

Hoe handelt de eerstelijnsdiëtist?

Stelt een eerstelijnsdiëtist een diëtistische diagnose? Gebruikt ze nutritional assessment? Stelt ze SMART-doelen op? Het lectoraat Gewichtsmanagement van de Hogeschool van Amsterdam onderzoekt deze en andere vragen in het DIEET-project.

Het DIEET-project startte in 2013. De centrale vraag was hoe eerstelijns Diëtetiek Effectief En Toekomstbestendig kan zijn. Hiervoor brachten de onderzoekers het handelen van de diëtist in kaart, evenals de effectiviteit van de behandeling na zes en negen maanden. Daarbij stelden ze zich de vraag: 'Welke factoren zijn het meest voorspellend voor de effectiviteit?' Dit artikel geeft een beschrijving van het handelen van eerstelijnsdiëtisten bij het eerste consult. De effecten van de geobserveerde factoren op de effectiviteit van de behandeling worden in een ander artikel beschreven.

Het DIEET-project

Het DIEET-project was een prospectieve, observationele studie. In een expertmeeting identificeerden de onderzoekers 92 factoren die mogelijk van invloed zijn op de effectiviteit van de dieetbehandeling. Dat deden ze via de Delphi-methode. Vervolgens observeerden en scoorden

getrainde derde- en vierdejaarsstudenten eerste consulten van diëtisten op deze factoren.

Onderzoekspopulatie

Tussen februari 2014 en december 2016 werden 135 diëtistenorganisaties in Nederland bezocht. Per organisatie namen 1 tot 26 diëtisten deel, soms op verschillende locaties. In totaal werden bij 236 diëtisten gemiddeld 2,5 eerste consulten geobserveerd, per diëtist 1 tot 10 consulten. Zie tabel 1 voor de kenmerken van de diëtisten.

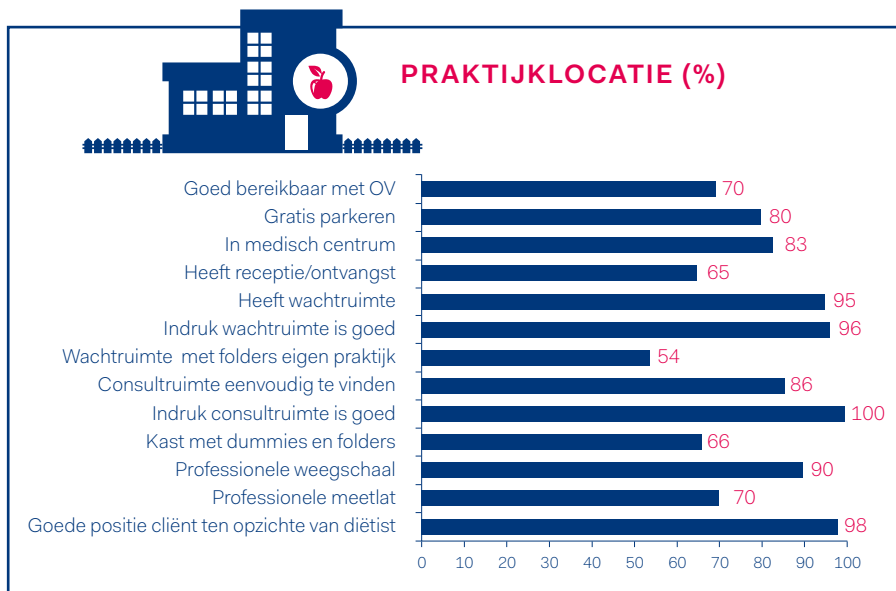
In totaal werden 605 eerste consulten geobserveerd. Van 594 cliënten waren de gegevens compleet (zie tabel 2). Bij 10 cliënten ontbrak de BMI, bij 1 de SES. De gemiddelde leeftijd was 56 jaar, 61% was vrouw, met als primaire verwijsdiagnose overgewicht (45%), DM type 2 (35%), hypercholesterolemie (10%), ondervoeding (7%) of hypertensie (3%). Van de cliënten met DM2 had 77% ook overgewicht, voor hypercholesterole-

