

ARBEIDSMARKTVERKENNING HUIDTHERAPEUTEN 1995

Augustus 1995

**L. Hingstman
E. Sebregts
J. Harmsen**

**NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg - Postbus 1568 -
3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 319946**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Hingstman, L.

Arbeidsmarktverkenning huidtherapeuten 1995 / L. Hingstman, E. Sebregts, J. Harmsen. - Utrecht : NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, de Hogeschool van Utrecht en de Hogeschool Eindhoven - Met lit. opg.

ISBN 90-6905-277-6

Trefw.: arbeidsmarkt ; huidtherapeuten

VOORWOORD

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, de Hogeschool van Utrecht en de Hogeschool Eindhoven. Voor de begeleiding van dit onderzoek is een begeleidingscommissie in het leven geroepen.

De commissie bestaat uit:

- Drs. O.A. de Vries (voorzitter), onderwijskundig adviseur, Universiteit Utrecht
- Drs. F.A. Bots, Produktgroep CDG, Hogeschool Eindhoven
- J. Eskens, Hoofd afdeling Huidtherapie, Hogeschool van Utrecht/Faculteit Gezondheidszorg
- Mw. P.E. Fontijn-Schijf, voorzitter Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)
- mw. Mr. G.E. Keuning van den Berg, coördinator Opleiding Huidtherapie, Hogeschool Eindhoven
- Drs. J.J.M. Merkx, Hoofd afdeling Onderwijs en Ontwikkeling, Hogeschool van Utrecht/Faculteit Gezondheidszorg
- mw. M.A. Onstwedder-Sterenbergh, huidtherapeut
- mw. R. van der Zee, adviseur Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)

INHOUD

pag.

1. INLEIDING	7
2. KORTE BESCHRIJVING VAN HET BEROEP HUIDTHERAPEUT	9
2.1. Ontstaan van het beroep	9
2.2. Opleiding	9
2.3. Het beroep huidtherapeut	10
2.4. Werkzaamheden van de huidtherapeut	10
2.5. Werkvelden	11
2.6. Verwijzers	12
2.7. Financiering	12
3. ONDERZOEKSOPZET EN METHODE	15
3.1. Bestaande gegevensbestanden	15
3.2. Interviews	15
3.3. Schriftelijke enquête	16
4. TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN HUIDTHERAPEUTEN	19
4.1. Inleiding	19
4.2. Feitelijke vraag naar huidtherapeutische zorg	20
4.2.1. Demografische ontwikkelingen	20
4.2.2. Epidemiologische ontwikkelingen	23
4.2.3. Sociaal culturele ontwikkelingen	24
4.2.4. Institutionele ontwikkelingen	24
4.2.5. Technische ontwikkelingen	27
4.2.6. Conclusie	28
4.3. Potentiële vraag naar huidtherapeutische zorg	29
4.3.1. Inleiding	29
4.3.2. Behandelingen en verwijzers	29
4.3.2.1. <i>Behandelingen</i>	29
4.3.2.2. <i>Verwijzers</i>	29
4.3.3. Hoofdactiviteiten	31
4.3.3.1. <i>Elektrisch epileren</i>	31
4.3.3.2. <i>Acnébehandeling</i>	33
4.3.3.3. <i>Camouflagetherapie en dermatografie</i>	36
4.3.3.4. <i>Oedeemtherapie, bandageren en aanmeten elastische kousen</i>	39
4.3.3.5. <i>Massagetherapie</i>	43
4.3.4. Nieuwe activiteiten	45
4.3.4.1. <i>Aanmeten van borstprotheses</i>	46
4.3.4.2. <i>Overige nieuwe activiteiten</i>	48
4.3.5. Conclusie: potentiële vraag	50
4.4. Verwerkingscapaciteit	51
4.4.1. Het aantal werkuren	51
4.4.2. Verhouding patiëntgebonden - niet-patiëntgebonden tijd	53
4.4.3. Gemiddelde duur van een behandeling	53
4.4.4. Deeltijd	54
4.5. Conclusie: geschatte behoefte aan huidtherapeuten	55

INHOUD

pag.

5. HET AANTAL BESCHIKBARE HUIDTHERAPEUTEN	57
5.1. Inleiding	57
5.2. Het aantal werkzame huidtherapeuten	57
5.2.1. Omvang	57
5.2.2. Samenstelling	57
5.2.3. Praktijken	60
5.2.4. Spreiding en dichtheid	60
5.2.5. Vestiging en vertrek	61
5.3. Werkzoekende huidtherapeuten	62
5.4. Huidtherapeuten in opleiding	64
5.5. In het buitenland opgeleide huidtherapeuten	67
5.6. Raming aantal beschikbare huidtherapeuten	67
6. VERGELIJKING VRAAG EN AANBOD	69
6.1. Scenario's	69
6.2. Conclusie	71
7. SAMENVATTING	73
8. LITERATUUR	79
BIJLAGEN	81

1. INLEIDING

Eén van de jongste beroepen binnen de Nederlandse gezondheidszorg is het beroep van huidtherapeut. Het beroep is voor een deel voortgekomen uit het beroep van schoonheidsspecialist. Aangezien schoonheidsspecialisten steeds vaker werden geconfronteerd met cliënten met huidafwijkingen, werd in het begin van de jaren tachtig de behoefte aan een gespecialiseerde opleiding voor verzorgers van de pathologische huid steeds sterker. Dit heeft ertoe geleid dat in 1989 de eerste driejarige opleiding Huidtherapie op HBO-niveau in Utrecht en Eindhoven van start ging. Sinds dat jaar voltooien jaarlijks in Nederland circa 40 huidtherapeuten de opleiding. In totaal zijn er momenteel 134 huidtherapeuten werkzaam; voor verreweg het grootste deel zijn dit vrouwen.

Een huidtherapeut is een zelfstandige beroepsbeoefenaar binnen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg die op verwijzing van een medicus patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt, met het doel de handicap, stoornis of beperking (bijvoorbeeld pijn, zwelling) tengevolge van een huidaandoening op te heffen, te verminderen of te voorkomen (De Jager, 1991). Op basis van de door de arts gestelde diagnose hebben de huidtherapeuten tot taak de naar hen verwezen patiënten grondig en uitgebreid te inspecteren en voorzover noodzakelijk te onderzoeken, waarna zij op grond van hun kennis, inzicht en vaardigheden een behandelplan opstellen. Dit behandelplan wordt vervolgens in overleg met de verwijzende medicus uitgevoerd. Hieruit blijkt dat huidtherapeuten werken als een paramedicus en dat zij handelen op basis van 'op verwijzing van' (artikel 1 Wet op de Paramedische Beroepen).

Het beroep van huidtherapeut is nog niet in een wettelijk kader ondergebracht, zodat er geen wettelijke regelingen zijn op grond waarvan behandelingen door de huidtherapeut uitgevoerd zouden moeten worden. Wel zijn er ziektekostenverzekeraars die een aantal behandelingen vanuit het aanvullingsfonds vergoeden.

Uit het bovenstaande blijkt dat het beroep van huidtherapeut nog aan het begin van het professionaliseringsproces staat en momenteel bezig is zich een positie binnen de gezondheidszorg te verwerven. In het kader hiervan zijn de diverse belanghebbenden in het veld en beleid (beroepsvereniging, verzekeraars, opleidingsinstituten, overheid) geïnteresseerd in de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkelingen in de positionering van het beroep binnen de gezondheidszorg.

Eén van de mogelijkheden om hierin inzicht te krijgen is een nadere studie toegespitst op een arbeidsmarktverkenning voor huidtherapeuten. Een dergelijke studie zal in de eerste plaats inzicht geven in de omvang en samenstelling van de beroepsgroep, hetgeen met name voor de beroepsvereniging (NVH) van groot belang is. In de tweede plaats geeft een dergelijke studie inzicht in de toekomstige vraag naar huidtherapeutische zorg, hetgeen vooral van belang is voor de beide opleidingsinstituten in verband met het bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit. In de derde plaats biedt een arbeidsmarktverkenning de mogelijkheid om informatie aan te dragen ten behoeve van de overheid met betrekking tot een eventuele erkenning van het beroep in het kader van de BIG-wetgeving. Tenslotte zijn de resultaten met name ook bedoeld voor de verzekeraars om hen een handvat te geven omtrent de vraag naar huidtherapeutische zorg.

In het kader van bovengenoemde aspecten hebben de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, de Hogeschool van Utrecht (voorheen de Hogeschool Midden Nederland) en de Hogeschool Eindhoven het initiatief genomen om voor de beroepsgroep huidtherapeuten een arbeidsmarktverkenning op te stellen. Daartoe heeft men het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) opdracht gegeven het onderzoek uit te voeren.

Het doel van de onderhavige studie is in het kader van de arbeidsmarktverkenning inzicht te krijgen van ontwikkelingen in vraag en aanbod binnen de huidtherapie en op basis daarvan bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit, zodat vraag en aanbod in de toekomst goed op elkaar aansluiten.

De opzet van deze studie is grotendeels afgeleid van het rapport 'Behoefteraming Ergotherapeuten', dat het NIVEL in 1993 heeft afgerond (Harmsen e.a., 1993). Allereerst zal in hoofdstuk 2 een korte beschrijving worden gegeven van het beroep van huidtherapeut. De dataverzameling, onderzoeksopzet en methode komen in hoofdstuk 3 aan de orde. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 gekeken naar de verwachte vraag naar huidtherapeutische zorg. Onderzocht wordt welke factoren de 'vraag' beïnvloeden. Vervolgens wordt dit vertaald in het aantal huidtherapeuten dat nodig is om in het jaar 2005 aan die (verwachte) vraag te kunnen voldoen. In de tweede plaats wordt onderzocht welke ontwikkelingen er verwacht kunnen worden met betrekking tot het aanbod van huidtherapeuten (hoofdstuk 5). Aan de hand van deze ontwikkelingen worden ramingen gemaakt omtrent het te verwachten aanbod van huidtherapeuten. Vervolgens wordt de toekomstige vraag naar huidtherapeuten geconfronteerd met het toekomstig aanbod (hoofdstuk 6). Op basis hiervan worden ramingen gemaakt omtrent het aantal huidtherapeuten dat tot 2005 jaarlijks moet worden opgeleid om vraag en aanbod op elkaar te laten aansluiten. In hoofdstuk 7 tenslotte zullen de belangrijkste conclusies worden samengevat en zullen resultaten en aanbevelingen omtrent nader onderzoek worden gepresenteerd.

Voor deze studie is een begeleidingscommissie in het leven geroepen. Deze commissie heeft met name een belangrijke rol gespeeld bij het formuleren van de veronderstellingen omtrent de te verwachten ontwikkelingen binnen de huidtherapie. Deze veronderstellingen of aannames worden vervolgens doorgerekend en kunnen als zodanig als beleidsinstrument gehanteerd worden en bij het bepalen van de toekomstmogelijkheden van het beroep.

2. KORTE BESCHRIJVING VAN HET BEROEP HUIDTHERAPEUT

2.1 Ontstaan van het beroep

Het beroep van huidtherapeut is een tamelijk jong beroep, min of meer voortgekomen uit het beroep van schoonheidsspecialist. Voor de verzorging van de gezonde huid kan men in Nederland reeds jaren terecht bij één van de vele schoonheidsspecialisten, terwijl men met een huidziekte hulp kan inroepen van een specialist (huisarts, dermatoloog). Voor een aanvullende behandeling, verzorging en revalidatie van de pathologische huid bestond echter weinig aandacht. Schoonheidsspecialisten werden zodoende steeds vaker geconfronteerd met cliënten met huidafwijkingen; hun kennis was echter niet toereikend om adequaat hulp te kunnen verlenen.

In 1976 werd een poging ondernomen deze kloof tussen verzorgers van de gezonde huid (schoonheidsspecialisten) en medisch specialisten (dermatologen) te overbruggen door oprichting van de Stichting Voortgezette Opleiding voor Schoonheidsspecialisten binnen de Gezondheidszorg. De koppeling schoonheidsverzorging - verzorging pathologische huid bleek in de praktijk echter niet te functioneren; er was duidelijk sprake van twee verschillende beroepen. De roep om een volwaardige paramedische beroepsopleiding huidtherapie op HBO-niveau werd steeds sterker. De naam van de Stichting Voortgezette Opleiding voor Schoonheidsspecialisten binnen de Gezondheidszorg werd daarom in 1982 gewijzigd in Stichting Opleiding Huidtherapie (SOHU). Daaropvolgend ging in 1989 de opleiding huidtherapie van start aan de Hogeschool Midden-Nederland te Utrecht (momenteel Hogeschool van Utrecht) en de Hogeschool Eindhoven. Dit dankzij gezamenlijke inspanning van de Hogeschool Eindhoven, het Instituut Hoger Gezondheidszorg Onderwijs van de Hogeschool Midden Nederland te Utrecht, de SOHU en de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH).

Het beroep huidtherapeut is tot op heden nog niet wettelijk erkend door het Ministerie van VWS, net zomin als de opleiding huidtherapie erkend is en bekostigd wordt door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschappen (OC&W). Dit betekent onder meer dat de titel huidtherapeut tot op heden onbeschermd is. Eenieder die dat wil kan zich huidtherapeut noemen. De studenten huidtherapie krijgen van de overheid geen tegemoetkoming in de studiekosten. Bovendien heeft het ontbreken van beroeps-erkenning tot gevolg dat er geen sprake is van wettelijke regelingen op grond waarvan behandelingen uitgevoerd door een huidtherapeut vergoed zouden moeten worden.

Sinds 1978 kent de huidtherapie een eigen beroepsvereniging, onder de naam Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH); deze bewaakt sindsdien de kwaliteit van de opleiding en de beroepsuitoefening en zet zich in voor de erkenning van het beroep huidtherapeut in het kader van de BIG-wetgeving. Daartoe heeft men het initiatief genomen om het deskundigheidsgebied van de huidtherapie nader te omschrijven (zie Beroepsprofiel Huidtherapie, De Jager, 1991).

2.2 Opleiding

De huidige opleiding huidtherapie is een drie-jarige part-time opleiding op HBO-niveau. Om te worden toegelaten tot de opleiding huidtherapie dient men in het bezit te zijn

van een diploma HAVO, VWO, VHBO, MBO of een daaraan gelijkwaardig diploma. Er zijn twee hogescholen waar de studie huidtherapie gevolgd kan worden: de Hogeschool van Utrecht en de Hogeschool Eindhoven. De beide Hogescholen en de NVH hebben afgesproken dat er tot beide opleidingen 30 studenten per jaar worden toegelaten.

Het eerste jaar van de opleiding bestaat uit de propaedeuse en heeft met name de functie van selectie. Het omvat de basiskennis die nodig is voor het kunnen volgen van het vak huidtherapie. De tweede fase, ofwel de pré-klinische fase, beslaat anderhalf jaar van de opleiding; gedurende deze tijd krijgt de toekomstige huidtherapeut onderwijs in verschillende relevante vakgebieden, waaronder dermatologie, plastische chirurgie, fysiotherapie, endocrinologie, farmacotherapie, psychologie, hygiëne en verbandleer, medische ethiek en rapportage, medische fotografie, bedrijfsvoering en economie. Tevens worden in deze fase de diverse huidtherapeutische behandelingen aan de orde gesteld en oefent men praktijkvaardigheden als camouflagetherapie, diverse vormen van ontharen en elektrische epilatie, massagetherapie, therapeutische lymfedrainage en oedeemtherapie, bandageren, verzorgen van de pathologische huid en diverse technische applicaties. De afstudeerfase tenslotte beslaat het laatste halve studiejaar en bestaat uit een praktijkleerperiode, scriptie, referaat en praktijktoets. Men kan onder meer stage lopen bij dermatologen, plastisch chirurgen en huidtherapeuten (Studiegids huidtherapie HMN 1993-1994).

2.3 Het beroep huidtherapeut

De huidtherapeut is een beroepsbeoefenaar binnen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, die op verwijzing van een (para)medicus patiënten met een zieke of beschadigde huid behandelt; zelfstandig of in loondienst. Op basis van de door de arts gestelde diagnose heeft de huidtherapeut tot taak de naar hem verwezen patiënten grondig en uitgebreid te inspecteren en voor zover noodzakelijk te onderzoeken, waarna zij op grond van haar kennis, inzicht en vaardigheden een behandelplan opstelt. Hierbij houdt zij rekening met mogelijke contra-indicaties voor huidtherapeutische behandeling. Het behandelplan wordt vervolgens in overleg met de verwijzende medicus uitgevoerd. Doel van de behandeling is de handicap, stoornis of beperking ten gevolge van een huidaandoening op te heffen, te verminderen of te voorkomen.

2.4 Werkzaamheden van de huidtherapeut

In de praktijk bestaan de werkzaamheden van de huidtherapeut uit de volgende hoofdactiviteiten:

- *Elektrische epilatie*
Toepassen van methode van definitieve ontharing bij patiënten met overbeharing.
- *Camouflagetherapie*
Opbrengen van camouflage van tijdelijke aard bij patiënten met een zieke of beschadigde huid.

- *Dermatografie*
Pigmentbehandeling of het aanbrengen van kleur van permanente aard bij patiënten met een zieke of beschadigde huid.
- *Massagetherapie*
Toepassen van specifieke massagetechnieken gericht op het behandelen van aandoeningen van de huid, met name littekens en brandwonden.
- *Acnébehandeling*
Behandelen (voornamelijk manueel) van patiënten met diverse vormen van ernstige acné.
- *Therapeutische lymfedrainage en/of oedeemtherapie*
Behandelen van patiënten met diverse soorten oedeem (m.n. postoperatief oedeem, oedeem ten gevolge van trauma of chronische veneuze insufficiëntie, lymfoedeem) door toepassing van een bepaald soort massage.
- *Bandageren*
Bandageren van patiënten met bepaalde vorm van oedeem; in feite gaat het hier om een aanvullende handeling van de oedeemtherapie.
- *Aanmeten van elastische kousen*
Het aanleggen van een drukverband en/of aanmeten van therapeutische elastische kousen bij patiënten met oedeem of chronische veneuze insufficiëntie.

Hiernaast kunnen de werkzaamheden van de huidtherapeut bestaan uit het behandelen van patiënten met slecht genezende wonden, zoals ulcus cruris en decubitus; het aanvullend behandelen van de huid van patiënten met Lupus Erythematoses en andere huidaandoeningen. Huidtherapeuten zijn ook betrokken bij het aanmeten van borstprothesen, gel-sheets, drukpakken. Verder maakt de huidtherapeut in de praktijk gebruik van aanvullende technieken als lichttherapie, ultrageluid, laser, elektrische coagulatie, thermotherapie, incideren, peeling en iontoforese.

Van de huidtherapeuten wordt verwacht dat men beroepsmatig aan patiënten of patiëntengroepen instructie, informatie en voorlichting verstrekt omtrent zelfzorg om de stoornis, beperking en/of handicap ten gevolge van de huidaandoening te verminderen of voorkomen. De voorlichting kan tevens gericht zijn tot medewerkers in de gezondheidszorg, ouders/begeleiders. Verder wordt de huidtherapeut geacht in kennis en kunde op het vakgebied bij te blijven en deze verder te ontwikkelen.

Als (gast)docent kan de huidtherapeut tenslotte lessen verzorgen aan de opleiding tot huidtherapeut of aan andere opleidingen binnen de gezondheidszorg. Begeleiden van stagiaires van de opleiding huidtherapie behoort ook tot de taken van huidtherapeuten.

2.5 Werkvelden

De huidtherapeut kan binnen de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam zijn als zelfstandige in een eigen praktijk. Verder heeft men de mogelijkheid te werken als associé in een maatschap. In dit geval heeft men de plicht in een contract de gelijkwaardige positie van deelnemende therapeuten te garanderen. Ieder is persoonlijk verantwoor-

delijk voor de eigen behandelwijze. Tenslotte kan de huidtherapeut binnen de eerste lijnsgezondheidszorg werken in loondienst van bijvoorbeeld een collega-therapeut, gezondheidscentrum of een praktijk voor (para)medische dienstverlening.

Binnen de tweedelijsgezondheidszorg wordt zowel in dienstverband als op zelfstandige basis gewerkt. Huidtherapeuten kunnen werkzaam zijn op afdelingen dermatologie, chirurgie/plastische chirurgie, revalidatie, of binnen een (para)medisch behandelteam. In de derdelijnsgezondheidszorg kunnen de werkzaamheden van de huidtherapeut voornamelijk bestaan uit het geven van adviezen aan de verpleging en/of het uitvoeren van behandelingen daaruit voortvloeiend (De Jager, 1991).

2.6 Verwijzers

De huidtherapeut verricht met een zeer grote mate van zelfstandigheid de behandelingen waartoe zij bevoegd is. In verschillende werkvelden vindt overleg plaats met medici/verwijzers, paramedici en andere werkers in de gezondheidszorg. In de eerste- en vaak ook in de tweedelijsgezondheidszorg betreffen de belangrijkste werkcontacten van een huidtherapeut de contacten met de verwijzende medici. Een huidtherapeut werkt in principe uitsluitend op verwijzing van een medicus. Dit maakt de werkcontacten van de huidtherapeut met de verwijzende medici van het allergrootste belang. Verwijzers kunnen zijn de huisarts, dermatoloog/fleboloog, chirurg, plastisch chirurg, vaatchirurg, radiotherapeut, internist, gynaecoloog en endocrinoloog.

Omdat huidtherapie een tamelijk jong beroep is, staat men nog aan het begin van het professionaliseringsproces en is men momenteel bezig een positie binnen de gezondheidszorg te verwerven. Dit betekent dat het de huidtherapeut doorgaans nogal enige inspanning kost bekendheid te verwerven bij mogelijke verwijzers. Een pas gevestigd huidtherapeut moet zich zelf vaak de nodige moeite getroosten mogelijke verwijzers op de hoogte te stellen van haar vestiging, de aard van de huidtherapeutische werkzaamheden, en patiënten voor wie huidtherapie kan worden geïndiceerd.

2.7 Financiering

Bij zelfstandig gevestigde huidtherapeuten vindt vergoeding plaats op verichtingenbasis. Wanneer de huidtherapeuten in loondienst werken worden zij betaald volgens de in de arbeidsovereenkomst vastgestelde bepalingen.

Aangezien het beroep van huidtherapeut nog niet in een wettelijk kader is ondergebracht, zijn er geen wettelijke regelingen op grond waarvan behandelingen door de huidtherapeut uitgevoerd zouden moeten worden. Wel is er een aantal ziektekostenverzekeraars dat een aantal behandelingen vanuit het aanvullende verzekeringspakket vergoedt. De behandelingen van ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden kunnen bij een ziekenfonds respectievelijk particuliere verzekeraar gedeclareerd worden wanneer de huidtherapeut een medewerkersovereenkomst heeft met de betreffende ziektekostenverzekeraar. Wanneer dit niet het geval is, worden de behandelingen rechtstreeks aan de patiënt gedeclareerd.

In het verleden, toen de eerste opleiding huidtherapie net van de grond was gekomen en de eerste huidtherapeuten zich vestigden, was het de gewoonte dat de huidthera-

peut zelf ging onderhandelen met de ziektekostenverzekeraar. Men stuitte hierbij niet zelden op weerstand van de zorgverzekeraar vanwege de onbekendheid met het beroep. Slechts met veel moeite kon men doorgaans bepaalde behandelingen vergoed krijgen. Tegenwoordig is deze situatie verbeterd en worden de behandelingen elektrische epilatie en camouflage bijna standaard vergoed. Oedeemtherapie wordt redelijk vaak vergoed, terwijl de acnébehandeling slechts zelden wordt opgenomen in het aanvullend pakket van de zorgverzekeraar. Doorgaans wordt van de huidtherapeutische behandeling een bepaald percentage vergoed, waarbij een maximum per patiënt wordt vastgesteld. In het geval voor een patiënt dit gestelde maximum niet toereikend is voor de benodigde huidtherapeutische behandelingen, kan men zich bij de ziektekostenverzekeraar beroepen op een coulance-regeling, waarbij het maximum voor de betreffende patiënt mogelijk wordt bijgesteld.

Om als patiënt aanspraak te maken op een vergoeding uit de aanvullende verzekering hanteren veel zorgverzekeraars de regel dat de huidtherapeuten in het bezit moeten zijn van het diploma van de SOHU of van één van beide hogescholen en lid zijn van de NVH. Bovendien moet bij de meeste verzekeraars een indicatie (vaak van huisarts of dermatoloog) aangetoond zijn alvorens men de huidtherapeutische behandeling kan declareren.

Verschillende zorgverzekeraars hanteren nog steeds verschillende regels en tarieven voor huidtherapeutische behandelingen. Of een huidtherapeut al dan niet een medewerkerscontract krijgt met de zorgverzekeraar is sterk afhankelijk van de betreffende ziektekostenverzekeraar, de te vergoeden behandeling en bepaalde eigenschappen van de huidtherapeut zelf, zoals onderhandelingsgeest en het vertrouwen dat men bij de verzekeraar en medici heeft opgebouwd met betrekking tot de kwaliteit van de huidtherapeutische verrichtingen. In een behoorlijk aantal gevallen zal de patiënt echter zelf de behandeling moeten betalen.

3. ONDERZOEKSOPZET EN METHODEN

Voor het in kaart brengen van de arbeidsmarkt voor huidtherapeuten is gebruikgemaakt van verschillende gegevensbronnen. In de eerste plaats zijn gegevens afgeleid van reeds bestaande gegevensbronnen. Deze secundaire analysemethode is met name gebruikt voor het in beeld brengen van de 'vraag' naar huidtherapeutische zorg (hoofdstuk 4). In de tweede plaats hebben interviews plaatsgevonden met de diverse belanghebbenden in het veld. De gegevens uit deze interviews zijn vooral gebruikt als achtergrondinformatie bij het opstellen van veronderstellingen omtrent de toekomstige ontwikkelingen binnen het beroep. In de derde plaats is een schriftelijke enquête gehouden onder alle in Nederland werkzame huidtherapeuten. Op basis hiervan wordt het aanbod aan huidtherapeuten in beeld gebracht (hoofdstuk 5). De drie genoemde gegevensverzamelingen zullen in het kort worden toegelicht.

3.1 Bestaande gegevensbestanden

De huidtherapie wordt gekenmerkt door het ontbreken van de meest essentiële gegevens die inzicht zouden kunnen geven in de 'vraag' naar huidtherapeutische zorg. Om hierin toch enig inzicht te krijgen is in de eerste plaats gekeken naar de verwijzers. Zij immers hebben grote invloed op de workload van huidtherapeuten. Eén van de belangrijkste verwijzers is de huisarts. Patiënten met huidproblemen zullen in eerste instantie bij de huisarts komen. Deze kan de patiënt al dan niet doorsturen naar een dermatoloog, huidtherapeut, schoonheidsspecialiste of een andere beroepsgroep. Om inzicht te krijgen in het aanbod van huidproblemen bij de huisarts, is gebruikgemaakt van gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk (Foets en Van der Velden, 1990). In deze studie die in 1987/1988 door het NIVEL is uitgevoerd, hebben 161 huisartsen over een periode van drie maanden alle contacten van patiënten binnen de eigen huisartspraktijk geregistreerd. Alle ziektegegevens zijn gecodeerd in de International Classification of Primary Care (ICPC). Op basis hiervan kan, voor wat betreft huidproblemen, het incidentie- en prevalentiecijfer berekend worden. Deze gegevens geven een globale indruk omtrent het aantal huidproblemen dat bij de huisarts wordt gepresenteerd en dat eventueel door een huidtherapeut behandeld zou kunnen worden.

De huidtherapeuten krijgen ook patiënten verwezen van specialisten (plastisch chirurg, oncologen e.d.). Voor deze beroepsgroepen is het vooralsnog niet mogelijk inzicht te krijgen in het aantal patiënten dat bij hen in zorg is, laat staan in het aantal dat eventueel door een huidtherapeut behandeld zou kunnen worden.

3.2 Interviews

Onder andere als voorbereiding op de schriftelijke enquête zijn een zestal mondelinge interviews gehouden met werkzame huidtherapeuten. Van deze huidtherapeuten zijn er drie werkzaam in een eigen praktijk en drie werkzaam in een ziekenhuis. De namen van de zes huidtherapeuten zijn verkregen van de beroepsvereniging (NVH). De interviews zijn op band vastgelegd en daarna schriftelijk verwerkt. In de tweede plaats zijn

een tweetal ziektekostenverzekeraars geïnterviewd. In deze interviews is met name aandacht besteed aan de mogelijkheden om huidtherapie in het verzekeringspakket op te nemen. De interviews werden gehouden met de medisch adviseurs van deze ziektekostenverzekeraars.

Om tot slot te onderzoeken in hoeverre de werkzaamheden van huidtherapeuten overlap vertonen met de werkzaamheden van andere beroepen, zijn ook een aantal direct verwante en nevenliggende beroepsgroepen geïnterviewd. Wij hebben ons daarbij beperkt tot de volgende vijf beroepsgroepen: huisartsen, dermatologen, plastisch chirurgen, schoonheidsspecialisten en fysiotherapeuten. Wij hebben daartoe een interview gehouden met één vertegenwoordiger van de beroepsvereniging van de vijf genoemde beroepsgroepen.

3.3 Schriftelijke enquête

Om een compleet overzicht te krijgen omtrent het aanbod van huidtherapeuten is ervoor gekozen om alle huidtherapeuten, die in Nederland de opleiding huidtherapie hebben voltooid, schriftelijk te enquêteren. Hiertoe behoren zowel degenen die in de periode 1976-1989 de SOHU-opleiding hebben afgerond, alsmede degenen die na 1989 de Opleiding Huidtherapie in Utrecht of Eindhoven hebben voltooid. In totaal gaat het om 223 huidtherapeuten. De namen en adressen van deze groep zijn verkregen via de beroepsvereniging (NVH) en beide opleidingsinstituten. De enquête en de aanbevelingsbrief van de NVH zijn op 6 januari 1995 verzonden en drie weken later is het rappel verstuurd.

Respons

Van de 223 aangeschreven huidtherapeuten bleek van acht huidtherapeuten het woonadres niet te kloppen en was het goede adres ook niet meer te achterhalen. Verder bleek dat twee huidtherapeuten nog in opleiding waren. Op grond hiervan kan worden vastgesteld dat de groep die meetelt voor de respons-analyse bestaat uit 213 huidtherapeuten.

Uit tabel 1 kan worden afgeleid dat de totale respons 69% bedraagt. Als echter een onderscheid wordt gemaakt naar leden van de NVH en niet-leden, dan blijkt dat 85% van de leden en 46% van de niet-leden heeft gerespondeerd. Het lage respons-percentage niet-leden wordt met name veroorzaakt door de groep ex-leden en de afgestudeerden van de SOHU. Het grootste deel van hen zal waarschijnlijk ook niet (meer) werkzaam zijn als huidtherapeut.

