



NEDERLANDSE VERENIGING
VAN DIËTISTEN

Beroepsprofiel diëtist



Indeling beroepsprofiel diëtist

Voorwoord	2
Inleiding	3
1. Ontwikkelingen	5
1.1 Trends in de samenleving	5
1.2 Trends in de zorg	6
1.3 Trends in de beroepsuitoefening, onderwijs en onderzoek van diëtisten	8
2. Kijk op voeding en diëtetiek	10
2.1 Voeding en gezondheid	10
2.2 Het domein diëtetiek	11
2.3 Werkgebieden van de diëtist	11
2.4 Zelfmanagement	12
2.5 Gestandaardiseerd taalgebruik	13
2.6 ICF	13
2.7 Preventie	15
2.8 Klinisch redeneren	16
2.9 Methodisch handelen	16
3. Competenties van de diëtist	19
3.1 Vakinhoudelijk handelen	20
3.2 Communicatie	21
3.3 Samenwerking	22
3.4 Kennis en wetenschap	23
3.5 Maatschappelijk handelen	24
3.6 Organisatie	25
3.7 Professionaliteit	26
4. NVD - Nederlandse Vereniging van Diëtisten	28
5. Kwaliteitsbeleid	31
6. Wet- en regelgeving	33
6.1 Wet BIG/Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg	33
6.2 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	34
6.3 Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp)	34
6.4 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)	35
6.5 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)	35
6.6 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	35
6.7 Wet publieke gezondheid (Wpg)	36
6.8 Zorgverzekeringswet (Zvw)	36
6.9 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	36
6.10 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	36
6.11 Mededingingswet (MW)	37
6.12 Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	37
6.13 Beroepscode en gedragsregels	37
Literatuurlijst	
Bijlagen	
- Preventiepiramide	

Voorwoord

Voeding staat in het middelpunt van de maatschappelijke en medische belangstelling. De invloed van voeding en een goede voedingstoestand op de gezondheid, bij het herstel na ziekte en bij het voorkomen daarvan wordt steeds duidelijker. Voeding is tegelijkertijd een onderwerp waar iedereen een mening over heeft. De belangstelling voor voeding komt onder meer voort uit een wens om lang en gezond te leven. Cliënten zijn bereid in hun gezondheid te investeren en zijn op zoek naar evidence based kennis en adequate begeleiding. Kwaliteit van leven en de keuzes die mensen daarin maken zijn meer op de voorgrond komen te staan. Dit vraagt een andere aanpak van de diëtist. De zorg is meer vraaggericht dan aanbodgericht geworden. Ook ondernemerschap zowel in de zorg als daar buiten is een niet meer weg te denken competentie. Dit vraagt om een breed opgeleide diëtist. Het profiel van deze diëtist is beschreven in het herziene beroepsprofiel. Een helder profiel met daarin de kern van het vakgebied van de diëtist, draagt bij aan het onderscheid met andere professionals die zich op dit vlak begeven.

Het werkveld waarin de diëtist zich beweegt is zeer divers. Het is bijna onmogelijk om vanuit één profiel deze diversiteit zodanig te beschrijven, dat een herkenbaar en tegelijkertijd breed profiel oplevert. Gekozen is dan ook om het beroepsprofiel te beschrijven vanuit de kern van het beroep diëtist. Belangrijk hierbij is dat de benodigde competenties in te zetten zijn in een diversiteit aan functies binnen het vakgebied Voeding en Diëtetiek.

Het hoofdbestuur spreekt de wens uit dat het beroepsprofiel volop wordt ingezet om de rol van de diëtist in het vakgebied Voeding en Diëtetiek herkenbaar en actueel te houden. Het nieuwe beroepsprofiel is een document om trots op te zijn.

Het beroepsprofiel is mede tot stand gekomen dankzij de kritische input van vele diëtisten met uiteenlopende functies in diverse werkvelden. Dank gaat met name uit naar de werkgroep en het bureau van de NVD die het profiel hebben ontwikkeld.

Liesbeth Schuijs, voorzitter

Inleiding

In 2012 besloot de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) het beroepsprofiel Diëtist uit 2003 te actualiseren. Een beroepsprofiel vormt immers één van de visitekaartjes van de beroepsgroep voor de buitenwereld en dient derhalve op zijn geldigheid te worden beoordeeld. In een beroepsprofiel wordt onder meer inzicht gegeven in de basis van het beroep en de richtingen en werkvelden waarin het beroep zich ontwikkelt.

Ontwikkelingen zullen zich steeds sneller voordoen. Om die reden verschijnt het nieuwe beroepsprofiel niet in gedrukte vorm, maar is het beschikbaar via de website van de NVD. Dit zal ertoe bijdragen dat het beroepsprofiel tussentijds geactualiseerd kan worden en een levend document wordt. Tussentijdse amendementen zullen steeds aan de leden worden voorgelegd.

CanMEDS

Nieuw in dit beroepsprofiel is de beschrijving van het beroep in competenties volgens CanMEDS 2000 (Canadian Medical Education Directions for Specialists).

In 2011 hebben de binnen het Kwaliteitsregister Paramedici participerende paramedische beroepsverenigingen, waaronder de NVD, besloten om de competenties voor paramedische zorgverleners te beschrijven volgens de universele methode van de CanMEDS.

In Nederland wordt dit model in de medische en paramedische wereld momenteel gezien als de standaard om competenties helder en systematisch te definiëren

Breedte van de beroepsuitoefening

Uitgaande van de gedachte dat een beroepsprofiel een beschrijving van een beroep is die algemeen geldig is voor de gehele beroepsgroep, was de breedte van de beroepsuitoefening een belangrijk gegeven. De diëtist is inzetbaar in diverse werkvelden van de gezondheidszorg, de publieke gezondheidszorg, het bedrijfsleven en in onderwijs en onderzoek.

Werkwijze

Bij het schrijven van het beroepsprofiel is gebruik van alle beschikbare informatie. Tijdens een bijeenkomst voor een kleine 100 actieve leden van de NVD is aan de hand van een aantal korte presentaties nagedacht over de diëtist in 2020. Een werkgroep bestaande uit diëtisten uit verschillende werkvelden, ondersteund door het bureau van de NVD, heeft eveneens informatie aangedragen voor het nieuwe profiel en teksten becommentarieerd. Daarnaast hebben zij een toelichting gegeven op specifieke werkvelden.

In de maand augustus werd de concepttekst via de website beschikbaar gesteld aan de leden van de NVD met het verzoek te reageren. Dit gebeurde ruimschoots: ruim 30 diëtisten leverden hun bijdrage aan het uiteindelijke profiel. Tijdens de Algemene Ledenvergadering in november 2013 ligt het beroepsprofiel ter stemming voor aan de leden.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 laat de ontwikkelingen in de samenleving en in de zorg zien en de gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening, onderwijs en onderzoek van diëtisten.

In hoofdstuk 2 worden het domein van de diëtetiek en de werkvelden beschreven en diverse thema's die voor de beroepsuitoefening en de kwaliteit daarvan van belang zijn, bijvoorbeeld klinisch redeneren en methodisch handelen.

Hoofdstuk 3 bevat de beschrijving van de competenties van de diëtist. De beschrijving van elke competentie wordt gevolgd door een opsomming van de benodigde kennis en vaardigheden, soms ook attitude.

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten en haar activiteiten, nationaal en internationaal, is onderwerp van hoofdstuk 4.

De hoofdstukken 5 en 6 gaan over het kwaliteitsbeleid zoals dat geregeld is binnen de beroepsgroep van diëtisten en over de voor de beroepsuitoefening relevante wetgeving.

Terminologie

Aangezien de beroepsgroep voor het grootste deel uit vrouwen bestaat is bij het noemen van de diëtist voor 'zij' gekozen. Dat sluit uiteraard de mannelijke diëtisten niet uit.

Daar waar de term cliënt wordt gebruikt, wordt het cliënt(systeem) bedoeld. Dit is een verzamelbegrip voor cliënt, patiënt, zorgvrager, consument, kind en/of ouders, bewoner, de wettelijke vertegenwoordiger of het sociale netwerk van de cliënt. 'Cliënten' kan ook wijzen op groepen waarmee de diëtist in sommige werkvelden te maken heeft.

1 ONTWIKKELINGEN

In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen in de maatschappij en in de gezondheidszorg beschreven die voor de diëtetiek in alle werkvelden van belang zijn.

Het beschrijven van ontwikkelingen gebeurt vanuit het hier en nu. Of ontwikkelingen zo zullen uitpakken als verwacht wordt, blijft altijd de vraag. Voortschrijdend of gewijzigd inzicht kan maken dat beleid gewijzigd wordt en dat kan een andere dynamiek tot gevolg hebben.

In deze dynamiek spelen cliënten, beroepsbeoefenaren, financiers, zoals verzekeraars, de overheid en de bij het beleid en de marktwerking betrokken partijen een rol.

Cliënten zijn deels zelfstandiger en zelfbewuster dan vroeger, ze willen zelf de regie hebben, zelf kiezen, gebruik maken van technologische mogelijkheden. Ze willen graag gezond leven en vragen daar ondersteuning bij, maar tegelijkertijd leven veel mensen ongezond. Mensen worden ook steeds ouder en hebben mede daardoor te kampen met comorbiditeit. Qua achtergrond zijn cliënten meer divers dan voorheen.

De overheid zorgt voor wet- en regelgeving, maar laat verder veel over aan partijen in de maatschappij.

In beleid dat hieruit voortkomt ligt de nadruk op gedrag en gezondheid in plaats van zorg en ziekte, op zelfmanagement van patiënten en cliënten, op een andere organisatie van de zorg met andere samenwerkingsvormen, op kwaliteit en transparantie en op de afname van (financiële) middelen.

Diëtisten hebben dus te maken met een toenemende maar ook veranderde zorgvraag, met de noodzaak nieuwe competenties te verwerven op het gebied van de omgang met cliënten, samenwerken en organiseren van het werk, ondernemen, bijdragen aan onderzoek en het ontwikkelen van nieuwe interventies.

Een andere trend is de taakverschuiving, waarmee andere zorgprofessionals zich op het gebied van voeding begeven en diëtisten zich meer dan voorheen moeten onderscheiden als de specialist op het gebied van voeding.

Buiten de zorg is er in toenemende mate vraag naar diëtisten, bijvoorbeeld in de sport, het bedrijfsleven en de publieke gezondheidszorg.

1.1 Trends in de samenleving

Leeftijd

De Nederlandse bevolking verandert de komende tijd sterk qua leeftijdsopbouw. Het aantal 65-plussers neemt flink toe, van 2,5 miljoen nu tot 3,4 miljoen in 2020. Binnen die groep stijgt de groep 80-plussers met 30 procent. In 2020 zullen er 800.000 80-plussers zijn. In 2020 zullen 477.000 65-plussers van allochtone afkomst zijn (eerste of tweede generatie). Toename van leeftijd betekent in het algemeen ook toename van kwetsbaarheid als gevolg van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Deze vergroten de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten met beperkingen, ziekte en (zorg)afhankelijkheid als gevolg (van Campen, 2011).

Gezondheid

De levensverwachting van Nederlanders is de laatste jaren toegenomen, maar nog steeds lager dan in ons omringende landen. Er is een verschil in levensverwachting tussen laagopgeleide en hoogopgeleide mensen. Ongezonde leefgewoonten nemen nauwelijks af waardoor ook de gevolgen daarvan zoals overgewicht, diabetes, ondervoeding en hart- en vaatziekten, blijven voorkomen. Bijna de helft van de Nederlanders is te zwaar en ruim tien procent lijdt aan ernstig overgewicht.

Afhankelijk van de leeftijdscategorie hebben tussen 10 en 15 procent van de kinderen overgewicht en 3 tot 4 procent ernstig overgewicht. Ook voldoet de voeding bij meer dan de helft van de Nederlanders niet aan de richtlijnen voor gezonde voeding, vooral waar het gaat om het eten van genoeg groenten en fruit. Dit geldt vooral voor jongeren. Naarmate jongeren ouder worden wordt hun eetpatroon bovendien ongezonder.

Circa de helft van de Nederlanders krijgt minder lichaamsbeweging dan de norm van een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit per dag (RIVM/VWS, 2010).

Ruim een kwart van de Nederlanders heeft een of meer chronische ziekten. Vooral onder ouderen komen relatief meer chronische aandoeningen voor. Multimorbiditeit – het voorkomen van meer dan één chronische aandoening bij een persoon – komt vooral voor bij mensen ouder dan 65 jaar. (www.nationaalkompas.nl)

Diversiteit

De groep cliënten die door diëtisten behandeld wordt is zeer divers qua leeftijd, opleidingsniveau, taal en cultuur en sociale achtergrond. Aan de ene kant zijn zij autonoom, mondig, thuis op het internet en vaardig met sociale media. Dat geldt ook voor de ouderen van straks. Maar er zijn ook cliënten voor wie dit niet geldt: mensen die door lichamelijke of geestelijke aandoeningen uit hun normale doen zijn en laaggeletterden. Het opleidingsniveau in Nederland stijgt, maar er zijn naar schatting nog altijd anderhalf miljoen laaggeletterden (www.cbs.nl). Zij hebben vaak onvoldoende vaardigheden om informatie over hun gezondheid te verkrijgen, te begrijpen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidgerelateerde beslissingen.

1.2 Trends in de zorg

Er zijn enkele belangrijke trends in het beleid die ook het werk van de diëtist raken. Zo is er een verschuiving van de focus van zorg en ziekte naar gedrag en gezondheid (RVZ,2010). Daardoor neemt het belang van preventie en zelfmanagement toe. Gestreefd wordt naar concentratie van complexe zorg, versterking van eerstelijnszorg en integrale zorg in de eigen omgeving. Daardoor wordt samenwerking tussen zorgaanbieders nog belangrijker. En kostenbeheersing blijft een constante.

Zelfmanagement en empowerment

Zelfmanagement is het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen en, wanneer deze toch optreden, om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische en sociale consequenties van de gezondheidsproblemen en aanpassingen in leefstijl. Voor cliënten betekent zelfmanagement het zodanig omgaan met hun ziekte dat ze hun leven zo kunnen leiden als ze dat het liefste willen. Empowerment is het versterken van de capaciteiten om meer zeggenschap te verkrijgen over de eigen situatie en daar verantwoordelijkheid voor te nemen. Empowerment heeft zowel de betekenis van zelf sterker worden, kracht en macht verwerven en de eigen invloed vergroten als de ander macht en kracht geven of ondersteunen bij het verkrijgen van macht. De invulling van empowerment verschilt naargelang degene(n) wie het betreft. (jacobs e.a., 2011)

Empowerment en zelfmanagement zijn gerelateerde begrippen; door empowerment kunnen mensen regie krijgen over hun eigen leven.

Samenwerking

Als gevolg van de verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn, onder meer door kortere ligduur in ziekenhuizen is de complexiteit in zowel de eerste als de tweede lijn toegenomen en is ook de organisatie van de zorg veranderd.

Ketenzorg is, naast multidisciplinaire zorg, een belangrijke samenwerkingsvorm geworden. Ketenzorg is een samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd. Het cliëntperspectief staat centraal. Van daaruit wordt de zorg ingericht en op basis van richtlijnen en standaarden geleverd door de juiste persoon op de juiste plaats. Dit betekent dat professionals verdergaand dan tevoren met andere professionals samenwerken.

Taakverschuiving

Taakverschuiving kan een gevolg zijn van de marktwerking in de zorg en veranderingen in de organisatie ervan. Bij taakverschuiving gaat het meestal om het verschuiven van een taak van een hoger opgeleide professional naar een iets minder hoog opgeleide professional. Voor de diëtist kan

dat betekenen dat zij taken gaat uitvoeren die voorheen tot het werk van medisch specialisten behoorden. Aan de andere kant kunnen diëtisten taken afstaan aan lager opgeleide zorgverleners.

