

PLAATS EN FUNCTIE VAN DE DIËTIST IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG

G.R.A. Paas
R.D. Friele

Augustus 1996

 NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg
drieharingstraat 6
postbus 1568 3500 bn utrecht
tel. 030 2319946 fax 030 2319290

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2319946

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Paas G.R.A.
Friele R.D.

Plaats en functie van de diëtist in de nederlandse gezondheidszorg/ G.R.A. Paas, R.D.
Friele. - Utrecht : NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Met lit. opg.

ISBN: 90-6905-299-7

Trefw.: onderzoek, gezondheidszorg, diëtiëk.

INHOUD

pag.

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | INLEIDING | 7 |
| 1.1 | Korte omschrijving van het beroep | 7 |
| 1.2 | Onderzoek naar de plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg | 11 |
| 2 | METHODE | 13 |
| 2.1 | Inleiding | 13 |
| 2.2 | Methode van onderzoek naar de plaats van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg | 13 |
| 2.3 | Methode van onderzoek naar de functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg | 15 |
| 3 | RESULTATEN | 23 |
| 3.1 | Resultaten van onderzoek naar de plaats van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg | 23 |
| 3.1.1 | Kenmerken van de diëtist en zijn werkverband | 23 |
| 3.1.2 | De diëtist en zijn verwijzers | 25 |
| 3.1.3 | Taakopvatting en aspecten van kwaliteit | 30 |
| 3.2 | Resultaten van onderzoek naar de functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg | 32 |
| 3.2.1 | Kenmerken van de patiënten | 32 |
| 3.2.2 | Morbiditeit en hulpvragen | 36 |
| 3.2.3 | Gewenste interventies | 41 |
| 3.2.4 | Behandeldoelen | 43 |
| 3.2.5 | De behandeling | 44 |
| 3.2.6 | Afronding van de behandeling | 48 |
| 4 | SAMENVATTING EN DISCUSSIE | 53 |
| 4.1 | Inleiding | 53 |
| 4.2 | Beantwoording van de onderzoeksvragen | 53 |
| 4.2.1 | Wat zijn kenmerken van diëtisten werkzaam in de gezondheidszorg? | 53 |
| 4.2.2 | Hoe zijn de contacten met verwijzers? | 53 |
| 4.2.3 | Taakopvatting diëtisten en aspecten van kwaliteit | 54 |
| 4.2.4 | Welke patiënten komen er bij de diëtist? | 54 |
| 4.2.5 | Wat zijn de uitkomsten van het onderzoek van de diëtist en wat zijn de behandeldoelen? | 55 |
| 4.2.6 | Wat gebeurt er tijdens de behandeling van patiënten? | 56 |
| 4.2.7 | Hoe wordt de behandeling van patiënten afgesloten? | 56 |
| 4.2.8 | Enkele kanttekeningen bij de gevolgde werkwijze | 57 |

Vervolg INHOUD

pag.

| | | |
|---|---|----|
| 4.3 | Conclusies | 58 |
| 4.3.1 | Een brede range van morbiditeitscategorieën | 58 |
| 4.3.2 | De relatie met verwijzers | 59 |
| 4.3.3 | Kennis en attitude | 59 |
| 4.3.4 | Duur, inhoud en afronding van de consulten | 60 |
| 4.5 | Slot | 61 |
| LITERATUUR | | 63 |
| BIJLAGE 1 Enquête voor het onderzoek 'plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg' | | |
| BIJLAGE 2 Registratieformulier Diëtik | | |
| BIJLAGE 3 Tabellen | | |

VOORWOORD

Dit rapport bevat de resultaten van een onderzoek naar de plaats en de functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg. Het geeft inzicht in de verwijsrelaties van de diëtist, de morbiditeitscategorieën van de patiënten van de diëtist, de duur van de behandeling, de doelstellingen van de behandeling, en de mate waarin, volgens de diëtist, behandelingen succesvol zijn.

Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie met de volgende leden: Dhr. Th.A.G. Koekenbier (geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid), Mw. M. Nieboer (diëtist), Mw. S. van Bennekom (diëtist), dhr. Dr. Ir. C. de Graaf (Vakgroep humane voeding, landbouwuniversiteit Wageningen), Mw. W. Edelbroek van Schaijk (Hogeschool Nijmegen) en Mw. drs. M.J. Meulmeester (Ministerie van VWS).

1 INLEIDING

Diëtisten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg verstrekken adviezen aan hun cliënten over voeding en diëten, om zo bij te dragen aan de medische behandeling. De diëtist vertaalt wetenschappelijk informatie over voedingsbehoeften in een advies, waarbij rekening gehouden wordt met psychosociale factoren, bereidingsmogelijkheden, sensorische factoren, praktische hoeveelheden en beperkingen per ziekte (NVD, 1991). Dit rapport geeft de resultaten weer van een onderzoek naar de praktijk van de diëtiek in de nederlandse gezondheidszorg. In dit eerste hoofdstuk wordt een korte omschrijving gegeven van het beroep van de diëtist. Vervolgens worden de vraagstellingen voor dit onderzoek gepresenteerd. In het tweede hoofdstuk wordt de methode beschreven die gebruikt is om de onderzoeksresultaten te verzamelen. In het derde hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten beschreven. Het vierde hoofdstuk bevat de samenvatting van de onderzoeksresultaten, enkele beschouwingen over de gevolgde werkwijze en enkele conclusies.

1.1 Korte omschrijving van het beroep

Taken van de diëtist

De meest bekende taak van de diëtist is het verlenen van zorg. Hij verleent zorg aan patiënten met een verwijzing van een arts of tandarts. De zorgverlening begint ermee dat de diëtist een anamnese afneemt om relevante gegevens van een patiënt te verzamelen over de sociale situatie, biologische gegevens, klachten, dieetgeschiedenis, gebruikte voeding en psychische belasting van het volgen van een eerder gebruikt dieet. De diëtist stelt vervolgens op basis van een analyse van deze gegevens een diëtistische diagnose en registreert de conclusie uit de diagnosestelling.

Vervolgens wordt een behandelplan opgesteld. Daartoe bepaalt de diëtist, eventueel in overleg met de patiënt, het doel, de inhoud en opbouw van de diëtistische methoden die bij de behandeling zullen worden toegepast, en informeert de patiënt en de verwijzer omtrent het behandelplan.

Bij de uitvoering van het behandelplan zal de diëtist instructies en adviezen geven omtrent de uitvoering van het dieet- of voedingsadvies, en het bewaken van de wijze waarop de patiënt de dieet- en voedingsadviezen opvolgt. Ook zal de diëtist de patiënt informeren over de samenhang tussen het klachtenpatroon en het gegeven dieet- of voedingsadvies.

De zorgverlening wordt afgesloten middels een evaluatie. De diëtist informeert de verwijzend arts of tandarts omtrent het effect van de behandeling (NVD, 1991).

Het verlenen van zorg, zoals hierboven beschreven, is één van de tien taken zoals beschreven in het beroepsprofiel van de diëtist (NVD, 1991). Naast curatieve zorg verstrekken diëtisten ook preventieve zorg. Bij het uitoefenen van hun werkzaamheden werken diëtisten samen met andere zorgverleners. Diëtisten geven voorlichting, voeren het beheer over hun praktijk om een goede dienst- en zorgverlening en een rendabele bedrijfsvoering mogelijk te maken en ze geven onderwijs op het terrein van hun vakgebied. Ook het verrichten van onderzoek behoort tot de taken uit het beroepsprofiel, evenals het evalueren van het beroepsmatig handelen, het ontwikkelen hun kennis en

kunde. Tot slot behoort tot de taken van diëtisten het ontwikkelen van het eigen beroepsbeleid en dat van de overheid.

Het beroepsprofiel van de diëtist is ontwikkeld ten behoeve van opleiders. Dat betekent dat de diëtisten de beschreven taken in principe moeten kunnen uitoefenen wanneer zij hun opleiding verlaten. Het beroepsprofiel geeft, vanzelfsprekend, geen inzicht in het relatieve belang van de verschillende taken.

Wettelijk kader

Het wettelijk kader voor de diëtist is geregeld in de Wet op de Paramedische Beroepen krachtens het Diëtistenbesluit (Ministerie van WVC, 1987). In dit besluit zijn bepalingen opgenomen over de bevoegdheden en werkzaamheden, examenregelingen en de instelling van een permanent adviesorgaan: de Adviescommissie Diëtisten. Een van de belangrijkste artikelen uit het Diëtistenbesluit bepaalt dat de werkzaamheden worden verricht in opdracht van een praktiserend geneeskundige of tandarts, waarbij de diëtist verplicht is de opdrachtgever op de hoogte te houden van de toestand van de patiënt. De opdracht wordt schriftelijk verstrekt; omtrent de terugrapportage zijn in het Diëtistenbesluit geen bijzonderheden opgenomen.

Met het van kracht worden van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zullen bovengenoemde wettelijke beroepsregelingen vervangen worden door het regelingskader van de Wet BIG. Binnen deze nieuwe wetgeving zal het beroep van diëtist geregeld worden bij Algemene Maatregel van Bestuur (artikel 34). Voor de diëtist geldt dat het deskundigheidsgebied het reeds bestaande terrein van de Wet op de Paramedische Beroepen zal omvatten, uitgebreid met advisering en (voedings- en dieet)voorlichting aan (individuele) personen. In de AMVB staan de opleidingseisen genoemd, waaronder het centrale vakgebied, de overige vakken, de studielast en voorwaarden aan de stage.

De Wet BIG is een kaderwet die stapsgewijs in werking zal worden gesteld. Naar verwachting zal de Wet BIG in 1997 van kracht worden. Voor een uitgebreide beschrijving van de Wet BIG wordt verwezen naar het brancherapport paramedische zorg (Rijken, 1996).

Financiering

De financiering van de diëtistische zorg is op verschillende wijzen geregeld. De financiering van de door diëtisten te vervullen arbeidsplaatsen is afhankelijk van de sector waarin men werkt. Bij de kruisverenigingen wordt diëtetiek indirect gefinancierd via de AWBZ. Het betreft hier een minimaal pakket. Aanvullende benodigde diëtistische zorg wordt gefinancierd via de contributie van de leden van de kruisvereniging. Indien een patiënt in aanmerking wil komen voor diëtistische hulp via het kruiswerk, dan moet deze patiënt lid zijn van de kruisvereniging. Intramuraal werkende diëtisten volgen wat hun salaris betreft de CAO voor het ziekenhuiswezen. Het aantal diëtisten dat een ziekenhuis in dienst kan nemen hangt af van het aantal bedden van de instelling, volgens de normen van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg. Deze norm bedroeg één diëtist op 200 bedden, waarbij de instelling voor poliklinische activiteiten geen vergoeding ontving. Het is de ziekenhuizen nu echter vrij om van deze norm af te wijken. Dit heeft tot gevolg dat de zorg in de poliklinieken vaak wordt teruggebracht tot een minimum. Hetzelfde geldt voor de aanstelling van diëtisten in verpleeghuizen. Binnen de genoemde instellingen wordt de zorg vanuit het instellingsbudget gefinancierd en maakt de diëtistische hulp dus deel uit van een totaal pakket van verstrekkingen. Voor vrijgevestigde diëtisten hanteert de Nederlandse Vereniging van Diëtisten

(NVD) adviestarieven en norminkomens. De vrijgevestigde diëtist wordt betaald door de patiënt zelf. De kosten voor de patiënt worden in een enkel geval vergoed door een particuliere verzekering.

De verschillen in financiering tussen de werkvelden kunnen consequenties hebben voor het type patiënten waaraan de diëtisten in de verschillende werkvelden zorg verlenen. De vrijgevestigde diëtist kan bijvoorbeeld in de meeste gevallen niet zonder kosten voor de patiënt bezocht worden. Dit zou kunnen betekenen dat zij minder mensen met een lager inkomen behandelen.

Aanbod van diëtistische zorg

Diëtisten kunnen werkzaam zijn in verschillende werkvelden (NVD, 1991). Diëtisten kunnen werkzaam zijn buiten de gezondheidszorg: zoals in het onderwijs, in het bedrijfsleven bij onderzoeksinstituten en bij overheidsinstanties. Voor werkzaamheden binnen de gezondheidszorg maakt het beroepsprofiel onderscheid tussen verschillende sectoren:

Nuldelijns gezondheidszorg (bureaus voor voorlichting en preventie)

Eerstelijns gezondheidszorg (zelfstandige praktijk, kruiswerk e.d.)

Tweedelijns gezondheidszorg (ziekenhuis)

Derdelijns gezondheidszorg (verpleeghuis e.d.)

In 1992 werd door de Geneeskundige Hoofdinspectie onderzoek gedaan naar het aanbod van diëtistische zorg onder alle 4914 bij de GHI geregistreerde diëtisten (respons 73%). Van de respondenten was 47% werkzaam als diëtist in de gezondheidszorg. Zij werkten 8029 dagdelen (74.9%) per week in de gezondheidszorg en 2685 (25.1%) daarbuiten. Gemiddeld werkten ze 6,5 dagdelen (27 uur) per week. Een deel van de diëtisten blijkt op twee (28%) of meer (9%) plaatsen te werken (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1993).

De verdeling van de door diëtisten gewerkte dagdelen is weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1: De verdeling (%) van het aantal dagdelen per week dat door diëtisten in de verschillende werkvelden in de gezondheidszorg wordt gewerkt

| Werkveld | % |
|---|----|
| Intramuraal | |
| ziekenhuizen | 39 |
| verpleeghuizen | 6 |
| zwakzinnigeninrichting | 1 |
| Extramuraal | |
| thuiszorg/kruiswerkorganisaties | 19 |
| praktijken van vrijgevestigde diëtisten | 7 |
| verzorgingshuizen | 2 |
| overige | 1 |
| Niet in de gezondheidszorg werkzaam | 25 |

Het grootste aantal dagdelen wordt gewerkt in ziekenhuizen, gevolgd door de thuiszorg, de praktijken van vrijgevestigde diëtisten en verpleeghuizen.

Aandoeningen van cliënten van diëtisten werkzaam in de gezondheidszorg

Inzicht in de mogelijke cliëntencategorieën van diëtisten is te ontleen aan verschillende bronnen.

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) (RIVM, 1993) worden hoog prevalentie ziektebeelden genoemd, waarbij voeding een belangrijke rol speelt, zoals coronaire hartziekten, beroerte, kanker, diabetes mellitus en constitutioneel eczeem. De diëtist kan bij deze ziekten een bijdrage leveren aan behandeling, primaire of secundaire preventie. Voor de diëtistische behandeling van enkele van deze ziektebeelden zijn protocollen ontwikkeld, zoals voor de behandeling van patiënten met hypercholesterolemie (Bardoel, 1994; Wendel, 1989) en diabetes mellitus (Indemans, 1991).

Een andere bron met informatie over de mogelijke cliëntencategorieën van diëtisten is het overzicht van aandoeningen waarbij zorg door een diëtist is geïndiceerd, opgesteld door de Dienst Diëtetiek van het Academisch Ziekenhuis Leiden (Hart-Eerdmans, 1994) (zie ook schema 1.1).

Dit schema geeft een overzicht van de aandoeningen waarbij een voedingsadvies van belang kan zijn voor preventie of behandeling. De Artsenwijzer is geschreven vanuit de ziekenhuis diëtetiek en pretendeert dus geen volledigheid voor alle werkvelden van de diëtistische zorg.

Schema 1.1: Mogelijke indicaties voor diëtetische zorg (Hart-Eerdmans, 1994)

| | |
|----------------------------------|--|
| Voedingstherapieën algemeen | sondevoeding, parenterale voeding. |
| Algemene symptomen | gewichtsverlies, ondervoeding, slikklachten, chronische obstipatie, decubitus. |
| Hypertensie en hartziekten | hypertensie, decompensatio cordis. |
| Maag-, darm- en leverziekten | peptische reflux-oesofagitis, dumpingsyndroom, acute of chronische pancreatitis, cystic fibrosis, coeliakie, lactose-intolerantie, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, prikkelbare darm-syndroom/irritable bowel syndroom, spastisch colon, diverticulosis coli, levercirrose, galsteenlijden. |
| Metabole ziekten | osteoporose, hypercholesterolemie, diabetes mellitus. |
| Infectieziekten | HIV-infectie, Aids. |
| Ziekten van nieren en urinewegen | chronische nierinsufficiëntie, hemodialyse, CAPD/CCPD, niertransplantatie, nefrotisch syndroom, urinewegstenen. |
| Reumatische ziekten | reumatoïde artritis, sclerodermie, Systemische Lupus Erythematodes en jicht. |
| Neurologische aandoeningen | met name symptomen bij Multiple Sclerose, ziekte van Parkinson, Chorea van Huntington en Amyotrofische Lateraal Sclerose. |
| Oncologie | bij voedingsproblemen ten gevolge van de ziekte of ten gevolge van (bijwerkingen van) behandelvormen. |
| Overige | overgewicht/adipositas, eetstoornissen, voedselovergevoeligheid bij zuigelingen, kinderen of volwassenen, kaakfixatie. |

Naast de hierboven gegeven indicaties voor voedingsadviezen bevat de Artsenwijzer Diëtetiek onder andere ook het voorkeursmoment voor verwijzing naar de diëtist, de doelstelling en kenmerken van het dieet en een schatting van het gemiddeld aantal benodigde consulten. De gegevens zijn gebaseerd op onder meer de NHG-standaarden en CBO-richtlijnen, dieetbehandelingsprotocollen en op literatuur. Het overzicht is tot stand gekomen in intensief overleg tussen diëtisten en artsen.

Uit deze overzichten wordt duidelijk dat de diëtist bij een veelvoud van aandoeningen een rol zou kunnen spelen. De mate waarin diëtisten daadwerkelijk zorg verlenen aan mensen met deze aandoeningen ontbreekt, terwijl ook het inzicht ontbreekt in welk werkveld deze zorg wordt verleend.

1.2 Onderzoek naar de plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg

De informatievoorziening over de plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg is verre van volledig. In de voorgaande paragrafen is reeds aangegeven dat er geen inzicht is in de mate waarin diëtisten de verschillende taken uit het beroepsprofiel uitvoeren. Ook is aangegeven dat het niet bekend of diëtisten met een vrije vestiging minder mensen met een laag inkomen als patiënt hebben. Ondanks het wettelijk vereiste dat de diëtist zijn werkzaamheden verricht op verwijzing van een arts is ook niet bekend of dit inderdaad gebeurt en wie de verwijzers zijn. Ook zijn er geen betrouwbare gegevens over de kenmerken van patiënten aan wie de diëtisten in verschillende werkvelden hun zorg bieden, noch is bekend hoeveel tijd er aan verschillende patiëntencategorieën wordt besteed.

Een goede beschrijving van de plaats en de functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg is echter een voorwaarde voor een verdere professionalisering van de diëtetiek in Nederland. Voor een zo doelmatig mogelijke organisatie van de diëtistische zorg zijn deze gegevens onontbeerlijk, omdat dergelijke gegevens het uitgangspunt moeten zijn voor verdere beleidsontwikkeling op dit terrein. Deze gegevens maken het mogelijk prioriteiten te stellen voor het inzetten van veranderingen en de effecten van toekomstige veranderingen te kunnen evalueren.

Om aan deze informatiebehoefte te kunnen voldoen, en ondermeer de hierboven opgeworpen vragen te kunnen beantwoorden, is onderzoek gedaan waarin twee vraagstellingen centraal staan: (1) vraagstellingen over de plaats van de diëtist en (2) vraagstellingen over het functioneren van de diëtist.

Beide groepen vraagstellingen worden beantwoord voor de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg in het algemeen. Daarnaast wordt elke vraagstelling beantwoord voor de vier grootste werkvelden waar diëtisten werkzaam zijn: ziekenhuizen, thuiszorg, de vrije vestiging en de verpleeghuizen.

Het onderzoek naar de **plaats van de diëtist** is uitgevoerd aan de hand van de volgende vraagstellingen:

- A - Wat zijn kenmerken van diëtisten werkzaam in de gezondheidszorg
Het gaat hierbij om informatie over leeftijd, geslacht, het aantal jaren werkervaring als diëtist, waar men werkt, hoeveel uren in de verschillende sectoren en hoeveel nieuwe patiënten de diëtist ziet.
- B - Hoe zijn de contacten met verwijzers
Welke verwijzers zijn er, met hoeveel verwijzers hebben diëtisten contact, wat is de manier waarop contact met verwijzers wordt onderhouden.
- C - Taakopvatting diëtisten en aspecten van kwaliteit
Wat is het belang dat diëtisten aan de verschillende aspecten van hun werkzaamheden toekennen, in welke mate wordt gebruik gemaakt van protocollen, in welke mate scholen diëtisten zich bij.

Het onderzoek naar de **functie van de diëtist** is vervolgens uitgevoerd aan de hand van de volgende vraagstellingen:

- A - Welke patiënten komen bij de diëtist?
Van welke verwijzer zijn zij afkomstig, en wat zijn kenmerken van de patiënten: medische diagnose, persoonsgegevens en reden voor verwijzing
- B - Wat zijn de uitkomsten van het onderzoek van de diëtist bij deze patiënten, en wat zijn de behandeldoelen?
In het diëtistisch onderzoek wordt met name het voedingspatroon geanalyseerd en vergeleken met de gewenste voeding en wordt geconcludeerd of en welke interventies gewenst zijn.
- C - Wat gebeurt er in de behandeling van de patiënten?
Hierbij wordt inzicht gegeven in het aantal zittingen, de duur van de behandeling, aandachtspunten in de loop van de behandeling en de afsluiting.

2 METHODE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de methode beschreven die gebruikt is bij het onderzoek naar de plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg. Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. Eerst zal de methode voor het onderzoek naar de plaats van de diëtist worden beschreven, gevolgd door de methode voor het onderzoek naar de functie van de diëtist.

2.2 Methode van onderzoek naar de plaats van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg

Onderzoeksmethode: enquête

Voor dit onderdeel van het onderzoek is gebruik gemaakt van een schriftelijke enquête. Bij de ontwikkeling van de enquête is uitgegaan van het 'beroepsprofiel' (NVD, 1991), de 'algemene standaard voor dieetbehandeling door de diëtist' (Bruijn, 1991), andere vakliteratuur (Paas, 1995) en de enquêtes gehouden in het kader van onderzoeken naar plaats en functie van de logopedist en de ergotherapeut (Driessen, 1994; Raaijmakers, 1995). In samenwerking met een aantal inhoudsdeskundigen en diëtisten is een concept versie van de enquête ontwikkeld. Deze is door 32 diëtisten uit verschillende sectoren in de gezondheidszorg ingevuld en van commentaar voorzien. Op basis hiervan is de enquête aangepast.

De enquête bestaat uit vier delen.

In het eerste deel worden algemene gegevens van de diëtist nagevraagd: leeftijd, geslacht, jaar waarin de opleiding diëtetik werd afgerond, welke opleiding werd gevolgd, werkervaring, bijscholing, het lezen van vaktijdschriften en het lidmaatschap van een beroepsvereniging.

In het tweede deel wordt nagegaan of de respondent in de gezondheidszorg werkzaam is als diëtist, en wordt ingegaan op de werksituatie.

In het derde deel wordt navraag gedaan naar de verwijzers naar de diëtist en worden vragen gesteld over de communicatie tussen de diëtist en de verwijzers.

In het vierde deel wordt het belang gevraagd van werkzaamheden die behoren tot de verschillende taakgebieden van de diëtist.

De definitieve enquête is opgenomen als Bijlage 1.

Procedure en steekproef

De beoogde onderzoekspopulaties van het onderzoek naar de plaats van de diëtist waren de diëtisten die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Daartoe werd in het voorjaar van 1994 een enquête verstuurd naar een zo representatief mogelijke groep diëtisten. Hiertoe is een landelijke steekproef getrokken van 1100 adressen. Twee adressenbestanden hebben gediend als uitgangsbestand voor het trekken van een steekproef van diëtisten. Het eerste bestand is het adressenbestand van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (GHI). Dit bestand bevat de namen en

adressen van alle afgestudeerde diëtisten. Het is echter geen bijgewerkt adressenbestand: adreswijzigingen van diëtisten worden niet systematisch verwerkt. Het tweede adressenbestand is het NVD-bestand. Dit is een bijgewerkt adressenbestand, adreswijzigingen worden wel doorgevoerd. In dit bestand zijn alle leden van de NVD opgenomen zijn. Verwacht werd dat verreweg het grootste deel (90%) van de werkzame diëtisten lid is van de NVD. Gekozen is gebruik te maken van beide bestanden. Om zo weinig mogelijk diëtisten op onjuiste adressen aan te schrijven zijn 900 adressen uit het ledenbestand van de NVD getrokken. Daarnaast zijn ook diëtisten in het onderzoek opgenomen die geen lid zijn van de NVD. Zij zouden uiteindelijk ongeveer 10% van het bestand moeten gaan uitmaken en geworven moeten worden op basis van het GHI-bestand. Omdat verwacht werd dat de respons onder deze diëtisten lager zou zijn dan onder de NVD-leden, deels doordat het om een niet bijgewerkt adressenbestand gaat, zijn uit het GHI-bestand 200 adressen getrokken van diëtisten die niet als NVD-lid stonden geregistreerd.

Om de respons te verhogen zijn drie schriftelijke herinneringen verstuurd. Bij de derde herinnering is een responskaartje gevoegd. Hiermee is de leeftijd, het geslacht en het werkveld van de diëtisten nagevraagd, zodat deze gegevens van zoveel mogelijk diëtisten bekend zijn.

Indien een diëtist in meer dan 1 werkveld werkzaam is, is de enquête ingevuld voor het veld waar hij het grootste aantal uren werkt.

Analysemethode

Diëtisten zijn werkzaam in meerdere werkvelden (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1993). Omdat de werkzaamheden tussen de werkvelden kunnen verschillen, zijn de analyses uitgevoerd voor de totale groep diëtisten in de gezondheidszorg en daarnaast voor de vier grootste werkvelden in de gezondheidszorg, te weten ziekenhuizen, kruiswerk/thuiszorgorganisaties, verpleeghuizen en praktijken van vrijgevestigde diëtisten.

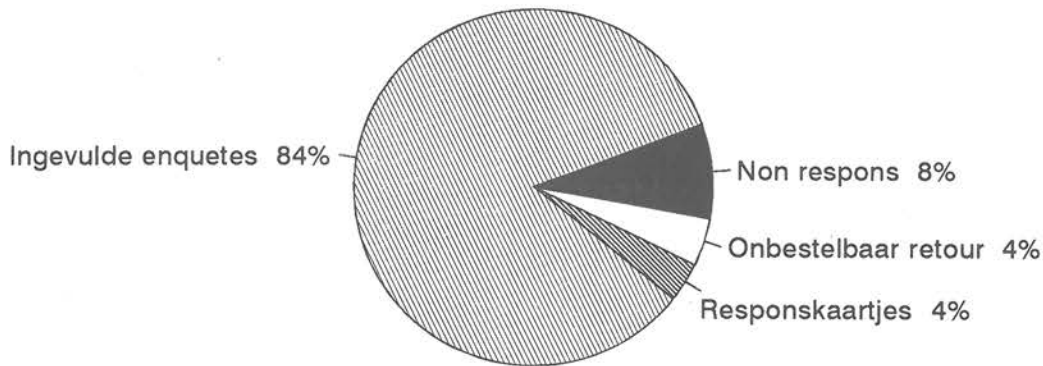
Naast beschrijvende statistiek is gebruik gemaakt van de volgende toetsen:

- bij dichotome variabelen is met de chi-kwadraat methode getoetst of er verschil bestaat tussen de groepen. Zo ja, dan is met een t-test of een difference of proportion test nagegaan welke groepen van elkaar verschillen ($\alpha \leq 0.05$);
- bij continue variabelen en vijfpuntsschalen is met variantie analyse nagegaan welke groepen van elkaar verschillen ($\alpha \leq 0.05$).

Respons

In Figuur 2.1 staat de respons weergegeven.

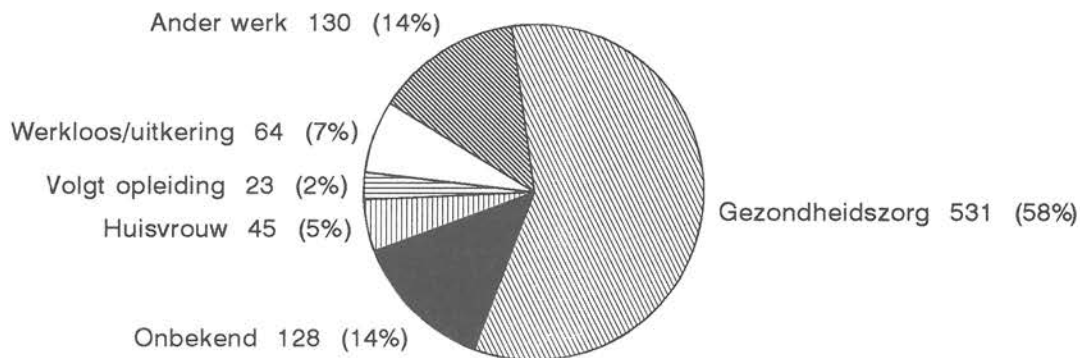
Figuur 2.1: De verdeling van de respons (n=1053)



Van de 1053 diëtisten die een enquête hebben ontvangen, hebben 961 diëtisten (91%) gereageerd. Van hen hebben er 921 (87%) de enquête ingevuld geretourneerd en 40 (4%) hebben de responskaartjes geretourneerd. Van de diëtisten die gereageerd hebben was 85% NVD-lid.

Van de responderende diëtisten is 57% (n=531) werkzaam in de gezondheidszorg, en is 14% (n=130) werkzaam in een andere sector en 7% (n=64) is werkloos of heeft een uitkering (zie ook Figuur 2.2). In dit onderzoek zullen verder alleen die diëtisten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg worden betrokken.

Figuur 2.2: De werksituatie van de respondenten (n=961)



2.3 Methode van onderzoek naar de functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg

Onderzoeksmethode: registratieformulier

In het functieonderzoek is gebruik gemaakt van een patiëntenregistratieformulier. Bij de ontwikkeling van dit registratieformulier is een achttal diëtisten uit de vier grootste werkvelden in de gezondheidszorg nauw betrokken geweest. Zij hebben de concept-versies van de registratieformulieren van commentaar voorzien.

Met de laatste concept versie van het registratieformulier is een pretest uitgevoerd onder 32 diëtisten uit de vier grootste werkvelden. Zij hebben de gegevens van één patiënt geregistreerd, en de volledigheid en gebruiksvriendelijkheid van het formulier beoordeeld. Op basis van hun aanwijzingen en commentaar zijn de laatste aanpassingen in het formulier aangebracht. Het definitieve formulier is opgenomen als Bijlage 2.

Het registratieformulier is opgebouwd uit drie delen.

In het eerste deel worden patiëntgegevens geregistreerd. In het tweede deel worden de behandeldoelen geregistreerd. In het derde deel wordt het beloop van de behandeling en de afsluiting van behandeling geregistreerd.

DEEL I: patiëntgegevens

Sociaal demografische gegevens

De geregistreeerde sociaal-demografische gegevens zijn geslacht, leeftijd, verzekeringsvorm, opleiding en beroep van de patiënt.

Informatie van de verwijzing

Als eerste is geregistreerd of er sprake was van een verwijzing, dan wel of achteraf nog een formele verwijzing werd verkregen.

Als tweede is informatie geregistreerd over het ziektebeeld van de patiënten. Daarbij is aangesloten bij het in de epidemiologie gebruikte classificatie systeem: de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision (ICD-10) (World Health Organization, 1992). In het codeformulier zijn die IDC-10 hoofdstukken opgenomen, waarvan verwacht werd dat ze van toepassing zouden zijn op de patiënten van de diëtist. Andere ziektebeelden konden apart vermeld worden, en werden achteraf in de ICD-10 hoofdstukken ondergebracht. Voor bepaalde hoofdstukken werd een nadere indeling overgenomen, om zo aan te sluiten bij de te verwachten morbiditeit onder de patiënten van diëtisten. Op het formulier bleef het mogelijk om niet voorgecodeerde ziektebeelden toch te registreren. Deze werden achteraf ondergebracht in de categorieën van de ICD-10.

