

Het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* is het officiële orgaan van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en verschijnt 10x per jaar in een oplage van 1.200 exemplaren. Het NTVDV is vanaf 1 januari 2008 geïndexeerd in EMBase, de internationale wetenschappelijke database van Elsevier Science.



**HOOFDREDACTIE**

Dr. Rob C. Beljaards  
Centrum Oosterwal  
Binnenweg 209 | 2101 JJ Heemstede  
Sandstep Healthcare Invest  
Biltseweg 14 | 3755 ME Bosch en Duin  
T 06-51610799 | E-mail: r.beljaards@nvdv.nl

Het katern Vereniging valt onder de verantwoordelijkheid van het bestuur van de NVDV.

De inhoudelijke verantwoordelijkheid van congres- en nascholingsnummers berust bij de gastredactie van het betreffende nummer.

**THEMA / WETENSCHAP / VERENIGING**

**REDACTIE**

Dr. M.W. Bekkenk (*Domeingroep pigmentstoornissen*)  
Dr. A.M. van Coevorden (*Domeingroep cosmetische dermatologie*)  
P.K. Dikrama (*Domeingroep haar & nagels*)  
Dr. M.B.A. van Doorn (*Domeingroep inflammatoire dermatosen*)  
Dr. R. van Doorn  
Dr. S. van der Geer-Rutten (*Domeingroep dermatochirurgie & lasers*)  
Dr. A. Galimont-Collen (*Domeingroep dermatotherapie*)  
Dr. S.M. Habib  
F.M. Homan  
C.J. de Jonge (*Domeingroep kinderdermatologie*)  
M.J. Jonker (*Domeingroep anogenitale dermatosen*)  
Dr. N.A. Kukutsch  
Dr. T.M. Le  
Dr. A.J. Onderdijk  
Prof. dr. T. Rustemeyer (*Domeingroep allergie & eczeem*)  
M. Tebbe-Gholami (*Domeingroep oncologie*)  
Dr. H.B. Thio (*Domeingroep huidinfecties en SOA*)  
Dr. M.B. Visch (*Domeingroep Vaten*)

**WERK GROEP 'IN HET KORT'**

M.W.D. Brouwer  
A.L. Nguyen  
N.A. Ipenburg

**BEELDREDACTIE**

Lies Rijksen  
Virginia Hercules

**INZENDEN VAN KOPIJ/RICHTLIJNEN**

Richtlijnen voor het inzenden van kopij:  
zie [www.nvdv.nl](http://www.nvdv.nl) > professionals > dermatologie > tijdschriften en boeken > NTVDV.  
Hier vindt u ook het Toestemmingsformulier patiënt.

**UITGEVER EN ADVERTENTIES**

Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie  
Domus Medica | Postbus 8552 | 3503 RN Utrecht  
Jannes van Everdingen (j.vaneverdingen@nvdv.nl)  
Frans Meulenberg (f.meulenberg@nvdv.nl)

**REDACTIESECRETARIAAT**

redactie@nvdv.nl

**BASISONTWERP EN LAY-OUT**

Studio Sponselee

**VORMGEVING EN TRAFFIC**

Daniël Gerritsen ([www.dandez.nl](http://www.dandez.nl))

**DRUK EN VERZENDING**

Scholma, Print & Media

**COPYRIGHT**

©2022 Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie

**ISSN 0925-8604**

**ABONNEMENTEN**

Standaard € 250,- per jaar.  
Studenten (NL) € 120,- per jaar.  
Buitenland € 375,- per jaar.  
Losse nummers € 32,50.  
Contactadres: redactiesecretariaat

# INHOUD

(Gastredactie: M. van Oosterhout, S.F.K. Lubeek)

**THEMA: DERMATOLOGIE IN VERPLEEGHUIZEN**

- 3** Een woord vooraf
- 3** Bij dit themanummer
- 4** Ouderengeneeskunde in vogelvucht
- 7** Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en dermatoloog
- 11** Dermatologische pioniers in verpleeghuizen
- 17** Proefschrift: A patient-centered approach in geriatric dermatology
- 22** Column: Juweeltjes
- 23** Erosieve pustuleuze dermatose van de scalp bij een 86-jarige man
- 26** De tempi van afhankelijkheid
- 31** Het verpleeghuis is nog altijd het einde!
- 35** In het kort: veilig histaminicagebruik bij ouderen

**VERENIGING**

- 36** In memoriam: dr. Pieter van der Valk
- 38** Beachvolleybal en huidkankerpreventie
- 39** Dermatologen in opleiding lanceren podcast

**ILLUSTRATIE OMSLAG**

© Cartoon van Fokke & Sukke, gemaakt door John Reid, Bastiaan Geleijnse en Jean-Marc van Tol.

**AUTEURSRECHT EN AANSPRAKELIJKHEID**

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Uitgever en auteurs verklaren dat deze uitgave op zorgvuldige wijze en naar beste weten is samengesteld; evenwel kunnen uitgever en auteurs op geen enkele wijze instaan voor de juistheid of volledigheid van de informatie of producten van advertenties.

**SPECIALS**

Het is van belang dat u er rekening mee houdt dat het tijdschrift maximaal 50 redactionele pagina's mag bevatten. Als het meer dan 50 pagina's worden, dan worden de extra kosten die hieraan zijn verbonden doorberekend aan uw organisatie, tenzij u van tevoren met de NVDV andere afspraken hebt gemaakt over de verdeling van deze kosten. De kosten bedragen € 350,- per 4 gedrukte pagina's.



# Een woord vooraf

Jacqueline de Groot

De ouderenzorg is volop in beweging. Mensen worden steeds ouder en er komen steeds meer ouderen. Zij hebben ook toenemend te maken met één of meerdere chronische ziekten. Logisch dat dan ook de groep kwetsbare ouderen met een complexe zorgvraag groeit. Als maatschappij staan we voor een uitdaging, maar zeker ook als professionals. De missie van Verenso, de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde, is dan ook om te zorgen dat ongeacht waar iemand verblijft de passende zorg geboden kan worden. Een vraag die aan alle landelijke overlegtafels naar boven komt: Hoe gaan we met steeds minder arbeidskrachten de passende zorg geven? Was het werkveld van de specialist ouderengeneeskunde vroeger vooral intramuraal, al een aantal jaren is die meer en meer aan het schuiven naar buiten de zorginstelling. Samen met huisartsen en andere professionals leveren we de zorg dichtbij de mensen thuis of in een kleinschalige woonvoorziening. We zijn vaker onderdeel van een netwerk. Essentieel daarbij zijn heldere werkafspraken, een goede taak- en verantwoordelijkheidsverdeling én passende randvoorwaarden. Ieder doet waar hij deskundig in is, waarbij de nadruk ligt op het bereiken van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven. Een goed voorbeeld van de beweging en ontwikkeling in de ouderenzorg is de samenwerking tussen dermatoloog en specialist ouderengeneeskunde, waarvan dit themanummer een mooie impressie geeft.



Specialist ouderengeneeskunde en bestuursvoorzitter Verenso



# Bij dit themanummer

Marleen van Oosterhout<sup>1</sup>, Satish Lubeek<sup>2</sup>

Voor wie nog denkt dat de vergrijzing in het verschiet ligt, wordt het langzamerhand toch tijd zich te verdiepen in de wereld van de ouderenzorg. Onderzoek waarbij ouderen zelf worden betrokken is onderontwikkeld en richtlijnen zijn vaak niet gericht op deze groeiende groep. De afgelopen jaren zijn er daarom meerdere initiatieven genomen om te helpen bij het geven van de juiste zorg op maat en dicht in de buurt van de kwetsbaarste populatie van Nederland. Denk aan onderzoek naar verbetering van dermatologische zorg binnen verpleeghuizen, het afzien van behandeling van laag-risico huidkanker, teledermatologie in verpleeghuizen en diverse onderwijs- en trainingsprogramma's. In dit themanummer staan we stil bij de organisatie van de ouderengeneeskunde in Nederland en diverse manieren van samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en dermatologen, alsmede kansen richting de toekomst. We hopen de lezer hiermee handvatten te geven om de (toekomstige) zorg voor de meest kwetsbare ouderen in de praktijk en regio zo optimaal mogelijk te kunnen blijven bieden.



<sup>1</sup> Specialist ouderengeneeskunde en gastredacteur van dit nummer

<sup>2</sup> Dermatoloog en gastredacteur van dit nummer



# Ouderengeneeskunde in vogelvlucht

M. van Oosterhout<sup>1</sup>, J.M.G.A. Schols<sup>2</sup>

**Het startpunt is een korte schets van de demografische ontwikkeling. Het aantal Nederlandse 65-plussers neemt tussen 2010 en 2030 naar schatting toe van 2,5 miljoen tot ongeveer 4,1 miljoen. Van deze populatie zal de groep 85-plussers vanaf 2025 het sterkst in aantal toenemen. Door deze dubbele vergrijzing bereikt het aantal kwetsbare 65-plussers in 2030 een geschatte omvang van 1 miljoen (toename van 68%) en zal de populatie kwetsbare 85-plussers zelfs verdubbelen. [1-3]**

Ook de hoeveelheid mensen met dementie neemt toe door de toegenomen levensverwachting. Op dit moment zijn er ongeveer 300.000 mensen met dementie en dit zal verder stijgen tot circa 500.000 in 2040. [4] Deze demografische ontwikkeling heeft gevolgen voor artsen die werkzaam zijn in de eerste lijn, zoals huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde (SO) en ook voor medisch specialisten in het ziekenhuis en vraagt om meebewegen met de groeiende groep kwetsbare ouderen. Denk hierbij aan proactief patiëntgericht handelen en aan het door ontwikkelen van zorgpaden gericht op kwetsbare ouderen. [5-7] Voor de SO betekent dit alles een groeiende samenwerkingsrelatie met huisartsen, geriateren en andere medisch specialisten, onder wie ook de dermatoloog.

## CHRONISCHE OUDERENZORG VANUIT DE HISTORIE

Voor thuiswonende ouderen is er altijd al de huisarts geweest. Met de toename van het aantal ouderen die opgenomen werden in het ziekenhuis, kwamen daar later klinisch geriateren en internisten ouderengeneeskunde bij. Voor ouderen en anderen die niet meer thuis konden verblijven en die aangewezen waren op zorg met 24-uurs verblijf ontstonden in het verre verleden de gestichten. Na het van kracht worden van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in 1968 ontwikkelden zich vanuit deze traditionele gestichten de hedendaagse verpleeghuizen, die in 1990 een eigen dokter kregen met de titel verpleeghuisarts. Voorheen had de verpleeghuisarts met name een intramurale functie. In verband met de demografische toename van het aantal kwetsbare ouderen en de daarmee samenhangende noodzaak tot extramurale betrokkenheid, werd de naam in 2009 gewijzigd naar Specialist Ouderengeneeskunde (SO). [8,9]

Met het oog op de voortgaande demografische ontwikkelingen en het daaruit voortkomende advies van de Rijksoverheid om ouderen zo lang mogelijk thuis te kunnen laten verblijven (ook als de kwetsbaarheid zich al heeft aangediend), heeft sinds 2015 een hervorming van de ouderenzorg plaatsgevonden. Per 1 januari 2015 is de wetgeving sterk veranderd. De AWBZ verdween en voor de langdurige zorg kwamen de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de Wet langdurige zorg (Wlz),

naast de Zorgverzekeringswet (Zvw), die vooral gericht is op de cure sector. [10,11]

Door deze landelijke ontwikkeling is het aantal verzorgingshuizen inmiddels drastisch verminderd, het aantal hulpbehoevende thuiswonende ouderen gestegen en ook de zorgzwaarte van opgenomen verpleeghuisbewoners fors toegenomen. Pas als zij vanwege aanzienlijke beperkingen door somatische en/of psychogeriatrische aandoeningen permanent toezicht of 24-uurs zorg nodig hebben, kunnen zij tegenwoordig aanspraak maken op intramurale Wlz-zorg, d.w.z. verpleeghuiszorg. [12,13] De hulpbehoevende ouderen betreffen een zeer heterogene groep met vanzelfsprekend ook een grote verscheidenheid aan zorgbehoeften. Hiervoor zijn de zorgprofielen (voorheen zorgzwaartepakketten of ZZPs) in het leven geroepen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CiZ) is het bestuursorgaan dat kritisch bekijkt of er wordt voldaan aan de toegangscriteria. [14]

*Momenteel is 94% van de hulpbehoevende ouderen thuiswonend. [15]*

Met de vergrijzing zien we een stijging van de behoefte aan de Wlz-zorg en omdat het aantal verpleeghuisbedden niet toereikend is, zien we inmiddels ook een evidente toename van substituerende Wlz-zorg die in de thuissituatie geleverd wordt. [15]

## NAAR EEN MEER PROACTIEVE OUDERENZORG

Aangezien kwetsbare ouderen steeds langer thuis wonen, is de samenwerking tussen de huisarts en SO verder geïntensiveerd. Denk hierbij aan tijdige consultatie of betrokkenheid van een SO op de huisartsenpost om vermijdbare ziekenhuisopnames te voorkomen. De groeiende samenwerking tussen huisarts en SO past in de ontwikkeling richting een meer proactieve ouderenzorg, waarin getracht wordt om kwetsbare ouderen vroegtijdig te detecteren en thuis zorg en ondersteuning op maat te geven. De SO is specialist in complexe zorgvragen waarvoor het antwoord niet makkelijk terug te vinden is in protocollen en richtlijnen en waarbij de kwaliteit van

<sup>1</sup> Specialist ouderengeneeskunde, Avoord, West-Brabant

<sup>2</sup> Hoogleraar ouderengeneeskunde, Maastricht UMC, Maastricht

leven leidend is. [16] De rol van de SO is om de hulpbehoevende heterogene groep ouderen de best passende medische zorg te geven en waar mogelijk verwijzing naar het ziekenhuis te vermijden. Kijkend naar het steeds groter wordende belang van de inzet van de SO buiten de muren van het verpleeghuis, is het voor de beroepsgroep belangrijk om naast de samenwerking met de huisarts ook in te zetten op een nauwere samenwerking met medisch specialisten in het ziekenhuis.

### AANDACHT VOOR KWETSBAARHEID EN VEERKRACHT VS. LEEFTIJD

Een goede samenwerking begint bij het begrijpen van de populatie, want wanneer is een patiënt echt kwetsbaar en wanneer is deze 'simpelweg oud.' Of een behandelaar een SO dient te betrekken, hangt af van de mate van kwetsbaarheid en veerkracht van de patiënt. Het wel of niet kwetsbaar zijn, zegt namelijk meer over de kans op overlijden of op complicaties bij aandoeningen of ingrepen dan sec de leeftijd van een patiënt. Onderzoek heeft aangetoond dat de prevalentie van kwetsbaarheid overigens begrijpelijkerwijs wel stijgt met de leeftijd. Gerapporteerde percentages kwetsbaren zijn respectievelijk 27%, 38% en 50% bij achtereenvolgens 65-, 75- en 80-plussers. [17] Er is sprake van evidente kwetsbaarheid met een secundaire complexe zorgbehoefte bij bijna iedere bewoner van een verpleeghuis, hetgeen hun verblijf aldaar rechtvaardigt.

Door het grote aantal definities en operationalisaties van kwetsbaarheid is het niet altijd makkelijk een kwetsbare oudere te herkennen. Om over- en onderhandeling van kwetsbare ouderen te voorkomen en gericht wetenschappelijk onderzoek te doen naar kwetsbare ouderen is het belangrijk



Marleen van Oosterhout behandelt een (pre)maligne huidaandoening met een stikstofpen.

dat er eenduidigheid bestaat over het begrip kwetsbaarheid, dat in de literatuur ook wel aangeduid wordt met de term frailty. [18] Inmiddels is duidelijk dat het tijdig detecteren van echt kwetsbare ouderen betekent dat binnen de ouderengeneeskunde vooral gezocht moet worden naar ouderen waarbij de balans verstoord is tussen kwetsbaarheid en veerkracht.

*De dermatoloog en de SO worden uitgedaagd om in een proactieve ouderenzorg een betekenisvolle samenwerking te realiseren.*

Want puur kijken naar kwetsbaarheid betekent alleen maar denken in deficiënties, terwijl kwetsbare ouderen altijd nog een zekere veerkracht hebben. Deze veerkracht wordt in de literatuur ook wel aangeduid met de term resilience, de countervailing power tegenover frailty. Denkend vanuit de gedachte van positieve gezondheid, moet men bij ouderen waarbij de balans verstoord is, proberen deze weer te herstellen om hen en hun omgeving zo weer in hun eigen kracht te zetten. [19] Dat is ook wat men beoogt met een proactieve ouderenzorg en deze kan alleen duurzaam succesvol zijn door een optimale interdisciplinaire samenwerking door de hele zorgketen heen.

### SAMENWERKING IN DE KETEN

Samenwerking is niet alleen nodig voor de verbetering van de patiëntenzorg, maar met het oog op de toekomst ook voor de betaalbaarheid en dus houdbaarheid van de zorg. In Nederland werken daarom steeds meer professionals samen in regionale en lokale zorgnetwerken. Proactieve ouderenzorg is echte netwerkzorg, waarbij verschillende disciplines informatie delen om te komen tot behandeling op maat samen met de patiënt. [20,21] Het RIVM stipte vijf belangrijke elementen aan voor goede integrale samenwerking in de ouderenzorg: elkaar begrijpen, korte lijnen hebben, kennis en expertise delen, gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen en de behoeften van ouderen en mantelzorgers staan centraal. [22]

In een proactieve ouderenzorg is ook de samenwerking tussen SO en dermatoloog van belang. Positieve ontwikkelingen waarbij de ouderengeneeskunde en dermatologie elkaar reeds hebben gevonden, betreffen regionale MDO's en varianten van anderhalvelijns dermatologie, waaronder consultatie en gezamenlijk spreekuur. De artikelen in dit themanummer geven blijk van een landelijke en regionale variatie in werkwijze. Deze variatie in de praktijk biedt de mogelijkheid te exploreren welke randvoorwaarden en verbeterpunten kunnen bijdragen aan kwalitatief goede huidzorg voor kwetsbare thuiswonenden en patiënten in het verpleeghuis.