ICT en e-health

Het begrip e-health staat voor allerlei toepassingen waarbij internettechnologie gebruikt wordt om informatie, producten en/of diensten in de zorg aan te bieden. De inzet van e-health kan bijdragen aan het anders aanbieden van zorg en ondersteuning of zelfs het (gedeeltelijk) vervangen ervan. Het gaat om verschillende soorten gezondheidsdiensten op afstand waarbij gebruik gemaakt wordt van ICT zonder de fysieke aanwezigheid van een hulpverlener. Digitale poli's zijn hiervan een voorbeeld, maar ook het uitwisselen van e-mails en het ontwikkelen van apps. Daarnaast winnen sociale media terrein in de zorg. Voordelen van e-health toepassingen zijn het gemak, de eigen regie van de cliënt, de privacy, het ontlasten van zorgverleners en het feit dat ze vaak minder kosten dan traditioneel verleende zorg.

Nictiz, het landelijke expertisecentrum dat ontwikkeling van ICT in de zorg faciliteert, geeft als definitie van e-health: 'het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren'. Daarbij worden drie dimensies onderscheiden: de plaats in het zorgproces, de gebruikers en de toegepaste techniek.

Bij de plaats van e-health in het zorgproces gaat het om ondersteuning en verbetering van gezondheid en gezondheidszorg door zorgvuldige inpassing van ICT in het primaire zorgproces, in processen die het primaire proces ondersteunen en in activiteiten op het gebied van preventie en voorlichting.

Vanuit het oogpunt van gebruikers zijn e-health diensten te rangschikken op basis van de verbindingen die er gelegd worden tussen verschillende actoren: verbindingen tussen zorgverleners onderling, tussen zorgverlener en cliënt en tussen cliënt en zorgverlener.

Verantwoording

Bij multidisciplinaire samenwerking en in ketenzorg is het van belang dat samenwerkingspartners inzicht hebben in elkaars bijdrage, zowel wat betreft de inhoud daarvan als het resultaat. Voor zorgverzekeraars is inzicht in het zorgproces van belang vanwege hun regierol. Cliënten willen hun eigen dossier kennen. Bij het toetsen van de kwaliteit van de zorg dienen gegevens over het zorgproces beschikbaar te zijn. Gegevens over de zorg worden dan ook in toenemende mate vastgelegd in een elektronisch, al dan niet multidisciplinair dossier. De technologie zorgt ervoor dat de informatie uit de dossiers steeds makkelijker (mobiel) bereikbaar wordt voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt zelf.

Marktwerking

Marktwerking is in de economie het (automatisch) tot stand komen van een evenwichtige prijs voor bepaalde goederen of diensten bij een bepaalde verhouding tussen vraag en aanbod. Bij marktwerking in de zorg gaat het dan om onderlinge concurrentie tussen verzekeraars en de contracten tussen verzekeraars en zorgverleners. Sinds de invoering van de marktwerking, in 2005, wordt een steeds groter deel van de zorg qua prijs onderhandelbaar. In de driehoek cliënt - zorgverzekeraar - zorgverlener zoekt de cliënt naar een zo goedkoop mogelijke verzekeringspolis passend bij zijn wensen, probeert de zorgverzekeraar klanten te behouden en nieuwe klanten aan te trekken en tegelijkertijd goede zorgverleners te contracteren tegen een voor de zorgverzekeraar zo gunstig mogelijke prijs/kwaliteitverhouding. En het is aan de zorgverlener – de zorginstelling of de professional - om een goed contract met de zorgverzekeraar af te sluiten. Daarbij concurreren ze onderling met elkaar en met andere zorgverleners (substitutie) om hun zichtbaarheid voor de cliënt en de zorgverzekeraar te verhogen.

Kwaliteit en kostenbeheersing zijn belangrijke elementen bij marktwerking. Een gespecialiseerde diëtist kan meer kosten, maar een betere kwaliteit leveren en dat kan kostenreductie betekenen. Van belang is ook dat het aanbod van de diëtistische zorg bewezen effectief is en aansluit bij de vraag van de cliënt.

Een ander aspect van de marktwerking is de substitutie van zorg. Door de verschuiving van financiering van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg zijn steeds meer partijen werkzaam in de eerste lijn en neemt de onderlinge concurrentie toe.

1.3 Trends in de beroepsuitoefening, onderwijs en onderzoek van diëtisten

De trends in de doelgroep en de ontwikkelingen in de zorg en de samenleving hebben gevolgen voor de beroepsuitoefening van diëtisten en de ontwikkeling van hun vakgebied. Diëtisten oefenen hun beroep niet alleen uit in de zorg, maar ook in het bedrijfsleven, in de sport, in de publieke gezondheidszorg, in de voedingsindustrie, in beleid, onderwijs en onderzoek.

Betere organisatie, ondernemerschap, innovatie en een sterker accent op preventie van ziekte en zorg worden beschouwd als een deel van het antwoord op de uitdagingen die de trends in de doelgroep en in de zorg stellen. Er is doelmatigheidswinst te behalen in termen van gezondheidswinst voor de cliënt en lagere kosten voor de gezondheidszorg. Vooral het voorkomen van complicaties en comorbiditeit zijn van belang. (NVD, 2011)

Diëtisten die in de zorg werkzaam zijn hebben in de eerste lijn niet alleen met voedingsadvisering en het beleid daarvan te maken, maar steeds vaker met intensieve dieetbehandeling van cliënten met een toenemende complexiteit. In ziekenhuizen werkzame diëtisten neemt die complexiteit eveneens toe.

Ondersteuning van zelfmanagement

Cliënten hebben een actieve rol in hun eigen zorgproces, zij willen dit samen met de hulpverlener vormgeven en verwachten daarbij van die hulpverlener deskundigheid, maatwerk en de bereidheid tot samenwerking en afstemming. Dit vraagt van de diëtist behalve inhoudelijke vakbekwaamheid ook coachingsvaardigheden.

Voor cliënten telt niet alleen de vakinhoudelijke deskundigheid of het behandelingsresultaat.

Kwaliteit vanuit cliëntperspectief heeft betrekking op een zeer groot aantal aspecten van zorg. Naast vakbekwaamheid zijn dat ook een respectvolle bejegening, informatie en steun, een cliëntgerichte organisatie en een gebruiksvriendelijke accommodatie.

Samenwerking

De toename van ketenzorg en multidisciplinaire zorg betekent dat de diëtist zich moet profileren en een plaats in deze samenwerkingsverbanden krijgt. Zij moet in staat zijn uit de multidisciplinaire doelstellingen de dieetbehandeling te destilleren en met andere zorgverleners af te stemmen. Het is van belang duidelijke taakomschrijvingen en richtlijnen te hanteren en taken te verdelen. Deze zijn niet alleen van belang voor effectieve en cliëntgerichte zorg maar bieden ook mogelijkheden om mee vorm te geven aan verbetering van de doelmatigheid van de zorg en eventuele taakherschikking.

Taakverschuiving

Het samenwerken met andere professionals op het eigen domein vergt taakafbakening en afstemming.

Als diëtisten taken van artsen overnemen zullen zij zich vaak extra moeten scholen. Als zij taken afstaan aan lager/anders opgeleiden, dan kan hun rol verschuiven van uitvoerend naar superviserend behandelaar.

Taakverschuiving vraagt ook om duidelijkheid over wat partijen te bieden hebben en het vermogen te communiceren in dezelfde taal als degene van wie taken overgenomen worden of aan wie taken gedelegeerd worden.

ICT en e-health

Het gebruik van ICT en van toepassingen van e-health is van invloed op de beroepsuitoefening van alle professionals. Specifiek kunnen diëtisten zich toeleggen op het ontwikkelen van of meedenken over beroepseigen toepassingen. Daarvoor moeten zij procesmatig kunnen denken en voor de eigen praktijkvoering regulier onderhoud van de toepassing kunnen plegen.

Diëtisten maken gebruik van elektronische dossiers, al dan niet geïntegreerd in een elektronisch patiëntendossier (EPD).

Marktwerking

In het kader van marktwerking en de daaruit voortvloeiende concurrentie is het nodig de kwaliteit en de meerwaarde van de diëtistische interventie duidelijk te maken. Daarbij moet ook aandacht besteed worden aan aspecten als kostenbeheersing en gevolgen voor de maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van cliënten.

Wijzigingen in het zorgstelsel vragen van diëtisten nieuwe kwaliteiten zoals ondernemerschap, bedrijfsvoering, positionering, onderhandelingsvaardigheden.

Ondernemerschap houdt ook in dat de diëtist zich meer dan voorheen zal moeten profileren ten opzichte van potentiële cliënten en verwijzers. Dat kan gebeuren door goede zorg te bieden maar ook door een specifiek aanbod te creëren. Ook moet zij met zorgverzekeraars onderhandelen over een goed contract met betrekking tot de reguliere diëtistische zorg of ook eventuele specifieke zorg.

Onderwijs

De geschetste ontwikkelingen zullen hun invloed hebben op de inrichting en de inhoud van het bacheloronderwijs. Daarin zal bijvoorbeeld aandacht besteed moeten worden aan ondernemerschap, het toepassen van technologie, e-health en aan vaardigheden die bij zelfmanagement van belang zijn. Ook competenties die nodig zijn om om te gaan met de ontwikkelingen in de doelgroep zullen in het onderwijs opgenomen moeten worden.

Op dit moment is het de opvatting in het veld, maar ook van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) dat de bacheloropleiding breed inzetbare diëtisten moet blijven afleveren.

Tegelijk wordt met het oog op kwaliteit, zorg op maat en profilering de noodzaak van specialisatie onderkend.

Op dit moment zijn er al opleidingen waar studenten in de afstudeerfase kiezen voor een bepaalde doelgroep of een minor over een doelgroep of probleemgebied kunnen volgen. Dit kan als een eerste stap op weg naar specifieke deskundigheid gezien worden. Het verwerven van specifieke deskundigheid of specialisatie kan via posthbo- en masteropleidingen plaatsvinden.

Naast de hogescholen zijn er andere aanbieders op de markt voor posthbo-onderwijs. Belangrijk is dat opleidingen geaccrediteerd zijn om het niveau ervan te garanderen.

Praktijkgericht onderzoek

Er wordt gestreefd naar een verdere ontwikkeling van het (praktijkgericht) onderzoek in de diëtetiek, zowel door het installeren van één of meer leerstoelen bij universiteiten als door het instellen van of participatie in lectoraten. Het betrekken van studenten en docenten bij het praktijkgerichte onderzoek van lectoraten leidt tot betere onderzoekscompetenties en geeft ook een impuls aan het onderzoek op het gebied van de diëtetiek en de inbreng van de resultaten in het werkveld. Van belang is dat diëtisten onderzoek kunnen initiëren, er aan meedoen of het zelf uitvoeren, en dat zij resultaten van onderzoek kunnen beoordelen en toepassen.

2 KIJK OP VOEDING EN DIETETIEK

In dit hoofdstuk wordt het werkgebied van diëtisten beschreven en worden belangrijke elementen en trends nader belicht.

2.1 Voeding en gezondheid

Het dagelijks leven van mensen wordt voor een groot deel door hun gezondheid bepaald. Voeding is als een van meerdere leefstijlfactoren van grote invloed, direct en indirect, op gezondheid.

Gezonde voeding is voeding die qua samenstelling, voedingsmiddelen en hoeveelheid nutriënten optimaal is voor de gezondheid. Gezonde voeding wordt gekenmerkt door een zodanige balans in voedingsmiddelen, voedingsstoffen en energie-inname dat risico's op ziekten worden geminimaliseerd en deficiëntieziekten worden voorkomen.

Naast de rechtstreekse relatie tussen voeding en gezondheid beïnvloedt voeding ook indirect de kans op ongezondheid en ziekte. Overgewicht, verhoogde bloeddruk en verhoogd cholesterol zijn veelal mede door voeding veroorzaakte factoren bij het ontstaan van ziekte. Andere factoren zijn gedrag en genetische aanleg.

Voeding en chronische ziekten

Wereldwijd neemt het aantal mensen met een niet overdraagbare chronische ziekte toe. Meer mensen overlijden aan de gevolgen van een chronische ziekte dan door infectieziekten. Drieënzestig procent van de sterfte wereldwijd was het gevolg van een chronische ziekte. In Nederland kan 89 procent van de sterfte toegeschreven worden aan chronische ziekten.

De belangrijkste wereldwijd voorkomende chronische ziekten zijn: cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, kanker en COPD. Tachtig procent van deze vier ziekten wordt veroorzaakt door een combinatie van vier leefstijlfactoren: roken, overmatig alcoholgebruik, ongezonde voeding, onvoldoende beweging. (www.nationaalkompas.nl)

Door de juiste preventieve maatregelen, ondersteuning bij gedragsverandering en zorg kunnen veel van deze ziekten voorkomen of uitgesteld worden. Vooral leefstijlveranderingen zijn aangewezen. Die zijn niet alleen gericht op een ongezond eetpatroon - te veel, te weinig, verkeerd eten – maar ook op onvoldoende bewegen, overmatig alcoholgebruik en roken.

Dieetbehandeling bij ziekte

Voeding speelt niet alleen een rol bij het voorkomen of uitstellen van sommige chronische ziekten, maar goede voeding is ook belangrijk voor patiënten bij wie de diagnose reeds gesteld is. Dan gaat het om voedingsmaatregelen die vanwege de chronische ziekte aangewezen zijn, bijvoorbeeld bij COPD met ongewenst gewichtsverlies, diabetes mellitus of chronisch nierfalen.

Voeding kan ook een functie hebben als ondersteuning van medicatie en is een belangrijk onderdeel van de behandeling van acute ziekten, infecties en trauma's. Dan is er de directe dieetbehandeling, bij ziekten zoals voedselallergieën, coeliakie, metabole ziekten zoals PKU of glycogeen stapelingsziekten.

Ondervoeding bij ziekte

Ondervoeding bij ziekte is een groot probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Uit landelijke prevalentiecijfers blijkt dat in het ziekenhuis 25-40 procent, in het verpleeghuis 20-25 procent en in de thuiszorg 15-25 procent van de patiënten ondervoed is. Risicogroepen zijn ouderen, chronisch zieken en patiënten rond een operatie. Gevolgen van aan ziekte gerelateerde ondervoeding zijn verlies van lichaamsgewicht en spiermassa, daling van de weerstand, verhoogde kans op complicaties, zoals infecties en decubitus en een vertraagde wondgenezing. Deze situatie kan tot een negatieve gezondheidsspiraal leiden zoals langere opnameduur, verhoogd

medicijngebruik, toename van de zorgcomplexiteit en afname van de kwaliteit van leven. Tevens is ondervoeding een onafhankelijke risicofactor voor overlijden. (www.stuurgroepondervoeding.nl)

2.2 Het domein diëtetiek

De diëtist is de hbo-opgeleide specialist op het gebied van voeding en gedrag in relatie tot ziekte en gezondheid.

Diëtetiek is van oudsher één van de 10 paramedische beroepen in Nederland. Hoewel de term 'paramedicus' met de introductie van de wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) niet meer wettelijk verankerd is, wordt de term nog wel gebruikt. Diëtisten vallen onder artikel 34 van de Wet BIG, zie hoofdstuk 6. De diëtist kan individueel en/of groepsgericht werken, waarbij de hulpverlening zowel preventief, curatief als palliatief van aard kan zijn. De diëtist kan ook werkzaam zijn op het gebied van voedingsbeleid, voorlichting, productontwikkeling, onderzoek en onderwijs. De werkterreinen voor de diëtist zijn dan ook divers zoals gezondheidszorgsector, bedrijfsleven, (semi) overheid, onderzoeksinstituten en onderwijs.

Diëtisten zijn in staat op basis van wetenschap te handelen, zijn ondernemend en dragen zorg voor de eigen ontwikkeling en die van hun beroep. Zij werken methodisch, cliëntgericht, multidisciplinair en resultaatgericht, maken gebruik van alle beschikbare kennis, waar mogelijk volgens de principes van evidence based practice.