Deelnemende praktijken	n=135
Deelnemende diëtisten	n=236 (1-26 per diëtistenorganisatie)
Geslacht	n=233 vrouwen (99%) n=3 mannen (1%)
Leeftijd, jaar (gem ± sd)	41,1 ± 11,3
Range	22-67
Werkervaring, jaar (gem ± sd)	14,6 ± 10,9
Range	1-44
Hbo-opleiding	n=215 (91%)
Hbo- + aanvullende wo-opleiding	n=21 (9%)
Zelfstandig werkend	n=134 (57%)
Via franchiseformule	n=24 (10%)
In loondienst	n=78 (33%)

Tabel 1. Kenmerken diëtisten.

Deelnemende cliënten	n=594 (1-10 per diëtist)
Geslacht	n=361 vrouwen (61%) n=233 mannen (39%)
Leeftijd jaar (gem ± sd)	55,8 ± 14,7
Range	16-95
Lage SES	n=207 (35%)
Middel SES	n=249 (42%)
Hoge SES	n=138 (23%)
Niet-Nederlandse achtergrond	n=99 (17%)
Primaire verwijsdiagnose:	
- Overgewicht (BMI >25)	n=267 (45%)
- DM2	n=207 (35%)
- Hypercholesterolemie	n=59 (10%)
- Ondervoeding	n=44 (7%)
- Hypertensie	n=17 (3%)
Via directe toegankelijkheid	n = 75 (13%)

Tabel 2. Kenmerken cliënten.



Figuur 1. Kenmerken van de praktijklocatie.

mie was dat 61%, voor hypertensie 76%. 35% had een lage sociaaleconomische status, 17% een niet-Nederlandse achtergrond, 13% kwam via directe toegankelijkheid.

Praktijklocatie en consult

Locatie

De meeste consulten vonden plaats in een consultruimte in een medisch centrum (87%). Voor de kenmerken van de praktijklocatie, wachtkamer en consultruimte van de geobserveerde consulten: zie figuur 1. Onder 'Indruk wachtruimte is goed' en 'Indruk consultruimte is goed' werden bijvoorbeeld de verlichting, temperatuur en stoel beoordeeld.

Consult

De observaties over het consult worden weergegeven in figuur 2. Hieronder vallen de voorbereiding van het consult, de aanmelding, het diëtistisch onderzoek, de diëtistische diagnose, de doelen en adviezen en de afronding. Het merendeel (82%) van de consulten startte op de afgesproken tijd. Bij uitloop werd dat in 83% van de gevallen niet aan de cliënt meegedeeld. De helft (52%) van de diëtisten vroeg naar de labwaarden van de cliënt, 61% naar de gezinsamenstelling. 93% van de cliënten vulde van tevoren een eetdagboek in.

Nutritional assessment

Nutritional assessment werd beperkt gebruikt in de eerste lijn. Het meest gemeten werden gewicht (81%), lengte (24%), middelomtrek (24%) en bio-impedantie (20%). Bij 19% van de consulten werd een diëtistische diagnose gesteld, 21% van de behandeldoelen werden SMART geformuleerd (Specifiek 64%, Meetbaar 49%, Acceptabel 62%, Realistisch 53% en

Tijdgebonden 2%). Meer dan de helft (59%) van de doelen werd opgesteld samen met de cliënt, rekening houdend met diens voorkeuren (63%) en afgestemd met informatie over termijn (17%) en haalbaarheid van de cliënt (28%). De helft van de diëtisten vroeg of de adviezen duidelijk waren, 32% of de cliënt voldoende handvatten had. De helft van de diëtisten (49%) vatte de adviezen samen, 49% gaf ze mee op papier.

