

Dermatologie in beweging

Dr. J. van Everdingen, dermatoloog, bureaudirecteur, R. van der Waal, dermatoloog, E. de Jong, dermatoloog, R. Mommers, dermatoloog, P. Steijnen, dermatoloog, voorzitter

Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, Utrecht

De dermatologie is met ongeveer 350 beroepsbeoefenaren een medisch specialisme dat zich in brede zin richt op de diagnostiek en behandeling van huidziekten, en van oudsher ook van geslachtsziekten. De geslachtsziekten werden vroeger 'gedomineerd' door gonorrhoe en syfilis, maar omvatten tegenwoordig een veel breder terrein van aandoeningen, zoals chlamydia, herpes, hepatitis-B en -C en hiv-infectie. In dat kader spreekt men liever van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Dat werkterrein wordt inmiddels echter niet alleen door de dermatoloog bestreken, maar ook door andere specialisten. Bovendien hebben de GGD-en met steun van de overheid een belangrijk deel van het werk naar zich toegetrokken. Vandaar dat de meeste dermatologen zich niet meer voluit dermatovenereoloog noemen. Behalve een geruisloze (niet-officiële) naamsverandering heeft het vak ook inhoudelijk een ander gezicht gekregen.

Wat doet een dermatoloog?

Vroeger was dermatologie vooral een kijkvak met een groot aantal patiëntcontacten, uitgevoerd door een solistisch werkende specialist. Tegenwoordig is het voor een belangrijk deel ook een doevak, met veel verschillende soorten samenwerkingsverbanden. Van oudsher kent de dermatoloog besprekingen met de patholoog. Daar zijn steeds meer vormen van overleg en het gezamenlijk behandelen van patiënten bijgekomen. Voorbeelden zijn de multidisciplinaire oncologiebesprekingen met de KNO, plastische chirurgie en radiotherapie, een multidisciplinair spreekuur met internist, orthopeed en revalidatiearts voor de diabetische voet, besprekingen met de internist/reumatoloog en immunoloog voor systeemziekten (bijvoorbeeld sclerodermie en LE) en psoriasis, besprekingen met de chirurg voor veneuze vaatproblematiek en met de kinderarts/-neuroloog en de klinisch geneticus voor kinderdermatologie en genodermatologie. Naast de fysische diagnostiek en het voorschrijven van medicamenteuze behandelingen vinden tijdens het spreekuur diagnostische en therapeutische verrichtingen plaats. Functieonderzoek wordt veelal uitgevoerd op de polikliniek. Veruit het meeste werk gebeurt poliklinisch. De dermatologische polikliniek is ruimtelijk en organisatorisch een functionele eenheid waar patiënten efficiënt kunnen

worden onderzocht en behandeld. De veelzijdigheid van het dermatologische spreekuur verleent de polikliniek een dynamisch karakter.

De diversiteit van huidziekten en huidafwijkingen is zeer groot. Het betreft zowel aangeboren als verworven aandoeningen, goedaardige en kwaadaardige gezwellen, huidinfecties (waaronder soa), inflammatoire ziekteprocessen, allergische aandoeningen, beschadigingen van de huid door omgevingsfactoren, gevolgen van chronische veneuze insufficiëntie aan de benen, lymfoedeem, proctologische klachten, chronische wonden, psychodermatosen en cosmetische afwijkingen.

Deelgebieden

De dermatologie kent een flink aantal deelgebieden. Enkele daarvan zijn de volgende.

- *Dermato-oncologie*: met name diagnostiek en behandeling van de immer nog stijgende incidentie van basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom en melanoom. Ook potentiële voorlopers van huidkanker zoals actinische keratosen (figuur 1) en de ziekte van Bowen (plaveiselcelcarcinoom in situ) worden tot dit vakgebied gerekend.

