



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Op de huid

Inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie

J. Hansen
S. Schepman

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-983-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2009 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Achtergrond	11
1.2 Ontwikkelingen in zorgvraag	12
1.3 Ontwikkelingen in zorgaanbod en marktgebied	14
1.4 Leeswijzer	15
2 Onderzoeksmethode en gegevensverzameling	17
2.1 Registratiegegevens	17
2.2 Vragenlijstonderzoek	18
2.3 Respons en representativiteit	19
3 Huidige en potentiële zorgvraag via huisartsenregistraties	21
3.1 Aandoeningen waarbij naar de huidtherapeut wordt verwezen	21
3.2 Aandoeningen waarbij niet naar de huidtherapeut wordt verwezen	23
3.3 Totale zorgvraag, inclusief niet-verwijzingen	24
3.4 Verschillen tussen huisartspraktijken	25
3.5 Samenvatting	28
4 Relatie huidtherapeut met verwijzers	29
4.1 Huidige bekendheid met huidtherapeuten	29
4.2 Oordelen over en ervaringen met de werkzaamheden van huidtherapeuten	30
4.3 Verwijsgedrag naar huidtherapeuten en tevredenheid hiermee	31
4.4 Toekomstige inzet van huidtherapeuten	33
4.5 Huidige en toekomstige domein van de huidtherapeut	35
4.6 Samenvatting	38
5 Arbeidsmarktpositie huidtherapeuten	41
5.1 Spreiding van de populatie huidtherapeuten in Nederland	41
5.2 Samenstelling onderzoeksgroep vragenlijsten	45
5.3 Zoekgedrag van niet-werkzame en werkzame huidtherapeuten	46
5.4 De arbeidssituatie van werkzame huidtherapeuten	46
5.5 Patiëntgebonden activiteiten en herkomst van patiënten	50
5.6 Ondernomen marktactiviteiten	52
5.7 Succesvolle praktijken	54
5.8 Samenvatting	57

6 Toekomstontwikkelingen en slotbeschouwing	59
6.1 Toekomstontwikkelingen	59
6.1.1 Verwijspatronen vanuit huisartsen op basis van LINH-gegevens	59
6.1.2 Verwijspatronen vanuit huisartsen en specialisten op basis van enquêtegegevens	61
6.1.3 Aanbodontwikkelingen van huidtherapeuten zelf op basis van enquêtegegevens	63
6.1.4 Prognose van het aantal werkzame huidtherapeuten in de toekomst	64
6.2 Slotbeschouwing	66
Literatuur	71
Bijlage I: Aanvullende tabellen hoofdstuk 3	73
Bijlage II: Aanvullende tabellen hoofdstuk 4	75
Bijlage III: Aanvullende tabellen hoofdstuk 5	77

Voorwoord

Dit onderzoek is verricht in opdracht van de Hogeschool Utrecht (HU). De uitvoering ervan is begeleid door de heer F. Posthumus, Opleidingsmanager huidtherapie van de Hogeschool Utrecht en mevrouw Y. Born, praktiserend huidtherapeut en ten tijde van het onderzoek lid van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten. Wij zijn hen zeer erkentelijk voor hun adviezen bij de totstandkoming van dit onderzoek.

Utrecht, oktober 2009

Samenvatting

In deze rapportage wordt een beeld gegeven van de positie van de huidtherapie in de gezondheidszorg anno 2009. Hierbij staat de vraag centraal wat het huidige en potentiële marktgebied is van huidtherapeuten in Nederland, en hoe dit marktaandeel momenteel wordt aangeboord door praktiserende huidtherapeuten. Huidtherapie is immers een relatief jong beroep dat qua groeiontwikkeling een inzichtelijk beeld geeft in de opkomst en positionering van nieuwe beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg.

In hoofdstuk 1 worden de hoofdvragen van dit rapport beschreven, gevolgd door een uitleg van de ondernomen onderzoeksactiviteiten in hoofdstuk 2. Zo zijn registratiegegevens van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) gebruikt en zijn enquêtes verzonden naar drie groepen verwijzers, te weten huisartsen, dermatologen en plastisch chirurgen. Ook zijn alle huidtherapeuten aangeschreven die in begin 2008 de voltijds HBO-opleiding huidtherapie hebben voltooid aan de Hogeschool Utrecht. Deze groep is aangevuld met een steekproef van langer werkzame huidtherapeuten, om zo een beeld te geven van verschillen in praktijkvoering en marktactiviteiten.

In hoofdstuk 3 wordt aan de hand van huisartsenregistratiegegevens een overzicht gegeven van aantallen en typen aandoeningen waarvoor patiënten verwezen (kunnen) worden naar een huidtherapeut, mede in vergelijking tot andere beroepsgroepen. Dit geeft een kwantificeerbaar beeld van de huidige en potentiële zorgvraag. Binnen de deelnemende LINH-praktijken is het aantal nieuwe verwijzingen richting huidtherapeut vooralsnog laag. In drie jaar tijd is door ruim 100 huisartspraktijken in totaal 93 keer een nieuwe patiënt naar de huidtherapeut verwezen. Patiënten worden bij huidaandoeningen vooral naar de dermatoloog verwezen. Van alle gestelde diagnoses behandelt de huisarts zelf het grootste aandeel: 86% blijft bij de huisarts en 14% wordt verwezen. Daarnaast zijn er verschillen in verwijzgedrag tussen deelnemende huisartspraktijken: solopraktijken en praktijken dichterbij een huidtherapeut verwijzen iets vaker. Mogelijk hebben andere praktijken hun zorgaanbod op een andere manier georganiseerd, bijvoorbeeld door bepaalde verrichtingen zelf uit te voeren of door middel van een andere eerstelijns-aanbieder binnen dezelfde locatie. Er is dus een grote groeipotentie als meer huisartsen besluiten richting huidtherapeut te verwijzen.

De precieze belemmeringen om te verwijzen worden besproken in hoofdstuk 4. De enquête onder verwijzers laat onder meer zien dat de relatie van huidtherapeuten met dermatologen en plastisch chirurgen al verder ontwikkeld is dan met huisartsen. Een deel van de specialisten werkt al met huidtherapeuten in het ziekenhuis of verwacht hen op termijn in dienst te gaan nemen. Ook ziet meer dan 80% van de specialisten duidelijk meerwaarde voor de huidtherapie. Onder huisartsen is deze bekendheid en waardering lager, deels omdat men huidtherapeuten minder vaak persoonlijk kent. Wel hebben huisartsen hiertoe ook minder mogelijkheden, aangezien ze in het hele land gevestigd zijn, inclusief binnen kleinere gemeenten. Dit verschil tussen verwijzers is ook zichtbaar in het feitelijk verwijzgedrag: 81% van de dermatologen en 75% van de plastisch chirurgen heeft vijf keer of vaker naar een huidtherapeut verwezen, vergeleken met 43% onder de geënuquêteerde huisartsen. Ook zeggen vooral huisartsen (25% versus 3% en 14% voor de beide andere groepen) dat ze nog nooit naar de huidtherapeut verwezen

hebben. Met een minderheid van de verwijzers heeft de huidtherapeut blijkbaar nog geen verwijsrelatie opgebouwd. Voor de toekomst lijkt het grootste groeipotentieel voor de huidtherapie te liggen bij artsen die al bekend zijn met het vakgebied en al eens verwezen hebben. Artsen die onbekend zijn met het vakgebied lijken juist vaker bepaalde randvoorwaarden te missen. Het gaat dan onder meer om een groei van de eigen werkbelasting, maar ook om de wens tot meer bekendheid met het werk en protocolgebruik door de huidtherapeut. Deze bekendheid kan mede worden vergroot door in te zetten op de aandoeningen waar verwijzers een groot potentieel in zien, zoals hirsutisme, acne, talgobstructies en littekens en dermatogene contracturen. Tot slot lijkt een deel van de factoren extern van aard te zijn en dus moeilijk door individuele huidtherapeuten te wijzigen. Zo speelt de vergoedingsregeling vanuit verzekeraars vermoedelijk een rol, geïllustreerd door het hoge aantal verwijzingen voor oedeemtherapie. Deze worden namelijk (deels) door verzekeraars vergoed, mits er een verwijzing van een arts is. Voor kleine chirurgische verrichtingen, zoals het verwijderen van fibromen of atheroomcysten, geldt echter dat er ook aanvullende financiering is om deze juist in de huisartspraktijk uit te voeren (de zgn. Modernisering & Innovatie-module). Achterliggende overweging is om zo behandeling in de (duurdere) tweedelijns te voorkomen. Wanneer dergelijke vergoedingsstructuren veranderen, kan dit dan ook gevolgen hebben voor precieze verwijsstromen.

Wat huidtherapeuten zelf aan activiteiten ondernemen komt naar voren in hoofdstuk 5. Zo zijn huidtherapeuten niet gelijk verspreid over alle regio's van Nederland en vestigt men zich vooral in grootstedelijke gebieden. Voor wat betreft de arbeidsmarkt is er nauwelijks sprake van werkloosheid (afgezien van korte frictiewerkloosheid na afstuderen), maar wil tegelijkertijd bijna de helft van de recent afgestudeerden (te weten aan de vierjarige HBO-opleiding van de HU) hun arbeidsomvang uitbreiden. Ook werkt deze groep vaker in meerdere praktijken om voldoende werkuren te realiseren. Recent afgestudeerden werken ook vaker in loondienst, bijvoorbeeld in een bestaande huidtherapiepraktijk of in een gezondheidscentrum. Voor een deel komt dit verschil doordat langer werkzame huidtherapeuten begonnen te werken in een tijd dat er nog weinig praktijken waren om bij aan te sluiten. Inmiddels is de beroepsgroep groter geworden en hebben starters meer keuzemogelijkheden. De tendens richting werken in een groepspraktijk, bijvoorbeeld vanwege efficiëntie- en overlegvoordelen, past daarmee in een ontwikkeling die ook zichtbaar is voor andere (eerstelijns)beroepsgroepen. Qua werkinhoud zijn huidtherapeuten ongeveer driekwart van hun tijd bezig met behandeling van patiënten. Voor wat betreft activiteiten en patiëntenstromen zijn verschillen tussen langer en korter werkzame huidtherapeuten klein. Veel patiënten bezoeken de huidtherapeut voor manuele lymfedrainage / oedeemtherapie en dit zijn ook relatief tijdsintensieve behandelingen waarvoor weinig gespecialiseerde apparatuur (zoals lasers) nodig is. Daarnaast is er een duidelijke zorgvraag voor acnetherapie, licht/lasertherapie en epilatie. Vergeleken met de eerdere studie uit 2004 (Vugts e.a., 2005) zijn patiëntenstromen iets verschoven. Een substantieel deel komt via huisarts en dermatoloog, maar daarnaast komt een groter aandeel patiënten op eigen initiatief. In termen van marktactiviteiten zijn nagenoeg alle huidtherapeuten actief bezig met het onder de aandacht brengen van hun praktijk, onder andere door middel van brieven en folders richting andere verwijzers. Met name recent afgestudeerde huidtherapeuten lijken wat vaker ook activiteiten te ontplooiën richting het algemeen publiek, onder andere in de vorm van een eigen website of advertenties in lokale of regionale

media. Als het gaat om het oprichten van een nieuwe of aansluiten bij een bestaande praktijk, ziet men onder meer knelpunten op het gebied van het verwerven van voldoende marktaandeel, de hoogte van benodigde investeringen, en onzekerheid over de markt. Dat investeringen kunnen lonen wijst zich wel door de gevonden samenhang tussen het ondernemen van veel marktactiviteiten en het bereiken van een groter aandeel patiënten in de wijdere omgeving en het aanbieden van een breder zorgpalet. Toch is het aantal patiënten dat men maandelijks werft opvallend stabiel tussen groepen huidtherapeuten. Ook laat de vergelijking van verschillende succesindicatoren zien dat een hogere dichtheid van huidtherapeuten of verwijzers in een regio niet voor- of nadelig hoeft te zijn voor het eigen marktaandeel. Belangrijker is om een goede zorgrelatie op te bouwen met zowel patiënten als verwijzers. Veel patiënten komen immers op advies van een verwijzer of eigen kennissen/familie bij een huidtherapeut terecht en dit kan weer een vliegwiel vormen voor nieuwe zorgrelaties. Dit sluit aan bij het beeld uit hoofdstuk 4, namelijk dat de verwijzrelatie met andere eerste- en tweedelijns zorgverleners versterkt kan worden. In het slothoofdstuk worden verschillende groeiscenario's geschetst waarlangs de huidtherapie zich zou kunnen ontwikkelen. Zo laten verwijzscijfers via LINH-huisartspraktijken zien dat er een groot verwijzspotentieel is richting huidtherapeuten en kan ook op basis van verwijzersenquêtes geëxtrapoleerd worden dat de formatie aan huidtherapeuten sterk zou kunnen groeien. Dermatologen en plastisch chirurgen voorzien immers vacatures voor nieuwe huidtherapeuten en daarnaast verwachten artsen die al bekend zijn met de huidtherapeut meer te gaan verwijzen. Een grote groei in werkzaamheden van huidtherapeuten is vooral te realiseren bij een relatief geringe uitbreiding van het aantal verwijzingen vanuit – met name – huisartsen (bijvoorbeeld door meer bekendheid binnen deze groep). Als laatste kanaal is gekeken naar de antwoorden van huidtherapeuten zelf. Hun regionale spreiding laat zien dat er nog groeiregio's zijn waar het aanbod aan huidtherapeuten zou kunnen toenemen. Ook zijn sommige praktijken beter in staat om nieuwe patiëntenstromen te werven dan andere. Wel zijn de diverse benaderingen met bepaalde onzekerheden omgeven. Zo geldt voor verwijzstromen vanuit huisartsen en specialisten dat zij ook de keuze hebben om patiënten binnen de eigen praktijken, bijvoorbeeld door ondersteunend personeel, te behandelen. Daarnaast zal niet alle groei in de zorgvraag opgevuld kunnen worden met nieuwe arbeidsplaatsen: voor een deel zal de huidige beroepsgroep zelf ook haar werkzaamheden kunnen uitbreiden. Wordt daarnaast gekeken naar de verwachte in- en uitstroomcijfers op de arbeidsmarkt, dan zal de beroepsgroep naar verwachting sterk in omvang toenemen. Zijn er in 2009 circa 462 werkzame huidtherapeuten, in 2020 zal dit mogelijk zijn verdrievoudigd tot circa 1.300-1.400 personen, afhankelijk van de precieze instroom in de opleiding de komende jaren. De mate waarin er voldoende zorgvraag zal zijn voor de beroepsgroep zal mede afhangen van het verwijzgedrag van anderen, maar ook van het beleid dat huidtherapeuten – op individueel en collectief niveau – zelf voeren om de positie van de beroepsgroep te verstevigen. Daarbij gaat het vooral om het zichtbaar worden op de sociale kaart van belangrijke verwijzers als een beroepsgroep waarvan bekend is welke zorg ze levert en wat het kwaliteitsniveau is waarop dat gebeurt. Als individuele instrumenten valt onder meer te denken aan het versterken van de (persoonlijke) relatie met belangrijke verwijzers en patiënten zelf; op collectief niveau gaat het onder meer om het zichtbaar maken van protocolgebruik of bijvoorbeeld de participatie in zgn. LESA's (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken). Een bijzondere rol wordt ingenomen door de mogelijke

gevolgen van zgn. directe toegankelijkheid van een beroepsgroep. Ervaringen met fysiotherapie en oefentherapie laten zien dat dit niet zozeer de omvang van de patiëntenstromen beïnvloedt, maar dat het wel kan leiden tot een andere rol in het zorglandschap. Met directe toegankelijkheid neemt immers het belang van goede signalering en terugverwijzing toe. In die zin kunnen dergelijke ontwikkelingen passen in de verdergaande trend naar taakverschuiving en (gecoördineerde) samenwerking en ketenzorg in de gezondheidszorg. De wens van nieuwe huidtherapeuten om zich met andere typen zorgverleners te verenigen op één locatie past in diezelfde trend richting een geïntegreerde eerste lijn.

1 Inleiding

Het beroep huidtherapeut heeft de afgelopen jaren een sterke ontwikkeling doorgemaakt en biedt in die zin een inzichtelijk beeld in de opkomst en positionering van nieuwe beroepsgroepen binnen de gezondheidszorg. In deze rapportage wordt een beeld gegeven van de positie van de huidtherapie in de gezondheidszorg anno 2009, waarbij de vraag centraal staat wat het huidige en potentiële marktgebied is van huidtherapeuten in Nederland, en hoe dit marktaandeel momenteel wordt aangeboord door praktiserende huidtherapeuten.

1.1 Achtergrond

Huidtherapie is een relatief jong beroep binnen de eerste en tweedelijns gezondheidszorg en is ontstaan in de jaren zeventig door de combinatie van inzichten door plastisch chirurgen, huidartsen en schoonheidsspecialisten bij de behandeling van patiënten met huidproblemen. Ten tijde van een eerdere arbeidsmarktverkenning voor de beroepsgroep huidtherapeuten in 1995 stond het beroep nog aan het begin van het professionaliseringproces en was het bezig zich een positie binnen de gezondheidszorg te verwerven. Destijds waren er in Nederland rond de 130 huidtherapeuten werkzaam en voltooiden jaarlijks zo'n 40 huidtherapeuten de driejarige deeltijdopleiding (Hingstman e.a., 1995). Per 1 januari 2003 is het beroep binnen artikel 34 in het BIG register opgenomen. Daarmee verwierf het beroep een zelfde positie als bijvoorbeeld de fysiotherapeut, diëtist, mondhygiënist en de oefentherapeut Cesar of Mensendieck. De opleidingseisen en het deskundigheidsgebied werden wettelijk vastgelegd en alleen wie voldoet aan de wettelijk vastgestelde eisen mag de beschermde opleidingstitel voeren. Volgens het 'Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut' worden de volgende zaken tot het gebied van deskundigheid van de huidtherapeut gerekend:

- a. het op verwijzing van een arts:
 1. onderzoeken en beoordelen van een patiënt met een stoornis, beperking of handicap van de huid, ten gevolge van een pathologisch trauma of congenitale afwijking, en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;
 2. behandelen van de patiënt met als doel het opheffen, verminderen of compenseren van een stoornis, beperking of handicap van de huid, het optimaliseren van de huidfuncties alsmede het geven van advies en instructie;
 3. aanmeten en verstrekken van medische hulpmiddelen en prothesen alsmede adviseren met betrekking tot het gebruik daarvan;
- b. het geven van advies en voorlichting.' (Artikel 5, Stb. 2002, 528).¹

¹ Voor wat betreft praktische vaardigheden werden de volgende typen behandeling omschreven in de bijbehorende Nota van Toelichting (Stb, 2002, 528): oedeemtherapie, camouflagetherapie, dermatografie, coagulatie, elektrische epilatie, lichttherapie, acnetherapie, iontoforese, littekentherapie en wondverzorging.

In termen van beroepsuitoefening werd door de Raad voor de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Stb, 2002, 528) geconstateerd dat veel huidtherapeuten zelfstandig werken in een eigen praktijk. Daardoor werd het noodzakelijk geacht dat de huidtherapeut risicofactoren moet kunnen onderscheiden en de patiënt zo nodig terugverwijzen naar een arts. De Raad adviseerde dan ook om een breder opgeleide huidtherapeut te regelen in de vorm van een officiële vierjarige HBO-opleiding. Deze opleiding is in september 2001 aan de Hogeschool Utrecht van start gegaan. De aantrekkelijkheid van het beroep bleek daarmee voor nieuwe studenten toe te nemen. De instroom in de opleiding steeg namelijk van 86 personen in 2001 naar 146 in 2003. In het licht van deze snelle toename heeft de Hogeschool Utrecht – destijds de enige opleiding voor huidtherapie in Nederland – in 2004 een nieuwe arbeidsmarktverkenning uit laten voeren. Hieruit bleek onder meer dat het aantal werkzame huidtherapeuten in de periode 1994-2004 met 55% was toegenomen tot 209 personen medio 2004, en dat de instroom in de opleiding veel sneller toenam dan in 1995 was geraamd. Daarnaast bleek dat het zorggebruik tot dan toe weliswaar beperkt was, maar dat er waarschijnlijk een veel grotere potentiële zorgvraag is dan tot dan toe door de huidtherapeuten was aangeboord. Dit kwam onder andere naar voren in interviews met diverse instanties en personen binnen de gezondheidszorg. Om die potentiële zorgvraag ook te kunnen bereiken was het volgens de geïnterviewden van groot belang dat het beroep zich veel sterker zou moeten profileren.

De studie uit 2004 liet zien dat het zorggebruik in de daaropvolgende tien jaar zou moeten verdrievoudigen om te voorkomen dat er overschotten aan huidtherapeuten gaan ontstaan. Voor wat betreft de zorgvraag kwam reeds uit gegevens van de Nijmeegse continue morbiditeitsregistratie (CMR) in de huisartspraktijk naar voren dat 12% van de geregistreerde ziektebeelden huidaandoeningen betreft (Verhoeven e.a., 2006). Met name huidaandoeningen als psoriasis en eczeem komen frequent voor. Tevens bleek dat een kwart van alle huidaandoeningen als chronisch onder de aandacht van de huisarts staat. De huidaandoeningen vormen dus een substantieel deel van alle in de huisartspraktijk voorkomende ziektebeelden en tonen dan ook een duidelijk groeipotentieel voor de huidtherapie. In het verlengde hiervan is in september 2008 een tweede HBO-opleiding Huidtherapie gestart aan de Haagse Hogeschool. Voor beide opleidingen is een numerus fixus ingesteld, om zo de opleidingscapaciteit te reguleren. In totaal is het aantal beschikbare plaatsen per september 2009 gesteld op 175 personen, verdeeld over beide HBO-opleidingen. Voor een goed beeld van de arbeidsmarktkansen van deze nieuw op te leiden huidtherapeuten is inzicht in de precieze omvang van de potentiële zorgvraag en de wijze waarop die kan worden aangeboord van groot belang. In voorliggende rapportage worden beide aspecten van de arbeidsmarkt voor huidtherapie in kwantitatieve zin in kaart gebracht. In de komende paragrafen worden vraagstellingen geformuleerd om op beide onderdelen antwoord te geven.

1.2 Ontwikkelingen in zorgvraag

Patiënten kunnen via verschillende kanalen bij de huidtherapeut komen (Vugts e.a., 2005). Anno 2004 bleken met name de huisarts en de dermatoloog belangrijke verwijzers: circa 57% van alle patiënten kwam via beide groepen verwijzers bij de huid-

therapeut. Tegelijkertijd verwees nog maar een bijzonder klein deel van met name huisartsen patiënten naar de huidtherapeut. Enerzijds zou dit te maken kunnen hebben met de beperkte kennis bij huisartsen over de mogelijkheden die huidtherapeuten te bieden hebben. Anderzijds zou het ontbreken van huidtherapeuten in de directe omgeving een reden kunnen zijn. Tot op heden zijn er geen empirische gegevens die bovengenoemde veronderstellingen ondersteunen. Het lijkt echter niet onaannemelijk dat een groter deel van de aandoeningen die tot nu toe bij de huisarts worden gepresenteerd eventueel voor een behandeling van de huidtherapeut in aanmerking zou kunnen komen. Of dit ook gebeurt, is deels afhankelijk van de bereidheid van huisartsen om patiënten door te verwijzen naar de huidtherapeut. Daarbij speelt mee dat naast de huidtherapeut ook andere zorgverleners zich qua werkterrein op huid-aandoeningen richten. Zo is er potentieel overlap met het werk van dermatologen en hun ondersteunend personeel (zoals dermatologieverpleegkundigen) en richten ook fysiotherapeuten zich deels op het terrein van de lymfedrainage en oedeemtherapie (verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie - NVFL - als lidvereniging van het KNGF). Het is dan ook van belang om de huidtherapie in relatie tot dergelijke andere beroepen te beschouwen. Om een kwantificeerbaar beeld te krijgen in de huidige en potentiële zorgvraag zal eerst - aan de hand van huisartsenregistratiegegevens - gekeken worden hoe vaak en voor welke aandoeningen patiënten verwezen worden naar een huidtherapeut. Dit geeft niet alleen een beeld van de incidentie en prevalentie van verschillende typen huid-aandoeningen, maar maakt het ook mogelijk om te bepalen door welke zorgverleners deze patiënten worden behandeld. De vraagstelling luidt dan ook:

Hoeveel patiënten komen voor een huid-aandoening bij de huisarts, hoeveel daarvan worden doorverwezen naar de huidtherapeut en hoe groot is dit verwijspotentieel in de toekomst?

Vervolgens wordt in meer detail bekeken in hoeverre er verschillen zijn tussen zorgverleners in hun verwijsgedrag naar de huidtherapeut en waardoor die verschillen verklaard kunnen worden. Heeft dit bijvoorbeeld te maken met de aanwezigheid van een huidtherapeut in de nabije omgeving, met de kennis van verwijzers over de mogelijkheden van huidtherapie of met het vertrouwen dat men heeft in de vaardigheden van huidtherapeuten? Op basis van gegevens van verwijzers die veel patiënten doorverwijzen naar de huidtherapeut kan enig inzicht verkregen worden in de potentiële groeimogelijkheden van de huidtherapie, mede als gevolg van taakverschuiving vanuit andere beroepsgroepen. Aangezien niet alleen de huisarts naar huidtherapeuten verwijst, maar ook andere zorgverleners, in het bijzonder medisch specialisten, wordt gekeken naar de naar verwachting drie belangrijkste groepen verwijzers, huisartsen, dermatologen en plastisch chirurgen. De vraagstellingen rond de potentiële zorgvraag bij verwijzers zijn:

In welke mate zijn verwijzers zijn op de hoogte van de werkzaamheden van de huidtherapeut, wat is hun mening over de (toekomstige) rol van huidtherapeuten in het kader van taakherschikking en hangt dit mede samen met eventuele verschillen in verwijsgedrag tussen verwijzers?

