



Schot op behandeldoel

R.C. Beljaards

Lang geleden, ik was nog student geneeskunde, had ik een boekje over medische ethiek. [1] Het is niet meer in mijn bezit, maar één foto staat nog immer op mijn netvlies gebrand. Een man, halfzittend in bed, alleen nog in bezit van een deel van zijn romp, hoofd en armen. Het bekken en alles eronder was afwezig. Wat precies was gebeurd met de man stond niet vermeld, maar de foto maakte diepe indruk op mij; welke beweegredenen waren er de oorzaak van om deze man van zijn dood af te houden? Het leven moet miserabel zijn geweest en mensonterend.

De dermatologie maakt (gelukkig) niet van dit soort casus mee, maar dat neemt niet weg dat dilemma's over de zin van behandeling continu ook in onze spreekkamer aanwezig zijn. Misschien komt het wel bij elk consult stiekem om de hoek kijken. Veel van ons handelen raakt aan de eed van Hippocrates, het *primam non nocere*. Zelfs bij iets banaals als een wrat. We hebben allemaal wel eens een kind in onze spreekkamer gehad dat onder druk van de moeder de wrat moest laten verwijderen, terwijl wij als geen ander weten dat wratten uiteindelijk vanzelf spontaan verdwijnen. Of bijvoorbeeld bij vitiligo, platgeslagen feitelijk een cosmetisch probleem, immers de structuur en functie van de huid blijft intact (op UV-bescherming na). Als een patiënt sociaal-emotioneel niet gebukt gaat onder de depigmentaties, moeten we het dan wel behandelen met langdurige behandeltrajecten die geen gegarandeerd succes geven, zoals UVB-lichttherapie? Of effectieve behandelingen tegen acne zoals isotretinoïne per os: kunnen we de druk weerstaan om bij gezonde pubers een dergelijke behandeling in te zetten als er niet een harde indicatie bestaat?

De laatste twee decennia is het medisch handelen en de ethiek daaromtrent ineens ook verweven met geld, hoe tegenstrijdig dat ook klinkt. Maar macro-economische vragen over beschikbare zorg en kostenefficiëntie zijn bekende thema's. Steeds duurdere behandelingen komen voorhanden voor een veelvoud aan huidziekten. Men verwacht van ons dat wij nadenken over zinnige, zuinige en derhalve betaalbare zorg. Keuzes zijn noodzakelijk. Richtlijnen worden opgesteld als handvatten om ons bij die keuzes te helpen, niet langer alleen medisch inhoudelijk, maar ook economisch en de kwaliteit van leven volgend. Het opnemen van een medisch ethische paragraaf in de NVDV-richtlijnen zou een logische vervolgstap zijn. [2] Die zou ook overwegingen over behandeldoelen moeten bevatten. Moeten we in het behandelarsenaal van psoriasis met steeds potentere biologicals echt gaan streven naar een zo hoog mogelijke PASI reductie? Of nog ingewikkelder, moeten we bij psoriasis zo snel mogelijk starten met een biological om verdere escalatie in deze 'systeemziekte' te voorkomen?

Een behandeldoel is het brandpunt van vele criteria, waaronder effectiviteit, kosten en veiligheid van een therapie. En is uiteindelijk een resultante van de overeenkomst tussen de behandelaar enerzijds, en de zorgconsument anderzijds (vastgelegd in de WGBO). Dat klinkt allemaal mooi, maar laten we ons realiseren hoe bijzonder het contactmoment in de spreekkamer is; er is welhaast geen vorm van kennisoverdracht te bedenken waarbij het niveau van die kennis zo volstrekt verschillend is als dat tussen een arts en een patiënt. Een promovendus die van zijn promotor leert een artikel te schrijven heeft al een forse dosis wetenschappelijke kennis in zijn bagage. De slagersleerling die van de slager leert uitbenen heeft een VMBO-opleiding achter de rug. Maar de patiënt die van zijn arts te horen krijgt psoriasis te hebben, heeft vrijwel nul idee over de epidermis, immuunsysteem en celgroeimechanismen. Bij de *shared decision making* over de behandeling staat deze patient al met 5-o achter, laat staan over het vaststellen van een behandeldoel.

Echt waar, er was ooit een collega dermatoloog die zijn vaste repertoire aan receptuur voorzag van nummers. Na inspectie van de huid kreeg de assistente de opdracht om recept 5 of recept 7 uit te delen en werd de patiënt de uitgang gewezen. Internet om zelf de diagnose op te zoeken bestond nog niet. Gelukkig is er veel veranderd en vindt behandeling momenteel niet langer plaats aan de patiënt, maar in samenspraak met de patiënt. Ofschoon dit in de spreekkamer soms een uitdaging blijft. Zou u weerstand kunnen bieden aan de moeder (en aan de verwijzing uit de eerste lijn) om de wrat met stikstof te behandelen? Of aan de tegenstrijdigheid om een uitgebreide vitiligo met UVB te behandelen, wetend dat de enige functiestoornis in de vitiligohuid juist het verlies van bescherming tegen datzelfde UVB is? Het doen van een dermatologisch spreekuur blijft topsport, het dermatologisch (behandel)doel bewaken een uitdaging.

LITERATUUR

1. Van den Berg JH. Medische macht en medische ethiek. Callenbach, Nijkerk 1969.
2. Meulenberg F, De Beaufort ID, Geelen-Korenberg K, Dreesens D. Dermatologie, ethiek en richtlijnen: een driehoeksrelatie. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2022;52(6):16-20.

CORRESPONDENTIEADRES

Rob Beljaards

E-mail: r.beljaards@nvdv.nl

Dermatoloog en hoofdredacteur NTvDV