Figuur 1
Actinische keratosen



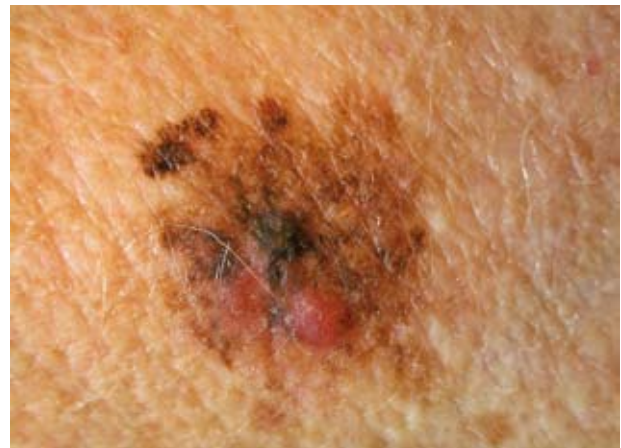
Deze kunnen met de modernste technieken, bijvoorbeeld fotodynamische therapie, worden behandeld.

- **Flebologie:** met name diagnostiek en behandeling van varices, ulcus cruris en lymfoedeem. De ontwikkeling van compacte duplexapparatuur heeft voor de dermatoloog niet alleen de mogelijkheid gecreëerd van betere diagnostiek, maar ook minimaal invasieve moderne technieken in de dermatologie geïntroduceerd. Onder duplexgeleide worden echosclerocompressie en endovenieuze coagulatie van varices (door laser of radiofrequentie) nu op veilige wijze toegepast in een poliklinische setting.
- **Allergologie en arbeidsdermatologie:** met name diagnostiek en behandeling van allergisch en irriterend contacteczeem en bijwerkingen van geneesmiddelen. De dermatoloog speelt een belangrijke rol bij de diagnostiek, behandeling en advisering van arbeidsgerelateerde huidaandoeningen.
- **Soa:** hiertoe behoren naast de klassieke geslachtsziekten zoals syfilis en gonorrhoe ook diverse andere infectieuze aandoeningen zoals herpes, chlamydia en condylomata acumina.
- **Inflammatoire dermatosen:** met name eczeem en psoriasis, maar uiteraard bijvoorbeeld ook lichen planus, granuloma annulare, lupus erythematosus en vasculitis.
- **Fotodermatologie:** enerzijds betreft dit diagnostiek van huidaandoeningen die door zonlicht worden beïnvloed of veroorzaakt, anderzijds ook behandeling van huidaandoeningen die met behulp van licht(foto)therapie kunnen worden verbeterd.
- **Operatieve dermatologie:** dit onderdeel van de dermatologie omvat diverse ingrepen waarbij de dermatoloog het mes hanteert voor excisies van zowel maligne aandoeningen (onder andere basaalcelcarcinoom en melanoom, figuren 2 en 3) als benigne afwijkingen (zoals

Figuur 2
Basaalcelcarcinoom



Figuur 3
Melanoom



epidermoïdcysten, lipomen en dermale naevi), inclusief aansluitende huidtransposities en -transplantaties voor herstel van huiddefecten die ontstaan na excisie van een primaire tumor. Ook curettage en elektrocoagulatie van eenvoudige benigne laesies kunnen tot de operatieve dermatologie worden gerekend.

- **Proctologie:** dit vakgebied omvat de diagnostiek en behandeling van afwijkingen in de proctos, waarvan hemorrhoiden de grootste groep vormen. Echter, ook afwijkingen van het anoderm behoren tot het domein van de proctologie.
- **Kinderdermatologie en genodermatologie:** huidziekten bij kinderen verdienen een specifieke benadering. Bovendien zijn er huidziekten die alleen of vooral op de kindereleeftijd voorkomen. De genodermatologie houdt zich bezig met monogeen erfelijke huidziekten en syndromen waarbij de huidafwijkingen vaak van diagnostisch belang zijn. Een derde van de syndromen gaat gepaard met huidafwijkingen.