Naast ziektebeelden kan de verwijzing informatie bevatten over de hulpvraag van de patiënt of van de verwijzer. Om inzicht in de hulpvraag van de patiënt te krijgen is een classificatiesysteem gemaakt, omdat dit nog niet bestond. Dit is gedaan in samenwerking met het Centrum voor Beroepsinnovatie en Methodiek ontwikkeling (CBM) te Nijmegen. Hiervoor zijn de hulpvragen onderverdeeld in problemen en klachten, en in overige hulpvragen.

Diëtistisch onderzoek

Voor het formuleren van de behandeldoelen heeft de diëtist naast persoonsgegevens en informatie over ziektebeelden en hulpvragen nog aanvullende gegevens nodig. Deze gegevens, zoals de lengte en het gewicht van de patiënt en informatie over het voedingspatroon, verzamelt de diëtist in het diëtistisch onderzoek. Op basis van deze informatie stelt de diëtist zijn diagnose.

In het registratieformulier is voor een vijftal aspecten informatie over de patiënten verzameld om inzicht te krijgen in de resultaten van het diëtistische onderzoek: (1) lengte en gewicht, (2) een algemene karakterisering van de gewenste voeding, (3) een karakterisering van de gewenste consistentie en de gewenste maaltijdpatronen, (4) een karakterisering van de gewenste nutriëntensamenstelling en (5) een karakterisering van de gewenste veranderingen in kennis, houding en vaardigheden.

ad 1. Lengte en gewicht

Op basis van de gegevens over lengte en gewicht is het mogelijk de quetelet index van de patiënten te berekenen.

ad 2. Algemene karakterisering van de gewenste voeding

Voor elke patiënt is een algemene karakterisering gevraagd van de gewenste interventie. Voor elke patiënt werd geregistreerd of interventies gewenst waren voor het bereiken van een 'goede voeding', een 'adequate voeding' dan wel een 'zorg op maat voeding'. Deze typering van de voeding is ontleend aan een indeling die ontwikkeld is in de 'Leidraad voor voedingsdeskundigen bij kanker'. Deze begrippen behoeven enige nadere toelichting.

Bij interventies gericht op het bereiken van een 'goede voeding' wordt gestreefd naar een voeding die voldoet aan de richtlijnen goede voeding van de Nederlandse Voedingsraad. De voeding bevat niet alleen voldoende voedingsstoffen, maar voldoet ook aan de richtlijnen voor preventie van welvaartsziekten. Het doel van deze voeding ligt dus op de langer termijn: deze voeding reduceert het risico op met name hart- en vaatziekten en kanker. Zo is de vetzuursamenstelling zodanig dat deze voor de meeste Nederlanders bijdraagt aan het verlagen van het risico op hart- en vaatziekten. Daarnaast bevat deze voeding voldoende voedingsstoffen en energie voor het dagelijks functioneren.

'Adequate voeding' is ook een voeding die voldoende energie en voedingsstoffen (zoals eiwitten, vetten, of vitamines) levert voor het dagelijks functioneren. Het doel van deze voeding is de voedingstoestand te handhaven. Het lange-termijn doel van het voorkomen van welvaartsziekten, ontbreekt bij deze voeding.

Ten slotte kan sprake zijn van 'Zorg op maat voeding'. Deze voeding is vooral bedoeld voor de korte termijn. Het is een soort EHBO-voeding. Een dergelijke voeding kan alleen bestaan uit vocht, met wat zout en suiker. De voeding is primair gericht op maximaal welbevinden en op het acuut oplossen van of kunnen omgaan met klachten.

ad 3. Karakterisering van de gewenste consistentie en het gewenste maaltijdpatroon

Ook is een karakterisering gevraagd van de wensen ten aanzien van de consistentie van de voeding: van vloeibaar tot paraneraal. Ook is nagegaan of veranderingen gewenst waren ten aanzien van het maaltijdpatroon.

ad 4. Karakterisering van de gewenste nutriëntensamenstelling

Na is gegaan of op het punt van de energie-inhoud en nutriëntensamenstelling (bijvoorbeeld eiwitten, vetten, koolhydraten, vocht, vitamines en mineralen) veranderingen in de voeding gewenst waren.

ad 5. Karakterisering van de gewenste veranderingen in kennis, houding en vaardigheden van de patiënt

Voor het vijfde aspect van het diëtistische onderzoek is nagegaan of de diëtisten van mening waren dat veranderingen in kennis, houding en vaardigheden van de patiënt gewenst zijn. Het doel van de diëtistische behandeling is uiteindelijk (klinische) parameters te verbeteren; zoals het normaliseren van het gewicht, bloedsuikerwaarden en serum cholesterolgehalten, of het verbeteren van de voedingstoestand. In een aantal gevallen zal de diëtist direct de voedselopname van een patiënt kunnen beïnvloeden, zoals in het geval van sondevoeding in het ziekenhuis. In andere gevallen is het echter de patiënt die zelf de veranderingen in de voedingsopname zal moeten uitvoeren. Het is dan de taak van de diëtist de patiënt zo te begeleiden dat de patiënt deze ver-

anderingen realiseert. Determinanten van dit gedrag zijn kennis/inzicht van de patiënt, de houding ten aanzien van deze veranderingen en de vaardigheden van de patiënt.

In het registratieformulier kon voor elk van de onderdelen van de hierboven genoemde aspecten 2-4 worden aangegeven of op basis van het dieetvoorschrift in principe eisen gesteld konden worden aan de voeding. Vervolgens kon worden aangegeven of de huidige voeding aan deze eisen voldeed. Tot slot kon dan, als logische derde stap, worden aangegeven of een interventie op dat onderdeel gewenst was. Deze manier van vragen bleek uiteindelijk niet goed te werken. Bij een eerste analyse van de resultaten bleek dat vaak wel was aangegeven dat een interventie was gewenst, zonder dat de achterliggende vragen waren beantwoord. Deze tekortkoming zal zeker te wijten zijn aan het nogal ingewikkelde registratieformulier op dit punt. Het is mogelijk ook zo dat de formele gedachtengang die ten grondslag ligt aan het registratieformulier niet altijd even goed aansluit bij de praktijk. Bij de rapportage van de resultaten zal daarom alleen gebruik gemaakt worden van de antwoorden op de vraag of een interventie gewenst is voor de verschillende onderdelen.

DEEL II: het doel van de behandeling

In het tweede deel van het registratieformulier worden gegevens geregistreerd over het doel van de behandeling en het behandelplan. Hier wordt geregistreerd welke doelen de diëtist met de behandeling wil bereiken. Dit kunnen doelen zijn op het gebied van het vergroten van kennis en inzicht, het veranderen van de attitude van de patiënt, het vergroten van vaardigheden, het behoud van goed voedingsgedrag op lange termijn, het verminderen van klachten van de patiënt, de patiënt in een betere/goede voedings-toestand brengen, of het verbeteren van klinische parameters. Daarnaast wordt informatie geregistreerd over het behandelplan. Het behandelplan verschaft inzicht in de manier waarop de diëtist het doel probeert te bereiken.

DEEL III: het beloop van de behandeling

In het derde deel van het registratieformulier worden gegevens geregistreerd over het beloop van de behandeling, en over de afsluiting en evaluatie van de behandeling.

Voor ieder consult is het consulttype geregistreerd (spreekuurconsult, consult aan bed, huisbezoek of telefonisch consult). Daarnaast is per consult nagegaan wat de doelstellingen van dat consult waren en is nagegaan welke onderdelen uit het behandelplan aan de orde zijn geweest.

Tot slot is nagegaan of en hoe de behandeling is afgesloten.

Procedure en steekproef

De beoogde onderzoekspopulatie voor dit onderzoek zijn patiënten van de diëtisten die in de gezondheidszorg werkzaam zijn.

Werving en deelname

Het onderzoek is uitgevoerd in de periode mei 1994 - mei 1995. De gegevensverzameling vond plaats onder diëtisten werkzaam in de gezondheidszorg. De gegevensverzameling is beperkt tot de vier grootste werkvelden voor diëtisten in de gezondheidszorg: ziekenhuizen; kruiswerk/thuiszorgorganisaties; verpleeghuizen; en praktijken van vrijgevestigde diëtisten, omdat meer dan 90% van de diëtisten in deze werkvelden werkzaam is (Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid, 1993).

Diëtisten zijn per afdeling of praktijk benaderd om medewerking te verlenen aan het registratie-onderzoek. Hiervoor is een gestratificeerde steekproef getrokken. Het steek-

proefkader dat gebruikt is bestaat uit adressenbestanden van verpleeghuizen en ziekenhuizen (1993), thuiszorg¹ en praktijken van vrijgevestigde diëtisten². Om ervoor te zorgen dat ook bij wisselingen van diëtist de gehele behandeling van de patiënt geregistreerd wordt, is medewerking van hele afdelingen diëtetiek gevraagd.

De grootte van de steekproef

Aan de steekproeftrekking lagen twee overwegingen ten grondslag: ten eerste zou van elk werkveld een minimum van 200 patiënten in het onderzoek moeten worden opgenomen om zo redelijk precieze uitspraken te kunnen doen. Om ook uitspraken te kunnen doen over subpopulaties is het aantal patiënten per werkveld vergroot. Hierbij werd als tweede overweging gehanteerd dat uit de twee grootste werkvelden de grootste bijdrage zou moeten komen.

Omdat meer diëtisten werkzaam zijn in ziekenhuizen en in de thuiszorg dan in verpleeghuizen en vrijgevestigde praktijken (Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, 1993), is ernaar gestreefd gegevens van 700 patiënten uit ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties te registreren, en van 350 patiënten uit verpleeghuizen en vrijgevestigde praktijken. Hiervoor zijn 40 ziekenhuizen, 40 thuiszorgorganisaties, 30 verpleeghuizen en 75 vrijgevestigde diëtisten aangeschreven. Uiteindelijk hebben 113 van de 185 benaderde praktijken/afdelingen (61%) medewerking aan het onderzoek verleend.

De gegevens van de diëtisten die hebben meegewerkt aan het onderzoek en de verdeling over de afdelingen en praktijken staat in tabel 2.1.

Tabel 2.1: Aantal praktijken en afdelingen die meewerkten aan het onderzoek, en de gegevens van de diëtisten

| | Totaal | ziekenhuis | thuiszorg | verpleeghuis | vrijgevestigd |
|-------------------------------------|--------|------------|-----------|--------------|---------------|
| Aantal afdelingen/praktijken | 113 | 34 | 34 | 18 | 27 |
| Aantal diëtisten | 252 | 109 | 95 | 19 | 29 |
| % vrouwen | 99 | 98 | 100 | 100 | 100 |
| Gemiddelde leeftijd | 35,3 | 35,0 | 33,7 | 37,6 | 38,2 |
| Gemiddeld aantal jaren werkervaring | 10,6 | 11,1 | 8,6 | 12,3 | 12,6 |
| Gemiddeld aantal uren werkzaam | 21,6 | 22,9 | 22,9 | 20,1 | 13,8 |

Bijna alle diëtisten zijn van het vrouwelijk geslacht. De gemiddelde leeftijd is 35 jaar. De diëtisten die aan dit onderzoek meewerken werken gemiddeld 22 uur in de praktijk waaruit ze patiëntgegevens registreren, en gemiddeld heeft men 10 jaar werkervaring. De diëtisten die meegewerkt hebben aan de patiëntenregistratie, zijn goed vergelijkbaar met de representatieve groep diëtisten uit het onderzoek naar de plaats van de diëtist (zie hoofdstuk 3), zodat geconcludeerd kan worden dat de gegevens van de patiënten ingevuld zijn door een representatieve groep diëtisten.

¹ Adressenbestand NIVEL.

² Adressenbestand NVD/VZFD.

De patiënten waarvan de gegevens geregistreerd worden, zijn aselekt verzameld onder alle nieuwe patiënten die na aanvang van het registratie-onderzoek bij de diëtist komen voor een behandeling. Nieuwe patiënten moesten voldoen aan de volgende insluitings-criteria: 1) Nog niet eerder behandeld door een diëtist voor hun ziekte, problemen of klachten en 2) In het voorgaande jaar geen diëtistische behandeling ondergaan hebben.

De steekproef is getrokken door middel van een drietal modelprocedures namelijk:

- de eerste 30 nieuwe patiënten worden geregistreerd;
- de eerste 5 nieuwe patiënten per week worden geregistreerd;
- de eerste 2 nieuwe patiënten per dag worden geregistreerd.

Afhankelijk van de voorkeur van een diëtistengroep is voor een bepaalde modelprocedure gekozen. In een aantal gevallen is deze modelprocedure aangepast aan de omstandigheden van de afdeling. Voor zover kon worden nagaan, zijn de modelprocedures gevolgd door de diëtisten.

Met de diëtisten van de afdelingen en praktijken die medewerking verlenen aan het onderzoek, zijn afspraken gemaakt over de aantallen patiënten die zij zouden registreren. In totaal is voor 1907 patiënten een registratieformulier ingevuld: 686 patiënten zijn afkomstig van ziekenhuisdiëtisten, 668 van thuiszorgdiëtisten, 335 uit vrijevestigde praktijken en 218 uit verpleeghuizen. Er zijn iets minder patiënten geregistreerd dan gepland, omdat niet alle diëtisten de afgesproken aantallen nieuwe patiënten hebben kunnen registreren.

De diëtisten die meewerkten aan het onderzoek zijn met behulp van brieven, periodieke nieuwsbrieven en telefonisch geïnstrueerd over het gebruik van het registratieformulier.

Registratieperiode

De gegevens van de behandeling van de patiënten zijn maximaal een half jaar geregistreerd. Gedurende een half jaar na aanvang van het registratie-onderzoek zijn de patiënten in het onderzoek opgenomen.

De gegevens voor het eerste en tweede deel van het formulier (patiënteninformatie, diëtistische diagnose en behandeldoelen) zijn ingevuld na afloop van het eerste consult. Het eerste consult is gedefinieerd als het moment nadat de patiënteninformatie verkregen is, het diëtistisch onderzoek is afgerond, de diëtistische diagnose gesteld is, en het doel van de behandeling en het behandelplan aan de orde zijn geweest. Dit kan, met name in verpleeghuizen en ziekenhuizen, verdeeld zijn over meer dan één bezoek aan de patiënt.

Gegevens over het beloop van de behandeling zijn na afloop van ieder consult geregistreerd. Hiertoe is op het registratieformulier per consult aangegeven welke doelen het meest belangrijk waren, en welke elementen uit het behandelplan aan de orde zijn geweest. De gegevens over de eindevaluatie van de behandeling zijn aansluitend aan het laatste consult of na afloop van de registratieperiode geregistreerd.

Analysemethode

Naast beschrijvende statistiek is gebruik gemaakt van de volgende toetsen:

- bij dichotome variabelen is met de chi-kwadraat methode getoetst of er verschil bestaat tussen de groepen. Zo ja, dan is met een t-test of een difference of proportion test nagegaan welke groepen van elkaar verschillen ($\alpha \leq 0.05$);

- bij continue variabelen en vijfpuntsschalen is met variantie analyse nagegaan welke groepen van elkaar verschillen ($\alpha \leq 0.05$).

Het doel van dit onderzoek is inzicht geven in de zorg die de diëtist biedt, zowel voor de gehele groep diëtisten als voor de verschillende werkvelden. Daartoe zullen voor de afzonderlijke werkvelden gegevens worden gepresenteerd. Maar ook voor de gehele groep diëtisten zullen gegevens worden gepresenteerd. Voordat dit mogelijk is moet de vraag beantwoord worden op welke wijze de gegevens van de verschillende werkvelden in de analyses worden betrokken, om een reëel beeld te geven van de zorg die de diëtist in het algemeen geeft. De steekproefsamenstelling staat niet in verhouding tot de relatieve patiëntenstromen voor de verschillende werkvelden. Deze liggen geheel anders, namelijk 22:4:1:7³. Voor het verkrijgen van gegevens over de totale groep diëtisten zullen de cijfers van de verschillende werkvelden gewogen gecombineerd worden naar de relatieve patiëntenstromen per werkveld. Dit betekent bijvoorbeeld dat de percentages of gemiddelden van de het ziekenhuis 22 keer zo zwaar wegen als die van de vrijgevestigde praktijk. Op deze manier geven de cijfers van de groep diëtisten als geheel inzicht in de totale stroom van nieuwe patiënten die diëtistische zorg ontvangen.

³ Zoals blijkt uit figuur 3.1 ligt de verdeling van het aantal werkzame diëtisten voor de betreffende werkvelden op 223 (ziekenhuis): 60 (thuiszorg): 73 (vrijgevestigde praktijk): 131 (verpleeghuisdiëtist). Dit is een verhouding van ongeveer 4:1:1:2. Daarnaast blijkt de het gemiddeld aantal nieuwe patiënten van een diëtist tussen de werkvelden sterk te variëren (hoofdstuk 3). De verhoudingscijfers zijn 236:145:33:123 (voor de respectievelijke werkvelden). De verhouding tussen de verschillend werkvelden in het aantal nieuwe patiënten is daarmee 11:2:0,5:3,5.

3 RESULTATEN

In dit hoofdstuk worden de resultaten van achtereenvolgens het onderzoek naar de plaats en de functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg gepresenteerd. Daarbij worden eerst de resultaten gepresenteerd voor de totale groep waarna ingegaan wordt op eventuele verschillen tussen de werkvelden. Wanneer er geen significante verschillen zijn tussen de werkvelden dan wordt dit in het algemeen niet vermeld.

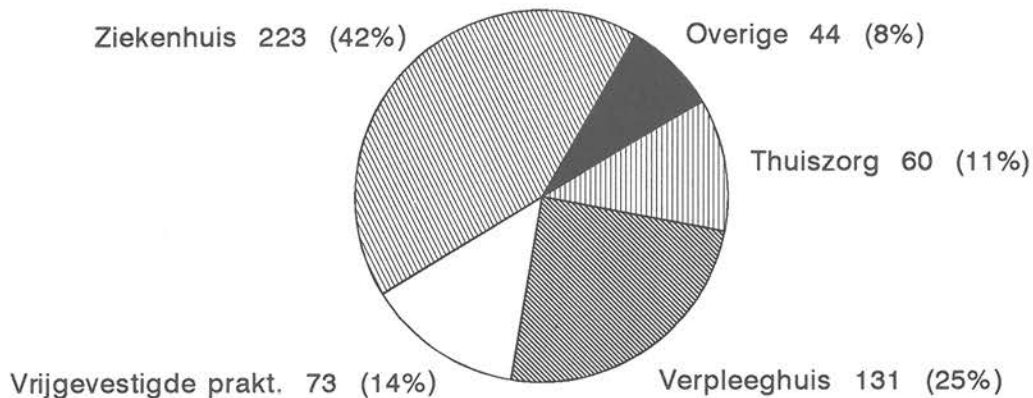
3.1 Resultaten van onderzoek naar de plaats van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg

3.1.1 Kenmerken van de diëtist en zijn werkverband

Als eerste worden de resultaten gepresenteerd die betrekking hebben op de kenmerken van de diëtisten en hun werkverband.

In figuur 3.1 is weergegeven hoe de verdeling is van het aantal diëtisten over de verschillende werkvelden.

Figuur 3.1: De verdeling van het aantal diëtisten over de verschillende werkvelden. Iedere diëtist is ingedeeld bij het werkveld waar hij de meeste uren werkzaam is.



De grootste groep diëtisten blijkt werkzaam in het ziekenhuis, dit zijn er 223 (42%) van de 531. Zij worden qua grootte gevolgd door de diëtisten die werkzaam zijn in het verpleeghuis: 131 (25%), de vrijgevestigde praktijk 73 (14%) en de thuiszorg 60 (11%).

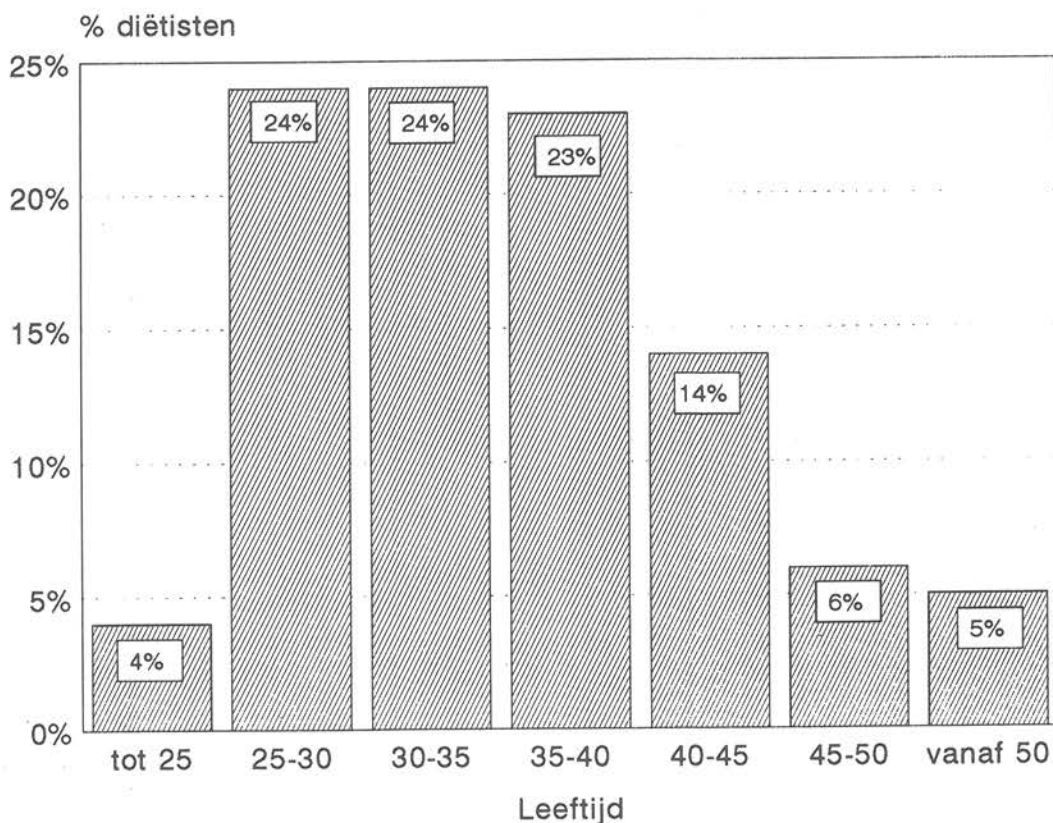
Tabel 3.1 Achtergrondkenmerken van diëtisten werkzaam in de Nederlandse gezondheidszorg (n=531)

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Achtergrondkenmerken | | | | | |
| Gemiddelde leeftijd | 35,4 | 35,3 | 34,3 | 35,3 | 36,9 |
| % vrouw | 99 | 98 | 97 | 99 | 100 |
| Gemiddeld aantal jaren werkervaring | 11,2 | 11,4 | 9,3 | 11,3 | 11,8 |
| Gemiddeld aantal uren werkzaam per week | 23,9 | 28,9 | 26,8 | 21,5 | 14,9 |
| Gemiddeld aantal nieuwe patiënten per half jaar | 156 | 236 | 146 | 123 | 33 |

De diëtist is gemiddeld 35 jaar oud, vrijwel altijd vrouw, heeft gemiddeld 11 jaar ervaring als diëtist en is gemiddeld 24 uur per week werkzaam in de grootste praktijk. Diëtisten in een vrijgevestigde praktijk werken gemiddeld minder uren in hun praktijk vergeleken met de anderen. Diëtisten die werkzaam zijn in het verpleeghuis werken minder uren vergeleken met diëtisten in ziekenhuizen en de thuiszorg (Tabel 3.1).

In figuur 3.2 is de leeftijdsverdeling van de diëtisten weergegeven.

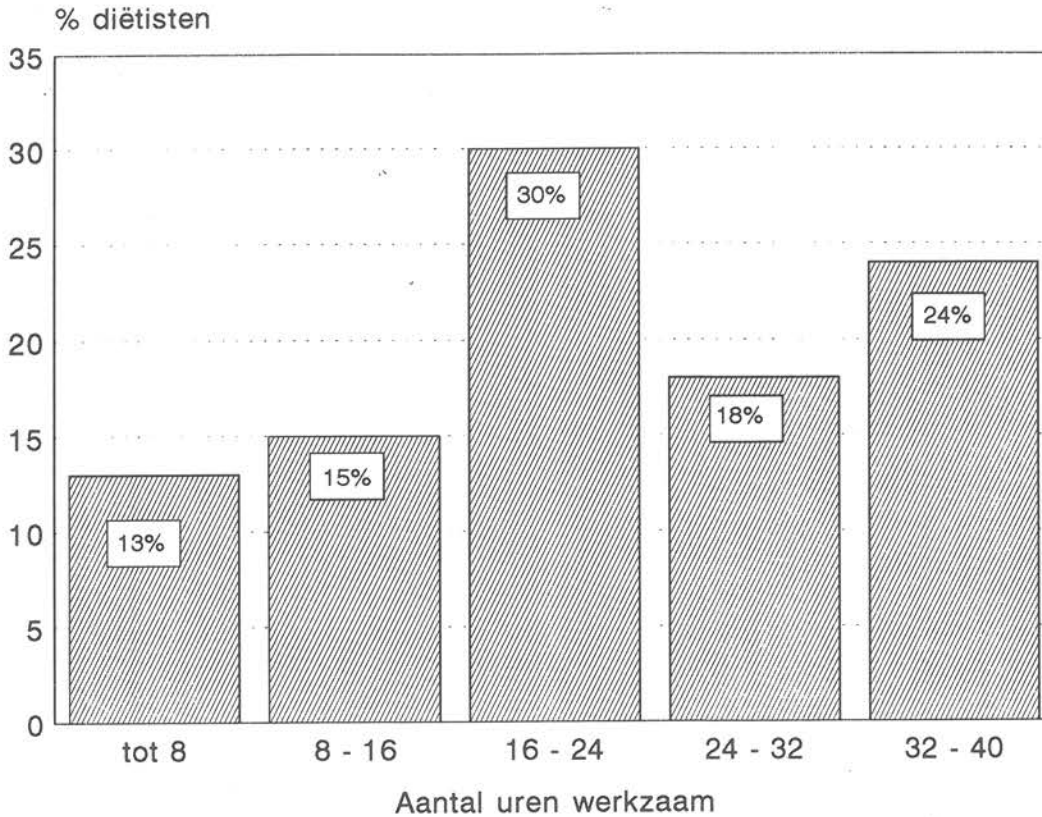
Figuur 3.2: De leeftijdsverdeling van de diëtisten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg (n=531)



Verreweg de grootste groep diëtisten is tussen de 25 en 40 jaar.

In figuur 3.3 is de verdeling weergegeven van het aantal uren per week dat diëtisten werkzaam zijn in hun grootste praktijk.

Figuur 3.3: De verdeling van het aantal uren per week dat men werkzaam is (n=531)

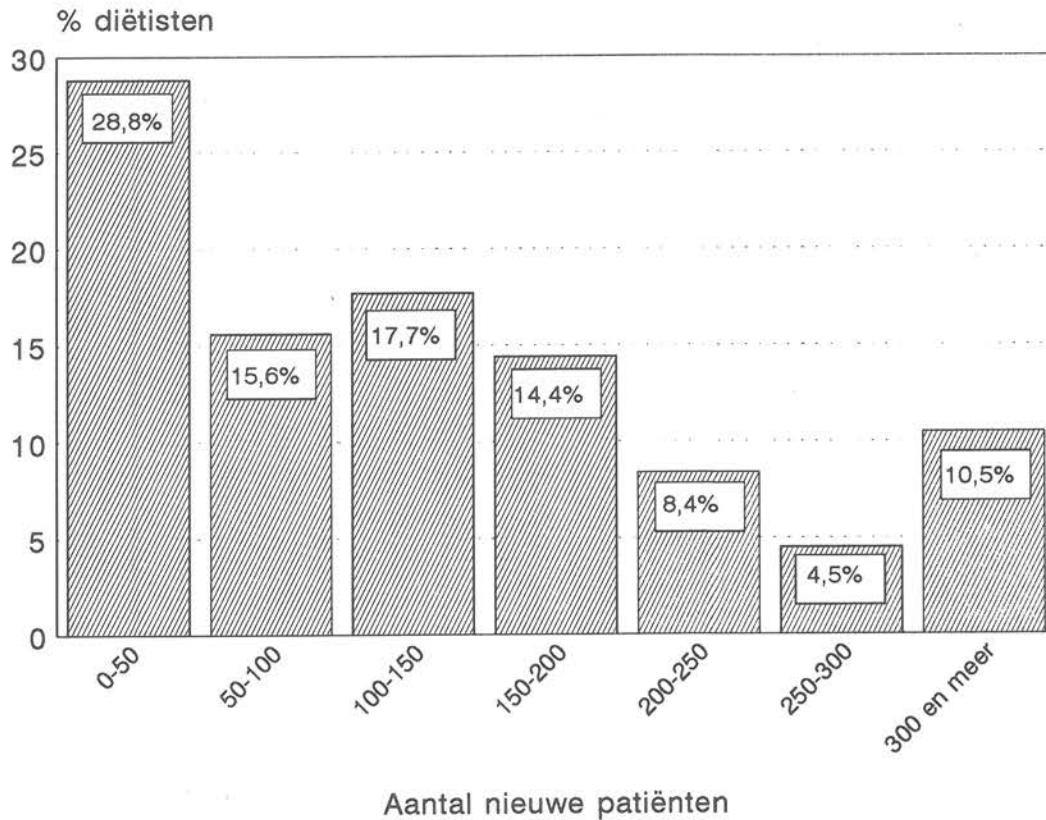


Figuur 3.3 laat zien dat een groot deel van de diëtisten een part-time aanstelling heeft. Ongeveer een kwart werkt 32 uur of meer per week, terwijl een zesde niet meer dan 8 uur per week werkzaam is als diëtist.

3.1.2 De diëtist en zijn verwijzers

Als tweede wordt ingegaan op de nieuwe patiënten van de diëtist en de verwijzers.

Figuur 3.4: De verdeling van het aantal nieuwe patiënten per half jaar per diëtist (n=531)



Het grootste aantal diëtisten ziet tussen de 0 en 50 nieuwe patiënten per half jaar. Ongeveer 10% zien er meer dan 300 per half jaar (figuur 3.4). Gemiddeld ziet de diëtist 156 nieuwe patiënten per half jaar. De diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis zien gemiddeld het grootste aantal nieuwe patiënten per half jaar (236), gevolgd door de diëtisten die in de thuiszorg werkzaam zijn (146) en diëtisten in het verpleeghuis (123). De vrijgevestigde diëtist ziet het kleinste aantal nieuwe patiënten per half jaar (33) (Tabel 3.1).

Over de verwijzers naar de diëtist zijn verschillende vragen gesteld. Als eerste wordt ingegaan op de verschillende verwijzers en aanmelders (mensen die de patiënt wijzen op de diëtist, maar zelf geen verwijzende bevoegdheid hebben) (Tabel 3.2.). Daarna wordt ingegaan op het aantal patiënten van de belangrijkste verwijzers en aanmelders. Tot slot wordt ingegaan op het aantal verschillende verwijzers en aanmelders waar een diëtist mee te maken heeft.

In tabel 3.2 is weergegeven door welke verwijzers diëtisten hun patiënten verwezen krijgen.

