Dieet- en levensstijladvies in de eerstelijnszorg

Semigestructureerde interviews met diëtisten over de samenwerking met de huisarts

Silke Scheers, KU Leuven

Promotor: Dr. David Spitaels, KU Leuven
Co-promotor: Dr. Steve Van den Bulck, KU Leuven

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar: 2024 – 2025

©Copyright by KU Leuven

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Met uitzondering van het door de wet toegestaan gebruik, is zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur(s) het overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik van gedeelten uit deze publicatie, wendt u zich tot de KU Leuven, Faculteit Geneeskunde, Campus Gasthuisberg O&N2, Herestraat 49 – bus 400, 3000 Leuven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten en programma's voor commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden

Abstract

CONTEXT

De stijgende prevalentie van chronische ziekten, zoals obesitas en diabetes, benadrukt de noodzaak aan een geïntegreerde en multidisciplinaire eerstelijnszorg, waarin huisartsen en diëtisten samenwerken. Deze masterproef onderzoekt hoe diëtisten in Vlaanderen de samenwerking met huisartsen ervaren bij de begeleiding van patiënten met dieetgerelateerde zorgnoden. De centrale onderzoeksvraag luidt: "*Wat zijn de ervaringen en opinies van diëtisten over de samenwerking met de huisarts bij het begeleiden van patiënten met nood aan dieetgerelateerd advies in de eerstelijnszorg?*"

METHODE

Er wordt gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet met semigestructureerde interviews met negen diëtisten actief in de ELZ-zone Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen. De dataverzameling gebeurde tussen januari en april 2024. De interviews werden geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse met ondersteuning van NVivo. De COREQ-checklist werd toegepast om de methodologische betrouwbaarheid te waarborgen. Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (MP028786).

RESULTATEN

De resultaten tonen aan dat communicatie tussen diëtisten en huisartsen vaak ongestructureerd en afhankelijk is van persoonlijke relaties. Er is zelden sprake van systematische terugkoppeling of gezamenlijke consultaties. Diëtisten ervaren belemmeringen in het verkrijgen van medische informatie, zoals laboresultaten of diagnosegegevens, door het ontbreken van een gedeeld elektronisch patiëntendossier. De meeste informatie komt via de patiënt waardoor de accuraatheid niet is gegarandeerd. Daarnaast benoemen diëtisten het gebrek aan voedingskennis bij huisartsen waardoor vaak vaag niet-evidence-based voedingsadvies wordt gegeven aan patiënten. Verder zorgt tijdsdruk bij huisartsen en diëtisten voor een beperkte terugkoppeling over het behandelverloop. Diëtisten geven aan dat de samenwerking kan worden verbeterd door fysieke nabijheid in een multidisciplinaire praktijk, regelmatig mondeling overleg, standaardisatie van communicatieprocessen, betere toegankelijkheid tot medische gegevens en wederzijdse erkenning van elkaars rol in de samenwerking. Diëtisten pleiten voor een gedeeld elektronisch patiëntendossier, gestandaardiseerde verwijsformulieren, en een duidelijker beleidsmatig kader voor interprofessionele samenwerking.

CONCLUSIE

De studie concludeert dat er nood is aan structurele beleidsmaatregelen ter bevordering van interprofessionele samenwerking met formalisatie van overlegmomenten, verbetering van elektronische gegevensdeling en versterking van voedingseducatie in medische opleidingen. Hierdoor kan de kwaliteit en continuïteit van dieetgerelateerde zorg binnen de eerstelijnszorg in Vlaanderen worden verhoogd.

Voorwoord

Het schrijven van deze masterproef over dieet- en levensstijladvies in de eerstelijnszorg was een lange en uitdagende reis. Het afronden van de opleiding Master-na-master Huisartsgeneeskunde heeft niet alleen mijn kennis en inzicht verdiept, maar ook mijn doorzettingsvermogen op de proef gesteld. De weg naar dit punt was vaak veeleisend, maar het is met veel voldoening en dankbaarheid dat ik dit werk presenteer, dat het resultaat is van maanden van hard werken en toewijding.

Mijn oprechte dank gaat uit naar mijn promotor, Dr. David Spitaels, en mijn co-promotor, Dr. Steve Van den Bulck. Hun waardevolle begeleiding, deskundige adviezen en voortdurende steun hebben een cruciale rol gespeeld in het succes van dit onderzoek. Hun geduld en betrokkenheid hebben me geholpen om obstakels te overwinnen en mijn doelen te bereiken.

Daarnaast wil ik een bijzondere dank uitspreken aan mijn stage-mentoren, Dr. Lieve Goeman en Dr. Sofie De Wachter. Hun praktische inzichten, steun en begeleiding tijdens de stageperiode waren van onschatbare waarde. Bij uitbreiding wil ik graag alle collega's van Wijkgezondheidscentrum De Vaart en Groepspraktijk De Bron even in de bloemetjes zetten. Ik ben hen heel dankbaar voor de ondersteuning tijdens mijn stagejaren en de onuitputtelijke aanmoedigingen bij het verwezenlijken van deze masterproef.

Tenslotte wil ik graag alle diëtisten die meegewerkt hebben aan het onderzoek van harte bedanken. Zonder hen was dit niet mogelijk geweest. Bedankt voor jullie tijd en inzet, en in het bijzonder voor jullie enthousiasme rond het thema van deze masterproef.

Aan allen die hebben bijgedragen aan dit project, of het nu door advies, ondersteuning of gewoon een luisterend oor was: jullie bijdrage wordt enorm gewaardeerd. Dit werk is een reflectie van de gezamenlijke inspanningen en toewijding die jullie hebben getoond.

Met dankbaarheid en waardering,

Silke

24 april 2025

Inhoudsopgave

ABSTRACT **1**

VOORWOORD **2**

INHOUDSOPGAVE **3**

1 INLEIDING **5**

2 LITERATUURONDERZOEK **7**

2.1 DIËTISTEN IN DE EERSTELIJNSZORG 7
2.1.1 Determinanten van diëtetische zorg *8*
2.1.2 Nutritionele interventies *9*
2.2 SAMENWERKING MET HUISARTSEN 10
2.2.1 Kennis en opleiding *10*
2.2.2 Diagnostische knelpunten *11*
2.2.3 Multidisciplinaire samenwerking *12*
2.2.4 Doorverwijzingen *13*
2.2.5 Technologie *15*
2.2.6 Communicatie en uitwisseling van informatie *16*
2.2.7 Financiering *16*
2.3 PATIËNTEN MET NOOD AAN DIEETGERELATEERD ADVIES 17
2.3.1 Gepersonaliseerde zorg op maat *17*
2.3.2 Motivatie *17*
2.3.3 Sociale determinanten *18*
2.3.4 Stigma en patiëntpercepties *19*
2.4 BESCHIKBARE RICHTLIJNEN 19
2.4.1 Domus Medica *19*
2.4.2 Nederland Huisartsen Genootschap (NHG) *20*

3 ONDERZOEKSMETHODOLOGIE **22**

3.1 ONDERZOEKSTEAM EN REFLEXIVITEIT 22
3.2 ONDERZOEKSOPZET 22
3.2.1 Methodologische oriëntatie *22*
3.2.2 Doel en onderzoeksvraag *22*
3.2.3 Populatie *23*
3.2.4 Setting en selectie van deelnemers *23*
3.2.5 Dataverzameling *24*
3.3 DATA-ANALYSE EN RAPPORTERING 25
3.3.1 Coderingsproces *25*
3.3.2 Thematische analyse *25*
3.3.3 Rapportering *26*
3.4 ETHISCHE GOEDKEURING 26

4 RESULTATEN KWALITATIEF ONDERZOEK **27**

4.1 AFBAKENING ONDERZOEKSPOPULATIE 27
4.2 GEPSEUDONIMISEERDE GEGEVENS 27
4.2.1 Geslacht *28*
4.2.2 Aantal jaren ervaring als diëtist *28*
4.2.3 Statuut *28*
4.2.4 Bijkomende opleidingen *29*
4.3 AANMELDING PATIËNT BIJ DIËTIST (A) 30
4.3.1 Drempels bij de patiënt *30*
4.3.2 Aanmeldingswijze (A1) *32*
4.3.3 Hulpvraag en verwachting van patiënt (A2) *33*
4.4 COMMUNICATIE TUSSEN DIËTIST EN HUISARTS (B) 34
4.4.1 Bereikbaarheid van huisarts (B1) *35*

4.4.2 Communicatiekanalen (B2) *36*
4.4.3 Belemmerende factoren (B3) *37*
4.4.4 Bevorderende factoren (B4) *39*
4.5 DELEN VAN MEDISCHE INFORMATIE (C) 40
4.5.1 Wijze van informatieverwerving (C1) *40*
4.5.2 Praktische voorkeuren (C2) *42*
4.5.3 Gewenste medische informatie bij intake (C3) *42*
4.5.4 Gewenste medische informatie tijdens behandeling (C3) *44*
4.6 VOEDINGSADVIES DOOR DE HUISARTS (D) 44
4.6.1 Frequentie van dieetadvies (D1) *44*
4.6.2 Inhoud van dieetadvies (D2) *45*
4.6.3 Afstemming met de diëtist (D3) *46*
4.7 TERUGKOPPELING VAN DIËTIST NAAR HUISARTS (E) 46
4.7.1 Delen van behandelplan (E1) *47*
4.7.2 Suggesties voor verbetering (E2) *49*

5 DISCUSSIE 53

5.1 VOORNAAMSTE BEVINDINGEN 53
5.2 VERGELIJKING MET DE LITERATUUR 54
5.3 STERKE PUNTEN, BEPERKINGEN EN VERVOLGONDERZOEK 54
5.3.1 Sterke punten *54*
5.3.2 Beperkingen *54*
5.3.3 Vervolgonderzoek *55*
5.4 BETEKENIS VOOR HET WERKVELD 55

6 BESLUIT 56

7 REFERENTIES 57

8 BIJLAGEN 64

8.1 COREQ (CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH) CHECKLIST 64
8.2 INTERVIEW GUIDELINE 67
8.3 CODEBOOM KWALITATIEF ONDERZOEK 69

1 Inleiding

De toenemende prevalentie van chronische aandoeningen zoals obesitas en diabetes mellitus type 2, evenals de stijgende frequentie van multimorbiditeit, is wereldwijd een toenemend probleem met verstrekkende gevolgen voor de volksgezondheid [1,2,3]. De aanpak ervan vraagt om een multidisciplinaire benadering waarin de eerstelijnszorg fungeert als het primaire toegangspunt voor patiënten en een centrale rol speelt bij zowel preventie als behandeling [4]. De huisarts biedt daarbij niet alleen medische zorg, maar geeft ook voedingsadvies en verwijst patiënten door naar gespecialiseerde zorgverleners, zoals diëtisten. Het is essentieel dat zorgverleners binnen deze context samenwerken om patiënten te begeleiden naar een gezondere levensstijl, met aandacht voor sociale en werkgerelateerde factoren [4]. In Vlaanderen zijn 59 eerstelijnszones (ELZ's) opgericht, elk bestaande uit een netwerk van zorgverleners binnen een afgebakend geografisch gebied [5]. Deze zones, die doorgaans 75.000 tot 125.000 inwoners omvatten, worden geleid door een zorgraad en hebben als doel de samenwerking tussen verschillende zorgverleners te bevorderen om de kwaliteit van zorg te optimaliseren [4,5].

Binnen de eerstelijnsgeneeskunde vormt de diëtist de hoeksteen in de behandeling van aandoeningen waarbij voeding en leefstijl een cruciale rol spelen, in samenwerking met huisartsen, psychologen en maatschappelijk werkers [4]. Diëtisten bieden preventief of curatief voedings- en dieetadvies om de gezondheid van patiënten te verbeteren [6]. Als erkend paramedisch beroep in Vlaanderen werken diëtisten onder een automatisch verleend visum op basis van hun diploma [6]. Diëtisten kunnen actief zijn binnen solopraktijken, groepspraktijken, of multidisciplinaire settings, en spelen een sleutelrol in de begeleiding van patiënten met complexe zorgvragen zoals obesitas en diabetes [6]. De huisarts fungeert hierbij dan als centrale zorgcoördinator en is verantwoordelijk voor het doorverwijzen van patiënten naar gespecialiseerde zorgverleners, zoals diëtisten. Deze samenwerking tussen huisarts en diëtist is essentieel voor het waarborgen van effectieve, geïntegreerde en persoonsgerichte eerstelijnszorg die inspeelt op de specifieke behoeften van patiënten.

De literatuur benadrukt dat multidisciplinaire samenwerking leidt tot doorverwijzingen die betere resultaten opleveren voor patiënten, vooral wanneer het gaat om aandoeningen die nauw verbonden zijn met levensstijl. Een sterke eerstelijnszorg zorgt voor betere gezondheidsuitkomsten, lagere ziekenhuisopnames, minder zorgherhalingen en minder gezondheidsongelijkheden [4,2]. Er zijn een aantal factoren die een efficiënte communicatie en coördinatie tussen zorgverleners bemoeilijken zoals het ontbreken van een gedeeld elektronisch patiëntendossier [7]. Daarnaast hebben een gebrek aan duidelijke doorverwijzingsprotocollen, richtlijnen en de beperkte integratie van diëtetiek in het zorgplan een negatieve invloed op de continuïteit van zorg [7]. Bovendien worden diëtetische behandelingen enkel vergoed door de ziekteverzekering binnen specifieke zorgtrajecten en voor patiënten die aan bepaalde criteria voldoen, wat zowel voor diëtisten als huisartsen extra administratieve lasten met zich meebrengt [7]. Een voorbeeld hiervan is het Opstarttraject diabetes, waarbij de huisarts een voorschrift opstelt en de diëtist jaarlijks een rapport aan de huisarts verstrekt [7]. Ondanks het potentieel van samenwerking tussen huisartsen en diëtisten ontbreekt het in Vlaanderen aan een structureel kader voor deze samenwerking. Bovendien hebben huisartsen vaak onvoldoende kennis over de specifieke rol en expertise van diëtisten, en is de integratie van diëtetiek in het bredere zorgplan beperkt [7]. Het gebrek aan gedocumenteerde samenwerkingsrichtlijnen in de Belgische context leidt er verder toe dat deze relaties vaak afhankelijk zijn van persoonlijke netwerken en informele afspraken.

