

# HEEL DE HUID



MAGAZINE OVER HUID- EN HAARAANDOENINGEN

sunbed  
fact #1

Using a sunbed  
once a  
month or more  
could increase  
the risk of  
skin cancer  
• by 50%

# Uw arts kan uw hulp goed gebruiken

Datum afspraak

Ik heb last

- Rode en/of  
schilferende huid
- Verkleurde en/of  
pijnlijke nagels
- Vermoeidheid
- Pijnlijke gewrichten
- Jeuk
- 

U weet zelf het beste welke klachten u het vervelendst vindt. Alleen wanneer een behandeling die vervelende klachten verbetert, vinden wij uw behandeling succesvol. Dat gaat vaak verder dan alleen de behandeling van uw rode en/of schilferende huid. Bespreek daarom al uw klachten met uw arts.

## Help uw arts u te helpen

**HEELdeHUID**

**Magazine voor huid, haar en hun aandoeningen**

Nummer 3, september, 2018. Oplage: 20.000 ex.

© NVDV, Utrecht

ISSN: 2452-3755

**Uitgever** Stichting Beheer Tijdschriften Dermatologie,  
Domus Medica, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht

**Redactieadres** redactie@nvdv.nl

**Hoofredactie** Jannes van Everdingen (hoofredacteur),  
Frans Meulenberg (adjunct-hoofredacteur)

**Redactie** Francine Das, Imke Ferket, Lies Rijkse

**Eindredactie** Kabos-Van der Vliet Redactiebureau

**Omslag** Campagnebeeld 'Cancer Research UK'

**Fotografie** Marjolein Wintzen

**Illustraties** Lilian ter Horst

**Abonnementen** redactie@nvdv.nl of 030 2006 800

**Advertentie-acquisitie** redactie@nvdv.nl

**Ontwerp logo en lay-out** ATTACK • Ontwerpers

**Vormgeving, beeldredactie en traffic** Graficext, Velp

**Druk en verzending** Senefelder Misset, Doetinchem

De uitgever en de redactie zijn niet verantwoordelijk voor de inhoud van de advertenties en voor eventuele claims die daaruit voortkomen. Aan de inhoud van de artikelen kunnen geen rechten worden ontleend.

Voor eventuele overname van artikelen:

neem contact op met het redactiesecretariaat.

HEELdeHUID® is een geregistreerde titel.

HEELdeHUID is een initiatief van de Nederlandse

Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)

in samenwerking met Huidpatiënten Nederland (HPN).



**Adresmutatie?**

**Wilt u een adreswijziging/opzegging doorgeven? Informeer de vereniging via welke u dit blad ontvangt. Heeft u een eigen HEELdeHUID-abonnement?**

**Stuur dan een mail naar secretariaat@nvdv.nl.**

**Wilt u een abonnement op HEELdeHUID?**

**€ 12,50 per jaar of**

**€ 3,50 per los nummer.**

**Stuur dan een e-mail naar:**

**secretariaat@nvdv.nl met naam,**

**adres, postcode en woonplaats.**

**U kunt zich ook opgeven via:**

**www.heeldehuid.com**



*Een burenruzie komt vaker voor bij mensen die boven elkaar wonen dan bij mensen die naast elkaar wonen.*

© Dreamstime.com

# Extra stressdoden door jeuk?

In dit nummer laat onze columnist Kees-Peter de Roos zien hoe wij in gezondheidszaken, net als in de politiek, heel gevoelig zijn voor de informatie die via de media tot ons komt. En hoe gemakkelijk wij strooien met getallen. Een voorbeeld: het CBS becijferde in 2016 op basis van een zelf ingevulde enquête onder 15.000 volwassenen dat 8% van de bevolking het afgelopen jaar een depressie had of had gehad. Het CBS concludeerde hieruit: 'ruim 1 miljoen Nederlanders had een depressie', een bericht dat diverse kranten en journaals overnamen. Echter, volgens het Trimbos-instituut hebben per jaar ongeveer 546.500 Nederlanders een depressie.

Ander voorbeeld: op radio 4 (De Ochtend van 4) werd Sanne Deurloo, hoofdredacteur van NEMO Kennislink, op 11 september 2018 geïnterviewd door Margriet Vroomans. Zij spraken over een juiste weergave van cijfers van onderzoek naar schadelijke gezondheidseffecten van zaken als fijnstof en geluidshinder. Deurloo legde uit dat het fundamenteel niet deugt om zulke effecten als 'X doden per jaar' te presenteren. Bij het voorbeeld van geluidshinder stelde zij: dat zou leiden tot stress, stress tot hartinfarct en hartinfarct tot dood. Als je dat doorrekent op een bevolking van 17 miljoen zouden 700 mensen per jaar doodgaan aan geluidshinder (nog meer dan het aantal verkeersdoden per jaar). Ze vervolgt: iedereen begrijpt dat dat niet kan kloppen. Je krijgt een cijfer, maar eigenlijk zegt het niks.

Deze voorbeelden spraken mij zeer aan. Ik zie ook meteen al die andere doden voor me ten gevolge van burenruzie, inhaalmanoeuvres, lekkages, aanhoudende droogte en angst voor spinnen. Maar de echte stress zit niet in het geluid zelf, maar in de bron. Als het geluid afkomstig is van die nare buurman die om 11 uur 's avonds nog even expres zijn stereoboxen opendraait (een kwart van de Nederlanders heeft van tijd tot tijd ruzie met de burens, zo blijkt uit onderzoek van het Rechtsbijstandverzekering Informatie Centrum) of van een ontroostbare huilbaby (2-2,5% van alle in Nederland geboren baby's voldoet aan de definitie daarvan), verhoogt dat de stress veel meer dan wanneer die buurman met zijn burens afspraken heeft gemaakt over de tijden en het volume van zijn boxen of wanneer bij de baby tandjes doorkomen, want dan heb je een oorzaak en weet je dat het voorbijgaand is.

Ook huidziekten die jeuken kunnen zeer stressverhogend zijn. Het interview op bladzijde 26 getuigt daarvan. Vooral als die jeuk lang aanhoudt en onverklaarbaar blijft. Als je alle mensen met chronische jeuk (o.a. constitutioneel eczeem, contactallergie, lichen planus, galbulten (urticaria), schurft, geneesmiddelenallergie) bij elkaar optelt, kom je volgens mij op een getal dat het aantal mensen dat last heeft van geluidshinder evenaart. Hoeveel doden levert dat op? Ho, ho, dit is een getallenexperiment. Hangt u mij hier niet aan op. Deze berekening is immers gebaseerd op aannames en schattingen. En er zijn ook mensen die van beide last hebben, geluid én jeuk. Die mag je natuurlijk niet dubbel tellen. Laat ik maar niet zeggen dat er jaarlijks 700 mensen doodgaan aan jeuk. **H**



**Dr. Jannes van Everdingen**  
hoofredacteur



## Lichen Planus Vereniging Nederland zoekt bestuursleden

Bent u op zoek naar:

- een nieuwe uitdaging, waarbij u uw kennis en ervaring kunt inzetten
- een zinvolle tijdsbesteding in een maatschappelijke organisatie
- een mogelijkheid om bestuurlijke ervaring op te doen en uitbreiding van uw competenties
- uitbreiding van uw netwerk

En bent u oplossingsgericht en creatief?

**Dan is deze bestuursfunctie iets voor u!**

### Wie zijn wij?

Lichen Planus Vereniging Nederland (LPVN) is een kleine, bloeiende vereniging van patiënten met lichen planus, een aandoening van huid en slijmvliezen. De vereniging bestaat sinds 2004 en telt ongeveer 300 leden, waarvan 70% vrouwen. De doelen van LPVN zijn: verstrekken van informatie, organiseren van lotgenotencontact, belangenbehartiging en stimuleren van medisch-wetenschappelijk onderzoek.

### Wat bieden wij?

- een interessante en uitdagende vrijwilligersfunctie met alle mogelijkheden tot verdere ontwikkeling
- een financieel gezonde organisatie met een duidelijke structuur
- een klein enthousiast bestuur, met professionele ondersteuning
- gemotiveerde vrijwilligers die specifieke taken uitvoeren
- goede contacten met de medische wereld en collega-patiëntenorganisaties
- inwerkperiode en scholing
- vergoeding van gemaakte onkosten

Wilt u meer weten?: zie [www.lichenplanus.nl](http://www.lichenplanus.nl)

Voor nadere informatie en reactie (gaarne voor 1 november a.s.)

op deze vacature kunt u contact opnemen met:

Harry van Straalen, voorzitter LPVN

[voorzitter@lichenplanus.nl](mailto:voorzitter@lichenplanus.nl)

T 088 - 2484356

De beschermende film voor de huid

Irritatieverminderende intensieve verzorging

100 ml | CTIN 42601495 18566

DERMASENCE  
MEDIZINISCHE HAUTPFLEGE

Vitop forte

Voor geïrriteerde, droge huid bij neurodermitis

- Kan het ontstaan van jeuk en ontstekingen voorkomen
- Kan geïrriteerde, droge huid effectief kalmeren
- Bij regelmatige toepassing kan het de perioden tussen de klachten bij neurodermitis verlengen

Met de herontdekte oerkracht van het wede-extract

In uw apotheek

**DERMASENCE**  
MEDIZINISCHE HAUTPFLEGE

P&M Cosmetics GmbH & Co. KG  
D-48155 Münster, Germany

Distributeur: Medica Kosmetik GmbH & Co. KG  
D-48155 Münster, Germany

# In dit nummer



- 3 **Voorwoord: Extra stressdoden door jeuk?**
- 6 **Lichen sclerosus:**  
*Killing voor je seksleven?*
- 8 **Psoriasis: Ellebogen als schuurpapier**  
*Interview met Maarten Brandt.*
- 9 **Vanwege een tere huid**  
*Gedicht van Alexis de Roode.*
- 10 **Kwaliteitsstandaard Complexe wondzorg**  
*Interview met dr. Bibi van Montfrans en dr. Birgitte Visch.*
- 12 **Bezint voor je begint**  
*Column Judith van Eersel.*
- 13 **Huid Medisch Centrum Amsterdam op volle toeren**  
*Plus uitstapje naar DermaHaven Rotterdam.*
- 16 **Acne positief belicht**  
*Verrassende Instagram-foto's.*
- 18 **De hel: puberen met een huidziekte**  
*Column Bernd Arents.*
- 19 **Richtlijnen onderzocht**  
*Proefschrift Rinke Borgonjen.*
- 20 **Zonnebanken: liever niet doen!**
- 22 **Schimmelnagels**  
*Column Just Eekhof.*
- 23 **Vergrootglas op eczeem**  
*Sieraden van Kirsten Fiol.*
- 26 **Jeuk: Continu krabben is slopend**
- 28 **Tien vragen over zin en onzin van haargroeimiddelen.**
- 30 **Kleine huidafwijkingen**  
*Fotoserie door dr. Marjolein Wintzen.*
- 31 **Gezondheidsgroepje**  
*Column dr. Kees-Peter de Roos.*

# Lichen sclerosus: killing voor je seksleven - of niet?

Samenstelling - Wybo Vons. <https://wybovons.nl> | Fotografie - Sarah van Bilderbeek

**O**ngecompliceerde seks is alles behalve vanzelfsprekend voor mensen met een huidaandoening. Zeker voor mensen met lichen sclerosus, een ziekte waardoor intieme aanraking pijnlijk kan zijn. Dat is funest voor de fun...

Als vrijen pijn doet, is de lol er snel af. Mensen die kampen met lichen sclerosus (LS) kunnen daarover meepraten. Alhoewel, praten over dat probleem is nou net één van die dingen die veel mensen met LS moeilijk vinden. 'Maar ondertussen is dat wél het begin van de oplossing', benadrukt Rieky Dikmans, arts en seksuoloog in opleiding (NVVS) bij het OLVG in Amsterdam en het LUMC in Leiden.

## Niet sexy

Daarnaast speelt bij LS nog een tweede probleem: de onbekendheid met deze ziekte. 'Er is zo weinig aandacht voor. Zelfs in de Week van de Vagina lukt het ons niet om deze aandoening in de media te krijgen. Kennelijk is LS niet sexy genoeg', verzucht Ellen Swanborn, voorzitter van de Lichen Sclerosus Stichting. Direct gevolg hiervan is dat LS vaak niet wordt herkend. Veel huisartsen doen de huidklachten af als een schimmelinfectie. LS-patiënten krijgen hierdoor soms jarenlang antischimmelcrèmes voorgeschreven die niets helpen. Dat geldt zowel voor mannen als voor vrouwen.

'Bij dermatologen en gynaecologen mogen we ervan uitgaan dat zij de ziekte wel herkennen. Maar dan is het vaak uitzoeken wat de juiste behandeling is. Dat verschilt namelijk per patiënt. En verkeerd behandelen is risicovol,

omdat dit bij een klein percentage van vrouwen met LS leidt tot een verhoogde kans op vulvakanker.'

'Gelukkig is er met de komst van vulvopoli's - verdeeld over heel Nederland - meer expertise voor LS gebundeld', zegt Rieky Dikmans. 'Dermatologen, gynaecologen en seksuologen werken daar multidisciplinair samen om patiënten met LS zo goed mogelijk te behandelen. Dus niet alleen met aandacht voor de huidklachten. Maar ook met oog voor de gevolgen van deze pijnlijke aandoening in de slaapkamer. Want niet alleen de pijn op zich, ook de angst voor pijn bij het vrijen kan leiden tot vermijdingsgedrag, vaginistische klachten (door een overmatig aangespannen bekkenbodem) en erectieproblemen. En dat kan vervolgens weer leiden tot vermindering van intimiteit, afstand en relatieproblemen tussen partners.'

## Worstelingen

'Ik hoor vaak van vrouwen dat zij zich door LS geen vrouw meer voelen' vertelt Ellen Swanborn verder. 'Ook al zien zij er goed uit, ondertussen voelen zij zich heel onzeker. 'Het is dus belangrijk dat zij zich weer prettig gaan voelen in hun veranderde lijf', vult Rieky Dikmans aan. 'Want ook een laag zelfbeeld kan bijdragen aan het ontstaan van seksuele klachten.'