De respons onder de afgestudeerden uit Utrecht en Eindhoven ligt veel hoger; respectievelijk 62% en 56%.

Tabel 1: Overzicht van de responsgegevens

	Aangeschreven	Terugontvangen	Responspercentage
Lid NVH	126	107	85%
Geen lid NVH	87	40	46%
- ex-leden	(16)	(5)	(31%)
- afgestudeerden Utrecht	(13)	(8)	(62%)
- afgestudeerden Eindhoven	(25)	(14)	(56%)
- afgestudeerden SOHU	(33)	(13)	(39%)
Totaal	213	146	69%

Uit tabel 1 blijkt dat 19 leden van de NVH de enquête niet hebben teruggestuurd. Aangezien het van groot belang is om de totale groep werkzame huidtherapeuten in beeld te brengen hebben wij deze groep telefonisch benaderd. In totaal hebben er vier geweigerd aan het onderzoek mee te doen (zij blijken overigens wel werkzaam te zijn), zes huidtherapeuten hebben te kennen gegeven werkzaam te zijn en hebben ook aangegeven hoeveel uur men per week werkzaam is en één huidtherapeut was gestopt met werken. De rest (negen) hebben wij niet kunnen bereiken.

Gezien het feit dat het een populatie-onderzoek is (iedereen is aangeschreven) en 85% van de NVH-leden heeft gereageerd, kunnen de uitkomsten uit de enquête als representatief beschouwd worden.

Berekening (schatting) totaal aantal werkzame huidtherapeuten

Op basis van de enquête hebben wij 117 personen kunnen traceren die werkzaam zijn als huidtherapeut. Aangezien een (klein) deel van de NVH-leden (19) de enquête niet heeft teruggestuurd is te verwachten dat het aantal werkzame huidtherapeuten wat hoger zal zijn. Het grootste deel van de NVH-leden is, zoals wij hiervoor zagen, waarschijnlijk werkzaam. Op basis van het telefonisch rappel verwachten wij dat er $117+19=136$ huidtherapeuten werkzaam zijn. Om vervolgens inzicht te krijgen in het totaal aantal uren huidtherapeutische zorg die door deze groep van 136 wordt geleverd is de volgende methode toegepast. Van 115 huidtherapeuten is bekend hoeveel uur men per week werkt. Het gemiddelde bedraagt 24,9 uur. Dit gemiddelde hebben wij vervolgens ook toegewezen aan de groep waarvan het aantal werkzame uren per week onbekend is. Daarmee komt het totaal aantal uren huidtherapeutische zorg op:

$$\begin{array}{rcl}
 115 \times 24,9 & = & 2863,5 \text{ uren} \\
 19 \times 24,9 & = & 473,1 \text{ uren} \\
 \hline
 & & 3336,6 \text{ uren}
 \end{array}$$

4. TOEKOMSTIGE BEHOEFTE AAN HUIDTHERAPEUTEN

4.1 Inleiding

Voor het verkrijgen van inzicht in de toekomstige behoefte aan huidtherapeuten zal een model worden gehanteerd dat is afgeleid van het Eindadvies van de Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen (ABA) (WVC, 1985). Daarbij worden de volgende componenten onderscheiden:

$$Et = \frac{Vt}{Ct} \quad \text{waarbij}$$

Et = het aantal benodigde huidtherapeuten op tijdstip t

Vt = de vraag naar huidtherapeutische zorg op tijdstip t

Ct = de verwerkingscapaciteit van een huidtherapeut op tijdstip t

De vraag naar huidtherapeuten kan worden uitgedrukt als het totale tijdsbeslag (bijvoorbeeld het aantal werkzame uren per jaar) dat patiënten aan huidtherapeutische zorg vragen. De verwerkingscapaciteit van een huidtherapeut kan worden uitgedrukt als de tijd (uren per jaar) die een huidtherapeut voor patiëntenzorg ter beschikking heeft.

Om de toekomstige vraag naar huidtherapeutische zorg in kaart te brengen worden in het Eindadvies van de ABA-commissie drie verschillende benaderingswijzen genoemd (WVC, 1985):

- de feitelijke vraag;
- de subjectieve behoefte;
- de geobjectiveerde behoefte.

Bij de feitelijke vraag wordt uitgegaan van het feitelijk gebruik dat de bevolking maakt van huidtherapeutische zorg. Een andere benaderingswijze is die van de subjectieve behoefte: hoeveel gebruik zou er gemaakt worden van de diensten van huidtherapeuten, indien er geen belemmeringen zouden zijn in de vorm van kosten, wachttijden etc. Een derde manier is van een min of meer geobjectiveerde behoefte uit te gaan. Men zou bijvoorbeeld door deskundigen kunnen laten vaststellen of er in een populatie 'onderbehandelde zorggevallen' zijn.

In dit rapport zal worden ingegaan op de 'feitelijke vraag' en op de 'objectieve behoefte'. De reden dat, in tegenstelling tot de meeste behoefte-ramingstudies, naast de feitelijke vraag ook aandacht wordt besteed aan de objectieve behoefte heeft te maken met het feit dat de beroepsuitoefening van de huidtherapeut nog volop in ontwikkeling is. Dit betekent dat de mogelijkheden voor het verkrijgen van huidtherapeutische zorg nog lang niet overal worden benut.

In dit hoofdstuk zal in eerste instantie (paragraaf 4.2) worden ingegaan op de feitelijke vraag naar huidtherapeutische zorg. Op basis hiervan zullen globale schattingen gemaakt worden omtrent de ontwikkelingen in de toekomstige vraag. Vervolgens wordt in paragraaf 4.3 en 4.4 ingegaan op de potentiële vraag naar huidtherapeutische zorg en de verwerkingscapaciteit van huidtherapeuten. In deze paragraaf zullen meer gedetailleerde vraagontwikkelingen besproken worden. Tot slot zullen in paragraaf 4.5 verschillende vraagscenario's gepresenteerd worden.

4.2 Feitelijke vraag naar huidtherapeutische zorg

Bij de feitelijke vraag naar huidtherapeutische zorg moeten zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden activiteiten betrokken worden¹. De niet-patiëntgebonden activiteiten zijn geoperationaliseerd binnen de verwerkingscapaciteit van huidtherapeuten en worden beschreven in paragraaf 4.5.

Voor de operationalisatie van de patiëntgebonden activiteiten is gekozen voor het tijdsbeslag dat de directe en indirecte zorg voor patiënten inneemt. In de volgende paragrafen komt daartoe een aantal ontwikkelingen aan bod dat van invloed kan zijn op het toekomstig (patiëntgebonden) tijdsbeslag. Hierbij worden de volgende ontwikkelingen onderscheiden:

- demografische ontwikkelingen;
- epidemiologische ontwikkelingen;
- sociaal-culturele ontwikkelingen;
- institutionele ontwikkelingen.
- technische ontwikkelingen.

4.2.1 Demografische ontwikkelingen

Een factor die van invloed is op het toekomstig tijdsbeslag van huidtherapeuten, is de ontwikkeling van de bevolkingsomvang en -samenstelling. Voor het berekenen van de invloed die deze demografische ontwikkelingen zullen hebben op de vraag naar huidtherapeutische zorg is gebruikgemaakt van de bevolkingsprognoses van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het CBS heeft haar prognoses opgesteld volgens een drietal varianten (CBS, 1995):

- lage-variant : 15.957.000 inwoners in 2005
- midden-variant: 16.458.000 inwoners in 2005
- hoge-variant : 16.959.000 inwoners in 2005

In dit rapport zullen met betrekking tot de groei van de bevolking tot 2005 twee varianten worden doorgerekend, te weten de midden- en de hoge-variant. De lage-variant zal buiten beschouwing worden gelaten omdat er aanwijzingen zijn dat, als gevolg van een positief migratiesaldo en een hoger leeftijdsspecifiek vruchtbaarheidscijfer, de bevolkingsgroei hoger zal zijn dan aanvankelijk werd verondersteld (CBS, 1992).

Voor wat betreft het totale tijdsbeslag is gebruikgemaakt van de eerder in hoofdstuk 3 beschreven NIVEL-enquête 'Arbeidsmarktverkenning huidtherapeuten 1995'. Op basis hiervan is het totale tijdsbeslag van alle in Nederland werkzame huidtherapeuten berekend; te weten 3.337 uren per week (tabel 2). Het merendeel (77%) van deze uren vindt plaats in de eerstelijnspraktijk.

¹ Onder **patiëntgebonden activiteiten** wordt verstaan de directe en indirecte werkzaamheden. Onder **niet-patiëntgebonden activiteiten** vallen de voorwaardenscheppende en aanverwante werkzaamheden (ook wel therapeutgebonden werkzaamheden genoemd).

Tabel 2: Absolute en procentuele verdeling van het totaal aantal uren dat huidtherapeuten per week werkzaam zijn per werkveld, per 1 januari 1995

	absoluut*	%
Eigen (eerstelijns)praktijk	2.572	77,1
Intramurale instelling	765	22,9
Totaal	3.337	100,0

* Deels geschat op basis van N=134 huidtherapeuten (zie paragraaf 3.3).

Vervolgens is voor het jaar 2005 een raming gemaakt omtrent de groei van het totaal aantal werkuren als gevolg van bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling. Hierbij wordt er (voorlopig) vanuit gegaan dat de verwerkingscapaciteit (ofwel de produktiviteit) tot en met het jaar 2005 gelijk blijft (op het niveau van 1994).

- Bevolkingsgroei

Volgens de bevolkingsprognose van het CBS (midden-variant) zal in de periode 1994-2005 het totaal aantal inwoners met 6,6% toenemen (zie bijlage 2). Indien de verwerkingscapaciteit gelijk blijft op het niveau van 1994, dan zal het aantal huidtherapeuten met 6,6% moeten toenemen om de produktiegroei als gevolg van de bevolkingsgroei op te vangen. Als de bevolkingsprognose volgens de hoge-variant wordt gehanteerd, dan zal het aantal huidtherapeuten tot en met het jaar 2005 met 9,9% moeten stijgen.

- Bevolkingssamenstelling

Bij de berekening van de invloed van demografische ontwikkelingen moeten ook de veranderingen in de bevolkingssamenstelling worden betrokken, in het bijzonder de veranderingen in de leeftijdsopbouw. Daartoe zouden we per werkveld de beschikking moeten hebben over de produktiegegevens per leeftijdscategorie. Onder produktiegegevens wordt verstaan het aantal verstrekte behandelingen en de duur van de behandelingen per patiënt. Dit soort gegevens is helaas niet beschikbaar.

Om toch de invloed van de leeftijd in de berekening te betrekken is gebruikgemaakt van gegevens uit de NIVEL-enquête 'Arbeidsmarktverkenning huidtherapeuten'. In deze enquête is gevraagd een globaal overzicht te geven van de kenmerken van de patiëntenpopulatie, waarbij de patiënten worden verdeeld in 3 leeftijdsgroepen (zie tabel 3).

Tabel 3: Aantal patiënten in 1994 naar leeftijd en werkveld

	Eigen (eerstelijns)praktijk		Intramuraal		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Jonger dan 30 jaar	1342	24%	586	29%	1928	25%
30-60 jaar	2897	52%	1005	51%	3902	52%
Ouder dan 60 jaar	1359	24%	386	20%	1745	23%
Totaal	5598	100%	1977	100%	7575	100%

Uit de tabel blijkt dat de meeste patiënten van huidtherapeuten tussen 30-60 jaar zijn (52%). Overigens blijkt dat de patiënten in de intramurale sector relatief gezien iets jonger zijn dan de patiënten in de eerste lijn.

Als vervolgens wordt gekeken naar het aantal vrouwelijke en mannelijke patiënten, dan blijkt dat 84% van alle patiënten vrouw is. Het percentage vrouwelijke patiënten in de intramurale sector (88%) is wat hoger dan in de extramurale sector (83%).

Om de gevolgen van de veranderingen in de bevolkingssamenstelling op de produktiegroei in de huidtherapeutische zorg te berekenen, zijn op basis van de CBS-bevolkingsprognoses voor de drie onderscheiden leeftijdscategorieën (uitgesplitst naar geslacht) de groeipercentages van de Nederlandse bevolking berekend. Deze groeipercentages zijn vervolgens doorberekend aan de hand van de leeftijdsverdeling van de patiënten van huidtherapeuten (tabel 3). Een belangrijke veronderstelling is dat de relatieve leeftijdsverdeling van de patiëntenpopulatie in het jaar 2005 gelijk blijft aan de situatie in 1994.

Op basis van bovengenoemde methode is voor de drie onderscheiden leeftijdsgroepen de groei van het aantal patiënten tot 2005 berekend. Als deze totalen worden gesommeerd kan inzicht worden verkregen in de produktiegroei (bijlage 3). In tabel 4 is dit samengevat en daaruit kan worden afgeleid dat bij een bevolkingsprognose volgens de midden-variant sprake is van een produktiegroei van 2,5% tot het jaar 2005 als gevolg van alleen veranderingen in de leeftijdsamenstelling. Bij de hoge-variant is sprake van een produktiegroei van 2,1%.

Tabel 4: Schatting van de produktiegroei in huidtherapeutische zorg als gevolg van bevolkingsgroei en verandering van bevolkingssamenstelling (volgens de midden- en de hoge-variant) ten opzichte van 1994 in procenten

Midden-variant			Hoge-variant		
Bevolkings-groei	Bevolkings-samen-stelling	Totaal	Bevolkings-groei	Bevolkings-samen-stelling	Totaal
6,6%	2,5%	9,1%	9,9%	2,1%	12,0%

Op grond van bovengenoemde berekening kan worden geconcludeerd dat op basis van bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling (leeftijd, geslacht) het aantal huidtherapeuten met 9,1% (midden-variant) of 12,0% (hoge-variant) moet groeien om de toekomstige vraag op te vangen.

- Ondergebruik

Bij de berekening van de groeicijfers als gevolg van demografische ontwikkelingen is uitgegaan van het huidige feitelijk gebruik. Dit gebruik is als het ware geëxtrapoleerd. Er zijn aanwijzingen dat bij het huidige feitelijk gebruik sprake is van 'ondergebruik'. Zo blijkt bijvoorbeeld dat in de provincies Overijssel, Zuid-Holland en Zeeland, gerelateerd aan de bevolkingsomvang, aanzienlijk minder huidtherapeuten werkzaam zijn dan in de provincies Limburg en Utrecht (zie bijlage 4). In de eerstgenoemde provincies moet de huidtherapie haar positie nog zien te verwerven. In dergelijke gebieden is het mogelijk dat in de komende jaren een 'inhaal-effect' zal optreden.

Voor een globale schatting van het 'ondergebruik' wordt de provincie met de hoogste huidtherapeutendichtheid als uitgangspunt gekozen; dat wil zeggen de provincie Utrecht (102.368 inwoners per full-time equivalent huidtherapeut). De veronderstelling is dat in alle andere provincies op termijn dezelfde huidtherapeutendichtheid zal gelden als in Utrecht. Om dit te realiseren zou het totaal full-time equivalenten huidtherapeuten moeten toenemen van 83,5 tot 151, ofwel een groei van 81% (zie bijlage 4).

Als deze groei in full-time equivalenten wordt vertaald in het aantal huidtherapeuten, dan zullen voor het opvullen van het ondergebruik in totaal 108 extra huidtherapeuten nodig zijn.

4.2.2 Epidemiologische ontwikkelingen

Met betrekking tot het toekomstig tijdsbeslag van huidtherapeuten moet naast demografische ontwikkelingen ook rekening worden gehouden met epidemiologische ontwikkelingen. Onder epidemiologische ontwikkelingen wordt verstaan niet-demografische verschuivingen in het morbiditeitspatroon. Om hierover iets te kunnen zeggen zouden er gegevens beschikbaar moeten zijn over toekomstige leeftijdsspecifieke incidentie- en prevalentiecijfers.² Deze zouden dan vervolgens vertaald moeten worden in een toe- of afname van de huidtherapeutische zorg. Door het ontbreken van incidentie- en prevalentiecijfers kan alleen in globale termen iets gezegd worden over epidemiologische ontwikkelingen.

Een factor die in de eerste plaats genoemd moet worden is de toenemende milieuvervuiling. Hierdoor zou het aantal huidaandoeningen kunnen toenemen, zoals eczemen, huidcarcinomen e.d. Een andere ontwikkeling is de toename van het aantal cosmetische operaties in de komende jaren. Het gevolg hiervan is een groei van het aantal littekenbehandelingen.

Een ontwikkeling die bovendien de aandacht verdient is mogelijke toe- danwel afname van het aantal transseksuelen. Voor deze groep is veelal een intensieve elektrische epilatie noodzakelijk die tamelijk veel tijd in beslag neemt. Voorzover nu bekend neemt het aantal transseksuelen in de komende jaren nauwelijks toe (Gender Stichting Amsterdam).

Voor wat betreft de oedeemtherapie moet vooral gekeken worden naar de ontwikkelingen in het aantal gevallen van borstkanker en chronische veneuze insufficiëntie. Met betrekking tot borstkanker moet worden geconstateerd dat de prevalentiecijfers stijgen (STG, 1991). Een deel van de stijging kan vermoedelijk verklaard worden door uitstel van de sterfte in de afgelopen jaren; door de vroegere opsporing van borstkanker. Een deel zal echter ook het gevolg zijn van een toegenomen incidentie.

Met betrekking tot de epidemiologische ontwikkelingen moet worden geconstateerd dat deze veelal moeilijk te vertalen zijn in veranderingen in de werkbelasting van de huidtherapeut. Hoewel deze factor in onze berekeningen buiten beschouwing wordt gelaten, betekent niet dat met deze factor geen rekening moet worden gehouden. Deze ontwikkelingen zullen worden meegenomen bij de interpretatie van de eindresultaten.

² Onder incidentie verstaan wij het totale aantal nieuw gediagnostiseerde gevallen van een bepaald ziektebeeld in een bepaalde tijdsperiode. De prevalentie geeft het totale aantal bekende gevallen van een ziektebeeld weer, gemeten in een zekere tijdsperiode. Dit betreft dus patiënten die op het startmoment van registratie reeds bekend waren en de nieuwe gevallen in de daaropvolgende periode.

4.2.3 Sociaal-culturele ontwikkelingen

- *Mondigheid*

Een sociaal-culturele ontwikkeling die van invloed zou kunnen zijn op de toekomstige werklust van huidtherapeuten is de toenemende mondigheid van patiënten en van mensen in de directe omgeving van de patiënt (ouders, familie, etc.). Dit betekent in de eerste plaats dat huidtherapeuten in de toekomst steeds meer tijd zullen moeten uittrekken om voorlichting en informatie te verstrekken. Bovendien wordt gezondheid steeds meer ervaren als een belangrijk goed. Was het vroeger zo dat men zich makkelijk schikte in zijn lot, tegenwoordig accepteert men ziekte en onvolmaaktheden van het uiterlijk veel minder gemakkelijk. Deze toenemende mondigheid kan betekenen dat men steeds vaker hulp zoekt voor problemen waar men zich vroeger makkelijker bij neerlegde. Zo zal men door de groeiende maatschappelijke druk en de grotere mondigheid sneller het initiatief nemen vormen van overbeharing te laten verhelpen, of slecht genezende huidaandoeningen te laten behandelen. Dit betekent in de toekomst meer werk voor huidtherapeuten.

- *Allochtonen*

Een ontwikkeling die mede van invloed is op de toekomstige behoefte aan huidtherapeuten, is de absolute en relatieve toename van etnische minderheden in ons land. Er zijn op dit moment geen gegevens beschikbaar omtrent de mate waarin migranten een beroep doen op de diensten van de huidtherapeut. Wel kan verondersteld worden dat vanuit allochtone groepen een grotere vraag gaat ontstaan naar elektrische epilatie als gevolg van het bij een aantal groepen allochtonen (Turken, Marokkanen) frequenter voorkomen van lichte vormen van overbeharing. Bij migratie naar westerse landen en culturen wordt men geconfronteerd met andere maatschappelijke normen en idealen, waarbij de allochtone vrouw toenemende druk zal ervaren om deze overbeharing te laten verwijderen. Overigens is in landen als Turkije en Tunesië overbeharing van vrouwen ook geen geaccepteerd fenomeen. Vormen van definitieve ontharing worden in deze landen echter niet toegepast.

Deze sociaal-culturele ontwikkeling zal zich moeilijk laten vertalen in termen van een absolute toe- of afname van de vraag naar huidtherapeuten. Onderzoeksgegevens met betrekking tot dit punt zijn niet voorhanden.

Hoewel de sociaal-culturele ontwikkelingen in onze berekeningen buiten beschouwing worden gelaten, betekent niet dat met deze factor geen rekening moet worden gehouden. Deze ontwikkelingen zullen worden meegenomen bij de interpretatie van de eindresultaten.

4.2.4 Institutionele ontwikkelingen

Er is een aantal structurele ontwikkelingen dat in de komende jaren van (grote) invloed kan zijn op de vraag naar huidtherapeutische zorg. Dit zijn:

- wettelijke erkenning van het beroep;
- rol van de ziektekostenverzekeraars;
- substitutie van zorg.

a. *Wettelijke erkenning van het beroep*

Het beroep van huidtherapeut is niet wettelijk erkend. Dit betekent dat het beroep van huidtherapeut niet beschermd is. Eenieder die zich daartoe geroepen voelt mag zich huidtherapeut noemen en zich als zodanig afficheren.

De beroepsvereniging voor huidtherapeuten (NVH) is druk doende om activiteiten te ontplooiën die uiteindelijk moeten leiden tot een erkenning van het beroep. In dit verband kan gewezen worden op de totstandkoming van het beroepsprofiel voor huidtherapeuten. Verder heeft de beroepsvereniging een kwaliteitstoetsingsregeling en organiseert zij themadagen, symposia en bijscholingen voor huidtherapeuten. Bovendien heeft men een begeleidingscommissie in het leven geroepen die toezicht houdt op de kwaliteit van de opleiding huidtherapie.

Bovengenoemde activiteiten moeten ertoe leiden dat het beroep op termijn wordt erkend en dat het beroep van huidtherapeut onder de regelgeving van de BIG-wet komt te vallen. Daarbij wordt ernaar gestreefd om het beroep overeenkomstig de meeste paramedische beroepen onder de artikel 34-beroepen te laten vallen. Een belangrijk kenmerk van artikel 34-beroepen is dat de opleiding wettelijk wordt vastgelegd. Verder zou de huidtherapeut een wettelijk beschermde titel krijgen. Dit betekent dat de titel van 'huidtherapeut' pas gevoerd mag worden als voldaan is aan de wettelijke opleidingseisen. Overige elementen uit de regeling voor de artikel 34-beroepen zijn:

- het deskundigheidsgebied moet worden omschreven;
- de beroepsbeoefenaren staan niet onder toezicht van de tuchtrechter;
- eventuele specialisaties binnen de beroepsgroep worden niet wettelijk geregeld.

Als de overheid ertoe overgaat het beroep van huidtherapeut als artikel 34-beroep te erkennen heeft dat belangrijke gevolgen. In de eerste plaats zullen ziektekostenverzekeraars mogelijk eerder overgaan tot het vergoeden van behandelingen. In de tweede plaats is het mogelijk dat het aantal huidtherapeuten dat in loondienst gaat werken van een ziekenhuis zal toenemen. Verder houdt de titelbescherming in dat andere beroepsgroepen zich niet meer mogen profileren als 'huidtherapeut'. In artikel 34 van de BIG-wet wordt voorts gesproken over voorbehouden handelingen. Handelingen die hieronder vallen zijn inzake de BIG-wet voorbehouden aan bepaalde beroepsgroepen. Middels haar activiteiten streeft de NVH ernaar voorbehouden handelingen als zodanig erkend te krijgen. Een wettelijke erkenning van het beroep zal zeker tot gevolg hebben dat er een duidelijke toename van de vraag naar huidtherapeutische zorg zal optreden.

b. Rol van de ziektekostenverzekeraar

De behandelingen van ziekenfondspatiënten en particulier verzekerden kunnen bij een particuliere verzekeraar respectievelijk ziekenfonds (uit het aanvullend pakket) gedeclareerd worden wanneer de huidtherapeut een medewerkersovereenkomst heeft met de betreffende zorgverzekeraar. Op dit moment wordt elektrische epilatie door de ziektekostenverzekeraars bijna standaard vergoed tot een bepaald maximum per patiënt. Oedeemtherapie en camouflage worden niet in alle gevallen vergoed, terwijl dermatografie en acnébehandeling slechts zelden worden opgenomen in het (aanvullende) pakket. Dit wordt deels bevestigd aan de hand van gegevens uit de NIVEL-enquête 'Arbeidsmarktverkenning Huidtherapeuten' (tabel 5). Van de werkzame huidtherapeuten heeft 85% voor wat betreft het elektrisch epilieren een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar. Daarnaast hebben ook relatief veel huidtherapeuten een contract/overeenkomst voor camouflagetherapie (57%) en acnébehandeling (47%).

In de enquête is ook gevraagd voor welke behandelingen men op termijn een contract/overeenkomst verwacht met een ziektekostenverzekeraar (tabel 5). Daaruit blijkt dat veel huidtherapeuten verwachten voor wat betreft de oedeemtherapie op termijn een contract/overeenkomst te zullen afsluiten.

Tabel 5: Aantal werkzame huidtherapeuten dat met betrekking tot het aantal behandelingen wel of niet een contract/overeenkomst heeft met een ziektekostenverzekeraar of op termijn een contract/overeenkomst verwacht af te sluiten

	Contract/overeenkomst ziektekostenverzekeraar						Op termijn een contract te verwachten
	Ja		Nee		Totaal		
	abs	%	abs	%	abs	%	
Epilatie	99	84,6	18	15,4	117	100,0	2
Acnébehandeling	55	47,0	62	53,0	117	100,0	4
Camouflagetherapie	67	57,3	50	42,7	117	100,0	3
Dermatografie	7	6,0	110	94,0	117	100,0	4
Oedeemtherapie	37	31,6	80	68,4	117	100,0	21
Massagetherapie	18	15,4	99	84,6	117	100,0	5
Bandageren	14	12,0	103	88,0	117	100,0	2
Aanmeten elastische kousen	31	26,5	86	73,5	117	100,0	6
Borstprothese	10	8,5	107	91,5	117	100,0	2

Een groot deel (63%) van de groep werkzame huidtherapeuten is van mening dat de samenwerking met de ziektekostenverzekeraar goed is; 32% is matig tevreden en slechts 5% zegt dat er sprake is van een slechte samenwerking.

Niet zelden moet de patiënt momenteel nog zelf betalen voor de huidtherapeutische behandeling, omdat de betreffende behandeling niet wordt vergoed vanuit zijn/haar verzekering. In het geval in de toekomst meer huidtherapeutische behandelingen (en wellicht tegen betere vergoedingen) worden opgenomen in het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekeraar, zou betekenen dat patiënten veelvuldiger een beroep kunnen doen op een huidtherapeut. Dit betekent dientengevolge meer werkgelegenheid voor huidtherapeuten. Hierbij dient tevens bekeken te worden in hoeverre bepaalde behandelingen, uitgevoerd door zowel huidtherapeuten als schoonheidsspecialisten/fysiotherapeuten, momenteel beter vergoed worden voor de ene ofwel de andere beroepsgroep.

c. Substitutie van zorg

Een derde factor die invloed kan hebben op de vraag naar huidtherapeutische behandelingen, is de substitutie van zorg. Als tamelijk nieuwe beroepsgroep is de huidtherapie momenteel bezig zich een positie binnen de gezondheidszorg te verwerven. Huidtherapeuten zullen hun markt enerzijds willen uitbreiden door nieuwe zorgvormen aan te bieden. Anderzijds zijn er wellicht mogelijkheden om in het kader van de verbetering van de doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg bepaalde zorgvormen die momenteel door andere beroepsgroepen worden verstrekt door huidtherapeuten te laten uitvoeren. In dit verband kan gedacht worden aan behandelingen die momenteel mede door de fysiotherapeuten, schoonheidsspecialisten, dermatologen of huisartsen worden verricht. De vraag is echter of en in hoeverre deze beroepsgroepen bereid zijn een deel van hun werkzaamheden af te stoten naar huidtherapeuten.

In dit verband kunnen ook behandelingen genoemd worden die momenteel worden verricht door andere dan (para)medische beroepsgroepen; hierbij kan worden gedacht aan het aanmeten van elastische kousen (hetgeen momenteel tevens wordt gedaan door opticiens, instrumentmakers, bandagisten, leveranciers medische hulpmiddelen), het aanmeten van borstprothesen (lingeriezaken, zaken voor diverse hulpmiddelen), be-

handeling van *ulcus cruris* (wijkverpleegkundigen), etc. Ook de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van lasertherapie kunnen voor de huidtherapeuten nieuwe toepassingsmogelijkheden opleveren. Overname van (enkele van) deze taken betekent arbeidsmarkuitbreiding en dus meer werk voor huidtherapeuten. Mogelijk zal een aantal zorgvormen in de toekomst uitsluitend tot het terrein van de huidtherapie gaan behoren waar ze momenteel nog worden verzorgd door meerdere beroepsgroepen. Anderzijds kunnen verrichtingen, die momenteel tot het terrein van de huidtherapie worden gerekend, juist worden overgeheveld naar beroepsbeoefenaren uit andere disciplines.

Tenslotte bestaat de mogelijkheid dat men binnen andere beroepsgroepen dan de huidtherapie, bij- of nascholingen organiseert met betrekking tot behandelingen die momenteel worden gerekend tot het terrein van de huidtherapie. Hierbij kan met name gedacht worden aan een grotere nadruk op de oedeemtherapie binnen de opleiding fysiotherapie. Betere scholing van fysiotherapeuten op dit terrein zou kunnen leiden tot een afname van de vraag naar behandelingen door de huidtherapeuten op dit vlak. Hierbij dient men echter aan te tekenen dat huidtherapeuten als aanvulling op oedeemtherapie tevens zijn toegerust tot het bandageren en aanmeten van elastische kousen, dit in tegenstelling tot fysiotherapeuten.