1.3 Ontwikkelingen in zorgaanbod en marktgebied

Zoals in de inleiding gesteld, staat het beroep van huidtherapeut nog aan het begin van het professionaliseringproces. In de loop van de jaren zeventig is de huidtherapie als therapievorm ontstaan. Aanvankelijk was het een opleiding gelieerd aan de hogeschool die in deeltijd kon worden gevolgd. In 2001 is de vierjarige HBO-opleiding van start gegaan. Dit betekent dat in 2005 de eerste HBO-studenten huidtherapie op de arbeidsmarkt zijn verschenen. Zoals bij iedere nieuwe beroepsgroep is het belangrijk dat de huidtherapeut zich herkenbaar en onderscheidend kan presenteren aan patiënten en cliënten. In haar beleidsdoelstellingen streeft de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH) er dan ook naar om huidtherapie als zelfstandig paramedisch discipline in het algemeen en de werkwijze van de huidtherapeut in het bijzonder, herkenbaar te positioneren en te profileren in de Nederlandse zorgketen (NVH, 2007). Op dit terrein van beroepsprofilering valt er volgens deskundigen nog terrein te winnen (Vugts e.a., 2005). Dit sluit aan bij de constatering van de Raad BIG dat er niet alleen behoefte was aan een opleidingsregeling, maar ook aan publieksvoorlichting, aangezien zeker destijds een groot deel van het publiek en ook de artsen niet bekend was met dit beroep en er daarbij onduidelijkheid bestond over de deskundigheden van de huidtherapeut. Om dit te kunnen realiseren kunnen verschillende wegen bewandeld worden. Naast een rol voor de beroepsvereniging is ook een taak weggelegd voor de individuele huidtherapeut. Voor voldoende marktaandeel is het mogelijk nodig om in de regio waarin men werkzaam is aan potentiële verwijzers en patiënten/cliënten kenbaar te maken dat men beschikbaar is om huidtherapeutische werkzaamheden uit te voeren. In dit onderzoek wordt gekeken hoe dit door de individuele huidtherapeut wordt ingevuld en of deze strategie inderdaad succesvol blijkt. Wel moet daarbij rekening gehouden worden met de verschillende mogelijkheden van enerzijds pas afgestudeerde huidtherapeuten om aan de slag te komen als huidtherapeut en anderzijds langer werkzame huidtherapeuten die in de loop der tijd de praktijk weten uit te bouwen. Voor pas afgestudeerden wordt met name onderzocht of men werk heeft gevonden en in welke functie men werkzaam is, maar daarnaast vooral welke initiatieven men ondernomen heeft om een baan dan wel een praktijk te verwerven. De vraagstelling luidt:

Hoeveel huidtherapeuten die de vierjarige HBO opleiding huidtherapie hebben afgerond zijn werkzaam in het beroep van huidtherapeut, in welke functie is men werkzaam en welke activiteiten heeft men ontplooid om die functie te verkrijgen?

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden van huidtherapeuten om een eigen marktgebied te creëren wordt daarnaast ook gekeken naar de huidtherapeuten die wat langer aan de slag zijn. Daartoe wordt een praktijk- en marktanalyse uitgevoerd bij huidtherapiepraktijken van zowel recent als langer werkzame huidtherapeuten. Zo bleek uit een vergelijkbaar onderzoek bij fysiotherapeuten dat fysiotherapeuten die ondernemend waren en goede contacten onderhielden met de huisartsen in staat waren het aantal patiënten op peil te houden of zelfs te laten toenemen (Stukstette e.a., 2005). Daarnaast komt een belangrijk deel van de patiënten op eigen initiatief bij de huidtherapeut. In 2004 ging het om 16% van alle patiënten. De vraag is onder meer hoe men de weg naar de huidtherapeut heeft kunnen vinden. Heeft men zelf gezocht of heeft men advies gekregen van derden (andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg) om voor de betreffende

aandoening eens aan te kloppen bij een huidtherapeut? Dat men uiteindelijk bij een bepaalde huidtherapeut is terecht gekomen hangt daarnaast mogelijk samen met de activiteiten die de betreffende huidtherapeut heeft ondernomen om zich kenbaar te maken. Daarom zal in deze studie succesvolle en minder succesvolle praktijken getraceerd worden, onder andere afgeleid uit het aantal patiënten dat men behandelt. De vraag is welke factoren van invloed zijn op de mate van succes. Het gaat dan bijvoorbeeld om de initiatieven die men heeft ondernomen om zich kenbaar te maken aan potentiële verwijzers en om het aantal huisartsen, ziekenhuizen of juist andere huidtherapiepraktijken in de omgeving. De gegevens uit de succesvolle praktijken geven vervolgens op landelijke schaal inzicht in de mogelijkheden een potentieel marktgebied aan te boren. Deze vraagstelling luidt:

In welke mate zijn huidtherapiepraktijken succesvol in het genereren van een eigen marktgebied, onder meer in termen van het aandeel patiënten dat op eigen initiatief bij de huidtherapeut komt en welke factoren en voorwaarden hangen hiermee samen?

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 komt de onderzoeksmethode aan de orde. Daarna wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de verwijscijfers van huisartsen op basis van patiëntendossiers, gevolgd door hoofdstuk 4 waarin de opvattingen van de drie groepen verwijzers centraal staan. Vervolgens worden de opvattingen en antwoorden van recent afgestudeerde en langer gevestigde huidtherapeuten besproken in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 biedt een slotoverzicht met verschillende scenario's hoe de arbeidsmarkt voor huidtherapeuten zich kan ontwikkelen.

2 Onderzoeksmethode en gegevensverzameling

In de eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de onderzoeksactiviteiten voor de behoefte-raming. Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is onder meer gebruik gemaakt van huisartsregistratiegegevens en van vragenlijsten onder verschillende subgroepen. Hieronder worden de verschillende gegevensbronnen kort beschreven. Vervolgens worden in paragraaf 2.3 de respons en de representativiteit van de verzamelde gegevens behandeld.

2.1 Registratiegegevens

Voor een gedetailleerd beeld van de zorgvraag naar huidaandoeningen wordt gebruik gemaakt van gegevens van het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH) van het NIVEL. Hierin worden per jaar van ongeveer 89 huisartspraktijken met bijna 350.000 ingeschreven patiënten op continue basis ‘productiegegevens’ over aandoeningen, aantallen contacten, geneesmiddelvoorschriften en nieuwe verwijzingen bijgehouden. Voor het bepalen van relevante aandoeningen wordt gebruik gemaakt van de zogenaamde ICPC-codering van diagnoses (International Classification of Primary Care). Hierin is een overzicht van diagnoses opgenomen, relevant voor de huisartsgeneeskunde en ingedeeld in 17 hoofdstukken, elk met een lettercode.² Een vergelijking met landelijke registratiecijfers laat zien dat LINH-praktijken landelijk representatief zijn voor wat betreft hun patiënten- en huisartsenpopulatie (Verheij e.a., 2009).

Als eerste stap is het hoofdstuk S geselecteerd, met daarin 59 hoofddiagnosen (zoals Acne of Seborroïsch eczeem/roos) en vervolgens daarbinnen 61 subcoderingen op meer gedetailleerd niveau (zoals Acne vulgaris of Acne conglobata, etc.). Vervolgens is deze lijst voorgelegd aan de begeleidingscommissie om te bepalen welke diagnoses met name relevant zijn. Deze zijn ingedeeld in twee categorieën: 1) diagnoses waarvoor behandeling door de huidtherapeut al regelmatig voorkomt, en 2) aanvullende diagnoses waarvoor in de toekomst mogelijk een uitbreiding van de huidtherapie kan worden verwacht. Naast deze initiële selectie is vervolgens vastgesteld of patiënten ook voor andere diagnoses verwezen zijn naar de huidtherapeut. Deze zijn aan het overzicht toegevoegd en kunnen dan ook betrekking hebben op andere ICPC-hoofdstukken. Dit geeft een zo volledig mogelijk beeld van alle voor de huidtherapie relevante aandoeningen. Deze lijst is opgenomen in bijlage I.

Omdat niet elk jaar van elke praktijk gegevens over nieuwe verwijzingen beschikbaar zijn, is gebruik gemaakt van informatie uit drie opeenvolgende jaren, te weten 2005, 2006 en 2007. Zo kan een stabiel beeld gegeven worden, gecorrigeerd voor jaarfluctuaties en vertekeningen door kleine aantallen per diagnose. De gegevens van in totaal 100 prak-

² De 17 hoofdstukken zijn: A: Algemeen; B: Bloed, bloedvormende organen en immuunstelsel; D: Spijsverteringsorganen; F: Oog; H: Oor; K: Cardiovasculair stelsel; L: Bewegingsapparaat; N: Zenuwstelsel; P: Psychische problemen; R: Luchtweegen; S: Huid; T: Endocriene klieren, stofwisseling en voeding; U: Urinewegen; W: Zwangerschap, bevalling en geboorteregeling; X: Geslachtsorganen vrouw, inclusief borsten; Y: Geslachtsorganen man, inclusief borsten; en Z: Sociale problemen.

tijken over de drie jaren zijn gebruikt; van sommige is maar 1 jaar informatie beschikbaar, van andere 2 of 3 jaar.

2.2 Vragenlijstonderzoek

In 2008 is een steekproef van drie soorten verwijzers aangeschreven, te weten huisartsen, dermatologen en plastisch chirurgen. Daarnaast zijn alle recent afgestudeerde huidtherapeuten aan de Hogeschool Utrecht aangeschreven, evenals een steekproef van vertegenwoordigers van huidtherapiepraktijken.

a. Enquête onder verwijzers: dermatologen, plastisch chirurgen en huisartsen

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen rond de potentiële zorgvraag is een schriftelijke vragenlijst uitgezet onder de drie voornaamste groepen verwijzers, te weten dermatologen, plastisch chirurgen en huisartsen. Om betrouwbare uitspraken te kunnen doen is een vragenlijst uitgezet bij een aselechte steekproef van 250 huisartspraktijken, 100 dermatologen en 100 plastisch chirurgen. De groep huisartsen is oververtegenwoordigd, aangezien dit ook in de populatie een veel grotere groep betreft. Bij de weging wordt hiervoor vervolgens gecorrigeerd (zie paragraaf 2.2). De namen en adressen van huisartsen zijn verkregen uit de huisartsenregistratie van het NIVEL, de adresgegevens van specialisten zijn verkregen uit het Geneeskundig Adresboek.

b. Enquête recent afgestudeerde huidtherapeuten

Voor het beantwoorden van de vraagstelling over de werkzaamheden en initiatieven van pas afgestudeerde huidtherapeuten is een schriftelijke vragenlijst uitgezet onder alle afgestudeerden, die met hun studie zijn gestart in 2001, 2002 en 2003. In 2001 is de HBO-opleiding huidtherapie van start gegaan, zodat vanaf 2005 de eerste HBO-afgestudeerde huidtherapeuten op de arbeidsmarkt zijn gekomen. In de enquête zijn niet alleen vragen opgenomen over de huidige werkzaamheden en bezigheden maar ook vragen over de initiatieven die men heeft ontplooid om werk te vinden dan wel een praktijk op te starten. In totaal ging het om 276 afgestudeerden, die allen zijn aangeschreven. De namen en adressen zijn verkregen van de Hogeschool Utrecht.

c. Praktijk- en marktanalyse huidtherapiepraktijken

Om te bepalen of huidtherapeuten erin slagen om op de wat langere termijn een volwaardige praktijk op te bouwen is een schriftelijke vragenlijst verspreid onder een aselechte steekproef van 50 huidtherapiepraktijken. Dit zullen praktijken zijn die meer of minder succesvol zijn in het creëren van een eigen marktgebied. Om die verschillen te kunnen verklaren zijn in de enquête vragen opgenomen rond het ondernemerschap. Dezelfde vragen zijn zoveel mogelijk ook opgenomen in de vragenlijst voor recent afgestudeerden, om zo tot een vergelijking te kunnen komen tussen personen die langer of korter op de arbeidsmarkt werkzaam zijn. Adressen zijn verkregen via de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH).

2.3 Respons en representativiteit

Respons

Voor de verschillende onderzoeksgroepen zijn in Tabel 2.1 de responsgegevens vermeld. Vergeleken met de eerdere NIVEL-studie is de netto respons voor deze studie relatief laag (oftewel het aandeel personen dat de vragenlijst ingevuld heeft teruggestuurd). Destijds respondeerde 75% van de geënquêteerde werkzame huidtherapeuten. In de voorliggende studie is de respons van alle groepen duidelijk lager, ook na gebruik van een herinneringsronde. Relatief gezien is de respons onder verwijzers, en dan met name dermatologen, wel hoog. Zij zijn immers zelf niet als beroepsgroep betrokken bij de bevindingen.

Tabel 2.1: Overzicht van de respons op de vragenlijsten

	Aange- schreven	Ingevuld retour	Niet ingevuld retour	Bruto respons	Netto respons
Recent afgestudeerden	276	117	5	44%	42%
Huidtherapiepraktijken	50	15	7	44%	30%
Dermatologen	100	31	5	36%	31%
Plastisch chirurgen	100	36	2	38%	36%
Huisartsen	250	69	6	30%	28%

Representativiteit

In het geval van twee van de drie groepen verwijzers, dermatologen en plastisch chirurgen is bepaald of men representatief is naar het type ziekenhuislocatie, te weten een academisch ziekenhuis versus een ander type ziekenhuis. De respons onder academisch werkzame specialisten blijkt iets lager: in de aangeschreven groep zijn respectievelijk 31% en 36% werkzaam in een academisch ziekenhuis; onder de respondenten is dit 24% en 27%. In het geval van huisartsen is bepaald of er verschillen in respons tussen provincies waren, en dat bleek nauwelijks het geval. Aangezien de nadruk ligt op overeenkomsten of verschillen tussen groepen verwijzers is voor de analyses gekozen om de drie groepen onderling te vergelijken, gebruik makend van een wegingsfactor waarmee de omvang van elk van de drie groepen op 50 personen is gesteld. Zo worden de resultaten niet vertekend door het feit dat een relatief veel grotere groep huisartsen is aangeschreven, maar telt elk van de drie groepen even zwaar mee.

Voor het bepalen van de representativiteit van recent afgestudeerde huidtherapeuten is een vergelijking gemaakt tussen de responderende en aangeschreven afgestudeerden op basis van hun cohortjaar (2001, 2002 en 2003). Er zijn geringe verschillen in respons: van het cohort uit 2001 heeft 43% gerespondeerd, van het 2002-cohort 37% en van het meest recente cohort 50%. Een mogelijkheid zou zijn om vervolgens een wegingsfactor toe te passen, waardoor de gegevens van responderende afgestudeerden staan voor de gegevens van alle afgestudeerden in de populatie. Hiervan is echter afgezien, aangezien uit hoofdstuk 3 zal blijken dat de groep 'recent afgestudeerden' relatief heterogeen is qua leeftijd, werkervaring en precieze opleidingsachtergrond. Hierdoor is de groep sterk overlappend qua samenstelling met de kleinere groep van praktijkvertegenwoordigers en is ervoor gekozen om beide groepen gezamenlijk te analyseren. Voor meer inzicht in achterliggende oorzaken voor verschillende opvattingen, worden de resultaten daarom vooral vergeleken tussen groepen met meer of minder werkervaring.

3 Huidige en potentiële zorgvraag via huisartsenregistraties

In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de omvang van de zorgvraag naar huidaan-
doeningen, zoals vastgesteld via de huisartsenpraktijk (vanuit LINH). Hierbij staat
centraal hoe vaak en voor welke aandoeningen patiënten nieuw worden doorverwezen
door de huisarts naar de huidtherapeut (dus uitgezonderd herhaalverwijzingen). Deze
verwijsaantallen worden vergeleken met het doorverwijsgedrag naar de dermatoloog en
andere beroepsgroepen, plus met het aandeel patiënten dat niet verwezen wordt. Aan de
hand hiervan kan de totale potentiële zorgvraag richting de huidtherapeut worden
bepaald. Ook geeft dit hoofdstuk aanvullend inzicht in de vraag of er verschillen zijn
tussen huisartspraktijken die wel of niet verwijzen naar huidtherapeuten.

3.1 Aandoeningen waarbij naar de huidtherapeut wordt verwezen

Het overzicht van alle diagnoses van deelnemende LINH-praktijken waarbij in 2005-
2007 patiënten naar de huidtherapeut zijn verwezen is opgenomen in Tabel 3.1, ge-
sorteerd naar het aantal doorverwijzingen. Veruit de meeste patiënten die door de huisarts
worden doorverwezen naar de huidtherapeut hebben klachten met haar of met acne
(respectievelijk 36 en 24 procent). Daarnaast wordt een relatief grote groep wel naar de
huidtherapeut verwezen, maar is de precieze diagnose niet bekend. Toch is deze groep
wel inbegrepen om zo een overzicht te geven van het totale aantal nieuwe verwijzingen.
Als het gaat om het absolute aantal patiënten dat verwezen is, valt op dat dit vrij laag is,
te weten 93 gevallen.³ Voor meerdere diagnoses is in totaal maar 1 patiënt verwezen.
Daarnaast wordt niet alleen voor diagnoses uit hoofdstuk S ('Skin diseases') naar de
huidtherapeut verwezen, maar gaat het ook om andere typen diagnoses. Wel speelt hierbij
mee dat patiënten soms naar meerdere zorgverleners worden verwezen. Zo blijkt uit
aanvullende analyse dat twee patiënten eerst naar de huidtherapeut worden verwezen en
vervolgens (wellicht omdat de klacht ernstiger blijkt) naar de dermatoloog. Daarnaast
wordt één patiënt naar interne geneeskunde doorverwezen na eerst een verwijzing naar de
huidtherapeut te hebben gehad.

³ Voor één extra diagnose is ook naar de huidtherapeut verwezen, nl. voor code A15.00 (overmatig huilende zuigeling).
Een mogelijke verklaring voor deze afwijkende codering is dat deze als hoofddiagnose tijdens het huisartsbezoek is
geregistreerd, maar dat men daarnaast voor een nevendiagnose naar de huidtherapeut is verwezen. Omdat de aandoening
zelf niet primair aan de huidtherapie is gerelateerd, is deze in de verdere rapportage buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3.1: Aantal nieuwe verwijzingen naar de huidtherapeut door huisartsen in LINH-praktijken (n=93)

ICPC-code	Aandoening	Aantal	Percentage
S24.00	Andere symptomen/klachten haar	34	36%
S96.00	Acne	23	24%
Onbekend	Onbekend	10	11%
S99.00	Andere ziekte(n) huid/subcutis	5	5%
S82.00	Naevus/moedervlek	4	4%
K07.00	Gezwellen enkels/enkeloedeem	2	2%
S14.00	Brandwond/verbranding huid (elke graad)	2	2%
D72.00	Virus hepatitis	1	1%
K95.00	Varices benen	1	1%
K99.00	Andere ziekte(n) hart vaatstelsel	1	1%
L09.00	Arm symptomen/klachten	1	1%
L99.00	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	1	1%
S06.00	Lokale roodheid/erytheem huid	1	1%
S08.00	Andere verandering(en) in kleur huid	1	1%
S11.00	Andere lokale infectie(s) huid/subcutis	1	1%
S23.00	Haaruitval/alopecia	1	1%
S29.00	Andere symptomen/klachten huid/subcutis	1	1%
S81.00	Hemangioom/lymfangioom	1	1%
S92.00	Ziekte(n) zweetklieren	1	1%
T90.00	Diabetes mellitus	1	1%
Totaal		93	100%

Wanneer de verwijzingen richting huidtherapeut vergeleken worden met verwijzingen naar andere disciplines voor dezelfde diagnoses (Tabel 3.2), dan maakt de huidtherapeut vooralsnog een relatief klein onderdeel uit van de behandelketen via de (LINH)huisarts. De 93 patiënten, verwezen naar de huidtherapeut, vormen samen maar 1% van alle 7.549 patiënten die voor de betreffende diagnoses zijn verwezen. De meeste patiënten (90%) worden verwezen naar de dermatoloog. Mogelijk worden de betreffende aandoeningen als zo ernstig ingeschat dat specialistische diagnosestelling, en mogelijk ook behandeling in het ziekenhuis nodig lijkt. Dit geldt het vaakst voor de diagnosecode S82, oftewel 'Naevus/ moedervlek', waarbij bijna elk van de ruim 1.200 verwezen patiënten naar de dermatoloog gaat.

Vooraf werd verwacht dat er mogelijk enige overlap in werkzaamheden is met fysiotherapeuten, gericht op lymfedrainage en oedeemtherapie. Vooralsnog lijkt deze overlap tussen zorgaanbod van huidtherapeut en fysiotherapeut gering te zijn. Binnen de geselecteerde diagnoses wordt in totaal 20 keer naar de fysiotherapeut verwezen, het vaakst vanwege subcutis-problematiek (onderhuidse vet- en bindweefsellaag).

Tabel 3.2: Aandoeningen en aantal nieuwe verwijzingen per discipline, inclusief huidtherapie op basis van LINH registratie

ICPC-code	Aandoening	Naar huidther.		Naar dermat.		Naar fysio.		Naar overigen		Totaal ver- wezen
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
S24.00	Andere symptomen/klachten haar	34	17%	139	70%	1	1%	27	14%	200
S96.00	Acne	23	5%	436	88%	3	1%	36	7%	495
Onbekend	Onbekend	10	1%	1.363	99%	0	0%	0	0%	1.373
S99.00	Andere ziekte(n) huid/subcutis	5	0%	1.016	100%	0	0%	0	0%	1.021
S82.00	Naevus/moedervlek	4	0%	1.262	100%	0	0%	0	0%	1.266
K07.00	Gezwellen enkels/enkel-oedeem	2	3%	73	97%	0	0%	0	0%	75
S14.00	Brandwond/verbranding huid (elke graad)	2	4%	5	10%	1	2%	44	86%	51
D72.00	Virus hepatitis	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1
K95.00	Varices benen	1	0%	986	100%	0	0%	0	0%	987
K99.00	Andere ziekte(n) hart-vaatstelsel	1	6%	16	94%	0	0%	0	0%	17
L09.00	Arm symptomen/ klachten	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%	2
L99.00	Andere ziekte(n) bewegings-apparaat	1	14%	0	0%	0	0%	6	86%	7
S06.00	Lokale roodheid/ erytheem huid	1	0%	482	82%	2	0%	106	18%	589
S08.00	Andere verandering(en) in kleur huid	1	1%	140	80%	1	1%	34	19%	175
S11.00	Andere lokale infectie(s) huid/subcutis	1	0%	235	56%	6	1%	180	43%	416
S23.00	Haaruitval/alopecia	1	0%	253	81%	0	0%	60	19%	314
S29.00	Andere symptomen/ klachten huid/subcutis	1	0%	275	68%	6	1%	129	32%	405
S81.00	Hemangioom/ lymfangioom	1	1%	50	56%	0	0%	38	43%	89
S92.00	Ziekte(n) zweetklieren	1	2%	44	98%	0	0%	0	0%	45
T90.00	Diabetes mellitus	1	5%	20	95%	0	0%	0	0%	21
Totaal		93	1%	6.796	90%	20	0%	660	9%	7.549

3.2 Aandoeningen waarbij niet naar de huidtherapeut wordt verwezen

Eén van de zaken die niet uit bovenstaande paragraaf is af te lezen, is bij welke diagnoses LINH-praktijken niet naar de huidtherapeut verwijzen, terwijl de aandoening wel binnen het (potentiële) beroepsdomein van de huidtherapeut valt. De vaakst voorkomende gevallen zijn weergegeven in Tabel 3.3, gesorteerd naar twee hoofdgroepen: degenen die al tot het domein behoren (categorie 1) en degenen waarmee het domein in de toekomst kan uitbreiden (categorie 2). In hetzelfde overzicht is ook opgenomen hoe vaak naar andere disciplines is verwezen. Een overzicht van alle diagnoses is opgenomen in Bijlage I. Een aanzienlijk deel van de patiënten wordt verwezen voor aandoeningen waarbij, volgens de LINH-gegevens, geen huidtherapeut betrokken is. In totaal gaat het om ruim 12.000 patiënten, waarvan het grootste deel (60%) naar de dermatoloog wordt verwezen; 1% wordt verwezen naar de fysiotherapeut en 39% naar een ander type zorgverlener.

Wordt per aandoening gekeken (zie ook Bijlage I voor de volledige lijst), dan worden vooral voor diagnose S04, (lokale zwellingen / papel, knobbel huid / subcutis) veel personen doorverwezen (in totaal 1540 personen). Ongeveer de helft hiervan gaat naar de dermatoloog en het restant naar andere zorgverleners. Daarnaast zijn voor S88 (contact eczeem/ander eczeem) 1528 patiënten verwezen, allen naar de dermatoloog. Van de aandoeningen die potentieel tot het domein van de huidtherapie zouden kunnen behoren (categorie 2) wordt voor maligniteit huid/subcutis het vaakst verwezen naar andere zorgverleners.

Ook deze cijfers laten zien dat de zorgvraag die via de huisarts bij de huidtherapeut komt veel kleiner is dan de totale zorgvraag voor dergelijke aandoeningen. Wel kan worden opgemerkt dat de huisarts niet de enige verwijzer is richting huidtherapeut. Het is goed mogelijk dat een deel van de personen die in eerste instantie naar de dermatoloog worden verwezen vervolgens in het natraject worden behandeld door een huidtherapeut, binnen of buiten de eigen dermatologie-afdeling. Dit komt ook naar voren in hoofdstuk 4, waarbij per verwijzer is gevraagd naar wie men verwijst.

