Staandehouding**
  20. Arend-Jan de Groot  
**Maar je bent toch huisarts?**
  24. Diederik van Herwijnen  
**Open raam**
  26. Rik Kaarsgaren  
**Insluitwaardig?**
  28. Interview Wim Verstappen  
**In Nederland wordt heel goed met gevangenen omgegaan**
  32. Diederik van Herwijnen  
**'Oude Mongolen'**
  34. Pieter van Eck  
**Gekkenhuis**
  36. Rik Kaarsgaren  
**Balanceren**
  39. Interview Michiel van Rens  
**Ik zoek de randen van de huisartsengeneeskunde op**
  43. Diederik van Herwijnen  
**Komkommer**
- 

# Het is allemaal Frans voor me...

**N**atuurlijk was het winter. Het is altijd winter en rotweer, als dingen niet lopen zoals je ze verwacht. Ik werkte als huisarts in een PI waar voornamelijk “illegalen” werden ondergebracht: zowel de VRIS’sse jongens (Vreemdeling In Strafrecht) die iets hadden misdaan in Nederland, als de uitgeprocedeerden die vast zaten op basis van artikel 59 Vreemdelingenwet: je mag hier niet meer zijn, je gaat niet zelf weg, dan zetten we je uit. Zeker die laatste groep roept vaak twijfels en morele dilemma’s bij mij op – als je geen misdrijf hebt gepleegd, waarom zit je dan opgesloten in een cel? Als je niet gevaarlijk bent, waarom moet je dan geboeid naar het spreekuur gebracht worden?

Dat uitzetten, dat klinkt op papier makkelijker dan het in de praktijk is. Het land van herkomst moet je namelijk wel terugnemen en zolang zij weigeren (vaak) zit je als vreemdeling tussen wal en schip: Terug kan je niet, blijven mag je niet. Stuck in the transit zone. Na 6 tot 18 maanden, afhankelijk van allerlei procedures, ‘verloopt’ dan je hechtenis als je nog niet bent uitgezet en wordt je ‘geklinkerd’ zoals dat in jargon heet: de deur gaat open en je staat letterlijk op straat met een vuilniszak kleding.

Achmed was zo'n man – nierpatiënt, vreemdeling, uitgeprocedeerd en vastgezet om uitgezet te kunnen worden. Ik had als arts mijn handen vol aan hem: hij had een ernstige auto-immuunziekte, waarvoor hij onder andere werd behandeld met hoge dosis prednison. Ik zag hem wekelijks op mijn spreekuur vanwege alle complicaties, maar op een ochtend géén Achmed op de werklíjst. Rondvragen aan alle verpleegkundigen ... “dokter, die wordt geklinkerd as we speak”. Mijn hartslag schoot omhoog – met de torenhoge doses prednison die hij gebruikte, zou hij het op straat niet lang overleven zonder medicatie. Ik zag een spookbeeld voor me van een Addisonse crisis in de nachtopvang. Uit de noodvoorraad greep ik een hand prednison-pillen en op een geeltje schreef ik het adres van een straatdokter. Sprinten naar het bad, waar meneer al letterlijk op de drempel stond. Prednison, een handdruk. Natuurlijk was het winter en rotweer. Ik heb hem nooit meer gezien.

Mahmoud kwam uit Algerije, en was in honger- en dorststaking gegaan in een ultieme poging om uitzetting te voorkomen. Eerst weigerde hij alleen voedsel en zag ik hem wekelijks op het spreekuur met een tolk – Arabisch spreek ik niet en mijn Frans was belabberd ver weggezakt. Hij ging langzaam achteruit, maar was vastbesloten zijn strijd vol te houden. Danku voor de aandacht, u bent een goede dokter, nee, ik ga niet eten. Toen hem in het weekend

**Achmed was  
zo'n man;  
nierpatiënt,  
vreemdeling,  
uitgeprocedeerd  
en vastgezet  
om uitgezet te  
kunnen worden.**

Onder druk  
wordt alles  
vloeibaar en  
opeens rolden  
de Franse  
zinnen van  
mijn lippen.

een daadwerkelijke uitzet-datum werd aangezegd weigerde hij ook vocht. Als dienstdoende dokter naar hem toe met de tolkentelefoon, jongen doe dit niet, je nieren gaan kapot, je gaat dood zo. Alsjeblieft! Ik kende hem inmiddels aardig goed. Mahmoud hield vol. Die maandag kwam ik extra vroeg en zag ik hem als eerste. Hij werd in een rolstoel naar de medische dienst geduwd en was meer dood dan levend. Ik moest beslissen om hem over te laten plaatsen naar het gevangenisziekenhuis, tegen zijn zin overigens. Maar toen kwam het telefoontje naar mij: de uitzetting was van de baan, hij kwam per direct in vrijheid. Dat leverde meteen een nieuw dilemma op – je kunt een gedehydrerde en uitgehongerde man niet zomaar op straat zetten. Ik belde de directeur – kunnen we hem een dagje langer houden? Om hem op te lappen? Maar nee – een vrijlating is vrijwel onmiddellijk, en meneer móest naar buiten. Een lief afdelingshoofd bedacht oplossingen: hij ging in de personeelskantine bakjes soep en eten halen, zodat we meneer “iets” mee konden geven om zijn vasten voorzichtig mee te breken. Maar hoe leg je dit uit? Het is altijd winter en koud als de tolkentelefoon onbereikbaar blijkt – geen tolk arabisch, geen tolk frans. En een deadline van een zieke man die naar buiten moest.

Onder druk wordt alles vloeibaar en opeens rolden de Franse zinnen van mijn lippen: vriend, je bent vrij, ga

## Het is altijd winter en koud als dingen anders lopen dan je verwacht.

alsjeblieft drinken, neem deze vitaminen, alsjeblieft ga drinken want je komt zo in vrijheid. Meneer geloofde er geen barst van: dit was een truc om hem te breken, en zodra hij zou drinken zou hij alsnog worden uitgezet. Waar de woorden vandaan kwamen weet ik niet, maar ik bezwoer bij hoog en laag dat dit écht was, hij zou echt vrij komen, en we moesten zorgen dat hij zou overleven op straat. “Zweer je het, op je moeder, op je artseneed?” Ja, dat deed ik.

Meneer begon te huilen, pakte mijn koffiemok van mijn bureau en dronk die in een paar ferme teugen leeg. Hij omhelsde me, en ik hield het ook niet droog. Daarna holde hij naar de kraan, vulde mijn mok met water en dronk gulzig. Het afdelingshoofd bracht soep en crackers. We hadden een paar uur respijt en in mijn werkkamer op de medische dienst sterkte de man op soep en water weer een beetje aan. We spraken Frans over zijn onverwachte plannen en kansen. We begrepen elkaar. Hij kon weer op zijn benen staan toen hij ‘geklinderd’ werd en ging met een redelijk deel van de personeelslunch in een plastic zak de straat op.

En natuurlijk was het winter, en koud. Het is altijd winter en koud als dingen anders lopen dan je verwacht. Soms krijg je een onverwacht cadeautje. En soms is het gewoon allemaal Frans voor me.

# De één zijn vrijheid...

**D**ie avond werd mij gevraagd een dronken jongeman te beoordelen op het politiebureau van Amersfoort. Hij was na een ruzie met 'gepast geweld' aangehouden (ze hadden aardig lopen 'duwen en trekken met hem', zoals de agent zei). Het ging om een feit van niks, maar omdat hij zo door het lint ging, hadden ze hem wel moeten meenemen. De ziekteverwensingen waren niet van de lucht geweest en hij had hen zelfs bespuugd.

Met de wetenschap dat deze man dus licht ontvlambaar was en een tamelijk kort

(of in het geheel geen) lontje had, betrad ik de cel. Alwaar de man, zoals zo vaak, inmiddels rustig op de bank lag. Op aanspreken werd één oog geopend. Ik zei dat ik hier was om zijn toestand te beoordelen en te kijken of ik nog iets voor hem kon doen. Hoeveel had hij gedronken? Drugs? Gebruikte hij nog medicatie?

'Doe je ding nou maar', was zijn weinig informatieve reactie. Het hielp helaas niet uit te leggen dat deze vragen onderdeel waren van 'mijn ding doen'. Maar goed, met het bewustzijn zat het wel snor wist ik inmiddels. Teneinde wat meer beeld te



krijgen van de mate waarin zijn cerebellum in de alcohol was gemarineerd, vroeg ik hem te komen zitten en een paar passen te lopen.

