



Dit factsheet is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen met de volgende bronvermelding
worden gebruikt:
J.Tol, I.C.S. Swinkels, C. Veenhof, **Al voor invoering van
directe toegang diëtetiek ging één op de zeven cliënten
op eigen initiatief naar de vrijgevestigde diëtist.**
Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische
Zorg. Utrecht: NIVEL, 2011.

LIPZ

Al voor invoering van directe toegang diëtetiek ging één op de zeven cliënten op eigen initiatief naar de vrijgevestigde diëtist

Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg, december 2011

Voorafgaand aan de invoering van directe toegang diëtetiek (DTD) ging één op de zeven cliënten al op eigen initiatief naar de diëtist toe. Achteraf haalden zij dan nog een verwijsbriefje bij de huisarts. Vergeleken met de groep verwezen cliënten was de groep cliënten die op eigen initiatief kwam gemiddeld jonger, vaker vrouw en hoger opgeleid. De grootste groep cliënten die op eigen initiatief kwam was uitsluitend in behandeling voor een te hoog lichaamsgewicht. Zij hadden een lagere ernst van de klacht bij afsluiting van de behandeling en behaalden vaker minimaal driekwart van de behandeldoelen in eenzelfde behandeltime dan de verwezen cliënten met een te hoog lichaamsgewicht.

Achtergrond

Al geruime tijd waren er plannen om de wettelijk verplichte verwijsrelatie voor alle paramedische beroepen te laten vervallen (directe toegankelijkheid). (1) Directe toegang werd al in 2006 voor de fysiotherapeut ingevoerd en later ook voor de oefentherapeut Cesar/Mensendieck, de mondhygiënist en de huidtherapeut. Voor de overige paramedici waaronder dus ook de diëtist werd besloten om directe toegang per 1 augustus 2011 in te laten gaan. (2)

Cliënten kunnen nu zonder verwijsbriefje van een arts of specialist naar een diëtist toe voor voedings- of dieetadvies. Tijdens het eerste gesprek besluit de diëtist of de behandeling zinvol en veilig is. De diëtist screent hierbij op zogenaamde rode vlaggen. Dit zijn symptomen van ziekten of aandoeningen die buiten het domein van de diëtist vallen. Bij een rode vlag wordt de cliënt geadviseerd om contact op te nemen met de huisarts.

Directe toegang past binnen het bevorderen van de taakherschikking in de eerstelijnszorg. (1) Hierdoor zullen huisartsen naar verwachting meer tijd overhouden voor andere werkzaamheden. Daarnaast vergroot directe toegang de keuzevrijheid van cliënten. (1) Ook betekent het een uitbreiding van de professionalisering van de diëtetiek.

Als voorbereiding op directe toegang diëtetiek (DTD) dienen diëtisten een scholing te volgen. (2) Tijdens de tweedaagse scholing komen o.a. het screeningsproces, wet- en regelgeving, juridische aspecten, verantwoordelijkheden en organisatorische aspecten rondom DTD aan de orde. Het werken zonder verwijzing vereist namelijk extra deskundigheid, o.a. met betrekking tot het herkennen van klachten die buiten het werkveld van de diëtist vallen.

Bij de fysiotherapie is aangetoond dat een steeds groter deel van de patiënten zonder verwijzing bij de fysiotherapeut komt. (3) Het is belangrijk om dit soort veranderingen in