Tabel 3.3: Selectie van vaak voorkomende aandoeningen en aantal patiënten nieuw verwezen, m.u.v. huidtherapie (zie Bijlage I voor volledige lijst)

ICPC	Omschrijving aandoening	Sub-groep	Naar dermat.		Naar fysio.		Naar overigen		Totaal verwezen
			abs.	%	abs.	%	abs.	%	
S04.00	Lokale zwelling/papel/knobbel huid/subcutis	1	706	46%	8	1%	826	54%	1.540
S88.00	Contact eczeem/ander eczeem	1	1.528	100%	0	0%	0	0%	1.528
S03.00	Wratten	1	489	71%	12	2%	189	27%	690
S74.00	Dermatomyose(n)	1	448	68%	14	2%	201	30%	663
S87.00	Constitutioneel eczeem	1	502	79%	4	1%	132	21%	638
S77.00	Maligniteit huid/subcutis	2	703	74%	4	0%	245	26%	952
S93.00	Atheroomcyste/epitheelcyste	2	99	12%	3	0%	710	87%	812
S78.00	Lipoom	2	19	3%	4	1%	657	97%	680
S79.00	Ander benigne neoplasma huid/subcutis	2	417	100%	0	0%	0	0%	417
S80.00	Ander/niet-gespecificeerd neoplasma huid/subcutis	2	172	100%	0	0%	0	0%	172
Totaal			7.222	60%	141	1%	4.736	39%	12.099

3.3 Totale zorgvraag, inclusief niet-verwijzingen

Vooralsnog is alleen ingegaan op het aantal *nieuwe verwijzingen* vanuit de huisarts. Daarnaast wordt uiteraard een deel van de patiënten niet doorverwezen, deels omdat er geen verdere behandeling nodig is en deels omdat deze behandeling ook door de huisartspraktijk verzorgd kan worden. Voor de twintig vaakst voorkomende diagnoses is het gemiddelde aantal verwijzingen en diagnoses over de jaren 2005-2007 weergegeven in Tabel 3.4.

Gemiddeld wordt 14% van alle patiënten verwezen naar een andere zorgverlener, hetgeen betekent dat 86% van de gevallen door de huisarts zelf behandeld wordt. Dit komt sterk overeen met eerder onderzoek (Verhoeven et al. 2006), waaruit bleek dat 82% van de personen met een huidaandoening door de huisarts zelf behandeld wordt. De diagnose die het vaakst voorkomt in de huisartspraktijk is ‘contact eczeem / ander eczeem’, met gemiddeld 5964 diagnoses per jaar. Hiervan wordt circa 1 op de twaalf patiënten doorverwezen voor verdere behandeling. Het kleinste aandeel patiënten wordt doorverwezen in het geval van dermatomycose (95% blijft bij de huisarts). Het aandeel doorverwijzingen is het hoogst in het geval van maligniteit huid/sucutis (76%), gevolgd door haaruitval/alopecia (37%) en lipoom (31%). Voor verreweg de meeste diagnoses geldt dat meer dan de helft van de patiënten niet verwezen wordt. De cijfers onderbouwen daarmee de centrale rol van de huisarts als poortwachter, die op een breed terrein generalistische zorg verleent.

Tabel 3.4: Top 20 van diagnoses en aantallen patiënten per jaar

ICPC	Omschrijving aandoening	Totaal verwezen		Totaal niet verwezen		Totaal aantal diagnoses
		abs.	%	abs	%	
S88.00	Contact eczeem/ander eczeem	493	8%	5.471	92%	5.964
S74.00	Dermatomyose(n)	213	5%	3.810	95%	4.024
S03.00	Wratten	224	6%	3.655	94%	3.879
S82.00	Naevus/moedervlek	422	19%	1.838	81%	2.260
S87.00	Constitutioneel eczeem	200	10%	1.823	90%	2.023
S04.00	Lokale zwelling/papel/knobbel huid/subcutis	487	24%	1.511	76%	1.998
S06.00	Lokale roodheid/erytheem huid	196	13%	1283	87%	1.479
S02.00	Pruritus/jeuk	162	12%	1.244	88%	1.406
S11.00	Andere lokale infectie(s) huid/subcutis	139	10%	1.251	90%	1.390
S93.00	Atheroomcyste/epitheelcyste	263	22%	953	78%	1.215
S99.00	Andere ziekte(n) huid/subcutis	340	29%	816	71%	1.156
S79.00	Ander benigne neoplasma huid/subcutis	137	12%	984	88%	1.121
S96.00	Acne	165	18%	737	82%	902
S78.00	Lipoom	217	31%	478	69%	695
S91.00	Psoriasis (met of zonder artropathie)	171	25%	510	75%	681
S29.00	Andere symptomen/klachten huid/subcutis	135	27%	374	73%	509
S77.00	Maligniteit huid/subcutis	295	76%	93	24%	389
S98.00	Urticaria	36	10%	330	90%	367
S23.00	Haaruitval/alopecia	105	37%	181	63%	285
S97.00	Ulcus cruris/decubitus/chronisch ulcus	28	30%	66	70%	94
Totaal		4.429	14%	27.408	86%	31.837

3.4 Verschillen tussen huisartspraktijken

Nu bekend is voor welke diagnoses naar de huidtherapeut wordt verwezen, is het interessant te bezien of er verschillen in verwijsgedrag zijn tussen huisartsen. Is het een selectieve groep die relatief vaak verwijst of verwijzen alle huisartspraktijken wel eens? Dit laatste is niet het geval. Van de 98 deelnemende praktijken hebben 23 praktijken in één of meerdere jaren patiënten verwezen naar de huidtherapeut (Tabel 3.5). De meeste praktijken verwijzen dus vooralsnog niet. Per jaar bezien is het aandeel verwijzers steeds onder de 20%. Zo hebben van de 77 praktijken in 2007 in totaal 14 praktijken (18%)

verwezen naar de huidtherapeut. Wel is er een duidelijk stijgende lijn. In 2005 hebben praktijken 16 keer verwezen naar de huidtherapeut. Vervolgens is dit aantal verwijzingen gegroeid tot 36 in 2006 en 43 in 2007.

Tabel 3.5: Aantal praktijken dat verwijst naar de huidtherapeut en aantal nieuwe verwijzingen per jaar

	2005		2006		2007	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Niet verwezen	62	87%	69	88%	63	82%
Wel verwezen	9	13%	9	12%	14	18%
Aantal verwijzingen	16	17%	36	36%	43	45%
Totaal aantal praktijken	71	100%	78	100%	77	100%

In totaal zijn van 99 huisartspraktijken gegevens bekend. Omdat voor sommige praktijken informatie uit meerdere jaren is gebruikt en voor andere maar voor 1 jaar, is bepaald hoe vaak men gemiddeld per jaar naar de huidtherapeut verwijst. In totaal 75 praktijken, oftewel 77% heeft nooit verwezen naar een huidtherapeut. Kortom, als wordt verwezen naar de huidtherapeut dan is dit in de meeste gevallen hooguit één keer per jaar. Daarnaast zijn er enige verschillen in verwijsgedrag op basis van de grootte van praktijken (Tabel 3.7). Vooral solopraktijken verwijzen met regelmaat naar de huidtherapeut, maar dan gaat het meestal om slechts één verwijzing per jaar. Gezien het kleine aantal verwijzingen per huisarts kan niet met zekerheid gezegd worden of dit ook landelijk opgaat voor niet-LINH-praktijken.

Tabel 3.6: Aantal praktijken dat verwijst naar de huidtherapeut en aantal nieuwe verwijzingen per jaar

Aantal verwijzingen per jaar	Aantal praktijken	Percentage
0 (geen)	77	77%
Max. 1 / jaar	14	14%
2-4 / jaar	6	6%
Meer dan 4 / jaar	2	2%
Totaal	99	100%

Tabel 3.7: Aantal praktijken dat verwijst naar de huidtherapeut per praktijksoort

Aantal nieuwe verwijzingen per jaar	Solo-praktijk	Duo-praktijk	Gezondheidscentrum	Groepspraktijk	Totaal
0 (geen)	41	16	6	14	77
Max. 1 / jaar	10	1	1	2	14
2-4 / jaar	3	0	2	1	6
Meer dan 4 / jaar	1	0	0	1	2
Totaal	55	17	9	18	99

Een mogelijke reden dat de huisarts niet verwijst is omdat er geen huidtherapeuten in de nabijheid gevestigd zijn. Om dit te bepalen is gekeken naar de afstanden tussen LINH-praktijken en NVH-leden, gebaseerd op de afstand van het middelpunt van het postcodegebied van de huisarts tot het midden van de postcode van de huidtherapeut. Gemiddeld genomen zijn huisartsen die niet verwijzen verder weg gelegen van een huidtherapiepraktijk (namelijk 5,7 kilometer) dan huisartsen die wel verwijzen (3,1 kilometer). Dit verschil is significant ($p=0,048$). De meeste verwijzingen naar een huidtherapeut zijn gedaan door huisartsen in hetzelfde postcodegebied als een huidtherapeut (64% van alle verwijzingen). Het zou kunnen zijn dat sommige van deze huidtherapeuten in hetzelfde gezondheidscentrum als de huisarts werken. Daarbij gaat het om een relatief klein aantal huisartsen (13 huisartsen zorgen voor 61 verwijzingen, zie Tabel 3.8). Er wordt dus iets vaker verwezen door huisartsen in de buurt van een huidtherapeut. Tegelijkertijd geldt ook dan dat de meerderheid van praktijken die dichtbij een huidtherapeut zijn gevestigd, toch niet hiernaar verwijzen. Er zijn dus ook andere belemmeringen om naar een huidtherapeut te verwijzen dan alleen de geografische afstand. Welke dat zijn, komt aan bod in hoofdstuk 4.

Tabel 3.8: Aantal nieuwe verwijzingen huisarts ten opzichte van afstand tot huidtherapeut

	Afstand tot postcode huidtherapeut						Totaal	
	0 tot 2500m		2501-7500m		7501m en verder		abs.	%
	abs.	%	abs.	%	abs.	%		
Aantal verwijzingen	61	64%	32	34%	2	2%	95	100%
Aantal praktijken dat verwijst naar huidtherapeut	13	27%	9	28%	1	5%	23	23%
Aantal praktijken dat niet verwijst	36	73%	23	72%	18	95%	77	77%
Totaal aantal praktijken	49	100%	32	100%	19	100%	100	100%

3.5 Samenvatting

Om inzicht te krijgen in de potentiële zorgvraag is in dit hoofdstuk gekeken naar de verwijzingen van huisartsen naar de huidtherapeut. De deelnemende LINH-praktijken hebben over drie jaar 93 keer verwezen naar de huidtherapeut. Verreweg het grootste aantal verwijzingen is voor klachten met haar en acne. Van het totaal aantal verwijzingen voor relevante diagnoses is slechts 1% naar de huidtherapeut verwezen. De huisarts verwijst het grootste aandeel naar de dermatoloog. Van het totaal aantal diagnoses behandelt de huisarts echter zelf het meest: 86% blijft bij de huisarts en 14% wordt verwezen. Ook het aantal praktijken dat verwijst is nu nog klein. Het grootste deel van de praktijken verwijst nog niet: 23% van de praktijken is verantwoordelijk voor alle verwijzingen richting huidtherapeut. Met het restant (77%) heeft de huidtherapeut tot nu toe nog geen verwijsrelatie opgebouwd. Dit illustreert ook de grote groeipotentie die te realiseren is als huisartsen al eens incidenteel richting huidtherapeut verwijzen. Oorzaken voor dit verschillend verwijsgedrag zijn deels gelegen in de eigen praktijkorganisatie en in de afstand tot huidtherapeuten. Zo verwijzen vooral solopraktijken relatief vaker. Wellicht hebben de andere praktijken de zorgvraag omtrent huidproblemen op een andere manier georganiseerd, bijvoorbeeld door middel van doorverwijzing naar fysiotherapeuten of praktijkondersteuners op dezelfde locatie. Praktijken die niet verwijzen zitten wel net iets vaker verder van de huidtherapeut vandaan (5,7 kilometer ten opzichte van 3,1 kilometer). Wanneer meer praktijken gaan verwijzen naar de huidtherapeut, kan het aantal patiënten sterk stijgen. Of dit daadwerkelijk zal gebeuren, hangt onder meer af van de positie die de huidtherapie ten opzichte van verwijzers kan innemen. Daarop wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan.

4 Relatie huidtherapeut met verwijzers

Huidtherapeuten zijn over het algemeen werkzaam als zelfstandige beroepsbeoefenaar binnen de eerste en tweede lijn. Hun zorgaanbod staat echter niet op zichzelf, maar past in een groter geheel van zorgverlening. Patiënten worden veelal doorverwezen via de huisarts of medisch specialist, waarna de huidtherapeut verantwoordelijkheid neemt voor zijn of haar deel van de behandeling (STG, 2002). In dit hoofdstuk staat de relatie van de huidtherapeut met drie typen verwijzers centraal, de huisarts, dermatoloog en plastisch chirurg. Het gaat dan om hoe goed zij op de hoogte zijn met de werkzaamheden van de huidtherapeut, wat hun mening is over de (toekomstige) rol van de huidtherapeut in verband met taakherschikking en hoe dit de verschillen in gedrag tussen de drie typen verwijzers kan verklaren.

4.1 Huidige bekendheid met huidtherapeuten

Wanneer ook naar de aanwezigheid van huidtherapeuten in de bredere omgeving wordt gekeken, komt ook de positie van de huisarts aan bod. Vooral dermatologen zijn op de hoogte van de aanwezigheid van huidtherapiepraktijken in de omgeving (Tabel 4.1). Huisartsen geven daarentegen het vaakst (63%) aan dat er geen huidtherapiepraktijk in de omgeving is. Een mogelijke verklaring is een grotere onbekendheid met huidtherapie, maar daarnaast speelt mee dat huisartsen door het hele land verspreid zijn, inclusief kleinere gemeenten. Specialisten zijn daarentegen veelal in steden gevestigd, waar de kans op de aanwezigheid van een huidtherapeut mogelijk groter is. In ieder geval illustreren de resultaten dat dermatologen over meer mogelijkheden (denken te) beschikken om samenwerking met een huidtherapeut aan te gaan.

Tabel 4.1: Huidtherapiepraktijken al dan niet aanwezig binnen de gemeente van de vestiging van de verwijzer of binnen een straal van 20 km naar type verwijzer

	Derma- tologen	Plastisch chirurgen	Huis- artsen	Totaal
Huidtherapiepraktijken in de gemeente van de vestigingslocatie	81%	67%	41%	63%
Huidtherapiepraktijken in straal van 20 km buiten de gemeente	61%	33%	51%	48%
Totaal	90%	72%	62%	75%

Voor een beeld van de huidige relatie van verwijzers met huidtherapeuten is allereerst aan dermatologen en plastisch chirurgen gevraagd of al huidtherapeuten binnen hun afdeling of ziekenhuislocatie aanwezig zijn. In totaal antwoordt 47% van de dermatologen en 39% van de plastisch chirurgen hierop bevestigend. Als er een huidtherapeut is, gaat het gemiddeld om iets minder dan 2 personen (zie Bijlage II, Tabel II.1).

Vergelijkbare verschillen komen naar voren wanneer gekeken wordt naar de persoonlijke bekendheid van verwijzers met huidtherapeuten. Relatief het vaakst geven huisartsen aan dat er wel huidtherapeuten in de omgeving zijn, maar dat men deze niet persoonlijk kent. Met name dermatologen kennen vaker een huidtherapeut persoonlijk. Ook is het *aantal* huidtherapeuten dat een verwijzer kent onder dermatologen, samen met plastisch chirurgen, het grootst. Gemiddeld kennen zij ongeveer twee huidtherapeuten redelijk, en twee therapeuten goed. Het netwerk van huidtherapeuten onder huisartsen is beduidend kleiner.

Tabel 4.2: Bekendheid van verwijzers met huidtherapeuten in de omgeving naar type verwijzer

	Derma- toloog	Plastisch chirurg	Huis- arts	Totaal
Heeft geen huidtherapeuten in omgeving	10%	28%	38%	25%
Heeft wel huidtherapeuten in de omgeving, maar kent geen van hen persoonlijk	20%	30%	36%	29%
Kent een of meerdere huidtherapeuten in de omgeving redelijk	54%	30%	22%	36%
Kent een of meerdere huidtherapeuten in de omgeving goed	26%	12%	6%	14%
Gemiddeld aantal huidtherapeuten dat men redelijk kent	2,1	2,3	1,3	2,0
Gemiddeld aantal huidtherapeuten dat men goed kent	2,0	1,8	1,0	1,8
Totaal	100%	100%	100%	100%

4.2 Oordelen over en ervaringen met de werkzaamheden van huidtherapeuten

Eén van de belemmeringen die verwijzers kunnen ervaren bij het mogelijk doorverwijzen van patiënten is het feit dat men onvoldoende op de hoogte is van de werkzaamheden die huidtherapeuten verrichten. In het geval van dermatologen en plastisch chirurgen lijkt deze barrière hooguit een beperkte rol te spelen: nagenoeg alle respondenten geven aan tenminste redelijk bekend te zijn met het werk van huidtherapeuten. Onder huisartsen is daarentegen ongeveer een kwart in het geheel niet bekend met het werk van huidtherapeuten. Ook geeft slecht een enkele huisarts (3%) aan zeer goed op de hoogte te zijn van de zorg die door huidtherapeuten wordt verleend. Onder met name dermatologen is dit percentage beduidend hoger, ofschoon nog steeds een minderheid.

Tabel 4.3: Bekendheid van verwijzers met de werkzaamheden die verricht worden door huidtherapeuten naar type verwijzer

	Dermatologen	Plastisch chirurgen	Huisartsen	Totaal
Helemaal niet bekend		3%	26%	10%
Redelijk bekend	61%	69%	71%	67%
Zeer bekend	39%	28%	3%	23%
Totaal	100%	100%	100%	100%

In het verlengde hiervan denkt een meerderheid van de dermatologen en plastisch chirurgen dat huidtherapeuten enigszins of veel toegevoegde waarde hebben. Onder huisartsen is dit percentage beduidend lager (65%). Gemiddeld is driekwart van alle verwijzers van mening dat de huidtherapie toegevoegde waarde heeft. In de volgende paragraaf wordt dieper ingegaan op de zorgaspecten waarbij deze meerwaarde tot uiting komt.

Tabel 4.4: Mening over de toegevoegde waarde van huidtherapeuten ten opzichte van bestaande beroepen naar type verwijzer

	Dermatologen	Plastisch chirurgen	Huisartsen	Totaal
Geen mening	3%	3%	22%	9%
Geen of weinig toegevoegde waarde	16%	14%	13%	14%
Enigszins of veel toegevoegde waarde	81%	83%	65%	76%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Om vast te stellen in hoeverre sprake is van het adagium ‘onbekend maakt onbemind’ kijken we of verwijzers die huidtherapeuten persoonlijk kennen ook meer toegevoegde waarde voor de huidtherapie zien. Dit gaat inderdaad op: wanneer men een persoonlijke band heeft met huidtherapeuten ziet men vaker de meerwaarde van hun werk dan wanneer men elkaar niet persoonlijk kent (89% versus 66%; zie Bijlage II, Tabel II.2).

4.3 Verwijsgedrag naar huidtherapeuten en tevredenheid hiermee

Het feitelijke verwijsgedrag van artsen geeft een duidelijke indicatie van de groeipotentie van de huidtherapie. De meeste dermatologen en plastisch chirurgen hebben al naar huidtherapeuten verwezen en als men eenmaal verwijst, lijkt men ook vaker te verwijzen (meer dan tien keer). Huisartsen zijn echter terughoudender in hun verwijsgedrag. Een kwart heeft nog nooit naar huidtherapeuten verwezen, terwijl ruim de helft (56%) minder dan tien keer naar huidtherapeuten heeft verwezen. Voor een deel speelt hierbij echter ook mee dat huisartsen, gezien hun generalistische karakter, een veel groter scala aan klachten tegenkomen, terwijl dermatologen en plastisch chirurgen juist gespecialiseerd zijn in huidgerelateerde aandoeningen. Overigens kunnen de cijfers voor huisartsen ook vergeleken worden met hoofdstuk 3, waar bleek dat 18% van de praktijken jaarlijks naar een huidtherapeut verwijst. Het feit dat deze grotere steekproef vaker verwijst, zou mede kunnen komen doordat hier geen tijdsafbakening is gemaakt. Daardoor hebben verwijzingen ook langer dan een jaar geleden kunnen plaatsvinden.

Tabel 4.5: Aantal keren patiënten naar een huidtherapeut (binnen of buiten de eigen instelling) verwezen naar type verwijzer

	Dermatologen	Plastisch chirurgen	Huisartsen	Totaal
Nooit	3%	14%	25%	14%
Minder dan 5 keer	16%	11%	32%	20%
5 tot 10 keer	10%	11%	24%	15%
Meer dan 10 keer	71%	64%	19%	51%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Los van de verschillen tussen de drie groepen artsen geldt ook dat als men huidtherapeuten beter kent, men ook vaker naar ze verwijst (Tabel 4.6). Wel is de precieze oorzaak/gevolg relatie niet bekend. Mogelijk verwijst men vaker omdat men de huidtherapeuten in kwestie kent, maar het is ook mogelijk dat men pas in contact is gekomen met huidtherapeuten, nadat men naar ze heeft verwezen. In ieder geval biedt persoonlijk contact ook dan het voordeel dat men beter in staat is om de verleende zorg van de huidtherapeut te beoordelen.

Tabel 4.6: In het verleden al eens patiënten naar een huidtherapeut (binnen of buiten de eigen instelling) verwezen naar bekendheid met huidtherapeuten

	Geen huidtherapeuten in omgeving of kent deze niet persoonlijk	Kent één of meer huidtherapeuten in omgeving redelijk of goed	Totaal
Nooit	24%	2%	14%
Minder dan 5 keer	29%	10%	20%
5 tot 10 keer	21%	8%	15%
Meer dan 10 keer	26%	80%	51%
Totaal	100%	100%	100%

Is men ook daadwerkelijk tevreden met de verleende zorg nadat verwezen is? De drie groepen verwijzers zijn hierin gematigd positief. De meeste personen geven aan tevreden te zijn. Onder plastisch chirurgen is een iets groter aandeel (32%) zeer tevreden. Verder is nagenoeg niemand (zeer) ontevreden. Wanneer men huidtherapeuten persoonlijk kent, is men iets vaker (zeer) tevreden (85% versus 69%). Tegelijkertijd kennen de enkele (zeer) ontevreden gevallen wel één of meerdere huidtherapeuten persoonlijk. Mogelijk hebben negatieve ervaringen hun oordeel bepaald (Tabel 4.8). Elkaar persoonlijk kennen biedt dus niet alleen voordelen, maar versterkt ook de verplichting om goede zorg te verlenen.

Tabel 4.7: Tevredenheid met de zorg verleend door de huidtherapeuten waarnaar verwezen is naar type verwijzer

	Dermatologen	Plastisch chirurgen	Huisartsen	Totaal
Zeer ontevreden	0%	0%	2%	1%
Ontevreden	0%	3%	0%	1%
Niet tevreden, niet ontevreden	17%	16%	29%	20%
Tevreden	66%	48%	63%	59%
Zeer tevreden	17%	32%	6%	19%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel 4.8: Tevredenheid met de zorg verleend door de huidtherapeuten waarnaar verwezen is naar bekendheid met huidtherapeuten

	Geen huidtherapeuten in omgeving of kent deze niet persoonlijk	Kent één of meer huidtherapeuten in omgeving redelijk of goed	Totaal
Zeer ontevreden	0%	1%	1%
Ontevreden	0%	2%	1%
Niet tevreden, niet ontevreden	31%	11%	20%
Tevreden	49%	67%	59%
Zeer tevreden	20%	18%	19%
Totaal	100%	100%	100%

4.4 Toekomstige inzet van huidtherapeuten

Om te bepalen hoe de verwijsmogelijkheden naar de huidtherapie kunnen verbeteren is gevraagd onder welke omstandigheden men vaker naar een huidtherapeut zou verwijzen. Over de drie groepen heen wordt meer bekendheid met het werk van huidtherapeuten het vaakst genoemd. Dit geldt vooral voor huisartsen: van hen noemt driekwart deze barrière. Dermatologen verwijzen vooral meer door als de eigen werkbelasting toeneemt. Huidtherapeuten kunnen dan een bijdrage leveren om de werklust van dermatologen te verminderen. Ook zegt ongeveer een derde van de dermatologen dat men vaker zou verwijzen als de huidtherapie meer gebruik maakt van protocollen. Overigens geldt hierbij dat de NVH inderdaad al diverse protocollen heeft (zoals bijvoorbeeld het stappenplan Huidtherapeutisch Methodisch Handelen en het Hygiëneprotocol van de NVH). Ten dele kan het dus ook zijn dat men onvoldoende bekend is met het bestaan van deze protocollen, hun precieze inhoud en de mate waarin ze nageleefd worden. In die zin lijkt helderheid over protocolgebruik een belangrijker voorwaarde om door te verwijzen dan bijvoorbeeld bevoegdheid om medicatie te kunnen voorschrijven. Het een kan ook als een randvoorwaarde worden gezien voordat aan het ander kan worden voldaan. Tot slot geldt dat 8% van de verwijzers de vraag heeft opengelaten en nog eens 7% heeft (via de categorie 'anders, namelijk') expliciet aangegeven niet vaker te zullen verwijzen. Er is dus een minderheid van tenminste 15% die meer afwijzend staat tegenover de rol die de huidtherapie zou kunnen vervullen.

Tabel 4.9: Omstandigheden waaronder men vaker patiënten naar een huidtherapeut zou verwijzen naar type verwijzer

	Derma- tologen	Plastisch chirurgen	Huis- artsen	Totaal
Groei van de eigen werkbelasting	55%	14%	7%	25%
Meer bekendheid met het werk van de huidtherapeut	23%	31%	75%	43%
Aanwezigheid van (meer) huidtherapeuten in de omgeving	10%	19%	22%	17%
Verandering in de praktijkvoering van huidtherapeuten	13%	17%	6%	12%
Meer gebruik van protocollen door de huidtherapie	32%	8%	23%	21%
Bij bevoegdheid van huidtherapie om lokale anesthesie toe te passen	19%	3%	3%	8%
Bij bevoegdheid van huidtherapie om medicatie toe te schrijven	13%	3%	3%	6%
Anders, nl.	16%	25%	10%	17%
Niet	6%	14%	1%	7%
Geen antwoord gegeven	10%	12%	2%	8%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Aangezien een deel van de artsen nog niet naar huidtherapeuten verwijst, wordt bekeken onder welke omstandigheden deze subgroep vaker zou verwijzen. Dit geeft mede een inzicht in de barrières die tot nu toe lijken te bestaan om te verwijzen (zie Tabel 4.10). De voornaamste barrière blijkt te liggen in onvoldoende bekendheid met het werk van de huidtherapeut: 58% van degenen die nooit verwijzen noemt dit als voorwaarde om vaker te gaan verwijzen. Daarnaast is in deze zelfde groep het aandeel personen die ontkennend of niet antwoordden het grootst: voor deze 25% zijn er geen aanwijzingen dat hun houding op korte termijn zal veranderen.

