

Naar HUIDig inzicht

Oratie prof.dr. R. Hoekzema
VU University Medical Center
21 december 2012

Naar HUIDig inzicht

21 december 2012

(1^e gedeelte van dubbeloratie met dr. M.A. de Rie, UvA)

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Decanen en leden van de Raden van Bestuur van VUmc en AMC,
Hoogleraren van de Vrije Universiteit, de Universiteit van Amsterdam en zusterfaculteiten,
Collega's en studenten,
Familieleden en vrienden,
Dames en heren,*

EEN UNIEKE GEBEURTENIS

Op 14 oktober van dit jaar dook de Oostenrijkse waaghals Felix Baumgartner van 39 km hoogte naar de aarde, de hoogste parachutesprong ooit. De uitdaging die mijn collega Menno de Rie en ik zijn aangegaan door samen twee academische afdelingen dermatologie te besturen heeft minder publiciteit opgeleverd, maar voelt wel degelijk als een sprong in het diepe. En is op zich niet minder uniek. Wij hebben geen aanwijzingen dat eerder een dubbeloratie is uitgesproken door twee hoogleraren in hetzelfde medisch specialisme, benoemd aan twee universiteiten en samen aan het roer van twee academische vakgroepen. Dicht in de buurt komt de dubbeloratie op 12 mei 1989, in deze zelfde aula, van de hoogleraren Starink en Willemze. Samen gaven zij tot het jaar 2000 leiding aan de afdeling dermatologie van VUmc, de één als afdelingshoofd met patiëntenzorg, opleiding en onderwijs als speerpunten, de ander verantwoordelijk voor het wetenschappelijk onderzoek. Uiteraard hanteerden beide hoogleraren geen strikte scheiding van deze taakomschrijving. De titel van hun dubbelrede '*de huid samen bekeken*' was geen loze kreet, maar kreeg in de daaropvolgende jaren bijzondere betekenis dankzij hun goede samenwerking.¹

Anders dan in 1989 ontvingen collega De Rie en ik onze opdracht als leidinggevend dermatologisch duo van *twee* raden van bestuur, namens *twee* medische faculteiten. In september vorig jaar tekenden de bestuurders van AMC en VUmc de intentie tot een samenwerkingsovereenkomst, gebaseerd op een gezamenlijk visiedocument.² Een jaar later zijn de verkenningen voor deze *Alliantie AMC-VUmc* vertaald naar strategische doelen en is het streven om de overeenkomst op 31 maart 2013 te ondertekenen.³ In grote lijnen kent de alliantie een drietal doelstellingen:

1. het creëren van *centers of excellence* voor topreferente zorg, onderzoek en onderwijs;
2. het verhogen van kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de zorg voor complexe aandoeningen;
3. het intensiveren van de samenwerking op het gebied van de acute zorg.

Het einddoel is een *Amsterdamse Academisch Medische Alliantie*, die zich kan meten met de beste universiteitsklinieken van Europa. Om dit te bereiken dient eerst het 'wij-zij denken' aan weerszijden van de Amstel te worden uitgebannen en is het noodzakelijk dat alle betrokkenen elkaars expertise erkennen. Nadat de 'brug van vertrouwen' is gebouwd en stevig genoeg bevonden volgt 'stap twee': de bereidheid om bepaalde onderdelen van zorg, opleiding en onderzoek te lateraliseren en aan één oever van de Amstel te concentreren. Met deze missie in het vizier zijn wij in januari aan de slag gegaan en collega De Rie zal in zijn rede toelichten hoe wij tot nu toe invulling hebben gegeven aan ons eerste jaar als alliantie-koppel '*avant la lettre*'.

HET 'WARE ZIEN'

Dames en heren, als subtitel van mijn rede heb ik gekozen voor 'het ware zien'. De keuze voor de klemtoon is aan u: het ware *zien*, of *het ware* zien, in de dermatologie kan het één niet zonder het ander. Om *het ware* te zien moet men goed kunnen kijken en deze eigenschap is voor de dermatoloog van fundamenteel belang. In de spreekkamer verloopt het dermatologisch consult dan ook anders dan bij andere specialismen: de anamnese, het verhaal van de patiënt over zijn huidkwaal en de diagnostiek, het beoordelen van de huidafwijking vinden vaak tegelijkertijd plaats. Hierdoor bestaat bij sommigen de indruk dat het werk van de dermatoloog in feite neerkomt op 'even kijken'. Regelmatig verschijnen medewerkers van het ziekenhuis aan onze receptie met de vraag of ze tussendoor even een plekje kunnen laten zien. Waar van de internist wordt verwacht dat hij een reeks testen inzet om na zorgvuldige analyse van de resultaten en diep nadenken tot een diagnose te komen, kleeft aan de dermatoloog kennelijk het imago van oppervlakkigheid.