Het vak kan vanuit verschillende gezichtspunten benaderd worden:

- Het diagnosticeren van voedingsgerelateerde problematiek en het adviseren over en behandelen van mensen door voeding en daarmee bijdragen aan hun herstel en kwaliteit van leven. Het doel van de dieetbehandeling door de diëtist is het voorkomen, opheffen, verminderen en/of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare stoornissen, beperkingen en participatieproblemen. De diëtist kan individueel en/of groepsgericht werken, waarbij de hulpverlening zowel preventief, curatief als palliatief van aard kan zijn. Bij dieetbehandeling is sprake van een medische indicatie.
- het regisseren van gezondheidsbevorderende interventies bij door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten;
- Begeleiden van (wedstrijd)sporters door het geven van voedingsvoorlichting en individuele adviezen die de prestatie bij sport en bewegen verbeteren en sneller herstel bevordert.
- Ontwerpen, uitvoeren en evalueren van interventies gericht op gedrag en/of omgeving, ter verbetering van leefstijl.
- Ontwikkelen en implementatie van voedingsbeleid binnen zorgorganisaties, (semi)overheid, op scholen, in de wijk, in het bedrijfsleven.
- Onderzoek doen of bijdragen aan onderzoek naar en advies geven over de rol en de effecten van bepaalde voeding en voedselconsumptie.
- Initiëren, (mede) ontwikkelen en in de marktzetten van voedingsproducten en diensten op het gebied van voeding (zoals kookworkshops, voedingsadvieswinkel, etc).
- Samenstellen van voeding, bewaken van de veiligheid en de kwaliteit van voedingsproducten en de productie daarvan.

2.3 Werkgebieden van de diëtist

Diëtisten zijn werkzaam op alle terreinen van de gezondheidszorg, in de industrie, in de sport, in het bedrijfsleven en in onderwijs- en onderzoeksinstellingen.

De diëtist kan optreden als behandelaar, gezondheidsbevorderaar, leefstijlcoach, manager op het gebied van voedingsdiensten, onderzoeker, kennisverspreider, productmanager, beleidsmaker, adviseur, opleider, kwaliteitsmanager. Zij werkt zowel met individuen als met groepen.

Zij werken als zelfstandig beroepsbeoefenaar, al dan niet in een groepspraktijk, of in loondienst.

In de gezondheidszorg werken diëtisten in ziekenhuizen, instellingen voor verpleging, verzorging en thuiszorg (VVT), in de (verstandelijk) gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de verslavingszorg, in revalidatiecentra en in de jeugdhulpverlening.

Zij zijn ook actief in de eerstelijns gezondheidszorg, in basisgezondheidsdiensten of organisaties voor thuiszorg, in de jeugdhulpverlening of ten behoeve van organisaties op het terrein van ouderenzorg.

In de bedrijfs- en dienstverlenende sector zijn diverse gebieden waarop diëtisten werkzaam kunnen zijn:

- de voedings- en farmaceutische industrie, bijvoorbeeld op het gebied van dieetproducten;
- de cateringindustrie;
- voorlichtings- en adviesbureaus;
- scholen;
- bedrijfsgezondheidsdiensten;
- opleidingsinstituten;
- onderzoeksinstituten;
- sportclubs en sportorganisaties;
- fitness- en wellness-instituten.

In de verschillende contexten oefenen diëtisten hun beroep uit als klinisch diëtist, onderzoeksdiëtist, sportdiëtist, diëtist leefstijladviseur, schooldiëtist, bedrijfsdiëtist, diëtist productontwikkeling en voedselaanbod.

2.4 Zelfmanagement

Zelfmanagement is het individuele vermogen van personen om waar mogelijk gezondheidsproblemen te voorkomen en, wanneer deze toch optreden, om te gaan met de symptomen, de behandeling, de lichamelijke, psychische, sociale en financiële consequenties van de gezondheidsproblemen en de vereiste aanpassingen in leefstijl. Voor cliënten betekent zelfmanagement ook het zodanig omgaan met hun ziekte dat ze hun leven zo kunnen leiden als ze dat het liefste willen.

Zelfmanagement vraagt om een gezamenlijke aanpak en gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverlener en cliënt. Samen bepalen zij hoe de zelfmanagementondersteuning eruit komt te zien. Niet de medische details staan centraal, maar de wensen en verwachtingen van de cliënt. Deze stelt zijn persoonlijke doelen op en maakt samen met de zorgverlener een plan om deze te bereiken. Uitgangspunt zijn de mogelijkheden van de cliënt.

Een relatie waarin de zorgverlener coacht, is gebaseerd op het delen van kennis. De diëtist weet meer over de ziekte en de voeding, de cliënt meer over zijn leven. Beiden delen de verantwoordelijkheid voor de oplossing van problemen en uitkomsten. Daarbij bepaalt de cliënt zijn doelen en helpt de diëtist hem vervolgens om geïnformeerde keuzes te maken en deze om te zetten in gedrag. Indien de doelen niet worden gehaald, zoeken ze samen naar andere strategieën.

Als een zorgverlener serieus werk wil maken van zelfmanagement, is het belangrijk om andere disciplines met wie hij samenwerkt daarbij te betrekken. Van belang is dat de cliënt ervaart dat het hele team deze benadering volgt. De diëtist heeft de regie als het gaat om de voedingsaspecten. Zo wordt de kwaliteit bewaakt en is de inhoud ter ondersteuning van het zelfmanagement optimaal op elkaar afgestemd. Naast de rol als hulpverlener van de cliënt instrueert en onderwijst zij de andere hulpverleners in hun taken in de voedingsadvisering en -ondersteuning. Zij stelt het beleid vast, adviseert over het gebruik van de juiste materialen en ontwikkelt waar nodig ondersteunende programma's.

Bij de ondersteuning van zelfmanagement dient de zorgverlener te beschikken over specifieke vaardigheden en technieken. Een beproefde techniek om gedragsverandering te bewerkstelligen en gedeelde verantwoordelijkheid mogelijk te maken, is motiverende gespreksvoering. De reflexmatige reactie van een zorgverlener is aan de cliënt uit te leggen waarom het bijvoorbeeld beter is te stoppen met junk food. Die aanpak motiveert echter niet om gedrag te veranderen. De diëtist stelt zich daarom niet op als degene die weet wat goed is voor de cliënt, maar gaat samen met hem op zoek naar de voor- en nadelen, achtergronden van het gedrag en hoe dit te veranderen.

Zelfmanagement is niet alleen essentieel is om mensen in staat te stellen hun chronische ziekte zo goed mogelijk in het leven in te passen. Het wordt ook steeds belangrijker, omdat het aantal chronisch zieken flink zal toenemen. Hierdoor kan in de zorg een discrepantie ontstaan tussen vraag en aanbod. Zelfmanagement kan hiervoor gedeeltelijk een oplossing bieden, omdat het erop is gericht patiënten minder afhankelijk te maken van zorgverleners.

Zelfmanagement is ook een van de uitgangspunten van zorgstandaarden, met termen als 'partnership' en 'shared decision making'. Dit vraagt overigens niet alleen een andere benadering door professionals maar ook een andere vorm van samenwerking en organisatie van de zorg.

De diëtist biedt ondersteuning bij zelfmanagement en is gericht op de maatschappelijke participatie, arbeidsproductiviteit en zelfredzaamheid van burgers. Zij doet dit op het terrein van de gezondheidszorg, maar ook op andere werkerterreinen, daarbij rekening houdend met specifieke eisen van het werkerterrein.

2.5 Gestandaardiseerd taalgebruik

Door gestandaardiseerd taalgebruik - beschikbaar in classificatie- en codelijsten - te integreren in hun methodisch handelen kunnen diëtisten hun zorgproces transparant maken en laten zien welke resultaten zij behalen. Dit is van belang voor de communicatie tussen diëtisten onderling en tussen diëtisten en verwijzers, zorgverzekeraars en beleidsmakers en niet in de laatste plaats ook voor de tevredenheid van de cliënten.

Daarnaast maakt eenduidige terminologie het mogelijk gegevens te vergelijken en resultaten te analyseren, zowel op individueel niveau binnen een behandeling, als op populatieniveau voor zorgafspraken of onderzoek. Diëtisten of afdelingen diëtetiek kunnen bijvoorbeeld eenvoudig nagaan welke verrichtingen op welke diëtistische diagnoses volgden, welke doelen geformuleerd werden en welke resultaten werden behaald met verschillende vormen van zorg. (Runia e.a., 2012)

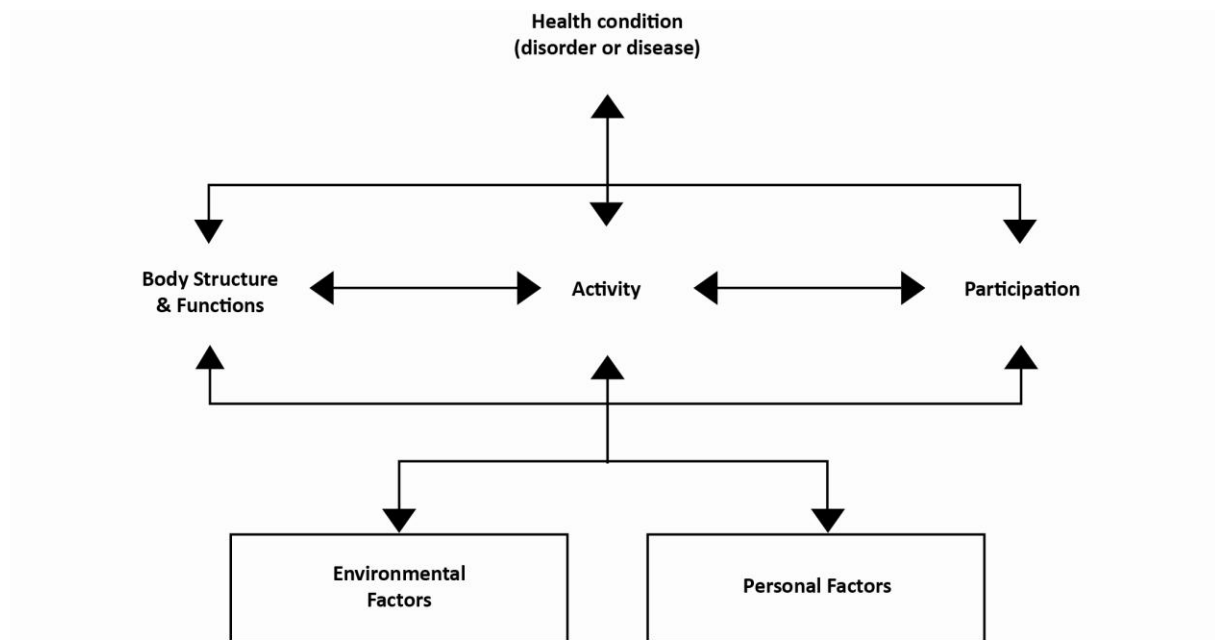
Naar aanleiding van het project 'Naar een doelmatiger POR' (POR = Probleem Georiënteerd Registeren) is in 1997 een start gemaakt met het eenduidig classificeren en coderen van termen die gebruikt worden binnen het methodisch handelen van de diëtist. Dit heeft geleid tot de uitgave van de 'Classificaties en Codelijsten voor de Diëtetiek' in 2003, te weten:

- classificatie medische termen voor de Diëtetiek (CMT diëtetiek)
- classificatie voor het menselijk functioneren voor de Diëtetiek (ICF- Diëtetiek)
- classificatie verrichtingen voor de diëtetiek (CV diëtetiek)
- classificatie hulpmiddelen voor de diëtetiek (CH diëtetiek)
- een negental codelijsten; codelijst medicamenten, codelijst doelen, codelijst leefvorm, codelijst woonsituatie, codelijst opleiding, codelijst zorg/hulpverlener, code lijst lichamelijke activiteit, codelijst reden afsluiting behandeling, codelijst productgroepen Nevo tabel.

2.6 ICF

In 2001 bracht de WHO de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) uit, de internationale standaard voor het beschrijven van gezondheid en gezondheidsproblemen.

Iemand's gezondheid is met behulp van de ICF te karakteriseren in lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Gezondheid is aldus te beschrijven vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief. Aangezien iemand's functioneren - en problemen daarmee - plaatsvinden in een bepaalde context, bevat het ICF-schema ook omgevingsfactoren en persoonlijke factoren.

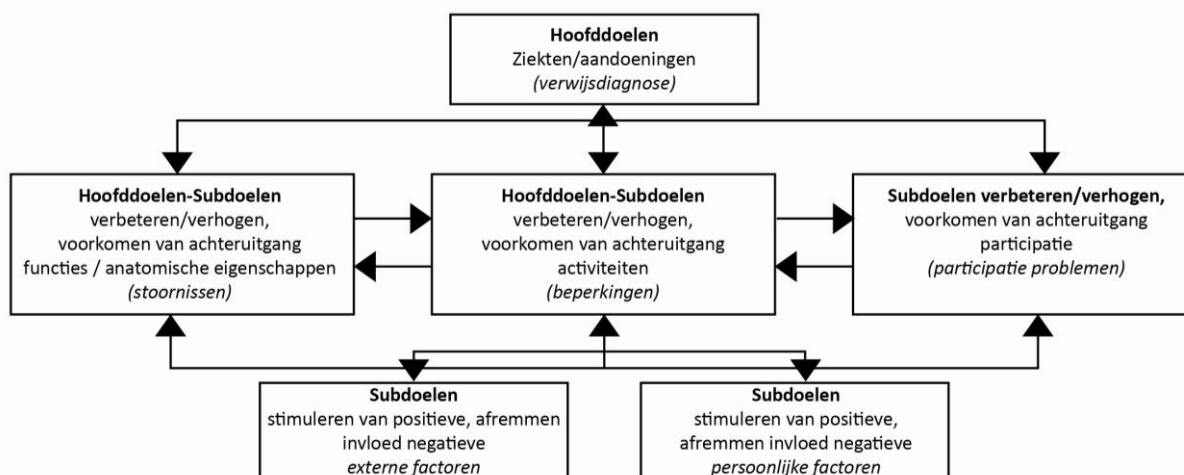


Uitgaande van het begrippenkader van de ICF over het menselijk functioneren, richten zorgprofessionals zich naast het perspectief van de mens als organisme, als 'lichaam' (functies en anatomische eigenschappen), ook op het perspectief van het menselijk handelen (activiteiten) en op het perspectief van participatie: zo goed mogelijk deelnemen aan het maatschappelijke leven. Bij het formuleren van de diagnose en het vaststellen van de behandeldoelen kan de zorgprofessional zich direct richten op de wensen van cliënten zelf over hun functioneren. Hiermee sluit de zorg perfect aan bij de door de overheid gewenste vraagsturing in de zorg als zijnde 'de zorg die tegemoet komt aan de individuele zorgbehoeften van de patiënt'.

In de ICF Diëtetiek zijn de termen opgenomen waarmee diëtisten het functioneren van hun cliënten en de factoren die op dat functioneren van invloed zijn te beschrijven.

De in 2003 voor de diëtetiek opgestelde uitwerking van de ICF werd in 2010 herzien en is gepubliceerd op de website van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), www.nvdietist.nl.

ICF-diëtetiëkschema met globale behandeldoelen



2.7 Preventie

In de wettelijke regeling van het beroep diëtist worden preventie en gezondheidsvoorlichting aangemerkt als aspect van de beroepsuitoefening. Zowel bij de omschrijving van de opleiding als van het deskundigheidsgebied wordt meerdere malen verwezen naar preventietaken:

- het in het kader van preventie bij een persoon of groep signaleren van ongezond voedingsgedrag en ongezonde leefwijzen;
- het in het kader van leefstijlcoaching bij een persoon of groep teweegbrengen van veranderingen in voedingsgedrag en van een gezonde leefstijl;
- het regisseren van gezondheidsbevorderende interventies bij door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten;
- het geven van voedings- en dieetvoorlichting aan een persoon of groep, met als doel het voorkomen van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.

Preventie is onderdeel van de beroepsuitoefening van diëtisten. Zij signaleren risico's en grijpen in voordat zich problemen voordoen. En als er al problemen zijn proberen ze te voorkomen dat deze verergeren. Preventie kan dan ook opgevat worden als het toepassen van interventies om ziekten en functioneringsproblemen te voorkomen en/of uit te stellen. Dit kan gericht zijn op een individu maar ook op een collectief of populatie.