Tabel 4.10: Omstandigheden waaronder men vaker patiënten naar een huidtherapeut zou verwijzen naar eerder verwijsgedrag

	Nog nooit verwezen	Eén keer of vaker verwezen	Totaal
Groei van de eigen werkbelasting	7%	28%	25%
Meer bekendheid met het werk van de huidtherapeut	58%	40%	43%
Aanwezigheid van (meer) huidtherapeuten in de omgeving	24%	15%	17%
Verandering in de praktijkvoering van huidtherapeuten	3%	13%	12%
Meer gebruik van protocollen door de huidtherapie	3%	24%	21%
Bij bevoegdheid van huidtherapie om lokale anesthesie toe te passen	0%	10%	8%
Bij bevoegdheid van huidtherapie om medicatie toe te schrijven	0%	7%	6%
Anders, nl.	10%	18%	17%
Niet	17%	6%	7%
Geen antwoord gegeven	9%	8%	8%
Totaal	100%	100%	100%

Terwijl bovenstaande informatie een meer algemeen beeld geeft van de verwijsintenties naar huidtherapeuten, kan ook de vraag gesteld worden of men daarnaast plannen heeft om huidtherapeuten in dienst te nemen. Deze vraag is alleen aan dermatologen en plastisch chirurgen gesteld. Van hen geeft 30% aan dat er inderdaad (extra) huid-

therapeuten in dienst genomen kunnen worden. Dit gaat gemiddeld genomen om iets meer dan 1 FTE. Voor specialisten die in ziekenhuizen werken waar al huidtherapeuten gevestigd zijn, geldt dit iets vaker. Gemiddeld willen zij dat de formatie huidtherapeuten met 1,3 FTE wordt uitgebreid (Bijlage II, Tabel II.4).

4.5 Huidige en toekomstige domein van de huidtherapeut

Tot slot van dit hoofdstuk wordt ingegaan op het huidige en toekomstige domein van de huidtherapeut, althans vanuit het oogpunt van verwijzers. Hiervoor is een aantal typen aandoeningen voorgelegd, met de vraag naar welke beroepsgroep men wel eens patiënten verwijst. Op een aantal terreinen is duidelijke overlap te zien tussen het werkveld van de huidtherapeut en andere beroepsgroepen (Tabel 4.11). Zo verwijst men in het geval van primaire of secundaire lymfoedemen zowel naar huidtherapeuten als naar fysiotherapeuten. In het geval van bijvoorbeeld hirsutisme (oftewel overbeharing) wordt juist wel vooral gekozen voor verwijzing naar de huidtherapeut. Tot slot zijn er ook aandoeningen waar verwijzing naar de huidtherapeut minder voor de hand ligt. Dit geldt onder meer voor lokaal gestoorde arteriële doorbloeding, fibromen (bindweefselgezwellen) en benigne en maligne huidtumoren.

Tabel 4.11: Naar welke beroepsgroepen heeft men patiënten wel eens verwezen

	N.v.t. (volledig zelf behandeld)	Ander medisch specialist	Fysio- therapeut	Huid- therapeut	Andere beroeps- groep
Primair of secundair lymfoedeem ¹	4%	32%	52%	57%	5%
Lipoedeem ¹	20%	27%	13%	26%	5%
Veneus oedeem ¹	25%	33%	13%	17%	13%
Hirsutisme, hypertrichosis entrichiasis ¹	4%	27%	1%	57%	14%
Acne en talgobstructies ¹	10%	33%	0%	48%	11%
Littekens en dermatogene contracturen ²	28%	25%	9%	43%	7%
Huidtransplantaten ²	34%	41%	1%	10%	4%
Bloedafwijkingen van de huid (naevus-flammeus, teleangiëctasiën, etc.) ¹	22%	47%	0%	22%	4%
Dyschromieën (vitiligo of hyperpigmentatie) ¹	12%	53%	2%	31%	5%
Lokaal gestoorde arteriële doorbloeding ³	13%	68%	3%	4%	5%
Fibromen ¹	73%	12%	0%	2%	1%
Hydradenitis ¹	47%	38%	0%	7%	0%
Benigne huidtumoren (atheroomcyste etc.) ³	69%	17%	0%	4%	1%
Maligne huidtumoren (huidcarcinoom etc.) ³	45%	46%	0%	0%	2%

Per aandoening is aangegeven of dit in theorie door huidtherapeuten behandeld zou kunnen worden:

1. Bij deze aandoeningen kan de huidtherapeut in principe zelfstandig behandelen.
2. Bij sommige van deze aandoeningen kan de huidtherapeut wel zelfstandig behandelen, bij andere niet.
3. Bij deze aandoeningen ligt zelfstandige behandeling door de huidtherapeut minder voor de hand, tenzij via een behandeld specialist.

Over alle verwijzers heen wordt vooral richting huidtherapeut verwezen vanwege oedeemklachten en hirsutisme. Voor een deel is dit mogelijk gerelateerd aan vergoedingsstructuren via verzekeraars. Zoals blijkt uit vergoedingslijsten van diverse verzekeraars

wordt niet alle zorg die de huidtherapeut levert ook vergoed vanuit de basisverzekering of aanvullende verzekering. Wel is er een (mogelijk beperkte) vergoeding voor onder meer oedeemtherapie, mits er een verwijzing van een arts is. Andere behandelingen waarvoor beperkte vergoeding mogelijk is, zijn acnebehandelingen, camouflagetherapie en behandelingen voor overbehairing in het gelaat. In hoofdstuk 3 kwam op basis van LINH-cijfers naar voren dat huisartsen inderdaad vooral vanwege dergelijke problemen naar de huidtherapeut lijken te verwijzen. Het verwijsgedrag per type verwijzer laat hetzelfde beeld zien (Tabel 4.12). Verder verwijzen dermatologen bij de meeste aandoeningen vaker naar de huidtherapeut dan plastisch chirurgen en huisartsen. Er zijn echter ook uitzonderingen, hoewel verschillen tussen de groepen relatief klein zijn. Zo verwijzen plastisch chirurgen relatief vaker door in het geval van hydradenitis (terugkerende ontsteking van zweetklieren) en in het geval van lipoedeem (een stoornis in de aanmaak van vetweefsel).

Tabel 4.12: Verwijzingen naar de huidtherapeut naar type verwijzer

	Derma- toloog	Plastisch chirurg	Huis- arts	Totaal
Primair of secundair lymfoedeem	65%	61%	46%	57%
Lipoedeem	26%	36%	16%	26%
Veneus oedeem	13%	19%	19%	17%
Hirsutisme, hypertrichosis entrichiasis	87%	42%	43%	57%
Acne en talgobstructies	74%	39%	30%	48%
Littekens en dermatogene contracturen	52%	50%	26%	43%
Huidtransplantaten	6%	19%	4%	10%
Bloedafwijkingen van de huid (naevus flammeus, teleangiëctasiën, etc.)	39%	19%	9%	22%
Dyschromieën (vitiligo of hyperpigmentatie)	52%	28%	14%	31%
Lokaal gestoorde arteriële doorbloeding	3%	6%	3%	4%
Fibromen	6%	0%	0%	2%
Hydradenitis	3%	17%	3%	8%
Benigne huidtumoren (atheroomcyste, etc.)	13%	0%	0%	4%
Maligne huidtumoren (huidcarcinoom, etc.)	0%	0%	0%	0%

Voor wat betreft de toekomst is gevraagd of men binnen twee jaar meer of minder patiënten naar de huidtherapeut denkt te verwijzen (Tabel 4.13). Voor de meeste aandoeningen verwacht men geen grote veranderingen voor de toekomst. Wel zegt ongeveer een derde van de respondenten meer te gaan verwijzen in het geval van hirsutisme, acne en talgobstructies en in het geval van littekens en dermatogene contracturen. Dit zijn ook de diagnoses waarvoor momenteel het vaakst wordt verwezen. Op een aantal andere terreinen ligt meer behandeling door een huidtherapeut ook niet voor de hand. Zo is de rol van de huidtherapeut bij maligne, oftewel kwaadaardige, huidtumoren, hooguit ondersteunend en is het vooral zo dat de dermatoloog(-oncoloog) de behandeling zal coördineren.

Tabel 4.13: Denkt men binnen nu en twee jaar meer of minder patiënten naar de huidtherapeut te gaan verwijzen voor de volgende typen huidaandoeningen

	(Veel) minder dan nu	Even- veel als nu	(Veel) meer dan nu	N
- Primair of secundair lymfoedeem	2%	74%	25%	135
- Lipoedeem	2%	79%	20%	130
- Veneus oedeem	6%	81%	13%	131
- Hirsutisme, hypertrichosis entrichiasis	1%	63%	36%	131
- Acne en talgobstructies	2%	66%	32%	129
- Littekens en dermatogene contracturen	2%	68%	30%	131
- Huidtransplantaten	5%	84%	11%	126
- Bloedafwijkingen van de huid (naevus flammeus, teleangiëctasiën, etc.)	5%	74%	21%	127
- Dyschromieën (vitiligo of hyperpigmentatie)	3%	78%	19%	126
- Lokaal gestoorde arteriële doorbloeding	5%	92%	4%	123
- Fibromen	7%	86%	7%	125
- Hydradenitis	6%	86%	9%	126
- Benigne huidtumoren (atheroomcyste, etc.)	8%	83%	9%	128
- Maligne huidtumoren (huidcarcinoom, etc.)	9%	89%	2%	124
- Anders, nl...	1%	94%	5%	72

Per verwijsgroep bezien wordt de meeste groei in verwijzingen verwacht door dermatologen, gevolgd door huisartsen (Tabel 4.14). Wel is het de vraag of iedereen deze verwachtingen inderdaad zal realiseren, bijvoorbeeld omdat men er ook voor kan kiezen om meer taken te delegeren naar eigen ondersteunende beroepen, zoals de POH of dermatologieverpleegkundige. Het overzicht geeft in ieder geval aan op welke terreinen het grootste groeipotentieel van de huidtherapie ligt. Voor een deel kan het immers zijn dat men uiteindelijk de intentie om meer te verwijzen niet zal uitvoeren.

Een extra overweging die meespeelt is de wijze waarop vergoedingen nu of in de toekomst geregeld zijn. Zo laat ongeveer een vijfde van de dermatologen fibromen (goedaardige huidgezwellletjes) en benigne huidtumoren vaker door de huidtherapeut behandelen, terwijl de huisarts nauwelijks voor deze optie kiest. Uit hoofdstuk 3 kwam op basis van LINH gegevens al naar voren dat de meerderheid van dergelijke aandoeningen, zoals ook bijvoorbeeld atheroomcysten (verstopte talgklieren) niet worden doorverwezen, maar binnen de huisartspraktijk wordt behandeld. Voor een deel hangt hiermee samen dat binnen de zogenaamde Modernisering&Innovatie verrichtingen in de huisartspraktijk dergelijke chirurgische ingrepen extra vergoeding krijgen.⁴ Het is dus mogelijk dat zodra dergelijke vergoedingsstromen wijzigen, dit ook meer of juist minder ruimte biedt voor verwijzingen richting andere zorgaanbieders.

⁴ Zo wordt binnen de M&I-tarieflijsten uitgegaan van een tarief van circa 80 euro voor onder meer excisie van een atheroomcyste, lipoom of fibroom. Ter vergelijking, het verwijderen van wratten of mollusca valt niet onder deze verrichting, maar onder het begrip kleine chirurgie, in regulier consult (NZa, 2007).

Tabel 4.14: Denkt men binnen nu en twee jaar (veel) meer patiënten naar de huidtherapeut te gaan verwijzen voor de volgende typen huidaandoeningen naar type verwijzer (versus (veel) minder of evenveel)

	Derma- toloog	Plastisch chirurg	Huis- arts	Totaal
- Primair of secundair lymfoedeem	26%	18%	31%	25%
- Lipoeedeem	19%	16%	25%	20%
- Veneus oedeem	11%	3%	25%	13%
- Hirsutisme, hypertrichosis entrichiasis	46%	13%	46%	36%
- Acne en talgobstructies	37%	19%	40%	32%
- Littekens en dermatogene contracturen	30%	19%	39%	30%
- Huidtransplantaten	11%	7%	15%	11%
- Bloedafwijkingen van de huid (naevus flammeus, teleangiëctasiën, etc.)	32%	10%	19%	21%
- Dyschromieën (vitiligo of hyperpigmentatie)	22%	7%	27%	19%
- Lokaal gestoorde arteriële doorbloeding	4%	0%	7%	4%
- Fibromen	19%	0%	2%	7%
- Hydradenitis	8%	3%	15%	9%
- Benigne huidtumoren (atheroomcyste, etc.)	21%	3%	2%	9%
- Maligne huidtumoren (huidcarcinoom, etc.)	4%	0%	2%	2%
- Anders, nl.		10%	3%	5%

Voor extra inzicht in het groeipotentieel van de huidtherapie is in Bijlage II een uitsplitsing gemaakt tussen verwijzers die wel of niet verwezen hebben. Voor bijna alle onderdelen verwachten vooral de bestaande verwijzers vaker te gaan verwijzen. In een enkel geval, zoals bij veneus oedeem (vochtophoping gerelateerd aan een slecht werkend veneus bloedvatstelsel) is er geen verschil tussen beide groepen. Deze bevinding illustreert dat het met name een belemmering is om artsen die nog onbekend zijn met de huidtherapie vaker te laten verwijzen. Het groeipotentieel lijkt dus vooral te liggen bij die verwijzers waarbij de huidtherapie al bekend is. Mogelijk kan die ontwikkeling in de toekomst een vliegwieltje betekenen voor het aantal verwijzingen door artsen die nog niet verwijzen.

4.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk komt naar voren dat vooral de dermatoloog en plastisch chirurg over mogelijkheden (denken te) beschikken om samenwerking met een huidtherapeut aan te gaan. Zo geeft 40% van de specialisten aan dat er al huidtherapeuten in hun instellingen werken, verwacht een deel van hen dat het aantal vacatures met huidtherapeuten in de toekomst verder kan uitbreiden, en zijn vooral specialisten vaker op de hoogte van de aanwezigheid van een huidtherapeut in de omgeving. Wel speelt mee dat huisartsen ook minder mogelijkheden hebben om huidtherapeuten te kennen, mede doordat huisartsen door het hele land verspreid zijn, inclusief kleinere gemeenten. De sterkere verwijsrelatie van de huidtherapeut met de dermatoloog en plastisch chirurg ten opzichte van de huisarts komt ook naar voren in de bekendheid met het vakgebied van de huidtherapie. Dermatologen en plastisch chirurgen geven in meerderheid aan dat ze redelijk tot zeer bekend zijn met de werkzaamheden van huidtherapeuten en meer dan 80% ziet ook duidelijke meerwaarde voor huidtherapie. Onder huisartsen is deze bekendheid en waardering lager, deels omdat men huidtherapeuten minder vaak persoonlijk kent.

Voor de toekomst geldt dat artsen, en dan in het bijzonder huisartsen, die onbekend zijn met de huidtherapie, ook verwachten weinig te gaan verwijzen. Het groeipotentieel lijkt dus vooral te liggen bij die verwijzers waarbij de huidtherapie al bekend is. Dit kan een vliegwielt vormen voor andere verwijzers, maar daarnaast zijn ook andere factoren van belang. De belangrijkste die verwijzers zelf benoemen is de groei van de eigen werkbelasting, maar ook meer bekendheid met het werk van de huidtherapeut en een behoefte aan meer gebruik van protocollen door de huidtherapie spelen een rol. Uiteraard is het dan wel van belang dat verwijzers ook daadwerkelijk op de hoogte zijn van dergelijke protocollen, bijvoorbeeld omdat ze zelf als beroepsgroep bij het opstellen ervan betrokken zijn geweest. Zo hebben huisartsen met verschillende disciplines inmiddels zgn. LESA's opgesteld (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken), zodat de precieze taakverdeling beter bekend is. Daarnaast blijkt dat de verwijzers vooral meerwaarde zien bij een aantal aandoeningen. Wanneer sprake is van hirsutisme, acne en talgobstructies of in het geval van littekens en dermatogene contracturen, zegt een derde van de respondenten meer te gaan verwijzen. Een externe factor die mee kan spelen is de vergoedingsregeling vanuit verzekeraars. Zo wordt over alle verwijzers heen relatief veel verwezen naar de huidtherapeut vanwege oedeemklachten. Voor een deel is dit mogelijk gerelateerd aan het feit dat oedeemtherapie (deels) door verzekeraars vergoed wordt, mits er een verwijzing van een arts is. Voor kleine chirurgische verrichtingen, zoals het verwijderen van fibromen of atheroomcysten, geldt echter dat er ook aanvullende financiering is om deze juist in de huisartspraktijk uit te voeren (de zgn. Modernisering&Innovatie-module). Achterliggende overweging is om zo behandeling in de (duurdere) tweedelijns te voorkomen. De invloed van dergelijke vergoedingsstructuren maken het voorspellen van precieze verwijsstromen dan ook moeilijk. Na bespreking van de rol van huidtherapeuten zelf in hoofdstuk 5, wordt in hoofdstuk 6 verder op deze toekomstvoorspellingen ingegaan.

5 Arbeidsmarktpositie huidtherapeuten

In dit hoofdstuk wordt het arbeidsmarktgedrag van huidtherapeuten zelf belicht. Waar werken ze, wat voor activiteiten ondernemen ze en zijn sommige praktijken beter in staat om een breed marktaandeel te verwerven dan andere? Naast registratiegegevens wordt gebruik gemaakt van de bevindingen uit de schriftelijke vragenlijsten.

5.1 Spreiding van de populatie huidtherapeuten in Nederland

Voor een beeld van de marktpositie van huidtherapeuten wordt allereerst de totale omvang van de beroepsgroep en hun spreiding over Nederland beschreven. Voor een indicatie hiervan wordt gebruik gemaakt van de ledenlijst van de Nederlandse Vereniging voor Huidtherapeuten (NVH). In 2008 bestond de ledenlijst uit 437 personen, waarvan 36 personen als aspirant- of erelid niet tot de zgn. potentiële arbeidsmarkt behoren. Van de overige 401 personen was voor 93% (370 personen) een (werk)adres bekend. De spreiding van deze adressen geeft een eerste indicatie van de clustering van huidtherapeuten over Nederland (Tabel 5.1). Vestigen huidtherapeuten zich bijvoorbeeld vooral rondom de opleidingslocatie (Hogeschool Utrecht) of kiest men een breder werkterrein, bijvoorbeeld op basis van de plaats van herkomst? Dit laatste lijkt het geval te zijn. Eenderde van alle huidtherapeuten is gevestigd in Noord-Holland en Noord-Brabant (17,3 en 16,5%). In Zeeland en Groningen zijn daarentegen maar enkele huidtherapeuten, voor zover bekend, gevestigd. Gecorrigeerd voor bevolkingsdichtheid werken huidtherapeuten wel vooral in Utrecht en Flevoland, met respectievelijk 3,8 en 3,2 huidtherapeuten per 100.000 inwoners. Voor Nederland als geheel is dit 2,3. Wederom is met name in Groningen en Zeeland het aandeel huidtherapeuten het laagst.

Tabel 5.1: Regionale spreiding van de vestigingsadressen van huidtherapeuten

	Aantal	Percentage	Aantal per 100.000 inwoners
Utrecht	46	12,4%	3,8
Flevoland	12	3,2%	3,2
Limburg	30	8,1%	2,7
Noord-Brabant	64	17,3%	2,6
Gelderland	49	13,2%	2,5
Friesland	15	4,1%	2,3
Noord-Holland	61	16,5%	2,3
Drenthe	10	2,7%	2,1
Zuid-Holland	57	15,4%	1,6
Overijssel	17	4,6%	1,5
Zeeland	4	1,1%	1,1
Groningen	5	1,4%	0,9
Totaal	370	100,0%	2,3

Voor een gedetailleerder beeld van de spreiding van huidtherapeuten over Nederland worden de praktijkadressen geografisch gepresenteerd. Als gegevensbron is gebruik gemaakt van het overzicht van huidtherapeuten, die zich via de website van de NVH aan de buitenwereld presenteren. Een groot voordeel hiervan is dat per therapeut meerdere adressen zijn opgenomen, indien men in verschillende praktijken werkt. Op die manier kan een uitvoeriger beeld gegeven worden van waar in Nederland huidtherapeutische zorg wordt aangeboden.

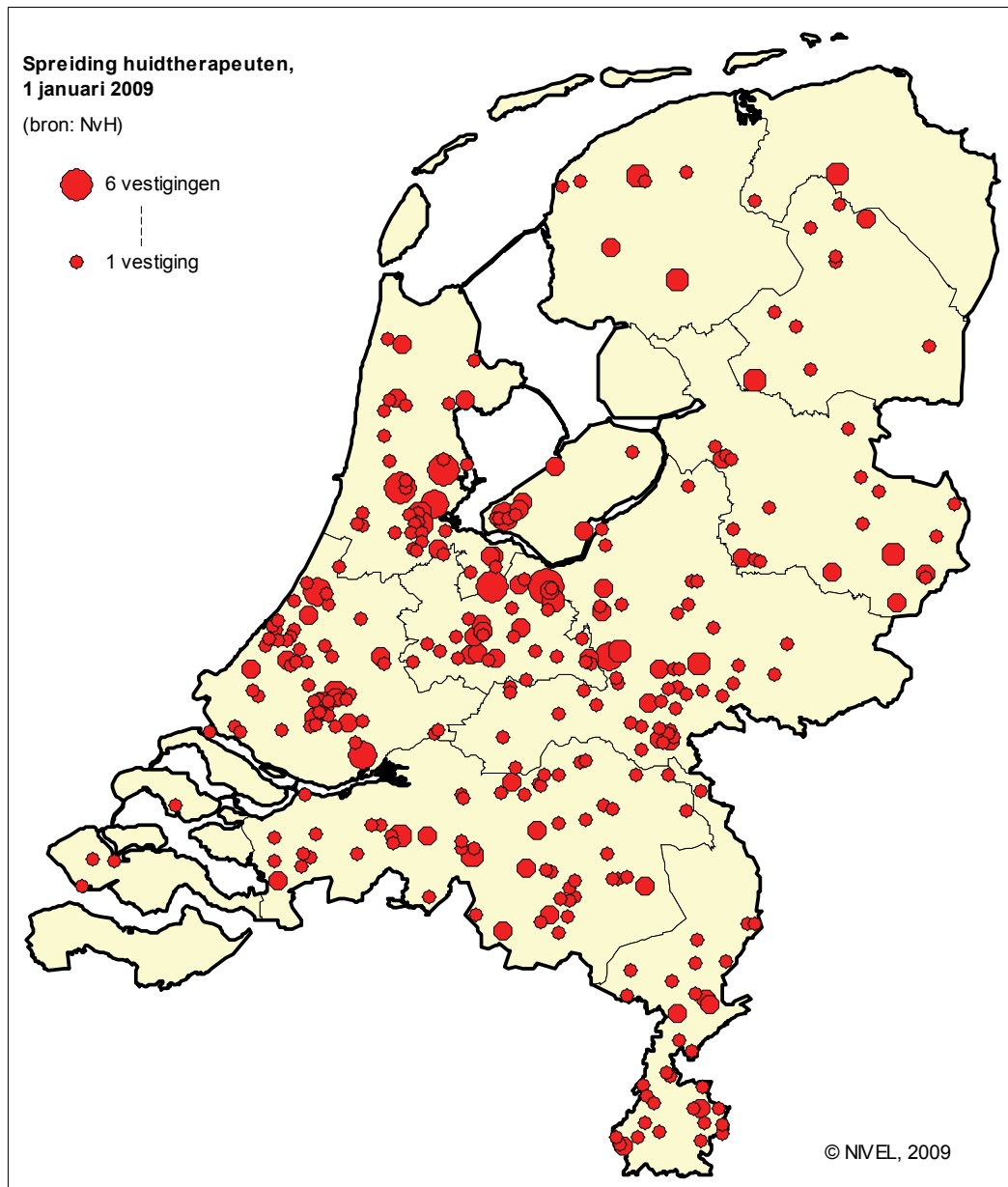
In totaal staan 334 huidtherapeuten vermeld op de website van de NVH, waarvan ruim de helft (59%) met één praktijkadres; 34% heeft twee praktijkadressen en de overige personen (26%) hebben drie of vier praktijkadressen (Tabel 5.2). Deels gaat het hierbij om praktijkhouders die in verschillende praktijken medewerkers in dienst hebben, maar het gaat ook om groepen van bijvoorbeeld twee huidtherapeuten die met elkaar twee praktijken voeren. Samengevat zijn er bijna 500 locaties in Nederland waar patiënten door een huidtherapeut behandeld kunnen worden. Dit komt neer op ongeveer anderhalve (1,48) praktijk per huidtherapeut.

Tabel 5.2: Aantal praktijken per huidtherapeut, januari 2009

	Aantal huidtherapeuten	Percentage	Aantal praktijken per type
1 praktijkadres	197	59%	197
2 praktijkadressen	115	34%	230
3 praktijkadressen	20	6%	60
4 praktijkadressen	2	1%	8
Totaal	334	100%	495

De concentratie van huidtherapeuten in Midden-Nederland komt ook tot uitdrukking in Figuur 5.1. De grootte van de stippen geeft aan hoeveel praktijkadressen binnen een bepaald postcodegebied gevestigd zijn. Meestal betreft het één praktijk, maar in een aantal gevallen komen meer praktijken per postcodegebied voor, met een maximum van zes. De grootste concentratie van huidtherapiepraktijken is te zien in grootstedelijke gebieden als Amsterdam, Den Haag en Rotterdam. Omgekeerd zijn er bijvoorbeeld in Noord-Oost Nederland, Zeeland en Noord-Limburg grote gebieden waar voor zover bekend geen praktijk gevestigd is.

