

Jaarboek LiPZ 2010

Beroepsgroep diëtetiek

Gegevensverzameling 2008-2010 binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek

J. Tol
I.C.S. Swinkels
D.H. de Bakker
C. Veenhof

Utrecht, 2011

NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht

ISBN nr. 978-94-6122-124-7

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2011 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
Leeswijzer	7
Management samenvatting LiPZ-gegevens diëtetiek	9
1 Inleiding	13
1.1 Inleiding	13
1.2 Wat is LiPZ?	13
1.3 Onderzoeksvraagstellingen	14
2 Methoden LiPZ-netwerk diëtetiek	17
2.1 Inleiding	17
2.2 Algemene werkwijze LiPZ-diëtetiek	17
2.3 Kwaliteitscontrole	18
2.4 Training vrijgevestigde diëtisten	18
2.5 Beantwoording vraagstellingen	19
2.5.1 Wat zijn de kenmerken van cliënten die worden verwezen naar een vrijgevestigde diëtist?	19
2.5.2 Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden cliënten naar een vrijgevestigde diëtist verwezen?	19
2.5.3 Wat is er bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de cliënt?	20
2.5.4 Hoe ziet het paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel- doelen, welke verrichtingen zijn er uitgevoerd en wat is de omvang van de behandeling?	22
2.5.5 Wat is het resultaat van de behandeling?	23
2.5.6 Voor hoeveel procent van de cliënten is de vergoeding van vier uur diëtetiek per kalenderjaar volgens de diëtist toereikend?	23
2.6 Representativiteit LiPZ-netwerk diëtetiek	24
3 Resultaten	27
3.1 Wat zijn kenmerken van cliënten die worden verwezen naar een diëtist?	27
3.1.1 Geslacht en leeftijd	27
3.1.2 Opleidingsniveau	29
3.2 Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden cliënten naar een diëtist verwezen?	29

3.2.1	Soort verwijzer	29
3.2.2	Verwijsdiagnosen	30
3.2.3	Aantal en combinaties verwijsdiagnosen	32
3.2.4	Eerdere diëtetiek	33
3.3	Wat is er bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de cliënt?	34
3.3.1	Medische factoren uit de diëtistische diagnose	34
3.3.2	Aantal en combinaties medische factoren	35
3.3.3	Overige gezondheidsproblemen	37
3.3.4	Ernst hoofdklacht	37
3.3.5	Body Mass Index	38
3.3.6	Lichamelijke activiteit	39
3.4	Hoe ziet het paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel- doelen, welke verrichtingen zijn er uitgevoerd en wat is de omvang van de behandeling?	40
3.4.1	Behandeldoelen	40
3.4.2	Verrichtingen	42
3.4.3	Status van de behandeling	43
3.4.4	Behandeltijd per cliënt per kalenderjaar	45
3.4.5	Totale behandeltijd per cliënt per behandeling	46
3.4.6	Aantal consulten per cliënt per kalenderjaar	47
3.4.7	Aantal consulten per cliënt per behandeling	49
3.4.8	Totale duur (doorlooptijd) per cliënt per behandeling	50
3.5	Wat is het resultaat van de behandeling?	51
3.5.1	Reden beëindigen behandeling	51
3.5.2	Behaalde behandeldoelen	52
3.5.3	Ernst van de hoofdklacht	52
3.5.4	Body Mass Index	53
3.5.5	Mate van lichamelijke activiteit	55
3.6	Voor hoeveel procent van de cliënten is de vergoeding van vier uur diëtetiek per kalenderjaar volgens de diëtist toereikend?	56
3.6.1	Toereikendheid vier behandeluren	56
3.6.2	Financiering extra tijd	58
4	Samenvatting en beschouwing	59
	Referenties	65
	Bijlage 1: Invoermomenten LIPZ-gegevens en gehanteerde variabelen	67

Voorwoord

Voor u ligt het tweede jaarboek van de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) betreffende de vrijgevestigde diëtistenpraktijken. Dit jaarboek bevat gegevens van cliënten die in de kalenderjaren 2008 t/m 2010 zijn behandeld door een vrijgevestigde diëtist. De verzamelde gegevens hebben betrekking op de demografische kenmerken, de verwijzing, het gezondheidprobleem, de behandeling en de evaluatie van de diëtistische behandeling.

LiPZ is een netwerk van ca. 25 praktijken voor de vrijgevestigde diëtetiek, één thuiszorg instelling voor de diëtetiek, ca. 40 extramurale fysiotherapiepraktijken, ca. 20 praktijken voor oefentherapie Cesar en ca. 20 praktijken voor oefentherapie Mensendieck. Het LiPZ-project wordt uitgevoerd door het NIVEL en wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Ten behoeve van het LiPZ-project is er een stuurgroep opgericht. De stuurgroep heeft een adviserende en begeleidende rol.

Namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten:

Mw. N. Bakker

Mw. J. Smiesing

Mw. E.S. Goes

Mw. M. Tan

Namens het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie:

Dhr. B. de Berg

Mw. E. Hasselerharm

Namens de Vereniging van oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck:

Mw. H.C. Hasper

Dhr. van Veggel

Mw. V. Zegers

Namens het ministerie van VWS:

Mw. R. de Beer

Mw. L. Leewis

Namens Zorgverzekeraars Nederland:

Mw. H.I. Paans-Wubbolts

Mw. A. Bransen

Adviseurs namens het College voor Zorgverzekeringen zijn:

Mw. A.M.J. le Cocq

Dhr. J.C. de Wit

Wij danken de deelnemende diëtisten voor hun inzet en het aanleveren van gegevens.

NIVEL, 2012

Leeswijzer

In dit jaarboek vindt u als eerste een samenvatting en beschouwing van de belangrijkste resultaten van de gegevensverzameling van vrijgevestigde diëtisten over de jaren 2008 t/m 2010. In het eerste hoofdstuk worden achtergrondgegevens van het LiPZ-project beschreven. Tevens worden de vraagstellingen gepresenteerd. In hoofdstuk twee wordt de methode van het LiPZ-onderzoek besproken. Hoofdstuk drie bevat de resultaten weergegeven per vraagstelling. Iedere paragraaf in hoofdstuk drie geeft een korte beschrijving van de belangrijkste bevindingen. Overal in dit rapport kan waar ‘cliënt’ staat ook ‘patiënt’ worden gelezen.

Management samenvatting LiPZ-gegevens diëtetiek

Er zijn verschillende veranderingen binnen de eerstelijnszorg dieetadvisering gaande. Zo is sinds 1 januari 2010 integrale bekostiging (IB) ingevoerd voor diabetes mellitus (DM) en vasculair risicomanagement (VRM) en per 1 juli 2010 ook voor chronische obstructieve longziekten COPD.⁽¹⁾ Daarnaast heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onlangs besloten de vergoeding van vier uur dieetadvisering per kalenderjaar vanaf 1 januari 2012 uit de basisverzekering te halen, met uitzondering van dieetadvisering die wordt gegeven als onderdeel van gecoördineerde multidisciplinaire zorg voor patiënten met DM, COPD of een cardiovasculair risico.⁽²⁾ Bovendien is dieetadvisering sinds 1 augustus 2011 direct toegankelijk.⁽³⁾ Met de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is het mogelijk om veranderingen binnen de eerstelijnszorg te monitoren. In deze samenvatting wordt hier met behulp van LiPZ-gegevens, zowel op basis van de gegevens in onderliggend jaarboek als uit andere LiPZ-publicaties, nader op ingegaan.

Vergoeding dieetadvisering

Een vergoeding van vier uur dieetadvisering per kalenderjaar is de laatste jaren voor de meerderheid van de cliënten van de vrijgevestigde diëtist voldoende gebleken. In 2009 en 2010 is de bestede direct en indirect cliëntgebonden behandeltijd per cliënt mediaan 2,5 uur en daarmee één kwartier lager dan in 2008. In 2010 heeft 12% van de cliënten precies vier uur dieetadvisering ontvangen en eveneens 12% meer dan vier uur. Volgens de diëtist was het voor ongeveer één op de vijf cliënten beter geweest als ze meer dan vier uur dieetadvisering vergoed hadden gekregen. Uit aanvullend LiPZ-onderzoek blijkt dat een tekort aan vier behandeluren voornamelijk voorkwam bij vrouwen, cliënten met psychische of verstandelijke problemen, een te hoog lichaamsgewicht, binge-eating disorder, meervoudige diagnoses, of de combinatie van een te hoog lichaamsgewicht en binge-eating disorder of hypertensie.⁽⁴⁾ De meerderheid van de cliënten die niet voldoende had aan vier behandeluren per kalenderjaar, had voor de financiering van de extra tijd een aanvullende verzekering voor dieetadvisering afgesloten en één vijfde betaalde de extra tijd zelf. Vanaf 2012 zal de mate waarin en onder welke voorwaarden dieetadvisering in de

aanvullende verzekering is opgenomen mede bepalen hoeveel cliënten gebruik gaan maken van dieetadvisering. De financiële draagkracht zal dan een grotere rol gaan spelen aangezien cliënten vaker de zorg zelf zullen moeten betalen of een aanvullende verzekering moeten afsluiten. Hierdoor neemt het aandeel hoog opgeleide cliënten dat gebruik zal maken van dieetadvisering naar verwachting toe.

Integrale bekostiging

De zorg voor mensen met DM, COPD en een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen kan sinds 2010 via zorggroepen worden geleverd. Tot en met 2012 is het nog niet verplicht om de zorg voor deze aandoeningen via zorggroepen aan te bieden.⁽⁵⁾ Om mensen met deze chronische ziekten te behandelen kunnen eerstelijns diëtisten een contract met een zorggroep afsluiten. Eind 2011 was landelijk bijna tweederde van de eerstelijns diëtisten aangesloten bij een zorggroep, meestal voor DM.⁽⁶⁾ Eerder onderzoek heeft aangetoond dat diëtisten bang waren dat integrale bekostiging ervoor zou zorgen dat andere zorgverleners de rol van de diëtist zouden gaan overnemen voor wat betreft het geven van voedingsadvies.⁽⁷⁾ Aangezien er onder de Nederlandse bevolking de afgelopen jaren een stijging is waargenomen van het aantal mensen met DM,⁽⁸⁾ zou een uitblijven van een stijging in het aantal verwijzingen naar de diëtist een aanwijzing kunnen zijn voor het overnemen van de rol van de diëtist. Het uitblijven van een stijging zien we tussen 2009 en 2010 in lichte mate in de LiPZ-cijfers terug. Mogelijk zijn er dus minder cliënten met DM bij de diëtist behandeld vanwege de in 2010 ingevoerde integrale bekostiging. Dit komt overeen met ander NIVEL onderzoek waaruit blijkt dat de invoering van IB lijkt te hebben geresulteerd in minder diabetici die contact hebben met een diëtist.⁽⁹⁾

Directe toegang diëtetiek

Voor de invoering van directe toegang diëtetiek (DTD), mocht een diëtist alleen na verwijzing van een arts een cliënt behandelen. Toch ging voor de invoering al één op de zeven cliënten op eigen initiatief naar de diëtist toe. Achteraf haalden zij dan alsnog een verwijsbriefje bij de huisarts. Uit aanvullend LiPZ-onderzoek blijkt dat de groep cliënten die op eigen initiatief is gekomen gemiddeld jonger, vaker vrouw en hoger opgeleid was dan de groep verwezen cliënten. De grootste groep cliënten die op eigen initiatief is gekomen was uitsluitend in behandeling voor een te hoog

lichaamsgewicht. Zij hadden bij afsluiting van de behandeling een lagere ernst van de klacht en behaalden vaker minimaal driekwart van de behandeldoelen in eenzelfde behandeltime dan de verwezen cliënten met een te hoog lichaamsgewicht.⁽¹⁰⁾ Deze resultaten geven een indicatie van het aandeel cliënten dat gebruik zal maken van DTD. Echter, het gebruik van DTD hangt ook sterk af van de zorgverzekeraar van de cliënt. DTD wordt immers nog niet altijd door zorgverzekeraars vergoed.⁽²⁾ Daarnaast zal vanaf 2012 de financiële draagkracht van cliënten een grotere rol gaan spelen bij het gebruik van directe toegang.

Belang monitoren gegevens diëtetiek

De LiPZ-methode zorgt voor een unieke gegevensverzameling over cliënten die bij de eerstelijns diëtist in behandeling zijn. Doordat de gegevens verzameld worden middels reguliere praktijkadministratie van diëtisten is de kans op sociaal wenselijke antwoorden klein. Door het continue karakter van de gegevensverzameling is het mogelijk om trendmatige veranderingen in het zorgproces waar te nemen.

Het LiPZ-netwerk is van belang voor individuele beroepsbeoefenaren, beroepsverenigingen en beleidsmakers. LiPZ biedt de mogelijkheid om de transparantie van de zorg te vergroten.

De komende tijd blijft het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) LiPZ-gegevens verzamelen om gevolgen met betrekking tot het zorggebruik en de wijze van toegang van cliënten verder te onderzoeken. In de toekomst wordt het mogelijk om met behulp van een geïntegreerd informatienetwerk voor de eerstelijns (NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns) bijvoorbeeld de gevolgen van integrale bekostiging te onderzoeken.

1 Inleiding

1.1 Inleiding

Het voorliggende jaarboek LiPZ biedt een overzicht van de kenmerken van cliënten die in 2010 in behandeling zijn geweest bij een vrijgevestigde diëtist. Tevens is dit jaarboek het eerste jaarboek waarin trendcijfers over 2008-2010 worden weergegeven. De gepresenteerde resultaten zijn gebaseerd op gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Binnen dit project worden sinds 2006 continu gegevens verzameld van vrijgevestigde diëtisten en sinds 2008 ook van diëtisten uit een thuiszorginstelling. Omdat de gegevensverzameling van de thuiszorginstelling nog niet volledig is, zijn alleen de resultaten van de vrijgevestigde praktijken in dit jaarboek opgenomen. In dit inleidende hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de achtergronden en doelstellingen van LiPZ. Voor informatie over de aanleiding van opname diëtetiek in LiPZ, wordt verwezen naar het Jaarboek LiPZ 2006 & 2007 van de beroepsgroep diëtetiek.⁽¹¹⁾ Verder bevat het huidige hoofdstuk een beschrijving van de onderzoeksvragen die in dit jaarboek centraal staan.

1.2 Wat is LiPZ?

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een netwerk van extramuraal werkende diëtisten, fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck waarin continu zorggerelateerde gegevens worden verzameld. Het doel van LiPZ is het continu verzamelen van representatieve beleidsrelevante zorggegevens van paramedici om zo het paramedisch zorgproces inzichtelijk te maken.

De gegevens die voor LiPZ worden verzameld zijn voor een groot deel gegevens die iedere therapeut vastlegt voor de reguliere administratie. Dit zijn gegevens die nodig zijn voor declaratie en enkele extra gegevens. De verzamelde gegevens hebben betrekking op vijf elementen van het zorgproces: de cliënt, de verwijzing, het gezondheidsprobleem, behandeling en evaluatie.

Het LiPZ-netwerk is van belang voor individuele beroepsbeoefenaren, beroepsverenigingen en beleidsmakers. LiPZ biedt de mogelijkheid om de transparantie van de zorg te vergroten. Individuele beroepsbeoefenaren kunnen hun eigen handelen spiegelen aan de hand van LiPZ-gegevens. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om hun beleid in de komende jaren af te stemmen. Het continue karakter van LiPZ maakt het bovendien mogelijk om trendmatige veranderingen in het zorgproces waar te nemen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan veranderingen ten gevolge van beleidsmaatregelen. Zo heeft het NIVEL onderzoek gedaan naar de mate waarin diëtisten beoordelen of vier uur diëtiek per kalenderjaar voor een cliënt toereikend is en welke cliëntengroepen volgens de diëtisten meer zorg nodig hebben dan anderen. Ook biedt LiPZ de mogelijkheid om onderdelen van de kwaliteit van het handelen te toetsen.

1.3 Onderzoeksvraagstellingen

Het primaire doel van LiPZ is inzicht verkrijgen in het zorgproces van paramedici. Hiervoor zijn rond de vijf elementen van het zorgproces (cliënt, verwijzer, gezondheidsprobleem, behandeling en evaluatie) onderzoeksvragen opgesteld. Wat betreft de diëtiek worden in dit jaarboek de onderstaande vragen beantwoord:

1. Wat zijn kenmerken van cliënten die worden verwezen naar een diëtist?
2. Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden cliënten naar een diëtist verwezen?
3. Wat is er bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de cliënt?
4. Hoe ziet het paramedisch behandelplan er uit in termen van behandeldoelen, welke verrichtingen zijn er uitgevoerd en wat is de omvang van de behandeling?
5. Wat is het resultaat van de behandeling?

In het kader van de monitoring van gevolgen van de opname van extramurale dieetadviesing in de basisverzekering, is naast de centrale vraagstellingen in LiPZ ook een zesde onderzoeksvraag geformuleerd.

