



Deze factsheet is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen met bronvermelding (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) worden gebruikt.

LiPZ

Wat vinden diëtisten van integrale bekostiging en van directe toegang diëtetiek?

Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg, september 2010.

Voorafgaand aan invoering van integrale bekostiging (IB) en mogelijke invoering van directe toegang diëtetiek (DTD) is gevraagd wat vrijgevestigde diëtisten hiervan vonden. De meerderheid van de diëtisten stond negatief tegenover invoering van IB, voornamelijk vanwege de angst dat andere zorgverleners de rol van de diëtist zouden gaan overnemen en dat de diëtist minder betaald zou krijgen voor de verleende zorg. Daarentegen verwachtte twee derde ook positieve gevolgen, zoals een betere samenwerking met andere zorgverleners. Het merendeel van de diëtisten stond positief tegenover invoering van directe toegankelijkheid diëtetiek. Zij verwachtten voornamelijk positieve gevolgen voor de eigen praktijkvoering, zoals minder afhankelijkheid van verwijzers betreffende het cliëntenaanbod en een toename in het aantal cliënten. Twee derde van de diëtisten verwachtte ook negatieve gevolgen van DTD, zoals een toename van administratieve werkzaamheden.

Achtergrond

De zorg in Nederland is volop in ontwikkeling. Ook binnen de diëtetiek is dat te merken. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft 1 januari 2010 integrale bekostiging (IB) ingevoerd voor diabetes en voor vasculair risicomanagement en per 1 juli 2010 ook voor patiënten met COPD. IB zal voor patiënten met hartfalen in een later stadium mogelijk gemaakt worden. [1] Tot en met 2012 is er sprake van een overgangsregeling en is het nog niet verplicht om de zorg voor deze aandoeningen via ketens uit te voeren. [2] Daarnaast worden mogelijk meer paramedische beroepsgroepen direct toegankelijk, waaronder de diëtetiek. Met invoering van directe toegang kan een cliënt zonder verwijzing van de huisarts een diëtist bezoeken en de behandeling declareren bij zijn verzekeraar. [3]

Beide ontwikkelingen zullen voor de gehele beroepsgroep diëtetiek gevolgen hebben, zowel met betrekking tot de bedrijfsvoering als op vakinhoudelijk gebied. Het is daarom interessant om te weten hoe de diëtist denkt over al deze ontwikkelingen. Deze factsheet brengt de mening van 22 vrijgevestigde diëtisten die in 2009 deelnamen aan de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) voorafgaand aan de invoering van deze ontwikkelingen in kaart (zie kader voor meer informatie over de methoden van dit onderzoek).

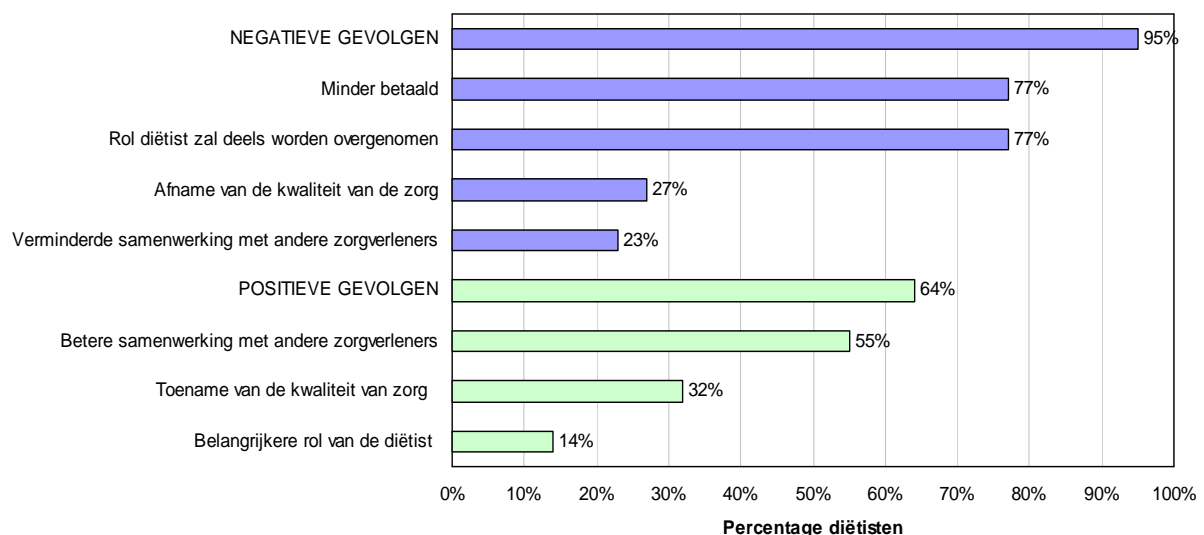
Hoe denken vrijgevestigde diëtisten over invoering van integrale bekostiging

