

Postprint Version	1.0
Journal website	http://www.nvdietist.nl/navigatie/frameset.asp?knop_id=10186439
Pubmed link	
DOI	

This is a NIVEL certified Post Print, more info at <http://www.nivel.eu>

Vier behandeluren niet voor alle groepen cliënten toereikend: Resultaten LiPZ-registratie 2006 en 2007 door vrijgevestigde diëtisten.

CHANTAL LEEMRIJSE¹, ILSE SWINKELS²

¹Projectleider van LiPZ

²Onderzoeker bij LiPZ

Sinds 1 januari 2005 is extramuraal dieetadviesing opgenomen in de reguliere ziektekostenverzekering. Deze adviesing is beperkt tot een maximum van vier behandeluren per cliënt per jaar. De LiPZ-registratie onder vrijgevestigde diëtisten geeft antwoord op de vraag voor welke cliënten deze vier behandeluren voldoende zijn en voor welke cliënten meer diëtistische begeleiding nodig is.

Sinds 2006 nemen diëtisten deel aan de LiPZ-registratie. LiPZ staat voor Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg; onder deze naam worden zorggerelateerde gegevens verzameld. Met behulp van deze gegevens kan het paramedisch zorgproces inzichtelijk worden gemaakt en kunnen effecten van beleidsmaatregelen worden gemonitord. LiPZ wordt gefinancierd door het ministerie van VWS en uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Aangesloten paramedische praktijken verzamelen gegevens over vijf elementen van het zorgproces: cliënt, verwijzing, diagnose, behandeling en evaluatie.

Aanleiding voor de deelname van diëtisten aan de LiPZ-registratie was de opname van de extramuraal dieetadviesing in de reguliere ziektekostenverzekering per 1 januari 2005.

De aanspraak op dieetadviesing werd daarbij beperkt tot maximaal vier behandeluren per persoon per kalenderjaar.

[KADER 1]

Om te bepalen of vier uur voldoende is, besloot VWS deze verandering te monitoren door middel van opname van vrijgevestigde diëtisten in het LiPZ-netwerk (zie kader). De resultaten hiervan zijn gepubliceerd in *Jaarboek LiPZ 2006 & 2007 Beroepsgroep diëtetiek*.¹

VRIJGEVESTIGDE DIËTISTEN IN LIPZ-NETWERK

Het LiPZ-netwerk voor diëtetiek bestond in 2006 en 2007 uit 22 vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. Omdat de software voor de thuiszorginstellingen in 2006 en 2007 nog niet gereed was, konden deze niet deelnemen aan de registratie.

De kenmerken van de 22 vrijgevestigde diëtisten in het LiPZ-netwerk zijn vergeleken met de kenmerken van 384 vrijgevestigde diëtisten uit de ledenlijst van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD).

Er waren geen significante verschillen wat betreft de regio waarin de diëtisten werkzaam waren, de mate van verstedelijking, specialisaties, leeftijd en jaar van afstuderen. De

diëtisten uit het LiPZ-netwerk lijken daarmee een kleine, maar representatieve steekproef te zijn van de populatie van vrijgevestigde diëtisten in Nederland die lid zijn van de NVD. De representativiteit wat betreft praktijkgrootte kon niet worden bepaald door het ontbreken van landelijke gegevens, maar de indruk bestaat dat binnen LiPZ de kleine praktijken oververtegenwoordigd zijn.

De gegevens werden verzameld met behulp van de reguliere praktijksoftware waar een LiPZ-module was ingebouwd. Deelnemende diëtisten kregen een training in het registreren met de LiPZ-module. Elke maand leverden ze de LiPZ-gegevens geautomatiseerd aan. Deze werden na een kwaliteitscontrole opgenomen in de centrale LiPZ-database. De rapportageperiode liep van januari 2006 tot en met december 2007.

EEN OP VIER CLIËNTEN: MEERVOUDIGE VERWIJSDIAGNOSE

In 2006 en 2007 werden in totaal 4634 cliënten aangemeld bij de LiPZ-praktijken. De gemiddelde leeftijd van deze cliënten was 46 jaar, het merendeel was vrouw en vooral middelbaar opgeleid. De vrijgevestigde diëtist zag relatief weinig jonge mensen en allochtonen. Dit laatste zou verklaard kunnen worden uit het feit dat in 2006/2007 nog geen praktijken uit één van de vier grote steden aan het LiPZ-netwerk deelnamen.

De meeste cliënten werden naar de vrijgevestigde diëtist doorverwezen via de huisarts, met als voornaamste reden overgewicht, gevolgd door diabetes mellitus (DM). Meer dan één op de vier cliënten had een meervoudige verwijstdiagnose, meestal overgewicht en DM of overgewicht en hypertensie.

De diëtist stelde bij iedere cliënt haar eigen diëtistische diagnose en daar werd in veel gevallen ook door de arts om gevraagd. Maar liefst 69% van de cliënten van de vrijgevestigde diëtist had als beroepsspecifieke diagnose overgewicht, en meer dan een kwart van de cliënten DM. Bij bijna de helft van de cliënten constateerde de diëtist meerdere diagnoses, waarbij de combinatie overgewicht en DM het frequentst voorkwam, gevolgd door overgewicht en hypercholesterolemie.