6. Voor hoeveel procent van de cliënten is de vergoeding van vier uur diëtiek per kalenderjaar volgens de diëtist toereikend?

De antwoorden op deze vragen zullen met de gegevens uit LiPZ beantwoord worden. Hierbij worden de resultaten van 2010 zoveel mogelijk vergeleken met de voorgaande jaren.

2 Methoden LiPZ-netwerk diëtetiek

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de algemene methode van dataverzameling en kwaliteitscontrole binnen LiPZ. Daarnaast wordt weergegeven met welke geregistreerde gegevens de vraagstellingen beantwoord worden. Informatie over de werving van LiPZ-praktijken diëtetiek en de ontwikkeling van de softwaremodule LiPZ-diëtetiek is opgenomen in het Jaarboek LiPZ 2006 & 2007 van de beroepsgroep diëtetiek.⁽¹¹⁾

2.2 Algemene werkwijze LiPZ-diëtetiek

De verzameling van gegevens van extramuraal werkende diëtisten vindt op geautomatiseerde wijze plaats door middel van de praktijksoftware (Evry), waar een LiPZ-module in is ingebouwd. De gegevens die binnen LiPZ verzameld worden, zijn deels afkomstig uit declaratieverkeer tussen de therapeuten en de zorgverzekeraars (VEKTIS gegevens). Middels de LiPZ-module is het mogelijk om gegevens te verzamelen die niet standaard in het softwarepakket aanwezig zijn. Voor de inhoud van de module is gebruik gemaakt van het model voor Probleem geOriënteerd Registreren (POR), een methode voor gestandaardiseerd registreren van gegevens van de diëtistische behandeling. Per cliënt wordt de LiPZ-module op verschillende momenten door de diëtisten ingevuld: eenmaal bij aanvang van de behandeling, eenmaal bij overgang naar het nieuwe kalenderjaar en eenmaal bij afsluiting van de behandeling.

Maandelijks worden de LiPZ-gegevens, aangevuld met de standaard declaratiegegevens, geëxtraheerd uit de praktijkregistratie zonder daarbij privacy-gevoelige informatie mee te nemen. Vervolgens worden de gegevens elektronisch naar het NIVEL verzonden. Iedere aanlevering bevat gegevens van de laatste 12 maanden. Hierdoor komen wijzigingen die het afgelopen jaar in het cliëntendossier zijn aangebracht met de aanlevering van gegevens mee. Aangezien de praktijken frequent gegevens aanleveren, overlappen de

gegevens van opeenvolgende aanleveringen elkaar. De kans op het ontbreken van gegevens is hierdoor minimaal.

Alle gegevens worden gecodeerd aangeleverd, met uitzondering van de verwijfsdiagnosen. De diëtist registreert in de LiPZ-module de letterlijke tekst van de verwijfsbrief. Door onderzoeksassistenten op het NIVEL wordt deze tekst gecodeerd naar de ICPC (International Classification for Primary Care).⁽¹²⁾ Na kwaliteitscontrole worden de aangeleverde gegevens opgenomen in de centrale LiPZ-database.

2.3 Kwaliteitscontrole

De aangeleverde LiPZ-gegevens worden twee maal gecontroleerd op kwaliteit. Een eerste controle vindt plaats voordat de gegevens in de centrale LiPZ-database worden opgenomen. Vervolgens vindt een tweede controle plaats als de gegevens in de database zijn opgenomen.

De eerste controle betreft een gestandaardiseerde kwaliteitscontrole met behulp van speciaal ontwikkelde LiPZ-software. Deze software controleert op onjuiste of niet ingevulde waarden van variabelen. Als er onjuiste of niet ingevulde waarden aangetroffen worden, vindt er feedback plaats naar de betreffende praktijk. Noodzakelijke verbeteringen kunnen door de diëtisten direct in de praktijksoftware gemaakt worden, waarna de gegevens bij de volgende aanlevering automatisch worden aangeleverd.

De tweede controle (van gegevens in de database) betreft controles op dubbele aanleveringen van gegevens uit praktijken en op het voorkomen van onterechte of dubbele waarden bij variabelen. Daarnaast wordt gecontroleerd op het doorlopen van de gegevensverzameling in de tijd. Ook wanneer bij deze tweede controle onjuistheden worden aangetroffen, vindt er feedback plaats naar de praktijk en worden onjuistheden gecorrigeerd.

2.4 Training vrijgevestigde diëtisten

Deelnemende diëtisten hebben een training van 1 dagdeel gevolgd voor het registreren met de LiPZ-module. Tijdens deze training is niet alleen de wijze

van invullen toegelicht, maar tevens de achtergronden van de vraagstellingen. Ook het opsturen van de gegevens is in deze training aan bod gekomen. Bij het NIVEL is een helpdesk beschikbaar voor vragen en onduidelijkheden die zich gedurende de registratie voordoen.

2.5 Beantwoording vraagstellingen

De onderzoeksvragen worden beantwoord aan de hand van gegevens van cliënten die in de kalenderjaren 2008-2010 een consult bij diëtist hebben gehad. In dit rapport is er sprake van een verschil wanneer de *P*-waarde kleiner is dan 0,05. In de volgende alinea's wordt er per vraagstelling aangegeven met welke gegevens deze zijn beantwoord. In bijlage 1 zijn de geregistreerde gegevens inclusief antwoordmogelijkheden weergegeven.

2.5.1 *Wat zijn de kenmerken van cliënten die worden verwezen naar een vrijgevestigde diëtist?*

Ten behoeve van het beantwoorden van de eerste vraagstelling "wat zijn de kenmerken van cliënten die worden verwezen naar een vrijgevestigde diëtist?", registreert de diëtist bij aanvang van de behandeling een aantal algemene kenmerken van de cliënt. De diëtist registreert het geslacht, geboortedatum en de 4-cijferige postcode van de cliënt. Deze postcode en geboortedatum worden in verband met de wet op de bescherming van persoonsgegevens niet in het uiteindelijke databestand opgenomen, maar direct omgecodeerd naar stedelijkheidsgraad en geboortjaar. Tevens wordt gevraagd naar het hoogst behaalde opleidingsniveau van de cliënt.

2.5.2 *Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden cliënten naar een vrijgevestigde diëtist verwezen?*

De tweede vraagstelling "Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden cliënten naar een diëtist verwezen?" is beantwoord met behulp van gegevens die bij aanvang van de behandeling of bij aanvang van een nieuw kalenderjaar zijn geregistreerd. De diëtist registreert bij aanvang van de behandeling de wijze van toegang. Is de cliënt verwezen, of is de cliënt op eigen initiatief gekomen en haalde hij achteraf alsnog een verwijsbriefje. Ook registreert de diëtist door welke arts de cliënt verwezen is, waarbij onderscheid is gemaakt tussen de huisarts, een specialist, internist of een andere soort arts. Tevens registreert de diëtist de letterlijke tekst of

diagnose van de verwijzer zoals aangegeven op de verwijfsbrief, welke op het NIVEL wordt gecodeerd in termen van de ICPC.⁽¹²⁾ Er kunnen in totaal vier verwijfsdiagnosen per cliënt worden gecodeerd. Verder registreert de diëtist bij aanvang van iedere behandeling of de cliënt eerder diëtistische zorg heeft ontvangen, en zo ja, of dat voor dezelfde of voor andere klachten was. Indien een behandeling een jaarwisseling overschrijdt, registreert de diëtist in het nieuwe kalenderjaar dat er sprake is van een follow-up behandeling.

2.5.3 *Wat is er bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de cliënt?*

De derde vraagstelling “Wat is er bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de cliënt?” is beantwoord met behulp van gegevens die tijdens of vlak na het eerste consult zijn verzameld. Tijdens of na het eerste consult stelt de diëtist de diëtistische diagnose op. Volgens de Classificaties en Codelijsten voor de Diëtetiek⁽¹³⁾ wordt de diëtistische diagnose omschreven als: ‘Het beroepsspecifieke oordeel van de diëtist over het gezondheidsprofiel van de cliënt, als basis voor het op te stellen behandelplan.’ Ten behoeve van de diëtistische diagnose wordt er door de diëtist informatie verzameld betreffende het gezondheidsprobleem, de achterliggende medische factoren, achterliggende externe en persoonlijke factoren, de prognose en indicatie. Binnen het LiPZ-netwerk worden er per cliënt door de diëtist maximaal vier medische factoren uit de diëtistische diagnose geregistreerd. De diagnoselijst is gebaseerd op de diagnoses die voorkomen in de artsenwijzer diëtetiek.⁽¹⁴⁾ Tevens noteert de diëtist of er bij de cliënt sprake is van een communicatiestoornis, psychiatrische stoornis of verstandelijke handicap. Verder vragen de LiPZ-diëtisten bij aanvang van de behandeling aan de cliënten om de ernst van de hoofdklacht of hulpvraag weer te geven in een rapportcijfer van 1 t/m 10 (1 decimaal achter de komma), waarbij de klacht bij tien het meest ernstig was.

Afhankelijk van het gezondheidsprobleem van de cliënt, registreert de diëtist een aantal meetgegevens. Deze gegevens betreffen Body Mass Index (BMI), vetpercentage, tallemeting, totaal cholesterol, HDL (high density lipoproteïne), LDL (low density lipoproteïne), ratio totaal cholesterol / HDL, triglyceriden, nuchter glucosegehalte, systolische bloeddruk en diastolische bloeddruk. Deze gegevens worden alleen ingevuld als zij naar het oordeel van de diëtist van belang zijn voor de behandeling en kunnen aan het begin van de behandeling, aan het begin van het nieuwe kalenderjaar en aan het einde van de behandeling worden geregistreerd. Door betreffende gegevens

op meerdere momenten van de behandeling te registreren kan een indicatie worden verkregen van het effect van de behandeling. In dit jaarboek zijn alleen meetgegevens met betrekking tot de BMI van volwassen cliënten met een te hoog lichaamsgewicht weergegeven, omdat de overige geregistreerde meetgegevens vooralsnog niet voldoende geregistreerd zijn en de kwaliteit soms niet toereikend is.

Verder wordt de mate van lichamelijke activiteit per cliënt bij aanvang en afsluiting van de behandeling door de diëtist geschat. Hierbij is onderscheid gemaakt in vijf categorieën van lichamelijke activiteit, namelijk zeer gering, gering, matig, veel en zeer veel lichamelijke activiteit (zie tabel 2.1). De diëtisten zijn gevraagd om de intensiteit van bewegen te baseren op de metabolic equivalent of task (MET) waarden, een maat voor stofwisselingsprocessen. De duur van de activiteit en de intensiteit zijn hierbij inwisselbaar. Bijvoorbeeld 3 x 30 minuten intensief bewegen in plaats van 5 x 30 minuten matig intensief bewegen, of 15 minuten hardlopen in plaats van 30 minuten wandelen.

Tabel 2.1: Mate van lichamelijke activiteit onderverdeeld in vijf categorieën

Zeer gering	Op geen enkele dag 30 min. matig intensief bewegen.
Gering	< 5 dagen in de week 30 min. activiteiten zoals wandelen, klussen, fietsen, tuinieren.
Matig	5 dagen in de week 30 min. activiteiten zoals wandelen, klussen, fietsen, tuinieren.
Veel	> 5 dagen in de week 30 min. activiteiten zoals wandelen, klussen, fietsen, tuinieren.
Zeer veel	Dagelijks meer dan 30 min. activiteiten zoals wandelen, klussen, fietsen, tuinieren.

2.5.4 Hoe ziet het paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel­doelen, welke verrichtingen zijn er uitgevoerd en wat is de omvang van de behandeling?

Ten behoeve van het beantwoorden van de vierde vraagstelling “hoe ziet het paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel­doelen, welke verrichtingen zijn er uitgevoerd en wat is de omvang van de behandeling?”, registreert de diëtist bij aanvang en afsluiting van de behandeling een aantal gegevens. Bij aanvang van de behandeling stelt de diëtist in overleg met de cliënt de behandel­doelen op. Bij afsluiting van de behandeling registreren de diëtisten de belangrijkste verrichtingen die zijn toegepast om de gestelde behandel­doelen met hun cliënten te behalen. De lijst met doelen en verrichtingen die binnen LiPZ worden geregistreerd is afgeleid van de lijst zoals die is opgesteld in de ‘Classificatie verrichtingen voor de Diëtetiek’.⁽¹³⁾ Per cliënt konden er in totaal vier doelen en vier verrichtingen worden aangegeven.

Diëtisten registreren voor iedere cliënt per consult, de datum en de gedeclareerde (direct en indirect cliëntgebonden) behandel­tijd. Met deze gegevens is het mogelijk om de omvang van de behandeling te bepalen.

Er zijn meerdere mogelijkheden om naar de omvang van de behandeling te kijken. In dit jaarboek worden vijf methoden weergegeven:

- De totale behandel­tijd per cliënt per kalenderjaar;
- De totale behandel­tijd per cliënt per behandeling;
- Het aantal consulten per cliënt per kalenderjaar;
- Het aantal consulten per behandeling;
- De totale duur (doorlooptijd) per behandeling.

Onder de term “behandeling” worden alle behandel­contacten van eenzelfde verwijs­diagnose verstaan. De totale duur (doorlooptijd) per behandeling omvat hierbij het verschil in tijd tussen het eerste consult en het laatste consult van eenzelfde verwijs­diagnose. Een behandeling kan meerdere jaren duren. De omvang per behandeling wordt weergegeven voor alle cliënten, maar ook voor de cliënten die in 2010 de behandeling hadden afgesloten of die een follow-up behandeling kregen. Door dit onderscheid te maken wordt het duidelijk dat bepaalde cliënt­groepen meer zorg gebruiken dan anderen.

2.5.5 *Wat is het resultaat van de behandeling?*

De vijfde vraagstelling “Wat is het resultaat van de behandeling?”, is beantwoord met behulp van gegevens die tijdens het laatste consult van de behandeling zijn verkregen. Bij het afsluiten van de behandeling vult de diëtist de reden van beëindiging van de zorg in. In 2009 is de keuzelijst veranderd, waardoor in dit rapport alleen over 2010 wordt gerapporteerd. Daarnaast geeft de diëtist bij beëindiging van de behandeling een oordeel in hoeverre de behandeldoelen bij de cliënt zijn bereikt. De diëtist heeft daarbij de keuze uit: doelen volledig bereikt, doelen voor 75% bereikt, voor 50% bereikt, voor 25% bereikt of doelen niet bereikt. De vraag naar het bereiken van de behandeldoelen is niet gerelateerd aan de vraag naar de behandeldoelen die zijn opgesteld. Indien mogelijk geeft de cliënt, net als in het begin van de behandeling een rapportcijfer tussen de 1 en 10 voor de ernst van zijn/haar gezondheidsprobleem. Voor cliënten bij wie de ernst van de klacht bij aanvang en bij afsluiting van de behandeling is geregistreerd, is er door middel van een gepaarde t-toets nagegaan in hoeverre er sprake is van een significante ($P < 0,05$) verbetering van de ernst van de klacht. De BMI wordt veelal geregistreerd bij volwassen cliënten die in behandeling zijn voor een te hoog lichaamsgewicht. Wanneer de BMI bij deze groep cliënten bij aanvang en afsluiting van de behandeling bekend is, is er door middel van een gepaarde t-toets berekend in hoeverre er sprake is van een significante ($P < 0,05$) verbetering van het lichaamsgewicht. Een verandering in de mate van lichamelijke activiteit bij volwassen cliënten is berekend door de mate van lichamelijke activiteit bij afsluiting met een χ^2 toets te vergelijken met de mate aan het begin van de behandeling.

2.5.6 *Voor hoeveel procent van de cliënten is de vergoeding van vier uur diëtiek per kalenderjaar volgens de diëtist toereikend?*

Ten behoeve van het beantwoorden van de laatste vraagstelling “voor hoeveel procent van de cliënten is de vergoeding van vier uur diëtiek per kalenderjaar volgens de diëtist toereikend?”, beoordelen de vrijgevestigde diëtisten aan het einde van de behandeling en aan het einde van het kalenderjaar of vier uur diëtiek voor het betreffende kalenderjaar voldoende is geweest of dat het eigenlijk voor de cliënt beter was geweest als hij meer dan 4 uur te besteden had gehad. De resultaten zijn gecontroleerd op administratief falen. Bij een klein deel van de cliënten komen de antwoorden niet overeen met het gedeclareerde zorggebruik van de cliënt. Dit is bijvoorbeeld het geval als een cliënt 120 minuten zorg heeft

ontvangen en de diëtist heeft ingevuld dat 240 minuten diëtetiek onvoldoende is. Om de nauwkeurigheid van de resultaten te vergroten, zijn deze cliënten daarom uit de berekeningen gelaten. Daarbij is het criterium gehandhaafd dat vier uur diëtetiek alleen als onvoldoende kan zijn beoordeeld als de cliënt minimaal 210 minuten daadwerkelijk zorggebruik heeft ontvangen. Wanneer vier uur diëtetiek als onvoldoende wordt beoordeeld, registreren de diëtisten hoe de extra tijd is gefinancierd.