Prevalentie, incidentie en ziektelast van huidaandoeningen

Vóórkomen

In de algemene bevolking doen zich veel meer gezondheidsproblemen voor dan de problemen die artsen zien bij hun patiënten. Dit geldt ook voor huidaandoeningen. Uit onderzoek blijkt dat huidklachten relatief vaak voorkomen. Bij een onderzoek onder mensen die gedurende een maand een dagboek bijhielden, gaf 5% aan een of meer dermatologische problemen te hebben gehad. In de lijst van meest genoemde kwalen kwam eczeem op de negende plaats, na spierpijn, hoofdpijn, verkoudheid, buikpijn en dergelijke. Van de dermatologische klachten werd 15% aan de huisarts voorgelegd. Daarbij gaat het meestal om: moedervlekken, constitutioneel eczeem, ouderdomswratten, psoriasis, seborroïsch eczeem, acne en varianten, spataderen, wratten, zonbeschadigingen, huidkanker, infecties (schimmels) en galbulten (netelroos).

Zowel de Nijmeegse Continue Morbiditeitsregistratie als de tweede Nationale Studie van het Nivel biedt gegevens over de verdeling van een aantal huidaandoeningen in de huisartsenpraktijk. Dat levert min of meer dezelfde top 10 op.

Ziektebelasting en ziektebelasting

Naast frequentie van voorkomen geven ook de ziektebelasting en de ziektebelasting enig idee van de betekenis die huidaandoeningen hebben. Enkele jaren geleden werd door onderzoekers uit Nijmegen in opdracht van de Stichting Nationaal Huidfonds een schriftelijke enquête verricht onder patiënten met huidaandoeningen. Daarin werd hun gevraagd vragenlijsten in te vullen over de gevolgen van hun huidaandoening voor het dagelijks leven. De helft van de patiënten rapporteerde klachten met betrekking tot jeuk en vermoeidheid, waarvan een kwart in ernstige mate. Het psychosociaal welbevinden van patiënten met een huidaandoening is – uitgedrukt in een score – gemiddeld lager dan in de algemene bevolking en komt overeen met die van andere chronisch, lichamelijke aandoeningen, zoals multipel sclerose en diabetes mellitus. Het psychosociaal welbevinden blijkt vooral samen te hangen met de ernst van de huidaandoening, de lichamelijke klachten en de aanwezigheid van comorbiditeit.

Diagnostiek en behandeling

De dermatoloog ziet vrijwel alle patiënten op de polikliniek, stelt zelf de diagnose, al of niet met hulponderzoek, en is meestal van begin tot eind zelf betrokken bij de behandeling. Dankzij de komst van dermatologische dagbehandelingscentra, die een breed scala van arbeids- en tijdsintensieve behandelmodaliteiten bieden, kunnen patiënten die in een poliklinische setting onvoldoende kunnen worden behandeld, toch adequaat worden geholpen. Terwijl amper 20 jaar geleden dermatologische patiënten nog op grote schaal langdurig moesten worden opgenomen, is het tegenwoordig slechts sporadisch noodzakelijk patiënten in het ziekenhuis op te nemen voor behandeling.

Naast de diagnostiek en behandeling van huidaandoeningen heeft de dermatoloog een belangrijke taak in het geven van voorlichting ter voorkoming van huidaandoeningen en het begeleiden en coachen van patiënten met een chronische inflammatoire dermatose. Met hulp van daartoe opgeleide dermatologische verpleegkundigen wordt tegenwoordig veel tijd en aandacht gegeven aan instructie en begeleiding.

Diagnostische onderzoeken

Aangezien de dermatoloog te maken krijgt met een scala van klachten en aandoeningen, worden verschillende soorten onderzoek verricht om de juiste diagnose te kunnen stellen. De meest voorkomende hiervan zijn: plakproeven om een allergie aan te tonen, het kalilooppreparaat voor opsporing van schimmels in huidschilfers, dermatoscopia voor gedetailleerde beoordeling van pigmentlaesies,

stansbiopsie of diagnostische wigexcisie voor pathologisch onderzoek, kweekonderzoek op bacteriën, virussen of schimmels, duplexonderzoek (dopplertechniek gecombineerd met echo) om de doorgankelijkheid in bloedvaten en eventueel terugvloed in aderen te bepalen, en natuurlijk diverse vormen van bloedonderzoek.