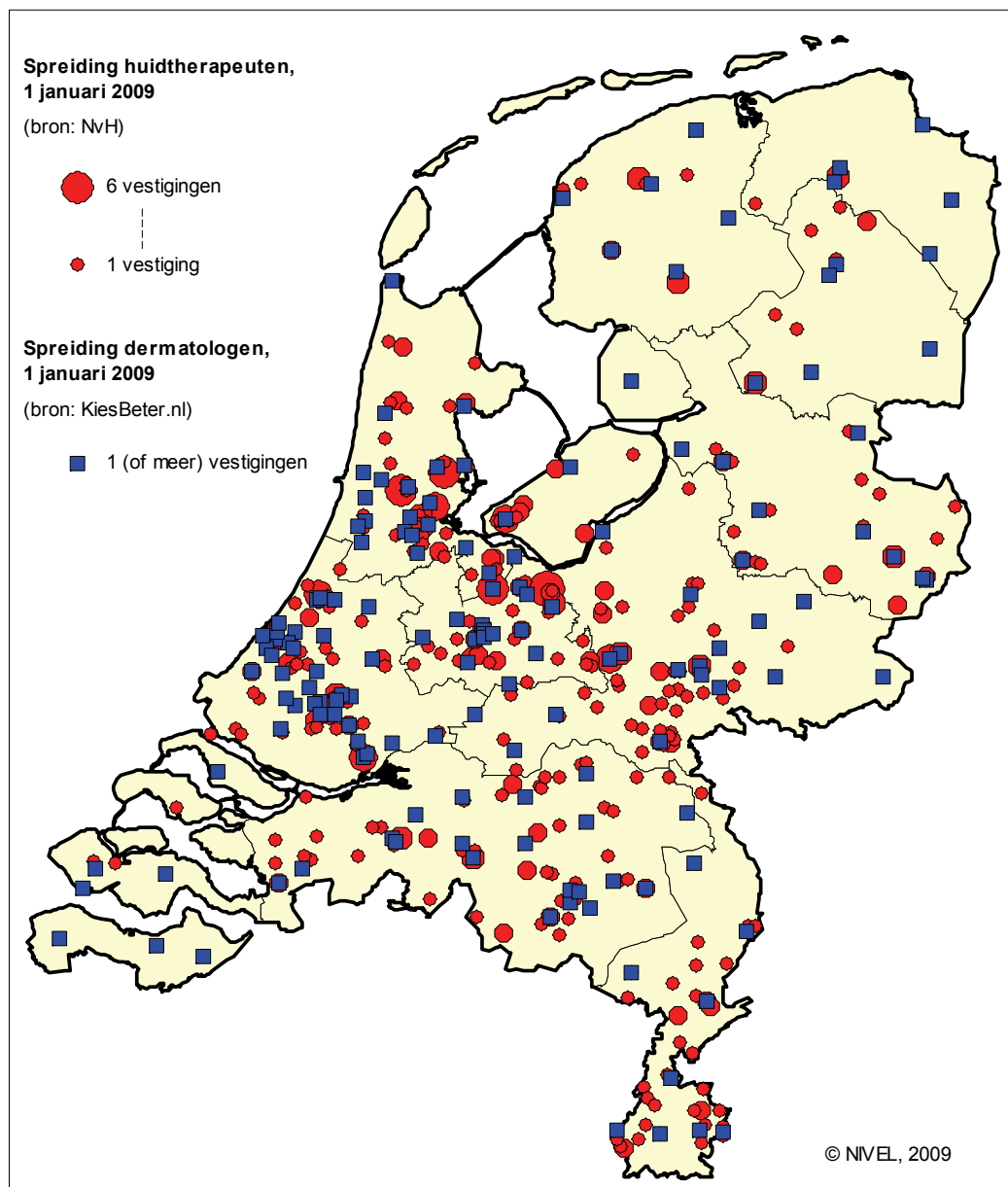
Figuur 5.1: Spreiding huidtherapeuten over Nederland naar aantal vestigingen, januari 2009 (bron NVH)



Een mogelijke overweging om zich ergens te vestigen is of er verwijzers in de buurt zijn, waarvan men patiënten zou kunnen ontvangen. Voor huisartsen lijkt dit patroon niet op te gaan, aangezien deze over heel Nederland verspreid te vinden zijn. Wel is dit mogelijk het geval bij andere verwijzers, zoals dermatologen. Om dit vast te stellen, is middels www.kiesbeter.nl een koppeling gemaakt met adresinformatie van ziekenhuizen, ZBC's en gespecialiseerde centra, waar een dermatoloog werkzaam is (zie Figuur 5.2). In 174 postcodegebieden is minimaal één instellingslocatie met een dermatoloog gevestigd. Vaak zijn ook huidtherapeuten in dezelfde regio gevestigd, maar er zijn ook locaties

zonder huidtherapiepraktijk in de buurt. Wel kan het zijn dat sommige huidtherapeuten niet op de NVH-website staan, maar wel in de buurt van of zelfs binnen een dermatologieafdeling werken. Omgekeerd zijn huidtherapeuten ook in een gebied gevestigd, zonder een dermatoloog in dezelfde regio. Mogelijk betekent dit dat dergelijke huidtherapeuten dan ook minder verwijzingen via de dermatoloog ontvangen en daarmee meer afhankelijk zijn van andere zorgaanbieders.

Figuur 5.2: Spreiding huidtherapeuten t.o.v. dermatologen over Nederland naar aantal vestigingen, januari 2009



5.2 Samenstelling onderzoeksgroep vragenlijsten

Zoals gesteld in hoofdstuk 2 is aan twee groepen huidtherapeuten een enquête voor-gelegd, te weten huidtherapeuten die recent zouden zijn afgestudeerd aan de Hogeschool Utrecht en praktijkhouders die mogelijk al langer als huidtherapeut werkzaam zijn. In de praktijk lijken dit vrij sterk overlappende groepen te zijn. Zo is een deel van de aangeschreven afgestudeerden al eerder afgestudeerd dan volgens de nieuwe opleiding mogelijk is (Tabel 5.3). Een verklaring kan zijn dat soms een collega van een aangeschreven persoon de enquête heeft ingevuld. Dit blijkt ook uit de antwoorden van deze huidtherapeuten. Veelal werd door hen aangegeven dat ze in plaats van de vierjarige HBO-opleiding een verkort opleidingstraject hebben gevolgd.

Om te komen tot een meer eenduidige interpretatie van verschillen tussen groepen huidtherapeuten is de analyse van beide groepen grotendeels samengevoegd. Op basis van de gegeven antwoorden is een nieuwe indeling gemaakt, te weten tussen personen afgestudeerd aan de vierjarige HBO-opleiding van de Hogeschool Utrecht en afgestudeerd aan een andere opleiding. In dit laatste geval gaat het vooral om personen die al langer als huidtherapeut werken en vervolgens de verkorte HBO-opleiding hebben gevolgd, dan wel gebruik gemaakt hebben van het zgn. Certificaat Overgangsopleiding HBO-Huidtherapie. Door beide groepen met elkaar te vergelijken kan gekeken worden of huidtherapeuten die recent na de vierjarige HBO-opleiding op de arbeidsmarkt zijn gekomen in staat zijn om aanvullend marktaandeel te creëren naast de positie van huidtherapeuten met andere opleidingen.

Tabel 5.3: Jaar van afstuderen en type opleiding van de onderzoeksgroep naar aangeschreven groepen: praktijkhouders en recent afgestudeerden

	Enquête praktijkhouders	Enquête recent afgestudeerden	Totaal
Voor 2005 afgestudeerd	93%	23%	32%
In 2005 of later afgestudeerd	7%	77%	68%
<i>4-jarige HBO-opleiding gevolgd*</i>	0%	66%	59%
<i>Andere opleiding gevolgd*</i>	100%	34%	41%
Totaal	15	118	133

*Deze indeling wordt in de rest van dit hoofdstuk gehanteerd.

Afgestudeerden aan de vierjarige opleiding aan de HU zijn duidelijk vaker jonger dan 30 jaar dan de andere groep opgeleiden (92% versus 4%, zie Bijlage III, Tabel III.1). Dit komt overeen met het feit dat bijna al deze personen vrij snel na de middelbare school aan de opleiding zijn begonnen en ook vanaf ongeveer 2005 zijn afgestudeerd. De afgestudeerden aan andere opleidingen zijn zoals ook te verwachten al langer werkzaam in de huidige praktijk (Tabel III.2). Zo is bijna de helft van de afgestudeerden aan andere opleidingen al voor 1999 als huidtherapeut in de huidige praktijk werkzaam, terwijl de eerste lichte afgestudeerden aan de HU vanaf 2005 de arbeidsmarkt zou hebben betreden.

5.3 Zoekgedrag van niet-werkzame en werkzame huidtherapeuten

Verreweg de meeste huidtherapeuten zijn momenteel ook als zodanig werkzaam: 15% heeft momenteel geen baan als huidtherapeut, hetgeen mede samenhangt met de oververtegenwoordiging van recent afgestudeerden in de steekproef (Tabel 5.4). Alleen van de personen die de vragenlijst voor recent afgestudeerden hebben ontvangen is te bepalen of dit gewenst dan wel ongewenst is, en welke zoekacties men heeft ondernomen. In totaal gaat het om 19 personen, waarvan 12 personen (63%) momenteel niet op zoek zijn naar een nieuwe baan als huidtherapeut en 7 personen (37%) wel. Van die 12 personen zochten 5 personen tijdens of vlak na hun afstuderen wel een baan als huidtherapeut. De meesten van hen blijken uiteindelijk een andere opleiding te zijn gaan volgen. Overigens zijn alle 7 werkzoekenden in 2007 afgestudeerd. Er is dus wel mogelijk sprake van enige frictiewerkloosheid voordat men aan de slag kan, maar er zijn geen aanwijzingen dat recent afgestudeerde huidtherapeuten voor langere periode werkloos blijven.

Tabel 5.4: Al dan niet momenteel werkzaam als huidtherapeut naar soort opleiding

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Niet werkzaam	6%	21%	15%
Wel werkzaam	94%	79%	85%
Totaal	53	77	130

Binnen de groep werkzame huidtherapeuten is wederom alleen van de groep ‘recent afgestudeerden’ te zien welke activiteiten ze hebben ondernomen voordat ze een baan wisten te vinden. De meesten van hen (tweederde) geven aan niet te hebben gesolliciteerd voordat ze aan hun huidige baan begonnen. Van de groep die wel heeft gesolliciteerd, hoefde 47% slechts 1 keer te solliciteren en 25% solliciteerde twee keer voordat ze hun huidige baan vonden (tabel niet weergegeven). Kijkend naar welke activiteiten men precies heeft ondernomen, blijkt dat 59% van de huidtherapeuten bezig zijn (geweest) om een eigen praktijk op te richten. Andere zoekactiviteiten komen minder vaak voor, behalve de categorie ‘anders, namelijk’. Hierbij gaat het vooral om personen die via hun stageadres na afstuderen konden blijven werken (geantwoord door de helft van de personen die deze categorie invulde). De bijbehorende Tabel III.3 is terug te vinden in Bijlage III).

5.4 De arbeidssituatie van werkzame huidtherapeuten

Als het gaat om de wijze waarop huidtherapeuten werkzaam zijn, zijn er mogelijk verschillen tussen personen met de vierjarige HBO-opleiding en andersopgeleiden. Voor wat betreft de omvang van de werkweek is dit maar ten dele het geval (Tabel 5.5): beide groepen werken ongeveer even vaak fulltime als parttime. Wel werken HU-afgestudeerden gemiddeld parttime veel meer uur, dan de andere parttimers (24,2 uur ten opzichte van 13,0 uur). Huidtherapeuten die fulltime werken, doen dat gemiddeld ongeveer 42 uur.

In totaal werken beide groepen afgestudeerden nagenoeg evenveel, nl. 32,5 en 32,0 uur. In 2004 was de gemiddelde arbeidsomvang van huidtherapeuten overigens iets lager, namelijk 29,0 uur per week (Vugts e.a., 2005).

Tabel 5.5: Type contract en aantal werkuren per week

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Percentage parttime	56%	52%	54%
Percentage fulltime	44%	48%	46%
Gem. aantal uur parttime	13,0	24,2	18,7
Gem. aantal uur fulltime	42,5	41,5	41,7
Gem. aantal uur totaal	32,0	32,5	32,2
Totaal	50	61	111

Een mogelijke indicator voor hoe succesvol men in de praktijk is, is hoeveel men zou willen werken. Bij tegenvallende zorgvraag is men immers minder tijd werkzaam dan men zou willen, terwijl bij een overmatige zorgvraag men wellicht minder zou willen werken, maar dat niet kan realiseren. In de praktijk zijn de meeste huidtherapeuten tevreden met het aantal uur dat ze werken. Wel wil vooral een groot deel van de vierjarige HBO-afgestudeerden meer werken (Tabel 5.6). De meesten willen dan in totaal graag 36 of 40 uur per week werken (tabel niet weergegeven). Blijkbaar is het voor hen moeilijk om voldoende formatie te verkrijgen, maar is dit veel minder een probleem voor langer werkzame huidtherapeuten.

Tabel 5.6: De wens om meer of minder te werken

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Meer uren	9%	47%	30%
Geen verandering	69%	43%	55%
Minder uren	22%	10%	15%
Totaal	45	61	106

Een ander belangrijk aspect van de werksituatie is de plek waar men werkt. De meeste huidtherapeuten (65%) zijn in één praktijk werkzaam (Tabel 5.7). De recent afgestudeerden werken wel vaker in meerdere praktijken, wellicht doordat zij nog kort op de arbeidsmarkt zijn en nog niet één volledige baan hebben kunnen vinden. Overigens komen deze resultaten sterk overeen met Tabel 5.2 met daarin de verdeling over het aantal praktijken van de populatie. De steekproef is op dit onderdeel dus nagenoeg representatief voor de populatie.

Tabel 5.7: Aantal praktijken waar een huidtherapeut werkzaam is

Aantal praktijken	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
1	78%	54%	65%
2	18%	39%	30%
3	4%	5%	5%
4	0%	2%	1%
Totaal	49	61	111

Zoals uit paragraaf 5.3 bleek, zijn veel huidtherapeuten na hun afstuderen bezig geweest met het oprichten van een praktijk. Veel huidtherapeuten werken dan ook in een eigen praktijk, uitgaande van de hoofdpraktijk waarin men werkt (Tabel 5.8). Wel geldt dit vooral voor langer afgestudeerde huidtherapeuten: 92% werkt in een eigen praktijk versus 66% onder de HU-afgestudeerden. Ook heeft de eerste groep vooral een eigen praktijk aan huis, terwijl HU-afgestudeerden juist relatief vaker praktijk houden in een gezondheidscentrum (41%). Een deel van de verklaring is historisch van aard: de langer afgestudeerden zijn immers veelal gestart in een periode dat de beroepsgroep relatief klein was en er weinig andere mogelijkheden waren dan een eigen praktijk te starten. Recent afgestudeerden hebben meer keuzemogelijkheden en hebben mogelijk ook een sterkere voorkeur om samen met anderen binnen een praktijk te werken in plaats van solo. Binnen andere beroepsgroepen, zoals huisartsen, is een zelfde ontwikkeling te constateren (Hingstman & Kenens, 2008). Deels kan dit komen doordat men in een groepspraktijk of gezondheidscentrum minder opstartkosten heeft, zoals de huur en inrichting van de praktijkruimte. Daarnaast biedt het ook inhoudelijke voordelen, bijvoorbeeld vanwege overlegmogelijkheden, die een klassieke praktijk aan huis minder biedt.

Tabel 5.8: Soort praktijk waar een huidtherapeut werkzaam is (hoofdpraktijk)

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Eigen praktijk aan huis / buitenshuis (zelfstandige praktijkruimte)	54%	21%	37%
Eigen praktijk in een ziekenhuis	15%	4%	9%
Eigen praktijk in een gezondheidscentrum	19%	41%	30%
Eigen praktijk in een privékliniek	4%	0%	2%
Waarnemend / als invaller bij een huidtherapiepraktijk	0%	2%	1%
In loondienst bij een extramurale huidtherapiepraktijk	0%	13%	7%
In loondienst bij huidtherapiepraktijk in ziekenhuis	6%	4%	5%
In loondienst bij huidtherapiepraktijk in gezondh.centrum	0%	9%	5%
In loondienst bij huidtherapiepraktijk in privékliniek	2%	4%	3%
In loondienst bij een medisch specialist	0%	4%	2%
Totaal	48	56	105

Een groot deel van de huidtherapeuten werkt weliswaar in één praktijk, maar er zijn ook combinaties van meerdere praktijken mogelijk (zie Tabel 5.9 voor een overzicht). Ook nu komt naar voren dat vooral de andersopgeleiden in 1 praktijk werken. De startende positie

van HU-studenten komt onder andere naar voren uit het feit dat ze vaker op een tweede plek in loondienst werken.

Tabel 5.9: Soorten combinaties van praktijken waar een huidtherapeut werkzaam is

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
1 eigen praktijk	70%	41%	55%
2 of meer eigen praktijken	16%	14%	15%
1 eigen praktijk & 1 loondienst	4%	16%	10%
1 loondienst contract	10%	18%	14%
2 of meer loondienstcontracten	0%	12%	6%
Totaal	50	51	101

Het beeld van de huidtherapie als een discipline met een hoge mate van ondernemerschap wordt ondersteund door Tabel 5.10, waaruit blijkt dat 53% de praktijk zelf heeft opgericht. De afgestudeerden aan een andere opleiding hebben duidelijk vaker dan de afgestudeerden aan de HU de praktijk zelf opgericht (69% tegenover 43%). Dit verschil komt mogelijk doordat deze afgestudeerden al langer in het vak zitten. De meesten zijn immers eerder dan 2005 afgestudeerd en dus ook langer werkzaam (zie Bijlage III). Voor hen was er dan ook minder mogelijkheid om zelf al in een bestaande praktijk aan te sluiten.

Tabel 5.10: Praktijkhistorie: ontstaan praktijk

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Zelf opgericht	69%	43%	53%
Met één of meerdere collega's opgericht	11%	10%	10%
Door andere huidtherapeut opgericht en hierbij aangesloten	6%	26%	18%
Anders	14%	21%	18%
Totaal	36	61	97

Tot slot is gekeken naar de knelpunten die huidtherapeuten ondervinden bij het oprichten of het mede-eigenaar worden van een praktijk (Bijlage III, Tabel III.4 en 5). Bij het oprichten van een eigen praktijk noemen huidtherapeuten het vaakst als knelpunten het verwerven van voldoende marktaandeel (door 29% genoemd) en de vereiste kennis van bedrijfsvoering (30%). Om mede-eigenaar te worden in een praktijk zijn knelpunten onder meer de onzekerheid over de markt voor huidtherapie (27%) en het vinden van een praktijk waarmee het 'klikt' (20%). Afgestudeerden aan een andere studie noemen daarnaast relatief vaker het vinden van een geschikte praktijk waar ruimte is (27%).

5.5 Patiëntgebonden activiteiten en herkomst van patiënten

Mede samenhangend met de samenstelling van de beroepsgroep (relatief jong en vrouw) werken huidtherapeuten veelal in deeltijd. Van deze tijd is men voor het grootste deel feitelijk bezig met patiëntgebonden activiteiten. Hierbij is nauwelijks verschil tussen de afgestudeerden aan een andere opleiding en de afgestudeerden aan de HU (Tabel 5.11). Wel besteden de huidtherapeuten die afgestudeerd zijn aan een andere opleiding een uur per week meer aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Ook dit hangt deels samen met het feit dat zij relatief iets vaker een eigen praktijk hebben, met daardoor bijvoorbeeld meer administratieve lasten tot gevolg.

Tabel 5.11: Verdeling inhoud van werktijd

	Andere opleiding gevolgd aantal uur	4-jarige HBO- opleiding gevolgd aantal uur	Totaal aantal uur
Direct patiëntgebonden activiteiten	24,2	24,5	24,3
Indirect patiëntgebonden activiteiten	4,5	4,6	4,5
Niet-patiëntgebonden activiteiten	5,5	4,6	5,0
Totaal aantal uur per week	34,1	33,1	33,6

Een vervolgvraag is aan welke zorgvraagaspecten de huidtherapeut de meeste tijd besteedt. Het gemiddeld aantal patiënten dat een huidtherapeut behandelt per week is 42. De huidtherapeut is met het behandelen gemiddeld 1270 minuten bezig, oftewel 21,2 uur per week. Ook op deze manier gevraagd besteedt men ruim 20 uur per week aan behandeling. Per activiteit bekeken komen de meeste patiënten, 10 per week, voor manuele lymfedrainage/oedeemtherapie (een opeenhoping van vocht) (Tabel 5.12). Dit is ook een aandoening waar een huidtherapeut per behandeling relatief lang mee bezig is (40 minuten gemiddeld). Het gevolg is dan ook dat deze aandoening bijna een derde van de 21 uur patiëntentijd opneemt. In aantallen patiënten bezien is er ook duidelijke zorgvraag voor acnetherapie, licht/lasertherapie en epilatie (elk ongeveer 5 patiënten per week). Dit komt overeen met de bevinding in hoofdstuk 4 dat dermatologen, plastisch chirurgen en (in iets mindere mate) huisartsen vooral patiënten naar de huidtherapeut verwijzen in het geval van ‘primair of secundair lymfoedeem’, ‘hirsutisme, hypertrichosis entrichiasis’ (in verband met overbeharing) en ‘acne en talgobstructies’. Voor andere behandelingen gaat het om relatief weinig patiënten per week, hoewel ze soms wel meer tijd vergen per behandeling. Dit geldt bijvoorbeeld voor het aanmeten van een borstprothese of camouflage-therapie. Met beide activiteiten is men weliswaar 40 minuten per patiënt bezig, maar gaat het gemiddeld genomen om minder dan één patiënt per week.

Beide opleidingsgroepen verschillen overigens maar in beperkte mate in het aantal patiënten per behandeling. De afgestudeerden aan de HU hebben gemiddeld iets meer patiënten voor lymfetaping (per week meer dan 1 patiënt meer). De anders opgeleiden behandelen meer patiënten voor epilatie (ontharing), licht/lasertherapie en littekentherapie (per week meer dan 1 patiënt meer). Voor een deel hangt dit mogelijk samen met het feit dat net startende huidtherapeuten minder budget hebben om te investeren in geavanceerde

apparatuur om bepaalde behandelingen te verrichten. Of men inderdaad bijvoorbeeld beschikt over een laserapparaat is niet bekend.

Tabel 5.12: Gemiddeld aantal patiënten per huidtherapeut per week en gemiddeld aantal minuten per behandeling per week

	Aantal patiënten per huidtherapeut	Gemiddeld aantal minuten per persoon per behandeling	Totaal aantal minuten per huidtherapeut per week	% van tijd per behandeling
Epilatie (elektrisch)	4,8	32	150	12%
Acnetherapie	5,5	36	199	16%
Camouflagetherapie	0,6	40	23	2%
Dermatografie /tatoeage	0,1	38	3	0%
Manuele lymfedrainage/ oedeemtherapie	10,2	40	411	32%
Lymfetaping	3,3	13	42	3%
Bandageren	3,3	22	73	6%
Aanmeten elastische armen beenkousen	2,8	20	56	4%
Massagetherapie	0,7	30	22	2%
Coagulatie wratten	0,6	21	12	1%
Coagulatie bloedvaten	1,0	23	23	2%
Licht/lasertherapie	5,2	27	143	11%
Iontoforesetherapie	0,2	17	3	0%
Litteketherapie	2,4	28	66	5%
Wondverzorging	0,6	28	17	1%
Aanmeten borstprotheses	0,1	40	4	0%
Anders namelijk	0,6	41	23	2%
Totaal	41,8	496	1270	100%

Een laatste aspect van de patiëntenstromen is de herkomst van patiënten. Ten opzichte van 2004 zijn hierin duidelijke verschillen te zien (Vugts e.a., 2005). Kwam destijds nog 16% op eigen initiatief, in 2008 is dit aandeel toegenomen naar 31% (Tabel 5.13). Mogelijk is dit een indicatie van de verbeterde bekendheid van huidtherapeuten bij het grote publiek. Daarnaast wordt een groot aandeel patiënten via de huisarts of dermatoloog doorverwezen (gemiddeld respectievelijk 3,1 en 2,3 patiënten per huidtherapeut). Via de overige beroepsgroepen, waaronder de plastisch chirurg, wordt slechts een klein aandeel van het aantal patiënten doorverwezen naar de huidtherapeut. In totaal komen er gemiddeld 11,1 nieuwe patiënten binnen per maand. Dit gemiddelde verschilt nauwelijks tussen huidtherapeuten die de HBO-opleiding aan de HU hebben gevolgd en andersopgeleiden. De laatste groep krijgt hooguit 1 patiënt meer per maand binnen (11,7 vs. 10,6 patiënten). In termen van nieuw marktaandeel blijven recent gestarte huidtherapeuten dus nauwelijks achter.

Tabel 5.13: Aantal patiënten per maand naar manier om bij de huidtherapeut te komen

	Gemiddeld aantal patiënten	%
Op eigen initiatief	3,5	31%
Door huisarts	3,1	28%
Door dermatoloog	2,3	21%
Door gynaecoloog	0,0	0%
Door vaatchirurg	0,2	2%
Door internist	0,1	1%
Door plastisch chirurg	0,7	6%
Door revalidatie-arts	0,0	0%
Door fysiotherapeut	0,4	4%
Door schoonheidsspecialist	0,2	2%
Anders	0,5	4%
Totaal	11,1	100%

5.6 Ondernomen marktactiviteiten

De huidtherapie is vanzelfsprekend afhankelijk van de (grootte van de) instroom van patiënten. Belangrijk daarvoor is onder andere de bekendheid onder beroepsgroepen die naar de huidtherapeut (kunnen) verwijzen. Om (extra) patiënten te werven, kan de praktijk acties ondernemen om zichzelf meer onder de aandacht te brengen. In de meeste praktijken gebeurt dit ook; slechts 10% van de huidtherapeuten hebben geen acties ondernomen om hun praktijk onder de aandacht te brengen. De rest onderneemt op verschillende manieren actie (Tabel 5.14). Bijna alle praktijken sturen brieven of patiëntenfolders aan huisartsen (91%) en deze manier van acquisitie wordt ook vaak gebruikt richting andere beroepsgroepen. Circa de helft van de huidtherapeuten maakt ook een persoonlijke afspraak met de huisarts, dermatoloog of schoonheidsspecialist om hun werkzaamheden onder de aandacht te brengen (respectievelijk 46, 47 en 59%). Tot slot wordt veelvuldig aangegeven dat men ook andere activiteiten onderneemt. Binnen deze categorie wordt onder meer aangegeven dat men telefonisch contact opneemt met verwijzers, maar ook andere activiteiten ontplooit, zoals het geven van een lezing, het organiseren van open dagen of het houden van specifieke spreekuren, bijvoorbeeld op het terrein van een bepaalde aandoening. Recent afgestudeerde huidtherapeuten maken vaker gebruik van een brief of patiëntenfolder dan langer werkzame personen. Mogelijk omdat de laatste groep meer verwijzers persoonlijk kennen, gebruiken ze vaker persoonlijke afspraken als acquisitiemiddel.