In werkelijkheid is de diagnostiek van huidafwijkingen gecompliceerd. De *International Statistical Classification of Diseases*, de ICD-10, onderscheidt meer dan 1500 verschillende huidziekten.⁴ Wanneer men daar alle mogelijke tumoren van de huid bij optelt bedraagt het totale aantal dermatologische aandoeningen ruim 3000.⁵ Een dermatoloog die zelfs maar 10% van deze 3000 huidziekten met het blote oog kan herkennen zou een briljant clinicus zijn en ik betwijfel of hij of zij bestaat. De wijze waarop onze huid ziekteprocessen kan vertalen naar zichtbare afwijkingen is namelijk beperkt. Zo leidt ontsteking in de huid vaak tot roodheid en schilfering, ongeacht de aard van het onderliggend ziekteproces. De lijst met rode en schilferende huidafwijkingen, of zoals wij ze noemen *erythematosquameuze dermatosen*, is dan ook lang (tabel 1). Vergelijkbare lijsten zijn op te stellen met huidziekten die er uitzien als lichte of donkere vlekken, bultjes of knobbeltjes, blaasjes of blaren, of als afwijkingen gebonden aan haarzakjes. Veel van deze huidafwijkingen lijken op het eerste gezicht sterk op elkaar, niet alleen voor de leek maar ook voor de niet-dermatologisch gespecialiseerde medicus.

Hoe kan een dermatoloog dan ooit met het blote oog *het ware* zien en de juiste diagnose stellen? Allereerst door patroonherkenning. In zijn beroemd geworden proefschrift '*Het denken van den schaker*' liet psycholoog Adriaan de Groot in 1946 zien dat schaakgrootmeesters zich niet van minder goede schakers onderscheiden door rekenkundig inzicht, maar door het vermogen tot snelle patroonherkenning.⁶ Na circa 5 seconden kijken naar een opstelling uit een schaakpartij waren alleen grootmeesters in staat om het bekeken patroon nauwkeurig 'uit het blote hoofd' te reproduceren. Werden de schaakstukken willekeurig op het bord geplaatst, dan verloren de grootmeesters hun extra vermogen tot patroonherkenning. Een sterk ontwikkeld visueel inzicht, het vermogen om in één oogopslag patronen te herkennen, is ook voor de dermatoloog van belang. Het zou dan ook interessant zijn om te onderzoeken of goede dermatologen ook goede schakers zijn.

Patroonherkenning in de dermatologie begint met het 'op armlengte' afstand van de patiënt bekijken van de plaats (P), rangschikking (R) en verdeling van de huidafwijkingen over het lichaam en de omvang (O), vorm (V), omtrek (O) en kleur (K) van de afwijkingen. Deze systematische manier van kijken naar de huid werd begin jaren 70 al aan studenten onderwezen in de Blok cursus Dermatologie van de Vrije Universiteit⁷, maar kreeg landelijk bekendheid in het geneeskundeonderwijs dankzij het ezelsbruggetje 'PROVOKE' uit het studieboek *Dermatovenereologie voor de eerste lijn*.⁸ In het