Op basis van de te verwachten ontwikkeling met betrekking tot de erkenning van het beroep en de daarmee gepaard gaande uitbreiding van de huidtherapeutische behandelingen (in het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekeraars en de mogelijkheden van huidtherapeuten nieuwe werkterreinen aan te boren) kan worden verondersteld dat in het jaar 2005 het aantal full-time equivalenten huidtherapeuten zal toenemen. Omtrent de te verwachten groei zou wellicht een vergelijking gemaakt kunnen worden met de paramedische beroepsgroep podotherapeuten. Deze beroepsgroep valt binnen de BIG-wetgeving onder de artikel 34-beroepen. In de afgelopen 10 jaar is het aantal podotherapeuten bijna verdrievoudigd en bedraagt het aantal inwoners per podotherapeut 90.000. Op basis hiervan lijkt het niet onwaarschijnlijk dat in het jaar 2005 één full-time equivalent huidtherapeut op 75.000 inwoners werkzaam is. Momenteel is in Nederland de verhouding één full-time equivalent huidtherapeut op 184.838 inwoners. Als rekening wordt gehouden met de bevolkingsprognose (midden-variant) in het jaar 2005 en de te verwachten verhouding van één huidtherapeut op 75.000 inwoners, dan zijn er in het jaar 2005 in totaal 136 extra full-time equivalenten huidtherapeuten nodig (143 volgens de hoge-variant). Als alle huidtherapeuten in het jaar 2005 nog steeds gemiddeld 24.9 uur werken zou dat betekenen dat er voor de deze 136 full-time equivalenten huidtherapeuten in totaal in dat jaar 218 huidtherapeuten extra nodig zijn (229 volgens de hoge-variant).

4.2.5 Technische ontwikkelingen

Binnen de huidtherapie wordt gebruikgemaakt van diverse apparatuur en de verwachting is dat dit zich in de toekomst verder zal gaan uitbreiden. Wat betreft deze apparatuur kan er een splitsing gemaakt worden in apparatuur zoals deze door de meeste huidtherapeuten wordt gebruikt, en apparatuur en materialen welke worden aangewend voor uitbreiding van het werkterrein van de huidtherapie. Door betere, geavanceerde technieken binnen de huidtherapie zal ook de vraag naar huidtherapeutische zorg toenemen.

Het mes snijdt echter aan twee kanten. Niet alleen binnen de huidtherapie, ook binnen andere specialismen of op andere gebieden kunnen er in de komende jaren belangrijke technologische ontwikkelingen plaatsvinden. Zo kan gedacht worden aan betere medicatie/hormoonkuren ter bestrijding van overbeheering en wellicht epileerapparaten die

patiënten in de thuissituatie kunnen toepassen. Dergelijke ontwikkelingen zullen een dalende vraag naar huidtherapeutische behandelingen tot gevolg hebben. De veronderstelling is overigens dat dit soort ontwikkelingen op korte of middellange termijn niet te verwachten zijn. Hetzelfde geldt voor verbetering van de medicatie ter bestrijding van acné of oedeem. Bovendien kunnen bepaalde vormen van oedeem afnemen ten gevolge van meer geavanceerde operatie-technieken in de toekomst. Anderzijds echter zal hierdoor de overlevingskans toenemen en hiermee wellicht ook het aantal oedemen.

4.2.6 Conclusie

Ten aanzien van de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar huidtherapeutische zorg zijn er tal van ontwikkelingen die niet direct te vertalen zijn in concrete (groei)cijfers.

Eén van de ontwikkelingen die de meeste zekerheid biedt is de demografische ontwikkeling in combinatie met het huidige feitelijke gebruik. Geschat wordt dat als gevolg van veranderingen in de bevolkingsgroei en bevolkingssamenstelling (volgens de midden-variant van het CBS) de vraag naar huidtherapeuten in het jaar 2005 circa 9,1% hoger zal zijn dan in 1995 (12% volgens de hoge-variant). Aangezien de huidige groep werkzame huidtherapeuten qua aantal (134) klein is, zal de demografische ontwikkeling absoluut gezien slechts aanleiding geven tot een bescheiden groei van het aantal huidtherapeuten; ofwel een absolute toename van 12 huidtherapeuten (16 volgens de hoge-variant).

Bij de berekening van de invloed van de demografische ontwikkeling zijn wij uitgegaan van het huidige gebruik. Er zijn signalen dat er sprake zou zijn van 'ondergebruik'. De toepassing van het beroep van huidtherapeut is nog volop in ontwikkeling. Dit zou betekenen dat in de komende jaren rekening gehouden moet worden met een 'inhaal-effect'. In bepaalde regio's van Nederland zal derhalve het 'tekort' aan huidtherapeuten nog moeten worden aangevuld. Op basis hiervan wordt verondersteld dat het aantal huidtherapeuten tot het jaar 2005 met 81% moet groeien; ofwel een toename met 108 extra huidtherapeuten.

Naast de demografische ontwikkeling en vooral het 'inhaaleffect' zou ook een aantal structurele ontwikkelingen van invloed kunnen zijn op de toekomstige vraag naar huidtherapeutische zorg. In de eerste plaats is het niet ondenkbaar dat het beroep van huidtherapeut onder de regelgeving van de BIG-wet komt te vallen; dat wil zeggen Artikel 34-beroepen. Daarmee wordt de kans groot dat de ziektekostenverzekeraars eerder zullen overgaan tot het vergoeden van behandelingen. Dit zal ongetwijfeld tot gevolg hebben dat de vraag naar huidtherapeutische zorg zal toenemen.

Op basis van bovengenoemde overwegingen wordt verondersteld dat in het jaar 2005 één full-time equivalent huidtherapeut op 75.000 inwoners nodig is. Om dit te realiseren zou het aantal huidtherapeuten tot het jaar 2005 met 163% (volgens de midden-variant) moeten toenemen, ofwel een absolute toename van 218 huidtherapeuten (229 volgens de hoge-variant).

4.3 Potentiële vraag naar huidtherapeutische zorg

4.3.1 Inleiding

Uit de beschrijving van de 'feitelijke vraag' naar huidtherapeutische zorg blijkt dat er in Nederland in het algemeen weinig gebruik wordt gemaakt van de diensten van de huidtherapeut. Grotendeels heeft dit te maken met de onbekendheid van het beroep en het

geringe aantal huidtherapeuten dat er überhaupt werkzaam is. Een groot aantal beroepsgroepen (huisartsen, dermatologen e.a.) is niet op de hoogte van de mogelijkheden die de huidtherapeut te bieden heeft. Dit geldt overigens ook voor de patiënten. Verondersteld wordt dat de potentiële vraag naar huidtherapeutische zorg veel groter is dan er momenteel verstrekt kan worden. Om deze potentiële vraag gedetailleerder in beeld te brengen zal de potentiële vraag per type behandeling worden uitgewerkt. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar de huidige hoofdactiviteiten van de huidtherapeut (paragraaf 4.3.3) en een aantal nieuw te ontwikkelen activiteiten (paragraaf 4.3.4). Alvorens hierop in te gaan zal ter oriëntatie een kort overzicht worden gegeven omtrent het aantal behandelingen dat huidtherapeuten verrichten en de belangrijkste verwijzers.

4.3.2 Behandelingen en verwijzers

4.3.2.1 Behandelingen

Als gekeken wordt naar het aantal werkzame uren dat huidtherapeuten besteden aan de verschillende behandelingen, dan blijkt dat een groot deel (47,4%) van alle werkuren van alle huidtherapeuten in Nederland wordt besteed aan elektrische epilatie (tabel 6). Op de tweede plaats staat de acnébehandeling (18,2%) en derde staat de oedeemtherapie (12,7%).

Tabel 6: Verdeling van het aantal werkzame uren per week door huidtherapeuten naar behandeling

Behandeling	Aandeel werkzaamheden %
Epilatie (elektrisch)	47,4
Acnébehandeling	18,2
Camouflagetherapie	3,9
Dermatografie	0,4
Oedeemtherapie	12,7
Massagetherapie	3,3
Bandageren	2,1
Aanmeten elastische kousen	8,0
Overige behandelingen	4,0
Totaal	100,0

4.3.2.2 Verwijzers

Aan alle huidtherapeuten is gevraagd hoeveel patiënten men de afgelopen maand verwezen heeft gekregen (tabel 7). Hieruit blijkt dat voor degenen die in een eigen praktijk aan huis werken de huisarts de meeste patiënten verwijst; 30% van alle verwijzingen komt van de huisarts. Ook komen er nog relatief veel patiënten op eigen initiatief (24%). In het ziekenhuis scoort de groep 'overige' relatief hoog (38%). Dit zijn voor het merendeel oncologen en chirurgen.

Tabel 7: Totaal aantal verwijzingen per maand naar alle huidtherapeuten in Nederland naar type verwijzer en naar werkveld

	eigen praktijk		N	ziekenhuis		N
	abs	%		abs	%	
Eigen initiatief	272	23,8	59	46	8,8	13
Huisarts	347	30,3	65	58	11,1	13
Dermatoloog	191	16,7	50	78	14,9	17
Gynaecoloog	18	1,6	12	11	2,1	6
Vaatchirurg	72	6,3	14	80	15,3	5
Internist	28	2,4	14	9	1,7	4
Plastisch chirurg	92	8,0	34	30	5,7	11
Fysiotherapeut	19	1,7	16	5	1,0	5
Schoonheidsspecialist	53	4,6	26	6	1,1	6
Overig	53	4,6	16	199	38,1	5
Totaal	1145	100,0	306	522	100,0	84

Als vervolgens wordt gekeken naar de belangrijkste verwijzers voor de verschillende behandelingen, dan blijkt dat voor epileren de huisarts door verreweg de meeste huidtherapeuten (67,9%) als belangrijkste verwijzer wordt genoemd (tabel 8). Ook voor de acnébehandeling scoort de huisarts hoog (45,3%), overigens net zo hoog als de dermatoloog.

Tabel 8: De beroepsgroepen waarvan huidtherapeuten de meeste verwijzingen krijgen

	eigen ini- tief	huis- arts	derma- toloog	gynae- coloog	vaat- chirurg	inter- nist	plast. chirurg	overig	Totaal	N
Epilatie	1,9%	67,9%	18,9%	0,9%	-	-	-	10,4%	100,0%	106
Acnébehandeling	6,3%	45,3%	44,2%	-	-	-	1,1%	3,2%	100,0%	95
Camouflagetherapie	2,2%	29,7%	46,2%	1,1%	-	-	17,6%	3,3%	100,0%	91
Dermatografie	11,8%	11,8%	11,8%	-	-	-	64,7%	-	100,0%	17
Oedeemtherapie	1,4%	22,5%	5,6%	-	7,0%	2,8%	18,3%	42,3%	100,0%	71
Massagetherapie	-	31,0%	4,8%	-	-	-	50,0%	14,3%	100,0%	42
Bandageren	-	40,0%	4,0%	-	4,0%	4,0%	-	48,0%	100,0%	25
Aanmeten elastische kousen	-	51,3%	25,6%	-	12,8%	-	-	10,3%	100,0%	39

Tot slot is de huidtherapeuten gevraagd in hoeverre men tevreden was met betrekking tot de samenwerking met de verwijzers (tabel 9). Wat opvalt is dat men over het algemeen tevreden is over de samenwerking met de huisarts, de dermatoloog en de plastisch chirurg. Voor wat betreft de huidtherapeuten met een eigen praktijk is men minder tevreden over de samenwerking met vaatchirurg, internist en gynaecoloog.

Tabel 9: Tevredenheid ten aanzien van de samenwerking met de verwijzers

	Eigen praktijk					Ziekenhuis				
	te-vreden	neutraal	on-te-vreden	Totaal	N	te-vreden	neutraal	on-te-vreden	Totaal	N
Huisarts	54,5%	33,0%	12,5%	100,0%	88	68,4%	26,3%	5,3%	100,0%	19
Dermatoloog	51,8%	22,9%	25,3%	100,0%	83	69,2%	11,5%	19,2%	100,0%	26
Gynaecoloog	22,4%	49,0%	28,6%	100,0%	49	55,6%	27,8%	16,7%	100,0%	18
Vaatchirurg	33,3%	31,0%	35,7%	100,0%	42	60,0%	26,7%	13,3%	100,0%	15
Internist	35,1%	35,1%	29,7%	100,0%	37	29,4%	58,8%	11,8%	100,0%	17
Plastisch chirurg	59,7%	21,0%	19,4%	100,0%	62	60,9%	30,4%	8,7%	100,0%	23
Fysiotherapeut	40,0%	34,3%	25,7%	100,0%	35	57,1%	28,6%	14,3%	100,0%	14
Schoonheids-specialiste	50,0%	44,0%	6,0%	100,0%	50	27,3%	63,6%	9,1%	100,0%	11

4.3.3 Hoofdactiviteiten

4.3.3.1 Elektrisch epilieren

a. Achtergronden

- Definitie : Toepassen van methode van definitieve ontharing bij patiënten met overbeharing.
- Belangrijke indicatiegebieden : Hirsutisme en transseksuelen
- Belangrijke verwijzers : Voor 67,9% van de huidtherapeuten (N=106) is de huisarts de belangrijkste verwijzer voor elektrische epilatie; 18,9% van de huidtherapeuten noemde in dit verband de dermatoloog.
- Concurrerende beroepsgroep : Schoonheidsspecialisten.
- Financiering : Bijna standaard vergoed door ziektekostenverzekeraars.

b. Basisgegevens

Uit gegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk weten wij hoeveel mensen per jaar de huisarts bezoeken met de klacht 'hirsutisme'. Tabel 10 geeft dit aantal patiënten weer.

Tabel 10: Aantal patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt met hirsutisme en het percentage dat hiervan wordt verwezen (uitgesplitst naar de eerste en tweede lijn)¹

Code Nationale Studie	aantal patiënten per jaar	% van de Nederlandse bevolking	totaal% verwijzingen	% eerste lijn	% tweede lijn
Hirsutisme	5.121	0,04	26,8	32,4	67,6

Bron: Nationale Studie ziekte en verrichtingen huisartspraktijk.

1. In de Nationale Studie waren slechts incidentie- en prevalentiecijfers bekend over een periode van drie maanden. Als vuistregel voor een schatting van het aantal patiënten op jaarbasis wordt gehanteerd 1 x prevalentie + 3 x incidentiecijfers.

Een belangrijke categorie personen die voor elektrisch epilieren bij de huidtherapeut komt, zijn de transseksuelen. Op basis van gegevens van de Gender Stichting Amsterdam blijkt dat het per jaar in Nederland om ongeveer 60 man-vrouw transseksuelen gaat. Overigens mogen wij er vanuit gaan dat transseksuelen die door de huisarts wor-

den verwezen wegens hun overbeharig, zijn inbegrepen in de ICPC-code 'hirsutisme' in de Nationale Studie.

c. Te verwachten ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

Op basis van bevolkingsprognoses van het CBS en patiëntgegevens van de Nederlandse Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk is berekend hoe groot de toename zal zijn van het aantal patiënten met hirsutisme. Volgens onze berekeningen is er in de periode 1995-2005 sprake van een toename van 3,9% van het aantal patiënten dat met hirsutisme bij de huisarts komt.

Epidemiologische ontwikkelingen

Wellicht dat door toenemend hormoongebruik de incidentie van hirsutisme zal toenemen. Voor wat betreft het aantal transseksuelen verwacht de Gender Stichting Amsterdam in de komende jaren geen grote veranderingen.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Er zal sprake zijn van enige toename van het aantal personen dat voor elektrisch epileëren een beroep zal doen op de huidtherapeut. Dit heeft enerzijds te maken met het groeiende schoonheidsideaal in onze maatschappij en anderzijds met toenemende mondigheid in combinatie met een toenemend aantal allochtonen. Het is echter moeilijk te kwantificeren hoe groot deze toename zal zijn.

Institutionele ontwikkelingen

Momenteel wordt elektrische epilatie bijna standaard vergoed vanuit het aanvullend pakket van de ziektekostenverzekering. Op grond van de enquête is bekend dat van de 117 responderende huidtherapeuten 99 (84,6%) een overeenkomst hebben met één of meerdere ziektekostenverzekeraars met betrekking tot de vergoeding van elektrische epilatie uit het aanvullende verzekeringspakket.

Deze vergoeding geldt zowel voor huidtherapeuten als voor schoonheidsspecialisten, mits men als schoonheidsspecialist/huidtherapeut aan bepaalde eisen voldoet (opleiding, lid beroepsvereniging). De geïnterviewde zorgverzekeraars maken met betrekking tot tarieven geen onderscheid tussen beide beroepsgroepen. Als op korte termijn het beroep van huidtherapeut wordt erkend zou dit tot gevolg kunnen hebben dat epilatie op medische indicatie alleen nog maar door huidtherapeuten mag worden gedaan. Eenduidige conclusies zijn hierover op basis van de interviews met de ziektekostenverzekeraars niet te trekken. Bij de ene geïnterviewde ziektekostenverzekeraar verwacht men niet dat elektrische epilatie in de toekomst zal worden voorbehouden aan huidtherapeuten; ook niet ingeval van erkenning van het beroep. Een kleine mogelijkheid is dat schoonheidsspecialisten de komende jaren op gelijk tarief blijven, terwijl huidtherapeuten per jaar trendmatig in vergoeding stijgen - het betreft hier echter een voorzichtige optie. Bij de andere zorgverzekeraar daarentegen ziet men de mogelijkheid dat - ingeval van officiële erkenning - huidtherapeuten kunnen rekenen op een beter tarief met betrekking tot elektrische epilatie in vergelijking met schoonheidsspecialisten, tenzij deze laatsten zich bijscholen tot huidtherapeut.

Bij bovenstaande uitspraken moet rekening worden gehouden met het feit dat dergelijke standpunten van ziektekostenverzekeraars in de tijd aan grote veranderingen onderhevig zijn. Het is hier slechts mogelijk uitspraak te doen over een bepaalde trend die op het moment heerst onder zorgverzekeraars.

In de enquête is tevens aan de huidtherapeuten zelf gevraagd wat hun verwachtingen zijn omtrent de toekomst met betrekking tot de aard en het aantal te vergoeden behandelingen. Slechts twee van alle werkzame huidtherapeuten gaven aan de verwachting te hebben in de nabije toekomst een overeenkomst te zullen sluiten met een zorgverzekeraar omtrent de behandeling elektrische epilatie. Het lage aantal wijst op het feit dat elektrische epilatie - zoals vermeld - reeds bijna standaard in het aanvullende verzekeringspakket zit.

Technische ontwikkelingen

Geen grote veranderingen op korte en lange termijn te verwachten.

d. Gevolgen voor het aantal huidtherapeuten

Voor wat betreft epileren worden momenteel door huidtherapeuten jaarlijks 6348 patiënten behandeld. Uit tabel 10 blijkt dat er jaarlijks 5121 patiënten per huisarts komen voor hirsutisme. Slechts een klein deel wordt hiervan verwezen naar de eerste lijn (voor een klein deel zullen dit huidtherapeuten zijn). De verwachting is dat in de komende jaren het aantal verwijzingen naar huidtherapeuten zal toenemen. Dit zal zeker gebeuren als wellicht op termijn epileren als een voorbehouden handeling voor de huidtherapeuten zal worden beschouwd. Daaraan moet worden toegevoegd dat een groot deel van de huidtherapeuten in de toekomst een grote groei ziet in de elektrische epilatie.

Op basis van bovengenoemde ontwikkelingen wordt verondersteld dat het aantal patiënten dat voor epileren bij de huidtherapeut komt in de komende tien jaar zal verdubbelen. Om dit op te vangen zijn er 43.7 extra full-time equivalenten huidtherapeuten nodig, ofwel 70 extra huidtherapeuten.

4.3.3.2 Acnébehandeling

a. Achtergronden

Definitie	: Behandelen - voornamelijk manueel - van patiënten met diverse vormen van acné.
Belangrijke indicatiegebieden	: Acné vulgaris, acné rosacea, acné conglobata, acné juvenilis.
Belangrijke verwijzers	: Voor 45,3% van alle huidtherapeuten (N=95) is de huisarts de belangrijkste verwijzer voor acné, 44,2% van alle huidtherapeuten noemde in dit verband de dermatoloog.
Concurrerende beroepsgroep	: Schoonheidsspecialisten
Financiering	: Acnébehandeling wordt lang niet altijd vergoed door ziektekostenverzekeraars.

b. Basisgegevens

Uit gegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk kan worden afgeleid hoeveel patiënten de huisarts jaarlijks bezoeken met acné of acné rosacea/erytheem. Tabel 11 is hiervan een weergave; de tabel bevat tevens gegevens met betrekking tot het aantal patiënten dat door de huisarts wordt doorverwezen naar de eerste respectievelijk tweede lijn.

Tabel 11: Aantal patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt met indicatie relevant voor acnébehandeling en het percentage dat hiervan wordt verwezen (uitgesplitst naar de eerste en tweede lijn)

Code Nationale Studie	aantal patiënten per jaar	% van de Nederlandse bevolking	totaal% verwijzingen	% eerste lijn	% tweede lijn
Acné	143.398	0,98	5,6	6,7	93,3
Acné rosacea/erytheem	17.949	0,12	12,1	0,0	100,0

Bij 70% van de verwijzingen van patiënten met acné naar de eerste lijn gaat het om verwijzingen naar de categorie 'Overig'. Deze categorie is een verzamelcategorie voor alle verwijzingen naar de eerste lijn die *niet* vallen onder de fysiotherapeut, wijkverpleegster, maatschappelijk werk(st)er, gezinsverzorgster, diëtiste of alternatieve geneeskundige. De verwijzingen van acné naar de tweede lijn zijn voornamelijk verwijzingen naar de dermatoloog (98%).

In het geval de huisarts patiënten met acné rosacea/erytheem doorverwijst naar de tweede lijn, gaat het in 61% van de gevallen om verwijzingen naar de dermatoloog. In iets mindere mate wordt verwezen naar de chirurg en intern geneeskundige.

c. Te verwachten ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

Op basis van bevolkingsprognoses van het CBS en patiëntgegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is berekend hoe groot de toename zal zijn van het aantal patiënten met de diverse vormen van acné. Volgens onze berekeningen is er tot het jaar 2005 sprake van een afname van het aantal patiënten met acné van -1,1% en een toename van 8,1% van patiënten met acné rosacea/erytheem.

Epidemiologische ontwikkelingen

Voor zover bekend zijn er geen epidemiologische factoren van invloed op de incidentie van acné.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Door het groeiend schoonheidsideaal van de maatschappij alsmede de toenemende mondigheid, zal het aantal personen dat voor een acnébehandeling een beroep doet op de huidtherapeut enigszins toenemen. Hoe groot deze toename zal zijn, is moeilijk te kwantificeren.

Institutionele ontwikkelingen

Momenteel wordt de acnébehandeling lang niet altijd vergoed vanuit het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Op grond van de NIVEL-enquête weten we dat van de 117 responderende huidtherapeuten er 55 (47%) een overeenkomst hebben met één of meerdere ziektekostenverzekeraars m.b.t de vergoeding van acnébehandeling uit het aanvullende verzekeringspakket.

Beide geïnterviewde zorgverzekeraars hebben de acnébehandeling niet opgenomen in hun aanvullende pakket. Bij één van de geïnterviewde ziektekostenverzekeraars echter kan de huidtherapeut zich niet zelden beroepen op de coulance-regeling, die mogelijk maakt dat men indien noodzakelijk alsnog op een vergoeding kan rekenen. Bovendien

acht men bij deze verzekeringsmaatschappij de kans niet uitgesloten dat acné in de toekomst zal worden opgenomen in het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering.

Bij de tweede zorgverzekeraar gaat men minder soepel om met deze coulance-regeling; bovendien acht men hier de kans niet groot dat acnébehandeling zal worden opgenomen in het aanvullende pakket, tenzij de acnébehandeling van huidtherapeuten een aanzienlijke meerwaarde krijgt ten opzichte van bijvoorbeeld de behandeling die schoonheidsspecialisten verrichten.

Wederom moet erop gewezen worden dat de uitspraken van de ziektekostenverzekeraars slechts een bepaalde trend weergeven van de stand van zaken op dit moment.

Slechts vier van de 117 werkzame huidtherapeuten geven in de NIVEL-enquête aan de verwachting te hebben in de toekomst een overeenkomst te zullen sluiten met een ziektekostenverzekeraar met betrekking tot vergoeding van de acnébehandeling. Gezien het feit dat iets meer van de helft van deze ondervraagden nog geen overeenkomst heeft op dit gebied, is de verwachting voor de toekomst in het geval van vergoeding voor acnébehandeling niet bijzonder groot.

Schoonheidsspecialisten met voortgezette opleiding kunnen zich tevens specialiseren in de behandeling van de huid met acné. Uit de interviews met de vertegenwoordigers van voor huidtherapeuten belangrijke beroepsgroepen bleek dat de acnébehandeling door schoonheidsspecialisten niet hoeft onder te doen aan die van huidtherapeuten. Van substitutie van zorg zal dan ook volgens hen niet direct sprake zijn.

In een interview met een vertegenwoordiger van een beroepsvereniging werd wel de verwachting uitgesproken dat acnétherapie voor een groeiend aantal patiënten zou kunnen zorgen wanneer huidtherapeuten zich naast een kwalitatief goede behandeling zouden richten op het bevorderen van compliance van de acnébehandeling.

Technische ontwikkelingen

Door betere, geavanceerde technieken binnen de acnébehandeling bij huidtherapeuten zou de vraag kunnen toenemen. Dergelijke ontwikkelingen zijn op korte termijn echter niet te verwachten.

d. Gevolgen voor het aantal huidtherapeuten

Op basis van de gegevens uit de Nationale Studie is niet exact te achterhalen hoeveel patiënten die voor acné en acné/rosacea/erytheem bij de huisarts komen, eventueel (via de dermatoloog) ook doorverwezen kunnen worden naar de huidtherapeut. Wij moeten constateren dat bijzonder weinig patiënten worden doorverwezen naar de eerste lijn. De huidtherapeuten zelf verwachten een lichte groei in het aantal acné-patiënten. Overigens blijkt uit de interviews met een aantal huidtherapeuten dat de acnébehandeling een goede aanvullende behandeling kan zijn op hetgeen de dermatoloog doet. Momenteel geven de huidtherapeuten circa 1600 patiënten een acné-behandeling.

Op basis van bovengenoemde overwegingen is de veronderstelling dat het aantal acnépatiënten dat door de huidtherapeut wordt behandeld in de komende tien jaar zal verdubbelen. Om dit op te vangen zijn 20.5 extra full-time equivalenten huidtherapeuten nodig, ofwel 33 extra huidtherapeuten.

4.3.3.3 Camouflagetherapie en dermatografie

a. Achtergronden

Definitie	: Opbrengen van camouflage van tijdelijke aard bij patiënten met een zieke of beschadigde huid (camouflage), of pigmentbehandeling/aanbrengen van kleur van permanente aard (dermatografie) bij deze patiënten.
Belangrijke indicatiegebieden	: Vitiligo, acné rosacea, wijnvlekken.
Belangrijke verwijzers	: Voor 46,2% van de werkzame huidtherapeuten (N=91) is de dermatoloog de belangrijkste verwijzer voor camouflagetherapie, 29,7% van de huidtherapeuten noemde in dit verband de huisarts; 17,6% van de huidtherapeuten gaf aan een belangrijk deel van de patiënten verwezen te krijgen via de plastisch chirurg. Deze laatste beroepsgroep wordt door 64,7% van de huidtherapeuten (N=17) genoemd als belangrijkste verwijzer voor dermatografie.
Concurrerende beroepsgroepen:	Ten aanzien van camouflage de schoonheidsspecialist en ten aanzien van dermatografie zijn er geen concurrerende beroepsgroepen.
Financiering	: Camouflage wordt vrijwel altijd vergoed vanuit het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Dermatografie is vrijwel nooit opgenomen in het (aanvullend) pakket.

b. Basisgegevens

Niet alle voor camouflagetherapie en dermatografie relevante indicatiegebieden zijn als zodanig identificeerbaar in de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Het is slechts mogelijk een zeer globale indicatie te geven van het aantal ziektegevallen dat in aanmerking komt voor deze behandelingen. Het is van belang met betrekking tot onderstaande cijfers te benadrukken dat hieruit slechts met grote voorzichtigheid conclusies getrokken kunnen worden, daar de ICPC-categorieën (gebruikt in de Nationale Studie) niet altijd geheel overeenkomen met de indicatiegebieden relevant voor camouflage of dermatografie.

Zo is vitiligo in de ICPC-codering niet als zodanig ondergebracht in een categorie; vitiligo valt, samen met een aantal andere - voor camouflagetherapie en tatoegage niet-relevante - ziektebeelden in de categorie 'Overige ziekten huid/onderhuids weefsel'. Acné rosacea is wel als zodanig in de Nationale Studie herkenbaar. Wijnvlekken zijn ondergebracht onder de noemer 'Naevus/moedervlek'. Tabel 12 geeft weer hoeveel patiënten jaarlijks de huisarts bezoeken met elk van deze klachten, alsmede hoeveel hiervan worden verwezen naar de eerste en tweede lijn.

Tabel 12: Aantal patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt met indicatie relevant voor camouflagetherapie en/of dermatografie en het percentage dat hiervan wordt verwezen (uitgesplitst naar de eerste en tweede lijn)

Code Nationale Studie	aantal patiënten per jaar	% van de Nederlandse bevolking	totaal% verwijzingen	% eerste lijn	% tweede lijn
Overige ziekten huid/onderhuidsweefsel	97.894	0,67	16,8	3,2	96,8
Acné rosacea/erytheem	17.946	0,12	12,1	0,0	100,0
Naevus/moedervlek	50.622	0,35	31,4	0,0	100,0

De verwijzingen van de categorie overige ziekten huid/onderhuidweefsel naar de eerste lijn zijn voornamelijk verwijzingen naar de categorie 'Overig' (69%). Bij de verwijzingen naar de tweede lijn betreft het voor het grootste deel verwijzingen naar de dermatoloog (50%), plastisch chirurg (25%) en chirurg (19%).

Patiënten met acné rosacea/erytheem worden binnen de tweede lijn vooral verwezen naar de dermatoloog (61%).

Tenslotte wordt voor de naevus/moedervlek voornamelijk verwezen naar de tweede lijn, te weten de dermatoloog (66%), chirurg (21%) en plastisch chirurg (13%).

c. Te verwachten ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

Op basis van bevolkingsprognoses van het CBS en patiëntgegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is berekend hoe groot de toename zal zijn van het aantal patiënten met de diverse bovengenoemde ziektebeelden. De resultaten zijn voor alle duidelijkheid opgenomen in onderstaande tabel:

Tabel 13: Groeipercentages in de periode 1995-2005

Codering Nationale Studie	
Overige ziekten huid/onderhuids weefsel	+ 5,8%
Acné rosacea	+ 8,1%
Naevus/moedervlek	+ 3,2%

Epidemiologische ontwikkelingen

Voor zover bekend zijn er geen epidemiologische factoren van invloed op de incidentie van vitiligo, acné rosacea of wijnvlekken.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Door het groeiend schoonheidsideaal van de maatschappij alsmede de toenemende mondigheid, zal het aantal personen dat voor camouflagetherapie of dermatografie een beroep doet op de huidtherapeut toenemen. Deze ontwikkeling laat zich echter moeilijk vertalen in een absolute toename van huidtherapeuten.

