



FOCUS OP HUIDZORG

Kennisagenda Huidtherapie

Focus op *Huidzorg*

NEDERLANDSE VERENIGING VAN
HUIDTHERAPEUTEN



Kennisagenda Huidtherapie

Focus op *Huidzorg*

Oprichtgever

Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)

Projectgroep Kennisagenda Huidtherapie

Mw. dr. Esther P.M. Tjin (projectleider, NVH Wetenschap & Onderzoek, Hogeschool Utrecht)

Dhr. dr. Mark F.R. Vondenhoff (Haagse Hogeschool)

Grafisch ontwerp

PEW Grafisch ontwerpstudio

Met dank aan

Mw. Monique van Bekkum (NVH)

Mw. drs. Sabine Uitslag (NVH)

Leden van het NVH bestuur en de expertgroepen

Mw. Sandra van Boggelen-Peters (NVH)

Mw. dr. Renata Klop (ZonMw)

De werkgroep Kennisagenda bestaande uit PPN partijen en NVvP

De werkgroep Paramedie bestaande uit PPN partijen, KNGF, Keurmerk Fysiotherapie, NVvP

Haagse Hogeschool, opleiding Huidtherapie

Hogeschool Utrecht, opleiding Huidtherapie

Alle personen die onderzoeksvragen hebben aangeleverd of hebben deelgenomen

aan de discussie tijdens de Onderzoeksdag en Wetenschapsdag Huidtherapie

Financiering

ZonMw, Project "Ontwikkeling kennisagenda Huidtherapie", projectnummer 858001005

Indieningsdatum: 31 oktober 2018

Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)

Ringbaan Zuid 8

6905 DB Zevenaar

info@huidtherapie.nl

nvh.huidtherapie.nl

Alle rechten voorbehouden. De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de NVH. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVH aanvragen.

Voorwoord

VWS zet in op versterking van 'de Eerstelijn'. Terecht ook, want op deze manier willen we met elkaar de doorstroom naar (vaak duurdere) tweedelijns zorg tegengaan. We willen met elkaar 'de juiste zorg, voor de juiste patiënt, op de juiste plek'. Om deze ambitie kracht bij te zetten en daadwerkelijk te kunnen verwezenlijken, is een investering in die eerstelijn nodig; onder andere in onderbouwing van het handelen. Daarom kwam er in 2017 het Hoofdpijnen Akkoord Paramedische zorg. In dit akkoord en onder het hoofdstuk 'Kwaliteit' is de investering in onderzoek naar de effecten van eerstelijnszorg opgenomen en geborgd (2.5).

'De Eerstelijn' is meer dan louter de huisartsenzorg. Achter de huisartsen bevindt zich een ragfijn netwerk van goed opgeleide paramedici die de brug kunnen slaan tussen de tweedelijns, de eerstelijn en de thuissituatie (zelfzorg). Dit alles vanuit het perspectief van 'Positieve gezondheid' van Machteld Huber en de gedachte dat de patiënt centraal moet staan; de patiëntenreis. Immers vanuit deze visie en aanpak hopen we de zorg voor die patiënt te optimaliseren. Dat moet het uiteindelijke resultaat zijn. De financiële ondersteuning van VWS en de deskundige begeleiding van ZonMw heeft er onder andere toe geleid dat de NVH nu beschikt over een kennisagenda.

Met deze kennisagenda 'Focus op Huidzorg' ligt er een gedegen document dat het fundament vormt voor een onderzoekscultuur waarbij het handelen van de huid-oedeemtherapeut wetenschappelijk wordt onderbouwd. Het proces te komen tot het uiteindelijke product was even boeiend als leerzaam. Vele stakeholders zowel uit de hoek van patiëntenverenigingen, onderwijs, onderzoek als praktijk (en leveranciers) hebben ons geholpen om te komen tot de onderwerpen die nu zijn opgenomen in dit document. Deze kennisagenda is een eerste stap en zal input geven aan de volgende stap; namelijk een gezamenlijk interdisciplinair onderzoeksprogramma dat over de aankomende jaren gaat lopen.

Voor wat betreft deze kennisagenda 'Focus op Huidzorg' is de fase die nu volgt even spannend als ingewikkeld; de implementatie. Ik hoop van harte dat we met dit document een prachtige stap met elkaar kunnen maken naar een toekomst waarin het effect van huidtherapeutisch handelen een feit is en we er met elkaar voor gaan zorgen dat de patiënt hier positief effect van ondervindt. Want daar gaat het om; verbetering van de kwaliteit van zorg en het komen tot een optimale patiëntenreis.

De kennisagenda staat op papier en is tot stand gekomen door intensieve samenwerking tussen de NVH, de Hogeschool Utrecht (HU) en de Haagse Hogeschool (HHS). Daarnaast is afstemming gezocht en gevonden met andere paramedische beroepen in de eerstelijn. Het is van groot belang dat het een vervolg gaat krijgen en niet alleen bij papier blijft. Borging in nieuwe (financiële) afspraken met partijen als VWS, zorgverzekeraars en de Patiëntenfederatie Nederland in de nabije toekomst zijn essentieel om het onderzoek dat nodig is ook daadwerkelijk van de grond te trekken. Daarnaast zullen we met elkaar en in afstemming met ZonMw een onderzoeksinfrastructuur moeten gaan ontwikkelen die toekomstbestendig is. De NVH maakt zich daar hard voor, heeft daar vertrouwen in en is trots op dit resultaat!

Drs. Sabine Uitslag
Voorzitter NVH, 2018

Inhoudsopgave

1. Inleiding	8
1.1 Wat is huidtherapie?	9
1.2 Stand van zaken huidzorglandschap en huidtherapie	10
1.3 Huidtherapeutisch handelen	12
1.4 Huidtherapeut als schakel tussen (huid)zorgprofessionals	14
2. Doel	15
3. Methode	16
3.1 Inventarisatie kennishiaten	17
3.2 Prioritering en opstellen kennisagenda	18
4. Resultaten	20
4.1 Top 30 onderzoeksvragen	20
4.2 THEMA 1- ZINNIGE EN ZUINIGE ZORG	22
4.3 THEMA 2 – OPTIMALISATIE EN INNOVATIE	25
4.4 THEMA 3 – ZORG OP MAAT	28
5. Implementatie en vervolgstappen	30
5.1 Onderzoeks(infra)structuur	31
5.2 Aansluiting op relevante kennisagenda's en onderzoeksprogramma's	32
5.3 Aansluiting met andere beroepsspecifieke kennisagenda's Paramedie	34
5.4 Aansluiting met meerjaren onderzoeksprogramma paramedische zorg	35
5.5 Inzicht in wetenschappelijke onderzoeksactiviteiten binnen de huidtherapie	37
6. Tot slot	38
7. Geraadpleegde literatuur	39
8. Bijlagen	40
Bijlage 1: Overzichtstabel (kosten)effectiviteit huidtherapeutische handelingen	40
Bijlage 2: Prevalentie en incidentie per aandachtsgebied	50
Bijlage 3: Fases ontwikkeling Kennisagenda Huidtherapie	57
Bijlage 4: Uitnodiging vragenlijst inventarisatie kennishiaten Huidzorg	59
Bijlage 5: Vragenlijst inventarisatie kennishiaten voor zorgverleners	60
Bijlage 6: Lijst stakeholders benaderd voor vragenlijst inventarisatie kennishiaten Huidtherapie	62
Bijlage 7: Overzicht van aangeleverde onderzoeksvragen	64

Samenvatting

Problemen aan de huid zijn op één na de meest gerapporteerde klachten bij de huisarts met meer dan 600 consulten per 1.000 patiënten in 2016. Naar verwachting zal de zorgvraag blijven stijgen vanwege vergrijzing van de bevolking en de groei van het aantal patiënten met meerdere complexe en/of chronische aandoeningen (CBS 2015, NIVEL Zorgregistraties 2018). Door toename van zorginhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen, zoals meer thuiswonende (kwetsbare) ouderen en de veranderende rol van de patiënt, is de huidige zorg en het zorgstelsel aan noodzakelijke vernieuwing toe om de zorguitgaven te beperken.

In juni 2017 is er een hoofdlijnenakkoord voor de paramedische zorg gesloten tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en samenwerkende partijen¹. Een van de afspraken in het akkoord bevat afspraken over het hoofdthema Kwaliteit met als doel de kwaliteit van zorg te verhogen, en de waarde van paramedische zorg merkbaar, zichtbaar en toetsbaar te maken voor zowel de patiënt als voor de maatschappij. Om de kwaliteit van de huidzorg continu te verbeteren, is dringend onderzoek nodig naar het nut en effectiviteit van huidtherapeutisch handelen in het totale plaatje van de (huid)zorg, en naar efficiënte en slimme manieren om de huidzorg betaalbaar en toegankelijk te houden.

Dit document presenteert de thema's en geprioriteerde onderzoeksvragen van de kennisagenda Huidtherapie die richtinggevend zijn in het onderzoek voor de komende jaren. Bij het opstellen van deze kennisagenda is rekening gehouden met de criteria voor de ZonMw-programmering.

De kennisagenda Huidtherapie moet leiden tot toepasbare kennis die een belangrijke bijdrage leveren aan:

- a. Een hogere kwaliteit van huidzorg door betere onderbouwing van het huidtherapeutisch handelen (binnen een interprofessionele context);
- b. Het optimaliseren en innoveren van de huidzorg en organisatie, voor de zorgverlener en de patiënt;
- c. Het reduceren van zorgkosten door (kosten)effectieve huidzorg, zinnige taakherschikking en substitutie in de Nederlandse gezondheidszorg;
- d. Onderscheidend profileren van het beroep huidtherapie.

¹ Patiëntenfederatie Nederland, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Stichting Keurmerk Fysiotherapie, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en de Paramedisch Platform Nederland (PPN) partijen Ergotherapie Nederland, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF), Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

1. Inleiding

Momenteel hebben meer dan 2 miljoen mensen een (chronische) huidziekte, borstkanker of huidkanker. Naar verwachting zal de zorgvraag blijven stijgen door vergrijzing van de bevolking en toename van patiënten met complexe gezondheidsproblematiek. Bij een gelijkblijvende verstrekking en organisatie van zorg is de verwachting dat de zorgkosten van huidziekten tot 2020 zullen stijgen tot minstens 1,6 miljard euro. Hierin is de verwachte explosieve kostenstijging voor de huidzorg in het kader van zorgverlening bij borst- en/of huidkanker nog niet meegenomen (Spot on! Huidzorg 2020, Ecorys 2015).

Bij een groeiende vraag naar complexe en vaak dure zorg is een efficiënte en (kosten) effectieve gezondheidszorg en bijbehorende organisatie cruciaal. De versnippering in de zorg wordt als een van de grote knelpunten ervaren waarbij de centrale regie en een duidelijke rolverdeling in de zorg ontbreekt. Dit beïnvloedt sterk de optimale en effectieve patiëntenreis. Sneller en adequater reageren op huidproblemen met de meest (kosten)effectieve behandeling door de 'juiste' zorgprofessional kan helpen deze efficiëntie slag te maken met zorgkostenreductie en vergroten van de kwaliteit van leven van de patiënt als resultaat. In het veranderende zorglandschap kan huidtherapie een belangrijke rol spelen. Op welke wijze de rol van de huidtherapeut daarin beter gestalte kan krijgen, moet worden onderzocht. De kennisagenda Huidtherapie is bedoeld om deze vraagstukken te onderzoeken en de kwaliteit van huidzorg nader te onderbouwen en te optimaliseren.

1.1 Wat is huidtherapie?

De huidtherapeut is een paramedicus die zich bezig houdt met het voorkomen en het verbeteren van huidandoeningen of huid gerelateerde klachten op het paramedische-cosmetische vlak. Huidtherapeutische interventies zijn gericht op het (niet-medicamenteus) behandelen en onderhouden van de zieke en/of beschadigde huid. Patiënten van jong tot oud kunnen bij de huidtherapeut terecht met huidproblemen of klachten, variërend van acne, eczeem, oedeem, (brand)wonden, littekens na oncologische operaties, en wensen op het gebied van cosmetische huidverbetering zoals ontharingsbehandeling. Daarnaast kan een preventief bezoek aan de huidtherapeut problemen of verergering van klachten voorkomen, bijvoorbeeld vroegsignalering van huidkanker. Inmiddels heeft het beroep een positie verworven binnen de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg.

Huidtherapie valt onder artikel 34 van de wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Onlangs heeft de minister van VWS op basis van het RIVM rapport en advies (RIVM 2015) aangegeven dat behandelingen met energy based devices zoals laser en IPL-behandelingen voorbehouden handelingen zijn voor artsen en huidtherapeuten. Dit betekent dat de huidtherapeut daarmee onder artikel 3 van de Wet BIG komt te vallen. Hiermee worden de risicovollere behandelingen met lasers voorbehouden aan artsen en huidtherapeuten en betekent dit een duidelijkere profilering en positie van het beroep huidtherapeut in cosmetische en medisch geïndiceerde laserbehandelingen bijvoorbeeld ter behandeling van (extreme) overbeharingen littekens. Het gebruik van energy based devices waaronder laser en IPL behandelingen en bepaalde paramedische-cosmetische behandelingen door de huidtherapeut zijn geborgd in het Kwaliteitskader Cosmetische geneeskundige zorg (ZIN, juni 2018). De huidtherapeut zal zich ook steeds meer richten op verbeteren van de kwaliteit van leven, waarbij de patiënt eigen keuzes kan maken en de huidtherapeut de juiste bijdrage kan leveren aan het verbeteren, dan wel behouden of minder snel verslechteren van de gezondheid, met nadruk op het vermogen van mensen om beter om te gaan met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven (Huber et al, 2011). De (positieve) gezondheid staat centraal waarbij niet alleen het resultaat van een behandeling meer voorop staat, maar gezondheid in de breedste zin.

Anno 2018 zijn er 948 werkzame huidtherapeuten geregistreerd bij de beroepsvereniging de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), exclusief 35 aspirant leden. De kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt gewaarborgd doordat huidtherapeuten die, naast de HBO-opleidingseisen, aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep zoals geregistreerd in het Kwaliteitsregister Paramedici (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, Kwaliteitscriteria 2015-2020 NVH, 2015).

1.2 Stand van zaken huidzorglandschap en huidtherapie

De zorg voor huidpatiënten in Nederland is erg versnipperd. Binnen het domein van de huid is de huidtherapeut de enige eerstelijns zorgverlener die volledig op de huid is gericht. Desondanks verwijzen huisartsen slechts 1% van de relevante diagnoses door naar de huidtherapeut. Vanuit andere disciplines zijn er geen cijfers beschikbaar over mogelijke verwijsgedrag naar de huidtherapeut. De reden hiervoor is dat huidtherapie (nog) niet is opgenomen in de NIVEL zorgregistraties eerste lijn. De belangrijkste oorzaken zijn onbekendheid met de kwalificaties van de huidtherapeut, onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor huidtherapeutische behandelingen en versnippering van de keten in de huidzorg. Hieronder worden enkele voorbeelden geschetst:

In het geval van bijvoorbeeld de huidaandoening **acne** biedt de huidtherapeut, maar ook de huisarts, dermatoloog, cosmetisch arts, schoonheidsspecialist en de diëtist interventies. De huidtherapeut is direct toegankelijk voor de acne patiënt, maar krijgt deze patiëntengroep ook doorverwezen van de huisarts of dermatoloog. De huidtherapeut verricht niet-medicamenteuze interventies zoals acnetherapie, licht- en lasertherapie en chemische peeling ter behandeling van actieve acne en acnelittekens. De huisarts en dermatoloog kunnen medicatie voorschrijven om acne (klachten) te onderdrukken. De schoonheidsspecialist richt zich op verzorgende, huidverbeteringen en cosmetische schoonheidsbehandelingen, waar de diëtist zich meer op het gebied van adviezen begeeft met betrekking tot voeding en acne. Momenteel ontbreekt er (voldoende) bewijs voor voedingsadviezen en de effectiviteit van huidtherapeutische behandelingen op de lange termijn in vergelijking met gebruikelijke anti-acnemedicatie (NHG, NVDV richtlijn, en bijlage 1). Met het oog op het beperken van antibioticaresistentie, is onderzoek naar andere (kosten)effectieve huidtherapeutische behandelopties voor acne van groot belang. Voorlichting en zelfmanagement met betrekking tot reiniging, zelfzorg- en voedingsadviezen voor thuisgebruik bij acne worden standaard met de patiënt besproken.