Tabel 3.2: Het percentage diëtisten met verwijzingen van drie soorten verwijzers in de eerste helft van 1994 (n=531)

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|--------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Verwijzer | | | | | |
| Medisch specialist | 78,5 | 97,8 | 91,7 | 64,9 | 53,4 |
| Huisarts | 53,5 | 11,2 | 95,0 | 76,3 | 94,5 |
| Verpleeghuisarts | 12,8 | 4,0 | 1,7 | 38,9 | 0 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord

Driekwart van de diëtisten heeft, in een periode van een half jaar, patiënten met een verwijzing van een medisch specialist gekregen. Ruim de helft kreeg een verwijzing van een huisarts, terwijl 13% een verwijzing kreeg van een verpleeghuisarts. In Bijlage 3 (Tabel 3.2a) zijn meer gedetailleerde gegevens over het type verwijzer opgenomen. Meer dan eenderde van de diëtisten heeft een verwijzing ontvangen van een internist, een cardioloog, een kinderarts, een algemeen chirurg, een gyneacoloog en een neuroloog.

Meer dan 90% van de diëtisten die werkzaam zijn in een ziekenhuis of in de thuiszorg heeft een verwijzing gekregen van een medisch specialist. Veel minder diëtisten die werkzaam zijn in een verpleeghuis en vrijgevestigde diëtisten ontvangen een verwijzing van een medisch specialist. Daarentegen ontving meer dan 90% van de diëtisten die in de thuiszorg werkzaam zijn en van de vrijgevestigde diëtisten een verwijzing van een huisarts. Driekwart van de diëtisten in een verpleeghuis ontving een verwijzing van een huisarts. Slechts 11% van de diëtisten die werkzaam zijn in een ziekenhuis ontving van een huisarts een verwijzing.

Verpleeghuisartsen zorgden voor een verwijzing voor ruim eenderde van de diëtisten die werkzaam zijn in een verpleeghuis.

Diëtisten krijgen ook van niet formele verwijzers patiënten aangemeld (Tabel 3.3).

Tabel 3.3: Het percentage diëtisten dat aanmeldingen kreeg van verschillende zorgverleners in de eerste helft van 1994 (n=531)

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Aanmelder | | | | | |
| Sociaal geneeskundige (consult. bureau, schoolarts, bedrijfsarts) | 29,2 | 4,0 | 83,3 | 56,5 | 38,4 |
| Paramedicus | 14,3 | 6,7 | 8,3 | 21,4 | 28,8 |
| Andere hulpverlener (verpleging/psycholoog) | 48,4 | 50,7 | 45,0 | 54,2 | 20,5 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord.

Sociaal geneeskundigen melden bij 29% van de diëtisten nieuwe patiënten aan. Het blijkt hierbij vooral te gaan om de consultatiebureau-arts die nieuwe patiënten aanmeldt bij de diëtisten in de thuiszorg en het verpleeghuis (Tabel 3.2a, Bijlage 3). Daarnaast ontvangt bijna de helft van de diëtisten ook verwijzingen van andere hulpverleners, met

name van verplegenden en verzorgenden (40%) en de psycholoog (12%) (Tabel 3.2a, Bijlage 3).

In tabel 3.4 is het aantal patiënten weergegeven die de diëtisten van de verschillende verwijzers of aanmelders verwezen kregen.

Tabel 3.4: Het gemiddeld aantal nieuwe patiënten van verwijzers en andere hulpverleners naar diëtisten (n=531)

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Verwijzer of aanmelder | | | | | |
| Medisch specialist | 87,9 | 190,0 | 20,3 | 16,1 | 5,1 |
| Huisarts | 34,0 | 1,7 | 97,6 | 73,6 | 16,9 |
| Verpleeghuisarts | 3,9 | 0,5 | 0,3 | 12,4 | - |
| Tandarts | 0,1 | 0,1 | - | 0,0 | - |
| Anders | 29,9 | 44,1 | 27,7 | 20,9 | 11,1 |

Medisch specialisten verwijzen de meeste patiënten naar diëtisten (gemiddeld 88 per diëtist per half jaar), gevolgd door de huisarts met gemiddeld 34 patiënten per diëtist per half jaar. Diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis krijgen veel patiënten (gemiddeld 190 per half jaar) verwezen van de medisch specialist. De huisarts is de belangrijkste verwijzer voor diëtisten die werkzaam zijn in de thuiszorg en het verpleeghuis met gemiddeld 98 respectievelijk 74 verwezen patiënten in een half jaar.

Diëtisten krijgen in een periode van een half jaar van gemiddeld 9 verschillende medisch specialisten en 7 huisartsen patiënten verwezen. Diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis krijgen verwijzingen van gemiddeld 16 medisch specialisten. Diëtisten in de thuiszorg krijgen van gemiddeld 19 verschillende huisartsen een verwijzing. Voor diëtisten werkzaam in het verpleeghuis ligt dit cijfer op 14 (Tabel 3.5).

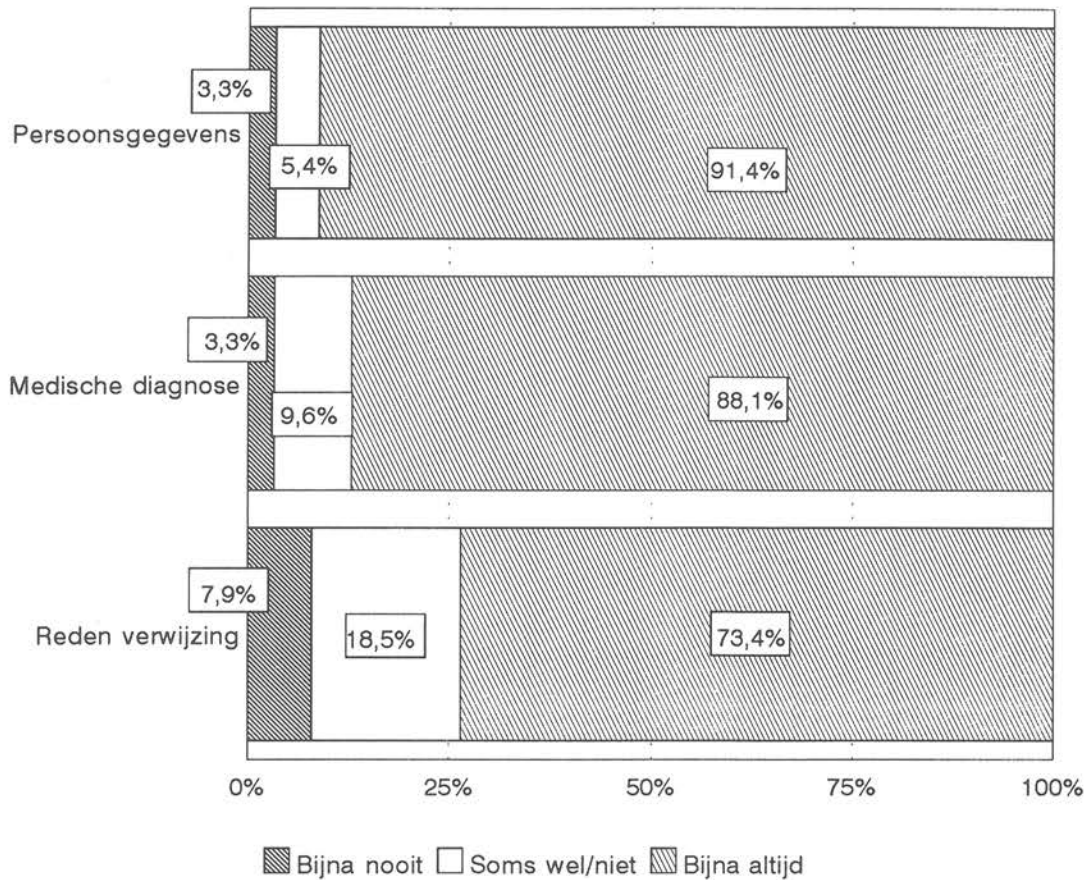
Tabel 3.5: Het gemiddeld aantal verschillende verwijzers naar diëtisten (n=531) in de eerste helft van 1994

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|---------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Verwijzers en aanmelders | | | | | |
| Medisch specialist | 9,1 | 15,6 | 8,6 | 5,1 | 1,4 |
| Huisarts | 7,0 | 0,4 | 19,1 | 13,5 | 7,6 |
| Verpleeghuisarts | 0,4 | 0,1 | 0,1 | 1,5 | - |
| Tandarts | 0,0 | 0,0 | - | 0,0 | - |
| Andere hulpverlener | 4,9 | 3,7 | 5,2 | 6,7 | 3,5 |
| Totaal | 21,4 | 19,8 | 22,0 | 26,8 | 12,5 |

Ongeveer één op de vijf diëtisten (18,5%) zegt niet uitsluitend te werken op verwijzing en bij de meerderheid van de patiënten ook niet achteraf een verwijzing te vragen (Tabel 3.6). Dit laatste percentage is het hoogst voor de vrijgevestigde diëtisten (38%) en het laagst voor de diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis. Vrijwel alle diëtisten geven aan dat persoonsgegevens en de medische diagnose bijna altijd beschikbaar zijn uit de verwijzing. Iets minder diëtisten geven aan dat in de verwijzing bijna altijd de reden van verwijzing beschikbaar is (figuur 3.5). De vrijgevestigde diëtisten geven het

minst vaak aan dat zij altijd alle informatie in de verwijzing aantreffen, terwijl vrijwel alle diëtisten die in ziekenhuizen werken alle informatie aantreffen in hun verwijzing. De overgrote meerderheid (meer dan 90%; niet in tabel) van de diëtisten vindt het erg belangrijk om met de verwijzing volledig geïnformeerd te worden.

Figuur 3.5: De mate waarin informatie beschikbaar uit een verwijzing (n=531)



Tabel 3.6: Het percentage diëtisten dat uitsluitend werkt op verwijzing (n=531)

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Werken op verwijzing | | | | | |
| Werkt uitsluitend op verwijzing | 44,4 | 60,1 | 45,0 | 38,2 | 23,3 |
| Werkt niet uitsluitend op verwijzing, achterhaalt achteraf meestal wel een verwijzing | 37,5 | 28,7 | 38,3 | 43,5 | 38,4 |
| Werkt niet uitsluitend op verwijzing, achterhaalt meestal geen verwijzing | 18,5 | 11,2 | 16,7 | 18,3 | 38,4 |

Terugrapportage na de behandeling naar de verwijzer wordt door 60% van de diëtisten vrijwel altijd gedaan (niet in tabel). Diëtisten in de thuiszorg doen dit het meest (93%),

gevolgd door diëtisten in het verpleeghuis (70%), de vrijgevestigde diëtist (66%) en de diëtist in het ziekenhuis (42%). Gedurende de behandeling wordt door meer diëtisten (73%) over vrijwel alle patiënten aan de verwijzer gerapporteerd. Tussen de werkvelden bestaan wat dit betreft nauwelijks verschillen.

3.1.3 Taakopvatting en aspecten van kwaliteit

Uit de verschillende taken uit het beroepsprofiel zijn voor dit onderzoek concrete werkzaamheden afgeleid (zie Bijlage 1). Aan de diëtisten is gevraagd voor elk van deze werkzaamheden aan te geven hoe belangrijk ze voor hen zijn in hun werk.

Tabel 3.7: Het belang dat diëtisten (n=531) hechten aan de verschillende taakgebieden

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|---|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Taakgebieden: | | | | | |
| Verlenen van zorg | 7,0 | 7,0 | 7,6 | 7,0 | 6,7 |
| Ontwikkelen individuele kennis en kunde | 6,8 | 7,1 | 7,2 | 6,7 | 6,4 |
| Beheerstaken | 6,7 | 7,0 | 6,6 | 6,4 | 6,5 |
| Evalueren van beroepsmatig handelen | 5,2 | 5,6 | 6,2 | 5,1 | 4,0 |
| Samenwerken met andere hulpverleners | 4,5 | 5,2 | 4,4 | 4,4 | 2,8 |

De cijfers kunnen variëren van 0 (voor mij in mijn werksituatie totaal onbelangrijk) tot 10 (voor mij in mijn werksituatie uiterst belangrijk).

In tabel 3.7 zijn de werkzaamheden gegroepeerd in vijf taakgebieden. De interne consistentie (uitgedrukt in cronbach's alpha) was goed tot zeer goed (variërend van 0,78 tot 0,95).

Uit deze tabel blijkt dat diëtisten het verlenen van zorg als hun belangrijkste taak zien, gevolgd door het ontwikkelen van de eigen kennis en kunde en de beheerstaken. Minder belang wordt gehecht aan het evalueren van het beroepsmatig handelen en het samenwerken met andere hulpverleners. Vrijgevestigde diëtisten hechten relatief weinig belang aan het samenwerken met andere hulpverleners en het evalueren van hun beroepsmatig handelen. Diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis hechten het meeste belang aan het samenwerken met andere hulpverleners.

In het onderzoek is ook het gebruik van protocollen nagevraagd. Het gebruik van protocollen kan bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit van de zorg die diëtisten leveren. Het blijkt dat 85% van de diëtisten met protocollen werkt. Het gaat daarbij zowel om zelfgemaakte protocollen (51%) als om landelijke protocollen (52%) (Tabel 3.8). Daarnaast is ingegaan op de manier waarop deze protocollen gebruikt worden. Van de gebruikers van protocollen houdt driekwart deze 'in het achterhoofd', 9% hanteert ze strikt, en 18% hanteert ze strikt en evalueert ze ook. De diëtisten in de thuiszorg geven het vaakst (31%) aan dat zij de protocollen strikt hanteren en evalueren.

Tabel 3.8: Het percentage diëtisten (n=351) dat gebruik maakt van protocollen

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Werken met protocollen? | | | | | |
| Niet | 15,4 | 12,1 | 10,0 | 13,7 | 19,2 |
| Met landelijke prot. | 51,8 | 40,8 | 78,3 | 62,6 | 60,3 |
| Met zelfgemaakte prot. | 50,5 | 70,9 | 28,3 | 41,2 | 34,2 |
| Met prot. van collega's | 21,3 | 28,7 | 10,0 | 13,0 | 23,3 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord.

Tot slot wordt ingegaan op de bij- en nascholing die diëtisten volgen en de mate waarin zij vakliteratuur lezen.

Over een periode van 3 jaar (van 1992 tot en met 1994) volgde driekwart van de diëtisten tenminste één cursus op het vakgebied (Tabel 3.9).

Tabel 3.9: Het percentage diëtisten dat na- en bijscholing volgt (n=351)

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|--|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| % diëtisten dat in 1992-1994 een cursus volgde | 76,5 | 75,3 | 80,0 | 80,2 | 78,1 |

De meest gevolgde cursussen hebben betrekking op een specifiek ziektebeeld, bijvoorbeeld diabetes mellitus. Meer dan de helft van de diëtisten volgde minstens één maal een dergelijke cursus. Eén op de vijf diëtisten volgde een cursus op het gebied van de bedrijfsvoering en de instelling (Tabel 3.10). Diëtisten die werkzaam zijn in de thuiszorg volgden wat vaker een cursus op het gebied van GVO, communicatie en psychologie. Cursussen voedingsleer werden wat vaker gevolgd door diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis. Cursussen over bijzondere toepassingen worden relatief vaak gevolgd door diëtisten met een vrije vestiging.

Tabel 3.10: Het percentage diëtisten dat verschillende typen cursussen volgde in de periode 1992-1994

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Onderwerp cursus(sen) | | | | | |
| ziektebeeld gerelateerd | 56,5 | 52,0 | 51,7 | 53,4 | 68,6 |
| bedrijfsvoering/instelling | 20,3 | 22,4 | 25,0 | 19,8 | 19,2 |
| gvo, communicat, psychol | 17,9 | 13,5 | 33,3 | 19,8 | 21,4 |
| bijzondere toepassingen** | 12,1 | 8,5 | 5,0 | 9,9 | 30,0 |
| voedingsleer | 6,2 | 13,5 | 0 | 1,5 | 1,4 |
| kwalietsbeleid | 3,0 | 4,0 | 0 | 3,1 | 1,4 |
| gzhds wetenschap, onderzoek | 2,1 | 2,2 | 1,7 | 0,8 | 1,4 |
| alternatieve geneeswijzen | 0,4 | 0 | 1,7 | 0 | 1,4 |
| overig | 2,6 | 3,1 | 1,7 | 3,1 | 2,7 |

* Bijvoorbeeld op het gebied van management, marketing of automatisering.

** Bijvoorbeeld over parenterale voeding, voeding voor ouderen, voorbereiding röntgenopnames.
De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord.

Vrijwel alle diëtisten lezen vakliteratuur (Tabel 3.11). Tot de meeste gelezen bladen behoren het Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten, Voeding en Voorlichting en twee tijdschriften die verbonden zijn aan een produktschap: Voedingsmagazine en Vlees in Voeding.

Tabel 3.11: De mate (%) waarin diëtisten (n=351) vakliteratuur lezen

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|------------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Nederlandse tijdschriften | | | | | |
| NTV Diëtisten | 98,9 | 100 | 96,7 | 100 | 97,3 |
| Voeding en voorlichting | 88,5 | 87,0 | 90,0 | 93,1 | 83,6 |
| Voedingsmagazine | 78,5 | 79,8 | 75,0 | 80,9 | 72,6 |
| Vlees in Voeding | 76,5 | 73,5 | 70,0 | 75,6 | 89,0 |
| Voeding | 61,6 | 67,7 | 71,7 | 58,0 | 46,6 |
| NTVGeneeskunde | 29,8 | 41,3 | 26,7 | 26,0 | 11,0 |
| Anders, namelijk: | | | | | |
| ziektebeeld gerelateerd | 30,7 | 35,0 | 25,0 | 29,8 | 27,4 |
| bijzondere toepassingen | 27,7 | 35,9 | 23,3 | 24,4 | 17,8 |
| kwaliteitsbeleid | 10,9 | 5,8 | 21,7 | 19,8 | 2,7 |
| alternatieve geneeswijzen | 6,4 | 6,3 | 0 | 7,6 | 6,8 |
| gzhswetenschap, onderz | 2,1 | 0 | 1,7 | 4,6 | 4,1 |
| voedingsleer | 0,4 | 0 | 3,3 | 0 | 0 |
| bedrijfsvoering/instelling | 0,4 | 0,9 | 0 | 0 | 0 |
| overige binnen literatuur | 10,9 | 13,0 | 6,7 | 9,9 | 12,3 |
| Buitenlandse vakliteratuur: | | | | | |
| bijzondere toepassingen | 6,2 | 9,0 | 0 | 3,8 | 5,5 |
| ziektebeeld gerelateerd | 4,9 | 9,9 | 3,3 | 0,8 | 0 |
| voedingsleer | 1,7 | 2,2 | 0 | 2,3 | 1,4 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord.

3.2 Resultaten van onderzoek naar de functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg

3.2.1 Kenmerken van de patiënten

Bij het beoordelen van de resultaten van het onderzoek naar de functie van de diëtist is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat de gegevens over de totale groep patiënten het resultaat zijn van een gewogen combinatie van de gegevens uit de diverse werkvelden (zie ook pagina 19). Daarmee zijn deze cijfers een zo getrouw mogelijke weergave van de patiënteninstroom van de diëtist in Nederland.

Uit tabel 3.12 blijkt dat bijna 80% van de patiënten de diëtist bezoekt met een formele verwijzing. Voor 5% van de patiënten wordt door de diëtist achteraf alsnog een verwijzing verkregen, zodat voor 15% van de patiënten sprake is van een behandeling zonder verwijzing. Behandelen zonder verwijzing komt vooral voor in het verpleeghuis (33%) en bij de vrijgevestigde diëtist (30%). Deze cijfers zijn in hoge mate consistent met de cijfers uit het onderzoek naar de plaats van de diëtist (Tabel 3.6). Ook hier rapporteerden de diëtisten uit het verpleeghuis en met een vrije vestiging relatief vaak zonder verwijzing te werken.

Tabel 3.12: Het percentage patiënten met en zonder formele verwijzing naar de diëtist

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Wel of geen verwijzing | | | | | |
| Patiënten met verwijzing | 79,8 | 85,4 | 93,1 | 56,0 | 65,1 |
| Patiënten met verwijzing achteraf | 5,5 | 4,4 | 2,2 | 11,0 | 5,4 |
| Patiënten zonder verwijzing | 14,7 | 10,2 | 4,7 | 33,0 | 29,5 |

De medisch specialist zorgt voor meer dan de helft (60%) van de verwijzingen naar de diëtist, op afstand gevolgd door de huisarts en de verpleeghuisarts (beiden 12%). Dat de medisch specialist deze belangrijke rol speelt wordt vooral veroorzaakt doordat diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis veel (88%) verwijzingen van de medisch specialist ontvangen. Voor de thuiszorg is de huisarts de belangrijkste verwijzer (88% van de patiënten). Dit geldt ook voor de vrijgevestigde diëtist (63% van de patiënten). De verpleeghuisarts is, zoals kon worden verwacht, de belangrijkste verwijzer voor de diëtist die werkzaam is in het verpleeghuis (58% van de patiënten, overigens niet consistent met de gegevens uit het enquête-onderzoek). De diëtist die werkzaam is in het verpleeghuis ontvangt daarnaast relatief veel patiënten van 'andere zorgverleners', zoals het verplegend en verzorgend personeel. Ook deze cijfers zijn in hoge mate consistent met de cijfers uit het onderzoek naar de plaats van de diëtist (Tabel 3.4).

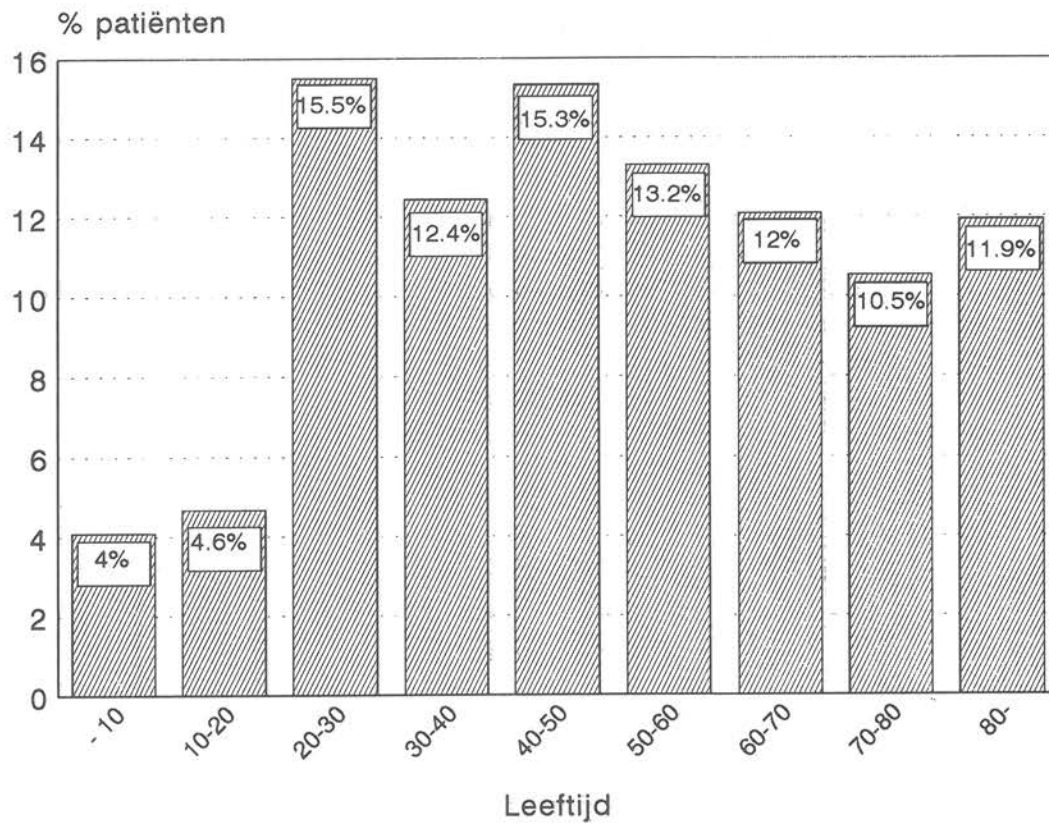
Tabel 3.13: De verwijzers en aanmelders van patiënten van diëtisten

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Verwijzers en aanmelders | | | | | |
| Medisch specialist | 59,8 | 87,6 | 14,2 | 0,9 | 6,6 |
| Huisarts | 11,6 | 1,0 | 77,8 | 2,3 | 63,3 |
| Verpleeghuisarts | 11,6 | 0,1 | 0,1 | 57,8 | 0 |
| Tandarts | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Overige zorgverleners | 13,3 | 8,9 | 5,2 | 33,9 | 2,7 |
| Geen | 3,6 | 2,3 | 2,5 | 5,0 | 27,5 |

Ruim de helft (62%) van de patiënten van diëtisten is vrouw (Tabel 3.14). Driekwart van de patiënten van de diëtist in het verpleeghuis (74%) en van de vrijgevestigde diëtist (76%) is vrouw. De gemiddelde leeftijd is 59 jaar.

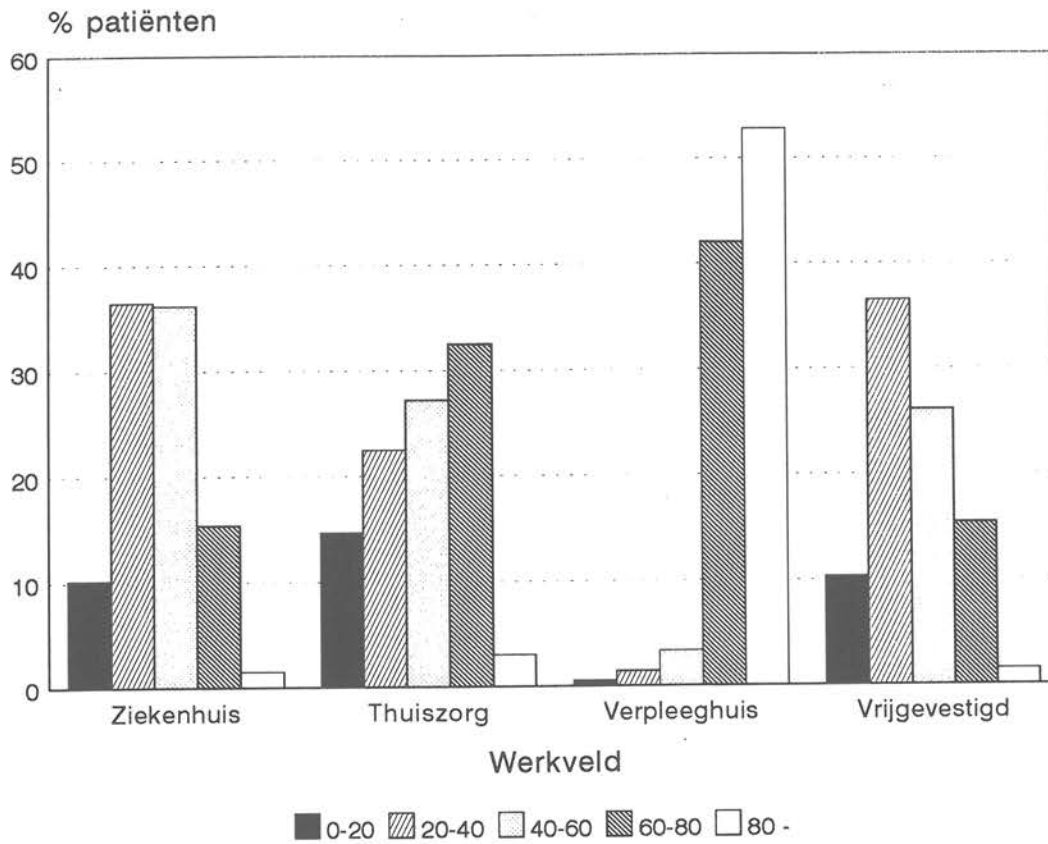
In figuur 3.6 is de leeftijdsverdeling van de patiënten van de diëtist weergegeven.

Figuur 3.6: De leeftijdsverdeling van de patiënten van de Nederlandse diëtist (n=1907)



Relatief weinig patiënten in de leeftijdscategorie tot 20 jaar bezoeken de diëtist. De categorieën van 20 jaar tot boven de 80 jaar zijn ongeveer even groot. Tussen de verschillende werkvelden bestaan, wat betreft de leeftijdsopbouw van de cliënten, grote verschillen. In het ziekenhuis zijn de patiënten vooral tussen de 20 en de 60 jaar. Bij de diëtist in de thuiszorg komen relatief veel patiënten jonger dan 20 jaar. In het verpleeghuis zijn de patiënten doorgaans ouder dan 60 jaar, met de grootste groep ouder dan 80 jaar. De vrijgevestigde diëtist behandelt als grootste groep patiënten tussen de 20 en 40 jaar.

Figuur 3.7 De leeftijdsverdeling van de patiënten naar werkveld van de diëtist (n=1907)



Bijna driekwart (70%) van de patiënten van de nederlandse diëtist is ziekenfonds verzekerd. Het aantal ziekenfondsverzekerden van de vrijgevestigde diëtist ligt relatief laag, op 47%.

Tabel 3.14: Achtergrondkenmerken van de patiënten van diëtisten

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Achtergrondkenmerken | | | | | |
| geslacht | | | | | |
| vrouw(%) | 62,3 | 57,3 | 66,9 | 74,3 | 75,8 |
| Gemiddelde leeftijd | 58,6 | 55,5 | 46,3 | 78,3 | 41,6 |
| verzekering(%) | | | | | |
| ziekenfonds | 70,2 | 70,1 | 72,8 | 72,5 | 46,9 |
| particulier | 24,4 | 26,7 | 24,8 | 12,8 | 48,1 |
| opleiding(%) | | | | | |
| geen | 9,8 | 8,0 | 13,6 | 13,8 | 9,0 |
| lager/lbo | 41,9 | 38,8 | 39,7 | 56,0 | 25,1 |
| middelbaar/mbo | 27,3 | 27,3 | 26,5 | 25,2 | 44,2 |
| hbo/wo | 8,1 | 8,7 | 6,3 | 5,5 | 18,8 |
| beroep(%) | | | | | |
| ja | 18,6 | 21,4 | 26,8 | 0 | 52,2 |
| nee | 73,8 | 70,1 | 59,4 | 99,5 | 37,9 |
| n.v.t. | 6,3 | 6,9 | 13,2 | 0 | 9,6 |

Het opleidingsniveau van de patiënten van de diëtist is weergegeven in tabel 3.14. Van hen heeft 10% geen voltooide opleiding en 42% heeft het lagere onderwijs of het lager/voorbereidend beroepsonderwijs afgesloten. Ruim een kwart (27%) van hen heeft een middelbare beroepsopleiding of heeft de MAVO, de HAVO of VWO/HBS/MULO/MMS/etc. afgesloten. Een vergelijking met het opleidingsniveau van de Nederlandse bevolking (Centraal bureau voor de statistiek, 1995) laat zien dat het opleidingsniveau van de patiënten van de Nederlandse diëtist aanzienlijk lager ligt.

Het opleidingsniveau van de patiënten van de vrijgevestigde diëtist ligt het hoogst (Tabel 3.14). Zij komen wat opleidingsniveau betreft sterk overeen met de Nederlandse bevolking.

Driekwart van de patiënten van de diëtist heeft geen betaalde baan. Dit geldt voor vrijwel alle patiënten van de diëtist die werkt in het verpleeghuis en het minst voor de patiënten van de vrijgevestigde diëtist, waar het aantal mensen zonder baan ruim één-derde (38%) is (Tabel 3.14).

Tot zover de algemene achtergrondkenmerken van de patiënten van de diëtist. In de volgende alinea's wordt ingegaan op de morbiditeit, de quetelet-index en de aanvullende hulpvragen van de patiënten van de diëtist.