Institutionele ontwikkelingen

Momenteel wordt camouflagetherapie vrijwel altijd vergoed vanuit het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Op grond van de NIVEL-enquête weten we dat van de 117 responderende werkzame huidtherapeuten er 67 (57,3%) een overeen-

komst hebben met één of meerdere ziektekostenverzekeraars m.b.t de vergoeding van camouflagetherapie. Voor de vergoeding van dermatografie daarentegen hebben slechts zeven huidtherapeuten (6,0%) een overeenkomst met één of meerdere ziektekostenverzekeraars.

Wat betreft de huidige stand van zaken bij een tweetal ziektekostenverzekeraars het volgende. Beide geïnterviewde zorgverzekeraars hebben camouflagetherapie opgenomen in het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Deze vergoeding geldt overigens ook voor schoonheidsspecialisten. Dermatografie is door één van beide zorgverzekeraars opgenomen in het pakket.

Bij de ene verzekeringsmaatschappij acht men de kans niet aanwezig dat camouflagetherapie in de toekomst zal worden voorbehouden aan huidtherapeuten, ook niet bij erkenning van het beroep door VWS. De andere verzekeringsmaatschappij acht daarentegen de kans dat dit wel gaat gebeuren zeer groot.

De ene ziektekostenverzekeraar heeft dermatografie niet opgenomen in het pakket, echter de huidtherapeut kan hier eventueel gebruikmaken van de coulanceregeling, waardoor men alsnog op een vergoeding kan rekenen. De andere ziektekostenverzekeraar ziet dermatografie min of meer als vorm van camouflagetherapie, waarvoor een vergoeding geldt vanuit de (aanvullende) verzekering.

Slechts drie van de 117 werkzame huidtherapeuten geven in de NIVEL-enquête aan de verwachting te hebben in de toekomst een overeenkomst te zullen sluiten met een ziektekostenverzekeraar met betrekking tot vergoeding van camouflagetherapie. Dit kleine aantal is begrijpelijk gezien het feit dat reeds bijna 60% van alle werkzame huidtherapeuten een overeenkomst heeft. Wat betreft dermatografie geven vier huidtherapeuten aan een positieve verwachting te hebben, hetgeen een klein aantal is aangezien op dit moment 94% van alle werkzame huidtherapeuten nog geen overeenkomst heeft.

Vanwege het feit dat schoonheidsspecialisten met voortgezette opleiding zich kunnen specialiseren in camouflage en kwalitatief op gelijk niveau zitten met huidtherapeuten, lijkt het niet waarschijnlijk dat camouflagetherapie zal worden afgestoten naar huidtherapeuten.

Uit de interviews met diverse belanghebbenden van beroepsgroepen is naar voren gekomen dat dermatografie door met name plastisch chirurgen en huisartsen wordt gezien als een gebied waarin huidtherapeuten een groei kunnen verwachten, mits zij hiervoor voldoende kwaliteit in huis hebben.

Momenteel is het aanbod voor plastisch chirurgen met betrekking tot medische dermatografie zodanig groot dat zij geen bezwaar zouden opperen als huidtherapeuten zich hierop meer zouden richten. Het grote aanbod is mede het gevolg van het groot aantal mensen dat tatoeages wil laten verwijderen of littekens laten verfraaien.

Technische ontwikkelingen

Technisch worden met betrekking tot wijnvlekken de laatste jaren steeds betere resultaten geboekt door behandeling van de dermatoloog en plastisch chirurg met de Pulsed Dye Laser. Wat dit betekent voor de vraag naar huidtherapeutische zorg is nog niet geheel duidelijk.

d. Gevolgen voor het aantal huidtherapeuten

Gezien het feit dat er te weinig gegevens voorhanden zijn die een goed beeld kunnen geven omtrent het aantal patiënten dat bij de huisarts komt voor eventueel een camouflagetherapie of dermatografie kunnen ook geen schattingen gemaakt worden

omtrent een eventuele toe- of afname. Overigens geven de huidtherapeuten in de enquête aan dat voor wat betreft de camouflagetherapie geen groei wordt verwacht; zij verwachten wel enige lichte groei in het aantal dermatografiepatiënten.

Op basis hiervan wordt verondersteld dat er voor wat betreft de camouflagetherapie in de toekomst geen grote veranderingen in de zorgvraag worden verwacht. Momenteel wordt er aan camouflagetherapie 5,6 full-time equivalenten huidtherapie besteed. Voor wat betreft de dermatografie wordt toch enige groei verwacht. Gezien het feit dat het huidige aantal dermatografiepatiënten bij de huidtherapie nog bijzonder klein is (71 per jaar), verwacht de begeleidingscommissie een verdubbeling van het aantal patiënten in 2005. Daarvoor zijn 2.2 extra full-time equivalenten huidtherapeutische zorg nodig, ofwel 3 extra huidtherapeuten.

4.3.3.4 Oedeemtherapie, bandageren en aanmeten van elastische kousen

a. Achtergronden

Definitie	: Behandelen van patiënten met diverse soorten van oedeem door toepassing van een bepaald soort massage, bandageren en aanleggen van drukverband en/of aanmeten van therapeutische elastische kousen.
Belangrijke indicatiegebieden	: (lymf)oedeem, post-operatief oedeem, oedeem ten gevolge van borstamputatie, borstkanker en borstcorrectie, chronisch veneuze insufficiëntie.
Belangrijke verwijzers	: De huisarts is voor oedeemtherapie (23%), bandageren (40%) en aanmeten van elastische kousen (51%) de belangrijkste verwijzer. Met betrekking tot oedeemtherapie krijgt men bovendien vaak verwijzingen van de plastisch chirurg (18%) en algemeen chirurg (22%); deze laatste verwijst ook wel naar de huidtherapeut voor bandageren (24%). 26% van de huidtherapeuten krijgt wat betreft aanmeten van elastische kousen bovendien verwijzingen van de dermatoloog.
Concurrerende beroepsgroepen:	Fysiotherapeuten (oedeemtherapie), bandagisten (bandageren en aanmeten van elastische kousen), opticiens, instrumentmakers, leveranciers medische hulpmiddelen (aanmeten van elastische kousen).
Financiering	: Oedeemtherapie wordt bij ongeveer driekwart van de zorgverzekeraars vergoed vanuit het aanvullende pakket van de verzekering; bandageren en het aanmeten van elastische kousen wordt daarentegen lang niet altijd vergoed.

b. Basisgegevens

Niet alle voor oedeemtherapie, bandageren en aanmeten van elastische kousen relevante indicatiegebieden zijn als zodanig identificeerbaar in de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Het is slechts mogelijk een zeer globale indicatie te geven van het aantal ziektegevallen dat in aanmerking komt voor deze behandelingen.

(Lymf)oedeem is in de Nationale Studie ondergebracht onder de ICPC-code 'Gezwellen enkels/oedeem (niet traumatisch)', borstamputatie is ondergebracht onder het kopje

'postmastectomie lymfoedeem', en borstkanker is te vergelijken met de code 'Kwaadaardige nieuwvorming borst (=mamma)'. Chronisch veneuze insufficiëntie (aan de benen) wordt onder de noemer 'Varices' in de Nationale Studie geanalyseerd.

Met betrekking tot het aantal borstcorrecties en post-operatieve oedemen binnen Nederland kan de Nationale Studie ons niets vertellen.

Tabel 14 geeft weer hoeveel patiënten met elk van deze ziektebeelden jaarlijks de huisarts bezoeken. Overigens is het van belang bij deze cijfers nogmaals te benadrukken dat hieruit slechts met grote voorzichtigheid conclusies getrokken kunnen worden, daar de ICPC-categorieën niet altijd geheel overeenkomen met de indicatiegebieden relevant voor de huidtherapie.

Tabel 14: Aantal patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt met indicatie relevant voor oedeemtherapie, bandageren en/of aanmeten van elastische kousen en percentage dat hiervan wordt verwezen (uitgesplitst naar eerste en tweede lijn)

Code Nationale Studie	aantal patiënten per jaar	% van de Nederlandse bevolking	totaal % verwijzingen	% eerste lijn	% tweede lijn
Gezwellen enkels/oedeem (niet traumatisch)	90.903	0,62	3,4	26,9	73,1
Postmastectomie lymfoedeem	3.298	0,03	32,0	41,4	58,6
Kwaadaardige nieuwvorming borst	20.583	0,14	55,0	9,8	90,2
Varices	96.364	0,66	32,1	4,5	95,5

De eerstelijnsverwijzingen van patiënten met gezwellen enkels/oedeem (niet traumatisch) zijn voor het grootste deel verwijzingen naar de fysiotherapeut (58%). In de tweede lijn worden deze patiënten verwezen naar de dermatoloog (24%), interne geneeskunde (27%) en fleboloog (28%).

Alle verwijzingen van patiënten met postmastectomie lymfoedeem zijn verwijzingen naar de fysiotherapeut. Bij verwijzingen van deze patiënten naar de tweede lijn gaat het voornamelijk om verwijzingen naar de chirurg (96%).

Patiënten in de categorie kwaadaardige nieuwvorming borst worden binnen de eerste lijn vooral verwezen naar de fysiotherapeut (72%), terwijl het binnen de tweede lijn voornamelijk gaat om de chirurg (80%).

Patiënten met varices worden voor 93% verwezen naar de 'Overige'-categorie van de eerste lijn. Bij de tweede lijn betreft het vooral verwijzingen naar de chirurg (51%) en dermatoloog (36%).

c. Te verwachten ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

Op basis van bevolkingsprognoses van het CBS en patiëntgegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is voor elk van bovengenoemde indicatiegebieden berekend hoe groot de toename zal zijn van het aantal patiënten. De resultaten zijn voor alle duidelijkheid opgenomen in onderstaande tabel:

Tabel 15: Groeipercentages in de periode 1995-2005

Codering Nationale Studie

Gezwellen enkels/oedeem (niet traumatisch)	+ 11,6%
Postmastectomie lymfoedeem	+ 11,4%
Kwaadaardige nieuwvorming borst (=mamma)	+ 11,4%
Varices	+ 10,4%

Epidemiologische ontwikkelingen

Het rapport van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg ('Kanker in Nederland') kan ons inzicht verschaffen in de ontwikkeling van borstkanker in de toekomst. Op grond van enkele aannames, zoals de ontwikkeling van de incidentie (hetgeen werd berekend op grond van veranderingen in de omvang en de leeftijdsverdeling in de bevolking, alsmede op grond van verandering in het risico op de ziekte), en veranderingen in de overleving, werd het totale aantal kankerpatiënten in leven per lokalisatie van kanker van 1980 tot het jaar 2000 berekend. Voor borstkanker betekent dit een toename van 65% patiënten met borstkanker in het jaar 2000 ten opzichte van 1980. Ten opzichte van 1995 wordt een toename van $\pm 12\%$ verwacht.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Een belangrijke ontwikkeling die hier genoemd moet worden is het toenemend aantal cosmetische operaties, hetgeen niet zelden leidt tot bepaalde vormen van oedeem. Voor het bestrijden van oedeem na een cosmetische operatie kunnen patiënten zich beroepen op de oedeemtherapeutische behandeling van de huidtherapeut. Dit streven naar perfectie zal in combinatie met de eerdergenoemde mondigheid en grotere maatschappelijke druk leiden tot een grotere vraag naar oedeemtherapie. Tevens zal door dit groeiend schoonheidsideaal het aantal personen dat voor bandageren en het aanmeten van elastische kousen een beroep doet op de huidtherapeut enigszins toenemen. Dergelijke ontwikkelingen laten zich echter moeilijk vertalen in een cijfermatige toename in de vraag naar huidtherapie.

Institutionele ontwikkelingen

Momenteel wordt de oedeemtherapie vaak vergoed vanuit het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Van de 117 ondervraagde werkzame huidtherapeuten gaven er 37 (31,6%) aan een contract/overeenkomst te hebben met één of meer ziektekostenverzekeraars.

Eén van beide ziektekostenverzekeraars heeft oedeemtherapie opgenomen in het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Fysiotherapeuten ontvangen bij deze maatschappij voor oedeemtherapie dezelfde vergoeding als huidtherapeuten. Hierin zal naar alle waarschijnlijkheid geen verandering komen.

Bij de tweede verzekeringsmaatschappij wordt oedeemtherapie niet vergoed voor huidtherapeuten, doch wel deels vergoed voor fysiotherapeuten, daar deze beschikken over een grotere fysiologische/anatomische kennis. Het is niet onwaarschijnlijk dat huidtherapeuten in de toekomst op eenzelfde vergoeding kunnen rekenen. Belangrijk hierbij is wel dat de meerwaarde van de huidtherapeutische behandeling kan worden aangetoond.

Bij bovenstaande uitspraken moet worden opgemerkt dat dergelijke standpunten in de tijd aan grote veranderingen onderhevig zijn en hier dus slechts sprake is van een trend.

Van de 117 werkzame huidtherapeuten geven er 21 in de NIVEL-enquête aan dat men verwacht in de komende jaren voor wat betreft de oedeemtherapie een overeenkomst te zullen sluiten met een ziektekostenverzekeraar. Huidtherapeuten zelf hebben aldus positieve verwachtingen op het gebied van oedeemtherapie.

Bandageren en het aanmeten van elastische kousen wordt niet vaak vergoed vanuit het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Op grond van de NIVEL-enquête weten wij dat van de 117 responderende huidtherapeuten er 14 een overeenkomst hebben met één of meerdere ziektekostenverzekeraars met betrekking tot de vergoeding van bandageren uit het aanvullende pakket en 31 met betrekking tot vergoeding van aanmeten van elastische kousen (12, 0% respectievelijk 26,5%).

Op dit moment is de stand van zaken bij de twee geïnterviewde ziektekostenverzekeraars als volgt. Geen van beide geïnterviewde zorgverzekeraars heeft bandageren of het aanmeten van elastische kousen opgenomen in het (aanvullende) verzekeringspakket. Wat betreft bandageren kan de huidtherapeut zich bij de eerste van beide maatschappijen (zoals gezegd) vaak beroepen op de coulanceregeling, die het mogelijk maakt dat men indien noodzakelijk alsnog op een vergoeding kan rekenen.

Over opname van bandageren in het (aanvullende) pakket wordt voorlopig nog niet gesproken. De kans dat aanmeten van elastische kousen bij deze maatschappij zal worden opgenomen in het (aanvullende) pakket lijkt voorlopig bijzonder klein; men acht dit een taak die voorbehouden is aan hulpmiddelenleveranciers.

Bij de tweede geïnterviewde ziektekostenverzekeraar gaat men minder soepel om met deze coulanceregeling; men acht echter de kans dat in de toekomst bandageren zal worden vergoed reëel aanwezig, mits huidtherapeuten hun deskundigheid op dit gebied weten te bewijzen. Hetzelfde geldt voor het aanmeten van elastische kousen.

De stand van zaken bij zorgverzekeraars is onderhevig aan grote veranderingen in de tijd, zodat wij moeten benadrukken dat wij hier slechts kunnen spreken over een trend. Slechts twee van de 117 werkzame huidtherapeuten geven in de NIVEL-enquête aan de verwachting te hebben in de toekomst een overeenkomst te zullen sluiten met een ziektekostenverzekeraar met betrekking tot vergoeding van bandageren. Wat betreft aanmeten van elastische kousen was dit aantal zes; men schat deze kans iets positiever in.

Een tweede factor die aandacht verdient is substitutie van zorg. Oedeemtherapie wordt op dit moment tevens verricht door fysiotherapeuten. Door een grote toename in het aantal fysiotherapeuten voelt deze beroepsgroep zich genooddaakt haar arbeidsmarkt te verruimen. Dit betekent onder meer dat fysiotherapeuten zich in toenemende mate op het gebied van de oedeemtherapie bijscholen; de kans dat zij oedeemtherapie zullen afschuiven naar huidtherapeuten is in dit oogpunt niet erg groot.

Over het algemeen verwijzen de meeste specialisten de patiënt voor oedeemtherapie naar de fysiotherapeut, zo komt ondermeer naar voren uit de interviews met vertegenwoordigers van een aantal beroepsgroepen. De voornaamste redenen hiervoor zijn de grotere anatomische kennis van fysiotherapeuten, de relatief actievere therapie tevens gericht op onderliggende symptomen en de relatief grotere bekendheid van fysiotherapeuten.

Anderzijds komt uit een interview met de vertegenwoordiger van de beroepsgroep fysiotherapeuten naar voren dat fysiotherapeuten - in het algemeen - geen belangstelling tonen hun werkzaamheden uit te breiden in de richting van oedeemtherapie of lymfedrainage. De ontwikkeling gaat veel eerder in de richting van fysiofitness en adviserende functies. Bovendien is het verrichten van lymfedrainage om financieel-econo-

mische redenen niet erg aantrekkelijk voor de fysiotherapeut. Het is niet ondenkbaar dat fysiotherapeuten patiënten voor oedeemtherapie zouden verwijzen naar huidtherapeuten. Voorwaarde is echter wel dat huidtherapeuten het beroepsspecifieke karakter van hun behandeling weten aan te tonen.

Wat betreft het aanmeten van elastische kousen komt in één van de interviews naar voren dat hierin toekomst zit voor huidtherapeuten. Leveranciers hebben hier mogelijk geen probleem mee, mits zij mogen blijven leveren.

Technische ontwikkelingen

Technische ontwikkelingen op het gebied van oedeemtherapie, bandageren en aanmeten van elastische kousen zijn op korte termijn niet te verwachten.

d. Gevolgen voor het aantal huidtherapeuten

Van de patiënten die voor postmastectomie lymfoedeem bij de huisarts komen zal een deel eventueel voor behandeling bij de huidtherapeut terecht kunnen komen. Dit geldt overigens ook deels voor andere oedeembehandelingen. Momenteel worden per jaar 1116 oedeempatiënten door de huidtherapeut behandeld. De huidige groep werkzame huidtherapeuten voorziet echter in de komende jaren een aanzienlijke groei binnen hun praktijk. De veronderstelling is derhalve dat in de komende tien jaar het aantal oedeembehandelingen zal gaan verdubbelen. Om dit op te vangen zijn er 6,7 extra full-time equivalenten huidtherapeuten nodig, ofwel 11 extra huidtherapeuten.

Aangezien de oedeemtherapie grotendeels samenvalt met bandageren en het aanmeten van elastische kousen geldt ook voor de twee laatstgenoemde activiteiten dat er een verdubbeling van het aantal patiënten in de komende tien jaar verwacht wordt. Voor het bandageren betekent dit dat er 1 extra huidtherapeut nodig is om dit op te vangen en voor het aanmeten van elastische kousen een toename van 3 extra huidtherapeuten.

4.3.3.5 Massagetherapie

a. Achtergronden

Definitie	: Toepassen van specifieke massagetechnieken gericht op het behandelen van aandoeningen van de huid.
Belangrijke indicatiegebieden	: Littekens en brandwonden.
Belangrijke verwijzers	: Voor 50% van de huidtherapeuten (N=42) is de plastisch chirurg de belangrijkste verwijzer voor massagetherapie, 31% van de huidtherapeuten noemde in dit verband de huisarts.
Concurrerende beroepsgroep	: Fysiotherapeuten.
Financiering	: Massagetherapie wordt lang niet altijd vergoed door ziektekostenverzekeraars.

b. Basisgegevens

Littekens vallen in de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk onder de ICPC-code 'Overige ziekten huid/onderhuidswefsel'. Voorzichtigheid is dus geboden bij het trekken van conclusies louter op basis van deze gegevens, daar in dezelfde categorie meerdere ziektebeelden zijn opgenomen, die niet behoren tot het indicatiegebied van massagetherapie. Brandwonden zijn wel als zodanig herkenbaar in de Nationale Studie. Tabel 16 geeft weer hoeveel patiënten de huisarts jaarlijks bezoeken met de betreffende klachten.

Tabel 16: Aantal patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt met indicatie relevant voor massagetherapie en percentage dat hiervan wordt verwezen (uitgesplitst naar eerste en tweede lijn)

Code Nationale Studie	aantal patiënten per jaar	% van de Nederlandse bevolking	totaal% verwijzingen	% eerste lijn	% tweede lijn
Overige ziekten huid/onderhuids-weefsel	97.894	0,67	16,8	3,2	96,8
Verbrandingen/brandwonden	51.222	0,35	3,4	13,6	86,3

Bij 69% van de verwijzingen naar de eerste lijn van patiënten met een klacht in de categorie overige ziekten huid/onderhuids weefsel gaat het om verwijzingen naar de categorie 'Overig'. Binnen de tweede lijn wordt vooral verwezen naar de dermatoloog (50%), plastisch chirurg (25%) en chirurg (19%).

Ook patiënten met brandwonden worden binnen de eerste lijn vooral verwezen naar de categorie 'Overig'; binnen de tweede lijn naar de chirurg (74%) en dermatoloog (15%).

c. Te verwachten ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

Op basis van bevolkingsprognoses van het CBS en patiëntgegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is berekend hoe groot de toename zal zijn van het aantal patiënten met 'Overige ziekten/onderhuids weefsel' en 'Verbrandingen/brandwonden'. Volgens onze berekeningen is er sprake van een toename in het aantal patiënten met 'overige ziekten/onderhuids weefsel' van 11,6% tot 2005.

Het aantal patiënten met brandwonden zal tot het jaar 2005 toenemen met 3,9%.

Epidemiologische ontwikkelingen

Voor zover bekend zijn er geen epidemiologische factoren van invloed op de incidentie van littekens en brandwonden.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Door het groeiend aantal cosmetische operaties zal in de toekomst ook het aantal patiënten met littekenvorming toenemen. Men streeft bovendien in toenemende mate naar perfectere resultaten van dergelijke operaties, waardoor de vraag naar massagetherapie zal toenemen. Dit betekent meer werkgelegenheid voor huidtherapeuten.

Bovendien zal door het groeiend schoonheidsideaal van de maatschappij alsmede de toenemende mondigheid, het aantal personen met littekenvorming en brandwonden dat voor massagetherapie een beroep doet op de huidtherapeut toenemen. Hoe groot deze toename zal zijn, is moeilijk te kwantificeren.

Institutionele ontwikkelingen

Momenteel wordt massagetherapie lang niet altijd vergoed vanuit het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Op grond van de NIVEL-enquête weten we dat van de 117 responderende huidtherapeuten er 18 (15,4%) een overeenkomst hebben met één of meerdere ziektekostenverzekeraars met betrekking tot de vergoeding van massagetherapie uit het aanvullende verzekeringspakket.

De huidige stand van zaken bij een tweetal geïnterviewde ziektekostenverzekeraars is als volgt. Geen van beide geïnterviewde zorgverzekeraars heeft massagetherapie opgenomen in het aanvullende pakket. Zoals reeds eerder vermeld kan de huidtherapeut zich bij één van deze verzekeringsmaatschappijen veelal beroepen op de coulance-regeling. Bovendien acht men hier de kans niet uitgesloten dat massagetherapie in de toekomst zal worden opgenomen in het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering.

Bij de tweede verzekeringsmaatschappij kan men zich minder vaak beroepen op de genoemde coulance-regeling. De kans dat littekenmassage of massagetherapie hier echter zal worden opgenomen in het (aanvullende) pakket is vrij groot. Overigens kunnen fysiotherapeuten de littekenmassage op dit ogenblik declareren en wel onder de noemer 'massage'.

Slechts vijf van de 117 werkzame huidtherapeuten geven in de NIVEL-enquête aan de verwachting te hebben in de toekomst een overeenkomst te zullen sluiten met een ziektekostenverzekeraar met betrekking tot vergoeding van massagetherapie. Gezien het feit dat momenteel 84,6% van de werkzame huidtherapeuten nog geen overeenkomst heeft voor massagetherapie, is de verwachting van huidtherapeuten zelf met betrekking tot vergoeding voor massagetherapie niet bijzonder groot.

Technische ontwikkelingen

Door betere, geavanceerde technieken binnen de massagetherapie zou de vraag kunnen toenemen. Dergelijke ontwikkelingen zijn op korte termijn echter niet te verwachten.

d. Gevolgen voor het aantal huidtherapeuten

Ook voor de massagetherapie is moeilijk aan te geven hoeveel patiënten eventueel bij de huidtherapeut terecht kunnen. De huidtherapeuten zelf verwachten in de komende jaren een lichte groei.

Momenteel worden er jaarlijks 422 patiënten behandeld voor massagetherapie. De veronderstelling is dat dit aantal in de komende tien jaar zal verdubbelen. Daarvoor is 0.5 extra full-time equivalent huidtherapeuten nodig, ofwel 1 extra huidtherapeut.

4.3.4 Nieuwe activiteiten

De in paragraaf 4.3.3 beschreven huidtherapeutische hoofdactiviteiten behoren tot de meest voorkomende verrichtingen van de huidtherapeut.

In de praktijk moet echter worden geconstateerd dat er door huidtherapeuten regelmatig behandelingen plaatsvinden die niet worden onderricht binnen de opleiding huidtherapie. Uit de NIVEL-enquête blijkt bijvoorbeeld dat huidtherapeuten zich niet zelden toeleggen op het aanmeten van borstprotheses (11 van de ondervraagde huidtherapeuten geeft dit expliciet aan). Bovendien wordt in deze enquête door enkele huidtherapeuten aangegeven dat men het aanmeten van borstprotheses beschouwt als een handeling die in de komende jaren zal toenemen binnen de praktijk van de huidtherapeut.

Tevens worden genoemd, doch in iets mindere mate, diverse vormen van (elektro-) coagulatie, behandeling van couperose en het geven van adviezen en informatie aan patiënten.

Een toekomstige op- of toename van dergelijke activiteiten binnen de praktijk van de huidtherapeut zal een toename van de vraag naar huidtherapeutische zorg tot gevolg hebben. In het navolgende zullen we de belangrijkste van deze activiteiten nader bespreken.

4.3.4.1 Aanmeten van borstprotheses

a. Achtergronden

Definitie	: Aanmeten (en verkopen) van borstprotheses bij patiënten na mastectomie ten gevolge van borstkanker.
Belangrijke indicatiegebieden	: Patiënten na mastectomie ten gevolge van borstkanker.
Belangrijke verwijzers	: Verwijzingen komen voornamelijk van de algemeen en plastisch chirurg, oncoloog en huisarts.
Concurrerende beroepsgroepen	: Lingeriezaken, winkels voor orthopedische hulpmiddelen.
Financiering	: Het aanmeten van borstprotheses door huidtherapeuten wordt op dit moment nog niet vaak vergoed door ziektekostenverzekeraars.

b. Basisgegevens

Mastectomie is als zodanig niet identificeerbaar in de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Wel kunnen we enige informatie relevant voor huidtherapeuten halen uit de ICPC-code 'Kwaadaardige nieuwvorming borst', hetgeen een indicatie is voor het aantal gevallen van borstkanker dat de huisarts jaarlijks ziet in zijn praktijk. Natuurlijk moet hierbij rekening worden gehouden met het feit dat niet alle gevallen van borstkanker leiden tot mastectomie; niet alle betreffende patiënten zullen dus in aanmerking komen voor het aanmeten van borstprotheses door de huidtherapeut. Een andere indicatie mogelijk van belang voor het aanmeten van borstprotheses is de in de Nationale Studie gebruikte ICPC-code 'Postmastectomie lymfoedeem', hetgeen echter slechts een deel weergeeft van alle patiënten die een mastectomie hebben ondergaan. Een derde categorie van belang, is '(Late) schadelijke effecten gebruik prothese NEC', waarbij moet worden aangetekend dat *alle* soorten protheses hier zijn ondergebracht.

Uit bovenstaande is duidelijk dat we niet beschikken over gegevens met betrekking tot de exacte aantallen patiënten bij wie een mastectomie is uitgevoerd; we kunnen slechts een globale indicatie geven van de betreffende categorie. Tabel 17 geeft weer hoeveel patiënten de huisarts jaarlijks bezoeken met elk van deze ziektebeelden.

Tabel 17: Aantal patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt met indicatie relevant voor borstprothese en percentage dat hiervan wordt verwezen (uitgesplitst naar eerste en tweede lijn)

Code Nationale Studie	aantal patiënten per jaar	% van de Nederlandse bevolking	totaal% verwijzingen	% eerste lijn	% tweede lijn
Kwaadaardige nieuwvorming borst	20.583	0,14	55,0	9,8	90,2
Postmastectomie lymfoedeem	3.299	0,03	32,9	41,4	58,6
(Late) schadelijke effecten gebruik prothese NEC	6.558	0,05	37,1	87,0	13,0

De verwijzingen naar de eerste lijn van patiënten met kwaadaardige nieuwvorming borst zijn voornamelijk verwijzingen naar de fysiotherapeut (75%). Binnen de tweede lijn worden deze mensen vooral verwezen naar de chirurg (80%).

Alle patiënten in de categorie postmastectomie lymfoedeem die worden verwezen naar de eerste lijn, gaan naar de fysiotherapeut. Bij verwijzingen naar de tweede lijn gaat het vooral om verwijzingen naar de chirurg.

De eerstelijnsverwijzingen van patiënten in de categorie 'late schadelijke effecten gebruik prothese NEC' zijn alle verwijzingen naar de categorie 'Overig'. Bij de verwijzingen naar de tweede lijn gaat het onder meer om oogheekunde (33%) en chirurgie (28%). Dit geeft eens te meer aan dat het hier gaat om een 'verzamel'-categorie: er kan hier evengoed sprake zijn van een oogprothese als een borstprothese.

c. Te verwachten ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

Op basis van bevolkingsprognoses van het CBS en patiëntgegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is voor elk van bovengenoemde indicatiegebieden berekend hoe groot de toename zal zijn van het aantal patiënten. De resultaten zijn voor alle duidelijkheid opgenomen in onderstaande tabel:

Tabel 18: Groeipercents in de periode 1995-2005

Codering Nationale Studie

Kwaadaardige nieuwvorming borst (=mamma)	+ 11,4%
Postmastectomie lymfoedeem	+ 11,4%
(Late) schadelijke effecten gebruik prothese NEC	+ 11,3%

Epidemiologische ontwikkelingen

Mastectomie is een ingreep die kan worden uitgevoerd als gevolg van een vergevorderd stadium van borstkanker. We zagen in § 4.3.3.4 (Oedeemtherapie) dat het rapport van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg ('Kanker in Nederland') ons inzicht kan verschaffen in de ontwikkeling van borstkanker in de toekomst. Op grond van enkele aannames, zoals de ontwikkeling van de incidentie (hetgeen werd berekend op grond van veranderingen in de omvang en de leeftijdsverdeling in de bevolking, alsmede op grond van verandering in het risico op de ziekte), en veranderingen in de overleving, werd het totale aantal kankerpatiënten in leven per lokalisatie van kanker van 1980 tot het jaar 2000 berekend. Voor borstkanker betekent dit een toename van 65% patiënten met borstkanker in het jaar 2000 ten opzichte van 1980. Ten opzichte van 1995 wordt een toename van $\pm 12\%$ verwacht.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

De grotere mondigheid zal ertoe leiden dat patiënten eerder zullen overgaan tot actie wanneer zij te kampen hebben met problemen met betrekking tot de borstprothese.