### **Toen ging het mis**

De vrijheid ruikend liep hij de open celdeur door en liet zich niet meer terug dirigeren. Net buiten de cel kwam het al snel tot een schermutseling, waarbij ik ook nog mijn steentje heb bijgedragen door hier en daar een knietje te plaatsen. Versterking van de collega's, die één en ander op de camera hadden gevolgd, was er gelukkig snel. Via deze sterke-armconstructie belandde hij in no time weer in de ophoudkamer. Ik bleef nog een tijdje op het scherm kijken en zag steeds dezelfde opgefokte man: hij drukte steeds op de intercom, trapte tegen de deur, schold erop los en plaste in de cel. Ik concludeerde dat hij geen gezellige dronk over zich had, maar dat hij (na een paar uurtjes afkoelen) vast wel vervoerd kon worden naar Houten en daar ingesloten kon worden voor de nacht.

Twee uur later was ik weer op het bureau voor iemand anders. Hij was nog net zo boos en druk als daarvoor. Hij had juist aangegeven weer te moeten plassen en men koos ervoor hem die gelegenheid te geven. De deur was nog niet open of hij begon weer te stoeien.

Na de toiletruimte in gemanoeuvreerd te zijn, bleef hij maar schelden en tieren. Na een paar minuten gaf degene die de leiding had, hem te kennen dat de deur open zou gaan en dat hij rustig naar buiten moest komen. Toen de deur open ging, stak hij vechtlustig een afgebroken pleeborstel de lucht in en sloeg er op los alsof hij zich nu op een Middeleeuws slagveld bevond. Gewapend met schilden en spuugmaskers wierpen de agenten zich in de strijd en wisten de man al snel te overmeesteren en te boeien. Gezien de ondoenlijke situatie werd besloten hem gelijk maar naar Houten te vervoeren.

Daar zei hij, hoorde ik een paar dagen later, dat hij Corona had. Er werd een test afgenomen en alle betrokken agenten werd verteld dat ze de uitslag in isolatie moesten afwachten. Na twee dagen, waarin de man allang weer op vrije voeten was, volgde de uitslag: negatief. De een zijn vrijheid is de ander zijn thuisquarantaine.

**‘Doe je ding nou  
maar’, was zijn  
weinig informatieve  
reactie.**

# Een bijzonder klooster

In de hal van het verpleeghuis houden zich zeker twintig personen op die duidelijk een relatie met elkaar hebben. Wat zo in de loop opvalt is dat ze allen netjes gekleed zijn en een niet Nederlandse herkomst hebben, te oordelen naar huid- en haarkleur. De verpleegkundige, die mij vergezelt in de lift, zegt van Turkse afkomst te zijn. Ze legt uit dat de personen in de hal daar zijn vanwege de persoon die ik zo moet gaan schouwen. Hij is van Turkse afkomst, maar geen moslim maar christen legt ze uit. “Is hij Syrisch-Orthodox?” vraag ik haar. “Dat u dat weet”, antwoordt zij. Ik leg haar uit dat ik het Syrisch-Orthodoxe klooster in Glane, bij Enschede, ken en ook weet dat er een aanzienlijke Syrisch-Orthodoxe gemeenschap in de omgeving is, waarin het klooster in Glane een belangrijke rol vervult.

De lift stopt, we stappen uit en even later betreden wij de kamer van de overledene. Serene rust en halve duisternis overvallen mij. Langs de muren van de kleine kamer staan mensen van zeker drie generaties zwiingend naast elkaar. Naast het bed zit een dame op leeftijd. “De vrouw naast het bed is de echtgenote”, zegt de verpleegkundige. Ik geef de vrouw een hand, stel mij voor en vertel haar de dienstdoende arts te zijn.

Ik knik naar de omstanders en loop het bed rond om de schouw te verrichten. De man in het bed is op leeftijd met ook in de dood markante maar tegelijkertijd ook zachte trekken en opvallend donkere borstelige wenkbrauwen. Ik loop weer het bed rond en geef de weduwe een hand. Ondanks de grote groep mensen in de kamer besluit ik, ingegeven door de sfeer van groot respect, de heersende stilte en bewondering op de gelaten, eenieder de hand te schudden. Na het afronden van de bijbehorende administratie verlaat ik het huis maar niet zonder bij het naderen van de uitgang nog een blik te werpen in de grote hal. Daar hebben zich inmiddels nog meer mensen verzameld.

De volgende ochtend lees ik op de praktijk vluchtig de Tubantia, de Twentse courant en mijn blik valt op een klein krantenartikel in de hoek op bladzijde 12. "Grondlegger overleden." "Een van de grondleggers van de Syrisch-Orthodoxe gemeenschap in Twente is woensdag overleden." Uit het artikel lees ik verder dat hij in 1965 als eerste Syrisch-Orthodox naar Twente kwam in Hengelo om voor Stork te gaan werken. In 1977 richtte hij samen met een vriend de eerste Syrisch-Orthodoxe kerk op in West-Europa.

Bijzonder om onderdeel te mogen zijn van het sterven van een man die zoveel heeft betekend voor anderen en dat terug te zien in de betrokkenheid van de vele respectvolle omstanders.

**Even later  
betreden wij  
de kamer  
van de  
overledene.  
Serene rust  
en halve  
duisternis  
overvallen mij.**

# Hartenkwestie

**H**et is april 2019... bijeenkomst in het kader van opleiding tot Justitieel Geneeskundige. Onderwerp is Juridische Context met als docent Wilma Duijst, bijzonder hoogleraar Forensische Geneeskunde en Gezondheidsstrafrecht. Ondanks dat ik geen dienst heb, gaat toch de telefoon: medische dienst aan de lijn. Een jongeman, 25 jaar, opgenomen in het ziekenhuis na een geslaagde reanimatie op het sportveld van de PI, wil tegen het advies van de cardioloog in, het ziekenhuis verlaten en terug naar de PI, omdat hij de voorgestelde behandeling niet wil. Die behandeling is het plaatsen van een ICD, omdat het ventrikelfibrilleren waarvoor hij is gereanimeerd het gevolg is van een familiale hypertrofische cardiomyopathie die zijn vader op 36 jarige leeftijd het leven heeft gekost. Hij komt terug naar de PI: kan dit zomaar en wat nu?

Samen buigen we ons over deze casus die zich perfect getimed voordoet. Allerlei vragen borrelen op: Kan dit zo maar? Aan wie is de beslissing? Hoe hier mee om te gaan in de PI? En wie is verantwoordelijk als het misgaat? Dit is hoe het verder ging...

Onze jongeman, meneer X, is beoordeeld door de psychiater van het ziekenhuis vanwege zijn wens om tegen het advies in te vertrekken. Ter zake van het wel of niet plaatsen van de ICD wordt hij wilsbekwaam geacht en mag hij de ICD als behandeling dus weigeren. Met de betablokker die hij wel wil, wordt hij ontslagen.

Als hij terugkomt in de PI is er veel onrust: een dreigend potentieel overlijden maakt iedereen erg nerveus.

*Degenen die hem hebben gereanimeerd:* zij zijn geschokt dat hij zijn leven opnieuw op het spel zet. Zij verwijten aanvankelijk ziekenhuis en medische dienst dat hij niet “gewoon” wordt behandeld.

*De directie maakt zich zorgen:* hij wordt op wachtrapport gezet en aanvankelijk 's nachts een aantal keren gewekt ter controle in de hoop een calamiteit op tijd op te sporen en te verhelpen.

*Zijn celmaat:* hij belooft de hele nacht voor meneer X te bidden en op hem te passen. Meneer X vindt dit een heel geruststellend idee, eigenlijk beter dan een ICD.

*Patiënt zelf:* daags na terugkeer in de PI slaat de twijfel toe en wil hij toch terug naar het ziekenhuis. Hij wil door een andere, mannelijke cardioloog worden behandeld. Zijn behandelaar, jong en vrouw, wekt onvoldoende vertrouwen. Als huisarts woon ik het gesprek van meneer X met cardioloog en verpleegkundige bij. In mijn ogen krijgt hij complete en zorgvuldige uitleg, o.a. dat het behandeladvies conform Europese richtlijnen wordt gegeven en dat zijn detentie daar geen invloed op heeft. Op dat moment besluit meneer X in Amerika behandeld te willen worden. Daarnaast heeft hij veel vertrouwen in het blauwe steentje dat hij bij zich draagt en waaraan hij bijzondere krachten toeschrijft. Bovendien waakt zijn celmaat over hem.

Ondanks dat ik geen dienst heb, gaat toch de telefoon: de medische dienst.