### LITERATUUR

1. Stoeldraaijer L, Van Duin C, Huisman C. Kernprognose 2019-2060: 19 miljoen inwoners in 2039. 2019.
2. NIDI & CBS. Bevolking 2050 in beeld: opleiding, arbeid, zorg en wonen. Eindrapport verkenning bevolking 2050. 2021. Opgehaald van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/15/in-2050-zijn-er-twee-tot-drie-keer->



zoveel-80-plussers-als-nu.

3. Van Rooijen M, Goedvolk R, Houwert T. A vision for the dutch health care system in 2040: Towards a sustainable, high-quality health care system. *World Economic Forum*. 2013;1-24.
4. Volksgezondheid en zorg. Aantal mensen met dementie. 2018. Opgehaald van: <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-persoonen-met-dementie-de-bevolking>.
5. Van Ooijen M, van Nistelrooij A, Veenswijk M. Opposing views on the urgency for healthcare changes in the Netherlands: A temporal narrative struggle. *Journal of Service Science and Management*. 2018; 11:343-359.
6. Verbeek-Oudijk D, Koper I. Het leven in een verpleeghuis landelijk overzicht van de leefsituatie, ervaren kwaliteit van leven en zorg van oudere verpleeghuisbewoners in 2019. 2021. Opgehaald van: <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2021/02/19/het-leven-in-een-verpleeghuis>.
7. Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc*. 2004; 5(3): 207-12.
8. Schols JM. Verpleeghuisgeneeskunde al langer officieel erkend; maar ook herkend en gekend? Oratie, 2008. Maastricht: Universiteit Maastricht.
9. Garssen JH, Harmsen C. Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Den Haag. 2011. Opgehaald van: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2011/28/ouderen-wonen-steeds-langer-zelfstandig>.
10. De Jonge H, Kamerbrief: Programma Langer thuis. VWS. Editor. 2018. Den Haag.
11. Campen C van. Kwetsbare ouderen. Landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen. Sociaal en Cultureel Planbureau. 2011. Opgehaald van: [https://www.scp.nl/Publicaties/Alle\\_publicaties/Publicaties\\_2011/Kwetsbare\\_ouderen](https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen).
12. Koopmans RT, Lavrijsen JC, Hoek F. Concrete steps toward academic medicine in long term care. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(11): 781-3
13. Koopmans R, Pellegrom M, Van Der Geer ER. The Dutch move beyond the concept of nursing home physician specialist. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(9): 746-749
14. Wessels K, Kraaijeveld K. Zó werkt de ouderenzorg. De argumentenfabriek. 2018. 1-119.
15. Daalhuizen F, Van Dam F, De Groot C. Zelfstandig thuis op hoge leeftijd. Verkennen van knelpunten en handelingsperspectieven in beleid en praktijk. 2019. Den Haag. Opgehaald van: [http://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/PBL2019\\_zelfstandig-thuis-op-hoge-leeftijd-3663.pdf](http://www.pbl.nl/sites/default/files/downloads/PBL2019_zelfstandig-thuis-op-hoge-leeftijd-3663.pdf).
16. Barnhoorn H, Bertholet E. Kernelementen en resultaten van multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven*. 2015(31): 900-914.
17. Centraal Bureau voor de Statistiek. Hoeveel ouderen zijn er in Nederland? 2022. Opgehaald van: <http://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>.
18. De Vries NM, Staal JB, van Ravensberg CD. Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2011;10:104-114.
19. De Donder L, Smetcoren A, Schols JM, D-SCOPE Consortium. Critical reflections on the blind sides of frailty in later life. *J Aging Stud*. 2019 Jun;49:66-73. doi: 10.1016/j.jaging.2019.100787.
20. Verenso. Specialist ouderengeneeskunde 2030 handelingsperspectieven en positionering. 2022. Opgehaald van: [https://www.verenso.nl/\\_asset/\\_public/Over\\_Verenso/Verenso\\_Specialist\\_ouderengeneeskunde\\_2030.pdf](https://www.verenso.nl/_asset/_public/Over_Verenso/Verenso_Specialist_ouderengeneeskunde_2030.pdf).
21. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Methodiek op ouderen afgestemde richtlijnontwikkeling bij medisch specialistische richtlijnen 2.0. 2018.
22. Bruin SR, Lemmens LC, Beijer M. Netwerken integrale ouderenzorg: door welke elementen pakt de samenwerking goed uit en wat leveren ze op voor ouderen en professionals? RIVM: Bilthoven.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Marleen van Oosterhout

E-mail: [ma.van.oosterhout@avoord.nl](mailto:ma.van.oosterhout@avoord.nl)



## Hoe staan we ervoor en waar willen we naartoe?

# Samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde en dermatoloog

M. van Oosterhout<sup>1</sup>, S.F.K. Lubeek<sup>2</sup>

De wereldpopulatie groeit en de levensverwachting neemt verder toe, hiermee zijn de alleroudste patiënten (≥80 jaar) de snelst groeiende leeftijdsgroep. [1] Binnen deze groeiende groep komen huidafwijkingen vaak voor. Elke dermatoloog komt in toenemende mate in aanraking met deze vaak kwetsbare en hulpbehoevende patiëntengroep tijdens het spreekuur. Relatief veel voorkomende problemen binnen deze groep kunnen een extra uitdaging vormen om tot het meest optimale beleid te komen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de vaak aanwezige multimorbiditeit, cognitieve en/of fysieke beperkingen en polyfarmacie. [2] Een goede samenwerking tussen specialist ouderengeneeskunde (SO) en dermatoloog is onder andere daarom essentieel. In dit overzichtsartikel bespreken wij aan de hand van de literatuur en eigen ervaringen hoe deze samenwerking momenteel verloopt en waar mogelijke verbeterpunten liggen voor de toekomst.

### DERMATOSEN BIJ DE ALLEROUDESTEN

De huid vertoont een verouderingsproces onder invloed van verschillende intrinsieke en extrinsieke factoren. Hierbij treden uiteenlopende morfologische en functionele veranderingen op die leiden tot een afname van fysiologische reservecapaciteit, een toename van kwetsbaarheid en een verhoogde kans op het ontwikkelen van verschillende huidaandoeningen. [3] Daarnaast spelen andere (risico)factoren die relatief vaak voorkomen bij ouderen een rol. Denk hierbij aan de genoemde multimorbiditeit (bijvoorbeeld nierinsufficiëntie, hartfalen, oedeem en diabetes), polyfarmacie, immobiliteit, incontinentie en ondervoeding. Naast de rol die deze factoren kunnen spelen bij het ontstaan van sommige huidaandoeningen, dienen ze ook in ogenschouw genomen te worden bij het opstellen van een behandelplan vanwege bijvoorbeeld mogelijke interacties, een verhoogde kans op bijwerkingen van een behandeling of de noodzakelijke ondersteuning bij het toepassen van een behandeling. [4]

De meest voorkomende (groepen) dermatosen bij de alleroudsten zijn: eczeem, pruritus sine materia, infecties, (druk)ulcera, en benigne en (pre)maligne huidtumoren. [5,6] Een aanzienlijk deel van de dermatosen bij de alleroudsten kan in de eerstelijns en/of het verpleeghuis gediagnosticeerd en behandeld worden door huisarts en/of SO. De meest voorkomende reden voor verwijzing naar de tweede lijn is (de verdenking op) huidkanker, gevolgd door (druk)ulcera, bulleuze dermatosen, eczeem, psoriasis en pruritus sine materia. [2]

### WIE DOET WAT?

Hoewel (pre)maligne huidafwijkingen niet de meest voorkomende huidaandoeningen zijn waar de SO in het verpleeghuis en daarbuiten mee wordt geconfronteerd, komen (pre)maligniteiten wel ontzettend vaak voor bij ouderen en toonde eerder onderzoek aan dat dit wel de voornaamste reden is voor een bezoek van de dermatoloog aan het verpleeghuis (zie figuur 1). [7] Hoewel een consult van of verwijzing naar de dermatoloog in veel gevallen geïndiceerd is, zou bij een deel van de verwezen patiënten met laag-risico afwijkingen, met de juiste randvoorwaarden, prima een behandelafweging in de eerstelijns of het verpleeghuis gemaakt kunnen worden en bij wens tot behandeling, zou deze ook in de eerstelijns respectievelijk het verpleeghuis plaats kunnen vinden (conform aanbevelingen uit de NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen). [8-12] Belangrijke belemmerende factoren hiervoor die uit eerder onderzoek naar voren kwamen, zijn een beperkte kennis van huisarts en SO over behandelmogelijkheden en onvoldoende beschikbaarheid van diagnostische/therapeutische hulpmiddelen, alsmede gebrek aan logistieke ondersteuning binnen het verpleeghuis. [13] Daarbovenop komt dat binnen de ouderengeneeskunde steeds meer verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) worden ingezet. De komst van de VS en PA als behandelaar en daarmee ook als verwijzer kan mogelijk zorgen voor een grotere toestroom aan hulpbehoevenden naar een poli dermatologie. Anderzijds kan de inzet van VS en PA en verdere subspecialisatie en training van VS, PA en SO juist ook verwijzingen voorkomen. Wetenschappelijk onderzoek naar de impact van de inzet van

<sup>1</sup> Specialist ouderengeneeskunde, Avoord, West-Brabant

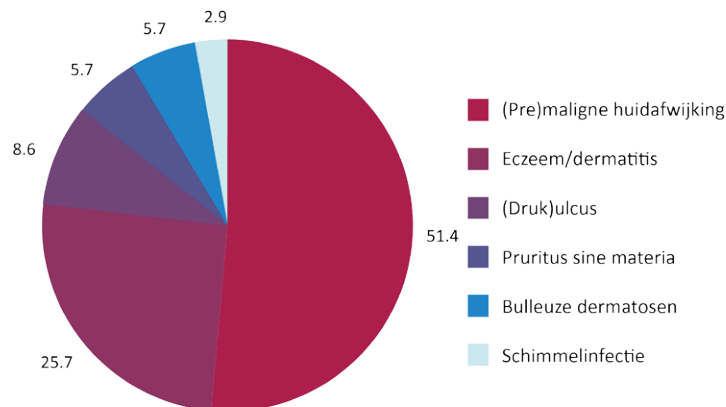
<sup>2</sup> Dermatoloog, afdeling dermatologie, Radboudumc, Nijmegen

een VS en PA op verwijzingen vanuit de ouderengeneeskunde naar de dermatologiepolikliniek is wenselijk, evenals de invloed van scholing en subspecialisatie van VS, PA en SO.

De overgrote meerderheid van de behandelaren van oudere patiënten kan aanvullende medische training over huidproblemen goed gebruiken en op dit gebied zijn daarom reeds tal van initiatieven gestart. Zo ontvingen huisartsen in de regio Nijmegen bijvoorbeeld een dermato-oncologisch trainingsprogramma, waarbij recent onderzoek aantoonde dat dit van positieve waarde was op de diagnostische vaardigheden en op het terugdringen van onnodige verwijzingen. [14,15] Ook worden door dermatologen medische trainingen aan specialisten ouderengeneeskunde in opleiding geboden binnen alle opleidingsinstituten voor SO. Tijdens één van deze medische trainingen, met als onderwerp behandelmogelijkheden van (pre)maligne huidafwijkingen, werd onderling informatie uitgewisseld over hoe invloed uit te oefenen op het logistieke proces van onder andere bioptafnames. Zo kan bijvoorbeeld het ophalen van het materiaal, afgenomen in een verpleeghuis, geborgd worden door samenwerking op te zoeken met een naastliggende huisartsenpraktijk. Een ander initiatief om tot betere huidzorg te komen is een pilotstudie dat komend jaar in de regio West-Brabant zal plaatsvinden waarbij de SOs een dermato-oncologisch trainingsprogramma volgen. Voor zowel de dermatoloog als de SO ligt hier een rol om een bijdrage te leveren aan kwaliteit van huidzorg bij de alleroudsten door kennis en expertise uit te wisselen en over te dragen aan medebehandelaars, waaronder VS en PA. Naast scholing werden andere suggesties voor het verbeteren van de huidzorg in verpleeghuizen reeds aangedragen vanuit eerder onderzoek onder Nederlandse dermatologen (figuur 2). [13]

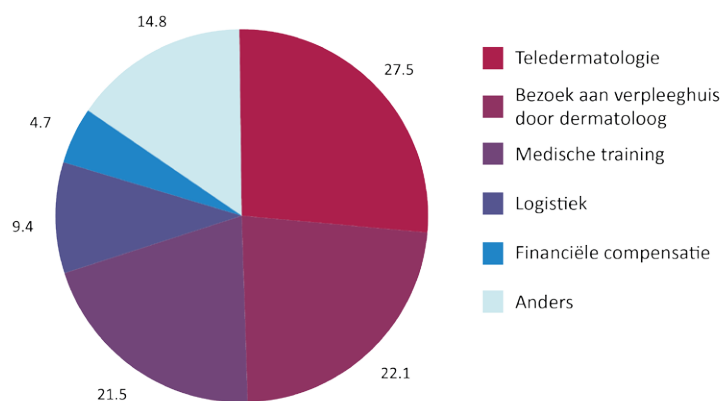
De telezorg maakt inmiddels een grote opmars, ook onder SOs. Navraag bij de twee grootste aanbieders van teledermatologie in Nederland (Zorgdomein/TCCN en Ksyos) maakt duidelijk dat het aantal aangevraagde teledermatologie consulten door SOs de afgelopen vijf jaar (2017-2021) met een factor 3 tot 5 is toegenomen. Daarnaast is ook het aantal individuele SOs die gebruik maakt van teledermatologie in vergelijkbare mate toegenomen. Tot slot waren SOs ook goed vertegenwoordigd binnen de recente pilot van de NVDV met een eigen online consultplatform, waarbij de deelnemend SOs regelmatig consulten aan hebben gevraagd en enthousiast waren over de mogelijkheden.

Daarnaast wordt er op verschillende plekken in Nederland door dermatologen periodiek een bezoek gebracht aan het verpleeghuis. De specifieke financiële compensatie van een dermatologisch consult binnen het verpleeghuis is helaas nog niet landelijk geregeld. Uit rondvraag blijkt dat er momenteel op verschillende manieren vergoeding plaatsvindt, variërend van declaratie als zijnde polikliniekbezoek tot een directe vergoeding op basis van consulturen aan de consulterend dermatoloog. Tevens zijn er subsidieregelingen voor gezondheidscentra en is er experimentele ruimte voor proeftuinen waarbij zorginhoudelijke varianten van anderhalve lijn worden geanalyseerd. [16] Helaas ontbreekt ook



Figuur 1. De meest voorkomende redenen voor dermatologen om patiënten in een verpleeghuis te bezoeken gedurende het afgelopen jaar, uitgedrukt in percentages [7]

een juiste bekostiging voor bijvoorbeeld bioptafname door SO. Bij verblijf in verpleeghuis mét behandeling bij dezelfde instelling heeft de cliënt recht op integrale zorg. Dat houdt in dat naast geneeskundige, farmaceutische en paramedische zorg ook onder andere aanvullend onderzoek en verrichtingen integraal onderdeel uitmaken van de Wet langdurige zorg (Wlz)-behandeling. [17] Diagnostische activiteiten zoals een bioptafname komen daarom ten laste van de Wlz en kunnen niet worden gedeclareerd, wat inhoudt dat voor een ander deel van de geleverde zorg binnen het verpleeghuis financieel moet worden gecompenseerd.



Figuur 2. Suggesties voor het verbeteren van de huidzorg in verpleeghuizen. [13]

## MOGELIJKE VERBETERPUNTEN

Een goede transmurale samenwerking tussen SO en dermatoloog is noodzakelijk om de aangedragen verbeterpunten aan te pakken. Een suggestie voor verbetering van samenwerking geleverd door SO betreft hierin het aanzetten van de zorginstelling tot de juiste facilitering. Want hoewel de teledermatologie in toenemende mate wordt gebruikt via onder andere Zorgdomein, zijn er nog steeds regio's waarbij de verpleeghuizen nog niet zijn aangesloten bij Zorgdomein. Dit in tegenstelling tot huisartsen waarvan ruim 90% is aangesloten bij Zorgdomein. [18]

De inhoudelijke bijdrage van de SO aan verbetering van samenwerking kan geboden worden tijdens een multidisciplinair overleg (MDO). Omdat 'de groep oudere patiënten' een zeer heterogene groep betreft, is het essentieel om verder te kijken dan kalenderleeftijd alleen en om de algehele situatie, context en wensen te betrekken bij uw behandelvoorstel. Deze toenemende complexiteit vraagt om expertise en ondersteuning. [19-23] Een gestructureerde samenwerking kan bijdragen aan een beleid dat gericht is op de hulpvraag waarbij, binnen de medische mogelijkheden en in principe vanuit de gedachte van positieve gezondheid, de wens van de patiënt centraal staat. Een MDO biedt de SO en de dermatoloog deze gewenste overlegstructuur waarbij de wederzijdse expertise wordt gedeeld en kan tevens dienen als broedplaats voor de totstandkoming van duurzame samenwerking en landelijke en regionale transmurale afspraken. De potentiële rol van de SO betreft hierin onder andere de initiatiefnemer van een eventueel MDO.

De dermatoloog kan een inhoudelijke bijdrage leveren aan verbetering op gebied van samenwerking door een kwetsbare patiënt tijdig te signaleren, alsmede deze kwetsbaarheid daadwerkelijk te betrekken bij de eigen behandelafweging. [24] Verwijs bijvoorbeeld terug naar de eerste lijn of het verpleeghuis indien de vraag van de SO of patiënt beantwoord is, de diagnostiek is afgerond of de zorg van u als dermatoloog niet verder bijdraagt aan de kwaliteit van leven van uw patiënt. Om de implementatie van passende financiering voor transmurale huidzorg te realiseren, is een gezamenlijke (potentiële) rol weggelegd om een bijdrage te leveren aan het gesprek met regionale zorgverzekeraars. Een overzicht van verbetermogelijkheden op het gebied van samenwerking en (potentiële) rolverdeling staat in tabel 1.

