



Deze factsheet is een uitgave van het NIVEL
De gegevens mogen met de volgende bronvermelding
worden gebruikt:
K.J.M. Valentijn, J. Tol, C.J. Leemrijse, I.C.S. Swinkels,
C. Veenhof. *De behandeling van cliënten met
diabetes mellitus door vrijgevestigde diëtisten.*
Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische
Zorg. Utrecht: NIVEL, 2013

LiPZ

De behandeling van cliënten met diabetes mellitus door vrijgevestigde diëtisten

Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg, januari 2013

Vrijgevestigde diëtisten binnen LiPZ behandelden ongeveer evenveel mannen als vrouwen met diabetes. De gemiddelde leeftijd van deze cliënten was 61 jaar. Ongeveer 90% van deze cliënten had, behalve diabetes, andere gezondheidsrisico's. Gemiddeld duurde de behandeling 3,4 uur. Bij afsluiting van de behandeling waren de ernst van de klacht en de Body Mass Index gedaald en 59% bewoog voldoende volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Achtergrond

Met ingang van 1 januari 2010 is integrale bekostiging ingevoerd voor de behandeling van diabetes mellitus type 2 in de eerste lijn (1). De zorg voor cliënten wordt door een zorggroep gecoördineerd en de zorggroep krijgt één tarief vergoed voor de complete behandeling van een cliënt. Zorggroepen leveren zorg volgens zorgstandaarden en binnen deze zorgstandaarden zijn adviezen over leefstijl, voeding of, indien nodig, specifieke dieetadviezen opgenomen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat het aantal cliënten dat voor diabetes door vrijgevestigde diëtisten wordt behandeld lijkt te dalen sinds integrale bekostiging is ingevoerd (1,2).

Leefstijl- en algemene voedingsadviezen kunnen door meerdere zorgverleners worden gegeven. Op de patiënt toegespitste voedingsadviezen en specifieke dieetadviezen mogen alleen door diëtisten gegeven worden (3). De zorggroep bepaalt zelf of ze hiervoor een diëtist contracteren. Indien een zorggroep een diëtist contracteert zal deze diëtist met de zorggroep moeten onderhandelen over de hoeveelheid zorg en de prijs van de te leveren zorg. Hiervoor is inzicht in de duur en in de resultaten van de diëtistische behandeling van diabetes nodig.

Deze factsheet biedt inzicht in de zorg die vrijgevestigde diëtisten in de periode 2006-2011 geleverd hebben aan volwassen cliënten met diabetes mellitus. Hierbij zijn gegevens gebruikt van 37 vrijgevestigde diëtisten die in de periode 2006-2011 deelnamen aan de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). Deze factsheet beschrijft de demografische kenmerken van cliënten, de behandeldoelen en de uitgevoerde verrichtingen van diëtisten, de omvang van zorg en het resultaat van de behandeling.