2.6 Representativiteit LiPZ-netwerk diëtetiek

Het LiPZ-netwerk diëtetiek bestond in 2010 uit 26 vrijgevestigde diëtistenpraktijken. Zeven LiPZ-praktijken participeerden in 2010 minder dan 4 maanden. De gegevens van deze praktijken zijn voor de jaarcijfers 2010 buiten beschouwing gelaten. De meerderheid van de 19 praktijken (n=18) waren solopraktijken. In totaal participeerden 20 diëtisten in het netwerk. Dit waren voornamelijk vrouwen (n=19). Voor de gegevens met betrekking tot de representativiteit van de voorgaande jaren wordt verwezen naar eerdere LiPZ-jaarboeken.^(11, 15, 16)

De representativiteit van het LiPZ-netwerk is bepaald door een vergelijking te maken met ledengegevens van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en de Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN). In 2009 had de NVD ledengegevens beschikbaar van 749 vrijgevestigde diëtisten en de DCN van 167 vrijgevestigde diëtisten. Van de 167 DCN leden waren er 67 geen lid van de NVD. In totaal is de representativiteit van het LiPZ-netwerk diëtetiek vergeleken met 816 vrijgevestigde diëtisten binnen Nederland (zie tabel 2.2). Daarbij is gekeken naar de mate van verstedelijking en de regio waarin de praktijken zijn gevestigd, de leeftijd en het aantal jaren na afstuderen van de diëtisten. Zowel wat betreft de regio als de mate van verstedelijking van het gebied waarin de praktijk gevestigd is, vormen de praktijken van het LiPZ-netwerk diëtetiek een redelijke afspiegeling van de vrijgevestigde diëtistenpraktijken die zijn aangesloten bij de NVD of DCN. Ook is er geen verschil in het aantal jaar dat de LiPZ-diëtisten zijn afgestudeerd en daaraan gerelateerd het aantal jaar werkervaring, vergeleken met de vrijgevestigde diëtisten van de NVD en DCN. Wel zijn de LiPZ-diëtisten iets ouder dan de vrijgevestigde diëtisten van de NVD en DCN. Lineaire multilevel regressie-analyse, waarbij gecorrigeerd is voor verschillen in de cliëntenpopulatie,

toonde echter aan dat de leeftijd van de diëtisten geen statistisch significante invloed heeft op het aantal consulten per behandeling. Hieruit kunnen we concluderen dat de leeftijd van de LiPZ-diëtisten geen invloed heeft op de resultaten met betrekking tot de omvang van de behandeling. Helaas ontbreekt een landelijk beeld van de grootte van de diëtistenpraktijken, waardoor geen informatie beschikbaar is rondom de vergelijkbaarheid op dit punt.

Tabel 2.2: Kenmerken van deelnemende diëtisten aan LiPZ versus de vrijgevestigde diëtisten die lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of van de Diëtisten Coöperatie Nederland

Aantal diëtisten **	LiPZ		Landelijk*		p
	n = 20	%	n = 816	%	
Regio ***					
Noord	2	10,0	93	11,9	0,94
Oost	4	20,0	143	18,1	
Zuid	4	20,0	196	25,2	
West	10	50,0	354	44,8	
Verstedelijking ****					
Zeer sterk	3	15,0	149	19,1	0,21
Sterk	4	20,0	209	26,7	
Matig	2	10,0	175	22,4	
Weinig	6	30,0	161	20,1	
Niet	5	25,0	88	11,3	
Leeftijd (gem.)	48,1		42,7		0,02
Jaren afgestudeerd	22,6		19,5		0,21

* Vrijgevestigde diëtisten die lid zijn van de NVD (n=749) of van de DCN (n=67).

** Ontbrekende gegevens betreffende: regio (n=4 NVD), verstedelijking (n=29 NVD / n=5 DCN), leeftijd (n=40 DCN), jaren afgestudeerd (n=4 NVD / n= 34 DCN).

*** Regio indeling: Noord (Drenthe, Friesland, Groningen), Oost (Gelderland, Overijssel, Flevoland), Zuid (Noord-Brabant, Limburg), West (Noord-Holland, Zuid-Holland, Utrecht, Zeeland).

**** Verstedelijking: Zeer sterk (≥ 2500 adressen per km²), Sterk (1500-2499 adressen per km²), Matig (1.000-1.499 adressen per km²), Weinig (500-999 adressen per km²), Niet (<500 adressen per km²).

3 Resultaten

3.1 Wat zijn kenmerken van cliënten die worden verwezen naar een diëtist?

3.1.1 *Geslacht en leeftijd*

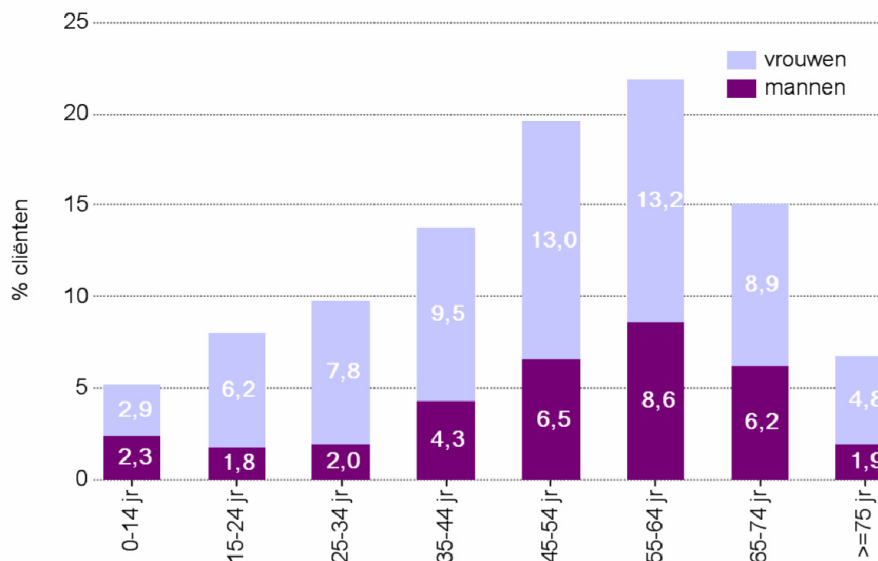
Van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtisten in LiPZ was tweederde vrouw (zie tabel 3.1). Binnen elke leeftijdscategorie was het aandeel vrouwen hoger dan het aandeel mannen (zie figuur 3.1). Het grootste verschil tussen het aandeel vrouwen en mannen is waargenomen in de groep cliënten tussen de 25 en 34 jaar. Bij kinderen tot 14 jaar was het verschil het minst groot.

In de periode 2008-2010 is de verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke cliënten niet gewijzigd. Wel is de gemiddelde leeftijd tussen 2008 en 2010 toegenomen van 47 naar 49 jaar.

Tabel 3.1: Demografische kenmerken van cliënten naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

		2008	2009	2010
Geslacht	Mannen	32,5	33,2	33,6
	Vrouwen	67,5	66,8	66,4
Leeftijd	0-14 jr	6,8	5,6	5,2
	15-24 jr	9,4	8,0	8,0
	25-34 jr	10,3	10,5	9,8
	35-44 jr	15,1	15,2	13,8
	45-54 jr	19,5	19,6	19,6
	55-64 jr	20,9	22,0	21,8
	65-74 jr	11,6	12,3	15,1
	>=75 jr	6,4	6,9	6,8
Gemiddelde leeftijd		46,8	48,0	49,0
Aantal cliënten in LiPZ		3.908	5.181	4.799
Geslacht onbekend		2	1	1
Leeftijd onbekend		0	0	0

Figuur 3.1: Leeftijdsverdeling naar geslacht van cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (n=4800)



3.1.2 Opleidingsniveau

De afgelopen jaren is het opleidingsniveau van cliënten gelijk gebleven (zie tabel 3.2). De grootste groep cliënten heeft middelbaar onderwijs gevolgd (circa 42%).

Tabel 3.2: Hoogst genoten opleidingsniveau van cliënten ouder dan 15 jaar, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

	2008	2009	2010
Lager onderwijs	31,6	32,4	32,7
Middelbaar onderwijs	42,3	42,2	42,8
Hoger onderwijs	22,7	22,6	22,0
Anders	3,4	2,9	2,5
Aantal cliënten in LIPZ	3.419	4.263	3.770
Onbekend	491	919	1.030

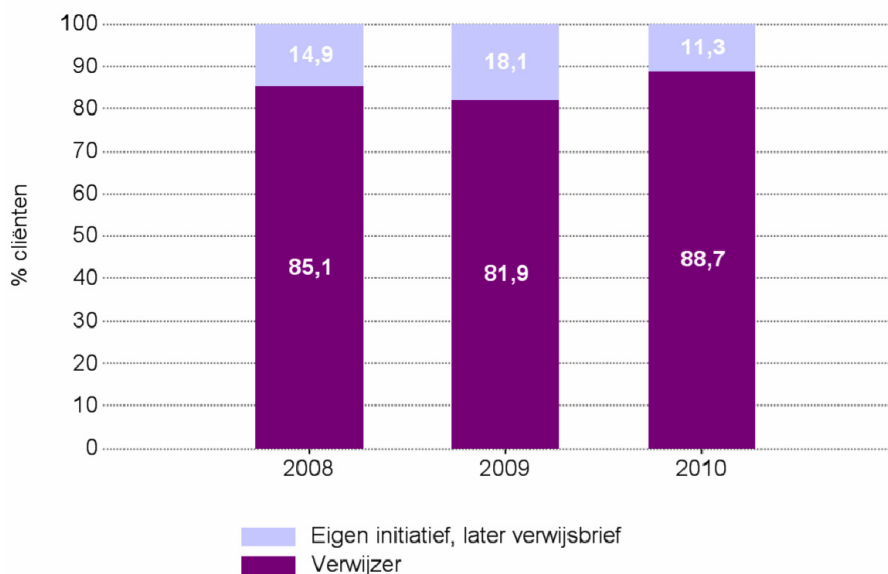
* Lager onderwijs omvat basisonderwijs en VMBO praktijkonderwijs;
Middelbaar onderwijs omvat VMBO theorieonderwijs, HAVO en MBO;
Hoger onderwijs omvat VWO, HBO en universitair onderwijs.

3.2 Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden cliënten naar een diëtist verwezen?

3.2.1 Soort verwijzer

In 2010 is 89% van de cliënten op initiatief van de verwijzer gekomen (zie figuur 3.2). Elf procent kwam op eigen initiatief bij de diëtist. Zij dienden dan alsnog een verwijzing bij hun arts te halen. De afgelopen jaren fluctueerde het aandeel cliënten dat op initiatief van de verwijzer of op eigen initiatief naar de diëtist toe ging. De verwijzer is de afgelopen jaren bij de meerderheid van de cliënten de huisarts geweest (>96%), (zie tabel 3.3).

Figuur 3.2: Initiatief start behandeling naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)



Tabel 3.3: Soort verwijzer van cliënten naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Huisarts	96,9	97,0	96,4
Specialist NNO	1,8	1,7	2,2
Internist	1,0	0,9	1,0
Andere arts	0,3	0,4	0,4
Aantal cliënten in LIPZ	3.771	4.975	4.647
Onbekend	139	207	153

3.2.2 Verwijsdiagnosen

Bijna de helft van de cliënten is in 2010 verwezen vanwege overgewicht met een Body Mass Index (BMI) van 25 tot 30 en zeven procent vanwege obesitas (BMI hoger dan 30), (zie tabel 3.4). Een ruime meerderheid van de cliënten met overgewicht werd daarnaast met andere gezondheidsproblemen naar de diëtist verwezen (zie ook paragraaf 3.2.3) Eén op de vijf cliënten is

verwezen met de diagnose diabetes mellitus. Bij één op de acht cliënten is er geen medische verwijfsdiagnose door de arts gegeven maar enkel de vraag om begeleiding of advies. Overigens had 17% van de cliënten een verwijfsdiagnose die buiten de top 15 viel.

De afgelopen drie jaar is overgewicht de meest voorkomende verwijfsreden voor behandeling bij een vrijgevestigde diëtist geweest. Tussen 2008 en 2009 is het aandeel cliënten met een verwijfsing voor de behandeling van overgewicht gestegen van 43% naar 45%. In 2010 is dit niet verder gestegen. Het percentage cliënten met diabetes mellitus (DM) fluctueerde tussen 2008 en 2010. Ook fluctueerde het percentage cliënten dat de afgelopen jaren is verwezen met de vraag om advies.

Tabel 3.4: Top 15 meest voorkomende verwijfsdiagnosen gecodeerd naar de International Classification of Primary Care (ICPC), naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

	2008	2009	2010
T83 Overgewicht (BMI 25 - 30)	43,2	45,4	45,0
T90 Diabetes mellitus	19,1	21,7	20,7
A97 Graag advies	12,4	9,8	12,3
T93 Vetstofwisselingsstoornis	10,0	10,7	10,5
T82 Obesitas (BMI >= 30)	7,7	7,3	7,1
K86 Hypertensie	7,2	7,0	6,8
B85 Hoge glucose waarden/Glucose-intolerantie	3,9	4,2	4,8
T08 Gewichtsverlies/ondergewicht	4,5	4,5	4,8
T07 Gewichtstoename	1,8	1,9	1,7
D93 Spastisch colon/IBS/PDS	1,6	1,8	1,5
T99 Andere ziekte endocriene klieren/metabolisme/voeding	0,9	1,1	1,3
A99 Andere niet te coderen diagnose	1,7	1,7	1,2
R95 Emfyseem/COPD	0,8	0,8	0,9
D99 Andere ziekte spijsverteringsorganen	1,0	0,9	0,9
D12 Obstipatie	1,2	1,1	0,8
Overige ICPC-codes	18,4	17,5	16,6
Aantal cliënten in LiPZ	3.746	4.923	4.595
Onbekend	164	259	205

* Per cliënt worden maximaal vier verschillende verwijfsdiagnosen gecodeerd.

3.2.3 Aantal en combinaties verwijstdiagnosen

Bijna één op de drie cliënten is in 2010 verwezen met meerdere diagnosen (zie tabel 3.5). Tussen 2008 en 2010 is het aandeel cliënten toegenomen dat met twee diagnosen is verwezen.

Tabel 3.5: Aantal medische diagnosen afkomstig van de verwijstdbrief van de cliënt genoteerd door de verwijzder, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

	2008	2009	2010
1 verwijstdiagnose	71,6	70,4	70,1
2 verwijstdiagnosen	22,2	23,3	24,3
3 verwijstdiagnosen	5,2	4,9	4,3
4 verwijstdiagnosen	1,0	1,3	1,3
Aantal cliënten in LiPZ	3.746	4.923	4.595
Onbekend	164	259	205

* Per cliënt worden maximaal vier verschillende verwijstdiagnosen gecodeerd.

De afgelopen jaren bestond de top 5 van meest voorkomende combinaties verwijstdiagnosen uit overgewicht of obesitas in combinatie met een andere ziekte (zie tabel 3.6). Hoewel de volgorde en percentages binnen de top 5 gedurende de jaren fluctueerde, bleef de combinatie overgewicht (BMI 25-30) met diabetes mellitus in alle jaren de meest voorkomende. Tussen 2008 en 2010 is het percentage cliënten met deze verwijzingen gestegen van 12% naar 18%.