Folders

Folders werden veel gebruikt (78%), bij 45% maakte de diëtist een voorbeeld-dagmenu. 60% van de diëtisten werkte tijdens het consult naar de volgende afspraak toe, 18% van de diëtisten liet het initiatief tot een vervolfgafsprak bij

de cliënt. Na de intake maakte 92% een vervolfgafsprak (70% binnen 4 weken, 22% na 4 weken).

Kennis diëtist

Het merendeel van de diëtisten toonde relevante kennis van het ziektebeeld (93%), relevante productkennis (95%) en kon vragen goed beantwoorden (95%).

Algemene zaken

De meeste diëtisten hadden een goed verdeelde tijdsindeling voor het gesprek (81%), gebruikten een duidelijke volgorde of opbouw (84%) en hielden de tijd in de gaten (88%). 18% van de diëtisten liet de cliënt meekijken op het scherm en gaf daarmee inzicht in haar handelen; 38% gaf uitleg over de vergoeding door de zorgverzekering.

Communicatietechnieken

Verbale communicatie

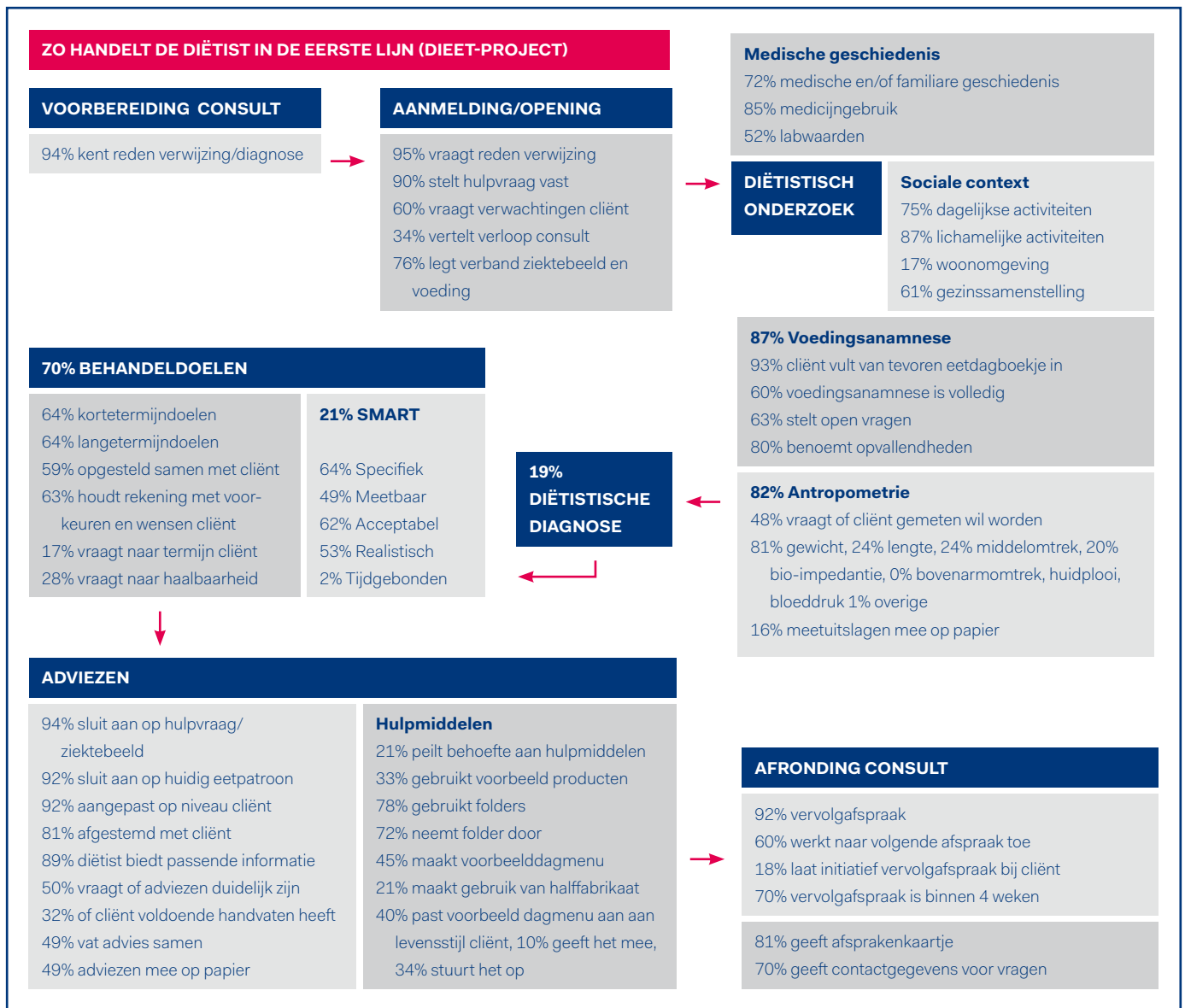
Bijna alle diëtisten gaven sturing aan het gesprek (97%). 11% werd door de observanten gescoord als 'directief'. Diëtisten pasten het spreektempo (100%) of spreekvolume (100%) aan als daar aanleiding toe was. Diëtisten waren zich bewust van de cultuur en religie van de cliënt en hielden hier rekening mee (99%).