Resultaten

90% van cliënten heeft behalve diabetes ook andere gezondheidsrisico's

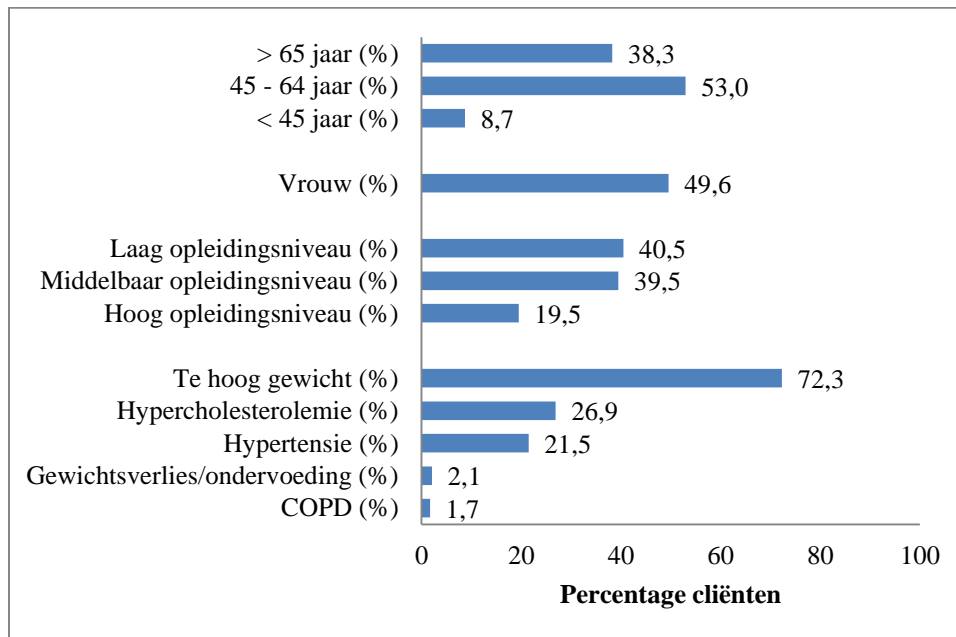
Diëtisten behandelden ongeveer evenveel mannen (50,4%) als vrouwen (49,6%) met diabetes mellitus (figuur 1) en deze cliënten waren aan het begin van de behandeling gemiddeld 61 jaar. De grootste groep cliënten (41%) was laag opgeleid (basisonderwijs of VMBO-praktijkonderwijs). Diëtisten gaven aan dat 90% van de cliënten naast diabetes mellitus minimaal één ander gezondheidsrisico had. De

meest voorkomende gezondheidsrisico's waren een te hoog gewicht (73%), hypercholesterolemie (27%) en hypertensie (22%).

Ongeveer driekwart van de cliënten die bij een diëtist onder behandeling was voor diabetes had de vijf jaar voorafgaand aan de behandeling geen eerdere zorg van een diëtist ontvangen. Zeventien procent had eerdere zorg voor dezelfde klacht ontvangen en 7% voor een andere klacht.

Bijna alle cliënten (95%) waren op initiatief van de verwijzer (meestal de huisarts) naar een vrijgevestigde diëtist verwezen.

Figuur 1: Kenmerken van de populatie cliënten met diabetes mellitus (n = 3366)



Diëtisten focussen vooral op beïnvloeden van ziekte en aanleren nieuw voedingsgedrag

Aan diëtisten is gevraagd om bij aanvang van de behandeling maximaal vier behandeldoelen aan te geven. Het meest gekozen behandeldoel was het 'beïnvloeden van ziekte' (73%) gevolgd door het 'aanleren van nieuw voedingsgedrag' (64%) en 'inzicht krijgen in ziekte door de cliënt' (40%).

Na afloop van de behandeling gaven diëtisten aan welke verrichtingen zij het meest frequent hebben toegepast. De meerderheid (87%) van de diëtisten gaf aan 'informereren/adviseren; uitleggen en instrueren en feedback geven' het vaakst te hebben toegepast. Het 'bevragen, observeren, meten/testen' is door diëtisten ook veel toegepast (50%).

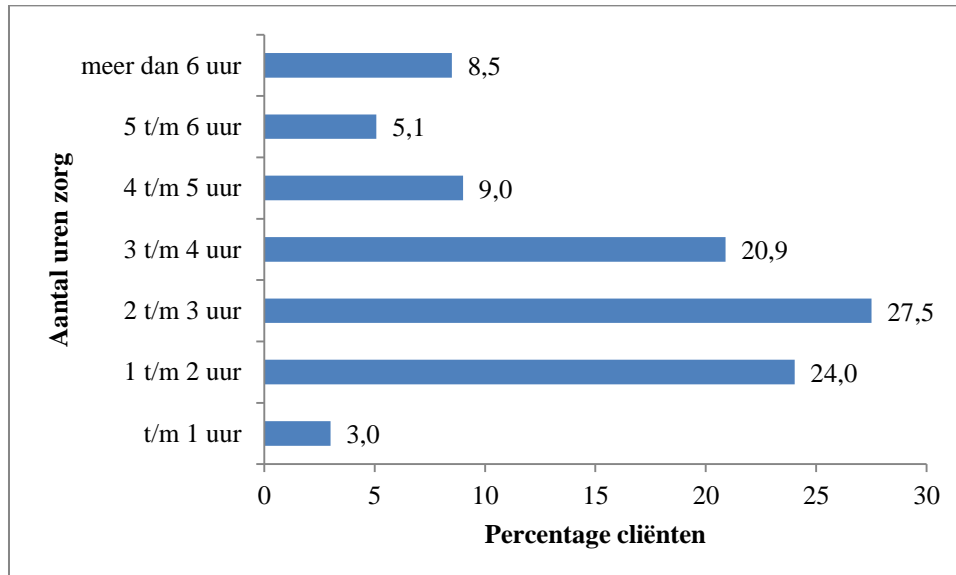
De helft van de cliënten gebruikt tot 3 uur diëtistische zorg

