



R 28

TNO-rapport

PG/B&G 2003.341

**Haalbaarheidsstudie Directe Toegankelijkheid
extramurale diëtetiek**

Divisie Bewegen en Gezondheid
Gorter gebouw
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
info-B&G@pg.tno.nl

TNO Preventie en Gezondheid
Gorter Bibliotheek

04 MEI 2004

Datum April 2004

Auteur(s) J. van Reeuwijk-Werkhorst
W.T.M. Ooijendijk
K. van Overbeek

Postbus 2215
2301 CE LEIDEN

Aantal pagina's 45
Aantal bijlagen 5
Opdrachtgever College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
Projectnummer 011.70006

Stamboeknummer

18.927

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2004 TNO

Auteurs:
J. van Reeuwijk-Werkhorst
W.T.M. Ooijendijk
K. van Overbeek

Projectnummer
011.70006

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/B&G 2003.341 .

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Diëtetiek in beeld	8
2.1	Achtergrondinformatie	8
2.2	Aantal diëtisten en werkvelden	9
2.3	Opleiding en opleidingseisen	9
2.4	Koepelorganisaties	10
2.4.1	Nederlandse Vereniging van Diëtisten	10
2.4.2	Diëtisten Coöperatie Nederland	10
2.5	Ontwikkelingen werk in de eerste lijn	11
2.6	Vraagstellingen haalbaarheidsonderzoek	11
2.7	Leeswijzer	11
3	Werkwijze	12
3.1	Dataverzameling en methoden	12
3.2	Definitie 'directe toegankelijkheid'	13
4	Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk en werkveld gerelateerd niveau	14
4.1	Inleiding	14
4.2	Houding van de NVD tegenover directe toegankelijkheid	14
4.2.1	Standpunt	14
4.2.2	Initiatieven en invulling van directe toegang	14
4.2.3	Voordelen voor werkveld en andere werkers in de zorg	15
4.2.4	Nadelen voor werkveld en andere werkers in de zorg	15
4.2.5	Categorieën wel of niet geschikt voor directe toegankelijkheid	15
4.3	Houding van de extramurale werkvelden tegenover directe toegankelijkheid	15
4.3.1	Standpunten	15
4.3.2	Initiatieven en invulling van directe toegang	16
4.3.3	Voordelen voor werkveld en andere werkers in de zorg	17
4.3.4	Nadelen voor werkveld en andere werkers in de zorg	17
4.3.5	Categorieën geschikt voor directe toegang	17
4.3.6	Categorieën niet geschikt voor directe toegang	18
4.4	Houding van andere partijen tegenover directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek	18
5	Kwaliteitseisen beroepsbeoefenaars	20
5.1	Inleiding	20
5.2	Kwaliteitsbeleid	20
5.3	Kwaliteitsregister	21
5.4	Netwerken specifieke deskundigheid	22
5.5	Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief	22
5.6	Voorwaarden en verantwoordelijkheden bij directe toegankelijkheid	23
6	Communicatie en registratie relevante gegevens	25
6.1	Inleiding	25
6.2	Communicatie tussen diëtist en cliënt	25
6.3	Communicatie tussen diëtist en huisarts	26
6.4	Communicatie tussen diëtist, huisarts en zorgverzekeraar	27

7	Stand van zaken en draagvlak voor directe toegankelijkheid.....	28
7.1	Inleiding	28
7.2	(Non-)respons.....	28
7.3	Kenmerken werksituatie.....	28
7.4	Huidige situatie bij directe toegankelijkheid.....	30
7.5	Toekomstige situatie bij directe toegankelijkheid.....	32
7.6	Voor- en nadelen van directe toegankelijkheid.....	34
7.7	Bijscholing	35
7.8	Rapportage	36
7.9	Draagvlak om mee te willen werken aan een pilot.....	36
8	Conclusies	37
8.1	Inleiding	37
8.2	Wenselijkheid directe toegankelijkheid	37
8.3	Kwaliteitseisen diëtisten.....	38
8.4	Communicatie en registratie relevante gegevens	38
8.5	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele diëtisten	38
8.6	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	39
9	Literatuur	40
	Bijlage(n)	
	A Vertegenwoordigers landelijke organisaties	
	B Vragenlijsten diëtisten verschillende extramurale werkvelden	
	C Deelnemers focusgroep interview	
	D Vragenlijst uitvoerend niveau	
	E Persbericht NVD Nieuws	

1 Inleiding

Vanuit het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is TNO Preventie en Gezondheid (TNO PG) benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid van een aantal zorgverleners. Het betreft oefentherapeuten Mensendieck en Cesar, Ergotherapeuten, Diëtisten, Logopedisten, Psychologen, Mondhygiënist en Tandprotheticci. Het betreft beroepen die momenteel doorgaans werken op verwijzing van huisartsen of tandartsen.

Uitgangspunt van de directe toegankelijkheid is dat verzekerden optimaal toegang dienen te hebben tot de benodigde zorg. In het kader van een doelmatige verzekering en financiering van de zorg, dient de verzekerde zo snel mogelijk en over zo weinig mogelijk "schijven" door het zorgstelsel naar de zorgverlener te worden geleid die deze benodigde zorg verleent. In theorie krijgt de patiënt daardoor niet alleen zo snel mogelijk de benodigde zorg, maar ook worden schaarse middelen efficiënt ingezet en wordt de communicatie tussen zorgverleners gestroomlijnd. Door onder meer veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod wijzigt de meerwaarde en daarmee de functie van elke "schijf" in het zorgstelsel met de tijd. Zorgverleners ontwikkelen zich inhoudelijk en professioneel, domeinen worden opnieuw afgebakend en taken worden overgedragen. Het is de taak van de overheid om deze veranderingen in de organisatie van de zorg door te laten werken.

Maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende professionalisering van de diverse beroepsgroepen in de eerstelijns gezondheidszorg en de toenemende mondigheid van de patiënt leiden tot een situatie waarbij overwogen kan worden of en in welke mate de genoemde beroepsgroepen voor de patiënt direct toegankelijk dienen te zijn.

De voordelen van een directe toegankelijkheid zijn onder meer:

- erkenning van de professionaliteit van deze beroepsgroepen en een stimulering de professionalisering verder te ontwikkelen en transparant te maken;
- invullen van een sterker vraaggestuurde zorg;
- ontlasting van huisartsen en tandartsen in de eerste lijn;
- mogelijke verhoging van doelmatigheid en doeltreffendheid van de eerstelijns gezondheidszorg.

Tegenover de genoemde voordelen staat eveneens een aantal nadelen of risico's, waarbij gedacht kan worden aan:

- de absolute voorwaarde dat de communicatie en informatie uitwisseling in de eerste lijn goed functioneren;
- het mogelijk missen van pathologie.

Omdat het traject van elke patiënt nog steeds in aanleg bij de huisarts (c.q. de tandarts) begint, is deze de spil in de gezondheidszorg. Naast het bieden van laagdrempelig eerstelijns huisartsenzorg/tandartsenzorg heeft hij/zij inzicht in en overzicht over de zorg omtrent de doorverwezen patiënt. Voor een aantal specifieke aandoeningen verwijst de huisarts in veel gevallen naar de in dit voorstel genoemde beroepsbeoefenaars. Deze zijn te zien als specialist op hun eigen terrein in de eerstelijnszorg, waardoor de toegevoegde waarde van de interventie door de huisarts niet altijd even groot is. De veronderstelling lijkt gewettigd dat de kwaliteiten van de huisarts en de overige beroepsbeoefenaars in de eerste lijn beter op elkaar kunnen

worden afgestemd en dat doelmatigheidswinst mogelijk is. In het rapport taakherschikking van de RVZ wordt nader op de mogelijkheden voor taakherschikking in de eerste lijn ingegaan.

Directe toegankelijkheid in de eerste lijn

Gestimuleerd door wetenschappelijke ontwikkelingen en het kwaliteitsbeleid hebben diverse disciplines binnen de eerstelijnszorg zich in korte tijd ontwikkeld tot de specialist op hun terrein. Hoewel de kennis en kundigheden op een aantal terreinen die van de huisarts overstijgt, zijn momenteel deze werksoorten alleen op een deugdelijk gemotiveerde verwijzing door de huisarts toegankelijk. Verwacht wordt dat door de realisatie van een directe toegankelijkheid de patiënt sneller en adequater kan worden geholpen. Een dergelijke directe toegankelijkheid kan eveneens bijdragen aan een ontlasting van de huisartsen die een grote werkdruk ervaren.

Vraagstellingen haalbaarheidsstudie

In de haalbaarheidsstudie worden de volgende vragen beantwoord.

1. Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de genoemde beroepsbeoefenaars zonder verwijzing door de huisarts/tandarts? En zo ja, welke patiënten komen daarvoor in aanmerking? Welke overeenkomsten en verschillen vertonen deze patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen? Zijn patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken tussen beroepsgroepen met competenties die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?
2. Aan welke kwaliteitseisen dienen de diverse beroepsbeoefenaars te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid voor de diverse beroepsgroepen?
3. Dienen er nadere eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn? En zo ja, welke? Met name in de sfeer van de communicatie en informatie.
4. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn.
5. Wat is het draagvlak onder de diverse veldpartijen voor directe toegankelijkheid van de in dit voorstel genoemde beroepsgroepen, waarbij eveneens de verwijzende partijen (huisartsen en tandartsen) zullen worden betrokken.

ad 1

Primair zal worden ingegaan op de vraag of het momenteel reeds haalbaar is om geheel of gedeeltelijk over te gaan tot directe toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen. En, zo ja, of dit in principe volledig direct toegankelijk betreft of dat een voorbehoud dient te worden gemaakt. Bijvoorbeeld dat men zich in eerste instantie beperkt tot vragen waarvoor richtlijnen en samenwerkingsprotocollen bestaan. Ook kan de directe toegankelijkheid worden beperkt tot bijvoorbeeld bepaalde patiënten zoals chronisch zieken, ouderen of bijvoorbeeld jeugd.

ad 2

Een algemene kwaliteitseis die gesteld kan worden is bijvoorbeeld het ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van de diverse koepelorganisaties. Daarbij zal worden ingegaan op de vraag of het huidige kwaliteitsregister reeds voldoet aan te formuleren criteria. In de tweede plaats kan worden gedacht aan aanvullende kwaliteitseisen in verband met de directe toegankelijkheid in de vorm van een bij- of nascholingstraject.

Ook zal worden ingegaan op de consequenties in de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsgroepen.

ad 3

Bij directe toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen in de eerste lijn is het van belang dat tussen de beroepsgroepen een goede communicatie en informatie-uitwisseling bestaat. Ingegaan zal worden op de vraag hoe dit kan worden gerealiseerd en welke vormen van communicatie en informatie-uitwisseling voldoende zijn voor een directe toegankelijkheid.

ad 4

Veel van de huidige regelgeving voorziet nog in een toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen via verwijzing. Nagegaan zal worden of en hoe de bestaande regels dienen te worden bijgesteld om een directe toegankelijkheid mogelijk te maken.

ad 5

Last but not least zal antwoord worden gegeven op de vraag of de betrokken beroepsgroepen het wenselijk vinden dat zij direct toegankelijk worden voor de patiënt en of zij van mening zijn dat zij verantwoord gestalte kunnen geven aan een directe toegankelijkheid. Ook zal worden onderzocht hoe de andere beroepsgroepen zoals huisartsen en tandartsen tegenover een directe toegankelijkheid staan.

Doel haalbaarheidsstudie

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden pilotprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid zullen worden opgezet.

In dit deelrapport wordt verslag gedaan van de bevindingen voor de beroepsgroep diëtetik.

2 Diëtetiek in beeld

2.1 Achtergrondinformatie

Dieetbehandeling is het geheel aan activiteiten dat tot doel heeft een bijdrage te leveren aan het voorkomen, opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. Bij dieetbehandeling is sprake van een medische indicatie. Behandeling vindt plaats na verwijzing door een arts. Een dieetbehandeling bestaat uit de volgende fasen: aanmelding, diëtistisch onderzoek, diëtistische diagnosestelling, vaststellen behandelplan, behandeling en afsluiting van de behandeling (NVD, 2003).

Tabel 2.1.1 Activiteiten per fase van de dieetbehandeling

Fasen	Activiteiten
Aanmelding	Registratie van persoons-, medische en aanvullende gegevens en vaststellen zorgniveau
Diëtistisch onderzoek	Onderzoek naar verwachtingen, hulpvraag, medische voorgeschiedenis, huidige bloedwaarden en stofwisselingsgegevens, psychosociale gegevens, eetgedrag en voedingstoestand
Diëtistische diagnosestelling	Analyse van verkregen gegevens en formuleren van kernprobleem
Vaststellen behandelplan	Bepalen van het doel van behandeling, opstellen behandelplan, informeren verwijzer
Behandeling	Uitvoeren behandeling, evaluatie van resultaten en doelstelling van behandeling
Afsluiting behandeling	Registreren van eindgegevens, reden van afsluiting, vervolgspraken, informeren verwijzer

De NVD heeft een indeling gemaakt van de extramurale dieetbehandeling in vier zorgniveaus, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de tijd die nodig is voor een verantwoorde dieetbehandeling. Voor zorgniveau 1 tot en met 3 is een aantal consulteenheden vastgesteld en voor zorgniveau 4 is dit onbeperkt. Voor de laatstgenoemde categorie is regelmatige interventie gedurende langere tijd nodig, bijvoorbeeld bij aangeboren stofwisselingsziekten. Een voorbeeld van zorgniveau 1 is hypertensie, van zorgniveau 2 diabetes mellitus en van zorgniveau 3 COPD. Deze indeling is gebaseerd op een aantal door de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) erkende kwaliteitsinstrumenten, zoals de Productomschrijvingen voedingsvoorzichting en dieetadvisering in de thuiszorg en de Artsenwijzer diëtetiek.