Tabel 5.14: Onder de aandacht brengen bij andere beroepsgroepen

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Huisarts (n=85)			
Een brief of patiëntenfolder	78%	98%	91%
Een persoonlijke afspraak	25%	58%	46%
Andere activiteiten	25%	13%	19%
Totaal	32	52	85
Dermatoloog (n=83)			
Een brief of patiëntenfolder	53%	86%	73%
Een persoonlijke afspraak	53%	44%	47%
Andere activiteiten	22%	12%	16%
Totaal	32	50	83
Schoonheidsspecialist (n=17)			
Een brief of patiëntenfolder	50%	62%	59%
Een persoonlijke afspraak	75%	54%	59%
Andere activiteiten	0%	15%	12%
Totaal	4	13	17
Andere beroepsgroep (n=54)			
Een brief of patiëntenfolder	33%	77%	61%
Een persoonlijke afspraak	39%	46%	44%
Andere activiteiten	56%	14%	28%
Totaal	18	35	54

Naast het onder de aandacht brengen bij andere beroepsgroepen, kunnen huidtherapeuten ook naamsbekendheid krijgen door te adverteren. Veel huidtherapeuten doen dit (Tabel 5.15). Bijna iedereen staat vermeld op de website van de NVH. Ook staan de meesten in de telefoongids/Gouden gids. Vooral de recent afgestudeerden maken ook gebruik van een eigen website.

Tabel 5.15: Manier van adverteren

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Eigen website van de praktijk	50%	84%	69%
Vermeld in Telefoongids / Gouden Gids	88%	75%	81%
Vermeld in (digitale) Gemeentegids	62%	41%	51%
Vermeld op website van de NVH	96%	93%	95%
Advertenties in lokale / regionale media	26%	66%	47%
Anders	20%	23%	21%
Totaal	50	61	112

Patiënten zelf kunnen natuurlijk ook om een bepaalde reden voor een (bepaalde) huidtherapeut kiezen. In Tabel 5.16 zijn de redenen te zien, waarvan huidtherapeuten denken dat voor hun praktijk gekozen wordt. Het vaakst wordt voor een praktijk gekozen op advies van een huisarts of een andere verwijzer (81%). Daarnaast raden ook regelmatig kennissen, familie of vrienden een bepaalde praktijk aan. De prijs-kwaliteitverhouding

speelt hierbij volgens de meeste huidtherapeuten niet echt een rol. Zoals in de tabel te zien is, hebben de meeste afgestudeerden aan de HU nog niet het voordeel van vaste relaties met de cliënten, vermoedelijk doordat zij pas kort op de arbeidsmarkt actief zijn.

Tabel 5.16: Reden om te kiezen voor een praktijk (n=112)

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Aangeraden door kennissen, familie, vrienden	72%	77%	75%
Vestigingsplaats	38%	56%	48%
Vaste relatie met cliënten	30%	16%	22%
Advies van huisarts of andere verwijzer	86%	77%	81%
Prijs – kwaliteitsverhouding	6%	18%	13%
Indruk tijdens eerste gesprek	24%	26%	25%
Mijn subspecialisatie in:	28%	8%	17%
Anders	12%	5%	8%
Totaal	50	61	112

5.7 Succesvolle praktijken

Door de tijd heen ervaren huidtherapeuten een groei van de zorgvraag binnen hun praktijken. In 2007 kwamen gemiddeld 7 personen per maand nieuw bij de huidtherapeut; in 2008 is dit aantal 11 geworden (tabel niet weergegeven). Het aantal patiënten dat per maand nieuw bij de huidtherapeut komt, is daarmee in de beleving van huidtherapeuten toegenomen met 57%. Om te bepalen welke huidtherapeuten meer succesvol zijn en wat de mogelijke succesfactoren zijn voor een praktijk, wordt vervolgens een aantal aspecten van de praktijkvoering nader bekeken. Omdat succes niet eenduidig te formuleren is en mede afhangt van wat een huidtherapeut zelf als doelstelling nastreeft, worden verschillende indicatoren behandeld, elk met hun eigen voor- en nadelen:

- Eén indicatie van succes is het *aantal nieuwe patiënten* dat maandelijks de praktijk bezoekt. Dit geeft immers aan of een praktijk voldoende werk heeft. Overigens hoeft een lage instroom niet automatisch te betekenen dat een praktijk minder succesvol is. Het betekent mogelijk ook dat men al voldoende werk heeft op basis van bestaande patiënten. Bij deze indicator is overigens niet gecorrigeerd voor het aantal uur dat iemand werkt, aangezien sommige personen meer en andere juist minder willen werken. De andere indicatoren worden niet vertekend door het aantal uur dat men werkt.
- Een tweede gerelateerde indicator is de *herkomst* van deze patiënten. Komt men bijvoorbeeld alleen maar via één type verwijzer, dan is men mogelijk kwetsbaar, omdat men niet een brede instroom heeft via meerdere kanalen. Wel heeft men dan blijkbaar een goede verwijsrelatie met die beroepsgroep.
- Ter compensatie van bovengenoemde nadelen wordt ook gekeken welk *aandeel van de patiënten van verder weg* komt. Dit geeft mogelijk aan dat een praktijk in een bredere omgeving bekendheid heeft, en daardoor een aanzuigende werking vanuit nabijgelegen regio's.

- Een ander aspect is het *aantal verschillende behandelingen* dat men verricht: is een huidtherapeut gespecialiseerd in hooguit enkele soorten behandeling of biedt men juist een breder scala van huidzorg aan? Ook hierbij geldt dat een beperkt aantal behandelingen weliswaar een teken van specialisatie kan zijn, maar dat het ook kwetsbaarder maakt omdat een minder groot marktgebied te behandelen is.
- Als laatste wordt gekeken hoe actief men zich middels marktactiviteiten *naar buiten presenteert*, geïndiceerd door het aantal verschillende vormen van contact met verwijzers. De vraag is vervolgens of dit zich ook terugvertaalt in het feitelijk marktaandeel dat men verwerft.

Samen bieden deze indicatoren een breed beeld van de bedrijfsvoering van huidtherapiepraktijken. In alle gevallen wordt aan de hand van een significantietoets (een zgn. t-test) bekeken of de gemiddelde scores van twee groepen zo groot zijn dat ze naar verwachting ook in de populatie gevonden kunnen worden. In dat geval is de score vetgedrukt.

Voor een eerste beeld wordt gekeken naar het verschil in opleidingsachtergrond. Uit Tabel 5.17 is af te lezen dat huidtherapeuten afgestudeerd aan de HU gemiddeld 11,6 nieuwe patiënten per maand krijgen, tegenover 10 nieuwe patiënten voor afgestudeerden aan een andere opleiding. Daarentegen krijgen zij minder vaak patiënten die doorverwezen worden door de dermatoloog. Deze verschillen zijn echter niet significant. Wat wel verschilt, is het aantal marktactiviteiten tussen de groepen. De afgestudeerden aan de HU ondernemen gemiddeld ongeveer 3 van de marktactiviteiten genoemd in Tabel 5.14, voor de andere huidtherapeuten is dit aantal significant minder. Een inhoudelijke reden waarom huidtherapeuten mogelijk een groter of kleiner marktaandeel hebben, is het feit dat ze nog minder ervaring hebben. Als indicatie hiervan is gekeken naar het aantal jaar ervaring van een huidtherapeut in de huidige praktijk (zie Bijlage III, Tabel III.6). Een tweedeling is gemaakt tussen personen die al vóór 2006 al werkzaam waren in de huidige praktijk en personen die daar korter werken. De laatste groep blijkt significant meer marktactiviteiten te ondernemen. Wellicht zijn langer werkzame huidtherapeuten al meer geroutineerd, beschikken ze over een vast klantenbestand en hebben ze al langdurige relaties met andere beroepsgroepen. Het is onduidelijk of ze hierdoor ook minder nieuwe patiënten ontvangen. Geen van de verschillen in patiëntenaantallen is namelijk significant.

Tabel 5.17: Verschillen tussen opleidingsachtergrond

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO- opleiding gevolgd
Aantal nieuwe patiënten	10.0	11.6
Op eigen initiatief gekomen	3.5	3.5
Verwijzingen van huisarts	2.9	3.4
Verwijzingen van dermatoloog	3.0	1.8
Overig verwezen	2.4	2.0
Percentage patiënten verder dan 30 km buiten gemeente	12.8%	10.5%
Aantal verschillende behandelingen	7.2	7.7
Marktactiviteiten	2.0*	2.9*

*p=0,022.

Het functioneren van een praktijk hangt mogelijk mede samen met de hoeveelheid andere huidtherapiepraktijken in de omgeving. Enerzijds kan dit minder patiënten opleveren, maar anderzijds zet men daardoor sterker in op profilering via marktactiviteiten. In Tabel 5.18 is gekeken naar het verschil tussen praktijken met veel en weinig concurrentie, geïndiceerd door het aantal huidtherapeuten in een straal van 20 km rondom de gemeente waar men gevestigd is. Op basis van de mediaan wordt de aanwezigheid van 4 of meer huidtherapeuten gezien als een indicatie van veel concurrentie. Vooral huidtherapeuten in gebieden met weinig concurrentie ontvangen relatief meer patiënten van verder weg: meer dan 15% van het klantenbestand is afkomstig van verder dan 30 kilometer buiten de gemeente. Bovendien hebben ze een minder breed behandelpakket en ondernemen ze minder marktactiviteiten.

Overigens laat een aanvullende analyse zien dat huidtherapeuten zich vooral concentreren in gebieden met veel huisartsen en dermatologen. Het kan zijn dat men graag dichtbij verwijzers wil werken, maar dit hangt mede samen met het feit dat het hierbij ook om meer stedelijke gebieden gaat. Om die reden is ook gekeken naar gebieden met veel versus weinig huisartsen of dermatologen in de omgeving.⁵ Geen van de verschillen zijn echter significant. Er zijn dus geen aanwijzingen dat de dichtheid van verwijzers een eigen effect heeft op het marktgedrag van huidtherapeuten. Vermoedelijk is de mate van stedelijkheid een belangrijker factor voor de grootte van patiëntenstromen. Een grotere huidtherapeutendichtheid in een gebied hoeft dus niet noodzakelijkerwijs nadelig te zijn voor de mate van succes van de eigen praktijk (zie Bijlage III, Tabel III.7 en 8).

Tabel 5.18: Verschillen in mate van concurrentie van andere huidtherapeuten

	Weinig concurrentie huidtherapeuten	Veel concurrentie huidtherapeuten
Aantal nieuwe patiënten	10.3	11.7
Op eigen initiatief gekomen	3.9	3.2
Verwijzingen van huisarts	3.4	3.0
Verwijzingen van dermatoloog	2.7	2.1
Overig verwezen	1.9	2.3
Percentage patiënten verder dan 30 km buiten gemeente	15.7%**	9.4%**
Aantal verschillende behandelingen	6.8*	8.0*
Marktactiviteiten	1.6***	3.4***
Aantal huisartsen in omgeving	15,3***	39,3***
Aantal dermatologen in omgeving	1,4***	4,1***

* p=0,049, **p=0,047, *** p=0,000.

In Tabel 5.19 wordt bekeken of het ondernemen van marktactiviteiten ook lijkt te lonen. Het verrichten van veel marktactiviteiten is afgebakend als het uitvoeren van meer dan drie van de activiteiten uit Tabel 5.14 (bijvoorbeeld patiëntenfolders versturen) door een praktijk. Over het algemeen krijgen de huidtherapeuten met veel marktactiviteiten niet significant meer patiënten. Wel bieden deze zelfde praktijken meer soorten behandeling

⁵ Weinig huisartsen betekent dat er minder dan 21 huisartsen in een straal van 10 km rondom de gemeente gevestigd zijn; weinig dermatologen dat er drie of minder dermatologen, in een straal van 10 kilometer om de gemeente waar de huidtherapeut gevestigd is, werken.

aan dan huidtherapeuten met weinig marktactiviteiten. Een ander verschil is dat praktijken met minder marktactiviteiten gemiddeld een groter bereik hebben, dat wil zeggen een groter gedeelte van hun patiënten bestand komt van verder weg. Het kan zijn dat zij al veel naamsbekendheid hebben en daardoor niet meer hoeven te investeren.

Tabel 5.19: Verschillen in aantal marktactiviteiten

	Weinig marktactiviteiten	Veel marktactiviteiten
Aantal nieuwe patiënten	10.6	11.2
Op eigen initiatief gekomen	3.0	3.9
Verwijzingen van huisarts	2.4	3.7
Verwijzingen van dermatoloog	2.8	2.0
Overig verwezen	1.9	2.4
Percentage patiënten verder dan 30 km buiten gemeente	16.3%*	9.1%*
Aantal verschillende behandelingen	6.3**	8.4**

* p=0,043, ** p=0,001.

5.8 Samenvatting

In dit hoofdstuk kwamen duidelijke verschillen naar voren in de spreiding van huidtherapeuten over Nederland. Met name in Zeeland en Groningen zijn nog weinig huidtherapeuten werkzaam, deels doordat beide gebieden ver weg van de huidige opleidingsplaats (Utrecht) zijn gelegen. Daarnaast zijn het ook dunnerbevolkte gebieden, waar het mogelijk lastiger is om voldoende marktaandeel te generen.

Onder de respondenten van de enquête is er weliswaar weinig werkloosheid, maar een deel van de huidtherapeuten zou wel graag het aantal werkuren willen uitbreiden. Mogelijk verklaart dit ook waarom recent afgestudeerden vaak in meerdere praktijken werken, om zo aan een vollediger werkweek te komen.

Voor wat betreft activiteiten en patiëntenstromen blijkt onder meer dat veel patiënten de huidtherapeut bezoeken voor manuele lymfedrainage / oedeemtherapie. Huidtherapeuten zijn ook intensief met deze behandeling bezig. Daarnaast is er een duidelijke zorgvraag voor acnetherapie, licht/lasertherapie en epilatie. Ook hoofdstuk 4 liet zien dat verwijzers (en dan met name dermatologen) patiënten naar de huidtherapeut verwijzen voor dergelijke aandoeningen (zoals 'primair of secundair lymfoedeem'). Een andere verklaring voor dit grote aandeel in zorgverlening is dat activiteiten zoals oedeemtherapie veel sessies vereisen, maar tegelijkertijd weinig opstartkosten. Voor andere behandelingen (zoals laserbehandeling) is immers meer geavanceerde apparatuur vereist, zodat ze vooral voor starters moeilijker te realiseren zijn.

Vergeleken met 2004 zijn er duidelijke verschillen in patiëntenstromen. Een belangrijk aandeel komt via huisarts en dermatoloog, maar daarnaast komen steeds meer patiënten op eigen initiatief. Het is de vraag of de marktactiviteiten van huidtherapeuten hierop inspelen. Nagenoeg alle huidtherapeuten zijn actief bezig met het onder de aandacht brengen van hun praktijk, onder andere door middel van brieven en folders richting andere verwijzers. Met name recent afgestudeerde huidtherapeuten lijken wat vaker ook activiteiten te ontplooiën richting het algemeen publiek, onder andere in de vorm van een eigen website of advertenties in lokale of regionale media. Dit alles past in het beeld van

de huidtherapie als een relatief ondernemende beroepsgroep. Veel huidtherapeuten hebben immers een eigen praktijk of zijn van plan er één op te richten. Wel ervaart men ook knelpunten bij het oprichten van een praktijk, dan wel bij het aansluiten bij een bestaande praktijk. Het gaat dan onder meer om het verwerven van voldoende marktaandeel, de hoogte van benodigde investeringen, en onzekerheid over de markt. Dat investeringen kunnen lonen blijkt onder meer door de gevonden samenhang tussen het ondernemen van veel marktactiviteiten en het bereiken van een groter aandeel patiënten in de wijdere omgeving en het aanbieden van een breder zorgpalet. Toch hoeft dit niet automatisch te betekenen dat men ook meer patiënten bereikt. Het aantal patiënten dat men maandelijks werft is opvallend stabiel tussen groepen huidtherapeuten. Ook laat de vergelijking van verschillende succesindicatoren zien dat een hogere dichtheid van huidtherapeuten of verwijzers in een regio niet voor- of nadelig hoeft te zijn voor het eigen marktaandeel. Belangrijker is om een goede zorgrelatie op te bouwen met zowel patiënten als verwijzers. Veel patiënten komen immers op advies van een verwijzer of eigen kennissen/familie bij een huidtherapeut terecht en dit kan weer een vliegwielt vormen voor nieuwe zorgrelaties. Dit sluit aan bij het beeld uit hoofdstuk 4, namelijk dat de verwijzrelatie met andere eerste- en tweedelijns zorgverleners versterkt kan worden.

6 Toekomstontwikkelingen en slotbeschouwing

6.1 Toekomstontwikkelingen

In de afgelopen hoofdstukken zijn verschillende soorten informatie gepresenteerd omtrent de huidige positie van huidtherapie in Nederland. Elk van deze onderdelen geeft aanvullende informatie over de mogelijke ontwikkeling die huidtherapie zou kunnen doormaken, uitgaande van verschillende assumpties. Daarnaast wordt gekeken naar het zorgaanbod. In dit slothoofdstuk worden de verschillende onderdelen met elkaar verbonden om te bepalen of er een consistent beeld uitkomt over het groeipotentieel van de huidtherapie voor de toekomst.

6.1.1 *Verwijspatronen vanuit huisartsen op basis van LINH-gegevens*

In hoofdstuk 3 is ingegaan op de diagnoses waarvoor patiënten al dan niet naar de huidtherapeut verwezen worden. Zo bleek het aantal nieuwe verwijzingen richting huidtherapeut voorsnog laag, althans onder de deelnemende LINH-praktijken. Vervolgens is de vraag hoe groot dit voor heel Nederland zou kunnen zijn, en wat het potentieel aan toekomstige verwijzingen is.

Een eerste aanpak is om te concentreren op diagnoses waarvoor momenteel al af en toe verwijzingen naar de huidtherapeut plaatsvinden. In Bijlage I is een overzicht gepresenteerd van alle aandoeningen die in potentie door de huidtherapeut behandeld worden, met in de eerste kolom de gemiddelde incidentie over de verschillende jaargangen. Deze incidentie geeft een beeld van het aantal nieuwe gevallen van een ziekte per jaar, per duizend leden van de bevolking. De totale incidentie over aandoeningen waarvoor naar een huidtherapeut wordt verwezen is 207 per 1000 inwoners. Huidaandoeningen vormen daarmee een substantieel deel van alle in de huisartspraktijk voorkomende ziektebeelden, zoals ook geconstateerd door Verhoeven e.a. (2006). Zou dit geëxtrapoleerd worden naar heel Nederland, dan betekent het ruwweg dat er in potentie 3,3 miljoen mensen met een huidaandoening zijn (geselecteerd op de aandoeningen die door de huidtherapeut behandeld worden). In hoofdstuk 3 (Tabel 3.4) bleek dat 14% hiervan naar andere zorgverleners wordt verwezen. Dit zou neerkomen op een totaal van 465.382 patiënten, waarvan vervolgens weer 1 procent (zie Tabel 3.2) wordt verwezen naar de huidtherapeut; meer dan 4.500 patiënten worden in dat geval landelijk verwezen door de huisarts naar de huidtherapeut (Tabel 6.1, scenario 1a, huidige situatie).

In een tweede scenario (Tabel 6.1, scenario 1b) zijn de categorieën van aandoeningen meegenomen waar de huidtherapeut in de toekomst mee uit kan breiden (de volledige lijst staat in Bijlage II, met de uitbreidingen hierin cursief gedrukt). In dat geval breidt het aantal patiënten dat via de huisarts bij de huidtherapeut komt zich uit met bijna 600 patiënten, oftewel 12%. Gaan huisartsen echter meer doorverwijzen naar de huidtherapeut (bijvoorbeeld door positieve ervaringen, of uit eigen tijdgebrek) dan zou het marktaandeel van huidtherapie uiteraard kunnen toenemen. De vraag is vervolgens wat een realistisch groeipercentage zou kunnen zijn. Als hypothetisch scenario is uitgegaan van een toename van het aantal verwijzingen richting huidtherapeut van 1% naar 5%. Dit aandeel is in

theorie via twee afzonderlijke routes te realiseren. De eerste is wanneer patiënten die al verwezen worden, in de toekomst eerst naar de huidtherapeut verwezen worden, bijvoorbeeld omdat de aandoening niet ernstig genoeg is om door een dermatoloog behandeld te worden. De tweede route is dat huisartsen een deel van de patiënten die men niet verwijst alsnog verwijst naar een huidtherapeut, bijvoorbeeld omdat dit efficiënter is dan zelf de behandeling verzorgen. In potentie gaat het hierbij om de grootste groep: 86% van alle patiënten wordt immers niet verwezen, terwijl mogelijk slechts een deel van hen geen verdere behandeling nodig heeft. Een precieze schatting is daarmee niet te maken, omdat de precieze ziektelast van de geregistreerde aandoeningen niet bekend is. Scenario 1c geeft dit weer voor de aandoeningen waar de huidtherapeut op dit moment al behandelt. In scenario 1d is dit weergegeven voor de aandoeningen waar zij in de toekomst mee kunnen uitbreiden. Het aantal patiënten voor de huidtherapeut via de huisarts zou in dat geval uitbreiden tot 26.000 patiënten als 5% verwezen zou worden voor het brede domein aan aandoeningen.

Tabel 6.1: Landelijke aantallen huidaandoeningen en verwijzingen

	Gemiddelde incidentie	Aantal personen in Nederland	Aantal ver- wezen	Aantal naar huid- therapeut	
Scenario 1a	207,8	3,32 miljoen	465.000	4.650	Huidige selectie van aandoeningen
Scenario 1b	233,0	3,73 miljoen	522.000	5.220	Extra selectie van aandoeningen
Scenario 1c	207,8	3,32 miljoen	465.000	23.250	Naar 5% verwijzingen huidige selectie
Scenario 1d	233,0	3,73 miljoen	522.000	26.100	Naar 5% verwijzingen extra selectie

Toch betekent bovenstaande berekening niet dat het totale aantal patiënten met een factor 5 toeneemt en er vervolgens ook 5 keer meer huidtherapeuten nodig zijn. De huisarts maakt immers een klein onderdeel uit van de totale verwijsketen voor de huidtherapeut. In hoofdstuk 5 (Tabel 5.13) bleek dat 28% van alle nieuwe patiënten via de huisarts bij de huidtherapeut komt.⁶ Als die 28% 5 keer zo groot wordt en de rest van de instroom (bijvoorbeeld rechtstreeks of andere verwijzers) blijft gelijk, dan betekent dit een totale groei van $(5 * 28\% + 78\%) = 212\%$. Een vervijfvoudiging in het aantal nieuwe verwijzingen via de huisarts leidt dan tot een ruime verdubbeling van het aantal patiënten. De aanname is dan wel dat de verwijsstromen via andere verwijzers niet afnemen. In werkelijkheid kan dit groeiaandeel dan ook minder zijn, aangezien sommige van de verwijzingen richting bijvoorbeeld dermatoloog uiteindelijk ook door de huidtherapeut behandeld worden.

⁶ Overigens komen beide bronnen niet exact met elkaar overeen. Huidtherapeuten geven aan dat 3,1 patiënt per maand via de huisarts komt, wat neerkomt op 37,2 per jaar. Als er via alle huisartsen inderdaad 4500 patiënten per jaar komen, dan komt dat over ongeveer 370 huidtherapeuten neer op 12,2 patiënten per jaar. Deze duidelijk lagere instroom van patiënten kan veroorzaakt worden door steekproeffluctuaties zowel in LINH-praktijken als in de ingevulde enquêtes. Om die reden wordt zoveel mogelijk uitgegaan van procentuele in plaats van absolute gegevens, om zo de relatieve groei-ontwikkeling te benaderen.

6.1.2 Verwijspatronen vanuit huisartsen en specialisten op basis van enquêtegegevens

Een tweede bron van informatie is de enquête die door de drie groepen verwijzers is ingevuld (zie hoofdstuk 4). In deze paragraaf worden drie verschillende methoden gepresenteerd, elk op basis van een andere bron van informatie.

In *methode 2a* wordt een berekening gemaakt van de beoogde formatieuitbreiding, door specialisten zelf aangegeven. In hoofdstuk 4 bleek dat 30% van de dermatologen en plastisch chirurgen een vacature wilde instellen voor extra huidtherapeuten en wel gemiddeld voor 1,1 FTE (1,3 onder dermatologen en 0,8 onder plastisch chirurgen). Samen opgeteld voor deze respondenten zou dit neerkomen op 22,1 FTE extra formatie via dermatologieafdelingen en 10,0 FTE via plastisch chirurgie, oftewel 32,1 FTE in totaal. Deze antwoorden weerspiegelen echter de mening van een steekproef van 50 dermatologen en 50 plastisch chirurgen. In heel Nederland is het aantal van beide beroepsgroepen veel hoger, te weten 375 dermatologen en 210 plastisch chirurgen in 2007 (Capaciteitsorgaan, 2008). Toch zou het een vertekend beeld geven om de resultaten op te hogen van 100 naar 485 specialisten (oftewel bijna een vervijfvoudiging), aangezien veel van hen gezamenlijk op 1 locatie werken en er dus dubbeltellingen zouden ontstaan. Wel is het aannemelijk dat beide groepen van 50 personen een weerspiegeling vormen van de meningen vanuit hun eigen afdelingen of maatschappen. Aangezien er in Nederland tenminste 100 ziekenhuizen zijn met een dermatologieafdeling en afdeling plastische chirurgie, kan dan geschat worden dat er mogelijk ruimte is voor een dubbel aantal FTE's. Dit komt neer op een totale uitbreiding van 64,2 FTE in de hele populatie. In feite is het aantal ziekenhuislocaties met een dermatologieafdeling nog hoger, omdat een aantal ziekenhuizen meerdere vestigingen heeft. Van de andere kant kan er echter niet van uitgegaan worden dat een dergelijke uitbreiding automatisch realiseerbaar is. Mogelijk zijn de responderende artsen niet degenen die op afdelings- dan wel ziekenhuisniveau de feitelijke beslissing nemen. Ook is niet zeker of de benodigde financiering kan worden gerealiseerd. Ondanks deze kanttekeningen illustreert de berekening wel dat er vanuit het perspectief van individuele specialisten wel degelijk ruimte is voor een uitbreiding van de formatie met extra huidtherapeuten.

