

Recent ontmoette ik Dr. Kees-Peter de Roos in Apeldoorn (Nederland). Dr. de Roos was pas voorzitter van de Nederlandse vereniging voor dermatologie. Als dermatoloog is hij werkzaam in DermaPark (Uden in Nederland) waarover je meer te lezen krijgt in onderstaand interview.



Dr. de Roos

[Wat de overheid hoopt is dat de beroepsgroep steeds strengere criteria aanlegt, waardoor alleen de 'ziekste' mensen het medicijn krijgen.]

sinds 2012 dient het ziekenhuis dit geneesmiddel te verstrekken. Daarvoor heeft ieder ziekenhuis een speciaal budget "dure geneesmiddelen". Vanuit dat budget moeten echter ook de biologics voor patiënten met reuma of inflammatoire darmziekten en de dure oncologische geneesmiddelen betaald worden. Er zit dus een tijdelijk slot op de vergoeding. Eigenlijk komt iedereen er voor in aanmerking, maar omdat de budgetten ergens in de loop van het jaar opgaan, ontstaan er aan het eind van het vergoedingsjaar miniwachtlijsten. Wat de overheid hoopt is dat de beroepsgroep steeds strengere criteria aanlegt, waardoor alleen de 'ziekste' mensen het medicijn krijgen. Ik denk dat dat in tijden van schaarste wel een gerechtvaardigd principe is, maar het probleem wordt wel naar de spreekkamer verlegd, want de arts die dan geen budget meer heeft, voelt zich schuldig en dat levert geen gezonde arts-patiënt relatie op. Daar ligt wel een taak voor de Nederlandse dermatoloog: scherpere indicaties in richtlijnen, maar dan wel op een manier dat dit binnen alle specialisten enigszins op dezelfde manier gaat.

Je werkt in een dermatocentrum. Is dat vergelijkbaar met een psoriasisdagcentrum? Behandelen jullie alle dermatologische ziektes?

Ik werk in een zogenaamd zelfstandigbehandelcentrum ook wel ZBC. Je kunt dat het best vergelijken met een polikliniek dermatologie buiten

Wat is precies je nieuwe functie binnen de Nederlandse dermatologenvereniging?

Sinds november 2014 ben ik voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

Hoe zit het Nederlands systeem van voorschrijven van biologics in elkaar?

Biologics zijn zeer effectieve maar ook zeer dure geneesmiddelen. Vandaar dat deze in Nederland pas worden voorgeschreven wanneer de 'reguliere' geneesmiddelen (methotrexaat, acitretine, cyclosporine of fumaraten) niet effectief zijn gebleken of zoveel bijwerkingen hebben dat je er wel mee moet stoppen. In het verleden werden deze geneesmiddelen direct vergoed door de zorgverzekeraar, maar

het ziekenhuis. Wij bieden de gehele dermatologische zorg aan, van huidziekten zoals psoriasis en eczeem tot de behandeling van spataders en huidkanker. Wat wij niet hebben zijn klinische opnames. Mensen kunnen dus bij ons niet overnachten. In een psoriasisdagbehandelcentrum verblijven patiënten 5 dagen per week voor intensieve behandeling van hun huidziekte. Met de introductie van de biologics is er minder behoefte aan dagbehandeling. Bovendien heeft de huidige crisis ervoor gezorgd dat patiënten minder vaak hun werk willen verzuimen vanwege het risico op ontslag.

Krijgt de levenskwaliteit van de patiënt met psoriasis voldoende aandacht tijdens de consultaties?