Tabel 3.6: Top 5 meest voorkomende combinaties van verwijfsdiagnosen gecodeerd naar de International Classification of Primary Care (ICPC), van cliënten met meervoudige verwijfsdiagnosen naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

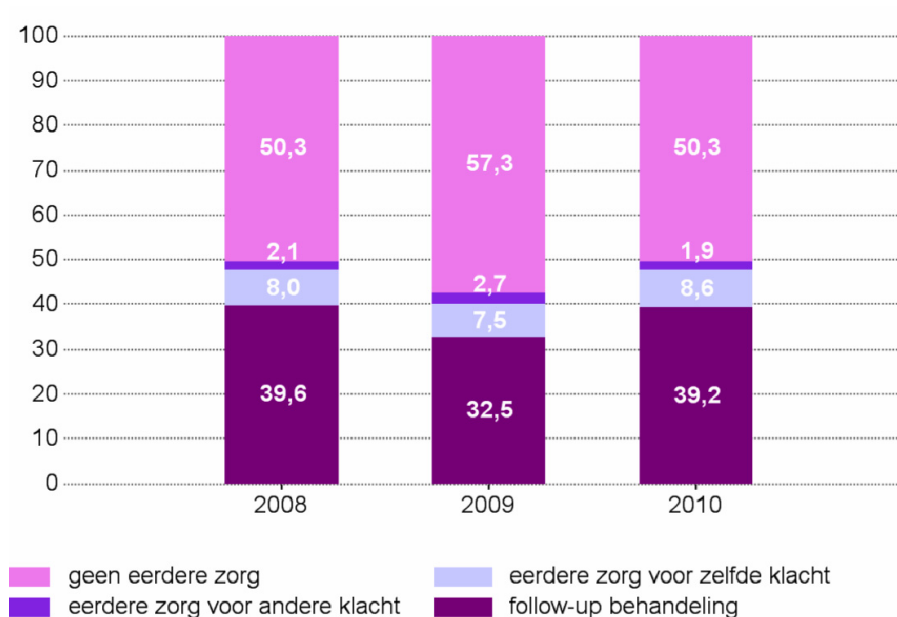
	2008	2009	2010
T83 Overgewicht (BMI 25 - 30) & T90 Diabetes mellitus	12,1	14,6	17,6
T83 Overgewicht (BMI 25 - 30) & T93 Vetstofwisselingsstoornis	6,0	6,2	7,0
K86 Hypertensie & T83 Overgewicht (BMI 25 - 30)	7,2	6,9	6,8
B85 Hoge glucose waarden/Glucose-intolerantie & T83 Overgewicht (BMI 25 - 30)	2,8	3,2	3,6
T82 Obesitas (BMI >= 30) & T90 Diabetes mellitus	1,0	1,9	2,4
Overige combinaties van verwijfsdiagnosen	70,9	67,2	62,6
Aantal cliënten in LiPZ	1.062	1.456	1.376

* Per cliënt worden maximaal vier verschillende verwijfsdiagnosen gecodeerd.

3.2.4 Eerdere diëtetik

Tussen 2008 en 2010 heeft de meerderheid van de cliënten een nieuwe behandeling bij de vrijgevestigde diëtist gestart (zie figuur 3.3). In de vijf jaar voorafgaand aan de behandeling heeft één op de tien cliënten eerdere diëtistische zorg ontvangen. Hiervan heeft de ruime meerderheid eerdere diëtistische zorg voor dezelfde klacht ontvangen. De afgelopen jaren fluctueerde het aandeel cliënten met een follow-up behandeling. De daling van 40% in 2008 naar 33% in 2009 is te verklaren doordat er in 2009 relatief veel (25%) praktijken met LiPZ zijn gestart. De nieuwe LiPZ-diëtisten zijn begonnen met het registreren van gegevens voor cliënten met nieuwe aanmeldingen. Hierdoor was het aandeel cliënten met een follow-up behandeling in 2009 relatief laag.

Figuur 3.3: Eerdere diëtetiek naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)



3.3 Wat is er bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de cliënt?

3.3.1 Medische factoren uit de diëtistische diagnose

Volgens de medische factoren uit de diëtistische diagnose is de meerderheid van de volwassen cliënten de afgelopen jaren behandeld vanwege een te hoog lichaamsgewicht (zie tabel 3.7). Dit aandeel is tussen 2008 en 2010 toegenomen van 68% naar 73%. Ongeveer 60% van deze cliënten had daarnaast nog andere medische factoren vermeld staan (zie ook paragraaf 3.3.2). Het percentage cliënten met diabetes mellitus is de afgelopen jaren niet statistisch significant gewijzigd ($p = 0,08$). Hoewel de volgorde binnen de top 15 gedurende de jaren fluctueerde, bleef de top 4 in alle jaren hetzelfde. Overigens had één op de tien cliënten een medische factor anders dan de top 15.

Tabel 3.7: Top 15 medische factoren uit de diëtistische diagnose naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

	2008	2009	2010
Overgewicht bij volwassenen	68,4	71,7	72,8
Diabetes mellitus	24,5	25,7	26,2
Hypercholesterolemie	16,3	16,6	17,5
Hypertensie	14,4	15,0	15,7
Gewichtsverlies/ondervoeding	5,5	5,9	6,5
Overgewicht bij kinderen (4-18 jaar)	6,1	5,4	5,0
Prikkelbaar darmsyndroom (PDS)/irritable bowel syndrome (IBS)/spastisch colon	4,3	4,1	4,1
Gezondheidstoestand waarbij diagnostisch diëtistisch onderzoek geïndiceerd is	3,4	2,8	3,1
Overig / Niet in te delen volgens de diagnoses uit de Artsenwijzer Diëtetiek	2,3	2,8	1,7
Voedselovergevoeligheid bij kinderen en volwassenen	1,3	1,5	1,7
Chronische obstructieve longziekten (COPD)	1,5	1,4	1,6
Gezondheidstoestand waarbij een algemeen voedingsadvies geïndiceerd is	1,8	2,0	1,4
Binge-eating disorder	4,0	1,7	1,2
Chronische obstipatie	1,7	1,7	1,2
Lactose-intolerantie	0,8	1,0	1,1
Overige medische factoren uit de diëtistische diagnose	10,6	9,1	10,0
Aantal cliënten in LiPZ	3.784	4.998	4.650
Onbekend	126	184	150

* Per cliënt worden maximaal vier verschillende medische factoren ingevuld.

3.3.2 *Aantal en combinaties medische factoren*

Tussen 2008 en 2010 is het aandeel cliënten dat volgens de vrijgevestigde diëtist meervoudige medische factoren had geleidelijk toegenomen van 50% naar 53% (zie tabel 3.8).

Tabel 3.8: Aantal medische factoren afkomstig uit de diëtistische diagnose vastgesteld door de diëtist, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

	2008	2009	2010
1 medische factor	49,9	48,3	46,8
2 medische factoren	33,5	34,8	35,8
3 medische factoren	16,6	16,9	17,5
Aantal cliënten in LiPZ	3.782	4.997	4.650
Onbekend	126	184	150

De laatste jaren bestond de top 5 van meest voorkomende combinaties van medische factoren uit een combinatie van een te hoog gewicht met een ander gezondheidsprobleem zoals diabetes mellitus, hypertensie of hypercholesterolemie (zie tabel 3.9). Hoewel de volgorde en percentages binnen de top 5 gedurende de jaren fluctueerde, bleef de combinatie een te hoog lichaamsgewicht met diabetes mellitus in alle jaren de meest voorkomende. Tussen 2008 en 2010 is het percentage cliënten met deze aandoeningen geleidelijk toegenomen (van 18% naar 21%).

Tabel 3.9: Top 5 meest voorkomende combinaties van medische factoren van cliënten met meerdere medische factoren, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

	2008	2009	2010
Diabetes mellitus & Overgewicht bij volwassenen	17,5	19,6	20,6
Hypertensie & Overgewicht bij volwassenen	8,7	10,3	10,2
Hypercholesterolemie & Overgewicht bij volwassenen	8,4	9,4	9,3
Diabetes mellitus & Hypercholesterolemie & Overgewicht bij volwassenen	7,6	7,7	8,5
Diabetes mellitus & Hypertensie & Overgewicht bij volwassenen	7,0	7,1	7,4
Overige combinaties van medische factoren	50,9	45,9	43,9
Aantal cliënten in LiPZ	1.897	2.584	2.476

* Per cliënt worden maximaal vier verschillende medische factoren ingevuld.

3.3.3 Overige gezondheidsproblemen

Overige gezondheidsproblemen zoals het wel of niet hebben van communicatieproblemen, psychische problemen of verstandelijke problemen is naar het oordeel van de diëtist ingevuld. De afgelopen jaren fluctueerde het aandeel cliënten met communicatie problemen (zie tabel 3.10). Het aandeel cliënten met psychische problemen is gedaald van 9% in 2008 naar 7% in 2010. Het aandeel cliënten met verstandelijke problemen is de afgelopen jaren gelijk gebleven.

Tabel 3.10: Overige gezondheidsproblemen naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Communicatieproblemen	4,3	5,3	4,1
Psychische problemen	9,4	7,5	6,7
Verstandelijke problemen	2,8	2,6	2,4
Aantal cliënten met communicatieproblemen	163	264	189
Aantal cliënten met psychische problemen	339	360	300
Aantal cliënten met verstandelijke problemen	104	128	113

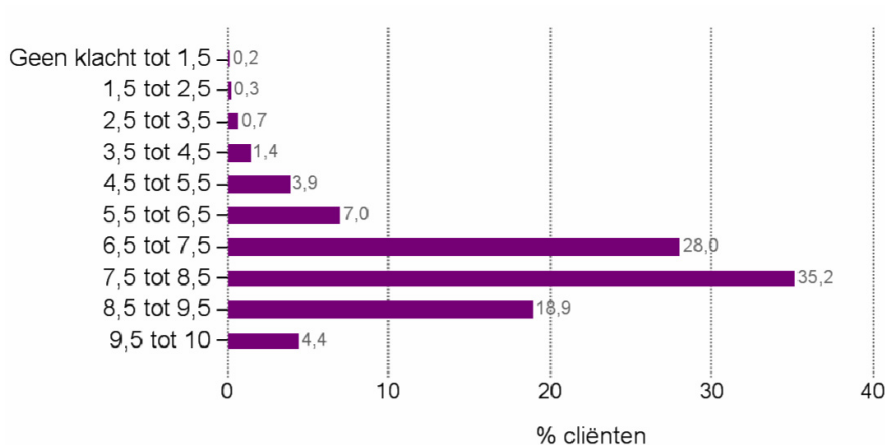
3.3.4 Ernst hoofdklacht

In 2010 beoordeelde de cliënten de ernst van de klacht bij aanvang van de behandeling gemiddeld met een 7,6 (sd = 1,4), (zie tabel 3.11). De helft van de cliënten (55,5%) beoordeelde de hoofdklacht met een cijfer hoger dan 7,5 (zie figuur 3.4). Zes procent beoordeelde de klacht lager dan 5,5. De afgelopen jaren is er in de beoordeling van de ernst van de klacht nauwelijks een verandering opgetreden.

Tabel 3.11: Ernst hoofdklacht bij aanvang van de behandeling naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Gemiddelde	7,5	7,6	7,6
Standaarddeviatie	1,5	1,3	1,3
Aantal cliënten in LIPZ	3.734	4.877	4.534
Onbekend	176	305	266

Figuur 3.4: Ernst hoofdklacht bij aanvang van de behandeling van cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten) (n=4534)



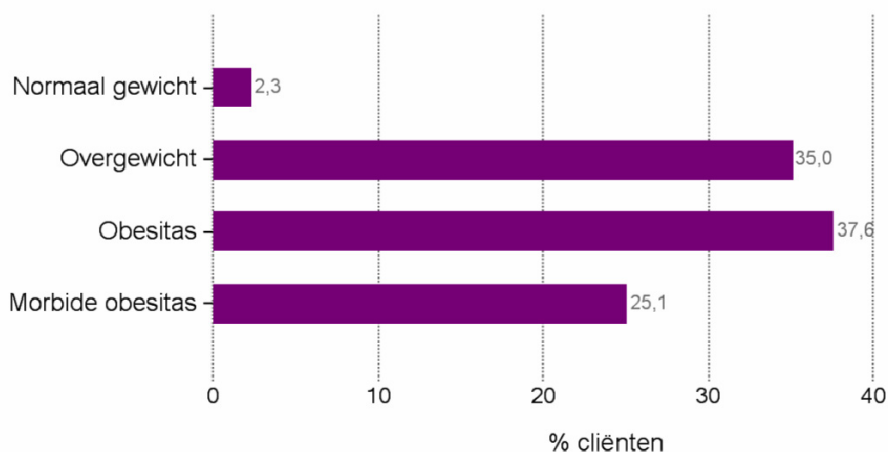
3.3.5 *Body Mass Index*

Volwassen cliënten met een te hoog lichaamsgewicht die in 2010 zijn behandeld, hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddeld BMI van 32,3 (sd= 5,3) (zie tabel 3.12). Tussen 2008 en 2010 is de BMI bij aanvang van de behandeling niet veranderd. Meer dan één op de drie cliënten was obees en één op de vier cliënten was morbide obees (zie figuur 3.5). Een kleine groep had bij aanvang van de behandeling een normaal lichaamsgewicht (2%). Dit waren bijvoorbeeld cliënten die ongewenst gewicht zijn aangekomen maar bij wie de BMI nog (net) onder de grens van 25 lag.

Tabel 3.12: Body Mass Index (BMI) bij aanvang van de behandeling van volwassen cliënten met een te hoog lichaamsgewicht, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Gemiddelde	32,3	32,4	32,3
Standaarddeviatie	5,3	5,2	5,2
Aantal cliënten in LIPZ	1.720	2.334	2.377
Onbekend	869	1.247	1.007

Figuur 3.5: Body Mass Index (BMI) bij aanvang van de behandeling van volwassen cliënten met een te hoog lichaamsgewicht die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (n=2377)



3.3.6 *Lichamelijke activiteit*

Van de volwassen cliënten die in 2010 zijn behandeld voldeed bij aanvang van de behandeling 42% aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), immers 32% was matig lichamelijk actief, 9% had veel lichamelijke activiteit en 1% had zeer veel lichamelijke activiteit (zie tabel 3.13). De afgelopen jaren fluctueerde het aandeel cliënten dat bij aanvang van de behandeling aan de NNGB voldeed.

Tabel 3.13: Lichamelijke activiteit bij aanvang van de behandeling van volwassen cliënten, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Zeer gering	16,0	18,7	14,0
Gering	41,1	41,2	44,2
Matig	34,4	32,4	32,5
Veel	7,6	7,1	8,7
Zeer veel	0,9	0,6	0,7
Aantal cliënten in LiPZ	3.369	4.479	4.215
Onbekend	183	289	227

3.4 Hoe ziet het paramedisch behandelplan er uit in termen van behandel­doelen, welke verrichtingen zijn er uitgevoerd en wat is de omvang van de behandeling?

3.4.1 *Behandeldoelen*

De drie meest voorkomende behandeldoelen van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist, bestonden uit: het beïnvloeden of aanleren van nieuw voedingsgedrag (73%), het beïnvloeden van ziekte / aandoeningen of syndromen (57%) en het beïnvloeden van de kwaliteit van leven (45%) (zie tabel 3.14).

De afgelopen jaren verschilden de behandeldoelen die het meest frequent zijn gekozen. De behandeling lijkt met name vaker gericht te zijn op het beïnvloeden of aanleren van nieuw voedingsgedrag, het beïnvloeden van de kwaliteit van leven en het inzicht verkrijgen in ziekten, aandoeningen of syndromen. De behandeldoelen geven een indruk van de meest belangrijke aspecten waar gedurende de diëtistische behandeling de focus op ligt. Uit deze resultaten kan bijvoorbeeld niet geconcludeerd worden dat weinig cliënten gedurende de diëtistische behandeling worden voorbereid op een speciale gebeurtenis. Dit onderdeel kan namelijk in iedere behandeling aan bod komen, maar de focus ligt vaker op andere aspecten.

Tabel 3.14: Behandeldoelen naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

Diagnostische / evaluatieve doelen	2008	2009	2010
Inzicht verkrijgen in:			
de kwaliteit van leven	2,7	7,4	11,6
ziekten/aandoeningen/syndromen	19,4	24,4	30,8
functioneren cliënt	12,7	8,9	14,4
externe factoren	23,7	18,4	21,2
persoonlijke factoren	36,5	25,9	30,4
overige diagnostische/evaluatieve doelen	9,0	4,3	5,7
Therapeutische / preventieve doelen			
Beïnvloeden van:			
de kwaliteit van leven	30,0	42,2	44,5
ziekte/aandoening/syndroom	59,5	61,1	57,0
functioneren cliënt (anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie)	9,0	9,3	10,1
externe factoren op ziekte en/of menselijk functioneren	4,0	1,4	1,2
de invloed van persoonlijke factoren op ziekte en/of menselijk functioneren	24,1	15,2	9,8
nieuw voedingsgedrag	55,5	69,6	73,4
overige therapeutische/preventieve doelen	6,4	2,7	1,6
Voorwaardescheppende doelen			
scheppen gunstig therapieklimaat	14,6	10,7	17,0
voorbereiden op speciale gebeurtenis	0,3	0,6	0,5
geruststellen	1,6	1,1	1,3
overige cliëntgebonden voorwaardescheppende doelen	1,0	0,3	0,4
aantal cliënten in lipz	3.784	4.977	4.653
onbekend	126	205	147

3.4.2 Verrichtingen

Tussen 2008 en 2010 zijn de drie meest frequent toegepaste verrichtingen niet gewijzigd. De afgelopen jaren is bij gemiddeld 88% van de cliënten aangegeven dat het informeren, adviseren, uitleggen, instrueren en feedback geven een van de belangrijkste verrichtingen van de diëtistische behandeling was (zie tabel 3.15). Ook is het bevragen, observeren, meten en testen bij ruim de helft van de cliënten veel toegepast gedurende de behandeling. Indirect cliëntgebonden handelingen betroffen de afgelopen jaren met name het maken van een voedings-/dieetvoorschrift. Na 2009 is er een stijging geweest van het aandeel cliënten bij wie een van de belangrijkste indirect cliëntgebonden handeling het vastleggen van gegevens in het dossier was.