De keuze voor een specifieke behandeling bij bijvoorbeeld obesitas hangt af van de ernst van de aandoening en de individuele situatie van de patiënt. Een gangbare benadering omvat levensstijlaanpassingen, zoals advies over het verbeteren van eetgewoonten, het bevorderen van gewichtsverlies door een gezonde levensstijl, meer fysieke activiteit en gedragsverandering [8]. Als levensstijlaanpassingen onvoldoende effect hebben, kunnen medicijnen zoals orlistat of liraglutide helpen bij gewichtsverlies door respectievelijk de vetabsorptie uit de voeding te

verminderen en de eetlust te onderdrukken [9]. Bij patiënten met ernstig overgewicht kan bariatrische chirurgie, zoals een gastric bypass of maagverkleining, worden toegepast wanneer andere behandelingen geen resultaat opleveren [10]. Psychologische ondersteuning, zoals cognitieve gedragstherapie, kan helpen bij het aanpassen van eet- en beweeggedrag en bevordert gewichtsverlies en het onderhouden van gezonde gewoonten [11]. Preventie door educatie over voeding en fysieke activiteit is essentieel om obesitas te voorkomen, vooral in risicogroepen [12].

Deze masterproef richt zich op het verbeteren van de samenwerking tussen huisartsen en diëtisten in Vlaanderen bij aandoeningen waarbij voeding en levensstijl een centrale rol spelen binnen de geïntegreerde en persoonsgerichte eerstelijnszorg. De huisarts biedt dan niet alleen medische zorg, maar geeft voedingsadvies en verwijst patiënten door naar gespecialiseerde zorgverleners, zoals diëtisten. De kernproblemen die dit onderzoek tracht te adresseren, zijn daardoor divers. Een van de grootste uitdagingen is de gebrekkige communicatie tussen huisartsen en diëtisten, die vaak leidt tot een gefragmenteerde zorgverlening. Door het ontbreken van een gedeeld elektronisch patiëntendossier kunnen belangrijke gegevens over de patiënt verloren gaan of niet op tijd worden gedeeld, wat de effectiviteit van de behandeling kan ondermijnen. Hoewel huisartsen zich kunnen baseren op beschikbare richtlijnen, zijn er weinig concrete richtlijnen of standaarden voor samenwerking en communicatie met diëtisten. Dit gebrek aan duidelijke richtlijnen en protocollen belemmert de effectieve samenwerking om patiënten door te verwijzen naar de juiste zorgvormen, leidt tot variaties in praktijkvoering en mogelijk inconsistente zorg voor patiënten. Ook speelt de financiering van dieetadvies een rol, aangezien diëtetiek alleen onder bepaalde voorwaarden wordt terugbetaald, wat de toegankelijkheid voor patiënten beperkt en de betrokkenheid van huisartsen in dit proces bemoeilijkt. Ten slotte is er tot nu toe beperkte aandacht besteed aan de verwachtingen en rollen van beide partijen binnen deze samenwerking, wat de kans op misverstanden en suboptimale zorgverlening vergroot.

Het doel van dit onderzoeksproject is om meer inzicht te verkrijgen in de ervaringen en meningen van diëtisten over hun samenwerking met huisartsen binnen de eerstelijnszorg in Vlaanderen. Het richt zich tevens op het identificeren van de belangrijkste obstakels en verbeterpunten in deze samenwerking, evenals de verwachtingen van diëtisten met betrekking tot de rol van huisartsen bij het geven van dieetadvies en doorverwijzingen. Dit onderzoek richt zich specifiek op de organisatorische en communicatieve aspecten van de samenwerking tussen diëtisten en huisartsen in de eerstelijnszorg. Door de percepties en ervaringen van diëtisten te onderzoeken, kunnen concrete aanbevelingen worden geformuleerd om de interprofessionele samenwerking te verbeteren, doorverwijsprocessen te optimaliseren en bij te dragen aan een effectievere en geïntegreerde zorg voor patiënten.

Op basis hiervan wordt de volgende onderzoeksvraag geformuleerd volgens de PICO-methode, namelijk: *"**Wat zijn de ervaringen en opinies van diëtisten over de samenwerking met de huisarts bij het begeleiden van patiënten met nood aan dieetgerelateerd advies in de eerstelijnszorg?**"*

2 Literatuuronderzoek

In de eerste fase wordt de huidige samenwerking tussen huisartsen en diëtisten in kaart gebracht via een literatuurstudie. Hierbij wordt onderzocht welke richtlijnen en praktijken reeds bestaan, zowel nationaal als internationaal.

Het literatuuronderzoek vond plaats van 15 januari 2024 tot 28 april 2024 en richtte zich op recente publicaties over multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen en diëtisten. De selectie omvat studies gepubliceerd tussen 2014 en 2024. Alleen studies die specifiek ingaan op de samenwerking tussen huisartsen en diëtisten binnen de eerstelijnszorg worden opgenomen. Onderzoeken gericht op samenwerking met andere zorgprofessionals of binnen secundaire en tertiaire zorgomgevingen werden uitgesloten. Uitsluitend 'peer-reviewed' artikelen en wetenschappelijke publicaties in het Nederlands, Frans of Engels kwamen in aanmerking. Er werden geen geografische beperkingen toegepast, met als doel internationaal toepasbare 'best practices' te identificeren. Het onderzoek maakte gebruik van wetenschappelijke databanken zoals PubMed, LIMO, Embase en Ebpracticenet. Daarnaast werden richtlijnen en aanbevelingen van beroepsverenigingen onderzocht, omdat deze praktische en actuele informatie bieden over 'best practices', professionele standaarden en beleidsaanbevelingen die relevant zijn voor huisartsen en diëtisten. Richtlijnen van Belgische en Nederlandse organisaties, zoals Domus Medica, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten (VBVD), de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en Eetexpert, bevatten echter weinig concrete details over de samenwerking. Vaak wordt slechts aangegeven dat een verwijzing naar een diëtist plaatsvindt, zonder verdere specificaties. In landen als Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten is toegang tot dergelijke informatie vaak beperkt tot leden van de beroepsverenigingen.

In ontwikkelde landen lijdt één op de vier volwassenen aan meerdere chronische ziekten, wat leidt tot een groeiende vraag naar diëtetische consultaties in de eerstelijnszorg [13]. De samenwerking tussen huisartsen en diëtisten is van cruciaal belang voor het effectief begeleiden van patiënten met behoefte aan dieetgerelateerd advies. Om deze samenwerking beter te begrijpen, wordt gekeken naar de bevorderende en belemmerende factoren die hierbij een rol spelen alsook de aspecten die de effectiviteit van de samenwerking kunnen beïnvloeden. Centraal staat de behoefte aan verbeterde voorlichting en advies over voeding aan patiënten. Het advies van huisartsen richt zich voornamelijk op het bevorderen van dieetveranderingen, het coördineren van dieetgerelateerde doorverwijzingen en het versterken van diëtetische aanbevelingen [14]. Er is echter behoefte aan gestructureerde rapportage en een efficiënter communicatieproces, mogelijk door technologische koppelingen, om de rapporten van diëtisten sneller bij huisartsen te krijgen [14]. Dit hoofdstuk biedt een uitgebreid overzicht van de rol van diëtisten in de eerstelijnszorg, met een focus op de verschillende determinanten die van invloed zijn op diëtetische zorg en nutritionele interventies. Daarnaast wordt de samenwerking met huisartsen belicht, waarbij specifieke aandacht wordt besteed aan kennis, diagnostische uitdagingen, multidisciplinaire samenwerking en de rol van technologie en financiering. Ook wordt het belang van gepersonaliseerde zorg voor patiënten besproken, evenals de invloed van motivatie, sociale determinanten, stigma en patiëntpercepties. Tot slot worden de beschikbare richtlijnen voor dieetgerelateerde zorg behandeld.

2.1 Diëtisten in de eerstelijnszorg

Om het beroep van diëtist in België uit te oefenen, is het vereist om zowel een erkenning als een visum te bezitten [15]. Na het verkrijgen van de erkenning en het visum kan een RIZIV-nummer worden aangevraagd. Om vervolgens effectief in de eerstelijnszorg te kunnen functioneren, moeten diëtisten hun praktijk efficiënt en effectief beheren, waarbij Evidence-based Practice centraal staat [13]. Het inschakelen van een diëtist in een eerstelijnszorgsetting leidt tot een toename in het aantal patiënten dat voedingsadvies krijgt en verbetert de toegang tot voedingsbronnen die wetenschappelijk onderbouwd zijn [2]. Hierdoor vergroot de kennis over

voeding bij patiënten, waardoor klinische uitkomsten en het langetermijnsucces op gewichtsverlies, diabetesuitkomsten en voedingskwaliteit verbetert [2,16].

2.1.1 Determinanten van diëtetische zorg

Er zijn echter diverse uitdagingen die het leveren van optimale zorg in de weg staan. Een te sterke nadruk op efficiëntie kan de kwaliteit van de zorg en het verstrekte voedingsadvies schaden, terwijl langere consultaties ter bevordering van effectiviteit de winstgevendheid en persoonlijke tijd kunnen verminderen [13]. Een verhoogde inzet van diëtisten, gesteund door specifieke financiering en meer beschikbare tijd, kan op korte en lange termijn echter de druk op het gezondheidssysteem en het aantal ziekenhuisopnames verminderen door een effectievere behandeling van patiënten [17,18].

Beperkingen in tijd en zorgcapaciteit

Diëtisten ervaren de spanning tussen het benodigde tijdsbeslag voor het bieden van optimale zorg en het verkrijgen van adequate vergoeding voor hun diensten. Door het aanbieden van diëtetische groepssessies kunnen wachttijden worden beperkt en kostenbesparingen worden gerealiseerd [19]. De tijdsbeperkingen, gecombineerd met een beperkte zorgcapaciteit, zorgen voor frustratie bij diëtisten die 'best practices' willen volgen en regelmatige vervolgafspraken willen maken voor optimaal gewichtsbeheer en de behandeling van chronische ziekten [20]. Het kan leiden tot belemmeringen bij het toepassen van de beste praktijken, het implementeren van caloriearme diëten en opstellen van voedingsbeoordelingen bij onder andere obesitas [18]. Bovendien heeft deze tijdsbeperking, in combinatie met de toenemende druk op het gezondheidszorgsysteem, ook een negatieve invloed op de uitwisseling van kennis tussen zorgverleners.

Financiële factoren

Beperkingen in de financiële vergoedingen van nationale zorgprogramma's of de overheid kunnen leiden tot kortere consultatieduren [13]. Er is tevens een tekort aan door de overheid gesubsidieerde sessies voor effectief langetermijnbeheer van chronische aandoeningen, evenals onvoldoende uren voor het behandelen van het aantal doorverwezen patiënten, een tekort aan diëtetische medewerkers en beperkte financiering voor tolkdiensten [20]. Daarnaast kunnen door financieringsinstanties opgelegde beperkingen op consultatietijden de zorgkwaliteit verder onder druk zetten [13]. Vanwege de ontoereikende vergoedingen ervaren diëtisten een gebrek aan tijd bij het behandelen van patiënten, wat de kwaliteit van de zorg kan beïnvloeden [18,21].

Diëtisten kunnen ervoor zorgen dat de kosten voor het zorgsysteem worden gereduceerd [16]. Het verhogen van subsidies en het aantal bezoeken aan zorgprofessionals zou dan ook moeten worden overwogen [22]. In België is er echter alleen overheidsfinanciering beschikbaar voor specifieke zorgtrajecten, namelijk voor diabetes type 2, chronische nierinsufficiëntie, kinderen met overgewicht of obesitas en binnen het multidisciplinair zorgtraject eetstoornissen [7]. In deze gevallen betalen de ziekenfondsen de kosten voor diëtetische zorg terug op basis van de behandelingen die door de huisarts zijn voorgeschreven. Naast de wettelijke vergoeding bieden sommige ziekenfondsen hun leden een extra tegemoetkoming voor dieetadvies per kalenderjaar. Verder bieden sommige zorgverzekeringen een aanvullende vergoeding voor diëtetische behandelingen, maar alleen als de patiënt een aanvullende verzekering heeft [20].

Multidisciplinaire ondersteuning

Enerzijds kan administratieve ondersteuning de efficiëntie van de praktijk verbeteren, maar anderzijds vormen deze onbetaalde administratieve taken een bijkomende kost [13]. Wel geven diëtisten aan dat ervaring en collegiale steun van andere gezondheidsprofessionals kan bijdragen aan een betere balans tussen efficiëntie en effectiviteit [13]. Werken in een multidisciplinair team bevordert volgens diëtisten betere verwijzingen, biedt ondersteuning buiten de expertise van de diëtist, en zorgt voor consistente voedingsboodschappen aan de patiënt [13]. Deze benaderingen leiden volgens diëtisten tot verbeterde cliëntresultaten, hogere zorgkwaliteit en verhoogde veiligheid [13].

Technologieën

Het inzetten van moderne communicatietechnologieën, zoals mobiele telefoons en digitale platforms, kan bijdragen aan een betere samenwerking [23]. Het is hierbij noodzakelijk om de geldende privacywetgeving te respecteren [23]. De implementatie van tijdbesparende technologieën en platformen voor administratieve taken kan wel worden bemoeilijkt door praktische beperkingen, zoals een gebrek aan kennis, hoge kosten en de benodigde leertijd [13].

Persoonlijke en patiëntgerelateerde factoren

Persoonlijke factoren, zoals de ervaring en expertise van de diëtist in de eerstelijnszorg, beïnvloeden zowel de efficiëntie als de effectiviteit van de geleverde zorg [13]. Daarnaast speelt de balans tussen werk en privéleven een cruciale rol in het behoud van professionele kwaliteit en welzijn [13]. De patiënt kan op zijn of haar beurt de efficiëntie en effectiviteit van consultaties beïnvloeden door afspraken te annuleren, te laat te komen, afleidingen tijdens de sessies te veroorzaken, en door de complexiteit van de gezondheidsproblemen [13].