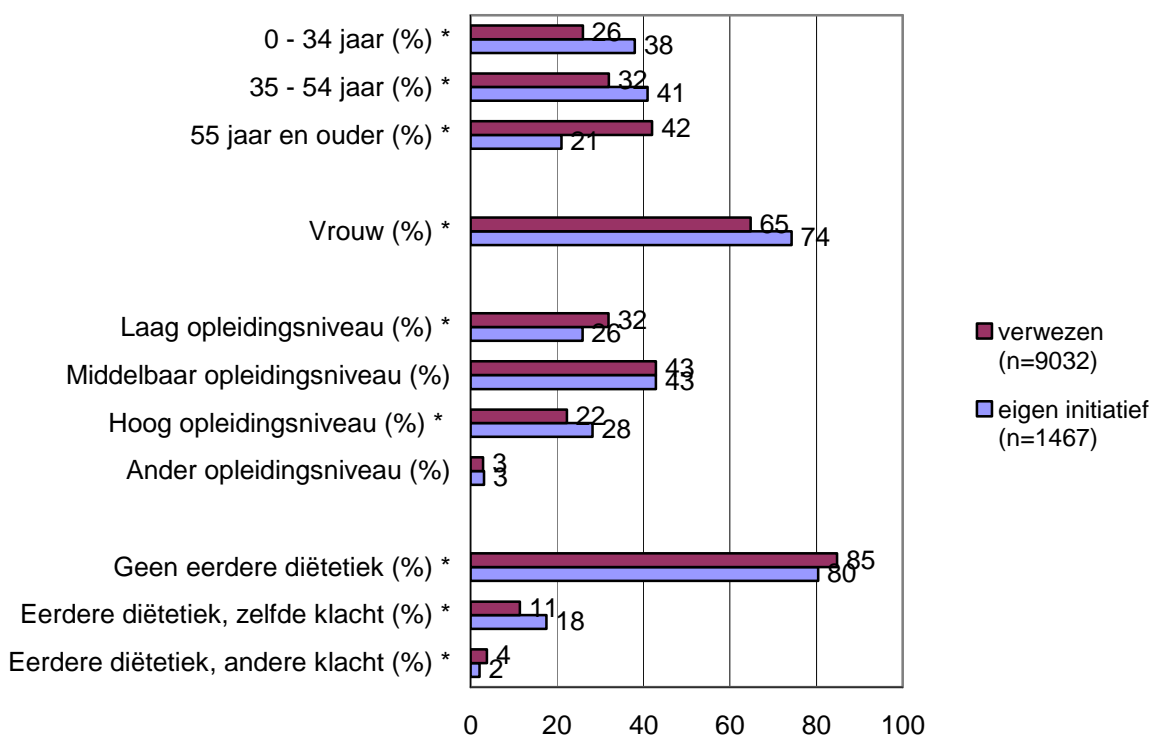
zorggebruik ook bij de diëtetiek te monitoren. Dit kan met behulp van registratiegegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ).

In dit factsheet wordt beschreven hoeveel en welke cliënten er vóór de invoering van DTD al op eigen initiatief naar de diëtist gingen. Deze cliënten haalden dan achteraf alsnog een verwijzing bij een arts. De resultaten geven een indicatie van het aandeel cliënten dat gedurende de eerste periode na invoering van DTD hier ook gebruik van zal maken. Daarnaast wordt er tussen de groep cliënten die op eigen initiatief kwam en de groep verwezen cliënten een vergelijking gemaakt wat betreft de belangrijkste demografische kenmerken, de voornaamste gezondheidsproblemen en het resultaat van de behandeling.

Welke cliënten kwamen voor DTD al op eigen initiatief?

Vanaf 2006 hebben vrijgevestigde diëtisten voor LiPZ bijgehouden of cliënten bij aanvang van de behandeling verwezen waren of op eigen initiatief kwamen. Om voor vergoeding in aanmerking te komen dienden deze cliënten alsnog een verwijzing bij een arts te halen. Tussen 2006 en 2010 ging 14% op eigen initiatief naar de diëtist toe. Deze cliënten waren jonger (gemiddeld 40 jaar t.o.v. 48 jaar), vaker vrouw en hoger opgeleid dan de groep verwezen cliënten (zie figuur 1). Daarnaast hebben zij de afgelopen vijf jaar al vaker een dieetbehandeling voor dezelfde klacht gehad.