Tabel 6.2: Scenario's op basis van verwijzerenquêtes

	Insteek	Invulling	Gevolg
Methode 2a	Beoogde formatieuitbreiding van werkzame dermatologen en plastisch chirurgen	30% van de verwijzers wil extra vacatures en wel voor gemiddeld 1,1 FTE	Landelijk betekent dat een formatieuitbreiding van 32,1 tot 64,2 FTE
Methode 2b	Gelijkstellen huidige formatie in afdelingen met naar afdelingen zonder huidtherapie	43% geeft aan dat er 1,7 FTE aan huidtherapeuten werkzaam is	Landelijk betekent dat een formatieuitbreiding van 87 tot 174 FTE
Methode 2c	Toename van het aantal verwijzingen onder verwijzers die nu niet tot nauwelijks verwijzen	Dermatologen (19%), plastisch chirurgen (25%) en vooral huisartsen (57%) verwijzen maximaal 5 keer naar de huidtherapeut	Een uitbreiding hiervan betekent landelijk een toename van verwijzingen van 5.000 tot max 25.000 per jaar

Methode 2b gaat een stap verder, door uit te gaan van de formatie aan huidtherapeuten die nu al in ziekenhuizen werkt. In de enquête gaf 43% aan dat er in het eigen ziekenhuis gemiddeld 1,7 FTE aan huidtherapeuten werkzaam is, hetgeen voor 50 dermatologen en 50 plastisch chirurgen neerkomt op een totale geschatte formatie van 72 FTE.⁷ Een deel van de specialisten gaf daarnaast aan dat er nog geen huidtherapeut werkt. Mochten hun afdelingen op de kortere of langere termijn ook huidtherapeuten in dienst gaan nemen, en wel in de zelfde mate als men momenteel al heeft, dus gemiddeld 1,7 FTE, dan zou het totale aantal FTE in ziekenhuizen toenemen van 72 naar 159 FTE huidtherapeuten. Wordt ook nu rekening gehouden met het feit dat er meer afdelingen zijn dan aan specialisten is geënuquëerd, dan zou dit mogelijk nogmaals op een verdubbeling uitkomen, oftewel 174 extra FTE. Van de andere kant geldt echter dat met name deze tweede berekening op een aantal aannames is gebaseerd. Het is immers niet bekend of men wel formatieuitbreiding zou willen, en zo ja, of het in dienst nemen van huidtherapeuten hiervoor de enige route is. Mogelijk hebben andere afdelingen er immers voor gekozen om een andere bezetting te realiseren, bijvoorbeeld in de vorm van gespecialiseerde verpleegkundigen die vergelijkbare behandelingen uitvoeren.

Tot slot wordt in *methode 2c* uitgegaan van het aantal verwijzingen dat specialisten, maar ook huisartsen hebben gedaan in het verleden. Tabel 4.5 in hoofdstuk 4 toonde dat 34% van alle verwijzers nooit of minder dan vijf keer patiënten naar de huidtherapeut hebben verwezen. De overige artsen verwezen inmiddels 5 of meer keer richting huidtherapeut. Voor de bepaling van de omvang in de populatie gaat het in dit geval wel om het totale aantal artsen in plaats van afdelingen, aangezien het verwijzingen vanuit individuele artsen betreft. Zo geldt voor de 375 dermatologen in Nederland dat mogelijk 19%, dus 71 personen nog niet eerder verwezen hebben; in het geval van plastisch chirurgen gaat het om (25% van 210 is) 52 personen en in het geval van huisartsen om (57% van 8.673 is) 4.943 personen. Zou elk van die verwijzers vanaf nu vijf keer vaker verwijzen per jaar, dan levert dit in totaal een zeer hoog groeipotentieel op van ruim 25.000 extra verwijzingen per jaar. Dit wordt met name veroorzaakt door de rol van huisartsen, gezien de grootte van de beroepsgroep. Tegelijkertijd is dat ook de groep die het minst actief verwijst, mede omdat ze vanuit hun generalistische rol een zeer breed scala aan andere aandoeningen naast huidziekten behandelen. Daarom is het realistischer om aan te nemen dat huisartsen niet vijf keer meer gaan verwijzen, maar bijvoorbeeld ten hoogste 1 keer meer. Ons weer beperkend tot alle artsen die minder dan vijf keer verwijzen, komt dit alleen al voor huisartsen neer op een toename van het aantal verwijzingen met 4.943 patiënten. Daarnaast vijf verwijzingen meer van dezelfde groep dermatologen en plastisch chirurgen komt neer op een totaal van 5.561 extra verwijzingen. Zou daarnaast ook meegerekend worden hoeveel extra verwezen wordt onder verwijzers die nu al wel meer dan vijf keer per jaar verwijzen, dan zou het groeipotentieel nog groter zijn. Daarbij illustreren de berekeningen dat de huidtherapie momenteel wel het sterkst verbonden is met dermatologie en plastische chirurgie, maar dat er met name via huisartsen een zeer

⁷ Ter vergelijking, circa 20% van alle huidtherapeuten gaf aan dat de hoofdpraktijk waarin men werkzaam is, in een ziekenhuis of privékliniek is gelegen. Uitgaande van 370 huidtherapeuten komt dit neer op 74 personen. Deze zullen weliswaar gemiddeld minder dan 1 FTE werken, maar daarnaast zijn andere huidtherapeuten ook in een tweede vestiging in een ziekenhuis werkzaam. Qua orde van grootte komt een schatting van 72 FTE dus redelijk overeen met de antwoorden gegeven door huidtherapeuten zelf.

groot groeipotentieel is, mits huisartsen inderdaad besluiten te verwijzen. De mate waarin dit gebeurt, zal mede afhangen van factoren zoals de feitelijke beschikbaarheid van huidtherapeuten in de omgeving (wat nog niet in alle regio's het geval is), maar onder meer ook de wijze waarop men de eigen praktijk heeft georganiseerd. Bijvoorbeeld, praktijken met veel eigen praktijkondersteuning kunnen bijvoorbeeld via de zgn. M&I module ook zelf kleine chirurgische ingrepen uitvoeren. Het is dan ook aannemelijk dat een groei aan verwijzingen vooral realiseerbaar is bij aandoeningen waar langduriger behandeling van een huidtherapeut zinvol is, zoals oedeemtherapieën (waarbij bijvoorbeeld in meerdere sessies manuele lymfedrainage wordt verzorgd, om de vochtafvoer te bevorderen). Omdat het precieze aantal behandelingen ook afhangt van de aandoening waarvoor verwezen wordt, is het daarbij moeilijk om te voorspellen hoeveel groter de feitelijke zorgvraag zou kunnen zijn.

6.1.3 Aanbodontwikkelingen van huidtherapeuten zelf op basis van enquêtegegevens

Een laatste bron die benut kan worden voor het schatten van de groeimogelijkheden binnen de huidtherapie is de enquête onder huidtherapeuten zelf. Ook nu zijn weer verschillende methoden denkbaar om tot een schatting te komen.

Methode 3a gaat uit van de vestigingsadressen van huidig werkzame huidtherapeuten (Tabel 5.1). In heel Nederland waren in 2008 naar schatting 370 huidtherapeuten met bekende werkadressen, wat neerkomt op een aantal van 2,3 per 100.000 inwoners. In sommige provincies was dit aandeel echter veel hoger. Om die reden is berekend met hoeveel de beroepsgroep zou stijgen als het aantal huidtherapeuten per 100.000 inwoners gelijk is aan het aandeel in de drie hoogst scorende provincies (Utrecht, Flevoland en Limburg). Uitgaande van een gemiddelde van 3,2 huidtherapeuten per 100.000 inwoners zou het totale aantal huidtherapeuten dan uitkomen op 530 in plaats van 370 huidtherapeuten. Aangezien geen rekening gehouden is met verschillen in aantallen FTE van huidtherapeuten, is de aanname dan ook dat huidtherapeuten in provincies met een minder hoge dichtheid niet meer FTE's werken dan in de referentiegebieden. Daarnaast is geen rekening gehouden met feitelijke patiëntenstromen en in het bijzonder met grensoverschrijdend verkeer tussen provincies. Daaraan gerelateerd is het mogelijk in regio's met een lage bevolkingsdichtheid moeilijker om voldoende marktaandeel te generen, omdat de reisafstanden ook groter zijn. Desondanks geeft het een eerste indicatie van een groeipotentie met circa 40-50%, hetgeen in dezelfde orde van grootte ligt als de verschillende groeiscenario's via verwijsaantallen. Een extra onderbouwing voor dit potentieel is gelegen in het landelijke overzicht dat in Figuur 5.2 werd gepresenteerd. Daaruit bleek immers dat er nog steeds een groot aandeel dermatologielocaties zijn, waarbij in de buurt vooralsnog geen of hooguit een enkele huidtherapeut is gevestigd. De mate waarin startende huidtherapeuten in staat zijn om een praktijk op te bouwen zal dan ook mede samenhangen met de precieze vestigingslocatie die men kiest.

Methode 3b gaat uit van het feit dat er duidelijke verschillen zijn tussen huidtherapiepraktijken in de mate waarin ze nieuwe patiënten werven. Hoewel minder werven deels een bewuste keuze kan zijn, geeft het segment van meest succesvolle praktijken een indicatie van de ruimte die andere (bijvoorbeeld startende) praktijken hebben om via extra inspanningen nieuwe patiënten te werven. Voor deze rekenexercitie wordt niet uitgegaan van dergelijke activiteiten zelf (wat levert het versturen van folders precies op), maar wordt meer gekeken naar het algemene instroompatroon van huidtherapeuten. Hoofdstuk 5

(Tabel 5.13) liet zien dat er gemiddeld 11,1 nieuwe patiënten per maand bij de huidtherapeut komen. Rondom dat gemiddelde is wel variatie, waarbij sommige huidtherapeuten beduidend meer nieuwe patiënten ontvangen dan andere. Het bereik aan ingeschatte instroomgetallen gaat tot over de 40 nieuwe patiënten per maand. Zou gekeken worden naar de hoogst scorende 25% van huidtherapeuten, dan ontvangen zij gemiddeld 23,2 nieuwe patiënten per maand. Als alle andere huidtherapeuten datzelfde aantal patiënten per maand gaan werven, dan neemt het gemiddelde per maand toe van 11,1 naar 24,4%. Het totale aantal patiënten gaat dan meer dan verdubbelen (namelijk 219%). Toch hoeft dit niet te betekenen dat er automatisch ook voor twee keer zoveel huidtherapeuten werk beschikbaar is. Eén overweging is immers dat sommige huidtherapeuten al aangaven meer te willen werken. Een extra groei aan zorgvolume betekent in dat geval niet dat er meer huidtherapeuten aangenomen worden, maar dat de huidige groep beter in staat is om een eigen praktijk te voeren. Daarnaast betekent het alleen een volledige uitbreiding van de zorgvraag als het inderdaad gaat om werving van extra patiënten die anders niet eerst naar een andere huidtherapeut zouden gaan. Tot slot is een complicatie dat de ene aandoening meer of langere behandelingen vereist dan de andere. In die zin is het ook mogelijk om meer werk te genereren door vooral op behandelingen in te zetten die tijdsintensiever zijn, zoals oedeemtherapie. Dit verkleint ook de overlap met kleine chirurgische verrichtingen die deels in de huisartsenpraktijk worden uitgevoerd.

Tabel 6.3: Scenario's op basis van enquêtes onder huidtherapeuten

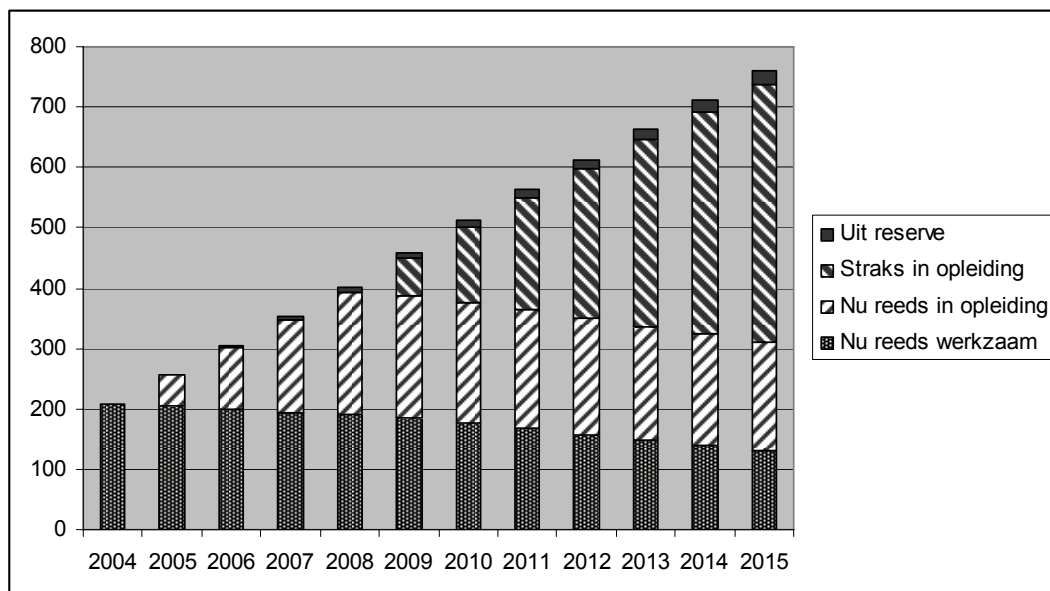
	Insteek	Invulling	Gevolg
Methode 3a	Regionale spreiding van huidtherapeuten gelijkstellen aan regio's met hoge dekking	In de drie hoogst scorende provincies zijn 3,2 huidtherapeuten per 100.000 inwoners werkzaam.	Landelijk betekent dat een uitbreiding van het aantal huidtherapeuten van 370 naar 530 personen.
Methode 3b	Werving van nieuwe patiënten gelijkstellen aan praktijken met relatief veel nieuwe patiënten	De 25% hoogst scorende praktijken werven gemiddeld 23,2 patiënten per maand.	Landelijk betekent dat een verdubbeling van het aantal patiënten met 219%. De gevolgen voor formatie zijn mogelijk lager.

6.1.4 *Prognose van het aantal werkzame huidtherapeuten in de toekomst*

Naast de scenario's in de vorige paragrafen kunnen de ontwikkelingen in het aanbod aan huidtherapeuten in kaart gebracht worden. Een eerste aanleiding voor de voorliggende studie is immers gelegen in het feit dat in 2005 voor het laatst is bepaald hoe de beroepsgroep huidtherapie zich volgens verschillende scenario's zou kunnen ontwikkelen. Mede in het licht van de veranderingen in het veld – zo is de instroom in de opleiding inmiddels gestegen naar 175 in 2009 - is het interessant te bezien of de groei van de beroepsgroep vijf jaar na die prognose volgens het voorspelde patroon verloopt. Destijds werd uitgegaan van een instroom van 100 personen in de opleiding, waarvan door tussentijdse uitval 70% de opleiding zou voltooien. Naast dit opleidingsrendement werd uitgegaan van een beroepsrendement van 90%, aangezien niet iedereen vervolgens ook als huidtherapeut aan de slag gaat. Vervolgens zou van alle werkzame personen gemiddeld 1% per jaar naar verwachting het werk neerleggen. Tot slot zou er jaarlijks een zeer geringe instroom zijn vanuit de arbeidsreserve en vanuit het buitenland van gemiddeld 2 personen per jaar. Op

basis van die beginwaarden werd voorspeld dat er in 2015 circa 759 huidtherapeuten zullen werken, oftewel een verdrievoudiging ten opzichte van 2004. Het precieze verloop werd destijds geschat, zoals weergegeven in Figuur 6.1 (Vugts e.a., 2005). Voor 2008 zou dit betekenen dat de totale beroepsomvang gegroeid zou zijn tot 401 personen. Ter vergelijking, in hoofdstuk 5 bleek dat er in 2008 van de 437 NVH-leden 401 personen naar verwachting tot de potentiële arbeidsmarkt behoorden. Hiervan was van 370 personen een recent (werk)adres bekend. In combinatie met mogelijke niet-leden komt dit aantal dus sterk overeen met de prognose van destijds. Hetzelfde geldt voor de situatie in 2009: de meest recente schatting op basis van NVH-ledentallen geeft een aantal van 462 personen, de voorspelling destijds was dat er 459 personen werkzaam zouden zijn.

Figuur 6.1: Totale omvang van de groep werkzame huidtherapeuten en de opbouw naar status, zoals voorspeld in 2004

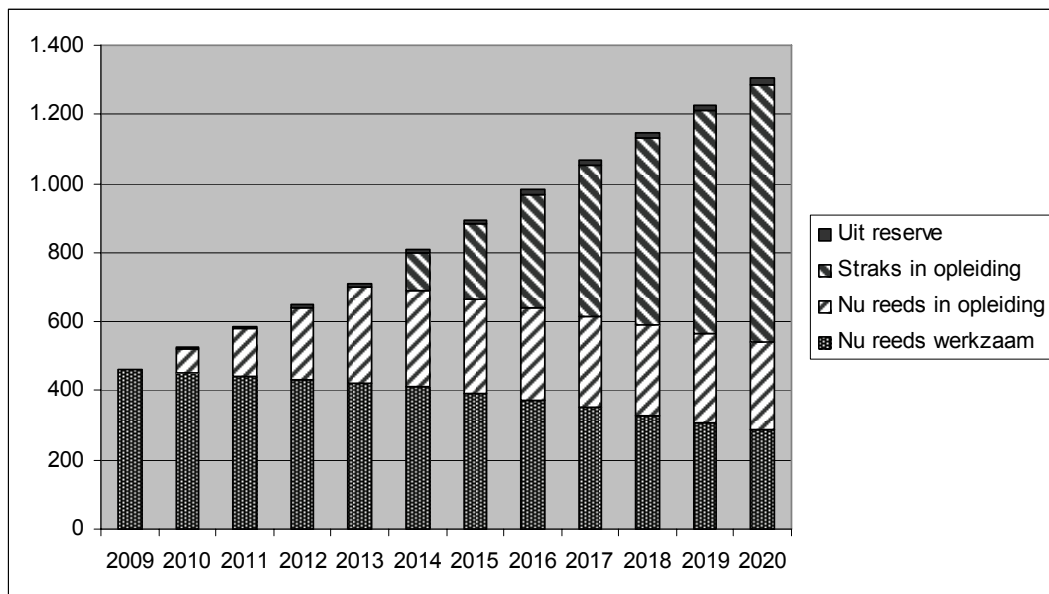


Voor extrapolatie naar de toekomst is onder meer de huidige leeftijdsopbouw van belang. Op basis van een ledenpeiling in 2009 is voor ruim 200 NVH-leden de leeftijd bekend. Worden die gegevens geëxtrapoleerd naar alle geschatte huidtherapeuten, dan is circa 21%, oftewel 96 personen, in 2009 50 jaar of ouder.⁸ Als ervan uitgegaan wordt dat zij allen binnen 10 jaar zullen stoppen, dan is er sprake van een vervangingsvraag van circa 10 personen per jaar. Een vergelijkbaar beeld komt naar voren als we kijken naar alle 462 personen. Stel dat zij gemiddeld 40 jaar werkzaam zijn, dan zouden er per jaar 11,5 huidtherapeuten opgeleid moeten worden om de huidige beroepsomvang op peil te houden. Aangezien de instroom inmiddels beduidend hoger is, is het inzichtelijk hoe de beroepsgroep zich vanaf nu mogelijk zal gaan ontwikkelen, gegeven de nieuwe instroomcijfers in de opleiding. Hierbij wordt uitgegaan van 100 nieuwe studenten tot en met 2007, 150 in

⁸ Wel gold bij deze meting dat er mogelijk een oververtegenwoordiging was van jongere huidtherapeuten, zodat het aandeel ouderen in feite iets hoger kan zijn.

2008 en 175 vanaf 2009. Verder wordt gebruik gemaakt van dezelfde beginparameters omtrent rendement en arbeidsreserve als in 2005. Gezien de onzekerheden voor de huidige leeftijdsopbouw van de beroepsgroep wordt daarnaast uitgegaan van dezelfde opbouw en uitstroom als destijds. Het resultaat is opgenomen in Figuur 6.2. De eerste jaren zal de beroepsgroep zich alleen verder ontwikkelen op basis van het vertrek van de reeds werkzame personen en de instroom van de huidige opleidingslichtingen. Daarna komen ook de eerste afgestudeerden volgens de nieuwe numerus fixus op de arbeidsmarkt. Vooral daardoor zal het aanbod sterker stijgen dan destijds voorspeld. Zo zal de beroepsgroep in 2015 uit 896 personen bestaan en daarna verder groeien tot 1.307 personen in 2020. Wordt er per september 2010 uitgegaan van een instroom van 200 in plaats van 175 personen, dan neemt de omvang van de beroepsgroep nog verder toe, tot iets meer dan 1.400 personen in 2020. Vergeleken met 2009 zou dit neerkomen op een verdrievoudiging van de beroepsgroep. In potentie biedt dit dan ook voldoende volume om aan de geschetste ontwikkelingen in zorgvraag uit de vorige paragrafen te voldoen.

Figuur 6.2: Totale omvang van de groep werkzame huidtherapeuten en de opbouw naar status, zoals voorspeld in 2009



6.2 Slotbeschouwing

Tot slot worden de belangrijkste bevindingen uit deze studie besproken in het licht van de mogelijke ontwikkelingen binnen het werkerrein. Als de prognoses uit voorgaande paragrafen zich doorzetten zal de beroepsgroep immers in de komende 10 jaar een andere positie innemen binnen het zorglandschap. Zo zal het aantal huidtherapeuten op basis van de huidige instroomaantallen flink gaan groeien, waarbij de zichtbaarheid naar en samenwerkingsmogelijkheden met andere beroepsgroepen sterk kunnen toenemen. Wel

zijn er naast voldoende aanbod van huidtherapeuten ook andere randvoorwaarden voordat zo'n verandering vorm kan krijgen.

Een van de beelden die naar voren komt is dat bijna alle recent gestarte huidtherapeuten aan de Hogeschool Utrecht hun weg op de arbeidsmarkt weten te vinden. In de beginfase betekent het soms nog op meerdere werkplekken ervaring opdoen, maar tegelijkertijd besteedt de groep evenveel tijd aan patiëntenzorg en ontvangt ze nagenoeg evenveel nieuwe patiënten per maand als langer werkzame huidtherapeuten. Over alle huidtherapeuten heen geldt dat de beroepsgroep weliswaar is opgeleid voor een breed palet van huidaandoeningen, maar dat hun werkterrein in de praktijk en vooral ook in de ogen van verwijzers vooral geconcentreerd is op een klassiek domein van taken, zoals lymfedrainage en oedeemtherapie. Dit illustreert de ruimte die in potentie in te vullen is, zodra dergelijke nieuwe terreinen worden aangeboord. Voldoende kennis over en vertrouwen in de vaardigheden van huidtherapeuten vanuit verwijzers is daarbij van groot belang. Een meerderheid van met name dermatologen en plastisch chirurgen is al op de hoogte van het werk van huidtherapeuten en zegt duidelijk meerwaarde voor de huidtherapie te zien. Er zijn ook andere verwijzers, en dan met name huisartsen, die aangeven dat ze huidtherapeuten nog onvoldoende kennen. Aangezien die groep minder verwijst, ligt het groeipotentieel dus vooral bij verwijzers waarbij de huidtherapie al bekend is. In potentie gaat het dan om een grote groep. Van de geënquêteerden zegt immers 14% nog nooit naar de huidtherapeut te hebben verwezen. Vooral met huisartsen (25%) heeft de huidtherapeut nog geen verwijsrelatie opgebouwd. Deze minder bekende positie van huidtherapeuten onder huisartsen kwam ook naar voren uit een inventarisatie van eerstelijns-samenwerkingsverbanden in 2007: destijds was hooguit 2% van alle huisartsenpraktijken samen met een huidtherapeut binnen één locatie gevestigd en had geen praktijk een formeel samenwerkingsverband met een huidtherapeut (Hansen e.a., 2007). Vergelijkbare beroepsgroepen qua grootte en opleidingsniveau, zoals de logopedie en diëtetiek, waren destijds al vaker binnen een huisartsenpraktijk gevestigd (respectievelijk binnen 8% en 16% van de praktijken). Gezien het brede scala van eerstelijnsdisciplines in de (eerstelijns)gezondheidszorg is het dan ook voor elke beroepsgroep, inclusief de huidtherapie, van belang om op de sociale kaart te verschijnen van hun belangrijkste verwijzers. Zo gold al in 1986 voor een vergelijkbare beroepsgroep, de manueel therapeuten, dat hun bekendheid destijds eveneens laag was, en dat huisartsen die niet verwezen vooral onbekend waren met het behandelgebied van de manueel therapeut (Koes & Bouter, 1986). Voor huidtherapeuten lijkt het van belang om op lokaal en landelijk niveau de relatie met andere zorgaanbieders te versterken, mede in het licht van de trend richting verder gaande samenwerking en ketenzorg binnen de (eerstelijns)gezondheidszorg. Op individueel niveau ondernemen huidtherapeuten al relatief vaak activiteiten om hun relatie met belangrijke verwijzers te verbeteren. Zo stuurt de meerderheid van de huidtherapeuten een brief of patiëntenfolder naar de belangrijkste verwijzers. Ook maakt bijvoorbeeld de helft een persoonlijke afspraak met een huisarts in de omgeving. Een minderheid ont-plooit daarnaast extra initiatieven, zoals het geven van lezingen, het organiseren van open dagen of het houden van specifieke spreekuren, bijvoorbeeld op het terrein van een bepaalde aandoening. De effectiviteit van dergelijke initiatieven is lastig zichtbaar, mede doordat er daarnaast allerlei nieuwe communicatievormen ontstaan waarmee beroepsgroepen zich naar buiten kunnen presenteren. Een voorbeeld binnen de huisartsenzorg is het in 2004 gestarte www.verwijskompas.nl, waarop andere zorgverleners zich kunnen

presenteren. Een beroepsgroep als huidtherapie is in 2009 echter nog vrij onzichtbaar via een dergelijk zoekkanaal, dit in tegenstelling tot fysiotherapeuten die zich richten op oedeemtherapie.⁹ Toch is er hierbij ook een generatie-effect. Recent afgestudeerde huidtherapeuten maken immers vaker gebruik van eigen websites en presentatiekanalen dan de langer gevestigde huidtherapeuten, mogelijk mede ingegeven door de toegenomen aandacht van de HBO-opleidingen op bedrijfsvoering in hun curriculum. Al deze activiteiten kunnen bijdragen aan het opbouwen van een goede zorgrelatie met zowel verwijzers als patiënten. Veel patiënten komen immers op advies van een verwijzer of eigen kennissen/familie bij een huidtherapeut terecht en dit kan weer een vliegwielvormen voor nieuwe zorgrelaties.