acroniem 'PROVOKE' staat de 'E' voor *efflorescenties*, de elementaire 'bloevormen' waaruit een huidafwijking is opgebouwd en die als laatste worden beoordeeld, op een kijkafstand van 20 cm. De *efflorescentieleer* danken wij aan de Franse dermatoloog Ferdinand-Jean Darier (1856-1938) en vormt een eeuw later nog steeds het fundament van de moderne dermatologische diagnostiek.⁹ Zelf leer ik studenten en arts-assistenten om bij het dermatologisch onderzoek behalve de ogen ook altijd de vingers te gebruiken. Het voelen van huidafwijkingen geeft informatie over de consistentie en dikte in vergelijking met de normale huid, over de ligging ten opzichte van de onder- en bovengelegen structuren en over temperatuur en pijnlijkheid. Bij patroonherkenning in de dermatologie hoort dus ook 'voelen'. Dermatoloog Neil Cox bleek in staat om, gezeten achter een gordijn, bij 14 uit 16 patiënten de juiste diagnose eczeem of psoriasis te stellen, uitsluitend door met zijn vingertoppen de schilfering te beoordelen.^{10,11} Het ontbreken van de mogelijkheid om huidafwijkingen te voelen beschouw ik als een nadeel van teledermatologie, het dermatologisch consult via een beeldscherm.

'NAAR BINNEN' KIJKEN

Patroonherkenning *alleen* is voor het stellen van een dermatologische diagnose meestal niet voldoende. Het is onderdeel van een 'diagnostisch algoritme' en er moet nog een reeks stappen worden doorlopen om tot een zekere diagnose te komen. Daarbij wordt het morfologisch patroon van de huidafwijking gekoppeld aan informatie over de duur en het beloop, bijkomende symptomen, gebruikte medicatie en medische voorgeschiedenis van de patiënt. Desondanks zien wij dagelijks patiënten bij wie de diagnose tijdens het consult onduidelijk blijft. Om *het ware* te zien kunnen we in die gevallen 'naar binnen' kijken, door een huidbiopt af te nemen en in te sturen voor histopathologisch onderzoek. De stappen die de patholoog doorloopt bij het bestuderen van een huidbiopt door de microscoop komen sterk overeen met de eerder besproken systematiek van het lichamelijk onderzoek door de dermatoloog. Net zoals de dermatoloog dat met het blote oog doet, bestudeert de patholoog het microscopisch patroon eerst 'op afstand', bij kleine vergroting. En ook voor de patholoog geldt dat de verscheidenheid aan te herkennen patronen beperkt is. Zo zijn er voor de honderden verschillende ontstekingsprocessen die in de huid kunnen optreden minder dan 10 hoofdgroepen van microscopische reactiepatronen.¹² Nadat de patholoog de hoofdgroep heeft vastgesteld wordt met sterkere vergroting ingezoomd op de details, worden alle bevindingen geïntegreerd en komt de best passende diagnose letterlijk 'in beeld'. De treffende analogie tussen de werkwijze van de dermatoloog en de patholoog bij de diagnostiek van huidafwijkingen wordt al vele jaren door professor Starink onderwezen in het landelijk cursorisch onderwijs voor arts-assistenten dermatologie.

Idealiter zal de patholoog het microscopisch patroon herkennen als passend bij de diagnose, die op grond van het klinisch beeld door de dermatoloog was gesuggereerd. Maar regelmatig is de conclusie uit het pathologieverslag niet goed verenigbaar met de kliniek en dan stagneert de diagnostiek. In een recent gepubliceerd onderzoek bleek dit zelfs te gelden voor 23% van alle pathologieverslagen.¹³ Om in die gevallen alsnog de juiste diagnose te stellen moeten dermatoloog en patholoog samen op zoek naar het verband tussen de zichtbare en microscopische afwijkingen, de zogenaamde '*clinicopathologische correlatie*'. De dermatoloog moet daartoe beschikken over voldoende kennis van de histopathologie en beiden moeten weten hoe microscopische afwijkingen er 'in het groot' aan de huid kunnen uitzien. Komt een dergelijke dialoog tussen dermatoloog en patholoog tot stand dan

gebeurt er iets bijzonders: de diagnostiek bereikt een nieuwe dimensie of, volgens Starink, 'één en één wordt drie'.