2.1.2 Nutritionele interventies

Gepersonaliseerde voedings- en dieetinterventies door diëtisten omvatten het ontwikkelen van op maat gemaakte voedingsplannen, afgestemd op de specifieke (medische) behoeften van de patiënt. Door gebruik te maken van evidence-based methoden, optimaliseren diëtisten de voedingsstatus, ondersteunen zij herstelprocessen en trachten zij chronische aandoeningen te reguleren, wat de fysieke gezondheid en het algemene welzijn van de patiënt bevordert. Hieronder komen een aantal voedingsgerelateerde aandoeningen aan bod waardoor behandeling is aangewezen binnen een medische context met een zorgteam bestaande uit diëtisten en andere zorgverleners [17,16,24].

Voedselallergieën

Diëtisten vervullen een essentiële rol in de behandeling van voedselallergieën bij baby's en kinderen, zoals bij een aangetoonde koemelkallergie [14]. Na de diagnose en/of doorverwijzing naar een diëtist blijkt ongeveer de helft van de kinderen geen emollientia, topische corticosteroïden of beide meer nodig te hebben, wat resulteert in kostenbesparingen [14]. Bovendien hebben klinische diëtisten, die gespecialiseerd zijn in pediatrische allergieën, in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, de bevoegdheid om wijzigingen in voorschriften aan te bevelen bij huisartsen en medicatie te optimaliseren, wat opnieuw kan resulteren in kostenbesparingen [14].

Malnutritie

Malnutritie is een pathologie, die ontstaat door een onbalans in de voedingsinname, waarbij er sprake kan zijn van zowel ondervoeding als overvoeding. Het kan resulteren in aandoeningen, zoals obesitas, dyslipidemie, metabool syndroom en ondervoeding. Bij een langdurige onbalans tussen een hoge calorie-inname, weinig voedingsstoffen en laag energieverbruik ontstaat obesitas. Dyslipidemie wordt dan weer gekenmerkt door abnormale lipiden niveaus in het bloed en dit wordt vaak veroorzaakt door een dieet met veel verzadigde vetten en transvetten. Het metabool syndroom, een cluster van aandoeningen zoals hoge bloeddruk, hoge bloedsuikerspiegel en ongezonde cholesterolwaarden, is vaak gerelateerd aan ongezonde voeding en obesitas. Verder kunnen diëtisten en verpleegkundigen als eerstelijnszorgverleners fungeren in de specifieke domeinen van kwetsbaarheid en ondervoeding [16,24]. Bij de preventie en detectie van ondervoeding bij ouderen kunnen verspreide werkplekken en de moeilijkheid om gezamenlijke bijeenkomsten te plannen leiden tot inefficiënte communicatie en gebrekkig informatiebeheer tussen zorgprofessionals [23].

Chronische ziekten

Voeding en dieet worden erkend als fundamentele componenten in zowel de preventie als de behandeling van leefstijlgerelateerde chronische ziekten [18,25]. Chronische ziekten die verband houden met voeding omvatten een breed scala aan aandoeningen waarbij voedingstekorten, -overschotten of -onevenwichtigheden een cruciale rol spelen. Bijvoorbeeld, type 2 diabetes wordt

vaak geassocieerd met overgewicht en een dieet dat rijk is aan suiker en verzadigde vetten, wat de bloedsuikerspiegel slecht reguleert. Hart- en vaatziekten, zoals coronair hartziekte en hypertensie, kunnen worden beïnvloed door een dieet dat rijk is aan verzadigde vetten, zout en cholesterol. Voeding speelt ook een rol bij coeliakie, een auto-immuunziekte waarbij de inname van gluten leidt tot schade aan de dunne darm, en bij ferriprieve anemie, dat kan ontstaan door onvoldoende inname van ijzerrijke voedingsmiddelen of door problemen met ijzerabsorptie. Osteoporose kan worden beïnvloed door een tekort aan calcium en vitamine D in de voeding, wat leidt tot een vermindering van de botdichtheid. Gastro-intestinale aandoeningen zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa kunnen worden beheerd door dieetinterventies die helpen bij het reguleren van symptomen en ontstekingen. Daarnaast kunnen renale aandoeningen verergeren door een dieet met te veel zout en eiwitten, wat de belasting van de nieren verhoogt. Deze aandoeningen onderstrepen het belang van een uitgebalanceerd dieet en adequate voedingsinname om chronische gezondheidsproblemen te voorkomen of effectief te beheren.

Kanker

Bij kankerpatiënten in remissie geeft verplegend personeel aan dat hun rol op vlak van voeding en de desbetreffende kennis ontoereikend is, alsook dat onduidelijkheid over voedingsrichtlijnen en een gebrek aan tijd ervoor zorgen dat zij de patiënt niet durven adviseren [26]. Bij patiënten met kanker in remissie dient tijdens kritieke overgangsfasen regelmatige screening op voedingsrisico en fysieke activiteit plaats te vinden, conform de aanbevelingen van internationale klinische richtlijnen [26]. Hierbij is noodzakelijk dat hiervoor financiering, passende zorgmodellen en gestandaardiseerde, op bewijs gebaseerde gezondheidsdiensten worden geïmplementeerd om standaardscreening mogelijk te maken [26].

2.2 Samenwerking met huisartsen

Hoewel veel huisartsen erkennen dat voeding belangrijk is, voelen ze zich vaak onvoldoende opgeleid om adequaat voedingsadvies te geven. Integratie van voedingseducatie in het curriculum van gezondheidsprofessionals kan deze kennis verbeteren. Multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen en diëtisten bevordert de zorgcoördinatie en verbetert de uitwisseling van informatie. Technologie kan deze samenwerking verder versterken. Echter, de complexiteit van specialistische doorverwijzingen en de beperkte tijd tijdens consultaties kunnen knelpunten vormen. Het is belangrijk dat huisartsen de meerwaarde van diëtisten erkennen en met hen samenwerken om holistische zorg voor patiënten te waarborgen. De integratie van diëtisten in medische praktijken kan zowel de toegang tot zorg verbeteren als de werkdruk voor huisartsen verminderen. Verbeterde financiering en specialistische doorverwijzingen dringen zich op om de zorg voor patiënten verbeteren. Verder beïnvloedt zorgfinanciering de beschikbaarheid en kwaliteit van voedingszorg.

2.2.1 Kennis en opleiding

Huisartsen erkennen de waarde van voeding in de patiëntenzorg, maar beschikken vaak niet over voldoende kennis om effectieve adviezen te geven. Dit deel onderzoekt de lacunes in voedingskennis bij huisartsen en benadrukt het belang van het integreren van voedingseducatie in medische opleidingen om de zorg te verbeteren.

Voedingswetenschappelijke kennis huisartsen

Volgens een studie van Keaver et al. (2022) in Ierland geeft zeventig procent van de artsen advies over voeding [27]. Artsen geloven dat voeding belangrijk is voor de zorg voor patiënten. Ze voelen zich vaak onvoldoende opgeleid om optimale voedingsadviezen te geven [21,27], hebben een tekort aan kennis over voedingswetenschap [28] of over een geschikte behandeling van specifieke pathologieën zoals obesitas [29]. Het is onrealistisch om te verwachten dat artsen meer dan basiskennis van voeding hebben [27]. Daartegenover staat dat zorgverleners met adequaat voedingsinzicht meer zelfvertrouwen voelen om voedingsgerelateerde onderwerpen aan te snijden en de behoefte aan verdere voedingsbegeleiding te beoordelen [30,31,32]. De mate van

vertrouwen van artsen lijkt positief gecorreleerd te zijn met ervaring en de nabijheid van diëtisten in hun werkomgeving [31].

Opleidingen

Om persoonsgerichte en holistische voedingszorg [16] te kunnen bieden is er nood aan meer ondersteuning van zorgprofessionals in de vorm van opleiding over voeding, alsook training rond effectieve communicatie [24,33]. De kennis van huisartsen kan worden bevorderd door voedingseducatie te integreren in het curriculum van gezondheidsprofessionals, met als doel het creëren van gemeenschappelijke competenties op het gebied van voeding [30,31]. Hierdoor kan voedingsadvies aan patiënten een onderdeel worden van het verstrekken van holistische en persoonsgerichte zorg [32,33]. Al te vaak wordt er nu gewerkt vanuit een bepaalde discipline terwijl een patiënt, met bijvoorbeeld chronische nierziekte of andere comorbiditeiten, nood heeft aan geïntegreerde zorg waarbij zorgprofessionals kennis uitwisselen [33,21]. Negentig procent van de Ierse artsen zou interesse hebben in aanvullende training op het gebied van voeding [27]. Daarenboven beschouwen huisartsen interne educatiesessies rond voeding door diëtisten als een noodzakelijke ondersteuning [27]. Interprofessioneel onderwijs tussen (para)medische disciplines kan bovendien resulteren in een beter begrip en waardering voor de rol van diëtisten bij het verbeteren van de zorgkwaliteit voor patiënten [17,34]. Daarnaast kan de opleiding worden afgestemd op het specifieke beroep waardoor relevante evidence-based kennis over voeding wordt overgedragen [35]. Opleidingen zijn effectiever als ze gebaseerd zijn op interactie, praktijkgerichte leermethoden en volwasseneneducatie [28].

2.2.2 Diagnostische knelpunten

Eerstelijnszorgverleners zijn de toegangspoort in het gezondheidszorgsysteem en spelen een sleutelrol bij het identificeren van patiënten die risico lopen op voedingsgerelateerde problemen [36]. Bij het verstrekken van informatie over voeding heeft de huisarts een belangrijke rol aangezien deze vaak het eerste aanspreekpunt van de patiënt vormt en diegenen kan identificeren die nood hebben aan een doorverwijzing voor diëtetische ondersteuning [27]. Huisartsen voeren vaak ontoereikend lichamelijk onderzoek uit en reageren meestal pas op afwijkende testresultaten of initiatief van de patiënt. Richtlijnen benadrukken de noodzaak van diëtetische betrokkenheid, maar in de praktijk ontbreekt het soms aan proactieve benaderingen en gestructureerde protocollen. Dit deel belicht de diagnostische knelpunten en de impact van richtlijnen op het verbeteren van doorverwijs- en behandelprocessen.

Diagnosestelling

Het is cruciaal dat huisartsen kunnen identificeren wanneer voedingshulp nodig is en patiënten kunnen doorverwijzen naar een diëtist [27]. Patiënten hebben meestal nood aan een doorverwijzing door de huisarts om voedingsadvies in te winnen [20,32,36,37]. In Canada voeren huisartsen echter gemiddeld slechts eens in de twee tot drie jaar een lichamelijk klinisch onderzoek uit bij patiënten [30]. Hierdoor wordt de noodzaak van voedingsadvies vaak pas duidelijk wanneer afwijkende bloedresultaten worden vastgesteld, zoals verhoogde cholesterol, glucose, bloeddruk en BMI [30]. Soms initiëren patiënten vragen over voeding [30]. Echter verwachten patiënten een proactieve benadering van huisartsen aangaande gewichtsgerelateerde kwesties, terwijl huisartsen vaak veronderstellen dat patiënten zich bewust zijn van hun gewichtsproblemen [37]. Er kan ook vertraging ontstaan tussen de doorverwijzing en het stellen van de diagnose [19]. Bijvoorbeeld bij een niet aangetoonde pediatrische voedselallergie zal een huisarts eerst doorverwijzen naar een kinderarts voor een definitieve diagnose [19]. Verder wordt voedingsadvies alleen verstrekt nadat mensen zijn gediagnosticeerd met bijvoorbeeld een chronische aandoening zoals diabetes en dus niet preventief bij patiënten die alleen obesitas hebben zonder andere gezondheidsproblemen [30].

Richtlijnen

Huisartsen laten soms na om dieetondersteuning te verlenen ondanks dat nationale en internationale richtlijnen aangeven dat de betrokkenheid van een diëtist essentieel is in de

behandeling [19]. Enerzijds kan het gebruik van gestructureerde checklists leiden tot minder betrokkenheid van zorgverleners [38]. Anderzijds blijken consultaties het meest effectief wanneer de focus ligt op het perspectief van de patiënt en wanneer narratieve elementen worden aangemoedigd [38]. Wel kan de implementatie van een protocol, voor de behandeling van bijvoorbeeld obesitas, bijdragen tot een positief patiëntresultaat omdat het de diagnose vereenvoudigt en een holistische langetermijnbehandeling van deze ziekte bewerkstelligt [2]. Er is ook nood aan toegang tot fysieke bronnen in de vorm van richtlijnen en gemakkelijk te gebruiken materialen waar huisartsen patiënten kunnen naar verwijzen [27].

2.2.3 Multidisciplinaire samenwerking

Uit een studie van in Australia bleek dat 64 procent van de geïnterviewde diëtisten aangaf een positieve relatie te hebben met de huisartsen waarmee ze samenwerken [39]. Een integrale benadering en sterke interprofessionele relaties tussen artsen, diëtisten en andere paramedische professionals is noodzakelijk om de continuïteit van effectieve gezondheidszorg [28], en meer specifiek voedingszorg, te waarborgen [20,25,32,24]. Daarenboven kunnen diëtisten in een multidisciplinair en cultureel divers team genieten van interprofessionele ondersteuning door de andere collega's in de eerstelijnsgezondheidszorg [40,29]. De fysieke aanwezigheid binnen de praktijk draagt bij aan een groter gevoel van 'teamlidmaatschap', verbetert de communicatie, versterkt de relaties en leidt tot een meer gecoördineerde benadering van voedingszorg door alle teamleden [34,40]. Intraprofessionele ondersteuning van diëtisten kan eventueel worden bevorderd door het werken in een team met minstens één andere diëtist, het deelnemen aan diëtistennetwerken en 'peer support' groepen, en het ontvangen van professionele supervisie [40].