3.2.2 Morbiditeit en hulpvragen

De meest voorkomende ziekte van de patiënten van de nederlandse diëtist is diabetes mellitus (28%) (Tabel 3.15), met name Type II (17%; Tabel 3.15b, Bijlage 3). Overgewicht, ziekten van het hart- en vaatstelsel en het spijsverteringsstelsel zijn daarna de grootste categorieën met een prevalentie van net onder de 20%. Ondergewicht komt bij 12% van de patiënten voor, en stoornissen van de lipidenstofwisseling (vooral een te hoog cholesterolgehalte) bij 6%. Van 7% van de patiënten is geen ziektebeeld bekend, omdat dit niet op de verwijzing was aangegeven of omdat een verwijzing ontbrak (Tabel 3.15; Tabel 3.15b in bijlage 3). Andere aandoeningen, die bij meer dan 5% van de

patiënten van diëtisten voorkomen, zijn nieuwvormingen, ziekten van het ademhalingsstelsel en ziekten van het urogenitaalstelsel. Voor de minder vaak voorkomende ziektebeelden wordt verwezen naar tabel 3.15b in bijlage 3. De zes meest voorkomende ziektebeelden vertegenwoordigen tezamen 78% van het totale aantal geregistreerde ziektebeelden.

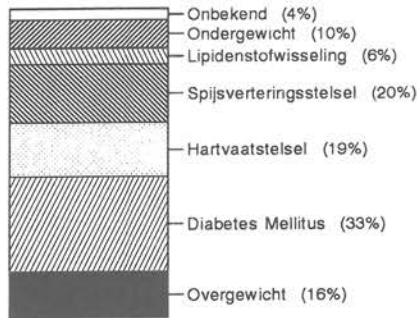
Tabel 3.15: Meest voorkomende ziektebeelden in de verschillende werkvelden (%)

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Ziektebeelden | | | | | |
| Diabetes Mellitus | 28,3 | 32,7 | 22,8 | 19,3 | 12,5 |
| Overgewicht | 19,1 | 16,0 | 49,4 | 9,6 | 39,1 |
| Spijsverteringsstelsel | 18,0 | 20,4 | 7,8 | 17,0 | 7,8 |
| Hart vaatstelsel | 17,4 | 18,8 | 14,5 | 15,6 | 7,8 |
| Ondergewicht | 11,7 | 9,9 | 2,5 | 24,3 | 1,5 |
| Lipidenstofwisseling | 6,0 | 5,7 | 15,9 | 0,9 | 8,7 |
| Ziektebeeld niet bekend ¹ | 7,0 | 3,8 | 8,5 | 12,8 | 31,9 |

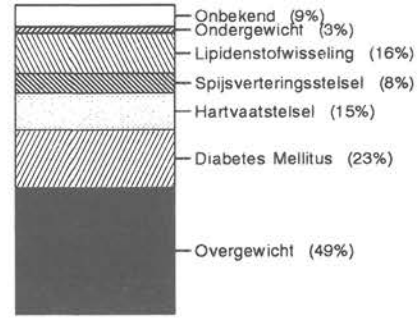
¹ Het ziektebeeld is bij aanvang van de behandeling niet bekend: er is geen verwijzing of op de verwijzing ontbreekt het ziektebeeld.

In figuur 3.8 is voor de verschillende werkvelden de verdeling van de belangrijkste ziektecategorieën weergegeven. Voor de diëtist die werkzaam is in het ziekenhuis is diabetes mellitus de meest voorkomende diagnose (33%), gevolgd door ziekten van het spijsverteringsstelsel (20%), het hart- en vaatstelsel (19%), overgewicht (16%) en ondergewicht (10%). Voor de diëtist in de thuiszorg vormen patiënten met overgewicht de grootste groep (49%), gevolgd door diabetes mellitus (23%), ziekten aan het hart-en vaatstelsel (15%) en stoornissen in de lipidenstofwisseling (16%). De patiënten van de diëtist in het verpleeghuis zijn sterk gespreid over de verschillende ziektecategorieën, met als belangrijkste categorie het ondergewicht (24%). De diëtist in een vrije vestiging kent als grootste categorie patiënten met overgewicht (39%). Daarnaast is voor veel patiënten het ziektebeeld niet bekend uit de verwijzing (32%).

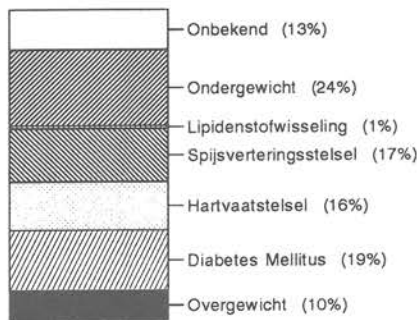
Figuur 3.8: De verdeling van de belangrijkste ziektecategorieën over de vier belangrijkste velden waar diëtisten werkzaam zijn



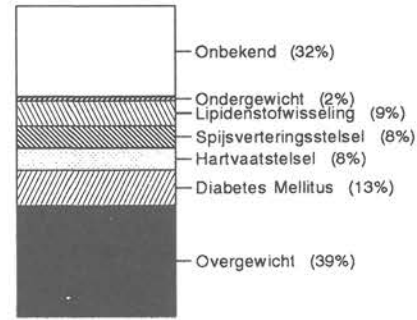
Ziekenhuis



Thuiszorg



Verpleeghuis



Vrijgevestigd

In het ziekenhuis wordt het grootste aantal patiënten behandeld. Diëtetiek in het ziekenhuis vindt zowel in de kliniek als in de polikliniek plaats. Om enig inzicht te krijgen in de overeenkomsten en mogelijke verschillen in het werk van de diëtist op deze twee lokaties is in tabel 3.15a is een vergelijking gemaakt van de ziektebeelden van patiënten die behandeld worden door de poliklinisch werkzame diëtist en de klinisch werkzame diëtist. Als eerste valt op dat het patiëntenvolume van de poliklinische werkzame diëtist zich verhoudt als 1 staat tot 2¼ tot het volume in de kliniek. Daarmee is het volume in de polikliniek vergelijkbaar of zelfs iets groter dan dat van de diëtist in de thuiszorg. De poliklinisch werkzame diëtist kent de grootste groep patiënten met diabetes mellitus (39%), vergeleken met de klinisch werkzame diëtist en alle andere diëtisten. Daarnaast heeft de poliklinisch werkzame diëtist relatief veel patiënten met overgewicht (36%, tegen 8% voor de klinisch werkzame diëtist) en patiënten met een stoornis in de lipidenstofwisseling (14% tegen 2% voor de klinisch werkzame diëtist).

Tabel 3.15a: Meest voorkomende ziektebeelden bij poliklinisch en klinisch werkzame diëtisten (%)

| | Poliklinisch (n=191) | Klinisch (n=463) |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Ziektebeelden | | |
| Diabetes Mellitus | 38,7 | 29,6 |
| Overgewicht | 35,6 | 8,2 |
| Spijsverteringsstelsel | 15,2 | 22,5 |
| Hart vaatstelsel | 13,6 | 21,4 |
| Ondergewicht | 1,6 | 13,8 |
| Lipidenstofwisseling | 13,6 | 2,4 |
| Ziektebeeld niet bekend ¹ | 4,7 | 3,5 |

¹ Het ziektebeeld is bij aanvang van de behandeling niet bekend: er is geen verwijzing of op de verwijzing ontbreekt het ziektebeeld.

In tabel 3.16 is voor de 6 meest voorkomende ziektebeelden aangegeven in hoeverre sprake is van comorbiditeit: het voorkomen van meer dan één ziektebeeld. Deze tabel laat zien dat van de patiënten met diabetes mellitus 16% ook lijdt aan overgewicht, en 18% aan een ziekte van het hart vaatstelsel. Bij patiënten met ziekten van het hart vaatstelsel komen relatief vaak diabetes mellitus, overgewicht en stoornissen in de lipidenstofwisseling voor. Bij patiënten met ondergewicht komen relatief veel ziekten van het spijsverteringsstelsel en juist relatief weinig diabetes mellitus en stoornissen in de lipidenstofwisseling voor. Voor de meeste van de grote morbiditeitscategorieën is bij meer dan 20% van de patiënten sprake van enige vorm van comorbiditeit.

Tabel 3.16: Percentage patiënten dat in de deelpopulaties met één van de zes meest voorkomende ziektebeelden nog een ander van deze zes ziektebeelden heeft (n=1907)

| | Bijkomend ziektebeeld | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|------------------|---------------------|------------------|-------------------|--------------------|
| | Diab. mellitus | Over- gewicht | Spijs- vertering | Hart- vaatst. | Onder- gewicht | Lipiden- stofw. |
| Meest voorkomende ziektebeeld | | | | | | |
| Diabetes Mellitus (n=541) | - | 16,1 | 6,0 | 17,8 | 3,1 | 4,5 |
| Overgewicht (n=369) | 23,6 | - | 7,5 | 22,8 | 0 | 11,4 |
| Spijsverteringsstelsel (n=343) | 9,5 | 8,1 | - | 5,5 | 14,1 | 3,8 |
| Hart vaatstelsel (n=332) | 29,0 | 25,3 | 5,7 | - | 9,4 | 9,4 |
| Ondergewicht (n=224) | 7,6 | 0 | 21,6 | 13,9 | - | 0,8 |
| Lipidenstofwisseling (n=115) | 21,3 | 36,6 | 3,8 | 27,2 | 1,6 | - |
| Totaal (n=1907) | 28,3 | 19,1 | 18,0 | 17,4 | 11,7 | 6,0 |

In tabel 3.17 wordt de verdeling van de quetelet-index van de patiënten van diëtisten weergegeven. Bij een queteletindex lager dan 20 is sprake van ondergewicht, terwijl bij een queteletindex hoger dan 30 sprake is van overgewicht. Ondergewicht komt voor bij 17% van de patiënten van diëtisten, en overgewicht bij 50%. Ondergewicht komt vooral voor bij patiënten in het verpleeghuis (37%) en overgewicht bij patiënten in de thuiszorg (40%) en patiënten van vrijgevestigde diëtisten (28%).

Tabel 3.17 De verdeling van de quetelet index onder de patiënten diëtisten

| | Totaal (n=1431) | Ziekenhuis (n=520) | Thuiszorg (n=522) | Verpleeghuis (n=76) | Vrijgevestigd (n=313) |
|--|--------------------|-----------------------|----------------------|------------------------|--------------------------|
| Queteletindex(kg/m²) | | | | | |
| tot 20 | 16,6 | 16,0 | 7,1 | 36,8 | 8,0 |
| van 20 tot 25 | 33,1 | 36,9 | 18,0 | 30,3 | 20,4 |
| van 25 tot 30 | 29,3 | 28,7 | 35,1 | 21,1 | 43,8 |
| van 30 tot 35 | 14,8 | 12,9 | 28,0 | 9,2 | 19,5 |
| vanaf 35 | 6,2 | 5,6 | 11,9 | 2,6 | 8,3 |

In aanvulling op de medische diagnose kan in een verwijzing de reden voor de verwijzing nader worden aangegeven. Bij éénderde van de patiënten is de reden van verwijzing dat zij lichamelijke klachten hebben (tabel 3.18), zoals een gevoel van algehele malaise, spontaan gewichtsverlies of ademhalingsklachten. Bij 7% van de patiënten is de reden van verwijzing de aanwezigheid van psychofysiologische klachten, dat zijn klachten die te maken hebben met honger, dorst en de smaakwaardering van voedsel. Bij 10% van de patiënten zijn er problemen met de voedselkeuze: ze hebben, in de ogen van de verwijzer, bijvoorbeeld een verkeerd voedselkeuze patroon, hebben extreem lijngedrag of eetbuien. Voor 6% van de verwezen patiënten wordt de diëtist gevraagd in een consultatieve functie, om de verwijzer te adviseren bij het stellen van een diagnose. In één op de tien gevallen (11,2%) is sprake van een verzoek tot actualisering van het dieetadvies. Bij meer dan een derde van de patiënten (40%) is geen sprake van een gespecificeerde reden voor de verwijzing.

Tabel 3.18: Soorten hulpvragen van patiënten van diëtisten als reden voor de verwijzing (n=1907) (%)

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Klachten | | | | | |
| lichamelijk | 33,2 | 34,1 | 9,6 | 45,9 | 14,6 |
| psycho-fysiologisch | 7,3 | 6,3 | 3,1 | 13,3 | 3,9 |
| voedselkeuze | 10,3 | 9,0 | 10,8 | 11,9 | 26,0 |
| overige | 2,2 | 2,3 | 3,0 | 1,8 | 1,2 |
| Overige hulpvragen | | | | | |
| consultatie diëtist | 6,2 | 7,1 | 3,9 | 4,6 | 5,7 |
| actualiseren dieetadvies | 11,2 | 13,1 | 3,9 | 10,1 | 3,9 |
| speciale voedseltoed. | 3,4 | 4,5 | 0 | 2,3 | 0 |
| overige redenen | 1,1 | 1,5 | 0,6 | 0 | 0,3 |
| geen hulpvraag | 39,9 | 37,9 | 69,6 | 27,5 | 59,1 |

Klachten:

lichamelijk

zoals: algehele malaise, spontaan gewichtsverlies, groei-achterstand, oedeem, urineerklachten, ademhalingsklachten

psycho-fysiologisch
voedselkeuze

klachten met betrekking tot smaak, dorst
verkeerd voedselkeuze patroon: leefstijl past niet bij voeding; verlies van eetlust, extreem lijngedrag, eetbuien

overige hulpvragen:

consultatie diëtist
actualiseren dieetadvies
spec. voedseltoediening

diëtist wordt om advies gevraagd bij het stellen van de medische diagnose
aanpassen van het dieet aan de nieuwste inzichten
het verstrekken van speciale voeding of een speciale methode van voedseltoediening (bijv. (par)enterale voeding, steriele voeding)

De diëtisten die in het ziekenhuis en het verpleeghuis werken worden het meest geconfronteerd met lichamelijke klachten bij hun patiënt als reden voor de verwijzing. Psychofysiologische klachten, bijvoorbeeld over honger en dorst, komen relatief veel voor bij de diëtist in het verpleeghuis. Bij de diëtist in de thuiszorg of de vrije vestiging is relatief vaak sprake van het ontbreken van een aanvullende hulpvraag op de verwijzing (Tabel 3.18).

3.2.3 Gewenste interventies

Het uiteindelijke doel van de interventies van een diëtist is dat de patiënt zijn voedingspatroon aanpast tot een noodzakelijk te achten voedingspatroon, gezien zijn ziektebeeld en de aanvullende hulpvraag. Dit voedingspatroon kan op verschillende en elkaar aanvullende manieren gekarakteriseerd worden. Een globale karakterisering wordt gegeven in tabel 3.19. Hier wordt het voedingspatroon gekarakteriseerd aan de hand van drie begrippen: goede voeding, adequate voeding en zorg op maat voeding. Het kenmerkende verschil tussen deze typen voeding ligt in de termijn van de doelstellingen die met deze typen voeding beoogd worden. Goede voeding richt zich op de lange termijn doordat gestreefd wordt naar de preventie van welvaartsziekten. Adequate voeding richt zich op de middellange termijn doordat gestreefd wordt naar een adequate voedingstoestand, terwijl de samenstelling van de voeding niet gericht is op de preventie van welvaartsziekten. Zorg op maat voeding is gericht op de korte termijn: het realiseren van maximaal welbevinden of het acuut oplossen van problemen. Voor 44% van de patiënten achten de diëtisten het noodzakelijk dat het voedingspatroon verandert en gaat voldoen aan de eisen van een goede voeding. Voor 23% van de patiënten achten de diëtisten het noodzakelijk dat het voedingspatroon verandert en gaat voldoen aan de eisen van een adequate voeding. Bij 24% van de patiënten vinden diëtisten veranderingen in het voedingspatroon noodzakelijk om een zorg op maat voeding te bereiken. Voor 16% van de patiënten is geen gewenste verandering in deze termen gegeven.

Het bereiken van een goede voeding is volgens de diëtisten in de thuiszorg en de vrije vestiging bij de meerderheid van de patiënten van belang. Het bereiken van een zorg op maat voeding wordt noodzakelijk geacht bij 38% van de verpleeghuispatiënten.

Tabel 3.19: Percentage patiënten waarbij eisen aan en veranderingen in het voedingspatroon nodig is gekarakteriseerd volgens drie verschillende typen voeding

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|----------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Voedingstype* | | | | | |
| Goede voeding | 43,8 | 42,4 | 73,1 | 27,5 | 76,1 |
| Adequate voeding | 23,1 | 25,4 | 10,6 | 24,3 | 10,1 |
| Zorg op maat voeding | 24,0 | 21,6 | 12,9 | 38,1 | 22,4 |
| Geen van deze | 16,0 | 16,6 | 12,4 | 17,4 | 5,1 |

* **Goede voeding** voldoet aan de richtlijnen voor preventie van welvaartsziekten, en bevat voldoende voedingsstoffen en energie voor het dagelijks functioneren.

Adequate voeding is een voeding die voldoende energie en voedingsstoffen levert voor het dagelijks functioneren. Het doel van deze voeding is de voedingstoestand te handhaven. Het lange-termijn doel van het voorkomen van welvaartsziekten, ontbreekt bij deze voeding.

Zorg op maat voeding is vooral bedoeld voor de korte termijn. De voeding is primair gericht op maximaal welbevinden en op het acuut oplossen van of kunnen omgaan met klachten.

Eisen aan en veranderingen in de consistentie van de maaltijden blijken noodzakelijk bij 15% van de patiënten, met name in verpleeghuizen (25%). Eisen aan en veranderingen in het maaltijdenpatroon blijken noodzakelijk bij 39% van de patiënten, met name bij patiënten van de vrijgevestigde diëtist (61%).

Tabel 3.20: Percentage patiënten waarbij eisen aan en veranderingen in de consistentie en het maaltijdenpatroon nodig zijn

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Aspecten van interventie | | | | | |
| consistentie | 15,2 | 15,0 | 2,7 | 24,8 | 0,6 |
| maaltijdenpatroon | 38,6 | 42,9 | 27,7 | 27,1 | 60,6 |

Het aantal patiënten waarbij eisen gesteld worden aan en veranderingen nodig zijn in de nutriëntensamenstelling en de energie-inhoud van de voeding staat weergegeven in tabel 3.21. Bij 60% van de patiënten blijkt een verandering van de energie-inhoud van de voeding nodig, bij 46% een verandering in de vetsamenstelling of het vetgehalte van de voeding, bij 38% een verandering in de koolhydraatsamenstelling of het koolhydraatgehalte van de voeding en bij 35% een verandering in het eiwitgehalte of de eiwitsamenstelling van de voeding

Veranderingen in de samenstelling van de voeding wat betreft vitamines en mineralen en het vochtgehalte zijn minder vaak aan de orde.

Tabel 3.21: Percentage patiënten waarbij eisen aan en veranderingen in de energiedichtheid, nutriëntensamenstelling, vochtgehalte en voedingsvezel van de voeding nodig zijn

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Kenmerken | | | | | |
| energie-inhoud | 59,9 | 58,2 | 67,1 | 58,7 | 79,1 |
| vet | 45,9 | 45,0 | 64,7 | 36,7 | 57,6 |
| koolhydraten | 37,7 | 37,2 | 41,9 | 35,8 | 46,9 |
| eiwit | 35,2 | 37,5 | 11,8 | 42,7 | 20,3 |
| voedingsvezel | 24,9 | 23,8 | 23,5 | 28,0 | 33,4 |
| vocht | 20,2 | 17,1 | 19,9 | 28,9 | 32,2 |
| vitamines | 18,1 | 16,5 | 13,3 | 27,1 | 11,9 |
| mineralen | 26,9 | 26,8 | 20,5 | 32,1 | 19,4 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord.

Tot slot is door de diëtisten aangegeven of veranderingen in de kennis, de houding of de vaardigheden van de patiënt noodzakelijk zijn (tabel 3.22). De diëtisten zijn bij bijna driekwart (72%) van de patiënten van mening dat veranderingen in de kennis noodzakelijk zijn. Bij meer dan tweederde van de patiënten zijn veranderingen in de vaardigheden nodig. Veranderingen in de houding van de patiënt, bijvoorbeeld het erkennen van de noodzaak tot veranderingen, worden minder vaak gerapporteerd (39%). Dit beeld, veel aandacht voor kennis een vaardigheid, minder voor de houding van de patiënt, is consistent voor de vier werkvelden, hoewel veranderingen in de kennis van de

patiënt in het verpleeghuis relatief minder vaak aan de orde is. In Bijlage 3 is een meer gedetailleerde tabel opgenomen (tabel 3.22b).

Tabel 3.22: Percentage patiënten waarvoor veranderingen gewenst zijn op het gebied van de kennis, houding en vaardigheden

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Interventies gewenst: | | | | | |
| Kennis | 71,8 | 75,8 | 81,4 | 50,9 | 87,5 |
| Houding | 39,2 | 43,1 | 32,0 | 28,4 | 50,4 |
| Vaardigheden | 69,0 | 67,8 | 87,0 | 59,6 | 91,3 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord.

Voordat de diëtist overgaat tot de behandeling formuleert hij behandeldoelen en stelt hij in principe een behandelplan op. De geformuleerde behandeldoelen zijn weergegeven in tabel 3.23. Het meest voorkomende behandeldoel (bij 64% van de patiënten) is het vergroten van de kennis en het inzicht van de patiënt, gevolgd door het vergroten van de vaardigheden (52%). Het behoud van het gewenste voedingspatroon op de lange termijn is een behandeldoel bij 49% van de patiënten. Attitudeverandering is een relatief weinig voorkomend behandeldoel (29%). Het klachtenvrij maken of het doen verminderen van klachten is een behandeldoel bij 36% van de patiënten, en het op peil houden van de voedingstoestand is het doel bij 45% van de patiënten.

In het verpleeghuis komt het behandeldoel gericht op het vergroten van de kennis en het inzicht relatief weinig voor (37%). Bij 80% patiënten van de diëtist in de thuiszorg en de vrijgevestigde diëtist is het vergroten van kennis en inzicht het behandeldoel. De vrijgevestigde diëtist formuleert het veranderen van de attitude relatief vaak als behandeldoel (53%). Het verminderen van klachten of het klachtenvrij maken is een behandeldoel dat relatief veel voorkomt in de thuiszorg (73%). Het op peil houden van de voedingstoestand is een behandeldoel dat veel voorkomt in het verpleeghuis (61%) en juist minder in de thuiszorg (24%) en bij de vrijgevestigde diëtist (29%). Het behandeldoel van verbeteren van klinische parameters komt het meest voor in het ziekenhuis (31%).

3.2.4 Behandeldoelen

Tabel 3.23: De behandeldoelen (% van het aantal behandelingen)

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Behandeldoelen | | | | | |
| Kennis, inzicht vergroten | 64,2 | 69,2 | 80,2 | 36,7 | 79,4 |
| Attitude veranderen | 29,1 | 30,3 | 33,8 | 18,8 | 52,5 |
| Vaardigheden vergroten | 51,5 | 53,4 | 78,1 | 27,1 | 76,3 |
| Behoud op lange termijn | 48,6 | 46,5 | 74,1 | 37,2 | 78,5 |
| Klachten verminderen/klachtenvrij | 35,5 | 31,6 | 73,1 | 28,4 | 30,1 |
| Voedingstoestand op peil houden | 44,8 | 44,2 | 23,8 | 60,6 | 29,3 |
| Klinische parameters verbeteren | 27,5 | 30,6 | 24,7 | 19,7 | 20,3 |
| Geen van deze | 6,2 | 5,7 | 2,5 | 10,1 | 5,7 |

Voor driekwart van de patiënten van de diëtist is een behandelplan opgesteld (Tabel 3.24). Dit gebeurt het meest in de thuiszorg (87%) en bij de vrijgevestigde diëtist (91%) en het minst in het verpleeghuis (62%).

Tabel 3.24: De mate waarin een behandelplan is opgesteld en de inhoud hiervan (%)

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|---|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Behandelplan opgesteld | 75,5 | 77,0 | 87,1 | 62,0 | 90,7 |
| Informatie in behandelplan over: | | | | | |
| Gewenste voeding | 62,4 | 66,3 | 76,8 | 39,0 | 80,3 |
| Verschil tussen gebruikte en gewenste voeding | 55,2 | 58,5 | 67,2 | 35,3 | 70,1 |
| Samenhang voeding en ziekte/gezondheid | 46,1 | 52,5 | 46,3 | 24,3 | 50,4 |
| Variëren binnen dieet | 40,7 | 43,3 | 59,9 | 17,9 | 64,2 |
| Noodzaak van andere voeding | 40,7 | 44,6 | 38,0 | 28,0 | 50,4 |
| Dieet in alledaagse situaties | 38,3 | 41,0 | 57,6 | 19,3 | 36,4 |
| Voedselvoorkeuren combineren met dieet | 35,2 | 36,4 | 41,3 | 25,2 | 52,5 |
| Goed voedingsgedrag langere tijd volhouden | 33,4 | 30,1 | 52,7 | 29,4 | 61,5 |
| Dieet in bijzondere situaties | 31,3 | 33,5 | 58,2 | 8,7 | 34,6 |
| Omgaan met honger en verzadiging | 24,6 | 24,5 | 31,1 | 17,4 | 50,1 |
| Dieet volgen zonder steun van omgeving | 13,5 | 12,7 | 26,3 | 5,5 | 39,1 |
| Budget en dieet | 4,3 | 5,0 | 5,7 | 0 | 12,2 |

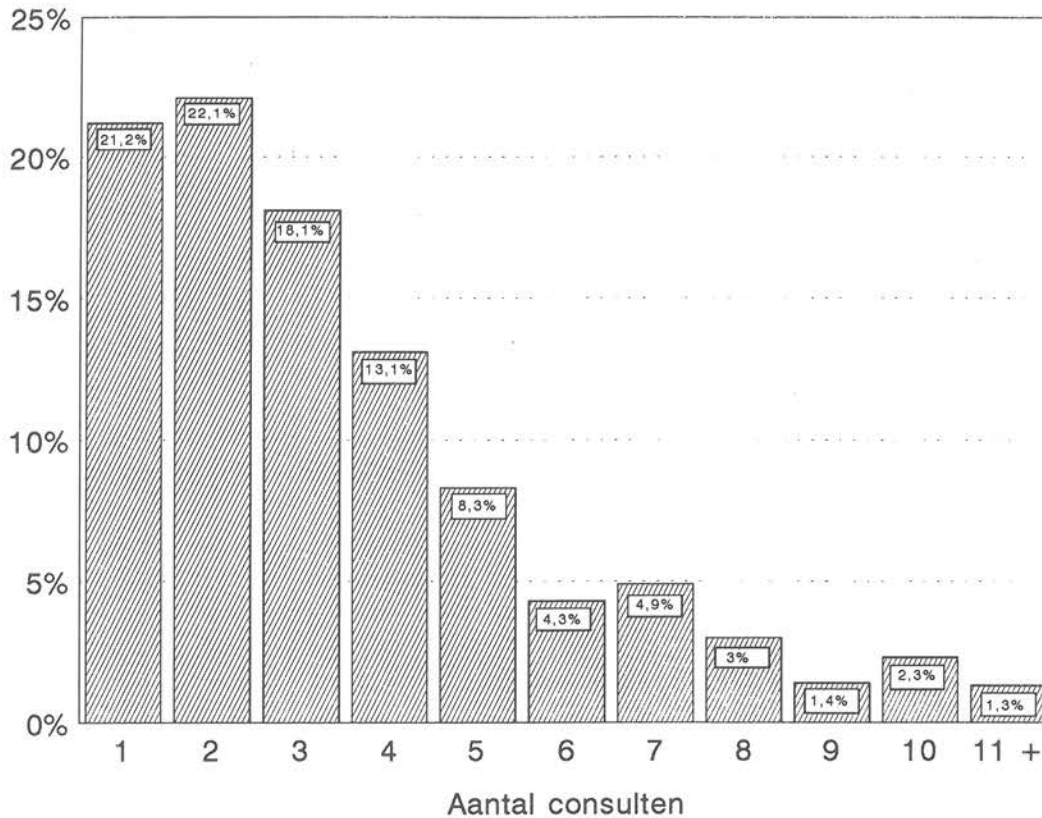
De informatie die volgens het opgestelde behandelplan wordt overgedragen heeft vooral betrekking op het duidelijk maken wat de gewenste voeding is (62%), op het aangeven van het verschil tussen de huidige en de gewenste voeding (55%) en op het verstrekken van inzicht in de relatie tussen voeding en ziekte of gezondheid (46%). Informatie over de praktische uitvoering van het dieet komt iets minder vaak aan de orde. Bij 38% van de patiënten is in het behandelplan opgenomen dat informatie gegeven wordt over het volgen van het dieet in alledaagse situaties, bij 35% over het combineren van het dieet met voedselvoorkeuren en in 33% over het volhouden van het dieet voor een langere periode. De relatie tussen het budget van de patiënt en het dieet is het minst vaak opgenomen in het behandelplan.

3.2.5 De behandeling

In het laatste deel van dit hoofdstuk wordt ingegaan op de behandeling door de diëtist. Gegevens worden gepresenteerd over het aantal consulten, de doelen die tijdens de consulten aan de orde kwamen, de inhoud van de consulten, de manier waarop de behandeling wordt afgesloten en tot slot de bereikte doelen.

Het gemiddelde aantal consulten in een behandeling binnen de registratieperiode van een half jaar is 3,6 (Tabel 3.25). Uit figuur 3.9 blijkt dat het meest voorkomende aantal consulten per episode 2 is.

Figuur 3.9: Het aantal consulten per behandeling



Een consult duurt gemiddeld 22 minuten, zodat patiënten in totaal gemiddeld 68 minuten zorg ontvangen per behandeling. Tussen de diëtisten werkzaam in de thuiszorg, het ziekenhuis en het verpleeghuis zijn in deze cijfers slechts kleine verschillen te zien. De vrijgevestigde diëtist onderscheidt zich van de anderen doordat een zorgepisode hier gemiddeld 5,5 consulten duurt, die per consult gemiddeld 30 minuten duren, zodat per zorgepisode gemiddeld 143 minuten aan een patiënt worden besteed.

Tabel 3.25: Het gemiddeld aantal consulten en de gemiddelde tijd van de diëtistische behandeling

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Kenmerken | | | | | |
| gem. aantal consulten | 3,6 | 3,4 | 3,4 | 3,9 | 5,5 |
| gem. tijd per consult ¹ | 21,7 | 23,0 | 21,5 | 16,5 | 30,1 |
| gem. tijd behandeling ¹ | 68,0 | 67,5 | 63,3 | 61,2 | 143,2 |

¹ Tijd in minuten.

In tabel 3.26 zijn de gegevens over de duur van de behandeling weergegeven voor de belangrijkste ziektecategorieën. Patiënten met overgewicht hebben gemiddeld 4 consulten, terwijl de totale consultduur voor hen het hoogst is, gemiddeld 80 minuten per behandeling. Patiënten met ziekten van het hart vaatstelsel en stoornissen in de lipiden-

stofwisseling hebben gemiddeld 3 consulten, terwijl de totale consultduur voor hen het laagst is, gemiddeld 60 minuten.

Tabel 3.26: Het gemiddeld aantal consulten en de gemiddelde tijd van de diëtistische behandeling voor de belangrijkste morbiditeitscategorieën

| | Diab. mellitus (n=530) | Over- gewicht (n=362) | Spijs- vertering (n=339) | Hart- vaatst. (n=330) | Onder- gewicht (n=217) | Lipiden- stofw. (n=112) |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Kenmerken | | | | | | |
| gem. aantal consulten | 3,3 | 3,9 | 3,8 | 3,1 | 4,1 | 2,6 |
| gem. tijd per consult ¹ | 24,0 | 22,4 | 21,2 | 22,3 | 18,4 | 25,6 |
| gem. tijd behandeling ¹ | 72,6 | 79,2 | 70,4 | 60,7 | 70,2 | 60,1 |

¹ Tijd in minuten.