Bij preventie wordt een onderscheid gemaakt naar universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (zie de preventiepiramide). Bij de universele en selectieve preventie die vooral van belang is voor de samenleving als geheel en daarbinnen bijvoorbeeld voor scholen, gemeenten en bedrijven, geeft de diëtist beleidsadviezen en voert ze regie. Geïndiceerde preventie is erop gericht het ontstaan van een (chronische) ziekte te voorkomen bij mensen met een risico op deze ziekte. Zorggerelateerde preventie is bedoeld om verergering, complicaties of functioneringsproblemen te voorkomen bij mensen die aan een ziekte lijden. Deze beide vormen van preventie zijn op individuele cliënten gericht. De diëtist werkt dan als behandelaar en coach en maakt gebruik van richtlijnen, zorgstandaarden en –modules.

Preventie krijgt in het gezondheidszorgbeleid hoe langer hoe meer nadruk. Van mensen wordt verwacht dat zij zelf aan hun gezondheid werken door er een gezonde leefstijl op na te houden om ziekten te voorkomen waarvan bekend is dat ze samenhangen met een ongezonde leefstijl. Van zorgprofessionals wordt verwacht dat zij navenant meer aandacht zullen besteden aan preventie: snel en actief ingrijpen bij de eerste signalen van ongezond gedrag of voortekenen van een aandoening.

Leefstijl is het aangrijpingspunt om het ontstaan van cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, kanker en COPD te voorkomen. Voeding is daarbij een belangrijk onderdeel. Dit maakt dat diëtisten behalve in de zorg ook op andere terreinen werkzaam zijn: in de wijk, op scholen, op het gebied van sport en in bedrijven. Zij houden zich dan bezig met selectieve preventie, gericht op doelgroepen, en geïndiceerde preventie gericht op mensen die een verhoogde kans hebben bepaalde aandoeningen te krijgen. Het criterium voor deze preventieactiviteiten is het (nog) niet aanwezig zijn van een medische indicatie. Het gaat daarbij niet om dieetadvisering maar om voedingvoorlichting en voedingsbeleid.

2.8 Klinisch redeneren

Klinisch redeneren is het bewuste denkproces waarmee informatie verzameld, geïnterpreteerd en gestructureerd wordt zodat de diëtist op basis van haar beroepsspecifieke kennis een probleem kan vaststellen en stappen kan nemen om het op te lossen. (Hagenaars, 2003)

Klinisch redeneren wordt gebruikt bij het proces van methodisch handelen, het is wat professionals doen bij het vaststellen van diagnoses, resultaten en interventies. Daarbij worden eigen observaties en interpretaties en vakkennis gebruikt om te beredeneren welke volgende stappen in het diëtistisch handelen genomen moeten worden om resultaten te behalen.

Er zijn verschillende omschrijvingen van klinisch redeneren in omloop. Goed toepasbaar in het werk van de diëtist is deze formulering: Klinisch redeneren omvat de mentale processen van verzamelen, interpreteren en structureren van de informatie waardoor de diëtist in staat is op grond van haar biomedische, gedragswetenschappelijke en diëtistische kennis een probleem te verhelderen en op te lossen. Bij het nemen van beslissingen zal de diëtist naast vele vakinhoudelijke overwegingen ook maatschappelijke en financieel-economische aspecten in samenhang moeten wegen.

Om richting te geven aan het klinisch redeneren is een methodiek ontwikkeld die bestaat uit zes stappen:

- Beoordelen van kernproblemen en parameters
- Beredeneren van de zorgbehoefte
- Zo nodig aanvullende informatie zoeken
- Beredeneren van de interventies
- Beredeneren van het wenselijke en mogelijke verloop en vaststellen van de evaluatie
- Aanvullende informatie
- Nabeschouwing en evaluatie

Door klinisch redeneren kan de diëtist de beslissingen die zij neemt beargumenteren en erover communiceren.

2.9 Methodisch handelen

Diëtisten werken volgens de stappen van het methodisch handelen. In dit hoofdstuk wordt een omschrijving gegeven van methodisch handelen. (Runia e.a., 2010)

De diëtist werkt methodisch: zij volgt bepaalde stappen in een cyclisch proces en doet dat doelgericht, bewust, systematisch en procesmatig. Doelgerichtheid, bewustheid, systematiek en procesmatigheid zijn kenmerken van methodisch handelen.

Doelgerichtheid: De diëtist weet welk doel zij met elke activiteit wil bereiken en laat zich daardoor in haar handelen leiden; zij heeft een plan van aanpak. De activiteiten zijn zo gekozen dat het te verwachten effect ervan direct dan wel indirect bijdraagt aan de in een plan van aanpak geformuleerde doelen.

Bewustheid: De diëtist moet in haar beroepsuitoefening doorlopend keuzes maken. Daarbij is zij zich bewust van wat ze doet en waarom ze dat doet. Ze is zich bewust van haar eigen perceptie en waarden en normen en houdt rekening met die van de cliënt.

Systematiek: De diëtist handelt stap voor stap in een logische volgorde gerelateerd aan het plan van aanpak en gericht op de gestelde doelen. Iedere stap wordt zorgvuldig overwogen en daarbij wordt rekening gehouden met het effect dat de ene stap moet hebben voordat de volgende gezet kan worden.

Procesmatigheid: De diëtist heeft zicht op de ontwikkelingen in de tijd en baseert haar handelen daar mede op. Uitkomsten uit de voorgaande fase in het proces en een inschatting van het toekomstige verloop bepalen mede wat de volgende stap zal zijn.

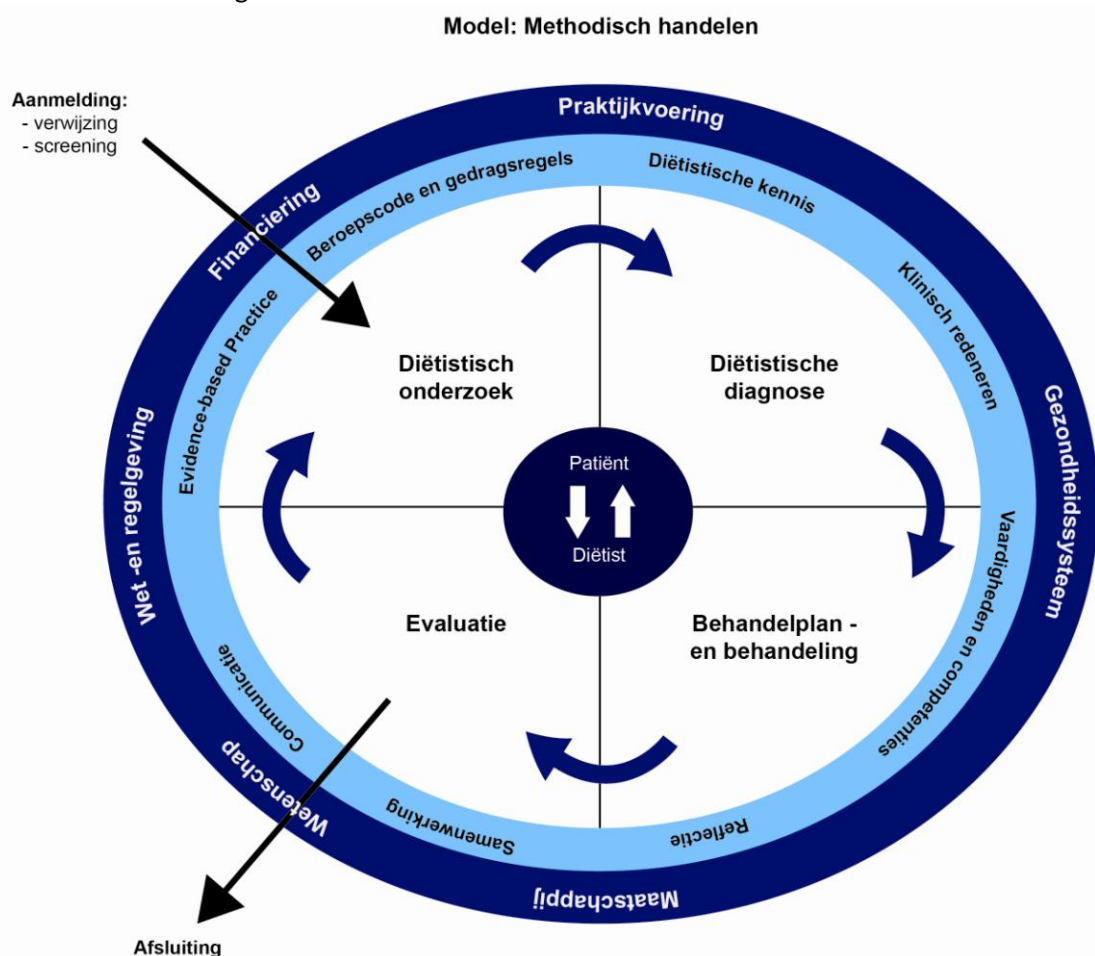
De stappen van het methodisch diëtistisch handelen

Het methodisch handelen is een cyclisch proces met tussentijdse evaluatiemomenten. Nieuwe informatie of een verandering in de situatie kan leiden tot een andere doelstelling dan voorheen of een ander plan van aanpak. Ook kan het proces zo nodig naar een eerdere fase teruggebracht worden.

In het methodisch handelen van de diëtist worden zes stappen onderscheiden:

1. Aanmelding
2. Diëtistisch onderzoek
3. Diëtistische diagnose
4. Behandelplan/behandeling
5. Evaluatie
6. Afsluiting

Schematisch ziet dit er als volgt uit.



In bovenstaand model zijn de stappen van het methodisch handelen weergegeven. Tevens is aangegeven hoe ontwikkelingen en eisen de kernstappen van het methodisch handelen beïnvloeden.

Diëtistisch onderzoek

Om een diagnose te kunnen stellen heeft de diëtist gegevens nodig over de anatomische eigenschappen en fysiologische en mentale functies van een cliënt en ook over de wijze waarop hij activiteiten uitvoert en de mate waarin hij deelneemt aan het maatschappelijk leven. Om het gezondheidsprobleem op voedingskundig gebied te kunnen vaststellen, heeft de diëtist specifieke informatie nodig:

- medische gegevens (medische diagnose, medische behandeling, prognose, medicatie);
- onderzoeksgegevens (lengte, gewicht, BMI, middelomtrek, VVMI, groeicurven, laboratoriumuitslagen, etc.);
- diëtistische gegevens (voedingsanamnese, voedingsbehoefte, voedingsgewoonten, eetgedrag, aan voeding gerelateerde klachten, activiteitenpatroon);
- psychosociale gegevens (opleiding, werk/school, woonvorm, leefomgeving, samenlevingsvorm, hobby's);
- gegevens over de hulpvraag, verwachtingen en motivatie van de cliënt.

Diëtistische diagnose

De diëtistische diagnose is het beroepsspecifieke oordeel van de diëtist over het gezondheidsprofiel van de cliënt en dient als basis voor het behandelplan. Om een diagnose te kunnen stellen analyseert en interpreteert de diëtist de tijdens het diëtistisch onderzoek verzamelde gegevens en definieert zij het kernprobleem van de cliënt.

De diëtistische diagnose is een functionaliteitsdiagnose. Welke effecten hebben de medische diagnose en de medische behandeling op het functioneren van de cliënt? Waardoor (oorzaak) ondervindt de cliënt welke problemen (gevolg) op voedingskundig gebied? Door welke andere factoren wordt dit beïnvloed? Voor welke problemen kun je als diëtist proberen een oplossing (behandeling) te vinden?

De diëtistische diagnose is de verbinding tussen onderzoek en behandeling. De diëtist beschrijft de relatie tussen oorzaak en gevolg van het probleem en geeft haar professionele oordeel. De diëtistische diagnose is de basis en het startpunt voor het behandelplan.

Behandeling

In het behandelplan legt de diëtist vast hoe de behandeling van de gezondheids- en voedingskundige problemen eruit zal zien. Dit gebeurt zo mogelijk in overleg met de cliënt.

Eerst worden de doelen van de behandeling geformuleerd. Deze kunnen biomedisch zijn (gewicht, BMI, VVMI, groeicurve, bloedwaarden) of voorlichtingskundig (overdragen van kennis, aanleren van vaardigheden) of te maken hebben met kwaliteit van leven (beperken of hanteren van klachten of verbeteren van welbevinden). De doelen worden meetbaar opgesteld.

Vervolgens wordt vastgesteld hoe de doelen bereikt worden: welke adviezen/interventies krijgt de cliënt, welke methoden of technieken worden toegepast. Dit zijn de voedings- en dieetvoorschriften in termen van hoeveelheden energie/voedingsstoffen of omschreven gedraginterventies.

Ten slotte wordt vastgelegd met welke meetbare variabelen de resultaten van de behandeling geëvalueerd worden.

Het methodisch handelen is een cyclisch proces waarmee bij elk consult het zorgproces kritisch geëvalueerd en bijgestuurd kan worden. Het helpt ook het werk van de diëtist transparant en overdraagbaar te maken.

3 COMPETENTIES VAN DE DIËTIST

Bij de beschrijving van het beroepsmatig handelen van de diëtist wordt de ordening in zeven competentiegebieden gevolgd zoals uitgewerkt in de CanMeds 2000 (Canadian Medical Education Directions for Specialists).

Competenties

In de literatuur zijn talloze omschrijvingen te vinden van het begrip competentie. Afgeleid daarvan en inmiddels algemeen gangbaar is de opvatting dat competenties de capaciteiten zijn die de beroepsbeoefenaar in staat stellen om beroepstaken te vervullen. Deze capaciteiten zijn op zich niet waarneembaar maar blijken uit het verrichte werk.

'Competentie' is een synoniem van 'bekwaamheid'. In de CanMEDS gebruikt men het begrip 'competentie', in de wet BIG wordt consequent van 'bekwaamheid' gesproken.

CanMEDS 2000

In de jaren negentig zijn in Canada op basis van breed onderzoek zeven rollen geformuleerd: de Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS 2000). Dit zijn de eisen waaraan de medisch specialist moet voldoen en daarmee de leidende indeling voor de eindtermen van de opleidingen. Deze rollen zijn in Nederland inmiddels ook de standaard in de medische en verpleegkundige vervolgoopleidingen. In het oorspronkelijke model worden rolaanduidingen gehanteerd. Om linguïstische redenen heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in 2007 gekozen om deze rolaanduidingen niet over te nemen maar de competentieaanduidingen te gebruiken.

In 2011 hebben de binnen het Kwaliteitsregister voor Paramedici participerende paramedische beroepsverenigingen, waaronder ook de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), besloten om de competenties voor paramedische zorgverleners te beschrijven volgens de CanMEDS methode zoals gehanteerd door de KNMG. Voordeel daarvan is dat het gebruik hiervan de communicatie tussen paramedici/artsen en andere zorgverleners bevordert. In het model is het diëtistisch handelen het centrale competentiegebied. Daarbinnen gebruikt de diëtist alle overige competenties.

De competentiegebieden zijn:

1. Paramedisch handelen
2. Communicatie
3. Samenwerking
4. Kennis en wetenschap
5. Maatschappelijk handelen
6. Organisatie
7. Professionaliteit



Kern van de beroepsuitoefening is het vakinhoudelijk handelen. Alle andere competentiegebieden raken hieraan en krijgen er richting door.

Omdat de beroepsuitoefening door de diëtist ook buiten het (para)medische werkveld plaatsvindt is voor dit beroepsprofiel bekeken of de daartoe benodigde competenties uitgewerkt konden worden in de zeven CanMEDS competentiegebieden. Dit bleek het geval. De term paramedisch handelen is daartoe veranderd in 'vakinhoudelijk handelen'. De zeven competentiegebieden beschrijven daarmee de gehele breedte van het vakgebied van de diëtist.

Hierna wordt elk competentiegebied voor de diëtist beschreven met daarbij op hoofdlijnen de kennis, vaardigheden en attitude die op het betreffende gebied verlangd worden.