Behalve dieetbehandeling bestaat ook de mogelijkheid om de diëtist voor een voedingsadvies te consulteren. Onder een voedingsadvies wordt verstaan een vertaling van de Richtlijnen Goede Voeding in voedingsmiddelen (Artsenwijzer, 1997). Deze

Richtlijnen zijn opgesteld door de Voedingsraad. Een voedingsadvies kan worden verkregen zonder dat verwijzing van een arts wettelijk verplicht is.

2.2 **Aantal diëtisten en werkvelden**

Geschat wordt dat er in 2002 ongeveer 460 diëtisten werkzaam zijn bij de thuiszorg en ongeveer 350 in eerstelijns praktijken (CVZ, 2002). Bij de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) zijn 400 diëtisten aangesloten die werkzaam zijn in de thuiszorg en 236 diëtisten in eerstelijns praktijken. Bij de Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN) zijn ongeveer 55 vrijgevestigde diëtisten aangesloten. Een aantal van hen is tevens lid van de NVD. Diëtisten kunnen extramuraal ook werkzaam zijn als voedingsvoorlichter bij sportscholen e.d. hierover zijn echter geen cijfers beschikbaar.

Op basis van cijfers uit 2001 is een verdeling naar werkveld te geven. Hier is uitgegaan van ongeveer 2300 werkzame diëtisten (RAZW, 2001). De meeste diëtisten (55%) werken intramuraal, in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen. Ongeveer eenderde van de diëtisten werkt extramuraal. Andere werkvelden voor de diëtist zijn met name de industrie en het onderwijs (tabel 2.2.1). De meeste diëtisten zijn vrouw. Dit kan worden afgeleid uit gegevens van diëtisten in opleiding. In 1999-2000 was hiervan 94% vrouw.

Tabel 2.2.1 Relatieve verdeling van het belangrijkste werkvelden van diëtisten (leden NVD) per 31 december 2000

Werkveld	% in 2000
intramuraal	54,8
extramuraal	31,4
industrie	5,6
onderwijs	3,3
overig	4,9
totaal	100

bron: NVD/RAZW, 2001

Specifiek voor het leveren van extramurale dieetadvisering onderscheidt de NVD:

- een thuiszorgorganisatie
- een vrijgevestigde praktijk
- een gezondheidscentrum
- de polikliniek van een ziekenhuis
- extramurale verstandelijk gehandicaptenzorg (in wooneenheden in de wijk)
- poliklinische dieetzorg verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis en aan psychiatrische cliënten die extramuraal wonen in wooneenheden in de wijk
- extramurale verpleeghuiszorg
- verzorgingshuiszorg

2.3 **Opleiding en opleidingseisen**

De opleiding tot diëtist bestaat uit een vierjarige HBO-dagopleiding. Volgens de wet dient de opleiding tot diëtist in ieder geval de volgende onderdelen te omvatten: het centrale vakgebied diëtetiek en voedingswetenschappen, een beroepsvoorbereidende periode in het werkveld, het medisch-biologisch vakgebied, vakken op het gebied van

de gedrags- en maatschappijwetenschappen en een aantal ondersteunende vakken, zoals beroepsoriëntatie en praktijkvoering (Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, hoofdstuk 2, artikel 3, Staatsblad 1997).

De beroepsvoorbereidende periode (stage) omvat het in het werkveld toepassen van tijdens de studie verworven kennis, inzicht en vaardigheden met betrekking van de deskundigheid van de diëtist. Deze 'stages' zijn belast met 30 studiepunten en dienen in de tweede helft van de hoofdfase gelijk verdeeld te worden over twee verschillende instellingen van gezondheidszorg onder begeleiding van een diëtist.

De opleiding tot diëtist kan op vier plaatsen in Nederland worden gevolgd, namelijk Amsterdam, Den Haag, Groningen en Nijmegen.

2.4 Koepelorganisaties

De grootste koepelorganisatie van diëtisten is de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) waarbij ongeveer 90% van de diëtisten in Nederland is aangesloten (werkzaam in intra- en extramurale zorg). Naast de NVD is ook de Diëtisten Coöperatie Nederland (DCN) actief waarbij uitsluitend vrijgevestigde diëtisten zijn aangesloten.

2.4.1 *Nederlandse Vereniging van Diëtisten*

De NVD heeft ongeveer 2400 leden. De organisatiegraad wordt geschat op 90% voor de in de gezondheidszorg werkende diëtisten. De NVD komt op voor de belangen van diëtisten uit alle werkvelden.

De NVD is onderverdeeld in dertien regio's, waarvan in zeven regio's een regiocoördinator actief is. Verenigingsbreed zijn er 150 leden actief. De Algemene Leden Vergadering wordt gevormd door de leden. Een afvaardiging van deze leden vormt de ledenraad en treedt als intermediair op tussen het hoofdbestuur en de regiobesturen. De ledenraad toetst beleid en geeft (on)gevraagd advies aan het hoofdbestuur, de regiobesturen en de secties. In de ledenraad is een vertegenwoordiger aanwezig uit iedere regio of kring. Het hoofdbestuur wordt door de ALV gekozen en beheert verschillende portefeuilles. Zij stellen onder andere de beleidslijnen vast. Het hoofdbestuur wordt bijgestaan door een adviesraad van externe deskundigen.

De NVD organisatie wordt gevormd door de bureaudirecteur, het secretariaat en de managers van de verschillende secties (positie, imago, kwaliteit en redactie). De manager belangenbehartiging coördineert vanuit deze positie verschillende projecten en activiteiten. Er is onder andere een project 'positie en financiering diëtetiek in de thuissituatie'. De communicatiemanager coördineert de activiteiten voor de sectie imago, de kwaliteitsmanager doet dit voor de sectie kwaliteit en de hoofdredacteur doet dit voor de redactie. Ook is van belang om het regionalisatiebeleid van de vereniging te noemen. Hieronder wordt verstaan: het stimuleren van diëtetiek als vorm van verantwoorde zorg dat structureel onderdeel wordt/vormt van patiëntenzorg in een samenhangend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen. Het regionalisatiebeleid wordt gecoördineerd door de bureaudirecteur.

2.4.2 *Diëtisten Coöperatie Nederland*

DCN is een coöperatie van diëtisten die hun vak als vrij beroep uitoefenen en heeft ongeveer 55 leden. De organisatie is voortgekomen uit de Vereniging van Zelfstandig gevestigde en Freelance werkende Diëtisten (VZFD). Hoewel de NVD ook opkomt voor de belangen van vrijgevestigde diëtisten richt de DCN zich uitsluitend op de belangen van de diëtist als vrije ondernemer. Ongeveer de helft van de diëtisten die bij de DCN zijn aangesloten, zijn daarnaast tevens lid van de NVD.

2.5 Ontwikkelingen werk in de eerste lijn

De laatste tijd neemt de vraag naar extramurale dieetzorg toe onder meer vanwege de algemene verschuiving van zorg en behandeling naar de thuissituatie en de extramuralisering van de zorg voor onder meer gehandicapten en psychiatrische patiënten.

2.6 Vraagstellingen haalbaarheidsonderzoek

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) benaderd om een proefproject uit te voeren naar de directe toegankelijkheid van onder andere de diëtetiek in de eerste lijn, als voorbereiding op een aantal proefprojecten. In dit onderdeel van het rapport wordt ingegaan op de hoofdvraag óf en onder welke voorwaarden één of meerdere proefprojecten directe toegankelijkheid diëtetiek gestart kunnen worden.

De hoofddoelstelling is geoperationaliseerd in de volgende deelvragen:

1. Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de diëtist zonder verwijzing van de (huis)arts of specialist?
2. Aan welke kwaliteitseisen dienen diëtisten te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid van diëtisten?
3. Aan welke voorwaarden moet de communicatie- en informatie uitwisseling tussen zorgverlener(s), zorgverzekeraars en patiënt voldoen om deze in een direct toegankelijke eerstelijnszorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen?
4. Wat is het draagvlak onder de individuele diëtisten voor directe toegankelijkheid?
5. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid van diëtetiek een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn? (Op deze vraag zal in het deelrapport wet- en regelgeving worden ingegaan).

2.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt de werkwijze van het onderzoek nader toegelicht. In de hoofdstukken 4 tot en met 7 wordt achtereenvolgens antwoord gegeven op de verschillende deelvragen. Tenslotte wordt in hoofdstuk 8 een aantal conclusies getrokken.

3 Werkwijze

3.1 Dataverzameling en methoden

Om inzicht te krijgen in de gevolgen van directe toegankelijkheid van extramuraal werkende diëtisten is op drie niveaus informatie verzameld.

- *Landelijk niveau*: om kennis te nemen van het standpunt van de beroepsorganisatie en inzicht te krijgen in het beleid op landelijk niveau, zowel algemeen als voor wat betreft directe toegankelijkheid;
- *Werkveld gerelateerd niveau*: om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de praktijk die wellicht al vooruitlopen op directe toegankelijkheid en/of die bevorderend kunnen zijn voor directe toegankelijkheid, zoals gestructureerde samenwerking binnen een gezondheidscentrum of ander georganiseerd verband;
- *Uitvoerend niveau*: om inzicht te krijgen in de houding van extramuraal werkende diëtisten ten aanzien van directe toegankelijkheid.

Bij de dataverzameling zijn verschillende methoden gebruikt:

- a. Verzameling en bestudering van achtergronddocumentatie en literatuur, zoals wet- en regelgeving, kwaliteitsbeleid, beleidsstukken over toekomstige ontwikkelingen en wetenschappelijke literatuur
- b. Mondelinge diepte-interviews met de belangrijkste belangengroepen: de Nederlandse Vereniging van Diëtisten, LHV, NMT, het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de NPCF.
- c. Semi-gestructureerde schriftelijke vragenlijst via e-mail aan diëtisten afkomstig uit verschillende werkvelden binnen de extramurale diëtetiek. Deze interviews zijn aangekondigd en ingeleid door schriftelijke informatie.
- d. Focusgroepinterview met diëtisten uit verschillende werkvelden in de extramurale diëtetiek. Het groepsinterview is gehouden op basis van de resultaten uit de schriftelijke vragenlijst die aan deze groep via e-mail is rondgestuurd (zie c).
- e. Schriftelijke vragenlijst met voornamelijk gesloten vragen aan een steekproef van 200 diëtisten werkzaam bij de thuiszorg of als vrijgevestigde diëtist. Doel hiervan was: meer inzicht krijgen in het draagvlak voor directe toegankelijkheid en de belemmerende/bevorderende factoren die kunnen worden voorzien. Tevens is geïnventariseerd met welke vragen diëtisten momenteel direct door cliënten worden benaderd.

Gesprekspunten interview met vertegenwoordigers van de landelijke organisatie

1. Achtergrondinformatie over NVD
2. Het standpunt van de beroepsvereniging? Reeds over nagedacht in het bestuur? Wenselijk?
3. Indien wenselijk: is het haalbaar? Zo ja, hoe? Zo niet, waarom niet?
4. Voor- of nadelen te noemen?
5. Geschikte patiëntgroepen voor directe toegankelijkheid?
6. Zaken die voor de beroepsgroep goed geregeld dienen te worden(scholing, verantwoordelijkheid, beroepsaansprakelijkheidsverzekering?)
7. Hoe vindt nu de registratie van patiëntencontacten plaats (LIS), voldoet de registratie, hoe is de communicatie met de verwijzer?
8. Tariefbepaling
9. Communicatie met andere zorgverleners
10. Medewerking verlenen aan project, beg.cie, adressen voor steekproef, reactie op vragenlijst en ondersteuning introductie vragenlijst

3.2 Definitie 'directe toegankelijkheid'

Zowel voor de interviews als de vragenlijst is het begrip 'directe toegankelijkheid' op de volgende wijze ingevuld:

"De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijsbrief uit zichzelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de extramuraal werkende diëtist".

In de nu volgende hoofdstukken (4 tot en met 6) worden de uitkomsten van het onderzoek op landelijk en werkveld gerelateerd niveau weergegeven. In hoofdstuk 7 worden de resultaten gepresenteerd, die uit de vragenlijst naar voren zijn gekomen (uitvoerend niveau).

4 Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk en werkveld gerelateerd niveau

4.1 Inleiding

Op landelijk niveau zijn diepte-interviews gehouden met twee medewerkers van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten: de manager belangenbehartiging, sectie positie en de kwaliteitsmanager (bijlage A). Tijdens de interviews werd tevens gevraagd naar achtergronddocumenten en relevante beleidsdocumenten. Deze zijn verzameld en verwerkt in deze rapportage.

Op hun advies en voordracht is vervolgens met een aantal diëtisten uit verschillende extramurale werkvelden gesproken. Zij zijn via de e-mail benaderd met de vraag of zij hun medewerking aan het onderzoek wilden verlenen. In de mail werd een korte beschrijving van het doel van de haalbaarheidsstudie gegeven en werd een vragenlijst met open vragen over directe toegankelijkheid toegevoegd (bijlage B). Door invulling van de vragenlijst konden de deelnemers zich goed voorbereiden op het groepsinterview en hieraan voorafgaand eventueel overleggen met vakgroepgenoten. De vragenlijst konden zij via e-mail retourneren. In aansluiting hierop is een focusgroepinterview georganiseerd. Hiermee ontstond de mogelijkheid voor deelnemers om op elkaars standpunten te reageren. In bijlage C staat vermeld wie aan het focusgroepinterview deelnamen.

4.2 Houding van de NVD tegenover directe toegankelijkheid

4.2.1 *Standpunt*

De diëtist is toegerust om zelf verantwoordelijkheid te dragen. Het standpunt van de NVD is dat directe toegankelijkheid altijd mogelijk is, tenzij er specifieke redenen zijn waardoor dit niet mogelijk is. Een voorwaarde hierbij is echter dat de financiering moet zijn gegarandeerd. Op dit moment is binnen de NVD nog geen brede discussie gevoerd over de voor- en nadelen van directe toegankelijkheid. Bij de DCN is nog geen standpunt over directe toegankelijkheid in genomen.