Figuur 1. Populatie kenmerken naar wijze van toegang

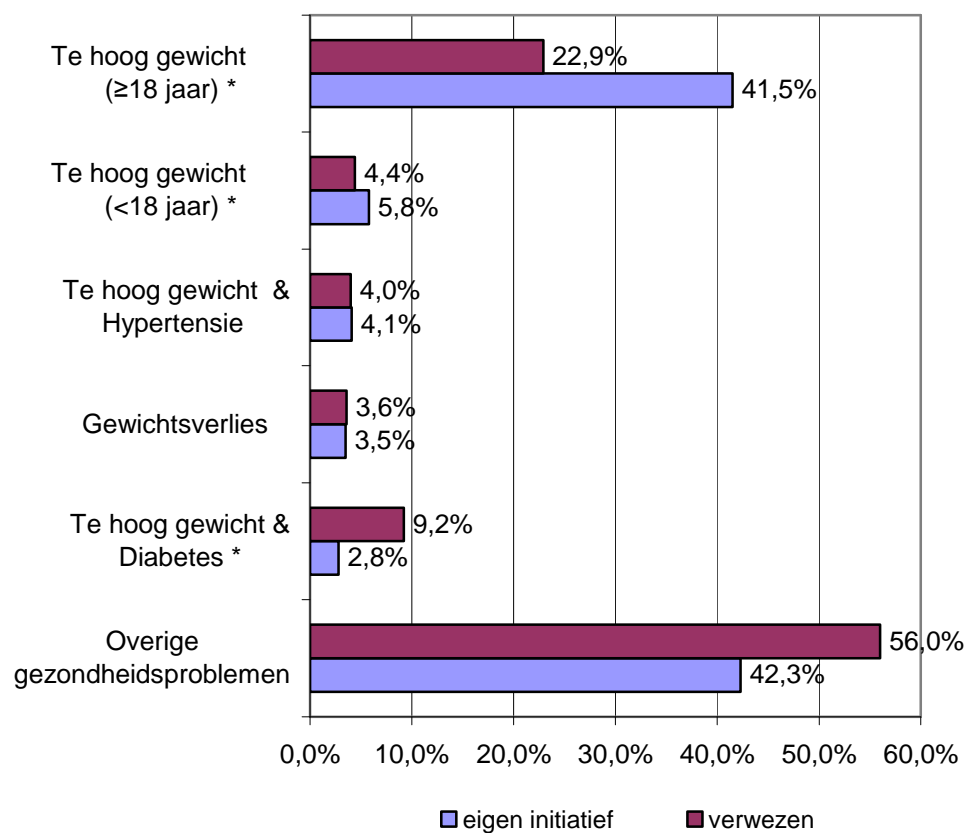


* Er was een statistisch significant verschil ($p < 0.05$) tussen de groep cliënten die op eigen initiatief naar de diëtist toe ging vergeleken met de groep verwezen cliënten.

Voornamelijk een te hoog lichaamsgewicht

Cliënten die op eigen initiatief naar de diëtist kwamen waren vaker in behandeling voor een enkel gezondheidsprobleem (63% versus 46%) dan de groep verwezen cliënten. Het meest voorkomende gezondheidsprobleem was in beide groepen cliënten uitsluitend een te hoog lichaamsgewicht bij volwassenen. Het op één na meest voorkomende gezondheidsprobleem van de groep cliënten die op eigen initiatief kwam was een te hoog lichaamsgewicht bij kinderen (5,8%), gevolgd door hypertensie met een te hoog lichaamsgewicht bij volwassenen (4,1%). Overige specifieke (combinaties van) gezondheidsproblemen kwamen in kleinere aantallen voor (zie figuur 2).

Figuur 2. Top vijf meest voorkomende (combinaties van) gezondheidsproblemen van cliënten die op eigen initiatief zijn gekomen versus de verwezen cliënten



* Er was een statistisch significant verschil ($p < 0.05$) tussen de groep cliënten die op eigen initiatief naar de diëtist toe ging vergeleken met de groep verwezen cliënten.