3.1 VAKINHOUDELIJK HANDELEN

Diëtisten zijn persoonlijk verantwoordelijk voor de uitoefening van hun beroep binnen de bevoegdheden overeenkomstig de deskundighedsomschrijving van de beroepsgroep zoals geregeld in de Wet BIG. Zij nemen hierbij de grenzen van de eigen deskundigheid en bekwaamheid in acht, zoals in het beroepsprofiel en de beroepscode en gedragsregels omschreven. Bij het overnemen van taken, van bijvoorbeeld een internist, zorgt de diëtist zo nodig voor een individuele bekwaamheidsverklaring.

Diëtisten werken op verwijzing van andere hulpverleners maar zijn ook rechtstreeks toegankelijk voor burgers.

Zij verlenen zorg van goede kwaliteit. Daarbij zijn deskundigheid, doeltreffend- en doelmatigheid, cliëntgerichtheid, zorgvuldigheid en veiligheid belangrijke elementen. Het handelen van diëtisten is methodisch, evidence based of practice based en zij maken gebruik van richtlijnen en protocollen. Preventie neemt een belangrijke plaats in in het werk van de diëtist. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt naar universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (zie bijlage 1 preventiepiramide). Bij de universele en selectieve preventie die vooral van belang is voor de samenleving als geheel en daarbinnen bijvoorbeeld voor scholen, gemeenten en bedrijven, geeft de diëtist beleidsadviezen en voert ze regie. Zij leveren een zinvolle bijdrage aan het signaleren van gezondheidsrisico's en aan het ontwerpen, uitvoeren en evalueren van interventies op het gebied van de voeding (leefstijl). Bij de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie gaat het om behandeling en coaching in het kader van zorg.

De diëtist werkt planmatig en systematisch aan de hand van een beroepseigen stappenplan om bepaalde doelen te bereiken. Dit methodisch handelen bestaat in het algemeen uit de volgende stappen: aanmelding, screening, anamnese, onderzoek, diëtistische diagnose, vaststellen van behandel/doel/behandelplan, behandeling, evaluatie, afsluiting van de behandeling.

De behoefte aan zorg van de cliënt wordt vastgesteld met behulp van klinisch redeneren en vanuit het oogpunt van ondersteuning van zelfmanagement. Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van de patiënt. Op basis van de uitkomst en interpretatie hiervan stelt de diëtist een diëtistische diagnose op. Zij bespreekt, zo nodig na overleg met een collega, met de cliënt de behandelmogelijkheden en hun consequenties en stelt samen met hem doelen op. Ze zet vervolgens de dieetbehandeling in, rekening houdend met het kennisniveau en de sociale en culturele achtergrond van de cliënt. Zij gebruikt daaraan aangepaste communicatie- en motivatietechnieken met als doel veranderingen in gedrag of leefstijl te bewerkstelligen. De behandeling wordt op een geschikt moment met de cliënt geëvalueerd en aan de hand van de uitkomst daarvan bijgesteld en voortgezet of afgesloten.

De diëtist legt overeenkomstig de relevante wetgeving en de beroepscode en gedragsregels de gegevens van de cliënt vast in een dossier. Dit dient voor verantwoording, kwaliteitsverbetering en, eventueel, onderzoeksdoeleinden. De diëtist rapporteert aan de behandelend arts en/of verwijzer.

Diëtisten werkzaam in de universele en selectieve preventie, bijvoorbeeld bij scholen, gemeenten, industrie en bedrijven doorlopen de stappen van het methodisch handelen op groepsniveau. Zij

doen (wetenschappelijk) onderzoek bij de doelgroep, analyseren het gezondheidsprobleem, trekken conclusies en ontwerpen een interventie op maat.

De onder 3.5 maatschappelijk handelen genoemde competenties, kennis, vaardigheden en attitude hangen hier nauw mee samen.

Kennis

De diëtist:

- Bezit adequate en 'up to date' kennis op het vakgebied en past deze toe.
- Heeft kennis en basisprincipes uit de voedingsleer en diëtetiek, anatomie, fysiologie, somatische en geestelijke pathologie, psychiatrie, biochemie, biologie en productkennis paraat. Is ook op de hoogte van industriële productie en bijbehorende wetgeving.
- Heeft kennis van de specifieke ziektebeelden binnen haar domein.
- Heeft kennis van interactie tussen geneesmiddelen en voeding.
- Heeft kennis van ontwikkelingspsychologie, principes van zelfmanagement en copingstijlen.
- Kent de theoretische modellen achter haar activiteiten en interventies.
- Heeft kennis van verschillende soorten preventie en bijbehorende interventies.
- Heeft kennis van de bronnen van haar beroepsmatig handelen, van actuele richtlijnen en van wetgeving en professionele standaarden.
- Heeft kennis van de voedingsgewoonten van mensen uit andere culturen.
- Bezit de voor een ondernemende beroepsuitoefening benodigde kennis.

Vaardigheden en attitude

De diëtist:

- Kan methodisch informatie verzamelen en deze door middel van klinisch redeneren analyseren en interpreteren.
- Kan een diëtistische diagnose opstellen als basis voor het behandelplan.
- Is in staat om op basis van de diagnose en vakkennis de juiste behandeling vast te stellen.
- Is in staat om in overleg met de cliënt en met inachtneming van diens situatie, behandeldoelen op te stellen.
- Is in staat om de behandeling te evalueren en zo nodig bij te stellen of af te ronden.
- Legt haar bevindingen op de voorgeschreven wijze vast in een dossier.
- Kan preventie toepassen op verschillende niveaus in de zorg.
- Richt zich op het handhaven of (opnieuw) verwerven van het zelfmanagement van de patiënt en diens naasten.

3.2 COMMUNICATIE

De diëtist draagt zorg voor effectieve communicatie en interactie met cliënten, zorgverleners en andere betrokkenen en bejegt cliënten met betrokkenheid, begrip en respect. Zij communiceert effectief met andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg en gesprekspartners in zowel een preventieve als curatieve setting en andere settings waarbinnen diëtisten hun beroep uitoefenen.

Effectieve communicatie is essentieel voor optimale (behandel)resultaten. Het is van belang de cliënt als volwaardige gesprekspartner te zien, rekening houdend met zijn geestesgesteldheid, hem goed te informeren en samen te beslissen over wat gedaan zal worden. Daarbij houdt de diëtist wel rekening met persoonlijke factoren van cliënten zoals leeftijd, etnische en culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis- en begripsniveau en de invloed daarvan op voedings- en leefgewoontes. Zij informeert de cliënt over overwegingen, redeneringen en argumenten die ten grondslag liggen aan het voorgestelde behandelplan en toetst of deze informatie begrepen is.

De diëtist is zich bewust van de impact van haar verbale en non-verbale communicatie.

Als cliënten zich verbaal of non verbaal niet goed kunnen uiten vraagt de communicatie met hen bijzondere aandacht.

Als cliënten zich uitgebreid hebben geïnformeerd, bijvoorbeeld via het internet, bespreekt de diëtist de betrouwbaarheid en toepasselijkheid van deze informatie met hen.

Het persoonlijk contact met patiënten kan ondersteund worden door communicatie op afstand via e-health toepassingen van ICT.

De diëtist legt een cliëntdossier aan en houdt dit bij. Tevens brengt zij adequaat mondeling en schriftelijk verslag uit aan andere zorgverleners, binnen de wettelijke kaders. Zij neemt in de communicatie de rechten van de cliënt en de geheimhoudingsplicht in acht en eerbiedigt de persoonlijke levenssfeer van de cliënt.

Deze aspecten van communicatie brengt de diëtist ook in praktijk in de contacten met samenwerkingspartners op andere werkterreinen dan de zorg.

Kennis

De diëtist:

- Heeft kennis van communicatieniveaus (inhoud, procedure, proces).
- Kent de belangrijkste gesprekstechnieken.
- Kent verschillende manieren van gedragsbeïnvloeding.
- Is op de hoogte van relevante toepassingen van ICT.

Vaardigheden en attitude:

De diëtist:

- Kan mondeling en schriftelijk communiceren, individueel en in groepsverband, met cliënten, andere beroepsbeoefenaren en collega's op andere werkterreinen.
- Kan presenteren.
- Kan gesprekstechnieken toepassen, passend bij de gesprekspartner en het niveau van communicatie.
- Is zich bewust van de effecten van eigen verbale en non-verbale uitingen.
- Kan vaktaal begrijpelijk maken voor niet-vakgenoten.
- Heeft in gesprekken met cliënten een open en respectvolle houding.
- Kan uitstekend formuleren, mondeling en schriftelijk.
- Kan adviezen geven en de cliënt instrueren en motiveren, zo nodig in de Engelse taal.
- Is digitaal vaardig, is thuis op het internet en maakt professioneel gebruik van sociale media.

3.3 SAMENWERKING

Het beleid van de overheid is erop gericht de eerste lijn te versterken en de zorg dicht bij mensen te organiseren. Dat betekent dat de eerste lijn steeds breder wordt en er steeds meer samenwerkingspartners komen. In de tweede lijn maakt de diëtist als medebehandelaar deel uit van het behandelteam.

Ze positioneren zich in de samenwerkingsverbanden als de specialist op het terrein van voeding en gezondheid.

Diëtisten werken samen met cliënten, collega's van de eigen en van andere disciplines en met andere samenwerkingspartners en belanghebbenden naar gelang het werkveld. In de publieke gezondheidszorg en de eerste lijn kunnen dit bijvoorbeeld scholen, huisartsen, fysiotherapeuten en gemeenten zijn. In de voedingsmiddelenindustrie en het bedrijfsleven zijn het collega's binnen het bedrijf, klanten en het publiek. In de intramurale zorg zijn het zorgverleners, al dan niet deel uitmakend van een team of zorgketen, instellingsmanagers, en medewerkers die bij de voedings- en dieet zorg betrokken zijn.

De samenwerking met cliënten, individueel of groepsgewijs, gebeurt primair vanuit het perspectief van ondersteuning van zelfmanagement. De samenwerking met andere beroepsbeoefenaren en

gesprekspartners in de diverse werkvelden heeft als doel een beroepseigen bijdrage te leveren aan de gezamenlijke behandeling en het resultaat daarvan. Daarbij heeft de diëtist inzicht in de consequenties van het eigen handelen voor andere betrokkenen en is ten opzichte van andere zorgverleners en samenwerkingspartners bereid tot openheid en communicatie over en evaluatie van het eigen handelen, met inachtneming van het beroepsgeheim. De diëtist bevordert samenwerking en uitwisseling van kennis en vakinhoudelijke informatie met andere zorgverleners. Zij benadrukt daarbij het belang van voeding voor de gezondheid en bij ziekte. Zo nodig verwijst de diëtist naar andere zorgverleners en geeft daarbij een duidelijke omschrijving van het doel van de verwijzing aangevuld met relevante inlichtingen, mits de cliënt hiervoor toestemming geeft.

Kennis

De diëtist:

- Heeft kennis van visies op samenwerken en kent de actuele standaarden daarin.
- Heeft kennis van samenwerkingsprocessen, zoals groeps- en teamvorming, teamrollen, groepsdynamica en geven en ontvangen van feedback.
- Heeft kennis van gesprekstechnieken, onderhandelingsprocessen en van conflictoplossing.
- Kent de deskundigheden en bevoegdheden van samenwerkingspartners.
- Is op de hoogte van ketenprocessen en de organisatie van de zorg in de eigen regio. Is bekend met (potentiële) samenwerkingspartners in de diverse werkvelden.
- Bezit kennis over doeltreffende en doelmatige verslaglegging en overdracht, inclusief het gebruik van ICT, en de bijbehorende wet- en regelgeving.

Vaardigheden en attitude

De diëtist:

- Kan samenwerken met cliënten en andere samenwerkingspartners op diverse niveaus.
- Is in staat cliënten te motiveren.
- Kan de eigen visie op samenwerken formuleren en naar voren brengen.
- Kan in teams en samenwerkingsprocessen een bijdrage leveren en zichzelf positioneren.
- Is in staat in het samenwerkingsproces rekening te houden met de verschillende perspectieven van cliënten, collega's en andere samenwerkingspartners en hier op professionele en respectvolle wijze mee om te gaan.
- Kan in teams en samenwerkingsprocessen tegengestelde belangen overbruggen en omgaan met conflictsituaties
- Kan effectief en efficiënt gegevens vastleggen.
- Is in staat een gelijkwaardige collegiale en open houding aan te nemen in de omgang met cliënten, collega's, collega's van andere disciplines, zorgverzekeraars en met samenwerkingspartners op andere terreinen.

3.4 KENNIS EN WETENSCHAP

De diëtist is een reflectieve beroepsbeoefenaar die de beslissingen die zij neemt – inhoudelijk, procesmatig en moreel - zorgvuldig overdenkt en haar beroepsmatig handelen zoveel als mogelijk baseert op de principes van evidence based practice (EBP). Dat betekent dat aan het handelen resultaten uit onderzoek, de wensen van de cliënt en de eigen ervaringen ten grondslag liggen. Ze reflecteert op het eigen beroepsmatig handelen en ontwikkelt dit aan de hand daarvan verder. Ze houdt ook voortdurend en planmatig de eigen deskundigheid op peil en wendt deze aan voor de eigen beroepsgroep en andere betrokkenen en voor de ontwikkeling van het eigen vakgebied. Ze heeft ook een aandeel in het ontwikkelen van de deskundigheid van studenten, collegae, andere zorgverleners, cliënten en andere betrokkenen.

Diëtisten onderkennen de specifieke ethische vraagstukken die zich in hun werk voordoen en kunnen deze hanteren. Ze handelen altijd vanuit een juist begrip van wettelijke en andere regelingen betreffende hun beroep.

Diëtisten kunnen op een methodische manier wetenschappelijke en andere voor de praktijk van de diëtetiek relevante informatie verwerven, verwerken en toepassen. Zij beschikken over basisvaardigheden in onderzoek en kunnen de resultaten daarvan omzetten in nieuwe interventies en andere innovaties, die zij vervolgens ook uitdragen.

De diëtist is verantwoordelijk voor het uitdragen en implementeren van nieuwe relevante wetenschappelijke diëtistische en voedingskundige inzichten en ontwikkelingen binnen de organisatie

Kennis

De diëtist:

- Heeft kennis van de principes van evidence based practice (EBP).
- Heeft kennis van methoden van onderzoek en van statistiek.
- Heeft kennis van actuele thema's en ontwikkelingen in het eigen vakgebied.
- Is op de hoogte van toepassingen op het gebied van kennisontwikkeling en –delen.
- Kent de principes van reflectieve praktijkvoering.
- Heeft kennis van levensbeschouwelijke en religieuze opvattingen en stromingen.
- Heeft kennis van de moreel-ethische context van de beroepsuitoefening.

Vaardigheden en attitude

De diëtist:

- Houdt vakliteratuur bij en weet op een effectieve manier informatie op te zoeken.
- Kan participeren in (praktijk)onderzoek en onderzoeksresultaten beoordelen, toepassen en aanbevelingen vertalen naar haar eigen praktijk .
- Kan bijdragen aan het formuleren van, aan haar praktijk ontleende, onderzoeksvragen.
- Is in staat voor de eigen praktijk relevante kennis uit andere disciplines kritisch te beoordelen en toe te passen.
- Heeft een zodanige kennis van de Engelse taal dat ze van de ontwikkelingen in het eigen vakgebied op de hoogte kan blijven.
- Kan situaties en informatie gestructureerd analyseren.
- Ontwikkelt zich door zelfreflectie en zelfbeoordeling van het eigen functioneren.
- Kan het eigen functioneren kritisch benaderen en bespreekbaar maken en vervolgens feedback integreren in haar handelen.
- Kan collega's en studenten feedback geven op hun handelen en professioneel gedrag.
- Kan ethische vraagstukken bespreken met collega's en cliënten.
- Kan cliënten ondersteunen bij het nemen van beslissingen over de behandeling.
- Is zich bewust van eigen morele en ethische waarden en kan hier professioneel naar handelen.
- Is in staat te fungeren als rolmodel voor collega's en studenten.