Institutionele ontwikkelingen

Momenteel wordt het aanmeten van borstprothesen door huidtherapeuten nog niet vaak vergoed vanuit het aanvullende pakket van de ziektekostenverzekering. Op grond van de NIVEL-enquête weten we echter dat de huidtherapeuten die het aanmeten van borstprothesen reeds in hun praktijk hebben opgenomen, grotendeels allemaal een overeenkomst hebben met de ziektekostenverzekeraar of verwachten er in de toekomst een te zullen afsluiten.

Geen van beide geïnterviewde zorgverzekeraars heeft momenteel het aanmeten van borstprothesen door huidtherapeuten opgenomen in het aanvullende pakket. Bij de ene

zorgverzekeraar is dit op korte termijn ook niet te verwachten, aangezien men het aanmeten van borstprothesen niet rekent tot het terrein van de huidtherapeut. Bij de tweede verzekeringsmaatschappij acht men de kans op toekomstige vergoeding niet uitgesloten, mits huidtherapeuten hun deskundigheid op dit gebied kunnen bewijzen.

Technische ontwikkelingen

Door betere, geavanceerde technieken van het aanmeten van borstprothesen zou de vraag kunnen toenemen. Als het aanmeten van borstprothesen als officieel onderdeel zou worden opgenomen in de opleiding huidtherapie, zal ook de deskundigheid van huidtherapeuten op dit gebied toenemen, hetgeen weer zal leiden tot een grotere vraag naar huidtherapeutische behandelingen.

d. Gevolgen voor het aantal huidtherapeuten

Gezien het aantal patiënten met postmastectomie is de veronderstelling dat in het jaar 2005 jaarlijks circa 2000 patiënten voor het aanmeten van borstprothesen bij de huidtherapeut komen. Er zijn geen gegevens beschikbaar omtrent de hoeveelheid tijd die een huidtherapeut per patiënt per jaar nodig heeft. Als wij uitgaan van maximaal zes uur per patiënt per jaar, dan zouden er voor het aanmeten van borstprothese 6.5 full-time equivalent huidtherapeuten nodig zijn, ofwel 10 huidtherapeuten.

4.3.4.2 Overige nieuwe activiteiten

Overige activiteiten die men nu sporadisch tegenkomt in de praktijk van de huidtherapeut, doch in de toekomst mogelijk een grotere rol zullen gaan spelen binnen de huidtherapie, zijn onder meer toepassing van (elektrische) coagulatie en laser, behandeling van couperose en het geven van adviezen/consulten.

a. Achtergronden

- | | |
|-------------------------------|---|
| Belangrijke indicatiegebieden | : Patiënten met spataderen (coagulatie), couperose (couperose-behandeling). |
| Belangrijke verwijzers | : Verwijzingen kunnen komen van de huisarts (spataderen, couperose) of dermatoloog (couperose). |
| Concurrerende beroepsgroepen: | Behandeling van couperose kan tevens geschieden door de schoonheidsspecialist. Adviserende functies tenslotte liggen bij elk van de betreffende beroepsgroepen. |
| Financiering | : In de regel wordt voor geen van genoemde overige activiteiten verricht door de huidtherapeut een vergoeding verstrekt door de ziektekostenverzekeraar. |

b. Basisgegevens

Spataderen, zo zagen we eerder, zijn in de Nationale Studie naar Ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk herkenbaar onder de ICPC-code 'Varices'. Couperose staat ook wel bekend als acné rosacea, hetgeen als zodanig kan worden geïdentificeerd in de Nationale Studie. In tabel 19 worden de aantallen weergegeven.

Tabel 19: Aantal patiënten dat jaarlijks de huisarts bezoekt met indicatie relevant voor overige nieuwe activiteiten van de huidtherapeut en percentage dat hiervan wordt verwezen (uitgesplitst naar eerste en tweede lijn)

Code Nationale Studie	aantal patiënten per jaar	% van de Nederlandse bevolking	totaal% verwijzingen	% eerste lijn	% tweede lijn
Varices	96.355	0,66	32,1	4,5	95,5
Acné rosacea/erytheem	17.946	0,12	12,1	0,0	100,0

Alle verwijzingen naar de eerste lijn van de ziektebeelden weergegeven in tabel 19 betreffen verwijzingen naar de categorie 'Overig'.

De verwijzingen naar de tweede lijn van patiënten met varices zijn voor 51% verwijzingen naar de chirurg en 36% naar de dermatoloog.

Bij acné rosacea gaat het bij 61% van de verwijzingen naar de tweede lijn om de dermatoloog; in mindere mate wordt ook verwezen naar de chirurg en intern geneeskundige.

Ook in het geval de huisarts patiënten verwijst naar de tweede lijn, gaat het voornamelijk om verwijzing naar de dermatoloog (83%).

c. Te verwachten ontwikkelingen

Demografische ontwikkelingen

Op basis van bevolkingsprognoses van het CBS en patiëntgegevens van de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk is voor elk van bovengenoemde indicatiegebieden berekend hoe groot de toename zal zijn van het aantal patiënten. De resultaten zijn voor alle duidelijkheid opgenomen in onderstaande tabel:

Tabel 20: Groeipercentages in de periode 1995-2005

Codering Nationale Studie	
Varices	+ 10,4%
Acné rosacea/erytheem	+ 8,1%

Epidemiologische ontwikkelingen

Wat betreft spataderen zijn geen epidemiologische ontwikkelingen bekend die het aantal patiënten met deze klachten zouden kunnen doen toe- of afnemen. Het aantal gevallen met couperose daarentegen zou als gevolg van veranderingen in het milieu de komende jaren kunnen toenemen.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Door het groeiend schoonheidsideaal van de maatschappij alsmede de toenemende mondigheid, zal het aantal personen dat voor behandeling van spataderen en couperose een beroep doet op de huidtherapeut toenemen. Hoe groot deze toename zal zijn, is moeilijk te kwantificeren.

Verder zal deze groter wordende mondigheid zeker zorgen voor een toenemend beroep op de huidtherapeut met betrekking tot haar adviserende functie.

Institutionele ontwikkelingen

Momenteel wordt voor genoemde overige activiteiten verricht door de huidtherapeut doorgaans geen vergoeding verstrekt door de ziektekostenverzekeraar. Uit de NIVEL-enquête blijkt dat voor elektrische coagulatie in een enkel geval wél een vergoeding wordt verstrekt. Over de verwachting met betrekking tot een mogelijk toekomstige vergoeding voor genoemde activiteiten door de ziektekostenverzekeraar is op dit moment geen duidelijkheid. Aangenomen mag worden dat, mochten huidtherapeuten zich op genoemde gebieden door bij- en nascholingen verder gaan specialiseren en hun deskundigheid weten aan te tonen, de kans op een overeenkomst zal toenemen. Opname van de genoemde verrichtingen binnen de opleiding huidtherapie kunnen hieraan bovendien een grote bijdrage leveren.

Technische ontwikkelingen

Door betere, geavanceerde technieken van elektrische coagulatie, behandeling van couperose en verwijdering van wratten in de praktijk van de huidtherapeut, zou de vraag naar de betreffende behandelingen kunnen toenemen. Toekomstige bij- en nascholingen op genoemde gebieden zullen zeker leiden tot een deskundiger behandeling van de patiënt.

d. Gevolgen voor het aantal huidtherapeuten

Vooralsnog is niet in te schatten hoeveel extra werk een aantal nieuwe activiteiten met zich mee zal brengen. De verwachting is dat in de komende jaren vooral op het terrein van de voorlichting veel werkzaamheden verricht zouden kunnen worden.

4.3.5 Conclusie: potentiële vraag

Het beroep van huidtherapeut dat nog aan het begin van het professionaliseringsproces staat is momenteel volop bezig een positie binnen de gezondheidszorg te verwerven. In het kader hiervan worden enerzijds pogingen ondernomen om de huidige positie te verbeteren en anderzijds pogingen ondernomen om nieuwe markten aan te boren.

Het is echter moeilijk om inzicht te krijgen in het aantal patiënten met bepaalde aandoeningen die voor huidtherapeutische zorg in aanmerking zouden kunnen komen. Daarvoor ontbreken de meest essentiële gegevens. Om toch enigszins een idee te kunnen krijgen omtrent de potentiële markt voor huidtherapeuten hebben wij gebruikgemaakt van gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Immers, een groot deel van de zorg die door de huidtherapeut wordt verleend komt direct of indirect (verwijzing van huisarts naar specialist) via de huisarts. Bij het bepalen van de potentiële vraag is in eerste instantie gekeken naar de acht hoofdactiviteiten van huidtherapeuten en de daarbij behorende indicatiegebieden. Vervolgens is gekeken hoeveel patiënten er tot op heden bij de huidtherapeut terecht komen en hoeveel dit er zouden kunnen zijn als er voldoende huidtherapeuten werkzaam zouden zijn in Nederland.

Met betrekking tot de acht hoofdactiviteiten zijn ten aanzien van de groei tot het jaar 2005 de volgende veronderstellingen geformuleerd:

Hoofdactiviteiten

Epileren	- verdubbeling van het aantal patiënten tot het jaar 2005
Acné-behandeling	- verdubbeling van het aantal patiënten tot het jaar 2005
Camouflage	- geen groei
Dermatografie	- verdubbeling van het aantal patiënten tot het jaar 2005
Oedeemtherapie	- verdubbeling van het aantal patiënten tot het jaar 2005
Massagetherapie	- verdubbeling van het aantal patiënten tot het jaar 2005
Bandageren	- verdubbeling van het aantal patiënten tot het jaar 2005
Aanmeten elastische kousen	- verdubbeling van het aantal patiënten tot het jaar 2005

Nieuwe activiteiten

Aanmeten borstprothese - groei tot 2000 patiënten in het jaar 2005.

4.4 Verwerkingscapaciteit

Een derde factor, welke van invloed is op de omvang van de toekomstige behoefte aan huidtherapeuten, is de verwerkingscapaciteit van huidtherapeuten. Dit is de tijd die men aan de uitoefening van het beroep van huidtherapeut besteedt. De verwerkingscapaciteit van een individuele huidtherapeut (het aantal patiënten dat zij kan behandelen vertaald in het aantal werkzame uren) wordt bepaald door de volgende factoren:

1. Het gemiddeld aantal uren dat een huidtherapeut per week werkt.
2. De verdeling van de werkzame uren naar patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd.
3. De gemiddelde duur van een behandeling.

4.4.1 Het aantal werkuren

Op basis van de vragenlijst die verzonden is aan alle (werkzame) huidtherapeuten in Nederland (NIVEL, 1995) kan de omvang van de werkweek naar werkveld worden vastgesteld. De gemiddelde werktijd bedraagt in totaal 24,9 uur per week. Dit betreft het gemiddeld aantal uren per huidtherapeut, ongeacht de aard van het dienstverband en het aantal werkplekken. Wanneer het aantal uren wordt onderscheiden naar werkveld, blijkt een zelfstandig gevestigde huidtherapeut in een eigen praktijk gemiddeld 22,8 uur per week werkzaam te zijn (N=97), tegenover 19,3 werkuren door huidtherapeuten die (tevens) intramuraal werkzaam zijn (N=34). In tabel 21 is het gemiddeld aantal werkuren weergegeven van werkzame huidtherapeuten naar dienstverband.

Tabel 21: Gemiddeld aantal werkuren (per week) per huidtherapeut naar dienstverband(en)

	gemiddeld aantal uren per week	N*
Zelfstandige praktijk	20,9	73
Intramurale instelling	25,0	10
In loondienst praktijk	26,3	3
In loondienst intramuraal	20,4	5
Zowel in praktijk als intramuraal	38,9	22
Overig	25,5	2
Totaal	24,9	115

* Twee huidtherapeuten (één met een eigen praktijk en één werkzaam in intramurale instelling) hebben het aantal werkuren niet vermeld.

Naast het werkzaam zijn als huidtherapeut zijn 29 huidtherapeuten (24,8%) per 1 januari 1995 gemiddeld bijna 14 uur per week tevens werkzaam als schoonheidsspecialist. Daarnaast zijn nog eens 48 huidtherapeuten (41%) gemiddeld 17 uur per week bezig met overige (betaalde) werkzaamheden (zowel binnen als buiten de medische wereld).

Aan alle werkzame huidtherapeuten is gevraagd of men in het algemeen meer of minder uren werkzaam wil zijn (zie tabel 22). Gevraagd naar de mogelijkheden voor uitbreiding binnen de huidige werkplek is gebleken dat huidtherapeuten verwachten dat het aantal uren huidtherapie in de eigen praktijk of instelling de komende jaren per saldo met 686 uren zal toenemen. Vervolgens is aan de groep werkzame huidtherapeuten gevraagd of men in de toekomst zelf het liefst meer of minder zou willen werken. Ruim 55% geeft aan dat men meer uren per week zou willen werken. Daarnaast zegt 37% geen verandering in het huidige aantal uren te wensen. Slechts 8% van alle huidtherapeuten geeft aan korter te willen werken.

Het zijn met name degenen die momenteel weinig uren per week werken die hun werktijd zouden willen uitbreiden.

Tabel 22: Voorkeur van huidtherapeuten die meer of minder uren willen werken gerelateerd aan het aantal werkuren per week

Huidig aantal uren	meer uren		gelijk		minder uren		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
< 9	16	100,0	-	-	-	-	16	100,0
9-16	27	90,0	3	10,0	-	-	30	100,0
17-24	10	52,6	9	47,4	-	-	19	100,0
25-32	5	38,5	8	61,5	-	-	13	100,0
33-40	2	12,5	12	75,0	2	12,5	16	100,0
> 40	2	11,1	9	50,0	7	38,9	18	100,0
Totaal	62	55,3	41	36,6	9	8,1	112	100,0

Omgerekend naar het feitelijk (absoluut) aantal uren leidt de voorkeur van huidtherapeuten per saldo tot een gewenste uitbreiding van 869 uur. Dit betekent dat onder de

huidige groep werkzame huidtherapeuten, rekening houdend met een gemiddelde werkduur van 24,9 uur per week, een potentieel van (omgerekend) 35 arbeidsplaatsen aanwezig is. Rekening houdend met leeftijdsspecifieke uittreedpercentages met betrekking tot de huidige groep werkzame huidtherapeuten, betekent dit dat in het jaar 2005 nog een potentieel aanbod van 24 arbeidsplaatsen resteert.

4.4.2 Verhouding patiëntgebonden - niet-patiëntgebonden tijd

De werkzaamheden van de huidtherapeuten kunnen worden onderscheiden naar patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten. Onder patiëntgebonden activiteiten worden de werkzaamheden verstaan die betrekking hebben op de behandeling van de patiënt. Tevens geldt dat de hulpvrager aanwezig is tijdens de uitvoering van de werkzaamheden. Niet-patiëntgebonden activiteiten zijn werkzaamheden als administratie en bij- en nascholing en dus niet betrekking hebbend op de directe huidtherapeutische zorgverlening aan patiënten.

Uit het NIVEL-onderzoek blijkt dat binnen een gemiddelde werkweek van 24,9 uur door huidtherapeuten bijna zes uur (23%) wordt besteed aan niet-patiëntgebonden werkzaamheden. Het is mogelijk dat het aandeel niet-patiëntgebonden activiteiten in de toekomst zal gaan toenemen. Technologische ontwikkelingen, toename van interdisciplinaire samenwerking, overleg met verzekeraars en intercollegiale toetsing kunnen er bijvoorbeeld toe leiden dat meer huidtherapeuten benodigd zijn om de afname van patiëntgebonden tijd op te vangen.

Op basis van de hierboven genoemde ontwikkelingen wordt verondersteld dat de tijd die nodig is voor de niet-patiëntgebonden tijd tot en met het jaar 2005 met 7% zal toenemen. Om de afname van de patiëntgebonden tijd op te vangen zullen in 2005 10%, ofwel 13 huidtherapeuten extra nodig zijn.

4.4.3 Gemiddelde duur van een behandeling

De gemiddelde duur van een behandeling kan worden bepaald door, voor de meest voorkomende behandelingen in een bepaalde periode, het aantal uren te delen door het aantal patiënten dat de betreffende behandeling ondergaat. In tabel 23 is per patiënt aangegeven hoeveel minuten er per week gemiddeld aan de betreffende behandeling wordt besteed.

Tabel 23: Gemiddeld aantal minuten per patiënt per week naar behandeling

	Aantal minuten per patiënt/ week	N*
Epilatie	44	89
Acnébehandeling	70	73
Camouflagetherapie	32	44
Dermatografie	26	5
Oedeemtherapie	64	43
Bandageren	30	9
Massagetherapie	50	30
Aanmeten elastische kousen	26	24
Littekenbehandeling	43	8
Aanmeten borstprothese	77	7
Overig	32	29

* Aantal huidtherapeuten op basis waarvan minutentarief is berekend.

Het is mogelijk dat de gemiddelde duur van een behandeling in de toekomst zal gaan veranderen. Of dit een toe- of afname zal betekenen en welke behandelingen dit betreft, is (nog) niet te voorzien.

4.4.4 Deeltijd

Uit het NIVEL-onderzoek onder werkzame huidtherapeuten blijkt dat 69% van alle huidtherapeuten 32 uur per week of minder werkt. Voor een deel is dit een gevolg van het feit dat een deel (26) tevens werkzaam is als schoonheidsspecialist (gemiddeld 15 uur per week) of andere betaalde werkzaamheden verricht.

Tabel 24: Aantal werkuren per week

Uren	in praktijk		in ziekenhuis		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
< 9	15	15,5	5	14,7	17	14,8
9-16	27	27,8	12	35,3	30	26,1
17-24	15	15,5	10	29,4	19	16,5
25-32	13	13,4	2	5,9	13	11,3
33-40	19	19,6	4	11,8	17	14,8
> 40	8	8,2	1	2,9	19	16,5
Totaal	97	100,0	34	100,0	115	100,0

Het grote aantal part-timers onder huidtherapeuten heeft deels te maken met het feit dat vrijwel alle huidtherapeuten vrouwen zijn. Van deze vrouwen geeft 18% expliciet aan dat de zorg voor kinderen heeft geleid tot het werken in deeltijd. Een andere reden voor het grote aantal part-timers onder huidtherapeuten is gelegen in het feit dat (jonge) huidtherapeuten nog bezig zijn met het opbouwen van een praktijk (24%). Dit blijkt ook uit het feit dat jongere huidtherapeuten een gemiddeld kortere werkweek kennen in vergelijking tot relatief oudere collega's. Zo blijken huidtherapeuten boven de 45 jaar gemiddeld 34 uur per week te werken, terwijl huidtherapeuten onder de 45 jaar gemiddeld 20 uur (als huidtherapeut) werkzaam zijn. Tenslotte wordt door huidtherapeuten aangegeven dat onvoldoende werkaanbod (23%) en onvoldoende verwijzingen (11%) eveneens belangrijke redenen zijn om op dit moment niet full-time als huidtherapeut werkzaam te zijn.

Er is sprake van een aantal redenen waarom verwacht kan worden dat het aantal part-timers in de toekomst zal *afnemen*:

- een grotere naamsbekendheid (bij arts en patiënt) met als gevolg een toename van het aantal verwijzingen;
- ruimere mogelijkheden voor vergoeding van behandelingen door verzekeraars;
- verschuiving werkzaamheden van andere beroepen (bijvoorbeeld schoonheidsspecialist) naar huidtherapeutische behandelingen;
- naarmate huidtherapeuten langer in het vak zitten, zal men langer werken.

Daarentegen is een aantal redenen aan te wijzen dat kan leiden tot een *toename* van het aantal part-timers:

- jonge (startende) huidtherapeuten worden geconfronteerd met kleine praktijken. Nieuw te creëren banen kennen, zeker in de beginfase, een gering aantal uren;
- wanneer een groeiend aanbod van huidtherapeuten niet gepaard gaat met een evenredige groeiende vraag, zal dit leiden tot een lager gemiddelde werkduur;

- herintredende huidtherapeuten zullen vanwege gezin of leeftijd minder uren gaan werken.

Momenteel werkt 69% van alle werkzame huidtherapeuten part-time, dat wil zeggen gemiddeld 32 uur per week of minder. Op grond van bovenstaande ontwikkelingen wordt verondersteld dat er in het komende decennium geen grote veranderingen zullen optreden in het percentage huidtherapeuten dat in deeltijd gaat werken.

4.5 Conclusie: geschatte behoefte aan huidtherapeuten

Op basis van de demografische ontwikkelingen wordt verondersteld dat in het jaar 2005, als gevolg van de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw (volgens de midden-variant) circa 9,1% meer huidtherapeuten nodig is dan in 1995. Als de bevolkingsprognoses volgens de hoge-variant wordt gehanteerd, dan zou een groei van 12,0% nodig zijn. Verder is geconstateerd dat er waarschijnlijk een 'ondergebruik' is. Als het beroep van huidtherapeut zich wat verder ontwikkelt is er 81% meer huidtherapeuten nodig om het ondergebruik op te vangen.

Het zijn met name structurele oorzaken (erkenning beroep) die de vraag naar huidtherapeutische zorg zullen doen stijgen. De veronderstelling is dat in het jaar 2005 er op iedere 75.000 inwoners één full-time equivalent huidtherapeut werkzaam is. Om dit te kunnen realiseren zal het aantal huidtherapeuten met 10% moeten toenemen.

Verder zal er als gevolg van epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele veranderingen en technische ontwikkelingen waarschijnlijk een lichte toename in de vraag naar huidtherapeutische zorg plaatsvinden, maar daarover kunnen vooralsnog geen schattingen gemaakt worden.

Tot slot is ook een aantal 'gewenste' ontwikkelingen binnen de verwerkingscapaciteit besproken. Er moet echter worden geconstateerd dat de huidige groep huidtherapeuten liefst nog wat meer uren per week zou willen werken. Dit is een vorm van 'potentiële aanbod' en zal bij het hoofdstuk 'Aanbod' worden meegenomen. Eigenlijk is de enige gewenste ontwikkeling die enige gevolgen zou kunnen hebben de toename van het aantal niet-patiëntgebonden activiteiten van 23% naar 30%. Om deze toename op te vangen zou er in 2005 in totaal 10% meer huidtherapeuten nodig zijn.

Tabel 25: Overzicht van het aantal extra huidtherapeuten dat nodig is om in de periode 1995-2005 de verschillende ontwikkelingen afzonderlijk op te vangen

	Bevolkingsprognose volgens	
	midden-variant	hoge-variant
Demografische ontwikkelingen	12 extra huidtherapeuten	16 extra huidtherapeuten
Ondergebruik	108 extra huidtherapeuten	108 extra huidtherapeuten
Erkenning beroep + markttuitbreiding	218 extra huidtherapeuten	229 extra huidtherapeuten
Toename niet-patiëntgebonden activiteiten	13 extra huidtherapeuten	13 extra huidtherapeuten

Let op: De factoren 'demografische ontwikkelingen' en 'erkenning van het beroep' mogen niet worden opgeteld, omdat er enige overlap is.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat met name een eventuele erkenning van het beroep en daarbij behorende markttuitbreiding tot gevolg zal hebben dat er in 2005 aanzienlijk meer (218) huidtherapeuten nodig zijn dan in 1995 (229 volgens de hoge-variant). Om

deze factor potentiële vraag verder te kunnen specificeren zijn voor een aantal specifieke behandelingen veronderstellingen geformuleerd omtrent de toename van het aantal patiënten dat in 2005 voor deze behandelingen bij de huidtherapeut in zorg zijn (tabel 26). Uit de tabel blijkt dat met name het epilieren tot de grootste groei bijdraagt.

Tabel 26: Overzicht van het aantal extra huidtherapeuten dat nodig is om voor de verschillende behandelingen in de periode 1995-2005 de toename van het aantal patiënten op te vangen (volgens de midden-variant)

Epilieren	70 extra huidtherapeuten
Acné-behandeling	33 extra huidtherapeuten
Camouflagetherapie	- extra huidtherapeut
Dermatografie	3 extra huidtherapeuten
Oedeemtherapie	11 extra huidtherapeuten
Massagetherapie	1 extra huidtherapeut
Bandageren	1 extra huidtherapeut
Aanmeten elastische kousen	3 extra huidtherapeuten
Borstprothese	10 extra huidtherapeuten
Totaal	132 extra huidtherapeuten

5. HET AANTAL BESCHIKBARE HUIDTHERAPEUTEN

5.1 Inleiding

Het aantal beschikbare huidtherapeuten bestaat in de eerste plaats uit de groep huidtherapeuten die per 1 januari 1995 werkzaam is als huidtherapeut. Hieronder worden verstaan de huidtherapeuten die werkzaam zijn in een eigen praktijk, instelling of opleidingsinstituut. In de tweede plaats wordt onder de beschikbare groep huidtherapeuten verstaan, de groep huidtherapeuten die op 1 januari 1995 nog geen werk heeft, maar wel op zoek is naar werk als huidtherapeut, en in de derde plaats de groep die op 1 januari 1995 nog in opleiding is. Tenslotte moet (wellicht) nog rekening worden gehouden met 'huidtherapeuten' die zich uit het buitenland in Nederland zullen vestigen. Bovengenoemde groepen huidtherapeuten vormen tezamen de niet beïnvloedbare potentiële groep huidtherapeuten. Hiermee bedoelen wij dat de omvang van deze groepen niet te beïnvloeden is door uitbreiding of inkrimping van de opleidingscapaciteit.

In volgende paragrafen zal, uitgaande van de peildatum 1 januari 1995, worden berekend hoe groot de verschillende groepen beschikbare huidtherapeuten zijn op 1 januari 2005, het prognosejaar van deze arbeidsmarktverkenning.

5.2 Het aantal werkzame huidtherapeuten

5.2.1 Omvang

Op 1 januari 1995 zijn er 134 huidtherapeuten werkzaam. Van deze groep is 98% vrouw. Het aantal werkzame huidtherapeuten is de laatste vijf jaar gestaag toegenomen (tabel 27). In vijf jaar tijd is het aantal werkzame huidtherapeuten bijna verdriedubbeld. Het aantal full-time equivalenten is in diezelfde periode wat minder snel gestegen: vanaf 1990 tot 1995 is er sprake van een verdubbeling van het aantal full-time equivalenten.

Tabel 27: Aantal werkzame en aantal full-time equivalenten huidtherapeuten vanaf 1990, per 1 januari*

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Aantal huidtherapeuten	42	43	49	64	96	134
Aantal full-time equivalenten	31.8	32.1	36.2	43.9	57.0	83.5

* De cijfers voor 1990-1994 zijn gebaseerd op de respondenten van de enquête, voor 1995 is gecorrigeerd naar het feitelijk aantal werkzamen in Nederland.

5.2.2 Samenstelling

Leeftijd

De groep werkzame huidtherapeuten wordt - vergeleken met andere paramedische beroepsgroepen - gekenmerkt door een relatief oude leeftijdsopbouw. Circa 42% van

de huidtherapeuten is ouder dan 45 jaar (tabel 28). Ter vergelijking: 20% van de fysiotherapeuten en 8% van de ergotherapeuten is ouder dan 45 jaar (Hingstman en Harmsen, 1994).

Tabel 28: Aantal werkzame huidtherapeuten naar leeftijd

	abs	%
< 25 jaar	2	1,7
25-29 jaar	13	11,1
30-34 jaar	12	10,3
35-39 jaar	20	17,1
40-44 jaar	21	17,9
45-49 jaar	18	15,4
50-54 jaar	18	15,4
55-59 jaar	7	6,0
60-64 jaar	6	5,1
> 64 jaar	-	-
Totaal	117	100,0

Als vervolgens wordt gekeken wanneer de huidige groep werkzame huidtherapeuten de opleiding tot huidtherapeut heeft voltooid, dan blijkt dat 58,5% van alle werkzame huidtherapeuten na 1990 het diploma heeft behaald; 30% in de periode 1980-1990 en 11,5% vóór 1980.

Burgerlijke staat/gezinssituatie

Verreweg het grootste deel (62%) van de werkzame huidtherapeuten is gehuwd. Daarnaast is 21% ongehuwd en 16% woont samen. Van huidtherapeuten met een partner heeft 87% van de partners een betaalde baan.

Circa 61% van de huidtherapeuten heeft kinderen, waarvan het grootste deel twee of meer kinderen. In tabel 29 zien wij dat 48% van de huidtherapeuten kinderen heeft die gemiddeld ouder zijn dan 20 jaar.

Tabel 29: Gemiddelde leeftijd van kinderen per huidtherapeut*

	abs	%
< 5 jaar	11	17,7
5-9 jaar	8	12,9
10-14 jaar	6	9,7
15-19 jaar	7	11,3
20-29 jaar	22	35,5
> 29 jaar	8	12,9
Totaal	62	100,0

* Van negen huidtherapeuten met kinderen is de leeftijd van de kinderen onbekend.

Werkgeschiedenis

Van de 117 responderende huidtherapeuten die momenteel werkzaam zijn heeft 50% in het verleden ooit eens als schoonheidsspecialist gewerkt. Uit tabel 30 kunnen wij

aflezen dat het met name de oudere huidtherapeuten zijn die eerst als schoonheidsspecialist hebben gewerkt.

Tabel 30: Aantal huidtherapeuten dat ooit als schoonheidsspecialist heeft gewerkt naar leeftijd (N=114)

	wel als schoonheidsspecialist gewerkt		niet als schoonheidsspecialist gewerkt	
	abs	%	abs	%
< 30 jaar	8	13,6	7	12,7
30-40 jaar	14	23,7	18	32,7
40-50 jaar	14	23,7	24	43,7
> 50 jaar	23	39,0	6	10,9
Totaal	59	100,0	65	100,0

Overigens blijkt dat van de huidige groep werkzame huidtherapeuten bijna 22% naast de huidtherapie ook nog werkzaamheden uitoefent als schoonheidsspecialist. Dit zijn met name de huidtherapeuten die de oude SOHU-opleiding hebben gevolgd.

Aantal jaren werkzaam

Van de groep werkzame huidtherapeuten is 49% korter dan twee jaar werkzaam als huidtherapeut (tabel 31). Daarnaast is er een tamelijk grote groep (22%) die langer dan tien jaar in het beroep werkzaam is. Het gemiddelde aantal jaren dat men in de huidige functie werkzaam is bedraagt 6,8 jaar.