Wat is voldoende? Als dermatoloog probeer je ook de mens achter de huidziekte te bereiken door tijd en aandacht te

[Wij weten uit wetenschappelijk onderzoek dat de impact die psoriasis heeft op het leven enigszins vergelijkbaar is met die van patiënten na een hartinfarct. Goede informatie en uitleg over verschillende behandelingsmogelijkheden zijn daarom van groot belang voor de keuzes die gemaakt moeten worden.]

geven. Wij weten uit wetenschappelijk onderzoek dat de impact die psoriasis heeft op het leven enigszins vergelijkbaar is met die van patiënten na een hartinfarct. Goede informatie en uitleg over verschillende behandelingsmogelijkheden zijn daarom van groot belang voor de keuzes die gemaakt moeten worden. Welke behandeling past het best bij mij? Wil ik kinderen die de ziekte eventueel ook kunnen krijgen? Moet ik in deze stressvolle baan blijven werken? Daarom verwijzen wij naar onze folders en websites, maar ook op het bestaan van patiëntenverenigingen. Door te verwijzen naar zogenaamde lotgenoten kunnen patiënten op een ander, persoonlijker vlak met hen praten over hun huidziekte. Dat helpt, want het gaat bij chronische huidziekten voor een groot deel ook over acceptatie. Wij kennen veel ziekten die mensen beperken in het sociaal verkeer: hyperhidrosis, alopecia, hidradenitis, acne, enz. Uiteindelijk worden zij pas een stuk gelukkiger (= meer kwaliteit van leven) als zij de aandoening echt een zodanige plek hebben kunnen geven als die hun sociale rol niet meer in de weg staat.

[Doorgaans zie je na 6-8 weken het maximale effect hiervan optreden.]

Welke zijn de belangrijkste klachten van mensen met psoriasis in je praktijk? Kan je daar iets effectiefs aandoen?

Belangrijkste klacht is toch wel de schilfering die bij psoriasis optreedt. In mindere mate jeuk of pijn. Hoewel je daar toch vaak wel naar moet vragen is schaamte eveneens een veelvuldig voorkomend probleem dat niet spontaan gemeld wordt. Doorgaans beginnen wij met combinatie preparaten die vitamine D en corticosteroïden bevatten. Dat is gemakkelijk omdat men het slechts eenmaal daags hoeft te smeren, waardoor het beter en nauwkeuriger te gebruiken is. Doorgaans zie je na 6-8 weken het maximale effect hiervan optreden. Maar het is vooral het individuele behandelplan dat je met iedere patiënt opstelt en waar nodig, aanpast dat het belang van dermatologische zorg kenmerkt.

Zijn in het algemeen mensen met psoriasis voldoende op de hoogte van hun ziekte?

Het internet is niet meer weg te denken uit onze maatschappij. Het is dan ook logisch dat mensen op zoek gaan naar een oplossing voor hun huidprobleem. Wanneer er nog geen diagnose gesteld is kunnen patiënten op de meest vreemde sites terecht komen en behoorlijk ongerust worden. Internet is een goede maar soms moeilijk te relativieren bron van informatie. Je kunt er gemakkelijk van alles en nog wat over jouw aandoening vinden, maar er staat ook veel onzin op. Het probleem bij iedere chronische aandoening is dat er geen eenvoudige oplossing bestaat. Goede coaching is daarbij van groot belang.

Welke zijn je ervaringen met fumaarzuur?

Fumaarzuur bestaat al vele jaren. Sinds het begin van de jaren 60 van de vorige eeuw werd het toegepast bij psoriasis. Met de komst van andere, nieuwere middelen is fumaarzuur een beetje op de achtergrond geraakt. Vooral ook omdat er geen farmaceutische industrie het middel op de markt brengt. In Nederland zijn er twee apotheken die het middel leveren.

Het proefschrift van collega dr. Bing Thio uit 1999 heeft daar toch wel verandering in gebracht. Hij toonde niet alleen de effectiviteit van het middel opnieuw aan, maar hij liet ook zien dat het middel goed verdragen wordt en veilig kan worden toegepast. Ik heb het leren kennen als een voor patiënten prettig en goed te verdragen middel met relatief weinig bijwerkingen.

[Hij toonde niet alleen de effectiviteit van het middel opnieuw aan, maar hij liet ook zien dat het middel goed verdragen wordt en veilig kan worden toegepast.]