De behandeldoelen die in de consulten aan de orde komen staan weergegeven in tabel 3.27. Voor de vergelijkbaarheid met de gestelde doelen (Tabel 3.23) is in de eerste kolom weergegeven voor hoeveel patiënten bepaalde behandeldoelen aan de orde zijn geweest. Kennis overdragen en inzicht vergroten is het meest voorkomende doel, bij 71% van de patiënten, gevolgd door het vergroten van de vaardigheden, het behoud van gedrag op de lange termijn en de attitudeverandering. Deze volgorde komt overeen met de prioriteiten in het behandelplan (Tabel 3.23).

Tabel 3.27: De behandeldoelen die tijdens in de consulten (n=6611) aan de orde zijn geweest

| | Totaal aantal patiënten (n=1862) | Beginfase consulten (n=2330) | Tussenfase consulten (n=1742) | Eindfase consulten (n=2540) |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Behandeldoelen | | | | |
| Kennis, inzicht vergroten | 71,0 | 56,9 | 26,9 | 21,6 |
| Attitude veranderen | 30,5 | 18,6 | 12,3 | 11,8 |
| Vaardigheden vergroten | 49,8 | 23,2 | 31,6 | 24,9 |
| Behoud op lange termijn | 34,9 | 8,2 | 16,3 | 25,4 |
| Klachten verminderen/klachtenvrij | 24,2 | 15,6 | 10,8 | 8,7 |
| Voedingstoestand op peil houden | 39,4 | 32,1 | 36,6 | 29,8 |
| Klinische parameters verbeteren | 23,8 | 15,5 | 14,7 | 9,6 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord. Bij behandelingen met 1 consult telde dit consult als beginfase, bij behandelingen met 2 consulten werden deze benoemd als begin- en eindfase.

In tabel 3.27 wordt ook een vergelijking gemaakt tussen doelen die aan de orde kwamen in consulten aan het begin van de behandeling, in de tussenfase of de eindfase. In de 2e tot en met de 4e kolom is gepercenteerd over het aantal consulten. Opvallend is dat in de beginfase in meer dan de helft van de consulten (57%) aandacht is voor het vergroten van de kennis en het inzicht, terwijl dit daalt tot 22% voor de eindfase. De aandacht voor het behoud van het nieuwe voedingsgedrag op de lange termijn is betrekkelijk gering in de beginfase (8%) en juist groter in de eindfase (25%). De

aandacht voor het verminderen van klachten en het verbeteren van de klinische parameters dalen van beginfase tot eindfase.

In tabel 3.28 is weergegeven welke informatie tijdens de consulten aan de orde is geweest. Informatie over de gewenste voeding, over het verschil tussen de gebruikte en de gewenste voeding en over de samenhang tussen ziekte, gezondheid en voeding zijn het meest gegeven. In vergelijking met de voornemens in het behandelplan (zie tabel 3.24) zijn deze onderwerpen iets vaker aan bod geweest dan voorgenomen. De andere onderwerpen zijn iets minder vaak aan de orde geweest.

Tabel 3.28: Consulten waarin verschillende soorten informatie werd gegeven

| | Totaal aantal patiënten (n=1862) | Beginfase consulten (n=2330) | Tussenfase consulten (n=1742) | Eindfase consulten (n=2540) |
|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Informatie in behandelplan over: | | | | |
| Gewenste voeding | 72,4 | 53,3 | 21,9 | 19,4 |
| Verskil tussen gebruikte en gewenste voeding | 60,5 | 43,7 | 18,7 | 12,3 |
| Samenhang voeding en ziekte/gezondheid | 56,0 | 39,9 | 16,6 | 13,7 |
| Variëren binnen dieet | 33,9 | 8,7 | 20,7 | 18,4 |
| Noodzaak van andere voeding | 38,1 | 22,6 | 15,3 | 9,8 |
| Dieet in alledaagse situaties | 36,9 | 10,4 | 19,7 | 18,3 |
| Voedselvoorkeuren combineren met dieet | 27,4 | 9,4 | 16,0 | 13,6 |
| Goed voedingsgedrag langere tijd volhouden | 23,3 | 3,5 | 7,2 | 16,8 |
| Dieet in bijzondere situaties | 24,7 | 3,3 | 12,5 | 15,7 |
| Omgaan met honger en verzadiging | 17,5 | 6,2 | 9,7 | 8,4 |
| Dieet volgen zonder steun van omgeving | 5,8 | 1,1 | 3,2 | 3,0 |
| Budget en dieet | 3,0 | 0,8 | 1,1 | 1,4 |

De percentages tellen niet op tot 100% omdat op meer dan één categorie kon worden geantwoord. Bij behandelingen met 1 consult telde dit consult als beginfase, bij behandelingen met 2 consulten werden deze benoemd als begin- en eindfase.

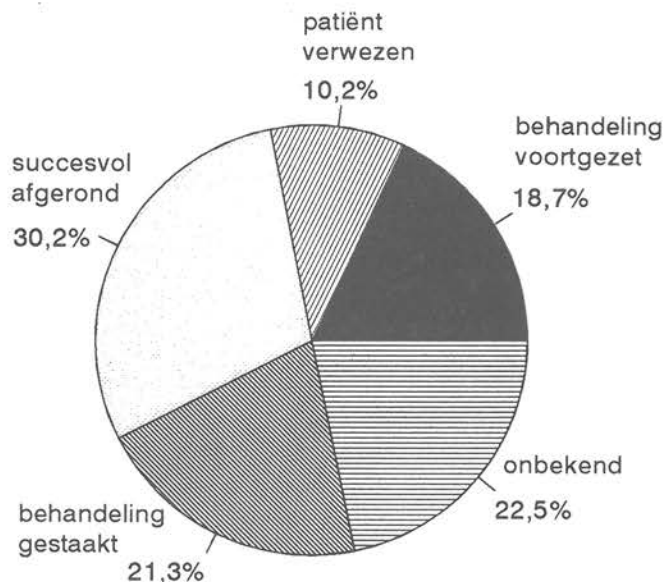
Ook in deze tabel is een uitsplitsing gemaakt voor de begin- tussen- en eindfase. Informatie over de volgende onderwerpen wordt vooral in de vroege consulten gegeven, en veel minder in de latere consulten: de gewenste voeding, het verschil tussen de huidige en de gewenste voeding, de samenhang tussen ziekte, gezondheid en voeding en de noodzaak van een ander voedingspatroon. Deze onderwerpen hebben een algemeen karakter, er wordt met name ingegaan op de 'gewenste voeding'. Onderwerpen die relatief weinig aan bod komen in de beginfase, maar juist meer aandacht krijgen in de eindfase zijn: variëren binnen het dieet, het voedingsgedrag langer volhouden en het volhouden van het dieet in alledaagse en bijzondere situaties. Deze onderwerpen zijn gericht op de toepassing, er wordt niet zozeer in op het doel, maar op de manier waarop dit doel bereikt kan worden.

Tabel 3.28 laat zien dat de onderwerpen met een algemeen karakter iets vaker aan de orde geweest zijn dan gepland en weergegeven in tabel 3.24. Deze onderwerpen komen in het begin van de behandeling aan de orde. De onderwerpen gericht op het toepassen van het dieetadvies komen minder vaak aan de orde dan gepland, en komen pas later in de behandeling aan de orde.

3.2.6 Afronding van de behandeling

Tot slot komt de afronding van de diëtistische behandeling aan de orde. Ongeveer één op de vijf (19%) behandelingen is in de registratieperiode van een half jaar niet afgerond (Figuur 3.10, tabel 3.29).

Figuur 3.10: De afronding van behandelingen na een registratieperiode van een half jaar



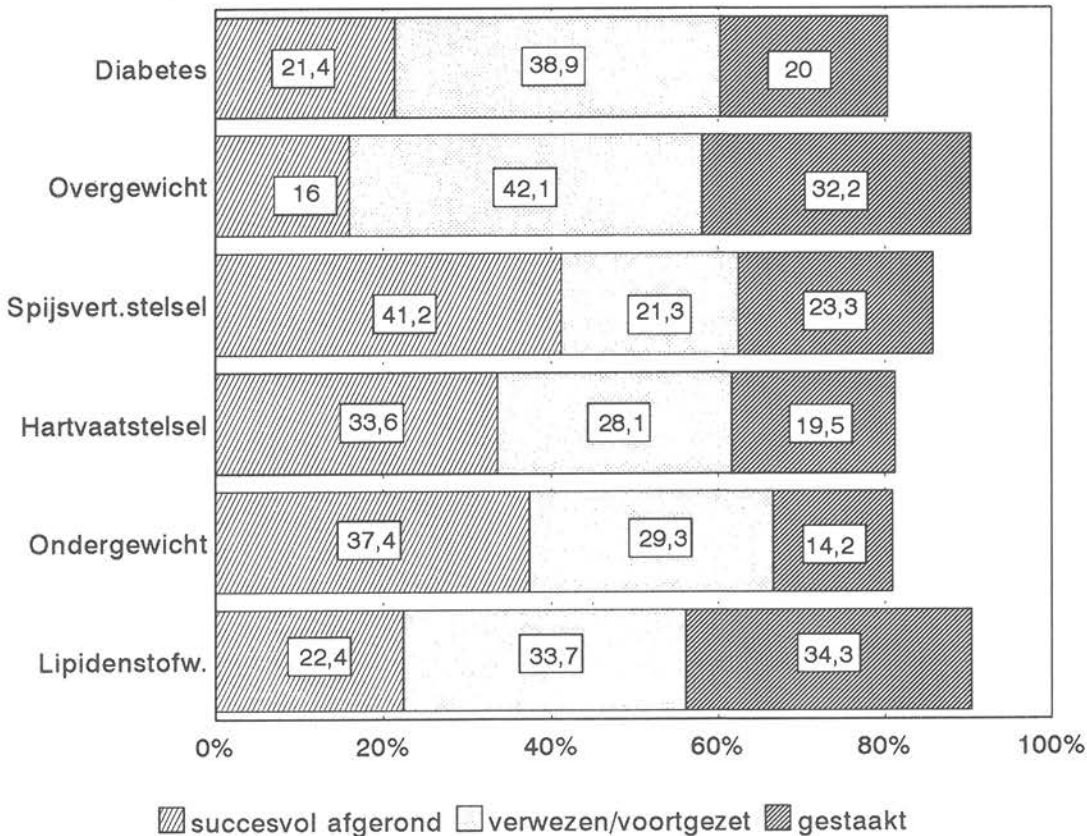
De vrijgevestigde diëtist zet, na afloop van de registratieperiode van een half jaar, het vaakst (35%) de behandeling voort, gevolgd door de diëtist in de thuiszorg (27%). Succesvolle afronding wordt het minst vaak (23%) gerapporteerd door de vrijgevestigde diëtist. Het eenzijdig door de patiënt staken van de behandeling komt het meest voor bij de vrijgevestigde diëtist (31%), gevolgd door de diëtist in de thuiszorg (24%). De diëtist in het ziekenhuis rapporteert het meest (12%) dat de behandeling gestaakt is omdat de patiënt buiten bereik van de diëtist is gekomen. De diëtist in het ziekenhuis verwijst patiënten het meest naar andere diëtisten, met name in de thuiszorg (6%), en in mindere mate naar een andere diëtist in het ziekenhuis (3%) of het verpleeghuis (3%)

Tabel 3.29: Afsluiting van de behandeling na een registratieperiode van een half jaar

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|---|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Behandeling duurde langer dan ½ jaar | 18,7 | 16,3 | 29,0 | 17,9 | 37,3 |
| Behandeling afgesloten omdat: | | | | | |
| patiënt genezen | 2,0 | 2,2 | 0,6 | 2,3 | 0,6 |
| gunstig resultaat bereikt | 28,8 | 28,9 | 30,8 | 28,4 | 23,0 |
| patiënt overleden | 6,7 | 3,9 | 0,6 | 20,2 | 1,2 |
| te gering resultaat werd bereikt | 3,8 | 3,6 | 5,1 | 4,1 | 2,7 |
| afgesproken aantal consulten bereikt | 5,0 | 6,1 | 6,0 | 0,5 | 6,0 |
| Behandeling gestaakt | | | | | |
| door patiënt | 12,3 | 12,4 | 24,3 | 2,8 | 30,7 |
| door verwijzer | 1,3 | 1,2 | 1,0 | 1,8 | 0,3 |
| patiënt buiten bereik van diëtist | 10,2 | 12,4 | 1,2 | 8,7 | 5,7 |
| Patiënt verwezen naar diëtist: | | | | | |
| in ziekenhuis | 2,8 | 2,9 | 1,3 | 3,7 | 0,6 |
| in thuiszorginstelling | 4,4 | 6,3 | 0,6 | 0,9 | 0,3 |
| in verpleeghuis | 2,5 | 2,8 | 0 | 3,2 | 0 |
| in vrijgevestigde praktijk | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Terugverwezen | | | | | |
| naar verwijzer | 1,0 | 1,3 | 0,4 | 0,5 | 0,6 |
| onbekend | 22,5 | 21,1 | 9,9 | 36,7 | 6,9 |

Door multiple respons is de som van de percentages hoger dan 100%.

Figuur 3.11: De afronding van de behandeling voor de belangrijkste ziektecategorieën na een registratieperiode van een half jaar



In figuur 3.11 is voor de belangrijkste ziektecategorieën weergegeven hoe en of de behandeling in de registratieperiode van een half jaar is afgerond. Succesvolle afronding blijkt volgens de diëtisten het meest voor te komen bij ziekten van het spijsverteringsstelsel (41%), ondergewicht (37%) en ziekten van het hart vaatstelsel (34%). Patiënten met overgewicht kennen het minst vaak een succesvolle afronding (16%). Bij relatief veel patiënten met diabetes (39%) en overgewicht (42%) wordt de behandeling nog voortgezet dan wel is er sprake van een verwijzing naar een andere diëtist. Het staken van de behandeling komt het meest voor bij patiënten met een stoornis in de lipidenstofwisseling (34%) en overgewicht (32%).

Tabel 3.30 De mate (%) waarin door de diëtist gerapporteerd wordt over behandelingen die niet meer worden voortgezet

| | Totaal (n=1483) | Ziekenhuis (n=586) | Thuiszorg (n=491) | Verpleeghuis (n=187) | Vrijgevestigd (n=219) |
|--|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Terugrapportage | | | | | |
| Geen terugrapportage | 34,4 | 31,7 | 14,7 | 52,9 | 34,7 |
| Rapportage aan verwijzer | 65,4 | 67,4 | 80,4 | 51,9 | 61,2 |
| waarvan: na afloop van de behandeling | 28,9 | 26,1 | 55,6 | 24,1 | 37,4 |

Van de behandelingen die niet worden voortgezet is nagegaan in welke mate door de diëtisten is gerapporteerd (tabel 3.30). In een derde van de gevallen (34%) is geen sprake geweest van terugrapportage. In tweederde van de gevallen (65%) is, op enig moment, sprake geweest van rapportage aan de verwijzer. Rapportage na afloop van de behandeling heeft plaats gevonden voor ruim een kwart (29%) van de behandelingen. Diëtisten in het verpleeghuis rapporteren het minst vaak over een behandeling. De diëtisten in de thuiszorg doen dit het meest.

Tot slot tabel 3.31, waarin weergegeven wordt in welke mate de gestelde behandeldoelen volgens de behandelende diëtist zijn bereikt binnen de registratieperiode van een half jaar. Bij het interpreteren van deze cijfers moet rekening worden gehouden met het feit dat deze gegevens ook betrekking hebben op de behandelingen die nog niet zijn afgerond.

Tabel 3.31: De mate waarin behandeldoelen volledig of vrijwel volledig bereikt zijn na afronding van de behandeling of na de registratieperiode van een half jaar

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Behandeldoelen* | | | | | |
| Kennis, inzicht vergroten | 65,7 | 64,8 | 71,8 | 62,4 | 70,4 |
| Attitude veranderen | 43,2 | 39,3 | 48,7 | 57,1 | 50,2 |
| Vaardigheden vergroten | 56,7 | 55,1 | 59,1 | 61,8 | 57,5 |
| Behoud op lange termijn | 39,0 | 35,3 | 39,5 | 54,7 | 40,9 |
| Klachten verminderen/klachtenvrij | 47,6 | 45,1 | 47,7 | 63,2 | 42,3 |
| Voedingstoestand op peil houden | 50,9 | 49,6 | 61,6 | 50,0 | 59,7 |
| Klinische parameters verbeteren | 47,9 | 45,3 | 48,6 | 64,4 | 44,2 |

Deze vraag is alleen beantwoord wanneer een doel was gesteld. Het aantal respondenten wisselt dus per vraag.

Bij tweederde van de patiënten (66%) zijn de diëtisten ervan overtuigd dat de meest gestelde doelstelling van het vergroten van de kennis en het inzicht ook daadwerkelijk is gehaald. Ook zijn zij ervan overtuigd dat bij meer dan de helft van de patiënten (57%) de vaardigheden zijn vergroot. Veel minder vaak zijn zij van mening dat de attitudeverandering van de patiënt geslaagd is (43%) en dat de patiënt het gedrag ook op de lange termijn zal behouden (39%).

De doelstellingen op het gebied van klachtenvermindering, het op peil houden van de voedingstoestand en het verbeteren van de klinische parameters zijn bereikt bij ongeveer de helft van de patiënten (Tabel 3.31).

In dit algemene beeld bestaan weinig verschillen voor de verschillende werkvelden. De verpleeghuisdiëtisten zijn relatief positief over de bereikte attitudeverandering en het behoud van het nieuwe voedingsgedrag op de langere termijn, terwijl vooral de ziekenhuisdiëtisten relatief weinig (40%) aangeven dat zij doelen op het gebied van attitudeverandering hebben gerealiseerd.

4 SAMENVATTING EN DISCUSSIE

4.1 Inleiding

Dit laatste hoofdstuk bevat de samenvatting en discussie van het onderzoek naar de plaats en de functie van de diëtist in de nederlandse gezondheidszorg.

Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. In het eerste deel zullen de onderzoeksvragen uit hoofdstuk 1 besproken worden. Gegeven het beschrijvende karakter van het onderzoek is dit deel vooral een samenvatting van de onderzoeksresultaten. Ook zullen enkele kanttekeningen bij de gevolgde werkwijze geplaatst worden. In het tweede deel zullen, op bescheiden schaal, enkele opvallende bevindingen uit het onderzoek aandacht krijgen.

4.2 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Als eerste komen de vraagstellingen aan de orde van het onderzoek naar de **plaats van de diëtist**.

4.2.1 Wat zijn kenmerken van diëtisten werkzaam in de gezondheidszorg?

Uit de enquête die werd afgenomen onder 531 diëtisten die werkzaam zijn in de gezondheidszorg blijkt dat diëtisten vooral vrouwen zijn, gemiddeld 35 jaar oud, met gemiddeld 11 jaar ervaring als diëtist en gemiddeld 24 uur per week werkzaam als diëtist. Bijna de helft van de diëtisten is werkzaam in het ziekenhuis, een kwart in het verpleeghuis, 11% in de thuiszorg en 14% in een vrije vestiging. Diëtisten in het ziekenhuis werken gemiddeld 29 uur per week, in de thuiszorg gemiddeld 27 uur, in het verpleeghuis 22 uur en in de vrije vestiging 15 uur.

Diëtisten zien gemiddeld 156 nieuwe patiënten per half jaar. Diëtisten die werkzaam zijn in het ziekenhuis zien gemiddeld het grootste aantal nieuwe patiënten (236), gevolgd door de thuiszorg (146), het verpleeghuis (123) en de vrije vestiging (33).

Daarmee zijn de ziekenhuisdiëtisten verantwoordelijk voor verreweg het grootste aantal nieuwe patiënten. De verhouding tussen de werkvelden ziekenhuis, verpleeghuis, thuiszorg en vrije vestiging in het aantal nieuwe patiënten is 22:7:4:1.

4.2.2 Hoe zijn de contacten met verwijzers?

De belangrijkste verwijzer van de diëtist is de medisch specialist, gevolgd door de huisarts. Dit blijkt uit zowel de enquête onder de diëtisten als uit het onderzoek aan de hand van de patiëntenregistratie. De medisch specialist is de verwijzer van vrijwel alle patiënten van de diëtist in het ziekenhuis. De huisarts verwijst vrijwel alle patiënten van de diëtist in de thuiszorg en de vrije vestiging. Diëtisten krijgen, in een periode van een half jaar, verwijzingen van gemiddeld 9 verschillende medisch specialisten en 7 verschillende huisartsen. De diëtist in het ziekenhuis krijgt van gemiddeld 16 medisch specialisten een patiënt verwezen, de diëtist in de thuiszorg van gemiddeld 19 huisartsen. In totaal krijgen diëtisten in een periode van een half jaar van 21 verschillende verwijzers en aanmelders patiënten. Het kleinste aantal (13) verschillende verwijzers of aanmelders komt voor bij de diëtist in de vrije vestiging.

Eén op de vijf diëtisten zegt niet uitsluitend op verwijzing ter werken. Uit de patiëntenregistratie blijkt dat 15% van de patiënten zonder verwijzing wordt behandeld waarbij diëtisten in het verpleeghuis en de vrije vestiging het meest zonder verwijzing werken. De verwijzing bevat vrijwel altijd persoonsgegevens van de patiënt en de medische diagnose en minder vaak informatie over de reden tot verwijzing. Een verwijzing met voldoende informatie wordt door vrijwel alle diëtisten van groot belang geacht.

In de enquête geeft tweederde van de diëtisten aan vrijwel altijd te rapporteren aan de verwijzer na de behandeling. De diëtist die werkzaam is in de thuiszorg zegt vrijwel altijd te rapporteren. De patiëntenregistratie levert cijfers die enigszins overeenkomen. Ook hier blijkt dat in tweederde van de behandelingen op enig moment door de diëtist is gerapporteerd aan de verwijzer. Het gaat hierbij echter niet alleen om rapportage na afloop van de behandeling, maar ook om de rapportages na het eerste consult en gedurende de behandeling. Over ruim een kwart van de behandelingen werd na afloop van de behandeling gerapporteerd. Uit de patiëntenregistratie blijkt daarnaast ook dat met name de diëtist in de thuiszorg relatief vaak zorg draagt voor terugrapportage.

4.2.3 Taakopvatting diëtisten en aspecten van kwaliteit

Het verlenen van zorg wordt door de diëtist gezien als de belangrijkste taak, direct gevolgd door het ontwikkelen van de individuele kennis en kunde en het uitvoeren van beheerstaken. Deze taken worden, wat betreft het belang dat eraan gehecht wordt, gevolgd door het evalueren van het beroepsmatig handelen en het samenwerken met andere hulpverleners. Vrijgevestigde diëtisten hechten relatief weinig belang aan het samenwerken met andere hulpverleners.

De grote meerderheid (85%) van de diëtisten werkt met protocollen. Het werken met protocollen is een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NVD. In de praktijk betekent dit dat de diëtist de protocollen 'in het achterhoofd' houdt tijdens het werken. Vooral de diëtist in de thuiszorg gebruikt de protocollen strikt en evalueert ze ook, een voorbeeld van cyclische kwaliteitsbewaking en -bevordering.

In een periode van 3 jaar volgde een driekwart van de diëtisten enige vorm van na- of bijscholing. Cursussen over specifieke ziektebeelden worden het meest gevolgd. Cursussen over GVO, communicatie en psychologie worden relatief veel (33%) gevolgd door diëtisten uit de thuiszorg. Vrijwel iedere diëtist leest vakliteratuur. Het Nederlands tijdschrift voor diëtisten wordt door vrijwel iedereen gelezen, gevolgd door uitgaven van het voorlichtingsbureau voor de voeding en twee produktschappen. Buitenlandse vakliteratuur wordt door minder dan 10% van de diëtisten gelezen.

Als tweede komen de vraagstellingen aan de orde van het onderzoek naar de **functie van de diëtist**.

4.2.4 Welke patiënten komen er bij de diëtist?

Uit de patiëntenregistratie blijkt dat bijna tweederde van de patiënten van de diëtist vrouw is, en de gemiddelde leeftijd is 59 jaar. Ruim tweederde van hen is ziekenfondsverzekerd. Het opleidingsniveau ligt onder dat van de nederlandse bevolking. Driekwart heeft geen betaalde baan. Een vergelijking tussen werkvelden laat ondermeer het volgende zien. Patiënten in het verpleeghuis zijn vrijwel allemaal ouder dan 60 jaar en gemiddeld 75 jaar oud. De diëtist in de thuiszorg kent relatief de meeste patiënten tussen de 0 en 20 jaar. De patiënten van de diëtist in de vrije vestiging zijn relatief jong, vooral tussen de 20 en 40 jaar, relatief vaak particulier verzekerd, relatief hoog opgeleid en hebben relatief vaak een betaalde baan.

De meest voorkomende ziekte is diabetes mellitus, gevolgd door overgewicht, ziekten van het spijsverteringsstelsel, het hart vaatstelsel, ondergewicht en stoornissen van de lipidenstofwisseling (vooral een te hoog cholesterolgehalte). Voor de patiënten van de diëtist in het ziekenhuis is diabetes mellitus de belangrijkste diagnose, voor patiënten van de diëtist in de thuiszorg en de vrije vestiging is dit overgewicht. Ondergewicht komt het meest voor bij patiënten in het verpleeghuis. Een vergelijking van de klinisch werkzame diëtist met de poliklinisch werkzame diëtist laat zien dat de poliklinisch werkzame diëtist vooral patiënten met diabetes mellitus en overgewicht kent. Meer dan 20% van de patiënten van de diëtist heeft meer dan één ziektebeeld.

Overgewicht, dat wil zeggen een quetelet-index boven de 25 kg/m^2 , komt voor bij de helft van de patiënten van de diëtist. Ernstig overgewicht, een quetelet-index boven de 30 kg/m^2 , komt voor bij één op de vijf patiënten. De diëtist in de thuiszorg ziet de meeste patiënten (40%) met ernstig overgewicht, gevolgd door de vrijgevestigde diëtist (28%).

Ondergewicht komt voor bij bijna één op de vijf patiënten, vooral in het verpleeghuis, waar bij ruim éénderde sprake is van ondergewicht.

Bij éénderde van de patiënten zijn lichamelijke klachten de reden tot verwijzing naar de diëtist, vooral in het verpleeghuis en het ziekenhuis. Psycho-fysiologische klachten als honger en dorst, komen bij 7% voor, vooral in het verpleeghuis. Een verkeerd voedingspatroon is reden tot verwijzing bij 10% van de patiënten, vooral bij de vrijgevestigde diëtist.

4.2.5 Wat zijn de uitkomsten van het onderzoek van de diëtist en wat zijn de behandel-doelen?

Voor bijna de helft van de patiënten is het noodzakelijk dat het voedingspatroon verandert en gaat voldoen aan de richtlijnen voor een goede voeding. Dit is een voeding gericht op de preventie van welvaartsziekten, en die voldoende voedingsstoffen en energie bevat voor het dagelijks functioneren. Voor een kwart van de patiënten is het nodig dat de voeding zo verandert dat deze gaat voldoen aan de eisen van een adequate voeding. Dit is een voeding die voldoende voedingsstoffen en energie bevat voor het dagelijks functioneren. Tot slot geldt dat voor een kwart van de patiënten een 'zorg op maat' voeding gevolgd moet gaan worden. Dit is een voeding die primair gericht is op het maximaal welbevinden en op het acuut oplossen van problemen of omgaan met klachten.

Goede voeding is bij de meerderheid van de patiënten in de thuiszorg en de vrije vestiging van belang, zorg op maat voeding vooral in het verpleeghuis en het ziekenhuis.

Voor meer dan de helft van de patiënten zijn veranderingen nodig in de energie-inhoud van de voeding, gevolgd door veranderingen in de samenstelling of hoeveelheid van de macronutriënten: vetten, koolhydraten en eiwit.

Bij driekwart van de patiënten is de diëtist van oordeel dat veranderingen in de kennis noodzakelijk zijn, bij tweederde van de patiënten in de vaardigheden en bij ruim éénderde in de attitude. Veranderingen in kennis zijn, naar het oordeel van de diëtist, het minst nodig voor patiënten in het verpleeghuis. Veranderingen in attitude zijn volgens de diëtist relatief vaak nodig bij patiënten in de vrije vestiging en het ziekenhuis. Veranderingen in vaardigheden zijn naar het oordeel van de diëtist het meest nodig bij patiënten in de vrije vestiging.

Voor tweederde van de patiënten wordt als doel gesteld kennis en inzicht te vergroten, gevolgd door het vergroten van de vaardigheden en het behoud van het goede voedingspatroon op de lange termijn. Attitudeverandering is bij een derde van de patiënten een behandeldoel.

Het verminderen van klachten is bij eenderde van de patiënten een behandeldoel, het op peil houden van de voedingstoestand bij bijna de helft en het verbeteren van klinische parameters bij bijna eenderde.

Voor driekwart van de patiënten is een behandelplan opgesteld. In de thuiszorg wordt het vaakst een behandelplan opgesteld. In het behandelplan zijn de onderwerpen die aan de orde moeten komen weergegeven. Het vaakst wordt aangegeven dat tijdens de behandeling algemene informatie moet worden gegeven over de gewenste voeding, eventueel in relatie tot de huidige voeding, of tot ziekte en gezondheid. Minder vaak wordt aangegeven dat de behandeling informatie moet bevatten over de specifieke uitvoering van het dieet.

4.2.6 Wat gebeurt er tijdens de behandeling van patiënten?

Patiënten bezoeken hun diëtist gemiddeld 3,6 keer, driekwart van de behandelingen bestaan uit 4 of minder bezoeken aan de diëtist. Gemiddeld neemt een consult 22 minuten in beslag. De gemiddelde totale consultduur is ruim een uur, variërend van gemiddeld 60 minuten voor patiënten met een stoornis van de lipidenstofwisseling tot 80 minuten voor patiënten met overgewicht. Patiënten in de vrije vestiging kennen de langste consultduur, gemiddeld 2 uur en een kwartier. Het gaat hierbij vaak om patiënten met overgewicht.

Tussen de doelen in het behandelplan en de doelen die tijdens de consulten aan de orde zijn geweest is grote overeenstemming. Wel komt tijdens de consulten kennisverandering wat vaker aan de orde dan in het behandelplan was voorgenomen, terwijl het behoud van het voedingspatroon op de langere termijn minder vaak aan de orde blijkt te komen. Het klachtenvrij maken komt ook relatief weinig aan de orde. Opmerkelijk is de fasering van de doelstellingen in de begin-, tussen- en eindfase van de consulten. In de beginfase is kennisverandering verreweg het belangrijkste doel. In de eindfase komt dit doel net zo vaak voor als het vergroten van vaardigheden en het behoud van het voedingspatroon op de lange termijn.

Het overzicht van de informatie die tijdens de consulten wordt gegeven geeft een vergelijkbaar inzicht. Er wordt vaker algemene voedingsinformatie, bijvoorbeeld over het belang of de inhoud van het dieet, gegeven dan in het behandelplan was voorgenomen, terwijl informatie over de toepassing van deze informatie iets minder vaak wordt gegeven dan was voorgenomen. In consulten uit de beginfase wordt vooral 'algemene' informatie gegeven, terwijl in consulten uit de eindfase vooral ingegaan wordt op de toepassing van deze 'algemene' informatie.

4.2.7 Hoe wordt de behandeling van patiënten afgesloten?

Bij tweederde van alle geregistreerde patiënten is het doel van kennisverandering en inzichtvermeerdering gerealiseerd. Het vergroten van de vaardigheden is bij meer dan de helft van de patiënten geslaagd. Minder vaak zijn de doelen bereikt van attitudeverandering en het behoud van het voedingspatroon op de lange termijn. Klachtenvermindering, het op peil houden van de voedingstoestand en het verbeteren van de klinische parameters is bij de helft van de patiënten bereikt.