3.5 MAATSCHAPPELIJK HANDELEN

De diëtist is werkzaam in een context waarin het denken in termen van zorg en ziekte verschuift naar denken in gedrag en gezondheid. Het besef dringt steeds meer door dat een gezonde levensstijl belangrijk is voor een goede gezondheid en het voorkomen van allerlei aandoeningen. Diëtisten kunnen door hun expertise de gezondheid en het welzijn van individuele cliënten, de gemeenschap en de bevolking bevorderen. Het gaat dan bijvoorbeeld om voorkomen en terugdringen van overgewicht, voorkomen en behandelen van ondervoeding, voorkomen of vertragen van een toename van klachten bij ziekte, terugdringen van medicijngebruik bij hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes. Het is van belang om bij de behandeling rekening te houden met de sociale, etnische en religieuze achtergrond en gewoonten van cliënten.

De diëtist kan, eventueel samen met andere zorgprofessionals, bevolkingsgroepen helpen gezondheidsrisico's te signaleren en gezamenlijk aan te pakken. Daarbij maakt ze duidelijk wat diëtetiek inhoudt en kan toevoegen, mengt zich in voorkomende gevallen in het maatschappelijk debat en draagt bij aan beleid dat de volksgezondheid gunstig beïnvloedt.

Ze houdt bij haar handelen altijd een effectieve en efficiënte inzet van middelen en besteding van gemeenschapsgelden in het oog.

Bij het toepassen van theorieën en evidence houden diëtisten altijd rekening met veranderingen in de samenleving. Die maken immers dat ook de voedingszorg voortdurend in verandering is en wel zodanig snel dat het kunnen omgaan daarmee een kwaliteit geworden is.

Kennis

De diëtist:

- Kent en herkent psychosociale, economische en biologische factoren die de gezondheid van cliënten beïnvloeden.
- Herkent relevant overheidsbeleid.
- Heeft kennis van epidemiologie.
- Heeft kennis van preventie en gezondheidsvoorlichting, gezondheids- en gedragsdeterminanten.
- Heeft kennis van de principes van zelfmanagement, van leefstijlen, gedrag en gedragsbeïnvloeding.
- Is bekend met manieren waarop gezond gedrag gestimuleerd kan worden.
- Is op de hoogte van culturen en cultuurgebonden opvattingen van gezondheid en cultuurgebonden gezondheidsproblemen.

Vaardigheden en attitude

De diëtist:

- Kan gegevens verzamelen in brede context, gericht op vroegsignalering en risicobeoordeling.
- Kan interventies uitvoeren inzake individuele en collectieve preventie en gezondheidsvoorlichting.
- Toont respect voor de opvattingen van cliënten over gezondheid en ziekte.
- Houdt rekening met persoonlijke factoren, wensen en behoeften van groepen mensen, cliënten en hun naasten.
- Kan meedenken met beleidsmakers en voorstellen doen voor noodzakelijke programma's.
- Kan participeren in individuele en collectieve/groepsgerichte preventie.
- Kan strategieën ontwikkelen en toepassen om groepen en individuen in staat te stellen veilige en gezonde voedselkeuzes te maken.
- Kan met veranderingen omgaan .

3.6 ORGANISATIE

Diëtisten zijn in dienstverband, free lance of als zelfstandig ondernemer werkzaam. In elk van deze hoedanigheden hebben zij specifieke kwaliteiten nodig op het gebied van organisatie van het werk. Zij dragen bij aan de continuïteit en effectiviteit van de organisatie waarin zij werkzaam zijn dan wel de eigen organisatie. Zij organiseren de eigen praktijk, al dan niet binnen de werksetting met effectieve en efficiënte inzet van beschikbare mensen en middelen.

Initiëren en implementeren van nieuwe ideeën en strategieën en effectief onderhouden van contacten zijn belangrijke kwaliteiten voor de zelfstandig ondernemer, maar ook voor degenen die werkzaam zijn in de industrie en in zorgorganisaties. Binnen organisaties leveren diëtisten vanuit een gezondheids- en marktperspectief een bijdrage aan het voedingsbeleid, de praktijkvoering en het beheer van de afdeling dan wel organisatie. Ze organiseren hun beroepsuitoefening zodanig dat deze zal leiden tot verantwoorde resultaten, conform relevante wetgeving, zoals in de gezondheidszorg de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet BIG en de patiëntenwetten (zie hoofdstuk 6) en wetgeving op het gebied van voedselveiligheid . Het niveau van de dienstverlening wordt daarbij voortdurend gecontroleerd en op systematische en cyclische wijze verbeterd.

Bij stagiaires en (nieuwe) collega's stimuleert de diëtist effectief leergedrag zodanig dat ook deze beginnend beroepsbeoefenaren op professionele wijze bijdragen aan het realiseren van de

doelstellingen van de organisatie.

De diëtist beheert middelen en materialen zodanig dat de dienstverlening aan cliënten verantwoord, effectief en efficiënt verloopt. Middelen, materialen en medewerkers worden daarbij zodanig afgestemd dat kwalitatief goede voedingszorg tegen aanvaardbare kosten geleverd wordt.

Gegevens en met name diagnose- en behandelgegevens worden op een zodanige wijze beheerd dat aan voorschriften en wettelijke eisen wordt voldaan.

Voor een optimale beroepsuitoefening, al dan niet in de zorg, en voor bij- en nascholing wordt informatietechnologie ingezet.

Kennis

De diëtist:

- Kent verschillende organisatievormen en principes uit de organisatiekunde en het management.
- Heeft kennis van de nieuwste informatie- en communicatietechnologieën.
- Weet hoe het beleid van een organisatie te beïnvloeden is.
- Heeft kennis van de eigen organisatie en de ontwikkelingen daarin.
- Kent de voor haar werkomgeving relevante wet- en regelgeving.
- Is op de hoogte van marketingprincipes.
- Is op de hoogte van principes van kwaliteit.
- Heeft kennis van implementatiestrategieën.

Vaardigheden en attitude

De diëtist:

- Kan de zorg rondom cliënten, tussen disciplines en organisaties coördineren en de continuïteit van zorg waarborgen.
- Is in staat beslissingen te nemen over beleid (prioritering) en de inzet van middelen. Gaat daarbij op verantwoorde wijze met materialen en middelen om.
- Neemt (gedrags)regels en protocollen in acht, die horen bij de functionele verantwoordelijkheid.
- Is vaardig op het gebied van informatie- en communicatietechnologie en staat open voor innovaties op dit gebied.
- Levert een bijdrage aan de cliënt- en consumentveiligheid en draagt binnen organisaties bij aan een optimaal werkklimaat.
- Kan een businessplan maken met inachtneming van relevante onderzoeksresultaten op het gebied van voeding, consumenten- en gezondheidstrends.
- Kan innoveren en kansen creëren vanuit haar eigen professionaliteit.
- Is vaardig in strategische planning om de doelstellingen van een organisatie of afdeling te behalen.
- Kan een marketingplan opstellen voor een specifieke product/marktcombinatie.
- Kan kwaliteitsbeleid formuleren binnen de eigen organisatie.
- Is in staat een kwaliteitsplan op te stellen op het gebied van voedselveiligheid, in overeenstemming met de daarvoor geldende eisen.

3.7 PROFESSIONALITEIT

Diëtisten handelen in hun werk integer, oprecht en betrokken en vertonen adequaat persoonlijk en interpersoonlijk professioneel gedrag. Zij handelen binnen de grenzen van de eigen competentie en oefenen voedingszorg en dieetbehandeling uit volgens de stand van de wetenschap, de wettelijke regelgeving en ethische normen van het beroep. Daarbij nemen ze de (behandel)richtlijnen die door de beroepsgroep aangenomen zijn in acht en de geldende waarden en opvattingen die patiënten hebben ten aanzien van voedings- en dieetzorg.

De diëtist monitort resultaten en screent haar werk systematisch met het oog op kwaliteitsverbetering. Waar nodig stuurt ze bij.

Als zorgprofessional ontwikkelt en onderhoudt de diëtist doelgericht de eigen professionele rol in de zorgverlening en praktijkvoering en legt verantwoording af over het eigen handelen. Zij werkt

permanent aan haar professionele ontwikkeling en toetst regelmatig of haar eigen deskundigheid nog adequaat is. Daarnaast heeft zij aandacht voor positionering, profilering en inhoudelijke ontwikkeling van haar vakgebied. Zij herkent bijvoorbeeld het belang van de bevoegdheid om zelf laboratoriumbepalingen betreffende de voedingsstatus van haar cliënt aan te vragen en kan deze aanvragen motiveren.

Zij handelt vanuit een juist inzicht in de epidemiologie en de behoefte aan voedings- en dieetzorg van de bevolking als geheel en de mogelijkheden om daarin te voorzien, zowel collectief als individueel.

Diëtisten participeren in de beroepsvereniging van hun professie en beïnvloeden samen met vakgenoten de beeldvorming over het beroep; laten zien waar zij als professional voor staan en wat hun bijdrage aan de zorg is.

Kennis

De diëtist:

- Kent de wet- en regelgeving die van toepassing is op de eigen beroepsuitoefening en de context waarin deze plaatsvindt.
- Heeft kennis van monitoring van resultaten.
- Heeft kennis van actuele richtlijnen en professionele standaarden.
- Heeft kennis van kwaliteitskaders en professioneel en persoonlijk leiderschap.
- Kent de eigen waarden en normen en die van de beroepsgroep (beroepscode).
- Is op de hoogte van de persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid.

Vaardigheden en attitude

De diëtist:

- Houdt zich in de beroepsuitoefening aan de wetgeving, aan de beroepscode en gedragsregels en aan de op de werkplek geldende regels. Kan daaraan ook een bijdrage leveren.
- Kan ethische vraagstukken die zich voordoen bij de diëtistische beroepsuitoefening onderkennen en hanteren.
- Kan de eigen grenzen qua bevoegdheid en bekwaamheid aangeven bij collega's en cliënten.
- Spreekt (aankomende) collega's zo nodig aan op hun professioneel gedrag.
- Kan resultaatgericht, effectief en efficiënt werken.
- Kan haar visie op kwaliteit van voedingszorg in voor ieder begrijpelijke bewoordingen naar voren brengen.

4 NVD – Nederlandse Vereniging van Diëtisten

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) werd in 1941 opgericht en is de beroepsorganisatie van diëtisten in Nederland. Van de naar schatting 3500 in Nederland werkzame diëtisten is circa 80 procent lid van de NVD.

Missie

De NVD heeft als missie het positioneren en profileren van de diëtist als dé specialist op het gebied van voeding en gedrag in relatie tot gezondheid en ziekte. Daartoe behartigt zij de belangen van haar leden en bevordert de kwaliteit van de diëtetiek.

Visie

De NVD brengt diëtisten samen in haar vereniging en is voor externe partijen de vertegenwoordiger van diëtisten in Nederland. De NVD behartigt de belangen van diëtisten en creëert randvoorwaarden waaronder zij een bijdrage kunnen leveren aan gezond gedrag en een goede voedingstoestand van burgers. Daartoe houdt de NVD zich onder meer bezig met het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het bevorderen van de deskundigheid van de diëtist, het uitdragen van de mogelijkheden van de diëtist en het behartigen van de sociaal economische belangen van diëtisten.

Hoofddoelstellingen

Op basis van haar statutaire doelen heeft de NVD vier strategische hoofddoelstellingen:

1. Zij bevordert de kwaliteit van de beroepsuitoefening ten behoeve van een adequate dienstverlening en een goede profilering van de diëtist.
2. Zij bevordert kennisontwikkeling en -uitwisseling voor en door leden, via de verenigingsstructuur en door het aangaan van samenwerkingsverbanden.
3. Zij behartigt de belangen van de diëtist op sociaal economisch gebied. De NVD werkt samen met relevante partners om goede randvoorwaarden voor de beroepsuitoefening van de diëtist te creëren.
4. Zij ondersteunt haar leden bij de uitoefening van het vak, beroepsgroep breed waar dit kan, per doelgroep waar nodig.

Uitgangspunten

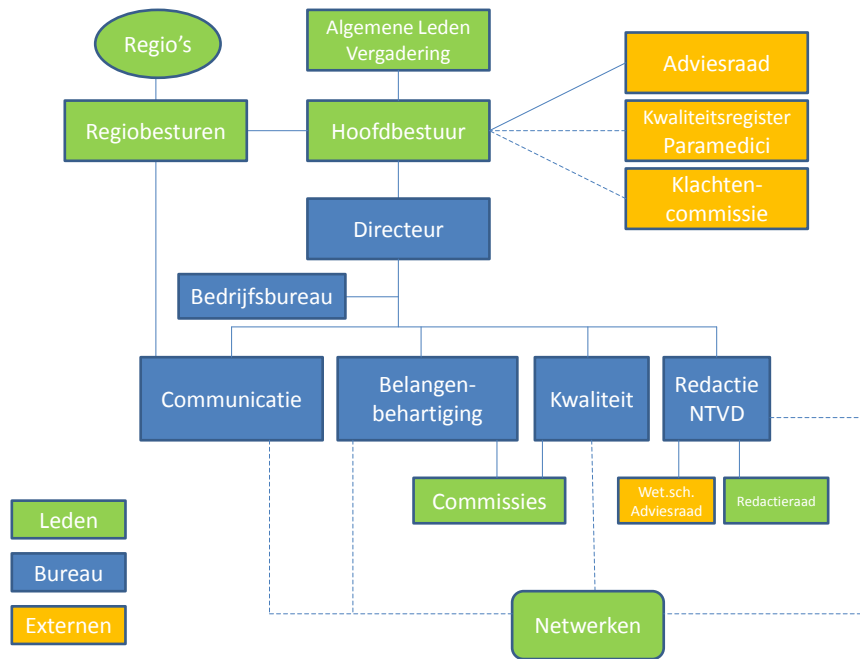
De NVD hanteert een viertal uitgangspunten bij haar activiteiten ten behoeve van diëtisten in alle werkgebieden en in verschillende rollen:

- De diëtist is dé expert op het gebied van voeding en diëtetiek en is toegankelijk voor alle burgers. Diëtisten werken daar waar voeding van belang is: in de gezondheidszorg (intra- en extramuraal), met gemeenten in de wijk, op scholen, op het werk, in onderzoek, op opleidingen en in de industrie.
- De rol van de diëtist varieert van behandelaar tot coach, van regisseur tot beleidsmaker, van voorlichter tot manager, van onderzoeker tot docent, van productontwikkelaar tot ondernemer.
- De diëtist werkt snel, veilig en respectvol, maakt gebruik van alle beschikbare kennis (waar mogelijk volgens principes van evidence-based practice), stemt de zorg af op de behoefte van de cliënt/patiënt en werkt nauw samen met collega's en andere (zorg)professionals.
- De behandeling door de diëtist wordt dichtbij huis verleend en speelt in op de (veranderende zorg)vraag van de cliënt/patiënt. De diëtist biedt ondersteuning bij zelfmanagement en is gericht op de maatschappelijke participatie, arbeidsproductiviteit en zelfredzaamheid van burgers.

Organogram NVD

Het hoogste orgaan van de NVD is de Algemene Ledenvergadering (ALV). Jaarlijks stelt de ALV de plannen en begroting evenals de jaarrekening vast. Het hoofdbestuur van de NVD is verantwoordelijk voor het vaststellen en (doen) uitvoeren van de goedgekeurde beleidsplannen. Daarnaast zorgt het hoofdbestuur voor een heldere communicatie met de ALV, de directeur van de NVD en derden.

Naast de ALV en het hoofdbestuur kent de NVD een regiostructuur, door de NVD erkende onafhankelijke netwerken, een aantal commissies en een verenigingsbureau.



Organogram NVD 2013

Regio's

De NVD kent een regiostructuur. De regio's hebben als kerntaken het faciliteren en coördineren van regionale informatievoorziening en het bevorderen van samenwerking tussen diëtisten. Zij hebben een belangrijke functie als ontmoetingsplek en in de informatieverstrekking. Zij stimuleren leden op het gebied van kwaliteit, positionering en ondernemerschap.

Met als doel een optimale informatie-uitwisseling tussen regio's en hoofdbestuur/bureau is er jaarlijks een regiodag en vindt ook tussentijds overleg plaats. De regiobesturen hebben een adviserende rol voor het bestuur.

