



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 formulier 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 consulenten; 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