'Daarnaast worstelen veel vrouwen die voor het eerst of na een scheiding weer gaan daten met de vraag: hoe vertel ik het mijn vriend, en wanneer? Aan hun gevoel is namelijk niks veranderd. Ze willen wel seks, maar dat kan door LS beladen en pijnlijk zijn.'

'Je zet natuurlijk niet op je Tinder-profiel dat je LS hebt', zegt Rieky Dikmans. 'Toch is open communicatie essentieel om verkeerde verwachtingen van beide kanten te voorkomen. Je kunt bij uitleg over LS bijvoorbeeld direct benoemen dat je vrijen wel fijn vindt, maar pijn graag wilt voorkomen.'

In gesprek met patiënten met LS leert Rieky Dikmans hun vooral om met een bredere blik naar seksualiteit te kijken. Want er is zoveel meer dan alleen rechttoe rechtaan genitaal contact. 'Vaak denken mensen bij goede seks vooral aan penetratie. Maar je kunt op veel meer manieren plezier beleven aan seksualiteit. Daarom raad ik patiënten aan om vooral bij zichzelf te ontdekken wat ze nog meer fijn en opwindend vinden. Ze kunnen oefenen met seksuele hulpmiddelen en experimenteren met andere posities. En het is natuurlijk belangrijk dat zij hierover leren praten met hun partner. Eigenlijk nodig ik ze dus uit om op zoek te gaan naar andere manieren en plekjes om dezelfde seksuele sensibiliteit te ervaren.' **H**

## Lichen sclerosus (LS), wat is dat?

Veel is nog onbekend over deze auto-immuunziekte. Aangenomen wordt dat LS bij ongeveer 2% van de bevolking voorkomt, maar in de ons omringende landen wordt ook wel gedacht aan 5%. Exacte schattingen zijn moeilijk te maken, omdat de ziekte vaak niet wordt herkend en een deel van de LS-patiënten hiermee niet naar de dokter durft. De huidaandoening kan gepaard gaan met witte verkleuringen van de huid en leidt meestal tot huidklachten op de genitaliën. Vrouwen met LS kampen vaak met jeuk, pijn en een droge huid die snel scheurt en daardoor aanvoelt alsof die geschaafd is. Mannen met LS hebben vergelijkbare klachten op de voorhuid en eikel en vernauwingen van de plasbuis. Soms zijn er periodes met ernstigere klachten (opvlammingen) die pijnlijk zijn en in het verlengde daarvan tot seksuele klachten kunnen leiden. LS is niet seksueel overdraagbaar.

**'Angst voor pijnlijke seks leidt vaak tot vermijdingsgedrag.'**

## ‘Goede seks: zoveel meer dan rechttoe rechtaan genitaal contact.’



Rieky Dikmans.

### Drie tips van Rieky Dikmans:

1. Seksualiteit is voor veel mensen een belangrijk onderdeel van hun kwaliteit van leven. Zorg er daarom voor dat je ‘eigenaar’ blijft van je eigen seksualiteit. Wat is belangrijk voor jouzelf, afgezien van verwachtingen van je partner?
2. Het is gebleken dat betrokken partners als erg steunend worden ervaren. Praat erover met je partner en maak hem of haar onderdeel van jouw gedachten en gevoelens over seksualiteit.
3. Vermijd pijn en ga bij het vrijen niet door de pijn heen. Aandacht voor voor-spel kan hierbij zeker helpen.

## ‘Veel vrouwen voelen zich door LS geen vrouw meer.’

### Voorbeeldvragen voor artsen

Als arts kun je het voortouw nemen om het gesprek over seksualiteit te beginnen. Je kunt hierbij de volgende basisvragen over seksuele problemen stellen. Hoe zit het met de seks? Welke problemen kom je daarbij tegen? Is er wellicht iets veranderd in je seksuele verlangens? En zou je daarover willen praten met een seksuoloog? Op de website van NVVS staat een lijst met seksuologen naar wie artsen kunnen verwijzen. Ook de behandeling van een bekkenbodempysiotherapeut kan helpen bij het aanleren van ontspanningstechnieken.

### Meer weten?

Kijk voor meer informatie en ervaringsverhalen op: [www.lsnederland.nl](http://www.lsnederland.nl)

# “Ellebogen als schuurpapier”

Samenstelling - Redactie | Fotografie - Dreamstime.com

**M**aarten Brandt (1995) studeerde enkele maanden geleden af als bedrijfskundige aan de Vrije Universiteit van Amsterdam. De studierichting was een bewuste keuze: “Het vakgebied is enorm breed en dat maakt dat er veel banen bereikbaar zijn, van HRM-banen tot aan betrekkingen in de financiële sector.” Hij vond snel een baan als accountmanager bij een multinational aan de Amsterdamse Zuidas: “Puur geluk, want ik liep er eerder stage, tot ieders tevredenheid blijktbaar.” Dat hij vanaf jonge leeftijd de huidaandoening psoriasis meedraagt, is hem verder niet tot last. Niet in zijn werk, niet of nauwelijks privé.

“Ik was acht of negen jaar oud toen ik kleine, rode, schilferende vlekjes kreeg op mijn ellebogen. Voor mij was het geen groot vraagteken wat dit betekende, omdat mijn moeder al haar leven lang dezelfde aandoening heeft. Kwestie van erfelijkheid dus”, klinkt het schouderophalend en nuchter.

Maarten Brandt: zwemmen en atletiek zijn mijn sporten.

*Zie je het zelf als domme pech?*

Hij ontkent het. “Ik weet niet beter. Bovendien als ik bedenk wat een mens allemaal voor kwalen en aangeboren ziekten kan meekrijgen, prijs ik mij zelfs nog relatief gelukkig. Ik heb er nauwelijks tot geen last van, en ik voel ook geen belemmering in het sociale verkeer.” Voor zijn moeder ligt dat anders: “Zij voelt zich schuldig omdat ze de ziekte heeft doorgegeven. Hoe vaak ik dat schuldgevoel – oprecht – ook wegwimpel, ze houdt dat schuldgevoel in stand.”

## Onderhoud

Uiteindelijk bleek het te gaan om psoriasis vulgaris, de meest voorkomende vorm van psoriasis. De aandoening breidde zich in de loop der jaren uit. “Langzaam, maar gestaag, zo heb ik de aandoening inmiddels op het behaarde hoofd en twee vrij grote plekken op mijn onderbenen en eentje op mijn onderrug.”

*Gebruik je medicatie vanwege de psoriasis?*

“Ik kan in ieder geval niet zonder de lotion voor mijn hoofd. Op mijn werk verwacht men dat ik er representatief uitzie, en dan is het

vervelend als er altijd schilfers op de schouders van mijn colbert liggen. Om die reden kies ik overigens nooit voor een zwart colbert. Dan zijn die schilfers te zichtbaar.” Voor het overige gebruikt hij corticosteroïden, hormoonzalf, “enkel en alleen om de plekken een beetje in het gareel te houden. Zoals het nu is, heb ik er vrede mee, al voelen mijn ellebogen op dit moment aan als schuurpapier, en natuurlijk heb ik last van jeuk. Dat hoort er nu eenmaal bij. Maar veel meer last wil ik er niet van krijgen. Mijn dermatoloog zegt altijd dat de aandoening grillig en onvoorspelbaar is, en dat baart mij soms wel eens zorgen.”

*Wat doe je, mocht het onverhoopt ernstiger worden?*

“Daar heb ik het uitvoerig over gehad met mijn dermatoloog. Hij schetste een mogelijke behandeling met methotrexaat of fumaarzuur. Dat zijn middelen die ingrijpen op het immuunsysteem van de mens, de natuurlijke verdedigingsmuur van het menselijk lichaam. Het lijkt mij weinig aantrekkelijk om met een lamgelegd immuunsysteem te moeten rondlopen. Eenzelfde bezwaar heb ik tegen de nieuwe generatie geneesmiddelen, de biologics, hoe goed dat spul in de praktijk ook blijkt te werken.”

## Gelukkig prijzen

Somberen ligt echter niet in zijn aard: “Ben je mal. Ik ben jong, net afgestudeerd met een kersverse job en ga binnenkort samenwonen. Ik prijs mezelf gelukkig.” Van schaamte vanwege de huidaandoening had hij nimmer last. Zijn ouders hebben mij opgevoed met een grote liefde voor sport. En dat doe ik nog steeds vol overgave. Zwemmen en atletiek zijn mijn sporten. Daarbij verberg ik de psoriasisplekken ook niet. Waarom zou ik? De aandoening maakt van mij geen ander mens.” Hij bouwt een voorbehoud in: “Uiteraard wil en kan ik niet spreken voor mensen met een zeer ernstige vorm van psoriasis. Die zijn er natuurlijk ook.” **H**

## Wereldpsoriasisdag

Op 29 oktober is het Wereldpsoriasisdag. Ook dit jaar zal de NVDV met haar partners de campagne ‘Omarm psoriasisdag’ vormgeven. Dit jaar vooral via de social media. In HEELdeHUID van december dit jaar zullen we terugblikken op die campagne.

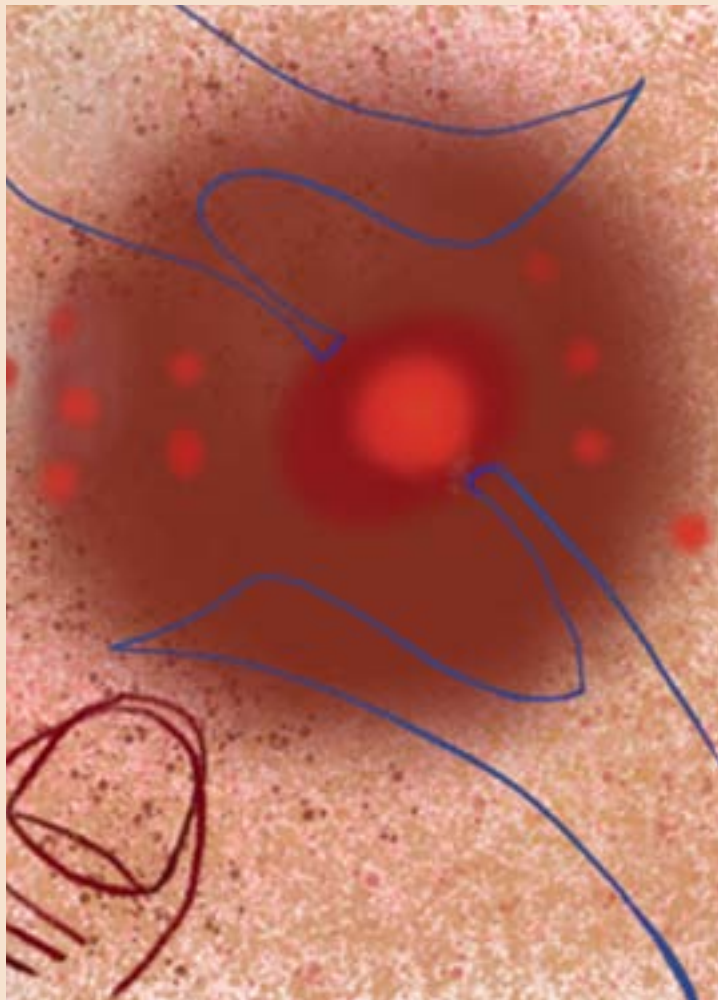




# Dichter op de huid

Samenstelling - Frans Meulenberg / Fotografie - Keke Keukelaar

Illustratie - Lilian ter Horst



**A**lexis de Roode (1970) debuteerde in 2005 met *Geef mij een wonder*, dat werd genomineerd voor de C. Buddingh'-prijs. Daarna volgden *Stad en land* (nominatie J.C. Bloem Poëzieprijs) en *Gratis tijd voor iedereen*. In 2017 verscheen zijn bundel *Een steen openvouwen*. Hij trad op bij evenementen als de Nacht van de Poëzie, Lowlands en Crossing Border. Hij kan bedrieglijk eenvoudig schrijven en altijd trefzeker. "De huid heeft kleine voegen" is een feilloze observatie. Hij is een grimmig soort romanticus die de lezer even graag wil strelen als hem met een vuistslag in het gelaat raken. Licht absurdistisch ontuchtert hij de lezer: "Hoe ver is het al? Zullen we een komeet verzinnen? Zullen we / hem samen afpellen, onze grijs geworden huid, / eronder kijken of het al glinstert?" Zijn poëzie glinstert, zoveel is zeker. **H**

## Vanwege een tere huid

**Met lange rode nagels  
pulk je het korstje los.  
De huid eronder is  
lichtroze en flinterdun.**

**Je zet je duimen stevig  
naast de geheelde wond  
en duwt het vel uiteen totdat  
het geluidloos knapt.**

**In de geopende mond  
neigt het rood naar zwart.  
Alle monden zwijgen.  
We kijken naar het wak.**

**De huid is een dun laagje ijs  
op een uitgestrekt meer van bloed.  
Een spoor van rode stippen  
wijst op hoge hakken.**

**Alle wakken moeten open.  
Ik wil weten wie of wat  
daar ligt en straks  
naar boven komt gekropen.**

*Alexis de Roode*



# Nieuwe kwaliteitsstandaard Complexe wondzorg

Samenstelling - Redactie

**O**nlangs verscheen een nieuwe kwaliteitsstandaard over de organisatie van wondzorg, gebaseerd op diverse richtlijnen. Daar werkten veel partijen aan mee, onder wie verpleegkundigen, dermatologen, vaatchirurgen, plastisch chirurgen, huisartsen, podotherapeuten en huidtherapeuten. We stelden enkele vragen aan dr. Birgitte Visch, dermatoloog in Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem, en dr. Bibi van Montfrans, dermatoloog in het Erasmus Medisch Centrum, die beiden aan deze standaard meewerkten.