Naast *live* beoordeling op het spreekuur biedt nagenoeg iedere dermatologische praktijk in Nederland tegenwoordig de mogelijkheid tot *web-based* teledermatologische consultatie. Hiermee kan vanuit de eerste lijn eenvoudig beoordeling en therapeutisch advies worden gevraagd aan de dermatoloog door het uploaden van een foto van de afwijking bij de patiënt tezamen met een korte anamnese. Deze teleconsultatie is een eenvoudige manier om snel advies te krijgen en kan patiënten veel belasting besparen, bijvoorbeeld wat betreft reistijd of reisbezwaren op hogere leeftijd.

Behandeling

Voor dermatologische afwijkingen staat de behandelaar een scala van therapievormen ter beschikking: uitwendige medicatie, intraliesionale therapie, systemische medicatie, licht- en lasertherapie, cryotherapie, elektrocoagulatie, curettage, excochleatie, peeling (etsen), excisie, transplantatie, ambulante en (echo)sclerocompressietherapie, ambulante flebectomie, endoveneuze coagulatie (door middel van laser- of met radiofrequente techniek), lichttherapie, fotodynamische therapie en zelden nog radiotherapie. De keuze is uiteraard afhankelijk van de aard en uitgebreidheid van de aandoening, maar ook van de wensen van de patiënt. Enkele onderdelen van de behandeling worden hier vanwege de ontwikkelingen in de afgelopen jaren kort toegelicht.

Progressie en transitie van de dermatologie

Psoriasis is weliswaar nog steeds een chronische inflammatoire dermatose, maar deze wordt tegenwoordig actiever behandeld. Behalve lokale corticosteroiden, teerpreparaten, ditranol, lichttherapie en vitamine-D-analogen (calci(po)triol) wordt tegenwoordig ook intensievere therapie in dagbehandeling verricht om klinische opname te voorkomen. Naast middelen zoals methotrexaat, ciclosporine, retinoiden en fumaraten vormen de biologics een relatief nieuwe groep medicamenten binnen de dermatologie, waarvan vooral de patiënten met uitgebreide psoriasis profiteren.

Op het gebied van de premaligne dermatose actinische keratose en huidkanker is sterke vooruitgang geboekt vanwege de uitbreiding van het behandelarsenaal door de introductie van immunomodulerende lokale therapie (imiquimod) en fotodynamische therapie.

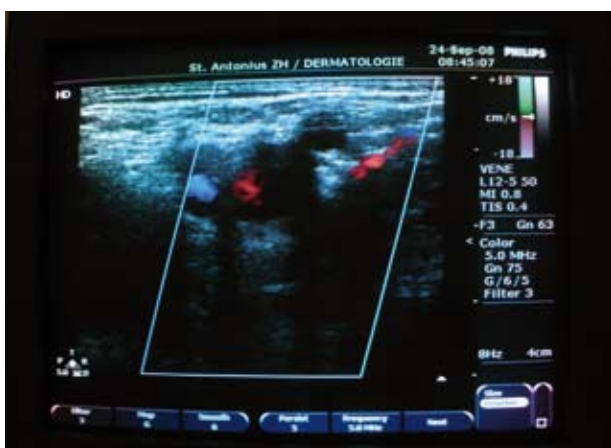
Met de sterk toenemende oncologische zorgvraag van dermatologiepatiënten, vanwege de snelle stijging van huidkanker en de vergrijzing van de bevolking, heeft een sterke ontwikkeling plaatsgevonden van de dermatochirurgie. Dit is een duidelijk voorbeeld van de transitie van het vak van dermatoloog, die in toenemende mate op zijn technische vaardigheden is aangewezen.