Oedeem en Wondzorg zijn beide grote kostenposten. Naar schatting zijn er in Nederland per jaar circa 500.000 patiënten met wonden met een gecompliceerde genezing (Rapport Innovatie van Complexe Wondzorg, 2014). Onder oedeem vallen meerdere vormen van oedeem als lymfoedeem, lipoeedeem en veneus oedeem waarvan indicatieve prevalentiecijfers bekend zijn (bijlage 2). Door toenemende vergrijzing en veranderende gezondheids- en leefstijl kan dit een probleem van groeiende omvang worden. Door geringe onderlinge, en ontbreken van communicatie tussen zorgverleners, is oedeem- en wondbehandeling versnipperd en veelal inefficiënt. Voor lymfoedeem komen patiënten terecht bij de huidtherapeut, oedeemfysiotherapeut, dermatoloog, oncologieverpleegkundige en bandagist. Kennis en ervaring ten aanzien van wondzorg is verspreid over meerdere (para)medische specialisaties zoals de fleboloog, dermatoloog, heilkunde specialist, huidtherapeut, wondverpleegkundige, wondconsulent, wondspecialist en vaatchirurg. De huidtherapeut houdt zich voornamelijk bezig met patiënten met ulcus cruris, brandwond maar ook wondproblematiek als gevolg van oncologische operaties en chronische veneuze insufficiëntie, veelal met lymfologische component. Huidtherapeutische interventies als compressietherapie, oedeemtherapie met manuele lymfedrainage technieken, endermologie, maar ook zelfmanagement worden veelal toegepast. Echter door ontbreken van bewijskracht en versnippering van oedeem- en wondzorg kan de patiënt niet de juiste zorg ontvangen (bijlage 1).

Door groeiend tekort onder gespecialiseerde wondverpleegkundigen, wondconsulenten en een zeer beperkte capaciteit aan wondspecialisten in de eerstelijns, is het de huidtherapeut, met veel kennis en vaardigheden over alles wat huid gerelateerd is, die adequaat ingezet kan worden om wond/huidproblemen te herkennen en te behandelen. Dit zou de positie binnen de wondzorg in Nederland kunnen versterken.

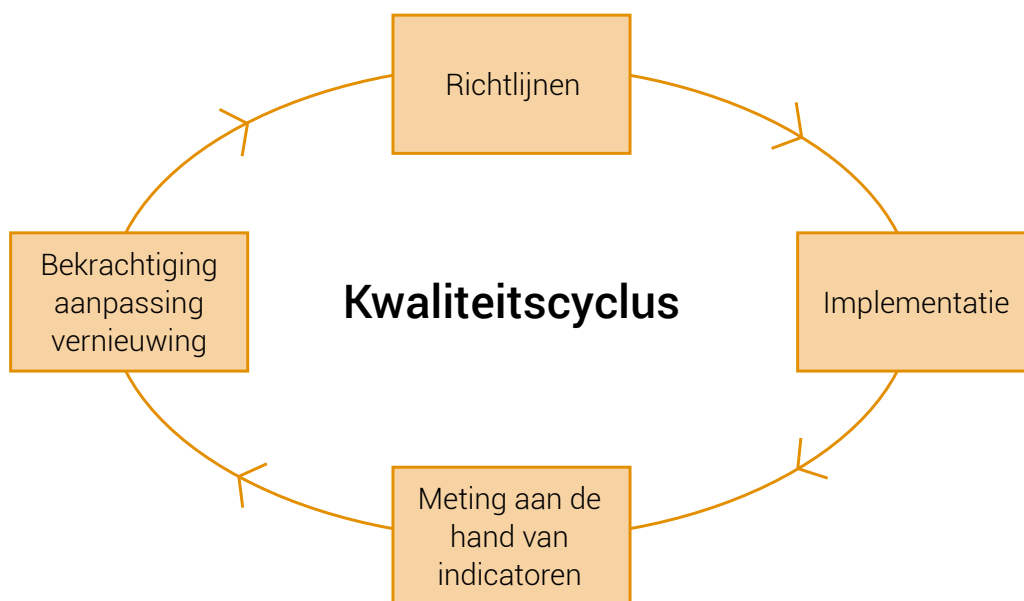
Interne organisatie. Diverse expertgroepen als Acne, Brandwonden, Huidkanker, Licht & Laser, Nazorg borstkanker, Oedeem en Wond zijn binnen de NVH geformeerd en gepositioneerd. Zij hebben een belangrijke rol binnen de NVH als kennisnetwerkorganisatie. De expertgroepen zijn de linking pin tussen de inhoud en het werkveld en verzorgen structureel bijvoorbeeld expertmeetings waarbij onderzoek, onderwijs en de praktijk elkaar ontmoeten en waar leden zich op kunnen inschrijven.

Binnen de NVH is de afgelopen jaren beleid uitgezet richting focus van behandeling naar de 'patiëntenreis' (beleidsdocument NVH 2017-2020). De NVH is tevens bezig met het inrichten en doorontwikkelen van zorgarrangementen, zogenaamde routekaarten voor de beste patiëntenreis, om de kwaliteit van zorg in de praktijk te verhogen. Momenteel ligt de focus op integrale acnezorg, integrale compressiezorg, nazorg borstkanker, voor- en nazorg huidkanker en wondzorg. De NVH heeft ook een Zorgverzekering commissie waar de voorzitter en leden minimaal eenmaal per jaar individueel overleg met alle zorgverzekeraars heeft. Hierdoor is er een mogelijkheid om relevante nieuwe ontwikkelingen tussentijds te bespreken en te implementeren.

1.3 Huidtherapeutisch handelen

Het huidtherapeutisch handelen is gebaseerd op kennis waarvoor de bewijslast beperkt is. Hierdoor wordt huidtherapie in slechts een beperkt aantal richtlijnen en standaarden expliciet genoemd (NHG en NVDV richtlijnen). De NVH werkt momenteel hard aan een integraal kwaliteitsbeleid, de zogenoemde kwaliteitscirkel (figuur 1), en het inrichten van een kennisorganisatie om te streven naar verbetering van de kwaliteit en innovatie van de huidzorg. Onderdeel van het integraal kwaliteitsbeleid binnen de NVH is het deelnemen aan patiëntervaringsonderzoek en het hanteren van de gevalideerde Patient Reported Experience Measures (PREM, in samenwerking met Qualizorg Deventer). Het maakt de huidtherapeut bewust van de waarde van patiëntervaringen en de benchmark, die daarbij realtime kan worden uitgevoerd en geeft een continue stimulans om de zorg voor de patiënt te optimaliseren.

De kwaliteitscirkel omvat een aantal stappen: 1. Het beschrijven van goede zorg in richtlijnen (of andere vormen van kwaliteitsborgingsinstrumenten zoals de tripartite vastgestelde zorgarrangementen) voor het paramedisch handelen, 2. deze richtlijnen vervolgens implementeren en 3. evalueren of de implementatiestap ook daadwerkelijk plaatsvindt en de kwaliteit van zorg verbetert. Implementatie kan verbeterd worden als blijkt dat er nieuwe kennis nodig is om richtlijnen aan te passen om weer betere zorg te krijgen, om vervolgens weer terug te komen bij de eerste stap van de cirkel. Deze zorgevaluatie is onderdeel van de primaire zorgverlening en is noodzakelijk voor continue verbetering van kwaliteit van zorg.



Figuur 1: De kwaliteitscirkel (bron: ZonMw)

Een aantal stappen wordt ondernomen om een integraal kwaliteitsbeleid op te stellen, met inzet van (kwaliteits) instrumenten zoals wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen en uitkomstenregistratie waardoor meten en evalueren van zorg gemonitord kan worden. De ontwikkeling van een kennisagenda Huidtherapie is een van de speerpunten van het kwaliteitsbeleid en maakt het mogelijk om wetenschappelijk onderzoek naar (kosten) effectiviteit van huidtherapeutisch handelen te verrichten en de huidtherapeut meer te laten handelen vanuit kennis gebaseerd op evidence based practice dan alleen vanuit practice based evidence. De kennisagenda draagt ook bij het bouwen aan een wetenschappelijk onderzoeksstructuur binnen de huidtherapie en aan (gestructureerd) financiële stimulans.

De NVH participeert in een multidisciplinair evidence based werkgroep bij de ontwikkeling van richtlijnen die gebruikt worden binnen de huidtherapie: Richtlijn Infectiepreventie in de Huidtherapie (WIP 2009), Richtlijn Lymfoedeem (NVDV 2014), Richtlijn Lipoedeem (NVDV 2014), Richtlijn Acne (NVDV 2014, binnenkort herziening), Richtlijn Rosacea (NVDV 2010) en Richtlijn Hidradenitis (NVDV 2010, herziening 2017). Om de uniformiteit in de werkwijze van huidtherapeuten te bevorderen en de kwaliteit van de huidtherapeutische zorgverlening te verbeteren en te borgen, heeft de NVH een aantal richtlijnen zelf ontwikkeld waaronder de NVH richtlijn Huidtherapeutische dossiervoering (herzien in 2016) en de Interne Richtlijn Licht- en laserveiligheid voor de Huidtherapie (herzien 2016).

1.4 Huidtherapeut als schakel tussen (huid)zorgprofessionals

De huidtherapeut werkt nauw samen met dermatologen en plastische chirurgen en hier lijkt de verwijzrelatie zich verder te ontwikkelen. Ook is te zien dat steeds meer huidtherapeuten verbonden zijn aan dermatologische praktijken en ziekenhuizen of werkzaam zijn in een lokaal interdisciplinair zorgcentrum of netwerk. Hieruit blijkt dat de huidtherapeut op weg is een schakel te worden tussen zorgprofessionals in het domein huid maar deze positie in de keten van huidzorg en interprofessioneel samenwerken gaan nog niet vanzelf. Ter bevordering van dit proces is het verkennen van elkaars en gezamenlijke waarden en ethiek, interprofessionele communicatie, duidelijke rollen en verantwoordelijkheden en hoe in teamverband werken van groot belang (Van Zalen, Deckers, Schuman, Handboek Interprofessioneel samenwerken in zorg en welzijn, 2018), met oog voor het brede functioneren van de cliënt en alle betrokkenen in het sociale systeem van de cliënt.

Om het potentieel van de huidtherapie verder optimaal te benutten, is het noodzakelijk dat de positie van de huidtherapeut in de keten van huidzorg in de nabije toekomst fundamenteel wordt veranderd (Spot on! Huidtherapie 2020, ECORYS). Een van de maatregelen die hierbij voorwaardelijk is, is de protocollering van de huidzorg waarbij multidisciplinaire samenwerking en integrale huidzorg wordt gestimuleerd waarbij de patiënt centraal staat en waarin efficiënte en effectieve zorg het uitgangspunt is (o.a. Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen, Kaljouw). Betrokken (para)medische beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, en zorg- en welzijnsprofessionals moeten de handen ineenslaan en zich actiever opstellen om adequaat met elkaar samen te werken om optimale zorgverlening of ondersteuning te kunnen bieden aan burgers binnen onze participatiemaatschappij. Dit zou uitgevoerd en gemonitord kunnen worden door bijvoorbeeld een Taskforce Keten Huidzorg in te stellen.

2. Doel

Het doel van de kennisagenda Huidtherapie is om richting te geven aan het domein Huidzorg, in het bijzonder huidtherapie. Door het identificeren van de belangrijkste kennislacunes en de prioritering daarvan, kan gericht worden gewerkt aan de benodigde wetenschappelijke kennis om de huidtherapeutische zorg te optimaliseren.

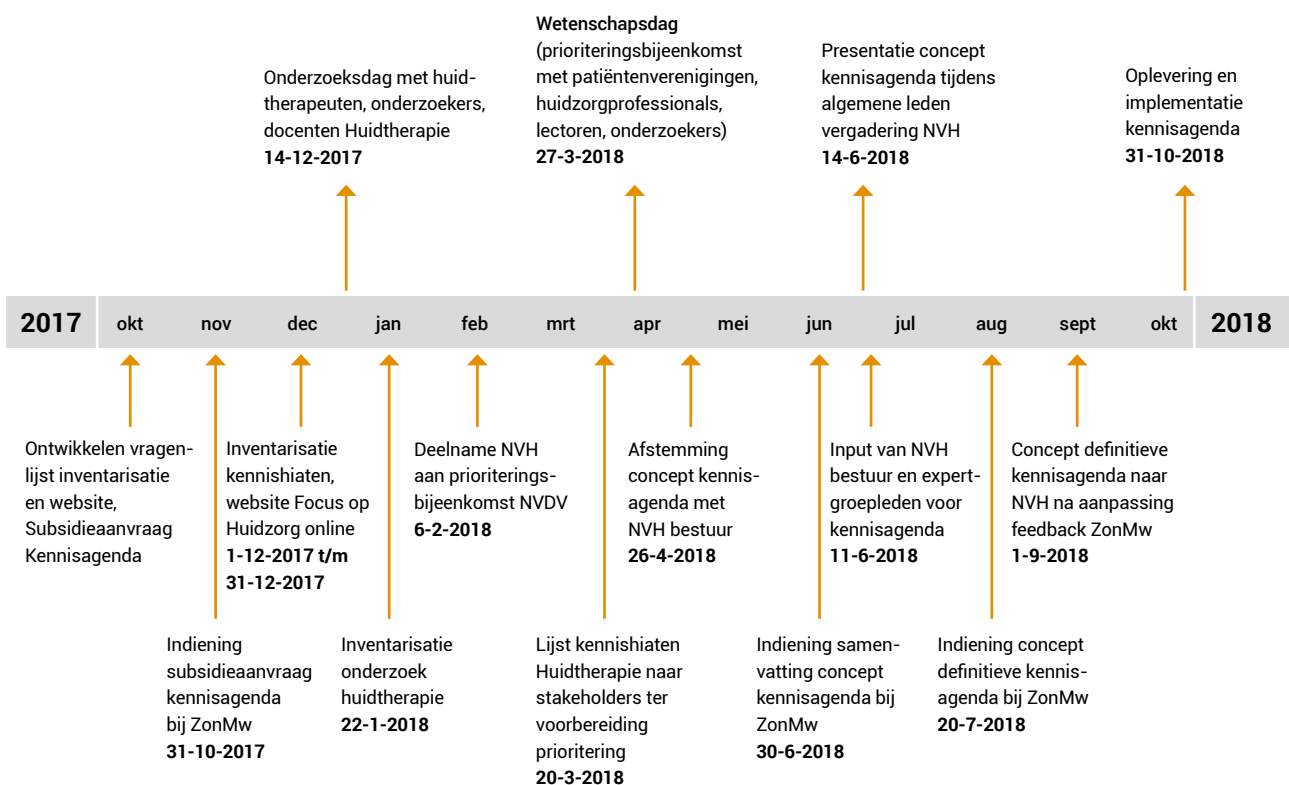
De onderzoeksvragen in deze kennisagenda dragen bij aan toekomstbestendige huidtherapeutische zorg en betere uitkomsten voor de huidcliënt, de maatschappij en het versterken van de meerwaarde van huidtherapie in het (para)medische werkveld. Met deze kennisagenda is gestreefd naar een goede balans tussen die bruikbaarheid in de praktijk en de wetenschappelijke verantwoording. Daarmee geeft de kennisagenda Huidtherapie de focus weer van de kennis en waarde die voor de toekomst van het domein Huidzorg van belang zijn.

3. Methode

De kennisagenda Huidtherapie is in diverse fasen ontwikkeld:

1. Inventariseren van kennishiaten onder NVH leden en bij diverse stakeholders in het domein Huid, waaronder diverse patiëntenorganisaties, zorgverleners en onderzoekers;
2. Kennishiaten bundelen en ontdebelen;
3. Het verzamelen en analyseren van beschikbare wetenschappelijke kennis (literatuur search);
4. Opstellen van een lijst met geprioriteerde onderzoeksvragen die de komende jaren het onderzoeksprogramma van de NVH zullen bepalen;
5. Raadplegen van andere relevante (para)medische kennisagenda's;
6. Verkrijgen van inzicht in de huidige onderzoeksactiviteiten binnen huidtherapie.

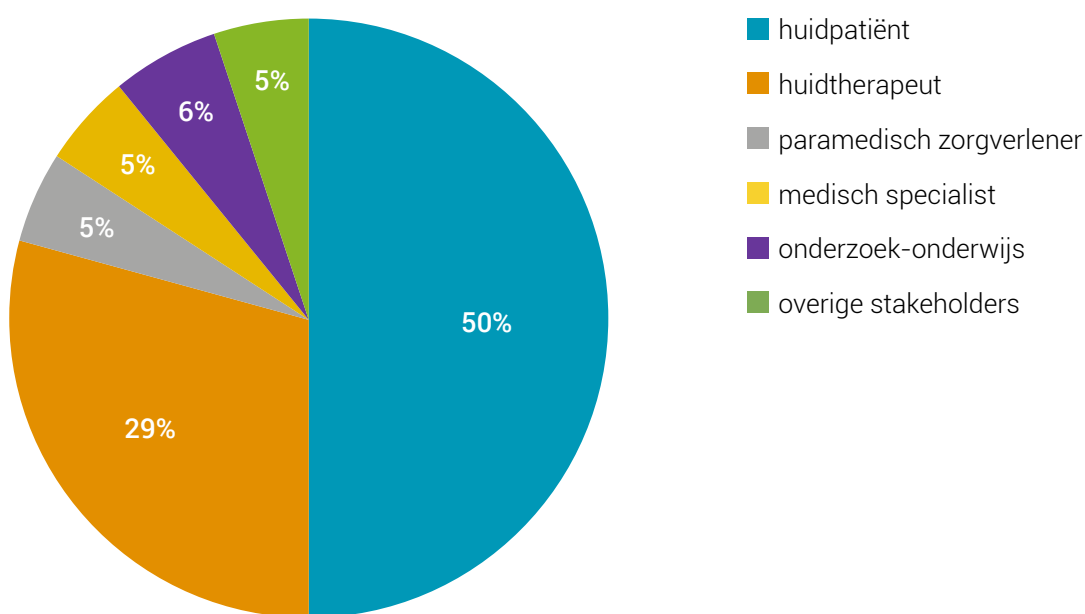
De verschillende fasen zijn weergegeven in een tijdschema (figuur 2, bijlage 3). Niet alle onderdelen worden besproken in de beschrijving van het proces.