Tabel 1. Verbetermogelijkheden op het gebied van samenwerking - wie doet wat?

### WAT IS DE (POTENTIËLE) ROL VAN DE SO?

- Uitbreiding van kennis en kunde betreffende behandelmogelijkheden en deze expertise overdragen aan medebehandelaars.
- De rol van coördinator en initiatiefnemer van een MDO met dermatoloog.
- Het aanzetten van de zorginstelling tot juiste facilitering waaronder Zorgdomein, diagnostische hulpmiddelen en logistiek.

### WAT IS DE (POTENTIËLE) ROL VAN DE DERMATOLOOG?

- De kwaliteit van regionaal medische training aan SOs waarborgen
- Een inschatting maken van de kwetsbaarheid van uw patiënt, deze kwetsbaarheid betrekken bij uw behandelvoorstel.
- Verwijs terug indien uw expertise niet verder bijdraagt aan de zorgvraag van de patiënt of diens kwaliteit van leven.

### WAT IS ONZE GEZAMENLIJKE (POTENTIËLE) ROL IN HET VERBETEREN VAN ONZE SAMENWERKING?

- Bijdrage leveren aan MDO en tot stand brengen van duurzame transmurale samenwerkingsafspraken.
- Bijdrage leveren aan wetenschappelijk onderzoek ter specificatie van welke kwetsbare patiënt in de 1e lijn of het verpleeghuis behandeld kan worden en wie verwezen dient te worden naar de 2e lijn.
- Bijdrage leveren aan gesprek met regionale zorgverzekeraars over passende financiering voor transmurale huidzorg.

## LITERATUUR

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: highlights*. New York: United Nations. Opgehaald via: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)
2. Lubeek SF, Van Der Geer ER, Van Gelder MM, Koopmans RT, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Current dermatologic care in Dutch nursing homes and possible improvements: a nationwide survey. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(8):714.e1-6. doi:10.1016/j.jamda.2015.04.015.
3. Lubeek SF. Veranderingen in de ouder wordende huid. *Ned T Dermatol Venereol*. 2017;9:462-467.
4. Linos E, Chren MM, Covinsky K. Geriatric dermatology - a framework for caring for older patients with skin disease. *JAMA Dermatol*. 2018;154(7):757-758. doi:10.1001/jamadermatol.2018.0286.
5. Li DG, et al. Outcomes of early dermatology consultation for inpatients diagnosed with cellulitis. *JAMA dermatology*. 2018;154:757-8.
6. Blume-Peytavi U, Kottner J, Sterry S, et al. Age-associated skin conditions and diseases: current perspectives and future options. *Gerontologist*. 2016 Apr;56 Suppl 2:S230-42. doi:10.1093/geront/gnw003.
7. Lubeek SF, Van Der Geer ER, Van Gelder MM, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Dermatologic care of institutionalized older patients: a survey among dermatologists in the Netherlands. *Eur J Dermatol*. 2015;25(6):606-12.
8. Baaten GG, Buis PA, Damen Z. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen (2017). Opgehaald via <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-verdachte-huidafwijkingen>
9. Lubeek SF, Van Gelder MM, Van Der Geer ER, Van De Kerkhof PC,



- Gerritsen MJ. Skin cancer care in institutionalized older adults in the Netherlands: a nationwide study on the role of nursing home physicians. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(12):e236-e2.
10. Van Dijk C, Korevaar J, De Jong J, Koopmans B, van Dijk M, De Bakker D. Ruimte voor substitutie? Verschuiving van tweedelijns naar eerstelijnszorg. NIVEL, 2013. Available from: <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/kennisvraag-ruimte-voor-substitutie-verschuivingen-van-tweedelijns-naar-eerstelijnszorg>.
  11. De Jong J, Korevaar J, Kroneman M, Van Dijk M, Bouwhuis S, De Bakker D. Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg. *Communicerende vaten of gescheiden circuits?* NIVEL, 2016. Opgehaald van: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/substitutiepotentieel-tussen-eerste-tweede-lijns-zorg.pdf>
  12. Standpunt Substitutie van Ouderenzorg, op zoek naar mogelijkheden voor nieuwe richtlijnen. Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie, 2018. Opgehaald van: <https://www.nvkg.nl/sites/nvkg.nl/files/Standpunt%20Substitutie%20van%20Ouderenzorg%20-%20aan-gepaste%20oversie.pdf>
  13. Lubeek SF, Van Der Geer ER, Van Gelder MM, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Improving dermatological care for older adults living in permanent healthcare institutions: suggestions from Dutch dermatologist. *Acta Derm Venereol*. 2016;96:253-254.
  14. Marra M, et al. The effect of a dermato-oncological training programme on the diagnostic skills and quality of referrals for suspicious skin lesions by general practitioners. *Br J Dermatol*. 2021;184:538-544.
  15. Van Rijsingen M, et al. Referrals by general practitioners for suspicious skin lesions: the urgency of training. *Acta Derm Venereol*. 2014;94:138-141.
  16. Drewes HW, Heijink R, Struijs JN, Baan CA. Samen werken aan duurzame zorg landelijke monitor proeftuinen. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2015.
  17. Zorginstituut Nederland. Standpunt diagnostiek afbakening Wlz en medisch specialistische zorg. 2020. Opgehaald van: [www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz/documenten](http://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/aanvullende-zorg-bij-verblijf-met-behandeling-wlz/documenten).
  18. Zorgdomein. Zorgdomein in één oogopslag. Opgehaald van: <https://zorgdomein.com/over-ons/>. (geraadpleegd op 19 mei 2022).
  19. Barnhoorn H, Bertholet E. Kernelementen en resultaten van multidisciplinaire eerstelijnsouderenzorg met een specialist ouderengeneeskunde in Velp. *Bijblijven*. 2015(31):900-914.
  20. Wildiers H, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014(20);32(24):2595-2603.
  21. Ankolekar A. Shared decision-making in oncology: challenges and opportunities. 2021. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/dis.20211125aa>.
  22. Moor CC, Tak van Jaarsveld NC, Owusuaa C. Respiration. The value of the surprise question to predict one-year mortality in idiopathic pulmonary fibrosis: a prospective cohort study. *Respiration*. 2021;100(8):780-785.
  23. Gurtner C, Schols JM, Lohrmann C. Shared decision making in the psychiatric inpatient setting: an ethnographic study about interprofessional psychiatric consultations. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19, 3644: 1-16.
  24. Lubeek SF, Borgonjen RJ, Van Vugt LJ, Olde Rikkert MG, Van De Kerkhof PC, Gerritsen MJ. Improving the applicability of guidelines on nonmelanoma skin cancer in frail older adults: a multidisciplinary expert consensus and systemic review of current guidelines. *Br J Dermatol*. 2016; 175(5): 1003-1010.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Marleen van Oosterhout

E-mail: [ma.van.oosterhout@avoord.nl](mailto:ma.van.oosterhout@avoord.nl)



## Dermatologische pioniers in verpleeghuizen

# “Niets gaat zoals je vooraf verwacht”

F. Meulenberg

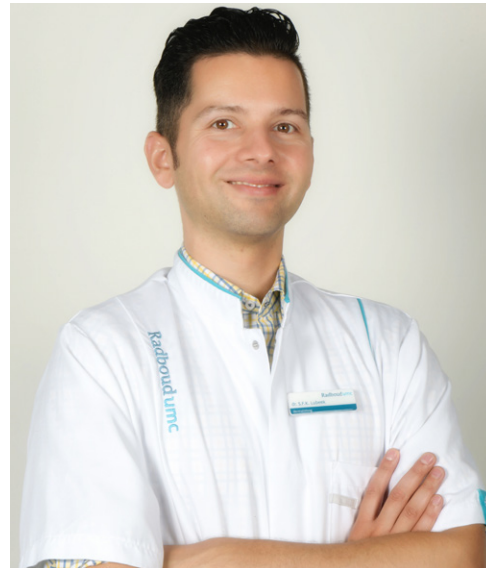
Van oudsher werkten dermatologen vanuit solopraktijken, vaak aan huis gevestigd. Vervolgens begon de trek naar het ziekenhuis waarna - decennia later – de diaspora inzette en dermatologen ook gingen werken in ZBC's, privéklinieken, instellingen voor planbare medische zorg en cosmetische klinieken. Al bleef de basis onaangestast: goede algemene dermatologie leveren. Eén zorgsegment bleef grotendeels buiten beeld: verpleeghuizen. Ligt daar een relatief nieuwe markt voor dermatologen? Hoe ziet die zorg eruit? Tegen welke problemen lopen zij aan? Vier dermatologen spreken over hun ervaringen in de 'buitendienst'.

Aan de virtuele gesprekstafel schuiven op denkbeeldige stoelen de dermatologen Menno Gaastra, Annemie Galimont-Collen, Satish Lubeek en Manon Zweers, al dan niet nippend van hun eigengemaakte koffie of thee. De centrale vraag dient als vertrekpunt.

### GOEDE ORGANISATIE

*Is de inzet van een dermatoloog nuttig of noodzakelijk? Met andere woorden: moet dit incidenteel gebeuren of liever structureel geregeld zijn?*

Galimont werkt bij DermaTeam in zuidwest Nederland. In Zeeland bezoekt ze de verpleeghuizen op de locaties Ter Weel en Ter Valcke, beide in Goes. Daarnaast geeft zij online advies via de mail of Siilo. “Omdat ik daar al jaren consulente in de verpleeghuizen ben, kan ik ook zorgen voor continuïteit. Zelfs tijdens de lockdown in de coronacrisis kon ik prima uit de voeten met foto's en vervolgoverleg. Nu doen we ook hybride consulten, dus deels live en deels online.” Ze zet haar betoog voort: “Gezien de toename van het aantal ouderen met comorbiditeiten en huidkanker is een structurele samenwerking zeker gewenst. Daarnaast blijven ouderen steeds langer thuis waardoor we nu, veel vaker dan vroeger, grote huidkanker op lastige lokalisaties zien. Met andere woorden: verwaarloosde huidkanker. Het bieden van een zinnige en op maat gemaakte behandeling vereist inzicht in de kwetsbaarheid van de patiënt, diens draagkracht en de medische mogelijkheden. Ook is het prettig te kunnen leunen op goede samenwerkingsafspraken zodat je *one stop shop* kunt doen: de patiënt komt langs, indien nodig met de juiste begeleiding en eventueel licht gesedeerd in geval van verwardheid, de dermatoloog doet zijn ding en de patiënt gaat voor de nazorg weer terug. Het is zaak in de bespreking goed uit te leggen aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger wat er is gebeurd en dat ook de nazorg goed geregeld is. Daarna kan specialist ouderengeneeskunde ook de nacontroles doen en bij twijfel overleggen.” Een goede organisatie is cruciaal: “Het scheelt veel onrust



*Satish Lubeek: “Juist specialisten ouderengeneeskunde beschikken over veel ervaring met complexe beleidsafwegingen bij multimorbiditeit, inclusief cognitieve problemen. Daar kunnen wij als dermatologen veel van leren.”*

op de poli en bij de patiënten zelf. Dat geldt ook voor andere chronische ziektebeelden. Mensen met ernstig eczeem bijvoorbeeld kunnen prima een behandeling met methotrexaat starten, mits alles structureel georganiseerd is.”

### GEZOCHT: STRUCTUUR

Juist aan die goede afspraken schort het soms echter, aldus Zweers. “Het zou prettig zijn als hiervoor structurele regelingen komen. Want de inzet van een dermatoloog in het verpleeghuis is zeker nuttig in een groot aantal van de gevallen. Het kost alleen meer tijd dan poliklinische consulten en er zijn hiervoor geen goede landelijke afspraken.” Zij werkt in

Directeur ad-interim NVDV en wetenschapsjournalist

het Bernhoven ziekenhuis in Uden, waar men vanuit de vakgroep consulten doet in diverse verpleeghuizen in de regio, onder anderen Huize Katwijk in Oss, de Wellen in Oss en het Retraitehuis in Uden. “De vraag naar dermatologische consulten is drastisch afgenomen sedert Covid-19, constateert zij. “Al is het ook mogelijk dat ze een beetje uit ons vizier raakten doordat verpleeghuizen lang dicht moesten blijven voor mensen van buitenaf.” Ze slaakt nog een praktische verzuchting: “Een consult kost vaak meer tijd en om die reden gaan de dermatologen in Bernhoven vaak pas aan het einde van de reguliere poli naar een verpleeghuis. In het algemeen zien we dan op locatie meerdere patiënten om het enigszins tijdeffectief te maken. Het is soms wat lastiger te organiseren dat de specialist ouderengeneeskunde/basisarts of verpleegkundig specialist daarbij aanwezig is. Een poli sluiten om enkele patiënten in een verpleeghuis te zien is echter niet rendabel.”

Lubeek werkt in het Radboudumc en promoveerde vijf jaar geleden op het proefschrift *Geriatric dermatology: optimising care in frail older adults*. Jong als hij is, heeft hij dus al jarenlang oog en belangstelling voor ouderenzorg, mede gevoed door het feit dat hij tot een jaar geleden betrokken was bij de zorg in plusminus vijf verpleeghuizen in de regio Nijmegen. Gelet op die achtergronden verwondert het niet dat hij het werk van een dermatoloog in een verpleeghuis als “zeer nuttig” kenschetst: “In bijzonder voor de deelpopulatie voor wie polikliniekbezoek echt (te) belastend is en waarmee je redelijk eenvoudig toch veel problemen kunt oplossen door ze in het verpleeghuis te bezoeken.” Lubeek pleit derhalve voor “landelijke kaders in combinatie met regionale uitwerking.”

Binnen een dergelijke regionale structuur werkt Gaastra in verpleeghuis Westerhout te Alkmaar. Gaastra is mede-oprichter van Centrum Oosterwal en tevens van het Huid Medisch Centrum in Amsterdam. “Als dermatologen is het, denk ik, goed deze consulten gestructureerd aan te bieden. Voor de organisatie van het verpleeghuis is het efficiënter en makkelijker. Het nut wordt gevoeld en bij het maken van duidelijke afspraken is het doen van consulten een gezamenlijke inspanning met een breed draagvlak binnen de organisatie. Dit alles valt of staat met de bereidheid en flexibiliteit binnen het verpleeghuis. Het gebruik van specifieke ruimtes en goed mobiel licht helpen mee in de praktische zin. Ook afspraken over een lokaal, beperkt formularium zijn handig. De voorgeschreven medicatie moet voorhanden zijn in hun eigen apotheek en verplegend personeel moet bekend zijn met het gebruik ervan.”

#### **Hoe ziet die structuur eruit?**

“Iedere 6 weken op maandagmiddag wordt er visite gelopen. Dit gebeurt door een dermatoloog plus doktersassistente, specialist ouderengeneeskunde en een assistente. Ik vind het uiterst zinvol om deze patiëntencategorie in zijn/haar eigen omgeving te bezoeken. Als zij naar de kliniek of ziekenhuis moeten, dient er veel geregeld te worden met begeleiding. Een poliklinische afspraak regelen heeft namelijk een stevige impact op de afdeling waar patiënt verblijft. Ook geeft het extra veel spanning dat ze uit het verpleeghuis weg moeten. Dit geldt met name voor de patiënten van de gesloten afdelingen. Familie is niet altijd bereid of in staat de begeleiding op zich te nemen. Daarop kan men dus niet terugvallen.”



*Manon Zweers: “Wat ik daar leer, is soms te kiezen voor minder effectieve maar voor meer pragmatische oplossingen waarmee patiënt toch goed geholpen is.”*

## **ZEULEN VERSUS VEILIGHEID**

### **Wat voegt de dermatoloog toe aan die zorg?**

Over één ding is het viertal is beslist eens. Men hoeft niet te ‘zeulen’ (Galimont) of te ‘slepen’ (Gaastra) met een patiënt. Dat is niet alleen een “mooie service” (Zweers) maar voorkomt ook problemen, zeggen Galimont en Gaastra: “Het is veel makkelijker om naar het verpleeghuis zelf te gaan. Daar zorgen ze dat de mensen op de kamer zijn en eventueel uitgekled zijn. Hun vaste verpleegkundige of verzorgende is er en die veilige omgeving resulteert ook veel minder verwardheid bij die mensen. Die eigen omgeving maakt bovendien dat ze sneller geneigd zijn een goede anamnese te geven. Als ze mentaal daartoe in staat zijn. Ook de interactie met familie en verzorgend personeel vindt op een veel informelere manier plaats. Dit komt de consultsfeer ten goede. Zowel voor de dermatoloog als de patiënt.

Het feit dat de patiënt niet vervoerd moet worden, is natuurlijk voor de familie, de patiënt zelf en voor het verpleeghuis een opluchting, anders moet dat transport geregeld worden en krijgt de dermatoloog in zijn vertrouwde omgeving te maken met mensen die de poli in de war gooien. Voor ze uit en aangekleed zijn en jij weet wat er aan de hand is, ben je immers een hele tijd verder. Verwijsbrieven, familie of begeleiding zijn nu ook niet altijd een betrouwbare bron. Het is veel handiger dat naast de patiënt zelf te doen, in aanwezigheid van de specialist ouderengeneeskunde en de verzorging, bij twijfel kijk je gewoon in het dossier.”

Zweers wijst erop dat ze in het verpleeghuis wat ernstiger dermatologische pathologie ziet dan op de polikliniek, omdat de specialist ouderengeneeskunde er niet uit komt. “In het verpleeghuis zie ik met name oncologie, maar ook eczeem, ulcera, eigenlijk vrijwel het gehele spectrum. Kleine verrichtingen - denk aan cryotherapie, curettage, biopten - kunnen we ter plekke doen.” Gaastra sluit zich hierbij aan en ziet vooral ook praktische voordelen: “Niet alleen in geval van jeuk,

huidkanker et cetera maar zeker ook in de flebologische zorg. Ik zie namelijk veel oedeem en open benen.”