Indien relevant werd ook de BMI door de diëtist in kaart gebracht. Bij meer dan 80% van de gemeten volwassen cliënten duidde deze op een te hoog lichaamsgewicht.

De lichamelijke activiteit was bij verreweg de meeste cliënten gering. Bijna tien procent van de cliënten van de vrijgevestigde diëtisten uit het LiPZ-netwerk had psychiatrische problemen. Ongeveer een kwart van de cliënten werd eerder door een diëtist behandeld, van wie het merendeel voor dezelfde klacht.

MERENDEEL ZES OF MINDER BEHANDELCONTACTEN

De behandeldoelen die het frequentst door de vrijgevestigde diëtist werden aangegeven, waren het beïnvloeden van ziekte en aandoeningen, het aanleren van verandering ten aanzien van voeding en voedingsgedrag, en het geven van inzicht in persoonlijke factoren die relevant zijn voor het diëtistisch handelen. De verrichtingen die het meest werden uitgevoerd, zijn het informeren en instrueren van de cliënt, het vaststellen van een behandelplan, navragen, meten en testen.

In 2006 en 2007 kreeg ongeveer 80% van de cliënten zes of minder behandelcontacten per kalenderjaar. In 2006 ontving bijna 3% van de cliënten meer dan tien behandelcontacten en in 2007 bijna 4%. Bij 93% van de cliënten die in 2007 behandeld werden, is vier uur of minder besteed. Bij 7% van de cliënten werd meer dan vier uur diëtistische zorg besteed. Aan de groep cliënten met overgewicht werd gemiddeld meer tijd besteed (155 minuten) dan aan cliënten met een andere diagnose (131 minuten). De gemiddelde duur van de behandelingsperiode (periode vanaf de eerste tot en met het laatste behandelcontact) bedroeg vijftien weken, maar de variatie was erg groot (circa 13% van de cliënten kwam slechts eenmalig bij de diëtist en 22% van de cliënten was langer dan zes maanden onder behandeling).

Opvallend is dat bij het beëindigen van de zorg aan de cliënt meestal als reden werd genoemd dat de cliënt zelf besloot de behandeling te stoppen (45%). Ook werd vaak als reden opgegeven dat de doelen waren bereikt (36%) of dat de diëtist de behandeling beëindigde (13%). Uiteraard zal het beëindigen van de zorg in de meeste gevallen in onderling overleg gebeuren, waarbij de cliënt of de diëtist de beslissing neemt om de behandeling te beëindigen. Bij bijna de helft van de cliënten waarbij de zorg werd beëindigd, werden de doelen voor driekwart of meer bereikt. Bij één op de acht cliënten werden de doelen niet bereikt.

VIER BEHANDELUREN WEL OF NIET VOLDOENDE?

In 2007 werd bij 12% van de cliënten van de vrijgevestigde diëtist exact de maximale vier uur besteed, en bij 7% van de cliënten meer dan vier uur. Bij ruim 65% van de cliënten werd de beschikbare tijd door de diëtist als voldoende beschouwd.

Voor 28% van de cliënten had de diëtist liever meer tijd tot haar beschikking gehad. Een deel van deze cliënten kreeg ook nog een vervolgbehandeling. Van de cliënten die meer dan vier uur diëtistische zorg per kalenderjaar kregen, vergoedt veertig procent dit zelf. Het probleem van de vier uur per jaar wordt voor een deel wellicht ondervangen door de behandelcontacten over een langere periode te verdelen en de behandeling in een nieuw jaar voort te zetten.

[KADER 2]

Cliënten met overgewicht of 'binge eating disorders' hadden volgens de diëtist vaker te weinig aan vier behandeluren per kalenderjaar dan cliënten met een andere diagnose. Daarnaast was de zorg van vier uur per jaar bij cliënten met psychiatrische problematiek vaak niet genoeg. Ook bij cliënten die al eerder door de diëtist waren behandeld, had de diëtist vaker meer tijd willen besteden. Ten slotte waren vier behandeluren per jaar bij vrouwen vaker ontoereikend dan bij mannen. Van cliënten met voedselallergie werd verwacht dat vier behandeluren per jaar te weinig zou zijn, maar omdat er momenteel onvoldoende cliënten met voedselallergie in de LiPZ zitten, is hier geen uitspraak over te doen.

BEPERKINGEN IN DE REGISTRATIE

In de eindregistratie ontbreken veel gegevens. De twee belangrijkste oorzaken hiervan zijn dat de diëtisten de behandelingsperiode niet altijd afsluiten en daardoor de evaluatievragen niet invullen. Daarnaast verdwijnt een aantal cliënten uit beeld, doordat ze niet op hun vervolgspraak verschijnen; dan ontbreken voor deze cliënten de eindgegevens.