Het resultaat van de behandeling

Het resultaat van de diëtistische behandeling verschilt per gezondheidsprobleem. Het meest voorkomende gezondheidsprobleem van de cliënten die op eigen initiatief kwamen was uitsluitend een te hoog lichaamsgewicht. Andere specifieke gezondheidsproblemen kwamen in kleinere aantallen voor. Daarom worden de resultaten van de diëtistische behandeling in dit factsheet weergegeven voor volwassen cliënten die uitsluitend in behandeling waren voor een te hoog lichaamsgewicht, uitgesplitst voor de groep cliënten die op eigen initiatief kwam (EI-groep) en de groep verwezen cliënten (VW-groep).

Evenveel behandeltime

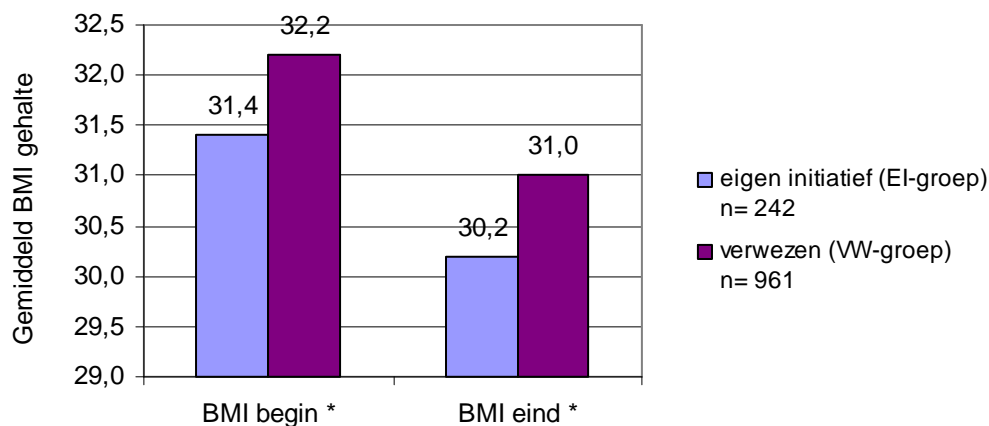
De cliënten uit de EI-groep gebruikten gedurende de behandeling gemiddeld 228 minuten zorg. Dit was ongeveer evenveel als de cliënten uit de VW-groep die gemiddeld 240 minuten zorg per behandeling gebruikten.

Body Mass Index daalt even sterk

De Body Mass Index (BMI) geeft een indicatie van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht. De BMI wordt berekend door het lichaamsgewicht (in kilogram) te delen met het kwadraat van de lengte (in meters). De BMI kan worden ingedeeld in de categorieën ondergewicht (BMI <18,5), overgewicht (BMI ≥ 25) en obesitas (BMI ≥ 30). De gegevens zijn geëvalueerd voor cliënten bij wie de BMI bij aanvang én afsluiting van de behandeling bekend was.

Bij aanvang en afsluiting van de behandeling hadden de cliënten uit de EI-groep een lagere Body Mass Index (BMI) dan de cliënten uit de VW-groep (zie figuur 3). Gedurende de behandeling is in beide groepen cliënten het BMI even sterk verbeterd (gemiddeld 1,2 kg/m²). Er was geen significant verschil tussen mannen en vrouwen. Omgerekend in termen van absoluut gewichtsverlies, betekent een verbetering van 1,2 kg/m² bij een gemiddeld begin BMI van 32,1 een gewichtsverlies van 3,7 kg bij mannen (met een gemiddelde lengte van 1,81 meter) en 3,3 kg bij vrouwen (met een gemiddelde lengte van 1,67 meter).