Figuur 2: Schematische weergave van het tijdspad ontwikkeling kennisagenda Huidtherapie.

3.1 Inventarisatie kennishiaten

De inventarisatie van de kennishiaten heeft plaats gevonden in december 2017 middels een digitale vragenlijst. De vragenlijst was te bereiken via een link in het emailbericht dat via de NVH naar de patiëntenverenigingen, beroepsorganisaties en naar de leden is verstuurd² (Bijlagen 4-6). De vragenlijst en informatie over de kennisagenda Huidtherapie was tevens te vinden op de website Focus op Huidzorg³, wat speciaal ontwikkeld was door de projectgroep. Een specifiek en uitgebreide vragenlijst voor huidzorgpatiënten was opgesteld om te borgen dat behoeften en wensen zoals geformuleerd door de patiënt zelf ten grondslag lagen aan later te bepalen kennishiaten. De patiënten waren benaderd via diverse patiëntenverenigingen (n=21). Een andere vragenlijst specifiek voor de NVH leden, overige zorgverleners, beroepsverenigingen (n=13) en overige belanghebbenden in het domein huid (n=22) zoals docenten, onderzoekers en zorgverzekeraars. Omdat de vragenlijst anoniem werd ingevuld, is niet te achterhalen hoeveel leden van de aangeschreven verenigingen en organisaties hebben gereageerd. Wel is in de vragenlijst een vraag opgenomen met 'functie' waardoor de type zorgverlener en stakeholder enigszins in beeld kon worden gebracht. In totaal zijn 294 reacties binnengekomen, waaronder 85 NVH leden en een aanzienlijk deel huidpatiënten. (figuur 3: verdeling reacties per stakeholder).



Figuur 3: Verdeling (%) reacties inventarisatie kennishiaten per stakeholder.

² <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdZY9G2U8kLFWZ139dhmfv7vR-t9Jo3bRZS01Xjm05KF-DAXA/viewform>

³ <https://sites.google.com/view/kennisagenda-huidtherapie/focus-op-huidzorg?authuser=0>

3.2 Prioritering en opstellen kennisagenda

Van de 294 binnengekomen reacties heeft eerst ontdebbling en herformulering van de vraagstelling plaatsgevonden. Vragen die meer onderwijs gerelateerd waren of zich niet in het vakgebied van huidtherapie bevonden, zijn geëxcludeerd als kennishiaat. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in 101 onderzoeksvragen die vervolgens werden onderverdeeld in 8 aandachtsgebieden voor prioritering, te weten (bijlage 7: overzicht onderzoeksvragen voor prioritering):

- Acneïforme dermatosen
- Eczeem/droge huid/jeuk/pijn
- Littekens
- Oedeem
- Oncologie
- Pigmentstoornissen
- Wond
- Overige huidaandoeningen

De kennisvragen zijn gekoppeld aan de uitkomsten van een literatuur search die voorafgaand aan en na de prioriteringsbijeenkomst is verricht om te bepalen welke aandachtsgebieden de hoogste prioriteit hebben (bijlage 1: overzicht (kosten)effectiviteit interventies). Prioritering vond plaats tijdens de Wetenschapsdag Huidtherapie op 27 maart 2018. In gezamenlijkheid met in totaal 80 aanwezigen; vertegenwoordiging van patiëntenverenigingen en beroepsorganisaties, NVH leden, onderzoekers, zorgverleners (wondzorg, dermatologie) en leveranciers, is geprioriteerd op basis van de volgende criteria:

- Relevantie (prevalentie, ernst)
- Urgentie
- Haalbaarheid
- Implementeerbaarheid
- Kosten
- Impact op maatschappij/vakgebied
- Aansluiting bij patiënten inbreng

De prioritering vond plaats in 2 rondes met 8 aandachtsgebieden. Per aandachtsgebied waren er ongeveer 10-12 vertegenwoordigers van een beroepsorganisatie/zorginstelling met een bepaalde expertise en een afgevaardigde van een patiëntenvereniging. In de eerste ronde waren de deelnemers willekeurig ingedeeld in een aandachtsgebied, na roulatie vond de tweede ronde plaats en zijn de deelnemers ingedeeld op expertise in aandachtsgebied. De kennishiaten zijn per aandachtsgebied teruggebracht naar 5 kennishiaten (top 5). In een plenaire sessie werd de top 5 kennishiaten per aandachtsgebied aan de hele groep gepresenteerd waarna de aanwezigen individueel met stickers nogmaals een top 3 moesten aanbrengen.

Vervolgens is de opbrengst van de prioriteringsbijeenkomst geanalyseerd en zijn de 35 vragen ingedeeld op 'ranking meest geprioriteerd' en in thema's die naar voren zijn gekomen tijdens de Onderzoeksdag Huidtherapie op 14 december 2017. Tijdens deze onderzoeksdag is een conceptraamwerk Huidzorg opgesteld in samenspraak met de NVH (bestuur en expertgroepsleden) en onderzoekers Huidtherapie.

Na indeling op thema bleken de geprioriteerde kennishiaten voornamelijk te vallen onder doeltreffendheid/interventie gericht. De projectgroep Kennisagenda Huidtherapie heeft op aanvraag van het NVH bestuur besloten niet alleen de geprioriteerde kennishiaten te gebruiken maar ook andere onderzoeksvragen die meer toekomstgericht zijn en meer in het belang van algemene huidzorg en maatschappij. Met zorgvuldigheid is een aantal kennishiaten die niet de top 5 hebben gehaald, teruggeplaatst als kennishiaat. Ook vond herformulering van enkele onderzoeksvragen plaats waardoor sommige onderzoeksvragen een andere doelstelling kregen. Deze geherformuleerde onderzoeksvragen zijn vervolgens voorgelegd aan het NVH bestuur ter instemming. Hierdoor is volgens het werkveld een meer evenwichtige kennisagenda ontstaan waarbij, naast doelmatigheid/doeltreffendheid, ook onderwerpen als optimalisatie van de zorg, innovatie en gepersonaliseerde zorg aan bod komen die beter aansluiten bij het hoofdlijnenakkoord.

De leden van de NVH expertgroepen hebben extra input geleverd aan de projectgroep om meer concreetheid in de kennishiaten aan te brengen wat betreft de keuze van huidtherapeutische interventies in de kennishiaat bij de verschillende aandachtsgebieden. Deze interventies zijn verwerkt in een uitgebreide literatuur search naar (kosten)effectiviteit (bijlage 1).

De concept kennisagenda is op 14 juni 2018 gepresenteerd aan de leden tijdens de algemene ledenvergadering (ALV) van de NVH, na te zijn voorgelegd aan het bestuur. Na een feedbackronde van ZonMw in augustus 2018 is de aangepaste concept definitieve kennisagenda nogmaals gedeeld met de leden van het NVH bestuur en de expertgroepen. Na verwerking van het commentaar is de definitieve kennisagenda geaccordeerd door het bestuur en ingediend bij ZonMw eind oktober 2018.

Resultaten

4.1 Top 30 onderzoeksvragen

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussies binnen de beroepsvereniging is een lijst met 30 breed gedragen onderzoeksvragen samengesteld die ingedeeld zijn in 3 thema's. De onderzoeksvragen zijn in willekeurige volgorde weergegeven onder de thema's en hebben betrekking tot een of meerder categorieën (tabel 1) en doelgroepen (tabel 2).

1. Zinnige en Zuinige Zorg
2. Optimalisatie en Innovatie
3. Zorg op Maat



Categorie	Huidaandoening of -klacht	Doelgroep
1. Haar, nagel en talg gerelateerde stoornissen	a. Acneiforme dermatosen	B, D
	b. Haarnestcyste (sinus pilonidalis)	B, D
	c. Overmatige beharing	B, D
	d. Overmatige transpiratie	B, D
2. Lymfevat en bloedvat gerelateerde stoornissen	a. Chronische wond	B, D
	b. Varices	B, D
	c. Lymfoedeem	B, D
	d. Veneus oedeem	B, D
3. Sensatie stoornissen	a. Jeuk	A, B, D
	b. Pijn/gevoelige huid	A, D
	c. Droge huid (a.g.v. eczeem, seborroe, psoriasis, ichtyosis)	B, D
		A, D
4. Stoornissen als gevolg van (behandelingen van) nieuwvormingen	a. Borstkanker	B, D
	b. Bestralingsschade	B, D
	c. Huidtumoren	A, D
	d. Oncologische wond	B, D
5. Pigmentstoornissen	a. Hyperpigmentatie	A, B, D
	b. Hypopigmentatie	A, B, D
6. Vetweefsel, bindweefsel en fascia (gerelateerde) stoornissen	a. Brandwonden	A, D
	b. Fibromyalgie	B, D
	c. Lipoedeem	B, D
	d. Littekens (a.g.v. trauma, oncologie, acne)	B, D
	e. Sclerodermie	B, D

Tabel 1: Overzicht indeling van de verschillende categorieën gericht op specifieke huidaandoening of huid gerelateerde klachten

Doelgroepen
A. Kinderen
B. (Jong)volwassenen
C. Ouderen
D. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Tabel 2: Doelgroepen waar onderzoek naar wordt verricht voor specifieke huidaandoening of huid gerelateerde klachten.



4.2 THEMA 1 – ZINNIGE EN ZUINIGE ZORG

Voor huidtherapie is een van de grootste uitdagingen het onderbouwen van de effectiviteit van het huidtherapeutisch handelen, waarbij ook gekeken wordt naar de kosteneffectiviteit. Uit de literatuur search, ter identificatie van meest urgente kennisvelden, blijkt dat er geen of onvoldoende wetenschappelijke data te vinden zijn voor interventies die verricht worden door huidtherapeuten. Door onder andere gebrek aan protocollering is onvoldoende zicht welke huidtherapeutische behandelingen en behandelwijzen het beste resultaat geven voor de patiënt, ondanks de goede behandelresultaten en tevredenheid van huidpatiënten.

Veel huidtherapeutische interventies zijn niet-invasief en/of gebaseerd op niet-medicamenteuze behandelwijzen. Medicamenteuze interventies worden voornamelijk voorgeschreven door de huisarts en dermatoloog maar kan op langer duur bijwerkingen geven zoals huidirritaties en resistentie (NHG, NVDV richtlijn). Gezien de mogelijke bijwerkingen van medicamenteuze interventies zoals antibioticaresistentie, kunnen (niet-medicamenteuze) huidtherapeutische interventies de voorkeur hebben, vergeleken met medicamenteuze interventies die vaak als standaardbehandeling worden gegeven.

Onderzoek naar de doelmatigheid van huidtherapeutische interventies is noodzakelijk voor zowel bevordering van het maken van de juiste beslissingen over de meest (kosten)effectieve interventies voor huidaandoeningen, die passen in een multidisciplinaire behandel- en begeleidingstraject, als tot verlaging van hoge medicijnkosten en het betaalbaar houden van de zorg. Op deze manier kan de meerwaarde en positionering van huidtherapie duidelijk zichtbaar gemaakt worden binnen (multidisciplinaire) richtlijnen en –zorgtrajecten en het level van verschil kleiner maken tussen de wijze waarop effectiviteit en kwaliteitszorg onderbouwd zijn in de paramedische beroepen en de wijze waarop ander zorgprofessionals, zoals huisartsen en medische specialisten, dat hebben gedaan.



HOOFDVRAAG BIJ THEMA 1

'Zinnige en zuinige zorg'

Welke huidtherapeutische interventies, al dan niet in combinatie met complementaire eerstelijnszorg of interdisciplinaire behandelpakket, kunnen effectief en veilig worden ingezet bij het behandelen van een huidprobleem, vergeleken met de standaardbehandeling, met als resultaat een zichtbaar doelmatig en doeltreffende zorg gericht op het verhelpen of verminderen van de klachten alsmede het verhogen van de kwaliteit van leven van de patiënt, rekening houdend met kosteneffectiviteit en reductie van zorg- en maatschappelijke kosten?

Onderzoeksvragen		Categorie
1.1	Wat is de (kosten)effectiviteit van niet-medicamenteuze acnetherapie bij de behandeling van acne, vergeleken met medicamenteuze standaardbehandelingen?	1a
1.2	Leidt een snellere toepassing van huidtherapeutische interventies voor acne in combinatie met een vermindering van medicatie tot afname van acne (klachten)?	1a
1.3	Wat zijn de effecten van littekentherapie versus manuele lymfedrainage en zelfmanagement als respectievelijk behandel- en begeleidingsinterventies op het verhelpen of verminderen van respectievelijk lichamelijke en psychosociale beperkingen veroorzaakt door verkleefde, pijnlijke littekens zoals bij patiënten na chirurgische operaties of met brandwondenlittekens?	6a, d
1.4	Wat zijn de effecten van compressietherapie (inclusief keuze van verbandmiddelen) en oedeemtherapie op de genezing van chronische wonden zoals ulcus cruris en decubitus-ulcus, waarbij ook gekeken wordt naar het recidive karakter van de huidandoening?	2a, 4d
1.5	Is oedeemtherapie, al dan niet in combinatie met beweging- en/of psychologische begeleidingsinterventies, effectief in het behandelen van oedeemklachten bij patiënten met lipoedeem, lymfoedeem, veneus oedeem of chronische veneuze insufficiëntie, vergeleken met het huidige interdisciplinaire behandelpakket?	2b-d 6c

Onderzoeksvragen		Categorie
1.6	Wat is het effect van compressietherapie versus lymfedrainage op genezing van wonden ontstaan na (oncologische) chirurgische operaties of door een trauma, waar ook gekeken wordt naar het voorkomen van progressie van de huidandoening?	4d
1.7	Wat is het effect van licht- en lasertherapie versus chemische peelings en microdermabrasie voor het verwijderen van hyperpigmentatie als melasma of andere pigmentvlekken zoals ontstaan na een huidletsel of ontsteking?	5a, b
1.8	Is bindweefselmassage of endermologie effectief om pijnlijke verharding van de huid en stijfheid in bindweefsel te verhelpen bij mensen met reumatische aandoeningen als sclerodermie en fibromyalgie, al dan niet als gevolg van radiogene schade ten aanzien van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid?	6b, e
1.9	Wat is het effect van lasertherapie versus conventionele technieken (bijv. elektrisch epileren, scheren en harsen) in het permanent verwijderen van (extreme) overbeharing?	1c
1.10	Wat is het effect van lasertherapie in het behandelen van een haar/talgklier gerelateerde aandoeningen (bijv. haarnestcyste) als geïntegreerde therapie in het multidisciplinair zorgproces, vergeleken met alleenstaande operatieve behandelingen?	1b
1.11	Kan informatieverstrekking in combinatie met manuele lymfedrainage (met fasciatechnieken) als standaard pre en post behandeling worden toegepast bij mensen met kanker die oncologische therapie of bestraling (hebben) ondergaan ter voorkoming van problemen aan de huid of het lymfevatstelsel, als gevolg van de behandeling?	4a-d 6d
1.12	Wat is het effect van iontoforese versus MiraDry voor het permanent verminderen van transpiratie bij mensen die last hebben van overmatige transpiratie?	1d
1.13	Wat is de rol, positie en meerwaarde van de huidtherapeut in het begeleiden van mensen met pigmentstoornissen zoals vitiligo, bij de verwerking van de diagnose, ziektelast en/of advisering bij hun keuze voor optimale behandelmogelijkheden, met als doel het verhogen van kwaliteit van leven en beperken van psychosociale problemen en maatschappelijke kosten?	5a, b
1.14	Wat is de rol, positie en meerwaarde van de huidtherapeut in de begeleiding en behandeling aan patiënten met eczeem, psoriasis, droge huid, jeuk en pijn?	3b-d



4.3 THEMA 2 – OPTIMALISATIE EN INNOVATIE

In het veranderende zorglandschap kan huidtherapie een belangrijke rol spelen. De huidtherapeut kan routinematige en (laag-)complexe huidzorg uitvoeren waarvoor niet direct een arts noodzakelijk is. Hierbij kan gedacht worden aan het geven van voorlichting en advisering (bijvoorbeeld bij preventie van huidkanker) en het stimuleren van zelfmanagement en therapietrouwheid bij (chronische) huidziekten en klachten, zoals acne, eczeem en oedeem. Huidtherapeuten kunnen daarnaast een rol spelen bij de communicatie tussen de patiënt en alle betrokken zorgverleners. Daarbij moet voor de patiëntenreis onderzocht worden wie voor welk deel van de huidzorg het beste de verantwoordelijkheid kan dragen, rekening houdend met regionale verschillen en de unieke setting waarin een patiënt zich bevindt. Daartoe is een goede samenwerking tussen betrokken disciplines van belang die moet leiden tot minder versnippering in het belang van de patiënt (Paramedische zorg die ertoe doet, Rapportage en advies voor onderzoeksprogramma ZonMw, ARGO 2018). Knelpunten daarbij die door patiënten, betrokken huidzorgverleners en andere belanghebbenden in kennishiaten zijn aangegeven, zijn er op het gebied van randvoorwaarden waaraan huidzorg moet voldoen; de afstemming van zorg op de behoefte van de patiënt, toegankelijkheid, de rolverdeling van zorgverleners, de optimale route tijdens de individuele patiëntenreis (rapport Juiste Zorg op Juiste Plek, 2018) en de afstemming van huidzorg op zelfmanagement teneinde de kwaliteit van leven bij de huidpatiënt te verbeteren.