4.2.2 *Initiatieven en invulling van directe toegang*

De verwijzers zijn nu vooral huisartsen, specialisten uit het ziekenhuis en consultatiebureauartsen. Als nu een patiënt bij de diëtist komt voor een consult zonder verwijzing wordt het wel eens 'gezond voedingsadvies' genoemd. Hiervoor is geen verwijzing van een arts nodig. Ook wordt wel eens achteraf, na het consult, aan de arts om een legitimatie gevraagd in de vorm van een verwijsbrief.

In de intramurale zorg vindt ook verwijzing plaats op basis van protocollen. Dit komt in de eerste lijn niet of nauwelijks voor. Dit zou voor de eerste lijn in de toekomst ook een mogelijkheid zijn voor directe toegang.

Diëtisten werken altijd op verwijzing van een arts, er is nu wel een discussie of dit deels vervangen kan worden door een protocollaire verwijzing.

Aan de behandeling door de diëtist die is verbonden aan kruisvereniging of thuiszorgorganisatie zijn voor de cliënt geen kosten verbonden. Deze worden vergoed via de AWBZ. De thuiszorgorganisatie bepaalt hoeveel consulten de cliënt nodig heeft. Voor vrijgevestigde diëtisten geldt dat hun consulten door een toenemend aantal zorgverzekeraars wordt vergoed.

4.2.3 *Voordelen voor werkveld en andere werkers in de zorg*

De NVD ziet als mogelijke voordelen van directe toegankelijkheid voor de beroepsgroep, dat sneller hulp kan worden gegeven, de drempel om naar de diëtist toe te gaan lager wordt, dat de kans groter is dat de cliënt op het juiste moment wordt gezien en dat de zorgverlening mogelijk efficiënter zal verlopen en dat mogelijk kosten worden bespaard. Directe toegang stelt echter wel eisen aan de patiënt, de zorgverlener die de intake doet en de diëtist

4.2.4 *Nadelen voor werkveld en andere werkers in de zorg*

De NVD ziet als mogelijke nadelen van directe toegankelijkheid, dat de diëtist niet over gegevens beschikt voor diagnosestelling. Directe toegankelijkheid mag niet als argument worden gebruikt om deze zorg niet te financieren. Een voorwaarde voor directe toegankelijkheid moet zijn, dat financiering van deze zorg is gegarandeerd.

4.2.5 *Categorieën wel of niet geschikt voor directe toegankelijkheid*

De NVD sluit niet bij voorbaat categorieën patiënten uit voor directe toegankelijkheid. Op dit moment acht zij directe toegankelijkheid vooral geschikt voor chronisch zieken en cliënten met diabetes mellitus type II.

4.3 **Houding van de extramurale werkvelden tegenover directe toegankelijkheid**

Aan veertien diëtisten uit de acht verschillende werkvelden is een schriftelijke vragenlijst met open vragen via e-mail verstuurd. Zeven diëtisten uit vijf verschillende werkvelden vulden de vragenlijst in en retourneerden deze per e-mail.

Na analyse van de vragenlijsten vond een focusgroepinterview plaats, waarvoor alle diëtisten zijn uitgenodigd die de vragenlijst hadden ingevuld. Eén diëtist bracht een collega mee. Bij het focusgroepinterview waren de volgende werkvelden vertegenwoordigd:

- thuiszorg;
- gezondheidscentrum (thuiszorg): werkt volledig extramuraal in een multidisciplinair verband (huisarts, fysiotherapie, wijkverpleging, maatschappelijk werk, diëtetik);
- vrije vestiging;
- psychiatrie: leveren via polikliniek eetstoornissen extramurale diëtetik;
- zorg voor verstandelijk gehandicapten.

De informatie uit zowel de vragenlijsten als het focusgroepinterview zijn in de volgende paragrafen verwerkt.

4.3.1 *Standpunten*

Tijdens het focusgroepinterview bleek het nodig het begrip directe toegankelijkheid aan te scherpen. Aanvullend op de in het onderzoek gehanteerde definitie: “*De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijfsbrief uit zichzelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de extramuraal werkende diëtist*” werd benadrukt dat het erom gaat, dat de keuzevrijheid om een zorgverlener te consulteren bij de cliënt komt te liggen. Een arts mag echter blijven verwijzen, het is niet zo dat bij directe toegang de hele verwijzing komt te vervallen. Het zal dan alleen niet meer wettelijk verplicht zijn.

Tijdens het focusgroepinterview werden per werkveld de volgende standpunten over directe toegankelijkheid ingenomen.

Thuiszorg

Diëtisten in de thuiszorg werken nu altijd op verwijzing van een arts. Deze verwijzing is vaak niet meer dan een formaliteit. De kwaliteit van de verwijzingen wisselt. Het komt voor dat er nauwelijks informatie op de verwijzing staat en in die situatie moet de diëtist zelf achter informatie aan. Eén diëtist was in principe voor directe toegang van alle categorieën cliënten met terugrapportage aan de arts na het eerste consult. Een andere thuiszorgdiëtist achtte directe toegang slechts voor bepaalde categorieën geschikt.

Gezondheidscentrum (thuiszorg)

De diëtist die werkzaam was bij het gezondheidscentrum stond positief tegenover directe toegang, vooral voor die groepen waarbij een relatie bestaat met voeding (oftewel voedingsgerelateerde klachten, zoals obstipatie). Eigenlijk is de verantwoordelijkheid er nu al, want nu wordt vaak onvolledig verwezen en vergaart de diëtist zelfstandig aanvullende informatie.

Vrije vestiging

Vrijgevestigde diëtisten werken in principe op verwijzing, omdat dit nodig is voor de verzekering, zoals bij cliënten met een te hoog cholesterolgehalte; anders krijgen ze het consult niet vergoed. Bij cliënten met overgewicht wordt het ook wel eens 'advies gezonde voeding' genoemd. Voor een voedingsadvies is namelijk geen verwijzing nodig. Zij stond positief tegenover directe toegang. "Bij twijfel zou ik doorsturen naar de huisarts". Bij cliënten met diabetes mellitus zou het voor de diëtist mogelijk moeten zijn om zelf laboratoriumwaarden te laten bepalen.

Psychiatrie

Directe toegang extramurale diëtetik in de psychiatrie is niet geschikt, omdat gebruik van medicatie in de psychiatrie een belangrijke rol speelt en hierover onvoldoende betrouwbare informatie via de cliënt zelf is te verkrijgen. Ook is vanwege een psychiatrische aandoening het verhaal van de cliënt over de klacht niet betrouwbaar. De diëtisten worden echter wel door cliënten rechtstreeks benaderd, maar gaan hier niet op in. Als patiëntengroep zou de groep met overgewicht voor directe toegang in aanmerking komen (cliënten kunnen soms vanwege medicatie sterke gewichtstoename krijgen).

Zorg voor verstandelijk gehandicapten

De diëtist die werkzaam was in de zorg voor verstandelijk gehandicapten leverde extramurale diëtetik via de dagbesteding van meervoudig gehandicapten. Deze consulten worden niet vergoed, maar komen op het budget van de instelling. Zij gaf aan, dat het vaak voorkomt dat ze op eigen initiatief zonder verwijzing van een arts zorg levert, bijvoorbeeld op verzoek van ouders van cliënten. Ze stond hier positief tegenover. Ze gaat hier op in, maar sluit haar acties vervolgens kort met de arts: deze lijnen zijn kort. Het contact met artsen in de instelling loopt gemakkelijk.

4.3.2 Initiatieven en invulling van directe toegang

Als mogelijkheden om directe toegankelijkheid in te vullen werden onder andere genoemd: verwijzing via andere zorgverleners, telefonische intake, korte lijnen voor overleg met de arts, een inloopspreekuur of behandeling in groepsverband (zoals bij patiënten met overgewicht, diabetes, hart- en vaatziekten).

Ook werd door een vrijgevestigde diëtist genoemd dat er al directe toegankelijkheid plaatsvindt via verwijzing van cliënten door de diabetes- en de praktijkverpleegkundige.

Door een diëtist van de thuiszorg noemde als initiatieven voor directe toegankelijkheid projecten voor cliënten met depletie of diabetes.

4.3.3 *Voordelen voor werkveld en andere werkers in de zorg*

De diëtisten uit de verschillende extramurale werkvelden noemden verschillende voordelen van directe toegang, zowel voor de diëtist, voor andere zorgverleners als voor de cliënten:

- de diëtist kan zelfstandiger werken;
- minder bureaucratie;
- cliënten op het juiste moment kunnen zien;
- geen rompslomp meer met onvolledige verwijzingen;
- de diëtist kan meteen starten met de behandeling zonder eerst op een verwijzing te wachten en kan zo slagvaardiger te werk gaan (snellere hulp);
- meer maatschappelijke waardering van het beroep (imago);
- directe toegang betekent een verbreding van het beroep;
- het is goed voor de PR van de diëtist;
- de klantvriendelijkheid wordt vergroot;
- besparing van kosten, want de cliënt hoeft niet eerst langs de huisarts;
- voor (huis)artsen ontstaan zo meer mogelijkheden om met andere disciplines samen te werken;
- zorgverleners kunnen makkelijker onderling doorverwijzen;
- de cliënt krijgt zo meer eigen initiatief;
- lagere drempel voor cliënt.

4.3.4 *Nadelen voor werkveld en andere werkers in de zorg*

Als nadelen van directe toegankelijkheid werden door de diëtisten uit de verschillende extramurale werkvelden genoemd:

- mogelijk worden diagnoses gemist;
- werkdruk wordt hoger, omdat je in de gaten moet houden wanneer moet worden verwezen;
- de band met de arts wordt losser wat ten koste kan gaan van de kwaliteit van de behandeling;
- er zijn onvoldoende gegevens bekend over de cliënt; de diëtist moet hier zelf achteraan gaan;
- langere intaketijd, omdat meer informatie moet worden vergaard;
- toename van cliënten voor wie deze zorg niet is bedoeld (bijv. 'bikini-diëters');
- te groot aanbod van cliënten, waardoor de wachttijd op loopt;
- beperking van samenwerking met de huisarts;
- (huis)arts houdt minder overzicht op de behandeling van cliënten. Hij is case-manager en moet weten welke behandelingen zijn ingezet bij een cliënt;
- meer versnipperd beleid;
- meer vrijblijvendheid bij cliënten;
- wachtlijsten worden groter;
- cliënten kunnen zich melden bij de verkeerde diëtist (met een andere specialisatie).

4.3.5 *Categorieën geschikt voor directe toegang*

Tijdens het focusgroepinterview werd voor diëtetiek in de eerste lijn een indeling gemaakt in de volgende vijf hoofdgroepen diagnoses:

- voedselallergie;
- diabetes mellitus;
- overgewicht;

- maagdarmklachten (zoals obstipatie);
- hart- en vaatziekten / hypercholesterolemie.

Op alle vijf gebieden is directe toegang mogelijk. Bij bijzondere ziektebeelden blijkt in de praktijk de verwijzing vaak uitgebreid en informatief te zijn. Ook directe toegang bij de behandeling van kinderen moet gewoon kunnen. Hoewel ondergewicht kan duiden op een ernstige onderliggende ziekte is ook deze groep geschikt voor directe toegang, namelijk ze zijn dan in ieder geval bij de diëtist bekend en zij kan bekijken of de cliënt ook door de arts moeten worden gezien.

In de gehandicaptenzorg gaat het vooral om de diagnoses slikstoornissen, overgewicht en obstipatie. Deze categorieën zijn alle geschikt voor directe toegang.

4.3.6 *Categorieën niet geschikt voor directe toegang*

In de schriftelijke ronde bij de diëtisten uit de verschillende werkvelden kwamen de volgende groepen cliënten naar voren voor wie directe toegankelijkheid niet geschikt leek:

- cliënten voor wie een medische diagnose moet worden gesteld aan de hand van bloed- of ander medisch onderzoek, zoals coeliakie, bloedarmoede, diabetes, hypercholesterolemie.
- cliënten met diabetes mellitus die insuline of medicatie moeten gebruiken;
- cliënten met gecompliceerde allergieën;
- palliatieve zorg bij patiënten met kanker.

Indien echter kan worden voldaan aan de randvoorwaarden voor directe toegankelijkheid, waarbij de diëtist toegang heeft tot relevante medische informatie kan voor deze cliënten eveneens directe toegankelijkheid gelden.

4.4 **Houding van andere partijen tegenover directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek**

VWS heeft over directe toegankelijkheid van diëtisten nog niet concreet nagedacht of hierover gesproken. Prioriteit heeft momenteel de voorgenomen overgang van de AWBZ naar het ziekenfonds. De planning is om eind 2003 een advies daarover voor te leggen aan de minister die daarover vervolgens zal gaan besluiten. Het is nog niet mogelijk aan te geven hoe dat traject zal gaan verlopen gezien de ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg. Deels is er wel iets te zeggen voor directe toegankelijkheid van de diëtist, mensen willen wellicht zelf een keus maken. VWS is dan ook op dit terrein geïnteresseerd in de uitkomsten van de haalbaarheidsstudie.

Zorgverzekeraars Nederland schat in dat, afhankelijk van de politieke ontwikkelingen, van directe toegankelijkheid een aanzuigende werking uit zou kunnen gaan. Zo richt het ministerie van VWS zich momenteel sterk op de bestrijding van grote volksziekten zoals overgewicht en diabetes. Deze ontwikkelingen zouden ertoe bij kunnen dragen dat meer mensen zich voor een advies tot de diëtist zullen wenden.

De LHV staat in het algemeen zeer kritisch tegenover ontwikkelingen op het terrein van de directe toegankelijkheid. Met betrekking tot de diëtetiek wijst de LHV op het feit dat huisartsen en specialisten in toenemende mate gebruik maken van de expertise van de diëtisten. Dit gebeurt deels op basis van een verwijzing, deels ook niet. De huisarts dient goed geïnformeerd te zijn over alles wat op gezondheidsterrein met zijn patiënten

gebeurt, dus ook met betrekking tot de diëtetiek. Een goede verslaglegging is dan ook van belang.