Tabel 31: Procentuele verdeling van het aantal werkzame huidtherapeuten naar vestigingsduur

	Absoluut			%
	eigen praktijk	intramuraal	totaal	
< 1 jaar	22	12	34	25,8
1-2 jaar	24	4	28	21,2
2-3 jaar	12	3	15	11,4
3-4 jaar	5	2	7	5,3
4-5 jaar	1	2	3	2,3
5-10 jaar	12	6	18	13,6
> 10 jaar	22	5	27	20,5
Totaal	99	33	132	100,0

Praktijkvorm

Verreweg het grootste deel (87%) van alle werkzame huidtherapeuten in een eigen praktijk werkt in een solopraktijk. Er zijn nog maar weinig huidtherapeuten die in duopraktijken (7%) of in een groepspraktijk werken (2%).

Dat de huidtherapie een jong beroep is kan deels worden afgeleid uit het feit dat het merendeel van de huidtherapeuten met een eigen praktijk (92%) zich vrij gevestigd heeft. Er is dus nog nauwelijks sprake van overnames (4%) en associaties (1%).

5.2.3 Praktijken

Per 1 januari 1995 zijn er in Nederland 97 huidtherapiepraktijken. Verreweg het grootste deel (96%) van de praktijken betreft een solopraktijk. De meeste (54%) van de praktijken worden uitgeoefend aan huis. Circa 30% heeft een aparte praktijkruimte en 16% voert de praktijk elders. Verder is in 22% van de praktijken momenteel een stagiaire werkzaam.

Tot slot blijkt dat de meeste praktijken (84%) geen aparte administratieve kracht in dienst hebben.

5.2.4 Spreiding en dichtheid

Per 1 januari 1995 bedraagt het aantal inwoners per full-time equivalent huidtherapeut 184.838 (tabel 32). Er zijn echter grote regionale verschillen. In Utrecht wordt een dichtheid geconstateerd van 102.368 inwoners per full-time equivalent huidtherapeut. In Zeeland en Zuid-Holland worden dichtheden gemeten van 399.750 en 356.080 inwoners per full-time equivalent huidtherapeut.

Tabel 32: Aantal inwoners per full-time equivalent huidtherapeut per provincie, per 1 januari 1995

Provincie	Aantal inwoners	Aantal huidtherapeuten	Aantal full-time equivalenten huidtherapeuten	Aantal inwoners per full-time equivalenten huidtherapeuten
Groningen	560.012	7	4.7	119.641
Friesland	610.729	4	3.8	162.214
Drenthe	454.170	6	3.6	127.524
Overijssel	1.051.038	8	3.4	313.000
Flevoland	255.251	2	1.9	132.024
Gelderland	1.862.726	22	13.1	141.906
Utrecht	1.062.492	20	10.5	102.368
Noord-Holland	2.472.360	23	11.9	207.666
Zuid-Holland	3.333.459	18	9.4	356.080
Zeeland	366.093	1	0.9	399.750
Noord-Brabant	2.273.601	20	10.3	221.225
Limburg	1.132.069	19	10.3	110.152
Nederland	15.434.000	150*	83.5	184.838

* Dit aantal is hoger dan het feitelijk aantal werkzame huidtherapeuten, omdat huidtherapeuten in verschillende provincies werkzaam kunnen zijn.

Het zijn vooral de middelgrote steden waar het aantal inwoners per full-time equivalent huidtherapeut het laagst is (tabel 33). Op het platteland wordt een dichtheid gemeten van één full-time equivalent huidtherapeut op 990.486 inwoners.

Tabel 33: Aantal inwoners per full-time equivalent huidtherapeut naar urbanisatiegraad per 1 januari 1995

Urbanisatiegraad	Aantal inwoners	Aantal huidtherapeuten	Aantal full-time equivalenten huidtherapeuten	Aantal inwoners per full-time equivalenten huidtherapeuten
Landelijk gebied	1.683.826	3	1.7	990.486
Verstedelijkt landelijk gebied	3.589.026	28	15.8	227.154
Forensengemeente	2.294.729	23	11.2	204.887
Kleine steden	1.732.876	20	12.0	144.406
Middelgrote steden	2.471.521	30	18.3	135.056
Grote steden	3.662.022	46	24.5	149.470
Totaal	15.434.000	150	83.5	184.838

Met betrekking tot de spreiding van huidtherapeuten moet worden geconstateerd dat er geen vestigingsbeleid is. Overigens is het grootste deel (66%) van de werkzame huidtherapeuten van mening dat er wel een vestigingsbeleid zou moeten zijn; 16% vindt van niet en 18% heeft geen mening. Dit beleid zou vanuit de beroepsvereniging geïnitieerd moeten worden.

5.2.5 Vestiging en vertrek

De groei van het aantal huidtherapeuten is het saldo van het aantal huidtherapeuten dat zich jaarlijks vestigt en het aantal huidtherapeuten dat met de werkzaamheden stopt. In tabel 34 zien wij dat na een sterke stijging in 1993 deze in 1994 weer iets is afgenomen. Dit heeft deels te maken met de hogere uitstroom in 1993 (zie paragraaf 3.4).

Tabel 34: Aantal nieuw gevestigde huidtherapeuten (vestiging) en het aantal huidtherapeuten dat de werkzaamheden heeft neergelegd (vertrek) vanaf 1990

	Vestiging	Vertrek	Saldo
1990	2	1	+ 1
1991	6	2	+ 4
1992	18	-	+ 18
1993	25	3	+ 22
1994	24	5	+ 19

In het kader van deze arbeidsmarktverkenning is het van groot belang inzicht te krijgen in het aantal huidtherapeuten dat in de komende jaren het werk zal neerleggen. De uitstroom uit de groep huidtherapeuten, die op 1 januari 1995 werkzaam is, kan op vier manieren plaatsvinden:

1. Gestopt (bijvoorbeeld pensionering of vervroegde uittreding e.d.).
2. Verandering van werkzaamheden.
3. Ziekte en/of arbeidsongeschiktheid.
4. Overlijden.

Voor het maken van voorspellingen omtrent het aantal uittrekders in de komende jaren is gebruikgemaakt van de gegevens uit de enquête. Daarbij kan niet verder worden teruggegaan naar uittreedpercentages in de afgelopen vijf jaar. Verder zijn wij er vanuit

gegaan dat alle huidtherapeuten met hun beroep zullen stoppen als zij de leeftijd van 65 jaar hebben bereikt.

Op basis van de leeftijdsspecifieke uittreedpercentages is berekend hoeveel huidtherapeuten de komende tien jaar zullen uittreden (tabel 35).

Tabel 35: Uitstroom van per 1 januari 1995 werkzame huidtherapeuten

	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Werkzaam	134	111	91
Uitstroom	23	19	

Op basis van de resultaten uit tabel 35 kan worden afgeleid dat van de 134 werkzame huidtherapeuten per 1 januari 1995 er per 1 januari 2005 nog 91 over zijn (68%).

5.3 Werkzoekende huidtherapeuten

Het is niet eenvoudig om een exact beeld te krijgen omtrent het aantal werkzoekende huidtherapeuten. In principe zou dit afgeleid kunnen worden uit de schriftelijke enquête die in januari 1995 is verstuurd. Wij hebben reeds moeten constateren dat een deel van de huidtherapeuten de enquête niet heeft ingevuld. Voor een groot deel zijn dat waarschijnlijk huidtherapeuten die op 1 januari 1995 niet als huidtherapeut werkzaam waren. De vraag is hoeveel van deze groep non-respondenten als werkzoekende moet worden beschouwd. In tabel 36 zien wij dat het totaal om 33 personen gaat. Een deel van hen zal ongetwijfeld op zoek zijn naar werk als huidtherapeut.

Tabel 36: Overzicht van de activiteiten van alle afgestudeerde huidtherapeuten vanaf 1992 per 1 januari 1995

Jaar voltooiing van de opleiding	Aantal afgestudeerden	Aantal werkzamen	Aantal werkzoekenden	Onbekend	Totaal
1992	31	19 (61%)	3 (10%)	9 (10%)	100%
1993	46	29 (63%)	6 (13%)	11 (24%)	100%
1994	36	18 (50%)	5 (13,9%)	13 (36,1%)	100%
Totaal	113	66 (58%)	14 (12,4%)	33 (29,2%)	100%

Uit tabel 36 kan worden afgeleid dat van alle huidtherapeuten die sinds 1992 zijn afgestudeerd 58% op 1 januari 1995 aan het werk is als huidtherapeut. In totaal zijn er 14 huidtherapeuten op 1 januari 1995 op zoek naar werk. Het grootste deel (10) hiervan heeft nog nooit als huidtherapeut gewerkt. Overigens gaven twee afgestudeerden van de vroegere SOHU-opleiding aan plannen te hebben in de toekomst als huidtherapeut te gaan werken.

Van de 14 huidtherapeuten die nog aan de slag willen, willen er 13 (93%) een eigen praktijk. Eén werkzoekende huidtherapeut zou het liefst als huidtherapeut willen werken in combinatie met schoonheidssalon/pedicure. Van degenen die een eigen praktijk prefereren zou het grootste deel (62%) het liefst in een solopraktijk willen werken.

Als vervolgens aan de 14 werkzoekende huidtherapeuten wordt gevraagd hoeveel uur men per week bij voorkeur zou willen werken, dan blijkt dat een groot deel (43%) opteert voor een werkweek van 25 uur of minder (tabel 37). Slechts weinig huidtherapeuten zouden full-time willen werken.

Tabel 37: Gewenste aantal uren dat werkzoekende huidtherapeuten per week zouden willen werken

	abs	%
< 26 uur	6	42,9
26-32 uur	3	21,4
> 32 uur	1	7,1
geen voorkeur	4	28,6
Totaal	14	100,0

Tot slot is aan de werkzoekende huidtherapeuten de vraag voorgelegd in welke provincie men bij voorkeur zou willen werken. In tabel 38 zien wij dat werkzoekende huidtherapeuten die in Eindhoven zijn afgestudeerd grotendeels in Noord-Brabant, Gelderland of Zuid-Holland willen gaan werken. Voor de werkzoekenden die in Utrecht zijn afgestudeerd zijn de voorkeurprovincies wat meer gespreid. Opvallend is overigens dat weinig huidtherapeuten kiezen voor de noordelijke provincies en Limburg en Zeeland.

Tabel 38: De provincie waar de werkzoekende huidtherapeuten het liefst zouden willen werken naar opleidingsinstituut

	Opleidingsinstituut		
	Eindhoven	Utrecht	Totaal
Friesland	-	1	1
Gelderland	2	-	2
Utrecht	-	1	1
Noord-Holland	-	1	1
Zuid-Holland	2	3	5
Noord-Brabant	2	1	3

Tot slot zal in het kader van de arbeidsmarktverkenning inzicht gegeven moeten worden in het aantal werkzoekende huidtherapeuten dat op termijn als huidtherapeut aan het werk zal gaan en vervolgens hoeveel van hen na verloop van tijd het beroep weer zullen verlaten.

Op 1 januari 1995 geven, zoals hierboven beschreven, 14 huidtherapeuten afgestudeerd in de jaren 1992-1994 aan op zoek te zijn naar werk. De twee SOHU-afgestudeerden die aangaven plannen te hebben te gaan werken als huidtherapeut hierbij opgeteld, geeft een totaal van 16 werkzoekende huidtherapeuten. Van deze huidtherapeuten nemen wij aan dat zij die zich willen vestigen, ook daadwerkelijk op korte termijn op de arbeidsmarkt zullen instromen. Dit betekent echter niet dat alle 16 huidtherapeuten zich de komende jaren zullen vestigen. Op deze groep zal de komende tien jaar het gemiddelde jaarlijkse verlooppercentage (3,75%) worden toegepast. Vervolgens kan worden berekend hoeveel huidtherapeuten uit deze groep van 16 tot het jaar 2005 zullen uitstromen (tabel 39).

Tabel 39: Uitstroom van de groep huidtherapeuten die per 1 januari 1995 werkzoekend waren

	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Werkzaam	16*	13	11
Uitstroom	3	2	

* Wij gaan er vanuit dat alle 16 werkzoekende huidtherapeuten op korte termijn werkzaam zullen zijn.

5.4 Huidtherapeuten in opleiding

Van 114 huidtherapeuten die per 1 januari 1995 werkzaam zijn als huidtherapeut, heeft 37% de vroegere opleiding SOHU (Stichting Opleiding Huidtherapie) gevolgd, 63% de opleiding Huidtherapie van één van de Hogescholen Eindhoven of Utrecht. Wanneer de SOHU-opgeleiden (tot 1989) worden vergeleken met de afgestudeerden van de huidige opleiding aan beide hogescholen, zijn verschillen waarneembaar in de vooropleiding van beide groepen huidtherapeuten. Van de huidtherapeuten met een SOHU-opleiding heeft 63% de Voortgezette Opleiding voor Schoonheidsspecialist gevolgd (zie tabel 40). Onder de afgestudeerde huidtherapeuten uit Eindhoven of Utrecht bedraagt dit percentage nog slechts 27%. Is het aandeel SOHU-opgeleiden met een MBO (Uiterlijke Verzorging) gering (7%), onder de afgestudeerden van de twee HBO-opleidingen heeft 28% deze vooropleiding voltooid. Behalve een toename van het aantal afgestudeerden met een HAVO-vooropleiding zijn de overige verschillen gering (tabel 40).

Tabel 40: Vooropleiding afgestudeerden huidtherapie

Vooropleiding	Gevolgde opleiding huidtherapie*			
	SOHU (N=56)		Eindhoven/Utrecht (N=90)	
	abs	%	abs	%
LO, VGLO	4	7,1	2	2,2
ULO (MULO), MAVO, Lager Beroepsonderwijs	21	37,5	36	40,0
Middelbaar Beroepsonderwijs (UV)	4	7,1	25	27,8
HAVO	12	21,4	32	35,6
VWO/Gymnasium	12	21,4	15	16,7
Stichting Voortgezette Opleiding voor Schoonheidsspecialisten	35	62,5	24	26,7
Verpleging/verzorging	11	19,6	19	21,1
HBO-opleiding	7	12,5	15	16,7
Universiteit	2	3,6	2	2,2
Overig	22	39,3	22	24,4

* Meerdere antwoorden per huidtherapeut zijn mogelijk.

Van alle afgestudeerde huidtherapeuten geeft 58% (86) aan na de opleiding nog één of meerdere cursussen te hebben gevolgd. Onder de groep werkzame huidtherapeuten bedraagt dit aandeel 64% (75). Van de op dit moment werkzame huidtherapeuten blijkt 23,9% na de opleiding nog een (aanvullende) cursus orthobanda te hebben gevolgd. Veel genoemde cursussen zijn verder oedeemtherapie (volgens Feldberg-methode

18,0%), lymfedrainage (12,8%), lasertherapie (9,4%) en dermatografie (6,0%). Op dit moment volgen nog eens 15 huidtherapeuten een (ten behoeve van het beroep van huidtherapeut relevante) cursus/opleiding. Dit betreft uiteenlopende cursussen, waarbij SOFOB het meest wordt genoemd.

Met betrekking tot de vraag of de gevolgde opleiding tot huidtherapeut goed aansluit bij de praktijksituatie, blijkt dat een meerderheid (58%) van mening is dat dit slechts voor een deel opgaat (tabel 40). Slechts 36% van alle afgestudeerden is van mening dat de opleiding goed aansluit bij de praktijksituatie.

Tabel 41: In hoeverre sluit de gevolgde opleiding aan bij de praktijksituatie, uitgesplitst naar opleiding

	SOHU		Eindhoven/ Utrecht		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Ja	21	38,9	29	33,3	50	35,5
Nee	5	9,3	4	4,6	9	6,4
Gedeeltelijk	28	51,9	54	62,1	82	58,2
Totaal	54	100,0	87	100,0	141	100,0

Op de vraag op welke gebieden men binnen de gevolgde opleiding al dan niet voldoende voor de praktijk is toegerust, blijkt vooral het onderwijs op het gebied van dermatografie, het aanmeten van elastische kousen en de praktijkvoering tekort te schieten (tabel 42).

Tabel 42: Mening van huidtherapeuten omtrent de gevolgde opleiding voor wat betreft het toegerust zijn voor de praktijk

	voldoende toegerust	matig toegerust	onvoldoende toegerust
Epilatie (elektrisch)	83,2	15,4	1,4
Acnébehandeling	67,6	28,2	4,2
Camouflagetherapie	82,3	16,3	1,4
Dermatografie	2,9	14,3	82,9
Oedeemtherapie	67,7	22,6	9,8
Massagetherapie	51,1	39,1	9,8
Bandageren	51,5	30,0	18,5
Aanmeten elastische kousen	17,0	7,1	75,9
Praktijkvoering	22,6	42,1	35,3
Patiëntbenadering	62,0	30,7	7,3

Van de geënquêteerde huidtherapeuten zegt 73% behoefte te hebben aan nascholing waarbij oedeemtherapie, acnébehandeling, het aanmeten van elastische kousen en (elektrische) epilatie het meest worden genoemd. Overigens dient hierbij te worden opgemerkt dat men er binnen de opleiding naar streeft het aanmeten van elastische kousen nog in 1995 op te nemen in het vakkenpakket.

Vanaf de start van de huidige twee opleidingen huidtherapie in 1989 is de instroom aan beide opleidingen toegenomen van 50 in 1989 tot 72 in 1994. Het aantal afgestudeerden bedroeg in 1994 (cohort 91/92) 36 huidtherapeuten.

Tabel 43: In- en uitstroom van de opleiding voor huidtherapie

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Instroom	50	62	62	69	70	72
Uitstroom	-	-	-	31	46	36

Per 1 januari 1995 zijn er in totaal 147 huidtherapeuten die de driejarige opleiding in Utrecht of Eindhoven volgen. In de analyse zal deze groep worden beschouwd tot degenen die vanaf de peildatum nog moeten instromen.

Niet elke student zal de opleiding huidtherapie voltooien (studie-uitval). Cijfers, verstrekt door de opleidingen, geven aan dat in de periode 1989-1994 de studie-uitval gemiddeld 35% bedraagt; ofwel 35% van het aantal huidtherapeuten dat met de opleiding begint maakt de studie niet af. Deze uitval vindt met name in het eerste studiejaar plaats. Het uitvalpercentage is een gemiddelde over beide opleidingsinstituten te Eindhoven en Utrecht.

Als wij het gemiddelde uitvalpercentage aanhouden voor de 72 eerstejaarsstudenten bij aanvang van het studiejaar 1994/1995, dan zullen er 47 van deze groep de opleiding voltooien. Dit betekent dat van de groep huidtherapeuten die per 1 januari 1995 in opleiding waren, er in totaal $47 + 47$ (tweedejaars) $+ 36$ (derdejaars) = 130 de opleiding zullen voltooien. Echter, niet iedereen die van de opleiding komt zal als huidtherapeut gaan werken, en van verdere vestigingsplannen afzien. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat enkele afgestudeerden naar het buitenland vertrekken.

Voorlopig wordt op grond van deze factoren het percentage afgestudeerde huidtherapeuten dat niet in Nederland als huidtherapeut zal gaan werken, op 13% gesteld (Produktgroep CDG, 1994). Dit zou betekenen dat van de 130 huidtherapeuten die de opleiding voltooien er uiteindelijk ($130 \times 87\% =$) 113 zullen gaan werken.

Bij het berekenen van het toekomstig aantal op te leiden huidtherapeuten zal met de zojuist beschreven studie-uitval (35%), het deelnemingspercentage en vertrek naar het buitenland (beide voorlopig vastgesteld op 13%) rekening gehouden moeten worden.

Van de 211 studenten die in de jaren 1992-1994 aan de opleiding huidtherapie in Utrecht of Eindhoven instroomden zullen uiteindelijk 113 afgestudeerden ook daadwerkelijk als huidtherapeut gaan werken. Op basis van het eerder berekende verlooppercentage (3,75%) is in tabel 44 weergegeven hoeveel huidtherapeuten van de huidige groep in opleiding tot het jaar 2005 zullen 'afvallen' en niet beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt.

Tabel 44: Uitstroom tot 2005 van huidtherapeuten die op dit moment (1 januari 1995) in opleiding zijn

	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Werkzaam	113	93	77
Uitstroom		20	16

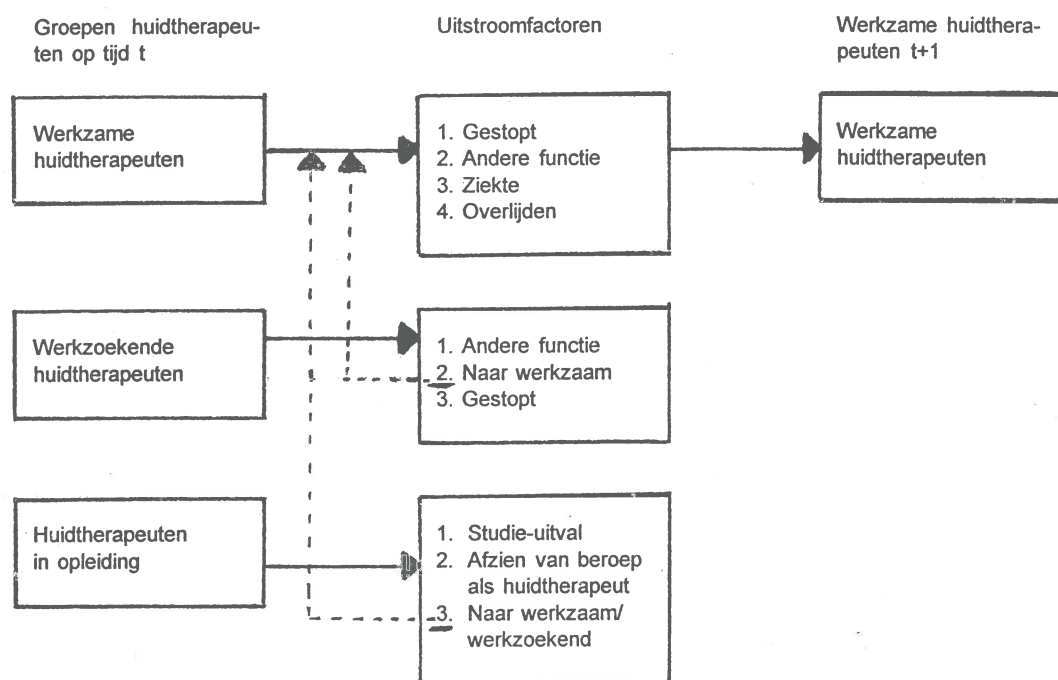
5.5 In het buitenland opgeleide huidtherapeuten

In het buitenland kent men geen aparte opleiding voor huidtherapie. Dit betekent dat er vanuit het buitenland geen huidtherapeuten zich in Nederland zullen vestigen.

5.6 Raming van het aantal beschikbare huidtherapeuten

De hierboven beschreven processen kunnen in het volgende model worden samengevat.

Figuur 1: In- en uitstroom model voor het niet-beïnvloedbare potentieel aan huidtherapeuten



Als de in de voorgaande paragrafen berekende aantallen worden samengevat komen wij tot de volgende tabel.

Tabel 45: Het aantal werkzame huidtherapeuten in 1995, 2000 en 2005 uit het niet te beïnvloeden bestand huidtherapeuten per 1 januari 1995

	Aantal werkzame huidtherapeuten uit het niet te beïnvloeden potentieel		
	01-01-1995	01-01-2000	01-01-2005
Werkzaam	134	111	91
Werkzoekend	16	13	11
Uit de opleiding	113	93	77
Totaal	263	217	179

Uit deze tabel blijkt dat tussen 1 januari 1995 en 1 januari 2005 het aantal huidtherapeuten dat nu reeds werkzaam is met 43 zal afnemen. Dit aantal wordt (ruimschoots) gecompenseerd door de instroom uit de groepen werkzoekende huidtherapeuten en de huidtherapeuten die per 1 januari 1995 in opleiding zijn.

Op basis van een gewenste uitbreiding van de gemiddelde werkweek onder de huidige groep werkzame huidtherapeuten (zie paragraaf 4.4.1) zal het aanbod van huidtherapeuten voor het jaar 2005 in het vervolg van deze studie met een potentieel aanbod van 24 tot 203 huidtherapeuten worden uitgebreid.

6. VERGELIJKING TUSSEN VRAAG EN AANBOD

6.1 Scenario's

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van huidtherapeuten is een aantal scenario's uitgewerkt. Daarbij is een onderscheid gemaakt naar bevolkingsprognoses volgens de midden-variant en de hoge-variant.

Wij zullen in eerste instantie vier scenario's presenteren, waarbij in het eerste scenario alleen de factor demografie wordt meegenomen waarna in ieder volgende scenario een te verwachten ontwikkeling wordt toegevoegd.

Scenario 1

In dit model gaan wij er vanuit dat de toekomstige vraag naar huidtherapeutische zorg in 2005 alleen afhankelijk is van:

- demografische ontwikkelingen.

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	146	150
Aanbod in 2005	179	179
Potentieel aanbod in 2005	24	24
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1995	-57	-53

Scenario 2

In dit model wordt de te verwachten vraag naar huidtherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten.

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	161	165
Aanbod in 2005	179	179
Potentieel aanbod in 2005	24	24
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1995	-42	-38

Scenario 3

In dit model wordt de te verwachten vraag naar huidtherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- invulling ondergebruik
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten.

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	279	286
Aanbod in 2005	179	179
Potentieel aanbod in 2005	24	24
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1995	76	83

Scenario 4

In dit model wordt de te verwachten vraag naar huidtherapeuten in 2005 bepaald door:

- demografische ontwikkelingen
- vergroting niet-patiëntgebonden activiteiten
- erkenning/marktuitbreiding.

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Vraag in 2005	399	422
Aanbod in 2005	179	179
Potentieel aanbod in 2005	24	24
Totaal op te leiden vanaf 01-01-1995	196	219

Aan bovengenoemde vier scenario's zouden wij nog een aantal scenario's willen toevoegen waarin, naast de demografische ontwikkelingen en de toename van de niet-patiëntgebonden activiteiten, rekening wordt gehouden met de te verwachte groei van het aantal patiënten per behandeling. In de scenario's 5 t/m 11 wordt er respectievelijk steeds weer een behandeling aan toegevoegd.

Scenario's*	Totaal op te leiden huidtherapeuten vanaf 01-01-1995	
	Midden-variant	Hoge-variant
Scenario 5 (scenario 2 + epileren)	34	41
Scenario 6 (scenario 5 + acné)	70	77
Scenario 7 (scenario 6 + oedeemtherapie)	82	90
Scenario 8 (scenario 7 + bandageren)	83	90
Scenario 9 (scenario 8 + elastische kousen)	86	94
Scenario 10 (scenario 9 + massage/dermatografie)	91	99
Scenario 11 (scenario 10 + borstprothese)	102	110

* Alle scenario's inclusief demografische ontwikkelingen en toename niet-patiëntgebonden activiteiten.

6.2 Conclusie

Een aantal scenario's is achtereenvolgens uitgevoerd met als basis een aantal autonome (demografische) ontwikkelingen. Vervolgens is aan elk volgend scenario een factor toegevoegd om de toename van het aantal op te leiden huidtherapeuten per (extra) factor in beeld te brengen.

Op basis van de resultaten van de verschillende scenario's kan worden afgeleid hoeveel huidtherapeuten bij een bepaald scenario in totaal opgeleid moeten worden om in 2005 vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten. Om vervolgens te kunnen bepalen hoeveel huidtherapeuten jaarlijks moeten worden opgeleid, moet rekening worden gehouden met de volgende factoren:

- studie-uitval van 35% (dat wil zeggen 35% van de eerstejaarsstudenten);
- circa 13% van de afgestudeerde huidtherapeuten zal nimmer als huidtherapeut gaan werken.

Dit soort factoren dragen ertoe bij dat het aantal op te leiden huidtherapeuten hoger moet zijn dan wij tot nu toe in de verschillende scenario's hebben berekend.

Tabel 46: Aantal huidtherapeuten dat vanaf 1 september 1995 jaarlijks in opleiding moet komen (instroom) om in het jaar 2005 vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen, uitgesplitst naar scenario en bevolkingsprognose

	Bevolkingsprognose	
	Midden-variant	Hoge-variant
Scenario 1	0	0
Scenario 2	0	0
Scenario 3	21	23
Scenario 4	54	60
Scenario 5	9	11
Scenario 6	19	21
Scenario 7	23	25
Scenario 8	23	25
Scenario 9	24	26
Scenario 10	25	27
Scenario 11	28	30

In principe kunnen nog meer scenario's worden opgesteld. Dat heeft te maken met de combinatie van factoren die worden meegenomen. In hoofdstuk 7 wordt hierop teruggekomen, waarbij de meest reële scenario's worden weergegeven.

7. SAMENVATTING

Het beroep van huidtherapeut staat nog aan het begin van het professionaliseringsproces en is momenteel bezig zich een positie binnen de gezondheidszorg te verwerven. In het kader hiervan is in deze studie onderzocht wat de mogelijkheden zijn voor deze beroepsgroep om zich verder te ontwikkelen. Daarbij is met name gekeken naar de ontwikkelingen in vraag en aanbod.

Bij de uitwerking van bovengenoemde vraagstelling stuiten wij op het probleem dat over de beroepsgroep huidtherapeuten vrijwel geen gegevens beschikbaar zijn. Dit betekent dat vrijwel alle benodigde gegevens verzameld moesten worden. Daartoe zijn interviews gehouden en is een schriftelijke enquête verstuurd naar alle huidtherapeuten in Nederland. Met betrekking tot de 'vraaggegevens' is ook gebruikgemaakt van gegevens uit de Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. In deze studie, die door het NIVEL in 1987/1988 is uitgevoerd, hebben 161 huisartsen over een periode van drie maanden alle contacten van patiënten binnen de eigen huisartspraktijk geregistreerd.

Met betrekking tot de (toekomstige) vraag naar huidtherapeutische zorg is in eerste instantie gekeken naar de gevolgen van demografische ontwikkelingen. In feite is het huidige feitelijke gebruik van huidtherapeutische zorg geëxtrapoleerd op basis van veranderingen in de bevolkingsgroei en bevolkingssamenstelling. Als wij de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (1995) volgens de midden-variant als uitgangspunt nemen, dan zouden er als gevolg van demografische ontwikkelingen in het jaar 2005 circa 9% meer huidtherapeuten nodig zijn dan in 1995. Er zijn echter aanwijzingen dat de bevolkingsgroei wellicht wat hoger zou kunnen uitvallen dan men aanvankelijk gedacht had (CBS, 1992). Bij een vooruitberekening volgens de hoge-variant zouden er in het jaar 2005 circa 12% meer huidtherapeuten nodig zijn dan in 1995. Gezien het feit dat het huidige aantal huidtherapeuten (134) nog gering is, zal dit soort groeipercentages absoluut gezien slechts aanleiding geven tot een bescheiden groei van het aantal huidtherapeuten.