*Wat moeten mensen weten van chronische wonden?*

Van Montfrans: "Allereerst: de ene wond is de andere niet. Een wond, of het onvoldoende genezen ervan, kan vele oorzaken hebben: onder andere slechte bloedvoorziening, of, wat nog vaker voorkomt, slechte bloedafvoer door spataderen en vochtophoping, suikerziekte, langdurig

hoge druk (decubitus) of een trauma. Maar ook kanker of een infectie kan de oorzaak zijn. De term 'wond' is eigenlijk niet meer dan een beschrijving van een situatie en een wond is een bevinding bij het lichamelijk onderzoek van een patiënt, net zoals een geruis aan het hart of een vergrote lever dat is. Een wond is dus geen diagnose. Altijd dient men de oorzaak van de wond en de stagnerende factoren bij uitblijven van genezing te achterhalen."

## Belemmerende factoren

De twee dermatologen kennen elkaar goed, onder andere uit de richtlijnwerkgroep *Ulcus cruris venosum* ('open been'). Geen wonder dat ze elkaar soepel aanvullen.

Visch: "Wondgenezing is een proces waarbij verschillende fases worden doorlopen, zoals ontsteking, celdeling en huidcellen die vanuit de randen naar het centrum van de wond migreren. Bij ongecompliceerde

*Bibi van Montfrans en Birgitte Visch in Parijs.*



wondgenezing gaan we ervan uit dat de verschillende fasen van normale wondgenezing probleemloos in volgorde en qua duur verlopen; de wond geneest dan (afhankelijk van omvang en diepte) in een bepaalde tijd (binnen twee tot vier weken). Als de wond niet normaal geneest, moet men op zoek naar de belemmerende factoren. Wij onderscheiden dan ten eerste lokale factoren, zoals slechte doorbloeding, necrose, langdurig hoge druk en dergelijke. Ten tweede patiëntgebonden factoren, zoals medicatie, roken of bijkomende ziekten zoals gewrichtsproblemen of dementie. En ten derde externe factoren, zoals onvoldoende wondzorg of compressietherapie.”

Van Montfrans, de meest primair reagerende van het tweetal: “Ik kom nog even terug op wat ik daarnet zei: het is van belang dat je in een vroeg stadium na het ontstaan van een niet normaal genezende wond op zoek gaat naar de oorzaak daarvan. Hoe langer een wond bestaat, hoe langer het duurt tot deze geneest. Een juiste behandeling, gericht op de onderliggende oorzaak en de stagnerende factoren, kan dan ook een hoop ellende voorkomen.”

### Knelpunten

*Waarom een kwaliteitsstandaard? Wat waren de knelpunten?*

Visch: “De reden om op het gebied van wondzorg afspraken met elkaar te maken, was onder andere de onduidelijkheid in het veld over de vragen: Op welk moment moet een patiënt verwezen worden? Wat is voor hem of haar het juiste adres om een wond goed te behandelen? Hoe vindt de overdracht van zorg plaats? Zo staat het tenminste in de kwaliteitsstandaard. Maar kostenbeheersing heeft zeker ook een belangrijke rol gespeeld, want het Zorginstituut is een van de financiers.” De slotopmerking kenmerkt haar van nature licht sceptische aard.

Van Montfrans: “De knelpunten liggen niet zozeer bij de wond an sich of bij de patiënt, als wel bij de zorg zoals wij die in Nederland leveren. Op welk moment moet een patiënt doorverwezen worden? Wat is voor hem het juiste adres en hoe vindt de overdracht van zorg plaats? Op deze vragen probeert de standaard antwoord te geven. Het uitgangspunt van deze kwaliteitsstandaard is dan ook niet de wond, maar de wondzorg voor patiënten met een gecompliceerde wondgenezing, of zo u wil complexe wondzorg.” Die term leidt tot gefronste wenkbrauwen bij Visch: “Geen echt gelukkige term. In het Engels spreekt men bij onvoldoende genezing over ‘hard-to-heal’, ‘recalcitrant’, ‘chronic’ of ‘non-healing’ (moeilijk genezend, weerspannig, chronisch of niet-genezend). De zorg gaat over veel schijven en dat rechtvaardigt in ieder geval het woord ‘complex’. Een wond zelf is niet complex, maar de situatie kan uitgroeien tot een complexe situatie doordat er geen genezing optreedt, daar heeft Bibi gelijk in. Wat voor ons echt belangrijk is, is dat patiënten niet onnodig lang behandeld worden met een

**Verder houden wij rekening met het comfort van de patiënt, een verbandwissel kan erg pijnlijk zijn en daarnaast zeker ook met de kosten.**

## **Bij een wond is vooral een goede diagnose nodig en een arts of verpleegkundige met voldoende ervaring en een nuchter verstand.**

verkeerde of nog erger, een ontbrekende diagnose. We zien in de praktijk nog wel eens dat mensen bijvoorbeeld met eczeem, of zelfs met huidkanker behandeld worden alsof ze een ‘wond’ hebben.”

### Zwachtelen

*Mensen met een ‘open been’ krijgen vaak zwachtels om het vocht uit de benen te krijgen. Is dat echt noodzakelijk?*

Van Montfrans, gepassioneerd: “Bij veel patiënten met een open been zit er vocht in het been. Dit bestrijden wij in eerste instantie met drukverbanden om het onderbeen. Het verband dient een zodanige druk in het been te geven dat die het vocht terugdringt en de afvoer via de aderen bevordert, maar de slagaderen niet dichtdrukt. Deze drukverbanden maken de spierpomp effectiever. Essentieel is dus in beweging te blijven. Zo’n verband kan maximaal één week blijven zitten. De lokale behandeling van de wond zelf is in feite minder belangrijk. Natuurlijk maakt men de wond goed schoon en verwijdert men dood weefsel. Maar wat er voor een wondbedekker op de wond gaat, maakt in wezen minder uit. Bij een vochtig wondmilieu geneest een wond sneller. Als de wond veel vocht of pus produceert, kiest men voor een absorberende wondbedekker; wanneer de wond indroogt voor een vochtvasthoudende wondbedekker. Verder houden wij rekening met het comfort van de patiënt (een verbandwissel kan erg pijnlijk zijn) en daarnaast houden we zeker ook rekening met de kosten.”

Behalve een liefde voor dermatologie en wondzorg delen de dames nog een andere voorkeur: thee. De favoriete thee van Visch is verse muntthee.

Zij vervolgt: “Er zijn duizenden verschillende wondbedekkers op de markt. Dat is een van die dingen waardoor men wondzorg complex noemt. Ik zeg het nog maar eens: dat is niet zo. Bij een wond is vooral een goede diagnose nodig en een arts of verpleegkundige met voldoende ervaring en een nuchter verstand. Als het been uiteindelijk zijn normale vorm heeft teruggekregen en de wond is genezen – dit gaat meestal samen – kan een elastische kous op maat worden aangemeten. Die moet men ’s nachts wel uitdoen. Nadat een open been is genezen, of liever al tijdens de behandeling van het open been, komen sommige mensen met een open been in aanmerking voor behandeling van de spataderen. Dit is recent wetenschappelijk bewezen met een onderzoeksartikel in het *New England Journal of Medicine*. Voor sommige mensen, vooral die een trombose hebben gehad en nadien klachten blijven houden, is het belangrijk dat zij de rest van hun leven elastische kousen blijven dragen. Alleen hiermee valt te voorkomen dat opnieuw vocht in het been ontstaat en de kans op een open been weer toeneemt.”

Van Montfrans geeft tegenwoordig de voorkeur aan gemberthee, die zou o.a. de doorbloeding verbeteren, pijnlijke spieren verlichten en het immuunsysteem versterken. “Wellicht zouden gembercompressen ook soelaas kunnen bieden bij wonden,” besluit zij lachend. **H**



# Bezint voor je begint

Samenstelling - Judith van Eersel | Fotografie - Julos | 123rf.com

**A**angezien ik steeds meer vraag van mijn cliënten krijg of ik iemand ken die veilig en verantwoord botox/ fillers aanbiedt, ben ik op onderzoek uitgegaan. Wat een aanbod en verschil in prijzen.

Via via wist ik dat er elke 3 maanden bij een collega een 'cosmetisch arts' in haar praktijk komt om 's avonds botox- en fillerbehandelingen te geven. Prettig in de avonduren en beter geprijsd dan in een kliniek... (lees: zwart).

Een cliënt van mij wilde dit heel graag en vroeg of ik met haar mee wilde gaan, als een soort botox-buddy.

De 'wachtkamer' zat vol dames met hoge verwachtingen over hoe ze er straks uit zouden zien. Het ging in een hoog tempo, om de 8 à 9 minuten gingen ze naar binnen.

## Licht

Ik vertelde de cosmetisch arts, die elders in het land een kliniek runt, dat ik zelf ook schoonheidsspecialist ben en ervaring op wilde doen. Geen probleem en mocht ik geïnteresseerd zijn, kon hij eventueel ook bij mij in de praktijk 'spreekuur' houden. Inmiddels was het 20:30 uur en donker buiten, alsmede vrij donker in de behandelruimte. Ik vroeg of hij geen loeplamp nodig had gezien het preciesewerk, maar nee hoor: "Ik doe dit al jaren uit ervaring." Dat leek mij heerlijk werken, aangezien ik vanwege mijn leeftijd met alles tegenwoordig een loeplamp of leesbril nodig heb.

Voorafgaande aan haar behandeling heeft mijn cliënt wel wat moeten ondertekenen, een minimaal soort informed consent. Een A4'tje vol kleine lettertjes en met het slechte licht moeilijk te lezen. Kortom, een handtekening was snel gezet, ook door de andere dames in de wachtkamer.

## Katrien Duck

Ik ken mijn cliënt echter goed en weet dat zij snel blauwe plekken/gesprongen adertjes krijgt bij epilieren, het verwijderen van comedonen et cetera. Dus ga ik altijd zeer voorzichtig te werk.

Bij de eerste botoxinjectie voor haar 'fronsrimpel' verkleurde haar huid rondom de injectie al blauw. "Trekt zo wel weer bij", zei de

cosmetisch arts. Mijn cliënt wilde echter ook graag fillers in haar bovenlip, maar niet teveel, want ze wilde liever niet dat haar man te weten kwam dat zij daar geld aan uitgaf.

Misschien kwam het door het slechte licht of door de ruime ervaring van de cosmetisch arts..., maar met 1 fillerinjectie zat ik ineens naar Katrien Duck te kijken! Dat vond mijn cliënt ook toen ze in een handspiegel keek (en het voelde bovendien best pijnlijk allemaal). Maar volgens de deskundige zou dit na een uur een heel stuk minder zijn, dus even flink de bovenlip masseren was het advies. 750 euro armer, maar een gezwollen blauwe lip en strak getrokken voorhoofd rijker bracht ik haar naar huis.

Eerst nog een half uur rondjes gereden, zij al druk masserend naast mij. Elke keer als ik opzij keek, schoot ik in de lach, beetje leedvermaak was het wel. Bij thuiskomst bleek haar

man gelukkig nog op de sportschool te zijn en kon zij meteen haar bed in duiken.

## Naspel

De volgende ochtend heb ik haar gebeld om te vragen hoe het met haar ging. Haar man had natuurlijk al lang bij het ontbijt gezien dat er iets niet klopte. Of hij haar verhaal over "tegen een keukenkastdeurtje gelopen" geloofde, laat ik maar in het midden. Ik was zelf ieder geval voorgoed genezen.

En mijn cliënt? Zij is nadien nog teruggaan naar Dr. Bibber, zoals wij hem zijn gaan noemen, in diens privékliniek in het zuiden van het land om alsnog een gedeelte van de 'fillers' (?) eruit te laten halen.

Met haar partner is nooit ergens meer over gesproken en zij is blij dat zij nu na meer dan zes maanden haar oude vertrouwde lippen weer terug heeft. **H**



# Academie en ondernemer hebben elkaar gevonden

## Huid Medisch Centrum Amsterdam draait op volle toeren

Samenstelling - Sophie Broersen | Fotografie - Het Huid Medisch Centrum

**D**e juiste zorg op de juiste plek: voor de dermatologie is dat steeds minder vaak de academie. Maar met alleen derdelijnszorg hou je geen afdeling of opleiding draaiend. In Amsterdam verrees daarom een apart centrum, waar academie en een zelfstandige kliniek elkaar vonden.

Het Huid Medisch Centrum Amsterdam zit bijna letterlijk aan de overkant van de straat van het Amsterdam UMC locatie AMC. Het is een onopvallend kantoorpand waar je makkelijk kunt parkeren. De receptie is ruim opgezet en modern ingericht; in de wachtruimte zit een enkele patiënt. Is er dan weinig belangstelling voor dit centrum, dat in januari van dit jaar is geopend? 'Dat denk ik wel eens, als hier zo'n serene rust heerst. Maar dan kijk ik op de afsprakenlijsten en die schetsen een ander beeld', zegt Rick Hoekzema, hoogleraar Dermatologie in het AMC en een van de oprichters van het Huid Medisch Centrum. Hij laat zien hoe dat kan: 'Door de patiëntenstroom van de doktershectiek los te koppelen. De wachtruimte zit aan één kant van de behandelkamers, en de artsen en verpleegkundigen overleggen aan de andere kant.' En inderdaad, die kant van de polikliniek oogt een stuk meer als een gewoon ziekenhuis, met verpleegkundigen die met bakjes en spuitjes rondlopen, assistenten die overleggen, karren vol apparatuur, lockers en naslagwerken. Netjes en nieuw, maar een stuk drukker dan de wachtkamer. Dermatologen en arts-assistenten zien er wekelijks zo'n tweehonderd nieuwe patiënten. 'En we krijgen driehonderd verwijzingen per week, dus we starten komende maand met extra artsen en spreekuren', vult Hoekzema aan. Belangstelling genoeg dus.