Non-verbale communicatie

Bijna alle diëtisten toonden gezichtsmimiek (97%), maakten gebruik van hun handen tijdens het praten (81%), hadden een open houding (96%) en maakten oogcontact (98%).

Stages of change

Diëtisten lieten de cliënten hun verhaal vertellen (98%). Uit >>



Figuur 2. Observaties over consult; voorbereiding, aanmelding, diëtistisch onderzoek, diëtistische diagnose, doelen en adviezen, en afronding.

de observaties blijkt dat ongeveer de helft van de diëtisten actief probeerde de 'stage of change' van de cliënt vast te stellen (49%), terwijl de observanten inschatten dat de meeste diëtisten (82%) startten bij de fase van gedragsverandering waarmee de cliënt binnenkwam.

Motivational interviewing

De diëtist luisterde actief (99%), vroeg door bij onvolledige informatie (90%). 56% vatte de gegeven informatie tussentijds samen. Het merendeel van de diëtisten (87%) paste meer dan drie elementen van motiverende gesprekstechnieken toe. De diëtist herkende weerstand en reageerde hierop (91%), stelde open vragen (82%), gaf een overzicht van probleemgebieden in de voeding (75%) en besprak deze met de cliënt (88%). 53% van de diëtisten nodigde de cliënt uit om mee te denken over oplossingen.

Empathie

Het merendeel van de diëtisten toonde empathie (80%), oordeelde niet over het voedingspatroon van de cliënt (90%) en had een positieve houding (95%).

Wat kunnen we hiermee?

Dit overzicht geeft inzicht in de werkwijze van de eerstelijnsdiëtist tijdens het eerste consult. De onderzoekspopulatie is qua leeftijd en geslacht vergelijkbaar met eerstelijnsdiëtisten die lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten. In de onderzoeksgroep zat echter een hoger percentage zelfstandig werkende eerstelijnsdiëtisten dan bij de NVD (90% en 67%). De geobserveerde werkwijze gold voor diëtisten in de eerste lijn. In de tweede of derde lijn worden cliënten met andere ziektebeelden behandeld, waardoor het eerste consult daar anders zal verlopen. Ook is niet duidelijk

wat het effect is van de aanwezigheid van een onderzoeker bij het eerste consult. Uit de resultaten noemen we een aantal opvallende observaties.

Professionalisering

In de loop der jaren heeft een professionalisering plaatsgevonden van de eerstelijns werkende diëtist. Eerder werkten veel diëtisten vanuit huis, anno 2015 werkt 87% van deze diëtisten vanuit een medisch centrum.