Het oplossen van knelpunten vereist niet alleen een innovatie op technologisch vlak, maar juist ook op sociaal en organisatorisch vlak. Dit betekent dat gebruikers van zorgtechnologie, die ingezet wordt om de zorg te optimaliseren, over nieuwe kwaliteiten moeten beschikken om verantwoorde en professionele keuzes te kunnen maken bij strategieontwikkeling voor de adoptie en opschaling van zorgtechnologie bij huidzorg, met als uitdaging de verbetering van de kwaliteit van leven, in het bijzonder bij huidpatiënten. Naast informatievoorziening en communicatie zijn er ook uitdagingen op het gebied van innovatieve interventies voor preventie, begeleiding, behandeling en nazorg van huidaandoeningen. Daarnaast worden diverse complexe huidproblemen nog steeds suboptimaal behandeld. Een verbetering van de kwaliteit van leven door middel van zorginnovaties wordt steeds lastiger zonder gebruikmaking van technologie vanwege een afnemend aantal zorgprofessionals in de nabije toekomst als gevolg van de vergrijzing. Het is noodzakelijk om de efficiëntie en effectiviteit van huidzorg te vergroten door een strategische gebruikmaking van innovatieve middelen die zorg op afstand mogelijk maken in combinatie met zelfmanagement van patiënten. Op die manier kunnen patiënten optimaler de patiëntenreis doorlopen. Op welke wijze dit kan worden bereikt, moet nog worden onderzocht.



HOOFDVRAAG BIJ THEMA 2

'Optimalisatie en innovatie'

Welke interprofessioneel en geïntegreerde doorverwijzing, behandel- en begeleidingsaanpak, al dan niet gebruikmakend van innovatieve middelen, kunnen leiden tot de optimale patiëntenreis en gepersonaliseerde zorg voor mensen met huidproblemen, waarbij de uitkomst ten goede komt aan versterking van de eerstelijnszorg door taakherschikking en substitutie in de zorg, en kostenreductie en verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt?

Onderzoeksvragen		Categorie
2.1	Hoe kan de huidtherapeut de toegankelijkheid van de wondzorg vergroten en de patiëntenreis optimaliseren?	2a, 4d 6a
2.2	Wat is de meerwaarde van directe doorverwijzing vanuit de huidtherapeut naar de dermatoloog vergeleken met de huidige situatie, rekening houdend met kostenbesparing, effectiviteit in verwijzingsproces en efficiëntie in vroegtijdige behandeling?	1-6
2.3	Welke effectieve innovatieve technologieën kan de huidtherapeut duurzaam integreren in het werkproces voor een verbetering van (secundaire) preventie, begeleiding, behandeling en nazorg van huidaandoeningen/klachten, met als resultaat dat de huidpatiënt in het algemeen eerder en sneller de juiste informatie en betere zorg ontvangt?	1-6
2.4	Hoe kan de rolverdeling van zorgprofessionals efficiënt worden ingericht zodat verergering van oedeemklachten kan worden voorkomen door vroegtijdige herkenning, verwijzing, behandeling en begeleiding van mensen met lipoedeem, lymfoedeem of veneus oedeem, rekening houdend met hun leefsituatie?	2c, d 6c
2.5	Hoe kan de betrouwbaarheid en validiteit van de risico-inventarisatie door huidtherapeuten met betrekking tot huidkanker in de eerste lijnszorg worden verbeterd ten opzichte van de huidige risico-inventarisatie bij toevalsbevindingen, met als resultaat het ontlasten van huisartsen, vroegsignalering van huidkanker en efficiënte doorverwijzing vanuit de huidtherapeut zodat de patiëntenreis voor huidkanker wordt geoptimaliseerd ten aanzien van begeleiding, behandeling en nazorg?	4c

2.6	Hoe kan de betrouwbaarheid en validiteit van de risico-inventarisatie met betrekking tot het ontwikkelen van een chronische wond in de eerste lijnszorg worden verbeterd vergeleken met de huidige risico-inventarisatie met als doel de juiste informatie, behandeling of tijdige verwijzing aan deze patiënt te kunnen bieden?	2a
2.7	Wat is de rol en meerwaarde van de huidtherapeut bij de door de medicus geïndiceerde huidaandoeningen die nog niet door de huidtherapeut behandeld wordt, op het gebied van preventie, begeleiding, behandeling en nazorg, met als resultaat dat de huidpatiënt vroegtijdig en sneller de juiste informatie krijgt en optimaal wordt behandeld?	1-6
2.8	Wat is de toegevoegde waarde van de toepassing van dermatoscopie in combinatie met een risico-inventarisatie/screening en/of ander meetinstrumenten door de huidtherapeut bij de diagnostiek en vervolgens behandel- en doorverwijsbeleid bij patiënten met pigmentproblematiek?	5a, b
2.9	Wat is de meerwaarde van toepassing van plakproeven door de huidtherapeut in de eerste lijn bij de diagnostiek van allergieën bij patiënten met vermoeden op contactallergie met betrekking tot kosten efficiëntie en zorg dichtbij huis?	3a
2.10	Wat is de meerwaarde van innovatieve communicatie- en monitoringssystemen, zoals een software portaal systeem in bestaande patiëntendossier, teledermatologie en apps, in het bieden van gericht en gepersonaliseerde zorg aan de huidpatiënt ten opzichte van huidige systeem zodat zowel de patiëntenreis als de kwaliteit van leven van de patiënt worden verhoogd?	1-6
2.11	Welke nieuwe technologieën zoals endermologie, laser en shockwave technologie zijn effectief bij wondgenezing?	2a 4d
2.12	Op welke wijze kan de meerwaarde van de huidtherapeut worden vergroot ten aanzien van begeleiding, educatie, voorlichting aan de acne patiënt in de leeftijdscategorie 12-20 jaar, om verergering van acne klachten te voorkomen, rekening houdend met sociaal psychische aspecten en maatschappelijke kosten?	1a



4.4 THEMA 3 – ZORG OP MAAT

In de afgelopen jaren is het gezondheidsbeleid steeds meer gericht op actieve bijdragen van patiënten om aan hun eigen gezondheid te werken. Mensen hebben vanuit hun eigen (complexe) hulpvraag en achtergrond specifieke wensen/behoefte waarbij een specifieke behandel- of begeleidingsaanpak nodig is. Dit geldt voor mensen die een eigen invulling willen geven aan hun eigen zorg en deze willen managen, maar ook voor mensen die moeite hebben om de zorg in te vullen en toe te passen. Ook is het zorglandschap veranderd van aanbodsturing naar vraagsturing. Zorg die zó is ingericht dat de wensen van de patiënten-cliënten bepalend zijn voor de zorg die daadwerkelijk wordt verleend. Noodzakelijke vernieuwing is dus nodig waarin niet de ziekte of aandoening centraal staat, maar het functioneren, de veerkracht en de eigen regie van de burger. Er zal dus een verschuiving moeten plaatsvinden van patiëntperspectief naar burgerperspectief (Kaljouw & van Vliet, 2015). Daarnaast vindt er langzamerhand een verschuiving plaats van activiteiten van de tweede naar de eerstelijns zorg (Juiste zorg op de juiste plek, 2018). Binnen het domein van de huid is de huidtherapeut de enige eerstelijns zorgverlener in het domein huid. Ook verplaatsing van de zorg dichterbij de patiënt thuis en het vervangen van de zorg door optimaal gebruik van innovatieve communicatie of monitoringssystemen, kunnen bijdragen aan kwalitatief betere zorg.

Om ervoor te zorgen dat er optimale en effectieve huidzorg wordt verleend, is het belangrijker geworden om de behoefte en diversiteit in achtergrond van de huidpatiënt steeds als ijkpunt te nemen voor zorgoptimalisatie onder andere door op maatwerk. Daarbij gaat het niet alleen om de behoefte aan het begin van de patiëntenreis, maar vooral ook tijdens en aan het eind van die reis. Strategieën om de patiënt te motiveren zelf bij te dragen aan de inrichting van het zorgproces en zelfmanagement te bevorderen kunnen mogelijk helpen om de zorg optimaal en op maat in te richten, in context van de leefsituatie en leefstijl van de patiënt, om te komen tot succesvolle zorg. Zelfmanagement is belangrijk omdat voor diverse huidproblemen een actieve participatie aan het zorgproces door patiënten zelf en mogelijk ook door mantelzorgers het proces ten goede komt. Op het gebied van gezondheid is preventie een van de oplossingen om (duurdere) zorg te voorkomen of te beheersen. Preventie, oftewel het stimuleren en behouden van de gezondheid van burgers of cliënten, kan succesvol worden ingezet door proactief naar mogelijkheden te zoeken om de gezondheid en leefstijl te verbeteren. De wijze waarop dat het meest effectief kan gebeuren, is echter nog onvoldoende helder.

De laatste jaren hebben gezondheidsvaardigheden meer aandacht gekregen. De verschillen in gezondheid tussen mensen met hoge en een lage sociaaleconomische status nemen de laatste tijd toe. Het blijkt dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden meer gebruik maken van de gezondheidszorg en het lastig vinden om de zorg (adequaat) toe te passen. In Nederland wordt geschat dat 48% van de bevolking lage tot zeer lage gezondheidsvaardigheden heeft in een brede definitie (NIVEL Kennisvraag, 2016). Hieronder vallen onder andere mensen met een migrantenachtergrond of lage sociaaleconomische status. Daarnaast zijn er groepen met verschillende niveaus van gezondheidsvaardigheden zoals kinderen en kwetsbare ouderen. Een gerichte aanpak voor deze specifieke kwetsbare groepen vraagt om een andere houding en aanpak van zorgverleners en patiëntenreis. Om dit te kunnen overbruggen, is meer onderzoek nodig om de leefwereld van deze patiënten

beter te begrijpen om zodoende huidzorg optimaal en gepersonaliseerd te kunnen aanbieden. Uiteindelijk zal dit ook moeten leiden tot gedragsveranderingen zowel voor deze groep patiënten als voor de zorgverleners, en zal dit ook zichtbaar worden gemaakt binnen het onderwijs aan toekomstige zorgverleners.



HOOFDVRAAG BIJ THEMA 3

'Zorg op maat'

Op welke wijze kan de huidtherapeut (kosten) effectief en op maat gesneden zorg aanbieden zodat de zorg beter aansluit bij huidpatiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden, waarbij gedragsverandering ten behoeve van preventie, het verbeteren van therapietrouw, zelfzorgmanagement, zelfredzaamheid en/of zelfregie van de patiënt van belang is, in combinatie met verplaatsing van zorg dichterbij mensen thuis?

Onderzoeksvragen		Categorie
3.1	Welke methoden (o.a. meetinstrumenten en –uitkomsten) kunnen worden gebruikt om de gezondheidsvaardigheden bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te meten waardoor de huidtherapeut de patiënt gepersonaliseerde zorg kan aanbieden?	1-6
3.2	Met welk gepersonaliseerde zorg kan een gedragsverandering bij de huidpatiënt met beperkte gezondheidsvaardigheden worden bereikt om de therapietrouwheid en zelfzorgmanagement te verbeteren, en gezamenlijke besluitvorming van een behandelplan te stimuleren?	1-6
3.3	Welke huidtherapeutische behandeling en begeleidingstraject van secundair oedeem t.g.v. borstkanker kan thuis worden gegeven, waardoor de patiënt en zijn sociale omgeving minder wordt belast voor de zorg en tevens beperkingen in de mobiliteit kan worden beperkt?	2c 4a
3.4	Hoe kan een kosteneffectieve huidtherapeutisch behandel- en begeleidingstraject zoals preventie- en zelfmanagementprogramma's, efficiënter en op maat worden ingericht voor patiënten met eczeem, droge huid, psoriasis, jeuk en pijn, met als doel een optimale en integrale zorg voor deze patiënten zodat onnodige en langdurige zorg voorkomen kan worden en de kwaliteit van leven wordt verhoogd?	3a, 4d

5. Implementatie en vervolgstappen

Deze eerste kennisagenda Huidtherapie dient als basis voor onderzoeksvorstellen en het vormen van onderzoekssamenwerkingen in het domein Huid. Tevens kan de kennisagenda als input gebruikt worden voor andere kennisagenda's en onderzoeksprogrammering van o.a. ZonMw, NWO en SIA.

De uitvoering van de kennisagenda Huidtherapie zal in handen zijn van de NVH in samenwerking met onderzoekers van de hogescholen. Om de ambitie van de kennisagenda waar te maken is participatie van meerdere partijen nodig, met verschillende expertises in de huidzorg.

Zodra de kennisagenda Huidtherapie is opgeleverd, zal de NVH zorg dragen voor communicatie met de leden, netwerkpartners, stakeholders en andere belanghebbenden. Tijdens het jaarlijkse NVH congres op 3 november 2018 wordt de kennisagenda Huidtherapie 'Focus op Huidzorg' gepresenteerd. Door middel van NVH regiobijeenkomsten worden huidtherapeuten in het werkveld geïnformeerd over het bestaan van de kennisagenda en de geformuleerde thema's/onderzoeksvragen, met als doel draagvlak creëren en hen te betrekken bij de uitvoering van een (toekomstig) onderzoek.

5.1 Onderzoeks(infra)structuur

Een Wetenschapscommissie Huidtherapie is in oprichting en bestaat uit 6 voorzitters van de NVH expertgroepen en in totaal 4 (senior)onderzoekers Huidtherapie van de Haagse Hogeschool en Hogeschool Utrecht. De Wetenschapscommissie heeft als taak het bestuur te helpen bij het verkennen van financiële mogelijkheden voor onderzoeksgelden, het opstellen van een onderzoeksplan/subsidieaanvraag, en van informatie en begeleiding voorzien op een adequate uitvoering van het onderzoek. De onderzoeksvoorstellen zullen worden voorgelegd aan de Adviescommissie met een bredere samenstelling bestaande uit hoogleraren, lectoren en wetenschappelijke onderzoekers met verschillende expertises in het domein Huid, Gezondheidszorg, Technologie die inhoudelijk kunnen adviseren ten aanzien van de beoordeling van toekomstige onderzoeksvoorstellen en –projecten en door middel van netwerken en samenwerkingen het onderzoek vervolgens te faciliteren en te borgen. Op deze manier wordt vorm gegeven aan de implementatie van het meerjaren onderzoeksprogramma.

Daarnaast zal de kennisagenda Huidtherapie sturend zijn voor de onderzoeksactiviteiten van de opleiding en onderzoeksgroep Huidtherapie aan de Haagse Hogeschool en Hogeschool Utrecht. Bestaande onderzoekssamenwerkingen vanuit de hogescholen of nieuw te vormen consortia met diverse partijen zoals kenniscentra/lectoraten, universitaire (medische) centra, (para)medische beroepspraktijken en patiëntenverenigingen, zullen worden benut en gestimuleerd om de onderwerpen uit de kennisagenda Huidtherapie op te pakken. Ook zijn er concrete stappen gezet om een lectoraat Huidzorg aan de Haagse Hogeschool op te richten die verder gaat bouwen aan hoogwaardig, evidence-based huidzorg.

De hierboven genoemde activiteiten dragen bij aan het bouwen van een goede en ondersteunende onderzoeks(infra)structuur voor Huidtherapie die moeten leiden tot het bevorderen van een kwaliteitscirkel en integraal kwaliteitsbeleid.

5.2 Aansluiting op relevante kennisagenda's en onderzoeksprogramma's

Diverse relevante en beschikbare kennisagenda's en onderzoeksprojecten zijn geraadpleegd om eventuele onderzoekssamenwerkingen te stimuleren en te financieren. De agenda's die geraadpleegd zijn, zijn onder andere de Nationale Wetenschapsagenda (NWA), nationale onderzoeksagenda Huisartsengeneeskunde en alle gepubliceerde kennisagenda's van het Kennis Instituut Medische Specialisten (KIMS). In het kader van afstemming met de kennisagenda van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV, oplevering najaar 2018) heeft de NVH in december 2017 een gross-lijst met hiaten ontvangen van de NVDV en deelgenomen aan hun prioriteringsbijeenkomst op 6 februari 2018. Omgekeerd heeft de NVH de NVDV uitgenodigd voor de Wetenschapsdag (prioriteringsbijeenkomst Huidtherapie) op 27 maart 2018. Volledige afstemming zal plaats vinden zodra de kennisagenda's van de NVH en NVDV beiden opgeleverd zijn.