Coördinatie

Gezondheidsautoriteiten spelen een cruciale rol in het bevorderen van samenwerking en het verduidelijken van rollen tussen zorgprofessionals [28]. Een goed functionerend multidisciplinair team draagt bij tot een zorgsysteem dat gericht is op de behoeften van de patiënt, gecoördineerd functioneert doorheen disciplines en locaties, en effectieve zorg verleent [21,27]. Een goede coördinatie is essentieel om dubbele informatie te voorkomen [38] en doeltreffende zorgverlening met consistent en coherent advies voor de patiënt te waarborgen [33]. De coördinatie van de voedingszorg kan worden uitgevoerd door een huisarts, verpleegkundig specialist of thuisverpleegkundige, afhankelijk van de specifieke situatie [23]. Huisartsen kunnen echter de diagnose stellen, initieel advies en aanbevelingen geven, en de coördinatie van algehele behandelplannen bewerkstelligen [31]. Daarnaast kunnen diëtisten een actieve en leidende rol spelen in multimodale voedingsinterventies in de eerstelijnszorg [24]. De samenstelling en rol van persoonsgerichte zorgteams moet ook worden aangepast om tegemoet te komen aan de toename in chronische ziekten en de behoeften van een vergrijzende bevolking [21]. Bij deze populatie is de rol van een diëtist bij het verstrekken van medische voedingstherapie essentieel [21]. Bij ouderen kan het noodzakelijk zijn om naast een diëtist, ook door te verwijzen naar een maatschappelijk werker of een valpreventie team binnen een holistische benadering van de problematiek van bijvoorbeeld ondervoeding [16].

Toegang tot diëtetische zorgdiensten

Er kan een gebrekkige toegankelijkheid zijn tot een diëtist of er werken in de regio onvoldoende diëtisten in de gezondheidscentra [14]. Proximiteit van een diëtist in de directe omgeving van de huisartsenpraktijk speelt een belangrijke rol voor patiënten [20,36,41]. In landelijke gebieden kunnen bijvoorbeeld beperkte toegang tot gezondheidsvoorzieningen, minder beschikbare bronnen voor lichaamsbeweging en gezonde voeding een uitdaging vormen voor individuen die streven naar gewichtsverlies [36]. Daarenboven verloopt er meestal enige tijd tussen de afspraak bij de huisarts en de mogelijkheid om een afspraak te krijgen bij een diëtist [41]. De integratie van diëtisten in medische praktijken, een frequent contact tussen de huisarts en de diëtist, alsook het gebruik van elektronische medische dossiers kunnen mogelijkheden bieden om de noodzaak aan voedingsadvies aan te pakken [37,42,41]. De aanwezigheid van een diëtist in de

huisartsenpraktijk kan bijvoorbeeld bijdragen tot verbeteringen in kwetsbaarheidsstatus, nutritionele status en kracht bij oudere patiënten [16]. Vervolgens kan een psychotherapeut in de multidisciplinaire praktijk werken aan de emotionele relatie die een patiënt heeft met voedsel [2]. Het gemak van toegang tot verschillende diensten op één locatie wordt gewaardeerd door patiënten, die zich hierdoor meer geneigd voelen om voedingsonderwerpen ter sprake te brengen tijdens het medische consult [30,36].

Multidisciplinaire medische praktijk

In het kader van een multidisciplinaire huisartsenpraktijk is het regenboogmodel voor geïntegreerde zorg relevant [24,43]. Het streven naar het verminderen van inefficiënties omvat het doorbreken van de gescheidenheid binnen alle disciplines in de gezondheidszorg [33]. Door integratie en samenwerking van verschillende zorgverleners, zoals huisartsen, diëtisten en verpleegkundigen, beoogt het model om de gezondheidsuitkomsten van patiënten te verbeteren door holistische en gecoördineerde zorg [24,43]. Door de aanwezigheid van een diëtist in een multidisciplinaire medische praktijk kan de toegang tot diëtetische zorg en advies voor patiënten verbeteren, alsook de drempel voor het maken van een afspraak en de doorlooptijd verlagen [19,20,37,41]. Daarnaast kan het ook de werklast voor huisartsen verminderen [19]. Met minder dan één dag per week kan een ervaren diëtist een positieve impact hebben op de zorg voor patiënten en aanzienlijke kostenbesparingen realiseren [16]. Ondersteunende beleidsmaatregelen, plannen en regelgevende kaders zijn nodig [24]. De huisartsen en diëtisten benadrukten dat een multidisciplinaire medische praktijk daarnaast snel mondeling overleg over patiënten faciliteert [41]. Enerzijds wordt dit ondersteund door informele ontmoetingen en regelmatige teamvergaderingen, die dienen als gelegenheden voor casemanagement en communicatie [36]}. De bevordering van interdisciplinair werk komt tot uiting wanneer elke professional de rol en deskundigheid van zijn collega binnen de zorgcontext erkent [36]. Daarbij leidt deze nabijheid tot een beter begrip van elkaars rollen en bevoegdheden, waardoor doorverwijzingen tussen verschillende gezondheidsprofessionals efficiënter kunnen plaatsvinden [20,36]. Daarenboven kunnen leeractiviteiten in medische curricula de samenwerking tussen verschillende disciplines stimuleren [32]. Binnen een multidisciplinaire zorgomgeving kunnen verschillende benaderingen en overtuigingen echter ook conflicteren [36]. Het feit dat zorgverleners op dezelfde locatie werken, garandeert niet automatisch interprofessionele samenwerking of uitwisseling van kennis [36]. Wanneer er een organisatiecultuur is waarbij geen waarde of belang wordt gehecht aan obesitasmanagement dan vormt dit een obstakel [29]. Echter, een gedeelde kijk op de onderliggende oorzaken van obesitas en de strategieën voor behandeling kan samenwerking bevorderen tussen verschillende disciplines binnen de gezondheidszorg [36].

2.2.4 Doorverwijzingen

Huisartsen of eerstelijnszorgverleners bepalen of een doorverwijzing naar specialistische zorg of verdere diagnostiek noodzakelijk is voor de patiënt [44]. Door patiënten naar de meest geschikte zorgverleners en faciliteiten te sturen, verbetert de kwaliteit en efficiëntie van de zorg. Het vermindert ongepaste zorg, alsook ongewenste duplicatie van zorg door het principe van subsidiariteit toe te passen [44]. Bovendien voorkomt een goed doorverwijzingssysteem herhaling van medische gegevens [44]. Daarenboven helpt het voor zorgprofessionals bij het behoud van capaciteit om complexe gevallen te behandelen en biedt het mogelijkheden voor aanvullende tweede opinies [44]. In Europa zouden hogere doorverwijspercentages geassocieerd worden met ‘gatekeeping’, een hoge specialistische dichtheid en een hoge werklast van huisartsen, terwijl lagere percentages verband houden met sterke huisartsopleidingen [44].

Erkenning van diëtetische expertise

Desalniettemin onderschatten bepaalde huisartsen het belang van doorverwijzing naar een diëtist of begrijpen zij niet volledig de meerwaarde van voedingsadvies [37,35]. Huisartsen dienen het belang te erkennen van de specialisatiegebieden en vaardigheden van andere paramedische professionals, zoals diëtisten, binnen de klinische praktijk [32]. Diëtisten spelen een cruciale rol

in de primaire zorg, maar hun effectiviteit wordt beïnvloed door een goed systeem waarbij eerstelijnsverzorgers patiënten doorverwijzen voor voedingszorg [20,39]. Vrouwelijke artsen maken doorgaans sneller doorverwijzingen naar diëtisten dan mannelijke artsen [37]. Binnen multidisciplinaire praktijken erkennen huisartsen juist wel de toegevoegde waarde van een diëtist in hun zorgteam [21].

Factoren bij diëtetische doorverwijzing

Verschillende demografische en klinische kenmerken van patiënten zijn geassocieerd met een grotere waarschijnlijkheid van een versnelde doorverwijzing naar een diëtist. Huisartsen nemen verschillende factoren in overweging bij het adviseren van een bezoek aan een diëtist, waaronder een BMI hoger dan 34.5, gevorderde leeftijd, vrouwelijk geslacht, behoren tot een minderheidsgroep, en de bereidheid van de patiënt om voedingsadvies te ontvangen [37].

Doorverwijsproces

Het proces van doorverwijzing door de huisarts naar een diëtist wordt als ingewikkeld en tijdsintensief ervaren, wat de noodzaak benadrukt om zowel praktische als perceptuele hindernissen te overwinnen voor een efficiëntere samenwerking tussen huisartsen en diëtisten [20,37,42]. Het is belangrijk voor diëtisten om gezondheidsinformatie te ontvangen, zoals de historiek van de patiënt alsook eventueel recente onderzoeksresultaten, om de patiënt adequaat te beoordelen en op te volgen [18]. Huisartsen ontvangen meestal onvoldoende terugkoppeling van diëtisten betreffende de voorgestelde behandeling en andere relevante communicatie over de patiënt [37,42]. In het Verenigd Koninkrijk accepteren diëtisten niet alle doorverwezen patiënten, waarbij huisartsen in dergelijke gevallen in het ongewisse blijven over de redenen [41]. Verder zijn er ook nog apothekers en andere paramedici die op de hoogte moeten zijn van doorverwijsopties naar diëtisten en moeten beschikken over evidence-based informatie voor patiënten met voedingsgerelateerde aandoeningen [35].

Zorgtrajecten

In België kunnen voor bepaalde zorgtrajecten diëtetiekverstrekkingen door diëtisten worden gedeclareerd bij de ziekteverzekering, zodat patiënten in aanmerking komen voor terugbetaling [45]. De diëtetieksessies worden voorgeschreven door de huisarts die verantwoordelijk is voor het beheer van het globaal medisch dossier (GMD) van de patiënt [46,47,48]. Deze arts bepaalt ook de specifieke doelstellingen van de sessies [46,47,48]. Deze mogelijkheid bestaat voor het opstarttraject diabetes type 2, het zorgtraject diabetes type 2 en het zorgtraject chronische nierinsufficiëntie [46,47,48]. De diëtist dient aan specifieke voorwaarden te voldoen, waaronder het bijhouden van een actueel voedingsdossier voor de patiënt [49,50,51]. Dit dossier bevat informatie over de huidige eetgewoonten, de voorgestelde aanpassingen, de overeengekomen therapeutische doelen en de behaalde resultaten [49]. Daarnaast is de diëtist verplicht om jaarlijks een schriftelijk rapport naar de huisarts te sturen [49,50,51]. Bij het Opstarttraject diabetes type 2 is er voor de huisarts een centrale rol weggelegd [46]. Indien nodig zal hij de patiënt verwijzen naar andere zorgverleners [46]. De huisarts is verantwoordelijk voor de registratie van doelstellingen, medische gegevens en verslagen van andere geraadpleegde zorgverleners [46]. De focus van het Opstarttraject diabetes type 2 ligt op geïntegreerde multidisciplinaire zorg [46]. In een latere fase zal de huisarts zich bijkomend moeten verbinden tot multidisciplinaire samenwerking met gegevensuitwisseling [46].

Kinderen met overgewicht of obesitas hebben recht op terugbetaalde diëtetieksessies op voorschrift van de huisarts of kinderarts [52]. Het voorschrift moet volgende informatie bevatten: groeicurves met evolutie van lengte en gewicht, medicatiegebruik, comorbiditeiten, risicofactoren (o.a. sociaal-psychologische aard) en eerdere interventies, voor zover deze informatie verband houdt met het overgewicht of obesitas bij het kind [52]. Om de verstrekkingen te mogen aanrekenen moet de diëtist op vastgelegde momenten (na de indicatiestelling, op het einde van het eerste jaar van de behandeling, op het einde van het tweede en laatste jaar van de behandeling of als de behandeling vroegtijdig stopt) rapporteren naar de voorschrijvende arts [52].

Patiënten met aanhoudende klachten na COVID-19 infectie kunnen een tegemoetkoming krijgen in hun kosten [53]. De huisarts of specialist kan een patiënt verwijzen naar één of meerdere zorgverleners [53]. Indien de huisarts een voorschrift voor diëtetiek opmaakt, krijgt de patiënt één bilan en 7 sessies terugbetaalde begeleiding [53]. Van de betrokken zorgverleners wordt verwacht dat zij een verslag bezorgen aan de huisarts [53].

Sinds februari 2024 kunnen kinderen en jongeren met een eetstoornis binnen het zorgtraject eetstoornissen een multidisciplinaire ambulante behandeling krijgen [54]. De behandelende arts staat in voor de opmaak en opvolging van een behandelplan en het organiseren van multidisciplinair overleg [54]. Het behandelplan dient volgende informatie te bevatten: datum opmaak, identificatie van de patiënt, leeftijd en diagnose, contactgegevens van de betrokken zorgverleners, data en aanwezigen op de multidisciplinaire overlegmomenten, relevante gegevens voor verdere hulpverlening, algemene doelstellingen met taakafspraken [54]. Een multidisciplinair overleg kan twee keer per jaar plaatsvinden, één keer voor het opstellen en één keer voor het evalueren van het behandelplan [54]. Het overleg duurt minimum 15 minuten [54]. Er kunnen maximaal 3 andere zorgverleners deelnemen [54]. Er wordt een vergoeding voorzien voor deelname aan het overleg [54]. Een gespecialiseerde diëtist kan deel uitmaken van het multidisciplinaire team [54]. Er worden tot 15 sessies bij de diëtist terugbetaald [55]. De arts maakt hiervoor een voorschrift op [55]. De diëtist documenteert in het patiëntendossier en rapporteert naar andere zorgverleners [55].

2.2.5 Technologie

Elektronische patiëntendossiers (EPD's), telezorg, mobiele gezondheidsapps en draagbare apparaten worden gebruikt in de moderne gezondheidszorg. Technologie maakt het mogelijk om informatie elektronisch over te dragen, waardoor fysieke overplaatsing van patiënten niet altijd nodig is [44].