Er ligt ook winst besloten in de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde, voegt Gaastra toe: “De specialisten ouderengeneeskunde zijn in de regel niet adequaat dermatologisch geschoold. Ook loopt een collega in opleiding vaak mee. Zij zien duidelijk de meerwaarde van die leermomenten.” Die stelling ondersteunen Lubeek en Galimont: “*Bedside teaching* aan de arts in het verpleeghuis en, andersom, want ook voor ons als dermatoloog is het leerzaam input te krijgen vanuit een verpleeghuis. Dat heet klassieke kruisbestuiving.” Galimont: “Je kunt dan ook veel sneller overdragen en de fijne details gelijk meegeven. Je komt als het ware uit je tunnelvisie omdat jij niet weet wat de patiënt/verzorgende weet. Het is terecht dat Satish *bedside teaching* benoemt als voordeel. Vergeet namelijk niet dat ouderen met hun complexe multimorbiditeit niet in onze dermatologische richtlijnen en protocollen passen.” Lubeek wil een nuance aanbrengen als aanvulling: “Juist specialisten ouderengeneeskunde beschikken over veel ervaring met complexe beleidsafwegingen bij multimorbiditeit, inclusief cognitieve problemen. Daar kunnen wij als dermatologen veel van leren.” Gaastra sluit zich hierbij volmondig aan: “Vaak is de multimorbiditeit niet een struikelblok. In het reguliere spreekuur zie ik die ook genoeg. De mentale toestand van de mensen in het verpleeghuis vormt een groter obstakel.”

#### **Zien de specialist ouderengeneeskunde, de verpleging of verzorging die meerwaarde ook?**

Galimont twijfelt niet: “Het is voor alle kanten waardevol. De specialisten ouderengeneeskunde leren op hun beurt beter omgaan met dermatologische problematiek.” Lubeek valt haar bij: “De specialisten ouderengeneeskunde zijn erg blij met de consulten omdat ze er soms zelf niet uitkomen, vaak al teledermatologie hebben geprobeerd, maar dan alsnog stranden doordat ze advies krijgen wat niet haalbaar is. Een voorbeeld? Wat moet een specialist ouderengeneeskunde met een advies als: ‘stuur de patiënt maar in.’ Waar deze patiënt gewoon niet meer naar de polikliniek kán komen.”

### **VERBETERMOGELIJKHEDEN**

**Hoe goed de zorg ook geregeld is, het kan altijd beter. Wat denken jullie op basis van jullie ervaringen waar en hoe de dermatologische zorg binnen verpleeghuizen zou kunnen verbeteren?**

Lubeek staat de verdere uitbouw van regionale werkstructuren voor ogen – inclusief goede afspraken over de financiering: “Het kost gewoon meer tijd, en een passende vergoeding hoort daar nu eenmaal bij.” Daarnaast denkt hij, net als Zweers, aan de inzet van teledermatologie, bijvoorbeeld als triagemiddel. Zweers oppert dat duurzame nascholing voor artsen in een verpleeghuis een bijdrage kan leveren. Ze noemt als voorbeeld de mogelijkheid dat zij zelf biopten gaan afnemen. “Ook zie ik een behoefte aan nascholing gericht op geriatrische dermatologie voor specialisten ouderengeneeskunde of andere zorgverleners om de basiskennis te verbeteren.” Galimont wil dat graag specificeren: “Ik vind dat er specialisten ouderengeneeskunde met als aandachtgebied de

huid moeten komen. Inzetbaar als een soort overkoepelend consulent in de verpleeghuiszorg. Daarna kan de kennis doorsijpelen naar elk verpleeghuis. Dit vooronderstelt wel dat er meer scholing in hun opleiding komt alsook in de nascholing.” Er is echter al veel bereikt: “Ik zie, in de 15 jaar dat ik consulent ben, dat zowel de specialisten ouderengeneeskunde als ikzelf een enorme leercurve hebben doorlopen. Dat straalt ook af op de verzorgenden en de verplegenden. Een aantal zaken gaan veel beter dan voorheen: de wondzorg is beter, de specialisten ouderengeneeskunde herkennen veel sneller de dermatologische aandoeningen en het verzorgend wassen leidde tot een duidelijke afname van het ouderdomseczeem.” En niet zonder trots maakt ze melding, net als Gaastra dat eerder deed, van het formularium dat ze opstelde, samen met de apothekers, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten en physician assistants: “Periodiek evalueren we dit en passen waar nodig het beleid aan.” Inmiddels is ze als dermatoloog toegevoegd aan de visitatie van de verpleeghuizen toegevoegd en kijkt ze kritisch mee naar de zorg. “Dat is een blijk van waardering vanuit de beroepsvereniging Verenso dat huidzorg een belangrijk onderdeel van hun vak is.”



Menno Gaastra: “Uitleg is soms minimaal mogelijk. Verdoven is vaak een uitdaging. Ook behandeling geschiedt niet altijd volgens de regels van de kunst.”

#### **In welk opzicht is die ervaring in een verpleeghuis een vrijking voor de dermatoloog?**

Het antwoord is unaniem. Lubeek: “Vooral om alles in die specifieke context te zien, de samenhang tussen het wegen van de klachten van de patiënt en de omgang met naasten/familie, waarbij dat alles soms gecompliceerd wordt door dementie en probleemgedrag. Je leert breder te denken dan enkel een curatief doel voor ogen te houden.” Zweers reageert zoals ze is, praktisch en nuchter: “Wat ik daar leer, is soms te kiezen voor minder effectieve maar voor meer pragmatische oplossingen waarmee patiënt toch goed geholpen is.” Een instemmend knikkende Galimont: “Je leert buiten de kaders denken. *En passant* krijg je ook veel meer respect en waardering voor onze ouderen die zich in de maatschappij staande houden. Daarnaast geeft het mij een nederige kijk op het leven en leerde ik mijn snelheid aan te passen en rustig en geduldig te zijn,



toegegeven: in weerwil van mijn eigen karakter.” Zij zwijgt even. “Je bent als het ware een pionier, we moeten en mogen mee met de maatschappelijke veranderingen. Ik kan de specialisten ouderengeneeskunde altijd benaderen voor patiënten die nog niet in verpleeghuis zijn. Andersom zijn zij ook voor mij consultants; ik mag ze altijd raadplegen over patiënten die nog in de thuissituatie zijn.”

#### **Waar halen jullie als dermatoloog vooral voldoening uit?**

Die vraag ontlokt antwoorden op puur menselijk niveau. Voor Zweers geldt dat ze “vooral voldoening haalt uit die momenten dat ze een goed contact kan hebben met een persoon.” Daarmee is de toon gezet. Want Lubeek spreekt van “de dankbaarheid die ik krijg omdat ik met een beperkte inspanning een groot verschil kan maken. Bijvoorbeeld voor een bedleegde patiënt in de palliatieve fase met al weken durende ernstige jeuk. Op geleide van teledermatologie werd gedacht aan paraneoplastische jeuk en symptoombestrijding geadviseerd, waar ik bij het live consult evidente scabiës zag. Dat verhelpen was eenvoudig en het maakte haar bestaan in de laatste levensfase zoveel draaglijker.” Die meerwaarde koestert ook Galimont: “In de verpleeghuizen zijn er mensen met ernstig eczeem en sinds kort durven de specialisten ouderengeneeskunde en ik veel eerder, ondanks comorbiditeiten en contra-indicaties, weloverwogen toch methotrexaat te starten. De rust die mensen dan hebben als het eczeem onder controle is, is het mooiste wat je terugkrijgt.”

Stellingen die ook Gaastra onderschrijft: “Als behandelaar haal ik voldoening uit het feit mensen zo goed en makkelijk mogelijk te kunnen helpen binnen de muren van het verpleeghuis. Maar ook dat ik de tijd neem bij chronische patiënten om even wat langer een praatje met ze te maken. Ik merk dat er heel veel eenzaamheid is, ondanks het feit dat men veel activiteiten organiseert. Mensen kunnen echt uitkijken naar je komst. Maar ook op een rustige manier samen met patiënt en familie een beleid uitstippelen, wil ik graag vermelden. Het tempo moet in het verpleeghuis echt lager liggen wat betreft uitleg over het te volgen beleid.”

#### **Zien jullie de mensen alleen, of zitten er ook anderen bij?**

De toon zet Gaastra: “De patiënten worden eigenlijk nooit alleen gezien. In de meeste gevallen zijn we met z'n vieren of vijven. Als mensen dat niet trekken dan blijft een deel op de gang wachten en zie ik de mensen alleen of met mijn assistente. Op de gesloten afdelingen proberen we met zo min mogelijk mensen tegelijk bij de patiënt te zijn. Die mensen kunnen dat vaak niet aan. Maar ze zien dan wel graag het vaste gezicht van hun specialist ouderengeneeskunde of afdelingsverpleegkundige.” De anderen sluiten zich hierbij aan: “Ik zie de patiënten op de kamers en we kijken met alle specialisten ouderengeneeskunde altijd naar ieders patiënten. Overal is de verzorgende en waar nodig ook de familie erbij. We werken dus altijd in teams”, zegt Galimont. Ook Zweers ziet haar patiënten “samen met een verzorgende, soms samen met verpleegkundig specialist of specialist ouderengeneeskunde. Meestal is er ook iemand van de familie bij dan wel de vertegenwoordiger van de patiënt, of wordt deze gebeld tijdens mijn bezoek om bevindingen en beleid te bespreken.”

#### **Daar komen jullie zonder twijfel in aanraking met multimorbiditeit. In ieder geval vaker dan in een gewone dermatologische praktijk. Hoe lastig is dat?**

Galimont houdt het heel kort: “Daar heb ik de specialist ouderengeneeskunde voor; we wegen alles samen af en na jaren oefening is dat in een oogwenk gefikst.” Anderen zijn hier wel degelijk een uitdaging in, zoals Lubeek: “De verpleeghuispopulatie heeft doorgaans veel uitgebreidere multimorbiditeit en kwetsbaarheid dan de gemiddelde polipatiënt. Afweging wat in beste belang patiënt is, kan hier uitdaging zijn, maar het samen beoordelen met de specialist ouderengeneeskunde is echt zeer waardevol en ook leerzaam.” Voor samenspraak kiest ook Zweers: “Die multimorbiditeit maakt dat je soms voor pragmatische oplossingen kiest, met name bij mensen met huidkanker en een beperkte levensverwachting. Een patiënt van top tot teen onderzoeken, zoals ik op de polikliniek wel altijd doe, is door multimorbiditeit vaak niet haalbaar. De multimorbiditeit maakt de dermatologische zorg wellicht iets pittiger, maar niet per se veel lastiger.”

#### **NASCHOLING**

Het van elkaar leren, loopt als een rode draad door de gesprekken. Vermeldenswaard is dat er in steeds meer opleidingscentra voor specialisten ouderengeneeskunde standaard dermatologie-onderwijs bestaat. Zo verzorgt Lubeek bijvoorbeeld op twee momenten tijdens de opleiding een middag dermatologie-onderwijs aan specialisten ouderengeneeskunde in Nijmegen, en vrijwel jaarlijks ook een soort landelijke opleidingsdag voor specialisten ouderengeneeskunde in opleiding. Daarnaast noemden Galimont en Lubeek eerder al *bedside teaching*. Gaastra: “Met enige regelmaat geven we nascholing. Zowel aan de specialisten ouderengeneeskunde als aan de verzorgenden. De ene keer is dat een puur praktische insteek zoals ‘hoe behandel ik wonden?’ en ‘verbindingstechnieken’, en de andere keer hebben we het meer over de achtergronden van bepaalde ziektebeelden of bespreken we gezamenlijk een casus. De vraag die we aan elkaar stellen, is dan: Kan het beter of hebben we het goed gedaan met elkaar?”



*Annemie Galimont-Collen: “Daarnaast leer ik heel goed met ouderen te communiceren, zeker bij beginnende dementie en oh-oh-oh wat heb ik een groot respect voor het geduld van de specialist ouderengeneeskunde en de verzorging.”*

Galimont geeft nu ook periodiek les in de verpleeghuizen “omdat ik nu eenmaal beter weet waar de kennislacunes zitten. Daarnaast kijk ik mee naar hoe we informatie op verzorgenden moeten overdragen, werk ik mee aan de protocollen en de folders en kaartjes voor in de bakjes op de kamers van de patiënten. Ook bied ik stageplaatsen aan voor verpleegkundig specialisten en physician assistants.”

***Hoe gaan jullie om met mensen die oude mensen die zich lastig zelfstandig duidelijk kunnen maken, nauwelijks kunnen verwoorden wat er aan de hand is en soms dementerend zijn?***

Voor Lubeek ligt een sleutel in de voorbereiding: “Ik krijg voor het consultmoment altijd de verwijsvraag door en als ik inschat dat bijvoorbeeld een biopsie nodig is dan laat ik de behandelend arts hiervoor alvast informed consent vragen bij de wettelijk vertegenwoordiger. Verder is de afweging wat wel/niet behandelen bij deze categorie patiënten lastig, bijvoorbeeld als er sprake is van tumoren. Een biopsie helpt mij hierbij, ook omdat ik een indruk krijg wat wel/niet mogelijk gaat zijn bij die patiënt ingeval van een eventuele vervolgingreep.”

“Dat is een lastig probleem”, in de ogen van Gaastra. “Meestal gaat het om uitgebreide carcinomen of jeukklachten. Bij BCC’s die regelmatig bloeden en hinderlijk zijn bij het dragen van een bril moet er vaak wel wat gebeuren. Uitleg is dan minimaal mogelijk. Verdoven is vaak een uitdaging. Ook behandeling geschiedt niet altijd volgens de regels van de kunst. Uitgebreide excisies zijn vaak niet mogelijk. Maar uitgebreide curettage kan wel. Dan is in ieder geval het probleem voor een tijdje weer opgelost. Maar ook afwachtend beleid moeten we zoveel mogelijk met familie en, zover mogelijk, met de patiënt bespreken. Deze groep van patiënten blijft een serieus probleem voor het spreekuur in het verpleeghuis. Maar vaak ook voldoening gevend zonder dat de patiënt dat altijd zelf kan aangeven.” Galimont “leunt allereerst op de vaste verzorgende of verplegende; zij hebben de kennis om met deze mensen om te gaan. Daarnaast leer ik heel goed met ouderen te communiceren, zeker bij beginnende dementie en oh-oh-oh wat heb ik een groot respect voor het geduld van de specialist ouderengeneeskunde en de verzorging.”

***Welke eigenschappen moet een dermatoloog wel of niet hebben voor die zorg?***

“Je moet er rekening mee houden dat een consult in een verpleeghuis (veel) langer duurt dan op de polikliniek”, zegt Zweers, “dus geduld is een handige eigenschap. Belangrijk is vooral om mensen geduldig en rustig te benaderen en vragen soms meermaals en op diverse manieren te stellen. Het helpt dat er meestal een vertrouwd persoon bij is om mensen op hun gemak te stellen. Ook humor kan een bruikbaar instrument zijn om makkelijker contact te leggen. Wat niet helpt, is als je niet durft af te wijken van richtlijnen of voor pragmatische aanpak te kiezen. Lubeek vat dit samen in de woorden dat “enige flexibiliteit en zeker ook pragmatisme” belangrijk is. Geduld is in de ogen van Gaastra eigenlijk onvoldoende. “Wat nodig is: extra geduld plus extra aandacht voor de mensen om wie het gaat. Dit soort spreekuren moet je niet gaan doen om extra geld te verdienen. Het consult kost meer tijd en jij bent degene die van hot naar her loopt. De patiënt blijft zitten in

zijn of haar veilige kamertje of afdeling. Deze patiëntengroep kan je spreekuur ophouden op je eigen poli. Door ze in het verpleeghuis te zien, haal je dat probleem weg. Daar richt je je dan bij uitstek op deze patiëntengroep. Het doel? In alle rust in veilige omgeving zo goed mogelijke zorg leveren binnen de grenzen van het verpleeghuis.”

Het is Galimont die blijkt geeft van zelfreflectie: “Als je in een verpleeghuis wil werken, moet je vooral *niet* mijn persoonlijkheid hebben ... Al heb ik geleerd een stapje langzamer in het leven te gaan als ik daar ben – noodgedwongen, en het was een lange leerweg met een redelijk platte curve.

Niets gaat namelijk zoals je vooraf verwacht: mensen lopen weg, de verpleging is toch stiekem vergeten een patiënt op de kamer te houden. Onderweg wordt aan je gevraagd een extra patiënt te zien. Ook als je, zoals ik, graag de zaken op orde wilt hebben en graag alles onderbouwd wilt zien. Zoals ik al zei: geen van de patiënten past in een richtlijn.”

Dat laatste was voor mij juist de aanzet dit werk toch te willen gaan doen. Omdat we veel te bieden hebben. Al heb je wel eens te maken met een dementerende patiënt met ernstig eczeem die zich telkens weer afvraagt: ‘Wie is toch die viezerik die elke keer met zijn handjes aan mij zit?’”

## **PUREE-INCIDENT**

***Ongetwijfeld hebben jullie nog een leuke anekdote voor ons?***

Haar nevenfunctie als bestuurssecretaris fluistert Galimont het antwoord in: “Eigenlijk vind ik het allerleukste dat we gaan kijken hoe we als dermatologen *in the picture* komen met deze zorg”. Alleen Gaastra trekt de registers open voor een heuse anekdote, met een gulle glimlach: “Tijdens een consult op een gemengde gesloten afdeling kwamen we binnen tijdens het begin van de avondmaaltijd. Het spreekuur was wat uitgelopen en de desbetreffende afdeling was gewend vroeg te eten. We moesten kijken naar een dame met een tumor op haar voorhoofd. Een chique dame die alle aandacht zeer prettig vond. Tijdens het onderzoek van haar hoofd klonk er verderop aan de tafel kabaal. Er vloog een lepel met aardappelpuree door de lucht tegen mij aan. De puree-gooiende dame eiste dat ik ook haar ging bekijken want de patiënte die we bekeken kreeg al veel-te-veel en te vaak aandacht. Daarbij vertoonde ze soms ook uitdagend sensueel gedrag, haar haren naar achteren gooien en haar blouse losknopend. De specialist ouderengeneeskunde schoot gelukkig snel te hulp en kon de gooister tot rust manen. Dat lukt slechts nadat hij beloofde dat we ook haar plekjes zouden onderzoeken. Nadat we van de afdeling vertrokken waren, hebben we er uitgebreid om gelachen.”