Om dit niveau van samenwerking te bereiken is méér nodig dan regelmatig overleg met de patholoog of het bijwonen van pathologiebesprekingen. Dermatologen moeten hiervoor *zelf* de microscopische preparaten van hun huidbiopten mee beoordelen en bij de patholoog achter de microscoop aanschuiven om de discrepanties en vraagstukken te bediscussiëren. In het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit behoorden Woerdeman en Kalsbeek in de jaren 70 tot de eerste dermatologen die hier structureel invulling aan gaven. Vergelijkbare bijzondere samenwerkingsverbanden tussen dermatologen en pathologen ontstonden vervolgens in Leiden rond de huidlymfomen en in Utrecht. Aan de Vrije Universiteit in Amsterdam had hoogleraar dermatologie Van Dijk goed begrepen dat het ook voor zijn afdeling belangrijk was om zijn beste clinicus aan te wijzen als contactpersoon voor de pathologen. Chef de policlinique Theo Starink kreeg deze taak in 1983 toegewezen en ontwikkelde in de decennia daarna een uitzonderlijke expertise in de dermatopathologie. Na zijn benoeming tot hoogleraar en afdelingshoofd richtte hij in 1990 de landelijke werkgroep dermatopathologie op, samen met de hoogleraren Van Vloten en Scheffer. De eerste bijeenkomst van deze werkgroep vond in datzelfde jaar plaats en het was voor mij een eer om enkele jaren later te mogen toetreden.

Ondanks het enthousiasme van de werkgroep dermatopathologie, met Theo Starink en patholoog Lies Jaspars als aanjagers, is het aantal dermatologen dat deelneemt aan de bijeenkomsten nog steeds gering. Buiten de academische centra zijn er in ons land dan ook nauwelijks dermatologen die huidbiopten structureel mee beoordelen. Het is mijn overtuiging dat de dermatologische diagnostiek daarmee tekort wordt gedaan en deze stelling is recent onderbouwd in een Frans onderzoek.¹⁴ Dermatologen en pathologen van de Universiteit van Toulouse lieten daarin zien dat het gezamenlijk beoordelen van diagnostische probleemgevallen in bijna 70% alsnog resulteerde in een diagnose en therapieplan. Bovendien werd dankzij dit overleg in bijna 20% van de gevallen een geheel nieuwe diagnose gesteld, die nog niet eerder was overwogen.

Volgens de meest ervaren dermatologen uit onze werkgroep worden in hun eigen ziekenhuis elke week enkele conclusies in pathologieverslagen herzien, dankzij de door hen ingebrachte expertise. Helaas wordt een dergelijk niveau van 'diagnostische kruisbestuiving' tussen dermatologen en pathologen in de meeste Nederlandse ziekenhuizen niet gehaald en het is mijn overtuiging dat hierdoor honderden patiënten hun diagnose 'mislopen'. Het ontbreken van een duidelijke diagnose is voor weinig patiënten acceptabel en leidt tot een kostenverhogende toename van *second opinions*. Onjuiste diagnoses kunnen resulteren in verkeerde therapeutische interventies en onder- of overbehandeling, met alle gevolgen van dien. Het is niet realistisch om voor elk ziekenhuis te streven naar een team van een dermatoloog en patholoog met bijzondere expertise in de dermatopathologie: ze zijn er eenvoudig niet. Ik heb om die reden al eerder gepleit voor een *landelijk expertisecentrum dermatopathologie*. Dermatologen en pathologen zouden hun diagnostische vraagstukken naar dit instituut kunnen insturen, voorzien van relevante informatie, foto's van de huidafwijking en coupes van de huidbiopten. Iedereen, niet in de laatste plaats de zorgverzekeraar, zou moeten begrijpen dat een dergelijk *center of excellence* overbodige verwijzingen, overdiagnostiek en onnodige of onjuiste behandeling voorkomt. Voor de Amsterdamse Alliantie ligt

hier een gouden kans: de benodigde specialisten zijn al in huis en de potentiële *spin-off* voor de opleidingen dermatologie, pathologie en voor wetenschappelijk onderzoek is evident.