Tabel 3.15: Belangrijkste verrichtingen die gedurende de diëtistische behandeling zijn toegepast, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

Verrichtingen	2008	2009	2010
Diëtistisch onderzoek:			
Bevragen, observeren, meten/testen	57,9	55,7	53,9
Vaststellen diëtistische diagnose	27,2	34,4	38,7
Diëtistisch onderzoek, anders of niet gespecificeerd	10,3	10,5	11,1
Behandeling:			
Vaststellen diëtistisch behandelplan	39,9	36,2	40,9
Informeren/adviseren; uitleggen en instrueren; feedback geven	87,7	86,8	89,4
Bieden van steun aan cliënt	34,3	26,8	23,6
Oefenen van vaardigheden	18,4	14,2	11,0
Behandeling, anders of niet gespecificeerd	14,5	8,5	4,0
Direct cliëntgebonden handelen, anders/niet gespecificeerd	1,3	1,2	0,7
Indirect cliëntgebonden handelen:			
Vastleggen van gegevens in dossier	8,6	9,6	18,7
Berekenen en beoordelen en raadplegen gegevens	10,6	9,2	7,6
Maken van een voedings-/dieetvoorschrift	29,3	38,4	33,4
Vaststellen en aanvragen dieetpreparaat	1,1	1,6	2,6
Communiceren met anderen ten behoeve van cliënt	7,1	9,7	9,7
Bieden van steun aan naasten cliënt	2,0	0,5	0,4
Beantwoorden vraag verwijzer	0,9	3,0	2,2
Indirect cliëntgebonden handelen, anders/niet gespecificeerd	0,7	0,6	0,2
Aantal cliënten in LIPZ	1.134	1.559	1.735
Onbekend	1.142	1.402	688

3.4.3 *Status van de behandeling*

In 2010 zijn er 4800 cliënten door de vrijgevestigde diëtisten in LiPZ behandeld. Hiervan is 39% voor 2010 met de behandeling gestart. Van alle cliënten met een consult in 2010 heeft 41% de behandeling aan het einde van 2010 nog niet afgesloten; zij kregen een follow-up behandeling in 2011. In 2010 is de behandeling bij de helft van de cliënten wel afgesloten. Uiteindelijk was bij 9% van de cliënten (n=414) onbekend of de behandeling al dan niet is afgesloten in 2010. Dit waren voornamelijk cliënten bij wie de diëtist voor het laatst eind 2010 data heeft aangeleverd waardoor wijzigingen in de status van de behandeling niet meer zijn doorgevoerd in de LiPZ-database.

Karakteristieken van de cliëntenpopulatie naar status van de behandeling

Een aantal kenmerken van de cliënten bij wie de behandeling eind 2010 nog niet is afgesloten waren (statistisch significant) anders dan de cliënten bij wie de behandeling in 2010 wel is afgesloten (zie tabel 3.16). Zo waren de cliënten met een nog lopende behandeling ouder, lager opgeleid, vaker door de huisarts verwezen en hadden vaker nog geen eerdere diëtetiek gehad dan de cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten. Sommige gezondheidsproblemen kwamen bij de groep cliënten met een nog lopende behandeling vaker voor dan bij de groep cliënten met een afgesloten behandeling. Zo had deze groep cliënten vaker meerdere diagnoses, een te hoog lichaamsgewicht, diabetes mellitus en hypertensie dan de groep cliënten met een afgesloten behandeling. Daarnaast had de groep cliënten met een nog lopende behandeling bij aanvang van de behandeling gemiddeld een hogere Body Mass Index (BMI), een hogere ernst van de klacht en voldeden minder vaak aan de NNGB dan de cliënten bij wie de behandeling in 2010 was afgesloten.

Tabel 3.16: Karakteristieken van de cliënten die de behandeling in 2010 hebben afgesloten en van de cliënten die eind 2010 nog in behandeling waren (en een follow-up behandeling kregen)

	Afgesloten % cliënten	Lopend % cliënten
Vrouw	67,2	65,4
Gemiddelde leeftijd ±sd	47,9 ± 19,4	50,0 ± 18,4
Opleidingsniveau:		
Laag	29,0	37,2
Middel	45,4	39,8
Hoog	23,4	20,7
Anders	2,3	2,3
Verwijzing door huisarts	95,5	97,5
Initiatief behandeling cliënt	11,8	10,8
Geen eerdere zorg	48,3	50,0
Eerder zorg voor zelfde klacht	7,7	10,0
Eerder zorg voor andere klacht	1,9	2,0
Communicatieproblemen	5,0	2,7
Psychische problemen	7,6	6,2
Verstandelijke problemen	2,3	2,6
Gemiddelde BMI	31,8 ± 5,3	32,7 ± 5,1
Voldoet aan de NNGB	43,9	40,6
Ernst van de hoofdklacht	7,5 ± 1,4	7,7 ± 1,3
Meervoudige diagnoses	50,3	54,7
Medische factoren:		
Te hoog gewicht bij volwassenen	65,5	77,9
Diabetes	23,6	27,6
Hypercholesterolemie	17,0	16,7
Hypertensie	12,3	18,3
Gewichtsverlies / ondervoeding	6,7	5,8
Te hoog gewicht bij kinderen	4,3	5,9
Prikkelbaar Darm Syndroom	5,1	2,8
Gezondheidstoestand waarbij diagnostisch diëtistisch onderzoek geïndiceerd is		
Overig / Niet in te delen volgens de diagnoses uit de Artsenwijzer Diëtetiek	1,4	1,6
Lactoseintolerantie †	2,0	1,1
Totaal aantal cliënten	2423	2206

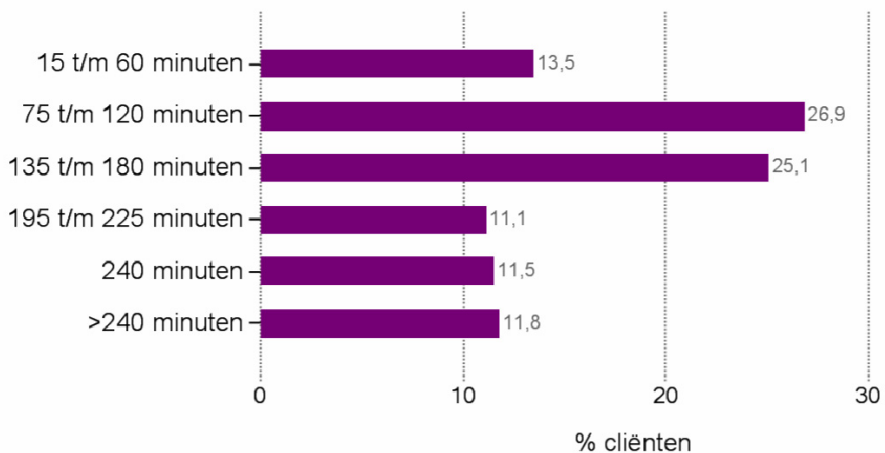
3.4.4 *Behandeltijd per cliënt per kalenderjaar*

De mediaan van de besteedde behandeltijd in minuten per cliënt per kalenderjaar was in 2009 en 2010 één kwartier lager dan in 2008 (zie tabel 3.17). In 2010 hebben de cliënten mediaan 2,5 uur (gemiddelde 2,7 / standaarddeviatie 1,5) behandeltijd gehad. Twaalf procent van de cliënten heeft precies vier uur diëtetiek gehad en eveneens 12% meer dan vier uur (zie figuur 3.6). De cijfers hebben betrekking op de totale groep cliënten per kalenderjaar. Een deel van de cliënten is al voor 2010 met de behandeling begonnen. De totale behandeltijd per behandeling kan dus langer zijn (zie paragraaf 3.4.5).

Tabel 3.17: Mediaan en gemiddelde totale behandeltijd per cliënt per kalenderjaar, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist

	2008	2009	2010
Gemiddelde	173,4	164,3	162,5
Standaarddeviatie	95,4	89,0	88,3
Mediaan	165,0	150,0	150,0
Aantal cliënten in LiPZ	3.910	5.182	4.800

Figuur 3.6: Behandeltijd per cliënt per kalenderjaar van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (%cliënten) (n=4800)



3.4.5 Totale behandeltime per cliënt per behandeling

De cliënten die in 2010 door de diëtist zijn behandeld, hebben per totale behandeling mediaan 3,2 uur (gemiddelde 4,3 / standaarddeviatie 3,5) behandeltime gehad.

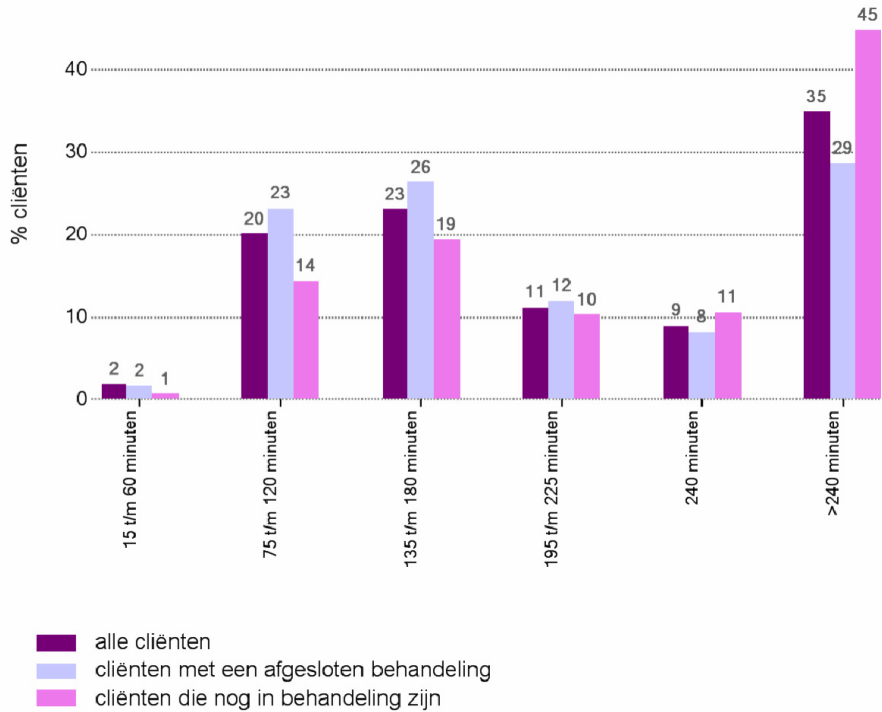
Voor de groep cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten

De totale behandeltime was 3,0 uur (gemiddelde 3,8 / standaarddeviatie 2,8) voor de groep cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten. Binnen deze groep heeft één op de vier cliënten meer dan vier uur diëtiek ontvangen (zie figuur 3.7).

Voor de groep cliënten bij wie de behandeling eind 2010 nog niet is afgesloten

De totale behandeltime was 3,8 uur (gemiddelde 5,1 / standaarddeviatie 4,2) voor de groep cliënten bij wie de behandeling eind 2010 nog niet is afgesloten. Elf procent van deze groep cliënten heeft precies vier uur diëtiek gehad en 45% meer dan vier uur. Deze groep cliënten gebruikte over het algemeen meer zorg en heeft andere gezondheidsproblemen dan de groep cliënten bij wie de behandeling in 2010 wel is afgesloten.

Figuur 3.7: Totale behandeltime per cliënt per behandeling van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

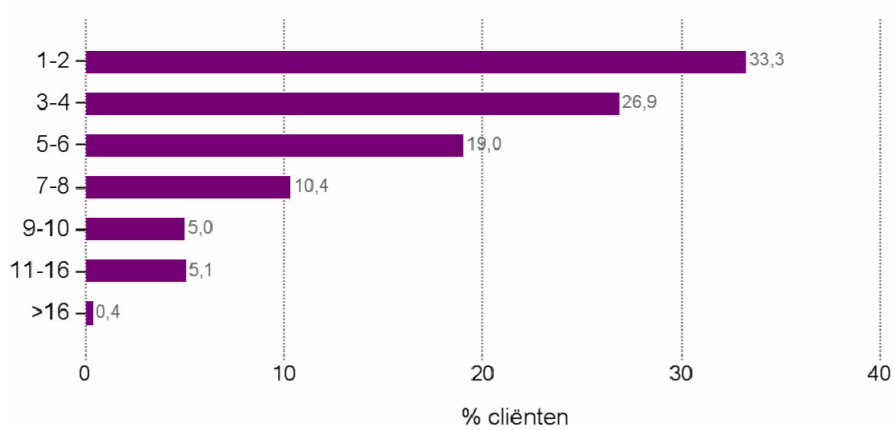


3.4.6 Aantal consulten per cliënt per kalenderjaar

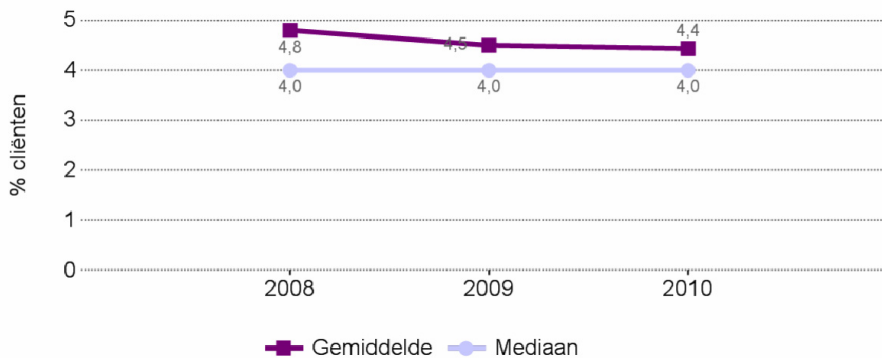
Een consult bij de diëtist bevat direct en indirect cliëntgebonden behandeltime waarbij de tijdseenheden variabel zijn van 15 minuten tot bijvoorbeeld een uur.

In 2010 zijn de cliënten gemiddeld 4,4 (standaarddeviatie =3,2 / mediaan = 4,0) keer bij de diëtist geweest. Tien procent van de cliënten heeft in 2010 meer dan acht consulten gevolgd (zie figuur 3.8). De afgelopen jaren is het aantal consulten dat een cliënt per kalenderjaar ontving nagenoeg gelijk gebleven. (zie figuur 3.9).

Figuur 3.8: Aantal consulten uitgevoerd in 2010 van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (%cliënten) (n=4800)



Figuur 3.9: Mediaan en gemiddeld aantal consulten per cliënt per kalenderjaar, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist



3.4.7 Aantal consulten per cliënt per behandeling

De cliënten die in 2010 door de diëtist zijn behandeld, hebben per totale behandeling mediaan 5,0 (gemiddelde 7,6 / standaarddeviatie 8,0) consulten gehad.

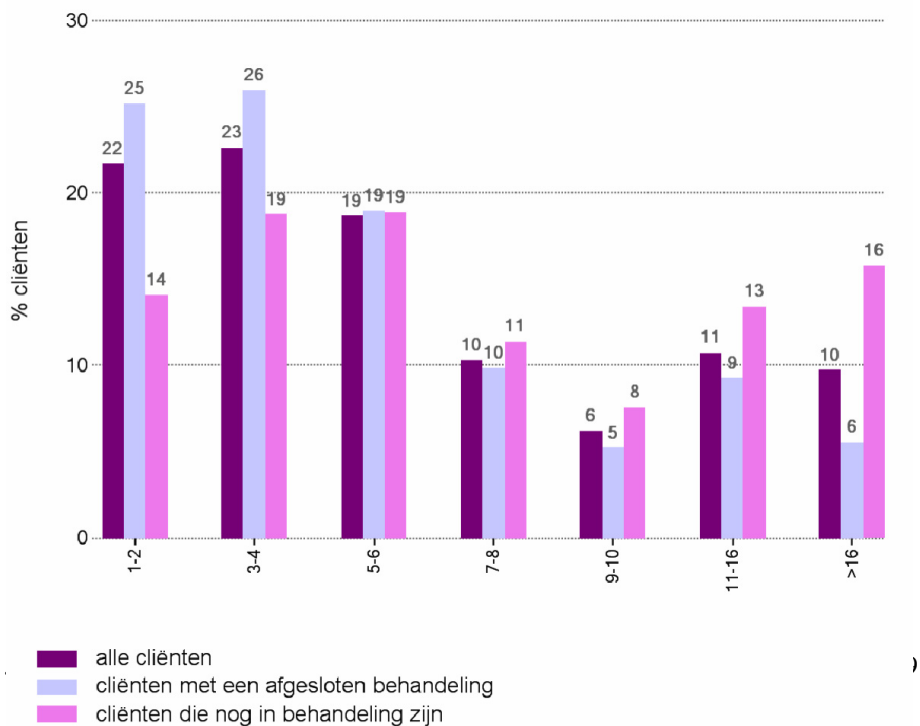
Voor de groep cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten

De groep cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten zijn gedurende de totale behandeling 4,0 (gemiddelde 6,2 / standaarddeviatie 6,2) keer bij de diëtist geweest. Tachtig procent van de cliënten heeft maximaal 10 consulten gehad (zie figuur 3.10).