Mogelijke relevante overkoepelende thema's met bijbehorende onderzoeksvragen zijn hieronder meegenomen die aansluiten bij de kennisagenda Huidtherapie:

- De Nationale Wetenschapsagenda (NWA), in het bijzonder de ZonMw gecoördineerde routes "Gezondheidsonderzoek, preventie en behandeling" en "Personalised Medicine: uitgaan van het individu";
 - Zelfredzaamheid en participatie in de samenleving (NWA 2018);
 - Gezondheid bevorderen en ziekte voorkomen via een gezond(e) leefstijl en gedrag (NWA 2018);
 - Gevolgen van chronische aandoeningen, stress en handicaps en hoe mensen hier mee om kunnen gaan (NWA 2018);
 - Meer verbinding tussen reguliere en complementaire zorg, uitmondend in integrale zorg, rekening houdend met de grote diversiteit tussen patiënten (NWA 2018);
 - De gezondheidszorg kwalitatief zo goed mogelijk maken en betaalbaar houden (NWA 2018);
 - Minimaal-invasieve technieken en interventies ontwikkelen voor de diagnose, prognose en behandeling van patiënten (NWA 2018)
 - Bijdrage van big data en technologische innovaties (e-health) in de zorg (NWA 2018);
- Nationale onderzoeksagenda Huisartsengeneeskunde;
 - Onderzoek naar samenwerking binnen de eerstelijnszorg en daarbuiten, met als doelen onder meer: effectieve zorg, therapietrouw bevordering, patiëntveiligheid, zelfmanagementondersteuning, samenhangende zorg, goede gegevensuitwisseling;
 - Onderzoek naar substitutie van zorg (tweede naar eerste lijn): bij welke zorg is dit zinvol, wat zijn de randvoorwaarden, hoe garanderen we kwaliteit?
 - Kan zelfmanagement van (constitutioneel) eczeem verbeterd worden door duidelijke interventies + indicaties te formuleren?
 - Zijn nieuwe (dubbellaags) compressiekoussystemen bij patiënten met een ulcus cruris venosum effectiever dan korte-rekzwachtels?

- Kennis en Innovatieagenda voor Maatschappelijke Uitdaging Gezondheid en Zorg 2018-2021;
- Praktijkgerichte Onderzoeksagenda Health, Health Holland;
 - Thema A: Zelfmanagement: technologische en gedragsinterventies, de rol van de zorgverlener en verbeterde implementatiestrategieën;
 - Thema B: Inzet van technologie: beter meten, registreren, communiceren en analyseren;
 - Thema C: Organiseren van 'Personalised Health';
 - Thema D: Doelmatigheid van organisaties en zorgprofessionals.
- Ontwerpen en implementeren preventie strategieën (Kennisagenda Preventie 2018);
- (Kosten)effectiviteit en efficiëntie en nadelen van e-Health interventies op het gebied van preventie (Kennisagenda Preventie 2018);
- Optimale vorm van wondbedekking (kennisagenda NVvH 2018);
- Effectiviteit van shared decision making bij patiënten met hoofd-halstumoren (Kennisagenda KNO 2018);
- ZonMw programma's, o.a. Goed Gebruik Hulpmiddelenzorg, DoelmatigheidsOnderzoek en Life Sciences & Health (topsector LSH/Publiek-Private Samenwerking).

Daarnaast is er een aantal fondsen die aansluiten bij onze thema's en onderzoeksvragen zoals Innovatiefonds Zorgverzekeraars, Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek SIA, Nederlandse Brandwonden Stichting en ReumaNederland (voorheen Reumafonds).

5.3 Aansluiting met andere beroepsspecifieke kennisagenda's Paramedie

De ontwikkeling van de kennisagenda Huidtherapie sluit aan bij die van de paramedische beroepsspecifieke kennisagenda Ergotherapie, Diëtetiek, Logopedie, Oefentherapie Cesar/Mensendieck (beroepsverenigingen aangesloten bij PPN) en Podotherapie. In het ontwikkelproces van de individuele kennisagenda's werd parallel gewerkt aan een overkoepelend raamwerk voor het meerjaren onderzoeksprogramma Paramedische Zorg (MOPZ). Diverse afstemmingsmomenten zowel met en tussen de projectleiders van de beroepsspecifieke kennisagenda's (werkgroep Kennisagenda) als met de werkgroep Paramedie (vertegenwoordiging van de beroepsverenigingen in de PPN partijen, Podotherapie en Fysiotherapie (KNGF, Keurmerk Fysiotherapie) hebben bijgedragen aan het project Patient Journey. Dit project is één van de voorbereidende activiteiten om gezamenlijk te komen tot overkoepelende paramedische thema's en onderzoekslijnen voor een mogelijke ZonMw onderzoeksprogramma Paramedische Zorg⁴. De individuele paramedische kennisagenda's beschrijven een variëteit aan discipline specifieke pathologieën, doelgroepen en programmatische aanpakken waarbinnen de huidtherapeut graag participeert in multi- en interprofessionele samenwerking:

- Musculoskeletale problematiek en behandeling, specifiek massage en fasciatechnieken bij reumatische aandoeningen (Fysiotherapie)
- Beweging als aanvullende behandeling, o.a. oedeem of als nazorg oncologie, (Oefentherapie, Fysiotherapie)
- Wond problematiek en behandeling, specifiek voet/enkel (Podotherapie)
- Laserbehandeling, specifiek voet, o.a. nagels, huid, wonden (Podotherapie)
- Chronische aandoeningen zoals diabetes, reuma, varices en oedeem (Podotherapie), in relatie tot voeding (Diëtetiek)
- Specifieke pathologieën zoals pijn (Podotherapie)

⁴ <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/kwaliteit-van-zorg/paramedische-zorg/patient-journey/>

5.4 Aansluiting met meerjaren onderzoeksprogramma paramedische zorg

Binnen dit meerjaren onderzoeksprogramma zijn een tweetal onderzoekslijnen en viertal MOPZ thema's geformuleerd. De individuele paramedische kennisagenda's beschrijven een variëteit aan discipline specifieke kennisvragen, kennishiaten en onderzoeksvragen die onder te verdelen zijn in deze kenmerkende overkoepelende lijnen en thema's. Dit zijn vanuit het huidtherapeutische perspectief echter ook veelal vragen die ook paramedie breed geadresseerd zouden kunnen worden.

Onderzoekslijn A: Preventie

- Verbetering individuele screeningsprocessen op aanpalende risicofactoren in relatie tot andere paramedische disciplines

Onderzoekslijn B: Cure & Care

- (Kosten)effectiviteit paramedie

MOPZ Thema I : Organisatie van zorg

Onderzoek binnen dit thema kan zich bijvoorbeeld richten op het experimenteren met nieuwe financieringsvormen over de bestaande schotten van zorg heen, onderzoek naar de impact van interprofessionele samenwerking of op de barrières bij inhoudelijke samenwerking bij ketenzorg.

- Implementatie rechtstreekse verwijzing vanuit paramedicus naar aanpalende specialist
- Verbetering multi- en interprofessionele samenwerking
- Verbetering doorverwijzingen tussen paramedische disciplines onderling
- Implementatie kostenbesparingen en substitutie
- Implementatie zorg dicht bij huis

MOPZ Thema II: Inhoud, implementatie en evaluatie van zorg

Onderzoek binnen dit thema kan zich richten op alles wat het handelen van paramedici onderbouwt, evidentie verder ontwikkelt of de waarde van paramedische zorg meet.

- Ontwikkelen van resultaatgericht meten
- Implementatie PROMS & PREMS

MOPZ Thema III: Technologie en Innovatie

Onderzoek binnen dit thema kan zich richten op het gebruik en de waarde van technologische en andere innovatieve toepassingen. Hierbij wordt gedacht aan e-Health toepassingen zoals e-consulting en blended care, maar ook onderzoek naar het gebruik van wearables, robotica, domotica en toepassingen die nog ontdekt gaan worden.

- Ontwikkelen en implementatie sterkere diagnostiek in de paramedische praktijk
- Implementatie technologische toepassingen zoals e-Health, Internet-Based-Care, Blended Care en Big Data
- Implementatie diagnostische middelen

Binnen het onderdeel Big Data kan mogelijk samengewerkt worden met landelijke databases zoals de DICA database van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

MOPZ Thema IV: Gedragsverandering en Zelfmanagement

Onderzoek binnen dit thema gaan over mechanismen en effectieve interventies gericht op deze onderdelen. Kennis hierover is nog relatief beperkt en alle zorgverleners hebben hiermee te maken.

- Communicatie op Maat (o.a. shared decision making, beperkte gezondheidsvaardigheden)
- Zelfredzaamheid, zelfzorg en therapietrouw

Binnen dit thema kan mogelijk samengewerkt worden met Pharos, een landelijk expertisecentrum gezondheidsverschillen met een uitgebreid netwerk gericht op duurzaam verbeteren van de kwaliteit, effectiviteit en verbeteren toegankelijkheid van de zorg.

5.5 Inzicht in wetenschappelijke onderzoeksactiviteiten binnen de huidtherapie

Er is veelal beperkt bewijs beschikbaar over de effectiviteit van huidtherapeutische interventies. De meeste aanbevelingen voor deze interventies berusten op practice based evidence of pilot onderzoeken, waarbij geen lange termijneffecten zijn meegenomen. Om te inventariseren welke mogelijke wetenschappelijke onderzoekslijnen er lopen binnen huidtherapie, is in januari 2018 een korte enquête per email gestuurd naar de NVH leden en een enquête link in de nieuwsbrief geplaatst. De onderzoeken die genoemd werden, betrof veelal kortlopende of pilotonderzoeken in huidtherapeutische praktijken zoals onderzoek naar lipohypertrofie en endermologie bij de behandeling van insuline geïnduceerde lipohypertrofie bij DM1 en DM2, en zelfmanagement en coaching als begeleidingsinterventies bij patiënten met atopisch eczeem. Momenteel lopen er 4 wetenschappelijke promotieonderzoeken binnen het huidtherapeutisch vakgebied, in samenwerking met academische en onderwijsinstellingen uit diverse wetenschapsgebieden zoals Dermatologie, Plastische chirurgie, Verpleegkunde, Experimentele psychologie.

De 4 lopende promotieonderzoeken sluiten aan bij de thema's van de kennisagenda Huidtherapie:

1. Voorkómen van een open been (ulcus cruris), het verhogen van de zelfredzaamheid van patiënten met een chronische veneuze ziekte (PARAPLU studie) – ErasmusMC, Hogeschool Utrecht, UMCU, 2015 - heden; Thema's: Zinnige en Zuinige Zorg, Optimalisatie en Innovatie.
2. Acne ketenzorg (ACTE studie)- Hogeschool Utrecht, Radboudumc, 2015 – heden; Thema's: Zinnige en Zuinige Zorg, Optimalisatie en Innovatie.
3. Littekenklachten na borstkankerchirurgie (SCARS studie)- Hogeschool Utrecht, Radboudumc, 2017 – heden. Thema's: Optimalisatie en Innovatie, Zorg op Maat.
4. Jeuk-krabben-jeuk-...; een vicieuze cyclus of is er een uitweg? - Hogeschool Utrecht, RUG, UMCs, 2018 – heden. Thema's: Optimalisatie en Innovatie, Zorg op Maat.

De laatste jaren is voortdurend geïnvesteerd in de HBO bachelor opleiding Huidtherapie (Haagse Hogeschool en Hogeschool Utrecht) om het onderzoekend vermogen bij de studenten aan te leren en om kritisch reflecterende zorgprofessionals te ontwikkelen die door middel van praktijkgericht onderzoek leren zelf onderzoek te formuleren, op te zetten tot aan het uitvoeren en analyseren. Hierdoor zal de nieuwe generatie huidtherapeuten meer onderzoeksvaardig zijn en kunnen participeren in een wetenschappelijk onderzoek.

6. Tot slot

Voor de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH) biedt de kennisagenda Huidtherapie de mogelijkheid om de wetenschappelijke kennis en evidentie aan te leveren voor de meest urgente kennislacunes vanuit de huidzorgprofessionals en gezien van uit patiënten perspectief.

De kennisagenda moet in de toekomst resulteren in een kennisomgeving die het mogelijk maakt het beleid van de toekomst en van het paramedische beroep beter te onderbouwen en in te richten. Met de kennisagenda Huidtherapie zal de vereniging zich verder professionaliseren op wetenschappelijk- en onderzoeksgebied.

Over 5 jaar vindt actualisatie van de kennisagenda Huidtherapie plaats en wordt duidelijk welke onderzoeksvragen beantwoord zijn.

7. Geraadpleegde literatuur

- Patiënt centraal? Werken aan de zorg (2001)
- Op de huid: Inventarisatie zorgvraag en marktgebied huidtherapie, NIVEL (2009)
- Zichtbaar zinnige en zuinige zorg, vervolgadvis van een Denktank van de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (2014)
- Spot on! Huidzorg 2020, ECORYS (2015)
- Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten, Kwaliteitscriteria 2015-2020 NVH (2015)
- Vooronderzoek Financiële Gevolgen van de Hervorming Langdurige Zorg voor Langdurig Zorggebruikers, Centraal Bureau voor Statistiek (2015)
- Praktijkgerichte Onderzoeksagenda Health - Health Holland (2015)
- NIVEL Kennisvraag 2016: zorg op maat. Hoe kunnen we de zorg beter laten aansluiten bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden (2016)
- Kwaliteit van leven in Nederland, Centraal Bureau voor de Statistiek (2017)
- Rapport commissie Kaljouw: Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren (2017)
- Hoofdlijnen akkoord: Hoofdlijnenakkoord paramedische zorg 2017-2018, (2017).
- Wie doet het met wie, KPMG Health (2018)
- Zorginstituut Nederland (2018)
- De juiste zorg op de juiste plek, Wie durft?, rapport van de Taskforce (2018)
- Paramedische zorg die ertoe doet, Rapportage en advies voor onderzoeksprogramma ZonMw, ARGO (2018)
- NIVEL Zorgregistraties (2018)
- Juiste zorg op de juiste plek: Onderzoek naar condities en consequenties, KPMG (2018)
- Kennisagenda's paramedische beroepsverenigingen: PPN partijen, NvVP (oplevering oktober 2018), en KNGF (2017)
- Nationale Wetenschapsagenda (NWA), (2018)
- Kennisagenda's medische specialisten, o.a. KNO, NVvH <https://www.kennisinstituut.nl/kennisgebieden/zorgevaluatie/kennisagendas>
- Kennis en Innovatieagenda voor Maatschappelijke Uitdaging Gezondheid en Zorg 2018-2021;
- Kennisagenda Preventie 2018;

8. Bijlagen

Bijlage 1: Overzichtstabel (kosten)effectiviteit huidtherapeutische handelingen

		Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
++	veel positief bewijs	Meta-analyse van meer dan 10 RCTs, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	
+	beperkt positief bewijs	Meta-analyse van 10 of minder RCTs, met als conclusie: bewijs voor effectiviteit	≥1 RCT met als conclusie aanwijzingen voor kosten effectiviteit
+/-	onbeslist	Meta-analyse met als conclusie: tegenstrijdig bewijs voor effectiviteit OF bewijs voor (in) effectiviteit van een lage kwaliteit	> 1 RCT, met tegenstrijdige aanwijzingen voor kosteneffectiviteit
-	beperkt negatief bewijs	Meta-analyse van minder dan 10 RCTs met de conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	≥ 1 RCT, met als conclusie: aanwijzingen voor géén
-	veel negatief bewijs	Meta-analyse van meer dan 10 RCTs, met als conclusie: bewijs voor ineffectiviteit	
o	onbekend	Geen meta-analyse bekend of niet toegankelijk	Geen meta-analyse bekend of niet toegankelijk

		Effectiviteit	Kosteneffectiviteit
L	Laag	++	+ / ±
		+	+
M	Midden	++	0
		+	+ / 0 / ±
		±	+
H	Hoog	±	+ / 0 / ±
		0	+ / 0 / ±
		-	+ / 0 / ±

Huidaandoening- of klacht	Als gevolg van	Interventie	Effectiviteit	Kosten- effectiviteit	Prioritering
Acneïforme dermatosen		Zelfmanagement	0	0	H
		Lasertherapie	±	0	H
		Flitslamptherapie	±	0	H
		Chemische peeling	0	0	H
		Dieptereiniging	0	0	H
		Standaard methodiek voor meten kwaliteit van leven van acne patiënt: dit ten behoeve van meten (door patiënt ervaren) effectiviteit therapie, eventueel bijsturen behandelplan en tijdig doorsturen naar andere discipline.	0	0	H
		Combinatie therapieën: lokaal retinoïd + peeling vs solo therapie	0	0	H
		Voedingsadvies	±	0	H
Haarnestcyste (sinus pilonidalis)		Lasertherapie	±	0	M
		Wondzorg	0	0	H
Overmatige behaving	Hirsutisme	Lasertherapie	±	0	H
		Elektrisch ontharen	0	0	H
Overmatige transpiratie	Hyper- hidrosis	Lontoforese	±	0	H
		Botox	++	0	M
		MiraDry-procedure	±	0	H