Een diëtistische behandeling voor cliënten met diabetes werd na gemiddeld 27 (standaarddeviatie (SD) 33 / mediaan¹ 17 weken) weken afgesloten. Bij 14% van de cliënten duurde de behandeling langer dan 1 jaar. Tijdens deze behandeling gebruikten cliënten gemiddeld 5,2 (SD 4,5/ mediaan 4,0) consulten.

¹ De mediaan is de middelste waarde wanneer de gegevens in de volgorde van grootte worden gesorteerd. De mediaan wordt minder dan het gemiddelde beïnvloed door extreme waarden.

Diëtisten declareerden gemiddeld 3,4 (SD 2,2 / mediaan 3,0) uur zorg per cliënt per behandeling, deze declaratie omvat zowel directe als indirecte tijdⁱⁱ.

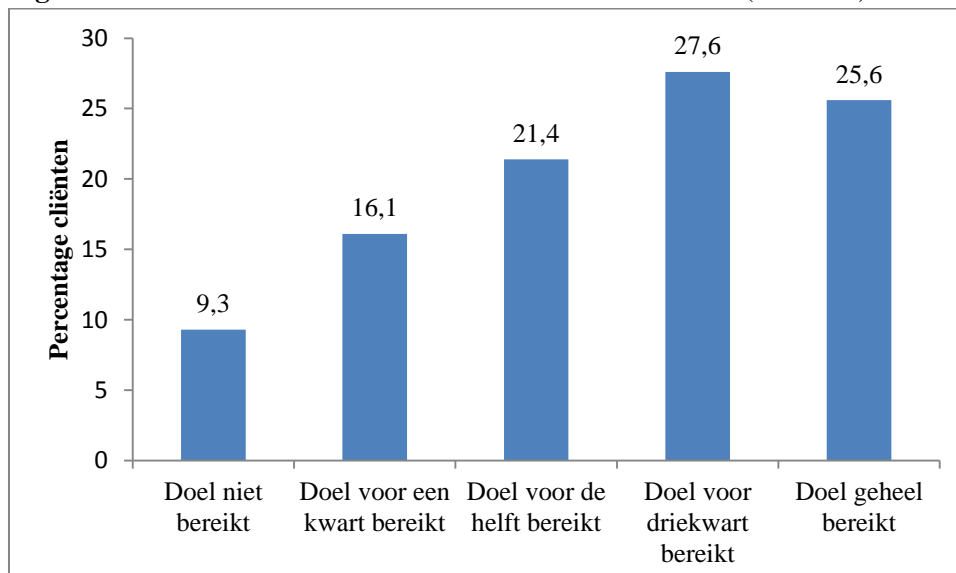
Figuur 2: Aantal uren diëtistische zorg per behandeling die cliënten met diabetes hebben gebruikt (n=3366)



Een kwart van de cliënten behaalt behandeldoelen volledig

De helft van de cliënten heeft bij afsluiting van de behandeling hun doel volgens de diëtist voor de helft tot driekwart bereikt. Een kwart van de cliënten heeft het behandeldoel geheel bereikt (figuur 3).