Veel is gezegd, nog meer bleef onbenoemd. Dat is onvermijdelijk. Desondanks lijkt de stelling gerechtvaardigd dat dermatologie in een verpleeghuis, net als het werk van huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde, dicht bij de bakermat van geneeskunde komt en waar geneeskunde uiteindelijk op dient te rusten: mensenwerk.

---

## **CORRESPONDENTIEADRES**

Frans Meulenberg

E-mail: f.meulenberg@nvdv.nl



# A patient-centered approach in geriatric dermatology

M.E.W. van Winden

Op 1 november 2021 promoveerde Marieke van Winden aan de Radboud Universiteit Nijmegen op haar proefschrift getiteld: *A patient-centered approach in geriatric dermatology*. Haar promotoren waren prof. dr. E.M.G.J. de Jong en prof. dr. dr. P.C.M. van de Kerkhof en haar copromotor dr. S.F.K. Lubek.

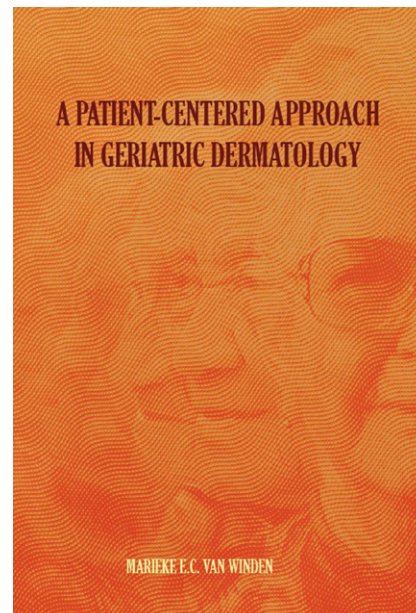
De snelgroeiende geriatrische populatie vraagt om specifieke aandacht in de dagelijkse dermatologische gezondheidszorg, vanwege patiënt-gerelateerde kenmerken als kwetsbaarheid, comorbiditeiten, verouderings-gerelateerde orgaanstoornissen en functionele afhankelijkheid. Het doel van dit proefschrift was om meer begeleiding te bieden bij patiëntgerichte geriatrische dermatologische zorg en het verbeteren van gezamenlijke besluitvorming door te streven naar een optimale afweging tussen voor- en nadelen van de verschillende behandelopties. Twee ziekte-entiteiten werden bestudeerd; de veel voorkomende inflammatoire huidaandoening psoriasis en het meest voorkomende type huidkanker, basaalcelcarcinoom (BCC).

## HOOFDSTUK 1. INTRODUCTIE

Hoofdstuk 1 bevat een algemene introductie over psoriasis, basaalcelcarcinoom en de veranderingen in het lichaam, gepaard gaande met ouder worden en kwetsbaarheid.

## HOOFDSTUK 2. BEHANDELING VAN PSORIASIS BIJ OUDEREN

In hoofdstuk 2.1 werd een systematisch literatuuronderzoek gepresenteerd naar de vertegenwoordiging van ouderen in gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) naar systemische antipsoriasis behandelingen. Niet alleen werd een uiterste leeftijdsgrens gehanteerd in 33,3% van de 162 onderzochte RCT's, ook werden ouderen in 90,6% van de overige RCT's naar verwachting disproportioneel geëxcludeerd op een indirecte manier (bijvoorbeeld door comorbiditeiten). Het is daarom de vraag in hoeverre de gegevens uit RCT's van toepassing zijn op ouderen in de dagelijkse praktijk. Zodoende worden ervaringen uit de dagelijkse praktijk steeds belangrijker. De beschikbare gegevens over effectiviteit en veiligheid van systemische antipsoriasis behandelingen werden beschreven in een systematisch literatuuronderzoek in hoofdstuk 2.2. Over het algemeen waren er beperkte gegevens beschikbaar. De effectiviteit en veiligheid van de meeste systemische antipsoriasis behandelingen werd niet beïnvloed door leeftijd. Bij ciclosporine echter, werd wel een associatie gezien tussen hogere leeftijd



en bijwerkingen, met name nierfunctiestoornissen. Infecties waren de meest voorkomende bijwerkingen bij biologicals, hoewel er geen verband met leeftijd werd gevonden. De meeste bijwerkingen waren reversibel.

In hoofdstuk 2.3 werd een landelijke survey-studie beschreven waarin de 414 ouderen ( $\geq 65$  jaar) juist minder bijwerkingen van hun antipsoriasis medicatie rapporteerden dan de 536 geïncludeerde patiënten  $< 65$  jaar. Er werden geen significante verschillen gezien tussen de leeftijdsgroepen aangaande het gebruik van systemische antipsoriasis therapieën (38,3% bij  $\geq 65$  jaar versus 42,3% bij  $< 65$  jaar;  $p=0,219$ ), hoewel er wel significant meer comorbiditeiten, comedicatiegebruik en functionele afhankelijkheid (van zowel medische zorgverleners als familieleden) werden gerapporteerd door patiënten  $\geq 65$  jaar. Ziektekenmerken en -ernst waren vergelijkbaar tussen de leeftijdsgroepen, maar ouderen rapporteerden andere behandelvoorkeuren dan patiënten  $< 65$  jaar (hoofdstuk 2.4). Ouderen waardeerden de vermindering van medicatiegebruik en zie-

Dermatoloog in opleiding, afdeling Dermatologie Radboudumc, Nijmegen



kenhuisbezoeken als significant belangrijker dan patiënten <65 jaar oud, maar algemene behandeldoelen (bijv. vrij zijn van jeuk, schilfering en zichtbare plekken) waren zeer vergelijkbaar in beide groepen. Hoewel de uitkomsten erg heteroog waren, waren ook de behandeltevredenheid en ziektelast zeer vergelijkbaar tussen de leeftijdsgroepen. De DLQI-R, een alternatief scoresysteem voor de DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) rekening houdend met “niet-relevant responses” (NRR), gaf bij ouderen nauwkeuriger de ware impact op kwaliteit van leven weer dan de oorspronkelijke DLQI. In de oorspronkelijke DLQI wordt een NRR gescoord als “o”, gelijk aan “helemaal niet”, ook als het desbetreffende item dus niet relevant of niet van toepassing is voor de patiënt. Bij 60,7% van patiënten ≥65 jaar werd ten minste 1 NRR gemeld, versus 31,3% bij <65 ( $p < 0,001$ ). Om de kans op suboptimale kwaliteit van leven beoordeling te verkleinen, wordt daarom aanbevolen om de DLQI-R te gebruiken in plaats van de DLQI. Op basis van het bewijs gevonden in dit proefschrift, is er geen reden om terughoudend te zijn met systemische antipsoriasis therapieën op basis van kalenderleeftijd alleen. Dit kan mogelijk zelfs leiden tot onderbehandeling en een daaropvolgende verminderde kwaliteit van leven in deze populatie. Wij adviseren zodoende om samen met de patiënt behandelafwegingen te maken, waarbij uiteraard comorbiditeiten en comediatie meespelen, maar ook individuele voorkeuren en doelen van patiënten een grote rol spelen.

### HOOFDSTUK 3. BEHANDELING VAN HUIDKANKER BIJ OUDEREN

Huidkankerzorg kan een uitdaging zijn in de geriatrische populatie, aangezien patiënten met een beperkte levensverwachting mogelijk niet lang genoeg leven om baat te hebben bij de behandeling van huidkanker. Om in kaart te brengen wat de tijd-tot-gezondheidsvoordeel is, zijn er meer onderzoeken nodig naar patiënt-, tumor- en behandel-gerelateerde aspecten die de levensverwachting, tumor- en behandelbelasting beïnvloeden.

Een lage chirurgische behandelbelasting werd ervaren door de meeste ouderen die participeerden in een prospectieve multicenter cohortstudie onder ouderen met een basaalcelcarcinoom (BCC) in het hoofd- en halsgebied (gepresenteerd in hoofdstuk 3.1 (zowel Mohs chirurgie als conventionele excisie werden meegenomen), en een hoge algehele overleving (93,5%) werd gezien (gemiddelde follow-up: 23,3 maanden). Zoals verwacht waren er geen BCC-gerelateerde sterfgevallen. Meerdere kwetsbaarheids-gerelateerde patiëntkenmerken waren geassocieerd met overleving en behandeluitkomsten; de Charlson comorbiditeitenindex en afhankelijkheid van anderen met betrekking tot instrumentele activiteiten van het dagelijks leven (iADL; bijv. telefoongebruik en vervoer) waren significante voorspellers voor mortaliteit. Bovendien waren polyfarmacie (≥5 medicamenten), iADL-afhankelijkheid en complicaties significante voorspellers voor de behandelbelasting. Zodoende lijkt, voor fitte en niet-kwetsbare patiënten, vroege BCC behandeling de meest geschikte strategie voor BCC in het hoofd- en halsgebied te zijn. Echter, in individuele gevallen kunnen de nadelen van BCC-behandeling groter kunnen zijn dan de voordelen; bijvoorbeeld bij kwetsbare ouderen. Om de rol van kwetsbaarheidsscreening in dermato-oncologie verder te bestuderen, werd in hoofdstuk 3.2 een gemodificeerde Delphi-procedure gepresenteerd, waarin werd gekeken welke kwetsbaarheids-gerelateerde aspecten belangrijk worden geacht door artsen en patiënten bij de behandeling van huidkanker. Comorbiditeiten, cognitieve stoornissen en polyfarmacie werden hoog gewaardeerd door de werkgroep. Er werden 26 multi-domein kwetsbaarheid-screeningsinstrumenten geïdentificeerd uit een systematisch literatuuronderzoek, waarbij de G8 (*Geriatric-8*) de meest geschikte bleek voor toepassing binnen de dermato-oncologische zorg. Een eerste evaluatie van de G8 binnen de dermato-oncologie werd gerapporteerd in hoofdstuk 3.3; een prospectieve pilotstudie over gespecialiseerde poliklinische zorg voor (kwetsbare) ouderen met (de verdenking op) BCC. Een groot deel van de geïncludeerde patiënten werd geclassificeerd als kwetsbaar



Marieke van Winden ontvangt haar bul van haar promotor prof. dr. dr. Peter van de Kerkhof



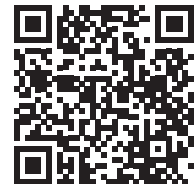
(87,3%) en daarvan koos 43,8% voor een BCC-behandeling die verschilde van het verwachte reguliere beleid; bijvoorbeeld een verkort radiotherapie schema of waakzaam wachten (WW; watchful waiting). De behandelbeslissingen werden genomen na zorgvuldige overweging van behandeldoelen, patiëntkenmerken en patiëntvoorkeuren, op een gestandaardiseerde manier van gedeelde besluitvorming. Afwijken van het verwachte reguliere beleid leidde tot minder ziekenhuisbezoeken bij 19 (32,2%) patiënten, bij 13,6% waren juist meer ziekenhuisbezoeken nodig (indien curatieve behandeling alsnog uitgevoerd werd; gemiddelde follow-up 20,0±12,0 maanden). Curatieve behandeling sloot bij ouderen niet altijd goed aan bij individuele behandeldoelen, zeker wanneer patiënten niet lang genoeg leven om baat te hebben bij invasieve behandeling; wanneer de tijd-tot-gezondheidsvoordeel (time-to-benefit) van curatieve BCC-behandeling de levensverwachting overschrijdt.

Om meer kennis te verkrijgen over de tijd-tot-gezondheidsvoordeel bij BCC-behandeling, werd er in hoofdstuk 3.4 in een cohort van 89 patiënten met 280 BCC's onderzocht wat het natuurlijke beloop van BCC's is wanneer ze onbehandeld blijven (waakzaam wachten; WW). Patiënten kozen vaak voor WW vanwege comorbiditeiten, kwetsbaarheid of een beperkte levensverwachting. Bij slechts drie patiënten met drie BCC's was een uitgebreidere behandeling nodig na een periode van WW (bijvoorbeeld wanneer een reconstructie nodig was in plaats van primaire sluiting). Zodoende zou WW een geschikte optie kunnen zijn bij kwetsbare patiënten met asymptomatische tumoren (en te verwachting lage tumorlast op korte termijn), mits goed afgestemd met de voorkeuren van de patiënt. De bevindingen in deze studie benadrukken het belang van een passende follow-up, met een periodieke herevaluatie van de (behandel)mogelijkheden. Dit wordt ook bevestigd door het feit dat de meerderheid van de BCC's (53,2%) geen tumorgroei liet zien tijdens de follow-up. De geschatte groei verschilde sterk tussen de verschillende BCC-subtypes; voor infiltratieve/micronodulaire BCC's was de geschatte tumorgroei 4,46 mm in één jaar, versus 1,06 mm bij nodulaire/oppervlakkige/klinische BCC's. Er werden brede voorspellingintervallen gezien, wat aangeeft dat er sprake was van heterogene uitkomsten, hetgeen de noodzaak van individuele follow-up en heroverweging van de tijd-tot-gezondheidsvoordeel bij elk bezoek verder benadrukt.

## CONCLUSIE

In dit proefschrift werden verschillende aspecten van de behandeling van psoriasis en huidkanker bij ouderen belicht. Bij beide ziektebeelden blijkt dat bij ouderen, naast de ziektespecifieke aspecten, ook rekening moet worden gehouden met patiënt- en kwetsbaarheidsaspecten. Op basis van de resultaten van dit proefschrift zou de kalenderleeftijd alleen geen reden moeten zijn om bepaalde therapieën bij psoriasis of huidkanker op voorhand af te schrijven. Gevorderde leeftijd kan een signaal zijn om kwetsbaarheid, de behoefte aan multidisciplinaire benaderingen, aanvullende (telefonische) consulten en/of verdere onderzoeken te evalueren. Gezamenlijke besluitvorming moet bij elke patiënt worden nagestreefd, waarbij het essentieel is om in dit gesprek de tijd-tot-gezondheidsvoordeel te bespreken, alsmede patiëntvoorkeuren en behandeldoelen. Vooral bij kwetsbare ouderen met nodulaire of oppervlakkige BCC's kunnen de nadelen van behandeling groter zijn dan de voordelen. Het afwegen van de voor- en nadelen van psoriasisbehandeling bij oudere volwassenen is een ander, maar deels vergelijkbaar dilemma. Terwijl psoriasis de kwaliteit van leven ernstig kan beïnvloeden, kan de behandelbelasting ook een grote invloed hebben op de kwaliteit van leven, vooral voor patiënten die een relatief lage ziektelast ervaren. Om persoonsgerichte dermatologische zorg te verbeteren, moet daarom rekening worden gehouden met factoren die bijdragen aan zowel de belasting door de aandoening als de behandeling. In individuele gevallen kan het in het belang van de patiënt zijn om af te wijken van medische richtlijnen of reguliere zorg, omdat de kwaliteit van leven bij kwetsbare patiënten met een beperkte levensverwachting mogelijk meer wordt aangetast door de therapie dan door de ziekte zelf.

Belangstellenden kunnen het proefschrift digitaal inzien via de volgende link of door de QR-code te scannen:  
<https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/237337>



---

## CORRESPONDENTIEADRES

Marieke van Winden

**E-mail:** [Marieke.vanWinden@radboudumc.nl](mailto:Marieke.vanWinden@radboudumc.nl)



# Juweeltjes

Bert Keizer

---

Er zijn nogal wat mensen die in hun wilsverklaring opschrijven dat ze in geval van dementie nooit in een verpleeghuis willen worden opgenomen. Toch zijn ongeveer veertigduizend Nederlanders met dementie daar wel beland. En die hadden zich allemaal voorgenomen om daar niet te eindigen. De klassieke gang van zaken bij dementie is dat men zich schrap zet tegen een opname in het verpleeghuis, en er vervolgens toch belandt. Dat komt omdat dementie je meestal berooft van dat deel in je persoonlijkheid dat je in staat stelt om je schrap te zetten tegen opname in het verpleeghuis. Er is geen ruimte voor jou náást je dementie. Je kunt je dementie niet bekijken zoals je wel je longlijden kunt bekijken. Het is niet altijd zo, maar in de overgrote meerderheid van de gevallen helaas wel.

Ik heb veel jaren in het verpleeghuis gewerkt en heb dat nooit ervaren als de hel. Nee, nogal wiesde, omdat jij elke avond weer naar huis fietste. Dat klopt maar half. Ik zou er niet al die jaren hebben kunnen werken als daar alleen maar mensen zaten die doodongelukkig zijn. Hoe vergaat het die mensen dan?

Irene Kruyssen, muziektherapeut, en Paula Irik, emeritus predikant, doen op internet al jaren verslag van hun ontmoetingen met demente bewoners in de vorm van gespreksverslagen, onder de titel Juweeltjes. Wat je te lezen krijgt is soms verdrietig, dan weer komisch, maar altijd is er de ontmoeting met een levende man of vrouw die probeert iets te zeggen over wat hem of haar beweegt. Ik citeer met toestemming uit hun blog. Hier praat meneer A. met Irene op de dag van Allerzielen, terwijl haar hond rondtrippelt. Luister hoe hij rondtastend in Allerzielen belandt bij zijn ouders die begraven liggen op Barbara (het kerkhof in Sloterdijk) en de hond waar hij zo dol op was. 'Het is voor mij veel spannender. Ik ga me ook nooit verplicht voelen voor iets. Ik wil ... niet vergeten ... het heeft mij genoeg verdriet gekost, dus ik heb helemaal

niet zo ... Er zijn er zoveel die verdriet gedaan hebben ... ik heb liever heimwee. Het is tenslotte ook een grote hond. Die hond ook. In wezen leefde die toen nog. In wezen weet ik niet of dit zo gepland is of niet gepland is. Op Barbara, bij Sloterdijk, daar liggen mijn wortels. Tenminste: voor een hond. Die mensen wonen daar dichtbij. Sloterdijk is iets ... een gemeenschap ... de mensen ... ik ga op een bankje zitten of een stoeltje. Dan geniet ik. Dat ik aanwezigheid ben. Sloterdijk, dat is ook te ver weg geworden. Het spoor over bij de cocacola-fabriek. Ruimschoots. Dan ben je met een horde mensen en dan komen ze voor elkaar maar ook niet voor elkaar. Het was zo'n lieve, brave hond. Ik was de oudste jongen. Daar had je een band mee. We waren met in totaal acht kinderen, vier meiden, vier jongens. Van huis uit ...'