Geachte toehoorders, dermatologie gaat over 'zien' en over 'van buiten naar binnen kijken'. Een ander onderdeel van ons vak waarop dit van toepassing is, is de allergologie. Allergie, gedefinieerd als overgevoeligheidsreactie van het immuunsysteem op doorgaans onschadelijke stoffen van buiten, zit 'van binnen'. Maar de testen waarmee we allergie aantonen worden aan de buitenkant verricht, *op* of *in* de huid. Ook hier wordt de diagnose gesteld door 'van buiten naar binnen' te kijken en onze onderafdeling dermato-allergologie & arbeidsdermatologie VUmc excelleert hierin al vele jaren. De landelijke en internationale erkenning als expertisecentrum kwam de afgelopen decennia in de eerste plaats tot stand dankzij professor Derk Bruijnzeel, die in 1992 werd benoemd tot bijzonder hoogleraar vanwege de Stichting Milieu- en Arbeidsdermatologie. Na zijn emeritaat in 2008 werd zijn rol op overtuigende wijze overgenomen door dr. Thomas Rustemeyer, die nu wordt beschouwd als de autoriteit op dit gebied en een succesvolle onderzoekslijn aanstuurt. Het besluit van collega De Rie en mij om de dermato-allergologische zorg, inclusief de opleidingsstage, per 1 oktober van dit jaar te concentreren in VUmc zal niemand hebben verbaasd. Spoedige herbezetting van de eerder genoemde leerstoel dient in dit kader een duidelijk strategisch belang voor onze afdeling, voor VUmc en voor de Alliantie. Datzelfde geldt voor de noodzakelijke uitbreiding van het beschikbare zorgbudget voor dit onderdeel. De wachttijd voor allergietesten in onze afdeling bedraagt op dit moment meer dan 4 maanden. Steeds meer huisartsen, bedrijfsartsen, dermatologen en andere specialisten verwijzen hun patiënten naar onze polikliniek voor allergologische diagnostiek. Hoewel 'Groot-Amsterdam' 1.5 miljoen inwoners heeft en de incidentie van allergie blijft stijgen, telt onze regio maar enkele praktijken allergologie. Zonder uitbreiding van het budget voor dit deelspecialisme dreigt voor onze afdeling komend jaar het spreekwoordelijke 'ten ondergaan aan het eigen succes'.

Dames en heren, de benoeming van professor Sue Gibbs tot hoogleraar *Skin and Mucosa Regenerative Medicine* aan VUmc en Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, ACTA, was dit jaar een hoogtepunt en onderstreept het belang van haar succesvolle onderzoekslijn naar wondgenezing. Dat haar relatie en die van onze afdeling met ACTA nu is bestendigd door een gecombineerde leerstoel past uitstekend in de plannen voor een campus-breed expertisecentrum voor *translationele regeneratieve geneeskunde*, onderzoek naar weefselherstel '*from bench to bedside*'. Het belang van translationeel onderzoek in de dermatologie komt straks uitgebreid aan bod in de rede van collega De Rie. Voor wondgenezing geldt dat er door andere universitaire afdelingen dermatologie in ons land nauwelijks onderzoek aan wordt gedaan. Terwijl dermatologen als gevolg van de vergrijzing steeds meer chronische wonden zullen tegenkomen en door de epidemie van huidkanker steeds meer wonden in de huid zullen moeten aanbrengen. Dankzij de door collega Gibbs en medewerkers ontwikkelde methode om equivalenten van menselijke huid te kweken beschikken we over een uniek in-vitro model, waarmee het complexe proces van wondgenezing bestudeerd kan worden. Waarom genezen wonden aan het slijmvlies in de mond doorgaans moeiteloos en zonder littekens, terwijl wonden aan de huid soms slecht genezen of grote littekens achterlaten? Hopelijk brengt het onderzoek van professor Gibbs vanuit onze afdeling en ACTA het antwoord op deze vraag dichterbij. Ook bieden haar huidkweken interessante perspectieven voor onze andere onderzoekslijnen op het gebied van allergie, immunologie en pigmentcelpathologie en kunnen zij therapeutisch worden ingezet bij patiënten met chronische wonden.¹⁵