NPCF staat positief tegenover directe toegankelijkheid van de diëtetiek. Belangrijk is dat het belang van de patiënt wordt bewaakt. Zij spreken in dat verband over een Patiënt Effect Rapportage (PER). De NPCF benadrukt in zijn algemeenheid dat: a. goede diagnostiek en geschiktheid om een goede diagnose te kunnen stellen gewaarborgd moet worden en zonodig een terugverwijzing naar de huisarts; b. het patiëntenperspectief wordt meegenomen en gewaarborgd; c. er duidelijkheid komt over de klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt/consument zich direct tot de diëtist kan wenden, hetgeen hoge eisen stelt aan de communicatie met en de kwaliteit en de toegankelijkheid van de informatie voor patiënten/consumenten; d. geprotocolleerde communicatie en rapportage plaatsvindt aan de huisarts. De NPCF vraagt zich af of directe toegankelijkheid van diëtisten voor mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische aandoening geschikt is, vanwege de complexiteit van de interactie tussen dieet en medicatie.

5 Kwaliteitseisen beroepsbeoefenaars

5.1 Inleiding

Inzake artikel 34 van de Wet BIG is de titel 'Diëtist' beschermd. Alleen afgestudeerden van HBO-opleidingen Voeding en Diëtetiek die zijn opgenomen in het Centraal register opleidingen hoger onderwijs zijn wettelijk bevoegd om genoemde titel te voeren. De beroepsuitoefening, oftewel het onderzoeken en het behandelen op het gebied van voeding en diëtetiek, is niet beschermd. Ook de titel 'Voedingskundige' is niet beschermd. De diëtist werkt op verwijzing van de arts. Dit is aan de orde als er een medische indicatie bestaat. Als aan een persoon voedingsvoorlichting wordt gegeven met als enig doel te voorkomen dat de persoon ziek wordt of klachten krijgt, dan is geen verwijzing nodig.

Multidisciplinaire teams in instellingen werken vaak met protocollen, waarin staat op welk moment en onder welke voorwaarden verwijzing naar een diëtist plaats moet vinden. Dit is wettelijk geoorloofd, met als voorwaarde dat een goed protocol voorhanden is.

De diëtist is niet bevoegd tot het uitvoeren van wettelijk voorbehouden handelingen.

De diëtist valt niet onder het tuchtrecht. De patiënt mag echter wel klagen over de diëtist. Hiervoor kan een patiënt een klacht indienen bij een klachtencommissie.

Er is onder andere een Landelijke Klachtencommissie Paramedici.

5.2 Kwaliteitsbeleid

Binnen de NVD is altijd veel aandacht geweest voor kwaliteit en kwaliteitsontwikkeling. In 1994 is een samenhangend kwaliteitsbeleid opgesteld en in 1997 is een Stuurgroep Kwaliteit opgericht met als doel het kwaliteitsbeleid binnen de NVD aan te sturen, te coördineren en af te stemmen. In 2002 is binnen de NVD een kwaliteitsmanager aangesteld, die verantwoordelijk is voor de continuïteit, samenhang, uitvoering en borging van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsprojecten.

In de periode 1996-2003 zijn diverse kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld, zoals het ontwerpen van een classificatiesysteem, waarmee eenheid van taal wordt nagestreefd, en de Productomschrijvingen diëtetiek in de thuiszorg. Ook heeft in deze periode een evaluatie plaatsgevonden van de kwaliteitsborgingsnorm. Momenteel is het van belang dat de ontwikkelde kwaliteitsinstrumenten, zo mogelijk in samenhang met elkaar, worden geïmplementeerd. Ook zal implementatie vooral via regionale structuren plaats dienen te vinden. Zo is in 2003 een implementatietraject uitgevoerd voor de kwaliteitsborgingsnorm in de eerste lijnszorg. Daarnaast blijft ook de ontwikkeling van nieuwe kwaliteitsinstrumenten een belangrijke activiteit, zoals de registratie van effecten van dieetbehandeling.

De DCN heeft een kwaliteitsnorm "diëtistenpraktijk in de vrije vestiging" ontwikkeld met een eigen klacht- en tuchtrecht.

Daarnaast stelt de LVT kwaliteitseisen aan thuiszorg, waaronder de afdeling voedings- en dieetvoorlichting.

5.3 Kwaliteitsregister

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten participeert in de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici.

In juni 2000 is het basisregister geopend. Vanaf juni 2005 kunnen diëtisten een aanvraag indienen voor registratie in het Kwaliteitsregister. Voor opname in het kwaliteitsregister zijn criteria opgesteld, zoals het aantal paramedisch werkzame uren.

De leden van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten hebben in de algemene ledenvergadering van april 2000 besloten dat de onderstaande criteria zullen gelden voor de eerste kwaliteitsregistratietermijn.

Werkervaring

Gedurende een inschrijvingsperiode van vijf jaar in het basisregister is de diëtist minimaal gedurende 36 maanden als diëtist werkzaam geweest; de diëtist heeft minimaal 1104 uren patiënt/cliënt gerichte werkzaamheden verricht zoals omschreven in het Besluit Deskundigheidsgebied Diëtist in de Wet BIG. Het vereiste aantal van 1104 uren is gebaseerd op de berekening: 3 jaren (= 36 maanden) x 46 werkbare weken x 8 uren.

Deskundigheidsbevordering

Gedurende een inschrijvingsperiode van vijf jaar in het basisregister heeft de diëtist 80 punten behaald uit deskundigheidsbevorderende activiteiten. Van het totaal van 80 punten moeten minimaal 60 punten (= 60 studiebelastingsuren) worden behaald door middel van het volgen van bij- en nascholingsactiviteiten. De diëtist is geheel vrij in de keuze van de inhoud van de scholingsactiviteiten, mits de scholingsactiviteiten betrekking hebben op de paramedische beroepsuitoefening. Elk studiebelastinguur zoals gespecificeerd door de aanbieder van de scholingsactiviteit levert 1 punt op. Geaccrediteerde scholingsactiviteiten leveren per scholingsactiviteit 2 bonuspunten op ten opzichte van niet geaccrediteerde scholingsactiviteiten. De resterende 20 punten kunnen worden behaald door middel van deelname aan onderstaande deskundigheidsbevorderende activiteiten (a t/m g) of door middel van het volgen van bij- en nascholingsactiviteiten.

- a. Het geven van scholing levert punten op, mits het een scholingsactiviteit betreft waarvan het volgen punten op zou leveren. Elk contactuur levert 1 punt op. Wanneer een diëtist dezelfde scholingsactiviteit meerdere malen gedurende hetzelfde registratiejaar verzorgt, telt het aantal contacturen maximaal één keer per registratiejaar mee.
- b. Het begeleiden van een stagiaire in het kader van de paramedische stage van de beroepsopleiding voor diëtetiek levert 10 punten per stageperiode van 15 weken op.
- c. Het publiceren van een vakinhoudelijk artikel levert 10 punten op.
- d. Het deelnemen aan een visitatie als gevisiteerde dan wel als visiteur levert 10 punten per visitatie op.
- e. Het in het kader van visitatie volgen van de opleiding tot visiteur, aangeboden door een door de beroepsvereniging aangewezen opleidingsinstituut levert 10 punten op.
- f. Het deelnemen aan een cyclus van intercollegiale toetsing als deelnemer dan wel als gespreksleider/mentor levert 10 punten per cyclus op.

- g. Het in het kader van intercollegiale toetsing volgen van de opleiding tot begeleider, aangeboden door een door de beroepsvereniging aangewezen opleidingsinstituut levert 10 punten op.

Wanneer de diëtist niet voldoet aan de criteria, gesteld ten aanzien van werkervaring en/of deskundigheidsbevordering wordt hij/zij tijdelijk uit het kwaliteitsregister uitgeschreven. De diëtist kan opnieuw in het kwaliteitsregister geregistreerd worden vanaf het moment dat hij/zij aan alle criteria voldoet over de dan geldende afgelopen periode van vijf jaar.

5.4 Netwerken specifieke deskundigheid

De NVD gaat samenwerkingsverbanden aan met netwerken van diëtisten met specifieke deskundigheid. De NVD ziet deze netwerken als basis voor de ontwikkeling van een specialisatie, waarmee de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een hoger niveau kan worden gebracht. Specifieke deskundigheid op een bepaald deelgebied kan betrekking hebben op de inhoud, doelgroep, filosofie en/of methodiek. Sinds 1 januari 2003 is de NVD gestart met de erkenning en registratie van deze netwerken. Dit wordt uitgevoerd door de Commissie Specifieke Deskundigheid die hiervoor criteria hanteert die zijn beschreven in de nota 'Specifieke deskundigheid binnen de diëtetiek' (2002). De criteria zijn: een serieuze wijze van verdieping van kennis en het doen van innovatie in een deelgebied van de beroepsuitoefening, de waarborging van de continuïteit van het netwerk, transparantie en vlotheid in de wijze van raadpleging en doorverwijzing naar de leden van het netwerk. Voorbeelden van netwerken die een erkenning hebben gekregen zijn: Diëtisten Nierziekten Nederland (DNN), Voedings Interventie Eetstoornissen (VIE) en Netwerk Sportdiëtetiek Nederland (NSN).

5.5 Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) stelde in 2001 kwaliteitscriteria op waaraan diëtisten volgens patiënten dienen te voldoen. De volgende criteria werden hierin beschreven: vakbekwaamheid, informatie, bejegening, steun, zelfstandigheid, organisatie accommodatie en evaluatie. De criteria m.b.t. vakbekwaamheid worden in onderstaand kader weergegeven.

Criteria vakbekwaamheid volgens NPCF

- De professionele richtlijnen voor diëtisten volgen
- Kennis hebben van bepaalde ziekten of aandoeningen en weten welke dieetbehandeling daarbij hoort
- Ontwikkelingen op het vakgebied bijhouden
- Goed communiceren over de behandeling met de patiënt
- Luisteren naar de ervaringen van de patiënt met het dieet en daarvan leren
- Luisteren naar wat de patiënt wil en kan binnen het dieetadvies en in overleg met de patiënt naar oplossingen zoeken
- Zich in haar werk nauwgezet houden aan de grenzen van de eigen vakbekwaamheid
- Wanneer nodig de patiënt tijdig wijzen op andere, meer deskundige hulpverlening voor een probleem
- Het dieetadvies afstemmen op de individuele voorkeur van de patiënt
- Geen merkspecifieke adviezen geven uit eigen belang of commerciële motieven
- Zich ervoor inspannen dat de patiënt die in een instelling verblijft, voeding kan krijgen die binnen het advies past

Verder zijn door de NVD 'gouden regels' ontwikkeld, waarin de rechten en plichten van diëtist en patiënt zijn vastgelegd. Deze regels zijn gebaseerd op de modelregeling diëtist-patiënt (zie paragraaf 6.2):

5.6 Voorwaarden en verantwoordelijkheden bij directe toegankelijkheid

Volgens de NVD dient aan een aantal voorwaarden voldaan te zijn, voordat tot directe toegankelijkheid kan worden overgegaan. De belangrijkste voorwaarden die de NVD noemde waren:

- toegang tot relevante gegevens over de cliënt, zoals laboratoriumwaarden. De toegang tot het patiëntendossier is nu een knelpunt, omdat de verwijzer deze informatie niet geeft. De diëtist zal in de situatie van directe toegankelijkheid zelf laboratoriumbepalingen moeten kunnen aanvragen. Een andere mogelijkheid is, dat de diëtist toegang heeft tot een centraal medisch dossier;
- er dient een goede regeling te zijn voor beroepsaansprakelijkheid.

Door de diëtisten uit de verschillende werkvelden werd een aantal voorwaarden voor directe toegankelijkheid genoemd. Deze zijn in een aantal groepen in te delen.

Medische informatie

Het is belangrijk om als diëtist betrouwbare informatie over de cliënt te krijgen. Zo is een belangrijke voorwaarde dat de afstemming met de verwijzer wordt geregeld. Zo zou de diëtist bijvoorbeeld inzage in het medische dossier moeten krijgen. Op dit moment is er nog geen beschikking over een elektronisch medisch dossier, maar het gebruik van een elektronisch patiëntendossier zou aan te raden zijn bij directe toegankelijkheid. Ook dient de verandering in de samenwerking met artsen bij directe toegankelijkheid goed doorgesproken te worden. Bij twijfel dient de diëtist de cliënt naar de arts te verwijzen. De diëtist zou ook zelfstandig laboratoriumwaarden moeten kunnen laten bepalen. Verder moet worden voorkomen dat delen van medische dossiers zich op verschillende plaatsen bevinden.

Aansprakelijkheid

Er moet duidelijkheid zijn ten aanzien van aansprakelijkheid. Ter illustratie werd de klacht obstipatie aangehaald, waarbij de onderliggende medische diagnose darmkanker kan zijn. Als je als diëtist eerst de obstipatie gaat behandelen en pas verder kijkt als de klachten niet verdwijnen, kun je mogelijk een ernstige diagnose over het hoofd zien.

Werkervaring

Een overweging kan zijn om een minimum aantal jaren werkervaring als eis te stellen voor directe toegankelijkheid. Dit sluit aan bij de discussie binnen de beroepsgroep of een officieel onderscheid gemaakt zou moeten worden tussen junior en senior diëtisten. Diëtisten die vrijgevestigd zijn werken voor een deel in een solopraktijk, voor hen kan de eis van werkervaring vervelend uitpakken, want bij beperkte werkervaring hebben ze geen directe collega met meer werkervaring binnen de praktijk, waardoor ze dus cliënten niet in behandeling kunnen nemen.