En hier praat Paula met mevrouw B. Ze drinken wat in de herfstzon: 'Ik ga het niet zo goed omgeven en leven. Heerlijk. Leuk hè? Ik was helemaal goed zoet. Lekker. Hèhè – zitten we hier. Blijven we heerlijk hier met een wit stukkie. Blijf ik hier. Of juist niet. Dat dacht ik ook zelf tussendeur. De sleup (terwijl ze een slok neemt) vind ik nog bijzonder goed. Zie je wel. Omdat het herfst is. Jij zegt het ook al. En ik. Leuk hè? Daarom, ik wou net zeggen, ik zei vanmorgen nog: de bruine dingen zijn voorgoed veranderd geworden. Als het uitgezaaid is, zelf al. Wij moeten er dan inderdaad ook bij zijn. De deuren door, een opletting hebben met elkaar. Ik ben heel blij. Gek hè? Ik vind het heel goed gedaan hoe we dat gewerkt gedaan. Ik wil even lekker kijken. Ik dacht ook dat jij dat moest doen. Alle gewone dingen, die deed ik altijd wel. Ik ga niet moesteren hoor. Ik ken jouw dingen toch. Ik doe het zelf bij mij. En ik ga het niet uitleggen. Daar heb ik geen zin in. (Lachend:) Voorlopig.'

Dementie is onhandig dwalend leven, niet iets om naar te verlangen, of aan te prijzen, maar het is niet de hel.

---

Arts en schrijver



# Erosieve pustuleuze dermatose van de scalp (EPDS) bij een 86-jarige man in het verpleeghuis

M. van Oosterhout<sup>1</sup>, D.I.M. Kuijpers<sup>2</sup>

Een 86-jarige man werd door de specialist ouderengeneeskunde (SO) met affiniteit voor huidaandoeningen in de thuissituatie gezien in verband met een huidaandoening op het hoofd. De SO werd in consult gevraagd door de praktijkondersteuner van de huisarts die op haar plaats weer was gevraagd mee te denken door de verzorgenden van de patiënt. In eendrachtige samenwerking kwamen ze tot een uitstekend resultaat.

## CASUS

Het betreft een patiënt met in de voorgeschiedenis onder andere een lacunair herseninfarct, aortaklepstenose, coloncarcinoom, hypertensie, astma, dementie en een recente ziekenhuisopname in verband met covid infectie met een gecompliceerd beloop door een bijkomend delier. De dermatologische voorgeschiedenis vermeldt meerdere huidtumoren, zowel van het type plaveiselcelcarcinoom als basaalcelcarcinoom, bij huidtype I en forse zonexpositie. Sinds enkele jaren heeft de heer progressieve, pijnlijke, erosieve gebieden die zich inmiddels hebben gemanifesteerd over zijn gehele scalp alsook op de onderarmen en welke regelmatig zijn bedekt met geelgroene crustae (figuur 1). Aanvullend histopathologisch onderzoek van de gelijkende huidaandoening op de onderarm toonde epidermale atypie, suggestief voor keratosis actinica, met gesuperponeerde pustulaire gemengdcellige dermatitis. Een kweekafname gaf behoudens de gebruikelijke mengflora alsmede meerdere grampositieve staphylococci (*S. aureus*) geen aanwijzing voor een bacteriële kolonisatie op basis van *Pseudomonas* dan wel voor een overgroei van gisten. Door de behandelend dermatoloog werd op basis van het klinisch beeld de huidafwijking gediagnostiseerd als EPDS en behandeld met topische corticosteroiden en afwisselend met indrogende dan wel invettende behandeling en zo nodig topische antibiotica, afhankelijk van het klinisch beeld. Een complicerende factor was de toenemende pijn die patiënt ervoer aan de hoofdhuid, die reinigen en insmeren bemoeilijkte, ondanks lokale en systemische pijnstilling. Tevens werden in de afgelopen jaren meerdere plaveiselcelcarcinomen en actinische keratosen in het hoofdhalsg gebied en bovenste extremiteiten behandeld middels excisie, cryotherapie en topicaal 5-fluoracil.

De huidaandoening heeft al een aantal jaar een grote impact op zijn kwaliteit van leven. Hij trekt zich steeds vaker terug



Figuur 1. EPDS voor behandeling.

en familieaangelegenheden evenals dagbesteding bezoekt hij niet graag, doordat hij zich zeer bewust is van zijn huidaandoening. De ouderen in zijn omgeving, zeker diegene met cognitieve achteruitgang, nemen geen blad voor de mond en zeggen ongevraagd wat zij vinden van de zichtbare huidafwijking. De heer is in toenemende mate afhankelijk, slaapt slechter door de pijnklachten en de jeuk op het hele hoofd en hij

<sup>1</sup> Specialist Ouderengeneeskunde, werkzaam bij Avoord, regio West-Brabant

<sup>2</sup> Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Amphia, Breda

wordt door de vermoeidheid ook valgevaarlijk. Helaas verloor de man juni jongleden zijn partner. In verband met de toename van hulpbehoefendheid met onvermogen alleen thuis te blijven wonen, volgt overplaatsing naar een verpleeghuis in de omgeving met continue begeleiding bij dementie. De betrokken SO heeft de verantwoordelijkheid van het medisch behandelplan overgenomen van de huisarts alsmede het organiseren van de juiste zorg rondom de huidaandoening.

## DIAGNOSE

Erosieve pustuleuze dermatose van de scalp (EPDS)

## BELOOP

De huidige lokale behandeling met clobetasolzalf en Betadine shampoo gaven onvoldoende verbetering. In een multidisciplinair overleg met de betrokken patiënt, diens familie en de behandelend dermatoloog en SO werd gesproken over de behandelopties. In verband met de impact op zijn kwaliteit van leven plus de pijn en onrust die topicale behandeling met zich meebrengt ondanks 15 mg morfine vooraf, werd de voorkeur gegeven aan een systemische therapie. De mogelijke bijwerkingen en interacties die een systemische therapie met zich meebrengt bij onze patiënt met multimorbiditeit en polyfarmacie wegen in deze casus op tegen het enorme ongemak in de huidige situatie. Op het moment van overname gebruikt hij de volgende medicijnen; dagelijks Calci chew, dabigatran, desloratadine, ferrofumaraat, metoprolol, monteluklast, pantoprazol, paracetamol, perindopril, simvastatine, tamsulosine en eenmaal per week alendroninezuur.

Patiënt heeft meerdere keren een prednisonkuur gehad bij acute astmatische bronchitis, echter zonder effect op zijn EPDS; daarom is besloten niet te behandelen met prednison. Wij kozen voor ciclosporine in een begindosering van 25 mg per dag. Aangezien ciclosporine met dabigatran interfereert,

werd na overleg met de apotheek de dabigatran geroteerd naar apixaban en kon alsnog de gekozen systemische therapie starten. De behandeling sloeg binnen 4 weken aan (figuur 2a en 2b) en de nierfunctie en de bloeddruk wordt nauwlettend opgevolgd. Een lokaal emolliens werd toegevoegd in verband met droogte van de scalp. Met het opklaren van het huidbeeld verbeterde ook de kwaliteit van leven door vermindering van pijn, afname van jeuk en het verbeterde uiterlijk. Ook kon door het rustiger aspect van de scalp de huid beter gecontroleerd worden op voor (pre)maligne suspecte huidafwijkingen.

## HISTOPATHOLOGIE

Bij microscopisch onderzoek ziet de patholoog atrofische epidermis, compacter hyperparakeratose, met intracorneaal/subcorneaal zeer focaal een enkele cluster deels gedesintegreerde granulocyten. Subepidermaal is er enige myxoïde fibrose en bandvormige mononucleair infiltraat. Geconcludeerd werd een epidermale atypie, suggestief voor keratosis actinica, met gesuperponeerde pustulaire gemengdcellige dermatitis.

## BESPREKING

EPDS is een veelal onderschatte en moeizaam te behandelen inflammatoire huidaandoening die zich presenteert op de aan zon blootgestelde huid en met een tot dusver onvolledig bekende etiologie/pathofysiologie. [1] De diagnose wordt gesteld op basis van klinische gegevens en wordt gekarakteriseerd door chronische inflammatie en terugkerende steriele pustels, erosies en grote crustae op een atrofische huid. Deze crustae zijn makkelijk te verwijderen, waarbij een erosief oppervlak tevoorschijn komt. Het komt voornamelijk voor op de oudere leeftijd en wordt vaak gezien bij patiënten na mechanische trauma, chirurgische verrichting of na het doormaken van een infectie zoals herpes zoster. Zelfs lokale behandeling van actinische keratose met 5-fluorouracil en



Figuur 2a. EPDS tijdens behandeling met ciclosporine na 4 weken



Figuur 2b. EPDS tijdens behandeling met ciclosporine na 8 weken



imiquimod wordt geassocieerd met ontwikkeling van EPDS. [2] EPDS kan makkelijk mis gediagnostiseerd worden door overeenkomsten met andere huidaandoeningen en aspecifieke histopathologie; atrofische epidermis met chronische inflammatie. [2,3] EPDS leidt door misdiagnose, het chronische karakter, de moeizaam in te stellen therapie en het ontstaan van alopecia tot verminderde kwaliteit van leven en heeft daarnaast ook nog een verhoogd risico op ontwikkelen van huidkanker. [4] Het verhoogde risico op huidkanker kan worden verklaard door de combinatie van chronische inflammatie bij een toch al door UV licht beschadigde huid. Chronische inflammatie kan zorgen voor hypoxie en dit zet angiogenese aan wat kan leiden tot tumorgroei. [4,5] De behandeling bestaat in de eerste plaats uit lokale corticosteroiden klasse III-IV, maar ook lokaal tacrolimus of calcipotriol is beschreven. Systemische behandeling kan bestaan uit minocycline 50-100mg, doxycycline 100mg of isotretinoïne. Ook dapson en PDT (fotodynamische therapie) worden vermeld in de literatuur en zijn mogelijk. [6,7] Voorzichtigheid is geboden in geval van ciclosporinegebruik bij ouderen in verband met mogelijk dalen van de nierfunctie en ontstaan van hypertensie. [8]

## CONCLUSIE

EPDS kon bij onze patiënt verantwoord worden behandeld met ciclosporine, door samenwerking tussen SO en dermatoloog. Hierdoor werd de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeterd en de scalp rustiger en daardoor beter te beoordelen op voor (pre)maligne suspecte huidafwijkingen.

## LITERATUUR

1. Burton JL. Case for diagnosis: pustular dermatosis of the scalp. *Br J Dermatol.* 1977; 97:67.
2. Piccolo V, Russo T, Bianco S, Ronchi A, Alfano R, Argenziano G. Erosive pustular dermatosis of the scalp: why do we miss it? *Dermatol.* 2019;235:390-395.
3. Starace M, Loi C, Bruni F, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: clinical, trichoscopic, and histopathologic features of 20 cases. *JAAD.* 2017; 76: 1109-1114. Brouard MC, Prins C, Chavaz P, Saurat JH, Borradori L. Erosive pustular dermatosis of the leg: report of three cases. *Br J Dermatol.* 2002 Oct;147(4):765-9.
4. Negbenebor N, Shayegan LH, Cohen LM, Kroumpouzou G. Nonmelanoma skin cancer in the setting of erosive pustular dermatosis of the scalp: A case series and comment on management implications. *Derm Ther.* 2022; 35(7).
5. Karanfilian KM, Wassef C. Erosive pustular dermatosis of the scalp: causes and treatments. *Int J Dermatol.* 2022 Jan;60(1):25-32.
6. Yang CS, Kuhn H, Cohen LM, et al. Aminolevulinic acid photodynamic therapy in the treatment of erosive pustular dermatosis of the scalp: a case series. *JAMA Dermatol.* 2016;152(6):694-697.
7. Roussard KC, Berger TG, Rosenblum M, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a review with a focus on dapsone therapy. *JAAD.* 2012;66(4):680-686.
8. Di Lernia V, Ricci C. Familial erosive pustular dermatosis of the scalp and legs successfully treated with ciclosporin. *Clin Exp Dermatol.* 2016; 41: 334-335.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Marleen van Oosterhout

E-mail: ma.van.oosterhout@avoord.nl



## Verpleeghuiszorg in belletrie

# De tempi van afhankelijkheid

F. Meulenbergh | Illustratie: Loes Vos

**Na een lange werkdag rijdt de 49-jarige Pieter Elting op een zomeravond naar de villa, waar hij sinds een scheiding alleen woont. Licht geïrriteerd vanwege het gezeik op zijn werk en denkend aan de onbenulligheid van mensen heeft hij slechts één verlangen: een whisky.**

Thuis aangekomen wordt hij opgewacht door een man en een vrouw, gekleed in spijkerbroek en donker T-shirt met daarboven een zwarte bivakmuts. Het duo overmeestert Pieter, stopt hem in de kofferbak van een auto en brengt hem naar een onbekende plek, in een lege kamer met als enig meubilair een bed en een nachtkastje. Ontvoerd! Waarom? Hij peinst zich suf over mogelijke vijanden of ruzies, maar hij kan niets bedenken. Zijn ontvoerders geven geen antwoord op zijn vragen: "Denkt u dat we tijd hebben om met u in discussie te gaan? U houdt zich aan de regels van het huis en daarmee basta!" Hij moet zelf maar gaan bedenken waarom hem dit overkomt.

Zwijgend binden ze hem vast op bed. Ondanks zijn aandrang mag hij naar het toilet gaan. Hij plast en poept in zijn broek. Een luier blijft hem niet bespaard. Hij krijgt de vaste dagindeling te horen. Voor de avondboterham is het al te laat: "We kunnen geen uitzondering maken". De dagen verlopen volgens een vaste routine. Hij voelt zich goor, het bed is dat ook. De ontvoerders: "U denkt toch niet dat we elke dag tijd hebben uw bed te verschonen?" Het ontbijt bestaat uit twee slappe sneetjes witbrood, in vieren gedeeld, met kaas en jam. Plus mierzoete thee en een glas vruchtensap met een rietje. Het avondeten biedt erwten en appelmoes, met vanillevla als toetje. Hij vreest nooit meer kreeft te zullen eten. Verzet helpt niet: de mannelijke ontvoerder slaat een tand uit zijn mond. Na een week zetten ze hem eindelijk onder de douche. Hij verliest zelfs het gevoel van tijd, en is zielsgelukkig - "een vernederende blijdschap" - als ze hem een keer met een rolstoel de tuin in rijden. Langzaam beginnen Pieter en zeker de lezer te beseffen waarom hem dit overkomt.

Onenigheid tussen de ontvoerders - Emma en haar broer John - maakt dat ze de reden voor de ontvoering onthullen. Emma laat Elting haar logboek lezen van het verblijf van hun moeder in verpleeghuis Parkzicht. En wie is bestuurder van dat verpleeghuis? Pieter Elting. De zorg en het eten waren slecht, te weinig personeel, geen aandacht, nauwelijks verschoning.



Moeders toestand verslechtert, haar gedrag onvoorspelbaar. Op een gesloten afdeling zet een verpleegkundige haar onder een veel te hete douche. Die brandwonden lopen fataal af. Elting verklaart dat de schuld bij het 'systeem' ligt, niet bij hem persoonlijk.

Met de keuze voor de vorm literaire thriller laat auteur Lieneke Dijkzeul met *Dagen van schaamte* een originele invalshoek zien voor haar aanklacht tegen het systemisch wanbeleid in verpleeghuizen. [1] Al is het verrassingsgehalte qua inhoud en plot matig, zeker voor een thriller, het *j'accuse* gehalte is er niet minder om. Haar boek werkt voor alles vooroordeelbevestigend en al zal dat best iemand een prettig en bevestigend gevoel geven ('zei ik het niet!'), het leest door de grove penseelvoering bijna karikaturaal, wat alle ethische fijnzinnigheid aan het zicht onttrekt.

### VERKENNING

Wat is ethiek? In de brede definitie van ethiek gaat het om het vinden van een antwoord op de aloude Socratische vraag:

Directeur ad-interim NVDV en tot voor kort onderzoeker 'ethiek en fictie' aan de afdeling Medische ethiek, filosofie en geschiedenis van de geneeskunde, Erasmus MC, Rotterdam

‘Hoe te leven?’, met daaraan gekoppeld de vervolgvraag: ‘Wat voor mens willen wij zijn?’ Ieder van ons moet zelf zien uit te vinden waar het hem of haar werkelijk om gaat en wat hem of haar motiveert om zo in het leven te staan als hij of zij staat. De eigen dagelijkse ervaringen staan daarbij voorop en vormen een belangrijke inspiratiebron. Eigen ervaring kan echter nimmer afdoende zijn. Er is meer voeding nodig. Zoals uit verhalen van andere mensen, de media en het internet maar ook fictie. Wat is dan de meerwaarde van literaire

*"We doen net als cowboys,  
eerst worden de paarden verzorgd"*

romans? Fictie schenkt ons gedetailleerde beelden, indringende beschrijvingen van levens en karakters, plus de complexiteit hiervan. [2] Voedingsstof voor morele overwegingen dus. Verhalen, inclusief fictie, scherpens ons vermogen aan om morele nuances te onderscheiden. Milan Kundera verwoordt het treffend: “De roman onderzoekt niet de werkelijkheid, maar het bestaan. En het bestaan is niet wat er gebeurd is, maar het bestaan is het veld van menselijke mogelijkheden.” [3] Elke roman zegt tot zijn lezer: De zaken zijn gecompliceerder dan jij wel denkt. Zoals bijvoorbeeld blijkt uit *De weduwetrooster* van de Duitser Marc Wortmann.

