



# Interview Jan Dokter

W. Bax \*

**Voor de brandwondenpatiënt, voor wie van het ene op het andere moment het leven ingrijpend en voorgoed verandert, is het team van het brandwondencentrum een niet te onderschatten houvast. In het Brandwondencentrum Rotterdam was Jan Dokter als arts lange tijd de spin in het web, maar, benadrukt hij bij zijn afscheid: “Brandwondenzorg is een teamsport”.**

Eigenlijk was het zijn plan om huisarts te worden. Om de veelzijdigheid en om het directe en langdurige contact met patiënten. Voor de huisartsenopleiding deed hij stage op de afdeling chirurgie van het voormalige Zuiderziekenhuis in Rotterdam, maar huisartsenpraktijken waren schaars in 1984 en toen hij de mogelijkheid kreeg om te blijven koos Jan Dokter voor de chirurgie waar hij al ervaring had opgedaan als zaalarts in het hierboven genoemde ziekenhuis. Zijn terrein bestreek onder meer de brandwondenzorg op de kinderafdeling. Vervolgens kon hij in 1986 aan de slag in het nieuwe brandwondencentrum van het ziekenhuis. “Het klikte van beide kanten”, vertelt hij, waarmee zijn toekomst was bezegeld en hij alles wat hij als arts ambieerde mocht gaan waarmaken.

## Dokter zijn

“Het mooie was: je deed alles”, zegt Dokter. “Je zag patiënten binnenkomen bij de opvang, voerde operaties uit en werkte op de poli. En je deed de zorg op de intensive care (IC), want intensivisten bestonden toen nog niet. Het sprak me aan dat je net als een huisarts echt een dokter kan zijn voor je patiënten. Zeker bij de brandwondenzorg, waar je vaak langdurig contact hebt met patiënten.” Bovendien begon de brandwondenzorg in die jaren aan een enorme ontwikkeling. “Het was een van de eerste afdelingen in de zorg waar echt multidisciplinair werd gewerkt”, vertelt Dokter. Die trend was overgewaaid vanuit de Verenigde Staten door de pionier in de brandwondenzorg, Rudy Hermans, chirurg in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, maar landde vooral op vruchtbare grond omdat Nederland al sinds 1971 de Brandwondenstichting had. De stichting was zo succesvol in de fondsenwerving dat het Nederland een vooraanstaande positie bracht in de brandwondenzorg, met extra geld voor onderzoek en preventie, de oprichting van de huidbank en natuurlijk het faciliteren van de drie gespecialiseerde brandwondencentra in Nederland.

## Voorsprong

“Ons kent ons”, beschrijft Dokter de sfeer tussen de Brandwondencentra in Rotterdam, Beverwijk en Gronin-

gen. “Ze bundelden hun krachten in de Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland (VSBN), maar je voelde zeker in het begin ook wel enige concurrentie. Uiteindelijk konden we samen veel meer bereiken dan in andere landen het geval was.”

Veel innovatie school er in de ontwikkeling van wondbedekking en -materialen. “Vroeger moest je ervan uitgaan dat veel mensen met grote brandwonden meestal doodgingen, in een hoekje van het ziekenhuis”, vertelt Dokter. “In de jaren zeventig kwamen er verschillende soorten brandwondenzalf op de markt, waardoor je minder infecties kreeg en meer mensen ernstige brandwonden overleefden. Zilversulfadiazine is daar een goed voorbeeld van. Daar bereikten we goede resultaten mee, al bleken er ook nadelen aan deze zalf te zitten in de zin van vertraagde wondgenezing.”

Dankzij samenwerking en kennisuitwisseling kreeg de behandeling van littekens in de afgelopen decennia een enorme impuls. “Brandwondenzorg is zoveel meer dan een velletje repareren”, zegt Dokter. “Littekens kunnen ernstig mutilerend zijn en leiden tot flinke functiebeperkingen bij de patiënt. Om te overleven betalen mensen een hoge prijs en de impact op het leven is enorm. Dan kun je als dokter of verpleegkundige enorm veel betekenen.”

## Teamsport

Het is een stokpaardje van Jan Dokter, maar hij zegt het dan ook uit de grond van zijn hart: “Brandwondenzorg is een teamsport. Als brandwondenarts ben je de spin in het web, maar je doet het nooit alleen. Het valt of staat met goede (wond)zorg door de verpleegkundigen. Je maakt als team enorm veel mee. Het is werk waarvoor je bevlogen moet zijn en dat heb je of dat heb je niet.”

*Je ziet vaak het verband tussen lichaam en geest: als de patiënt het opgeeft, kan ook de wondgenezing stagneren.*

“Samen ben je het gezicht voor mensen voor wie het perspectief na een zwaar ongeval plots ingrijpend en

voorgoed is veranderd. Mensen moeten soms door met flinke beperkingen en niet elk leven is te redden. Goed contact met patiënten is heel belangrijk. Velen zie je heel lang, ook poliklinisch voor nabehandelingen en correcties. Je ziet vaak het verband tussen lichaam en geest: als de patiënt het opgeeft, kan ook de wondgenezing stagneren. Soms weet je dat een behandeling klaar is, dat het tijd is om afscheid te nemen, en zijn mensen daar nog niet klaar voor. Zeker als het om kinderen gaat, doet dat je veel. Dan heb je als arts evenveel steun nodig als ieder ander in het team.”