Chronische wond	Ulcus cruris	Compressietherapie	++	0	M
		Verbandmiddelen (gazen)			
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
		Lichttherapie	+	0	M
	Decubitus	Compressietherapie	0	0	H
		Verbandmiddelen (gazen)			
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
	Diabetes	Compressietherapie	0	0	H
		Verbandmiddelen (gazen)			
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
		Lichttherapie	±	0	H
	Incontinentie letsel	Compressietherapie	0	0	H
		Verbandmiddelen (gazen)			
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
	Varices	Compressietherapie	±	0	H
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H

(Lymf)oedeem	Compressietherapie	++	0	M
	Manuele lymfedrainage (MLD)	+	0	M
	Lymfetaping / Kinesiotaping	±	0	H
	Zelfmanagement	0	0	H
	Vacuüm massage / Endermologie / LPG	0	0	H
	Fill en flush MLD	0	0	H
	Fasiatechnieken	0	0	H
	Massagetherapie	0	0	H
	Complexe decongestieve therapie (CDT)	+	0	M
	Leefstijl	0	0	H
	Bewegen	±	0	H
	Aqua Lymphatic therapy (ALT)	0	0	H
	Shockwave therapie	0	0	H
Veneus oedeem	Compressietherapie	++	0	M
	Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
Jeuk	Verbandmiddelen (krabpak)	0	0	H
	Lichttherapie	0	0	H
	Zelfmanagement	0	0	H
Pijn/gevoeligheid huid	Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
	Fasiatechnieken	0	0	H
	Zelfmanagement	0	0	H

Veneus oedeem		Compressietherapie	++	0	M
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
Jeuk		Verbandmiddelen (krabpak)	0	0	H
		Lichttherapie	0	0	H
		Zelfmanagement	0	0	H
Pijn/gevoeligheid huid		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
		Fasiatechnieken	0	0	H
		Zelfmanagement	0	0	H
Droge Huid	Eczeem	Zalven/crèmes/moisturisers	++	0	M
		Zelfmanagement	0	0	H
	Psoriasis	Zalven/crèmes/moisturisers	0	0	H
		Zelfmanagement	0	0	H
	Ichtyosis	Zalven/crèmes/moisturisers	0	0	H
		Zelfmanagement	0	0	H
Bestralingsschade		Zelfmanagement mbv zalven/crèmes/moisturisers	0	0	H
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
Huidtumoren		Preventie	0	0	H
		Pre-screening / signalering	0	0	H
		Coaching zelfonderzoek	0	0	H
		Nazorg	0	0	H
	Wrat	Cryotherapie	±	0	H

Oncologische wond	Oncologische ulcera	Compressietherapie	0	0	H
		Verbandmiddelen (gazen)	0	0	H
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
Hyperpigmentatie		Camouflagetherapie	0	0	H
		Lasertherapie	±	0	H
		Chemische peelings	±	0	H
		Huidblekende middelen	±	0	H
		Microdermabrasie	0	0	H
Hypopigmentatie		Lichttherapie	0	0	H
		UV therapie	0	0	H
Brandwonden		Littekenmassage	0	0	H
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
		Lasertherapie	0	0	H
		Flitslamptherapie	0	0	H
		Microneedling	0	0	H
		Fasiatechnieken	0	0	H
Fibromyalgie		Bindweefselmassage therapie	+	0	M
		Manuele lymfedrainage (MLD)	+	0	M
		Lasertherapie	0	0	H
		Vacuüm massage / Endermologie / LPG	0	0	H
		Fasiatechnieken	0	0	0

Lipoedeem		Compressietherapie	0	0	H
		Vacuüm massage / Endermologie / LPG	0	0	H
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
		Zelfmanagement	0	0	H
		Fasiatechnieken	0	0	H
		Aqua Lymphatic therapy (ALT)	0	0	H
Littekens	Scheurwond / snijwond	Littekenmassage	0	0	H
		Vacuüm massage / Endermologie / LPG	0	0	H
	Oncologie	Littekenmassage		0	H
		Manuele lymfedrainage (MLD)	0	0	H
		Medical taping	0	0	H
		Vacuüm massage / Endermologie / LPG	0	0	H
		Littekenmassage	0	0	H
		Medical taping	0	0	H
		Fasiatechnieken	0	0	H
		Zelfmanagement	0	0	H
	Acne	Lasertherapie	±	0	H
		Flitslamptherapie	±	0	H
		Fotodynamische therapie	+	0	M
		Chemische peelings	±	0	H
		Microneedling	±	0	H

		Vacuummassage / Endermologie / LPG	0	0	H
		Littekenmassage	0	0	H
		Microdermabrasie	0	0	H
		Shockwave therapie	0	0	H
Sclerodermie		Vacuummassage / Endermologie / LPG	0	0	H
		Bindweefselmassage-therapie	0	0	H

Referenties (in de categorieën beperkt (+) of veel positief bewijs (++))

1. Abdel Hay R, Shalaby K, Zaher H, Hafez V, Chi CC, Dimitri S, Nabhan AF, Layton AM. Interventions for acne scars. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 3;4:CD011946.
2. Amsler F, Blättler W. Compression therapy for occupational leg symptoms and chronic venous disorders - a meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008 Mar;35(3):366-72.
3. Amsler F, Willenberg T, Blättler W. In search of optimal compression therapy for venous leg ulcers: a meta-analysis of studies comparing diverse [corrected] bandages with specifically designed stockings. *J Vasc Surg*. 2009 Sep;50(3):668-74.
4. Badger C, Preston N, Seers K, Mortimer P. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004 Oct 18;(4):CD003141.
5. Barbaric J, Abbott R, Posadzki P, Car M, Gunn LH, Layton AM, Majeed A, Car J. Light therapies for acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 27;9:CD007917.
6. Barbaric J, Abbott R, Posadzki P, Car M, Gunn LH, Layton AM, Majeed A, Car J. Light therapies for acne: abridged Cochrane systematic review including GRADE assessments. *Br J Dermatol*. 2018 Jan;178(1):61-75.
7. Ezzo J, Manheimer E, McNeely ML, Howell DM, Weiss R, Johansson KI, Bao T, Bily L, Tuppo CM, Williams AF, Karadibak D. Manual lymphatic drainage for lymphedema following breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 May 21;(5):CD003475.
8. Fiedler F, Stangl GI, Fiedler E, Taube KM. Acne and Nutrition: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol*. 2017 Jan 4;97(1):7-9.
9. Gatt M, Willis S, Leuschner S. A meta-analysis of the effectiveness and safety of kinesiology taping in the management of cancer-related lymphoedema. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017 Sep;26(5).
10. Haedersdal M, Gøtzsche PC. Laser and photoepilation for unwanted hair growth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD004684.
11. Halachmi S, Haedersdal M, Lapidoth M. Melasma and laser treatment: an evidenced-based analysis. *Lasers Med Sci*. 2014 Mar;29(2):589-98.
12. Huang TW, Chen SL, Bai CH, Wu CH, Tam KW. The optimal duration of compression therapy following varicose vein surgery: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2013 Apr;45(4):397-402.
13. Kwok CS, Gibbs S, Bennett C, Holland R, Abbott R. Topical treatments for cutaneous warts. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12;(9):CD001781.
14. Machado RS, Viana S, Sbruzzi G. Low-level laser therapy in the treatment of pressure ulcers: systematic review. *Lasers Med Sci*. 2017 May;32(4):937-944.
15. Mauck KF, Asi N, Elraiyah TA, Undavalli C, Nabhan M, Altayar O, Sonbol MB, Prokop LJ, Murad MH. Comparative systematic review and meta-analysis of compression modalities for the promotion of venous ulcer healing and reducing ulcer recurrence. *J Vasc Surg*. 2014 Aug;60(2 Suppl):71S-90S.e1-2.

16. McNeely ML, Campbell K, Ospina M, Rowe BH, Dabbs K, Klassen TP, Mackey J, Courneya K. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD005211.
17. McNeely ML, Peddle CJ, Yurick JL, Dayes IS, Mackey JR. Conservative and dietary interventions for cancer-related lymphedema: a systematic review and meta-analysis. *Cancer.* 2011 Mar 15;117(6):1136-48.
18. Pronk AA, Eppink L, Smakman N, Furnee EJB. The effect of hair removal after surgery for sacrococcygeal pilonidal sinus disease: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2018 Jan;22(1):7-14.
19. Rajaratnam R, Halpern J, Salim A, Emmett C. Interventions for melasma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jul 7;(7):CD003583.
20. Shingler S, Robertson L, Boghossian S, Stewart M. Compression stockings for the initial treatment of varicose veins in patients without venous ulceration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 9;(12):CD008819.
21. Stuiver MM, ten Tusscher MR, Agasi-Idenburg CS, Lucas C, Aaronson NK, Bossuyt PM. Conservative interventions for preventing clinically detectable upper-limb lymphoedema in patients who are at risk of developing lymphoedema after breast cancer therapy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Feb 13;(2):CD009765.
22. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Christensen R, Lavrijsen A, Arents BWM. Emollients and moisturisers for eczema. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Feb 6;2:CD012119.
23. Wade R, Rice S, Llewellyn A, Moloney E, Jones-Diette J, Stoniute J, Wright K, Layton AM, Levell NJ, Stansby G, Craig D, Woolacott N. Interventions for hyperhidrosis in secondary care: a systematic review and value-of-information analysis. *Health Technol Assess.* 2017 Dec;21(80):1-280.
24. Wang HT, Yuan JQ, Zhang B, Dong ML, Mao C, Hu D. Phototherapy for treating foot ulcers in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jun 28;6:CD011979.
25. Yuan SL, Matsutani LA, Marques AP. Effectiveness of different styles of massage therapy in fibromyalgia: a systematic review and meta-analysis. *Man Ther.* 2015 Apr;20(2):257-64.

Bijlagen

Bijlage 2: Prevalentie en incidentie per aandachtsgebied

Prevalentie en incidentie per aandoening. Prevalentie en incidentie cijfers zijn geschat op basis van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Voor huidaandoeningen of –klachten, waarvoor NIVEL Zorgregistraties niet voorhanden dan wel onvoldoende specifiek waren, zijn schattingen gemaakt op basis van of in combinatie met andere bronnen (weergegeven met een *). Prevalentie en indicentie cijfers zijn weegegeven in promille (‰).

Huidaandoening- of klacht		Prevalentie (‰)		Incidentie (‰)	
Acneïforme dermatosen		13,6	bevolking	7,3	bevolking
		8,6	mannen	4,6	mannen
		18,6	vrouwen	10	vrouwen
Haarnestcyste (sinus pilonidalis)		1	bevolking	1,1	bevolking
		1,3	mannen	1,5	mannen
		0,6	vrouwen	0,7	vrouwen
Overmatige beharing	Hirsutisme	5 - 10*	vrouwen in vruchtbare leeftijd		
Overmatige transpiratie	Hyperhidrosis	2,8 - 16,3*	bevolking		
	Ziekte(n) zweetklieren	2,7	bevolking	1,6	bevolking
		1,5	mannen	0,9	mannen
		3,8	vrouwen	2,2	vrouwen
	Transpiratieproblemen	4,4	bevolking	2,7	bevolking
		3,9	mannen	2,4	mannen
		4,8	vrouwen	2,9	vrouwen
Chronische wond	Ulcus cruris / decubitus / chronisch ulcus	5,9	bevolking	3,3	bevolking
		4,8	mannen	2,7	mannen
		7	vrouwen	3,8	3,8
	Ulcus cruris	10*	bevolking		
		40 - 50*	> 80 jaar		

	Decubitus	1,9*	mannen		
		2,7*	vrouwen		
		18*	mannen		
		28*	vrouwen		
	Diabetis	1,9*	bevolking		
		2,2*	mannen		
		1,7*	vrouwen		
	Incontinentie	286 - 567*	vrouwen in vruchtbare leeftijd		
2,2 - 4,3*		verpleeg- en verzorgingshuizen			
Varices	Varices benen	10,2	bevolking	6,3	bevolking
		5,3	mannen	3,3	mannen
		15	vrouwen	9,2	vrouwen
(Lymf)oedeem	Gezwellen enkels / enkeloedeem	11,5	bevolking	10,5	bevolking
		7,7	mannen	6,9	mannen
		15,3	vrouwen	14	vrouwen
	Na (behandeling van) borstkanker	166*	borstkankerpatiënten		
	Na (behandeling van) andere soorten kanker (melanoom, gynaecologische kanker, urogenitale kankers, hoofd-hals maligniteiten, sarcomen)	155*	kankerpatiënten		
Veneus oedeem					

Jeuk		11,4	bevolking			
		8,7	mannen			
		14,1	vrouwen			
Pijn/gevoeligheid huid		1,2	bevolking			
		0,9	mannen			
		1,4	vrouwen			
Droge huid	Constitutioneel eczeem	113,7	bevolking	9	bevolking	
		106,4	mannen	8,3	mannen	
		120,8	vrouwen	9,7	vrouwen	
	Contact eczeem	54,2	bevolking	31,1	bevolking	
		45,3	mannen	26,1	mannen	
		62,9	vrouwen	36,1	vrouwen	
	Seborroïsch eczeem	17,3	bevolking	9,6	bevolking	
		15,7	mannen	8,7	mannen	
		18,8	vrouwen	10,6	vrouwen	
	Luier eczeem	1,7	bevolking	1,9	bevolking	
		1,2	mannen	1,4	mannen	
		2,1	vrouwen	2,4	vrouwen	
	Psoriasis	26,7	bevolking	1,6	bevolking	
		27,3	mannen	1,6	mannen	
		26,1	vrouwen	1,6	vrouwen	
	Ichtyosis	4*	bevolking			
	Borstkanker		15,4*	vrouwen	1,7*	vrouwen
	Bestralings- schade					

Huidthumoren	Maligniteit huid/ subcutis	36,7	bevolking	3,3	bevolking	
		33	mannen	3,1	mannen	
		40,3	vrouwen	3,5	vrouwen	
	Melanoom	2,1*	mannen	0,4*	mannen	
		2,6*	vrouwen	0,4*	vrouwen	
	Plaveiselcelcar- cinoom of zeer zeldzame huidtumor	3,8*	mannen	0,6*	mannen	
		3,1*	vrouwen	0,5*	vrouwen	
	Basaalcelcar- cinoom	16,9*	bevolking			
		15,9*	mannen	2,2*	mannen	
		17,6*	vrouwen	2,4*	vrouwen	
	Wrat	27,5	bevolking	29,2	bevolking	
		25,1	mannen	26,6	mannen	
		29,9	vrouwen	31,7	vrouwen	
	Lipoom	5,1	bevolking	4,6	bevolking	
		5,3	mannen	4,7	mannen	
		5	vrouwen	4,5	vrouwen	
	Ander benigne neoplasma huid/ subcutis	18,4	bevolking	16,7	bevolking	
		14,7	mannen	13,2	mannen	
		22,2	vrouwen	20,1	vrouwen	
	Oncologische wond	Oncologische ulcera	7 – 90*	Kankerpatiënten		
	Hyperpigmen- tatie	Naevus/ moedervlek	29,3	bevolking	17,6	bevolking
21,9			mannen	12,9	mannen	
36,6			vrouwen	22,2	vrouwen	
Melasma a.g.v. zwangerschap		500 – 750*	zwangere vrouwen			
Melasma a.g.v. pilgebruik		50 – 340*	vrouwen die pil gebruiken			

Hypopigmentatie					
Brandwonden		4,9	bevolking	4,9	bevolking
		4	mannen	4	mannen
		5,8	vrouwen	5,7	vrouwen
Fibromyalgie		0,4*	bevolking		
Lipoedeem					
Littekens	Scheurwond / snijwond	21,4	bevolking	22,1	bevolking
		26,3	mannen	27	mannen
		16,6	vrouwen	17,4	vrouwen
	Ander letsel van de huid/subcutis	4,2	bevolking	4,3	bevolking
		3,8	mannen	4	mannen
		4,6	vrouwen	4,6	vrouwen
	Oncologie				
	Acne				
	Sclerodermie				

Geraadpleegde bronnen voor prevalentie/incidentie

Actiz (2018). Feiten en cijfers over de verpleeghuiszorg. Geraadpleegd op 5 juli 2018, van <https://www.actiz.nl/stream/160715-feiten-en-cijfers-verpleeghuiszorgdef.pdf>

CAPHRI / Department of Health Services Research (2017). Zorgproblemen - Incontinentie. Geraadpleegd op 4 juli 2018, van <https://nl.lpz-um.eu/nl/CareIndicators/Incontinence>

CBS (2018). Bevolking; kerncijfers [Statline]. Geraadpleegd op 5 juli 2018, van <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=37296ned&D1=a&D2=0,10,20,30,40,50,65-67&HDR=G1&STB=T&VW=T>

Collin, S.M., Bakken, I.J., Nazareth, I., Crawley, E., White, P.D. (2017). Trends in the incidence of chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in the UK, 2001-2013: a Clinical Practice Research Datalink study. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 110(6):231-244. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5499564/>

Federatie medisch specialisten. (2018). Ulcus cruris venosum [Richtlijnen database]. Geraadpleegd op 4 juli 2018, van https://richtlijnen database.nl/richtlijn/veneuze_pathologie_ulcus_cruris_venosum/ucv_-_diagnostiek.html