Na de registratieperiode van een half jaar, de duur van het huidige onderzoek, wordt één op de vijf behandelingen voortgezet, vooral in de vrije vestiging. Ongeveer één op de vijf behandelingen wordt voortijdig afgebroken en één op de tien patiënten wordt doorgewezen naar een andere diëtist.

Succesvolle afronding komt het meest voor bij patiënten met ziekten van het spijsverteringsstelsel en hart vaatstelsel en ondergewicht. Patiënten met overgewicht kennen het minst vaak een gunstige afronding van de behandeling. De behandeling van patiënten met stoornissen van de lipidenstofwisseling en overgewicht wordt het vaakst gestaakt.

4.2.8 Enkele kanttekeningen bij de gevolgde werkwijze

In het onderzoek naar de plaats van de diëtist in de nederlandse gezondheidszorg, uitgevoerd met een enquête, is ernaar gestreefd uitspraken te doen die representatief zijn voor de diëtist werkzaam in de nederlandse gezondheidszorg. Voor de werving van respondenten is gebruik gemaakt van een tweetal steekproefkaders: dat van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid en dat van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten. De respons op de vragenlijst was hoog (87%). Hierdoor kan ervan uitgegaan worden dat de gegevens uit dit onderzoek representatief zijn voor de nederlandse diëtist. In het onderzoek naar de functie van de diëtist, uitgevoerd met een registratieformulier, is ernaar gestreefd uitspraken te doen die representatief zijn voor de patiënten van de diëtist werkzaam in de nederlandse gezondheidszorg. Daartoe zijn patiëntengegevens geregistreerd uit de 4 grootste werkvelden waar diëtisten werkzaam zijn. Meer dan 90% van de in de nederlandse gezondheidszorg werkzame diëtisten werken in deze 4 werkvelden (Zie tabel 3.1). Ook de verworven aantallen patiëntenregistraties voldoen aan de eis dat per werkveld van minimaal 200 patiënten. Door de gewogen combinatie van de patiëntengegevens uit deze 4 werkvelden zijn de resultaten representatief voor de patiëntenpopulatie van 90% van de nederlandse diëtisten.

Dit onderzoek is gebaseerd op rapportages door diëtisten. Zij zijn vanzelfsprekend de belangrijkste bron van informatie over hun eigen werkzaamheden. Maar, een dergelijke gegevensverzameling heeft zijn beperkingen. Zeker daar waar het gaat om mogelijk sociaal wenselijke antwoorden is het risico niet uitgesloten dat onjuiste of onvolledige informatie is gegeven. Sociale wenselijkheid kan bijvoorbeeld mee hebben gespeeld bij het beantwoorden van vragen op het gebied van het werken met protocollen, het volgen van na- en bijscholing, het lezen van vakbladen en het rapporteren aan verwijzers. Sociale wenselijkheid kan ook hebben meegespeeld bij de beoordeling van de uitkomsten van de behandelingen en de rapportage hierover aan de verwijzers.

De andere vragen in dit onderzoek refereren aan zo concreet mogelijke fenomenen of aan de houding van de diëtist. Met name in het registratie-onderzoek is getracht zo nauw mogelijk aan te sluiten bij de gangbare routines in de praktijk van de diëtist en te vragen naar zo concreet mogelijke informatie. Dit type informatie is relatief ongevoelig voor een vertekening in de rapportage.

Op enkele punten bleek het mogelijk een vergelijking te maken tussen gegevens uit de enquête en de patiëntenregistratie, omdat in beide onderzoeken dezelfde onderwerpen aan bod kwamen. Deze vergelijking is niet volmaakt, omdat in het enquête-onderzoek de diëtist als uitgangspunt is genomen en in het registratie-onderzoek de behandeling van één patiënt. Beide gegevensverzamelingen zijn verder onafhankelijk van elkaar

uitgevoerd, omdat beide gebaseerd zijn op twee onafhankelijk van elkaar getrokken steekproeven.

De resultaten uit beide gegevensverzamelingen blijken grote overeenkomsten te vertonen. Cijfers over de verwijzers van patiënten komen redelijk goed met elkaar overeen, waarbij dezelfde verschillen tussen werkvelden worden gevonden. De mate waarin op verwijzing gewerkt wordt en verschillen hierin tussen werkvelden komen ook overeen tussen beide onderzoeken. Tot slot is de informatie over de mate waarin aan verwijzers wordt gerapporteerd in hoge mate consistent tussen beide gegevensverzamelingen. Dus, daar waar het mogelijk was om een vergelijking te maken tussen de resultaten van beide gegevensverzamelingen, is sprake van grote overeenkomst, wat een indicatie is voor de betrouwbaarheid van de gegevensverzameling.

In de rapportage van de onderzoeksgegevens in dit rapport is met nadruk getracht een beeld te schetsen van de totale groep diëtisten die werkzaam is in de gezondheidszorg. Daarnaast worden gegevens gepresenteerd van de vier grootste werkvelden. Van een andere detaillering, zoals het diep ingaan op de verschillen tussen de klinisch werkzame diëtist en de poliklinisch werkzame diëtist, of de diëtisten werkzaam in academische ziekenhuizen, werd afgezien, omdat dit zou leiden tot een al te gefragmenteerde presentatie van informatie.

4.3 Conclusies

4.3.1 Een brede range van morbiditeitscategorieën

De behandeling van de diëtist heeft betrekking op enkele van de hoog prevalentie ziektebeelden, zoals beschreven in de VTV (RIVM, 1993), namelijk diabetes mellitus, ziekten van het hart- vaatstelsel en stoornissen van de lipidenstofwisseling en het aan veel klachten ten grondslag liggende fenomeen van overgewicht. Daarnaast komen ziekte-categorieën zoals ziekten van het spijsverteringsstelsel en ondergewicht veel voor.

Het werk van de diëtist kent dus een brede range van morbiditeitscategorieën. Aan de ene kant ziektebeelden waarbij de behandeling in het licht staat van preventie van welvaartsziekten en aan de andere kant ziektebeelden waarbij de behandeling meer gericht is op genezing en herstel. Deze twee uitersten zijn niet gelijk verdeeld over de verschillende werkvelden.

Overgewicht en stoornissen van de lipidenstofwisseling worden voornamelijk behandeld door de extramurale diëtist. Ziekten van het spijsverteringsstelsel en ondergewicht worden voornamelijk behandeld door de intramurale diëtist. Diabetes mellitus en ziekten van het hart-vaatstelsel komen voor onder de patiënten van de intramurale en de extramurale diëtist. Een vergelijking tussen de poliklinische werkzame diëtist en de klinisch werkzame diëtist laat zien dat de patiëntkenmerken van de poliklinisch werkzame diëtist veel weg hebben van die van de diëtist in de thuiszorg. De uitzondering is dat diabetes mellitus veel vaker voorkomt in de polikliniek dan bij de extramuraal werkende diëtist.

In het werk van de extramuraal werkzame diëtist en de poliklinisch werkzame diëtist ligt het accent op preventie. In de VTV (RIVM, 1993) wordt groot belang gehecht aan de preventie van welvaartsziekten, een belang dat toeneemt doordat de prevalentie van de betreffende ziektebeelden ook toeneemt. In het werk van de intramuraal werkzame diëtist ligt het accent vooral op genezing en herstel. Dit wordt bijvoorbeeld weerspiegeld in het feit dat de patiënten van de intramuraal werkzame diëtist vaker lichame-

lijke klachten hebben, terwijl de intramurale diëtist vaker als doel stelt het bereiken van een voeding gericht op het oplossen van of omgaan met acute klachten.

De nederlandse diëtist verricht zijn werkzaamheden op het continuüm van preventieve tot curatieve zorg. Waar, op dit continuüm, hij zijn werkzaamheden verricht is dus afhankelijk van de lokatie waar de diëtist werkzaam is.

4.3.2 De relatie met verwijzers

De relatie met verwijzers is van groot belang voor de diëtist. Ten eerste is de verwijzing een belangrijke informatiebron voor de diëtist voor het vaststellen van de behandeling. Daarnaast zorgt een verwijzer voor het contact met een cliënt. In dit licht is het opmerkelijk dat in 15% van de behandelingen van een diëtist sprake is van een behandeling zonder verwijzing. Dit betekent dat de grote meerderheid van de patiënten van de diëtist worden behandeld op verwijzing. Een vergelijking van dit cijfers met andere beroepsgroepen is moeilijk te maken, omdat er grote verschillen zijn tussen de werkwijze van deze beroepsgroepen die van invloed zijn op dit cijfer. Binnen de fysiotherapie wordt een kleinere groep patiënten (3%) zonder verwijzing behandeld (Saris, 1992). Het percentage van 15% geldt overigens niet voor alle diëtisten. Ongeveer een derde van de behandeling in de vrije vestiging en het verpleeghuis vindt plaats zonder verwijzing. Zonder een verwijzing ontbreekt niet alleen de legitimering tot behandeling, maar ontstaat de ongewenste situatie dat een diëtist zelf moet vaststellen wat de gewenste behandeling is, terwijl de essentie van het probleem, weergegeven door de diagnose, onbekend is.

Opmerkelijk is dat bij 6% van de behandelingen sprake is van consultatie van de diëtist door een verwijzer. Onder consultatie wordt doorgaans verstaan dat de ene hulpverlener, in dit geval een verwijzer, een beroep doet op de specifieke deskundigheid van een andere hulpverlener, en de informatie van deze andere hulpverlener gebruikt bij het vaststellen van een diagnose. Op dit punt wordt door verwijzers met een zekere regelmaat een beroep gedaan op de specifieke deskundigheid van de diëtist.

De prioriteit die de diëtisten geven aan de samenwerking met andere hulpverleners is laag, met name bij de vrijgevestigde diëtist. Deze lage prioriteit wordt weerspiegeld in de mate waarin terugrapportage plaats vindt. Over tweederde van de relevante behandelingen aan de verwijzer wordt gerapporteerd en na afloop van de behandeling wordt slechts in 30% van de gevallen gerapporteerd. Dit draagt niet bij aan een goede samenwerkingsrelatie tussen de diëtist en de verwijzers. Ook wanneer een behandeling van de diëtist door de patiënt wordt afgebroken, is het van belang om hierover te rapporteren aan de verwijzer.

Het geringe belang dat aan samenwerking met andere hulpverleners wordt toegekend, en de geringe mate waarin na afloop van een behandeling wordt teruggerapporteerd leiden tot de aanbeveling in de toekomst meer aandacht te besteden aan de relatie van de diëtist met zijn verwijzers.

4.3.3 Kennis en attitude

Bij driekwart van de patiënten stelt de diëtist zich ten doel de kennis en het inzicht van de patiënt te vergroten. Tijdens de behandeling wordt het doel van kennisvermeerdering bij bijna driekwart van de patiënten inderdaad aan de orde gesteld, terwijl dit doel bij tweederde van de patiënten bereikt wordt. Bij tweederde van de patiënten stelt de diëtist zich ten doel de vaardigheden van de patiënt te vergroten. Het vergroten van vaardigheden komt minder vaak, dan voorgenomen aan de orde. Het aanleren van vaardigheden blijkt succesvol bij iets meer dan de helft van de patiënten. Veel minder vaak, bij ongeveer éenderde van de patiënten, stelt de diëtist zich ten doel de attitude

te veranderen. Dit komt ook weinig aan de orde tijdens de behandeling. Attitude verandering is succesvol bij iets minder dan de helft van de patiënten. Bij éénderde van de patiënten is het doel van de behandeling behoud van gedragsverandering op de lange termijn. Het behoud van gedragsverandering op de lange termijn is volgens de diëtist succesvol bij ongeveer éénderde van de patiënten.

De conclusie is gerechtvaardigd dat de diëtist zich vooral concentreert op de kennisoverdracht, en in mindere op een attitudeverandering en het behoud van een gedragsverandering op de lange termijn. Dit is opmerkelijk, omdat het effect van de behandeling van de diëtist voor de meeste patiënten zal liggen in een gedragsverandering van de patiënt. Dit geldt vooral bij behandelingen met een preventieve doelstelling, zoals bij diabetes mellitus, ziekten van het hart-vaatstelsel en stoornissen van de lipidenstofwisseling. Voor gedragsverandering is alleen kennisvermeerdering ontoereikend. Gedragsverandering is alleen mogelijk wanneer patiënten ook de noodzaak van deze gedragsverandering inzien. Dit betekent een noodzakelijke attitudeverandering. Daarnaast werkt een veranderd voedingspatroon alleen preventief wanneer dit veranderde voedingspatroon ook lang wordt volgehouden. Het verdient daarom aanbeveling om in de praktijk van de diëtetiek meer aandacht te besteden aan attitudeverandering en het behoud van gezond gedrag op de langere termijn. Het opvolgen van deze aanbeveling zal overigens een lastige zaak zijn, terwijl de resultaten hiervan ook beperkt zullen zijn. Zo geldt voor bijvoorbeeld de behandeling van overgewicht dat hierbij slechts in beperkte mate succes geboekt, ook bij die behandelingen of interventies waar met nadruk aandacht wordt besteed aan attitudeverandering en de preventie van terugvalgedrag.

4.3.4 Duur, inhoud en afronding van de consulten

De behandeling door een diëtist vindt voor driekwart van de patiënten plaats in maximaal vier zittingen. In deze vier zittingen wordt de het diëtistisch onderzoek gedaan en de behandeling uitgevoerd. In het begin van de behandeling ligt het accent vooral op het aan de patiënt duidelijk maken van de doelstellingen van de behandeling, terwijl op het einde van de behandeling het accent meer ligt op de toepassing en uitvoering van de behandeling door de patiënt. Tweederde van de patiënten weten, na afloop van de behandeling, voldoende over de doelstellingen en het belang van het dieetadvies. Meer dan de helft van de patiënten is het gelukt om voldoende vaardigheden voor het volgen van het dieet te verwerven. Bijna een derde (32%) van de behandelingen door de diëtist wordt binnen een periode van een half jaar succesvol afgesloten, 24% van de behandelingen wordt gestaakt door een ander dan de diëtist, en 10% wordt doorverwezen. Beschouwen we de verschillende morbiditeitscategorieën dan blijkt de behandeling van patiënten met ziekten aan het spijsverteringsstelsel, het hartvaatstelsel en ondergewicht relatief succesvol. Onder patiënten met overgewicht, diabetes mellitus, en stoornissen van de lipidenstofwisseling wordt minder succes gemeld. Behandelingen bij de meer klinische ziektebeelden blijkt dus succesvoller dan de behandeling bij ziektebeelden waarbij preventie van welvaartsziekten of secundaire complicaties voorop staat.

Een vergelijking van de uitkomsten van de behandeling door diëtisten in verschillende werkvelden geeft geen eenduidig beeld. Succesvolle afronding wordt ongeveer even vaak gemeld in het ziekenhuis, de thuiszorg en in het verpleeghuis.

In de thuiszorg en de vrije vestiging wordt relatief vaak melding gedaan van het afbreken van de behandeling door de patiënt. In veel gevallen gaat het hier om behandelingen met een preventief karakter. Een belangrijk kenmerk van een preventieve behandeling is dat patiënt weinig merkt van de effecten van de behandeling. Juist dit type behandelingen, waarvan de effecten voor de patiënt niet zichtbaar zijn, kent een hoge

mate van non-compliance, dat wil zeggen dat adviezen van hulpverleners niet worden opgevolgd. Het afbreken van de behandeling is een onderdeel van deze non-compliance: het is niet makkelijk een behandeling vol te houden waarvan de effecten onzichtbaar zijn. Dit betekent dat het van groot belang is dat diëtisten zoeken naar andere manieren van feed-back, om zo het probleem van non-compliance te verkleinen.

In de klinische setting, vooral het ziekenhuis, wordt de behandeling relatief vaak afgebroken doordat de patiënt buiten bereik van de diëtist komt, waarschijnlijk doordat de patiënt het ziekenhuis verlaat. Het afbreken van deze behandelingen is dus deels te verklaren door het ontbreken van continuïteit tussen het werk in de kliniek en het werk in de polikliniek of de extramurale diëtetiek. Het is aan te bevelen om te zoeken naar wegen om deze continuïteit te waarborgen.

4.5 Slot

Dit onderzoek naar de plaats en functie van de diëtist in de nederlandse gezondheidszorg heeft een grote hoeveelheid gegevens opgeleverd. Zo bestaat nu inzicht in de verwijsrelaties van de diëtist, de morbiditeitscategorieën van de patiënten van de diëtist, de duur van de behandeling, de doelstellingen van de behandeling, en de mate waarin, volgens de diëtist, behandelingen succesvol zijn.

Daarmee is de doelstelling van het voorzien in een brede beschrijving van de plaats en functie van de diëtist gerealiseerd. Enkele onderzoeksgegevens zijn nader belicht. Zo blijkt de diëtist vrijwel altijd te werken aan de hand van een verwijzing. Diëtisten blijken zich vooral in te zetten voor het verbeteren van kennis en inzicht bij de patiënt. Hierin lijken zij succesvol. Minder aandacht wordt gegeven aan attitude verandering en het behoud van gezond gedrag op de langere termijn. Gepleit wordt voor een grotere aandacht voor attitudeverandering en het behoud van gezond gedrag op de langere termijn. Tevens wordt gepleit voor meer aandacht voor het geven van feed-back aan patiënten waarbij de behandeling is gericht op preventie van welvaartsziekten en het versterken van de continuïteit van de diëtetiek in de kliniek naar de diëtetiek in de polikliniek en de extramurale diëtetiek. Hiermee geeft dit rapport wellicht ook aanzetten voor het, reeds door de diëtisten in gang gezette, proces van kwaliteitsverbetering van de diëtetiek.

LITERATUUR

- Adresboek verzorgings-, verpleeg-, ziekenhuizen en serviceflats in Nederland, Capelle a/d IJssel: VVZS, 1993.
- BARDOEL EAG, EDELBROEK-VAN SCHAIJK WEHM. Praktijkervaringen met het dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie, Nijmegen: Hogeschool Nijmegen, C.B.M., 1994.
- BRUIJN H, EDELBROEK-VAN SCHAIJK WEHM. Algemene standaard voor dieet behandeling door de diëtist, Hogeschool Nijmegen, Centrum voor beroepsinnovatie en methodiekontwikkeling, 1991.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch jaarboek 1995, 's-Gravenhage: CBS-publicaties, 1995.
- DRIESSEN MJ, DEKKER J. Ergotherapie in de Nederlandse gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL, 1994.
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. Beroepsuitoefening van diëtisten; verslag van een onderzoek 3-8 februari 1992, Rijswijk: GHI, 1993.
- HART-EERDMANS M 'T, HULLU A DE, INDEMANS C et al. Artsenwijzer diëtetiek, Leiden: AZL, 1994.
- Indemans CJG, Radder JK. Een protocollaire multidisciplinaire aanpak bij de behandeling van DM type II. Ned Tijdschr Diëtisten, 1991; 46(3); 60-62.
- MINISTERIE VAN WVC. Wet op de paramedische beroepen, Diëtistenbesluit, Zwolle: Tjeenk Willink, 1987.
- NVD. Beroepsprofiel diëtist; beroeps(opleidingsprofielen), NVD, 1991.
- PAAS GRA, FRIELE RD. Literatuuronderzoek naar de plaats en functie van de diëtist in de Nederlandse gezondheidszorg. Ned Tijdschr Diëtisten, 1995; 50; 118-121.
- RAAIJMAKERS MF, DEKKER J. Logopedie in de Nederlandse gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL, 1995.
- RIJKEN PM, HEUGTEN CM VAN, Dekker J. Brancherapport paramedische zorg, Utrecht: NIVEL, 1996.
- RIVM. Volksgezondheid toekomst verkenningen, Den Haag: RIVM, 1993.

SARIS WHM, PANNEMANS DLE. Multidisciplinaire benadering van overgewicht; resultaten van een onderzoek naar de effecten van multidisciplinaire benadering van overgewicht door twaalf huisartsen en zeven zelfstandig gevestigde diëtisten. Ned Tijdschr Diëtisten, 1992; 47(7); 158-163.

WENDEL J. Dieetbehandelingsprotocol bij hypercholesterolemie; cholesterol consensus NVD, Oss: NVD/NHS, 1989.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision, Geneva: WHO, 1992.

BIJLAGEN



BIJLAGE 1

ENQUÊTE VOOR HET ONDERZOEK 'PLAATS EN FUNCTIE VAN DE DIËTIST IN DE NEDERLANDSE GEZONDHEIDSZORG'.

(hier adressticker van diëtist plakken)

Indien u vragen heeft over de enquête kunt u contact opnemen met Ir. Gerlinde R.A. Paas, bereikbaar van dinsdag tot en met vrijdag, telefoon 030-319946.

De gegevens die worden verzameld, zullen strikt vertrouwelijk en met volledige waarborging van anonimiteit worden verwerkt. Voor ons is het belangrijk om na te kunnen gaan of u de enquête al heeft teruggestuurd. Daarom is op dit voorblad een adressticker met uw adres geplakt. Nadat wij uw enquête hebben ontvangen worden de persoonlijke gegevens vernietigd.

TOELICHTING OP DE ENQUÊTE

Lees deze toelichting goed door voordat u met het beantwoorden van de vragen begint.

Enkele gebruikte termen:

In de enquête worden de termen die in deze toelichting worden verklaard met een '*' gemarkeerd. De termen in de toelichting staan in alfabetische volgorde.

- **aanmelder:** iedereen die patiënten* naar u toestuurt, maar die niet gezien kan worden als een verwijzer*.
- **belangen behartiger:** iedereen aan wie u informatie verstrekt als deze informatie niet / niet alleen aan de patiënt* verstrekt kan worden, dus mensen zoals ouder, verzorger, voogd etc.
- **dieetadvies:** hieronder valt ook het voedingsadvies.
- **nieuwe patiënt:** persoon die naar u wordt verwezen voor een ziektebeeld, probleem of klacht, waarvoor u deze persoon het voorafgaande jaar nog niet hebt behandeld.
- **patiënt:** alle personen die zorg ontvangen van de diëtist, dus ook cliënt.
- **verwijzer:** personen die wettelijke bevoegd zijn patiënten* naar u te verwijzen, dus artsen, tandartsen of specialisten.

Beantwoording van de vragen

- Kruis bij de voorgestructureerde vragen één antwoord aan, tenzij anders staat vermeld.
- Wilt u bij vragen waar een streep (_____) staat, op deze streep de gegevens invullen die gevraagd worden? Indien de streep geplaatst is na een woord zoals 'namelijk', 'nl', 'te weten', dan kunt u in uw eigen woorden antwoord geven.
- Soms wordt gevraagd of u uw antwoord op een vijfpuntsschaal wilt weergeven. Bijvoorbeeld:
Hoe vaak registreert u patiëntgegevens m.b.v. een uniforme methode (zoals POR)?
bijna nooit bijna altijd

De rondjes bij deze vraag vormen een vijfpuntsschaal voor de beantwoording. Indien u het meest linkse rondje invult, dan geeft u aan dat u (bijna) nooit gebruik maakt van deze registratiemethode. Vult u het meest rechtse rondje in, dan zegt u dat u (bijna) altijd gebruik maakt van deze registratiemethode. Het middelste rondje geeft aan, dat u in ongeveer de helft van de gevallen volgens deze methode registreert. Het tweede rondje van links geeft weer dat u in minder dan de helft van de keren volgens deze methode registreert, maar vaker dan (bijna) nooit. Het tweede rondje van rechts geeft aan dat u meer dan de helft van de keren gebruik maakt van deze registratiemethode, maar niet (bijna) altijd.

- Vanaf pagina 4 wordt gevraagd om antwoorden te geven vanuit de praktijk/afdeling waar u het grootste aantal uren werkzaam bent. Indien u op twee plaatsen precies evenveel werkzaam bent, kies dan één praktijk/instelling waarvoor u de enquête invult!

Werkwijze

- let bij de beantwoording van de vragen op de cursief gedrukte toelichtingen
- lees de vraag en de antwoordmogelijkheden zorgvuldig door
- denk niet te lang na bij de beantwoording van de vragen
- vul alle vragen in (tenzij anders staat vermeld)

Wij verzoeken u de ingevulde vragenlijst zo spoedig mogelijk in bijgaande antwoordenvolp aan ons terug te sturen. U hoeft geen postzegel te plakken.

Hartelijk dank voor uw medewerking

DEEL A: UW ALGEMENE GEGEVENS

A1. Geboortedatum: ___ - ___ - 19 ___

A2. Geslacht: man vrouw

A3. In welk jaar heeft u uw diëtetiek opleiding afgerond? 19 ___

A4. Aan welke opleiding voeding en diëtetiek bent u afgestudeerd?

Amsterdam

Heerlen

Den Haag

Nijmegen

Groningen

Elders, namelijk in: _____

A5. In welk jaar bent u voor het eerst gaan werken als diëtist? 19___

A6. Hoeveel jaar werkervaring heeft u als diëtist? (zowel full-time als part-time jaren meetellen)

_____ jaar

A7. Heeft u in 1992, 1993 of 1994 relevante cursussen / opleidingen / bijscholingen gevolgd voor uw beroep als diëtist? (*geen symposia e.d.*)

nee

ja, namelijk:

| Onderwerp cursus | jaar |
|------------------|-------|
| 1 _____ | 19___ |
| 2 _____ | 19___ |
| 3 _____ | 19___ |
| 4 _____ | 19___ |

A8. Welke vaktijdschriften leest u regelmatig (*regelmatig is in ieder geval eens in de 3 maanden*)?

- Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten
- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
- Vlees in Voeding
- Voeding
- Voedingsmagazine
- Voeding en Voorlichting

Overige binnenlandse vakliteratuur,
namelijk: _____

Buitenlandse vakliteratuur,
namelijk: _____

A9. Bent u lid van een beroepsvereniging?

nee

ja, namelijk: NVD

VZFD

anders, te weten: _____

DEEL B: UW WERKSITUATIE

B1. Bent u momenteel werkzaam als diëtist?

(Hier ook 'ja' invullen indien u tijdelijk (bv. door ziekte, vakantie, zwangerschap) niet werkt en uw functie al dan niet door een collega waargenomen wordt.)

nee ja

B2. Zoekt u op dit moment (meer) werk als diëtist

nee

ja, ik ben nu werkloos, en zoek voor _____ uur per week werk als diëtist

ja, ik werk nu als diëtist, maar ik zoek nog voor _____ uur per week werk als diëtist (erbij)

ja, ik heb nu een andere betaalde baan, maar ik zoek (nog) voor _____ uur werk als diëtist

B3. Alleen invullen als u niet (meer) als diëtist werkzaam bent en ook geen werk zoekt als diëtist.

Ik zoek geen werk als diëtist want ik ben/doe:

ander betaald werk waarvoor geen opleiding voeding en diëtetiek wordt vereist

gepensioneerd/VUT/AOW

arbeidsongeschikt (AWWWAO)

(dag-)opleiding/studerend

huisvrouw/man

anders namelijk: _____

INDIEN U NIET (MEER) WERKZAAM BENT ALS DIËTIST, HOEFT U DEZE ENQUÊTE NIET VERDER IN TE VULLEN. U KUNT HET FORMULIER DAT U TOT HIER INGEVULD HEBT RETOUR ZENDEN. HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

**WILT U BIJ DE BEANTWOORDING VAN ALLE NU VOLGENDE VRAGEN UITGAAN VAN DE
INSTELLING/PRAKTIJK IN DE GEZONDHEIDSZORG WAAR U HET GROOTSTE AANTAL UREN WERKT?**

Welk soort instelling/praktijk is dat? (Indien u op twee plaatsen een gelijk aantal uren werkzaam bent, kies dan één van beide instellingen/praktijken en vul voor deze praktijk/instelling de vragenlijst in. Niet meer dan één instelling/praktijk aankruisen!)

- algemeen/categoriaal ziekenhuis klinisch
- algemeen/categoriaal ziekenhuis poliklinisch
- algemeen/categoriaal ziekenhuis zowel klinisch als poliklinisch

- academisch ziekenhuis klinisch
- academisch ziekenhuis poliklinisch
- academisch ziekenhuis zowel klinisch als poliklinisch

thuiszorg/kruiswerk organisatie

verpleeghuis

eigen praktijk

anders, nl _____

B4. Hoeveel uur per week verricht u betaald werk in de instelling/praktijk waarvoor u deze enquête invult? _____ uur per week

B5. Van welke dieetbehandelingsprotocollen maakt u gebruik? *meer antwoorden mogelijk*

geen

landelijke dieetbehandelingsprotocollen (bv. van de NVD of van Compliance Consult/P&K)

Hoeveel van deze protocollen gebruikt u? aantal _____ .

dieetbehandelingsprotocollen gemaakt door u zelf (eventueel samen met collega's)

Hoeveel van deze protocollen gebruikt u? aantal _____ .

dieetbehandelingsprotocollen die overgenomen zijn van collega's (dus niet door u ontwikkeld)

Hoeveel van deze protocollen gebruikt u? aantal _____ .

B6. Werkt u aan de hand van deze dieetbehandelingsprotocollen?

ja, ik volg ze strikt en evalueer mijn behandelingen regelmatig met collega diëtisten

ja, ik volg ze strikt

ja, ik houd ze in mijn achterhoofd

nee

Vul alle vragen in voor de instelling/praktijk waar u de meeste uren werkzaam bent!

B7. Welke handelingen worden door u zelf geautomatiseerd uitgevoerd: dat wil zeggen dat u zelf een computer gebruikt of een terminal bedient. (meer antwoorden mogelijk)

- geen
 tekstverwerken (brieven schrijven, voorbeelddagmenu uittypen etc.)
 persoonsgegevens patiënt* achterhalen (bv. via een netwerk)
 momenten achterhalen waarop patiënt* afspraken met hulpverleners heeft (bv. via het netwerk)
 achterhalen medische gegevens van patiënt* (statussen/ labwaarden etc., bv. via een netwerk)
 voedingsanamnese afnemen
 voedingsanamnese berekenen
 dieetvoeding berekenen
 registratie van gegevens van het diëtistisch consult (zoals geautomatiseerde POR)
 terugrapportage aan de aanmelder* of wettelijke verwijzer*
 communicatie met andere hulpverleners (bv. via E-mail)
 overig, namelijk

B8. Hoe registreert u de gegevens van uw patiënten*? (eerste en tweede onderdeel van deze vraag altijd invullen!)

| | (bijna) | | | (bijna) | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | nooit | | | altijd | |
| uniforme methode (zoals POR) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| eigen aantekeningen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anders, nl _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* deze term wordt verklaard in de toelichting

DEEL C: AANMELDERS* EN VERWIJZERS*

Vul alle vragen in voor de instelling/praktijk waar u de meeste uren werkzaam bent!

C1. Welke aanmelders* / verwijzers* hebben het afgelopen half jaar patiënten* naar u doorverwezen?

(Verwijzers / aanmelders* zijn alfabetische gerangschikt. Meer antwoorden mogelijk.)*

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> alg. chirurg | <input type="checkbox"/> internist | <input type="checkbox"/> reumatoloog |
| <input type="checkbox"/> allergoloog | soort internist _____ | <input type="checkbox"/> revalidatiearts |
| <input type="checkbox"/> anesthesist | <input type="checkbox"/> kaakchirurg | <input type="checkbox"/> schoolarts |
| <input type="checkbox"/> bedrijfsarts | <input type="checkbox"/> kinderarts | <input type="checkbox"/> uroloog |
| <input type="checkbox"/> cardioloog | <input type="checkbox"/> KNO-arts | <input type="checkbox"/> verpleeghuisarts |
| <input type="checkbox"/> consultatiebureauarts | <input type="checkbox"/> logopedist | <input type="checkbox"/> verpleging/verzorging |
| <input type="checkbox"/> dermatoloog | <input type="checkbox"/> longarts | <input type="checkbox"/> verzekeringsarts |
| <input type="checkbox"/> ergotherapeut | <input type="checkbox"/> neuroloog | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> fysiotherapeut | <input type="checkbox"/> orthopeed | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> gynecoloog | <input type="checkbox"/> psychiater | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> huisarts | <input type="checkbox"/> psycholoog | <input type="checkbox"/> _____ |

C2. Hoeveel nieuwe* patiënten worden per half jaar naar u doorverwezen?