Daarnaast heeft een beroepsgroep ook op collectief niveau instrumenten om de zichtbaarheid en betrouwbaarheid naar andere zorgverleners te vergroten. Zo wordt door verwijzers en dan met name huisartsen gewezen op de behoefte aan meer bekendheid met het werk van de huidtherapeut. Ook wordt bijvoorbeeld gewezen op het belang van protocollen, die deels weliswaar al bestaan, maar waarvan het bestaan, de inhoud en de mate waarin ze nageleefd worden maar in beperkte mate zichtbaar zijn voor de buitenwereld. Betrokkenheid van andere beroepsgroepen bij dergelijke protocollen of richtlijnen kan mogelijk de ondersteuning ervan versterken. Zo hebben huisartsen met verschillende disciplines inmiddels zgn. LESA's opgesteld (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken), zodat de precieze taakverdeling beter bekend is.

Toch zijn er ook externe factoren die relatief lastig te beïnvloeden zijn vanuit een afzonderlijke discipline. Zo verwachten vooral dermatologen vaker te verwijzen als de eigen werkbelasting toeneemt. Daarbij spelen ook vergoedingsregelingen vanuit verzekeraars en – indirect – de overheid een rol, bijvoorbeeld als het gaat om de keuze welke vormen van behandeling tot het basis- of aanvullende zorgverzekeringspakket behoren. Zo bestaat er voor oedeemtherapie wel (gedeeltelijke) vergoeding vanuit verzekeraars, maar worden kleine chirurgische verrichtingen, zoals het verwijderen van fibromen of atheroomcysten, juist via aanvullende financiering gestimuleerd om in de huisartspraktijk uit te voeren (de zgn. Modernisering&Innovatie-module). Achterliggende overweging is om zo behandeling in de (duurdere) tweedelijns te voorkomen. Wanneer dergelijke vergoedingsstructuren veranderen, kan dit dan ook gevolgen hebben voor precieze verwijzstromen. Een andere collectieve ontwikkeling die binnen de eerste lijn te constateren is, is het feit dat steeds meer disciplines direct toegankelijk worden, zodat doorverwijzing vanuit de huisarts voor vergoeding niet meer noodzakelijk is. Inmiddels is de meeste ervaring met deze maatregel opgedaan bij de fysiotherapie, waar direct toegankelijkheid in 2006 werd ingevoerd (de zgn. DTF). In diezelfde periode werd ook een experiment tot vrije tarieven voor fysiotherapeuten ingevoerd, en de combinatie van beide maatregelen leidde nauwelijks tot een stijging van medische consumptie (Leemrijse e.a., 2008).¹⁰ Daarna liet de invoering van directe toegang oefentherapie, DTO, (Swinkels & Leemrijse, 2009) een sterk overeenkomstig beeld zien: voor beide beroepsgroepen zijn er ook via de praktijken zelf niet meer patiënten aangemeld en zijn de kenmerken van de patiëntenpopulatie na-

⁹ Wordt binnen het openbare deel van de website gezocht op het trefwoord 'huidtherapie' of 'huidtherapeut', dan levert dit in juni 2009 vijf unieke treffers op. Het trefwoord 'oedeem' levert daarentegen 120 treffers, vooral bestaande uit fysiotherapiepraktijken die onder meer manuele of oedeemtherapie aanbieden.

¹⁰ Dat de zorgvraag door prijsstijgingen maar in beperkte mate verandert (een zgn. lage prijselasticiteit), komt ook uit andere studies naar voren (Sanders e.a., 2004, O'Brien, 1989; Van Vliet, 2001).

genoeg gelijk gebleven. Uit de eerste studie komt verder naar voren dat een groot aandeel van de patiënten het initiatief om naar de fysiotherapeut te gaan liever aan hun huisarts overlaat. Het is de vraag of deze bevindingen rechtstreeks geëxtrapoleerd kunnen worden naar de huidtherapie. Deze verkeert immers in een andere positie dan met name de fysiotherapie, zowel qua omvang van de beroepsgroep als bekendheid bij verwijzers, patiënten en verzekeraars. In ieder geval laten de eerdere studies zien dat directe toegankelijkheid niet automatisch tot een groei in patiëntenaantallen voor de huidtherapeut leidt. Wel betekent het in potentie een kortere route voor patiënten, aangezien geen doorverwijzing nodig is. Een kortere route kan dus leiden tot meer efficiëntie en dus kostenbesparing. Van de andere kant vergroot directe toegankelijkheid de kans dat patiënten onnodig bij de huidtherapeut komen, terwijl ze eigenlijk eerst door een arts gezien zouden moeten worden. Dit versterkt dan ook het belang van tijdige signalering en terugverwijzing, indien nodig. In die zin kunnen dergelijke ontwikkelingen passen in de verdergaande trend naar taakverschuiving en (gecoördineerde) samenwerking en ketenzorg binnen de gezondheidszorg. Dit kan in de vorm van directe toegankelijkheid, maar een andere vorm kan zijn om - analoog aan bijvoorbeeld de praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) gericht op GGZ-problematiek of diabeteszorg - in de hoedanigheid als (parttime) praktijkmedewerker huidtherapie een deel van de zorgvraag binnen de huisartsenpraktijk te verzorgen. De wens van nieuwe huidtherapeuten om zich met andere typen zorgverleners te verenigen op één locatie past in diezelfde trend richting een geïntegreerde eerste lijn.

Literatuur

Hansen, J., T. Nuijten, L. Hingstman (2007). Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht, NIVEL.

Hingstman L., E. Sebregts en J. Harmsen (1995) Arbeidsmarktverkenning huidtherapeuten 1995 Utrecht, NIVEL.

Koes, B.W., L.M. Bouter (1986). Het verwijsgedrag van huisartsen inzake manuele therapie. Ned. T. Fysiotherapie, vol. 96, no. 12, pp. 273-275.

NVH, Beleidsplan 2007-2008. Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, <<http://www.huidtherapie.nl>>.

NZa, Tariefbeschikking 2007. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

O'Brien, B. The Effect of Patient Charges on the Utilization of Prescription medicines. Journal of Health Economics; 8, 1989, no. 1, p. 109-132.

Sanders, F.B.M., A.J.G. van Rijen en L. Ottes. Eigen bijdragen niet zaligmakend. Medisch Contact. Nr. 35 - 25 augustus 2004.

Staatsblad (2002). Besluit van 10 oktober 2002, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de huidtherapeut. Staatsblad 2002, no. 528.

Stukstette, M.J.P.M., I.C.S. Swinkels, D. van Sonsbeek, R. van Dolder, D. de Bakker. Factoren die het veranderde aantal bezoeken aan de fysiotherapeut beïnvloeden. Abstract, KNGF Jaarcongres syllabus 2005, p151-152.

Verheij RA, Van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, <<http://www.LINH.nl>>.

Vliet, R.C.J.A. van. Effects of price and deductibles on medical care demand estimated from survey data Applied Economics, 33, 2001, no. 12, p. 1515-1524.

Vugts, C.J, L.Hingstman en LFJ van der Velden Arbeidsmarktmonitor Huidtherapeuten (2005). Utrecht, NIVEL.

Verhoeven, E.W.M., Kraaimaat, F.W., Weel, C. van, Kerkhof, P.C.M. van de, Valk, P.G.M. van der, Duller, P., Hoogen, H.J.M. van den, Bor, H., Schers, E.H., Evers, A.W.M. (2006) Huidaandoeningen in de huisartspraktijk; van prevalentie tot gevolgen voor het dagelijks leven, Nijmegen: UMC st.Radboud.

Bijlage I: Aanvullende tabellen hoofdstuk 3

Tabel I.1: Overzicht ICPC-codes zonder verwijzing naar de huidtherapeut

ICPC	Omschrijving aandoening	Groep	Naar dermat.		Naar fysio.		Naar overigen		Totaal
			abs.	%	abs.	%	abs.	%	
S04.00	Lokale zwelling/papel/knobbel huid/subcutis	1	706	46%	8	1%	826	54%	1.540
S88.00	Contact eczeem/ander eczeem	1	1.528	100%	0	0%	0	0%	1.528
S03.00	Wratten	1	489	71%	12	2%	189	27%	690
S74.00	Dermatomycose(n)	1	448	68%	14	2%	201	30%	663
S87.00	Constitutioneel eczeem	1	502	79%	4	1%	132	21%	638
S91.00	Psoriasis (met of zonder artropathie)	1	483	88%	7	1%	56	10%	546
S02.00	Pruritus/jeuk	1	361	69%	4	1%	156	30%	521
S97.00	Ulcus cruris/decubitus/chronisch ulcus	1	181	55%	5	2%	141	43%	327
S98.00	Urticaria	1	170	57%	3	1%	127	42%	300
S86.00	Seborroïsch eczeem/roos	1	251	89%	4	1%	28	10%	283
S18.00	Scheurwond/snijwond	1	9	3%	11	4%	252	93%	272
S16.00	Buil/kneuzing/contusie intacte huid	1	3	1%	41	18%	180	80%	224
S09.00	Lokale infectie vinger/teen/paronychia	1	8	4%	0	0%	178	96%	186
S10.00	Furunkel/karbunkel/cellulitis lokaal	1	37	25%	2	1%	111	74%	150
S21.00	Andere sympt./klachten aspect huid	1	109	74%	1	1%	38	26%	148
S85.00	Pilonidaal cyste/fistel	1	2	2%	0	0%	131	98%	133
S05.00	Multiple zwellingen/papels/knobbels huid/subcutis	1	108	81%	1	1%	24	18%	133
S76.00	Andere infectie huid/subcutis	1	120	100%	0	0%	0	0%	120
S70.00	Herpes zoster	1	11	11%	9	9%	78	80%	98
S19.00	Ander letsel van de huid/subcutis	1	39	46%	1	1%	45	53%	85
S15.00	Corpus alienum huid/subcutis	1	0	0%	1	1%	81	99%	82
S75.00	Moniliasis/candidiasis	1	23	28%	1	1%	57	70%	81
S07.00	Gegeneraliseerde roodheid/erytheem huid	1	59	81%	0	0%	14	19%	73
S17.00	Schaafwond/schram/blaar	1	22	38%	0	0%	36	62%	58
S26.00	Angst voor kanker huid/subcutis	1	44	90%	0	0%	5	10%	49
S71.00	Herpes simplex	1	20	61%	0	0%	13	39%	33
S83.00	Andere aangeboren afwijking(en) huid/subcutis	1	28	100%	0	0%	0	0%	28
S90.00	Pityriasis rosea	1	21	88%	1	4%	2	8%	24
S01.00	Pijn/gevoeligheid huid	1	9	43%	0	0%	12	57%	21
S95.00	Mollusca contagiosa	1	15	71%	0	0%	6	29%	21
S28.00	Functiebeperking/handicap huid/subcutis	1	4	50%	0	0%	4	50%	8
S73.00	Pediculosis/andere huidinfestatie	1	2	67%	0	0%	1	33%	3
S77.00	Maligniteit huid/subcutis	2	703	74%	4	0%	245	26%	952
S93.00	Atheroomcyste/epitheelcyste	2	99	12%	3	0%	710	87%	812
S78.00	Lipoom	2	19	3%	4	1%	657	97%	680
S79.00	Ander benigne neoplasma huid/subcutis	2	417	100%	0	0%	0	0%	417
S80.00	Ander/niet-gespecificeerd neoplasma huid/subcutis	2	172	100%	0	0%	0	0%	172
Totaal			7.222	60%	141	1%	4.736	39%	12.099

Tabel I.2 Overzicht incidentie per aandoening

ICPC	Gem. incidentie	Aantal pp. in Nederland	Aantal verwezen	Aantal naar huidth. bij aandeel 1%	Aantal naar huidth. bij aandeel 5%
S01.00	Pijn/gevoeligheid huid	0,39	6240	873,6	43,68
S02.00	Pruritus/jeuk	5,85	93600	13104	655,2
S03.00	Wratten	20,8	332800	46592	2329,6
S04.00	Lokale zwelling/papel/knobbel huid/subcutis	8,56	136960	19174,4	958,72
S05.00	Multiple zwellingen/papels/knobbels huid/subcutis	1,19	19040	2665,6	133,28
S06.00	Lokale roodheid/erytheem huid	4,75	76000	10640	532
S07.00	Gegeneraliseerde roodheid/erytheem huid	0,94	15040	2105,6	105,28
S08.00	Andere verandering(en) in kleur huid	1,13	18080	2531,2	126,56
S09.00	Lokale infectie vinger/teen/paronychia	4,1	65600	9184	459,2
S10.00	Furunkel/karbunkel/cellulitis lokaal	3,19	51040	7145,6	357,28
S11.00	Andere lokale infectie(s) huid/subcutis	8,25	132000	18480	924
S14.00	Brandwond/verbranding huid (elke graad)	2,72	43520	6092,8	304,64
S15.00	Corpus alienum huid/subcutis	1,4	22400	3136	156,8
S16.00	Buil/kneuzing/contusie intacte huid	5,01	80160	11222,4	561,12
S17.00	Schaafwond/schram/blaar	3,92	62720	8780,8	439,04
S18.00	Scheurwond/snijwond	13,76	220160	30822,4	1541,12
S19.00	Ander letsel van de huid/subcutis	1,97	31520	4412,8	220,64
S21.00	Andere symptomen/klachten aspect huid	3,02	48320	6764,8	338,24
S23.00	Haaruitval/alopecia	1,22	19520	2732,8	136,64
S24.00	Andere symptomen/klachten haar	0,81	12960	1814,4	90,72
S26.00	Angst voor kanker huid/subcutis	0,24	3840	537,6	26,88
S28.00	Functiebeperking/handicap huid/subcutis	0,07	1120	156,8	7,84
S29.00	Andere symptomen/klachten huid/subcutis	1,95	31200	4368	218,4
S70.00	Herpes zoster	3,92	62720	8780,8	439,04
S71.00	Herpes simplex	1,45	23200	3248	162,4
S73.00	Pediculosis/andere huidinfestatie	0,34	5440	761,6	38,08
S74.00	Dermatomycoze(n)	27,43	438880	61443,2	3072,16
S75.00	Moniliasis/candidiasis	5,3	84800	11872	593,6
S76.00	Andere infectie huid/subcutis	6,21	99360	13910,4	695,52
S83.00	Andere aangeboren afwijking(en) huid/subcutis	0,16	2560	358,4	17,92
S85.00	Pilonidaal cyste/fistel	0,29	4640	649,6	32,48
S86.00	Seborroïsch eczeem/roos	5,24	83840	11737,6	586,88
S87.00	Constitutioneel eczeem	7,58	121280	16979,2	848,96
S88.00	Contact eczeem/ander eczeem	27,73	443680	62115,2	3105,76
S90.00	Pityriasis rosea	0,89	14240	1993,6	99,68
S91.00	Psoriasis (met of zonder artropathie)	1,89	30240	4233,6	211,68
S92.00	Ziekte(n) zweetklieren	1,01	16160	2262,4	113,12
S95.00	Mollusca contagiosa	2,57	41120	5756,8	287,84
S96.00	Acne	3,88	62080	8691,2	434,56
S97.00	Ulcus cruris/decubitus/chronisch ulcus	2,14	34240	4793,6	239,68
S98.00	Urticaria	5,17	82720	11580,8	579,04
S99.00	Andere ziekte(n) huid/subcutis	9,32	149120	20876,8	1043,84
S77.00	<i>Maligniteit huid/subcutis</i>	<i>1,85</i>	<i>29600</i>	<i>4144</i>	<i>207,2</i>
S78.00	<i>Lipoom</i>	<i>3,22</i>	<i>51520</i>	<i>7212,8</i>	<i>360,64</i>
S79.00	<i>Andere benigne neoplasma huid/subcutis</i>	<i>10,66</i>	<i>170560</i>	<i>23878,4</i>	<i>1193,92</i>
S80.00	<i>Andere niet-gespecificeerd neoplasma huid/subcutis</i>	<i>0,74</i>	<i>11840</i>	<i>1657,6</i>	<i>82,88</i>
S81.00	<i>Hemangioom/lymfangioom</i>	<i>0,57</i>	<i>9120</i>	<i>1276,8</i>	<i>63,84</i>
S93.00	<i>Atheroomcyste/epitheelcyste</i>	<i>8,18</i>	<i>130880</i>	<i>18323,2</i>	<i>916,16</i>
Totaal		232,98	3727680	521875,2	26093,76

Bijlage II: Aanvullende tabellen hoofdstuk 4

Tabel II.4: Aanwezigheid van huidtherapeuten binnen de afdeling of ziekenhuislocatie van dermatologen of plastisch chirurgen

	Dermatologen	Plastisch chirurgen	Totaal
Niet aanwezig	53%	53%	53%
Niet bekend		8%	4%
Wel aanwezig	47%	39%	43%
Zo ja, gem. aantal in afd. of instelling	1,9	1,4	1,7
Totaal	50	50	100

Tabel II.2: Mening over de toegevoegde waarde van huidtherapeuten ten opzichte van bestaande beroepen naar bekendheid met huidtherapeuten

	Geen huidtherapeuten in omgeving of kent deze niet persoonlijk	Kent één of meer huidther. in omgeving redelijk of goed	Totaal
Geen mening	15%	2%	9%
Geen of weinig toegevoegde waarde	19%	9%	14%
Enigszins of veel toegevoegde waarde	66%	89%	76%
Totaal	100%	100%	100%

Tabel II.3: Wil men dat de komende twee jaar (extra) huidtherapeuten in dienst worden genomen naar type verwijzer (alleen dermatologen en plastisch chirurgen)

	Dermatologen	Plastisch chirurgen	Totaal
Nee	48%	53%	51%
Ja	34%	25%	30%
Geen mening	17%	22%	20%
Zo ja, gem. aantal FTE	1,3 FTE	0,8 FTE	1,1 FTE
Totaal	100%	100%	100%

Tabel II.4: Wil men dat de komende twee jaar (extra) huidtherapeuten in dienst worden genomen naar huidige aanwezigheid van een huidtherapeut

	Geen huidtherapeut(en) aanwezig	Wel huidtherapeut(en) aanwezig	Totaal
Nee	56%	42%	51%
Ja	25%	36%	30%
Geen mening	19%	21%	20%
Zo ja, gem. aantal FTE	0,8 FTE	1,3 FTE	1,1 FTE
Totaal	100%	100%	100%

Tabel II.5: Toename in verwijzingen naar de huidtherapeut naar eerder verwijsgedrag

	Nooit verwezen	Eén keer of vaker verwezen	Totaal
- Primair of secundair lymfoedeem	12%	27%	25%
- Lipoedeem	12%	21%	20%
- Veneus oedeem	15%	13%	13%
- Hirsutisme, hypertrichosis entrichiasis	12%	40%	36%
- Acne en talgobstructies	4%	37%	32%
- Littekens en dermatogene contracturen	8%	33%	30%
- Huidtransplantaten	8%	12%	11%
- Bloedafwijkingen van de huid (naevus flammeus, teleangiëctasiën, etc.)	8%	23%	21%
- Dyschromieën (vitiligo of hyperpigmentatie)	8%	21%	19%
- Lokaal gestoorde arteriële doorbloeding	4%	4%	4%
- Fibromen	4%	8%	7%
- Hydradenitis	8%	9%	9%
- Benigne huidtumoren (atheroomcyste, etc.)	4%	10%	9%
- Maligne huidtumoren (huidcarcinoom, etc.)	4%	2%	2%
- Anders, nl.	5%	5%	5%

Bijlage III: Aanvullende tabellen hoofdstuk 5

Tabel III.1: Leeftijdssamenstelling van de onderzoeksgroep naar soort opleiding

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Jonger dan 30 jaar	4%	92%	55%
30 tot 50 jaar	52%	7%	26%
50 jaar of ouder	44%	1%	19%
Totaal	54	75	129

Tabel III.2: Jaar van aanvang werkzaamheden in huidige huidtherapiepraktijk naar soort opleiding

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO-opleiding gevolgd	Totaal
Sinds 1999 of eerder	47%	2%	22%
Sinds 2000 t/m 2004	37%	3%	18%
Sinds 2005 of 2006	8%	47%	29%
Sinds 2007 of 2008	8%	48%	30%
Totaal	49	60	109

Tabel III.3: Ondernomen activiteiten om een baan te vinden onder de aangeschreven recent afgestudeerden

	Percentage
Bezig (geweest) om een eigen praktijk op te richten	59%
Naar advertenties gezocht	4%
Gereageerd op een advertentie	13%
Zelf een advertentie geplaatst	0%
Op eigen initiatief een werkgever benaderd	17%
Familie, vrienden of relaties ingeschakeld	4%
Via het arbeidsbureau gezocht	0%
Bij een uitzendorganisatie ingeschreven	0%
Geen activiteit ondernomen	4%
Anders	32%

Tabel III.4: Ervaren grote knelpunten bij het oprichten van een eigen praktijk

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO- opleiding gevolgd	Totaal
Kennis op hele breedte van het vak nodig	8%	4%	6%
Verwerven van voldoende marktaandeel	25%	31%	29%
Hoogte van benodigde investeringen	22%	32%	28%
Vereiste kennis van bedrijfsvoering	22%	35%	30%
Waarneming tijdens vakantie en ziekte	29%	26%	28%
Minder mogelijkheden voor het voeren van overleg	10%	14%	13%
Minder mogelijkheden voor specialisatie	12%	10%	10%
Combinatie ondernemerschap en parttime werk moeilijk	12%	14%	13%
Combinatie ondernemerschap en ouderschap moeilijk	8%	14%	12%
Aantrekkelijkheid huidige werkomgeving en inkomen	8%	14%	12%
Het opstellen van een ondernemingsplan	12%	14%	13%
Onzekerheid over de markt voor huidtherapie	21%	26%	24%
Het vinden van geschikte praktijkruimte	22%	12%	16%
Anders, namelijk	9%	5%	7%

Tabel III.5: Ervaren grote knelpunten bij het mede-eigenaar worden in een praktijk

	Andere opleiding gevolgd	4-jarige HBO- opleiding gevolgd	Totaal
Het vinden van een geschikte praktijk waar ruimte is	27%	12%	18%
Medeverantwoordelijkheid voor het werk van collega's	8%	8%	8%
Beperkte mogelijkheden voor parttime werk	4%	3%	4%
Het samenwerken met andere huidtherapeuten	6%	1%	3%
Hoogte van kosten voor inkoop	8%	15%	13%
Beperkte zelfstandigheid t.o.v. eigen praktijk	13%	11%	11%
Combinatie ondernemerschap en parttime werk moeilijk	2%	1%	2%
Combinatie ondernemerschap en ouderschap moeilijk	2%	6%	5%
Aantrekkelijkheid huidige werkomgeving en inkomen	10%	10%	11%
Het vinden van een praktijk waarmee het 'klikt'	22%	19%	20%
Onzekerheid over de markt voor huidtherapie	22%	29%	27%
Anders, namelijk	1%	0%	1%

Tabel III.6: Verschillen tussen het aantal jaar werkzaam in de praktijk

	Lang werkzaam in de praktijk	Kort in de praktijk
Aantal nieuwe patiënten	10.2	11.2
Op eigen initiatief gekomen	2.5	4.3
Verwijzingen van huisarts	3.2	3.2
Verwijzingen van dermatoloog	2.7	2.0
Overig verwezen	2.5	1.9
Percentage patiënten verder dan 30 km buiten gemeente	12.0%	10.6%
Aantal verschillende behandelingen	7.9	8.0
Marktactiviteiten	2.5*	3.7*

* p=0,004.

Tabel III.7: Verschillen in aantal huisartsen in de omgeving

	Weinig huisartsen in omgeving	Veel huisartsen in omgeving
Aantal nieuwe patiënten	11.3	12.4
Op eigen initiatief gekomen	3.8	3.8
Verwijzingen van huisarts	3.9	2.3
Verwijzingen van dermatoloog	2.1	2.8
Overig verwezen	2.1	2.6
Percentage patiënten verder dan 30 km buiten gemeente	11.2%	10.6%
Aantal verschillende behandelingen	8.1	8.2
Marktactiviteiten	3.2	3.5

Tabel III.8: Verschillen in aantal dermatologen in de omgeving

	Weinig dermatologen in omgeving	Veel dermatologen in omgeving
Aantal nieuwe patiënten	10.2	12.3
Op eigen initiatief gekomen	2.9	3.4
Verwijzingen van huisarts	3.3	3.5
Verwijzingen van dermatoloog	2.9	2.1
Overig verwezen	2.4	2.4
Percentage patiënten verder dan 30 km buiten gemeente	10.8%	6.6%
Aantal verschillende behandelingen	7.9	7.8
Marktactiviteiten	3.0	3.7