### ONGEWOON BEROEP

De 19-jarige schoolverlater Jan Oltrogge vervult zijn vervangende dienstplicht in een verzorgingshuis voor vrouwen. Hoezeer hij ook zijn best doet de oude vrouwen op tijd gewassen te krijgen, het lukt hem niet. Hij klaagt hierover: “Waarom ontbijten we zo laat? Na drie uur po’s leegkiepen heb ik helemaal geen honger meer”. “We doen net als cowboys”, reageert zijn laconieke collega Sabine, “eerst worden de paarden verzorgd”.

Oltrogge krijgt bovendien een uitbrander van één van de familieleden van een bewoner: beseft hij wel dat het vrouwen betreft die twee wereldoorlogen hebben meegemaakt? De eerste als kind en de tweede als echtgenote en moeder, waarbij zij huis, man en kinderen hebben verloren, om vervolgens het land weer op te bouwen? Dat deze vrouwen dus goede zorg verdienen? Jan Oltrogge hoort het maar half aan, want hij heeft al besloten wat zijn levensdoel zal zijn: weduwetrooster. “Ik weet: een ongewoon beroep. Het bestaat even lang als er weduwen bestaan, dat wil zeggen, even lang als mannen eerder sterven dan vrouwen, en dat is al een hele tijd zo.” Onder de weduwes heerst jaloezie en competitie. Het ontleden van wat hen onderling bindt of juist onderscheidt, is een tijdrovende klus. Maar een weduwetrooster neemt die tijd, hoewel men in dat vak “altijd een beginneling blijft”.

Wat zijn de kenmerken van dat vak? Een weduwetrooster is een zachtvaardig en behoedzaam mens. Hij is bereid offers te brengen om de weduwes te troosten. Hij wil tot hen doordringen. Op het eerste gehoor zijn de verhaalfarden van de bejaarden onsamenhangend. De gedreven weduwetrooster

zet echter door omdat hij moet weten op welk gebied iedere individuele vrouw vertroosting wenst. Uiteindelijk gaat dan een luikje naar een geheim open, zijnde een oud verdriet, een sterfgeval of een afscheid. Dat is zijn doel: het opvullen van vrijgevallen plaatsen. Een weduwetrooster moet, als ouderenluisteraar, allerlei gedaanten kunnen aannemen om de evenzovele leegtes op te vullen:

De weduwetrooster was zoon, echtgenoot en minnaar. Hij sprak met de stem van de overleden vader, zijn glimlach was de glimlach van de overleden broer, zijn handen waren de handen van de overleden echtgenoot.

Oltrogge overspeelt echter zijn hand. Hij ritst de verledens te ver open. Tot daar waar het echt pijn doet en het mensen beschadigt. Veel van de vrouwen zijn niet in staat de confrontatie met het eigen vaak verdrongen verleden aan te gaan. Zijn aanpak is controversieel en er vallen zelfs doden. Ontslag volgt. Oltrogge weet: het troost bieden aan weduwen is een roeping, een baan voor het leven. En hij gaat op weg naar zijn nieuwe baan, in een ander verzorgingshuis ...

### LIEFDE EN PSYCHOTERREUR

*De weduwetrooster* is een indringende roman: spannend, ontroerend en ongemakkelijk. Levensecht, want de stank van zweet, poep, urine, speeksel, vuil en open wonden snoert de lezer de keel. Ook de levensverhalen van de weduwes doen bijkans fysiek zeer. Wortmann zoomt vooral in op empathie en betrokkenheid: hoe ver reiken professionele empathie en betrokkenheid? Op welk moment wordt empathie toxisch? En wanneer is sprake van grensoverschrijdend gedrag? In dat opzicht is het een verontrustende en weerbarstige roman. Collega’s verwijten Oltrogge een gebrek aan professionaliteit



omdat hij het werk zo “persoonlijk” opvat. De vraag rijst dan wat professionaliteit behelst - anders dan de graatmagere en zielloos rituele functie - wanneer die niet raakt aan de diepste zingeving van een individu: iemands levensverhaal. Oltrogge is in principe zeer begaan met de ongelukkige, angstige, gefrustreerde en eenzame vrouwen. Hij vult de leemte waarvoor familieleden en artsen angstvallig de ogen sluiten. Hij geeft ze aandacht, ruimte en tijd en hij kan ze troosten, bemoedigen en steunen omdat hij hun levens vaak tot in curieuze details kent. Is dat niet mede een kenmerk van een goede zorgverlener? Van de andere kant is hij niet-belangeloos en gaat hij te ver: hij overschrijdt grenzen van intimiteit, bedriegt en bedreigt de weduwes. Zijn liefde voor de oude vrouwen is even onmiskenbaar als de psychoterreur die hij uitoefent. Wat hij echter haarscherp ziet, is dat het ontbreken van troost onleefbaar is wanneer het eigen bestaan langzaam dreigt leeg te druppelen. De roman is een langgerekt pleidooi voor de noodzaak van betrokkenheid. De behoefte daaraan maakt de vrouwen afhankelijk.

## ALLEDAAGS

Is dat erg? Afhankelijkheid heeft een negatieve connotatie, waar autonomie bijvoorbeeld als bijna sacraal te boek staat. Dat maakt het moeilijk om afhankelijkheid te zien als een alledaags iets, waar iedereen mee te maken krijgt. Afhankelijkheid, in wisselende doses en tempi, hoort bij het leven, en is niet per se verkeerd of onwaardig. Afhankelijk zijn voor zorg, betekent niet noodzakelijkerwijs afhankelijkheid op alle terreinen. Het is de manier waarop de persoon zelf en de omgeving er mee omgaan: Maakt iemand misbruik van andermans afhankelijkheid? Moet je je schuldig voelen als je afhankelijk bent? Hoe respectvol om te gaan met afhankelijkheid? Afhankelijk zijn maakt kwetsbaar. Troost is opnieuw: we zijn het allemaal.

In afhankelijkheid zit altijd een ontmoeting, en soms een intieme ontmoeting. Daar hebben velen het moeilijk mee. Waarom zijn we vaak als de dood dat anderen onze intieme sfeer gaan binnendringen? Maar haalt ons dat niet uit de eenzaamheid op een moment dat alles ons richting isolement duwt? Na erkenning van afhankelijkheid komen de onderliggende vragen in beeld: ‘Hoe gaan wij met afhankelijkheid om?’ en ‘Om welke zorg vraag ik, welke afhankelijkheid durf ik als zorgbehoevende daarmee te vragen?’ en ‘Aan wie vertrouw ik die zorg toe?’ Patiënt en zorgverlener zijn door een appèl aan elkaar verbonden: ze respecteren elkaanders rol plus eigenheid en stellen de spelregels en hun beider grenzen helder vast. Ander dan Jan Oltrogge deed, betreden zij nimmer de ‘vernederingszone’.

## OUDERENLUISTERAAR

Ouderdom is een laatste leerschool. Voorbij de verwachtingen, zonder spijt over het verleden, slapen in vergetelheid die een vorm van vrijheid is. In de woorden van Nobelprijswinnaar Elias Canetti: “De oude kleren verbranden, de woordenkraam terzijde leggen. Niets meer verdedigen, het oude laten voor wat het is, ontdekken wat je nu bent.” [5] Wat Oltrogge goed begrijpt, is dat er een jonger leven aan voorafgaat. Die twee levens vormen één geheel, verenigd als ze zijn in één en dezelfde persoon. Als men dat leven wil taxeren, is het oneerlijk om alleen naar het laatste stukje van een levensweg te kijken. Het zou treurig zijn als zorgverleners zich zouden verliezen (in de lasten) van die ouderdom, en zo *de facto* de rest van een leven zouden buitensluiten.

Levensverhalen zijn weliswaar uniek maar de wetten die eraan ten grondslag liggen zijn dat niet. Het verhaal is de basis van alle menselijke ervaring, en omgekeerd: de menselijke ervaring is de basis van verhalen. Wie aandacht heeft voor veroudering en de beleving ervan, kan dus niet anders dan aandacht hebben en liefde koesteren voor ‘verhalen’, als ouderenluisteraar. Zoals gezegd zijn die verhalen een combinatie van eigen ervaring plus mogelijk fictie. Wellicht denkt iemand: waarom zouden we ons drukken maken over fictieve personen? Bedenk daarbij: van werkelijkheid naar fictie is er weliswaar een afname van praktisch belang en relevantie, maar deze zou weleens gepaard kunnen gaan, althans in bepaalde gevallen, met een toename van beleefde intensiteit en identificatie. [6]

## LITERATUUR

1. Dijkzeul L. *Dagen van schaamte*. Ambo|Anthos, Amsterdam 2016.
2. Cunningham A. *The heart of what matters: the role for literature in moral philosophy*. University of California Press, Berkeley/Los Angeles/London 2001.
3. Kundera M. *Over de romankunst – Verzamelde essays*. Ambo, Amsterdam 2012:41 [bezorger: Martin de Haan].
4. Wortmann M. *De weduwetrooster*. Ambo, Amsterdam 2003 [vertaling: Gerda Meijerink].
5. Canetti E. *Het pantheon van vergeten dingen*. Arbeiderspers, Amsterdam 1995:109 [vertaling: W. Hansen].
6. Vermeule B. *Why do we care about literary characters?* Johns Hopkins University Press, Baltimore 2010.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Frans Meulenberg

E-mail: f.meulenberg@nvdv.nl





# Het verpleeghuis is nog altijd het einde!

F. Angenent

---

**In 2017 verscheen het boek *Het verpleeghuis is het einde! 60 portretten en verhalen van verpleeghuisbewoners*. Het boek werd samengesteld door Freya Angenent en Lauke Bisschops, beiden specialist ouderengeneeskunde (SO). Zij hadden genoeg van het negatieve imago dat aan het verpleeghuis kleefte en wilden via het boek de verpleeghuisbewoner een stem en een gezicht geven. Een centrale vraag in het boek was: Wat verwachten bewoners van artsen? "De arts moet er zijn als ik hem of haar nodig heb." Dat geldt dus ook voor dermatologen. Zij kunnen hiertoe initiatieven ontplooiën voor verdergaande samenwerking met specialisten ouderengeneeskunde.**

*Het verpleeghuis is het einde!* werd geschreven voor iedereen die met het verpleeghuis te maken heeft. Voor mensen die er al wonen, voor mensen die er misschien heen gaan en voor hun families. Maar zeker ook voor managers, politici en (toekomstige) medisch specialisten, omdat het niet om theorie gaat, maar over de praktijk. Een praktijk vol mooie mensen en positieve verhalen. Het einde!, met een uitroepteken.

Dat het verpleeghuis een slecht imago heeft, is geen nieuws. De media berichtten regelmatig over misstanden. Veel Nederlanders zien opname in een verpleeghuis als 'het ergste wat je kan overkomen'. Er zijn tal van zaken die beter kunnen in de organisatie en uitvoering van de verpleeghuiszorg. Tegelijkertijd gaven de circa 50.000 verpleeghuisbewoners die Nederland in 2017 telde gemiddeld een 7 tot 8 voor tevredenheid. Het gecreëerde beeld was dus op zijn minst ongebruanceerd, zo vonden de auteurs. Zij gingen opzoek naar antwoorden op de vragen: Hoe ervaart de verpleeghuisbewoner de geleverde zorg? En welke ideeën hebben specialisten ouderengeneeskunde (in opleiding) zelf over de langdurige verpleeghuiszorg?



Auteur Freya Angenent tijdens werkzaamheden voor het boek in 2017



De handen van mw Hartendorf (91 jaar)

De centrale vraag aan de bewoners was: Hoe lukt het u om, binnen de omstandigheden, het beste uit uw leven te halen? Welke tips heeft u voor anderen die op de drempel van het verpleeghuis staan?

Een van de vragen die we aan de bewoners in het boek stelden was: Wat verwacht u van uw arts? Het meest genoemde antwoord was: De arts moet er zijn als ik hem of haar nodig heb. Voor veel bewoners was aanpassingsvermogen en veerkracht nodig om de nieuwe leefomgeving eigen te maken. Wanneer de SO bij hen visite loopt, komt die ook daadwerkelijk op visite in hun leefomgeving. Dat vraagt een andere benadering dan in het ziekenhuis.

---

Specialist ouderengeneeskunde bij My-doc, werkzaam in regio Arnhem



*“Hopelijk hebben [anderen, red] net zoveel geluk met hun dokter als ik, zij is zo'n fijne meid. Iedere keer dat ze op de afdeling is, komt ze heel eventjes naast mij zitten hier op de stoel, dat vind ik het allerbelangrijkste. Dan praten we over privédingen.” - Dhr. Krommenhout (86 jaar)*

### WERKWIJZE SPECIALIST OUDERENGENEESKUNDE

De SO is voor de bewoner op de achtergrond aanwezig, tot het moment komt dat de zorgvraag intensiveert. Tijdens de wekelijkse visites wordt namelijk, anders dan bij de huisarts, proactief gewerkt. Als SO werk je als generalist alsmede als specialist op bijvoorbeeld specifieke ziektebeelden. De grotere lijn wordt individueel bepaald op basis van een multidisciplinair behandelplan. In de ouderengeneeskunde delen we verschillende behandeldoelen in over de volgende 5 domeinen: somatisch, functioneel, maatschappelijk, psychisch en communicatief. Dit behandelplan is opgesteld en geëvalueerd in samenspraak met patiënt (of vertegenwoordiger) en de betrokken hulpverleners.

Door deze proactieve manier van werken signaleert men huidproblemen eerder dan bij thuiswonende patiënten. Een studie van Lubeek et al 2015 liet zien dat 62,5% van de SO's meer dan 10 keer per 3 maanden geconfronteerd worden met huidproblemen. Veel SO's voelen zich onvoldoende bekwaam om dermatologische problemen adequaat te diagnosticeren en behandelen. Werken buiten de kaders van richtlijnen is vaak nodig, omdat deze niet gelden voor de oudere patiënt. Hoge leeftijd is immers meestal een exclusiecriteria voor wetenschappelijk onderzoek. Uit het onderzoek blijkt dan ook dat veel SO's behoefte hebben aan meer dermatologische scholing en korte lijnen met een dermatoloog. [1] Ondanks de beperkte ervaring met huidproblemen heeft de SO de complexe zorgdraag bij de oudere patiënt zelfs op te lossen in plaats van door te verwijzen naar de tweede lijn. De reden daarvoor is eigenlijk heel simpel: Een retourtje ziekenhuis heeft veel voeten in de aarde.

### DERMATOLOGISCHE CASUÏSTIEK

Voor menig dermatoloog echter, is het verpleeghuis nog een terra incognita. Met het op handen zijnde verplichte coschap ouderengeneeskunde zal daar voor de aankomende generatie artsen gelukkig verandering in komen. En dat is hoognodig, kijkend naar de statistieken. [2] Ieder medisch specialisme zal vaker te maken krijgen met de oudere, vaak kwetsbare patiënt.

Een mooi praktijkvoorbeeld: de heer J. verblijft sinds 3 jaar op een psychogeriatrische afdeling van het verpleeghuis. Het betreft een 86-jarige, rolstoelafhankelijke, man zonder sociaal netwerk met dementie en insuline-afhankelijke diabetes mellitus die moeilijk instelbaar is. Met een strak eet-, slaap- en spuitregime zijn de glucosewaarden sinds kort binnen de perken waardoor zijn mentale situatie sinds enkele weken ook wat tot rust is gekomen. Dat is een grote opluchting voor hem en de rest van de afdeling. Ontregelingen leiden bij de heer J. namelijk tot fors roepgedrag in de nachten.

De SO wil hem graag laten beoordelen door de dermatoloog vanwege een voor maligniteit verdachte plek op de oorschelp die regelmatig bloedt. De heer J. zit, vooral tijdens de onrustige nachten, steeds aan het verband waardoor de wond weer opengaat. Dat een polibezoek in veel opzichten ontregelend werkt, is goed voor te stellen. Immers, het is niet ondenkbaar dat meneer lang moet wachten op de rolstoeltaxi. Patiënt heeft geen familie of contactpersoon die hem kan begeleiden en een verzorgende vrij roosteren is met de huidige personeelskrapte geen optie. Het zorgteam op de afdeling krijgt de roosters maar net rond.

Een simpel polibezoek bij de dermatoloog kost voor deze bewoner al snel driekwart dag, met alle gevolgen van dien voor zijn glucosewaarden en bijkomende problemen. Het multidisciplinaire team vreest dat een bezoek aan het ziekenhuis leidt tot ontregeling van het zojuist bereikte evenwicht. Er is iedereen veel aan gelegen om dit polibezoek te voorkomen door contact tussen de SO en een dermatoloog via telefoon of teledermatologie. De specialist ouderengeneeskunde van de heer J. had gelukkig al contact met een dermatoloog die zelfs bereid was om naar het verpleeghuis te komen om een biopt



*Dhr. Krommenhout (86 jaar)*



af te nemen van de huidafwijking. Er bleek inderdaad sprake van een maligniteit en er werd een conservatief behandelpun opgesteld. Met een Efadix behandeling kwam de huidafwijking weer tot rust.

### BLIK OP DE TOEKOMST

In de ideale situatie heeft elke vakgroep een SO met affiniteit voor dermatologie. Deze collega kan binnen het verpleeghuis een eerste consultrol innemen bij vragen. Vraagstukken kunnen worden voorgelegd aan een dermatoloog in het ziekenhuis via teledermatologie. Indien nodig kan de SO een biopsie afnemen en de pathologie laten beoordelen in het ziekenhuis. Een dermatoloog hoeft dan minder frequent naar het verpleeghuis te komen. Als die noodzaak er wel is dan kunnen consulten gebundeld worden en kunnen de SO en dermatoloog samen optrekken om kennis en kunde te vergroten. Overige verbeterpunten op het gebied van samenwerking worden elders in meer detail besproken in dit themanummer.