_____ *(schatting van het aantal nieuwe* patiënten invullen)*

C3. Bij deze vraag gaat u uit van het aantal patiënten dat u in de vorige vraag heeft ingevuld.

Wilt u een schatting maken, welk deel van de nieuwe* patiënten door de verschillende soorten aanmelders* / verwijzers* naar u is doorverwezen?

- _____ aantal patiënten* dat via de huisarts is doorverwezen
- _____ aantal patiënten* dat via de verpleeghuisarts is doorverwezen
- _____ aantal patiënten* dat via een medisch-specialist is doorverwezen
- _____ aantal patiënten* dat via de tandarts(-specialist) is doorverwezen
- _____ aantal patiënten* dat via aanmelders* is doorverwezen

C4. Kunt u een schatting maken van het aantal verschillende aanmelders* / verwijzers* waar u per half jaar mee te maken hebt?

- _____ aantal huisartsen
- _____ aantal verpleeghuisartsen
- _____ aantal medisch specialisten
- _____ aantal tandarts (-specialisten)
- _____ aantal aanmelders*

* deze term wordt verklaard in de toelichting

Vul alle vragen in voor de instelling/praktijk waar u de meeste uren werkzaam bent!

C5. Behandelt u in uw praktijk alleen patiënten* waarvoor u een verwijfsbrief/ verwijfsformulier/ consultaanvraag van een verwijfer* (= arts, tandarts of specialist) hebt ontvangen?

- ja
 nee

C6. Indien u voor een patiënt* geen verwijfsbrief/ verwijfsformulier/ consultaanvraag van een verwijfer* hebt gekregen, hoe vaak zorgt u er dan voor dat u via een verwijfer* (=arts, tandarts of specialist) alsnog een verwijfing voor de patiënt* krijgt?

| (bijna) | | | | (bijna) |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| nooit | | | | altijd |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C7. Hoe vaak staan u de volgende gegevens bij de verwijfing ter beschikking (bijvoorbeeld op de verwijfsbrief of d.m.v. een medische status die u kunt inzien)

| | (bijna) | | | | (bijna) |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | nooit | | | | altijd |
| persoonsgegevens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| medische diagnose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| probleemdefinitie/reden verwijfing | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C8. In hoeverre vindt u de volgende verwijfsinformatie van belang voor uw werk?

| | niet van | | | van zeer |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | belang | | | groot belang |
| persoonsgegevens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| medische diagnose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| probleemdefinitie/reden verwijfing | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

* deze term wordt verklaard in de toelichting

Vraag C9 t/m C16 hebben betrekking op de periode gedurende¹ de behandeling (*rapportage aan de aanmelder* / verwijzer* na afloop van de behandeling valt hier niet onder!*)

vul alle vragen in voor de praktijk/instelling waar u de meeste uren werkzaam bent!

C9. Bij welk deel van uw patiënten rapporteert u de verwijzer*/aanmelder* gedurende¹ de behandeling? (*bv. rapportage na het eerste consult over de ingestelde behandeling*)

| bij (bijna) geen patiënt* | | | | | bij (bijna) iedere patiënt* |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C10. Hoe vaak vindt rapportage aan de verwijzer*/aanmelder* gedurende¹ de behandeling in de volgende vorm plaats

| | (bijna) nooit | | | | (bijna) altijd |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| mondeling (telefonisch, wandelgangen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schriftelijk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| geautomatiseerd (mail) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| teamoverleg | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C11. Komt het voor dat u gedurende¹ de behandeling van uw patiënten* overleg heeft met de aanmelder* / verwijzer*?

ja nee Zou u overleg met de aanmelder*/ verwijzer* gedurende¹ de behandeling wenselijk vinden? (*Alleen invullen als u 'nee' hebt ingevuld, en daarna doorgaan naar vraag C17*)

| ja, uiterst wenselijk | | | | | nee, niet gewenst |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C12. Bij welk deel van uw patiënten* hebt u gedurende¹ de behandeling overleg met de aanmelder*/ verwijzer*?

| bij (bijna) geen patiënt* | | | | | bij (bijna) iedere patiënt* |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¹ hierbij overleg en de terugrapportage na afloop van de behandeling **niet** meerekenen!

vul alle vragen in voor de praktijk/instelling waar u de meeste uren werkzaam bent!

C13. Hoe vaak vindt dit overleg gedurende¹ de behandeling gemiddeld plaats?

Ik heb gedurende¹ de behandeling van mijn patiënten² gemiddeld _____ keer contact met de aanmelders²/ verwijzer²

C14. (Bij deze vraag beide onderdelen invullen!) Hoe vaak wordt het initiatief tot overleg gedurende¹ de behandeling genomen door

| | (bijna) nooit | | | | (bijna) altijd |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| uzelf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| de aanmelder ² / verwijzer ² | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C15. Hoe vaak vindt het overleg met de aanmelder²/ verwijzer² gedurende¹ de behandeling in de volgende vorm plaats? (de eerste vier onderdelen van deze vraag altijd invullen!)

| | (bijna) nooit | | | | (bijna) altijd |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| mondeling (telefonisch, wandelgangen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schriftelijk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| geautomatiseerd (E-mail) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| teamoverleg | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C16. Hoe vaak heeft de inhoud van het overleg met de aanmelder²/ verwijzer² gedurende¹ de behandeling betrekking op

| | (bijna) nooit | | | | (bijna) altijd |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| persoonsgegevens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| medische diagnose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| probleemdefinitie/reden verwijzing | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verloop van de behandeling | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¹ Hierbij overleg en de terugrapportage na afloop van de behandeling **niet** meerekenen!

² deze term wordt verklaard in de toelichting

Vraag C17 t/m C24 hebben betrekking op de fase na de beëindiging van de behandelperiode en de terugrapportage

vul alle vragen in voor de praktijk/instelling waar u de meeste uren werkzaam bent!

C17. Bij welk deel van uw patiënten* rapporteert u de verwijzer*/aanmelder* na afloop van de behandeling? (bijvoorbeeld over het verloop en resultaat van de behandeling)

| bij (bijna) geen patiënt* | | | | | bij (bijna) alle patiënten* |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C18. Hoe vaak vindt rapportage aan de verwijzer*/aanmelder* na beëindiging van de behandeling in de volgende vorm plaats

| | (bijna) nooit | | | | (bijna) altijd |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| mondeling (telefonisch, wandelgangen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schriftelijk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| geautomatiseerd (mail) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| teamoverleg | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C19. Heeft u na beëindiging van de behandeling van uw patiënten* wel eens overleg met de aanmelder*/verwijzer*?

ja nee Zou u overleg met de aanmelder*/verwijzer* na beëindiging van de behandeling wenselijk vinden? (alleen invullen indien u 'nee' hebt ingevuld, daarna doorgaan naar vraag D1)

| ja, uiterst wenselijk | | | | | nee, niet gewenst |
|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C20. Bij welk deel van uw patiënten* vindt na beëindiging van de behandeling overleg plaats met de aanmelder*/verwijzer*?

| bij (bijna) geen patiënt* | | | | | bij (bijna) iedere patiënt* |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

* deze term wordt verklaard in de toelichting

vul alle vragen in voor de praktijk/instelling waar u de meeste uren werkzaam bent!

C21. Hoe vaak vindt dit overleg na afloop van de behandeling gemiddeld plaats?

Ik heb na afloop van de behandeling van mijn patiënten gemiddeld _____ keer contact met de aanmelders/ verwijzer*

C22. (Bij deze vraag beide onderdelen invullen!) Hoe vaak wordt het initiatief tot overleg na beëindiging van de behandeling genomen door

| | (bijna) | | | | (bijna) |
|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | nooit | | | | altijd |
| uzelf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| de verwijzer/aanmelder | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C23. Hoe vaak vindt het overleg met de verwijzer* na beëindiging van de behandeling in de volgende vorm plaats

| | (bijna) | | | | (bijna) |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | nooit | | | | altijd |
| mondeling (telefonisch, wandelgangen) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| schriftelijk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| geautomatiseerd (mail) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| teamoverleg | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

C24. Hoe vaak heeft de inhoud van het overleg met de aanmelder* / verwijzer* na beëindiging van de behandeling betrekking op:

| | (bijna) | | | | (bijna) |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | nooit | | | | altijd |
| persoonsgegevens | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| medische diagnose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| probleemdefinitie/reden verwijzing | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| verloop van de behandeling | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| effect van de behandeling | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

* deze term wordt verklaard in de toelichting

DEEL D: UW WERKZAAMHEDEN

D1. We willen inzicht krijgen in uw persoonlijke werkzaamheden in de praktijk waarvoor u deze enquête invult. Om dit na te gaan zijn hieronder een groot aantal werkzaamheden opgenomen die tot het takenpakket van diëtisten kunnen behoren. De werkzaamheden zijn verdeeld in tien groepen. Deze groepen hebben betrekking op:

- | | |
|---|------------------------------|
| - consulttypen | - vakkundigheids bevordering |
| - consult/patiënt werk | - onderwijs geven |
| - consult gerelateerd werk | - leiding geven |
| - overleg/vergaderingen ten bate van patiënten* | - administratie |
| - overig overleg | - overige werkzaamheden |

Met behulp van de rapportcijfers geeft u per groep aan welke werkzaamheden voor u persoonlijk het meest belangrijk zijn in uw instelling/praktijk. De cijfers die u kunt geven lopen van 1: 'deze werkzaamheid is voor mij in mijn instelling/praktijk totaal onbelangrijk' tot 10: 'dit is voor mij in mijn instelling/praktijk een uiterst belangrijke werkzaamheid'.

Het is voor het onderzoek van belang dat u door middel van de rapportcijfers verschil aanbrengt in het belang dat u aan de verschillende werkzaamheden hecht. We willen aan de hand van de rapportcijfers een volgorde kunnen ontdekken in het belang dat u aan bepaalde werkzaamheden hecht.

Nadat u alle werkzaamheden uit een bepaalde groep een rapportcijfer heeft gegeven, willen we graag van u weten hoeveel tijd u gemiddeld per week aan de werkzaamheden uit deze groep besteedt. In vraag B4 heeft u aangegeven hoeveel uur u per week betaald werk verricht. Bij de verwerking zal rekening gehouden worden met dit aantal uren. U kunt ook delen van uren invullen. Besteedt u eens per maand 1 uur aan vakkundigheidsbevordering, dan vult u in dat u 1/4 uur per week aan vakkundigheidsbevordering besteedt.

* deze term wordt verklaard in de toelichting

| 1. consulttype | belangcijfer |
|---|--------------|
| * Individueel spreekuur consult | _____ |
| * Consult aan bed | _____ |
| * Telefonisch consult | _____ |
| * Huisbezoek | _____ |
| * Groepsconsult | _____ |
| <i>Tijd besteed aan consulten in de groep 'consulttype'</i> | _____ uur |

| 2. consult/patiënt werk | belangcijfer |
|---|--------------|
| * Hulpvraag/verwachtingen van patiënt/belangenbehartiger inventariseren | _____ |
| * Patiënt/belangenbehartiger informeren over diagnose en behandelmogelijkheden | _____ |
| * Patiënt/belangenbehartiger wijzen op andere behandelingen (b.v. medicatie) | _____ |
| * Met patiënt/belangenbehartiger overleggen of diëtistische behandeling zinvol is | _____ |
| * Inzicht in voeding patiënt verkrijgen | _____ |
| * Patiënt/belangenbehartiger inzicht geven in aard/omvang van diëtistische hulp | _____ |
| * Overleg patiënt/belangenbehartiger over aanpassingen in voeding(-sgedrag) | _____ |
| * Patiënt/belangenbehartiger betrekken bij het opstellen van het behandelplan | _____ |
| * Overleg patiënt/belangenbehartiger over inhoud/werkwijze behandeling (behandelplan) | _____ |
| * Rekening houden met kosten bij opstellen behandelplan | _____ |
| * Overleg patiënt/belangenbehartiger bij wijziging doelstellingen van behandeling | _____ |
| * Samenhang ziektebeeld en dieetadvies uitleggen | _____ |
| * Patiënt/belangenbehartiger voorbeelddagmenu verstrekken | _____ |
| * Patiënt/belangenbehartiger leren variëren binnen het dieet | _____ |
| * Patiënt/belangenbehartiger stimuleren dieet zo zelfstandig mogelijk te volgen | _____ |
| * Met patiënt/belangenbehartiger verloop van behandeling evalueren | _____ |
| * Nagaan of doelen aan einde van behandeling zijn bereikt | _____ |
| * Nagaan of de patiënt/belangenbehartiger tevreden is over de behandeling | _____ |

| 3. consult gerelateerd werk | belangcijfer |
|---|--------------|
| * Ontbrekende verwijsgegevens/persoonsgegevens achterhalen | _____ |
| * Inzicht krijgen in medische geschiedenis | _____ |
| * Inzicht krijgen in dieetgeschiedenis | _____ |
| * Oorspronkelijke voeding van de patiënt berekenen | _____ |
| * Dieetvoeding berekenen | _____ |
| * Uitwerken voorbeelddagmenu/dieetadvies op papier zetten | _____ |
| * Uitwerken patiëntdossier | _____ |
| * Aanmelder/verwijzer tussentijds informeren over verloop behandeling | _____ |
| * Aanmelder/verwijzer informeren van resultaat van de behandeling | _____ |
| <i>Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'consult gerelateerd werk'</i> | _____ uur |

4. overleg/vergaderingen ten bate van patiënten*

- * In overleg met huisarts behandeling afstemmen op zijn/haar behandeling _____
 - * In overleg met verpleeghuisarts behandeling afstemmen op zijn/haar behandeling _____
 - * In overleg met medisch specialist behandeling afstemmen op zijn/haar behandeling _____
 - * In overleg met verpleging behandeling afstemmen op hun behandeling _____
 - * In overleg met _____ behandeling afstemmen op zijn/haar/hun behandeling _____
 - * Overleg met voedingsdienst over een patiënt* _____
- Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'overleg/vergaderingen t.b.v. patiënten'* _____ uur

5. overig overleg

- * Interdisciplinair werkoverleg _____
 - * Overleg met collega diëtisten van de eigen afdeling / praktijk _____
 - * Overleg met collega diëtisten van andere afdelingen / praktijken _____
 - * Contact onderhouden met voedingsdienst _____
- Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'overig overleg'* _____ uur

6. vakkundigheids bevordering

- * Volgen van na- en bijscholing _____
 - * Bezoeken symposia/congressen _____
 - * Het eigen handelen met collega's ter discussie stellen _____
 - * Bijhouden van vakliteratuur _____
- Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'vakkundigheidsbevordering'* _____ uur

7. onderwijs geven

- * Lesgeven _____
 - * Houden van lezingen _____
 - * Begeleiden van stagiaires _____
- Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'onderwijs geven'* _____ uur

8. leiding geven

- * Leiding geven aan collega diëtisten _____
- Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'leiding geven'* _____ uur

9. administratie (post e.d.)

- Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'administratie'* _____ uur

10. overige werkzaamheden

- * Aanmelder/verwijzer informeren over (on)mogelijkheden diëtetiek _____
 - * Resultaten bij patiëntgroepen met één ziekte nagaan _____
 - * Werkzaamheden evalueren (mbt ontwikkelen/continueren/afstoten) _____
 - * Ontwikkelen van voorlichtingsmateriaal _____
 - * Ontwikkelen van dieetbehandelingsprotocollen _____
- Tijd besteed aan de werkzaamheden in de groep 'overige werkzaamheden'* _____ uur

* deze term wordt verklaard in de toelichting

BIJLAGE 2

REGISTRATIEFORMULIER DIËTETIEK

Naam van de diëtist (van het eerste consult) en van de praktijk/instelling:

type werkplek:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> algemeen/categoriaalziekenhuis klinisch | <input type="checkbox"/> academisch ziekenhuis klinisch |
| <input type="checkbox"/> alg./cat. ziekenhuis poliklinisch | <input type="checkbox"/> acad. ziekenhuis poliklinisch |
| <input type="checkbox"/> thuiszorg/kruiswerk organisatie | |
| <input type="checkbox"/> verpleeghuis | |
| <input type="checkbox"/> eigen praktijk | |

nummer patiënt¹ (uw eigen patiënt nummer): _____

**Indien u vragen hebt over het registratie formulier kunt u contact opnemen met
Ir. Gerlinde R.A. Paas bereikbaar van dinsdag tot en met vrijdag, telefoon 030-319946.**

De gegevens die worden verzameld, zullen strikt vertrouwelijk en met volledige waarborging van anonimiteit worden verwerkt.

NA IEDER CONSULT HET SCHEMA OP DE LAATSTE PAGINA INVULLEN!

© NIVEL, 1994

¹ De term patiënt wordt verklaard in de toelichting. Het nummer van de patiënt wordt gevraagd zodat we bij onduidelijkheden over deze patiënt in staat zijn telefonisch nadere inlichtingen in te winnen. Indien u niet met de patiënt nummers wilt werken in verband met de privacy van de patiënt, dan is het vanzelfsprekend toegestaan om andere nummers te gebruiken, die alleen u op de patiënt kunt herleiden!

TOELICHTING OP HET REGISTRATIE FORMULIER

Lees deze toelichting goed door voordat u met het beantwoorden van de vragen begint.

Algemene informatie

Het registratie formulier bevat drie onderdelen: deel A 'anamnese en de diëtistische diagnose'; deel B 'behandeldoel en behandelplan'; en deel C 'evaluatie van de behandeling'.

De delen A en B worden ingevuld na afloop van het eerste consult. Deel C wordt ingevuld na afloop van het laatste consult van de behandeling, of een half jaar na het eerste consult.

Op pagina 11/12 wordt gevraagd een evaluatie van de afzonderlijke consulten te geven. Wilt u dit schema na afloop van ieder consult invullen?

Enkele gebruikte termen:

In dit registratie formulier worden de termen die in deze toelichting worden verklaard met een '*' gemarkeerd. De termen in de toelichting staan in alfabetische volgorde.

- **aanmelder:** iedereen die patiënten* naar u toestuurt, maar die niet gezien kan worden als een verwijzer*.
- **belangen behartiger:** iedereen aan wie u informatie verstrekt als deze informatie niet / niet alleen aan de patiënt* verstrekt kan worden, dus mensen zoals ouder, verzorger, voogd etc.
- **dieetadvies:** hieronder valt ook het voedingsadvies.
- **eerste consult:** dit bevat elementen als de anamnese, de diëtistische diagnose, doel van de behandeling en het behandelplan/voedingsbeleid. Met name in klinische/verpleeghuis situaties kan dit eerste consult uit meer dan één bezoek aan de patiënt bestaan.
- **nieuwe patiënt:** persoon die naar u wordt verwezen voor een ziektebeeld, probleem of klacht, waarvoor u deze persoon het voorafgaande jaar nog niet heeft behandeld.
- **patiënt:** alle personen die zorg ontvangen van de diëtist, dus ook cliënt.
- **verwijzer:** personen die wettelijke bevoegd zijn patiënten* naar u te verwijzen, dus artsen, tandartsen of specialisten.

Beantwoording van de vragen

- Kruis bij de voorgestructureerde vragen één antwoord aan, tenzij anders staat vermeld.
- Vul bij vragen waar een streep (_____) staat, op deze streep de gevraagde gegevens in.
- Soms wordt gevraagd of u uw antwoord op een vijfpuntsschaal wilt weergeven. Bijvoorbeeld:
Hoe vaak registreert u patiëntgegevens m.b.v. een uniforme methode (zoals POR)?
bijna nooit 0 0 0 0 0 bijna altijd
De rondjes bij deze vraag vormen een vijfpuntsschaal voor de beantwoording. Indien u het meest linkse rondje invult, dan geeft u aan dat u (bijna) nooit gebruik maakt van deze registratiemethode. Vult u het meest rechtse rondje in, dan zegt u dat u (bijna) altijd gebruik maakt van deze registratiemethode. Het middelste rondje geeft aan, dat u in ongeveer de helft van de gevallen volgens deze methode registreert. Het tweede rondje van links geeft weer dat u in minder dan de helft van de keren volgens deze methode registreert, maar vaker dan (bijna) nooit. Het tweede rondje van rechts geeft aan dat u meer dan de helft van de keren gebruik maakt van deze registratiemethode, maar niet (bijna) altijd.
- Bij de vragen A13, A21 en C1 wordt verwezen naar een rode codekaart. Bij de vragen A14, A22 en C2 wordt verwezen naar een gele codekaart. Deze kaarten zijn bijgevoegd.

Werkwijze

- let bij de beantwoording van de vragen op de cursief gedrukte toelichtingen
- lees de vraag en de antwoordmogelijkheden zorgvuldig door
- denk niet te lang na bij de beantwoording van de vragen
- vul alle vragen in (tenzij anders staat vermeld)

De diëtistische diagnose is gebaseerd op/ overgenomen uit de diëtistische diagnose zoals die wordt ontwikkeld door het CBM te Nijmegen.

DEEL A: DE ANAMNESE EN DE DIËTISTISCHE DIAGNOSE

Patiënt* gegevens

Het is de bedoeling dat voor iedere patiënt alle vragen uit onderdeel A 'patiëntgegevens' beantwoord worden, dus ook als u deze gegevens normaal gesproken nooit navraagt!*

A1. Geboortedatum: ___ - ___ - 19 ___

A2. Geslacht: man vrouw

A3. Moet bij de behandeling rekening worden gehouden met bepaalde bijzonderheden van de patiënt*/belangen behartiger*? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

de taal de de patiënt* spreekt is geen Nederlands maar _____

de patiënt* kan niet lezen

de religie van de patiënt* brengt bijzonderheden met zich mee, nl _____

de patiënt* is blind

de patiënt* is doof

de patiënt* is slecht ter been

anders, nl _____

A4. Verzekering van de patiënt*:

ziekenfonds

particulier

geen

onbekend

A5. Hoogst voltooide opleiding:

(nog) geen

lager onderwijs/ lager beroeps onderwijs

middelbaar onderwijs/ middelbaar beroepsonderwijs

hoger beroepsonderwijs/ wetenschappelijk onderwijs

A6. Oefent de patiënt* een betaald beroep uit?

n.v.t. (schoolgaand) kind/zuigeling

Ja

Nee, de patiënt*

is huisvrouw/huisman

is student

is met pensioen, VUT of krijgt AOW

is werkloos

is arbeidsongeschikt (AWW,WAO)

valt niet onder de drie vorige categorieën, maar: _____

A7. Woonvorm van de patiënt* (*woonvorm onder normale omstandigheden¹ invullen*):

thuiswonend

verzorgingstehuis/bejaardenhuis

verpleeghuis

anders namelijk: _____

A8. Leefsituatie (*leefsituatie onder normale omstandigheden¹ invullen*):

onbekend

alleenstaand

samenwonend met: (meer antwoorden mogelijk)

partner/echtgenoot

ouders

kinderen

anderen

ik weet niet met wie de patiënt* samenwoont

A9. Bereiding warme maaltijd (*invullen wie onder normale omstandigheden¹ de maaltijd bereidt*)

patiënt* bereidt voornamelijk zelf de warme maaltijd

de warme maaltijd wordt voornamelijk bereid door:

partner/huisgenoot/inwonende ouders/inwonende kinderen

instellingskeukens

anders namelijk: _____

¹ bij beantwoording van de vragen A7, A8, en A9 uitgaan van de situatie die voor de patiënt het meest gebruikelijk is. (Is iemand b.v. *tijdelijk* opgenomen in een instelling, dan deze vragen beantwoorden voor de normale thuissituatie.)

Gegevens van aanmelder* / verwijzer* (=arts, tandarts of specialist) en verwijzing

A10. Is de patiënt* door een verwijzer* (=arts, tandarts of specialist) naar u verwezen?

- ja
 in eerste instantie niet, maar ik heb via een verwijzer* alsnog een verwijzing verkregen.
 nee, de patiënt* is door een aanmelder* naar mij gestuurd
 nee, de patiënt* is op eigen initiatief bij mij gekomen
 nee, anders, nl _____

A11. Door welk soort aanmelder*/verwijzer* is deze patiënt* naar u verwezen? (*Verwijzers*/aanmelders* zijn alfabetische gerangschikt.*)

n.v.t.

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> alg. chirurg | <input type="radio"/> internist | <input type="radio"/> reumatoloog |
| <input type="radio"/> allergoloog | soort internist _____ | <input type="radio"/> revalidatiearts |
| <input type="radio"/> anesthesist | <input type="radio"/> kaakchirurg | <input type="radio"/> schoolarts |
| <input type="radio"/> bedrijfsarts | <input type="radio"/> kinderarts | <input type="radio"/> uroloog |
| <input type="radio"/> cardioloog | <input type="radio"/> KNO-arts | <input type="radio"/> verpleeghuisarts |
| <input type="radio"/> consultatiebureauarts | <input type="radio"/> logopedist | <input type="radio"/> verpleging/verzorging |
| <input type="radio"/> dermatoloog | <input type="radio"/> longarts | <input type="radio"/> verzekeringsarts |
| <input type="radio"/> ergotherapeut | <input type="radio"/> neuroloog | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> fysiotherapeut | <input type="radio"/> orthopeed | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> gynecoloog | <input type="radio"/> psychiater | <input type="radio"/> _____ |
| <input type="radio"/> huisarts | <input type="radio"/> psycholoog | <input type="radio"/> _____ |

A12. Verwijsdatum: ___ - ___ -19 ___

A13. *Welke ziektebeelden zijn door de verwijzer*/aanmelder* aan u doorgegeven, als reden voor het diëtistisch consult. U kunt deze ziektebeelden uit de verwijsbrief of uit b.v. de medische status halen. Bij deze vraag kunt u gebruik maken van de codes op de RODE codekaart. Indien het ziektebeeld niet op de kaart voorkomt, kunt u het hieronder toevoegen.*

codes: _____

anders, nl. _____

A14. *Welke PROBLEMEN, KLACHTEN OF ANDERE VERWIJSINDICATIES zijn door de verwijzer aan u doorgegeven, als redenen voor het consult van deze patiënt. Bij deze kaart kunt u gebruik maken van de GELE codekaart. Meerdere antwoorden mogelijk.*

codes: _____

anders, nl. _____

Gegevens afkomstig uit onderzoek diëtist (invullen voor zover bekend)

A15. Lengte patiënt* _ _ , _ _ _ meter

A16. Gewicht patiënt* (bij aanvang van de behandeling) _ _ _ _ kg

A17. Welke metingen/berekeningen hebt u verricht? (meerdere antwoorden mogelijk)

 geen huidplooiemeting skeletbouwmeting middel/heup ratio queteletindex berekening van de energiebehoefte anders, nl _____

A18. Van welke methodiek maakt u gebruik voor het maken van een inschatting van de voedselconsumptie? (meerdere antwoorden mogelijk)

 geen 24-uurs recall dietary history voedselfrequentie vragenlijst eetdagboek anders, namelijk _____

A19. Hebt u de voeding van de patiënt* bij aanvang van de behandeling berekend?

 nee nee, inschatting gemaakt ja, handmatig met de NEVO-tabel ja, met computer programma, nl _____ ja, anders, nl _____

A20. Welk soort medicijnen gebruikt de patiënt*? (invullen indien van toepassing)

 medicijnen die invloed hebben op effectiviteit van dieetadvies (bv. cholesterolsynteseremmers) medicijnen die eisen stellen aan de inhoud van het dieetadvies (bv. insuline)

A21. Met welke aanvullende ziektebeelden zult u tijdens de behandeling rekening houden? Gebruik de RODE codekaart. Indien het ziektebeeld niet op de codekaart staat, kunt u het zelf aanvullen.

 geen aanvullende ziektebeelden

codes: _____

anders, nl. _____

A22. Met welke aanvullende problemen, klachten of andere verwijzindicaties zult u tijdens de behandeling rekening houden, en van wie is de informatie hierover afkomstig? Gebruik de GELE codekaart. (Meerdere antwoorden mogelijk.)

 geen aanvullende klachten, problemen of andere verwijzindicaties

| codes | andere hulpverlener | van patiënt*/bel. behartiger | zelf |
|------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

* deze term wordt verklaard in de toelichting

A23. Met behulp van deze vraag willen we te weten komen wat de kenmerken van het dieet zijn, dat u de patiënt* voorschrijft. Van deze kenmerken willen we weten: 1) of de huidige voeding van de patiënt* voldoet aan deze dieetkenmerken; 2) of interventie door een diëtist met betrekking tot dit dieetkenmerk gewenst is. U hoeft deze twee onderdelen alleen in te vullen bij dieetkenmerken die u in de eerste kolom heeft aangekruist. *Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

| Welke omschrijving voldoet het best aan de gewenste voeding/het dieet (altijd invullen) | Voldoet huidige voeding op dit punt? | | Is een diëtistische interventie gewenst op dit punt? | |
|--|--------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| | ja | nee | ja | nee |
| <input type="radio"/> goede voeding ¹ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> adequate voeding ² | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> zorg op maat voeding ³ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Welke eisen worden aan de consistentie van de voeding gesteld (invullen indien van toepassing) | Is een diëtistische interventie gewenst op dit punt? | |
|---|--|-----------------------|
| | ja | nee |
| <input type="radio"/> vloeibaar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> gehomogeniseerd | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> gemalen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> enteraal per os | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> enteraal per sonde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> parentrale voeding | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Welke eisen worden gesteld aan het maaltijdenpatroon? (invullen indien van toepassing) | Voldoet huidige voeding op dit punt? | | Is een diëtistische interventie gewenst op dit punt? | |
|---|--------------------------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| | nee | ja | ja | nee |
| <input type="radio"/> aantal maaltijden, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> regelmaat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> tijdstippen maaltijden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

¹ Goede voeding: Een voeding die voldoet aan de richtlijnen goede voeding van de Nederlandse Voedingsraad. De voeding bevat dus niet alleen voldoende voedingsstoffen, maar voldoet ook aan preventierichtlijnen ten aanzien van welvaartsziekten.

² Adequate voeding: Een voeding die voldoende energie en voedingsstoffen levert om de voedingstoestand te handhaven maar die *niet* de richtlijnen goede voeding van de Nederlandse Voedingsraad ter preventie van andere doodsoorzaken omvat.

³ Zorg op maat voeding: Een voeding die primair gericht is op maximaal welbevinden en op het oplossen van of kunnen omgaan met klachten. Het voldoen aan de aanbevolen hoeveelheden zoals omschreven bij adequate voeding, is niet uitgesloten maar duidelijk niet het hoofddoel.

| Aan welke voedingsstoffen stelt de gewenste voeding eisen? (invullen indien van toepassing) | Geldt voor deze voedingsstoffen een verrijking, beperking, eliminatie of normalisatie ten opzichte van de aanbevolen hoeveelheden? | | | | Voldoet de huidige voeding op dit punt? | | | Is op dit punt een diëtistische interventie gewenst? | |
|--|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| | verrijking | beperking | eliminatie | normalisatie | goed | te veel | te weinig | ja | nee |
| - energie | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - eiwit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - vet: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - totaal vet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - verzadigd vet | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - koolhydraten | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - totaal | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - mono/disach | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - lactose | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - voedingsvezel | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - mineralen: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - natrium | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - kalium | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - fosfaat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - ijzer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - vitamines | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - vocht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| overig, nl: | | | | | | | | | |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Aan welke voedingsmiddelen stelt de gewenste voeding eisen? (invullen indien van toepassing) | Geldt voor deze voedingsmiddelen een verrijking, beperking, of eliminatie | | | Voldoet de huidige voeding op dit punt? | | | Is op dit punt een diëtistische interventie gewenst? | |
|---|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|
| | verrijking | beperking | eliminatie | goed | te veel | te weinig | ja | nee |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Welke andere eisen stelt het dieet aan de gewenste voeding (invullen indien van toepassing)

Voldoet de huidige voeding op dit punt aan de kenmerken van het dieet?