Figuur 3: Mate waarin cliënten met diabetes het doel behalen (n = 1878)

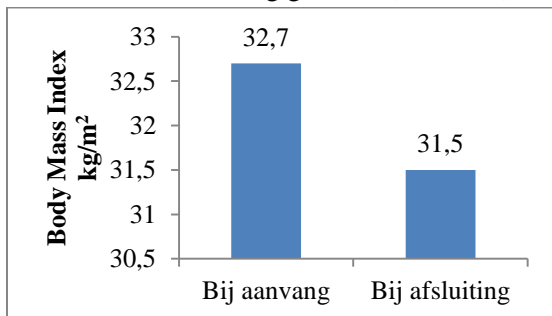


ⁱⁱ De indirecte tijd is de tijd die de diëtist wel aan de cliënt besteedt, maar waar de cliënt niet bij aanwezig is. Bijvoorbeeld de tijd die een diëtist nodig heeft om een gepersonaliseerd voorbeelddagmenu op te stellen.

Body Mass Index daalt

Van cliënten met overgewicht waarbij aan het begin en aan het eind van de diëtistische behandeling de Body Mass Index (BMI) werd bepaald, is het verschil in BMI berekend. Bij aanvang van de behandeling was de gemiddelde BMI 32,7 kg/m² (SD 5,0). Gemiddeld daalde de BMI met 1,2 kg/m² (1,2kg/m² voor mannen en 1,3 kg/m² voor vrouwen) (SD 1,5) (figuur 4). Voor een man met een gemiddelde lengte van 1,81 meter (4) houdt een BMI-afname van 1,2 kg/m² een afname van 3,9 kg van het lichaamsgewicht in, dit is een afname van 3,8% van het oorspronkelijke lichaamsgewicht. Voor een vrouw met een gemiddelde lichaamslengte van 1,68 meter houdt een BMI-afname van 1,2 kg/m² een afname van 3,7 kg van het lichaamsgewicht in. Dit is een afname van 3,9% van het oorspronkelijke lichaamsgewicht.

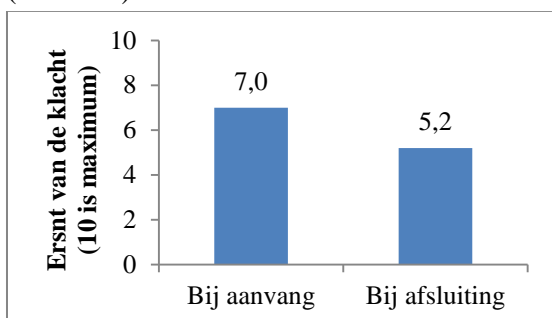
Figuur 4: Body Mass Index aan het begin en eind van de behandeling van cliënten behandeld voor diabetes en een te hoog gewicht (n = 1083)



Klacht neemt af

Cliënten hebben bij aanvang en bij afsluiting een cijfer gegeven voor hun ernst van de klacht. Bij aanvang van de behandeling gaven de cliënten gemiddeld een 7,0 voor de ernst van hun klacht (gemeten met een 10-puntsschaal waarbij 10 de maximale klacht weergeeft) en bij afsluiting van de behandeling een 5,2 (figuur 5).

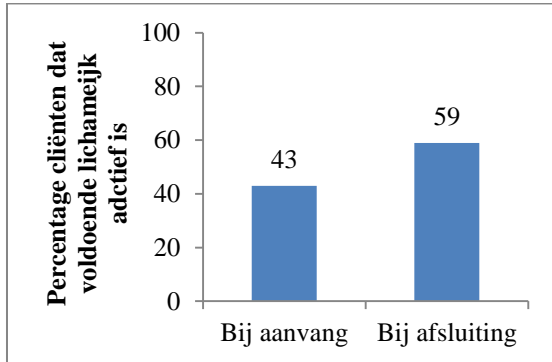
Figuur 5: Ernst van de klacht bij aanvang en afsluiting van de behandeling van cliënten met diabetes (n = 1922)



Lichamelijke activiteit neemt toe

De mate van lichamelijke activiteit is bij aanvang en bij afsluiting van de behandeling bepaald. Bij aanvang van de behandeling voldeed 43% van de cliënten met diabetes aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, dit wil zeggen dat ze op vijf dagen in de week minimaal een half uur per dag actief waren (5), bij afronding was dit 59% (figuur 6).