Gaastra, M. T. W., Van Zuuren, E. J., Schram, M. E., Van Hattem, S., Lecluse, L. L. A., Majoie, I. M. L., Van Coevorden, A. M., Weustink, K., Van Everdingen, J. J. E., Veldkamp, W. R. (2016). Axillaire hyperhidrosis met botulinetoxine. Geraadpleegd op 4 juli 2018, van <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/08/2016-07-12-Richtlijn-axillaire-hyperhidrosis-met-botulinetoxine.pdf>

Integraal kankercentrum Nederland (2018). Borstkanker [Cijfers over kanker]. Geraadpleegd op 4 juli 2018, van <https://www.cijfersoverkanker.nl/selecties/Borstkanker/img5b3cb0e8702b6>

Lintz-Luidens, H., Löwik, M., Veldhoven, C. M. M., Krol, R. J. A. (2010). Oncologische ulcera; Landelijke richtlijn (2de versie). Geraadpleegd op 5 juli 2018, van <https://www.oncoline.nl/oncologische-ulcera>

Mekkes, J. R. (2018). Hirsutisme. Geraadpleegd op 3 juli 2018, van <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/htxt/Hirsutisme.htm>

Mekkes, J. R. (2018). Ichtyosis Vulgaris en andere vormen van Ichtyosis. Geraadpleegd op 4 juli 2018, van <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/itxt/Ichthyosis.htm>

Mekkes, J. R. (2018). Sinus Pilonidalis. Geraadpleegd op 3 juli 2018, van <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/stxt/sinus-pilonidalis.htm>

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (2018). Incidenties en prevalenties [NIVEL Zorgregistraties eerste lijn]. Geraadpleegd op 4 juli 2018, van <https://www.nivel.nl/node/4309>

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. (2014). Richtlijn Diabetische Voet. Geraadpleegd op 5 juli 2018, van <http://www.nvdv.nl/wp-content/uploads/2014/08/Richtlijn-Diabetische-Voet-2006.pdf>

RIVM (2018). Huidkanker. Geraadpleegd op 4 juli 2018, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/huidkanker/cijfers-context/huidige-situatie#node-het-aantal-nieuwe-gevallen-van-huidkanker-exclusief-basaalcelcarcinoom>

Van Stralen-Bohlmann, A., Streefkerk, J. G. (1995). Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde; chloasma of 'zwangerschapsmasker'. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 139 (39), 1971-1979.
<https://www.ntvg.nl/system/files/publications/1995119710001a.pdf>

Van Zuuren, E. J., Pijl, H. (2007). Hirsutisme. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 151,2313-2318

Wiersma, T. (2015). NHG-Standaard Decubitus (1ste herziening). Huisarts Wet, 58 (5),256.
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-decubitus#idp3196752>

Bijlagen

Bijlage 3: Fases ontwikkeling Kennisagenda Huidtherapie

Datum	Activiteit
Juni 2017	Hoofdlijnen akkoord Paramedische zorg
Oktober 2017	Opstellen concept raamwerk Huidzorg d.m.v. beschikbare relevante kennisagenda's en beleidsplannen
	Opstellen vragenlijst kennishiaten (voor patiëntenorganisaties en stakeholders apart)
	Afstemmen planning met PPN partijen en samenwerking zoeken waar mogelijk
	Subsidieaanvraag ZonMw plan van aanpak kennisagenda Huidtherapie schrijven
	Benaderen stakeholders/patiëntenverenigingen
November 2017	Indiening subsidieaanvraag ZonMw kennisagenda Huidtherapie
	Digitaal uitzetten van vragenlijst behoefte/kennishiaten naar stakeholders en patiëntenorganisaties, inclusief halverwege herinnering sturen invullen vragenlijst
	Presentatie plan van aanpak kennisagenda ALV NVH
	Literatuur search 1 (op thema's/doelgroep uit concept raamwerk)
December 2017	14 december 2017: Onderzoeksdag Huidtherapie (co-creatie raamwerk)
	Bijeenkomst met PPN partijen (vergelijken raamwerk met PPN partijen)
	Sluiting digitaal vragenlijst behoefte/kennishiaten
December 2017 - februari 2018	Kennishiaten verzamelen en indelen op thema's
	Literatuur search 2 (thema's/onderzoeksvragen uit inventarisatie)
	Raadplegen relevante kennisagenda's
	Kennishiaten/onderzoeksvragen ordenen en prioriteren op relevantie, urgentie, haalbaarheid, impact
	Bundelen uitkomsten, concept kennisagenda opstellen, afstemmen met NVH bestuur en versturen naar stakeholders, ter voorbereiding bijeenkomst Wetenschapsdag
Maart - april 2018	27 maart: Wetenschapsdag Huidtherapie (prioriteringsbijeenkomst)
	Bundelen vraagstukken tot 3 belangrijkste thema's

	Bundelen informatie tot concept kennisagenda Huidtherapie
Mei - juli 2018	Schrijven concept definitieve kennisagenda Huidtherapie
	31 mei: samenvatting concept Kennisagenda Huidtherapie (thema's en onderzoeksvragen)
	14 juni: Presentatie concept kennisagenda Huidtherapie op Algemene Leden Vergadering NVH
	Concretiseren onderzoeksvragen m.b.v. input NVH expertgroepen
	5 juli: afstemming andere beroepsspecifieke kennisagenda Paramedie en MOPZ
Juli - augustus 2018	Feedback ontvangen en verbeteren ZonMw kennisagenda Huidtherapie
	Concept definitieve kennisagenda voorgelegd aan NVH bestuur en expertgroepen ter finaliseren
September 2018	NVH bestuur accordeert definitieve kennisagenda Huidtherapie
	31 oktober: Indiening kennisagenda Huidtherapie bij ZonMw
November 2018	Implementatietraject definitieve kennisagenda onder stakeholders en ledent

Bijlagen

Bijlage 4: Uitnodiging vragenlijst inventarisatie kennishiaten Huidzorg



Vragenlijst zorgverleners

Geachte heer, mevrouw,

Om het domein huidzorg duidelijker te positioneren is een goede wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van huidzorg professionals essentieel. Het ontwikkelen van een breed gedragen kennis-/ onderzoeksagenda is hiervoor een belangrijk middel.

De doelen van deze agenda zijn:

1. Het stimuleren en initiëren van relevant wetenschappelijk onderzoek naar huidzorg dat leidt tot een betere onderbouwing en hogere kwaliteit van het professioneel handelen bij het verlenen van paramedische huidzorg.
2. Het bevorderen van samenwerking binnen huidzorg onderzoek.

Graag vragen we u bijgevoegd vragenlijst in te vullen, deze dient ter inventarisatie en wordt gebruikt voor het opstellen van de kennis-/ onderzoeksagenda Huidtherapie. Het invullen van de vragenlijst duurt tussen de 15 en 30 minuten afhankelijk van het aantal kennisproblemen dat u uitwerkt (maximaal 3 problemen). De uitwerking van die kennisproblemen zijn belangrijk want deze leveren onderzoeksvragen op voor de kennisagenda.

Wij vragen diverse betrokkenen en belanghebbenden bij huidzorg vragenlijsten in te vullen. Later in dit proces worden alle partijen die input hebben geleverd nog een keer benaderd, om na deze eerste inventarisatie te komen tot een goede prioritering van de kennishiaten en vaststelling van de uiteindelijke kennis-/ onderzoeksagenda. De definitieve kennis-/ onderzoeksagenda Huidtherapie zal bepalend zijn bij de verdeling van subsidiegelden.

Wij verzoeken u om de vragenlijst binnen twee weken in te vullen. Meer informatie over de kennisagenda kunt u vinden op de website zoals vermeld in de ontvangstbevestiging.

Alvast hartelijk dank voor het invullen.

Dr. Esther Tjin
Dr. Mark F.R. Vondenhoff

Bijlage 5: Vragenlijst inventarisatie kennishiaten voor zorgverleners

Vragenlijst zorgverleners

1. Wat is uw beroep? *

2. Verleent u zelf huidzorg voor huidproblemen of huid gerelateerde klachten? *

- Ja
- Nee

Kennisprobleem 1 op het gebied van huidzorg

Beschrijf hier kennisprobleem 1 op het gebied van huidzorg *

3. Voor welke doelgroep is dit een probleem? *

- Kinderen
- Volwassenen
- Ouderen
- Anders:

4. Wie is er betrokken bij dit kennisprobleem? *

- patiënt
- huisarts
- paramedicus
- medisch specialist
- overige zorgverleners
- zorgverzekeraar
- leverancier / fabrikant zorgproducten of zorgdiensten
- overheid / gemeente
- Anders:

5. In hoeverre speelt de huidtherapeut een rol bij dit kennisprobleem? *

6. Wat moet er specifiek worden onderzocht om ervoor te zorgen dat er meer kennis komt, en waarom is dat belangrijk? *

7. Indien het een interventie betreft, geef dan aan om welk huidprobleem/-klacht en patiëntengroep het gaat.

8. Wat moet het resultaat zijn van het onderzoek? *

9. Waarom is dit onderzoek volgens u urgent? *

10. Onder welk thema valt dit onderzoek? *

- Patiënt gerichte zorg en ondersteuning (Bijvoorbeeld Vraaggestuurde zorg, Shared decision making, Kwaliteit van Leven)
- Zinnige en zuinige zorg (Bijvoorbeeld Doelmatigheid en doeltreffendheid, Interdisciplinair en interprofessioneel samenwerken, Kwaliteit van zorg, Monitoring, Preventie, nazorg & ketenzorg)
- Zorg op Maat (Bijvoorbeeld Empowerment van de patiënt, Zelfzorgmanagement van de patiënt)
- Slimmere zorg (Bijvoorbeeld Technologie en innovatie, e-Health/zorg op afstand)
- Anders:

Volgende kennisprobleem / afronden *

- Ik wil nog een kennisprobleem in kaart brengen
- Ik wil de vragenlijst afronden

Bijlagen

Bijlage 6: Lijst stakeholders benaderd voor vragenlijst inventarisatie kennishiaten Huidtherapie

Patiëntenverenigingen en –organisaties (n=21)

Alopecia Vereniging (AV)
Borstkankervereniging Nederland (BVN)
Chronische Polymorfe Licht Dermatose (CPLD Vereniging Ons Licht)
Gorlin Groep
Hidradenitis Patiënten Vereniging (HPV)
Huidpatiënten Nederland (HPN)
Lichen Planus Vereniging Nederland (LPVN)
Nederlandse Hyperhidrosis Vereniging (NHPV)
Nederlands Netwerk voor Lymfoedeem & Lipoedeem (NLNET)
Nederlandse Vereniging voor Mensen met een Wijnvlek of Sturge-Weber Syndroom (Nv WSWs)
Nederlandse Vereniging voor mensen met de ziekte Epidermolysus Bullosa
Patiëntenvereniging HOOFD-HALS
Patiëntenplatform Urticaria
Psoriasis Nederland
Psoriasis Vereniging Nederland (PVN)
Stichting Lichen Sclerosus
Stichting Melanoom
Vereniging van Mensen met Brandwonden (VMB)
Vereniging voor mensen met Constitutioneel Eczeem (VMCE)
Vereniging voor Ichthyosis Netwerken (VvIN)
Vitiligo.nl

Beroepsorganisaties (n=13)

Dutch Aesthetic Laser Association (DALA)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlandse Vereniging van Dokterassistenten (NVDA)
Nederlandse Vereniging voor Brandwondenzorg (NVBZ)
Nederlandse Vereniging Voor Cosmetische Chirurgie (NVVCC)
Nederlandse Vereniging voor Cosmetische Geneeskunde (NVCG)
Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)
Vereniging Samenwerkende Brandwondencentra Nederland (VSBN)
V&VN Dermatologie

Nederlandse Vereniging Cosmetische Dermatologie (NVCD)
Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)

Overige stakeholders

Alumni Huidtherapie Hogeschool Utrecht
Alumnivereniging Huidtherapie Haagse Hogeschool
Caresq
CZ
DSW
Menzis
VGZ
Zilveren Kruis
Zorg en Zekerheid

(Gast)docenten, onderzoekers, hoogleraren en lectoren verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, Haagse hogeschool, Hogeschool Utrecht, Martini ziekenhuis Groningen, Radboudumc, Rode kruis ziekenhuis Beverwijk

Bijlagen

Bijlage 7: Overzicht van aangeleverde onderzoeksvragen

1. Oedeem	
Kennishiaat nr. (n=15)	Kennishiaat/onderzoeksvraag
1.1	Hoe kan de patiënt effectief en kosteneffectief begeleid worden bij oedeemproblematiek, rekening houdend met leefsituatie en mogelijk zelfmanagement?
1.2	Wat is het effect van huidtherapeutische behandelingen bij lymfoedeem en bij lymfoedeem in combinatie met (verkleefde) littekens [bespreek mogelijke relevante behandelingen): 1) korte / lange rek zwachtels, 2) lymfe (kinesio) taping, 3) endormologie (LPG, 4) Fascia-technieken, 5) MLD, 6) fill en flush MLD, 7) zuurstoftherapie, 8) TEK, 9) sleeve massage, 10) deep oscillation, 11) thorax bandage, 12) lipografting, 13) medical tape, 14) jovi pak en/of v-flex] al dan niet in combinatie met ademhalingsoefeningen, 15) bewegen of sporten onder begeleiding die afwijken van de richtlijn lymfoedeem op meetuitkomsten [maak hierbij een keuze uit voor de huidtherapie relevante meetuitkomsten: oedeem, mobiliteit (soepelheid van pees)], gerapporteerde klachten van de patiënt [maak hierbij een keuze uit voor de huidtherapie relevante gerapporteerde klachten: pijn, jeuk, overgevoeligheid, terugkeer van gevoel, druk, soepelheid van litteken] en kwaliteit van leven (psychische / emotionele, sociaal-economische factoren)?
1.3	Wat is het effect van een combinatie van een praktijkbehandeling van lymfoedeem in de arm waarvan de huid is bestraald door middel van massage en een thuisbehandeling door een mantelzorger die les heeft gekregen op de omvang van het oedeem vergeleken met de standaardtherapie van huidtherapeuten?
1.4	Wat is het effect van cosmetische huidbehandelingen in aanvulling op de standaard oedeem behandeling voor het verbeteren van esthetische aspecten na een ondergane kankerbehandeling op de kwaliteit van leven van patiënten?
1.5	Wat is het effect van intensievere controle op terugkeren van kanker en psychologische begeleiding gericht op angst voor het eventuele terugkeren van kanker in aanvulling op de standaard oedeem behandeling op de kwaliteit van leven van patiënten?
1.6	Wat is het effect van de behandeling van lymfoedeem na borstkanker door middel van manuele lymfedrainage en de aanleg van een lymfoveneuze anastomose gecombineerd met een TEK en behandeling door middel van lymfapress op de omvang van het oedeem vergeleken met de standaardtherapie gegeven door huidtherapeuten?

1.7	Wat is het effect van de therapie van oedeem in borst, tussenribspier en schouderblad en een droge huid na bestraling en chemo door middel van massage waarbij er ook crème wordt voorgeschreven en een bh die niet in de zwellingen gaat knellen op de omvang van het oedeem en de hydratatie van de huid vergeleken met de standaardtherapie van oedeemfysiotherapeuten
1.8	Welke (effectieve) zelfzorginterventies zijn er bij lymfoedeem?
1.9	Op welke wijze dienen huidtherapeuten bij de actualisatie van de richtlijn lymfoedeem betrokken te worden om tot een betere rolverdeling in de behandeling van lymfoedeem te komen?
1.10	Hoe kan er duidelijkheid en eenheid in de verwijzingen voor TEK worden bereikt? (open verwijzing, SVMT, etc)
1.11	Welke alternatieve behandeling voor de huidtherapeutische behandeling van secundair oedeem t.g.v. borstkanker door middel van manuele lymfdrainage, inzwachtelen, armkous en corrigerend hemd die thuis kan worden gegeven en waardoor de sociale omgeving van de patiënt minder wordt belast zorgt voor minder beperkingen in de mobiliteit en huidverzorging en minder irritaties door gebruikte middelen
1.12	Wat is de oorzaak van het fenomeen lipoedeem?
1.13	Wat is het effect van liposuctie op lange termijn bij lipoedeem?
1.14	Wat is de effectiviteit op korte en lange termijn van (niet-chirurgische) behandelinterventies zoals MLD, TEK, endermologie (LPG), compressietherapie, trampolines (al dan niet in combinatie) en (psychologische) begeleidingsinterventies bij lipoedeem die worden uitgevoerd vóór, tijdens en na het behandeltraject al dan niet in een interdisciplinaire setting?
1.15	Wat is er nodig om een duidelijk protocol op te stellen waarin staat wat de huidtherapeut kan betekenen voor iemand met lipoedeem en hoe lang iemand met lipoedeem onder behandeling mag blijven (met verschillende gradaties)?