Elektronisch patiëntendossier

Diëtisten hebben toegang tot een EPD nodig om efficiënt gebruik te maken van eHealth-diensten en om de samenwerking met andere zorgprofessionals te optimaliseren [15]. EPD's vergemakkelijken de coördinatie van zorg door het delen van patiëntinformatie tussen zorgverleners. Een gedeeld medisch beheersysteem voor patiënten is noodzakelijk om informatie te kunnen delen en centraliseren (13, 15). Het elektronisch medisch dossier (EMD) zorgt voor een snelle toegang en extractie van waardevolle informatie, zoals antropometrische metingen, biochemische markers en medische voorgeschiedenis (6). Het bevordert de consistentie in boodschappen naar de patiënt, verbetert het screeningsproces met behulp van visuele hulpmiddelen en draagt bij aan de continuïteit van zorgverlening (6, 7). De integratie van EPD's vergemakkelijkt en versterkt de communicatie omdat het doorverwijzingen faciliteert tussen gezondheidsprofessionals binnen de eerstelijnszorg (6). De huisarts kan onmiddellijk een afspraak inboeken via het informaticasysteem bij de diëtist in de praktijk, die vervolgens toegang krijgt tot het EMD van de patiënt (4). Een gestandaardiseerd diëtetisch verwijsformulier en grafische weergave van gewichts- en laboratoriumtrends kunnen zorgen voor een gestroomlijnde verwijzing naar voedingszorg (7). Bovendien kan een waarschuwingssysteem bij een BMI >30 kg/m^2 zorgverleners attenderen op de noodzaak van voedingsinterventie (7). Het maakt een zorgbenadering die gericht is op de patiënt makkelijker (6). Tegelijkertijd worden beperkingen ondervonden in de mogelijkheid tot persoonlijke interactie met de patiënt en in de interoperabiliteit tussen de diverse EPD-platformen (6). Het zorgt voor administratieve belasting van artsen die medische gegevens van hun patiënten moeten toevoegen aan het EMD (15).

Telezorg, mobiele gezondheidsapps en draagbare apparaten

Telezorg biedt de mogelijkheid om zorg op afstand te leveren, waardoor voedingszorg toegankelijker wordt voor een breder publiek. Mobiele gezondheidsapps helpen patiënten bij het beheren van hun gezondheid en betrokken te blijven bij hun zorgtraject. Draagbare apparaten verzamelen en monitoren patiëntgegevens, wat waardevolle informatie kan bieden voor

behandelbeslissingen. Patiënten bevestigen de voordelen van het inzetten van sociale media, internet en telezorg om de drempel tot voedingszorg te verminderen [16].

2.2.6 Communicatie en uitwisseling van informatie

De uitwisseling van informatie betreffende het behandelplan van de patiënt tussen de huisarts en de diëtist draagt bij aan de verbetering en consistentie van de verleende zorg [36,45]. Voor de huisarts wordt het eenvoudiger om de boodschap van de diëtist te versterken wanneer er een EMD beschikbaar is waarin de activiteiten van de diëtist worden gedocumenteerd [32,36,42]. Bovendien kan het consistent overbrengen van dezelfde boodschappen door verschillende zorgverleners binnen een multidisciplinaire setting een positief effect hebben op de motivatie van de patiënt, wat kan bijdragen aan een effectievere behandeling en zorg [36].

Communicatieproblemen kunnen de doorverwijzing van een patiënt door zorgprofessionals belemmeren [35]. Mensen met bijvoorbeeld chronische nierziekte hebben vaak meerdere gezondheidsproblemen en het is van essentieel belang dat gezondheidsprofessionals in staat zijn om complexe informatie over te brengen en problemen op te lossen in een context van meerdere gezondheids- en ziektefactoren [33]. Indien de patiënt niet precies begrijpt wat er mis is, kan de motivatie tot zelfmanagement worden beïnvloed [33]. Met andere woorden niet alleen de communicatie tussen zorgverstrekkers, maar ook de kwaliteit van de communicatie naar de patiënt toe en de mate van patiëntgerichte zorg beïnvloeden de gezondheidsresultaten [33,38]. Bijvoorbeeld bij kankerpatiënten in remissie is gepersonaliseerde, duidelijke en tijdige informatie over de voordelen van dieet en lichaamsbeweging, alsook de effectieve communicatie tussen de zorgverleners cruciaal [26].

In het geval van obesitas blijken huisartsen minder effectief te communiceren omdat ze deze patiënten niet als therapietrouw beschouwen [46]. Daardoor besteden huisartsen minder tijd aan het informeren van patiënten met obesitas over hun gezondheid [46]. Bovendien worden symptomen soms ten onrechte toegeschreven aan obesitas, wat leidt tot minder diagnostische tests en behandeling [46].

Op vlak van uitwisseling van informatie is het aangewezen dat familie van de patiënt wordt betrokken bij dieetgerelateerd advies in het kader van bijvoorbeeld een chronische nierziekte [33]. Huisartsen kunnen daarbij de boodschap van de diëtist met voedingsadvies naar de patiënt versterken en gezond voedingsgedrag bevorderen door duidelijke, consistente, op bewijs gebaseerde boodschappen over voeding en dieet [27].

2.2.7 Financiering

In de Europese Unie worden financiële prikkels aangeboden door overheden om doorverwijzingen naar specialisten te bevorderen [44]. Een belangrijke reden hiervoor is een toenemende behoefte aan meer middelen in de gezondheidszorg [27,29,33]. Op dit ogenblik zijn er onvoldoende gesubsidieerde sessies voor een langetermijnaanpak van chronisch voedingsgerelateerde aandoeningen [20].

Beperkte consultatieduur huisarts

Huisartsen hebben meer tijd nodig tijdens een consultatie om gezondheidszorg en gedragsveranderingen te bespreken [27,29]. Vooral bij patiënten met meerdere chronische aandoeningen wordt het onderwerp voeding in termen van preventie en behandeling vaak terzijde geschoven [30]. Dit kan het risico met zich meebrengen dat patiënten niet de benodigde ondersteuning ontvangen voor een effectief gewichtsmanagement [30]. De huisarts zou de gezondheidsrisico's van bijvoorbeeld overgewicht en noodzakelijke leefstijlaanpassingen moeten bespreken met de patiënt. [2,20]. Een systematische review, inclusief 9 studies en 9564 deelnemers, toonde aan dat huisartsen die voedingszorg verlenen aan mensen met leefstijlgerelateerde chronische ziekten de bijbehorende risicofactoren en voedingsgedrag kunnen verbeteren [27]. Toch komt voedingsadvies vaak pas aan bod bij huisartsen bij acute klachten van de patiënt [27].

Financiering huisartsenzorg

Het financieringsmodel voor artsen beloont voornamelijk 'behandeling' en biedt weinig of geen financiële beloning voor 'preventie' [31]. Een cruciale uitdaging wordt daarbij gevormd door het tijdgebrek en de wachttijden bij huisartsen, wat hun vermogen beïnvloedt om uitgebreide zorg te bieden aan patiënten [2,20,30,38]. Door de hoge werkbelasting van huisartsen kan de beschikbare tijd voor preventie in consultaties beperkt zijn, wat kan resulteren in oppervlakkige gesprekken en het missen van belangrijke aspecten van voedingsadvies [27,30,31]. Bij sommige ziektebeelden, zoals chronische nierziekte, is een vroege detectie belangrijk om de ziekte te vertragen waardoor de druk op het zorgsysteem verlaagt [33]. De betrokkenheid van andere paramedische professionals is een manier om de druk op huisartsen te verminderen en zelfmanagement te bevorderen [33].

2.3 Patiënten met nood aan dieetgerelateerd advies

Patiëntgerichte zorg vormt de hoeksteen van hoogwaardige gezondheidszorg en is gebaseerd op het ontwikkelen van een goede relatie, bevorderen van vertrouwen, begrijpen van de behoeften van de patiënt en samenwerken om een behandelplan op te stellen [18]. Diëtisten voelen de druk om zich direct te richten op de problemen van cliënten, wat ten koste gaat van het opbouwen van een vertrouwensband [47]. Patiënten beschrijven dat dieetzorg zowel 'fysieke als psychologische effecten heeft op hun leven' [20]. De diëtist zou een factor zijn die de 'verantwoordelijkheid verbetert, waarbij de positieve invloed van individualisatie, toegang en effectieve relaties wordt benadrukt' [20]. Zorgprofessionals benadrukken het belang van het stimuleren van de betrokkenheid van de patiënt bij zelfmanagement [33]. Er zijn verschillende factoren die een rol spelen bij het bepalen of huisartsen het gesprek over voeding aangaan met hun patiënten, waaronder zorgen over het behouden van het vertrouwen van de patiënt, het inschatten van de bereidheid van de patiënt om het gesprek te voeren, het waargenomen vooroordeel over gewicht, de beperkte beschikbaarheid van effectieve en op maat gemaakte behandelingsopties en doorverwijzingen, en het ervaren van stigma [2]. Daarnaast spelen bij de patiënt individuele factoren een rol spelen in zelfmanagement, patiëntactivatie en het bereiken van het gezond gewichtsmanagementproces [33].

2.3.1 Gepersonaliseerde zorg op maat

De zorgverlening moet worden afgestemd op de unieke behoeften van elke patiënt, wat inhoudt dat advies, begeleiding, schriftelijke informatie en doelen worden aangepast aan hun individuele situatie [20,33]. Bij deze zorg op maat wordt rekening gehouden met de achtergrond, geschiedenis en onderliggende factoren die van invloed zijn op de gezondheid en levensstijl keuzes van de patiënten [20]. Het uiteindelijke behandelprotocol wordt in wederzijds akkoord met de patiënt opgesteld [18]. Ook wordt er nadruk gelegd op het begeleiden van patiënten bij het realistisch prioriteren van verschillende aspecten van hun dieet [20]. Patiënten beschouwen hun band en samenwerking met hun diëtist als 'essentieel voor hun vooruitgang in de gezondheidszorg' [18,20]. Het draagt bij tot de motivatie en de patiënt voelt zich gestimuleerd om belangrijke informatie te delen [18]. Patiënten die echter in het verleden een negatieve ervaring hadden met een diëtist, gaven aan niet meer geneigd te zijn om gebruik te maken van diëtetische zorg [20]. Patiënten en diëtisten beschrijven empathie, eerlijkheid en vertrouwen als belangrijk voor een effectieve therapeutische relatie [20].

2.3.2 Motivatie

Onrealistische verwachtingen over het gewichtsverliesproces kunnen ontmoedigend werken [45]. Individuen die gemotiveerd zijn en de persoonlijke attitude hebben om hun levensstijl te veranderen, zijn vaak veerkrachtiger en vastbesloten om hun gezondheidsdoelen te bereiken. Een gebrek aan motivatie daarentegen leidt tot inconsistentie in het volgen van een dieet- en trainingsprogramma waardoor individuen mogelijk afhaken [45]. Huisartsen voegen hieraan toe dat zonder het initiatief en de bereidheid van de patiënt het gesprek over bijvoorbeeld obesitas niet moet worden aangevat [29]. Verder kunnen realistische doelen ervoor zorgen dat individuen

een gevoel van voldoening ervaren wanneer ze deze bereiken, wat hun motivatie kan versterken en het vertrouwen in hun vermogen om hun gewicht te beheersen kan vergroten [45]. Een ondersteunende omgeving, zoals vrienden, familie en gezondheidswerkers, kan ook van onschatbare waarde zijn bij het bieden van steun, aanmoediging en begeleiding tijdens het gewichtsmanagementproces en om te komen tot gedragsverandering [29,45]. Huisartsen kunnen door subtiele aanmoedigingen en suggesties patiënten stimuleren om de eerste stappen te zetten richting een gezonder dieet [31].

2.3.3 Sociale determinanten

Sociale determinanten van gezondheid zijn de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden, en die van invloed zijn op hun gezondheid en welzijn. Binnen voedingszorg spelen de sociale determinanten van gezondheid een cruciale rol bij de toegang tot en effectiviteit van voedingsinterventies en gewichtsmanagementstrategieën.

Sociaaleconomische status en onderwijs

Een hoger opleidingsniveau kan gepaard gaan met een beter begrip van voeding en gezondheid, wat kan leiden tot effectievere strategieën voor gewichtsbeheersing [45]. Een gebrek aan kennis over voeding en tijd om gezonde maaltijden te bereiden kunnen hindernissen vormen [45].

Daarnaast beïnvloedt het inkomen de beschikbaarheid van gezonde voeding en toegang tot een diëtist [42]. Personen met een lager inkomen kunnen beperkte toegang hebben tot gezonde voedingsmiddelen en gewichtsverliesmedicatie [38,45]. Het aanbieden van gezonde voedingsopties op de werkplek kan bijdragen aan het vergemakkelijken van gezonde eetgewoonten en het bevorderen van gewichtsmanagement onder werknemers [45]. Bovendien kunnen mensen die werkzaam zijn in ploegendiensten vaak kampen met slaapgebrek, wat het gewichtsmanagementproces kan verstoren door verstoring van het metabolisme en eetgewoonten [45]. Verder kan het gebruik van medicijnen gewichtstoename bevorderen of het handhaven van een gezond gewicht bemoeilijken [45].

Indien consultaties bij diëtisten kosteloos of tegen een lagere prijs beschikbaar zouden zijn, bijvoorbeeld door terugbetaling of financiële tussenkomst van het gezondheidszorgsysteem, dan kan dit leiden tot een toename van het aantal doorverwijzingen naar diëtisten door huisartsen. [37]. Daarnaast wordt binnen een multidisciplinaire praktijk de kost van voedingsadvies door een diëtist minder als een obstakel beschouwd door huisartsen [36]. De financiële middelen waarover een individu beschikt om gezondere voedingskeuzes en gewichtsverliesmedicatie te bekostigen, kunnen een faciliterende factor vormen voor effectief gewichtsmanagement. [45].

Psychosociale factoren

Zorgprofessionals hebben aangetoond dat sociale steun en mentale gezondheid essentieel zijn voor het zelfmanagement en de naleving van levensstijlveranderingen [33]. Deze factoren beïnvloeden niet alleen het begrip van bijvoorbeeld een chronische aandoening, maar ook de motivatie en het vermogen van patiënten om noodzakelijke aanpassingen door te voeren [33]. Het is tevens belangrijk om de bestaande kennis van de patiënt te evalueren en het gebruik van medische termen of vakjargon te beperken [38].

Culturele factoren

Valse marketing en onjuiste voedingsinformatie kunnen consumenten misleiden en hen naar ongezonde voedselkeuzes leiden [45]. Bovendien kan de normalisatie van ongezonde eetgewoonten in de samenleving een belemmering vormen, waarbij het consumeren van calorierijk voedsel en een zittende levensstijl als normaal worden beschouwd [45]. In eerste instantie kunnen huisartsen en diëtisten ‘evidence-based’ informatie aanreiken [31,32]. Hiermee wordt zelfmanagement door de patiënt beoogt [38]. Daarbij kunnen gemeenschapsprogramma's gericht op gezonde voeding en lichaamsbeweging, zoals groepslessen en kookworkshops, een waardevolle ondersteuning bieden [45]. Immigranten kunnen geconfronteerd worden met culturele en taalkundige barrières die hun vermogen om effectief gewichtsmanagement te bereiken, beïnvloeden [45]. Deze obstakels kunnen de communicatie met zorgverleners

bemoeilijken en het begrijpen van gezondheidsadviezen beperken, wat leidt tot suboptimale naleving van behandeladviezen en een verminderd succes in gewichtsmanagement [45].