De huidkliniek is een samenwerkingsverband van de Amsterdamse academische dermatologieafdelingen en de oudste zelfstandige huidkliniek van Nederland: Centrum Oosterwal, waarvan de grootste vestiging in Alkmaar zit. Menno Gaastra, dermatoloog en medisch directeur van Centrum Oosterwal, vertelt samen met Hoekzema hoe de nieuwe kliniek is ontstaan. Het idee ervoor kwam voort uit zorgelijke ontwikkelingen voor de academische dermatologie, vertelt Hoekzema: 'Zo'n vijf jaar geleden kregen universitaire ziekenhuizen lijstjes van zorgverzekeraars voor hun kiezen, van behandelingen die niet meer in de derde lijn zouden moeten plaatsvinden, zoals cataractoperaties en het plaatsen van heupprotheses. Voor de dermatologie waren dat bijvoorbeeld de behandeling van goedaardige tumoren en varices. Dan krijg je van je bestuur te horen: niet meer doen! De vraag is vervolgens wat je met die basale zorg doet. Kieper je die over de schutting en wacht je af wie het oppakt? Of ga je het met je eigen dokters organiseren? Wij kozen voor dat laatste, omdat we vinden dat we in de breedte van ons vak experts moeten blijven en geen kokerkijkende super-professoren moeten worden die geen acne meer kunnen herkennen. Ook voor het onderwijs is het belangrijk om basiszorg te blijven bieden. Stel je voor dat je als co in een academisch ziekenhuis rondloopt waar alleen maar zeldzame syndromen langskomen. Dat geeft toch geen goed beeld van een vak. En denk aan de opleiding: 95 procent van onze assistenten zal in de tweede lijn gaan werken. Dan moeten we ze daar dus goed voor klaarstomen. Kortom: afstoten van de laagcomplexe zorg zag ik niet zitten, en mijn collega hoogleraar, Menno de Rie, evenmin.'





*Speelde de fusie van AMC en VUmc een rol bij het ontstaan van dit centrum?*  
Hoekzema: 'Nee, het was eigenlijk een toevallige samenloop van omstandigheden. De besturen spraken over betere samenwerking tussen de ziekenhuizen, en De Rie en ik kregen rond die tijd tegelijk een leerstoel. Wij kenden elkaar nog goed uit onze promotietijd en wilden graag samenwerken omdat de afdelingen inhoudelijk goed op elkaar aansluiten. We kwamen erachter dat we met dezelfde bedreigingen te maken hadden. Er speelde in Amsterdam nog een ander probleem in de dermatologie.'

Gaastra: 'De huidklinieken schoten als paddenstoelen uit de grond. Je kunt in Amsterdam en randgemeenten nu op wel dertig plaatsen terecht voor verzekerde dermatologische zorg.'

Hoekzema: 'In de academie zagen wij onze productie sinds 2013 met ongeveer 4 procent per jaar afnemen. Het leek erop dat we mensen zouden moeten ontslaan. Daarom kozen we ervoor om zelf iets te organiseren, naar het voorbeeld van hoe de oogartsen van het AMC het hadden gedaan: voor de basiszorg samenwerking zoeken met een zelfstandige kliniek. De besturen van AMC en VUmc gingen akkoord, mits er een goede businesscase en een betrouwbare partner kwamen.'

*Waarom was die partner nodig?*

Hoekzema: 'Omdat wij de ballen verstand hebben van ondernemen. Dus zochten we onder begeleiding van een externe consultant een goede partner. We keken daarbij naar de filosofie van verschillende partijen, hoe hun kwaliteit van zorg was, maar ook hoe ze het financieel deden. Je wilt niet in zee met een club bij wie de stekker er na een half jaar uitgaat. Centrum Oosterwal paste uiteindelijk in alle opzichten het beste bij ons. Wat vrij uniek is aan deze kliniek, is dat ze opleiden hoog in het vaandel hebben. Dat is bij vrijwel geen ander zelfstandig behandelcentrum zo, omdat opleiden tijd, energie en dus geld kost.'  
Gaastra: 'Er lopen coassistenten rond, er zijn huisartsen in opleiding en dermatologen in opleiding komen stages bij ons doen. Wij hebben nooit de krenten uit de pap willen halen, we leveren de dermatologie van a tot z. Daar horen ook opleiden en onderzoek bij. Alles bij ons is gericht op kwaliteit. Dat is precies wat we bij het Huid Medisch Centrum voor ogen hebben.'

*Inzetten op kwaliteit, dat zegt iedereen, maar wat betekent dat in de praktijk?*

Gaastra: 'Bijvoorbeeld meer aandacht voor continuïteit. Patiënten vinden het niet prettig om telkens een andere dokter te moeten zien, wat in een universitair ziekenhuis wel gebruikelijk is door de wisseling van arts-assistenten. Wij zorgen ervoor dat de patiënt bij elk bezoek in ieder geval dezelfde supervisor ziet en de tijd heeft om vragen aan diegene te stellen.'

De supervisor draait niet zelf een poli, begeleidt hooguit twee assistenten en heeft dus de tijd om mee te kijken. Dat is wel anders dan één per vier of meer assistenten, die eindeloos moeten wachten op overleg, zoals het in de academie vaak gaat. Een andere kant van kwaliteit is de inrichting, die scheiding van patiënten- en artsenstroom. Omdat je het zelf opzet, kun je het precies zo doen als je het zelf wilt. Daarom hebben we prachtige operatiekamers, nou, daar zijn ze in het academisch ziekenhuis jaloers op.'

*Hoe organiseer je dat financieel?*

Gaastra: 'We zijn een joint venture van drie gelijkwaardige partijen. Die hebben alle drie geïnvesteerd in het centrum; er zijn dus geen externe financiers.'

Hoekzema: 'De artsen die hier werken, zijn in dienst bij AMC, VUmc of Centrum Oosterwal, en hier gedetacheerd. De loonkosten drukken dus op de drie centra. We moeten onszelf terugverdienen met DOT's (declaraties).'



*En het liefst nog wat extra geld opleveren.*

Gaastra: 'Als je veel geld wilt verdienen, moet je geen geneeskunde doen. Met alle groei modellen en plafonds van tegenwoordig lukt dat echt niet meer. Maar als je inzet op kwaliteit, levert dat wel wat op. Als dokters het naar hun zin hebben, straalt dat af op de andere medewerkers en uiteindelijk trekt dat patiënten. Natuurlijk moet de hypotheek worden betaald, maar grote winst is hier niet het doel.'

Hoekzema: 'Bedenk wel dat dit plan vanuit de academie werd bedacht om reorganisatie te voorkomen hè.'

*Is het op termijn een bedreiging voor de academie, als de tweedelijnszorg daaruit verdwijnt?*

Gaastra: 'Juist niet! Derdelijnszorg moet alleen met derdelijns geld worden betaald. Veel universitaire ziekenhuizen houden nu hun hoofd alleen boven water, omdat ze een berg tweedelijnszorg leveren, waarmee ze derdelijnszorg bekostigen. Als je dat uit elkaar haalt, dan kun je daar beter op sturen en je kunt de tweedelijnszorg goedkoper leveren. Zoals wij dat doen: dezelfde zorg, dezelfde diagnose-behandelcombinatie, voor minder geld.'

*Is dit dan de toekomst? Academische ziekenhuizen die allemaal dependances voor laagcomplex zorg neerzetten?*

Hoekzema: 'Ja, dat denk ik wel. Niet afstoten maar in eigen beheer organiseren. In een constructie zoals wij dat doen.'

*Had het niet anders gekund? Door beter samen te werken met ziekenhuizen in de regio, bijvoorbeeld?*

Hoekzema: 'Maar de huisartsen in Amsterdam wisten vaak niet meer waar iemand met welke problemen terecht kon. Geen goedaardige huidtumoren meer naar de derde lijn? Je stuurt juist door omdat je niet

weet of het goedaardig is, toch? Ons voordeel is dat wij beide kunnen leveren, doordat alle artsen zowel in het Huid Medisch Centrum als in de academie werken. Als derdelijnszorg nodig is, zijn patiënten snel doorverwezen. Overigens komt dat maar vijf tot zes keer per week voor, de rest kunnen we zelf. De tweedelijnsdermatologieafdelingen in ons cluster zijn vast wel bezorgd over de afname van verwijzingen, maar ze hebben ook begrip voor onze keuze.' **H**

Dit artikel verscheen eerder in *Medisch Contact*, 11 oktober 2018.

### DermaHaven

In het Erasmus MC in Rotterdam zagen de dermatologen zich voor eenzelfde probleem gesteld als in Amsterdam: wat te doen met de tweedelijnszorg? Met hun collega's van het toenmalige Havenziekenhuis dachten zij na over een oplossing. De sluiting van het Havenziekenhuis versnelde de samenwerking, vertelt Ann Steenberghs, algemeen manager van het DermaHaven: 'Daardoor moesten wij sneller dan gepland onze polikliniek optuigen.' Sinds begin dit jaar kon de tweedelijns polikliniek van start, op de vertrouwde locatie. DermaHaven is een dochteronderneming van het Erasmus MC. Artsen en andere medewerkers zijn bij de academie in dienst en afkomstig uit zowel Erasmus MC als het Havenziekenhuis. De banden met de academie zijn sterk, alleen al doordat veel artsen op beide plekken werken. Net als in Amsterdam lopen hier co-assistenten en aiossen - van zowel dermatologie als huisartsgeneeskunde - rond. Volgens Steenberghs is het erg druk in het nieuwe centrum: 'Het gaat heel goed. We moeten zelf nog wat finetunen aan de inrichting, omdat we zo snel moesten opstarten. Maar onze patiënten lijken tevreden.'



Lilly behoort tot de grotere farmaceutische organisaties ter wereld. We zijn gespecialiseerd in de ontwikkeling van innovatieve geneesmiddelen, die patiënten in staat kunnen stellen om langer, gezonder en actiever te leven.

Als bedrijf willen we echter meer doen. Het positief beïnvloeden van het welbevinden van patiënten en hun kwaliteit van leven is één van Lilly's belangrijkste doelstellingen.

Hierbij zijn integriteit, excelleren en respect onze belangrijkste kernwaarden. Deze waarden staan dan ook centraal in alles wat we doen, nu en in de toekomst.

**Lilly** Voor meer informatie over Lilly kijk op [www.lilly.nl](http://www.lilly.nl)

### Vragen en reacties

Voor vragen over de producten van Lilly Nederland kunt u contact opnemen met de Medische Informatie Service van Lilly Nederland. U kunt ons gratis telefonisch bereiken: 0800-MEDISCH (6334724)

# Acne positief belicht

Samenstelling - Redactie

**E**en mooi woord: 'acne positivity'. Het wil zo iets zeggen als 'wees gelukkig met je acne'. Het is mooi als mensen kunnen accepteren hoe ze zijn, maar om er gelukkig mee te zijn, gaat wel ver. Mensen streven niet voor niets naar meer (geld, grond), groter (groter huis, grotere auto), beter (hogere cijfers, sportprestaties) en ... mooier. De filosoof Plato hield ons die spiegel al voor. Het hoogste goed in zijn ideeënwereld was 'het ware en schone'.

Wat moeten we met acne positivity? Het past in ieder geval in de tijdgeest om alles positief te benaderen, zoals er ook mensen en beleidsmakers zijn die spreken van 'positieve gezondheidszorg'. Dat lijkt verdacht veel op het verdoezelen van het probleem, dan wel een kwestie van 'framing' (volgens Van Dale: 'gebruikmaking van inventief verwoorde, sterk vereenvoudigende beelden om een mening ingang te doen vinden'). Want als positieve gezondheidszorg zou bestaan, moet ook negatieve gezondheidszorg bestaan. En aan dat laatste wil niemand zich verbinden.

Wat acne betreft, enkele feiten, opgetekend door dermatoloog Patrick Kemperman (AMC) in *Medisch Contact*: "Acne vulgaris ziet

menigeen vaak als een huidaandoening 'die er nu eenmaal bij hoort', terwijl bekend is dat acne het risico op een depressie verhoogt. Vooroordelen die er leven omtrent huidaandoeningen zijn hier mede debet aan. Zo ziet menigeen acne vulgaris anno 2018 nog steeds als een aandoening veroorzaakt door slechte hygiëne en een ongezond eetpatroon, en hebben mensen met acne een minder grote kans op de arbeidsmarkt in vergelijking met mensen met een gave huid."

"Daarbij moet men voor ogen houden dat de ernst van de huidaandoening vaak niet evenredig is met de psychologische stress die de patiënten hierdoor ervaren. Zo kan iemand met een solitaire psoriasisplek op de rug een even slecht zelfbeeld hebben als iemand met eczeem over het hele lichaam. Dit toont aan dat andere factoren, zoals locatie van de huidaandoening, persoonlijke ervaringen, sociale relaties, overtuigingen en opvoeding, een belangrijke rol kunnen spelen in hoe iemand omgaat met z'n huidproblemen."

We mogen onze ogen niet sluiten voor deze feiten, maar dat betekent niet dat mensen met acne niet positief in het leven kunnen staan. Graag zelfs. Zoals wel vaker bij huidziekten het geval is: de mensen zijn enerzijds kwetsbaar, anderzijds fier of trots. Het is met die paradox dat mensen met een huidaandoening moeten zien te leven. **H**







**Zo ziet menig een acne vulgaris anno 2018 nog steeds als een aandoening veroorzaakt door slechte hygiëne en een ongezond eetpatroon, en hebben mensen met acne een minder grote kans op de arbeidsmarkt in vergelijking met mensen met een gave huid.**





# De hel: puberen met een huidziekte

Samenstelling - Bernd Arents | Fotografie - Dreamstime.com

**H**et sloop er heel langzaam in, die verergering van mijn eczeem in de puberteit. Vanaf een jaar of 11, 12, ging het elk jaar een stukje slechter. Haast ongemerkt werden de plekken groter, de jeuk erger - en de kleding verullender. Omdat ik het insmeren door mijn moeder achter me had gelaten, deed ik mijn 'eigen' best. Echter, ik deed maar wat. Denk ik, want het is al meer dan 40 jaar geleden.

Ik zag de wanhoop van mijn moeder en het onbegrip van mijn vader. En zelf snapte ik er ook geen snars van. Het enige wat ik wilde, was zijn zoals alle anderen, maar dat was ik niet. Toch deed ik gewoon wat al mijn leeftijdsgenoten ook deden: naar school gaan, bij elkaar op bezoek (huisdieren of niet) en naar schoolfeestjes. En - ik woonde in een klein boerengehucht - elke dag meehelpen op de boerderij van onze burens. In die blauwe overalls op klompen was er geen verschil tussen mij of hen. Koeien melken deed ik ook: zo graag zelfs, dat ik er in het weekend om 6 uur voor opstond terwijl ik door de week niet wakker te krijgen was.