EEN BLIK OP DE OPLEIDING EN DE TOEKOMST

Ter afsluiting richt ik mijn blik graag op de opleiding en de toekomst. Het specialisme dermatologie is de afgelopen decennia sterk veranderd en dat vindt zijn weerslag in de opleiding. De tijd dat onze praktijkvoering vooral bestond uit het uitschrijven van recepten voor zalven en schudfels ligt echt achter ons. Dermatologie is al lang geen beschouwend specialisme meer. Door de explosieve groei van het aantal gevallen van huidkanker is de druk op onze verrichtingspreekuren enorm toegenomen. Ook het palet van behandelmethoden is sterk uitgebreid. Er komen steeds meer en betere dermatologische lasers en technieken als fotodynamische therapie, duplexgeleide schuimsclerose en endovasculaire ablatie bij spataderen zijn voor de jongste generatie dermatologen onderdeel van de dagelijkse praktijkvoering. Dermatologie is hierdoor een veelzijdiger en dynamischer specialisme geworden, aantrekkelijk voor doeners maar misschien iets minder voor denkers. De klinische diagnostiek van huidziekten en de begeleiding van patiënten met een chronische huidaandoening zou door de dermatoloog 'nieuwe stijl' wel eens als *te* beschouwend en 'saai' gezien kunnen worden. Als bovendien de opleidingsduur voor medisch specialisten met één tot twee jaar wordt verkort, zoals aangekondigd in het regeerakkoord van het kabinet Rutte II, zal dit voor de dermatologie onvermijdelijk ten koste gaan van het opleiden in de klinische diagnostiek.¹⁶ De Orde van Medisch Specialisten voorspelt in dat geval een toekomstige generatie van 'minimumspecialisten'.¹⁷ Niet-volwaardig opgeleide dermatologen, 'minimumdermatologen' zo u wilt, zullen nog vaker dan nu al het geval is kiezen voor het werken in zelfstandige behandelcentra buiten het ziekenhuis, gericht op laag-complexe zorg. Patiënten die diagnostisch of therapeutisch ingewikkeld zijn, of die vanwege een chronische huidziekte langdurige begeleiding nodig hebben, zullen zij *linea recta* doorverwijzen naar de academische centra. De daardoor oplopende wachttijden voor onze spreekuren zijn niet eens ons grootste probleem. Het *echte* knelpunt is het gegeven dat de zorg voor deze patiënten zelden kostendekkend is en daarmee onverenigbaar met de aanzienlijke financiële taakstellingen, die ons als academische afdelingshoofden worden opgelegd. Snijden in de opleiding tot medisch specialist en denken zo te kunnen bezuinigen op de kosten van de gezondheidszorg getuigt van grote onnozelheid. Laten we daarom hopen dat ook deze regering tijdig *het ware* ziet.

Geachte toehoorders, ik wil deze openbare les graag afsluiten met enkele woorden van dank. Het College van Bestuur van de Vrije Universiteit, de leden van de Raad van Bestuur van VUmc en decaan professor Stalman bedank ik voor het vertrouwen dat zij in mij hebben uitgesproken door mij te benoemen. In één adem wil ik daarbij de voorzitter van de Raad van Bestuur en decaan van het AMC noemen, professor Levi. Hooggeleerde heren, door Menno de Rie en mij te benoemen met de opdracht om samen beide vakgroepen dermatologie te integreren bent u een uniek experiment gestart. De resultaten na een jaar zijn wellicht een aanmoediging voor andere samenwerkende afdelingen om dit besturingsmodel te overwegen.

Mijn 'maat' professor Menno de Rie wil ik bedanken voor onze 30 jaar lange vriendschap en voor zijn vertrouwen in onze samenwerking. Menno, wij gaan het samen redden, maar we zullen moeten leren leven met de bijnamen die voor ons in beide academische centra circuleren, zoals 'Snip & Snap', 'Bassie & Adriaan' en 'de Mounties'.

Allen die aan mijn medische en wetenschappelijke vorming hebben bijgedragen wil ik daarvoor van harte bedanken. In mijn jaren als immunologisch onderzoeker waren dat vooral de professoren Erik

Hack, Lucien Aarden en Rob Aalberse van het CLB -tegenwoordig Sanquin- en Aize Kijlstra van het Interuniversitair Oogheelkundig Instituut. Hooggeleerde heren, dank voor de wetenschappelijke bagage en voor de onvergetelijke jaren in het lab.

Hooggeleerde Jan Bos, mijn opleider in de dermatologie en voorganger als afdelingshoofd in het AMC, jou dank ik voor je onvoorwaardelijke steun over de jaren, voor je rol bij mijn terugkeer naar Amsterdam en voor je wijze raad op cruciale momenten. Ik ben benieuwd naar de boeken die je momenteel aan het schrijven bent. Topdermatologen Hendrik-Jan Hulsebosch, Henk Sillevius Smitt en William Faber, jullie waren mijn belangrijkste leermeesters tijdens mijn opleiding en als ik een goed clinicus ben geworden, dan is dat vooral dankzij jullie.