2.3.4 Stigma en patiëntpercepties

Patiënten beschouwen diëtisten als de primaire deskundigen op het gebied van voeding [20]. Sommige patiënten begrijpen echter niet precies wat deze beroepsbeoefenaars voor hen kunnen betekenen [20]. Binnen de eerstelijnszorg worden huisartsen geprefereerd als de voornaamste zorgverleners voor voedingszorg, omdat zij op de hoogte zijn van de medische voorgeschiedenis van de patiënt [20]. Patiënten beklemtonen de verantwoordelijkheid van de huisarts om informatie te delen met de diëtist, alsook het belang van het luisteren naar de inbreng door de diëtist [20].

Een gebrek aan begrip van de sociale determinanten van gezondheid leiden tot stigmatisering bij patiënten en een gebrek aan vertrouwen in de medische beroepsgroep [32]. Zo ligt bij diabetespatiënten de nadruk vaak op de sociale uitdagingen die gepaard gaan met de ziekte, terwijl zorgverleners de neiging hebben om diabetes voornamelijk te zien als een pathofysiologisch probleem dat de werking van organen beïnvloedt [38]. Daarnaast kunnen vooroordelen, persoonlijke attitude, overtuigingen, stigmatisering of discriminatie door derden over het gewicht van een individu de motivatie en het zelfvertrouwen van patiënten ondermijnen [29,45]. Patiënten kunnen daardoor een drempel ervaren of vooroordelen hebben om een afspraak te maken bij een diëtist [20,41].

Er bestaat tevens een bidirectioneel stigma rond gewicht tussen de diëtist en de patiënt. De patiënt voelt zich gestigmatiseerd door de diëtist en stigmatiseert op zijn beurt het gewicht van de diëtist [41]. In het laatste geval vormt dit soms een belemmering voor de acceptatie van advies door de patiënt [41]. Wanneer de diëtist overgewicht vertoont, wordt deze door de patiënt mogelijk niet als geschikt beschouwd, terwijl een te slanke diëtist mogelijk wordt geassocieerd met onvoldoende empathie voor het obesitasprobleem [41]. Bovendien geven patiënten de voorkeur aan gespecialiseerde diëtisten, met name voor kwesties gerelateerd aan obesitas [41].

2.4 Beschikbare richtlijnen

2.4.1 Domus Medica

De richtlijn ‘Chronische nierinsufficiëntie’ vermeld bij patiënten die deelnemen aan het zorgtraject dat de taakverdeling besproken moet worden met de nefroloog, o.a. wie de patiënt verwijst naar de diëtist [59].

In de aanvullende richtlijn ‘Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden (CNI)’ uit 2016 wordt dieper ingegaan op de taken van de huisarts en de diëtist [60]. Tot de taken van de huisarts behoren het geven en opvolgen van leefstijladvies in samenwerking met de diëtist [60]. De huisarts of specialist dient een voorschrift voor dieetadvies mee te geven met de patiënt [60]. De diëtist educeert de patiënt, geeft op maat gemaakt voedingsadvies en ondersteunt het zelfmanagement van de patiënt [60].

Adviezen rond gezonde voeding worden beschreven in de richtlijn ‘Diabetes mellitus type 2’ [61]. Deze omvatten een gevarieerde en gezonde voeding volgens de regels van de voedingsdriehoek, daarnaast ook zoutbeperking en alcoholconsumptie beperken [61]. Bij overgewicht wordt caloriebeperking aangeraden [61]. Energiearme zoetmiddelen worden als een goed alternatief voor suiker gezien [61]. Dieetproducten zijn zelden te verkiezen voor diabetici [61]. De huisarts dient elke patiënt met diabetes te verwijzen naar een diëtist voor gepersonaliseerd voedingsadvies [61]. Educatie is een belangrijk onderdeel van de zorg voor diabetici [61]. Deze educatie dient gegeven te worden door erkende educatoren die hiervoor een opleiding gevolgd hebben [61].

De richtlijn 'Obesitas bij kinderen' laat de keuze voor het doorverwijzen naar een diëtist afhangen van de bekwaamheid en tijd die de behandelende huisarts heeft voor de verdere oppuntstelling van het kind met obesitas [62].

Bij volwassenen met obesitas kan de huisarts een energiebeperkend dieet aanraden, met een laag gehalte aan verzadigde vetten [63]. Voor verder specifiek en gepersonaliseerd voedingsadvies wordt de patiënt verwezen naar een diëtist [63]. De richtlijn 'Multimodale aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerstelijnszorg' raadt aan om een grondige analyse van de eetvaardigheden en -gedrag uit te voeren [63]. Hierbij wordt vermeldt dat een diëtist hiervoor de vereiste competenties heeft [63].

Als onderdeel van de niet-medicamenteuze interventies wordt educatie over zoutrestrictie als een belangrijk element beschreven in de richtlijn 'Chronisch hartfalen' [64]. Indien de huisarts dit nodig vindt kan er verwezen worden naar een diëtist [64].

In de richtlijn 'Hypertensie' wordt de niet-medicamenteuze behandeling benadrukt als eerste stap bij patiënten met een lichte essentiële ongecompliceerde hypertensie [65]. Deze behandeling bevat volgende zaken: gewichtsreductie, matigen van alcoholgebruik, zoutbeperking, mediterraan dieet, toegenomen fysieke activiteit en stressreductie [65]. Een verwijzing naar de diëtist wordt niet expliciet vermeldt [65]..

Ook in de richtlijn 'Cardiovasculaire risicobepaling in de eerste lijn' wordt samenwerking met een diëtist niet beschreven [66].

2.4.2 Nederland Huisartsen Genootschap (NHG)

De NHG-standaard 'Beroerte' beschrijft een belangrijke rol voor de diëtist bij het opvolgen van patiënten na een CVA [67]. De diëtist maakt deel uit van een multidisciplinair team dat de zorg van de patiënt na ontslag uit het ziekenhuis op zich neemt [67]. Deelname van de huisarts aan deze multidisciplinaire zorg wordt als een meerwaarde gezien [67]. Een specifieke rol van de diëtist is begeleiding bij sondevoeding [67].

Het overwegen van een verwijzing naar een diëtist wordt in de NHG-standaard 'Maagklachten' aangeraden ter ondersteuning bij dieetaanpassing of gewichtsverlies [68]. De NHG-standaard fractuurpreventie overweegt een verwijzing voor advies over gezonde voeding [69]. Voedingsadvies die de huisarts kan geven aan patiënten met diabetes type 2, volgens de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' zijn de volgende: meer onverzadigd en minder verzadigd vet, vezelrijke koorhydraten, minder zout en zo weinig mogelijk alcohol [70]. Het is aanbevolen dat de huisarts na het stellen van de diagnose of bij overschakelen op insuline de patiënt verwijst naar een diëtist voor uitgebreid voedingsadvies [70].

De NHG-standaard 'Obesitas' beveelt de huisarts aan om de patiënt te adviseren over gezonde voeding om gewichtsreductie te bekomen [71]. Indien dit onvoldoende resultaten geeft, wordt de patiënt beter doorverwezen naar een diëtist voor voedingsadvies en een individueel afgestemd dieet [71]. Het behandelen van obesitas bij kinderen neemt de huisarts enkel op zich indien hij voldoende deskundigheid heeft en op een structurele manier samenwerkt met o. a. een diëtist [71].

De NHG-standaard 'Chronische nierschade' raadt de huisarts aan om een verwijzing naar de diëtist te overwegen bij therapieresistente hypertensie en bij gebruik van een RAS-remmer voor evaluatie en beperking van de zoutinname [72].

De NHG-standaard 'Prikkelbaredarmsyndroom (PDS)' beveelt aan om een patiënt laagdrempelig naar de diëtist te verwijzen voor voedingsadvies [73]. Als verwijsreden vermeld men bij voorkeur 'Dieetbehandeling bij PDS' [73]. De diëtist kan dan een individueel aangepast behandelplan opmaken voor de patiënt [73]. Bij een voedselallergie beveelt de NHG-standaard 'Voedselovergevoeligheid en coeliakie' aan om de patiënt te adviseren het voedselallergeen uit de voeding te weren [74]. Indien nodig kan men de patiënt hiervoor verwijzen naar een gespecialiseerde diëtist [74]. Indien een koemelkallergie wordt vastgesteld bij een kindje jonger

dan 1 jaar dat uitsluitend borstvoeding krijgt, wordt de moeder verwezen naar een diëtist voor begeleiding bij het vermijden van het allergeen [74]. Na de diagnose Coeliakie wordt de patiënt voor begeleiding bij het glutenvrij dieet verwezen naar een gespecialiseerde diëtist [74].

Volgens de NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' kan men als zorgverlener zelf voedingsadviezen geven en gedragsverandering stimuleren of kiezen om hiervoor te verwijzen naar een diëtist [75]. Bij hypertensie wordt er zoutbeperking geadviseerd [75]. Samen met de patiënt kan men nagaan of hierbij het advies van een diëtist aangewezen lijkt [75].

Ook in de NHG-standaard 'Hartfalen' wordt als onderdeel van de niet-medicamenteuze behandeling een zoutbeperking aangeraden [76]. Bij ernstig hartfalen wordt daarnaast ook vochtrestrictie geadviseerd [76]. Bij ernstige obesitas adviseert men de patiënt om af te vallen [76]. De patiënt kan voor begeleiding bij het toepassen van de niet-medicamenteuze behandeling verwezen worden naar de diëtist als men dit nodig acht [76].

De landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraak (LESA) 'Ondervoeding' beveelt huisartsen aan om alle patiënten met ondervoeding te verwijzen naar een diëtist [77]. De huisarts geeft bij de verwijzing volgende informatie mee: resultaten van relevante onderzoeken en nuttige informatie uit de anamnese, voorgeschiedenis van behandelingen gerelateerd aan het voedingsprobleem, relevante medicatie, comorbiditeiten, prognose en achtergrondinformatie o. a. sociale situatie) [77]. De diëtist dient te overleggen met de huisarts bij onduidelijkheden, risico op het Refeeding-syndroom of het niet behalen van de doelstellingen [77]. Als sondevoeding nodig blijkt, wordt hiervoor afgestemd tussen de diëtist, huisarts en verpleegkundige [77]. De diëtist bepaalt de soort sondevoeding en stelt het toedieningsschema op [77] Indien de patiënt niet via de huisarts verwezen werd, wordt aan de patiënt toestemming gevraagd om contact op te nemen met de huisarts om informatie uit te wisselen [77].

Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (Richtlijn HASP-paramedicus)

De richtlijn Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus werd opgesteld met als doel het vastleggen van de momenten waarop arts en paramedicus informatie over een patiënt uitwisselen en de inhoud van de berichten die worden uitgewisseld weer te geven [78]. Het snel kunnen opstellen van een goed bericht door de verzender en het ontvangen van bericht waarbij de inhoud voldoet aan de verwachtingen, kan hopelijk bijdragen aan de continuïteit van zorg [78]. Een tijdige berichtgeving is hierbij ook van belang [78]. Er wordt naar gestreefd om uiterlijk 5 werkdagen na een contactmoment of nadat een vraag gesteld werd een bericht te versturen [78].

De berichten hebben een vaste indeling bestaande uit de Envelop, de Kern en de Dossiersamenvatting [78]. De Envelop bevat rubrieken voor administratieve gegevens [78]. De Kern omvat de reden van het bericht [78]. De Dossiersamenvatting kan gebruikt worden voor het meegeven van relevante informatie over de patiënt [78]. Er wordt gebruik gemaakt van een invulformat waarbij onderdelen van de Envelop en Dossiersamenvatting al ingevuld worden uit het informatiesysteem van de verzender van het bericht [78].

Voor de arts zijn er twee soorten berichten beschikbaar: een verwijsbericht en een update [78]. Een update kan gebruikt worden bij een vraag aan de paramedicus, als antwoord op een vraag die gesteld werd door de paramedicus of bij het overlijden van de patiënt [78]. De paramedicus heeft 3 verschillende berichten ter beschikking [78]. Een DT(Directe Toegang)-bericht, update en eindrapportage [78]. Een DT-bericht wordt ingevuld door de paramedicus na een eerste contact of nadat de patiënt opnieuw contact opneemt na een eerder afgewerkte behandeling [78]. Het invullen van de Kern bij directe toegang gebeurt grotendeels door het systeem [78]. Een update kan gebruikt worden bij het beantwoorden op een vraag van de arts, bij overdracht van de patiënt naar een collega of bij een afwijkend beloop van de behandeling [78]. De eindrapportage wordt naar de huisarts gestuurd bij het afsluiten van de behandeling [78].

Voor een goede implementatie van deze richtlijn moeten de gebruikte informatiesystemen door huisartsen en paramedici het opmaken, versturen en ontvangen van berichten ondersteunen [78].

3 Onderzoeksmethodologie

Voor het hoofdonderzoek wordt een kwalitatief onderzoek met semigestructureerde interviews bij diëtisten uitgevoerd. Met deze semigestructureerde interviews met diëtisten wordt getracht inzicht te verkrijgen in hun ervaringen binnen de eerstelijnszorg en hun samenwerking met huisartsen bij de begeleiding van patiënten waarbij dieet- en/of levensstijlaanpassingen een essentieel onderdeel van het behandelplan vormen.

Om de transparantie en de methodologische grondigheid van dit kwalitatieve onderzoek te waarborgen, wordt de COREQ-checklist (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) toegepast [48]. Deze checklist bestaat uit 32 items, die kwaliteitscriteria beschrijven binnen drie domeinen: (1) onderzoeksteam en reflexiviteit, (2) onderzoeksopzet en (3) data-analyse en rapportering [48]. Elk van deze domeinen omvat aandachtspunten die ervoor zorgen dat de onderzoeker expliciet reflecteert op zijn of haar rol in het proces, de rekrutering en selectie van respondenten, de context van dataverzameling, en de systematische verwerking van de data.