Diëtistische diagnose

Afgelopen jaren werd veel aandacht besteed aan het opstellen van een diëtistische diagnose (DD): het kernprobleem van de cliënt en de factoren die daarbij een rol spelen. In deze diëtistische diagnose wordt de verbinding tussen probleem, oorzaak en gevolg duidelijk.^{1,2,3,4} In de geobserveerde eerste consulten werd in 19% een DD benoemd en genoteerd. Dit is mogelijk een onderschatting; misschien vulden diëtisten deze nog op een later moment in het dossier aan, buiten het zicht van de student.

Eigen effectiviteit

SMART-behandeldoelen zijn behandeldoelen die je kan evalueren. Daarmee kan je de effectiviteit van de behandeling aan tonen.⁵ 21% van de behandeldoelen was SMART geformuleerd, dat wil zeggen: Specifiek (64%), Meetbaar (49%), Acceptabel (62%), Realistisch (53%) en Tijdgebonden (2%). Vooral meetbaarheid en tijdgebondenheid kregen relatief weinig aandacht.

Meten en het verzamelen van gegevens is de basis voor het aantonen van de eigen effectiviteit. Er werd beperkt nutritional assessment verricht in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk. Ook het opvragen van labgegevens gebeurde weinig (52%). Aangezien bij 45% van de cliënten de primaire verwijzingsdiagnose overgewicht was, was het mogelijk ook minder relevant.

Communicatie

Diëtisten pasten verbale en non-verbale communicatietechnieken en motivational interviewing toe. Ook toonden ze empathie. De stage of change zou vaker kunnen worden vastgesteld. Ook kon de cliënt meer betrokken worden bij de behandeling. Samen met de cliënt doelen opstellen zorgt voor haalbaardere doelen en meer motivatie bij de cliënt. Meer dan de helft van de diëtisten nodigde de cliënt uit om mee te denken over oplossingen, 59% van de behandeldoelen werd samen opgesteld, rekening houdend met voorkeuren en wensen van de cliënt (63%). 17% van de diëtisten vroeg of de cliënt een termijn voor ogen had waarbinnen deze bepaalde doelen bereikt wilde hebben, en 28% of de cliënt dit haalbaar achtte. Diëtisten zouden duidelijker kunnen communiceren over het nut en de noodzaak van een

vervolgconsult. Het is in ieder geval een onderwerp dat in het gesprek benoemd moet worden.

Bruikbaar voor individu en beroepsgroep

Uit aanvullende analyses zal blijken welke factoren de meeste invloed hebben op het effect van de behandeling. Op basis van deze uitkomsten zullen aanbevelingen worden gedaan en zal een tool worden ontwikkeld die – afhankelijk van het geslacht, de leeftijd en SES en etniciteit van de cliënt – aangeeft welke factoren het behandelresultaat kunnen verhogen. Als individuele diëtist is het interessant om je eigen werkwijze naast de uitkomsten van dit onderzoek te leggen en te kijken waar verbeteringen mogelijk zijn. Voor het vakgebied diëtiek is het belangrijk om in overleg met betrokkenen uit het werkveld te kijken waar verbeteringen mogelijk zijn, en om te onderzoeken welke barrières er zijn voor het opstellen van een diëtistische diagnose of het formuleren van SMART-doelen. Dit valt buiten de kaders van dit project.

AUTEURS

CAROELIEN SCHUURMAN DIËTIST-ONDERZOEKER
LECTORAAT GEWICHTSMANAGEMENT, HOGESCHOOL
VAN AMSTERDAM

MARTINET STREPPPEL DOCENT-ONDERZOEKER, LECTORAAT
GEWICHTSMANAGEMENT, HOGESCHOOL VAN AMSTERDAM
EVA LEISTRA TEN TIJDE VAN HET ONDERZOEK PROJECT-
LEIDER-ONDERZOEKER HOGESCHOOL VAN AMSTERDAM,
NU DOCENT GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN VRIJE
UNIVERSITEIT AMSTERDAM

PETER WEIJS LECTOR GEWICHTSMANAGEMENT
HOGESCHOOL VAN AMSTERDAM

Dit project werd opgezet door het Lectoraat Gewichtsmanagement van de HvA, in nauwe samenwerking met de Stuurgroep, bestaande uit Claudia Bolleurs namens de NVD, Hinke Kruizenga namens VU medisch centrum en Annemieke van Ginkel namens Vialente-Diëtheek. Het project werd gefinancierd door een SIA RAAK-MKB subsidie.