Voor deze problemen wordt naar een oplossing gezocht.

De nu beschikbare gegevens zijn alleen verzameld binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek. Om uitspraken te kunnen doen over de totale extramurale diëetadviesing in Nederland, moeten ook thuiszorginstellingen worden opgenomen in het LiPZ-netwerk. In 2008 is de eerste thuiszorginstelling begonnen met registreren.

VOORDELEN REGISTRATIENETWERK VOOR DIËTETIEK

Door middel van de registratie van gegevens door diëtisten in LiPZ wordt inzicht gegeven in de diëtistische zorgverlening.

Het LiPZ-netwerk is daarmee van belang voor individuele beroepsbeoefenaren, beroepsverenigingen en beleidsmakers.

Individuele beroepsbeoefenaren kunnen hun eigen handelen spiegelen aan de hand van LiPZ-gegevens. Beroepsverenigingen en beleidsmakers kunnen de gegevens gebruiken om het beleid in de komende jaren af te stemmen.

Zo is het de bedoeling dat in 2012 alle paramedische beroepsgroepen, waaronder de diëtetiek, vrij toegankelijk zijn.² De effecten van deze beleidsmaatregel kunnen in LiPZ worden gemonitord, zoals dat ook is gebeurd voor de directe toegang bij fysiotherapie.³⁻⁷ Het continue karakter van LiPZ maakt het bovendien mogelijk om trendmatige veranderingen in de geboden zorg waar te nemen. Tot slot biedt LiPZ de mogelijkheid om onderdelen van de kwaliteit van het handelen te toetsen. Transparantie van zorg en inzicht in de kwaliteit van het diëtistisch handelen zijn relevant in het kader van de concurrentie die kan ontstaan wanneer de vrije tarieven in de diëtetiek zijn doorgevoerd, niet alleen voor zorgverzekeraars, maar ook voor potentiële cliënten.

LITERATUUR

1. Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Veenhof C, Bakker de D. Jaarboek LiPZ 2006 & 2007 Beroepsgroep diëtetiek. Gegevensverzameling binnen vrijgevestigde praktijken voor diëtetiek, Utrecht, 2008. Het jaarboek is gratis te downloaden vanaf de LiPZ website: www.nivel.nl/lipz. Ook in druk te bestellen voor € 8,00.
2. Klink A. Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Den Haag, Ministerie van VWS.
3. Swinkels ICS, Leemrijse C. Directe toegang fysiotherapie populair. Gevolgen directe toegang voor de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut. *Fysiopraxis* 2006;15(11):24-9.
4. Leemrijse C, Swinkels ICS, de Bakker D. Meerderheid van de Nederlanders is bekend met directe toegang fysiotherapie. Utrecht: NIVEL, 2007.
5. Swinkels ICS, Leemrijse C. Gevolgen directe toegang voor de patiëntenpopulatie van de fysiotherapeut. *Tijdschrift Manuele Therapie* 2007;3(1):20-3.
6. Swinkels ICS, Leemrijse CJ, Veenhof C. Eén jaar directe toegang fysiotherapie. [One year of direct access to physical therapy.] *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie*, 2007;117(5):158-65.
7. Leemrijse CJ, Swinkels I, Veenhof C. Direct access to Physical Therapy in the Netherlands: Results from the first year in community based physical therapy. *Physical Therapy* 2008;88:936-46.

KADER

Kader 1

WAT IS LiPZ?

De Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg (LiPZ) is een landelijk representatief geautomatiseerd registratienetwerk van extramuraal werkzame reguliere fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck en diëtisten, waarin continu zorggerelateerde gegevens worden verzameld.

Maandelijks worden de LiPZ-gegevens, aangevuld met de standaard declaratiegegevens, geëxtraheerd uit de praktijkregistratie zonder daarbij privacygevoelige informatie mee te nemen. Vervolgens worden de gegevens elektronisch naar het NIVEL gestuurd

Kader 2

CENTRALE ONDERZOEKSVRAGEN LIPZ-REGISTRATIEDOOR DIËTISTEN

- Wat zijn de kenmerken van cliënten die worden verwezen naar een vrijgevestigde diëtist?
- Door welke medici en voor welke klachten/aandoeningen worden cliënten naar een vrijgevestigde Diëtist verwezen?
 - Wat is bekend over het ‘gezondheidsprobleem’ van de cliënt die verwezen wordt naar een vrijgevestigde diëtist?
 - Hoe ziet een diëtistisch behandelplan er uit in termen van behandeldoelen, welke verrichting(en) zijn uitgevoerd en wat is de omvang van de behandelperiode?
 - Wat is het resultaat van de behandeling?
- Toegevoegde vragen voor diëtisten in verband met de opname van extramurale dieetadvisering in de reguliere ziektekosten
 - Hoe ontwikkelt het aanbod van extramurale dieetadvisering zich?
 - Is een behandelomvang van maximaal vier uur per persoon per jaar toereikend, en zo niet, voor welke cliëntencategorieën is meer diëtistische begeleiding nodig?