Maar ondertussen leed ik wel. Voor een deel door het eczeem zelf, voor een deel door het 'anders zijn', voor een deel door me niet 'vrij' te voelen. Ik keek met bewondering, maar ook met jaloezie naar mannelijke schoolgenoten die wel een gave huid bezaten. Dat sommigen acne kregen, vond ik niet leuk voor hen, maar ik dacht ook: misschien heb je nu een idee hoe het is om een huidziekte te hebben? Beetje gemeen, ik geef het toe.

Gelukkig was ik sociaal vaardig, dus ik hield me in die middelbare-schoolchaos wel staande. Ook op feestjes. Maar echt mezelf-zijn kon ik niet: ik liet maar een deel van mezelf zien. De combinatie van die vlekkerige en jeukerige huid met 'op jongens vallen' hielp nou ook niet echt. Gelukkig was er altijd de boerderij van de burens. Als je gewoon koeien melkt (soms 36 in mijn eentje!), aardappels rooit en op een tractor hectares gras maait, dan is iedereen gelijk.

Na een kerstvakantie - ik was 15 - liep het volledig uit de hand. Het aangepaste smeerregime van de geraadpleegde huisarts hielp

voor geen meter. Ik voelde me zo diep ellendig dat ik niet meer naar school kon, terwijl ik al met moeite was overgegaan van de 3<sup>e</sup> naar de 4<sup>e</sup> klas. Er bleef maar een keus over: opname in het ziekenhuis. Dat was het beste wat me had kunnen overkomen. In twee weken knapte ik helemaal op. Geen eczeem meer te zien. Maar omdat ik op een afdeling met volwassen mannen was opgenomen, realiseerde ik me ook: dit gaat nooit over. *Wake-upcall.*

Dankzij de geweldige zorg in het ziekenhuis en het nieuwe smeerschema dat ik meekreeg, belandde ik van de hel in de hemel. Bovendien had ik geleerd hoe ik het allemaal zelf kon doen.

Dus bij dezen nog dank aan professor dr. Klokke, dr. De Groot en dr. Kruizinga. Zij wisten die wanhopige puber met eczeem te begeleiden op weg naar de volwassenheid. Ik zal dat nooit vergeten. **H**



Maar omdat ik op een afdeling met volwassen mannen was opgenomen, realiseerde ik me ook: dit gaat nooit over. *Wake-upcall.*

# Richtlijnen onderzocht

Samenstelling - Rinke Borgonjen, dermatoloog | Fotografie - Aileen Staiger

**S**inds mensen in staat zijn tot abstraheren, hebben zij waarschijnlijk altijd met kaders en modellen geprobeerd hun omgeving te begrijpen, te ordenen en te controleren. Een omgeving die voor vrijwel ieder mens – toen en nu – complex overkomt. Dit geldt ook voor medische zaken. De systematische ontwikkeling van medische richtlijnen begon in de jaren zeventig en de vroege jaren tachtig van de vorige eeuw. Drijfveren waren de steeds complexer wordende gezondheidszorg en zorgen over stijgende kosten. Nederland liep voorop en dermatologen namen al deel aan een richtlijn over melanomen in 1984.

## Consensus

In het begin waren medische richtlijnen gebaseerd op consensus. Dat wil zeggen dat een aantal experts samen een richtlijn maakte op basis van medische literatuur en overwegingen die zij belangrijk vonden. Door de toenemende vraag naar wetenschappelijke onderbouwing van wat een arts moet doen, veranderden richtlijnen langzamerhand in lijvige boekwerken met veel verantwoordingsparagrafen. Maar in essentie is een richtlijn nog steeds een document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en -gebruikers, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek en aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en -gebruikers.

## Veelgebruikt

Er komen echter steeds meer wetenschappelijke publicaties en richtlijnen beschikbaar en richtlijnen worden ook steeds breder gebruikt. Niet alleen door artsen en patiënten, maar ook door de overheid, de inspectie, zorgverzekeraars et cetera. Dit brengt een aantal uitdagingen en problemen met zich mee. In mijn proefschrift onderzocht ik de kwaliteit van dermatologische richtlijnontwikkeling in Nederland en ging ik op zoek naar verbeteringen en oplossingen voor de uitdagingen die er zijn.

## Prioritering

Zo probeerde ik de vraag te beantwoorden welke onderwerpen de meeste prioriteit hebben om een richtlijn over op te stellen. Geld en menskracht om een richtlijn te ontwikkelen zijn immers beperkt en niet voor elk onderwerp is een richtlijn nodig. Wanneer aandoeningen veel voorkomen en gepaard gaan met een hoge ziektelast en met veel variatie in de praktische zorg van alledag, zal men eerder overwegen om deze hoog op de agenda te zetten.

Een andere vraag die ik in mijn proefschrift trachtte te beantwoorden was: 'Hoe is het gesteld met de kwaliteit van de 20 Nederlandse dermatologische richtlijnen?' Dat deed ik met het zogenaamde AGREE II-instrument. Dit is een hulpmiddel om de methodologie en transparantie van de richtlijnontwikkeling te beoordelen. De gebieden 'toepassing' en 'onafhankelijkheid van de opstellers' haalden minder hoge scores en blijven een aandachtspunt voor verbetering.

Op het gebied van deelname van patiënten sprong de psoriasisrichtlijn eruit. Daar werd heel zorgvuldig eerst in de literatuur gekeken of er patiëntvoorkeuren bekend waren. Daarnaast werd focusgroeponderzoek gedaan: daarbij legt men aan een groep of groepen gerichte vragen voor over een specifiek onderwerp en bespreekt deze.



Rinke Borgonjen.

Ook zette men een breed vragenlijstonderzoek in om de voorkeuren van patiënten te toetsen om de aanbevelingen in de richtlijn zo veel mogelijk aan te laten sluiten bij de wensen van de patiënt.

## Experiment

Zoals gezegd, is een bezwaar van richtlijnen dat het vaak zeer lange teksten zijn. Om de toepassing te verbeteren, deed ik een experiment waarbij de richtlijnaanbevelingen in het elektronisch patiëntendossier werden opgenomen. Bij alle patiënten met acne die isotretinoïne gebruikten, werd in het dossier aangegeven wanneer en welk bloedonderzoek nodig was. Deze eenvoudige, op de richtlijn gebaseerde, actieve ondersteuning bleek kosten te besparen en het aantal laboratoriumtesten te verminderen.

## Dagelijkse praktijk

In welke mate zijn knelpunten uit de dagelijkse praktijk opgenomen in richtlijnen? Dit is een belangrijke vraag omdat richtlijnen de zorg in de dagelijkse praktijk moeten verbeteren. Bij de behandeling van huidkanker kunnen richtlijnen bijvoorbeeld helpen afgewogen beslissingen te nemen bij kwetsbare ouderen. Beperkte levensverwachting, behandeldoelen anders dan genezing, bijkomende ziektelast en tumorkenmerken zijn factoren die in richtlijnen moeten staan en die elkaar kunnen versterken of verzwakken. Het opnemen van deze factoren zou dermatologen meer vertrouwen kunnen geven om van de richtlijn af te wijken als dat in het belang is van de patiënt.

## Tot slot

Het proefschrift eindigt met aanbevelingen hoe wij met elkaar (zorgverleners en patiënten) de richtlijnontwikkeling toekomstbestendig en zinvol kunnen houden. Daarbij is het te allen tijde belangrijk voor ogen te houden dat richtlijnen en afgeleide producten bedoeld zijn als instrumenten om de kwaliteit van zorg te verbeteren en niet een doel op zichzelf zijn. **H**

# Zonnebanken? Liever niet doen!

Samenstelling - Redactie / Fotografie - Campagnebeeld 'Cancer Research UK'

**W**aarom doen mensen toch altijd weer dingen die niet goed zijn voor hun gezondheid: roken, te veel eten, overmatig lijnen, uitgebreid zonnen of bijv. door een rood stoplicht rijden? Daar is niet een eenduidig antwoord op te geven, want vaak gaat het om een combinatie van factoren, zoals verslaving, genotzucht, gebrek aan kennis of opstandigheid.

Voor de bagatelliserende verontschuldiging 'het loopt allemaal zo'n vaart niet' of 'je leeft maar één keer' kan een krachtige drijfveer zijn om gezondheidsgeboden volstrekt te negeren. Twee voorbeelden uit de NRC van 22 februari van dit jaar spreken wat dat betreft boekdelen.

## Veelgebruikers

Boyd de Nooij uit Hilversum krijgt heel vaak de vraag of hij net op vakantie is geweest. Hij gaat twee keer per week naar de zonnebank, en is daardoor eigenlijk altijd bruin. "Vooral op de voetbalclub hoor ik erover", zegt hij. "Gewone Hollandse benen zijn hartstikke wit. Maar de mijne niet dus." De Nooij weet ook wel dat het niet echt gezond is om zo vaak naar de zonnebank te gaan, sterker nog: "Het is heel slecht voor je". Toch gaat hij. "Doe ik daarna een luchtje op, gelletje in mijn haar, petje op, zie ik er net wat verzorgder uit."

Ook Liesbeth de Klerk uit Almere gaat geregeld – zo'n drie keer per maand. Vooral voor het "gezonde kleurtje", zegt ze, anders ben ik net een lijk." Ze is halverwege de dertig en bezoekt de zonnestudio al zeker vijftien jaar. Ook zij weet dat er een hoop risico's vastzitten aan dat zonnen, zegt ze. "Daarom ga ik ook niet zo vaak. Anders zou ik wel meer willen."

## Cijfers

Deze twee zonnebankliefhebbers zijn niet de enigen. Uit onderzoek van Kantar Public (uitgevoerd onder 1390 Nederlanders van 18 jaar of ouder) in opdracht van KWF Kankerbestrijding bleek in 2017 dat 19 procent van de Nederlanders het jaar daarvoor minstens één keer onder de zonnebank ging. 57 procent van hen is vrouw, en het overgrote deel – driekwart – is jonger dan 55 jaar.

In weerwil van excuses die mensen voor zichzelf verzinnen voor ongezond gedrag heeft de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie toch gemeend er goed aan te doen om de gevaren van zonnebanken nog eens op een rijtje te zetten en daar samen met Huidpatiënten Nederland, de Stichting Melanoom, de CPLD Vereniging (patiëntenvereniging voor mensen die lijden aan chronische polymorfe lichtdermatose) en de Tumorfocusgroep melanoom een standpunt over uit te brengen. De kernboodschap luidt:

## Vitamine D

Evenals de zon, produceren zonnebanklampen UV-B- en vooral ook UV-A-straling. In de winter is er te weinig UV-B in zonlicht om vitamine D aan te maken, maar het valt te ontraden om dan maar een bruiningskuur op de zonnebank te nemen om te voorzien in vitamine D. Vitamine D kan zo nodig worden geslikt (zie advies Gezondheidsraad).

De UV-A-straling dringt dieper door in je huid en zorgt met het UV-B voor huidveroudering, rimpels, pigment- en ouderdomsvlekken. Lange tijd dacht men dat UV-A niet carcinogeen was, maar dat bleek onjuist. Inmiddels is gebleken dat UV-A ook DNA-schade veroorzaakt – zij het minder sterk dan UV-B. Met UV-A ontstaat relatief veel schade door zuurstof en andere radicalen die vrijkomen.

Op grond van hun bevindingen komen NVDV en partners tot het volgende standpunt: excessieve blootstelling moet worden uitgebannen. Dat betekent:

- Vooral niet verbranden – wees voorzichtig!
- En niet zonnebaden of zonnebanken gebruiken om te bruinen. **H**

## Zonnestudio's zouden verplicht informatie met foto's moeten verschaffen over de risico's van zonnebanken, zoals dat ook op een pakje sigaretten gebeurt.

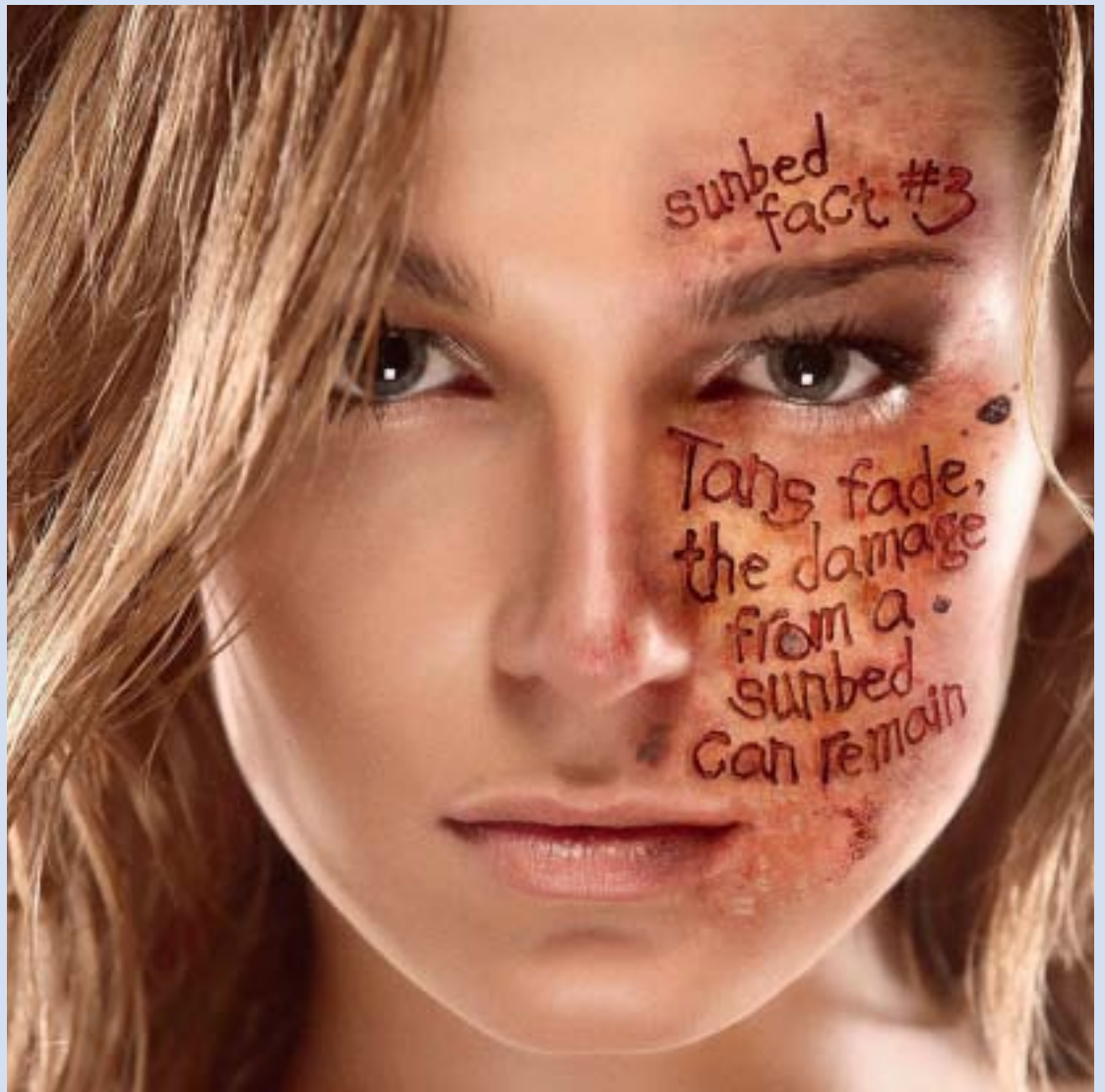
## Aanbevelingen

De NVDV en haar partners komen tot de volgende aanbevelingen:

- Een reclameverbod voor de zonnestudio's die positieve effecten van zonnebankgebruik benoemen.
- Strengere regulatie voor zonnestudio's: certificering en meer (actieve) controle op de naleving van het wettelijk kader: strengere toegangsbeperking voor mensen met een zongevoelige huid of jongeren en een betere identificatieplicht.
- Zonnestudio's zouden verplicht informatie met foto's moeten verschaffen over de risico's van zonnebanken, zoals dat ook op een pakje sigaretten gebeurt.
- Campagnes ter ontmoediging van overmatige zonexpositie aan het strand of in de natuur.
- Ontmoedigingsbeleid wat betreft zonzakanties: voorlichtingsbrochures voor reisbureaus, vliegmaatschappijen etc.
- Een maatschappelijk debat over de schadelijke gevolgen van overmatig zongedrag met als effect dat mensen een overmatig door de zon gebruikte huid minder aantrekkelijk gaan vinden.
- Educatie rondom overmatig zonnen op scholen (naar het voorbeeld van het lespakket van het KWF).
- Stimuleren van zonbeschermende maatregelen in publieke ruimtes waaronder schoolpleinen en parken, zoals het beschikbaar stellen van schaduwplekken en zonnebrandcrème.



Campagnebeeld 'ban de zonnebank',  
Engeland.





# Een huidklacht uitgelicht: schimmelnagels

Samenstelling en fotografie - Just Eekhof, huisarts in Leiden, namens het Nederlands Huisartsen Genootschap

**Z**eer regelmatig krijgen we als huisarts vragen over schimmelnagels. Vaak vragen mensen nadat je de hoofdklacht hebt besproken of je ook nog iets voor een schimmelnagel hebt. Soms stellen ze een open vraag ('Kan het kwaad?' of 'Wat kan je eraan doen?'), soms vragen patiënten heel gericht om pillen. De verwachtingen van de behandeling zijn over het algemeen hoog. Over de ernst van de aandoening en het succes van behandeling ervan bestaan veel misverstanden.

De ernst van een schimmelnagel kan variëren, van een heel lichte verkleuring van de nagel tot zeer verdikte gele nagels die drukkklachten kunnen geven in de schoen. Daarnaast zijn er grote verschillen in de ervaren hinder bij patiënten. Van alle volwassenen boven de 18 jaar heeft 5% een schimmelnagel, boven de 60 jaar is dat 20% en boven de 70 jaar zelfs 50%. Anders dan je zou verwachten, is het niet zo dat alleen de mensen die erge schimmelnagels hebben naar de huisarts gaan. Sommige mensen met heel erge infecties komen niet, want die kijken het wel aan. Bij sommige mensen die er wel mee komen, kan je nauwelijks wat aan de nagel zien en vraag je je als huisarts af waar ze zich druk over maken.

Wat veel mensen niet weten, is dat ongeveer de helft van de nagelaandoeningen die eruitzien als een schimmelnagel helemaal niet door een schimmel wordt veroorzaakt. De verkleuring van de nagel heeft dan een andere oorzaak (bijvoorbeeld psoriasis of een trauma). Ook voor de huisarts is het lastig om het onderscheid te maken. Het spreekt natuurlijk vanzelf dat behandeling met een antischimmelmiddel geen zin heeft als een schimmel ontbreekt. Als er wel een schimmelinfectie van de nagel is, is vaak ook de huid van de voet aangedaan. Schimmelinfecties zijn besmettelijk. Het voorkomen van schimmelinfecties aan de voeten is zinvol. Draag dus slippers in openbare ruimtes, zoals doucheruimten van sportclubs.

De belangrijkste klacht van mensen met een schimmelnagel is het weinig fraaie uiterlijk. Dat is ook vaak de reden dat ze een behandeling proberen of langs de huisarts gaan. Een schimmelnagel geeft zelden medische klachten en kan eigenlijk ook nooit kwaad. Alleen bij mensen met chronische ziekten zoals diabetes (bij hen komt de aandoening ook vaker voor), met slechte bloedvaten in de benen of een minder goed werkend immuunsysteem kan een schimmelnagel medische problemen geven. Maar bij al die andere mensen zonder echte klachten en problemen vinden huisartsen het niet nodig te behandelen en zijn ze daarom ook niet zo snel geneigd medicijnen voor te schrijven. Die middelen zijn niet alleen duur, maar ook niet altijd zonder bijwerkingen. Op televisie is regelmatig een reclamespotje te zien over

lelijke nagels veroorzaakt door schimmels. Dit spotje sluit af met de boodschap dat de huisarts daar een effectief middel voor heeft. De naam van het product noemt men niet. Dat hoeft ook niet, want er is maar één medicijn dat volgens de richtlijnen voor de huisarts in aanmerking komt. Dat is terbinafine. Bij een aangetoonde schimmel is dit middel bij 50-80% van de mensen na 3 tot 4 maanden effectief. Het duurt wel minstens een half jaar voordat de aangedane lelijke nagel helemaal is uitgegroeid. Dit medicijn geeft vaak bijwerkingen. Wat het reclamespotje niet vermeldt, is dat meer dan 20% van de behandelde patiënten na 3 jaar opnieuw een schimmelnagel heeft. Die mensen zijn er dus weinig mee opgeschoten.

Ook zijn er bij de drogist veel verschillende middelen te koop die je op schimmelnagels kan aanbrengen. Van de meeste hiervan is niet bekend of ze werkelijk werkzaam zijn. Van de middelen waar wel onderzoek naar is gedaan, is geen of nauwelijks effect gevonden. Hier word je dus meestal ook niet wijzer van.

Al met al dus heel teleurstellend voor mensen die hinder hebben van die lelijke nagel en er wat aan willen laten doen. Maar wat kan je er wel aan doen? Een vervormde of hinderlijke nagel kan je met een puimsteen of vijl bijwerken. Je kan dit ook door een pedicure laten doen. Het is niet nodig om de schimmelnagels voor een deel of helemaal te verwijderen. Op een lelijke verkleurde nagel kan je eventueel nagellak doen (zie ook [www.thuisarts.nl](http://www.thuisarts.nl)). **H**



# Vergrootglas op eczeem

Samenstelling - Redactie | Fotografie - Naomi Jansen

**Is Kirsten Fiol (24) kunstenaar, grafisch vormgever, edelsmid of industrieel vormgever? “Ik ben afgestudeerd aan de Willem de Kooning Academie als grafisch ontwerper. Wat ik echter in de opleiding vooral heb ervaren, is vrijheid, waarbij de grenzen van disciplines vervagen en te overschrijden zijn. Blijkbaar gedij ik goed bij die vrijheid, die voor mij voelde als the best of both worlds.” Dat blijkt ook uit haar afstudeerproject, een collectie skin gems: sieraden vooral ontworpen voor mensen met eczeem. Daarbij is cruciaal “dat het eczeem deel uitmaakt van het sieraad”.**



Kirsten Fiol in epoxy-pak.

Die keuze is geen toeval. “Zolang ik mij kan herinneren, heb ik last van eczeem. Het begon allemaal vrij normaal met wat schrale plekjes in de knie- en armholte. Rond mijn 13e escaleerde de aandoening naar constitutioneel eczeem en zat het over mijn hele lichaam, dat dus vol zat met rode vlekken.”

## Tienduizend zalfjes

“Vanzelfsprekend heb ik eerst de spreekwoordelijke ‘tienduizend’ zalfjes en crèmes gebruikt, maar dat was niet veel meer dan pappen en nathouden. Als ze hielpen, was het altijd maar kortdurend. Het eczeem brak er telkens doorheen. Van mijn dermatoloog kreeg ik vervolgens ciclosporine, een krachtig ontstekingsremmend middel. Sindsdien is het eczeem goed onder controle gebleven. Ik heb nog wel af en toe ergens een plekje, maar daar valt goed mee te leven.”

*Wat kan kunst toevoegen aan een huidaandoening?*

“Ik heb gemerkt dat veel mensen weinig weet hebben van eczeem of er een volstrekt verkeerd beeld van hebben. Kunst is een middel om mensen met elkaar in contact te brengen. Mijn sieraden leggen als het ware een verbintenis tussen mensen mét en mensen zonder eczeem. Daarnaast kan een mooi sieraad een mens met eczeem over een drempel helpen, opdat hij of zij zich niet langer hoeft te verstoppen. Dit werkt ook stressverlichtend, wat op langere termijn het eczeem kan

doen verminderen. Indirect, omdat anderen wellicht dan wat minder bot reageren op de huidaandoening.”

Deze bothheid van de medemens heeft ze zelf ook jarenlang ervaren: “Mensen praten dan achter je rug over je, waarbij ze denken dat ik het niet hoor. En die eeuwige starende blikken wennen eigenlijk nooit. Op school kreeg ik vaker te horen: ‘Je bloedt’, als er weer eens een wond was opgegaan en er bloedvlekken op mijn kleding zaten. Dan antwoordde ik kort: ‘Oh, ja dat weet ik’. Maar dat alles heb ik achter mij gelaten. Wat anderen vinden, deert mij niet langer.”

## Accentueren

Over hoe zij het onderwerp koos van haar afstudeerproject: “Ik zocht naar een idee dat voor mij interessant is, dat op een min of meer logische wijze moest leiden tot een tastbare vorm. Want dat is voor mij essentieel. Zoals eczeem een bepaald gevoel behelst – in je lijf en tussen de oren – wilde ik iets maken wat heel concreet is: voelbaar, tastbaar en aan te raken.” De analogie doortrekkend: “Veel mensen met een zichtbare aandoening worstelen met de keuze: moet ik dit verbergen of juist accentueren? Verhullen of onthullen dus. Ik koos nadrukkelijk voor het accentueren van de eczeemplekken, via het maken van een doorzichtig sieraad dat door de bolling van het materiaal als een vergrootglas werkt op de aangetaste plekken.”

*Waarom koos je voor epoxy als materiaal?*

Glimlachend: “Toen het idee eenmaal ontstond, moest ik kiezen tussen glas of epoxy. Als armlastige student viel glas als optie vrij snel weg. Epoxy is een vloeibare harsachtige kunststof dat uithardt bij blootstelling aan lucht. Eerst maak ik een model van klei, waarvan ik vervolgens een plastic mal fabriceer, waarin ik het epoxy giet. Daarna haal ik het sieraad in zijn ruwe vorm uit de mal en kan het polijsten beginnen. Dat valt allemaal reuze mee, maar het boorwerk van de gaten voor de bandjes in dat keiharde materiaal is behoorlijk zwaar.”

## Reacties

De reacties van het publiek bij de afstudeerexpositie van de Willem de Kooning Academie waren heel positief. “Ik herinner mij wel één negatieve reactie – die blijven altijd langer hangen. Een man zei tegen mij dat hij die sieraden nooit zou willen dragen, omdat hij dan ook eczeem zou krijgen. Alsof eczeem besmettelijk is. Bespottelijk, en zeker voor een volwassen man.”

Zelf betoont zij zich ingenomen met het resultaat: “Ik had nog niet eerder met en aan sieraden gewerkt. Wat ik mooi vind, is dat het samenspel van eczeem en sieraad resulteert in één nieuw beeld, waarbij het mij uitermate plezier doet dat eczeem een onlosmakelijk onderdeel is van het sieraad.” Al is er nog één verbeterpuntje: “De bandjes zijn gemaakt van elastisch lint met een drukknopsluiting. Daar moet ik nog een betere oplossing voor zien te vinden.” **H**

Meer weten over Kirsten Fiol? Dan kunt u terecht op haar website [www.kirstenfiol.nl](http://www.kirstenfiol.nl) en het Instagram-account [https://www.instagram.com/skin\\_gems/](https://www.instagram.com/skin_gems/). Heeft u belangstelling voor een sieraad, dan kunt u via een mailbericht contact opnemen met haar: [kirsten\\_fiol@outlook.com](mailto:kirsten_fiol@outlook.com).







# Continu krabben is slopend

Samenstelling - Malou van Hintum (mvhintum@xs4all.nl) | Fotografie - Jasper Stroo

**I**edereen krabt weleens, ook als hij helemaal geen jeuk heeft. Denk aan wriemelende beestjes, jeukende muggenbulten of kriebelende wondkorstjes – tien tegen een dat u zojuist even met uw nagels over uw huid kraste. Alleen al de suggestie van jeuk is voldoende om zelf jeuk te voelen. En de onweerstaanbare drang om óók te gaan krabben als je het een ander ziet doen, is soortoverstijgend; wij mensen verschillen daarin niet van andere gewerde dieren. We krabben in commissie, en het vergt inspanning en discipline om die reflex te bedwingen. Optogenetisch onderzoek bij muizen heeft laten zien dat de suprachiasmatische nucleus, de biologische klok in onze hersenen die directe visuele input krijgt, een sleutelrol speelt bij die ‘besmettelijkheid’. Door een groepje neuronen in dit hersengebied bij genetisch gemodificeerde muizen met licht te stimuleren (‘aan te zetten’), sloegen ze acuut aan het krabben.

Af en toe krabben is prima. Jeuk heeft nut als waarschuwingssignaal: pas op, er zit iets op je huid dat er niet hoort! Muggen of vliegen wegslaan of wegkrabben is een kwestie van zelfverdediging. Maar heb je altijd en overal jeuk, dan verergert krabben de hel die jeuk kan zijn. Want veelvuldig en systematisch krabben zorgt voor open wondjes en ontstekingen die de jeuk versterken, waardoor het krabben toeneemt, de huidbeschadigingen ernstiger worden, de jeuk verergert, enzovoorts. Mensen die krabben omdat hun jeuk onverdraaglijk is en die pas stoppen als ze bloed voelen, zetten een vicieuze cirkel in gang waarin ze altijd de verliezer zijn. Fysiek, maar ook psychisch.

In Nederland lijdt ongeveer zeventien procent van de bevolking aan chronische jeuk; onder vijftigplussers is dat zelfs dertig procent. Hoe ouder je bent, hoe kleiner de talgkliertjes in je huid zijn, en hoe droger en dunner je huid wordt. Die krijgt gaten en kieren zoals uitgedroogde grond. En hoe droger je huid is, hoe meer jeuk je hebt, en hoe vaker je gaat krabben. Maar terwijl droge grond snakt naar een regenbui, verlangt droge huid naar vette zalf. Smeren moet je, “liefst twee keer per dag,” zegt dermatoloog Bing Thio (Erasmus MC).

Dermatologen gebruiken allerhande medi-

catie om jeuk te stoppen, van antihistaminica en afweeronderdrukkers tot prednison (soms, vanwege de heftige bijwerkingen), antidepressiva en anti-epileptica. Nieuwe medicijnen, zoals het recent geïntroduceerde dupilumab, helpen zowel tegen eczeem als tegen de bijgaande jeuk. Dupilumab blokkeert de werking van twee eiwitten die een rol spelen bij het ontstekingsproces bij eczeem. Bij 40 procent van de patiënten met ernstig eczeem verminderen jeuk en eczeem met 75 procent of meer; bij 30 procent van de patiënten met 50 procent.

Mensen met gruwelijke jeuk door ernstig eczeem kunnen terecht bij verpleegkundig specialist Jette de Groot in het Nationaal Expertisecentrum Eczeem van het UMC Utrecht. Ze worden opgenomen en twee keer per dag van top tot teen met lokale corticosteroiden en bijsmeerzalven ingesmeerd, en daarna helemaal ingepakt in verband. Zo komt de huid tot rust, en de krabbende handen kunnen er niet bij.

Vijf, zes dagen later is dat effect zichtbaar, en wordt het verband geruild voor katoenen shirts met lange mouwen en lange katoenen broeken. Na een verblijf van in totaal twee weken gaan deze patiënten naar huis om zelf te zalven. “Het belangrijkste is dat patiënten een zalf of crème gebruiken die ze prettig vinden, anders houden ze dat smeren niet vol,” zegt De Groot. En wie niet volhoudt, is weer snel terug bij af.

Vette zalf is het beste, zogenaamde ‘vochtinbrengende’ lotion werkt de boel juist tegen. Want daar zit water in – daarom wordt het zo lekker snel opgenomen – en dat droogt de huid juist uit. Om dezelfde reden is veel zwemmen en dagelijks douchen sowieso niet aan te raden, en zeker niet als je last hebt van jeuk. De origineelste manier om de verwoestende effecten van non-stop krabben te beperken, hoorde De Groot van een patiënt: nepnagels. Want die zijn minder scherp dan je eigen nagels.

Een derde van de mensen met chronische huidziekten ervaart ook psychische klachten. “Slapeloosheid, concentratieproblemen, emotionele instabiliteit en een kort lontje gaan vaak samen met chronische jeuk,” zegt verpleegkundig onderzoeker Harmieke van Os-Medendorp. Ze promoveerde op de verpleegkundige richtlijn ‘Omgaan met jeuk’ en geeft ‘jeukonderwijs’. Mensen kunnen gestrest, angstig, depressief en wanhopig worden van

jeuk: Kom ik hier ooit vanaf? Waarom kan ik het niet stoppen? Ze kunnen bang zijn voor een jeukaanval op een feestje (en daarom wegblijven), of voor te veel zichtbare beschadigde huid in het zwembad of aan het strand (idem). Psoriasis en eczeem zijn niet besmettelijk, maar wie weet dat? Afgezien daarvan ziet een opengekrabde huid er weinig aantrekkelijk uit. Dat helpt niet bij het aanknopen van relaties en intieme verhoudingen; door de afwerende reactie van anderen, of door eigen schaamte. Stigma, sociaal isolement, jeuk en schaamte zijn helaas geen vreemden voor elkaar. En dan zijn er nog de reacties van andere mensen op het gekrab: “Hou daar nou eens mee op!” Maar dat is precies het probleem!

Jeuk die 24 uur per dag doorgaat, over je hele lichaam – zoals bij mensen met ernstig eczeem – is onverdraaglijk. Zulke patiënten willen hun chronische jeuk best ruilen tegen chronische pijn. Krabben tot bloedens toe is dan ook vaak het enige wat verlichting brengt. “Dan heb je je hele opperhuid weggekrabd en geen jeukzenuwen meer, alleen nog pijnzenuwen, die liggen dieper,” zegt Thio. Maar dat is natuurlijk geen oplossing.

Continu krabben is slopend en gekmakend. Wat is er aan zulke afschuwelijke jeuk te doen? “Bij acht tot vijftien procent van de mensen met chronische jeuk zonder huidafwijkingen wordt de oorzaak helaas niet gevonden,” zegt dermatoloog Patrick Kemperman, werkzaam in Amsterdam UMC en Waterlandziekenhuis. Medicijnen, cognitieve gedragstherapie (CGT) of ontspanningsoefeningen kunnen deze patiënten vaak helpen.

Hoogleraar Gezondheidspsychologie Andrea Evers (Universiteit Leiden) beaamt dat. Zij is een van de weinige wetenschappers ter wereld die al jaren onderzoek doen naar psychologische factoren en behandelingen van jeuk. “Wij kijken bijvoorbeeld naar de mogelijke interactie tussen het effect van chronische negatieve verwachtingen die mensen hebben – het idee dat de jeuk altijd maar erger wordt – en neurobiologische stoffen waaraan een gebrek kan zijn, zoals dopamine. Onderzoek naar die interactie tussen psychologische en neurobiologische factoren gebeurt verder nergens. Ik ben ervan overtuigd dat we de oplossing voor het aanpakken van chronische jeukklachten kunnen vinden door er vanuit een breder perspectief naar te kijken. Dat biedt op termijn mogelijkheden voor een

wederzijdse versterking van medicatie en psychologische therapie.”

### Anne Vilé, 23 jaar

‘Rol eens een uur lang in je nakie door glaswol, of door een veld brandnetels. Dát is chronische jeuk, en dat voel ik elke minuut van de dag. Ik slaap echt shit, soms maar één uur. Dan ben ik overdag kapot. Ik heb van alles geprobeerd: slaappillen, melatonine, yoga, meditatie. Niks helpt. Bovendien gaat het krabben als ik slaap gewoon door.

Ik had al als baby'tje eczeem over mijn hele lichaam, en dus ook de verschrikkelijke jeuk die daarbij hoort. Dan móét je krabben. ‘‘Stop daar toch eens mee’’, zeggen mensen dan. Als ik dat had gekund, had ik dat in die 23 jaar wel gedaan...

Jeuk geeft heel veel stress, en stress tast het immuunsysteem aan. Ik ben dan ook vaak ziek: longontsteking, keelontsteking, koorts, nierbekkenontsteking, stafylokokkeninfectie, noem maar op. Daardoor was ik aan het begin van mijn hbo-opleiding maar tien procent van de lestijd op school. In die periode wilde een docent me verbieden tentamen te doen omdat ik amper was geweest. Daarna ging het gelukkig beter. Het is me gelukt mijn hbo Biologie in vier jaar te halen. Nu ga ik naar de universiteit!

Mijn lichaam zit onder de open wondjes en littekens. Dat is wel een dingetje bij vriendjes.

Zo kan ik niet gezellig mee onder de douche. Tien seconden onder een ijskoude straal, daarna houdt het op. En bijvoorbeeld zwemmen in zee is met open wondjes veel

### ‘Wat veroorzaakt jeuk?’

Hoogleraar (Neuro)dermatologie en internationaal jeukexpert Sonja Ständer (Universiteitskliniek Münster) onderscheidt zes oorzaken voor chronische jeuk (jeuk die meer dan zes weken aanhoudt):

- dermatologisch: huidziekten zoals eczeem, psoriasis, netelroos of schimmel;
- systemisch: aandoeningen van andere organen, bijvoorbeeld lever of nieren, maar ook ziekten zoals de ziekte van Hodgkin, kanker of hiv, bloedarmoede of diabetes. Ook in het laatste trimester van hun zwangerschap kunnen vrouwen ineens chronische jeuk krijgen;
- neurologisch: beschadigingen of ziekten van het zenuwstelsel;
- psychologisch: gerelateerd aan psychische aandoeningen, bijvoorbeeld angst en depressie, maar ook de – weinig voorkomende – parasietenwaan;
- een combinatie van oorzaken;
- onbekende oorzaak.

Hoewel jeuk vaak een symptoom is van andere ziekten, zijn er wetenschappelijk en klinisch aanwijzingen dat jeuk zowel een symptoom is als een ziekte, zegt Ständer.

Het is belangrijk dat artsen goed uitvragen wat voor jeuk een patiënt heeft. Waar zit de jeuk; hoe lang al? Zijn er factoren die jeuk uitlokken? Wat zijn de gevolgen van jeuk? Zit de jeuk oppervlakkig of diep? Wat helpt het best: wrijven, krabben of koelen? Vervolgens is aanvullend onderzoek nodig om te achterhalen wat de jeuk veroorzaakt, om zo een passende behandeling te kunnen bepalen.

te pijnlijk. Sowieso verergeren warmte en zweterigheid de jeuk.

Ik smeer hormoonzalf. Vier dagen per week, anders wordt je huid te dun. En een dunne huid krab je nóg gemakkelijker open. Prednison helpt mij het beste. De eerste drie dagen ben ik hartstikke misselijk, de andere zeven dagen zijn fan-tas-tisch. Maar het is een paardenmiddel, dat mag maar af en toe. Ik verwacht heel veel van dupilumab, een

nieuw medicijn: één keer een injectie, twee weken zonder jeuk!

Er zijn dagen dat ik huilend in bed lig en niet verder wil. Maar ik heb een lieve familie, lieve vrienden, en ik kan goed studeren. Ik focus me daarom op wat wél lukt en wat ik wél kan. Zoals Dory zegt in *Finding Nemo 2*: ‘‘Just keep swimming!’’ **H**

*Dit artikel stond eerder in Trouw, 7 juli 2018.*

*Anne Vilé deelt haar ervaringen met jeuk.*



# 10 vragen over de zin en onzin van haargroeimiddelen

Samenstelling - Marion Kremer | Fotografie - Dreamstime.com

**A**ls je alle reclames en advertenties die voorbijkomen op radio, televisie en internet mag geloven, kunnen we zelf wat doen aan haarverlies. Ook bij de kapper en de haarwerkspecialist kun je vele producten aanschaffen die je haar in betere conditie brengen en stimuleren (weer) te gaan groeien. Ook zijn er veel producten te koop die onze haarbos weer dikker zouden maken. Maar wat is daar eigenlijk van waar? We vragen het aan Patrick Kemperman, psychodermatoloog in het AMC te Amsterdam en het Waterlandziekenhuis te Purmerend en lid van de raad van advies van de Alopecia Vereniging.

*Je zou bijna denken dat iedereen een gezonde haarbos kan hebben, als je maar de juiste producten gebruikt. Waarom zijn er dan toch zoveel mensen met haarproblemen?*

Een groot deel van de haarproblemen is te wijten aan alopecia androgenetica, ofwel kaalheid volgens het mannelijk patroon. Circa 60-70% van de mannen en 35% van de vrouwen krijgt er op een gegeven moment mee te maken in meer of mindere mate. Het betreft hier een erfelijke vorm van haaruitval die moeizaam is te stoppen met lokale smeersels en producten.

*In veel haargroeimiddelen en shampoos is vitamine B-complex toegevoegd, dit zou de haargroei bevorderen, en schijnt ook noodzakelijk te zijn voor gezond haar. Klopt dat?*

Nee. Het klopt dat vitamine B nodig is voor haar- en nagelgroei, maar dan wel behaald uit voeding of voedingssupplementen. Het nut van vitamines in 'haargroeimiddelen' en shampoos is nooit bewezen. Sterker nog, een shampoo kan onmogelijk diep genoeg bij de haarwortel komen om zijn werking uit te oefenen. Een gezonde voeding bevat doorgaans voldoende vitamines. Het effect van tabletten met vitamine-B-complex is in de praktijk teleurstellend.

*In sommige shampoos is het bestanddeel ketoconazol toegevoegd, wat kunnen we hiervan verwachten? En wat is het effect van cafeïne in een shampoo?*

De laatste jaren staat het bestanddeel ketoconazol in de aandacht als het gaat om alopecia androgenetica. Het haarverlies zou hierdoor mogelijk worden beperkt. De studies zijn echter niet sterk opgezet, meer onderzoek is nodig om het effect aan te tonen. Het effect van cafeïne in een shampoo is nooit bewezen en is ook niet te verwachten. Om alopecia androgenetica te stoppen moet de omzetting van het hormoon testosteron naar dihydrotestosteron worden geblokkeerd. Cafeïne doet dit niet en dus werkt het niet.

*Er zijn producten in de markt met toevoegingen als aminexil en stemoxydine, die de toevoer van bloed en zuurstof bevorderen. Dit klinkt toch aannemelijk?*

Toch is het misleiding. Het effect van deze middelen is ten eerste nooit goed aangetoond. Ook krijgen de haren al voldoende bloed en zuurstof vanuit het lichaam. Haaruitval komt meestal door immunologische oorzaken (alopecia areata) of genetische oorzaken (alopecia androgenetica). Er zijn ook veel zogeheten haarverdikkende shampoos te koop, waar je een vollere haarbos van krijgt. Wat is de werking hiervan?

Het betreft een cosmetisch effect. Tijdens het gebruik kan zich bijvoorbeeld een laagje collageen om de haren gaan vormen waardoor de

## Het is goed eventuele schaamte of andere psychosociale gevolgen met de huisarts te bespreken.

diameter iets dikker wordt. Dit effect is na een wasbeurt weer verdwenen. *Er zijn veel mensen die zeggen dat het gebruik van haargroeimiddelen of shampoos bij hen wel werkt, hoe kan dat dan?*

Dit is het zogenaamde placebo-effect. Op de verpakkingen staan allerlei bemoedigende teksten. Er ontstaat een positief psychisch effect door vertrouwen in de heilzame werking van het haargroeimiddel. Hierdoor krijgt de patiënt het gevoel dat dit middel effectief is.

*Zijn er haargroeimiddelen die wel echt helpen?*

Tot nu toe zijn er maar enkele producten waarvan medisch is bewezen dat ze kunnen werken bij alopecia androgenetica. Deze producten zijn: minoxidil (lotion), finasteride (tabletten) bij mannen en antiandrogenen (tabletten) bij vrouwen. Ze werken niet bij iedereen, en als je stopt met het middel, valt het haar ook weer uit. De tabletten kunnen bijwerkingen hebben.

*Kan haarverlies worden voorkomen door vroeg te beginnen met het gebruik van haargroeimiddelen, shampoos of lotions?*

Nee, voorkómen is niet mogelijk. Wel kunnen we het proces remmen door medicatie op recept zoals minoxidil of finasteride bij een deel van de patiënten met alopecia androgenetica. Alle andere honderden middeltjes op de schappen van de drogist of op het internet werken zeer waarschijnlijk niet en geven valse hoop.

*U staat bekend als iemand met een grote betrokkenheid bij dit onderwerp.*

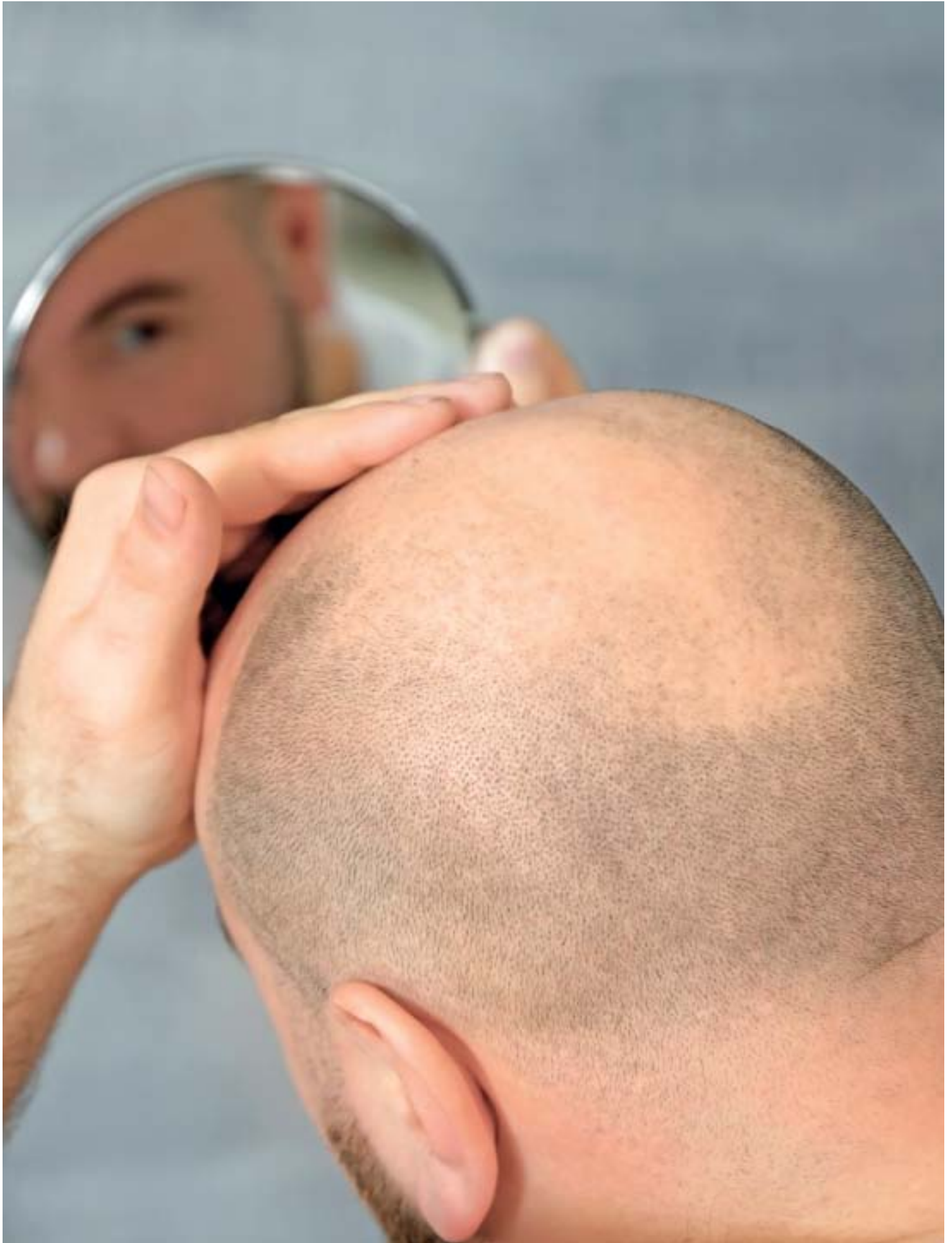
*Waar komt deze betrokkenheid vandaan?*

Ik zie al vele jaren met lede ogen aan hoe patiënten met haaruitval uit wanhoop van alles proberen om de strijd daartegen aan te gaan. Soms lopen de kosten wel op tot duizenden euro's, terwijl de wanhoop alleen maar toeneemt. Het heeft een grote meerwaarde om deze patiënten in een vroeg stadium goed te informeren wat de oorzaak is van het haarverlies en aan hen duidelijk te vertellen wat wel helpt en wat niet. Er schuilt helaas een grote en verleidelijke industrie achter haaruitval die zich over de rug van de patiënt verrijkt.

*Wat zou u mensen met beduidend dunner wordend haar willen adviseren?*

Indien er onzekerheid is over de oorzaak van de haaruitval zou ik ten eerste adviseren om naar de huisarts of dermatoloog te gaan voor een diagnose. Dit geeft zekerheid en ook een indruk over het beloop. Het mooiste zou zijn als de patiënt zich kan verzoenen met zijn of haar haaruitval, maar dit is niet altijd even makkelijk. Het is een niet-vrijwillige keuze over het uiterlijk waar iemand opeens mee wordt geconfronteerd. Een haarwerkspecialist of psychologische ondersteuning kan het zelfbeeld deels herstellen en de schaamte doen verminderen. Het is goed eventuele schaamte of andere psychosociale gevolgen met de huisarts te bespreken. **H**

Bron: Alopecia Magazine 2017.



Samenstelling en fotografie - Marjolein Wintzen, dermatoloog VUmc

*Folliculitis is een ontsteking van een haarzakje (haarfollikel) en wordt meestal veroorzaakt door bacteriën of gisten. De ontsteking ligt vrij oppervlakkig en is zichtbaar als een klein puistje met dikwijls een haar in het centrum (op de foto op meerdere plaatsen te zien). Behandeling hangt af van de oorzaak.*



*Een furunkel of steenpuist is ook een ontsteking van een haarzakje, maar wat dieper en pijnlijker dan een folliculitis. Deze wordt veroorzaakt door stafylokokken en begint als een rode plek op de huid die geleidelijk dikker wordt. Midden in de rode zwelling kan een gele etter- of puskop ontstaan, die na enkele dagen openbreekt. Na dit 'uitrijpen' komt de etter vanzelf naar buiten en kan de huid genezen. Op dat moment is de steenpuist besmettelijk. Op de foto is een furunkel te zien in een beginstadium, met een puist boven de haarfollikel en rondom beginnende zwelling met roodheid.*



# Gezondheidsgroepje

Samenstelling - Dr. Kees-Peter de Roos, dermatoloog | Fotografie - Willeke Machiels en Dreamstime.com

**A**fgelopen maand zag ik twee patiënten op mijn spreekuur die voor mij onbekend gedrag vertoonden. De eerste was een man die door de huisarts werd verwezen in verband met een vermoeden van huidkanker op het bovenbeen. Dagelijkse kost voor een dermatoloog, maar in de verwijsbrief viel mij de verwijsdatum op: januari 2015. “Wachttijden zijn soms lang in de zorg, maar waarom heeft het zo lang geduurd voor u een afspraak heeft gemaakt?”, vroeg ik hem. “Ik voelde dat deze plek mij nog iets moest vertellen” was zijn antwoord. Aan zijn gezicht zag ik dat hij het meende.

Een andere patiënt werd verwezen wegens een zwelling van een been, die ook warm aanvoelde. Bij onderzoek waren er geen spataders, maar wel een grijsblauwe verkleuring van de huid, zonder duidelijke afgrenzing. Dit leidde tot de diagnose ziekte van Lyme, die kon worden bevestigd door het laboratoriumonderzoek met sterk verhoogde antistoffen. Met het bericht dat we nu zeker wisten wat er aan de hand was, en vooral wat we eraan konden doen, namelijk antibiotica voorschrijven, ging ik de spreekkamer binnen. “Hartelijk dank dokter, maar die antibiotica, dat weet ik nog niet. Dat wil ik eerst met mijn *gezondheidsgroepje* bespreken. Antibiotica worden volgens mij veel te gemakkelijk voorgeschreven. Dank u voor het recept; ik laat nog wel weten of ik het zal gebruiken.”

Deze gebeurtenissen vielen samen met de recente discussie over vaccineren. In deze discussie valt het op dat het eigenlijk niet meer gaat over uitleg over de zin van vaccineren, maar over een gebrek aan vertrouwen in de vaccins bij de ouders. Het maakt dan niet uit dat kinderen die te jong zijn om te vaccineren minder beschermd zijn door een afgenomen zogenaamde ‘groepsimmunitet’. Het maakt dan ook niet meer uit dat epidemioloog Maarten van Wijhe in een recent proefschrift heeft aangetoond dat het Nederlandse vaccinatiebeleid tussen 1953 en 1993 duizenden sterfgevallen heeft voorkomen.

Het vertrouwen dat patiënten in de artsen hebben, is de laatste jaren gedaald en het is geen eenrichtingsverkeer. Patiënten die zich melden op een afdeling voor spoedeisende hulp worden steeds vaker met scheve ogen aangekeken en zelfs geweigerd als hun klacht niet echt spoedeisend is. Overheid en zorgverzekeraars wantrouwen artsen en vragen steeds meer verantwoording, waardoor bureaucratie toeneemt. En eigenlijk wantrouwt iedereen de farmaceutische industrie. Dit verschijnsel beperkt zich overigens niet tot de gezondheidszorg. Het is veel meer een kenmerk van maatschappelijk onbehagen. Dat onbehagen vinden we ook terug in de steeds lagere vaccinatiegraad in Nederland. De argumenten tegen vaccineren worden gemakkelijk van het internet geplukt. Maar in een tijd dat internet alle vragen voor ons beantwoordt, is het goed je te realiseren dat die antwoorden sterk afhangen van de manier waarop je de vraag stelt.

Doordat vaccineren de zorg voor bijvoorbeeld kinderen ingrijpend heeft veranderd - polio is immers vrijwel verdwenen - verdwijnt ook het gevoel van urgentie dat er in de jaren zestig van de vorige eeuw wel was. Dan is het logisch dat ‘hoogopgeleide’ ouders vragen gaan stellen bij de noodzaak van het vaccineren. Van nog recenter datum is het besluit van de Gezondheidsraad om kinderen vanaf 14 jaar te gaan

vaccineren tegen meningokokken. Verzet daartegen heb ik nog niet ontdekt. Dat komt misschien omdat het samenviel met het trieste overlijden van een 17-jarige jongen dat in talkshows werd besproken. Laten we hopen dat ouders weer gaan inzien dat vaccineren levens reedt en dat je dat niet alleen voor jezelf doet, maar ook elkaar. **H**



**“SOMS ZIT  
HET ECHT  
OVERAL.  
MAAR DAT  
SMEREN  
VIND IK ECHT  
VERSCHRIKKELIJK.”**

**Gun jezelf een frisse blik. Ga naar [psoriasishuid.nl](http://psoriasishuid.nl) en stel jouw e-vraag online.**

Je kent het wel; ben je net bij jouw arts geweest, popt er tóch nog een vraag bij je op. Vergeten. Of je aarzelde om 'm te stellen. De gesprekstijd is vaak beperkt. Daarom is de e-vraag op [psoriasishuid.nl](http://psoriasishuid.nl) zo handig. Je kunt gewoon vanuit je luie stoel deskundig advies vragen, op elk moment en in alle privacy. En binnen 3 werkdagen ontvang je antwoord (via e-mail) van een dermatoloog. Een frisse blik, voor nóg meer inzicht in jouw opties. Fijn.

**Ga naar [psoriasishuid.nl](http://psoriasishuid.nl) voor de e-vraag en andere handige hulpmiddelen.**

 **NOVARTIS**

Deze campagne is gesponsord door  
Novartis Pharma B.V. in samenwerking met:

1805NOV958150

  
huid  
VERENIGING

  
pvn  
Psoriasis  
Vereniging  
Nederland

  
psoriasis  
Vereniging  
Nederland