Voor de groep cliënten bij wie de behandeling eind 2010 nog niet is afgesloten

Het totaal aantal consulten per behandeling is het hoogst voor de groep cliënten bij wie de behandeling eind 2010 nog niet is afgesloten. Zij zijn gedurende de totale behandeling mediaan 6,0 (gemiddelde 9,7 / standaarddeviatie 9,8) keer bij de diëtist geweest en 37% van de cliënten heeft meer dan 10 consulten gehad.

Figuur 3.10: Totaal aantal consulten per cliënt per behandeling van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (%cliënten)



3.4.8 *Totale duur (doorlooptijd) per cliënt per behandeling*

De mediaan van de totale duur (doorlooptijd) per behandeling was 19,0 weken (gemiddelde 35,7 / standaarddeviatie 45,7) van de cliënten die in 2010 zijn behandeld. Bij ruim één op de vijf cliënten was de doorlooptijd van de behandeling langer dan één jaar (zie tabel 3.18).

Voor de groep cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten

De mediaan van de totale duur van de behandeling was 16,0 weken (gemiddelde 27,6 / standaarddeviatie 35,3) binnen de groep cliënten die in 2010 de behandeling heeft beëindigd. Bijna één op de twee cliënten (44,7%) heeft de behandeling binnen vier maanden beëindigd en bij 14% duurde de behandeling langer dan een jaar.

Voor de groep cliënten bij wie de behandeling eind 2010 nog niet is afgesloten

Voor de groep cliënten bij wie de behandeling nog niet is afgesloten in 2010, was de mediaan van de doorlooptijd per behandeling 27,0 weken (gemiddelde 46,7 / standaarddeviatie 54,1). Bij één op de drie cliënten was de doorlooptijd korter dan vier maanden en bij bijna één op de drie cliënten duurde de behandeling langer dan één jaar.

Tabel 3.18: Totale duur per cliënt per behandeling van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)*

	alle cliënten	afgesloten	lopend
eenmalig consult	10,0	11,1	6,6
t/m 3 maanden	31,1	33,7	27,3
4 t/m 6 maanden	18,8	22,0	16,0
7 t/m 9 maanden	10,9	10,5	11,9
10 t/m 12 maanden	7,4	8,2	7,0
langer dan 1 jaar	21,8	14,4	31,1
Aantal cliënten in LiPZ	4.800	2.423	1.963

* *Afgesloten: cliënten met een afgesloten behandeling.*

Lopend: cliënten die aan het eind van 2010 nog in behandeling zijn.

3.5 Wat is het resultaat van de behandeling?

3.5.1 Reden beëindigen behandeling

In 2010 is het bereiken van de behandeldoelen (31%) de meest voorkomende reden van het beëindigen van de behandeling geweest (zie tabel 3.19). Bij een deel van de cliënten is de behandeling voortijdig beëindigd. Bijvoorbeeld vanwege financiële redenen (6%) of het niet verschijnen op de al gemaakte afspraak (10%). De behandeling is bij 14% van de cliënten beëindigd omdat de cliënt geen contact meer heeft opgenomen en bij bijna één op de vier cliënten in overleg tussen de diëtist en de cliënt.

Tabel 3.19: Reden van het beëindigen van de behandeling van de cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2010
Cliënt is uitbehandeld, de behandeldoelen zijn bereikt	31,4
Cliënt is niet meer verzekerd (de vier behandeluren zijn b.v. op)	2,8
In overleg tussen diëtist en cliënt is de behandeling gestopt	24,2
Cliënt is verhuisd of opgenomen in een instelling	2,3
Cliënt is overleden	1,2
Cliënt is overgegaan naar een andere behandelaar	3,0
Andere reden	7,2
Cliënt is niet op de al gemaakte afspraak verschenen	9,5
Cliënt heeft geen contact meer opgenomen	14,4
Cliënt is gestopt in verband met het eigen risico	3,7
Niet bekend bij de diëtist	0,2
Aantal cliënten in LIPZ	1.765
Onbekend	658

3.5.2 *Behaalde behandeldoelen*

Van de cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten, heeft meer dan de helft de behandeldoelen voor minimaal driekwart bereikt (zie tabel 3.20). Negen procent heeft de behandeldoelen niet bereikt. Van deze laatste groep cliënten is de behandeling bij ruim een derde van de cliënten in overleg met de diëtist beëindigd. Eén op de vijf cliënten heeft geen contact meer opgenomen en 17% is niet op de gemaakte afspraak verschenen.

Tussen 2009 en 2010 is het aandeel cliënten gedaald, dat de doelen niet of voor een kwart heeft bereikt. Er is er een lichte stijging te zien in het aandeel cliënten dat de doelen aan het einde van de behandeling voor minimaal de helft heeft bereikt.

Tabel 3.20: Mate waarin de behandeldoelen bij afsluiting van de behandeling zijn bereikt, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
doel niet bereikt	11,1	11,6	9,3
doel voor een kwart bereikt	17,2	20,0	15,3
doel voor de helft bereikt	18,8	21,0	22,1
doel voor driekwart bereikt	22,3	21,6	24,3
doel geheel bereikt	30,6	25,9	29,0
Aantal cliënten in LiPZ	1.050	1.427	1.541
Onbekend	1.226	1.534	882

3.5.3 *Ernst van de hoofdklacht*

De groep cliënten bij wie de behandeling in 2010 is afgesloten, beoordeelde de hoofdklacht aan het begin van de behandeling met gemiddeld een 7,5 (sd = 1,4) en bij beëindiging met gemiddeld een 5,5 (sd = 2,0). De ernst van de hoofdklacht is bij beëindiging van de behandeling gemiddeld 2,1 punten gedaald ten opzichte van het begin van de behandeling ($p < 0,001$ met een 95% betrouwbaarheidsinterval van -2,15 tot -1,98). Het gemiddelde verschil in ernst van de hoofdklacht tussen het einde en het begin van de behandeling was in 2010 iets groter dan in 2009, maar even groot als in 2008. In 2010 is

de ernst van de klacht gedurende de behandeling bij een grotere groep cliënten gedaald vergeleken met 2009 en 2008 (zie tabel 3.21).

Tabel 3.21: Verandering ernst van de klacht bij afsluiting van de behandeling t.o.v. de ernst van de klacht bij aanvang van de behandeling, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Ongewijzigde ernst van de klacht	19,9	23,3	16,8
Daling ernst van de klacht	77,8	75,5	81,9
Toename ernst van de klacht	2,3	1,2	1,4
Aantal cliënten in LIPZ	1.067	1.460	1.522
Onbekend	1.209	1.501	901

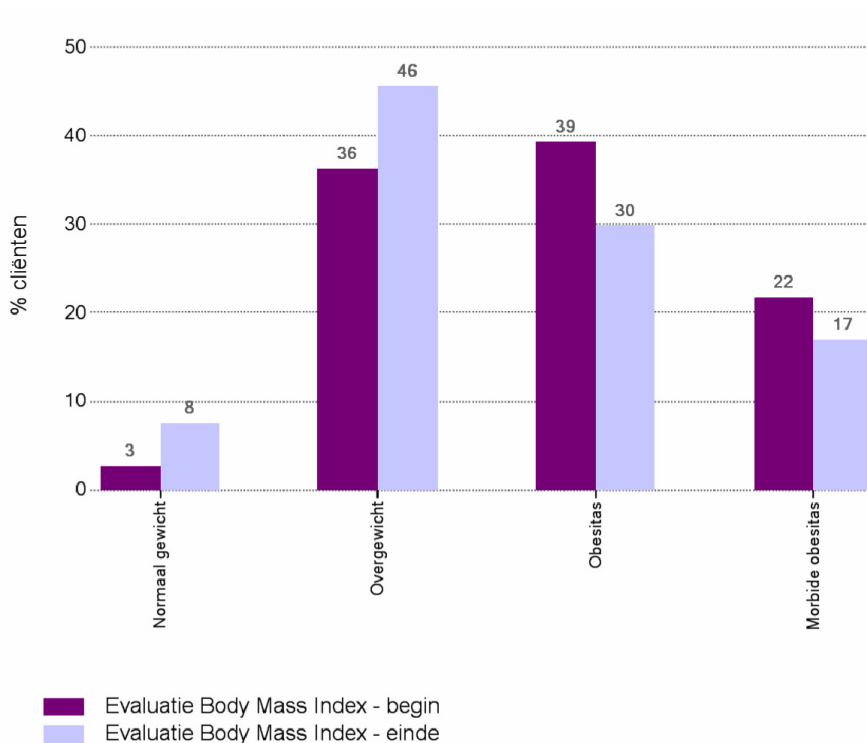
3.5.4 *Body Mass Index*

De volwassen cliënten die in 2010 zijn behandeld vanwege een te hoog lichaamsgewicht hadden bij aanvang van de behandeling een gemiddeld BMI van 32. Bij afsluiting van de behandeling is de BMI gemiddeld 1,3 kg/m² gedaald ($p < 0,001$ met een 95% betrouwbaarheidsinterval van -1,39 tot -1,17) (zie tabel 3.22). Een kleine groep cliënten had bij aanvang van de behandeling een normaal lichaamsgewicht (3%) (zie figuur 3.11). Dit waren bijvoorbeeld cliënten die ongewenst gewicht zijn aangekomen maar bij wie de BMI nog (net) onder de grens van 25 lag. Deze groep cliënten is toegenomen naar 8% bij afsluiting van de behandeling. Tevens is de groep cliënten met overgewicht bij afsluiting van de behandeling toegenomen van 36% naar 46%. Deze verschuiving is opgetreden omdat het percentage cliënten met (morbid) obesitas is gedaald van 61% naar 47%. Vergeleken met de twee voorgaande jaren was er geen verschil in BMI waarden tussen aanvang en afsluiting van de behandeling.

Tabel 3.22: Mediaan en gemiddelde verandering body mass index bij volwassen cliënten met een te hoog gewicht bij afsluiting van de behandeling t.o.v. de aanvang van de behandeling, naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Gemiddelde	-1,3	-1,2	-1,3
Standaarddeviatie	1,6	1,6	1,8
Mediaan	-0,9	-0,9	-1,0
Aantal cliënten in LiPZ	460	798	985

Figuur 3.11: Body Mass Index (BMI) bij aanvang en bij afsluiting van de behandeling bij volwassen cliënten met een te hoog gewicht die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist



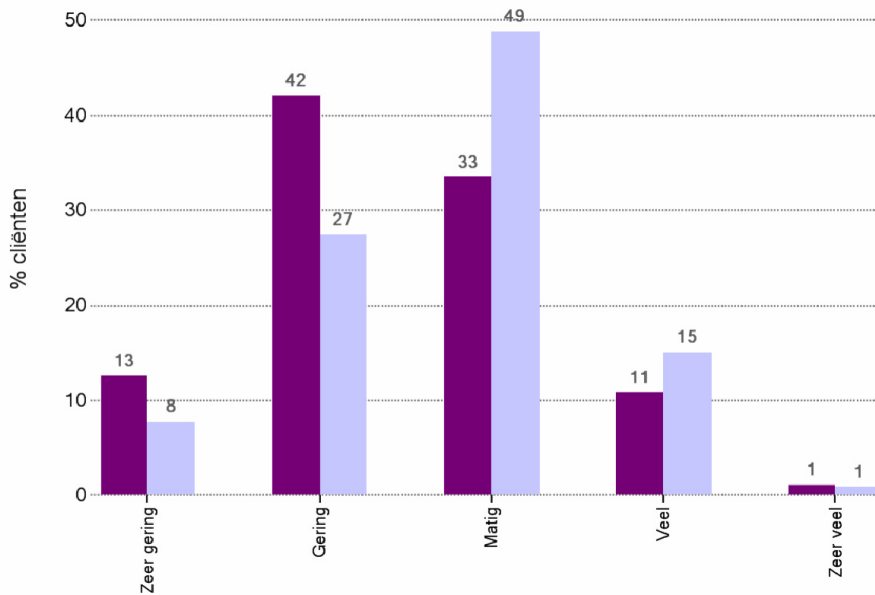
3.5.5 *Mate van lichamelijke activiteit*

Van de volwassen cliënten die in 2010 zijn behandeld voldeed bij aanvang van de behandeling 46% aan de NNGB en 65% bij afsluiting van de behandeling (zie tabel 3.23). Immers 49% was matig lichamelijk actief, 15% had veel lichamelijke activiteit en 1% had zeer veel lichamelijke activiteit (zie figuur 3.12). Bij afsluiting van de behandeling is de mate van lichamelijke activiteit bij 5% van de cliënten verslechterd, bij 64% van de cliënten gelijk gebleven en bij 30% van de cliënten verbeterd. Gedurende de jaren 2008-2010 heeft ongeveer twee derde van de volwassen cliënten bij afsluiting van de behandeling voldoende lichamelijke activiteit gehad volgens de NNGB.

Tabel 3.23: Mate waarin volwassen cliënten bij afsluiting van de behandeling voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB), naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Voldoet niet aan NNGB	31,9	36,5	35,2
Voldoet wel aan NNGB	68,1	63,5	64,8
Aantal cliënten in LiPZ	947	1.335	1.441
Onbekend	1.106	1.382	796

Figuur 3.12: Mate van lichamelijke activiteit bij aanvang en bij afsluiting van de behandeling bij volwassen cliënten die in 2010 zijn behandeld door de vrijgevestigde diëtist



3.6 Voor hoeveel procent van de cliënten is de vergoeding van vier uur diëtetiek per kalenderjaar volgens de diëtist toereikend?

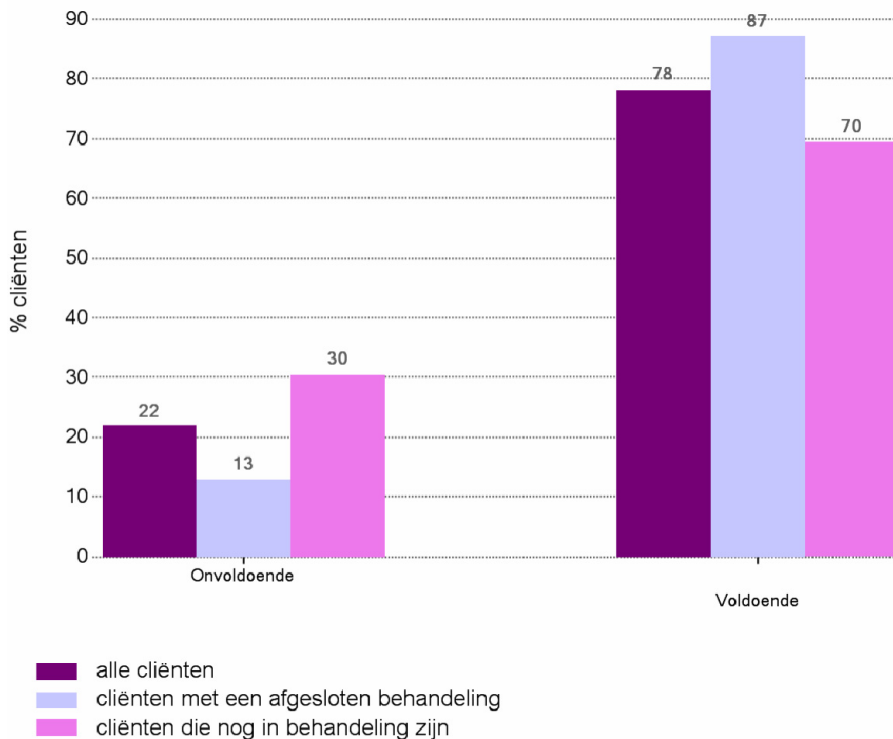
3.6.1 Toereikendheid vier behandeluren

Volgens de diëtist heeft één op de vijf cliënten in 2010 niet voldoende gehad aan vier uur diëtetiek (zie tabel 3.24). Bijna één op de drie cliënten bij wie de behandeling eind 2010 nog niet is afgesloten, had onvoldoende aan vier uur diëtetiek (zie figuur 3.13). De ruime meerderheid (87%) van de cliënten bij wie de behandeling in 2010 is beëindigd had voldoende aan vier uur diëtetiek. Gedurende de jaren 2008-2010 is een toename te zien in het totaal aandeel cliënten dat per kalenderjaar voldoende had aan vier uur diëtetiek.