Als 'niet-meer-zo-jonge klare' dermatoloog vertrok ik naar Maastricht. Hooggeleerde Martino Neumann, jou wil ik bedanken voor de vele nascholingsmomenten in die periode en voor je begrip, toen bleek dat men een geboren Amsterdammer niet zomaar kan laten wortelen in Limburgse klei.

Terug in Amsterdam kreeg ik in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis de kans om mij als unitvoorzitter en opleider te ontwikkelen. Ik ben de raad van bestuur daarvoor zeer dankbaar, in het bijzonder Douwe Hemrika en Emile Lohman. Met een gerust hart kon ik de vakgroep dermatologie in het OLVG -vandaag precies een jaar geleden- achterlaten in de betrouwbare handen van Irina Cairo, Leonie Meijerink, Chantal van Delft en hun team.

Hooggeleerde Theo Starink, mijn voorganger als afdelingshoofd in VUmc, jou wil ik bedanken voor de uitstekende afdeling die je aan mij hebt overgedragen en voor de besmetting met het 'dermatopathologie-virus' vele jaren eerder, de meest plezierige infectie die ik ooit heb opgelopen. Het virus heb ik op slinkse wijze overgedragen aan een jongere uitvoering van jou en ik hoop nog lang met twee Starinks aan de microscoop te kunnen zitten.

Gelukkig kan mijn moeder deze heugelijke dag meemaken. Niet iedereen weet dat zij nog steeds werkzaam is in VUmc, als gastvrouw en tentamen surveillant. Ma, bedankt voor het warme nest aan de Jachthavenweg en voor het doorzettingsvermogen, dat ik van je meekreeg.

Lieve Iet, Renée en Taco, bedankt voor jullie geduld en begrip, als ik thuis doorwerk aan zaken, waar ik overdag niet aan toekom. Ik beloof dat ik beterschap zal blijven beloven, zoals elke week. En Iet, laten we vooral samen blijven optrekken, want zonder jou wordt deze gorilla een zielig dwergaapje.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES

1. Willemze R, Starink Th M. De huid samen bekeken. Dubbelrede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de huid- en geslachtsziekten aan de Faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam, 1989
2. Alliantie AMC-VUmc: Intentieverklaring | Visiedocument. 14 september 2011
3. Alliantie AMC-VUmc (Plan van Aanpak Analysefase): Van intentieverklaring & verkenningen naar samenwerkingsovereenkomst. Oktober 2012
4. ICD-10, World Health Organization, Genève, 2006
5. www.aad.org
6. A.D. de Groot. Het denken van den schaker. Proefschrift, Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij 1946
7. Syllabus Blok cursus Dermatologie, Vrije Universiteit Amsterdam, 1975-1976
8. Van Everdingen JJE, Sillevius Smitt JH. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. 1^e druk, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij bv, Alphen a/d Rijn, 1981
9. J. Darier. Précis de dermatologie. Premier édition. Collection de précis médicaux, Masson et Cie éditeurs, Paris 1909
10. Cox NH. Palpation of the skin – an important issue. J Roy Soc Med 2006;99:598-600
11. Cox NH. A literally blinded trial of palpation in dermatologic diagnosis. J Am Acad Dermatol 2007;56:949-51
12. Ackerman BA, Chongchitnant N, Sanchez J, Guo Y, Bennin B, Reichel M, et al, editors. Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases: an algorithmic method based on pattern analysis. Baltimore, MD: Williams and Wilkins; 1997
13. Aslan C, Göktay F, Mansur AT, et al. Clinicopathological consistency in skin disorders: a retrospective study of 3949 pathological reports. J Am Acad Dermatol 2012;66:393-400
14. Gardinal-Galera I, Bulai Livideanu C, Lamant L, et al. Joint clinical and pathological review meetings improve patient care: a prospective evaluation in dermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol 2011;25:928-932
15. www.A-skin.nl
16. www.rijksoverheid.nl/regering/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord.html
17. Engelsman-Theelen W, Dörr J. Korte opleiding geeft minimumspecialisten. Medisch Contact 2012;67(42):2332-2333