Ditzelfde geldt voor de flebologische zorg. Tegenwoordig is duplexonderzoek de gouden standaard bij de diagnostiek van varices (figuren 4 en 5). Veel dermatologen doen hier voor hun patiënten direct voordeel mee door een verbeterde diagnosestelling en een efficiëntere, veiligere behandeling. Die behandeling bestaat in toenemende mate uit minimaal invasieve technieken, bijvoorbeeld echogeleide schuim-sclerocompressietherapie. Daarnaast heeft mobiele duplexapparatuur het voor de dermatoloog mogelijk gemaakt in poliklinische setting stamvaricosen te behandelen met minimaal invasieve technieken zoals endoveneuze lasertherapie of met radiofrequentie. Deze interventies geven veelal geen tot minimale *down-time* of anderszins interferentie met het arbeidsproces, wat door de patiënt en de werkgever ook steeds meer wordt gevraagd en gewaardeerd.

Figuur 4
Ulcus cruris in stroomgebied van vena saphena magna



Figuur 5
Duplexbeeld van vena saphena magna liescrosse



Veel dermatologen voeren deze minimaal invasieve behandelingen zelf uit. Hierbij komt landelijk ook een tendens op gang van naar meer samenwerking met de vaatchirurgen. Daarmee verlaat de dermatologie de meer geïsoleerde plaats in het ziekenhuis richting een flebologisch samenwerkingsverband. Zo ontstaan door bundeling van ieders kennis en ervaring veneuze expertisecentra.

Richtlijnen en standaarden

Op het gebied van de dermatologie zijn reeds vele landelijke richtlijnen tot stand gekomen. De eerste officiële richtlijn – de melanoomrichtlijn – is alweer 25 jaar oud. Deze is inmiddels vele malen herzien door de landelijke melanoomwerkgroep, die uit de richtlijnwerkgroep is voortgekomen. De eerste NHG-Standaard verscheen in 1989. Vanaf dat moment publiceerde het NHG bijna elke maand een nieuwe richtlijn. Deze activiteit heeft samen met de ontwikkeling van de vakgroep huisartsgeneeskunde in belangrijke mate bijgedragen aan de volwassenwording van het huisartsenvak. De dermatologie neemt daarbij een belangrijke plaats in. Ongeveer 15% van de standaarden betreft dermatologische onderwerpen (tabel 1).

Ook voor de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) vormen de richtlijnen de hoeksteen van het kwaliteitsbeleid. De NVDV streeft ernaar dat 80% van de consulten in de dermatologie is ingebed in richtlijnen met kwaliteit van leven als belangrijke secundaire uitkomstmaat. Kwaliteitsbeleid begint primair bij de opleiding. De richtlijnontwikkeling kan hierbij een belangrijke rol vervullen (zie model NHG). Dit kan het best plaatsvinden in een cyclus van ongeveer vijf jaar. Dit tijdsbestek komt overeen met de duur van de opleiding en de gemiddelde periode van herzieningen van richtlijnen. Het cursorisch onderwijs, de nascholing en de patiënteninformatie sluiten hierop aan en kennen idealiter dus een soortgelijke cyclus. Visitatie en accreditatie zijn onlosmakelijk verbonden met richtlijnen en de naleving daarvan (indicatoren). Deze activiteiten hebben eveneens een cyclisch karakter.

De kwaliteit van de bovengenoemde activiteiten dient regelmatig door retrospectieve evaluatie te worden beoordeeld.

Doelstellingen

Zowel binnen de dermatologie zelf als in de maatschappij spelen actuele ontwikkelingen een rol, zoals toenemende vraag naar dermatologische zorg, toename van de complexiteit van de zorg en zorgzwaarte (door bijvoorbeeld comorbiditeit, uitgebreidheid van de huidaandoening, noodzaak van multidisciplinaire aanpak), veroudering van de populatie, toename van beschadiging van de huid door UV-straling, enzovoort. Op deze ontwikkelingen wil de NVDV anticiperen door het formuleren van een aantal doelstellingen. De vier, hierna genoemde, doelstellingen vormen het uitgangspunt voor het kwaliteitsbeleid.