### LANGER THUISWONEN

Met het oog op de vergrijzing is dermatologische zorg voor ouderen een vraagstuk met toenemende urgentie. Het is van belang dat kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plek kunnen ontvangen. De trend om langer thuis te blijven wonen, zorgt ervoor dat er meer kwetsbare ouderen onder de medische verantwoordelijkheid van de huisarts vallen. De SO van de toekomst werkt steeds meer in de eerste lijn via een consultvraag van de huisarts of via een constructie van medebehandeling. Het vinden van voldoende SO's die hiervoor inzetbaar zijn is daarbij een uitdaging. Dergelijke initiatieven ('anderhalvelijnszorg') zijn er ook bekend voor dermatologische zorg. Men neemt aan dat deze vorm van zorg kostenbesparend is en dat de kwaliteit van de zorg er niet onder hoeft te leiden. Het grootste voordeel is er echter voor de kwetsbare oudere die op deze manier betere toegang heeft tot de nodige zorg. Betere samenwerking tussen specialisten ouderengeneeskunde en dermatologen die komen tot nieuwe initiatieven maken



*"Een dokter kan lijntjes en kwaaltjes snel proberen op te lossen, maar een gesprek helpt vaak om te accepteren wat je is overkomen", Mw. Monster – van Maaren*



Mw. Ruiken (82 jaar)

het mogelijk dat kwetsbare ouderen de juiste zorg op de juiste plek ontvang. Daartoe is het belangrijk om elkaar op te zoeken. De bijdragen van specialisten ouderengeneeskunde (i.o.) in het boek maken duidelijk dat voor de ouderenzorg geldt: bekend maakt bemind. Want het werk in het verpleeghuis is divers, van revalidatie tot palliatieve zorg en alles wat daartussen zit. Van kleine (dermatologische) kwalen tot ingewikkelde polyfarmacie en medisch ethische vraagstukken. Geen dag is hetzelfde in het verpleeghuis.

#### MEER VERHALEN LEZEN?

Het verpleeghuis is het einde!  
Portretten en verhalen van  
verpleeghuisbewoners  
Freya Angenent en  
Lauke Bisschops

ISBN: 9789082690439, druk 2,  
oktober 2017, 240 pagina's



#### LITERATUUR

1. Lubeek SFK, et al. Current dermatologic care in Dutch nursing homes and possible improvements: a nationwide survey. *J Am Dir Assoc.* 2015;16(8):714.e1-6.
2. Van Duin C, Stoeldraijer L. *Bevolkingsprognose 2014-2060.* CBS, Den Haag 2014.

#### CORRESPONDENTIEADRES

Freya Angenent  
E-mail: f.angenent@my-doc.nl



## Veilig antihistaminicagebruik bij ouderen

A.L. Nguyen | Dermatoloog, LUMC, Leiden | Ly Nguyen: a.l.nguyen@lumc.nl

---

Grinnell et al. publiceerden recent een review over het risico van antihistaminica gebruik bij ouderen en gaven tips voor veilig gebruik in de dagelijkse praktijk. Ouderen met jeuk en slaapstoornissen worden regelmatig behandeld met sederende antihistaminica. Eerste generatie antihistaminica, zoals hydroxyzine, veroorzaken meer bijwerkingen bij ouderen. De halfwaardetijd van deze lipofiele antihistaminica is bij ouderen langer door hun relatief hoge vetpercentage en verminderde spiermassa. Andere oorzaken voor het grotere risico op bijwerkingen zijn de gemakkelijke passage van de bloed-hersenbarrière, polyfarmacie en interacties met andere medicamenten met sederende of anticholinerge bijwerkingen. Voorzichtigheid is geboden bij ouderen met prostaathyperplasie, glaucoom en balansstoornissen vanwege het risico op complicaties zoals urineweginfectie, acute nauwe kamerhoek glaucoom en valfracturen. Gezien het gunstigere bijwerkingenprofiel wordt er bij ouderen een voorkeur gegeven aan tweede generatie antihistaminica: 1. fexofenadine 2dd 60 mg (niet-sederend effect, korte halfwaardetijd). 2.

(des)loratadine 10 mg/dag (CAVE: anticholinerge effecten, mogelijk QT-tijd verlenging); 3. (levo)cetirizine 10 mg/dag (relatief meer sederend, lagere dosis bij nierinsufficiëntie).

### CONCLUSIE

Gebruik van antihistaminica bij ouderen gaat vaker gepaard met bijwerkingen vanwege een vertraagd metabolisme, polyfarmacie en comorbiditeiten. Voorafgaand aan behandeling met antihistaminica dient men te vragen naar voorgeschiedenis van glaucoom, prostaathyperplasie, balans of geheugenstoornissen, valgeschiedenis en gebruik van andere antihistaminica of medicamenten met sederende of anticholinerge werking. Bij behandeling van ouderen met histaminerge jeuk gaat de voorkeur naar een tweede generatie antihistaminicum zoals fexofenadine.

*Grinnell M, Price KN, Shah A, Butler DC. Antihistamine safety in older adult dermatologic patients. J Am Acad Dermatol. 2022;87(2):381-386.*





# Dr. Pieter van der Valk (1955-2022)

Elke de Jong<sup>1</sup>, Hans Alkemade<sup>2</sup>

**Op 18 augustus 2022 overleed Pieter van der Valk. Hij was een uitstekend dermatoloog, een fijne collega, een gewaardeerde promotor en, bovenal, een uiterst beminnelijk mens.**

Pieter, geboren op 27 mei 1955, promoveerde in 1984 aan de Rijksuniversiteit Groningen en volgde daar ook zijn opleiding tot dermatoloog. Na het afronden van zijn opleiding werkte hij een jaar als onderzoeker aan de medische faculteit van de universiteit van California (UCSF) in San Francisco waarna hij voor drie jaar terugkeerde naar Groningen. Daarna trad hij op 1 juli 1992 als staflid/dermatoloog toe tot het team dermatologen van het Radboudumc. Hij deed dat vol verve gedurende twintig jaar.

## VERDIENSTEN

Al vroeg zag Pieter hoe belangrijk de interactie tussen huid, huidproblemen en omgeving was. Zijn speciale belangstelling voor contactdermatosen gaf blijk hiervan. Hij initieerde de onderzoekslijn Huid en milieu, met allergologie en arbeidsdermatosen als aandachtsgebied. Een onderzoekslijn die multidisciplinair was bemenst met een internist/allergoloog, diëtiste, aios, ondersteuners allergologie en klinisch arbeidsgeneeskundige. Een apart spreekuur allergologie/arbeitsdermatologie zou spoedig volgen. Hij stond aan de basis van de inrichting van een dagbehandelingsunit die de ATB werd genoemd (arbeids- en tijdsintensieve behandelingen). Pieter was vanaf 1 april 1995 chef de clinique/universitair hoofddocent. In 2007 werd hij vice-voorzitter werd van de Commissie Mensgebonden Onderzoek (CMO) van Radboudumc en daarnaast profileerde hij zich als voorzitter van de DIM-commissie (decentraal incident meldingen). Hij beleefde veel genoeg aan de begeleiding van promovendi en was copromotor van onder anderen Mandy Prins, Quintus Swinkels, Mai Le, Steven Devos, Martina Kucharekova en Judith Roelofzen.

De disseminatie van kennis en het opleiden van jonge mensen had hij in zijn hart gesloten. Zo verzorgde hij, binnen het Radboudumc, onderwijs op het gebied van allergologie voor bachelor- en masterstudenten. Verspreiding van kennis kreeg een nog veelomvattender kader via 107 internationale publicaties. Van 2006 tot 2012 was hij hoofdredacteur van het *Nederlands Tijdschrift voor Dermatologie en Venereologie* en vanaf 2017 tot vlak voor zijn overlijden sectorredacteur dermatologie van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.



Hij maakte zich ook sterk binnen de NVDV, getuige zijn lidmaatschap van de SOA-commissie en de beroepsbelangencommissie (BBC).

In 2013 nam Pieter afscheid van het Radboudumc om vervolgens in diverse ziekenhuizen en instellingen aan de slag te gaan. We kunnen hier, met zijn instemming, de woorden citeren van collega-dermatoloog Marc Nahuys: "Pieter werkte de laatste jaren bij BergmanClinics. Na zijn afscheid in het Radboud miste hij het patiëntencontact en de interactie met zijn dermatologische collegae. Wat een aanwinst was hij! Zijn kennis van de allergologie en zijn enthousiasme om dit over te dragen was inspirerend. Niet alleen voor wat betreft die kennis maar ook omdat hij ons wees op de waarde van ons vak en op het voorrecht om dit te mogen uitoefenen. Tot en met zijn laatste dagen bleef hij actief. Patiëntenzorg werd hem te zwaar maar zowel in wetenschap als de ondersteu-

<sup>1</sup> Dermatoloog en hoogleraar/afdelingshoofd Dermatologie, Radboudumc, Nijmegen; mede namens alle (oud-)medewerkers van de afdeling Dermatologie.

<sup>2</sup> Dermatoloog, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen en goede vriend van Pieter van der Valk

ning bij onze administratieve verplichtingen zoals bij de visitatie nam hij het voortouw. Hij bleef met ons in contact zelfs in de slechtste fases van zijn behandeling. Niet te stoppen! Wat een aimabel mens was hij, om niet te zeggen: wat een ongelooflijke liever! Naar zijn patiënten, naar zijn assistentes en naar ons, de collegae. Wat een verschrikkelijk verlies, wat zullen we hem missen.”

## EEN RIJK MENS

Een mens is zoveel rijker dan valt af te leiden uit louter een professioneel curriculum vitae. Woorden die voor ons Pieter beschrijven, zijn: bescheiden, vriendelijk, kundig, helpend voor anderen (patiënten en medewerkers), iemand die voor iedereen het beste probeert te bereiken, persoonsgericht, ontwikkelaar van nieuwe zorgconcepten, zorg voor iedereen, klinische onderzoeker, familieman met een enorme liefde voor zijn Joke, zijn kinderen en kleinkinderen. Hij was heel trots op hen allen. Graag geef ik het woord aan zijn goede vriend en collega-dermatoloog Hans Alkemade, die tijdens een herdenkingstoespraak een treffend en gevoelvol portret van Pieter schetste.

“Ik ken hem sinds 1992, en werd een vriend van hem wat niet moeilijk was, en het te blijven al helemaal niet.” Hij vervolgde: “Pieter was Pieter, en dat was heel wat! Natuurlijk, iedereen is uniek, maar Pieter was wel heel uniek. Ik zeg altijd: je hebt uniek, je hebt heel uniek en je hebt Pieter. ‘Positief’, ‘integer’, ‘energiek’, ‘trouw’, ‘educatief’, ‘recht-door-zee’, ‘vriendelijk’, ‘altijd helpend’, ‘nukkig’, ‘degelijk en dermatoloog’, ‘eigenwijs beter eigengereid’, ‘rustig’, ‘vrolijk’, ‘apart’, ‘leraar-pur-sang’, ‘kanjer’, het zijn enkele kantjes van zijn karakter, en dan heb ik nog alleen de letters van zijn naam gebruikt. Er zijn ook nog ‘doorgaan’, ‘prachtig’, ‘fanatiek’, ‘sportief’, ‘lief’ maar ook ‘nors’, ‘erg geïnteresseerd’, ‘perfectionistisch’, ‘nuchter’, ‘kundig’, ‘goed’ en vooral ‘bescheiden’. Laat ik twee kantjes toelichten.

## Dermatoloog

Pieter was als dermatologisch onderzoeker internationaal georiënteerd, denk maar aan zijn tijd in San Francisco waar hij onderzoek deed naar huidirritatie en eczeem. Hij gaf ook een internationaal tintje aan onze afdeling dermatologie in het Radboud door zijn stagiaires en promovendi o.a. uit Vietnam, Japan, Slowakije en Griekenland. Hij gaf inhoud aan de onderzoekslijn ‘Huid en Milieu’ en heeft met een mooi artikel de behandeling met teer uit het verdomhoekje gehaald. Hij heeft de allergologie-kar getrokken en de ATB opgezet en vormgegeven. De ATB, de arbeids- en tijds-intensieve behandelunit waar patiënten door zeer intensieve verpleegkundige zorg en instructie sneller effect van behandeling met teerzalf, dithranol zalf of de lymfepress zagen, therapietrouwer werden en niet opgenomen hoefden te worden. Pieter was ook een goede leraar zowel voor de jonge onderzoekers (hij begeleidde veel promovendi) als voor de jonge dokters. Bij nieuwe patiënten legde hij de patiënt en de jonge dokter alles uit en gaf hij de

verschillende behandelmogelijkheden en vervolgens ging hij weg. Of hij zei tegen de patiënt: ‘Tsja, het is een kwaal hè, je kunt natuurlijk ook niets doen ...’ en ging dan weg. In beide gevallen moest de jonge dokter de beslissing nemen wat te doen. Pieter vroeg daarna: ‘En, hoe heb je het opgelost?’ en zei dan ‘prima’ als het goed was, en anders ‘je kunt het ook zo doen, bel de patiënt maar even’. De jonge dokter leerde daar veel van! Pieter kon naast de dermatologische zorg voor patiënten, met veel onderbouwing met literatuur en samen beslissen, de dermatologie ook filosofisch benaderen. Veel mensen waren dan ook verrast, toen hij besloot om over te stappen naar de perifere dermatologiepraktijk, o.a. in Zeeland, Spijkenisse, Apeldoorn, tenslotte in Enschede en Doetinchem. Hij vertelde dat hij deze switch ervoer als een toetsing van de praktische dermatologie aan zijn bespiegelende benadering.

## Sporten

Al snel nadat Pieter vanuit het hoge noorden naar Nijmegen kwam, ging hij hardlopen met Joost Schalkwijk, iedere zondag, meer dan 10 jaar, en later kwam ook ik daarbij. Pieter als marathonloper hield zich altijd een beetje in zodat we uitvoerige gesprekken konden houden over allerlei onderwerpen, de NRC werd daarbij uitgebreid besproken en Pieter was altijd relativerend van aard en stond open voor nieuwe invalshoeken. En soms heb je met hardlopen dat je iets vreemds hoort en dat je naast je kijkt en dan ziet dat de ander naast zijn schoenen loopt, nou dat was bij Pieter onmogelijk: nuchter en bescheiden als hij was. Naast zijn schoenen lopen? Nee, dat nooit. Maar hardlopen was niet de enige sport: toen we ouder werden, vonden we, Pieter, Jan Boezeman, Joost en ik, elkaar in de denksport, het bridgen. Tot het laatst toe kwamen we bij een van ons thuis en deden we ons te goed aan het kaartspel en catering op niveau. Soms won Pieter en dat was verrekte knap niet alleen omdat we tegen Jan en Joost speelden maar vooral omdat Pieter met mij speelde, en dan genoot hij dubbel. En genieten kon hij, dan kon hij zo lachen dat hij met een vreemde motoriek als het ware dubbelklapte, erg mooi.

Over Pieter valt nog veel te vertellen, maar dat doe ik niet nu ... Kenmerkend is dat hij het beste voorhad met iedereen, en belangrijkste waren zijn liefste Joke en zijn familie: zij waren zijn alles en nog veel meer. Tot slot wil ik zeggen: Pieter was een kanjer, een bijzondere en geweldige kerel. Of zoals C. Johan Kieviet (auteur van *Dik Trom*) zou zeggen: Pieter was een geweldig man, en dat was-ie ... Ik ga afsluiten met zijn initialen PvdV, Pieter Veel (heel heel heel veel) Dank voor de vele jaren die we samen waren, en Vaarwel Vriend, Vaarwel, Vaya con Dios ...”

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Elke de Jong

E-mail: elke.dejong@radboudumc.nl



# Beachvolleybal en huidkankerpreventie

Zon, sport en huid: het is vaak een moeizame combinatie. Sporters lopen – door hun bezigheid – nu eenmaal een hoger risico op het krijgen van huidkanker dan de gemiddelde Nederlander. Dat was de reden waarom de NVDV samen met het Huidfonds en de NVH (huidtherapeuten) *acte de présence* gaven tijdens de finaledag van het Nederlands Kampioenschap Beachvolleybal, op 14 augustus j.l. De boodschap: wees zuinig op je huid én bescherm je huid. De arena: het strand van Scheveningen. Een zonnige dag? Een tropisch dag zelfs. Dé gelegenheid om bewustwording van verstandig zongedrag te promoten.



Aanwezig konden een gratis huidscan laten maken en kregen meteen ook een persoonlijk advies over de bescherming van hun huid. Als toegift kregen 2000 bezoekers bovendien een tube zonnebrandcrème mee. Terwijl boven het strand een zweefvliegtuig langstrok met het spandoek *Bescherm je huid*. Een lovenswaardig en indrukwekkend initiatief van de Huidkankerstichting (HUKAs).

Al met al een geslaagd evenement.

## CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: [secretariaat@nvdv.nl](mailto:secretariaat@nvdv.nl)







# Dermatologen in opleiding lanceren podcast

In de gloednieuwe podcast *Onder de Loep* nemen Babette Verkouteren en Luc Laumen (beiden aios dermatologie in het Maastricht UMC+) tien verschillende, inspirerende gasten onder de loep. Elke aflevering gaan Babette en Luc in gesprek met een gast over uiteenlopende dermatologische onderwerpen en leren ze de gasten beter kennen in de quick-4 en duivelse dilemma's. Samen met vaste gast Marianne Crijns (dermatoloog en groot kunstliefhebber) nemen ze iedere aflevering ook een kunstparel onder de loep. Het doel van de podcast is om laagdrempelige, persoonlijke en leerzame ervaringen te delen met dermatologen, aios/anios, coassistenten en andere zorgprofessionals. De eerste aflevering met dr. Kees-Peter de Roos is vanaf 15 september te beluisteren via Spotify en de Apple Podcast.