Figuur 3. Body Mass index bij aanvang en afsluiting van de behandeling bij mensen met een te hoog lichaamsgewicht naar wijze van toegang



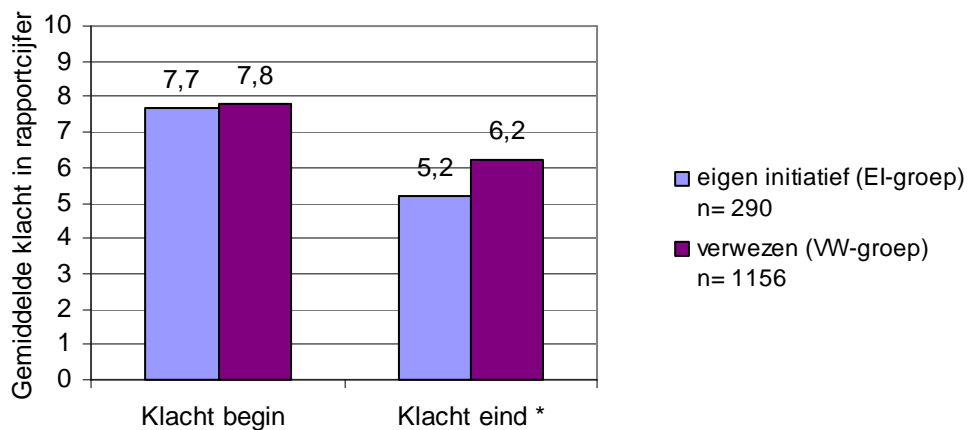
* Er was een statistisch significant verschil ($p < 0.05$) tussen de groep cliënten die op eigen initiatief naar de diëtist toe ging vergeleken met de groep verwezen cliënten.

Sterkere afname van de persoonlijke klacht

Aan het begin en aan het einde van de behandeling hebben de diëtisten aan iedere cliënt gevraagd om de mate van zijn/haar hoofdklacht uit te drukken in een rapportcijfers van 1 t/m 10 (1 decimaal achter de komma), waarbij de hoofdklacht bij 10 het meest ernstig is. De gegevens zijn geëvalueerd voor cliënten bij wie de ernst van de klacht bij aanvang én afsluiting van de behandeling bekend was.

De ernst van de klacht werd door beide groepen cliënten bij aanvang van de behandeling even sterk ervaren (zie figuur 4). Bij afsluiting van de behandeling ervoer de EI-groep een sterkere afname van de ernst van de klacht dan de VW-groep.

Figuur 4. Ernst van de klacht aan het begin en het einde van de behandeling, bij mensen met een te hoog lichaamsgewicht naar wijze van toegang

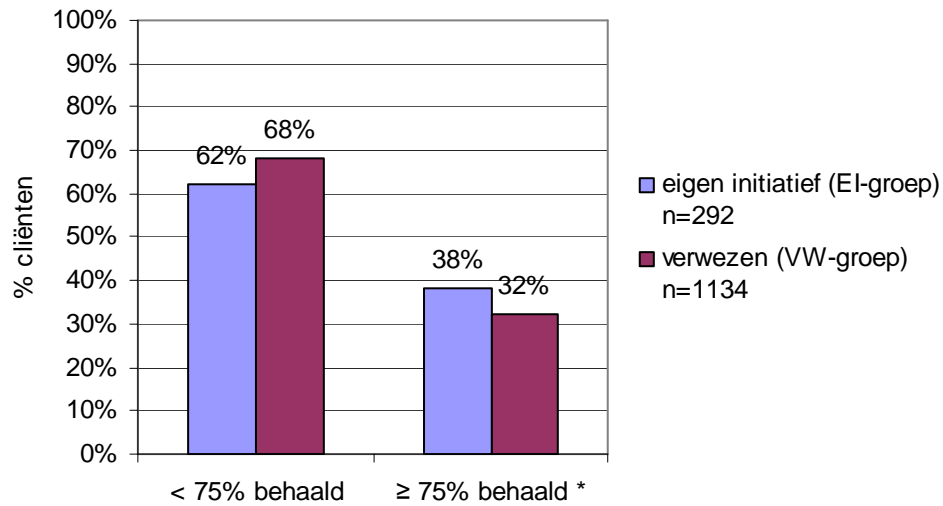


* Er was een statistisch significant verschil ($p < 0.05$) tussen de groep cliënten die op eigen initiatief naar de diëtist toe ging vergeleken met de groep verwezen cliënten.