Door gebruik te maken van COREQ wordt beoogd om het volledige onderzoeksproces – van voorbereiding tot analyse – op een consistente en controleerbare manier te beschrijven, wat de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de resultaten ten goede komt [48]. In bijlage is de ingevulde COREQ Checklist toegevoegd (Bijlage 8.1)

3.1 Onderzoeksteam en reflexiviteit

Het eerste domein van de COREQ-checklist bevat informatie over de positie van de onderzoeker, diens achtergrond, en de relatie met de deelnemers aan het onderzoek [48].

De interviews in deze masterproef worden afgenomen door Silke Scheers, een masterstudent in de opleiding master-na-master huisartsgeneeskunde. De onderzoeker beschikt over een academische achtergrond in de geneeskunde, met bijkomende stage-ervaring in de eerstelijnsgeneeskunde. Deze inhoudelijke kennis werd opgedaan in een huisartsenpraktijk en biedt daardoor een meerwaarde voor het begrijpen en doorvragen tijdens het interview.

Voorafgaand aan het interview bestaat er geen professionele of persoonlijke relatie tussen de onderzoeker en de deelnemers. De deelnemers worden geïnformeerd over het doel van de studie en het engagement dat van hen verwacht wordt.

De onderzoeker is zich bewust van mogelijke beïnvloeding door eigen achtergrond en professionele ervaring. Om de impact hiervan te minimaliseren, wordt tijdens het interview gestreefd naar een open, niet-sturende houding.

3.2 Onderzoeksopzet

In het tweede domein van de COREQ-checklist komt de onderzoeksopzet aan bod met het theoretische kader, de selectie van deelnemers, de context, de gegevensverzameling en de interviewtechnieken [48].

3.2.1 Methodologische oriëntatie

Deze studie is gebaseerd op een kwalitatief onderzoeksdesign met een exploratief karakter. Er wordt gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews als primaire methode voor dataverzameling. De keuze voor deze methode is gebaseerd op de nood aan verdieping in het onderzoeken van ervaringen en verwachtingen van diëtisten ten aanzien van samenwerking met huisartsen. De focus ligt daarbij op diëtisten die werkzaam zijn in de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

3.2.2 Doel en onderzoeksvraag

Het doel is om inzicht te krijgen in het huidige verloop van de samenwerking met huisartsen in de eerstelijnszorg, de visie van de diëtisten op een optimale samenwerking, en hun ideeën over hoe de samenwerking verbeterd of geoptimaliseerd kan worden. Daarnaast wordt onderzocht wat

diëtisten verwachten van huisartsen met betrekking tot het verstrekken van voedings- en leefstijladvies aan patiënten en het gericht doorverwijzen naar een diëtist.

3.2.3 Populatie

De doelgroep van deze studie bestaat uit professionele diëtisten die actief zijn in de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

In- en exclusiecriteria

De inclusiecriteria voor deelname aan dit onderzoek vereisen dat de deelnemer minstens 18 jaar oud is. Zowel mannen (M), vrouwen (V) als personen die zich identificeren met een andere genderidentiteit (X) komen in aanmerking. Verder dient de deelnemer in het bezit te zijn van een diploma 'Professionele bachelor Voedings- en dieetkunde', een erkenning van het Departement Zorg én een visum afgeleverd door de federale overheid. Daarnaast is het vereist dat de deelnemer momenteel actief werkzaam is als diëtist in de eerstelijnszorg. Tot slot wordt verwacht dat de deelnemer het Nederlands beheerst op professioneel niveau.

Het exclusiecriterium is dat personen die niet aan één of meerdere van deze inclusiecriteria voldoen, worden uitgesloten van deelname aan het onderzoek.

Datasaturatie

Het onderzoek streeft naar datasaturatie: het moment waarop nieuwe interviews geen nieuwe inzichten meer opleveren. Het uiteindelijke aantal deelnemers zal afhankelijk zijn van het moment waarop saturatie wordt bereikt, met een maximum van 15 deelnemers. Deze beperking is deels ingegeven door de praktische beperkingen zoals de doorlooptijd van de masterproef, het aantal diëtisten dat aan het onderzoek wenst mee te werken en de beschikbare tijd van de onderzoeker. Hierdoor zijn de bevindingen van dit onderzoek niet generaliseerbaar naar de volledige populatie diëtisten in Vlaanderen werkzaam in de eerstelijnszorg, maar biedt het wel relevante inzichten binnen de context van de onderzochte groep.

3.2.4 Setting en selectie van deelnemers

Setting

De interviews worden afgenomen in de natuurlijke werksetting van de deelnemers waardoor rekening wordt gehouden met hun privacy en comfort. Voorafgaand aan het interview worden de deelnemers geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de inhoud van het interview en de verwachte tijdsduur van dertig minuten.

Selectie

Bij het in kaart brengen van de populatie diëtisten binnen de eerstelijnszorg in Vlaanderen, zijn een aantal methodologische beperkingen aan het licht gekomen. De gegevens op de Sociale Kaart, een veelgebruikte bron voor zorgverleners, blijken onvolledig en bevatten zowel dubbele vermeldingen als ontbrekende registraties. Hierdoor is het moeilijk om een accuraat en volledig overzicht van actieve diëtisten per ELZ te verkrijgen.

In het kader van dit kwalitatieve onderzoek wordt daarom zelf een telling uitgevoerd, waarbij enkel uniek geregistreerde diëtisten werden opgenomen. De deelnemers worden gerekruteerd via gerichte oproepen binnen professionele netwerken en op basis van doelgerichte steekproeftrekking, met als doel diversiteit binnen het deelnemersveld te garanderen.

De focus ligt op een aantal geselecteerde ELZ's in Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen. Hoewel het oorspronkelijke veldwerk opgestart wordt in de ELZ Regio Grimbergen, leidt een lage responsgraad tot een gefaseerde uitbreiding naar omliggende regio's. Omwille van efficiëntie wordt gaandeweg overgeschakeld van telefonische opvolging naar enkel e-mailcontact. Er wordt een overzicht gegeven van het aantal diëtisten per zone, evenals het aantal uiteindelijke respondenten dat deelneemt aan het kwalitatieve luik van deze studie. Deze gegevens vormen het uitgangspunt voor de verdere duiding van de steekproef in het onderdeel met de gepseudonimiseerde gegevens, zoals geslacht, ervaring, statuut en praktijkvorm.

Ethische overwegingen

De belasting voor de deelnemers blijft beperkt tot een eenmalig interview van maximaal 45 minuten. Er worden geen vragen gesteld die het beroepsgeheim van de deelnemers in het gedrang brengen. De geïnformeerde toestemming wordt vooraf schriftelijk verkregen.

3.2.5 Dataverzameling

Om inzicht te krijgen in de samenwerking tussen diëtisten en huisartsen wordt gebruikgemaakt van een semigestructureerde vragenlijst. Deze methode maakt het mogelijk om op gestructureerde wijze gegevens te verzamelen over vooraf bepaalde thema's, terwijl er tegelijkertijd ruimte blijft voor nuance, toelichting en individuele ervaringen van de respondenten. De vragenlijst richtte zich op verschillende aspecten van de samenwerking binnen de EZL.

De semigestructureerde interviews die in dit onderzoek worden afgenomen, bestaan uit twee onderdelen: enerzijds een registratie van gepseudonimiseerde gegevens van de deelnemende diëtist, anderzijds een reeks semigestructureerde vragen die het eigenlijke interview vormgeven. De vragenlijst is toegevoegd in Bijlage 8.2.

Gepseudonimiseerde gegevens

In het eerste deel worden enkele basisgegevens verzameld over de deelnemende diëtist, met het oog op een beter begrip van diens professionele achtergrond en werkomgeving. Hierbij wordt onder meer nagegaan wat het geslacht van de deelnemer is, hoeveel jaren hij of zij reeds actief is als diëtist, en of de diëtist werkzaam is als zelfstandige dan wel in loondienst. Er wordt ook gepeild naar de aard van de praktijk waaraan men verbonden is, zoals een huisartsenpraktijk, een multidisciplinaire groepspraktijk, een groepspraktijk van diëtisten of een solopraktijk. Daarnaast wordt gevraagd of de diëtist bijkomende opleidingen heeft gevolgd en over specifieke competenties beschikt.

Semigestructureerde vragenlijst

Het tweede deel van het interview bestaat uit een reeks semigestructureerde vragen die thematisch zijn opgebouwd.

De patiënt bij de diëtist

Eerst wordt er ingegaan op hoe patiënten bij de diëtist terechtkomen: gebeurt dit op eigen initiatief, via doorverwijzing door de huisarts of een andere hulpverlener? Daarbij wordt ook gevraagd naar de hulpvragen waarmee patiënten zich doorgaans aanmelden, en of de diëtist een top vijf of tien kan geven van de meest voorkomende hulpvragen.

Communicatie tussen de diëtist en huisarts

Vervolgens wordt de communicatie tussen diëtist en huisarts onder de loep genomen. Er wordt nagegaan hoe bereikbaar huisartsen zijn voor diëtisten, via welke kanalen de communicatie verloopt en welke communicatiekanalen volgens de diëtist geschikt zouden zijn om de samenwerking te verbeteren. Daarbij wordt ook stilgestaan bij eventuele belemmerende factoren die de communicatie met huisartsen kunnen bemoeilijken, zoals het uitblijven van antwoorden of het vergeten van informatie door de patiënt.

Delen van medische informatie

Een derde luik behandelt de uitwisseling van medische informatie. Er wordt onderzocht hoe de diëtist momenteel relevante medische gegevens van de patiënt verkrijgt—al dan niet rechtstreeks via de huisarts of via de patiënt zelf. De diëtist wordt ook gevraagd in welke vorm deze informatie wordt ontvangen (digitaal of op papier) en wat volgens hem of haar de meest praktische manier van gegevensoverdracht zou zijn. Verder komt aan bod of de ontvangen informatie doorgaans aan de verwachtingen voldoet, welke gegevens er vaak ontbreken, waarom dat volgens de diëtist het geval is, en welke medische informatie hij of zij idealiter ter beschikking heeft tijdens het intakegesprek en in de loop van de behandeling.

Voedingsadviezen van de huisarts aan de patiënt

Daarna komt de rol van de huisarts aan bod in het geven van voedingsadvies. De diëtist wordt bevraagd over de mate waarin huisartsen volgens hun ervaring voedings- en dieetadvies geven aan patiënten, en of deze informatie al dan niet in overeenstemming is met hun eigen werkwijze en visie. Indien dit niet het geval is, wordt nagegaan hoe de diëtist hiermee omgaat. Ook wordt gepolst of huisartsen soms een behandelplan opstellen met specifieke richtlijnen voor de diëtist, en of men hiervan voorbeelden kan geven.

Overleg tussen diëtist en huisarts

In het vijfde onderdeel wordt het overleg tussen diëtist en huisarts besproken. De vraag wordt gesteld of de diëtist zijn of haar behandelplan met de huisarts deelt, op welke manier dit gebeurt (digitaal, op papier, via de patiënt of rechtstreeks), en wat volgens de diëtist de ideale manier van informatieoverdracht zou zijn. Indien het behandelplan niet of niet altijd gedeeld wordt, wordt gevraagd naar de redenen hiervoor en of bepaalde hulpmiddelen, zoals een sjabloon, hierbij ondersteunend zouden kunnen zijn. Dezelfde vragen worden gesteld in het kader van de rapportage door de diëtist van de bereikte doelen aan de huisarts.

Tot slot wordt nagegaan of er in sommige gevallen multidisciplinaire overlegmomenten plaatsvinden tussen huisarts en diëtist met het oog op het bespreken van dieet- en levensstijladvies. Indien dit het geval is, wordt gevraagd naar concrete voorbeelden, wie het initiatief nam en of het overleg als meerwaarde werd ervaren. Indien dit soort overleg niet plaatsvindt, wordt nagegaan of de diëtist denkt dat het alsnog een meerwaarde zou kunnen betekenen voor bepaalde patiënten.

3.3 Data-analyse en rapportering

Het derde domein richt zich op de analyse en rapportering van de onderzoeksbevindingen. Hierbij wordt aandacht besteed aan de transparantie van het coderingsproces, de toegepaste triangulatie en de systematische aanpak van de thematische analyse. Deze zorgvuldige benadering verhoogt de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van de onderzoeksresultaten.

3.3.1 Coderingsproces

Alle interviews worden digitaal opgenomen en vervolgens integraal getranscribeerd door de onderzoeker. Na het voltooien van de transcriptie worden de audiobestanden definitief verwijderd, in overeenstemming met de ethische richtlijnen inzake vertrouwelijkheid en gegevensbescherming. De transcripten vormen het uitgangspunt voor een diepgaande thematische analyse, uitgevoerd met behulp van de kwalitatieve data-analyse software NVivo 15.

Het coderingsproces verloopt in verschillende fasen. In eerste instantie worden beschrijvende codes toegekend aan betekenisvolle tekstfragmenten. Deze codes worden vervolgens gegroepeerd in categorieën, die structureel inzicht bieden in de onderzoeksvraag. De thematische analyse laat toe om vanuit de beleving van de respondenten te evolueren naar het identificeren van terugkerende patronen en onderliggende verbanden in de dataset. Dit vormt de basis voor het formuleren van relevante conclusies en een onderbouwd antwoord op de onderzoeksvraag.

3.3.2 Thematische analyse

Voor de analyse van de interviews wordt gebruikgemaakt van een thematische codeboom die tot stand komt op basis van een deductieve analysemethode [49]. De codeboom wordt rechtstreeks afgeleid uit de interviewvragenlijst, die op zijn beurt gebaseerd is op de onderzoeksvragen en relevante literatuur over samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Hierdoor vormt de interviewstructuur het uitgangspunt voor de thematische indeling. De subcodes kwamen voort uit een grondige lezing van de interviewtranscripten en weerspiegelen terugkerende patronen in de ervaringen van respondenten.