**We hebben  
twijfels bij het  
beleid van de  
PI over het  
wachtrapport:  
dit gaat alleen  
tot meer  
stress leiden  
en voorkomt  
niets.**

*Het ziekenhuis:* als hij niet behandeld wil worden, ziet de cardioloog geen reden hem opgenomen te houden op de hartbewaking. Niet-gedetineerden worden dan naar huis ontslagen, gedetineerden dus naar de PI. Een telefoontje met het Justitieel Centrum voor Somatische Zorg in Scheveningen leert dat daar geen mogelijkheid voor hartbewaking bestaat: hij is daar dus niet veiliger dan in de PI.

*Het PMO:* de psycholoog biedt ondersteuning voor het life-event dat deze jongeman doormaakte. We maken ons zorgen over de verantwoordelijkheid die zijn celgenoot op zich neemt: wat als het misgaat? We hebben twijfels bij het beleid van de PI over het wachtrapport: dit gaat alleen tot meer stress leiden en voorkomt niets. Bovendien is de kans op herhaling van de ritmestoornis groter bij spanning en inspanning dan in rust. Psycholoog en huisarts gaan in gesprek met de directie en geven het advies om meneer op een eenpersoonscel te plaatsen en het wachtrapport op te heffen. Dit advies wordt opgevolgd: "we gaan normaliseren".

*De advocaat:* krijgt van meneer X de vraag om schorsing voor behandeling in de Verenigde Staten te regelen. Met een dreigende TBS is die kans erg klein, tot nu toe lijkt dit niets op te leveren.

*De huisarts:* veel gesprekken over wel/niet behandelen. "We agree to disagree", zo kunnen we wel in gesprek blijven, zonder het eens te worden. Later komt er nog een vraag voor een second opinion, de procedure daarvoor krijgt hij mee om aan zijn advocaat te geven. Het is mij op dit moment

onduidelijk wat de stand van zaken hiervan is. Om de paar maanden gaat meneer X naar het ziekenhuis voor controle, eenmaal met spoed tussendoor vanwege een korte tachycardie. Hierna is de dosering van de betablokker verhoogd. Zijn standpunt ten aanzien van een ICD is tot dusverre ongewijzigd.

We zijn nu 9 maanden verder en meneer X lijkt steeds meer te geloven dat het allemaal wel meevalt. Ik, als dokter, heb niets van mijn ongerustheid verloren: de hypertrofische cardiomyopathie is een progressief ziektebeeld en de kans op herhaling van het ventrikelfibrilleren blijft aanwezig. Wel ben ik er beter in geworden zijn standpunt te accepteren, ik oefen geen druk uit en laat merken dat hij met vragen bij mij terecht kan.

Het helpt wel dat we tijdens de opleidingsdag alle ins en outs van deze casus hebben kunnen door-nemen: hoe graag ik deze man ook zou willen laten behandelen, hij heeft het recht de voorgestelde behandeling te weigeren en dat respecteer ik. Wat ik wel af en toe bij hem aankaart, is de zorg voor zijn 2 kinderen die hij bij 2 vrouwen in 2 landen heeft. Ik hoop dat hij de moeders van de juiste informatie over zijn erfelijke ziekte voorziet, zodat hun kinderen de juiste zorg ontvangen en op tijd starten met cardio-logisch onderzoek en controle.

Deze hartenkwesie heeft een tijd lang veel impact gehad in onze PI, maar door alles goed te door-denken en met de juiste mensen te bespreken is er rust gekomen en kunnen we ermee leven.

**Hij heeft  
het recht de  
voorgestelde  
behandeling  
te weigeren  
en dat  
respecteer ik.**

# Bij dit werk heb ik totale autonomie en controle

**‘Gewone waarnemer’ zijn in een huisartsenpraktijk is niets voor Isabella Plato. De werkdruk vindt ze er vaak te hoog en ze bepaalt graag haar eigen planning en sfeer. Ook is ze graag overdag bij haar gezin. Het werk voor medTzorg is daarom perfect voor haar, omdat ze alles zelf kan bepalen. Bovendien vindt ze het werk zelf mooi en zinvol. “Ook al ben ik niet de vaste dokter, ik heb wel iets kunnen betekenen.”**

Sinds drie jaar werkt Isabella Plato voor medTzorg. Gemiddeld doet ze één bereikbaarheidsdienst per week voor verschillende instellingen in en rondom Nijmegen in de avond, nacht of het weekend. Ze doet bereikbaarheidsdiensten voor jeugdinstanties, gehandicaptenzorg en verpleeghuizen. Ze werkt voor tientallen locaties. Plato: “Wat ik heel aantrekkelijk vind van deze diensten, is dat ik totale autonomie en controle heb. Ik neem de telefoon op, doe de triage, ga erheen als ik dat nodig vind, doe lichamenlijk onderzoek,



stuur patiënten in en ik doe de administratie. Het hele traject ligt bij mij en dat vind ik heel fijn.” Dat is anders dan op de huisartsenpost, waar ze ook wel eens werkt, zegt Plato. “Dat werk is ook prima, maar de ergernis van veel huisartsen is dat er veel patiënten komen die ook hadden kunnen wachten tot de volgende dag, omdat een telefonist de triage doet.”

Plato bepaalt graag zelf haar werk. Lachend: “Ik vind het heel vervelend om voor iemand anders te werken.” Ze houdt er niet van als haar werkdag helemaal wordt bepaald door iemand anders en volledig wordt gevuld, zoals dat vaak het geval is in een huisartsenpraktijk. Nog een voordeel van de bereikbaarheidsdiensten: zo kan ze overdag bij haar gezin zijn en dingen voor zichzelf doen en pas 's avonds aan het werk gaan, zegt Plato.

### **Dankbaar**

Ze komt het meest bij de jeugdinstanties, maar het werk is altijd anders. Laatst werd ze bijvoorbeeld gebeld door een verpleeghuis voor een oudere mevrouw met een palliatief beleid. Deze mevrouw had al morfine gekregen, maar de echtgenoot en zoon wilden niet met een slaapmiddel starten. De begeleider vond dat de patiënt leed en vroeg Plato om het gesprek met de zoon en echtgenoot te voeren. Plato voelde eerst wat weerstand;

**Ook al ben ik niet de vaste dokter, ik heb wel iets kunnen betekenen.**

ze kende de patiënt niet en wist niet hoe ze in het leven stond, dus zo'n gesprek leek haar heel lastig, maar vanwege de duidelijke hulpvraag van de begeleider besloot ze langs te gaan. Daar trof ze een erg benauwde vrouw aan, met blauwe lippen en een zuurstofgehalte van 45. Plato: “Het was duidelijk dat er ingegrepen moest worden. In het begin was de familie afwerend, maar ik legde uit dat het voor hun moeder en echtgenote heel belastend en oncomfortabel was. Uiteindelijk begrepen ze het en stonden ze open voor de slaapmedicatie. De patiënt is vredig en heel kalm heengegaan. De familie en de verpleegkundige waren heel dankbaar voor het beleid. Voor mij was het dus ook een bevredigende avond. Ook al ben ik niet de vaste dokter, ik heb wel iets kunnen betekenen.”

### Intuïtiever

Plato kan inmiddels snel inspelen op een situatie, omdat ze steeds in nieuwe, onbekende situaties terechtkomt. Ze merkt dat ze veel intuïtiever is gaan werken. “Ik was eerst veel wetenschappelijker en medisch gericht bezig met mijn werk. Natuurlijk werk ik nog steeds *evidence based*, maar ik probeer nu meer emotioneel aan te sluiten bij mensen, bij hun zorgen en angsten, en te voelen wat ze op dat moment van mij nodig hebben.”

Plato is begin dit jaar een vrije vestiging begonnen, vanwege het ondernemerschap en autonomie die ze als praktijkhouder nu heeft. Ik kan nu zelf mijn agenda bepalen en ik kan zorg leveren op de manier zoals ik dat wil. Na vier jaar waarnemerschap was het tijd om te aarden, eigen patiëntenpopulatie opbouwen en investeren in continuïteit van zorg. Het is best een stap maar praktijkhouder zijn op de manier die bij jou past en is een gamechanger. Als haar eigen praktijk straks goed loopt, blijft Plato overigens nog steeds graag voor medTzorg werken. “Dit werk bevalt me heel goed.”

---

### Isabella Plato (40 jaar)

- Gemiddeld 1 keer per week bereikbaarheidsdienst voor verschillende instellingen
- In januari 2022 solo huisartspraktijk gestart

**Ik probeer nu  
soms meer  
emotioneel aan  
te sluiten bij  
mensen, bij hun  
zorgen en angsten,  
en te voelen  
wat ze op dat  
moment van mij  
nodig hebben.**

# Staandehouding

**N**iet alleen de inhoud van het werk maakt dat ik de diensten nog steeds erg leuk vind om te doen, ook de vaak leuke sfeer op het politiebureau maakt dat ik er graag kom. Altijd een hartelijke ontvangst. Met de egards, die passen bij het erudiete beroep van arts: “Zo doc, ben je er weer, je kan hier wel een matras neerleggen!”