2. Wond

Kennishiaat nr. (n=12)	Kennishiaat
2.1	Geneest een wond eerder met of zonder oedeemtherapie? En hoeveel sneller geneest een wond als oedeem verdwenen is?
2.2	Wat is de effectiviteit van de verschillende wondzorgproducten, in relatie tot kosteneffectiviteit en -efficiëntie?
2.3	Wat is de optimale behandeling voor ulcus cruris met welke compressie?
2.4	Wat is de invloed van huidverzorging van de wondomgeving op de wondgenezing?
2.5	Hoe kan de wondzorgtraject efficiënter worden ingericht zodat onnodig en langdurig wondzorg voorkomen kan worden?
2.6	Wat is het effect van oedeemtherapie bij wonden, m.n. adequate compressietherapie en lymfdrainage?
2.7	Wat is het effect van psychologische hulpverlening bij patiënten met open wonden op het verminderen van psychische klachten en de patiënttevredenheid over de geboden huidzorg?
2.8	Hoe kan betere verwijzing van patiënten met wondzorg bevorderd worden door samenwerking met zorgprofessionals?
2.9	Hoe kan betere verwijzing van patiënten met wondzorg bevorderd worden door samenwerking met zorgprofessionals?
2.10	In welke mate kan een aanwezig eerstehulp pakket wondmaterialen bij dragen dat er zo min mogelijk weefsel verlies is na het ontstaan van een skintear?
2.11	Op welke wijze kan de snelheid van hulpverlening bij trekkende wonden verbeterd worden bij de patiëntenreis van patiënten met eczeem met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren?
2.12	Wat is een effectieve en kosteneffectieve combinatietherapie voor patiënten met zowel wonden als oedeem?

3. Acneïforme dermatosen

Kennishiaat nr. (n=14)	Kennishiaat
3.1	Kunnen door middel van inventarisatie van resultaten van acne behandelingen zorgprofielen worden opgesteld?
3.2	Wat is de effectiviteit van zuren, chemische peeling, LED licht en/of laser en microdermabrasie in de behandeling van acne?
3.3	Zou een sneller aanpak en het gebruik van weinig tot geen medicatie kunnen leiden tot afname of vermindering acne (klachten)?
3.4	Wat is de ervaring van de patiënt in het acne zorglandschap en zorgpad?
3.5	Kan er een software portaal ontwikkeld worden of een systeem in het bestaande patiëntendossier met acne anamnese waar de acnepatiënt gevolgd kan worden i.v.m. uitwisseling effecten, vorderingen op kwaliteit van leven?
3.6	Wat is de effectiviteit huidtherapie t.o.v. effectiviteit medicamenteuze behandeling door (huis)arts? Is het voor de acnepatiënt beter om eerst door een huidtherapeut behandeld te worden voor acne voor er gestart wordt met medicatie voor acne?
3.7	Wat is het effect en de effectiviteit van 1) uitreinen van de acnelaesies, 2) dieptereiniging in combinatie met (glycolzuur)peelings + effect in combinatie met huidverzorgingsproducten?
3.8	Welke interventies passen huidtherapeuten toe bij Hidradenitis Suppurativa en zijn deze effectief? In hoeverre werken huidtherapeuten samen met artsen aan HS?
3.9	Hoe en in welke mate draagt een acnebehandeling bij aan de kwaliteit van leven van de patiënt?
3.10	Wat is het effect van de behandeling van rosacea door middel van antibiotica en zalf op rosacea gerelateerde klachten vergeleken met de standaardtherapie?
3.11	Wat is de invloed van voeding en lifestyle op acne?
3.12	Is het verwijderen van pustels beter voor de huid of volstaat alleen peeling, lichttherapie of orthomoleculaire voedingssupplementen?

3.13	Wat is een effectieve en kosteneffectieve niet-chirurgische, niet- medicamenteuze behandelmethode voor rosacea?
3.14	Wat is een effectieve en kosteneffectieve niet-chirurgische, niet- medicamenteuze behandelmethode voor acnelittekens?

4. Littekens

Kennishiaat nr. (n=12)	Kennishiaat
4.1	Wat is/zijn de beste littekenbehandeling(en) als het gaat om verkleefd, pijnlijk littekens?
4.2	Wat is de oorzaak van keloidvorming en hoe kan dit voorkomen worden?
4.3	Welke huidtherapeutische interventies zijn effectief in het verminderen van littekens t.g.v. brandwonden (o.a. endermologie, oedeemtherapie, littekenmassage)?
4.4	Welke interventies zijn het meest effectief in de behandeling van verschillende soorten littekens? Met welke littekenuitkomsten?
4.5	Welke aanpassing aan de standaard oedeemtherapie zorgt voor een positief lange termijn effect op de omvang van het oedeem en de soepelheid van het littekenweefsel na borstampuatie en reconstructie?
4.6	Wat is het effect van een combinatie van bindweefselmassage, DOS therapie en massage pad op de soepelheid van het litteken dat is ontstaan door sclerosering na amputatie en ten gevolge van bestraling vergeleken met de standaardbehandeling gegeven?
4.7	Wat is het effect van een massagebehandeling van littekens, littekenweefsel en lymfoedeem op de omvang van het oedeem en op litteken gerelateerde klachten?
4.8	Op welke wijze kan 1) het tijdstip van informeren over mogelijke littekenklachten als gevolg van bestralingen en chemo worden vervroegd 2) de wijze van informatievoorziening over mogelijkheden huidtherapeutische interventies bij littekens, oedeem, medische kennis, esthetische aspecten, 3) de wijze van informeren worden verbeterd bij de patiëntenreis bij littekens met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen?

4.9	Wat is het effect van losstrekken van verkleefd littekenweefsel ontstaan door operaties en bestraling en van medical taping, deep oscillation en andullatietherapie op litteken gerelateerde klachten vergeleken met standaard therapie voor deze klachten?
4.10	Wat is een effectieve behandelmethode bij een pijnlijk litteken waarbij opnieuw losmaken geen optie is voor het verminderen van de pijnklachten vergeleken bij de standaardtherapie?
4.11	Hoe kan de huidtherapeut de patiënt begeleiden in psychische problematiek bij het hebben van (veelal lelijk) littekens?
4.12	Wat is de effectiviteit en kosteneffectiviteit van laser, EBD, microneedling en endermologie bij de behandeling van littekens?

5. Oncologie

Kennishiaat nr. (n=14)	Kennishiaat
5.1	Welke kosteneffectieve en preventieve interventies kunnen ingezet worden om het gedrag van mensen te beïnvloeden ter voorkoming van huidkanker?
5.2	Hoe kan de positie van de huidtherapeut in de eerstelijnszorg worden versterkt en afgebakend op het gebied van huidziekten en huidkanker?
5.3	Hoe kan een risicoanalyse bij zon beschadigde huid zorgen voor snellere opsporing huidkanker?
5.4	Wat is de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een combinatie van teledermatologie en telehuidtherapie bij het naar de doorverwijzen van een patiënt naar de juiste zorgverlener om zo huidkanker sneller te laten ontdekken en te behandelen door een dermatoloog.
5.5	Wat is nu de meerwaarde van de huidtherapeut in het de zorg rondom huidkanker patiënten, behalve het geven van voorlichting over zonbescherming?
5.6	Welke (stoffen die aanwezig zijn in) crèmes zijn schadelijk voor de huid en de gezondheid van (specifieke) huidpatiënten?

5.7	Wat is de effectiviteit en kosteneffectiviteit van het meteen dragen van een drukpak bij het voorkomen of verminderen van fibrose en andere bestralingsschade?
5.8	Welke schadelijke bijwerkingen die verbeterd kunnen worden door middel van huidtherapeutische behandelingen treden op welk moment op in de huid en onderliggende lagen na bestraling door middel van radiotherapie?
5.9	Door middel van welke (te ontwikkelen) tools kan huidkanker eerder gesignaleerd worden in de etnische huid?
5.10	at is de meest effectieve behandeling die zonder risico op complicaties kan worden ingezet voor ongewenste haargroei op een diepflap reconstructie?
5.11	Welke aanpassingen aan de patiëntenreis van de patiënt die mogelijk huidkanker heeft, de taakverdeling van huidzorg verleners en de logistiek zijn er nodig om het aantal huidscreenings op huidkanker te kunnen verveelvoudigen in Nederland?
5.12	Welke determinanten van risicogedrag voor (huid)kanker kunnen in de huidtherapeutische praktijk worden vastgesteld tijdens het huidtherapeutisch handelen met het doel om patiënten beter en sneller te adviseren ten aanzien van een gezonde leefstijl?
5.13	Welke huidtherapeutische interventies kunnen al voorafgaand aan een (chirurgische) oncologische ingreep worden ingezet om de kans op complicaties en bijwerkingen als gevolg van de ingreep te verminderen?
5.14	Welke huidverzorging is effectief en kosteneffectief tegen (symptomen van) late bestralingsschade?

6. Eczeem/droge huid/jeuk/pijn

Kennishiaat nr. (n=14)	Kennishiaat
6.1	Kan er een vragenlijst worden ontwikkeld voor patiënten m.b.t. jeukklachten?
6.2	Hoe kan jeuk en uitdroging van de huid bij oudere cliënt voorkomen/verminderd worden?
6.3	Welke instructies zijn er om hypostatisch eczeem te herkennen en te behandelen?
6.4	Hoe kan gerichter advies over verschillende emollentia voor verschillende leeftijden en huidtypen worden gegeven?
6.5	Hoe kan zelfmanagement van de patiënt met eczeem beter ingezet worden?
6.6	Wat is de meest effectieve (combinatie) behandeling voor een (zeer) droge huid, bijv. op huid transplantaten en jeuk?
6.7	Op welke wijze kan de selectie van de meest geschikte basiszalf voor medicatie, het aanleren van zelfmanagement, het invoeren van preventieve maatregelen, het informeren over leefregels en psychosociale hulp verbeterd worden bij de patiëntenreis van patiënten met eczeem met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren?
6.8	Wat is de effectiviteit van een laserbehandeling voor vaten advies bij eczeem op eczeem gerelateerde klachten vergeleken met een standaardtherapie inclusief advies?
6.9	Op welke wijze kan de snelheid van hulpverlening bij trekkende wonden verbeterd worden bij de patiëntenreis van patiënten met eczeem met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren?
6.10	Wat is de meest effectieve combinatie behandeling voor pijn?
6.11	Wat is het effect van een combinatie van lichttherapie, medicatie en zalf bij lichen planus, psoriasis, eczeem en lichen sclerosus op jeuk, branderig gevoel en pijn klachten vergeleken met de standaardtherapie?
6.12	Welke huidtherapeutische behandelmogelijkheden zijn er voor het tegelijkertijd behandelen van jeuk, verkleuringen en pijn?
6.13	Welke behandelingen zijn effectief in het verlichten van jeukklachten, die door een huidtherapeut gebruikt kan worden?

6.14	Op welke manieren kan meer kennis overdracht en samenwerking met de huisartsen op het gebied van slechte mobiliteit, gevolg dependency syndroom en orthostatisch eczeem bij ouderen en gehandicapten worden bevorderd?
-------------	--

7. Pigmentstoornissen	
Kennishiaat nr. (n=10)	Kennishiaat
7.1	Hoe kan de patiënt met pigmentproblemen (o.a. vitiligo) beter begeleid worden bij de verwerking van de diagnose, ziektelast/psychisch functioneren en geadviseerd worden bij hun keuze voor optimale behandelmogelijkheden (bv. camouflage-, lichttherapie) t.b.v. verhogen van de tevredenheid en kwaliteit van leven van de patiënt?
7.2	Wat is het effect van additionele psychologische hulpverlening op de standaardtherapie voor vitiligo op het voorkomen van psychische klachten?
7.3	Wat is het effect van 1) behandelmogelijkheden in het algemeen,; 2) orale medicatie in combinatie met zalven en lasertherapie, 3) lichttherapie in combinatie met microtransplantatie, 4) lichttherapie al dan niet in combinatie met camouflage, op vitiligo gerelateerde klachten vergeleken met de standaardtherapie?
7.4	Op welke wijze kan het geven van voorlichting en het thuis behandelen door middel van gedeeltelijk zelfmanagement worden georganiseerd bij de patiëntenreis bij vitiligo met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren?
7.5	Op welke wijze kan het monitoren en doorverwijzen van patiënten die zowel leiden aan vitiligo als aan depressieve klachten worden verbeterd bij de patiëntenreis bij vitiligo met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren?
7.6	Wat is het effect van psychologische hulpverlening bij vitiligo patiënten en voorlichting over vitiligo problemen op het verminderen van psychische klachten en emotionele schade en de patiënttevredenheid over de geboden huidzorg?
7.7	Hoe kan huidzorg technologieën worden ingezet om een goede risico inschatting te maken, de gevolgen in kaart brengen in een grotere context (kwaliteit van leven, financieel, afhankelijkheid van de technologie, veiligheid omgeving, privacy implicaties, informatie veiligheid, etc.), alternatieven, betrokken partijen, beschikbaarheid.

7.8	Op welke wijze kan het effectief behandelen van jeuk, het adviseren ten aanzien van beschermingsmiddelen tegen de zon en hydratatiemiddelen en het adviseren ten aanzien van het zoeken van ontspanning worden verbeterd bij de patiëntenreis bij vitiligo met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren?
7.9	Op welke wijze kan het verstrekken van relevante informatie over voeding bij vitiligo en de wijze waarop er geluisterd kan worden en gezorgd kan worden voor vitiligo patiënten worden verbeterd bij de patiëntenreis bij vitiligo met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren?
7.10	Wat is per pigmentstoornis (post-inflammatoire hyper pigmentatie, melasma) de meest effectieve en kosteneffectieve niet-medicamenteuze behandelmethoden (zonbescherming, bleken) met gebruikmaking van welke huidzorg technologie (licht en lasertechnieken, blekende producten, chemische peelings, trippeltherapie)?

Overige	
Kennishiaat nr. (n=17)	Kennishiaat
8.1	Wat is de effectiviteit van lasertherapie op de behandeling van Sinus Pilonidalis?
8.2	Wat is het effect van laserontharing en behandeling met vaatlaser (nd:YAG 1064nm of PDL) op het voorkomen van recidief en voorkomen van operatief ingrijpen op de behandeling van Sinus Pilonidalis?
8.3	Wat is kostenefficiënter lasertherapie vs operatie (zkh OK, personeel, wondzorg, thuiszorg wondspoeling, verbandmiddelen enz) op de behandeling van Sinus Pilonidalis.
8.4	Welke (niet-medicinale) huidtherapeutische behandelingen voor patiënten met sclerose zijn effectief en kosteneffectief?
8.5	Op welke wijze dient huidtherapeutische zorg voor patiënten met sclerose geïntegreerd te worden om de kwaliteit van leven en patiënttevredenheid te vergroten?
8.6	Op welke wijze kan de kwaliteit van zorg tijdens de gehele patiëntenreis van de patiënt met urticaria verbeteren met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen?
8.7	Op welke wijze kan de kwaliteit van zorg tijdens de gehele patiëntenreis van de patiënt met huidproblemen als gevolg van allergie verbeteren met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen?

8.8	Op welke wijze kan de kwaliteit van zorg tijdens de gehele patiëntenreis van de patiënt met huidproblemen als gevolg van histamine intolerantie verbeteren met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen?
8.9	Wat is het effect van behandeling met vitamine A-zuur en zalven en crèmes gecombineerd op controle op mogelijke onttaarding op lichen planus gerelateerde klachten vergeleken met de standaardtherapie?
8.10	Op welke wijze kan de [niet-medicamenteuze] behandeling van lichen sclerosus worden aangepast om pijnklachten, jeuk en het negatieve effect van de behandeling op het lokale gevoel (atrofie, pijn, jeuk, branderigheid, overgevoeligheid, gevoelsloosheid) van de patiënt te verminderen?
8.11	Op welke wijze kan de kwaliteit van zorg tijdens de gehele patiëntenreis van de patiënt met huidproblemen als gevolg van lichen sclerosus verbeteren met het doel om de patiënttevredenheid te verbeteren en de kwaliteit van leven te verhogen?
8.12	Wat is per (type) peeling het lange termijn effect?
8.13	Welke potentiële complicaties kunnen op korte en lange termijn optreden na een huidtherapeutische behandeling met een high-energy based device bij welke omstandigheden (gerelateerd aan ziekten, medicatie en bijwerkingen)?
8.14	Welke (te ontwikkelen) effectieve en kosteneffectieve praktische tools kunnen door huidzorgprofessional ingezet worden bij het signaleren en verbeteren van psychosociale klachten?
8.15	Hoe kan er meer aandacht voor de psychosociale kant van huidaandoeningen worden gegeven in de huidzorg?
8.16	Op welke wijze en door middel van welke tools kan in de huidtherapeutische praktijk de juiste keuze gemaakt worden ten aanzien van cosmetische behandelingen bij het behalen van lange termijn resultaten?
8.17	Welke (te ontwikkelen) praktische en haalbare interventies zijn effectief en kosteneffectief voor het doorbreken van stigma rond psoriasis?



Postadres T 026 - 320 04 08
Postbus 220 6900 AE Zevenaar E info@huidtherapie.nl

Bezoekadres W www.huidtherapie.nl
Ringbaan Zuid 8 6905 DB Zevenaar W nvh.huidtherapie.nl

© 2018 NVH

Alle rechten voorbehouden

Niets uit deze uitgave mag verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk of kopie of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten te Zevenaar (NL).