Figuur 6: Percentage cliënten met diabetes dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen, bij aanvang en bij afsluiting van de behandeling (n = 1953)



Resultaten in context

Gemiddeld zijn ongeveer evenveel mannen als vrouwen door vrijgevestigde diëtisten behandeld voor diabetes. Zij waren bij aanvang van de behandeling gemiddeld 61 jaar. Ongeveer 40% van de cliënten was laag opgeleid en 90% van de cliënten had naast diabetes een of meer gezondheidsrisico's zoals overgewicht, hypertensie of hypercholesterolemie.

Cliënten zijn mediaan 3,0 uur onder behandeling geweest bij de vrijgevestigde diëtist voor diabetes en eventuele andere gezondheidsrisico's. Bij ongeveer 14% van de cliënten duurde de behandeling langer dan 1 jaar.

De twee meest voorkomende doelen van de diëtistische behandeling van diabetes zijn het 'beïnvloeden van ziekte' en het 'aanleren van nieuw voedingsgedrag'. In LiPZ zijn deze behandeldoelen niet nader gespecificeerd, maar hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het doelmatig verdelen van koolhydraten over de dag en het leren omgaan met effecten van voedingsmiddelen en lichamelijke activiteit op de bloedsuiker (6). De behandeldoelen geven een indicatie waar bij de aanvang van de behandeling de meeste focus van de diëtist op ligt, wat niet wil zeggen dat andere behandeldoelen helemaal niet worden toegepast worden tijdens de behandeling.

Het resultaat van de behandeling is met de beschikbare gegevens te meten door het verschil in ernst van de klacht, BMI en lichamelijke activiteit te bepalen. Daarnaast is aan diëtisten nagevraagd in hoeverre zij vonden dat cliënten aan het eind van hun behandeling de behandeldoelen hebben behaald. Bij afronding van de behandeling beoordeelden cliënten de ernst van de klacht 1,8 punten lager dan bij aanvang van de behandeling. Dit kan worden gezien als een klinisch relevant verschil (7).

Bij cliënten die te zwaar zijn wordt de behandeling tevens gericht op gewichtsvermindering. Gemiddeld hebben cliënten die te zwaar waren gedurende de behandeling 1,2 kg/m² verloren. In de behandeling van diabetes in combinatie met een te hoog gewicht wordt gestreefd naar een gewichtsverlies van minimaal 5% (8). Een afname van 5% in lichaamsgewicht kan resulteren in positieve effecten op de bloedsuiker en risicofactoren voor hart- en vaatziekten (9). Het is mogelijk dat met het langer voortzetten van de diëtistische behandeling dit gewichtsverlies wel bereikt wordt. Een

behandeling die bestaat uit meer consulten lijkt positief gecorreleerd te zijn met een groter gewichtsverlies (10).

Het aandeel cliënten dat op vijf dagen van de week minimaal een half uur lichamelijk actief is, is toegenomen van 43% bij aanvang van de behandeling tot 59% bij afsluiting van de behandeling. Landelijk was in 2010 59% van de volwassenen voldoende lichamelijk actief (11).

Daarnaast heeft de diëtist bij afsluiting van de behandeling aangegeven in welke mate hij/zij vond dat de doelen behaald zijn. Diëtisten hebben bij een groot deel van de cliënten aangegeven dat de doelen voor minimaal de helft behaald zijn. Het niet behalen van doelen wil niet zeggen dat na afsluiting de cliënt niet alsnog de doelen kan behalen. De diëtist kan de cliënt tijdens de behandeling voldoende handvatten hebben gegeven om zelfstandig een verandering in voedingsgedrag voort te zetten.

Bij de gepresenteerde resultaten is geen rekening gehouden met andere invloeden zoals medicatiegebruik van de cliënten of het betrokken zijn van andere behandelaren in de behandeling van de cliënt wat het resultaat van de behandeling door een diëtist mogelijk kan beïnvloeden.