Tabel 1
Overzicht richtlijnontwikkeling dermatologie

ONDERWERP	NVDV	NHG
Acne	In ontwikkeling	Tweede herziening 2007
Actinische keratosen	In ontwikkeling	
Basaalcelcarcinoom	2008	Eerste herziening 2007
Bacteriële huid-infecties		
Constitutioneel eczeem	2007	Eerste herziening 2006
Cutane allergologische diagnostiek bij geneesmiddelen-reacties	In ontwikkeling	
Decubitus	Tweede herziening 2009	1999
Dermatitis herpetiformis	2007	
Dermatocortico-steroiden	2001	
Dermatomyosen		Eerste herziening 2008
Dermatomyositis, polymyositis en sporadische <i>inclusion body</i> -myositis	2005	
Diabetische voet	Tweede herziening 2006	
Laserbehandeling en flitslamptherapie	2004	
Lymeborreliose	2004, herziening 2009	
Lymfoedeem	2006	
Melanoom van de huid	Derde herziening 2004	
Plaveiselcelcarcinoom	In ontwikkeling	
Psoriasis	Tweede herziening 2009	Eerste herziening 2004
Soa en herpes neotorum	Tweede herziening 2008	2004
Ulcus cruris	2005	Eerste herziening 2000
Varices	2006	
Vasculitis	In afronding (2009)	
Vitiligo	2006	

Richtlijnontwikkeling, visitatie, accreditatie en indicatoren als uitvloeisel van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid

De NVDV wil bijdragen aan de ontwikkeling van *evidence-based* richtlijnen en normen. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de zorg die hem wordt geboden, voldoet aan de eisen die de dermatologen daar in gezamenlijkheid aan stellen. Om zorg op een voldoende niveau te krijgen en te behouden willen de dermatologen laten zien waar ze

voor staan. Richtlijnontwikkeling en normstelling hebben een centrale plaats in het kwaliteitsbeleid van de NVDV. Visitatie, accreditatie en kwaliteitsregistratie zijn voor de NVDV belangrijke instrumenten om het kwaliteitsbeleid vorm te geven.

Verbeterde patiënteninformatie en -educatie

De informatievoorziening aan de patiënten bestaat momenteel voornamelijk uit mondelinge informatie tijdens het spreekuur en een aantal algemene informatiefolders. Voor het verstrekken van aanvullende informatie aan patiënten waarvoor de dermatoloog onvoldoende tijd kan vrijmaken, wordt onder andere gedacht aan het inschakelen van polikliniekmedewerkers, het gebruik van internet en dergelijke. Een meer intensieve vorm van patiënteneducatie is patiënteneducatie, een georganiseerd educatief programma waarbij gebruik wordt gemaakt van scholing, advisering en gedragstherapie. Hiermee beoogt men het kennisniveau en het gezondheidsgedrag van de patiënt zodanig te verbeteren dat hij veel beter in staat is zichzelf te behandelen (zelfmanagement). Als voorbeeld kan worden genoemd het Groningse Intensieve Dagbehandelingsprogramma, waarbij door middel van een twee weken durend scholings- en behandelingsproject groepen patiënten beter leerden omgaan met constitutioneel eczeem. Een ander voorbeeld van intensieve voorlichting en begeleiding is het Utrechtse jeukproject, waarbij patiënten leren omgaan met chronische jeuk. De waarde van deze programma's, vooral op lange termijn, moet nog nader worden geëvalueerd.

Bewaking van de kwaliteit van de opleiding

Gezien de nieuwe structuur voor de medische vervolgoopleidingen en een dreigende verkorting van de opleidingsduur van overheidswege is het zaak de kwaliteit van de opleiding goed te bewaken. Een nieuw element in de opleiding is dat deze meer competentiegericht zal worden ingericht. Er zal worden gewerkt met zogenoemde competentiekaarten. Iedere AIOS krijgt tien korte praktijkbeoordelingen en vier keer een *objective structured assessment of technical skills* per jaar. De arts-assistenten maken een persoonlijk ontwikkelingsplan en houden een portfolio bij.