Tabel 3.24: Toereikendheid vier uur zorg naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Onvoldoende	26,7	27,7	21,8
Voldoende	73,3	72,3	78,2
Aantal cliënten in LiPZ	1.254	2.337	2.879
Onbekend	2.656	2.845	1.921

Figuur 3.13: Toereikendheid vier uur zorg van de cliënten die in 2010 zijn behandeld bij de vrijgevestigde diëtist



3.6.2 *Financiering extra tijd*

Bijna twee derde van de cliënten die in 2010 niet voldoende had aan de vergoeding van vier uur diëtetiek heeft een aanvullende verzekering voor diëtetiek afgesloten en één vijfde betaalde de extra tijd zelf (zie tabel 3.24). Bij acht procent van de cliënten financierde de diëtist de extra tijd. Tussen 2008 en 2010 is het aandeel cliënten met een aanvullende verzekering voor diëtetiek gestegen. De afgelopen jaren was er geen statistisch significant verschil in het aandeel cliënten bij wie de diëtist de extra tijd zelf vergoedde.

Tabel 3.24: Financiering van de extra tijd naar jaar van behandeling door de vrijgevestigde diëtist (% cliënten)

	2008	2009	2010
Cliënt is aanvullend verzekerd voor extra tijd	42,8	59,7	64,2
Cliënt betaalt extra tijd	37,9	22,3	20,2
Diëtist betaalt extra tijd	9,7	8,5	8,0
Andere financiering extra tijd	9,7	9,6	7,6
Aantal cliënten in LiPZ	269	471	450
Onbekend	66	176	177

4 Samenvatting en beschouwing

De eerstelijnszorg binnen vrijgevestigde diëtistenpraktijken is al geruime tijd onderzocht middels de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Dit jaar zijn voor het eerst de trendcijfers van 2008 t/m 2010 gepubliceerd. De LiPZ-cijfers geven een overzicht van een breed scala aan gegevens met betrekking tot de cliënt, de verwijzing, het gezondheidsprobleem, de diëtistische behandeling, de behandeltijd en de evaluatie van de behandeling. In deze discussie wordt nader ingegaan op de belangrijkste resultaten en de beperkingen van het huidige onderzoek.

Gemiddelde leeftijd stijgt

De afgelopen jaren is de gemiddelde leeftijd van cliënten die bij de vrijgevestigde diëtist in behandeling zijn geleidelijk toegenomen van 46,8 jaar in 2008 naar 49,0 jaar in 2010. In minder sterke mate is eenzelfde trend ook onder de Nederlandse bevolking waargenomen.⁽¹⁷⁾ De groep cliënten van 75 jaar en ouder is volgens LiPZ-cijfers de afgelopen jaren overigens niet gestegen. Mogelijk was er wel sprake van een toename in deze leeftijdsgroep bij dieetadvisering binnen thuiszorginstellingen of tweedelijns zorginstellingen. Verder was de grootste groep cliënten bij de vrijgevestigde diëtist de afgelopen jaren vrouw en middelbaar opgeleid.

Vaak een onvolledig verwijsbriefje

De diëtist heeft de afgelopen jaren bij een hoger percentage cliënten meer gezondheidsproblemen vastgesteld dan dat de huisarts op het verwijsbriefje heeft genoteerd. Hierdoor geeft het overzicht van verwijsdiagnosen een ander beeld dan het overzicht van de medische factoren uit de diëtistische diagnoses. Daarnaast is één op de acht cliënten in 2010 verwezen zonder dat door de huisarts een indicatie voor een ziekte is gedefinieerd. Het ging dan vaak om de vraag om advies. Bovendien ging 15% van de cliënten de afgelopen jaren zonder verwijsbriefje naar de diëtist. Deze cliënten waren dan wettelijk verplicht om alsnog een verwijsbriefje bij een arts te halen. Hieruit blijkt dat de diëtist al voor de invoering van directe toegang beoordeelde of behandeling zinvol en veilig zou zijn voor de cliënt. Bij het maken van deze beslissing had de diëtist vaak geen tot weinig medische informatie van de huisarts ter beschikking.

Nog meer cliënten met een te hoog lichaamsgewicht en meerdere gezondheidsproblemen

Het grootste deel van de cliënten kampte de afgelopen jaren met een te hoog lichaamsgewicht. De meerderheid van deze cliënten heeft daarnaast andere gezondheidsproblemen. Volgens de diëtist is het aandeel cliënten met een te hoog lichaamsgewicht de laatste jaren vijf procent toegenomen (van 68% naar 73%). Dit komt overeen met de ontwikkeling in de Nederlandse bevolking.⁽¹⁸⁾ Andere veel voorkomende gezondheidsproblemen waren diabetes mellitus (DM), hypercholesterolemie en hypertensie. Daarnaast is tevens zichtbaar dat diëtisten steeds meer cliënten met meerdere gezondheidsproblemen behandelen.

Behandeldoelen en verrichtingen

Bij aanvang van de behandeling zijn verschillende behandeldoelen vastgesteld. Deze hadden voornamelijk betrekking op het beïnvloeden of aanleren van nieuw voedingsgedrag, het beïnvloeden van ziekte, aandoeningen of syndromen en het beïnvloeden van de kwaliteit van leven. Aan het einde van de behandeling zijn de verrichtingen geregistreerd die tijdens het diëtistisch onderzoek veel zijn uitgevoerd. De afgelopen jaren is er gedurende de behandeling gefocust op het informeren, adviseren, instrueren en feedback geven, en op het bevragen, observeren en meten. Indirect cliëntgebonden handelingen betroffen de afgelopen jaren met name het maken van een voedings-/dieetvoorschrift. Na 2009 is een sterke toename geweest in het aandeel cliënten bij wie het vastleggen van gegevens in het dossier één van de belangrijkste indirect cliëntgebonden handelingen was. Een dergelijk verschil kan te maken hebben met de invoering van IB. Hierdoor moeten diëtisten soms bepaalde cliëntgegevens dubbel registreren, bijvoorbeeld in hun eigen systeem en in een keteninformatiesysteem. Opvallend is dat veel resultaten met betrekking tot de behandeldoelen en verrichtingen afgelopen jaren sterk schommelden. Een reden hiervoor kan zijn dat diëtisten de afgelopen jaren per cliënt meer doelen of verrichtingen zijn gaan registreren.

Behandeltijd per kalenderjaar

In 2009 en 2010 was de besteedde direct en indirect cliëntgebonden behandeltijd mediaan 2,5 uur en daarmee één kwartier gedaald ten opzichte van 2008. In 2010 heeft 12% van de cliënten precies vier uur diëtiek ontvangen en eveneens 12% meer dan vier uur. Volgens de diëtist zou het voor ongeveer één op de vijf cliënten beter zijn geweest als ze in 2010 meer

dan vier uur diëtetiek vergoed hadden gekregen. De afgelopen jaren is er een toename geweest in het totaal aandeel cliënten dat volgens de diëtist voldoende had aan vier uur diëtetiek per kalenderjaar. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Zo is het mogelijk dat diëtisten in de loop der jaren efficiënter hebben leren omgaan met het behandelen van cliënten binnen de standaard beschikbare vier uur diëtetiek per kalenderjaar. Aan de andere kant kan de toename ook verklaard worden door de samenstelling van het LiPZ-netwerk. Begin 2009 zijn er veel nieuwe praktijken begonnen met LiPZ. Hierdoor bevat het jaar 2009 relatief minder cliënten met een follow-up behandeling dan 2010. Cliënten met een follow-up behandeling hebben over het algemeen minder zorg nodig dan cliënten die geen eerdere diëtetiek hebben ontvangen.⁽⁴⁾ Zij hebben het jaar ervoor immers al vier uur diëtetiek kunnen besteden om de doelen te bereiken.

Behandeltijd per behandeling

Een totale behandeling bij een diëtist kan meerdere jaren duren. Per behandeling (gemeten van het eerste tot en met het laatste behandelcontact van eenzelfde verwijfsdiagnose) was de mediaan van de totaal besteedde direct en indirect cliëntgebonden behandeltijd 3,2 uur en de mediaan van het aantal consulten 5,0. De omvang van de zorg is ook voor twee verschillende cliëntengroepen bekeken, namelijk cliënten bij wie de behandeling is afgesloten en cliënten bij wie de behandeling in het nieuwe kalenderjaar wordt voortgezet. De laatste groep cliënten gebruikte meer zorg dan de groep cliënten die de behandeling in 2010 heeft afgesloten. Ruim één derde van hen heeft al meer dan 10 consulten ontvangen en was nog niet klaar met de behandeling.

Reden einde zorg

Het afgelopen jaar is het bereiken van de behandeldoelen de meest voorkomende reden geweest om de behandeling te beëindigen. Toch is de behandeling bij de vrijgevestigde diëtist ook vaak voortijdig beëindigd. Dit gebeurde bij bijna één op de vier cliënten in overleg met de diëtist. Bijvoorbeeld wanneer de cliënt voldoende vaardigheden heeft ontwikkeld om de behandeldoelen zonder begeleiding van de diëtist te kunnen bereiken. Bij 14% van de cliënten is de behandeling beëindigd omdat de cliënt geen contact meer heeft opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld voorkomen als de cliënt niet gemotiveerd genoeg is om een nieuwe afspraak te maken. Mogelijk is het aandeel cliënten bij wie de behandeling voortijdig is beëindigd in

werkelijkheid nog hoger. Bij ongeveer een derde van de cliënten is de reden voor het beëindigen van de behandeling namelijk niet ingevuld. Eveneens is het resultaat van de behandeling bij deze groep cliënten niet ingevuld.

Resultaat van de diëtistische behandeling

Het resultaat van de diëtistische behandeling is bij ruim tweederde van de cliënten met een afgesloten behandeling door de LiPZ-diëtisten ingevuld. De gegevens in dit rapport zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in kenmerken van de cliënten. Hier moet in verdergaand onderzoek wel rekening mee gehouden worden. De uitkomsten in dit rapport geven daarom een indicatie van het resultaat van de diëtistische behandeling.

De laatste jaren is het aandeel cliënten bij wie de doelen volgens de diëtist aan het einde van de behandeling voor minimaal de helft zijn bereikt geleidelijk toegenomen van 72% in 2008 naar 75% in 2010. De ernst van de hoofdklacht is bij aanvang van de behandeling door de cliënten uitgedrukt in een rapportcijfer van gemiddeld 7,5 (sd = 1,4). Bij beëindiging van de behandeling is de hoofdklacht van cliënten gemiddeld 2,1 punten lager dan aan het begin van de behandeling. Een verschil van 1,5 punt kan worden aangehouden als klinisch relevant verschil.⁽¹⁹⁾

Het resultaat van de diëtistische behandeling bij volwassenen met een te hoog lichaamsgewicht is eveneens positief. Bij aanvang van de behandeling hebben zij vaak een veel te hoog BMI (gemiddeld 32). Het is aan te raden om cliënten eerder naar de diëtist te verwijzen, namelijk met een BMI vanaf 25, zodat het ontwikkelen van obesitas en andere aandoeningen gerelateerd aan een te hoog lichaamsgezicht wellicht voorkomen kan worden.⁽¹⁴⁾ Bij afsluiting van de behandeling is de BMI gemiddeld met 1,3 kg/m² afgenomen. Wanneer de BMI wordt omgerekend in termen van absoluut gewichtsverlies, betekent dit dat cliënten gemiddeld 3,9 kg afvallen (bij een gemiddelde lengte van 1,67 meter bij vrouwen en 1,81 meter bij mannen). Dit is een goed resultaat vergeleken met commerciële afvalmethoden.⁽²⁰⁾ Een gewichtsverlies van minimaal 5 kilogram kan al zorgen voor een verbetering van de gezondheid.⁽²¹⁾ Hierbij is het ook van belang dat de lichamelijke activiteit toeneemt. Dit gebeurde bij 30% van de cliënten. Bij aanvang van de diëtistische behandeling voldeed 44% van de cliënten aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) en bij afsluiting van de behandeling ongeveer tweederde van de cliënten. Deze stijging in lichamelijke activiteit

is de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven. Dit is een gunstig resultaat aangezien in 2009 een lager percentage (56%) van de totale Nederlandse bevolking van 12 jaar of ouder aan de NNGB voldeed.⁽¹⁸⁾

Beperking LiPZ-methode

Een beperking van de LiPZ-methode is de representativiteit ten opzichte van de extramuraal werkende diëtisten in Nederland. Vooralsnog bestaat het LiPZ-netwerk naast de vrijgevestigde diëtisten namelijk uit diëtisten van één thuiszorginstelling, maar deze cijfers zijn niet in dit jaarboek opgenomen. Er zijn nog geen diëtisten in het LiPZ-netwerk opgenomen die voor grote eerstelijnsorganisaties werken. Het is mogelijk dat de cliënten die bij deze instellingen in behandeling zijn andere kenmerken hebben dan de cliënten die bij de vrijgevestigde diëtist komen. Om de representativiteit van het LiPZ-netwerk te vergroten zullen meer extramuraal werkende diëtisten uit thuiszorginstellingen of grote eerstelijnsorganisaties geïnccludeerd moeten worden. Een volgende beperking van de LiPZ-methode is de gegevensverzameling bij diëtisten die zijn aangesloten bij een zorggroep (waarbij de zorg integraal wordt bekostigd). In 2010 is aanvullend onderzoek gedaan naar de volledigheid van de gegevensverzameling in LiPZ. Dit is gedaan omdat er binnen zorggroepen vaak andere software voor de administratie en declaratie van patiëntgegevens wordt gebruikt dan voor het LiPZ-onderzoek wordt gebruikt. Het blijkt dat de LiPZ-database de daadwerkelijk geregistreerde patiëntgegevens bevat, ook al verliep de verrekening van de verleende zorg in het kader van IB in 2010 soms anders. Hierdoor kan het totaal aantal declaraties in 2010 slechts bij maximaal 2% van de cliënten onderschat zijn. Een andere beperking van de LiPZ-methode is dat de diëtisten de gegevens met betrekking tot de evaluatie van de zorg niet altijd goed kunnen registreren. Aan het einde van de behandeling zijn bijvoorbeeld de meetgegevens niet altijd bekend, omdat een cliënt onverwachts kan stoppen. Deze beperking zorgt ervoor dat het resultaat van de behandeling alleen bij een deel van de cliënten geëvalueerd kan worden. Daarnaast is het mogelijk dat cliënten die bij de diëtist in behandeling zijn ook door andere zorgverleners worden behandeld. Dit kan het resultaat van de behandeling beïnvloeden. Zo kan een toename in lichamelijke activiteit bijvoorbeeld ook komen door de invloed van de fysiotherapeut. Met de LiPZ-methode is het niet mogelijk om de invloed van andere zorgverleners op het resultaat van de behandeling te onderzoeken.

Belang LiPZ-methode

De LiPZ-methode zorgt voor een unieke gegevensverzameling over cliënten die bij de eerstelijns diëtist in behandeling zijn. Doordat de gegevens verzameld worden middels reguliere praktijkadministratie van diëtisten is de kans op sociaal wenselijke antwoorden klein. Door het continue karakter van de gegevensverzameling is het mogelijk om trendmatige veranderingen in het zorgproces waar te nemen. In dit jaarboek zijn voor het eerst trendmatige veranderingen in de diëtistische zorg weergegeven. De gegevens kunnen niet vergeleken worden met ander onderzoek omdat er geen vergelijkbare bronnen over de diëtetiek zijn.

Het LiPZ-netwerk is van belang voor individuele beroepsbeoefenaren, beroepsverenigingen en beleidsmakers. LiPZ biedt de mogelijkheid om de transparantie van de zorg te vergroten. Individuele beroepsbeoefenaren kunnen hun eigen handelen spiegelen aan de hand van LiPZ-gegevens. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om hun beleid in de komende jaren af te stemmen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan veranderingen ten gevolge van de aanstaande wijzigingen in de financieringsstructuur van de diëtetiek, de toenemende zorgkosten en in het kader van het toenemend aantal chronisch zieken.

De komende tijd blijft het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) LiPZ-gegevens verzamelen om bijvoorbeeld de gevolgen met betrekking tot het zorggebruik en de wijze van toegang van cliënten verder te onderzoeken. In de toekomst wordt het mogelijk om met behulp van een geïntegreerd informatienetwerk voor de eerstelijns (NIVEL Zorgregistraties Eerstelijns) de gevolgen van integrale bekostiging te onderzoeken.