Van de week gebeurde er het volgende. Ik reed 's nachts van de Voorde in Amersfoort naar mijn huis in Zeist. Met grote snelheid naderde mij van achteren een politieauto. Blauw licht, gelukkig geen geluid. Het rode Stopteken werd met de seconde zichtbaarder. Schrok toch een beetje. Aan mijn onberispelijke rijstijl kon het toch niet liggen? Rustig sloeg ik de eerste de beste zijstraat in en draaide het raampje open. Ik herkende ze meteen: het fanatieke jonge koppel dat regelmatig staat te wachten bij de plaatselijke coffeeshop, om de nietsvermoedende blower een speekseltest aan te doen zodra hij in zijn auto of op zijn scooter stapt.

“Zo meneer.....” [het -tje laten ze tegenwoordig blijkbaar achterwege], klonk het sonoor, “we gaan even een drugstest bij u afnemen.” Ze hadden mijn nummerbord gescreend en gedacht: Hé, Kaarsgaren, die gaan we eens even aan de kant zetten!

Ik zei dat ze ook met alle plezier een blaastest mochten afnemen. Hoefde allebei niet. Ze waren met de staandehouding al tevreden.

# Maar je bent toch huisarts?

Als mensen doorvragen wat voor werk ik doe als huisarts, willen ze altijd weten waarom ik die medTzorg-diensten doe?! Een simpele reden: ik houd van afwisseling en van bijzondere gebeurtenissen. Met die gedachte heb ik eens bijgehouden wat ik zoal doe in één zaterdagdienst. Ik neem jullie graag mee:

- 10:00      Belletje uit verpleeghuis: mw. A. heeft per ongeluk de hoge bloeddruk-medicatie van iemand anders gekregen. Beleid: vandaag alleen met begeleiding lopen en staan.
- 11:45      Naar de gevangenis: meneer B. is ziek: koorts, spierpijn: Conclusie: echte griep; Beleid: niet in contact laten komen met andere gevangenen. Stel je voor: een griepepidemie in de gevangenis... wat een werk wordt dat!
- 12:15      Belletje uit verpleeghuis: mevrouw C. ligt op sterven en moet nodig poepen, maar daar heeft ze de kracht niet voor. Beleid: een klysma geven.

- 12:20 Belletje uit verpleeghuis: meneer D. heeft antibiotica voor een blaasontsteking en klaagt over buikpijn. Diagnose: waarschijnlijk bijwerking van de antibiotica of door de blaasontsteking. Beleid: pijnstilling
- 14:30 Naar de gevangenis: meneer E. was boos, heeft de magnetron door het raam gegooid; voor straf moet hij in de isoleercel. Tegen mij is hij weer rustig, heeft wel wat medicatie-vragen. Beleid: sterkte gewenst en medicatie geregeld.
- 15:00 Naar de gevangenis, voorbereiding van het spreekuur: de inschrijf-formulieren van de nieuwe gevangenen doorgenomen. De recepten met de medicatie van de gevangenen gecontroleerd.
- 15:10 Belletje uit verpleeghuis: mevrouw F. is overleden. Een 'verwacht overlijden': ze was dement, heeft de laatste weken alleen maar gelegen en niet meer gegeten. Gezegd dat ik later in de middag langs kom, nu heb ik het te druk.
- 15:30 Spreekuur arrestantencomplex (de cellen langs):
- meneer G. heeft op het formulier aangegeven dat hij methadon gebruikt. In de cel ligt hij met zijn hoofd onder de dekens en wil niets van me, zelfs niet zijn hoofd laten zien. Ik sta erop dat ik wel even zijn gezicht zie en doe de deken omlaag. Dhr. houdt zijn ogen dicht, ik krijg nog een snauw en dan doet hij de deken weer over zijn hoofd. Interessant dilemma: Ik ben verantwoordelijk voor zijn gezondheid. Maar hoe kan ik daar iets over zeggen als ik hem zelfs niet gezien heb? Maar mag ik wel de deken van zijn hoofd aftrekken als hij dat niet wil?
  - jonge man H. (16 jaar) heeft gisteren met stoeien per ongeluk met zijn vuist tegen de muur geslagen. Nu pijn in zijn hand. Diagnose: waarschijnlijk alleen gekneusd. Beleid: als hij last blijft houden morgen naar zijn eigen huisarts
  - meneer I. rookt elke dag wiet voor €30. Is nu aan het afkicken. Hij is onrustig en slaapt niet. Hij is inderdaad trillerig. Beleid: wat rustgevende middelen om het afkicken draaglijk te houden.

- meneer J. doet vreemd, trekt de deken om zijn hals. Hij zegt dat hij het gevoel heeft dat hij overal in faalt, heeft voortdurend zelfmoordgedachtes. Beleid: Na overleg met de psychiater: extra rustgevende middelen. Als hij uit de gevangenis weg gaat, wordt er een opname geregeld in de psychiatrie.

16:15 Verpleging belt: meneer K. is plots grauw en benauwd. Hij is bekend met dementie en hartproblemen. In principe gaat hij niet meer naar het ziekenhuis. Spreekuur onderbroken en met spoed naar verpleeghuis. Bij aankomst is hij net overleden. Beleid: geschouwd en de overlijdenspapieren getekend.

## Mensen willen altijd weten waarom ik die medTzorg-diensten doe?!

### Een simpele reden: ik houd van afwisseling en van bijzondere gebeurtenissen.

- 17:45 Terug naar gevangenis, vervolg spreekuur:
- volgens de bewaking is meneer L. zo gek als een deur. De psychiater die hem vanmorgen zag kwam niet in gesprek met hem. Waarschijnlijk is hij gearresteerd voor bedreiging met een mes, maar dat is onduidelijk. Ook is het onduidelijk waar hij verblijft en of hij behandeld wordt in de psychiatrie. Tegen mij is hij vrolijk en chaotisch, hij zegt dat hij in deze cel woont en geeft steeds tegenstrijdige informatie. Verder hoeft hij niets en wil ook niet dat ik hem onderzoek. Beleid: geregeld dat hij niet zomaar weg mag uit de gevangenis: hij moet dan eerst gezien worden door een psychiater (en waarschijnlijk gedwongen worden opgenomen).
  - meneer M. slaapt niet. Beleid: 2 dagen een slaappil.

- 18:00 Belletje uit verpleeghuis: mevrouw N. heeft haar maagsonde uitgebraakt. Ze heeft twee keer overgegeven, is verder niet erg ziek. Beleid: zetpil tegen de misselijkheid
- 18:30 Eindelijk naar het verpleeghuis: In de kamer ligt mevrouw F. op bed, twee kinderen met hun partners zitten op stoelen en midden in de kamer staat een doodskist; hij is al open. Nog nooit meegemaakt: de dood is nog niet vastgesteld en de kist staat al klaar. De zoon vertelt dat hij zelf de begrafenis regelt. Dat is veel goedkoper en als je op internet een kist bestelt dan heb je hem anderhalf uur later in de kamer! Beleid: geschouwd, familie gecondoleerd en de overlijdenspapieren getekend.
- 20:00 Belletje uit gevangenis: meneer O. slikt melatonine (medicijn om beter in slaap te komen), maar dat is niet klaargezet. Beleid: dan moet hij helaas dit weekend zonder die pil. Een visite kost de gevangenis en daarmee de maatschappij veel geld; dat vind ik in dit geval niet opwegen tegen zijn ongemak.
- 20:10 Belletje uit verpleeghuis: mevrouw P. heeft een blaasontsteking. Beleid: antibiotica
- 22:00 Naar de gevangenis: meneer Q. is gearresteerd, waarbij pepperspray is gebruikt. Ook heeft hij gedronken. Het eerste dat dhr. tegen me zegt als ik de cel in kom is "I don't like you". Ondanks toenaderingspogingen blijft hij bij dit standpunt. De agenten blijven tussen hem en mij instaan. En in dit geval ben ik daar wel blij om: hij loopt met gebalde vuisten en lijkt ieder moment uit te kunnen halen. Beleid: naar de cel met camera-observatie
- 01:45 Naar de gevangenis: meneer R. is benauwd door stress. Gebruikt dan altijd een puffer en dat helpt goed. Beleid: puffer gepakt

Wat een leuk baantje is dit toch: afwisseling, bijzondere gebeurtenissen, improviseren, interessante ethische dilemma's, lekker radio luisteren tijdens het rondrijden tussen de gevangnissen en verpleeghuizen, en toch ook hard werken. Mooie baan.