Daarnaast wordt veel energie gestoken in een adequate capaciteit van dermatologen. Momenteel bedraagt het aantal praktiserende dermatologen in Nederland ongeveer 350, inclusief academisch werkzame dermatologen. Het totale aantal FTE's wordt geraamd op 285. Het optimale aantal dermatologen is moeilijk vast te stellen, maar afgaande op de advertenties in de vaktijdschriften en volgens de zogenoemde banenthermometer bestaat de indruk dat de behoefte aan dermatologen in Nederland groter is dan de huidige capaciteit toelaat. De optimale ratio is echter moeilijk te definiëren vanwege het feit dat niet het aantal dermatologen, maar veeleer het aantal FTE's van belang is. Hoe meer in deeltijd wordt gewerkt, des te meer dermatologen zullen er nodig zijn. In Nederland zou sprake zijn

KERNPUNTEN

- Naast de fysische diagnostiek en het voorschrijven van medicamenteuze behandelingen vinden tijdens het spreekuur van de dermatoloog diagnostische en therapeutische verrichtingen plaats.
- Uit onderzoek blijkt dat huidklachten relatief vaak voorkomen. In de lijst van meest genoemde kwalen kwam eczeem op de negende plaats. Van de dermatologische klachten werd 15% aan de huisarts voorgelegd.
- Dankzij de komst van dermatologische dagbehandelingscentra kunnen patiënten adequaat worden geholpen. Het is tegenwoordig slechts sporadisch noodzakelijk patiënten in het ziekenhuis op te nemen voor behandeling.
- Naast de diagnostiek en behandeling van huidafwijkingen heeft de dermatoloog een belangrijke taak in het geven van voorlichting ter voorkoming van huidafwijkingen en het begeleiden en coachen van patiënten met een chronische inflammatoire dermatose.

van een voor FTE gecorrigeerde ratio van 1/58.000. Dat brengt een beduidend grotere belasting met zich mee dan die in de meeste Europese landen. De nog ongunstigere ratio in het Verenigd Koninkrijk wordt daar ondervangen met onder andere huisartsen die deels op afdelingen dermatologie meewerken. Het Capaciteitsorgaan heeft berekend dat in 2012 in totaal 429 dermatologen (368 FTE) werkzaam zullen moeten zijn om aan de zorgvraag in Nederland te kunnen voldoen. Naast de ramingen van het Capaciteitsorgaan, waarbij alleen wordt uitgegaan van de huidige capaciteit en geen rekening wordt gehouden met de werkelijke behoefte op vakinhoudelijke gronden, houdt de NVDV dan ook de vinger aan de pols en maakt ook eigen berekeningen om de behoefte raming zo nauwkeurig mogelijk te bepalen.

Permanente nascholing

Ook aan de bewaking van de kwaliteit van de nascholing zal blijvend aandacht worden geschonken. Een van de dingen waar de NVDV zich sterk voor maakt, is de nascholing zo veel mogelijk los te koppelen van industriële inmen-

ging. Dat gebeurt onder andere door tijdens de landelijke dermatologedagen in het voorjaar geen expositieruimte aan de farmaceutische industrie ter beschikking te stellen. Dit beleid zal uiteindelijk ook worden doorgevoerd in andere vormen van nascholing, cursorisch onderwijs en E-learning, waarmee de NVDV in 2009 van start gaat met de eerste modules.

Literatuur

- Huidaandoeningen in de huisartspraktijk: van prevalentie tot gevolgen voor het dagelijks leven. Eindrapport van onderzoek in opdracht van Stichting Nationaal Huidfonds. http://www.huidfonds.nl/Inhoud/25/Huidaandoeningen_in_Nederland.html.
- Linden MW van der, Westert GP, Bakker DH de, et al. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartsenpraktijk. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM, 2004.
- Lisdonk EH van de, Bosch WJHM van den, Lagro-Janssen ALM (red). Ziekten in de huisartspraktijk. 4e druk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 2003.
- Verhoeven EWM, Kraaimaat FW, Kerkhof PCM van de, et al. Prevalence of physical symptoms of itch, pain and fatigue in patients with skin diseases in general practice. *Br J Dermatol.* 2007;156:1346-9.
- Verhoeven EW, Kraaimaat FW, Kerkhof PC van de, et al. Psychosocial well-being of patients with skin diseases in general practice. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:662-8.