Deze factsheet geeft een eerste overzicht van de behandeling van cliënten met diabetes bij de diëtist. Met dergelijke gegevens kunnen diëtisten zich beter profileren, bijvoorbeeld bij zorggroepen. Echter, er is meer onderzoek nodig om een compleet beeld te krijgen. Zo ontbreekt bijvoorbeeld informatie rondom de relatie tussen behandelomvang en resultaat.

Methodologische verantwoording

Het onderzoek is uitgevoerd met gegevens uit LiPZ. LiPZ is een landelijk representatief netwerk waarin extramuraal werkende vrijgevestigde diëtisten, reguliere fysiotherapeuten en oefentherapeuten Cesar en Mensendieck gegevens registreren over de zorg die zij aan hun cliënten leveren.

LiPZ 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.

In dit onderzoek zijn gegevens gebruikt van 3.366 cliënten met diabetes mellitus die in de periode van 2006 t/m 2011 zijn behandeld door een vrijgevestigde diëtist. Uit de verwijstekst van de huisartsen kan worden afgeleid dat het merendeel van deze cliënten diabetes mellitus type 2 heeft.

Voor het bepalen van verschillen in ernst van de klacht, hoeveelheid lichamelijke activiteit en BMI (bij cliënten met een te hoog gewicht) die gedurende de diëtistische behandeling zijn opgetreden zijn de gegevens geanalyseerd van cliënten waarbij zowel aan het begin als aan het eind van de behandeling de gegevens zijn ingevuld. De verschillen in ernst van de klacht en BMI zijn getoetst door middel van een t-toets, het verschil in voldoen aan de NNGB met een McNemar toets. Bij ongeveer de helft van de cliënten zijn de eindgegevens niet bekend.

De gegevens zijn afkomstig van 37 vrijgevestigde diëtisten die in deze periode gegevens aan LiPZ hebben aangeleverd. De meerderheid van de diëtisten binnen LiPZ werkt in een solopraktijk. De praktijken binnen het LiPZ-netwerk vormen zowel qua regio als mate van verstedelijking van het gebied waarin de praktijk gevestigd is een redelijke afspiegeling van de praktijken die zijn aangesloten bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten of bij de Diëtisten Coöperatie Nederland. De methode van registreren van diëtisten binnen het LiPZ-netwerk is terug te lezen in het jaarboek LiPZ, beroepsgroep diëtetiek (2).

Referenties

- (1) Van Dijk C.E., Korevaar J.C. Integrale bekostiging Eerste ervaringen na één jaar invoering. Utrecht: Nivel, 2011.
- (2) Tol J., Valentijn K., Swinkels I.C.S., Veenhof C. Trendcijfers 2008-2011 diëtetiek (www.nivel.nl/lipz). NIVEL, Utrecht 2012.
- (3) NDF Zorgstandaard Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.
- (4) Centraal Bureau voor de Statistiek. Leefstijl, preventief onderzoek; persoonskenmerken. Den Haag/ Heerlen: CBS, 2012. (5) Wendel-Vos G.C.W. Normen van lichamelijke (in)activiteit. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit, 11 juni 2012.
- (6) Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Artsenwijzer Diëtetiek. Nederlandse Vereniging van Diëtisten; 2010.
- (7) Kendrick D.B., Strout T.D. The minimum clinically significant difference in Patient-Assigned 11-Point numeric pain scale scores for pain. The American Journal of Emergency Medicine. 2005; 23(7):828-32.
- (8) Voedingsrichtlijn voor diabetes type 1 en 2. Nederlandse Diabetes Federatie, Amersfoort, augustus 2010.
- (9) Wing R.R., Lang W., Wadden T.A. et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2011; 34(7): 1481-1486.
- (10) Dansinger M.L., Tatsioni A., Wong J.B. et al. Meta-analysis: The Effect of Dietary Counseling for Weight Loss. Annals of Internal Medicine. 2007; 147(1):41-50.
- (11) TNO. Resultaten Monitor Bewegen en Gezondheid; Bewegen in Nederland 2000-2010. http://www.tno.nl/downloads/MR-11-4386%20TNO_Infofolder_A4_NL_v1-4-1.pdf.