Netwerken

Los van de regiostructuur bestaat er een dertigtal door de NVD erkende netwerken van specifiek deskundige diëtisten waarmee de NVD op een aantal terreinen samenwerkt. De NVD wil met deze samenwerking de specifieke deskundigheden binnen de diëtetiek verder ontwikkelen en formaliseren en daarmee de kwaliteit van de beroepsuitoefening bevorderen.

Netwerken en NVD

Netwerken kunnen ontwikkelingen signaleren vanuit hun specifieke deskundigheid. Zij kunnen de NVD daarover adviseren en ondersteunen bij een standpuntbepaling.

Netwerken spelen een actieve rol bij onderzoeksactiviteiten en de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen. Zij kunnen een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke onderbouwing van de diëtetiek.

Door ontsluiting van kennis en/of inzet van specifieke deskundigheid kunnen netwerken de kwaliteit van de beroepsuitoefening op een hoger plan brengen.

De rol van netwerken komt tot uiting in activiteiten als het verzorgen van lezingen, fungeren als woordvoerder, formuleren van een standpuntbepaling ten opzichte van de industrie, de pers, de politiek, en de patiëntenorganisaties, schrijven van artikelen, adviseren bij na- en bijscholingen, uitbrengen van adviezen aan de opleidingen.

De NVD en de netwerken verzorgen samen de voorlichting over diëtetiek in brede zin bij maatschappelijke en overheidsinstanties en bij onderzoeks- en scholingsinstituten.

NVD en netwerken

De NVD stimuleert netwerken gebruik te maken van de vele relaties van de vereniging. Zij verwijst diëtisten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en anderen gericht door naar de netwerken. De NVD kan via haar communicatiekanalen bekendheid geven aan netwerken. Zij stimuleert de samenwerking tussen de diverse netwerken en faciliteert hen door hun jaarberichten te bundelen en te verspreiden onder de leden van de NVD en onder relaties.

Commissies

De NVD kent een aantal vaste commissies: DIEK (DIETisten in de Kliniek), Eerste Lijn en Dieetkosten. Doelstelling van de verschillende commissies is het behartigen van de belangen van de diëtetiek en het gevraagd en ongevraagd adviseren van het hoofdbestuur. Leden van de NVD met expertise op het specifieke terrein hebben zitting in de verschillende commissies.

Bureau

Het verenigingsbureau is gevestigd in Houten. Een aantal beleidsmedewerkers en (beleids)ondersteuners is daar in dienst van de vereniging werkzaam. Het bureau wordt aangestuurd door een directeur.

Het bureau verricht uitvoerende, coördinerende en dienstverlenende activiteiten en is vraagbaak voor leden, verwante beroepen en externe relaties.

Vertegenwoordiging en contacten

De NVD heeft een zetel in het Kwaliteitsregister Paramedici en in de Landelijke Klachtencommissie Paramedici Eerstelijns.

Op het internationale vlak is de NVD actief lid van de European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) en de International Confederation of Dietetic Associations (ICDA). Afgevaardigden participeren in bestuur en werkgroepen en met regelmaat worden er lezingen en workshops gehouden op internationale diëtetiek congressen. Via deze internationale samenwerking draagt de NVD bij aan een brede ontwikkeling van het vakgebied en het beroep diëtist.

5 KWALITEITSBELEID

In de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt het begrip kwaliteit zo gedefinieerd: 'De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan: zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.'

In de Wet BIG is in het artikel waar de opleidingseisen voor de diëtist geregeld worden een aantal aspecten van kwaliteit van beroepsuitoefening beschreven:

- a. Analyseren van de eigen zorg- en dienstverlening op effectiviteit en efficiëntie, daaraan conclusies verbinden en deze zo nodig planmatig te verbeteren;
- b. Aan de patiënt verantwoording afleggen over effectiviteit en efficiëntie van de zorg- en dienstverlening.
- c. Kwaliteitsinstrumenten van de beroepsgroep adequaat gebruiken.
- d. Een bijdrage leveren aan de kwaliteit van de voedingszorg- en dienstverlening binnen een afdeling dan wel organisatie en deze op effectiviteit en efficiëntie analyseren en daaraan conclusies verbinden.
- e. Onderzoek initiëren en uitvoeren naar de effecten van voeding op gezondheid.
- f. Nieuwe interventies of nieuwe interventiemethodieken of -producten ontwikkelen in het kader van voeding en gezondheid.
- g. Nieuw ontwikkelde kennis en innovaties uitdragen en publiceren.
- h. Algemeen maatschappelijke en beroepsspecifieke innovaties integreren in het eigen professionele handelen.

NVD en kwaliteit

Het kwaliteitsbeleid is ingebed in de structuur van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en krijgt vorm door het toepassen van een aantal kwaliteitsinstrumenten, participatie in diverse platformen en allianties en deelname aan het mede door haar opgerichte Kwaliteitsregister Paramedici en de Landelijke Klachtencommissie Eerstelijns.

Verenigingsleden die in de eerste lijn praktiseren, zijn automatisch aangesloten bij de Klachtencommissie Paramedici Eerstelijns.

Ook heeft de NVD samen met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) criteria opgesteld waaraan de beroepsuitoefening van diëtisten volgens cliënten dient te voldoen.

Kwaliteitsregister Paramedici

De verenigingen van de paramedische beroepen die vallen onder artikel 34 van de wet BIG hebben in 2000 een gezamenlijk register in het leven geroepen onder de naam Stichting Kwaliteitsregister Paramedici (StKP). Zorgverzekeraars stellen in het kader van de contractering inschrijving in het register verplicht.

Via het kwaliteitsregister wordt eenmalig geregistreerd of een paramedicus voldoet aan de opleidingseisen van de Wet BIG. Vervolgens wordt elke vijf jaar geregistreerd of een paramedicus beschikt over actuele kennis en ervaring. Alleen wanneer aan de door de beroepsgroep gestelde eisen wordt voldaan, behoudt de geregistreerde paramedicus zijn kwaliteitsregistratie. Elke vijf jaar worden deze kwaliteitscriteria door de verenigingen opnieuw gewogen en na eventuele aanvullingen/wijzigingen vastgesteld.

De huidige criteria lopen tot en met 2015. Voor de kwaliteitscriteria 2015-2020 zal de nadruk meer komen te liggen op competenties.

De NVD beoogt met het kwaliteitsregister als kwaliteitsinstrument de herkenbaarheid en de basiskwaliteit van individuele diëtisten die paramedisch werkzaam zijn te waarborgen. Zij ziet het register als een middel om integrale kwaliteitsbevordering en -borging te stimuleren en de specifieke deskundigheid van de diëtist zichtbaar te maken aan patiënten, verzekeraars en werkgevers.

Kwaliteitsinstrumenten

Kwaliteitsinstrumenten worden ingezet om kennis te implementeren en te borgen en om deskundigheid en innovatie te bevorderen bij de leden. Een aantal instrumenten drukt de normen van de beroepsgroep uit, zoals de beroepscode, het beroepsprofiel, standaarden voor de beroepsuitoefening, de Artsenwijzer Diëtetiek, kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief en een modelregeling diëtist/patiënt.

Het gebruik van evidence based richtlijnen is een wezenlijke voorwaarde voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De NVD participeert in de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen en heeft ook een 'raamwerk protocollen' laten ontwikkelen om meer eenheid te brengen in de bestaande en veelal lokaal ontwikkelde protocollen.

In het kader van kwaliteitsbevordering worden het doorlopen van de kwaliteitskringloop (PDCA cyclus), peer review en patiëntenraadpleging aanbevolen.

Door de NVD ontwikkelde instrumenten die ondersteunend zijn bij een systematische en transparante beroepsuitoefening zijn ondermeer een stappenplan methodisch handelen, classificaties en codelijsten voor de diëtetiek en prestatie-indicatoren.

Een kwaliteitsjaarverslag, waartoe de Kwaliteitswet Zorginstellingen de instellingen verplicht, en een kwaliteitsbeleidsplan zijn instrumenten voor externe verantwoording.

De NVD heeft hiervoor de Kwaliteitsborgingsnorm Diëtetiek, een handleiding voor het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag en een handleiding voor het schrijven van kwaliteitsbeleidsplannen beschikbaar.

Samenwerking

De door de NVD erkende netwerken met specifieke deskundigheid spelen een belangrijke rol in de inhoudelijke kwaliteitsontwikkeling.

Deelname van de NVD en haar leden aan diverse platformen en allianties op een breed gebied van preventie, zorg en voeding draagt bij aan de professionele en organisatorische kwaliteit van het voedingsbeleid in Nederland.

6 WET- EN REGELGEVING

In dit hoofdstuk worden enkele wetten en regelingen beschreven die van toepassing zijn bij de beroepsuitoefening van de diëtist.

6.1 Wet BIG/Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

Het beroep diëtist is sinds 1997 geregeld in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg: de wet BIG. Doel van deze wet is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de patiënt beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De wet laat het geneeskundig handelen in principe vrij maar benoemt wel een aantal voorbehouden handelingen die alleen verricht mogen worden door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren omdat ze risico voor de patiënt met zich meebrengen.

In artikel 3 van de wet BIG wordt een achttal beroepen geregeld: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Deze beroepsbeoefenaren hebben een wettelijk beschermde beroepstitel die ze alleen mogen voeren als ze voldoen aan de wettelijke opleidingseisen en zich hebben geregistreerd in het BIG-register. Voor hen geldt ook het tuchtrecht.

16 andere beroepen, waaronder diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten zijn geregeld in artikel 34 van de wet BIG. Zij hebben een wettelijk beschermde opleidingstitel, wat betekent dat deze titel is voorbehouden aan personen met een afgeronde erkende opleiding op hun vakgebied. Hun deskundigheid is omschreven en de opleidingseisen zijn vastgelegd. De beroepsuitoefening van de diëtist is niet beschermd. Artikel 34-beroepsbeoefenaren zijn niet geregistreerd in het BIG-register en vallen niet onder het tuchtrecht. Wel is er een eigen onafhankelijk register sinds 2000: het Kwaliteitsregister Paramedici, waarin diëtisten zich kunnen registreren en telkens na vijf jaar herregistreren wanneer zij aan de kwaliteitseisen hebben voldaan.

Directe Toegankelijkheid Diëtetik (DTD)

Sinds 1 augustus 2011 is de Directe Toegankelijkheid Diëtetik (DTD) geregeld. Dat wil zeggen dat geen verwijzing van een arts meer nodig is voor behandeling door de diëtist. Het betreffende Koninklijk Besluit van 6 juli 2011 is gepubliceerd in het Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, jaargang 2011, nr. 366.

In de omschrijving van het deskundigheidsgebied van de diëtist in artikel 5 van de wet BIG is als gevolg hiervan de beginformulering 'Het op verwijzing van de arts' vervallen. De omschrijving is nu:

'Tot het gebied van deskundigheid van de diëtist wordt gerekend:

- a. het herkennen van risicofactoren en symptomen bij de patiënt die wijzen op de mogelijke aanwezigheid van een aandoening waarvoor deskundigheid van een andere discipline gewenst of noodzakelijk is en bij constatering daarvan verwijzen naar die andere discipline;
- b. het onderzoeken van de patiënt, gericht op het bepalen van diens voedingstoestand en op het vaststellen of lokaliseren van bepaalde voedingsgerelateerde ziektebeelden, en op basis van de verkregen gegevens opstellen van een behandelplan;
- c. het behandelen van de patiënt door toepassing van dieettherapie of het geven van dieetadvies, gericht op het opheffen, verminderen of compenseren van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten;
- d. het geven van voedings- en dieetvoorlichting aan een persoon, met als doel het voorkomen van met voeding samenhangende of door voeding beïnvloedbare ziekten of klachten.'

Aanvragen van laboratoriumbepalingen

Sinds 1 januari 2013 hebben diëtisten ook de bevoegdheid gekregen om zelf laboratoriumbepalingen betreffende de voedingsstatus van hun cliënt aan te vragen. Dit is geregeld in een NZa-beleidsregel Eerstelijnsdiagnostiek (NZa = Nederlandse Zorgautoriteit).

6.2 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

In de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst zijn de rechten, plichten en omgangsvormen bepaald die voortvloeien uit de behandelrelatie tussen de zorgverlener en de patiënt. De WGBO is dwingend recht: zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten kunnen onderling geen afspraken maken die in strijd zijn met de WGBO.

De belangrijkste verplichtingen van de zorgverlener zijn: informatieplicht, toestemmingsvereiste, dossierplicht, bewaarplicht van het dossier, vernietiging en geheimhoudingsplicht.

De patiënt heeft recht op inzage en op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de plicht om voor de behandeling te betalen, behalve wanneer de betaling op andere wijze geregeld is.

Informatieplicht

De zorgverlener is verplicht de patiënt, desgewenst schriftelijk, te informeren over een viertal zaken: de aard en het doel van de behandeling, de te verwachten risico's en gevolgen daarvan, de eventuele alternatieven, de vooruitzichten voor de gezondheid.

Toestemmingsvereiste

De zorgverlener heeft voor iedere medische behandeling mondelinge of schriftelijke toestemming van de patiënt nodig.

Dossierplicht

De zorgverlener heeft de plicht een patiëntendossier bij te houden en dit minimaal vijftien jaar te bewaren tenzij de patiënt eerder vraagt om vernietiging. De patiënt heeft recht op inzage en afschrift van zijn dossier.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

De zorgverlener mag anderen alleen met toestemming van de patiënt inlichtingen over de patiënt of inzage in zijn dossier geven. Indien het om een medebehandelaar gaat, is het wel toegestaan om zonder uitdrukkelijke toestemming informatie te verstrekken voor zover dat voor de behandeling noodzakelijk is. Een andere bepaling betreffende bescherming van de persoonlijke levenssfeer is dat medische handelingen uitgevoerd moeten worden buiten de waarneming van anderen.

Vertegenwoordiging

Een speciale gemachtigde kan de vertegenwoordiger zijn van een patiënt die niet in staat is rechten die uit de wet voortvloeien zelf waar te nemen.

Kinderen

Kinderen van 16 en 17 jaar zijn (in afwijking van de algemene regel over handelingsbekwaamheid) bevoegd om zelf een behandelingsovereenkomst aan te gaan. Kinderen van 12 jaar en ouder hebben persoonlijke rechten met betrekking tot de in de wet genoemde onderwerpen. Voor kinderen jonger dan 12 jaar is de zorgverlener ten opzichte van de ouders verplicht de overeenkomst na te komen.

6.3 Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp)

De Wet bescherming persoonsgegevens is de Nederlandse uitwerking van de Europese richtlijn bescherming persoonsgegevens en is sinds 1 september 2001 van kracht.

In de Wbp zijn regels voor de omgang met persoonsgegevens vastgelegd. Zo heeft iedere burger het recht om te weten wat er met zijn persoonsgegevens gebeurt. Hij kan deze inzien en corrigeren en kan in veel gevallen bezwaar maken tegen het gebruik ervan.

Zorgaanbieders verwerken persoonlijke en medische gegevens van hun patiënten. Zij dienen hier zorgvuldig mee om te gaan. Dat houdt onder meer in dat zij maatregelen nemen om deze gegevens goed te beveiligen.

De Wbp is van toepassing op alle vormen van het verwerken van persoonsgegevens, ongeacht of die verwerking nu op papier of in computerbestanden gebeurt.

Op de naleving van de Wbp wordt toezicht gehouden door het College bescherming persoonsgegevens (CBP).

6.4 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ)

De Kwaliteitswet Zorginstellingen is niet gericht op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar maar op de kwaliteit van zorginstellingen. Dat zijn alle zorginstellingen waarbij sprake is van een organisatorisch verband, van topklinische centra tot kleine vrijgevestigde maatschappen (meer dan 1 persoon).

Deze wet verplicht zorginstellingen verantwoorde zorg van goed niveau te leveren die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en gericht is op de reële behoefte van de patiënt.

De organisatie van de instelling dient zodanig te zijn dat dit gerealiseerd kan worden.

De instelling dient de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, beheersen en verbeteren en in een openbaar jaarverslag verantwoording af te leggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid.