# Open raam

“Johan, kom je eten”, riep zijn vrouw Hilda vanuit de keukendeur. Maar Johan kwam niet.

Hilda vond hem liggend in de moestuin, niet aanspreekbaar. In het ziekenhuis werd vastgesteld dat hij een groot herseninfarct had. Linkszijdig volledig verlamd, volledige afasie en geen slikfunctie meer. Droevig, altijd gezond geweest, 73 jaar, genietend van zijn pensioen, een trotste tuinier, geveld tussen zijn dierbare groenten en planten. Na een week in het ziekenhuis werd hij in het verpleeghuis opgenomen voor revalidatie, urinekatheter, sondevoeding en volledig afhankelijk van anderen voor de dagelijkse zorg. Zijn begrip was ongeschonden maar de communicatie met de buitenwereld was nagenoeg onmogelijk. In zijn bed op zijn kamer van het verpleeghuis kon hij nog, wat heet, genieten van klassieke muziek. Maar bezoek van zijn dierbaren mocht hij niet ontvangen. Corona maatregelen, twee maal een uur bezoek op afstand per dag, wat een eenzaam lijden.

De ochtend dat ik bij hem kwam was zijn sonde gesneuveld en een nieuw geplaatste sonde had hij tot twee keer toe uitgetrokken. Na drie weken in eenzaamheid in het verpleeghuis, zonder een greintje herstel van motoriek, slikfunctie of spraakvermogen, leek hij te willen zeggen dat het leven voor hem voorbij was. Zijn vrouw Hilda en hun drie kinderen waren er ook in een aparte ruimte. Ik nodigde hen uit om met mij, tegen de regels in, bij Johan, hun vader te gaan kijken. Zo op het oog een grote, sterke, gezonde man.



Door op vragen te antwoorden met knijpen in de hand van zijn dochter beantwoorde hij de hem gestelde vragen. Zo werd duidelijk dat hij niet meer verder wilde leven.

Ik nam zijn gezin weer mee naar de kamer. Daar vertelde Hilda dat ze een week tevoren na een uur aan zijn bed te hebben gezeten weer naar huis moest. Toen ze buiten haar fiets pakte zag ze dat het raam van zijn kamer openstond. Ze bedacht zich geen moment, liep naar het raam en door het venster kon ze nog net zijn hand even aanraken. Huilend was ze daarna naar huis gefietst. Corona regels.

We besloten om Johan naar huis te laten gaan en daar zijn laatste dagen te gunnen, in vrijheid, zonder de liefde van zijn naasten te hoeven ontberen door universeel opgelegde maatregelen vanwege covid-19, omringd door kinderen en kleinkinderen. En zo is hij, na gewoon te zijn aangeraakt en geknuffeld, in alle rust heen gegaan.

**Door op vragen te antwoorden met knijpen in de hand van zijn dochter beantwoorde hij de hem gestelde vragen. Zo werd duidelijk dat hij niet meer verder wilde leven.**

# Insluitwaardig?

**W**e worden er als medTzorg-arts in het Utrechtse regelmatig voor op het bureau ontboden: beoordeling van de insluitwaardigheid. Meestal geen enkel probleem.

Vorig week was ik er wat langer mee bezig en twijfelde ik aanvankelijk. Het ging om een moeilijke man van een jaar of 60 met naar eigen zeggen een borderline persoonlijkheidsstoornis (denk dat hij gelijk had.....) en klachten van claustrofobie. Hij begon eerst omstandig uit te leggen waarom hij onschuldig was ingerekend. Iets waarin ik niet zo geïnteresseerd was. Resoluut afgekap. Vervolgens vertelde hij dat hij niet ingesloten mocht worden.

“Kijk maar in het dossier van mijn huisarts! Ik klaag u aan als u mij wel insluit.” De toon was gezet. Hij vertelde dus claustrofobisch te zijn en volledig door te draaien als hij ingesloten zou worden, ‘tot epilepsie aan toe’. Vorige keer zou hij met een ambulance zijn afgevoerd. Ik trof hem trouwens aan met een bloedneus. Kwam ook door de stress volgens hem.....Naast het psychische meldde hij ook dat hij zijn bed altijd omhoog zette, zodat hij halfzittend sliep, omdat hij een erg kromme rug had, wat inderdaad zo was.

Ik besloot me maar eens even terug te trekken en mijn partner en de Apu (Arrestantencomplex Utrecht) te bellen. Zijn vrouw beaamde dat hij bij insluiting behoorlijk onrustig kon worden. Het Apu kon terugzien hoe eerdere insluitingen waren verlopen: 2016 geen probleem, 2018 inderdaad ambulance, maar kwam door een val, wat volgens de groepschef niets met psychische onrust te maken had gehad. Over psychische decompensatie werd geen melding gemaakt.

Teruggekomen in de cel lag meneer op de grond, quasi-epileptisch te schokken. Ik knikte de in allerijl toegesnelde en reeds in plastic handschoenen gestoken agenten vaderlijk geruststellend toe, zo van 'laat maar even, dit is niet serieus'. Nu deed ik of mijn neus bloedde en door rustig met hem in gesprek te gaan over wat zijn vrouw zei en dat dit gedrag weinig zin had, ging hij weer zitten. Ik vertelde hem dat hij extra kussens kon krijgen in Houten en een rustgevend tabletje als hij dat wilde. Nee, dat mocht ie niet vanwege zijn gastric bypass, of ik hem wilde vergifigen.....Na nog wat gescheld en gedreig zag ik op camera dat hij de strijd opgaf en rustig op zijn bankje ging zitten, zijn situatie overdenkend (zo zag het er tenminste uit)...

Heb de volgende dag nog even naar het Apu gebeld. Het verblijf was (tot mijn vreugde, maar tegen mijn verwachting) rustig verlopen. Nu maar afwachten of die klachtenbrief komt. Denk het niet.

**Na nog wat  
gescheld en  
gedreig zag  
ik op camera  
dat hij de  
strijd opgaf en  
rustig op zijn  
bankje ging  
zitten.**

# In Nederland wordt heel goed met gevangenen omgegaan

Als huisarts had hij zo'n beetje alles gezien en meegemaakt, maar de gevangenis kende Wim Verstappen alleen van politieseries. Die onbekendheid leek hem de perfecte reden om na zijn pensionering in twee penitentiaire inrichtingen te gaan werken. De strikte structuur en regels waren even wennen voor een 'vrije vogel' als Verstappen, maar het bleek een heel boeiende plek. Hij raakte direct onder de indruk van de gemotiveerde verpleegkundigen en bewaarders.

Op het eerste gezicht leek het werk in een gevangenis Wim Verstappen misschien niet op het lijf geschreven. "Ik vind het lastig om te gaan met pasjes en sleutels, die raak ik altijd kwijt. Ik wist dus niet of ik in zo'n overgestructeerde omgeving zou kunnen functioneren." Bovendien: "Ik ben nogal een vrije vogel. Ik heb veel last van te veel grenzen, maar dit was echt de volkomen grens."

Toch overwon zijn nieuwsgierigheid naar het onbekende. Als huisarts had hij op veel verschillende plekken gewerkt: in een gezondheidscentrum, een eigen praktijk, in praktijken van collega's. Daarnaast promoveerde hij, werkte hij als onderzoeker en docent bij de huisartsenopleiding, werkte hij in de transmurale zorg. Hij kende het huisartsenvak uit de praktijk, de wetenschap, het management en als toezichthouder. "Ik heb echt veel gezien en meegemaakt. Maar ik was nog nooit in de gevangenis geweest. Die wereld kende ik alleen van politseries. Het trok me meteen, het leek me een heel aparte, boeiende omgeving."

Verstappen was altijd al van plan geweest om na zijn pensionering deels te blijven werken. Toen de coronapandemie de plannen van zijn vrouw en hem om met een camperbusje op pad te gaan, ook nog eens dwarsboemde, was helemaal duidelijk dat hij nog even zou doorwerken. En dus begon Verstappen vorig jaar na zijn pensionering als huisarts in twee gevangenissen in Noord-Limburg.

### **Vader en zoon**

Twee dagen per week werkt Verstappen in de ochtend in vrouwengevangenis Ter Peel en in de middag in de Roermondse gevangenis. Hij houdt op beide locaties spreekuur, waarbij covid-19 nu natuurlijk een belangrijk aandachtspunt is, draait mee in het overleg met psychiaters, verpleegkundigen en psychologen, schrijft brieven, verwijzingen, verslagen. Wat hem al snel opviel: er zijn een paar grote items in een gevangenis. "Het gaat vaak over verslaving, zwakbegaafdheid en psychiatrie. Daarnaast heb je nog een klein percentage echt criminele mensen."