Een andere overweging kan zijn, dat diëtisten langere stages gaan lopen, waarbij meer nadruk komt te liggen op diagnosestelling. Ook kan als voorwaarde worden gesteld dat je in het kwaliteitsregister moet zijn opgenomen (voldoen aan kwaliteitseisen van de beroepsvereniging)

Rapportage

De rapportage wordt belangrijker bij directe toegang. De diëtist zou moeten worden geschoold in het stellen van een differentiaal diagnose (via een bredere anamnese). Je zou een bredere range van vragen moeten stellen en aandoeningen waarvoor een medische behandeling is vereist moeten uitsluiten. De rapportage aan de arts zou moeten worden uitgebreid. Ook blijft overleg achteraf met de arts nodig

Andere voorwaarden die werden genoemd waren:

- aanpassen van de Wet BIG;
- duidelijkheid wat wel of niet onder de zorg valt;
- simpele declaratiemogelijkheid bij zorgverzekeraar;
- de mate van samenwerking is een kritisch punt: in de situatie van bijvoorbeeld Thebe (thuiszorg) hebben diëtisten te maken met 180 huisartsen in de regio. In het gezondheidscentrum is de situatie voor samenwerking gunstiger, omdat hier alle disciplines bij elkaar zitten;
- directe toegang mag geen negatieve financiële consequenties hebben voor de cliënt;
- voldoende formatieplaatsen voor diëtisten;
- de veranderingen zouden goed gecommuniceerd moeten worden met de huisartsen, vooral omdat deze groep er niet op zit te wachten, maar ook met andere betrokkenen zoals andere zorgverleners en cliënten;
- er is een mentaliteitsverandering nodig, onder andere bij huisartsen;
- de diëtist zou zelfstandig bepaalde medicatie (zoals laxantia) en dieetpreparaten voor moeten kunnen schrijven.

6 Communicatie en registratie relevante gegevens

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag aan welke voorwaarden de communicatie- en informatie uitwisseling dient te voldoen om deze in een direct toegankelijke eerstelijnszorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen. Hier wordt zowel de communicatie tussen de diëtist en de cliënt, als tussen de diëtist, huisarts en zorgverzekeraar besproken.

6.2 Communicatie tussen diëtist en cliënt

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) stelde in 2001 kwaliteitscriteria op waaraan diëtisten volgens patiënten dienen te voldoen. Hierbij telt niet alleen de vakinhoudelijke deskundigheid, maar ook een aantal andere aspecten van zorg, zoals informatievoorziening, bejegening, steun en zelfstandigheid van de patiënt ondersteunen. De criteria met betrekking tot de informatievoorziening worden in onderstaand kader weergegeven.

Criteria informatie volgens NPCF

- De patiënt informeren over de behandeling
- De patiënt informeren over mogelijkheden die hem kunnen helpen beter om te gaan met problemen die hij dagelijks met voeding heeft
- De patiënt wijzen op schriftelijke informatie over een bepaalde ziekte of handicap van categoriale patiëntenorganisaties
- Ervoor zorgen dat de patiënt leert om kennis en inzichten zelf in het dagelijks leven toe te passen en problemen zelf op te lossen
- Uitleg geven over de gang van zaken binnen de praktijk of afdeling
- (Potentiële) patiënten informeren over specifieke deskundigheden van diëtisten in de regio
- Bij de patiënt informeren naar zaken die van belang zijn voor de behandeling
- Zo nodig bij de behandelend arts informeren naar het ziektebeeld en ziekteverloop, na toestemming van de patiënt
- Ervoor zorgen dat informatie voor iedereen begrijpelijk is
- Informatie over de patiënt vertrouwelijk behandelen
- Patiënten op de hoogte houden van nieuwe ontwikkelingen en inzichten die van belang zijn voor het dieet
- Adviezen aan de patiënt desgevraagd op papier zetten

Daarnaast bevat de beroepscode, die de NVD voor diëtisten opstelde, een aantal bepalingen voor de wijze waarop een diëtist dient om te gaan met de cliënt. Diëtisten die zich aanmelden voor opname in het Basisregister van het Kwaliteitsregister voor Paramedici, verklaren daarmee deze beroepscode en gedragsregels te onderschrijven.

Verder zijn door de NVD 'gouden regels' ontwikkeld, waarin de rechten en plichten van diëtist en patiënt zijn vastgelegd. Deze regels zijn gebaseerd op de modelregeling diëtist-patiënt en luiden als volgt:

- Samenwerking is de basis van een goede relatie tussen u als patiënt en de diëtist. Daarvoor moet men elkaar als gelijken behandelen en moet men duidelijke afspraken maken.
- Zowel u als de diëtist zijn verplicht gemaakte afspraken na te komen. Wanneer dit niet mogelijk is, zal een ieder dit tijdig aangeven.
- De diëtist heeft de plicht u duidelijk informatie te geven over het voorgestelde dieet of voedingsadvies. De diëtist zal u informeren bij aanvang van en tijdens de behandeling. U als patiënt heeft de taak om informatie die van belang is, te verstrekken aan de diëtist. Alléén dan kan de diëtist u een goede behandeling bieden.
- De diëtist respecteert bij het adviseren en behandelen uw persoonlijke omstandigheden en wensen.
- U mag van de diëtist een deskundige behandeling verwachten. Indien nodig overlegt de diëtist met collegae en wint informatie in bij andere hulpverleners die rechtstreeks bij uw behandeling betrokken zijn, zoals de behandelend arts.
- Uw privacy zal worden gerespecteerd. Alles wat u met een diëtist bespreekt zal vertrouwelijk worden behandeld. Alleen met uw nadrukkelijke toestemming mag aan uw partner, familie of vrienden informatie worden doorgegeven. U als patiënt dient het privéleven van de diëtist te respecteren.
- De diëtist houdt een dossier bij met de gegevens over de behandeling. U heeft recht op inzage in uw dossier. Op verzoek krijgt u tegen een geringe vergoeding een kopie van uw dossier.
- Bij aanvang van en tijdens de behandeling bent u in principe vrij in het kiezen van een diëtist.
- Wanneer u een klacht heeft, probeer deze dan eerst te bespreken met de diëtist. Komt u er samen niet uit, dan kunt u terecht bij de klachtenbalie van de instelling of bij het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg in uw regio

Deze regels zouden ook moeten gelden in een direct toegankelijke eerstelijnszorg.

6.3

Communicatie tussen diëtist en huisarts

De verwijzing van de huisarts naar de diëtist vindt nu in principe schriftelijk plaats conform de eisen zoals die in de wet zijn gesteld.

De behandeling van de diëtist zal onderdeel uitmaken van de totale behandeling of zorg van de cliënt. De diëtist zorgt ervoor dat haar behandelplan aansluit op het totale zorgaanbod dat de cliënt krijgt aangeboden. Zij overlegt daartoe regelmatig met andere zorgverleners, zoals de (huis)arts, van wie de cliënt eveneens zorg ontvangt en zoekt commitment voor de te volgen handelwijze. Zij houdt hierbij rekening met gemaakte afspraken en (dieet)behandelrichtlijnen (Beroepsprofiel, 1999).

De rapportage van de diëtist naar de verwijzer vindt schriftelijk plaats, eventueel met aanvullend mondeling overleg. De NVD heeft een standaard kader voor de rapportage ontwikkeld: de 'Richtlijn rapportage van diëtist aan verwijzer'.

In een direct toegankelijke eerstelijnszorg zouden afspraken gemaakt dienen te worden voor welke categorieën cliënten wel of geen verwijzing van de (huis)arts nodig is. Daarnaast dienen afspraken te worden gemaakt over de wijze waarop tussen de diëtist en de behandelend (huis)arts gecommuniceerd en informatie uitgewisseld dient te worden. Twee belangrijke aandachtspunten hierbij zijn de beschikbaarheid van medische informatie voor de diëtist, zoals inzage in het medische dossier, en de

rapportage aan de behandelend (huis)arts: welke vorm, inhoud en frequentie dient de rapportage te krijgen?

6.4 Communicatie tussen diëtist, huisarts en zorgverzekeraar

Voor de zorgverzekeraars is het van belang dat zij adequaat geïnformeerd worden over de directe toegankelijkheid van de diëtist. In de eerste plaats is het voor de betrokken verzekeraars van belang dat zij weten welke praktijken en instellingen deel uit zullen maken van een eventueel proefproject directe toegankelijkheid. Tevens zullen goede afspraken moeten worden gemaakt over wet en regelgeving, met name over de financiële vergoeding van directe toegankelijkheid.

7 Stand van zaken en draagvlak voor directe toegankelijkheid

7.1 Inleiding

Eind augustus 2003 is een schriftelijke vragenlijst voorgelegd aan een steekproef van 200 diëtisten die vrijgevestigd zijn of werkzaam zijn bij een thuiszorgorganisatie. In Nederland werken tussen de 700 en 800 diëtisten extramuraal (bij de thuiszorg en als vrijgevestigde). Hoewel er ook vanuit andere organisaties extramurale diëtetiek wordt geleverd, hebben we ons hier gericht op diëtisten die voor het grootste deel van hun werktijd extramurale diëtetiek leveren.

De vragenlijst bevatte twintig, voornamelijk gesloten, vragen over kenmerken van de werksituatie, deelname aan intercollegiaal werkveld specifiek overleg, huidige en gewenste situatie rondom directe toegang, de voor- en nadelen en voorwaarden en aandachtspunten bij directe toegang. In een laatste vraag is gepeild of men eventueel mee zou willen werken aan een proefproject waarbij de gevolgen van directe toegang van extramurale diëtetiek in kaart worden gebracht. Bij acht vragen konden meerdere antwoordmogelijkheden worden aangekruist (bijlage D).

7.2 (Non-)respons

Bij het selecteren van de adressen voor de steekproef is gebruik gemaakt van de adressenbestanden van de NVD en de DCN. Naar rato van het aantal leden is een steekproef getrokken van diëtisten werkzaam in de thuiszorg of als vrijgevestigde.

Via een persbericht op de website van de NVD (bijlage E) is het onderzoek onder de aandacht gebracht van de diëtisten. Diëtisten konden ook op eigen initiatief om deelname aan het onderzoek vragen. Vijf diëtisten maakten van deze mogelijkheid gebruik en vulden een vragenlijst in. Het betrof vier vrijgevestigde diëtisten en één diëtist die werkzaam is bij de thuiszorg.

De respons bedroeg 46,5 % (93/200), waarbij de verdeling van de percentages goed overeen kwam met de percentages uit de verschillende aangeschreven groepen.

Tabel 7.2.1 Overzicht van (non-)respons op de schriftelijke vragenlijst

Doelgroep	Aangeschreven (n = 200)	Respons (n = 93)
NVD adressenbestand		
Thuiszorg	120 (60%)	55 (59%)
Vrijgevestigd/eigen praktijk	60 (30%)	27 (29%)
DCN adressenbestand		
Vrijgevestigd/eigen praktijk	20 (10%)	11 (12%)

7.3 Kenmerken werksituatie

In tabel 7.3.1 wordt weergegeven vanuit welke setting extramurale diëtetiek wordt aangeboden. Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. De doelgroep aan wie een vragenlijst is gestuurd bestond uit vrijgevestigde diëtisten of diëtisten die werkzaam zijn bij de thuiszorg. Een klein aantal van hen blijkt daarnaast ook werkzaam te zijn in een verpleeg- of verzorgingshuis, of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Ook werkte een aantal diëtisten in een gezondheidscentrum.

Tabel 7.3.1 Setting voor extramurale diëtetiek in % (n=97)

Setting	Percentage**
Thuiszorgorganisatie	55
Vrijgevestigde praktijk	47
Gezondheidscentrum	6
Verzorgingshuis	3
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	
Verpleeghuis	1
Anders*	8

* genoemd werd onder andere: asielzoekerscentrum, bedrijfsgezondheidsdienst en oogziekenhuis.

** Gemiddeld gaf elke respondent 1,22 antwoorden.

Ook is gevraagd naar werktijd, namelijk het aantal uur dat men gemiddeld per week werkzaam was als diëtist in de extramurale zorg. Deze tijd betrof zowel de contacttijd, reistijd als overige cliëntgebonden tijd (tabel 7.3.2). Hieruit bleek dat tweederde van de diëtisten wekelijks drie dagen of korter werkte.

Tabel 7.3.2 Gemiddeld aantal uur werkzaam als diëtist in de extramurale zorg in %

Gemiddeld aantal uur/week	Percentage
0-8 uur	8
9-16 uur	25
17-24 uur	33
25-32 uur	21
33-40 uur	13
Totaal	100

Tweederde van de diëtisten nam deel aan intercollegiaal werkveld specifiek overleg. Dit gold zowel voor de diëtisten werkzaam bij de thuiszorg als de vrijgevestigde diëtisten (tabel 7.3.3). Deze overlegvormen zijn globaal in vier hoofdgroepen in te delen: regio overleg, thema gerelateerd overleg, intercollegiale toetsing of intervisie en intern overleg (tabel 7.3.4).

Tabel 7.3.3 Deelname aan intercollegiaal werkveld specifiek overleg in %

Deelname intercollegiaal werkveld specifiek overleg	Percentage
Ja, namelijk	69
Nee	31
totaal	100

Tabel 7.3.4 Overzicht van de meest genoemde soorten overleg (n=66).

Soort overleg	
Regio overleg	Van DCN Vrijgevestigden uit een specifieke regio Diabetesoverleg
Thema gerelateerd overleg	Voedselovergevoeligheid Orthomoleculair Voeding bij diabetes Voeding en migranten Depletie COPD Sondevoeding, PEG protocol Eetstoornissen Sport Patiënten met kanker (IKZ overleg)
Intercollegiale toetsing of intervisie	Diabetes mellitus Protocollair intercollegiaal toetsen ICT/PITD
Intern overleg	Thuiszorg diëtistenteam

7.4 **Huidige situatie bij directe toegankelijkheid**

Gevraagd werd of zich in de huidige situatie wel eens cliënten uit zichzelf (eventueel telefonisch) aanmelden bij de praktijk of zorginstelling zonder verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts. Indien deze vraag bevestigend beantwoord kon worden door de respondent is tevens gevraagd om welke categorieën cliënten het in deze situatie ging en wat de belangrijkste interventies waren. Tot slot, is met betrekking tot een dergelijke situatie, gevraagd naar de wijze waarop dit administratief en financieel werd afgehandeld.

Tabel 7.4.1 Aanmeldingen zonder verwijzing in %

Aanmeldingen zonder verwijzing	Percentage
Nee, (bijna) nooit	7
Ja, soms	61
Ja, wekelijks	31
Ja, (bijna) dagelijks	1
totaal	100

61 % van de diëtisten had soms te maken met directe toegankelijkheid. Bijna eenderde had er zelfs wekelijks mee te maken (tabel 7.4.1). De drie meest genoemde categorieën cliënten die zonder verwijzing bij de diëtist komen waren cliënten met overgewicht, cliënten die al bekend zijn met de praktijk of instelling, cliënten die zich aanmelden op aanraden van hulpverleners anders dan een arts, zoals een wijkverpleegkundige (tabel 7.4.2). De diëtisten noemden daarnaast een aantal categorieën cliënten die ook zonder verwijzing, in mindere mate, voorkwamen, zoals sporters, mensen met eetstoornissen en mensen met allergieën.

Het bleek dat bij deze categorieën cliënten zowel het geven van een voedingsadvies als een dieetbehandeling vaak voorkwamen, hoewel volgens de wet voor het verstrekken

van een voedingsadvies geen verwijfsbrief nodig is, maar voor een dieetbehandeling wel.

Tabel 7.4.2 Categorieën cliënten zonder verwijzing in % (n=90)

Categorie	Percentage**
Cliënten uit alle hier genoemde categorieën	26
Cliënten met overgewicht	67
Cliënten die al bekend zijn met de praktijk of instelling	46
Cliënten die zich aanmelden op aanraden van hulpverleners anders dan een arts, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige	44
Cliënten met voedselallergie	30
Andere cliënten*	22
Cliënten met diabetes mellitus die niet insuline afhankelijk zijn	19
Cliënten met hypercholesterolemie	17
Cliënten met obstipatie	17
Mantelzorgers	6

* genoemd werden onder andere: sporters, eetstoornissen, zwangeren, ondergewicht, meervoudig complex gehandicapten, darmklachten (IBS), gezonde voeding.

** Bij deze vraag waren meerdere antwoorden mogelijk. Gemiddeld heeft elke respondent 2,92 antwoorden gegeven.

Tabel 7.4.3 Belangrijkste interventies bij directe toegankelijkheid in % (n=89)

Interventies	Percentage**
Geven van een voedingsadvies	76
Diëtistisch onderzoek en diagnosestelling	58
Dieetbehandeling aan cliënt	62
Dieetbehandeling van een cliënt via een intermediair	23
Overige interventies*	18
Geen enkele interventie	9

* genoemd werden onder andere: alsnog verwijzing gevraagd bij huisarts of consultatiebureau arts, groepsvoorlichting, bewegingsadviezen, rationeel emotieve therapie, overleg met arts.

** Gemiddeld gaven de diëtisten 2,46 antwoorden bij deze vraag.

Gevraagd is ook hoe één en ander administratief en financieel werd afgehandeld in deze situatie. Ook hier waren meerdere antwoorden mogelijk. Tweederde van de diëtisten gaf aan dat achteraf alsnog een verwijfsbrief van de arts werd gevraagd. Ruim de helft van de diëtisten noemde daarnaast als mogelijkheid voor afhandeling dat de cliënt eerst naar de arts werd terugverwezen voor een verwijfsbrief.

Tabel 7.4.4 Administratieve en financiële afhandeling bij directe toegankelijkheid in % (n=90)

Administratieve en financiële acties	Percentage**
Er wordt achteraf een verwijsbrief van de arts gevraagd	67
De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de arts voor een verwijsbrief	56
Het consult wordt via de AWBZ gefinancierd	51
De cliënt betaald contant en kan dit soms bij zijn verzekeraar declareren	34
Anders*	16

* genoemd werden onder andere: cliënt krijgt nota, patiënt gebonden budget, declaratie via stichting thuiszorg Nederland

** Gemiddeld gaven de diëtisten 2,23 antwoorden bij deze vraag.

7.5

Toekomstige situatie bij directe toegankelijkheid

Naast de huidige situatie is ook gevraagd naar de mogelijkheden waarop in de toekomst directe toegankelijkheid kan worden vorm gegeven. Diëtisten gaven verschillende categorieën cliënten aan voor wie volgens hen directe toegankelijkheid geschikt is (tabel 7.5.1). Volgens een kwart van de diëtisten zou directe toegankelijkheid voor alle categorieën cliënten geschikt zijn. De meest genoemde categorie cliënten voor wie directe toegankelijkheid geschikt is, zijn cliënten met overgewicht (63%). Dit bleek in de huidige situatie tevens de meest voorkomende categorie cliënten te zijn die zonder verwijzing bij de diëtist komt (tabel 7.4.2).

Tabel 7.5.1 Categorieën cliënten voor wie directe toegankelijkheid geschikt is volgens diëtisten in % (n=96)

Categorie	Percentage**
Alle categorieën cliënten	24
Cliënten met overgewicht	63
Cliënten die zich aanmelden op aanraden van hulpverleners anders dan een arts, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige	48
Cliënten met obstipatie	47
Cliënten die al bekend zijn met de praktijk of instelling	40
Cliënten met hypercholesterolemie	40
Cliënten met diabetes mellitus die niet insuline afhankelijk zijn	31
Een aantal welomschreven cliëntengroepen*	22
Mantelzorgers	21
Cliënten met voedselallergie	10
Geen enkele categorie	2

* genoemd werden onder andere: sporters, mensen met eetstoornissen, vegetariërs, mensen met vragen over gezonde voeding, alle cliënten mits diagnose duidelijk is.

** Gemiddeld gaven de diëtisten 3,46 antwoorden bij deze vraag.

Clënten met overgewicht, obstipatie als ook cliënten die door andere hulpverleners dan een arts zijn verwezen, werden het meest genoemd als geschikte categorieën voor directe toegankelijkheid. Een groot deel van de diëtisten acht alle genoemde interventies geschikt bij directe toegankelijkheid.

Tabel 7.5.2 Belangrijkste interventies bij directe toegankelijkheid in % (n=96)

Interventies	Percentage**
Geven van een voedingsadvies	51
Alle onderstaande interventies	45
Diëtistisch onderzoek en diagnosestelling	32
Dieetbehandeling aan cliënt	26
Dieetbehandeling van een cliënt via een intermediair	17
Overige interventies*	3
Geen enkele interventie	3

* genoemd werden onder andere: cursussen, rationeel emotieve therapie, bewegingsadviezen

** Gemiddeld gaven de diëtisten 1,77 antwoorden op deze vraag.

Tabel 7.5.3 Belangrijke aandachtspunten bij directe toegankelijkheid in% (n=97)

Aandachtspunten	Percentage**
Het moet mogelijk blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen alsmede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn	97
Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines die bij de behandeling zijn betrokken (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)	90
De financiering moet zijn gegarandeerd	87
De overige disciplines moeten op de hoogte zijn van de deskundigheid van de diëtist	73
De cliënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van de diëtist	71
De bevoegdheden van de diëtist moeten worden uitgebreid (bijv. zelfstandig bevoegd om laboratoriumonderzoek te doen)	65
Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines (wie doet wat?)	64
De diëtist zou zelf inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt	54
Andere aandachtspunten*	21

* genoemd werden onder andere: aanpassing van de Wet BIG, rapportage aan arts moet blijven bestaan, afspreken wie coördineert, binnen beroepsgroep afspraken maken, voldoende capaciteit.

** Gemiddeld gaven de diëtisten 6,2 antwoorden op deze vraag.

7.6 Voor- en nadelen van directe toegankelijkheid

Bijna tweederde van de diëtisten (62 %) had een (sterk) positieve houding ten opzichte van directe toegankelijkheid. Eén op de tien diëtisten stond (sterk) negatief tegenover directe toegankelijkheid.

Tabel 7.6.1 Houding tegenover directe toegankelijkheid in %

Houding	Percentage
Sterk positief	24
Positief	38
Neutraal	27
Negatief	10
Sterk negatief	1
totaal	100

Ook werd naar de belangrijkste voor- en nadelen van directe toegankelijkheid gevraagd. In tabel 7.6.1 staan de meest genoemde voordelen beschreven. De nadelen zijn in een aantal groepen gecategoriseerd, namelijk overleg en afstemming, informatie en patiënten(stroom) (tabel 7.6.2).

Tabel 7.6.1 Voordelen van directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek

Voordelen
• Drempelverlagend voor cliënten • Snellere dienstverlening; cliënten kunnen sneller worden geadviseerd • Tijd- en kostenbesparend, bijvoorbeeld consult van arts vervalt • Minder bureaucratie, waardoor onder andere minder kosten • Motivatie van cliënt zal hoger zijn als hij zich uit eigen beweging aanmeldt (waardoor meer therapietrouw) • Erkenning deskundigheid en verantwoordelijkheid van cliënt over zijn eigen gezondheid (cliënt bepaalt/beslist zelf; cliënt heeft meer keuzevrijheid) • Geen overbodige belasting van artsen, dus goedkopere zorg • Betere bereikbaarheid en toegankelijkheid van de diëtist • Verhoging van professionaliteit, erkenning vak-/deskundigheid • Cliënten van huisartsen die moeizaam verwijzen, kunnen nu gemakkelijker komen/ cliënten zijn niet meer afhankelijk van verwijzing arts; niet alle artsen willen namelijk verwijzen • Kortere lijnen met andere disciplines, zoals de wijkverpleegkundige of consultatiebureau arts • Meer preventieve interventies of advies

Tabel 7.6.2 Nadelen van directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek

Nadelen
OVERLEG EN AFSTEMMING
• Meer tijd en energie nodig voor overleg met artsen (bijvoorbeeld om gegevens over de patiënt te krijgen) • Minder contact en/of samenwerking met (huis)artsen en andere behandelaars • Onduidelijk is of huisarts akkoord is met behandeling en/of een terugrapportage wenst. Bovendien kan de (terug)rapportage niet inspelen op de verwijzing • Waar ligt de eindverantwoordelijkheid, huisarts raakt het overzicht kwijt over welke behandelingen rondom een cliënt plaatsvinden. Huisartsen weten pas achteraf dat cliënten onder behandeling zijn (geweest) van een diëtist
INFORMATIE
• Onvolledige of geen medische gegevens voorhanden (zoals bij 1e consult) (bijvoorbeeld bij allergie en diabetes zijn medische gegevens nodig, zoals bloedwaarden, medicatie en andere diagnoses van cliënt), waardoor gevaar bestaat voor verkeerde behandeling • Kost meer tijd om alle relevante informatie te achterhalen of achteraf aanvullende gegevens aan te vragen bij huisarts (ook aandacht voor 'Hoe krijg ik voldoende medische informatie van "weigerachtige artsen"?') • Patiënt kan onvolledige informatie geven, soms vage 'verhalen/verwijzingen'
PATIËNTEN(STROOM)
• Cliënten geven makkelijker op (zijn bijvoorbeeld minder gemotiveerd) / blijven sneller weg (arts 'controleert niet') • Toename werkdruk door grotere vraag, mogelijk langere wachttijden • Onterecht gebruik van of onnodig beroep op de diëtist (aan diëtisten om dat te bewaken), bijvoorbeeld 'shop-gedrag' van mensen of cliënten met beperkt overgewicht zonder gezondheidsrisico • Verwachting van de cliënt dat iedereen kan worden geholpen • Cliënt dient goed op de hoogte te zijn van eigen medische situatie (medicatie e.d.) • Gebruiker kan deskundigheid van diëtist onvoldoende inschatten

7.7 **Bijscholing**

Bijna driekwart van de diëtisten (73 %) achtte bijscholing noodzakelijk in verband met directe toegankelijkheid. Zij dachten dan vooral aan kennis over wet- en regelgeving, het vergroten van de deskundigheid op het gebied van diagnostisch onderzoek en communicatie met (huis)artsen. In mindere mate werden de onderwerpen kennis van pathologie en communicatie met overige disciplines in de extramurale zorg genoemd. Daarnaast werden op eigen initiatief genoemd: intercollegiaal overleg over werkwijze, kennis over computerregistratiesystemen huisarts, financiële consequenties, eenvormigheid in handelen en efficiënte bedrijfsvoering.

Tabel 7.7.1 Bijscholing op onderdelen in % (n=71)

Onderwerpen voor bijscholing	Percentage**
Kennis van wet- en regelgeving	82
Vergroten van de deskundigheid op het gebied van diagnostisch onderzoek	69
Communicatie met (huis)artsen	65
Communicatie met overige disciplines in de extramurale zorg	47
Kennis van pathologie	31
Anders*	10

* genoemd werden onder andere: efficiënte bedrijfsvoering, intercollegiaal overleg over werkwijze, kennis over computerregistratiesystemen van huisarts.

** De diëtisten noemden gemiddeld 3 antwoordmogelijkheden bij deze vraag.

7.8 Rapportage

Ruim de helft van de diëtisten vond, dat zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling door hen aan de (huis)arts zou moeten worden gerapporteerd. Tien procent vond dat rapportage aan de (huis)arts niet nodig is. Bij de categorie anders werd nog een aantal andere meningen over de rapportage beschreven, zoals dat dit in overleg met en met toestemming van de patiënt moet gebeuren, of dat dit afhankelijk is van het ziektebeeld of de hulpvraag van de cliënt.

Tabel 7.8.1 Rapportage naar (huis)arts per patiënt die zonder verwijzing bij de diëtist komt in %

Rapportage naar (huis)arts	Percentage
Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling	55
Ja, na het eerste contact	7
Ja, na afronding van de behandeling	10
Nee, niet nodig	10
Anders	18
totaal	100

7.9 Draagvlak om mee te willen werken aan een pilot

Ruim 60 % van de respondenten wilde, al of niet onder voorwaarden, meewerken aan een proefproject (tabel 7.9.1)

Tabel 7.9.1 Aantal diëtisten dat mee wil werken aan een proefproject in %

Meewerken aan proefproject	Percentage
Ja	25
Ja, mits	36
nee	39
totaal	100

8 Conclusies

8.1 Inleiding

In het deelrapport diëtetiek is op landelijk, werkveld-gerelateerd en uitvoerend niveau ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van diëtetiek in de eerste lijn. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

8.2 Wenselijkheid directe toegankelijkheid

Hoewel directe toegankelijkheid (nog) geen belangrijk beleidsaandachtspunt is binnen de beroepsgroep, staan zowel de koepelorganisatie van diëtisten, de NVD, DCN als de individuele diëtisten positief tegenover directe toegankelijkheid van de diëtist in de eerste lijn. Dit wordt ondersteund door andere partijen als de Landelijke HuisartsenVereniging (LHV), het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), en het Nederlands Patiënten en Consumenten Platform (NPCF). Prioriteit gaat momenteel naar de te verwachte overgang van diëtetiek van de AWBZ naar het ziekenfonds en de daaruit mogelijk voortkomende consequenties.