6.5 Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)

De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector verplicht instellingen in de intra- en extramurale gezondheidszorg en in de welzijnszorg en individuele beroepsbeoefenaren een regeling te treffen voor de behandeling van klachten van de cliënt over de zorgaanbieder of over personen die voor of bij de zorgaanbieder werken.

De cliënt zelf of diens wettelijk vertegenwoordiger kan klagen over de behandeling of bejegening. De cliënt kan hier ook een vertegenwoordiger of zaakwaarnemer voor aanwijzen. Andere klachtgerechtigden zijn nabestaanden van een cliënt.

Onderdeel van de klachtenregeling is het instellen van een klachtencommissie. Deze moet uit te minste drie personen bestaan en goed toegankelijk zijn. De voorzitter dient onafhankelijk te zijn, d.w.z. van buitenaf te worden aangetrokken. Een persoon over wie geklaagd wordt kan geen zitting hebben in de commissie.

De klachtencommissie gaat na of de klacht gegrond is en indien dat het geval is kan zij in haar uitspraak aanbevelingen opnemen voor de beroepsbeoefenaar over wie geklaagd is. Ze kan geen sancties opleggen.

Voor vrijgevestigde diëtisten in de eerste lijn heeft de NVD een klachtenregeling ingesteld. Als de cliënt in de eerste lijn een klacht heeft en daar niet samen met de diëtist uitkomt, kan hij zich wenden tot de Landelijke Klachtencommissie Paramedici Eerstelijns.

6.6 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) (voornemen)

De rechten van cliënten en bijbehorende verplichtingen van zorgaanbieders zijn momenteel in verschillende wetten ondergebracht. Het ministerie van VWS wilde deze wetten samenvoegen tot één wet waarin de rechtspositie van de cliënt geregeld zou worden in samenhang met voorschriften voor het functioneren van zorgaanbieders. Sinds 2007 werd gewerkt aan deze nieuwe wet die de naam Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) zou krijgen. Gaandeweg kwam er zoveel kritiek op dat de minister het wetsvoorstel op 8 februari 2013 heeft ingetrokken en besloten heeft de omvangrijke wet in vijf delen op te knippen. Het eerste deel daarvan, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is op 8 juli 2013 door de Tweede Kamer aangenomen. De Wkkgz vervangt slechts de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, en regelt de kwaliteit van zorg, het toezicht daarop en de behandeling van klachten en geschillen. Ook van andere onderdelen van de Wcz worden afzonderlijke wetten gemaakt, onder meer over goed bestuur en medezeggenschap.

6.7 Wet publieke gezondheid (Wpg)

De zorg voor de gezondheid van de samenleving en van risicogroepen is geregeld in de Wet publieke gezondheid. Deze wet regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. Ook regelt de Wpg de jeugd- en ouderengezondheidszorg. Het gebruik van het elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg is in deze wet opgenomen.

De Wet publieke gezondheid vervangt sinds 2008 de Infectieziektewet, de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en de Quarantainewet en implementeert de Internationale Gezondheidsregeling (IGR) van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) ter verbetering van de internationale infectieziektebestrijding.

Voor de uitvoering van de in de Wpg opgenomen taken voor de publieke gezondheidszorg zijn de gemeenten verantwoordelijk. Daarbij hebben ze te maken met door de minister van VWS gestelde beleidskaders.

6.8 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Sinds 1 januari 2006 is in Nederland één verzekeringsregime van kracht voor alle burgers. Dit regime is geregeld in de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

De Zorgverzekeringswet is gebaseerd op een aantal uitgangspunten.

- Voor alle inwoners van Nederland geldt een verzekeringsplicht.
- Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht ten opzichte van de in hun werkgebied wonende verzekeringsplichtige. De acceptatieplicht geldt voor de basisverzekering.
- Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht die bestaat uit a) het waarborgen dat de zorg waar de patiënt krachtens de zorgverzekeringswet recht op heeft, ook beschikbaar is, b) kosten van de patiënt betaald worden, in natura of door restitutie en c) het controleren dat de verzekerde de verzekerde zorg ook daadwerkelijk krijgt.

De vergoeding van dieetadvies is opgenomen in de basisverzekering. Onder invloed van politieke ontwikkelingen kan (de omvang van) de aanspraak wijzigen.

6.9 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is een volksverzekering voor ziektekosten. Vanuit de AWBZ worden de kosten van langdurige zorg voor mensen met een ernstige beperking vergoed. Het gaat om beperkingen door een handicap, chronische ziekte of ouderdom. Het gaat om medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen en die voor bijna niemand te betalen zijn.

Via de AWBZ kan zorg gefinancierd worden op basis van functiegerichte bekostiging (meestal extramuraal) of via zorgzwaarte financiering (intramuraal).

Bij functiegerichte bekostiging krijgt de zorgaanbieder betaald voor alle geleverde zorg. Daaronder vallen persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, adviserende/activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De inzet van de diëtist valt onder de functie behandeling.

Bij zorgzwaarte financiering worden cliënten geïndiceerd voor een zorgarrangement of zorgpakket. Aan elk arrangement is een bedrag gekoppeld dat de instelling per cliënt ontvangt.

Voor AWBZ-zorg is een indicatie nodig van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ).

6.10 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) werd op 1 oktober 2006 van kracht. Zij vormde het sluitstuk van de stelselwijziging in de gezondheidszorg. Doel van de Wmg is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van kosten in de zorg en bescherming en bevordering van de positie van de consument. Zij regelt daartoe de prestaties van zorgaanbieders en de tarieven die zij mogen rekenen. Zij regelt ook het toezicht op de zorgmarkten - zorgverzekeringen, zorginkoop en zorgverlening -, op de ontwikkeling van deze markten en op formulieren en procedures in de zorg.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is belast met het toezicht op de markt, de marktontwikkeling en de tarief- en prestatieregulering. Prestatiebeschrijvingen en maximumtarieven worden in beleidsregels vastgelegd.

De NZa ziet er, met andere woorden, op toe dat alle partijen zich aan de regels houden en de marktwerking in de zorg blijft functioneren en dat het belang van de consument te allen tijde voorop staat. Zo dienen consumenten goed geïnformeerd te worden over de prijs, de kwaliteit en andere hoedanigheden van de aangeboden zorg. Zo kunnen zij kiezen voor een bepaalde behandeling, een bepaald ziekenhuis of een verzekering.

Bij het van kracht worden van de Wet marktordening gezondheidszorg verviel de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg)

6.11 Mededingingswet (Mw)

Mededinging wil zeggen dat er concurrentie is en dat alle bedrijven die dat willen hun producten of diensten kunnen aanbieden. Door de invoering van marktwerking in de zorg hebben zorgaanbieders een nieuwe positie gekregen, zij worden beschouwd als ondernemers die met elkaar kunnen concurreren. Ze moeten hun best doen om cliënten te werven en te behouden. Niet voldoen aan de wensen van de cliënt kan ertoe leiden dat deze overstapt naar een ander.

De Mededingingswet bestaat uit drie onderdelen: het kartelverbod, verbod op misbruik van de economische machtspositie en concentratiecontrole.

Volgens de Mededingingswet mogen ziekenhuizen/zorgaanbieders onderling geen prijsafspraken maken. Ze mogen ook geen afspraken maken over de verdeling van markten, over productiequota, over aanbestedingen, over vestigingen, over de geografische verdeling van markten en de verdeling van klanten. Evenmin mogen ze afspraken maken over het weigeren van levering (boycot). Dit heet het kartelverbod. Andere vormen van samenwerking zijn onder voorwaarden vaak wel toegestaan. Twee instanties houden toezicht op de concurrentie tussen zorgaanbieders: de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NMa ziet toe op naleving van de Mededingingswet. Zij houdt toezicht op de afspraken over samenwerking tussen zorgaanbieders die nadelig zijn voor cliënten.

De NZa voorkomt dat zorgaanbieders met marktmacht nadelige afspraken maken. Zij stelt budgetten en tarieven vast voor het gereguleerde deel van de zorgmarkt en stelt regels op voor het geliberaliseerde deel van de markt.

6.12 Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

Sinds 1 juli 2013 is de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht. Hierin wordt aan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren de plicht opgelegd om een meldcode te hanteren voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Hieronder valt ook seksueel geweld, vrouwelijke genitale verminking, eengerelateerd geweld en ouderenmishandeling. Deze wet moet geplaatst worden in het kader van kwaliteitszorg. Ze geldt voor organisaties en zelfstandige beroepskrachten in de (jeugd)gezondheidszorg, het onderwijs, de kinderopvang, de jeugdzorg en de maatschappelijke ondersteuning en eveneens voor politie en justitie.

6.13 Beroepscode en gedragsregels

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten heeft een beroepscode en gedragsregels vastgesteld en vastgelegd in een document. Diëtisten die zich aanmelden voor opname in het register van het Kwaliteitsregister voor Paramedici verklaren daarmee deze beroepscode en gedragsregels te onderschrijven.

Literatuur

Campen, C. van (red.) (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) (2009). *Europese competenties en gedragsindicatoren bereikt door afstuderende diëtisten en als beginnend beroepsuitoefenaar*.

Hagenaars, L.H.A. (2003). *Klinisch redeneren: een interactief, narratief proces*. Lezing op het congres van de Nederlandse Vereniging van Manuele Therapie. Veldhoven: 14 en 15 maart 2003.

Jacobs G., Braakman M. & J. Houweling (2005). *Op eigen kracht naar gezond leven. Empowerment in de gezondheidsbevordering*. Utrecht: Universiteit voor de Humanistiek.

Kwaliteitsregister Paramedici (2013). *Paramedische competenties*.

Liefhebber, S. & Philippi, S. (2003). *Beroepsprofiel Diëtist*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW.

National Consultative Committee for Nutrition and Dietetics/NCCND. *National Transcript 2010-2017*.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie/NPCF (z.j.). *De diëtist. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Utrecht: NPCF.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten/NVD (2001). *Diëtetiek in de psychiatrie. Een visie- en productbeschrijving*. Houten: NVD.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten/NVD (2011). *Dienstenwijzer Diëtetiek Langdurige Zorg*. Houten: NVD.

Nederlandse Vereniging van Diëtisten/NVD (2011). *Voeding? De diëtist! Meerjarenbeleidsplan NVD 2012-2015*. Houten: NVD.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie/NVLF (2013). *Beroepsprofiel Logopedist*.

RIVM (2002). *ICF. Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

RIVM/VWS (2010). *VTV 2010. Van gezond naar beter*. Bilthoven/Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport..

RVZ (2010). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Runia, S., Tiebie, J. & Visser, W. (2010). Diëtistische diagnose onmisbaar bij effectieve behandeling. Volg de logica: probleem - doel – advies. *Ned Tijdschr voor Voeding & Diëtetiek* 65 (3), 20-22.

Runia, S., Visser, W., Heerkens, Y., Remijnse, W. & Tiebie, J. (2012). Diëtist, laat zien wat je doet! ICF Diëtetiek en evaluatie dieetbehandeling herzien. *Ned Tijdschr voor Voeding en Diëtetiek* 67 (3), 20-22.

Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, .RB. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Senten, M. (red.) (2005). *Continuïteit in kwaliteit. Signaal paramedische zorg*. Den Haag: ZonMw.

Schellevis, F.G. (2006). *Je gaat het pas zien als je het door hebt. Multimorbiditeit in de huisartsenpraktijk*. Oratie. NIVEL/VU: 2006.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (1997). Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut. *Staatsblad 1997*, 523.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2008). Herformulering opleidingseisen diëtist, ergotherapeut, logopedist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut alsmede regeling directe toegankelijkheid oefentherapeut). *Staatsblad 2008*, 231.

Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden (2011). Besluit van 6 juli 2011, houdende wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut in verband met de directe toegankelijkheid van de diëtist, ergotherapeut, logopedist, orthoptist en podotherapeut. *Staatsblad 2011*, 366.

Vereniging Sportdiëtetiek Nederland (2011). Beroepscompetentieprofiel Sportdiëtist.

Verkenningcommissie hbo gezondheidszorg (2013). Voortrekkers in Verandering. Zorg en opleidingen - partners in innovatie. Den Haag.

V&VN (2012). V&V 2020 deel 3. *Beroepsprofiel Verpleegkundige*. Utrecht: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

WHO (2001). ICF/International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.

Zorgmodule Voeding (2012). www.nvdietist.nl.

Websites

www.kwaliteitsregisterparamedici.nl

www.minvws.nl

www.nationaalkompas.nl

www.nictiz.nl

www.nvdietist.nl

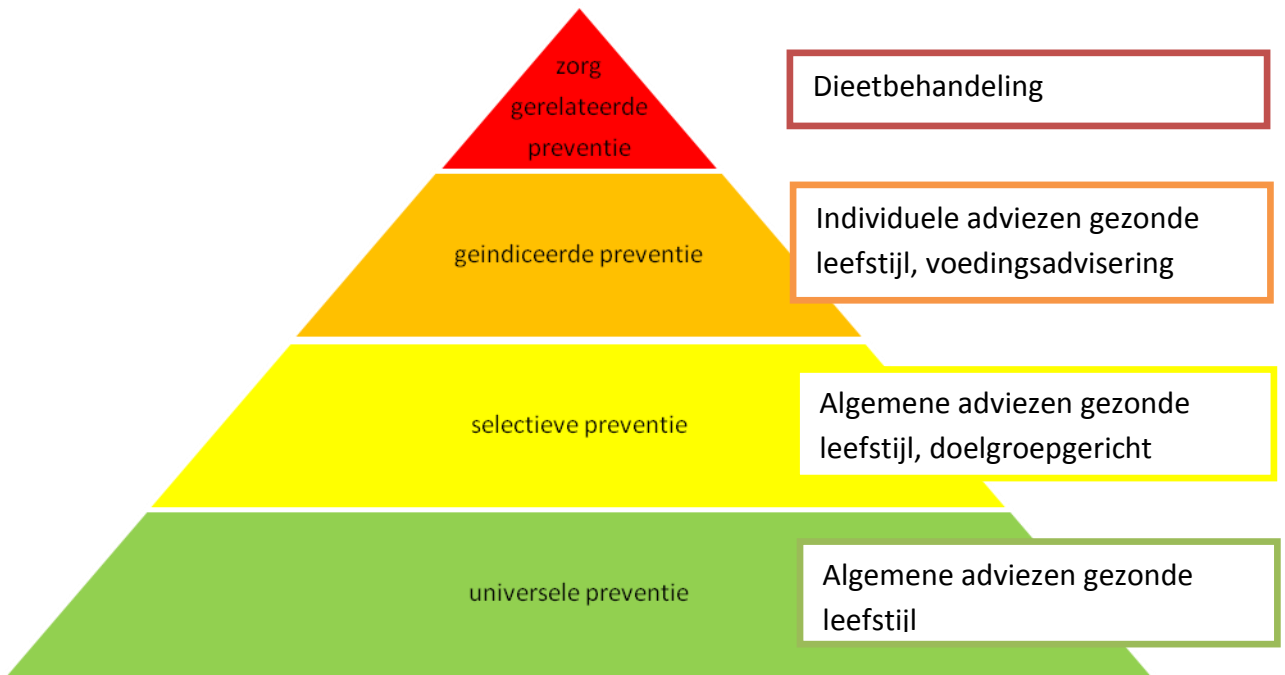
www.rcpsc.medical.org (CanMEDS)

www.rivm.nl

www.stuurgroepondervoeding.nl

www.wetten.overheid.nl (wetgeving)

Bijlage 1 Preventiepiramide



NVD Preventiepiramide, naar piramide met bijbehorende niveaus van preventie en behandeling, zorgstandaard Obesitas, Partnerschap Overgewicht Nederland.

Bijlage 2 Leden van de werkgroep herziening beroepsprofiel Diëtist

Drs. Inge Audenaerde, docent voeding, Academie voor Gezondheid, De Haagse Hogeschool, Den Haag

Els van Lipzig, diëtist Achmea Health Center Heemskerk

Jolanda van Roon, namens Voednet

Agnes Slabbekoorn, diëtist Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam