



Ter voorlopige afronding

R.C. Beljaards

Geert Mak schreef in het boek *De eeuw van mijn vader* hoe de wereld in honderd jaar tijd is veranderd. Ten tijde van dit voorwoord ben ik precies 35 jaar dermatoloog. De omwenteling in de zorg lijkt minstens zo spectaculair als in de honderd jaar buitenwereld van onze voorouders.

PAPIEREN VERLEDEN

In die dagen, toen ik begon als jong dermatoloog, was verslaglegging toevertrouwd aan papieren dossiers. De handgeschreven teksten die in de papieren status terecht kwamen, waren korter en bondiger dan tegenwoordig gebeurt in het elektronisch dossier: “gaat beter, iter” is een klassieke zinsnede. Vanwege de papieren dossiers was de belangrijkste functie van de doktersassistenten toentertijd niet zozeer het spreekuur begeleiden, maar het spreekuur voorbereiden. 's Ochtends lichtten zij de kartonnen statussen van alle patiënten van het spreekuur van die dag uit de meterslange schappen, lab en histologie uitslagen (uiteraard ook op papier) gingen in de status, en 's avonds verdwenen al die statussen weer in de vele meterslange rijen kasten. Dankzij het ingenieuze systeem van de gekleurde stickers op de rug van de statussen, coderend voor de geboortedatum van de patiënt, vonden ze netjes hun eigen vaste plekje. Dit monnikenwerk vergde elke week vele uren fte doktersassistenten. En was een status per ongeluk verkeerd teruggezet tussen de vele honderden, dan kon het uren duren om die ontbrekende status terug te vinden. Aan het einde van de dag was het spreekuur weliswaar klaar, maar moesten van alle patiënten huisartsenbrieven en ontslagbrieven ingesproken worden in de dictafoon. De medisch secretaresse liep één op één in fte met de dermatoloog want het omvatte een dagtaak om al die brieven uit te typen, te laten ondertekenen en af te handelen.

MONOMORFE SPREEKKAMER

Na het spreekuur volgde het visite lopen. Immers, ieder zichzelf respecterend dermatoloog had minstens enkele klinische bedden tot zijn/haar beschikking. Vaak waren deze ondergebracht op de afdeling Interne Geneeskunde. Psoriasis werd klinisch met cignoline of teer behandeld, atopisch eczeem met zinkzalf of eerste en tweede generatie dermatosteroiden, en zelfs allergologisch onderzoek was in den beginne een diagnosticum dat overnachting in een bed behoeft. Het geautomatiseerde diagnose-registratiesysteem bestond nog niet. De betere praktijken bedienden zich van een kaartenbak met op dermatosen gerangschikte patiënten. In een tweede kaartenbak bevonden zich patiënten die vanwege huidmaligniteiten (“rode hoek”) of vanwege een SOA (“groene hoek”) periodiek opgeroepen moesten worden. Van privacygevoelige informatie had nog niemand gehoord.



De dermatologische tijdsgeest uit 1987, met van links naar rechts: Ruud Prevoo, Rob Beljaards, Frank Bruins, Udo Rijlaarsdam en Tom Stoof (fotograaf: onbekend)

De DBC was een afkorting die nog niet was bedacht. Patiënten waren financieel-technisch gerangschikt in twee smaken: ziekenfonds of particulier, en kregen – afhankelijk van de lengte van de zorgvraag – een korte of een lange kaart. Verrichtingen werden hieraan handmatig toegevoegd, iedere dermatoloog kende de codes zoals 8911 of 9063 uit het hoofd.

Dan de inrichting: een polikliniek dermatologie bestond slechts uit één of twee monomorfe spreekkamers, met een bureau waarop het receptenblok lag. Het onderzoeksdeel werd daarvan afgeschermd door een gordijn. Er waren praktijken met spreekkamers waar de patiënten, binnengezet door de assistente, op een bordje konden lezen “u wordt verwacht het aangedane huidoppervlak alvast te ontbloten”. Geopereerd werd er niet tot nauwelijks en moest voor zover dit al aan de orde was, geheel tegen het zere been van de chirurgen - die zich afvroegen wat een dermatoloog met een scalpel moest - plaatsvinden op het poliklinische OK complex van het ziekenhuis. Pas later ontstond het concept van ‘operationele polikliniek’, waarbij spreekkamers, behandelkamers en een operatiekamer werden verenigd in één dermatologische polikliniek unit.

Dermatoloog en hoofdredacteur NTvDV

TOURNEDOS

Lichttherapie omvatte die dagen nog geen narrow band UVB, maar slechts PUVA. Orale psoralenen in combinatie met UV-A licht had grote impact op patiënten; een zonnebril was obligaat op de dag van behandeling, alsmede het de hele dag in het donker binnenshuis bivakkeren. Behandeling vond plaats in staande positie, maar vaak werden patiënten ook liggend belicht, conform de tournedos in de braadpan: eerst de voorzijde, daarna de achterzijde.

In sommige praktijken stond een röntgencontactapparaat (50 kV). Meestal waren het oude afdankers van de afdeling radiotherapie, het apparaat in onze praktijk was althans al door de wielen gezakt maar functioneerde. Indicaties varieerden van wratten tot basaalcelcarcinomen, de indicaties en techniek werden nauwgezet bewaakt door de toenmalige werkgroep radiotherapie van onze vereniging. De dermatoscoop bestond nog niet, laat staan de kleuren echo-duplex. Het pulserend gebonk en het gesuis van de analoge Doppler door de muren van de spreekkamer heen gaf aan dat de dermatoloog bezig was met een flebologisch onderzoek. Alle flebologische behandelingen werden toentertijd nog vergoed en dermatologen scleroseerden volop. Uiteraard met vloeistof, het concept van schuim had nog niemand bedacht. Er was volop magistrale receptuur, geklad in schriftjes en boekjes die tijdens de opleiding door arts-assistenten van de één op de ander overgingen. Omdat er nog geen internet was en dus geen huidziekten.nl (veel dank aan Jan Mekkes!) was het opschrijfboekje een kostbaar bezit. Houtteer en zwavel voor seborrhoïsch eczeem, kaliumjodide in een soort dropwater voor erythema nodosum, resorcinol, zwavel en salicylzuur voor uitgebreide acne, afhankelijk van de supervisor in wisselende percentages (3-5-7-10%). De apotheek volgde de verzoeken uit het kookboek van de dermatoloog graag op en bereidde naar hartenlust. Uiteraard waren deze recepten nog handgeschreven op A5-formaat papier en de patiënt droeg de pennenkrabbels fysiek over aan de stadsapotheker.

MOBILITEIT

De meeste patiënten keken je bij het binnen schrijden van de spreekkamer verwachtingsvol aan, want aandacht vragende mobiele telefoons, laat staan smartphones, bestonden nog niet. Dat gegeven had ook zijn uitwerking in de diensten. Wanneer tijdens de dienst ergens in de binnenstad of op het strand de semafoon afging, moest stante pede een vaste telefoon opgezocht worden. Iedere dermatoloog had de precieze locatie van de telefooncellen in zijn/haar buurt goed op de radar.

Van richtlijnen had nog nooit iemand gehoord. En van visitaties al helemaal niet. Ik kan mij nog goed een introductiebijeenkomst visitatie in het Barbizonhotel te Amsterdam herinneren, waar William Faber als voorzitter van de Kwaliteitsraad voor het eerst het model van visitatie uit de doeken deed, en de zaal volop in oproer kwam "waarom het nou helemaal nodig was dat anderen in de praktijk kwamen kijken".

De nascholing bestond uitsluitend uit de altijd druk bezochte wetenschappelijke vergaderingen van de diverse universitaire centra; de NVED, de SNNDV en de EADV waren nog niet opgericht. Accreditatie was niet nodig en bestond dus nog niet. Dat gold ook voor herregistratie, je was immers dermatoloog tot de dood. In deze tijd van het bewaken van privacy is nauwelijks nog voor te stellen dat de gepresenteerde casuïstiek bijna honderd procent live was. Dermatologen marcheerden in file langs spreekkamers waar de patiënten gereed stonden met hun ontblote lichaamsdelen. Collegae bogen zich aldaar als een knipmes voorover om de huid te kunnen inspecteren en mompelden over het hoofd van de patiënt met elkaar over hoe fraai de efflorescentie wel niet was, daarbij aan de hand genomen door het stencil, als ware het een routebeschrijving door het museum van de aanwezige kunstwerken en rareiteiten.

OVERDRACHT

Als ik het zo opschrijf, lijkt het een enorm verschil, maar het gaat over slechts één werkzaam mensenleven van enkele decennia, en niet over een periode van honderd jaar zoals Geert Mak die duidde. Inmiddels zijn poli's volledig geautomatiseerd, is de AVG alom aanwezig, bestaat de functie van medisch secretaresse niet meer, wordt het EPD gevuld door *Large Language Models* en de therapie bepaald aan de hand van een automatisch gegenereerde individuele richtlijn of leidraad. Zal het hierbij blijven? Maakt u zich geen illusies, gezien de snelle omwentelingstijd: ook de wereld van de nu jonge dermatoloog zal drastisch veranderen. De digitale dermatoloog, artificial intelligence en wearables komen eraan in de spreekkamer, immuuntherapie voor het basaalcelcarcinoom zal zijn intrede doen en chirurgie voor een deel vervangen, targeted therapy en biologicals worden steeds goedkoper en komen meer beschikbaar voor het leeuwendeel van de dermatosen, en de kinderdermatoloog zal steeds vaker worden geflankeerd door een huidarts voor geriatrische dermatosen.

Met dit laatste voorwoord sluit ik na zes jaar mijn taak als hoofdredacteur af, nog net voor het afsluiten van mijn werkzame leven als dermatoloog. Het doorontwikkelen van het tijdschrift is met veel plezier gedaan en de verwachting is dat het tijdschrift, ook onderhevig aan veranderingen en modernisering, mee zal bewegen op de golven van de eeuwig veranderende tijdsgeest. Onder dank voor alle mooie kopij die ik van u heb mogen ontvangen, en uw bereidheid om het tijdschrift steeds weer te lezen, draag ik het hoofdredacteurschap met veel vertrouwen in de toekomst van het blad over aan de nieuwe hoofdredacteur Janine Dickinson.

CORRESPONDENTIEADRES

Rob Beljaards

E-mail: r.beljaards@nvdv.nl