Is een diëtistische interventie op dit punt gewenst?

- ja
 nee

A24. Voldoen naar uw inschatting kennis/inzicht, houding en gedrag/vaardigheden van de patiënt* om het dieet te kunnen volgen op de volgende punten?

| | voldoet | | interventie gewenst | |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| | ja | nee | ja | nee |
| kennis/inzicht | | | | |
| in goede/gewenste voeding | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in relatie voeding en ziekte/gezondheid | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in verschil huidige en gewenste voeding | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| houding | | | | |
| erkennen noodzaak voor veranderen van de voeding | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| bereidheid tot veranderen voeding | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| gedrag/vaardigheden | | | | |
| in alledaagse situaties dieet volgen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in bijzondere situaties dieet volgen (vakantie etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| dieetadvies volgen bij mensen die dit niet ondersteunen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| voedingsvoorkeuren combineren met eisen van dieetadvies | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| adequaat omgaan met gevoel van honger en verzadiging | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| zorgen dat eten niet saai wordt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| binnen beschikbare budget het dieetadvies volgen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| goed voedingsgedrag op lange termijn behouden | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| anders, nl _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

A25. (Alleen invullen bij overgewicht) Welk type eter is de patiënt*?

- lijngerichte eter
- externe eter
- emotionele eter

A26. Heeft u met de patiënt*/belangen behartiger* overleg gehad over:

- de diagnose en de behandelmogelijkheden ja nee
- zinnigheid van de diëtistische behandeling ja nee
- andere behandelmogelijkheden ja nee
- het doel van de behandeling ja nee

A27. Besluit u deze patiënt* te gaan behandelen?

- ja (verder met deel B)
- nee, ik verwijs deze patiënt* terug naar de arts
- nee

(Dank u voor het invullen van het formulier. U kunt het tot hertoe ingevulde formulier naar het NIVEL zenden.)

DEEL B: DOEL VAN DE BEHANDELING EN BEHANDELPLAN/VOEDINGSBELEID

B1. Op welke van de volgende doelen is de behandeling gericht? *(Meerdere antwoorden mogelijk)*

- kennis en inzicht van de patiënt*/belangen behartiger* vergroten
- attitude van de patiënt*/belangen behartiger* veranderen
- vaardigheden van de patiënt*/belangen behartiger* vergroten om dieet te kunnen uitvoeren
- behoud van goed voedingsgedrag op de lange termijn
- patiënt* klachtenvrij maken
- patiënt* in een goede voedingstoestand brengen of houden
- klinische parameter verbeteren/op het juiste niveau brengen
- anders, nl _____

B2. Heeft u een behandelplan opgesteld?

- ja, niet in overleg met de patiënt*/belangen behartiger*
- ja, in overleg met patiënt*/belangen behartiger*
- nee *(doorgaan bij vraag B5)*

B3. Welke van de volgende elementen bevat het behandelplan? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- informatie over goede/gewenste voeding
- informatie over samenhang voeding en ziekte/gezondheid
- informatie over verschil tussen gebruikte en gewenste voeding
- informatie over noodzaak tot veranderen van voeding
- informatie hoe de patiënt* met het beschikbare budget het dieet kan volgen
- informatie over zelfstandig het dieet toepassen in alledaagse situaties
- informatie over zelfstandig het dieet toepassen in bijzondere situaties
- informatie hoe het dieet gevolgd kan worden bij mensen die dit niet ondersteunen
- informatie hoe voedselvoorkeuren gecombineerd kunnen worden met het dieetadvies
- informatie over variëren binnen het dieet
- informatie over het omgaan met gevoel van honger en verzadiging
- informatie of tips om het goede voedingsgedrag voor langere tijd te behouden
- anders, nl _____

B4. Heeft u bij het opstellen van het behandelplan van deze patiënt* rekening gehouden met:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| de behandeling van andere hulpverleners | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| de psycho-sociale achtergronden van de patiënt* | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| de kosten van het dieet | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| anders, nl _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

B5. Heeft u met de patiënt* afgesproken uit hoeveel consulten de totale behandeling zal bestaan?

- ja, de behandeling zal bestaan uit ___ consulten
- nee

B6. Heeft u met de patiënt*/belangen behartiger* een streefgewicht afgesproken?

- ja, het streefgewicht is _____ kg
- nee, maar voor deze patiënt is een gezond gewicht _____ kg

B7. Het kan (vnl in instellingen) voorkomen dat u een patiënt meer dan 1 keer ziet/bezoekt voordat u het eerste consult* heeft afgerond. Na hoeveel bezoeken heeft u het eerste consult* afgerond en het behandelplan/voedingsbeleid vastgesteld? _____ bezoeken

* deze term wordt verklaard in de toelichting

DEEL C: EVALUATIE VAN DE BEHANDELING *(invullen na afloop van het laatste consult of na een half jaar na het eerste consult)*

datum laatste consult: __ __ - __ __ - 19 __ __

 datum waarop u dit deel van het formulier invult: __ __ - __ __ - 19 __ __

C1. Zijn er tijdens de behandeling nieuwe ziektebeelden aan het licht gekomen die sterke invloed hebben gehad op het verloop van de behandeling?

 nee

 ja, nl. (gebruik rode codekaart) _____

C2. Zijn er tijdens de behandeling nieuwe klachten aan het licht gekomen die sterke invloed hebben gehad op het verloop van de behandeling?

 nee

 ja, nl (gebruik gele codekaart) _____

 C3. Wilt u aangeven welk van onderstaande mogelijkheden het beste aansluit bij het afsluiten/voortzetten van de diëtistische behandeling bij deze patiënt*? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 de behandeling wordt voortgezet i.v.m. ziektebeelden, klachten, problemen en overige verwijsindicaties die in het eerste consult bekend waren. Ik verwacht nog ____ consulten.

 De behandeling wordt voortgezet i.v.m. ziektebeelden, klachten, problemen en overige verwijsindicaties die tijdens de behandeling bekend zijn geworden. Ik verwacht nog ____ consulten.

De behandeling is afgesloten omdat:

 de patiënt is genezen

 een gunstig resultaat is bereikt

 het afgesproken aantal consulten bereikt is

 een te gering resultaat bereikt werd

 deze gestaakt werd door de patiënt*/belangen behartiger*

 deze gestaakt werd door de verwijzer*/aanmelder*

 de patiënt* is verwezen naar een diëtist werkzaam in:

 een (andere) zelfstandige praktijk

 een (andere) thuiszorg / kruiswerk instelling

 een (ander) ziekenhuis

 een (ander) verpleeghuis

 nl _____

 anders, namelijk _____

 C4. Aan welke personen heeft u teruggerapporteerd? *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 geen

 wettelijke verwijzer*

 aanmelder*

 andere hulpverlener(s)

 anderen, nl _____

 C5. Op welk moment heeft deze terugrapportage plaatsgevonden *(meerdere antwoorden mogelijk)*
 niet van toepassing

 na afloop van het eerste consult

 na afloop van de behandeling

 anders, nl _____

* deze term wordt verklaard in de toelichting

C6. In welke vorm heeft deze terugrapportage plaatsgevonden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- niet van toepassing
- mondeling (telefonisch, wandelgangen)
- schriftelijk
- geautomatiseerd (mail)
- structureel (team)overleg

C7. Kunt u aangeven in hoeverre u vindt dat de door u gestelde doelen bereikt zijn?

| | totaal niet | | | | volledig | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| kennis/inzicht vergroten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| attitude veranderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vaardigheden vergroten om dieet te kunnen uitvoeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| behoud van goed voedingsgedrag op de lange termijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| patiënt* klachtenvrij maken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| patiënt* in een goede voedingstoestand brengen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| klinische parameter verbeteren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anders, nl _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C8. Gewicht van de patiënt* aan het einde van de behandeling _____ kg

* deze term wordt verklaard in de toelichting

EVALUATIE VAN DE AFZONDERLIJKE CONSULTEN

Wilt u op de volgende pagina per consult aangeven:

- * de datum waarop het consult heeft plaatsgevonden
- * de initialen van de diëtist die het consult gehouden heeft
- * wat het consulttype is geweest (zie hiervoor het onderstaande schema)
- * hoeveel minuten het consult heeft geduurd
- * wat tijdens dit consult de hoofddoelen zijn geweest (maximaal 2 doelen per consult aangeven!!)
- * de belangrijkste stappen van het behandelplan, die tijdens dit consult aan de orde zijn geweest (maximaal 3 stappen aangeven!!)
- * of tijdens dit consult het verloop van de behandeling aan de orde is geweest

eerste consult*: is een eerste consult* in de behandeling van een nieuwe patiënt* (die in bepaalde situaties uit meer dan één contact met de patiënt*/belangenbehartiger* kan bestaan.

vervolgconsult: is ieder consult waarbij al gegevens van de patiënt* bekend zijn

Codes voor patiënten*/belangen behartigers* die op het spreekuur komen:

11 eerste consult*, spreekuurconsult

12 vervolgconsult, spreekuurconsult

13 vervolgconsult, dieetadvies wordt gewijzigd, spreekuurconsult

Codes voor patiënten* die aan bed worden bezocht:

21 eerste consult*, consult aan bed

22 vervolgconsult, consult aan bed

23 vervolgconsult, dieetadvies wordt gewijzigd, consult aan bed

Codes voor huisbezoeken aan patiënten*:

31 eerste consult*, huisbezoek

32 vervolgconsult, huisbezoek

33 vervolgconsult, dieetadvies wordt gewijzigd, huisbezoek

Codes voor telefonische consulten:

41 eerste consult*, telefonisch

42 vervolgconsult, telefonisch

43 vervolgconsult, dieetadvies wordt gewijzigd, telefonisch

| consult datum consult initialen diëtist | 1e | 2e | 3e | 4e | 5e | 6e | 7e | 8e | 9e | 10e |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| consulttype* (zie vorige pagina) | | | | | | | | | | |
| tijdsduur van het consult (in minuten) | | | | | | | | | | |
| Doelen (maximaal 2 per consult!) | | | | | | | | | | |
| kennis/inzicht vergroten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| attitude veranderen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vaardigheden vergroten om dieet te kunnen uitvoeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| behoud van goed voedingsgedrag op de lange termijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| patiënt* klachtenvrij maken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| patiënt* in een goede voedingstoestand brengen of houden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| klinische parameter verbeteren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anders, nl _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elementen uit het behandelplan (maximaal 3 per consult) | | | | | | | | | | |
| info. over goede/gewenste voeding | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. over samenhang voeding en ziekte/gezondheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. over verschil tussen gebruikte en gewenste voeding | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. over noodzaak tot veranderen van voeding | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. hoe patiënt* met beschikbare budget dieet kan volgen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. over zelfstandig dieet toepassen in alledaagse situaties | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. over zelfstandig dieet toepassen in bijzondere situaties | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. hoe dieet gevolgd kan worden bij mensen die dit niet ondersteunen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. hoe voedselvoorkeuren gecombineerd kunnen worden met dieetadvies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. over variëren binnen het dieet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. over omgaan met gevoel van honger en verzadiging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| info. of tips om goed voedingsgedrag voor langere tijd te behouden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| anders, nl _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| evaluatie (hokje aankruisen bij ieder consult als geëvalueerd is!) | | | | | | | | | | |
| evalueren verloop behandeling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

* deze term wordt verklaard in de toelichting

CODEKAART BIJ VRAAG A13, A21 EN C1
Overzicht ziektebeelden

- | | | |
|--|--|--|
| 1 Diabetes Mellitus | 7 Spijsverteringsstelsel | 10 Zwangerschap |
| 1.0 insuline afh. diabetes ¹ | 7.0 mond, speeksel, klieren en kaken | 10.1 bestaande hypertensie |
| 1.1 niet insuline afh. diabetes met dieet ² | 7.1 slokdarm, maag en duodenum | 10.2 zwangerschaps- hypertensie |
| 1.2 niet insuline afh. diabetes met tabletten ² | 7.1.0 oesofagitis | 10.3 zwangerschapsbraken |
| 1.3 niet insuline afh. diabetes insuline ² | 7.1.1 gastro-oesofagale reflux | 10.4 bestaande insuline afh. diabetes |
| | 7.1.2 hernia diafragmatica | 10.5 bestaande niet insuline afh. diabetes |
| | 7.1.3 ulcus ventriculi | 10.6 zwangerschapsdiabetes |
| | 7.1.4 ulcus duodenie | |
| 2 Overgewicht/vetzucht | 7.1.5 gastritis en duodenitis | 11 Nieuwvormingen (oncologie) |
| 2.0 door overmaat calorieën | 7.2 overige ziekten darmen | 11.0 zonder chemo/radiotherapie |
| 2.1 door geneesmiddelen | 7.2.0 ziekte van Crohn | 11.1 met chemo/radiotherapie |
| | 7.2.1 colitis ulcerosa | 11.2 met chirurgie |
| 3 Ondergewicht (-voeding) | 7.2.2 divertikelziekten | 11.3 alternatieve therapie |
| 3.0 eiwit/energie-ondervoeding | 7.2.3 irritable bowel syndroom | |
| | 7.2.4 constipatie | 12 Zenuwstelsel |
| 4 Voedingsdeficiënties | 7.2.5 functionele diarree | 12.0 ziekte van Alzheimer |
| 4.0 vitamine A | 7.2.6 coeliakie | 12.1 ziekte van Parkinson |
| 4.1 vitamine B | 7.2.7 malabsorptie door intolerantie koolhydraten, eiwitten, vetten (excl. 7.2.6 en 7.2.8) | 12.2 M.S. |
| 4.2 anemie van vitamine B12 | 7.2.8 lactose intolerantie | 12.3 A.L.S. |
| 4.3 vitamine C | 7.3 lever | 12.3 migraine |
| 4.4 vitamine D | 7.3.0 alcoholische leverziekte | 12.4 ander hoofdpijnsyndroom |
| 4.5 ijzergebreksanemie | 7.3.1 toxische leverziekte | |
| 4.6 calciumdeficiëntie | 7.3.2 leverinsufficiëntie | 13 Eetstoornissen |
| | 7.4 gal, galwegen, pancreas | 13.0 anorexia nervosa |
| 5 Stofwisselingsstoornis | 7.4.0 cholelithiasis | 13.1 bulimia nervosa |
| 5.0 van aminozuren | 7.4.1 cholecystitis | |
| 5.0.0 PKU | 7.4.2 acute pancreatitis | 14 Overige ziekten/aand. |
| 5.0.1 maple syrup disease | 7.4.3 pancreassteatorroe | 14.0 hypoglycemie |
| 5.1 van koolhydraten | 7.5 aandoeningen spijsverteringsstelsel na medische ingreep | 14.1 brandwonden |
| 5.1.0 glycogeen stapelingsziekten | 7.5.0 syndr. na maagchirurgie | 14.2 ademhalingsstelsel |
| 5.1.1 galactosemie | 7.5.1 short bowel syndroom | 14.3 ziekten door H.I.V. |
| 5.2 van lipiden | 7.5.2 slecht functionerend colostoma, euterostoma | 14.4 dementie |
| 5.2.0 lipoproteïne en overige lipidemieën | | 14.5 orgaantransplantatie |
| 5.3 van mineralen | 8 Hartvaatstelsel | 14.6 decubites |
| 5.4 cystische fibrose | 8.0 hypertensieve ziekten | 14.7 osteoporose |
| 5.4.0 met longverschijnselen | 8.1 hartdecompensatie | |
| 5.4.1 met darmverschijnselen | 8.2 cerebrovasculaire ziekten | |
| 5.4.2 met gecombineerde manifestaties | | |
| 6 Voedingsallergie / intolerantie | 9 Nieren/urinewegen | |
| 6.0 koemelkeiwit | 9.0 chron. nefritisch syndr. | |
| 6.1 kippe-eiwit | 9.1 nefrotisch syndroom | |
| 6.2 nikkel | 9.2 acute nierinsufficiëntie | |
| 6.3 salacylzuur | 9.3 chron. nierinsufficiëntie zonder dialyse | |
| 6.4 lactose | 9.4 chron. nierinsufficiëntie, peritoneaal dialyse | |
| 6.5 benzoëzuur | 9.5 chron. nierinsufficiëntie met haemodialyse | |
| 6.6 kleurstoffen | 9.6 nier en ureterstenen | |
| 6.7 additieven | | |
| 6.8 soja | | |

¹ brittle (instabiel), juveniele onset, met neiging tot ketose, type I, IDDM.

² met of zonder obesitas: adult/maturity onset, niet ketotisch, stabiel, type II, NIDDM, en niet insuline afh. op jonge leeftijd.

CODEKAART BIJ A14, A22 EN C2

algemene klachten

- 1 malaise en vermoeidheid
- 2 anorexie/verlies van eetlust
- 3 gewichtsverlies
- 4 gewichtstoename
- 5 groeiachterstand bij kinderen
- 6 angst om te eten

Maag/darmklachten

- 7 kauwproblemen
- 8 slikproblemen
- 9 passageklachten/obstructie
- 10 misselijkheid en braken
- 11 zuurbranden
- 12 oprispingen/boeren
- 13 spugen en rumineren
- 14 flatulentie
- 15 veranderingen in defaecatiepatroon
- 16 verandering in reuk en smaakzin

Overige verwijsindicaties

- 17 oedeem
- 18 acites
- 19 anurie
- 20 oligurie
- 21 polyurie

- 22 volume maaltijden/dagvoeding is te veel/oververzadiging
- 23 volume maaltijden/dagvoeding is te klein/hongergevoel
- 24 dorst
- 25 het eten smaakt de patiënt* niet
- 26 patiënt* heeft aversie tegen eten/bepaalde producten

- 27 voorbereiding maag/darm chirurgie
- 28 belastingstest
- 29 vetconstant dieet
- 30 parenterale voeding
- 31 enterale voeding per os
- 32 enterale per sonde
- 33 steriele/bacteriearme voeding

- 34 voedingsanamnese afnemen
- 35 aanvraag dieetkostenvergoeding
- 36 voedingsadvies bij sport
- 37 actualiseren dieetadvies
- 38 dieetadvies ivm nieuwe/vernieuwde medicatie

- 39 huidige voeding past niet bij leefstijl

BIJLAGE 3

Tabel 3.2a: Het percentage diëtisten dat van de genoemde zorgverleners in de eerste helft van 1994 patiënten verwezen heeft gekregen

| | Totaal (n=531) | Ziekenhuis (n=223) | Thuiszorg (n=60) | Verpleeghuis (n=131) | Vrijgevestigd (n=73) |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Verwijzers | % | % | % | % | % |
| <u>med specialist**</u> | <u>78.5</u> | <u>97.8</u> | <u>91.7</u> | <u>64.9</u> | <u>53.4</u> |
| internist | 69.7 | 88.8 | 81.7 | 59.5 | 39.7 |
| cardioloog | 54.6 | 68.2 | 71.7 | 55.7 | 23.3 |
| kinderarts | 47.5 | 62.3 | 68.3 | 42.7 | 13.7 |
| alg chirurg | 42.9 | 72.2 | 38.3 | 25.2 | 9.6 |
| gynecoloog | 35.4 | 63.2 | 26.7 | 19.8 | 5.5 |
| neuroloog | 33.5 | 64.6 | 15.0 | 16.8 | 1.4 |
| dermatoloog | 32.8 | 49.3 | 45.0 | 23.7 | 5.5 |
| longarts | 31.6 | 59.2 | 20.0 | 13.7 | 2.7 |
| orthopeed | 26.4 | 42.6 | 30.0 | 16.8 | 4.1 |
| reumatoloog | 21.8 | 32.3 | 25.0 | 17.6 | 6.8 |
| psychiater | 21.5 | 39.0 | 11.7 | 7.6 | 6.8 |
| uroloog | 18.5 | 39.9 | 3.3 | 4.6 | 1.4 |
| allergoloog | 16.9 | 13.0 | 33.3 | 23.7 | 11.0 |
| KNO-arts | 14.7 | 29.6 | 6.7 | 4.6 | 1.4 |
| kaakchirurg | 14.3 | 32.3 | 0 | 0.8 | 1.4 |
| revalidatiearts | 9.6 | 13.9 | 15.0 | 5.3 | 1.4 |
| anesthesist | 4.1 | 9.9 | 0 | 0 | 0 |
| geriater | 2.1 | 4.9 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |
| Huisarts | 53,5 | 11,2 | 95,0 | 76,3 | 94,5 |
| verpharts | 12,8 | 4,0 | 1,7 | 38,9 | 0 |
| afdelingsarts | 3,6 | 4,9 | 2,1 | 0,8 | 1,4 |
| tandarts | 0,4 | 0,4 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |
| Andere hulpverleners | | | | | |
| <u>soc geneesk</u> | <u>29.2</u> | <u>4.0</u> | <u>83.3</u> | <u>56.5</u> | <u>38.4</u> |
| consult.arts | 24.1 | 0.9 | 83.3 | 54.2 | 6.8 |
| schoolarts | 15.8 | 0 | 53.3 | 35.1 | 8.2 |
| bedrijfsarts | 13.0 | 2.2 | 28.3 | 23.7 | 20.5 |
| verz.arts | 2.6 | 0.9 | 6.7 | 1.5 | 8.2 |
| | | | | | |
| <u>paramedici</u> | <u>14.3</u> | <u>6.7</u> | <u>8.3</u> | <u>21.4</u> | <u>28.8</u> |
| fysiotherapeut | 11.1 | 3.1 | 8.3 | 16.0 | 27.4 |
| logopedist | 5.6 | 5.4 | 0 | 10.7 | 0 |
| ergotherapeut | 1.9 | 0 | 0 | 5.3 | 1.4 |
| | | | | | |
| <u>overige hulpv</u> | <u>48.4</u> | <u>50.7</u> | <u>45.0</u> | <u>54.2</u> | <u>20.5</u> |
| verpleg/verzorging | 39.7 | 39.5 | 38.3 | 53.4 | 1.4 |
| psycholoog | 12.4 | 18.8 | 8.3 | 6.1 | 12.3 |
| onderst pers | 0.9 | 0.4 | 1.7 | 0.8 | 1.4 |
| anderen | 3.2 | 1.3 | 1.7 | 3.1 | 9.6 |
| | | | | | |
| initiatief patiënt | 1.7 | 0 | 1.7 | 2.3 | 5.5 |
| alt genezer | 1.3 | 0 | 1.7 | 1.5 | 4.1 |

* De percentages tellen op tot meer dan 100%, omdat per diëtist meer 1 verwijzer of aanmelder kon worden genoemd.

** De onderstreepte cijfers hebben betrekking op een gehele categorie verwijzers of aanmelders.

Tabel 3.15b: Ziektebeelden van de patiënten van diëtisten

| | Totaal (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|---|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| H1 | | | | | |
| Infectieziekten/parasitaire en HIV gerelateerd | 0,3 | 0,4 | 0 | 0 | 0 |
| H2; | | | | | |
| Nieuwvormingen | 8,1 | 10,1 | 0,9 | 6,4 | 0,9 |
| H3; | | | | | |
| Bloed, immuunsysteem | 0,9 | 1,3 | 0,1 | 0 | 0,6 |
| H4; | | | | | |
| Endocrien, voedings- en stofwisselingsstoornissen | 58,7 | 56,9 | 77,2 | 55,0 | 55,5 |
| Diabetes Mellitus | 28,3 | 32,7 | 22,8 | 19,3 | 12,5 |
| type 1 | 10,3 | 12,5 | 1,6 | 9,2 | 0,6 |
| type 2 | 17,3 | 19,4 | 19,5 | 10,1 | 11,6 |
| Overgewicht/vetzucht | 19,1 | 16,0 | 49,4 | 9,6 | 39,1 |
| Ondergew./ondervoeding | 11,7 | 9,9 | 2,5 | 24,3 | 1,5 |
| Mineralen deficienties | 2,2 | 2,3 | 0,9 | 2,8 | 0,3 |
| Stofwisselingsstoornissen | 6,0 | 5,7 | 16,0 | 0,9 | 9,3 |
| Lipiden | 6,0 | 5,7 | 15,9 | 0,9 | 8,7 |
| H5; | | | | | |
| Psychisch, gedragsstoorn | 2,8 | 0,9 | 0,6 | 10,1 | 2,7 |
| Eetstoornissen | 0,5 | 0,6 | 0,6 | 0 | 2,7 |
| H6; | | | | | |
| Zenuwstelsel | 3,2 | 3,1 | 1,3 | 4,6 | 2,1 |
| H7; | | | | | |
| Oog en adnexen | 0,0 | 0 | 0,1 | 0 | 0 |
| H9; | | | | | |
| Hartvaatstelsel | 17,4 | 18,8 | 14,5 | 15,6 | 7,8 |
| H10; | | | | | |
| Ademhalingsstelsel | 6,2 | 8,2 | 1,9 | 2,8 | 0,6 |
| H11; | | | | | |
| Spijsverteringsstelsel | 18,0 | 20,4 | 7,8 | 17,0 | 7,8 |
| mond/speekselkl./kaken | 0,9 | 1,3 | 0 | 0 | 0 |
| slokd./maag/duodenum | 3,2 | 3,5 | 1,8 | 3,2 | 1,5 |
| overige darmen | 10,7 | 11,8 | 5,5 | 10,6 | 6,0 |
| lever | 1,2 | 1,7 | 0,1 | 0,5 | 0 |
| gal/galwegen/pancreas | 1,0 | 1,5 | 0,1 | 0 | 0,9 |
| aandoen. na med. ingr. | 2,5 | 2,8 | 0,6 | 2,8 | 0 |
| H12; | | | | | |
| Huid en subcutis | 0,2 | 0,3 | 0 | 0 | 0 |
| H13; | | | | | |
| Botspierstelsel, bindwvsl | 3,4 | 3,8 | 3,6 | 1,8 | 4,2 |
| H14; | | | | | |
| Urogenitaal stelsel | 5,6 | 7,0 | 1,5 | 4,1 | 0,6 |
| Nieren en urinewegen | 5,0 | 6,1 | 1,5 | 4,1 | 0,6 |
| H15; | | | | | |
| Zwangerschap, bevalling | 1,5 | 1,7 | 0,9 | 1,4 | 0,9 |
| Zwangerschap | 1,5 | 1,7 | 0,9 | 1,4 | 0,9 |
| H19; | | | | | |
| Letsel, uitw. oorzaak | | | | | |
| Voedingsallerg.-intoler | 2,9 | 3,1 | 5,5 | 0,5 | 5,4 |
| H20; | | | | | |
| Uitwendige oorzaken | | | | | |
| Brandwonden | 0,1 | 0,1 | 0 | 0 | 0 |
| Geen ziektebeeld op de verwijzing | 7,0 | 3,8 | 8,5 | 12,8 | 31,9 |

Percentages tellen op tot meer dan 100%, omdat per patiënt meer dan 1 ziektebeeld genoemd kan worden.

Tabel 3.21b: Percentage patiënten interventies gewenst zijn op het gebied van de kennis, houding en het gedrag van de patiënt

| | Geheel (n=1907) | Ziekenhuis (n=686) | Thuiszorg (n=668) | Verpleeghuis (n=218) | Vrijgevestigd (n=335) |
|--------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| kennis/inzicht in: | 71,8 | 75,8 | 81,4 | 50,9 | 87,5 |
| goede voeding | 59,6 | 62,8 | 67,7 | 42,7 | 72,8 |
| relatie voeding/ziekte | 48,3 | 54,5 | 41,3 | 31,2 | 52,5 |
| verschil met huidige voeding | 58,5 | 62,5 | 69,8 | 40,8 | 48,7 |
| houding: | 39,2 | 43,1 | 32,0 | 28,4 | 50,4 |
| erkennen noodzaak | 32,9 | 37,2 | 23,7 | 22,9 | 39,4 |
| bereidheid tot veranderen | 33,0 | 36,0 | 26,8 | 24,8 | 43,0 |
| vaardigheden: | 69,0 | 67,8 | 87,0 | 59,6 | 91,3 |
| alledaagse situaties | 45,4 | 44,9 | 57,2 | 37,6 | 63,9 |
| bijzondere situaties | 41,9 | 43,7 | 66,8 | 17,0 | 76,4 |
| dieet volgen zonder steun | 25,7 | 26,2 | 43,7 | 10,6 | 51,0 |
| combineren met voedingsvoorkeuren | 42,1 | 43,0 | 56,0 | 28,9 | 58,2 |
| omgaan met honger gevoel | 32,2 | 33,1 | 39,4 | 22,0 | 55,5 |
| eten niet saai | 32,2 | 34,0 | 39,2 | 20,6 | 43,6 |
| rekening houden met budget | 7,3 | 8,5 | 8,7 | 1,4 | 14,3 |
| dieet op lange termijn volhouden | 41,8 | 38,2 | 65,1 | 37,2 | 66,9 |

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

De effectiviteit getoetst van twee schriftelijke voorlichtingsmethoden ter ondersteunen van het diëtistisch consult bij hypercholesterolemie

Auteurs: G.R.A. Paas, R.D. Friele

Utrecht, NIVEL: 1994, 70 pag. fl. 23,50

Door de diëtisten in Nederland worden twee typen schriftelijk voorlichtingsmateriaal gebruikt ter ondersteuning van het consult bij mensen met een verhoogd cholesterolgehalte. De ene methode geeft van een groot aantal voedingsmiddelen de nutriëntsamenstelling weer. De andere methode geeft voedingsmiddelen weer ingedeeld in een drietal categorieën.

Empirische gegevens over welke methode het meest effectief is ter ondersteuning van het consult ontbraken tot nu toe. Daarom hebben de Nederlandse Hart Stichting en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding het NIVEL gevraagd te onderzoeken welke methode het meeste effectief is.

Het onderzoeksdesign was een veldexperiment met twee experimentele groepen en een controlegroep. De interventie bestond uit een tweetal diëtistische consulten ondersteund met één van de twee voorlichtingsmethoden.

Nagegaan is hoe de voorlichtingsmethode een verandering in de voedselconsumptie ondersteunt, het proces van de verandering ondersteunt, en of er verschil bestaat in effectiviteit voor groepen respondenten met verschillende achtergrondkenmerken.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek moet de conclusie worden getrokken dat beide voorlichtingsmethoden een verandering in de voedselconsumptie ondersteunen, maar dat de categorieënmethode op de korte termijn effectiever is dan de analysecijfermethode.

Brancherapport Paramedische Zorg

Auteurs: P.M.Rijken, C.M. van Heugten, J.Dekker

Utrecht: NIVEL 1995, 256 pag., fl. 42,50

Dit rapport bevat een overzicht van de momenteel beschikbare informatie over de paramedische zorg. Dit overzicht omvat de tien paramedische beroepsgroepen, te weten: Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënist, Oefentherapeuten - Cesar, Oefentherapeuten - Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten.

Het rapport bestaat globaal gezien uit twee delen. Het eerste deel bevat een samenvatting en integratie van de informatie over de gehele paramedische zorg. Het tweede deel bevat een overzicht van de paramedische zorg, waarbij elke beroepsgroep in een afzonderlijk hoofdstuk aan de orde komt. Per paramedische beroepsgroep komen de volgende onderwerpen aan de orde: korte omschrijving van het beroep, regulering en financiering, aanbod van zorg, vraag naar zorg, kwaliteit en doelmatigheid en ontwikkelingen en knelpunten.

Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg

Auteurs: M.J.Driessen, E.M. Sluijs, J. Dekker

Utrecht, 1995, 88 pag., fl. 17,50

Dit rapport bevat de eerste evaluatie van het 'Programma Ondersteuning Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg'. Het programma heeft als doel de paramedische beroepen te ondersteunen bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid. Het programma duurt 3 jaar van 1994 - 1997.

De stand van zaken op het gebied van kwaliteitsbeleid en de aanpak die hierbij wordt gevolgd wordt weergegeven. Ook wordt de bijdrage van het ondersteuningsprogramma hieraan geëvalueerd.