Referenties

1. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Kenmerk CZ/EKZ-2862066. Den Haag, 3 juli 2008.
2. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Beantwoording vragen AO Zorgverzekeringwet/Pakketadvies 2011. Kenmerk CZ/EKZ/3070985, 12 juni 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2011.
3. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit van 6 juli 2011, nummer 366. Jaargang 2011.
4. *J. Tol, I.C.S. Swinkels, C. Veenhof*. Welke cliënten hebben volgens de diëtist voldoende aan vier uur diëtetiek per kalenderjaar. Geaccepteerd bij TSG; 2011.
5. *Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport*. Keten-DBC's en huisartsenbesteding. Kenmerk CZ/EKZ/2977589, 15 december 2009.
6. *J. Tol, I.C.S. Swinkels, C. Veenhof*. Landelijke enquête naar de ervaringen van diëtisten met zorgprogramma's, integrale bekostiging en leefstijlinterventies. Resultaten zijn nog niet gepubliceerd. Uitgevoerd NIVEL; 2011.
7. *J.Tol, I.C.S. Swinkels, C.J. Leemrijse, E.H. Schoenmakers, C. Veenhof*. Wat vinden diëtisten van integrale bekostiging en van directe toegang diëtetiek? Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2010
8. *Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu*. Nationaal kompas volksgezondheid. Neemt het aantal mensen met diabetes mellitus toe of af? Bilthoven: RIVM; 2011.
9. *Dijk CE van, Rijken M, Korevaar JC*. Integrale bekostiging. Eerste ervaringen na één jaar invoering. Utrecht: NIVEL; 2011.
10. *J.Tol, I.C.S. Swinkels, C. Veenhof*. Eén op de zeven cliënten ging voor DTD al op eigen initiatief naar de vrijgevestigde diëtist. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL; 2011
11. *Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C, de Bakker D*. Jaarboek LiPZ 2006 & 2007, beroepsgroep diëtetiek, gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. Utrecht: NIVEL; 2008.
12. *Gebel RS, Lamberts H*. ICPC-1 met Nederlandse subtitels. Utrecht: Nederlands Huisarts Genootschap; 2000.
13. Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Artsenwijzer diëtetiek. Nederlandse Vereniging

van Diëtisten; 2010.

14. *Lie E, Heerkens YF.* Classificaties en Codelijsten voor de Diëtetiek. Nederlands Paramedisch Instituut / Nederlandse Vereniging van Diëtisten; 2003.
15. *Tol J, Swinkels ICS, Leemrijse CJ, Veenhof C.* Jaarcijfers 2008 diëtetiek, gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. Utrecht: NIVEL; 2009.
16. *Tol J, Swinkels ICS, Leemrijse CJ, Veenhof C.* Jaarcijfers 2009 diëtetiek, gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. Utrecht: NIVEL; 2010.
17. *Centraal Bureau voor de Statistiek.* Bevolking, kerncijfers. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 20 oktober 2010.
18. *Centraal Bureau voor de Statistiek.* Zelfgerapporteerde medische consumptie, gezondheid en leefstijl. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; maart 2010.
19. *Kendrick DB, Strout TD.* The minimum clinically significant difference in Patient-Assigned 11-Point numeric pain scale scores for pain. *Am J Emerg Med.* 2005;23(7): 828-832.
20. *Jolly K, Lewis A, Beach J, Denley J, Adab P, Deeks JJ, Daley A, Aveyard P.* Comparison of range of commercial or primary care led weight reduction programmes with minimal intervention control for weight loss in obesity: Lighten Up randomised controlled trial. *BMJ.* 2011;343:bmj.d6500.
21. *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.* Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg; 2008.

Bijlage 1: Invoermomenten LIPZ-gegevens en gehanteerde variabelen

Invoeren gegevens met betrekking tot aanmelding (tijdens of kort na het eerste consult)

- Variabele** : **Datum aanmelding**
Omschrijving : Datum waarop de aanmelding van de cliënt bij de diëtist heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden: EEJJMMDD
- Variabele** : **Geboortedatum cliënt**
Omschrijving : Datum waarop de cliënt geboren is.
Mogelijke waarden: EEJJMMDD
- Variabele** : **Geslacht cliënt**
Omschrijving : Unieke aanduiding van de sekse van de cliënt, of het niet bekend zijn daarvan.
Mogelijke waarden: 1 Mannelijk
2 Vrouwelijk
- Variabele** : **Regio cliënt**
Omschrijving : De regio is aangeduid door de 4 cijfers van de postcode van het adres van de cliënt.
Mogelijke waarden: vrij, m.u.v. cliënten niet woonachtig in Nederland of cliënten zonder vaste woonplaats.
- Variabele** : **Zorgverzekering aanvullend diëtetiek**
Omschrijving : Vraag of de cliënt zich aanvullend heeft verzekerd voor diëtetiek.
Mogelijke waarden: J aanvullend verzekerd
N niet aanvullend verzekerd
O Onbekend

Invoeren gegevens met betrekking tot verwijzing (tijdens of kort na het eerste consult)

Variabele : **Toegang diëtist**
Omschrijving : Codering die aanduidt op welke wijze de cliënt bij de diëtist is gekomen.
Mogelijke waarden: 1 Via verwijzing
2 Eigen initiatief, achteraf verwijsbrief gehaald
3 Eigen initiatief, geen verwijsbrief

Variabele : **Datum verwijzing**
Omschrijving : Datum waarop de verwijzing van de cliënt naar de diëtist heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden: EEJJMMDD

Variabele : **Soort verwijzer**
Omschrijving : Nadere verbijzondering van de verwijzende zorgverlener per soort/beroepsgroep.
Mogelijke waarden: afgeleid van de Vektis-coderingen COD016-VNZ
Zorgverlenerspecificatie

Variabele : **Diagnosetekst verwijzer**
Omschrijving : Letterlijke tekst van de diagnose gesteld door de verwijzer, bij de verwijzing naar de diëtist
Mogelijke waarden: Vrije tekst. De letterlijke verwijstekst wordt op het NIVEL gecodeerd naar maximaal vier diagnoses uit de International Classification of Primary Care (diagnosecodering gebruikt door huisartsen).

Invoeren gegevens met betrekking tot het diëtistisch onderzoek (tijdens of kort na het eerste consult)

Variabele : Opleidingsniveau cliënt

Omschrijving : Identificerende aanduiding voor het hoogst behaalde schoolniveau van de cliënt.

Mogelijke waarden : 10 lager onderwijs (speciaal onderwijs, basis-onderwijs, VMBO-praktijk)
11 middelbaar onderwijs (MULO, MMS, MAVO, VMBO-theoretisch, HAVO, MBO)
12 hoger onderwijs (HBS, VWO, HBO, WO)
09 anders
99 onbekend

Variabele : Eerdere diëtetiek

Omschrijving : Indicatie die aangeeft of de cliënt al eerder diëtetiek heeft gehad voor deze of andere klachten gedurende de afgelopen 5 jaar.

Mogelijke waarden: 01 Nee
11 Ja, voor zelfde klacht/aandoening; het betreft hier een follow-up behandeling
12 Ja, voor zelfde klacht/aandoening; waarvoor de behandeling in principe afgerond was
13 Ja, voor andere klacht/aandoening
99 onbekend

Variabele : Medische informatie uit de paramedische diëtistische diagnosecode

Omschrijving : Gecodeerde aanduiding van de medische informatie uit de diëtistische diagnose die de diëtist opstelt na aanmelding, anamnese, onderzoek en analyse.

Mogelijke waarden: Maximaal vier coderingen, gebaseerd op de diagnose-lijst uit de artsenwijzer diëtetiek

Variabele : Communicatiebeperking

Omschrijving : De codering die aangeeft of er volgens de diëtist sprake is van een communicatiebeperking bij de cliënt.

Mogelijke waarden: J Ja
N Nee
O Onbekend

- Variabele** : **Psychiatrische problemen cliënt**
 Omschrijving : De codering die aangeeft of er volgens de diëtist sprake is van psychiatrische aandoeningen bij de cliënt.
 Mogelijke waarden: J Ja
 N Nee
 O Onbekend
- Variabele** : **Verstandelijke problemen cliënt**
 Omschrijving : De codering die aangeeft of er volgens de diëtist sprake is van verstandelijke beperkingen bij de cliënt.
 Mogelijke waarden: J Ja
 N Nee
 O Onbekend
- Variabele** : **Ernst klacht/hulpvraag cliënt**
 Omschrijving : Rapportcijfer (met 1 decimaal) waarmee de cliënt de ernst van de hoofdklacht of hulpvraag aangeeft
 Mogelijke waarden: 0,1 (niet ernstig) t/m 10,0 (zeer ernstig)
- Variabele** : **Lichamelijke activiteit cliënt**
 Omschrijving : Codering die de mate van lichamelijke activiteit van de cliënt aangeeft
 Mogelijke waarden: 1 Zeer geringe lichamelijke activiteit
 2 Geringe lichamelijke activiteit
 3 Matige lichamelijke activiteit
 4 Veel lichamelijke activiteit
 5 Zeer veel lichamelijke activiteit
 9 Onbekend
- Variabele** : **Meetgegevens BMI**
 Omschrijving : Body mass index cliënt
 Mogelijke waarden: Geen restrictie
- Variabele** : **Meetgegevens Diastolische bloeddruk**
 Omschrijving : Diastolische bloeddruk cliënt (in mm kwik)
 Mogelijke waarden: Geen restrictie
- Variabele** : **Meetgegevens HDL**
 Omschrijving : HDL cholesterolgehalte cliënt (in mmol/l)
 Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens LDL**
Omschrijving : LDL cholesterolgehalte cliënt (in mmol/l)
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens nuchter glucosegehalte**
Omschrijving : nuchter glucosegehalte cliënt (in mmol/l)
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens Ratio Totaal chol./HDL chol.**
Omschrijving : Totaal cholesterolgehalte gedeeld door het HDL cholesterolgehalte
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens Systolische bloeddruk**
Omschrijving : Systolische bloeddruk cliënt (in mm kwik)
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens Taillemeting**
Omschrijving : Taillemeting cliënt (in cm)
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens Totaal cholesterol**
Omschrijving : Totaal cholesterolgehalte cliënt (in mmol/l)
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens Triglyceriden**
Omschrijving : Triglyceridengehalte cliënt (in mmol/l)
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Variabele : **Meetgegevens Vet%**
Omschrijving : Gemeten vetpercentage cliënt
Mogelijke waarden: Geen restrictie

Invoeren gegevens met betrekking tot het diëtistisch behandelplan (tijdens of kort na het eerste consult)

Behandeldoel

Omschrijving : De unieke codering waarmee een diëtistisch behandel-
doel kan worden geïdentificeerd.
Mogelijke waarden: Maximaal vier behandeldoelen uit de onderstaande
lijst

Cliënt/cliëntgebonden diagnostische / evaluatieve doelen:

- 10 Hebben van overzicht van en inzicht in kwaliteit van leven
- 11 Hebben van overzicht van en inzicht in ziekten / aandoeningen / syndromen en medische verrichtingen relevant voor het diëtistisch handelen
- 12 Hebben van overzicht van en inzicht in (problemen met) functioneren cliënt/cliënt
- 13 Hebben van overzicht van en inzicht in relevante externe factoren
- 14 Hebben van overzicht van en inzicht in relevante persoonlijke factoren
- 18 Overige cliëntgebonden diagnostische / evaluatieve doelen

Cliënt/cliëntgebonden therapeutische / preventieve doelen:

- 20 Beïnvloeden kwaliteit van leven
- 21 Beïnvloeden ziekte / aandoening / syndroom
- 22 Beïnvloeden van functioneren cliënt/cliënt (functies, anatomische eigenschappen, activiteiten, participatie)
- 23 Beïnvloeden van de invloed van externe factoren op ziekte en/of menselijk functioneren
- 24 Beïnvloeden van de invloed van persoonlijke factoren op ziekte en/of menselijk functioneren
- 25 (aan)leren
- 28 overige cliëntgebonden therapeutische / preventieve doelen

Cliënt/cliëntgebonden voorwaardenscheppende doelen:

- 30 Scheppen gunstig therapielimaat
- 31 Voorbereiden op speciale gebeurtenis
- 32 Geruststellen
- 38 Overige cliëntgebonden voorwaardenscheppende doelen

Overige Cliënt/cliëntgebonden doelen:

- 80 Overige cliëntgebonden doelen n.n.o.

Invoeren gegevens met betrekking tot de omvang van de behandeling (bij iedere declaratie)

Variabele : **Datum behandelcontact**
Omschrijving : Datum waarop het behandelcontact (consult) heeft plaatsgevonden.
Mogelijke waarden: EEJJMMDD

Variabele : **Tijd behandelcontact**
Omschrijving : Gedeclareerde indirect en direct cliëntgebonden behandeltime per behandelcontact.
Mogelijke waarden: 15 - onbeperkt; per 15 minuten

Variabele : **Prestatiecode**
Omschrijving : De gecodeerde aanduiding van de behandeling/verrichting van de paramedicus, welk onderdeel is van de uitvoering van een behandelplan.
Mogelijke waarden: conform Vektis Codelijst COD192

Invoeren gegevens met betrekking tot het resultaat van de diëtistische behandeling (tijdens of kort na het laatste consult)

Variabele : **Reden einde zorg**
Omschrijving : De reden waarom de behandeling is beëindigd.
Mogelijke waarden: 01 behandeling nog niet beëindigd
02 cliënt uitbehandeld - behandelgoal bereikt
05 cliënt is niet meer verzekerd (bijvoorbeeld vier behandeluren zijn op)
10 in overleg tussen diëtist en cliënt is de behandeling gestopt
11 cliënt is verhuisd / opgenomen in een instelling
12 cliënt is overleden
41 cliënt is overgegaan naar andere behandelaar
60 cliënt is niet op de al gemaakte afspraak verschenen
70 cliënt heeft geen contact meer opgenomen
80 cliënt is gestopt in verband met eigen risico
50 anders
99 onbekend

Variabele : **Verrichtingen I t/m IV**
Omschrijving : Unieke identificatie van de behandeling van een diëtist behorende bij een behandelplan
Mogelijke waarden: Maximaal vier verrichtingen uit de onderstaande lijst

Direct cliënt-/cliëntgebonden handelen (verrichtingen)

Diëtistisch onderzoek

- 110 Bevragen, observeren, meten/testen
- 111 Vaststellen diëtistische diagnose
- 119 Diëtistisch onderzoek, anders of niet gespecificeerd

Behandeling

- 120 Vaststellen diëtistisch behandelplan
- 121 Informeren/adviseren; uitleggen en instrueren; feedback geven
- 122 Bieden van steun aan cliënt
- 123 Oefenen van vaardigheden
- 129 Behandeling, anders of niet gespecificeerd
- 190 Direct cliëntgebonden handelen, anders of niet gespecificeerd

Indirect cliëntgebonden handelen (verrichtingen)

- 210 Vastleggen van gegevens in dossier
- 211 Berekenen en beoordelen en raadplegen gegevens
- 212 Maken van een voedings-/dieetvoorschrift
- 213 Vaststellen en aanvragen dieetpreparaat
- 214 Communiceren met anderen ten behoeve van cliënt
- 215 Bieden van steun aan naasten cliënt
- 216 Beantwoorden vraag verwijzer
- 219 Indirect cliëntgebonden handelen, anders of niet gespecificeerd

Variabele : **Resultaat met betrekking tot doel**

Omschrijving : Inschatting door diëtist van de mate waarin de behandeldoelen zijn bereikt.

- Mogelijke waarden:
- 01 de behandeldoelen zijn niet bereikt
 - 02 de behandeldoelen zijn voor een kwart bereikt
 - 03 de behandeldoelen zijn voor de helft bereikt
 - 04 de behandeldoelen zijn voor driekwart bereikt
 - 05 de behandeldoelen zijn volledig bereikt
 - 99 onbekend

Variabele : **Resultaat met betrekking tot maximale tijd**
Omschrijving : De mate waarin de maximale behandeltime van 4 uur per kalenderjaar toereikend is naar het oordeel van de diëtist.
Mogelijke waarden: 1 4 behandeluren zijn voor deze cliënt voldoende
2 4 behandeluren zijn voor deze cliënt onvoldoende
9 onbekend
Opmerking : Deze rubriek dient aan het einde van ieder kalenderjaar en aan het einde van iedere behandeling ingevuld te worden.

Variabele : **Resultaat: benodigde extra tijd**
Omschrijving : Inschatting door diëtist van het aantal extra benodigde kwartieren, dat noodzakelijk zou zijn voor deze cliënt, boven de maximale 4 uren/jaar
Mogelijke waarden: 1-60; in kwartieren
Opmerking : Deze rubriek dient aan het einde van ieder kalenderjaar en aan het einde van iedere behandeling ingevuld te worden.

Variabele : **Financiering extra tijd**
Omschrijving : Vraag hoe de eventuele extra uren behandeling (boven de max. 4 uren/jaar) gefinancierd worden
Mogelijke waarden: 1 cliënt is aanvullend verzekerd
2 cliënt betaalt het zelf
3 diëtist betaalt het zelf
8 Anders
9 onbekend
Opmerking : Deze rubriek dient aan het einde van ieder kalenderjaar en aan het einde van iedere behandeling ingevuld te worden wanneer het resultaat met betrekking tot de maximale tijd als onvoldoende is beoordeeld.

Indien van toepassing worden de volgende gegevens nogmaals ingevuld

Ernst klacht/hulpvraag

Lichamelijke activiteit

Meetgegevens:

- BMI / Vetpercentage

- Systolische bloeddruk / Diastolische bloeddruk

- Totaal cholesterol / HDL / LDL / Ratio Totaal cholesterol : HDL

- Triglyceriden

- Nuchter glucosegehalte