## Adrenaline

Om maar niet te spreken van de rampen waarvoor Dokter moest uitrukken. De ramp met het Martinair-vliegtuig in Faro in 1992 maakte indruk maar deed de adrenaline ook wel flink stromen. In een privéjet vlogen Dokter en zijn collega's ernaartoe. “Bij de landing op het vliegveld zagen we het wrak al liggen. Vervolgens gingen we alle ziekenhuizen in de omgeving af om patiënten te zien en te beoordelen of en hoe we ze konden transporteren.” In een haastig omgebouwd vliegtuig vloog Dokter met de zwaarst gewonde Nederlanders terug naar huis. In zo'n 48 uur waren alle facetten van het werk van een brandwondenarts voorbijgekomen.

Wat hem ook bijbleef van 'Faro': “Dat de verzekeraars maar bleven vragen om polisnummers, terwijl we intensief met de patiënten bezig waren. Terwijl de zorg in de eerste uren cruciaal is.” En er waren andere rampen. De Bijlmerramp, waar overigens opvallend weinig echte brandwonden voorkwamen. De cafébrand in Volendam, waar jonge mensen zo hard werden getroffen, de vuurwerkramp in Enschede . . . allemaal onvergetelijke gebeurtenissen die echter ook bijdroegen aan de kennis en ervaring.

## Database

Van die ervaring profiteerden niet alleen Dokter en zijn team. Dankzij een zorgvuldig door Dokter bijgehouden database staat ze ook ter beschikking van andere brandwondencentra en alle mensen die in de toekomst werkzaam zijn in de brandwondenzorg. Het begon in 1986 met een plakboek met stickers en aantekeningen, werd voortgezet in het inmiddels prehistorische systeem MS Dos en bestaat nu in volledig gedigitaliseerde vorm: leeftijd, diagnose, ligduur op de IC en in het ziekenhuis, gebruikte antibiotica en alle andere relevante informatie. “Het jaar 1987 is het eerste complete jaar in de database”, zegt Dokter, liefhebber van data als hij is. “Ik ga er nog even mee door. Het zou leuk zijn om er precies 35 jaar van te maken.”

De data zijn een bron voor allerlei wetenschappelijk onderzoek en ook voor zijn eigen promotie. Ze laten ook zien dat er 'trends' bestaan in het ontstaan en de behande-

ling van brandwonden. “Neem het uiterst vluchtige en brandbare bio-ethanol. Daar kwamen vreselijke ongelukken van. Toen we dat vaststelden, bereikte dat de Tweede Kamer en kwam het uiteindelijk tot betere regelgeving. Een recenter voorbeeld zijn de lachgascilinders die mensen bij het gebruik tussen de benen klemmen, en die zo bevroeringsverschijnselen kunnen veroorzaken”.

## Specialisatie

In de behandeling is er onder meer veel bereikt in het niveau van de wondzorg in de reguliere zorg. “In elk ziekenhuis in Nederland weten ze nu wat ze in eerste instantie moeten doen om de gevolgen van brandwonden zoveel mogelijk te beperken en de patiënt tenminste 24 uur in leven te houden. En er zijn de wondverpleegkundigen en de wondconsulenten die tot op het niveau van de huisartsen en thuiszorg aan toe bereikbaar zijn om wonden zo goed mogelijk te analyseren en te behandelen.”

Zelf gaf Dokter veel theorie-onderwijs en tot zijn tevredenheid hebben ook academische ziekenhuizen het onderzoek en de kennisdeling volop opgepakt, bijvoorbeeld met het oprichten van een leerstoel aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. “Je wordt vanzelf een soort kenniscentrum”, vertelt hij. “Het Brandwondencentrum gaat geregeld de boer op voor onderwijs, advies en ondersteuning.” Dokter vertelt het op de derde verdieping van het Brandwondencentrum in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam. Het is, sinds mei 2011, de opvolger van het destijds al baanbrekende, met computergestuurde klimaat- en temperatuurbeheersing voorziene brandwondencentrum van het voormalige Zuiderziekenhuis. Artsen en verpleegkundigen kregen van het Maasstad Ziekenhuis alle gelegenheid om de inrichting 'state-of-the-art' te maken, met sluisen die je van buiten tot het meest hygiënische centrum brengen en een geoliede logistiek voor het paraat hebben van verzorgingsmiddelen.

## Kwaliteit van leven

En wat is de volgende stap in de ontwikkeling van de brandwondenzorg? “Het toekomst-ideaal is littekenvrij”, zegt Dokter, “maar dat soort dingen gaan in de beleving van mensen natuurlijk nooit snel genoeg. Wij kunnen als professionals wel zeggen: deze wond ziet er goed uit. Maar daar kun je als patiënt, voor wie het leven ingrijpend is veranderd, wel heel anders over denken. Maar het is mooi om te zien dat de kwaliteit van leven een belangrijke factor is geworden in de behandeling.”

En als er weer eens een ramp gebeurt? Dokter lacht. “Dan kunnen ze me altijd bellen. Maar de brandwondenzorg gaat in goede handen over.”

\* Wouter Bax, *journalist in de zorgsector*