Een half jaar voor invoering van IB waren bijna alle diëtisten (96%) op de hoogte van deze nieuwe ontwikkeling. De meningen over IB waren verdeeld. Van de 22 diëtisten stonden 12 diëtisten (55%) negatief tot zeer negatief tegenover invoering van IB. Vijf diëtisten waren hier positief tot zeer positief over.

Bijna alle diëtisten verwachtten dat IB tot negatieve gevolgen kan leiden (zie figuur 1). De grootste angst onder de ruime meerderheid van de diëtisten was dat ze minder betaald zouden krijgen voor de diëtistische zorg die ze verlenen en dat andere zorgverleners de rol van de diëtist zouden gaan overnemen wat betreft het geven van voedingsadvies. Daarentegen verwachtte twee derde van de diëtisten ook dat IB positieve gevolgen kan hebben, zoals een betere samenwerking met andere zorgverleners.

Over het algemeen waren de meningen verdeeld over het effect van IB op de kwaliteit van zorg voor de chronisch zieke cliënt. Zo dachten zeven diëtisten dat de kwaliteit van de zorg kan verbeteren, maar daarnaast verwachtten zes diëtisten dat de kwaliteit juist kan afnemen door invoering van IB. Slechts drie diëtisten dachten dat de rol van de diëtist door invoering van IB belangrijker zou kunnen worden.

Figuur 1. De verwachting van vrijgevestigde diëtisten (n=22) tegenover invoering van IB



Om IB goed te laten werken is het nodig dat alle betrokken hulpverleners zich inzetten voor deze verandering. Er zal samengewerkt moeten worden zodat er met behulp van zorgstandaarden duidelijke functieomschrijvingen en prijsafspraken worden opgesteld. Een goede voorbereiding is dus van groot belang. Voorafgaand aan de invoering van IB gaf bijna twee derde van de diëtisten aan (n=14) hiermee bezig te zijn geweest. Vijf van deze 14 diëtisten namen toen al deel aan een zorggroep en waren vrijwel allemaal (n=4 van de 5) benaderd door zorgverleners uit de omgeving. De meeste van hen (n=9 van de 14) namen destijds nog niet deel aan een zorggroep. De meeste van hen (n=5 van de 9) hadden zelf contact gezocht met zorgverleners uit de omgeving of waren benaderd (n=4 van de 9) door zorgverleners uit de omgeving. Destijds hadden de meeste diëtisten (n=17 van de 22) verwachtingen ten aanzien van het soort zorg dat ze zouden gaan verlenen. Een groot aantal van hen dacht voornamelijk diabeteszorg (n=14) te gaan verlenen. In mindere mate werd er verwacht zorg voor vasculair risicomangement (n=7), zorg voor COPD (n=6) en/of zorg voor hartfalen (n=5) te gaan verlenen binnen integrale bekostiging.

Hoe denken vrijgevestigde diëtisten over invoering van directe toegang diëtiek

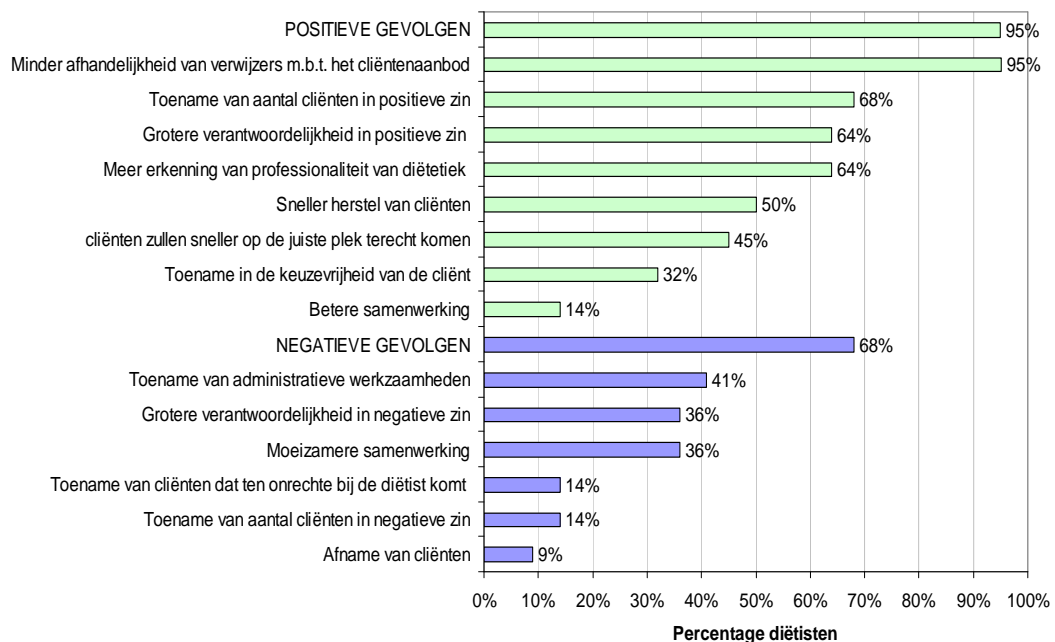
Voor wat betreft de invoering van DTD gaven alle vrijgevestigde diëtisten aan op de hoogte te zijn van deze ontwikkeling. De meerderheid (86%) stond hier positief tot zeer positief tegenover. Twee diëtisten namen een neutrale positie in en één diëtist had er nog geen mening over gevormd. Bijna alle diëtisten (n=21) verwachtten positieve gevolgen door invoering van DTD. Daarnaast dachten 15 diëtisten dat het ook tot negatieve gevolgen kan leiden (zie figuur 2).

De diëtisten verwachtten dat DTD voornamelijk positieve gevolgen voor de eigen praktijkvoering zal brengen. Zo verwachtten zij minder afhankelijk te worden van verwijzers m.b.t. het cliëntenaanbod en dat door de komst van DTD het aantal cliënten zal toenemen. De meerderheid van de diëtisten (n=18) dacht niet dat het aantal cliënten dat ten onrechte bij de diëtist komt zal toenemen. Daarnaast verwachtte de meerderheid van de diëtisten (n=14) dat DTD zal leiden tot meer erkenning van de professionaliteit van het vak en een grotere verantwoordelijkheid. Niet iedereen waardeerde dit overigens op dezelfde manier: 14 diëtisten vonden dit positief en acht diëtisten vonden dit negatief. Verder dacht de minderheid (n=9) van de diëtisten dat DTD tot een toename in administratieve lasten kan leiden.

Weinig diëtisten voorzagen positieve gevolgen voor de cliënten zelf, wanneer diëtiek direct toegankelijk zal zijn. Zo dachten de meeste diëtisten dat DTD niet zal leiden tot een toename in keuzevrijheid van de cliënt (n=15) of dat cliënten sneller op de juiste plek terecht zullen komen (n=12). Eén op de twee diëtisten verwachtte wel dat DTD voor een sneller herstel van cliënten zal zorgen.

Het behandelen van cliënten zonder verwijzing van een arts zou gevolgen kunnen hebben voor de samenwerking met huisartsen en andere verwijzers. De meningen van de diëtisten waren hierover verdeeld. Drie diëtisten verwachtten dat DTD tot een betere samenwerking kan leiden en acht dachten juist dat het een moeizamere samenwerking tot gevolg zal hebben.

Figuur 2. De verwachting van vrijgevestigd diëtisten (n=22) tegenover invoering van DTD



Resultaten in context

Over het algemeen stonden de diëtisten voorafgaand aan invoering van IB en DTD verschillend tegenover deze ontwikkelingen in de zorg. Bijna alle diëtisten verwachtten positieve gevolgen van invoering van directe toegang, daarnaast verwachtte twee derde van de diëtisten ook positieve gevolgen van invoering van integrale bekostiging. Tevens dacht de meerderheid van de diëtisten ook dat deze ontwikkelingen in de zorg negatieve gevolgen met zich mee konden brengen. Voornamelijk met betrekking tot invoering van integrale bekostiging werden er door veel diëtisten negatieve gevolgen verwacht.

De zorg die binnen IB vergoed wordt is vastgelegd in zorgstandaarden. Hierin staat wel welke zorg geleverd moet worden, maar niet door wie dit gedaan moet worden. De negatieve houding van diëtisten ten aanzien van de invoering van IB komt mogelijk dan ook voort uit de angst dat andere zorgverleners de diëtistische zorg gaan leveren. Een dergelijke negatieve houding kan zich echter vertalen in een moeizamere samenwerking met zorggroepen waardoor de kans zal toenemen dat andere zorgverleners voedingsadvies gaan geven. Een positieve en actieve houding vergroot juist de kans om aansluiting te vinden bij een zorggroep. Het lijkt dan ook belangrijk dat diëtisten met een professionele en zakelijke houding het proces instappen en zo goed mogelijk afspraken maken met zorggroepen over de zorg die op voedingsgebied geleverd moet worden. Als voorbereiding op invoering van IB gaf twee derde van de diëtisten aan hiermee bezig te zijn geweest. De meeste vrijgevestigde diëtisten verwachtten destijds diabeteszorg te gaan verlenen. In mindere mate werd verwacht zorg voor vasculair risicomangement, COPD en/of zorg voor hartfalen te gaan verlenen.

Integrale bekostiging en directe toegang zal voor de beroepsgroep diëtiek naar verwachting tot meer marktwerking leiden. Een diëtist zal zich moeten profileren door actie te ondernemen om de naamsbekendheid te vergroten en de unieke kwaliteiten aan andere zorgverleners, maar ook aan potentiële cliënten kenbaar te maken. Deze veranderingen in de zorg geven ook kansen, bijvoorbeeld om als praktijk te groeien, maar ook het oprichten van een zorggroep door diëtisten. In principe mag iedereen namelijk een zorggroep oprichten. Er zijn al gevallen bekend waarbij groepen fysiotherapeuten dit samen met andere zorgverleners hebben gedaan. Nu integrale bekostiging is ingevoerd is het interessant om te evalueren wat de ervaringen met integrale bekostiging zijn. Hierbij is aan te bevelen om de ervaringen met integrale bekostiging onder een bredere populatie extramuraal werkende diëtisten te onderzoeken.

Referenties

1. Nederlandse Zorgautoriteit. *NZa maakt ketenzorg mogelijk voor COPD*, geraadpleegd op 13 juli 2010. <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-maakt-ketenzorg-mogelijk-voor-COPD/>
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Keten-DBC's en huisartsenbekostiging*. Kenmerk CZ/EKZ/2977589, 15 december 2009.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Doelstellingenbrief eerstelijnszorg*. Kenmerk CZ/EKZ/2862066, 3 juli 2008.

Het NIVEL heeft de opinie over invoering van IB en mogelijke invoering van DTD onderzocht onder vrijgevestigde diëtisten die in 2009 deelnamen aan de Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ). LiPZ is een landelijk geautomatiseerd registratienetwerk van extramuraal werkende reguliere fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck en diëtisten, waar continu zorggerelateerde gegevens worden verzameld.

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.

Onder 25 vrijgevestigde diëtisten werd een schriftelijke enquête verspreid die door 22 (89%) diëtisten ingevuld werd teruggestuurd. De vragenlijst bestond uit verschillende gesloten vragen, zoals schaalvragen en multiple choice vragen. Een voorbeeld van een schaalvraag was: “Hoe staat u tegenover invoering van Integrale bekostiging?” Hierbij waren er zes antwoordcategorieën (zeer positief, positief, neutraal, negatief, zeer negatief, dat weet ik nog niet). Een voorbeeld van een Multiple choice vraag was: “Wat voor een positieve gevolgen denkt u dat integrale bekostiging kan hebben?” Hierbij konden meerdere antwoordmogelijkheden worden gekozen, bijvoorbeeld: “ik verwacht geen positieve gevolgen” ; “ik verwacht dat de kwaliteit van zorg aan de cliënt zal toenemen”; “...” ; “geen mening” ; “anders, namelijk...”. De resultaten van de enquêtes zijn geanalyseerd met beschrijvende statistiek.

De steekproef van 22 vrijgevestigde diëtisten kwam voldoende overeen met de vrijgevestigde diëtisten van het adressenbestand van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en de Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN) wat betreft spreiding van de vrijgevestigde praktijk en de mate van verstedelijking van het gebied waarin de praktijk gevestigd was. Wel waren de diëtisten die deelnemen aan het LiPZ-netwerk iets ouder en daaraan gerelateerd langer afgestudeerd dan de vrijgevestigde diëtisten die lid waren van de NVD en DCN.

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