Bij de invloed van de demografische ontwikkelingen hebben wij het huidige gebruik als uitgangspunt genomen. Er zijn aanwijzingen dat er sprake is van een zekere vorm van 'ondergebruik'. In een aantal gebieden van Nederland (Overijssel, Zuid-Holland en Zeeland) moet huidtherapie haar positie nog zien te verwerven. In dit soort gebieden is het niet ondenkbaar dat er in de komende tijd een 'inhaaleffect' optreedt. Voor het berekenen van dit 'inhaaleffect' is gekeken hoeveel huidtherapeuten in iedere provincie nodig zijn om in alle provincies, voor wat betreft het aanbod, minimaal het gemiddelde te krijgen van de provincie met de hoogste huidtherapeutendichtheid, te weten de provincie Utrecht. Eén en ander zou betekenen dat het aantal full-time equivalenten huidtherapeuten met 81% moet toenemen. Dit is een eerste aanzet om het 'ondergebruik' in beeld te brengen. Het spreekt voor zich dat er meer onderzoek moet plaatsvinden om inzicht te krijgen in de omvang van mogelijk 'ondergebruik'.

Naast de demografische ontwikkelingen en mogelijk ondergebruik zullen ook epidemiologische, sociaal-culturele en institutioneel/technische ontwikkelingen van invloed zijn op de toekomstige vraag naar huidtherapeutische zorg. Voor wat betreft de epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen is het door gebrek aan onderzoeksgegevens niet mogelijk gebleken om dit soort ontwikkelingen te vertalen in de behoefte aan meer

of minder huidtherapeuten. Bij de interpretatie van de resultaten van deze studie zullen dit soort ontwikkelingen echter wel moeten worden meegewogen.

Het zijn met name de institutionele ontwikkelingen die van grote invloed zouden kunnen zijn op de toekomstige vraag naar huidtherapeutische zorg. In de eerste plaats speelt een mogelijke wettelijke erkenning een belangrijke rol. De beroepsvereniging voor huidtherapeuten (NVH) is druk doende om activiteiten te ontplooiën die uiteindelijk moeten leiden tot een erkenning van het beroep. In dit verband kan gewezen worden op de totstandkoming van het beroepsprofiel voor huidtherapeuten en een kwaliteits-toetsingsregeling. Verder worden themadagen, symposia en bijscholing(en) voor huidtherapeuten georganiseerd. Bovendien is een commissie in het leven geroepen die toezicht houdt op de kwaliteit van de opleiding(en) huidtherapie.

Indien de overheid ertoe overgaat het beroep van huidtherapeut als artikel 34-beroep te erkennen, heeft dat ongetwijfeld tot gevolg dat meer ziektekostenverzekeraars ertoe overgaan meer behandelingen, verricht door huidtherapeuten, te vergoeden. Tot op heden wordt slechts een deel van de behandelingen van ziekenfondspatiënten en particuliere verzekerden (uit het aanvullend pakket) vergoed. Op dit moment wordt elektrische epilatie bijna standaard vergoed tot een bepaalde maximum per patiënt. Oedeemtherapie en camouflage worden niet in alle gevallen vergoed, terwijl dermatografie en acnébehandeling slechts zelden zijn opgenomen in het (aanvullend) pakket. Tot slot moet ook nog gewezen worden op mogelijke substitutieprocessen. Er is een aantal behandelingen dat momenteel (ook) door andere beroepsgroepen worden gedaan, dat wellicht op termijn alleen door huidtherapeuten verricht zouden kunnen worden. In dit verband kan gedacht worden aan de oedeemtherapie, aanmeten van elastische kousen en het aanmeten van borstprothese.

Op basis van bovengenoemde ontwikkelingen wordt verondersteld dat er in het jaar 2005 één full-time equivalent huidtherapeut op 75.000 inwoners werkzaam zal zijn. Momenteel is in Nederland de verhouding één full-time equivalent huidtherapeut op 184.000 inwoners. Als deze norm werkelijkheid zou worden, dan zal het aantal huidtherapeuten met circa 163% (218) moeten stijgen.

Met betrekking tot de toekomstige vraag is specifieke aandacht besteed aan de mogelijke ontwikkeling van het aantal patiënten binnen de acht hoofdactiviteiten van de huidtherapeut (epileren, acnébehandeling, camouflage, dermatografie, oedeemtherapie, massagetherapie, bandageren, aanmeten van elastische kousen). Voor de meeste van deze activiteiten wordt verondersteld dat er in de komende tien jaar een verdubbeling zal optreden van het aantal patiënten dat door de huidtherapeut wordt behandeld.

Een geheel ander aspect aan de vraagkant is de verwerkingscapaciteit van huidtherapeuten ofwel de tijd die huidtherapeuten voor zorg ter beschikking hebben. De verwerkingscapaciteit wordt bepaald door drie factoren: werktijd van huidtherapeuten, verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten en de gemiddelde duur van een behandeling. Er moet echter worden geconstateerd dat er eigenlijk alleen op het terrein van de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd enige veranderingen te verwachten zijn. De veronderstelling is dat in de komende tien jaar het percentage niet-patiëntgebonden tijd zal stijgen van 23% naar 30%. Om die toename op te vangen zullen in 2005 circa 10% (13) meer huidtherapeuten nodig zijn dan in 1995.

Naast de behoefte aan huidtherapeuten (vraag) is in deze studie ook gekeken naar het aanbod. Van de groep huidtherapeuten die per 1 januari 1992 werkzaam is, is onderzocht hoeveel van hen de komende jaren zullen uittreden als gevolg van pensionering,

overlijden, ziekte of een andere baan. Van deze groep zullen er tussen 1 januari 1995 tot 1 januari 2005 in totaal 43 uitreden, ofwel 31% van de groep huidtherapeuten dat op 1 januari 1995 werkzaam is.

Tot slot van deze studie zijn vraag en aanbod met elkaar vergeleken. Daartoe is, op basis van verschillende veronderstellingen, een aantal scenario's opgesteld. In iedere scenario is aangegeven hoeveel huidtherapeuten opgeleid zouden moeten worden om vraag en aanbod goed op elkaar af te stemmen.

Gezien het grote aantal veronderstellingen zijn er tal van combinaties mogelijk. Dit betekent dat er vele scenario's mogelijk zijn. Op basis van de meest reële ontwikkelingen zijn de volgende vier scenario's er uitgelicht (zie schema).

	Aantal huidtherapeuten dat jaarlijks vanaf 1 september 1995 tot 2005 moet instromen in de opleiding	
	bevolkingsprognose midden-variant*	bevolkingsprognose hoge-variant*
'Inhaalscenario'	21 (24)	23 (27)
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- invullen ondergebruik		
'Beperkte groeiscenario'	23 (29)	25 (26)
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- verdubbeling aantal epileerpatiënten		
- verdubbeling aantal acné-patiënten		
- verdubbeling aantal oedeempatiënten		
'Groei en uitbreidingsscenario'	28 (33)	30 (35)
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- verdubbeling aantal epileerpatiënten		
- verdubbeling aantal acné-patiënten		
- verdubbeling oedeem/bandageren/elastische kousen		
- verdubbeling massagetherapie-patiënten		
- verdubbeling in aantal dermatografie-patiënten		
- 2000 patiënten in 2005 voor borstprothese		
'Wettelijke erkenningsscenario'	54 (63)	60 (70)
- demografische ontwikkelingen		
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten		
- 1 full-time equivalent werkzame huidtherapeut per 75.000 inwoners (erkenning/marktuitbreiding)		

* Tussen haakjes het aantal jaarlijks op te leiden huidtherapeuten, rekening houdend met een verlenging van de opleidingsduur met één jaar.

In alle vier bovengenoemde scenario's zijn de volgende twee factoren meegenomen:

- demografische ontwikkelingen;
- toename niet-patiëntgebonden activiteiten.

De reden hiertoe is dat dit ontwikkelingen zijn die naar alle waarschijnlijkheid zullen plaatsvinden. De demografische ontwikkeling is immers een autonome ontwikkeling die vrijwel onafwendbaar is. Voor wat betreft de toename van de niet-patiëntgebonden activiteiten veronderstellen wij dat dit noodzakelijk is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen.

In alle vier onderscheiden scenario's worden bovengenoemde factoren meegenomen. De belangrijkste verschillen tussen de scenario's zijn:

Inhaalscenario

In een aantal gebieden in Nederland zijn er relatief gezien bijzonder weinig huidtherapeuten werkzaam (Zuid-Holland, Zeeland, Overijssel). In deze gebieden moet de huidtherapeut haar positie nog zien te verwerven. Als in de komende jaren - naast de drie genoemde factoren - alleen de nadruk wordt gelegd op het opheffen van die verschillen, dan zouden er volgens de midden-variant jaarlijks 21 huidtherapeuten moeten worden opgeleid. Dat zijn er 50 minder dan er momenteel in de opleiding instromen.

Beperkte groeiscenario

Als de huidige werkzaamheden van de huidtherapeut onder de loep wordt genomen, dan blijkt dat bijna 78% van alle werkzaamheden bestaat uit epileren, acnébehandeling en oedeemtherapie. De kans is groot dat met name deze drie activiteiten - gezien ook de ontwikkelingen in de afgelopen jaren - in de komende tijd verder zullen doorgroeien. Indien de veronderstelling uitkomt dat in de komende tien jaar het aantal patiënten voor de drie genoemde activiteiten zich zal verdubbelen, betekent dit dat er volgens de midden-variant jaarlijks 23 huidtherapeuten moeten worden opgeleid.

Groei en uitbreidingsscenario

In dit scenario is niet alleen rekening gehouden met een verdubbeling van het aantal patiënten voor epileren, acnébehandeling en oedeemtherapie (momenteel de drie belangrijkste activiteiten), maar dat ook voor een aantal andere behandelingen het aantal patiënten in de komende jaren zal verdubbelen. Daarnaast is ook rekening gehouden met de mogelijkheid dat de huidtherapeuten een aantal 'nieuwe' werkvelden aanboren; het aanmeten van elastische kousen en borstprotheses. Als deze groei werkelijkheid wordt, dan zullen er jaarlijks 28 huidtherapeuten moeten worden opgeleid om de groei in het aantal patiënten volgens de midden-variant op te vangen.

Wettelijke erkenningsscenario

Een factor die van grote invloed zal zijn op de verdere ontwikkeling van het beroep van huidtherapeut is de eventuele wettelijke erkenning van het beroep van huidtherapeut als artikel 34-beroep. Eén van de belangrijkste gevolgen hiervan zou kunnen zijn, is dat ziektekostenverzekeraars eerder overgaan tot het vergoeden van behandelingen. Daarna zal de vraag naar huidtherapeutische zorg ongetwijfeld toenemen.

Als op termijn een wettelijke erkenning inderdaad zal plaatsvinden, dan is de veronderstelling dat er in het jaar 2005 één full-time equivalent huidtherapeut werkzaam is per 75.000 inwoners. Om dit op te vangen zou er een jaarlijkse instroom (volgens de midden-variant) moeten zijn van 54 huidtherapeuten.

In dit scenario is geen rekening gehouden met het opvullen van het 'ondergebruik', omdat in de norm van één full-time equivalent huidtherapeut op 75.000 inwoners de regionale verschillen reeds zijn verdisconteerd.

Met betrekking tot bovengenoemde scenario's kan de kanttekening worden geplaatst dat het doen van voorspellingen geen sinecure is. De toekomstige ontwikkelingen zijn immers met veel onzekerheden omgeven. Voor een deel zijn dit soort onzekerheden het gevolg van een gebrek aan informatie. Echter, voor het belangrijkste deel is de onzekerheid inherent aan ramingsstudies. Het is zeer onwaarschijnlijk dat exact één van de gekozen scenario's werkelijkheid zal worden.

8. LITERATUUR

Centraal Bureau voor de Statistiek (1995). Uitkomsten bevolkingsprognose 1994. CBS, Voorburg.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1992). Uitkomsten Bevolkingsprognose 1992. CBS, Voorburg.

Foets M. en Velden J. van der (1990). Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht, NIVEL.

Harmsen J., Hingstman L., Driessen M.J. (1993). Behoefteraming Ergotherapeuten 1993. Utrecht, NIVEL.

Hingstman L. en Harmsen J. (1994). Beroepen Extramurale Gezondheidszorg 1994. De Tijdstroom/NIVEL, Utrecht.

Jager J. de (1991). Beroepsprofiel huidtherapeut. SLO/NVA.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1985). Eindadvies Adviescommissie behoeftebepaling artsen (ABA), Leidschendam.

Produktgroep CDG (1994). Een bewaking van de HBO-monitor 1993. Hogeschool Eindhoven.

Schols K.J.P. en Reedijk E.F. (1992). 16 jaar huidtherapie in beeld (scriptie).

Studiegids Huidtherapie van de HMN (1993).

Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg (1988). Kanker in Nederland, deel 1 en deel 2. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Zaventhem.

BIJLAGE 1

Lijst van afkortingen

BIG	-	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CBS	-	Centraal Bureau voor de Statistiek
GHI	-	Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid
NIVEL	-	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVE	-	Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie
NVH	-	Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
STG	-	Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg
VWS	-	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
HMN	-	Hogeschool Midden Nederland
HVU	-	Hogeschool van Utrecht
WVC	-	Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
OC&W	-	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
SOHU	-	Stichting Opleiding Huidtherapie
ICPC	-	International Classification of Primary Care

BIJLAGE 2

Berekening van de invloed van de bevolkingsgroei op het benodigd aantal huidtherapeuten

Per 1 januari 1995 bedraagt de bevolkingsomvang in Nederland, volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), circa 15.43 miljoen inwoners. Volgens de midden-variant van het CBS zouden er in Nederland circa 16.46 miljoen inwoners zijn in het jaar 2005 (volgens de hoge-variant circa 16.96 miljoen). Indien de gemiddelde zorg per patiënt (aantal contacten en gemiddelde duur per consult) per jaar constant blijft, betekent dit op grond van de bevolkingsgroei tot 2005 een benodigde toename van het aantal huidtherapeuten met

$$\frac{(16.46-15.43)}{15.43} \times 100 = 6,6\% \text{ volgens de midden-variant en}$$

$$\frac{(16.96-15.43)}{15.43} \times 100 = 9,9\% \text{ volgens de hoge-variant}$$

Dit betekent een benodigde toename van respectievelijk 9 en 13 huidtherapeuten.

BIJLAGE 3

Berekening van de invloed van veranderingen in de bevolkings-samenstelling (leeftijd) op het benodigd aantal huidtherapeuten

Uit de schriftelijke enquête onder alle huidtherapeuten kan worden afgeleid hoeveel patiënten huidtherapeuten jaarlijks behandelen per leeftijdscategorie en geslacht (zie schema). Verder hebben wij via de CBS-bevolkingsprognose de beschikking over cijfers voor de drie genoemde leeftijdscategorieën. Deze groeicijfers zijn doorberekend aan de hand van de patiëntenpopulatie in de drie onderscheiden leeftijdscategorieën. Dit leidt ertoe dat per leeftijdscategorie inzicht wordt verkregen in de groei van het aantal patiënten per leeftijdscategorie. Wanneer de groei van het aantal patiënten binnen de verschillende leeftijdscategorieën wordt opgeteld kan inzicht verkregen worden in de totale groei van het aantal patiënten. Aangezien wij veronderstellen dat de verwerkingscapaciteit tot 2005 niet verandert, kan inzicht worden verkregen in het aantal huidtherapeuten dat tot 2005 nodig is om de verandering in zowel de bevolkingsgroei als bevolkingssamenstelling op te vangen.

Midden-variant	Aantal patiënten 1994			Groei volgens bevolkings- prognose		Aantal patiënten 2005		
	man	vrouw	Totaal	man	vrouw	man	vrouw	Totaal
< 30 jaar	309	1619	1928	- 3%	- 4%	300	1557	1857
30-60 jaar	625	3277	3902	+ 13%	+ 13%	706	3704	4410
> 60 jaar	279	1466	1745	+ 19%	+ 11%	331	1629	1960
Totaal	1213	6362	7575	+ 7%	+ 6%	1337	6890	8226

Hoge-variant	Aantal patiënten 1994			Groei volgens bevolkings- prognose		Aantal patiënten 2005		
	man	vrouw	Totaal	man	vrouw	man	vrouw	Totaal
< 30 jaar	309	1619	1928	+ 2%	+ 1%	315	1633	1948
30-60 jaar	625	3277	3902	+ 16%	+ 15%	722	3765	4478
> 60 jaar	279	1466	1741	+ 14%	+ 14%	339	1664	2003
Totaal	1213	6362	7595	+ 9%	+ 9%	1376	7054	8430

Uit bovenstaande tabel kan worden afgeleid dat op basis van de bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling tot en met het jaar 2005, en volgens de midden-variant, het aantal patiënten met 9,1% zal stijgen (hoge-variant 12,0%). Dit betekent dat het aantal huidtherapeuten ook met 9,1% moet stijgen om die zorg in 2005 op te vangen. Dit betekent een toename van 12 huidtherapeuten. Bij de bevolkings-

prognose volgens de hoge-variant bedraagt de benodigde toename 16 huidtherapeuten.

BIJLAGE 4

Berekening ter bepaling van het benodigd aantal huidtherapeuten om 'ondergebruik' in te vullen

Voor het berekenen van het 'ondergebruik' is gekeken naar de regionale verschillen in huidtherapeutendichtheid. Als regionale eenheid hebben wij gekozen voor de provincie. In onderstaande tabel is op basis van de NIVEL-enquête 'Arbeidsmarktverkenning huidtherapeuten' berekend hoeveel full-time equivalenten huidtherapeuten er in elke provincie werkzaam zijn. Vervolgens zijn deze full-time equivalenten gerelateerd aan de bevolkingsomvang per provincie. Uit de tabel kunnen wij afleiden dat in Nederland het aantal inwoners per full-time equivalent huidtherapeut 184.838 bedraagt. Verder zien wij dat in de provincie Utrecht de huidtherapeutische dichtheid het hoogst is (102.368). Deze provincie hebben wij derhalve als uitgangspunt genomen voor de invulling van het 'ondergebruik'. Om in elke provincie een huidtherapeutendichtheid van 102.368 inwoners te krijgen zou het aantal full-time equivalenten in Nederland in totaal $15.434.000/102.412 = 150.8$ bedragen. Dat wil zeggen dat het aantal full-time equivalenten met $150.8 - 83.5 = 67.3$ zou moeten toenemen.

Gezien het feit dat de meeste huidtherapeuten niet full-time werken zal het aantal benodigde huidtherapeuten aanzienlijk hoger liggen, te weten:

- $150.8 \times 40 \text{ uur} = 6.031$ (totaal aantal uren)
- $6031/24.9$ (gem. werkweek) = 242 (benodigd aantal huidtherapeuten)

Extra aantal huidtherapeuten om 'ondergebruik' op te vangen:

$$242 - 134 = 108$$

Provincie	Aantal inwoners	Aantal full-time equivalenten huidtherapeuten	Aantal inwoners per full-time equivalenten huidtherapeuten
Groningen	560.012	4.7	119.641
Friesland	610.729	3.8	162.214
Drenthe	454.170	3.6	127.524
Overijssel	1.051.038	3.4	313.000
Flevoland	255.251	1.9	132.024
Gelderland	1.862.726	13.1	141.906
Utrecht	1.062.492	10.5	102.368
Noord-Holland	2.472.360	11.9	207.666
Zuid-Holland	3.333.459	9.4	356.080
Zeeland	366.093	0.9	399.750
Noord-Brabant	2.273.601	10.3	221.225
Limburg	1.132.069	10.3	110.152
Nederland	15.434.000	83.5	184.838

BIJLAGE 5

Schriftelijke enquête



nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon 030 319946

ENQUÊTE

ARBEIDSMARKTVERKENNING HUIDTHERAPEUTEN

Indien u vragen of opmerkingen heeft over de enquête kunt u contact opnemen met
Drs. Ellen Sebrechts van het NIVEL, telefoon: 030-319946

OPLEIDING EN ACHTERGRONDGEGEVENS

1. Welke van onderstaande opleiding(en) tot huidtherapeut heeft u gevolgd?

- ☐ Stichting Opleiding Huidtherapie (SOHU)
- ☐ Opleiding huidtherapie Hogeschool Eindhoven
- ☐ Opleiding huidtherapie Hogeschool Midden Nederland te Utrecht

2. In welk jaar heeft u het diploma huidtherapie behaald?

In 19 . .

3. Welke opleiding(en) heeft u voltooid vóóordat u begon aan de opleiding tot huidtherapeut? (Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ☐ LO, VGLO
- ☐ ULO (MULO), MAVO, Lager Beroepsonderwijs
- ☐ Middelbaar Beroepsonderwijs (UV)
- ☐ HAVO
- ☐ VWO/Gymnasium
- ☐ Stichting Voortgezette Opleiding voor Schoonheidsspecialisten
- ☐ Verpleging/verzorging, te weten:
- ☐ HBO-opleiding, te weten:
- ☐ Universiteit, te weten:
- ☐ anders, te weten:

4. Heeft u na uw opleiding nog (ten behoeve van de uitoefening van het beroep van huidtherapeut relevante) cursussen/opleidingen gevolgd en voltooid?

- ☐ ja
- ☐ nee

Zo ja, welke cursus(sen)/opleiding(en)? Vermeld alleen cursussen die u heeft afgerond.

Naam cursus/opleiding	Jaar van afronding
1.	19 . .
2.	19 . .
3.	19 . .
4.	19 . .

-
5. Volgt u op dit moment nog een (ten behoeve van de uitoefening van het beroep van huidtherapeut relevante) cursus of opleiding?

- ☐ ja
☐ nee

Zo ja, welke cursus(sen) of opleiding(en)?

Naam cursus(sen)/opleiding(en)

1.
2.
-

6. Sluit de opleiding tot huidtherapeut die u heeft gevolgd naar uw mening goed aan op de praktijksituatie?

- ☐ ja
☐ nee
☐ gedeeltelijk
-

7. Vindt u dat u binnen de door u gevolgde opleiding tot huidtherapeut op onderstaande gebieden voldoende bent toegerust voor de praktijk? (Kruist u aan voor welke gebieden u deze mening bent toegedaan)

	voldoende toegerust	matig toegerust	onvoldoende toegerust
☐ epilatie (elektrisch)	☐	☐	☐
☐ acnébehandeling	☐	☐	☐
☐ camouflagetherapie	☐	☐	☐
☐ tatoeage	☐	☐	☐
☐ oedeemtherapie	☐	☐	☐
☐ massagetherapie	☐	☐	☐
☐ bandageren	☐	☐	☐
☐ aanmeten elastische kousen	☐	☐	☐
☐ praktijkvoering	☐	☐	☐
☐ patiëntbenadering	☐	☐	☐
☐ anders, nl.	☐	☐	☐
☐ anders, nl.	☐	☐	☐

Onderstaande ruimte kunt gebruiken voor eventuele suggesties ter verbetering van de door u gevolgde opleiding tot huidtherapeut, waardoor studenten mogelijk beter worden toegerust voor praktijksituaties

Suggesties ter verbetering:

.....
.....
.....
.....

8. Heeft u behoefte aan nascholing en zo ja, op welke terrein?

☐ ja, te weten:

☐ nee

9. Wat is uw geboortejaar? 19 . .

10. Wat is uw geslacht?

☐ vrouw

☐ man

11. Wat is uw burgerlijke staat?

☐ gehuwd

☐ ongehuwd

☐ ongehuwd samenwonend

☐ anders, te weten:

12. Heeft u kinderen?

☐ ja

☐ nee

13. Indien u kinderen heeft, hoeveel en van welke leeftijd?

☐ aantal: kinderen

☐ leeftijd:,,,,, jaar

☐ niet van toepassing

14. Indien u een partner heeft, heeft deze een betaalde baan?

☐ ja

☐ nee

☐ niet van toepassing

WERKSITUATIE

15. Bent u momenteel werkzaam als huidtherapeut?
(Indien u door omstandigheden, zoals ziekte, zwangerschap, vakantie e.d., tijdelijk niet werkzaam bent, en uw werkzaamheden worden door een collega waargenomen, moet u bij deze vraag uitgaan van de situatie waarin u voor het laatst werkzaam was)

- ☐ nee ----> ga door naar vraag 16
- ☐ ja, specificeer het soort dienstverband(en) waarin u werkzaam bent
- ☐ enkel werkzaam als zelfstandig gevestigde huidtherapeut in (huis)praktijk (niet intramuraal) ----> naar vraag 29A (p.7)
 - ☐ enkel werkzaam als zelfstandig gevestigde huidtherapeut in een intramurale instelling (ziekenhuis, verpleeghuis e.d.) ----> naar vraag 29B (p.13)
 - ☐ enkel werkzaam in loondienst van een zelfstandig gevestigde huidtherapeut ----> naar vraag 29C (p.19)
 - ☐ enkel werkzaam in loondienst van een intramurale instelling ----> naar vraag 29B (p.13)
 - ☐ zowel werkzaam als zelfstandig gevestigde huidtherapeut in een eigen praktijk als werkzaam in een intramurale instelling ----> naar vraag 29A (p.7)
 - ☐ zowel werkzaam in loondienst van een zelfstandig gevestigde huidtherapeut als werkzaam in een intramurale instelling ----> naar vraag 29B (p.13)
 - ☐ anders, te weten ----> naar vraag 29C (p.19)

-
16. Bent u ooit werkzaam geweest als huidtherapeut?

- ☐ ja ----> ga door naar vraag 19
- ☐ nee ----> ga door naar vraag 17

-
17. Wat is (zijn) de reden(en) dat u nooit als huidtherapeut werkzaam bent geweest?

reden(en):

.....

-
18. Heeft u nog plannen om in de toekomst als huidtherapeut aan de slag te gaan, zo nee waarom niet?

- ☐ ja ----> ga door naar vraag 24
- ☐ nee ----> reden(en):

---->

In dit geval hoeft u de vragenlijst niet verder in te vullen. Wilt u hem in bijgevoegde antwoordenvolpette retourneren?
Wij danken u voor uw medewerking.

-
19. In welke periode heeft u als huidtherapeut gewerkt?

Periode (maand) 19 . . tot (maand) 19 . .

-
20. In welke hoedanigheid heeft u als huidtherapeut gewerkt? (Meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐ als zelfstandig gevestigde huidtherapeut
 - ☐ in loondienst van een intramurale instelling
 - ☐ in loondienst van een zelfstandig gevestigde huidtherapeut
 - ☐ anders, te weten
-

21. Hoeveel uur gemiddeld per week heeft u destijds als huidtherapeut gewerkt?
- uur
-

22. In welke plaats heeft u destijds het beroep uitgeoefend?
- Plaats:
-

23. Heeft u nog plannen om in de toekomst als huidtherapeut aan de slag te gaan en zo nee, waarom niet?
- ☐ ja ---> door naar vraag 24
 - ☐ nee ---> reden(en):

└--->

In dit geval hoeft u de vragenlijst niet verder in te vullen. Wilt u hem in
bijgevoegde antwoordenvolpette retourneren?
Wij danken u voor uw medewerking.

-
24. Bent u op dit moment actief op zoek naar werk als huidtherapeut en zo ja, welke activiteiten heeft u zoal ondernomen?
- ☐ ja, de volgende zoekactiviteiten:
 - ☐ nee
-

25. In welke hoedanigheid wilt u het liefst als huidtherapeut werkzaam zijn?
- ☐ als zelfstandig gevestigde huidtherapeut
 - ☐ in loondienst van een intramurale instelling
 - ☐ in loondienst van een zelfstandig gevestigde huidtherapeut
 - ☐ anders, te weten
-

26. Indien u een voorkeur heeft voor een zelfstandige vestiging als huidtherapeut, welke praktijkvorm heeft uw voorkeur?
- ☐ solopraktijk (praktijkvoering door één zelfstandig gevestigde huidtherapeut)
 - ☐ duopraktijk (praktijkvoering door twee zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
 - ☐ groepspraktijk (praktijkvoering door drie of meer zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
 - ☐ anders, te weten
-

27. Hoeveel uren per week wilt u bij voorkeur werken?

- ☐ uren per week
☐ geen voorkeur

28. In welke provincie wilt u bij voorkeur werken?

Provincie:

- ☐ geen voorkeur

Tot zover deze vragenlijst.

Wilt u hem in de bijgevoegde antwoordenvolpette retourneren?

Wij danken u voor uw medewerking.

A. WERKZAAM ALS ZELFSTANDIG GEVESTIGDE HUIDTHERAPEUT

29A. Hoe hebt u zich in uw praktijk gevestigd en op welke datum?

- ☐ vrij vestiging (het starten van een nieuwe praktijk): per (maand) 19 ..
- ☐ overname van een hele praktijk (of een deel daarvan) van een huidtherapeut die met praktiseren is gestopt: per (maand) 19 ..
- ☐ begonnen in een bestaande praktijk door associatie met één of meer reeds gevestigde huidtherapeuten: per (maand) 19 ..
- ☐ anders, te weten: per (maand) 19 ..

30A. Waar oefent u uw praktijk uit?

- ☐ thuis
- ☐ aparte praktijkruimte
- ☐ anders, te weten

31A. In welke plaats is uw praktijk gevestigd?

.....

32A. Heeft u voordat u zich in de huidige praktijk als huidtherapeut heeft gevestigd nog elders als huidtherapeut gewerkt en zo ja, in welke functie (zelfstandig gevestigd of in loondienst) in welke periode en waar in Nederland?

- ☐ ja
 - 1. Functie Plaats
van (maand) 19 .. tot (maand) 19 ..
 - 2. Functie Plaats
van (maand) 19 .. tot (maand) 19 ..
- ☐ nee

33A. Heeft u ooit als schoonheidsspecialiste gewerkt en zo ja, in welke periode en in welke plaats in Nederland?

- ☐ ja van (maand) 19 .. tot (maand) 19 ..
in (plaats)
 - ☐ nee
-

34A. Bent u momenteel zelf naast uw werkzaamheden als huidtherapeut ook werkzaam als schoonheidsspecialiste en zo ja, hoeveel uur per week?

- ☐ ja, uur per week in eigen praktijk
- ☐ ja, uur per week elders
- ☐ nee

35A. In wat voor soort praktijkvorm oefent u als huidtherapeut uw huidige praktijk uit?