Men was het erover eens dat voor de belangrijkste diagnoses die in de extramurale diëtetiek worden behandeld directe toegankelijkheid mogelijk is. Dit zijn: voedselallergie, diabetes mellitus, overgewicht, maagdarmklachten (zoals obstipatie) en hart- en vaatziekten (waaronder hypercholesterolemie).

Een groep die niet of minder geschikt is voor directe toegankelijkheid zijn psychiatrische patiënten die extramuraal worden behandeld. Dit vanwege de belangrijke rol van medicatie in de psychiatrie. Via de cliënt is hierover onvoldoende betrouwbare informatie te verkrijgen. Ook is vanwege een psychiatrische aandoening het verhaal van de cliënt over de klacht niet of minder betrouwbaar.

Huidige situatie bij directe toegankelijkheid

- Gebleken is, dat een groot deel van de diëtisten die extramuraal werkzaam is regelmatig te maken heeft met cliënten die zonder verwijzing van de (huis)arts bij hen komen. Ongeveer eenderde van de ondervraagde diëtisten heeft hier zelfs wekelijks mee te maken.
- De drie meest genoemde categorieën cliënten die zonder verwijzing bij de diëtist komen zijn cliënten met overgewicht, cliënten die al bekend zijn met de praktijk of instelling en cliënten die zich aanmelden op aanraden van hulpverleners anders dan een arts, zoals een wijkverpleegkundige. In een dergelijke situatie vraagt tweederde van de diëtisten achteraf alsnog een verwijsbrief van de arts. Ruim de helft van de diëtisten noemt daarnaast als mogelijkheid, dat de cliënt eerst naar de arts wordt terugverwezen voor een verwijsbrief.

Aanbeveling

Voor DT diëtetiek doen zich goede mogelijkheden voor mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De huisarts moet op de hoogte worden gehouden over de aan zijn/haar cliënt geleverde zorg. Informatie dient teruggekoppeld te worden naar een centraal punt en moet hier ook kunnen worden opgevraagd door de diverse zorgverleners in de eerste lijn.

8.3 Kwaliteitseisen diëtisten

De financiering van dieetbehandeling bij directe toegang dient gegarandeerd te zijn en in elk geval zodanig geregeld dat er geen financiële prikkel is om eerst naar de arts te gaan.

Ook dient er duidelijkheid te zijn ten aanzien van de beroepsaansprakelijkheid.

Ruim de helft van de diëtisten vond, dat zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling door hen aan de (huis)arts zou moeten worden gerapporteerd in de situatie van directe toegankelijkheid.

Bijna driekwart van de diëtisten achtte bijscholing noodzakelijk in verband met directe toegankelijkheid. Zij dachten dan vooral aan kennis over wet- en regelgeving, het vergroten van de deskundigheid op het gebied van diagnostisch onderzoek en communicatie met (huis)artsen.

Aanbeveling

Voor diëtisten die daar behoefte aan hebben een adequate bijscholing organiseren. Duidelijk maken dat ook nu de diëtist eveneens verantwoordelijk is voor het eigen professionele handelen.

8.4 Communicatie en registratie relevante gegevens

Over de voorwaarden waaronder directe toegankelijkheid plaats moet vinden dient zorgvuldig nagedacht te worden. Zo dient er een adequate communicatie en informatie uitwisseling te zijn tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn. Het is bijvoorbeeld essentieel dat de diëtist bij directe toegankelijkheid dient te beschikken over relevante medische informatie. Hierin zou kunnen worden voorzien door de diëtist toegang te geven tot het medisch dossier en/of haar bevoegdheden te geven om zelfstandig onderzoek te laten uitvoeren, zoals het laten bepalen van laboratoriumwaarden. Toch was bijna iedereen het erover eens, dat het, in de situatie van directe toegankelijkheid, mogelijk moet blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen en overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn

Aanbeveling

Er dient een standaard aanmeldingsformulier te worden gebruikt voor patiënten die zich, tijdens een eventueel proefproject, zonder verwijzing aanmelden. Over de wijze en frequentie waarop de rapportage naar de huisarts moet plaats vinden, dient voorafgaand aan het proefproject overeenstemming bereikt te worden met zowel de deelnemende huisartsen als de deelnemende diëtisten.

8.5 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele diëtisten

Hoewel het onderwerp directe toegankelijkheid binnen de beroepsgroep momenteel nog geen beleidspunt is, is uit dit onderzoek gebleken dat er wel degelijk belangstelling en draagvlak voor het onderwerp bestaat. Zowel de NVD, de DCN, de diëtisten uit de verschillende werkvelden en de diëtisten die deelnamen aan de steekproef staan grotendeels positief tegenover directe toegankelijkheid.

Een aantal belangrijke voordelen van directe toegankelijkheid die door verschillende geledingen in het onderzoek werden genoemd zijn: drempelverlaging voor de cliënt, een snellere dienstverlening door de diëtist en een besparing van de kosten.

Er worden ook nadelen van directe toegankelijkheid genoemd, zoals het onvolledig of niet over medische gegevens van de cliënt beschikken en de extra tijd die nodig is om deze gegevens te achterhalen. Echter, als aan een aantal randvoorwaarden tegemoet wordt gekomen, zoals toegang van de diëtist tot relevante medische gegevens, zal een deel van de genoemde nadelen niet meer aan de orde zijn.

Verwijzing via andere hulpverleners dan de arts wordt als positief gezien. Over de samenwerkingsrelatie met de arts bij directe toegankelijkheid moet zorgvuldig worden nagedacht. De arts is en blijft spin in het web van de totale medische behandeling van cliënten en moet daarom altijd geïnformeerd blijven.

Een groot deel van de diëtisten is bereid in de toekomst aan een proefproject mee te willen werken.

Aanbeveling

Wanneer er instellingen of vrijgevestigde praktijken worden geselecteerd voor deelname aan een proefproject verdient het de voorkeur om die instellingen/praktijken te selecteren die minimaal 0,5 fte extramurale diëtetiek leveren.

8.6 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

Randvoorwaarden die door de diëtisten worden genoemd betreffen onder meer:

- De mogelijkheid om bij een arts een medische diagnose en eventuele andere medische gegevens op te vragen die voor de behandeling noodzakelijk zijn;
- De overige disciplines in de eerste lijn dienen op de hoogte te zijn van de mogelijkheden van de diëtetiek;
- De financiering moet zijn gegarandeerd;
- De communicatie en informatie uitwisseling tussen de diverse disciplines in de eerste lijn dient adequaat te zijn;
- De patiënt moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van de diëtetiek;
- Uitbreiding van de bevoegdheden van de diëtist;

Diëtist zelf dient inzage te hebben in het medisch dossier van de patiënt.

9 Literatuur

Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. 's Gravenhage, Staatsblad 1997.

CVZ, Dieetadvisering van AWBZ naar Ziekenfondswet, Amstelveen, 24 oktober 2002.

NIVEL. Feiten & Cijfers Gezondheidszorg/beroepsbeoefenaren/paramedici (www.nivel.nl).

NPCF, De diëtist. NPCF-reeks De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht, februari 2001.

NVD Nieuws. Diverse nummers uit jaargang 6, 2003.

NVD webpagina: www.nvdietist.nl (o.a. Beroepsprofiel)

NVD. Kwaliteitsbeleid 2001-2006.

NVD. Specifieke deskundigheid binnen de diëtetiek, Oss, januari 2002.

NVD (factsheet). Extramurale dieetbehandeling. Indeling in zorgniveaus. Oss, september 2003.

't Hart-Eerdmans M. et al. Artsenwijzer diëtetiek. Leiden, 1997

A Vertegenwoordigers landelijke organisaties

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten:

- Mw. E.J. Bakker, manager belangenbehartiging, sectie positie
- Mw. W. Remijnse, kwaliteitsmanager

B Vragenlijsten diëtisten verschillende extramurale werkvelden

Vragen over directe toegang extramurale diëtetiek

1. Naam en functie invuller: _____
2. Vanuit welk werkveld biedt u extramurale diëtetiek aan (= dieetadvisering aan mensen die niet zijn opgenomen in een instelling)? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Keuze uit werkvelden:

- thuiszorgorganisatie
- gezondheidscentrum
- vrijgevestigde praktijk
- (algemeen of academisch) ziekenhuis
- instelling voor verstandelijk gehandicapten
- psychiatrisch ziekenhuis
- verpleeghuis
- verzorgingshuis
- revalidatiecentrum
- anders, namelijk _____

Antwoord: _____

3. Hoe bent u in dit werkveld georganiseerd? (bestaat er bijvoorbeeld een netwerk of overleg binnen dit werkveld)

Antwoord:

4. Schets de huidige werkwijze van het werkveld (werken op verwijzing, hoe, van wie etc.)

Antwoord:

5. Hoe ziet het kwaliteitsbeleid van dit werkveld eruit (documentatie, protocollen, richtlijnen)?

Antwoord:

6. Hoe luidt het standpunt over directe toegang? Is het een standpunt van het werkveld (netwerk, overlegstructuur) of is het een persoonlijk standpunt? Bestaat hier (officiële) documentatie over?

Antwoord:

7. Wat zijn mogelijke wijzen van invullen van directe toegang? Hoe ziet u bijvoorbeeld de concrete invulling van de directe toegang voor uw extramurale werkveld?

Antwoord:

8. Zijn er binnen uw werkveld al initiatieven die in de richting gaan van directe toegang? Zo ja, welke (korte omschrijving)?

Antwoord:

9. Wat ziet u als mogelijke voordelen van directe toegang voor uw werkveld?

Antwoord:

10. Wat ziet u als mogelijke nadelen van directe toegang voor uw werkveld?

Antwoord:

11. Zijn de diëtisten in uw werkveld toegerust om directe toegang adequaat aan te kunnen pakken?
Graag toelichten waarom wel/niet.

Antwoord:

12. Wat zijn mogelijke voordelen voor andere werkers in de gezondheidszorg?

Antwoord:

13. Wat zijn mogelijke nadelen voor andere werkers in de gezondheidszorg?

Antwoord:

14. Zijn er bepaalde patiëntengroepen waarvoor directe toegang extramurale diëtetiek juist wel of niet een goede benadering is? Graag toelichten welke groepen wel/niet.

Antwoord:

15. Hoe vindt nu de registratie plaats van de patiëntencontacten in uw werkveld (is deze (deels) geprotocolleerd?). Voldoet de registratie? Hoe is de communicatie met de verwijzer?

Antwoord:

16. Wat moet volgens u goed worden geregeld voordat tot directe toegang kan worden overgegaan (scholing, verantwoordelijkheid, beroepsaansprakelijkheidsverzekering)?

Antwoord:

17. Wat zou een redelijk tarief zijn voor direct toegankelijke vragen, hoe sluit dat aan op de bestaande tarieven?

Antwoord:

18. Hoe is de communicatie met andere zorgaanbieders? Is dat voldoende, hoe te verbeteren?

Antwoord:

19. Wilt u meedoen aan de ronde tafel bijeenkomst die naar aanleiding van de resultaten van deze vragenlijst wordt georganiseerd? Hieraan nemen mensen uit de verschillende werkvelden deel.

☐ Ja

☐ Nee

Adres waar de uitnodiging heen gestuurd kan worden:

C Deelnemers focusgroep interview

Nr.	Naam	Organisatie	Plaats	Werkveld
1	Mw. M. van Gilse	Zorggroep Almere	Almere	Thuiszorg
2	Mw. W. Gilbert	Vice-voorzitter DCN	Dordrecht	Vrijgevestigd
3	Mw. C. Bogaers	Thebe Voeding en Dieet, lid projectteam diëtetiek in de thuissituatie	Tilburg	Thuiszorg
4	Mw. H. van de Fliert	Thuiszorg Amstelring	Amstelveen	Thuiszorg
5	Mw. L. van der Heijden- Verbiest	Ipse	Delft	Zorg voor verstandelijk gehandicapten
6	Mw. S. Peeters	Altrecht, paramedische dienst	Zeist	Psychiatrie
7	Mw. P. Klaver	GGZ Drenthe	Assen	Psychiatrie
8	Mw. E.J. Bakker	NVD	Oss	Beroepsvereniging
10	Drs. W. Ooijendijk	TNO Preventie en Gezondheid	Leiden	Onderzoek
11	Mw. drs. J. van Reeuwijk-Werkhorst	TNO Preventie en Gezondheid	Leiden	Onderzoek

D Vragenlijst uitvoerend niveau



Vragenlijst directe toegang extramurale diëtetiek

TNO Preventie en Gezondheid (PG) onderzoekt momenteel, in opdracht van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), de mogelijkheden voor directe toegang van een aantal beroepsgroepen in de extramurale zorg, waaronder diëtisten. We spreken van directe toegang als de cliënt zonder verwijzing bij de diëtist terecht kan, niet alleen voor voedingsvoorlichting, maar ook voor dieetadvisering. Uiteraard geldt hierbij als voorwaarde dat de financiering van de dieetadvisering adequaat is geregeld.

Het onderzoek betreft de beroepen die momenteel doorgaans werken op verwijzing van huisartsen, specialisten, verpleeghuisartsen of tandartsen. Uitgangspunt van directe toegang is, dat verzekerden optimaal toegang dienen te hebben tot de benodigde zorg. In de situatie van een direct toegankelijke extramurale zorg meldt de cliënt zich zonder verwijsbrief uit zichzelf, of op aanraden van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of een familielid, aan bij de diëtist.

Verwacht wordt dat door realisatie van een directe toegankelijkheid van zorg de cliënt sneller en adequater kan worden geholpen. Ook kan directe toegankelijkheid bijdragen aan het terugdringen van overbodige bureaucratie en het ontlasten van de verwijzers, zoals huisartsen. Verder kan directe toegankelijkheid bijdragen aan de professionaliteit van de diëtetiek en de aantrekkelijkheid verhogen van het eigen ondernemerschap van diëtisten.

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en gevolgen van directe toegankelijkheid van **diëtisten**, oefentherapeuten Mensendieck en César, ergotherapeuten, logopedisten, psychologen, mondhygiënist en tandprotheticen wil het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) enkele proefprojecten starten. Ter voorbereiding hiervan voert TNO Preventie en Gezondheid een haalbaarheidsstudie uit, waarvan deze vragenlijst deel uitmaakt.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor de beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden de proefprojecten eventueel zullen worden uitgevoerd.

U kunt deze vragenlijst ook digitaal invullen op de daarvoor bestemde website: **directetoegang.pgdata.nl**
U krijgt toegang tot de voor u bedoelde vragenlijst door het intypen van uw respondentnummer dat op de enquête staat vermeld en het wachtwoord: **toegang**.

Wanneer u deze vragenlijst als afdeling Diëtetiek heeft ontvangen, zou u dan bij voorkeur aan de diëtist die het grootste aandeel extramurale dieetbehandelingen levert willen vragen deze vragenlijst in te vullen?

Deze vragenlijst is opgesteld in overleg met de Nederlandse Vereniging van Diëtisten. Mocht u behoefte hebben aan meer informatie dan kunt u contact opnemen met een van de medewerkers aan het project.

Wil Ooijendijk, projectleider
(wtm.ooijendijk@pg.tno.nl; tel 071-5181754)

Janneke van Reeuwijk-Werkhorst, projectmedewerker
(j.vanreeuwijk-werkhorst@pg.tno.nl; tel 071-5181721)

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek'

1a. In welke gemeente bent u werkzaam?

1b. Provincie

2. Vanuit welke setting biedt u extramurale diëtetiek (= dieetbehandeling aan mensen die niet zijn opgenomen in een instelling) aan? (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐₁ Een thuiszorgorganisatie
- ☐₁ Een gezondheidscentrum
- ☐₁ Een vrijgevestigde praktijk
- ☐₁ Een (algemeen of academisch) ziekenhuis
- ☐₁ Een instelling voor verstandelijke gehandicapten
- ☐₁ Een psychiatrisch ziekenhuis
- ☐₁ Een verpleeghuis
- ☐₁ Een verzorgingshuis
- ☐₁ Een revalidatiecentrum
- ☐₁ Anders, namelijk _____

3. Hoeveel uur (contacttijd, reistijd en overige cliëntgebonden tijd samengenomen) bent u gemiddeld per week **als diëtist in de extramurale zorg** werkzaam?

- ☐₁ 0-8 uur per week
- ☐₂ 9-16 uur per week
- ☐₃ 17-24 uur per week
- ☐₄ 25-32 uur per week
- ☐₅ 33-40 uur per week

Het aantal fte dat ik als diëtist in totaal per week werk bedraagt

(1 fte=100%= 36 tot 40 uur): _____

4. Hoeveel diëtisten werken er in de praktijk/ op de afdeling waar u werkt?

Aantal diëtisten: _____

Aantal in fte: _____

Aantal in fte extramurale diëtetiek: _____

5. Hoeveel jaar praktijkervaring heeft u?

_____ jaar

6. Neemt u deel aan intercollegiaal werkveld specifiek overleg?

- ☐₁ Ja, namelijk _____
- ☐₂ Nee

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek'

7. Melden zich nu al cliënten uit zichzelf (eventueel telefonisch) aan bij de praktijk/ zorginstelling zonder verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts?
- ☐₁ Nee, (bijna) nooit (**ga verder bij vraag 11**)
- ☐₂ Ja, soms
- ☐₃ Ja, wekelijks
- ☐₄ Ja, (bijna) dagelijks
8. Om welke categorieën cliënten gaat het dan? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐₁ Cliënten uit alle onderstaande categorieën
- ☐₁ Cliënten met overgewicht
- ☐₁ Cliënten met diabetes mellitus die niet insuline afhankelijk zijn
- ☐₁ Cliënten met hypercholesterolemie
- ☐₁ Cliënten met voedselallergie
- ☐₁ Cliënten met obstipatie
- ☐₁ Cliënten die al bekend zijn met de praktijk of de instelling
- ☐₁ Cliënten die zich aanmelden op aanraden van hulpverleners anders dan een arts, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige
- ☐₁ Mantelzorgers
- ☐₁ Andere cliënten, namelijk _____
9. Wat zijn de belangrijkste interventies die u hebt gebruikt tijdens de behandeling van deze cliënten die zichzelf aanmelden bij de praktijk/zorginstelling? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐₁ Geven van een voedingsadvies
- ☐₁ Diëtistisch onderzoek en diagnosestelling
- ☐₁ Dieetbehandeling aan cliënt
- ☐₁ Dieetbehandeling van een cliënt via een intermediair
- ☐₁ Overige interventies, namelijk _____
- ☐₁ Geen enkele interventie
10. Hoe wordt het één en ander administratief en financieel afgehandeld in deze situatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐₁ De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/verpleeghuisarts voor een verwijsbrief
- ☐₁ Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts gevraagd
- ☐₁ Het consult wordt via de AWBZ gefinancierd
- ☐₁ De cliënt betaalt contant en kan dit soms bij zijn verzekeraar declareren
- ☐₁ Anders, namelijk _____

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek'

Extramurale diëtetiek vindt nu wettelijk bepaald uitsluitend plaats op verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts. Een mogelijkheid om de effectiviteit van extramurale zorg in het algemeen en diëtistische zorg in het bijzonder te vergroten is cliënten rechtstreeks toegang te geven tot de diëtist. *De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijfsbrief uit zich zelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de extramuraal werkende diëtist¹.*

Op een dergelijke nieuwe situatie zal zowel de diëtist, de arts als de patiënt goed voorbereid moeten worden (o.a. door een voorlichtingscampagne). Indien er een proefproject wordt uitgevoerd op het terrein van de directe toegankelijkheid van diëtetiek zal TNO Preventie en Gezondheid de verantwoordelijkheid op zich nemen voor het opzetten van een dergelijke voorlichtingscampagne.

11. Staat u positief of negatief tegenover directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek zoals hierboven beschreven?

- ☐₁ Sterk positief
☐₂ Positief
☐₃ Neutraal
☐₄ Negatief
☐₅ Sterk negatief

12. Wat ziet u als de belangrijkste **voordelen** van directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek vanuit uw eigen werksituatie (u mag er maximaal drie noemen)?

- ☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ Geen voordelen

13. Wat ziet u als de belangrijkste **nadelen** van directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek vanuit uw eigen werksituatie (u mag er maximaal drie noemen)?

- ☐ _____
☐ _____
☐ _____
☐ Geen nadelen

¹ Deze invulling van het begrip 'directe toegankelijkheid' geldt voor de hele vragenlijst

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek'

14. Welke categorieën cliënten acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐₁ Alle categorieën cliënten
- ☐₁ Cliënten met overgewicht
- ☐₁ Cliënten met diabetes mellitus die niet insuline afhankelijk zijn
- ☐₁ Cliënten met hypercholesterolemie
- ☐₁ Cliënten met voedselallergie
- ☐₁ Cliënten met obstipatie
- ☐₁ Cliënten die al bekend zijn met de praktijk of de instelling
- ☐₁ Cliënten die zich aanmelden op aanraden van hulpverleners anders dan een arts, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige
- ☐₁ Mantelzorgers
- ☐₁ Een (aantal) welomschreven cliëntengroep(en), namelijk _____

☐₁ Geen enkele categorie

15. Welke interventies acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐₁ Alle onderstaande interventies
- ☐₁ Geven van een voedingsadvies
- ☐₁ Diëtistisch onderzoek en diagnosestelling
- ☐₁ Dieetbehandeling aan cliënt
- ☐₁ Dieetbehandeling van een cliënt via een intermediair
- ☐₁ Overige interventies, namelijk _____
- ☐₁ Geen enkele interventie

16. Wat ziet u als belangrijk(e) aandachtspunt(en) vanuit uw eigen werksituatie, wanneer extramurale diëtetiek direct toegankelijk wordt gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐₁ Het moet mogelijk blijven om *bij de arts* een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn
- ☐₁ De bevoegdheden van de diëtist moeten uitgebreid worden (bijv. zelfstandig bevoegd om laboratoriumonderzoek te laten doen)
- ☐₁ De diëtist zou *zelf* inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt
- ☐₁ Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines die bij de behandeling betrokken zijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)
- ☐₁ De cliënt moet op de hoogte zijn van de deskundigheid van de diëtist
- ☐₁ De overige disciplines moeten op de hoogte zijn van de deskundigheid van de diëtist
- ☐₁ Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines (wie doet wat?)
- ☐₁ De financiering moet zijn gegarandeerd
- ☐₁ Andere aandachtspunten en/of andere invullingen van directe toegankelijkheid, namelijk: _____

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek'

17. Vindt u het noodzakelijk dat diëtisten inhoudelijk bijgeschoold worden in verband met de directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek?
- ☐₁ Ja
- ☐₂ Nee (Ga verder bij vraag 19)
18. Waarop moet deze bijscholing zich richten? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ☐₁ Kennis van pathologie
- ☐₁ Kennis van wet en regelgeving
- ☐₁ Communicatie met huisartsen, specialisten en verpleeghuisartsen
- ☐₁ Communicatie met overige disciplines in de extramurale zorg (bijv. fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen)
- ☐₁ Vergroten van de deskundigheid op het gebied van diagnostisch onderzoek
- ☐₁ Anders, namelijk _____
19. Vindt u het noodzakelijk dat over elke patiënt die zich zonder verwijzing bij u meldt, een rapportage naar de huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts wordt verzorgd?
- ☐₁ Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling
- ☐₂ Ja, na het eerste contact
- ☐₃ Ja, na afronding van de behandeling
- ☐₄ Anders, nl _____
- ☐₅ Nee, niet nodig

In de toekomst zal mogelijk een proefproject worden uitgevoerd op het terrein van de directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek. Dit proefproject kan antwoord geven op de vraag of de kwaliteiten van huisartsen en diëtisten beter op elkaar af te stemmen zijn. Ook kunnen voor- en nadelen naar voren komen met betrekking tot de toegankelijkheid van de benodigde zorg voor de patiënt en de financiering en verzekering van deze zorg. Om na te gaan of er draagvlak bestaat voor het opzetten van eventuele proefprojecten willen wij u de volgende slotvraag voorleggen.

20. Zou u willen meewerken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek?
- ☐₁ Ja
- ☐₂ Ja, mits _____
- ☐₃ Nee

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid extramurale diëtetiek'

Indien u hebt aangegeven mee te willen werken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van extramurale diëtetiek, zou u dan onderstaande gegevens in willen vullen? U verplicht zich hierbij nog niet tot deelname aan een proefproject.

Naam instelling/ praktijk: _____

Naam contactpersoon: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

U kunt de vragenlijst via de website directetoegang.pgdata.nl invullen of op papier en deze dan in de bijgevoegde antwoordenvolp terugsturen naar TNO Preventie en Gezondheid. Uw antwoorden zullen strikt anoniem worden verwerkt en gerapporteerd.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Indien u nog opmerkingen heeft over directe toegankelijkheid, of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.

E Persbericht NVD Nieuws

Geplaatst

- op www.nvdietist.nl
- in NVD Nieuws, juni 2003/5

Directe toegang extramurale diëtetiek

TNO Preventie en Gezondheid (PG) onderzoekt momenteel, in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de mogelijkheden voor directe toegankelijkheid van een aantal beroepsgroepen in de extramurale zorg, waaronder diëtisten. We spreken van directe toegankelijkheid als de cliënt zonder verwijzing bij de diëtist terecht kan, ook voor dieetadvisering. In het kader van het onderzoek zal TNO-PG een grote groep diëtisten raadplegen.

Reden van onderzoek

Het onderzoek betreft de beroepen die momenteel doorgaans werken op verwijzing van huisartsen, specialisten, verpleeghuisartsen of tandartsen. Uitgangspunt van de directe toegankelijkheid is dat verzekerden optimaal toegang dienen te hebben tot de benodigde zorg. In de situatie van een direct toegankelijke extramurale zorg, meldt de cliënt zich zonder verwijfsbrief uit zichzelf, of op aanraden van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige of een familielid, aan bij de diëtist.

Verwacht wordt dat door realisatie van een directe toegankelijkheid van zorg de patiënt sneller en adequater kan worden geholpen. Ook kan directe toegankelijkheid bijdragen aan het terugdringen van overbodige bureaucratie en het ontlasten van de verwijzers, zoals huisartsen. Verder kan directe toegankelijkheid bijdragen aan de professionaliteit van de diëtetiek en de aantrekkelijkheid verhogen van het eigen ondernemerschap van diëtisten.

Onderzoek onder diëtisten

Eén van de onderdelen uit het TNO onderzoek betreft een schriftelijke vragenlijst onder diëtisten met als doel kennis te nemen van de mening van diëtisten over directe toegankelijkheid. In de komende tijd zal aan een steekproef van ongeveer tweehonderd diëtisten deze vragenlijst worden gestuurd. Ook wordt in die periode de mogelijkheid geboden de vragenlijst via internet in te vullen. Het internetadres wordt nog nader bekendgemaakt. Deze mogelijkheid is zowel bestemd voor de deelnemers aan de steekproef als aan andere diëtisten die hierover hun mening willen geven.

Resultaten

De uitkomsten van het onderzoek vormen de basis voor de beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden proefprojecten zullen worden gestart, waarmee de gevolgen van directe toegankelijkheid zullen worden beoordeeld.