Behandeldoelen vaker behaald

Aan het einde van de behandeling beoordeelden de diëtisten in hoeverre de behandeldoelen per cliënt bereikt waren. Volgens de diëtist hadden de cliënten uit de EI-groep aan het einde van de behandeling de doelen vaker voor minimaal driekwart behaald dan de cliënten uit de VW-groep (zie figuur 5).

Figuur 5. Behaalde behandeldoelen bij mensen met een te hoog lichaamsgewicht, naar wijze van toegang



* Er was een statistisch significant verschil ($p < 0.05$) tussen de groep cliënten die op eigen initiatief naar de diëtist toe gingen vergeleken met de groep verwezen cliënten.

Resultaten in context

Voordat DTD was ingevoerd kwam 14% van de cliënten al op eigen initiatief naar de diëtist toe. Eigenlijk was er dus altijd al sprake van directe toegang, maar vanwege de wettelijke verplichting werden deze cliënten dan alsnog gevraagd om een verwijfsbriefje bij de huisarts op te halen. Vergeleken met de groep verwezen cliënten was de groep cliënten die op eigen initiatief kwam gemiddeld jonger, vaker vrouw en hoger opgeleid. De groep cliënten die op eigen initiatief kwam was vaker uitsluitend in behandeling voor een te hoog lichaamsgewicht dan de groep verwezen cliënten. Daarbij had de groep cliënten die op eigen initiatief kwam bij aanvang en afsluiting van de behandeling een lager BMI. Zij kwamen dus in een eerder stadium bij de diëtist terecht. Dit vergroot de kans op preventie van chronische ziekten, aangezien een verhoogd BMI-gehalte één van de belangrijkste risicofactoren is voor het ontstaan van hart- en vaatziekten, diabetes, of sommige soorten kanker (4). Daarnaast behaalden de cliënten die op eigen initiatief zijn gekomen vaker minimaal driekwart van de behandeldoelen en bleek de ernst van hun klacht sterker verbeterd dan bij de verwezen cliënten. Dit resultaat is vergelijkbaar met het resultaat van de fysiotherapeutische behandeling (5). Echter, aanvullend onderzoek moet uitwijzen in hoeverre het behaalde resultaat behouden blijft. De resultaten uit dit onderzoek zijn niet gecorrigeerd voor verschillen in kenmerken van cliënten. Hier moet in verdergaand onderzoek wel rekening mee gehouden worden.

Deze nulmeting geeft een indicatie van de cliëntengroep die in de eerste maanden na invoering van DTD hier gebruik van gaat maken. De eerste maanden na invoering van directe toegang voor de beroepsgroepen fysiotherapie en oefentherapie kwamen soortgelijke cliëntengroepen op eigen initiatief naar de therapeut toe (6;7). Het is nog de vraag hoe het gebruik van directe toegang zich de komende maanden zal ontwikkelen. DTD wordt namelijk nog niet altijd door zorgverzekeraars vergoed (8). Daarnaast heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onlangs besloten de vergoeding van vier uur diëtiek 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 (8). De mate waarin en onder welke voorwaarden diëtiek dan in de aanvullende verzekering wordt opgenomen zal mede bepalen hoeveel cliënten gebruik zullen maken van DTD. De financiële draagkracht van cliënten zal dan immers een grotere rol gaan spelen aangezien cliënten vaker de zorg zelf zullen moeten betalen of een aanvullende verzekering af moeten sluiten. Hierdoor zal het aandeel hoog opgeleide cliënten dat gebruik zal maken van diëtiek en van directe toegang naar verwachting verder toenemen. Het NIVEL zal veranderingen in de wijze van toegang blijven monitoren.

Bij de interpretatie van de huidige gegevens, moet in ogenschouw genomen worden dat cliënten ook bij de huisarts op eigen initiatief een verwijzing naar de diëtist kunnen vragen. Deze cliënten zijn nu echter ingedeeld bij de groep verwezen cliënten. Het is dan ook waarschijnlijk dat het daadwerkelijke percentage cliënten dat op eigen initiatief een behandeling bij de diëtist gestart is hoger is dan uit onderliggend onderzoek blijkt. Nu directe toegang is ingevoerd, zullen deze cliënten waarschijnlijk zonder tussenkomst van een arts naar de diëtist gaan en is het initiatief voor de dieetbehandeling met behulp van LiPZ-data met meer betrouwbaarheid te onderzoeken.

Methodologische verantwoording

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van gegevens uit de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Dit is een landelijk netwerk waarin extramuraal werkzame vrijgevestigde diëtisten, reguliere fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck geautomatiseerd gegevens registreren over de zorg die zij aan hun patiënten leveren.

Het LiPZ-project wordt uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) in nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen. LiPZ wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Voor het huidige onderzoek zijn gegevens gebruikt van 36 diëtisten die tussen 1 januari 2006 en 31 december 2010 in totaal 10930 cliënten hebben behandeld. De meerderheid van de diëtisten werkte in een eenmanszaak. Zowel wat betreft de regio en de mate van verstedelijking van het gebied waarin de praktijk gevestigd is, vormen de praktijken van het LiPZ-netwerk diëtetik een redelijke afspiegeling van de vrijgevestigde diëtistenpraktijken die zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland.

De gegevens zijn geanalyseerd door middel van beschrijvende statistieken. Verschillen in kenmerken tussen de groep cliënten die op eigen initiatief kwam en de groep verwezen cliënten zijn getoetst, afhankelijk van het type-data. Zo is de t-toets is gebruikt bij continue variabelen, de chi-2 toets bij categoriale variabelen. Er wordt gesproken van een verschil wanneer de p-waarde kleiner is dan 0,05.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met:

mw. J. Tol, tel: 030-2729622, e-mail: j.tol@nivel.nl

mw. I. Swinkels, tel:030-2729771, e-mail: i.swinkels@nivel.nl

Kijk op www.nivel.nl/lipz voor meer informatie over het LiPZ-netwerk

Referenties:

- (1) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Kenmerk CZ/EKZ-2862066. Den Haag, 3 juli 2008.
- (2) Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden. Besluit van 6 juli 2011 Jaargang 2011 366.
- (3) I.C.S. Swinkels, M.K. Kooijman, C.J. Leemrijse. Steeds meer fysiotherapiepatiënten komen zonder verwijsbrief. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009
- (4) World Health Organization. Obesity and Overweight. Fact sheet 311, maart 2011.
- (5) Swinkels, I.C.S., Kooijman, M.K., Leemrijse, C.J. Patiënten die rechtstreeks bij de fysiotherapeut komen behalen vaker de behandeldoelen. Utrecht: NIVEL, 2009
- (6) I.C.S. Swinkels, C. Leemrijse, D. de Bakker. Bijna een kwart van de patiënten gaat rechtstreeks naar de fysiotherapeut. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2006.
- (7) M. K. Kooijman, I.C.S. Swinkels, C.J. Leemrijse. Eén op de vijf patiënten vindt oefentherapeut zonder verwijzing. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009
- (8) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beantwoording vragen AO Zorgverzekeringswet/Pakketadvies 2011. Kenmerk CZ/EKZ/3070985, 12 juni 2011.