## Bij sommige mensen heb je het idee dat je iets voor ze kunt betekenen.

Aan die laatste groep moest hij wennen. Sommige gedetineerden hebben vreselijke misdaden begaan. “Ik wist natuurlijk wel dat deze mensen bestaan. Maar als je daar dan in levenden lijve mee geconfronteerd wordt, is dat wel even slikken. Ongelooflijk dat mensen tot die vreselijke dingen in staat zijn. Dan heb ik het niet over zwakbegaafde of verslaafde mensen of mensen met een psychiatrische achtergrond. Zij zijn niet altijd verantwoordelijk te houden voor hun gedrag. Maar dan blijft er een klein deel over waarvan je denkt ‘hoe heb jij deze keuzes kunnen maken?’”

Heeft hij door zijn werk in de gevangenis begrip gekregen voor deze gedetineerden of juist niet? “Dat is heel wisselend. Soms wel, maar bij sommige mensen hoop ik ook dat ze hun hele leven opgesloten blijven.” Wat hem wel opvalt, is hoe bepalend het milieu is waarin je bent opgegroeid. Laatst wilde hij iemand laten oproepen voor het spreekuur, waarop de verpleegkundige vroeg of Verstappen de vader of zoon bedoelde. Beiden bleken in de gevangenis te zitten. “Dat geeft wel aan hoe lastig het is je uit bepaalde milieus te onttrekken.”

Verstappen ziet dat veel mensen hardnekkig zijn in hun gedrag. Hij houdt dan ook regelmatig zijn hart vast als gedetineerden weer vrijgelaten worden. Maar soms ziet hij verbeteringen. “Bij sommige mensen heb je het idee dat je iets voor ze kunt betekenen. Ik hoop dat ze dat dan vast kunnen houden.”

### In de watten

Verstappen merkt nog regelmatig dat mensen denken dat gevangenen in de watten gelegd worden.

“Dat is absoluut niet het geval. Een gevangeniscel is anderhalf bij drieënhalve meter. Daar staat een tafel, een stapelbed, een WC, tv en een wasbak. En daar wonen mensen dan met zijn tweeën.”

Maar binnen dat kader worden gevangenen goed behandeld, ziet Verstappen. “Een van de kenmerken van een fatsoenlijke maatschappij is hoe er met gevangenen wordt omgegaan, vind ik. En ik vind dat we dat in Nederland goed doen. Er lopen heel enthousiaste, gemotiveerde verpleegkundigen en bewaarders rond, die hun stinkende best doen de ellende voor gevangenen toch zo draaglijk mogelijk te maken. Daar ben ik erg van onder de indruk. Het is niet altijd een prettige omgeving om in te werken, maar zij proberen toch altijd om goede zorg te leveren.”

Zou Verstappen collega's aanraden om in de gevangenis te werken? Resoluut: “Ja. Zeker.” Maar, voegt hij eraan toe, hij denkt wel dat het goed is om voldoende ervaring als huisarts te hebben voordat je dit soort werk gaat doen. “Het is goed om ervaring te hebben in samenwerken, je eigen grenzen te kennen, te weten wat je sterke en zwakke punten en je valkuilen zijn. Je moet bijvoorbeeld risico durven nemen. Vaak gaat een kwaal over als je even wacht. Niet iedereen durft echter af te wachten, ook vanwege mogelijke publiciteit als iets niet goed gaat. Gevangenisdirecteuren zijn vaak heel bang dat als er iets misgaat met een gevangene, dat in de krant komt. Maar als je dat allemaal aankan, kan het een heel interessante, zinvolle baan zijn. Ik ga er met plezier naartoe.”

En hoe gaat het tot dusver met de sleutels en de pasjes? “Redelijk,” lacht Verstappen. “Het is wel een item, maar het is nog niet misgegaan. Er zijn heel goede procedures, dus het kan ook bijna niet mislopen.”

---

### **Wim Verstappen (65 jaar)**

- Was: huisarts in verschillende praktijken, als praktijkhouder en als waarnemer, in transmurale zorg, huisartsenpost, onderzoeker, docent op huisartsenopleiding
- Is: huisarts in penitentiaire inrichtingen Ter Peel en Roermond

# ‘Oude Mongolen’

In 1998 werkte ik, in mijn wachttijd tussen mijn voorlaatste en laatste coschap, als slaapwacht in een gezinsvervangend tehuis in Enschede. Eigenlijk was dit mijn basis om in 2012 “ja” te zeggen toen ik werd gevraagd voor het medTzorg cluster Twente. Het mooiste vond ik het als ik eerder dan 11 uur ’s avonds kon beginnen zodat ik de bewoners ook naar bed kon brengen. De groep bestond uit een ruim 10-tal bewoners met een verstandelijke beperking met redelijk niveau en een zelfde grootte groep bewoners op leeftijd met psychiatrische achtergrond. Een bonte verzameling “andere” mensen.

Eén van de bewoners was Sam, een man van begin 40 met het syndroom van Down. Hij was niet op zijn plek in deze woonzorg-vorm en vertoonde grote gedragsproblemen. Ik zie hem nog zitten in een hoek van zijn kamer, in kleermakerszit, grove beige corduroy broek. De kamer vrijwel leeg en daar zat hij maar, ritmisch bewegend met hoofd en bovenlijf, in zichzelf gekeerd en zo volledig afgezonderd van de wereld. Wanneer iemand bij hem kwam schreeuwde en kermde hij. Er werd naarstig gezocht naar een ander en meer passend onderkomen voor hem.

Vorig jaar werd ik gevraagd om een bewoner van een grote gehandicapten instelling een man met het syndroom van Down te beoordelen. Wat ik aantrof was een “oude Mongool” die met een ernstige verstandelijke beperking zijn leven was gestart en in de



loop van zijn verdere leven zijn beperkte verstand nog verder was verloren aan dementie. Een lot dat veel mensen met het syndroom van Down overkomt, met symptomen vanaf hun veertigste. Deze man was volledig bedlegerig door de dementie. Hij had nu ook nog een longontsteking en was erg ziek. Zijn ouders leefden niet meer. Er was een voogd aangewezen om over hem te beslissen, die niet wist hoe met de situatie om te gaan. Ergens kwam er bij mij iets van herkenning. Ik keek in zijn dossier en vond dat Sam in het tehuis had gewoond waar ik mijn eerste kennismaking had opgedaan met de gehandicaptenzorg. Het was dezelfde Sam met zijn grove corduroy broek. We besloten een abstinierend beleid in te zetten en hem niet meer te behandelen.

Een paar uur later werd ik gebeld. Sam kroop nu over de gang, blazend en huilend. Toen ik aankwam had de zorg hem op de gang op een matras gelegd en een paar minuten na mijn aankomst overleed hij. Terwijl ik in kleermakerszit naast het matras zat met mijn hand op zijn schouder en de voogd met ontredde in zijn ogen tegen de muur stond geleund.

Deze hele geschiedenis heeft mij en poos bezig gehouden omdat het mij raakte om iemand zo kwetsbaar, zo rauw en alleen te zien lijden en overlijden. De vraag die bij mij rees of wij dokters voor de heroïek van de medische professie of dokters voor het welzijn van de mensen, waar wij de medische zorg over hebben. Ik had het hem zo gegund dat hij eerder was gegaan, in het bijzijn van zijn ouders. Ook zijn ouders had ik dat gegund.

**De vraag die  
bij mij rees of  
wij dokters  
voor de  
heroïek van  
de medische  
professie  
of voor het  
welzijn van de  
mensen.**

# Gekkenhuis

In de oudste psychiatrisch instelling van Nederland werd de dienstdoende huisarts regelmatig ontboden om automutilatie wonden te komen hechten. Er waren twee patiëntes langdurig opgenomen en als de ene zich geautomutileerd had was het bijna altijd zo dat je binnen 1 of 2 uur de andere kon gaan hechten.

Dit gebeurde heel vaak, bij beiden zeker meer dan 10 keer. Als huisarts vraag je je dan af hoe dit mogelijk is, waar ze iedere keer de mesjes vandaan halen. Maar de huisartsen werden geacht te hechten. De verdere behandeling werd immers door de psychiaters gedaan.

Er was één duidelijk verschil bij beide dames. De eerste wilde altijd een lokale verdoving, de andere perse niet. Ze waren beiden rechtshandig dus meestal was de linkerarm de pineut.

Op een dag was het weer zover. Eerst de ene gehecht met verdoving, een paar uur later werd ik voor de andere gevraagd te komen. Inmiddels waren we ook redelijk met elkaar bekend.

Op een gegeven moment moest ik toch wat lachen, bij de plm. 13<sup>e</sup> hechting zonder verdoving was patiënte met de rechterhand op haar telefoon aan het WhatsAppen!

**Waarop patiënte zegt...**  
**...goh ja dokter, ik zit ook niet voor niets**  
**in een gekkenhuis.**

Toen ze vroeg waarom ik moest lachen vertelde ik haar dat ik dit nooit eerder mee had gemaakt. Ik die zonder verdoving aan het hechten ben en zij gewoon met haar telefoon bezig is om een berichtje te sturen.

Waarop patiënte zegt...  
...“goh ja dokter, ik zit ook niet voor niets in een gekkenhuis”

# Balanceren

**H**et is de kunst in ons werk, zoals dat heet, met de juiste ‘professionele distantie’ en ‘betrokkenheid’ te acteren. Bij een te grote distantie wordt de patiënt gereduceerd tot zijn klacht of ziekte. Bij te grote betrokkenheid bestaat het gevaar dat de patiënt als een goede vriend(in) wordt, die je als bevriende arts moeilijk grenzen durft te stellen, of wiens klemmende beroep op jou als redder in nood alle professionele grenzen doet vervagen. Niemand wil een afstandelijke dokter, maar een door emoties overmande arts kan zijn werk niet naar behoren doen.

Of je je als arts betrokken voelt bij een casus hangt van veel factoren af. Bij zedenzaken, waar we als artsen uit het cluster Amersfoort het sporenonderzoek verrichten, voel je je meestal als vanzelf zeer betrokken en begaan met het slachtoffer. De collega's van cluster Utrecht West bemonsteren volgens afspraak trouwens een eventuele verdachte. Dat mag nooit door dezelfde arts gebeuren in verband met het potentieel verslepen van materiaal. Een oplettende advocaat zal een vormfout melden. Weg zaak.

Na een voorgesprek met de tactisch rechercheur en de collega van de forensische opsporing [FO] wordt er bepaald wat er gedaan moet worden. Vervolgens vindt een gesprek met het slachtoffer plaats en gaan we, gehuld in onderzoekspak, handschoenen,

mondkapje en haarnetje, stap voor stap door het onderzoek heen. In dit proces ben je bewust en onbewust continu aan het balanceren tussen distantie en betrokkenheid. Je denkt na of het wel verstandig is dat moeder aanwezig is bij het gesprek (krijg je wel eerlijke informatie? Durft ze dan bijvoorbeeld wel te vertellen dat ze 3 dagen geleden ook nog met Pietje seks heeft gehad), je houdt rekening met de emoties van het slachtoffer, peilt hoe ze onder de situatie is, wie ze bij het onderzoek erbij wil hebben, je geeft tijd voor een huilbui, stemt af of er doorgedaan kan worden of dat er even een pauze moet komen..... Tegelijkertijd houd je regie over de situatie: het onderzoek moet immers goed en volledig gebeuren.

Onderzoeken vinden plaats in het UMCU, bij het Centrum voor Seksueel Geweld. De opsporingstaak is volstrekt gescheiden van de medische zorg. De laatste wordt verleend door het ziekenhuis. Denk daarbij aan medicatie tegen geslachtsziekten en ter voorkoming van zwangerschap en psychologische zorg. Opvallend vaak betreft het jonge vrouwen met een licht verstandelijke handicap, een zwakke sociale achtergrond of een ontwikkelingsstoornis als autisme. Een meisje komt bijvoorbeeld via 'Insta' of andere sociale media in contact met een jongen. Voor het pakje sigaretten dat ze dan krijgt, blijkt ze dan wel wat terug te moeten doen.....

**Niemand wil  
een afstande-  
lijke dokter,  
maar een  
door emoties  
overmande  
arts kan zijn  
werk niet  
naar behoren  
doen.**

Zedenzaken  
zijn een vaak  
heftig, maar  
belangrijk en  
ook dankbaar  
onderdeel van  
ons werk.

Een aantal casussen zal ik me altijd blijven herinneren. Zoals die arme 80-jarige vrouw die in haar eigen huis verkracht was en de vrouw in coma, die ik op de IC moest bemonsteren. Gruwelijk verhaal van een gekrenkte ex. Ze zou later overlijden aan haar verwondingen. Vorige week werd ik ook geconfronteerd met een casus, waar ik de dagen erna nog wel een paar keer aan moest terugdenken. Een Poolse vrouw had de relatie met haar vriend verbroken. Ze zou die avond nog wat spullen komen halen. Ze werd zwaar mishandeld. Twee blauwe ogen, pijnlijke brandwonden op haar coeur [borstbeen] en rechter arm door een sigaret en haar lange haren waren door hem afgeknipt. En niet zoals een kapper dat zou doen. En ze werd anaal en vaginaal verkracht. Als hij haar niet kon hebben dan niemand, had hij gezegd. Samen met de FO en met hulp van een geduldige tolk, hebben we alle letsels gefotografeerd en onderzoek naar genetisch materiaal van de dader gedaan. Ook is er DNA van haar verzameld om vreemd van eigen DNA te kunnen onderscheiden.

Zedenzaken zijn een vaak heftig, maar belangrijk en ook dankbaar onderdeel van ons werk. Ik neem mijn werk gelukkig zelden mee naar huis. Maar soms is het onvermijdelijk en misschien wel nodig dat dat toch gebeurt, gezien de schokkende situaties waarmee wij nu en dan worden geconfronteerd.

# Ik zoek de randen van de huisartsengeneeskunde op

**Michiel van Rens werkte eerder als repatriëringsarts en als huisarts op een cruise met ouderen. Momenteel combineert hij zijn werk in een huisartsenpraktijk met werk op een legerbasis en in een penitentiaire inrichting. Uiteindelijk wil hij zich vestigen als huisarts, maar voorlopig werkt hij graag nog op bijzondere plekken. “De spanning interesseert me.”**

Toen Michiel van Rens tweeënhalf jaar geleden zijn opleiding tot huisarts afrondde, wilde hij zich nog niet direct vestigen. “Ik zoek de randen van de huisartsengeneeskunde op en wil het kader zo breed mogelijk houden.” Zo begon hij via medTzorg bij de penitentiaire inrichting (PI) in Roermond.

De spanning van het werk bij de PI trekt hem aan, maar Van Rens heeft nog een belangrijkere drijfveer: “Ik ben van mening

dat gedetineerden een lagere kans op recidivering hebben als je ze medisch goed begeleidt. Een slechtere gezondheid in de gevangenis ligt op de loer. Gedetineerden eten hun maaltijd niet altijd op en er wordt veel fastfood genuttigd. Ze zijn bovendien veel op cel en hebben daardoor minder beweging dan buiten. Dan is de neiging om lak aan de maatschappij te hebben groter en dat verhoogt weer de kans op problemen buiten.”

### **Dikkere matras**

Van Rens werkt elke week één dag in de PI. Hij houdt spreekuur en begeleidt gedetineerden met verslaving en andere medische zaken. Vooral wil hij een luisterend oor bieden aan gedetineerden. “In de gevangenis moeten ze letterlijk hun mannetje staan. Nieuwe gedetineerden komen soms met veel bombarie binnen; met een missie. Er zijn naast de vele hulpvragen ook gedetineerden die iets gedaan willen krijgen: alleen op cel, meer privileges, een dikkere matras, dat soort zaken. Dan zeg ik: ‘rustig maar, ga zitten, ik heb alle tijd voor je’ en je ziet ze rustiger worden. Ze missen het vaak in de gevangenis om gehoord te worden. Het is mooi als ze inbinden en zich eerlijk en kwetsbaar kunnen opstellen. Dan kan ik ze veel beter helpen. Vaak is dat gewoon met een gesprek, luisteren, hun zorgen wegnemen.”

Het werk in de PI gaat hem steeds beter af, zegt Van Rens, maar het duurde wel een jaar voordat hij zich comfortabel voelde in zijn rol. Wat hem hielp was om de gevangenis en het personeel beter te leren kennen. Een kletsje met de schoonmakers, een praatje met de bewaarders, kennismaken met de directeurs. “Dat is de tip aan iedereen: wees niet alleen de huisarts, maar probeer de hele wereld erachter te kennen en te weten wat er speelt. Dat doe je in elke gemeenschap, dus in de gevangenis zou je dat ook moeten doen, ook al is dat iets lastiger omdat alles op slot is en op afspraak moet.”