- ☐ solopraktijk (praktijkvoering door één zelfstandig gevestigde huidtherapeut)
- ☐ duopraktijk (praktijkvoering door twee zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
- ☐ groepspraktijk (praktijkvoering door drie of meer zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
- ☐ anders, te weten

36A. Indien er sprake is van een gemeenschappelijke praktijkvoering met meerdere disciplines, welke discipline(s) maken daar deel van uit?

- ☐ schoonheidsspecialiste
- ☐ fysiotherapeut
- ☐ anders, te weten
- ☐ niet van toepassing

37A. Heeft u huidtherapeuten in loondienst en zo ja, hoeveel huidtherapeuten en hoeveel uur werken deze huidtherapeuten in uw praktijk in totaal per week?

- ☐ ja ----> aantal huidtherapeuten in dienst:, totaal aantal uren per week:
- ☐ nee

38A. Heeft u momenteel een stagiaire?

- ☐ ja
- ☐ nee

39A. Heeft u een aparte administratieve kracht in dienst?

- ☐ ja
- ☐ nee

40A. Hoeveel uur per week bent u gemiddeld als huidtherapeut werkzaam, en kunt u dit aantal uitsplitsen in patiëntgebonden activiteiten (behandelen e.d.) en niet-patiëntgebonden activiteiten (administratie, bij- en nascholing e.d.)?

Totaal aantal uren werkzaam : uur per week
- waarvan patiëntgebonden activiteiten : uur per week
- waarvan niet-patiëntgebonden activiteiten: uur per week

41A. Indien u niet full-time als huidtherapeut werkzaam bent wat zijn daarvoor de belangrijkste redenen?

Reden 1:

Reden 2:

42A. Zoudt u in het algemeen meer of minder uren willen werken als huidtherapeut en zo ja, hoeveel uur per week?

☐ meer ---> liefst een werkweek van uur per week

☐ hetzelfde

☐ minder ---> liefst een werkweek van uur per week

43A. Hoeveel uren heeft u gemiddeld per week in de afgelopen vijf jaar als huidtherapeut in deze praktijk gewerkt?

☐ 1990 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1991 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1992 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1993 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1994 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

44A. Verwacht u dat in de komende vijf jaren het totaal aantal uren huidtherapie in uw praktijk (inclusief uren maatschapsleden en medewerkers in loondienst) zal toe- of afnemen, met hoeveel uren per week en wat is volgens u de belangrijkste oorzaak van die toe- of afname?

☐ afname met uren per week, oorzaak:

☐ blijft vrijwel gelijk, oorzaak:

☐ toename met uren per week, oorzaak:

45A. Kunt u een globale schatting geven omtrent het aantal patiënten in uw praktijk (inclusief maatschapsleden en medewerkers in loondienst) in de periode 1992-1994?

☐ schatting aantal patiënten in 1992:

 schatting aantal patiënten in 1994:

☐ onbekend

☐ niet van toepassing

- 46A. Hoeveel uren besteedt u gemiddeld per week aan de volgende behandelingen, hoeveel patiënten worden daarin gemiddeld behandeld en heeft u voor deze behandelingen een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar?

	uren per week	aantal patiënten per week	contract/overeen- komst ziektekos- tenverzekeraar?	
Epilatie (elektrisch)			☐ ja	☐ nee
Acnébehandeling			☐ ja	☐ nee
Camouflagetherapie			☐ ja	☐ nee
Tatoeage			☐ ja	☐ nee
Oedeemtherapie			☐ ja	☐ nee
Massagetherapie			☐ ja	☐ nee
Bandageren			☐ ja	☐ nee
Aanmeten elastische kousen			☐ ja	☐ nee
Anders, nl.			☐ ja	☐ nee

- 47A. Welke overige type behandelingen worden door u uitgevoerd en hoeveel uur per week bent u daarmee bezig, hoeveel patiënten worden daarin gemiddeld behandeld en heeft u voor deze behandeling(en) een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar?

	uren per week	aantal patiënten per week	contract/overeen- komst ziektekos- tenverzekeraar?	
1.			☐ ja	☐ nee
2.			☐ ja	☐ nee
3.			☐ ja	☐ nee
4.			☐ ja	☐ nee

- 48A. Voor welke behandelingen verwacht u over niet al te lange termijn een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar te kunnen sluiten?

.....

- 49A. Kunt u een globaal overzicht geven van de kenmerken van uw patiëntenpopulatie?

Percentage personen jonger dan 30 jaar%

Percentage personen tussen 30-60 jaar%

Percentage personen ouder dan 60 jaar%

Percentage vrouwen%

50A. Heeft u naast de uitoefening van uw beroep als huidtherapeut nog andere betaalde nevenwerkzaamheden (schoonheidsspecialiste niet meegerekend) en zo ja, welke werkzaamheden betreft dat en hoeveel uur in totaal per week?

☐ ja, functie/beroep:
uren per week:

☐ nee

51A. Wat heeft u eraan gedaan om uw vestiging als huidtherapeut bij eventuele verwijzers bekend te maken?

- ☐ niets
- ☐ u heeft mogelijke verwijzers benaderd (telefonisch of persoonlijk)
- ☐ u heeft mogelijke verwijzers schriftelijk geïnformeerd, bijvoorbeeld door middel van een brief of folder
- ☐ u heeft gepubliceerd in de plaatselijke pers
- ☐ anders, te weten:
.....
-

52A. Door welke beroepsgroepen zijn de patiënten in uw praktijk naar u verwezen?

Kunt u bij elk van de onderstaande beroepsgroepen aangeven welke verwijzers gedurende de afgelopen maand patiënten naar u hebben doorverwezen en hoeveel patiënten dit waren?

Verwijzer	Aantal patiënten
☐ patiënt kwam op eigen initiatief	
☐ huisarts	
☐ dermatoloog	
☐ gynaecoloog	
☐ vaatchirurg	
☐ internist	
☐ plastisch chirurg	
☐ fysiotherapeut	
☐ schoonheidsspecialiste	
☐ ander, nl.:	
☐ ander, nl.:	

Hebben bepaalde disciplines geweigerd patiënten naar u door te verwijzen?

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ onbekend

Zo ja, om welke beroepsgroep(en) gaat het hier en welke reden(en) gaven zij?

Beroepsgroep	Reden van weigering
1.	
2.	
3.	

53A. Kunt u bij de volgende behandelingen aangeven van welke beroepsgroep u de meeste verwijzingen krijgt?

	Belangrijkste verwijzer	Eén na belangrijkste verwijzer
Epilatie (elektrisch)		
Acnébehandeling		
Camouflagetherapie		
Tatoeage		
Oedeemtherapie		
Massagetherapie		
Bandageren		
Aanmeten elastische kousen		
Anders, nl.:		

54A. Welke verwijzers hebben volgens u in het algemeen een goed idee voor welke patiënten huidtherapie dient te worden geïndiceerd?

.....

55A. In hoeverre bent u tevreden over de samenwerking met de volgende verwijzers?

	zeer tevreden	tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden	n.v.t.
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dermatoloog	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gynaecoloog	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vaatchirurg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Internist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plastisch chirurg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fysiotherapeut	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schoonheidsspecialiste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ander, nl.:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ander, nl.:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

56A. Krijgt u van de verwijzer(s) informatie over de naar u verwezen patiënt, bijvoorbeeld met betrekking tot de klachten, de gestelde diagnose of andere achtergrondinformatie?

- ☐ ja, (bijna) altijd
☐ ja, vaak maar niet altijd
☐ ja, soms
☐ nee, zelden of nooit

57A. Bent u ook nog werkzaam in een ziekenhuis?

- ☐ ja ----> ga door naar vraag 29B op pagina 13
☐ nee ----> ga door naar vraag 48D op pagina 24 (overige vragen)

B. WERKZAAM IN ZIEKENHUIS OF ANDERE INTRAMURALE INSTELLING

29B. In welk(e) ziekenhuis/instelling bent u werkzaam:

naam:

plaats:

30B. In welk jaar bent u met de werkzaamheden in dit ziekenhuis/instelling gestart?

(maand) (jaar) 19 ..

Vraag 31B, 32B en 33B hoeven niet te worden ingevuld door huidtherapeuten die ook als zelfstandig gevestigde huidtherapeut in een (huis)praktijk werkzaam zijn.

31B. Heeft u voordat u in dit ziekenhuis/instelling ging werken nog elders als huidtherapeut gewerkt en zo ja, in welke functie (zelfstandig gevestigd of in loondienst), in welke periode en in welke plaats?

☐ ja

1. Functie..... Plaats

van (maand) 19 .. tot (maand) 19 ..

2. Functie..... Plaats

van (maand) 19 .. tot (maand) 19 ..

☐ nee

32B. Heeft u ooit als schoonheidsspecialiste gewerkt en zo ja, in welke periode en in welke plaats in Nederland?

☐ ja van (maand) 19 .. tot (maand) 19 ..

in (plaats)

☐ nee

33B. Bent u momenteel zelf naast uw werkzaamheden als huidtherapeut ook werkzaam als schoonheidsspecialiste en zo ja, hoeveel uur per week?

☐ ja, uur per week in eigen praktijk

☐ ja, uur per week elders

☐ nee

34B. Indien u in dit ziekenhuis/instelling als huidtherapeut in een eigen praktijk werkt, wat voor soort praktijkvorm is dit?

- ☐ solopraktijk (praktijkvoering door één zelfstandig gevestigde huidtherapeut)
 - ☐ duopraktijk (praktijkvoering door twee zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
 - ☐ groepspraktijk (praktijkvoering door drie of meer zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
 - ☐ anders, te weten
 - ☐ niet van toepassing
-

35B. Zijn er momenteel stagiaires bij u werkzaam?

- ☐ ja
 - ☐ nee
-

36B. Op welke wijze wordt de administratie gedaan?

.....

37B. Hoeveel huidtherapeuten zijn er in totaal in dit ziekenhuis/instelling werkzaam en wat bedraagt het totaal aantal uren huidtherapie in dit ziekenhuis/instelling?

Totaal aantal huidtherapeuten :

Totaal aantal uren huidtherapie:

38B. Hoeveel uur per week bent uzelf gemiddeld in dit ziekenhuis/instelling als huidtherapeut werkzaam, en kunt u dit aantal uitsplitsen in patiëntgebonden activiteiten (behandelen e.d.) en niet-patiëntgebonden activiteiten (administratie e.d.)?

Totaal aantal uren werkzaam : uur per week

- waarvan patiëntgebonden activiteiten : uur per week

- waarvan niet-patiëntgebonden activiteiten: uur per week

39B. Indien u niet full-time als huidtherapeut werkzaam bent wat zijn daarvoor de belangrijkste redenen?

Reden 1:

Reden 2:

40B. Zoudt u in het algemeen meer of minder uren willen werken als huidtherapeut en zo ja, hoeveel uur per week?

- ☐ meer ----> liefst een werkweek van uur per week
 - ☐ hetzelfde
 - ☐ minder ----> liefst een werkweek van uur per week
 - ☐ niet van toepassing (indien u vraag 42A op pagina 9 reeds heeft beantwoord)
-

41B. Hoeveel uren heeft u gemiddeld per week in de afgelopen vijf jaar als huidtherapeut in deze instelling gewerkt?

- | | | |
|----------------------------------|--------------|--|
| ☐ 1990 | uur per week | ☐ n.v.t. niet werkzaam |
| ☐ 1991 | uur per week | ☐ n.v.t. niet werkzaam |
| ☐ 1992 | uur per week | ☐ n.v.t. niet werkzaam |
| ☐ 1993 | uur per week | ☐ n.v.t. niet werkzaam |
| ☐ 1994 | uur per week | ☐ n.v.t. niet werkzaam |
-

42B. Verwacht u dat in de komende vijf jaren het totaal aantal uren per week huidtherapeutische zorg in dit ziekenhuis/instelling zal toe-of afnemen, met hoeveel uren per week en wat is volgens u de belangrijkste oorzaak van die toe- of afname?

- ☐ afname met uren per week, oorzaak:
- ☐ blijft vrijwel gelijk, oorzaak:
- ☐ toename met uren per week, oorzaak:
-

43B. Kunt u een globale schatting geven omtrent het totaal aantal patiënten die u en uw collega's in deze instelling hebben behandeld in de periode 1992-1994?

- ☐ schatting aantal patiënten in 1992:
- ☐ schatting aantal patiënten in 1994:
- ☐ onbekend
- ☐ niet van toepassing
-

44B. Hoeveel uren gemiddeld per week besteedt u aan de volgende behandelingen, hoeveel patiënten worden daarin gemiddeld behandeld en heeft u voor deze behandelingen een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar?

	uren per week	aantal patiënten per week	contract/overeen- komst ziektekos- tenverzekeraar?	
Epilatie (elektrisch)			☐ ja	☐ nee
Acnébehandeling			☐ ja	☐ nee
Camouflagetherapie			☐ ja	☐ nee
Tatoeage			☐ ja	☐ nee
Oedeemtherapie			☐ ja	☐ nee
Massagetherapie			☐ ja	☐ nee
Bandageren			☐ ja	☐ nee
Aanmeten elastische kousen			☐ ja	☐ nee
Anders, nl.:			☐ ja	☐ nee

45B. Welke overige type behandelingen worden door u uitgevoerd en hoeveel uur per week bent u daarmee bezig, hoeveel patiënten worden daarin gemiddeld behandeld en in hoeverre heeft u voor deze behandelingen een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar?

	uren per week	aantal patiënten per week	contract/overeen- komst ziektekos- tenverzekeraar?	
1.			☐ ja	☐ nee
2.			☐ ja	☐ nee
3.			☐ ja	☐ nee
4.			☐ ja	☐ nee

46B. Voor welke behandeling(en) verwacht u over niet al te lange termijn een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar te kunnen sluiten?

.....

47B. Kunt u een globaal overzicht geven van de kenmerken van uw patiëntenpopulatie?

Percentage personen jonger dan 30 jaar%

Percentage personen tussen 30-60 jaar%

Percentage personen ouder dan 60 jaar%

Percentage vrouwen%

48B. Heeft u naast de uitoefening van uw beroep als huidtherapeut nog andere betaalde nevenwerkzaamheden (schoonheidsspecialiste niet meegerekend) en zo ja, welke werkzaamheden betreft dat en hoeveel uur in totaal per week?

☐ ja, functie/beroep:

uren per week:

☐ nee

49B. Wat heeft u eraan gedaan om uw vestiging als huidtherapeut bij eventuele verwijzers bekend te maken?

☐ niets

☐ u heeft mogelijke verwijzers benaderd (telefonisch of persoonlijk)

☐ u heeft mogelijke verwijzers schriftelijk geïnformeerd, bijvoorbeeld door middel van een brief of folder

☐ u heeft gepubliceerd in de plaatselijke pers

☐ anders, te weten:

50B. Door welke beroepsgroepen zijn de patiënten in uw praktijk naar u verwezen?

Kunt u bij elk van de onderstaande beroepsgroepen aangeven welke verwijzers gedurende de afgelopen maand patiënten naar u hebben doorverwezen en hoeveel patiënten dit waren?

Verwijzer	Aantal patiënten
☐ patiënt kwam op eigen initiatief	
☐ huisarts	
☐ dermatoloog	
☐ gynaecoloog	
☐ vaatchirurg	
☐ internist	
☐ plastisch chirurg	
☐ fysiotherapeut	
☐ schoonheidsspecialiste	
☐ ander, nl.:	
☐ ander, nl.:	

Hebben bepaalde disciplines geweigerd patiënten naar u door te verwijzen?

- ☐ ja
☐ nee
☐ onbekend

Zo ja, om welke beroepsgroep(en) gaat het hier en welke reden(en) gaven zij?

Beroepsgroep	Reden van weigering
1.	
2.	
3.	

51B. Kunt u bij de volgende behandelingen aangeven van welke beroepsgroep u de meeste verwijzingen krijgt?

	Belangrijkste verwijzer	Eén na belangrijkste verwijzer
Epilatie (elektrisch)		
Acnébehandeling		
Camouflagetherapie		
Tatoeage		
Oedeemtherapie		
Massagetherapie		
Bandageren		
Aanmeten elastische kousen		
Anders, nl.:		

52B. Welke verwijzers hebben volgens u in het algemeen een goed idee voor welke patiënten huidtherapie dient te worden geïndiceerd?

.....

53B. In hoeverre bent u tevreden over de samenwerking met de volgende verwijzers?

	zeer tevreden	tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden	n.v.t.
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dermatoloog	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gynaecoloog	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vaatchirurg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Internist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plastisch chirurg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fysiotherapeut	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schoonheidsspecialiste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ander, nl.:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ander, nl.:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

54B. Krijgt u van de verwijzer(s) informatie over de naar u verwezen patiënt, bijvoorbeeld met betrekking tot de klachten, de gestelde diagnose of andere achtergrondinformatie?

- ☐ ja, (bijna) altijd
- ☐ ja, vaak maar niet altijd
- ☐ ja, soms
- ☐ nee, zelden of nooit

55B. Werkt u binnen deze instelling in een samenwerkingsverband met meerdere disciplines en zo ja, welke disciplines maken daar deel van uit?

- ☐ ja
- ☐ nee

Zo ja, welke disciplines zijn dit?

.....

.....

.....

56B. Bent u ook nog werkzaam in loondienst van een zelfstandig gevestigde huidtherapeut?

- ☐ ja ---> ga door naar vraag 29C op pagina 19
 - ☐ nee ---> ga door naar vraag 48D op pagina 24 (overige vragen)
-

C. WERKZAAM IN LOONDIENT VAN EEN ZELFSTANDIG GEVESTIGDE HUIDTHERAPEUT

29C. In welke plaats is de praktijk waar u werkzaam bent gelegen?

.....

30C. In welk jaar bent u met de werkzaamheden in deze praktijk begonnen?

(maand) (jaar) 19 . .

31C. Heeft u voordat u zich in de huidige praktijk als huidtherapeut heeft gevestigd nog elders als huidtherapeut gewerkt en zo ja, in welke functie (zelfstandig gevestigd of in loondienst) in welke periode en waar in Nederland?

☐ ja

1. Functie..... Plaats

van (maand) 19 . . tot (maand) 19 . .

2. Functie..... Plaats

van (maand) 19 . . tot (maand) 19 . .

☐ nee

32C. Heeft u ooit als schoonheidsspecialiste gewerkt en zo ja, in welke periode en in welke plaats in Nederland?

☐ ja van (maand) 19 . . tot (maand) 19 . .

in (plaats)

☐ nee

33C. Bent u momenteel zelf naast uw werkzaamheden als huidtherapeut ook werkzaam als schoonheidsspecialiste en zo ja, hoeveel uur per week?

☐ ja, uur per week in eigen praktijk

☐ ja, uur per week elders

☐ nee

34C. Op welke wijze wordt de administratie gedaan?

.....

35C. Hoeveel uur per week bent u gemiddeld als huidtherapeut werkzaam, en kunt u dit aantal uitsplitsen in patiëntgebonden activiteiten (behandelen e.d.) en niet-patiëntgebonden activiteiten (administratie, bij- en nascholing e.d.)?

Totaal aantal uren werkzaam : uur per week

- waarvan patiëntgebonden activiteiten : uur per week

- waarvan niet-patiëntgebonden activiteiten: uur per week

36C. Indien u niet full-time als huidtherapeut werkzaam bent wat zijn daarvoor de belangrijkste redenen?

Reden 1:

Reden 2:

37C. Zoudt u in het algemeen meer of minder uren willen werken als huidtherapeut en zo ja, hoeveel uur per week?

☐ meer ----> liefst een werkweek van uur per week

☐ hetzelfde

☐ minder ----> liefst een werkweek van uur per week

☐ niet van toepassing (indien u vraag 42A reeds heeft beantwoord)

38C. Hoeveel uren heeft u gemiddeld per week in de afgelopen vijf jaar als huidtherapeut in deze praktijk gewerkt?

☐ 1990 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1991 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1992 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1993 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

☐ 1994 uur per week ☐ n.v.t. niet werkzaam

39C. Hoeveel uren besteedt u gemiddeld per week aan de volgende behandelingen, hoeveel patiënten worden daarin gemiddeld behandeld en heeft u voor deze behandelingen een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar?

	uren per week	aantal patiënten per week	contract/overeen- komst ziektekos- tenverzekeraar?	
Epilatie (elektrisch)			☐ ja	☐ nee
Acnébehandeling			☐ ja	☐ nee
Camouflagetherapie			☐ ja	☐ nee
Tatoeage			☐ ja	☐ nee
Oedeemtherapie			☐ ja	☐ nee
Massagetherapie			☐ ja	☐ nee
Bandageren			☐ ja	☐ nee
Aanmeten elastische kousen			☐ ja	☐ nee
Anders, nl.			☐ ja	☐ nee

40C. Welke overige type behandelingen worden door u uitgevoerd en hoeveel uur per week bent u daarmee bezig, hoeveel patiënten worden daarin gemiddeld behandeld en heeft u voor deze behandeling(en) een contract/overeenkomst met een ziektekostenverzekeraar?

	uren per week	aantal patiënten per week	contract/overeen- komst ziektekos- tenverzekeraar?
1.			☐ ja ☐ nee
2.			☐ ja ☐ nee
3.			☐ ja ☐ nee
4.			☐ ja ☐ nee

41C. Kunt u een globaal overzicht geven van de kenmerken van de patiëntenpopulatie die u behandelt?

Percentage personen jonger dan 30 jaar%

Percentage personen tussen 30-60 jaar%

Percentage personen ouder dan 60 jaar%

Percentage vrouwen%

42C. Heeft u naast de uitoefening van uw beroep als huidtherapeut nog betaalde nevenwerkzaamheden (schoonheidsspecialiste niet meegerekend) en zo ja, welke werkzaamheden betreft dat en hoeveel uur per week?

☐ ja, functie/beroep:
 uren per week:

☐ nee

43C. Door welke beroepsgroepen worden de patiënten naar u verwezen?

Kunt u bij elk van de onderstaande beroepsgroepen aangeven welke verwijzers gedurende de afgelopen maand patiënten naar u hebben doorverwezen en hoeveel patiënten dit waren?

Verwijzer	Aantal patiënten
☐ patiënt kwam op eigen initiatief	
☐ huisarts	
☐ dermatoloog	
☐ gynaecoloog	
☐ vaatchirurg	
☐ internist	
☐ plastisch chirurg	
☐ fysiotherapeut	
☐ schoonheidsspecialiste	
☐ ander, nl.:	
☐ ander, nl.:	

Hebben bepaalde disciplines geweigerd patiënten naar u door te verwijzen?

- ☐ ja
☐ nee
☐ onbekend

Zo ja, om welke beroepsgroep(en) gaat het hier en welke reden gaven zij?

Beroepsgroep	Reden van weigering
1.	
2.	
3.	

44C. Kunt u bij de volgende behandelingen aangeven van welke beroepsgroep u de meeste verwijzingen krijgt?

	Belangrijkste verwijzer	Eén na belangrijkste verwijzer
Epilatie (elektrisch)		
Acnébehandeling		
Camouflagetherapie		
Tatoeage		
Oedeemtherapie		
Massagetherapie		
Bandageren		
Aanmeten elastische kousen		
Anders, nl.:		

45C. Welke verwijzers hebben volgens u in het algemeen een goed idee voor welke patiënten huidtherapie dient te worden geïndiceerd?

.....

46C. In hoeverre bent u tevreden over de samenwerking met de verwijzers?

	zeer tevreden	tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden	n.v.t.
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dermatoloog	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gynaecoloog	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vaatchirurg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Internist	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Plastisch chirurg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fysiotherapeut	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schoonheidsspecialiste	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ander, nl.:	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ander, nl.:	☐	☐	☐	☐	☐	☐

47C. Krijgt u van de verwijzer(s) informatie over de naar u verwezen patiënt, bijvoorbeeld met betrekking tot de klachten, de gestelde diagnose of andere achtergrondinformatie?

- ☐ ja, (bijna) altijd
 - ☐ ja, vaak maar niet altijd
 - ☐ ja, soms
 - ☐ nee, zelden of nooit
-

D. OVERIGE VRAGEN

48D. Indien u wensen heeft met betrekking tot een andere praktijkvoering, in welke hoedanigheid wilt u dan het liefst als huidtherapeut werkzaam zijn?

- ☐ als zelfstandig gevestigde huidtherapeut
- ☐ in loondienst van een intramurale instelling
- ☐ in loondienst van een zelfstandig gevestigde huidtherapeut
- ☐ anders, te weten
- ☐ niet van toepassing, geen wensen

49D. Indien u een voorkeur heeft voor een andere vestigingsvorm, welke praktijkvorm heeft dan uw voorkeur?

- ☐ solopraktijk (praktijkvoering door één zelfstandig gevestigde huidtherapeut)
- ☐ duopraktijk (praktijkvoering door twee zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
- ☐ groepspraktijk (praktijkvoering door drie of meer zelfstandig gevestigde huidtherapeuten)
- ☐ anders, te weten

50D. Als wordt gekeken naar de toekomstige ontwikkelingen binnen de huidtherapie, zijn er dan activiteiten/behandelingen die momenteel door andere beroepsgroepen gedaan worden of die in het geheel niet gebeuren die eigenlijk tot het werkterrein van de huidtherapeut zouden moeten behoren?

- | | |
|---------|---------|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

51D. Van welke van bovengenoemde nieuwe activiteiten verwacht u dat de omvang van de huidtherapeutische zorg het snelst zal toenemen?

- 1.
 - 2.
-

52D. Welke huidtherapeutische behandelingen zullen qua aantal in de komende jaren in het algemeen toe- of afnemen?

	grote toename	lichte toename	gelijk	lichte afname	grote afname
Epilatie (elektrisch)	☐	☐	☐	☐	☐
Acnébehandeling	☐	☐	☐	☐	☐
Camouflagetherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Tatoeage	☐	☐	☐	☐	☐
Oedeemtherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Massagetherapie	☐	☐	☐	☐	☐
Bandageren	☐	☐	☐	☐	☐
Aanmeten elastische kousen	☐	☐	☐	☐	☐
Anders, nl.	☐	☐	☐	☐	☐

53D. In welke praktijksituatie verwacht u dat in de komende jaren de huidtherapeutische zorg het snelst zou kunnen groeien? (Meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ eigen (huis)praktijk
- ☐ groepspraktijk (maatschap)
- ☐ ziekenhuis, verpleeghuis e.d. (intramuraal)
- ☐ gezondheidscentrum
- ☐ overige vormen van multidisciplinaire samenwerking (extramuraal)
- ☐ onbekend

54D. Welke andere beroepsgroepen in uw regio doen ook huidtherapeutische werkzaamheden en om welke werkzaamheden gaat het hier?

Beroepsgroep	Werkzaamheden
1.	
2.	
3.	

55D. Van welke andere beroepsgroep(en) verwacht u de komende jaren de meeste concurrentie?

- 1.
- 2.
- 3.

56D. Vindt u dat er een vestigingsbeleid voor huidtherapeuten zou moeten zijn?

- ☐ ja
- ☐ nee
- ☐ geen mening

57D. Is uw beroepsuitoefening wat u ervan had verwacht en zo nee, waarom niet?

- ☐ ja
☐ nee, want

58D. Hoe kunt u uw samenwerking met de ziektekostenverzekeraar in het afgelopen jaar typeren?

- ☐ goed
☐ matig
☐ slecht

59D. Op welke wijze zou de samenwerking met de ziektekostenverzekeraars verbeterd kunnen worden?

.....
.....

- ☐ niet van toepassing

Tot zover deze vragenlijst.

Wilt u hem in bijgevoegde antwoordenvolpette retourneren?

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

Podotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg

Auteurs: Zijderduin W.M., J. Dekker

Utrecht: NIVEL, 1994, 112 pag., fl. 33,00

In opdracht van het Ministerie van WVC is door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) een onderzoek verricht naar de 'functie en plaats van podotherapie in de nederlandse gezondheidszorg'. Het doel van het onderzoek was het verkrijgen van een kwantitatieve beschrijving en analyse van de beroepsuitoefening van podotherapeuten. Het onderzoek bestond uit twee delen: een enquête-onderzoek en een registratie-onderzoek. Door middel van de enquête zijn gegevens verzameld over de werksituatie en taakuitoefening en de relatie met verwijzers. Door middel van een registratie zijn gegevens verkregen over patiënten en de behandeling van deze patiënten.

Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepsgroepen

Auteurs: J.E. Timmermans, E.M. Sluijs, J. Dekker, W.H.M. den Hartog

Utrecht: NIVEL, 1994, 194 pag., fl. 33,00

Dit rapport geeft een overzicht van het kwaliteitsbeleid van de 10 paramedische beroepsgroepen: Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënist, Oefentherapeuten Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. Het eerste deel van het rapport beschrijft de kwaliteitsdeelsystemen bij de paramedische beroepsgroepen en de voorwaarden scheppende activiteiten die inmiddels zijn verricht.

In het tweede deel van het rapport wordt een referentiekader gepresenteerd voor het toekomstige kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen. Dit referentiekader weerspiegelt een nieuwe bedrijfsmatige manier van kijken naar kwaliteit: De kwaliteit van de geleverde zorg en de wijze waarop deze tegemoet komt aan de behoefte en verwachtingen van de patiënt staan hierin centraal. Het referentiekader speelt daarmee in op de huidige en toekomstige ontwikkelingen in de medische en paramedische zorgverlening.

Behoefteraming ergotherapeuten 1993

Auteurs: Hingstman, L., J. Harmsen, M.J. Driessen

Utrecht: NIVEL, 1994, 58 pag., fl. 13,00

De aanleiding tot het uitvoeren van een behoefteraming ergotherapeuten is in eerste instantie ingegeven door signalen uit het veld over structurele tekorten aan ergotherapeuten binnen een aantal werkvelden en in een aantal regio's van ons land. In deze werkvelden en regio's kunnen opengevallen vacatures niet of met moeite worden ingevuld. De tweede reden voor dit onderzoek is de verwachte verandering van de toekomstige vraag naar ergotherapeutische zorg. Door de toenemende vergrijzing zal de vraag naar ergotherapeutische zorg toenemen. Daarbij wordt er een sterke groei verwacht in de eerste lijn. Het beleid van de overheid is er immers op gericht thuiszorg te stimuleren en daarmee de zelfstandigheidsbevorderende, in plaats van de afhankelijk makende, dienstverlening centraal te stellen. De derde reden om een behoefteraming uit te voeren is de verwachte toename van de vraag naar ergotherapeutische zorg als gevolg van de ARBO-wetgeving (arbeidsomstandigheden) en de Wet Voorzieningen Gehandicapten. Het doel van de onderhavige studie is inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in vraag en aanbod binnen de ergotherapie en het op basis daarvan bepalen van de toekomstige opleidingscapaciteit, zodat vraag en aanbod in de toekomst goed op elkaar aansluiten.