>>

LITERATUUR

- 1 Runia S, Tiebie J, Visser W. Diëtistische diagnose onmisbaar bij effectieve behandeling. Ned Tijdschr voor Voeding & Diëtiek 2010;65(3);20-2.
- 2 Runia S, Visser WK, Tiebie J, et al. Methodisch handelen. Informatatorium voor Voeding en Diëtiek 2014, Bohn Stafleu van Loghum.
- 3 Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. JADA 2003;8:1061-72.
- 4 Neelemaat F, Ozturk H, Weijs P. Kritisch redeneren in de diëtiek, 2016, Sjeep Uitgevers.
- 5 Schuurman C. Methodisch handelen: graag nog SMARTER! Ned Tijdschr voor Voeding & Diëtiek 2015;themanummer:14-9.

REACTIES OP DE UITKOMSTEN VAN HET DIEET-ONDERZOEK

Annemieke van Ginkel-Res, directeur van Diëtheek, en José Tiebie en Sytske Runia, vanuit de NVD-commissie Classificaties en Codelijsten van de Diëtetiek.

Annemieke van Ginkel-Res

“Vervolgonderzoek moet uitwijzen welke van de onderzochte factoren daadwerkelijk van invloed zijn op de effectiviteit van de dieetbehandeling.”

“Diëtisten moeten in Evry enorm veel invullen. Een beknoptere POR kan mogelijk helpen. Als de DD en SMART doelen daarin prominenter naar voren komen, gebeurt het mogelijk ook vaker?”

“Het massaal aanbieden van scholingen DD lijkt niet voldoende resultaat te hebben. Hoe kunnen deze methodieken beter inslijten? Of is de methode te ingewikkeld?”

“Je kunt je behandeling pas goed vormgeven en de effectiviteit pas meten na het opstellen van een diëtistische diagnose en SMART geformuleerde behandeldoelen.”

“Andere onderzoeken naar de effectiviteit van de eerstelijnsdiëtetiek, zoals van het NIVEL, lopen er tegenaan dat diëtisten gegevens in verschillende velden invullen, waardoor het lastig is om resultaten te vergelijken. Eenduidigheid is gewenst.”

José Tiebie en Sytske Runia

“Het is zó nodig om samen met de patiënt het kernprobleem te zoeken en te bepalen wat er aan te doen is. Voor welke problemen kun je als diëtist een oplossing (behandeling) vinden? Op deze manier blijf je dicht bij de cliënt en voelt deze zich begrepen.”

“De diëtistische diagnose helpt inzage te krijgen in oorzaak en gevolg: waardoor (oorzaak) heeft de cliënt welke problemen (gevolg) op voedingsgebied? Als oorzaak en gevolg niet duidelijk zijn, is het lastig te definiëren waarop een behandeling in te zetten (behandeldoelen).”

“Diëtisten moeten zich afvragen waarom het gaat zoals het gaat. Welke belemmeringen ervaren de diëtisten bij het werken met de diëtistische diagnose en SMART behandeldoelen? Als de redenen bekend zijn, kan daar beleid op gezet worden. Daarbij zouden we willen inzetten op bewustwording: waarom is het nodig en wat levert het op? Alle dossiers in de eerste lijn zijn zodanig ingedeeld dat het deze manier van werken faciliteert.”

“Zowel het kritisch redeneren (onderzoek om hypothesen vast te stellen) als methodisch handelen (diëtistische diagnose en SMART behandeldoelen, inclusief meetbare variabelen) hebben meer aandacht nodig. Het ICF-schema is een hulpmiddel om de gezondheidstoestand/problemen van de patiënt in beeld krijgen. Diëtisten denken dat dit meer tijd kost, maar uiteindelijk is het efficiënter en effectiever.”