Het mooiste aan zijn werk in de PI is de dankbaarheid van de gedetineerden, vindt Van Rens. Ook een bijdrage leveren aan een verandering is een drijfveer. “Sommigen lukt het te accepteren wat ze gedaan hebben en hun detentie te gebruiken voor verandering: afvallen, sporten, contact maken met anderen of werken aan hun eventuele verslaving; op alle terreinen een beter mens worden. In detentie is er alle ruimte en aandacht om dat te doen. Het is mooi dat ik ze daarin kan begeleiden en stimuleren.”

### **Isolatie**

Waar Van Rens wel moeite mee blijft houden, is het isoleren van gedetineerden. “Isoleren vergroot de kans op



**Wees niet alleen  
de huisarts,  
maar probeer  
de hele wereld  
erachter te  
kennen en te  
weten wat er  
speelt.**

decompensatie van een psychiatrische stoornis en geeft een verhoogde kans op suicide. Het is bovendien de vraag of het werkt op de lange termijn.” Isoleren wordt nog altijd gebruikt om gevaar af te wenden of een gedetineerde te straffen. Het is daarbij aan de huisarts om

de lichamelijke en mentale conditie van de gedetineerde in de gaten te blijven houden. Van Rens: “Dat is een heel zinvolle taak. Je kunt als huisarts echt het verschil maken door iemand te beschermen.”

Eén casus is Van Rens extra bijgebleven. Een jonge man met diabetes was in isolement geplaatst. Toen Van Rens in de isoleercel kwam, trof hij een zeer onregelde patiënt aan die duidelijk medische interventie nodig had. “Anders zou er mogelijk gezondheidsschade ontstaan zijn. Dit is vaak niet bekend bij niet-medisch personeel. Op zo’n moment moet je strijden om duidelijk te maken aan het personeel dat het niet veilig was voor de patiënt.” In dit geval trof Van Rens een directeur die hiervoor openstond en het liep goed af. Maar soms komt het medische beleid niet overeen met het beleid van de gevangenisdirecteur. “Dat kan soms lastig zijn.”

### **Nascholing**

Fijn aan het werken voor medTzorg is dat je altijd terecht kunt bij de organisatie voor advies, zegt Van Rens. “Er is een contactpersoon die je altijd kunt bereiken, die heeft me ook begeleid binnen justitie.” Van Rens heeft bijvoorbeeld wel eens advies gevraagd over een gedetineerde die al meer dan twee weken in isolement was geplaatst. “Ik heb gevraagd waar ik

op moet letten bij zo'n lange detentie en hoe ik het best kon aankarten bij de directie of het isolement opgeheven kon worden. medTzorg heeft de knowhow, dus daar leer je van."

Daarnaast volgt Van Rens regelmatig de nascholing van medTzorg, over onder meer lachgasgebruik, GHB-gebruik en het isoleren van jongeren. Via Justitie werd Van Rens al opgeleid tot justitieel geneeskundige. Waarschijnlijk gaat hij de volgende masterclass via medTzorg ook volgen. Sowieso noemt hij medTzorg een prettige werkgever. "Ze zijn altijd netjes met de randzaken. We wachten alleen nog op een loonsverhoging," lacht hij.

## Zorg

Ooit wil Van Rens zich ergens vestigen als huisarts, maar nu dus nog even niet. "Ik vind een maandje hier, een weekje daar en een dagje ergens anders erg leuk werken en er zijn ook veel lege plekken die we moeten vullen met zijn allen."

Van Rens heeft wel één grote zorg: dat werk en privé samenkomt. "Je wil niet dat er ooit een gedetineerde bij je op de stoep staat." Daarom koos hij er bewust voor om 100 kilometer van zijn woonplaats te gaan werken. Die angst weerhoudt Van Rens er overigens niet van om in de gevangenis te blijven werken, dat blijft hij graag doen. "Die spanning is ook wel weer interessant. Het houdt je scherp om alle keuzes af te wegen."

**Je wil niet dat er ooit een gedetineerde bij je op de stoep staat.**

---

### Michiel van Rens (34 jaar)

- PI Roermond
- huisartsenpraktijk
- legerbasis

# Komkommer

Ik maak kennis met een nieuwe patiënte, de negentig gepasseerd, zuurstof slangetje onder de neus, een bolle buik vol vocht vanwege een niet nader gediagnostiseerde tumor in de buik, oorbellen en gelakte nagels, halfvolle asbak in de vensterbank en de brandgaatjes in haar nachtjapon als bewijzen van haar nog immer actieve rokersleven.

Twee verzorgenden komen met een tablet gewapend haar kamer binnen en zonder iets te zeggen willen ze op haar sofa neerstrijken. “Wat komen jullie doen?”

“Wij zagen dat de dokter er was en kijken even mee.”

“Als ik jullie nodig heb druk ik wel op het belletje.” Ze maakt een afwerend gebaar.

De twee verzorgenden druipten af. Waarschijnlijk wel gewend aan haar directe manier van communiceren.

“Fijn dat u er bent, ik had al begrepen dat er een nieuwe dokter komt en vind het prettig u te ontmoeten.” “Waar komt u vandaan als ik vragen mag, u praat totaal niet Twents?”

“Van oorsprong kom ik uit Rotterdam maar ben verdwaald en in Twente terecht gekomen.”

Ondanks de  
fragiele staat  
van haar  
gezondheid en  
het naderend  
einde van haar  
leven klaagt  
ze met geen  
woord.

“Als u nou tegenover me op de bank gaat zitten, dan zit u op 2,5 meter afstand van mij, kan u het mondkapje afzetten en kan ik u tenminste zien.” Ik verplaats mij van de stoel naast haar naar de aangewezen plek op de sofa en onthul de onderste helft van mijn gezicht.

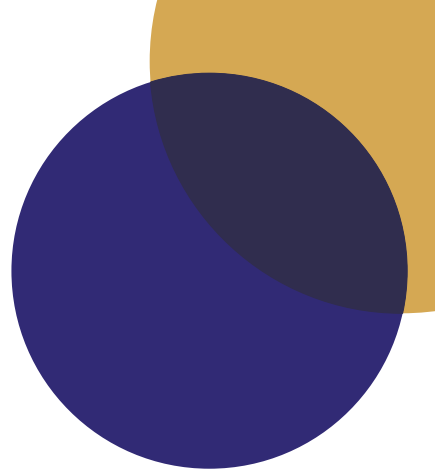
Het gesprek zet zich voort en mevrouw vertelt over haar bewogen leven. De ziekte van haar man en zijn overlijden. Het harde werken met een eigen zaak, het grote huis net buiten de stad waar ze ruim een halve eeuw woonde met een grote garage met ruimte voor de Mercedes en de Mini. Ondanks de fragiele staat van haar gezondheid en het overduidelijk naderend einde van haar leven klaagt ze met geen woord. Ze vertelt over haar enige nazaat, haar zoon. Hij komt elke week bij haar langs maar is maar alleen, altijd alleen geweest, hij is niet zo goed in het contact met mensen. “U moet weten hij heeft komkommer.” Ik kijk haar niet begrijpend aan. “Of in ieder geval een ziekte met de naam van een groente.” “Asperger”, zeg ik. “Ja, de ziekte van asperge.”

Deze ontmoeting liet maar weer eens zien hoe wij in de zorg gemakkelijk voorbij gaan aan de behoefte van de oudere mens waar wij zorg voor dragen. Communicatie zit niet in de inhoud van de woorden die wij gebruiken maar vooral in de interactie, het daadwerkelijk contact maken,

het respecteren van de beperkte ruimte waar iemand in het verpleeghuis in zijn laatste levensfase op is teruggeworpen. In de huidige situatie wordt de eenzaamheid van veel ouderen versterkt door de maatregelen als mondkapjes, beperkt bezoek, vluchtig contact met de zorg en het worden teruggeworpen op moderne communicatiemiddelen die voor ouderen moeilijk te hanteren zijn.

Wij moeten er in de zorg voor waken dat wij de maatregelen niet laten prevaleren boven de menselijke behoefte aan daadwerkelijk intermenselijk contact en dat is misschien wel de grootste uitdaging.

**Wij moeten er in de zorg voor waken dat wij de maatregelen niet laten prevaleren boven de menselijke behoefte aan daadwerkelijk intermenselijk contact.**



## Colofon

Uitgave: medTzorg  
Vormgeving: Punt Grafisch Ontwerp

Contactgegevens:  
Herculesplein 357, 3584 AA Utrecht  
T. 030 - 511 25 00  
E. [communicatie@medtzorg.nl](mailto:communicatie@medtzorg.nl)

### © 2022 medTzorg

Aan de inhoud van deze uitgaven kunnen geen rechten worden ontleend. Niets uit deze uitgave mag worden veevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.





med**i**zorg  
*25 jaar*