De uiteindelijke codeboom omvat vijf centrale thema's: (A) aanmelding bij de diëtist, (B) communicatie tussen diëtist en huisarts, (C) het delen van medische informatie, (D)

voedingsadvies door de huisarts en (E) terugkoppeling van de diëtist naar de huisarts. Elk hoofdthema wordt verder opgesplitst in subcategorieën die relevante aspecten van de samenwerking en informatieoverdracht tussen eerstelijnszorgverleners belichten. De codeboom diende als basis voor de thematische analyse van de kwalitatieve gegevens, waarbij patronen en terugkerende thema's systematisch werden gecodeerd. De codeboom is opgenomen in Bijlage 8.3.

Deze thematische structuur vormde de leidraad bij het coderen en interpreteren van de kwalitatieve gegevens. De systematische aanpak maakte het mogelijk om inzichten te genereren over hoe huisartsen en diëtisten samenwerken, welke knelpunten daarbij ervaren worden, en op welke wijze de communicatie en gegevensdeling tussen beide beroepsgroepen geoptimaliseerd kunnen worden.

3.3.3 Rapportering

Om nauwkeurigheid in de rapportering van de resultaten te waarborgen, wordt gestreefd naar transparantie en consistentie gedurende het hele analyseproces. Relevante citaten van respondenten worden zorgvuldig geselecteerd en weergegeven ter onderbouwing van de bevindingen en met respect voor de authenticiteit van de data.

Bij de interpretatie van de gegevens wordt voortdurend teruggekoppeld naar de oorspronkelijke context van de interviews. De structuur van de codeboom wordt aangehouden bij de presentatie van de thema's, zodat duidelijk is hoe de resultaten voortvloeien uit de gecodeerde data. Deze werkwijze verhoogt de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van het onderzoek.

3.4 Ethische goedkeuring

Deze studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven (MP028786).

4 Resultaten kwalitatief onderzoek

Bij de bespreking van de resultaten van het kwalitatief onderzoek worden eerst en vooral de kenmerken van de respondenten weergegeven op basis van gepseudonimiseerde gegevens. De achtergrondinformatie betreft het geslacht, het aantal jaren ervaring als diëtist, het statuut waaronder zij werkzaam zijn, het type praktijk waarin zij actief zijn, en de gevolgde bijkomende opleidingen. Deze gegevens verschaffen een beter begrip van het profiel van de deelnemers en vormen een belangrijke context voor de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Vervolgens worden de resultaten besproken op basis van de opgestelde codeboom naar aanleiding van de vragenlijst. Eerst wordt onderzocht hoe patiënten bij de diëtist terechtkomen en met welke hulpvragen zij zich aanmelden. Verder wordt nagegaan hoe de communicatie tussen diëtist en huisarts verloopt, welke informatie gedeeld wordt, en op welke manier dit gebeurt. Ook wordt er aandacht besteed aan de rol die huisartsen zelf opnemen in het geven van voedingsadvies, en hoe dit afgestemd wordt met de diëtist. Tot slot wordt onderzocht in hoeverre diëtisten terugkoppelen naar de huisarts over het verloop van de behandeling, en welke vormen van communicatie zij daarbij hanteren of verkiezen.

4.1 Afbakening onderzoekspopulatie

Het kwalitatieve onderzoek beperkt zich tot diëtisten die actief zijn binnen een aantal geselecteerde ELZ's in Vlaams-Brabant en Oost-Vlaanderen, zoals weergegeven in **Error! Reference source not found.**.

Er wordt gestart met de ELZ Regio Grimbergen, bestaande uit de gemeenten Grimbergen, Wemmel, Meise, Londerzeel en Kapelle-op-den-Bos (N = 18). Een eerste contactpoging via e-mail resulteert in slechts één positieve respons, waarna door telefonische opvolging drie bijkomende respondenten worden gevonden. Aangezien dit onvoldoende deelnemers oplevert, wordt het onderzoek uitgebreid naar de aansluitende ELZ AMALO met als gemeenten Affligem, Asse, Merchtem, Opwijk en Liedekerke (N = 16). Op de initiële e-mail reageert niemand, maar telefonisch contact resulteerde in één extra positieve respons.

Gezien het beperkte aantal reacties tot nu toe wordt vervolgens gekozen om andere omliggende ELZ's enkel via e-mail te benaderen. In de ELZ Dender met de gemeenten Berlare, Buggenhout, Dendermonde, Hamme, Lebbeke en Zele (N = 25 diëtisten), reageerden twee diëtisten positief. De ELZ Klein-Brabant Vaartland met Bornem, Puurs-Sint-Amands en Willebroek (N = 18) leverde één positieve reactie op. In de ELZ Bravio met de gemeenten Kampenhout, Machelen, Steenokkerzeel, Vilvoorde en Zemst (N = 9) wordt één bijkomende bereidwillige respondent weerhouden.

Tabel 1: Populatie en aantal respondenten in specifieke ELZ.

ELZ	Aantal Respondenten	Populatie (N)
AMALO	1	16
Bravio	1	9
Dender	2	25
Regio Grimbergen	4	18
Klein-Brabant Vaartland	1	18
Totaal	**9**	**86**

4.2 Gepseudonimiseerde gegevens

Op basis van gegevens van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu zijn jaarstatistieken beschikbaar over de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België [50]. Op 31 december 2024 waren er in het Vlaamse Gewest 5.490 diëtisten met een officieel erkenningsnummer en het recht om het beroep uit te oefenen [50]. Hoewel deze cijfers een globaal beeld schetsen van de beroepsgroep in Vlaanderen, is het belangrijk om op te merken dat niet alle erkende diëtisten ook daadwerkelijk actief zijn in de eerstelijnszorg. Specifieke cijfers hierover ontbreken, maar de bovenstaande cijfers bieden wel

een referentiekader om de representativiteit van de uiteindelijke respondentengroep binnen dit onderzoek te kunnen inschatten.

Waar mogelijk worden de kenmerken van de respondenten vergeleken met beschikbare data van de populatie van diëtisten in het Vlaamse Gewest, om zo de representativiteit van de steekproef te duiden. De besproken kenmerken omvatten zowel sociodemografische als professionele gegevens. Het sociodemografische kenmerk is het geslacht van de respondenten. De professionele kenmerken omvatten onder meer het aantal jaren ervaring als diëtist, het statuut (zelfstandig of werknemer), en de vorm van praktijkvoering. Daarbij wordt gekeken naar solo- of groepspraktijken, al dan niet multidisciplinair of verbonden aan een huisartsenpraktijk. Tot slot is er ook aandacht voor bijkomende opleidingen en specifieke competenties binnen het werkveld van de respondenten.

4.2.1 Geslacht

In de populatie is de overgrote meerderheid vrouw: 91% ofwel 5.006 vrouwelijke diëtisten, tegenover 9% of 484 mannelijke diëtisten [51]. In Vlaams-Brabant zijn er in totaal 1.028 vrouwelijke en 105 mannelijke erkende diëtisten [51]. Voor Oost-Vlaanderen gaat het om 1.113 vrouwelijke en 122 mannelijke diëtisten [51].

De uiteindelijke deelnemers aan het kwalitatieve luik van deze studie zijn allemaal vrouwen.

4.2.2 Aantal jaren ervaring als diëtist

Om als diëtist te mogen werken, is een diploma vereist van een voltijdse opleiding in het hoger onderwijs met een minimale duur van drie jaar [52]. Het opleidingsprogramma moet bovendien voldoen aan de voorwaarden zoals vastgelegd in artikel 3 van het koninklijk besluit van 19 februari 1997 [52]. Aangenomen dat de meeste studenten aan de opleiding starten rond de leeftijd van 18 jaar en deze na drie jaar afronden, kan de leeftijd van erkende diëtisten een indicatie geven van hun aantal jaren praktijkervaring. Binnen de populatie diëtisten in het Vlaamse Gewest bevindt de grootste groep zich in de leeftijdscategorie van 25 tot en met 39 jaar [51]. Deze groep vertegenwoordigt 57% van de vrouwelijke en 68% van de mannelijke diëtisten [51]. Het is aannemelijk dat personen in deze leeftijdscategorie tussen de 4 en 18 jaar werkervaring hebben.

Bij de respondenten bevinden zeven personen zich in de categorie met 0 tot en met 9 jaar ervaring, terwijl twee respondenten al tussen de 35 en 39 jaar ervaring hebben opgebouwd. Respondent 2 is aan de slag sinds maart 2024 en respondent 3 sinds november 2024.

4.2.3 Statuut

Er zijn geen officiële gegevens beschikbaar over het aantal erkende diëtisten per statuut (zelfstandige of werknemer) voor de verschillende gewesten in België. Binnen deze studie blijken acht van de negen respondenten werkzaam te zijn als zelfstandig diëtist, waarvan zeven in hoofdberoep en één in bijberoep (Tabel 2). Slechts één respondent oefent het beroep uit in loondienst.

Tabel 2: Statuut van de diëtist

Statuut diëtist	Aantal respondenten
Zelfstandige in bijberoep	1
Zelfstandige in hoofdberoep	7
Werknemer	1
Totaal aan respondenten	**9**

Van de respondenten werken vier diëtisten binnen een multidisciplinaire praktijk, terwijl vijf diëtisten actief zijn in een solopraktijk.

4.2.4 Bijkomende opleidingen

Alle respondenten volgden, naast hun basisopleiding tot diëtist, bijkomende opleidingen met als doel hun competenties verder te ontwikkelen en beter in te spelen op de uiteenlopende zorgbehoeften van hun patiënten. Vaak specialiseren zij zich in meerdere domeinen. In onderstaande Tabel 3 wordt een overzicht gepresenteerd van de verschillende expertisegebieden in voeding voor dewelke bijkomende opleidingen zijn gevolgd. Daarnaast wordt ook deelgenomen aan opleidingen buiten het strikt diëtetische domein, zoals in marketing, trauma-aanpak en ACT.

Tabel 3: Gevolgde opleidingen in voedingsdomeinen door de respondenten

Voedingsdomein	Aantal respondenten
Eetstoornissen, intuïtief en emotie-eten	4
Diabetes	3
Sportvoeding	3
Orthomoleculaire voeding	1
PDS-voeding	1
Oncologie	1
Kinder- en vegetarische voeding	1

Deze brede inzet op levenslang leren weerspiegelt de diversiteit aan hulpvragen die diëtisten in de praktijk tegenkomen en onderstreept het belang van voortdurende professionele ontwikkeling binnen de diëtetiek. Hieronder wordt dieper ingegaan op de thematische opleidingen die de respondenten volgden.

Eetstoornissen, intuïtief of emotie-eten

Vier respondenten (Respondent 2, 3, 4 en 9) verdiepten zich in eetstoornissen, intuïtief en/of emotie-eten. Deze opleidingen onderstrepen het groeiende belang van een psychologisch geïnformeerde aanpak binnen de voedingszorg.

Diabetes

Diabeteseducatie vormde voor drie respondenten een belangrijk aanvullend expertisegebied. Respondent 1 behaalde een vierjarig diploma diëtetiek in Nederland, waar diëtisten zelfstandig medische voeding mogen voorschrijven en diabetespatiënten begeleiden. In België is voor de terugbetaling van diabeteseducatie echter een aanvullend postgraduaat vereist. Ondanks overleg met het RIZIV is de erkenning voor deze kwalificatie van respondent 1 voorlopig uitgebleven. Respondenten 5 en 8 volgden de bijkomende opleiding tot diabeteseducator in België, waarmee zij wel voldoen aan de nationale vereisten.

Sport en voeding

Drie respondenten (Respondent 3, 5 en 9) verdiepten zich in de relatie tussen sport en voeding. Respondent 5 combineerde haar achtergrond in lichamelijke opvoeding met een gespecialiseerde opleiding in sportdiëtetiek in Nederland, wat haar in staat stelt gepersonaliseerde bewegings- en voedingsplannen op te stellen.

Orthomoleculaire voeding

Respondent 5 volgde eveneens een postgraduaat in orthomoleculaire voeding, waarin de rol van micronutriënten en vitaminen bij het ondersteunen van gezondheid centraal staat.

Oncologische voeding

Op vlak van oncologische voeding behaalde Respondent 7 een postgraduaat oncologische diëtetiek. Deze specialisatie weerspiegelt de nood aan deskundige voedingsbegeleiding bij oncologische patiënten, een doelgroep met vaak complexe voedingsbehoeften.

Kindervoeding en vegetarische voeding

Respondent 3 specialiseerde zich in zowel kindervoeding als vegetarische voeding, waarmee zij inspeelt op de toenemende vraag naar specifieke voedingsbegeleiding bij kinderen en volwassenen die een (grotendeels) plantaardig dieet volgen.

Gastro-intestinale aandoeningen

Respondent 4, die meer dan 35 jaar actief is als diëtiste, volgde intensieve opleidingen rond gastro-intestinale aandoeningen zoals inflammatoire darmziekten (IBD) en prikkelbare darmsyndroom (IBS). Haar expertise wordt verder ondersteund door haar praktijkervaring in een universitair ziekenhuis.

Overige opleidingen

Enkele respondenten breidden hun competenties verder uit naar andere relevante domeinen. Respondent 2 volgde opleidingen rond autisme en Acceptance and Commitment Therapy (ACT), een therapeutische benadering die steeds vaker geïntegreerd wordt in voedingszorg.

Respondent 3 volgde bijkomende opleidingen rond lichaamsgerichte trauma-aanpak via Somatic Experiencing en past inzichten uit de polyvagaaltheorie van Stephen Porges toe in haar praktijk.

Daarnaast volgde Respondent 7 opleidingen in 'social marketing', algemene marketing en sportmanagement in het Verenigd Koninkrijk, evenals een D-cursus om lesbevoegdheid te verkrijgen.

4.3 Aanmelding patiënt bij diëtist (A)

In dit onderdeel wordt eerst besproken welke drempels patiënten ervaren om zich aan te melden bij een diëtist. Vervolgens wordt toegelicht via welke kanalen patiënten bij een diëtist terechtkomen: op eigen initiatief of via doorverwijzing door een huisarts of andere zorgverlener. Vervolgens wordt in kaart gebracht welke hulpvragen bij de start van de begeleiding het meest voorkomen. De verzamelde gegevens bieden inzicht in zowel de toeleiding tot diëtetische zorg als in de aard van de voedingsgerelateerde problematieken waarvoor patiënten ondersteuning zoeken.

4.3.1 Drempels bij de patiënt

Er zijn verschillende drempels die de stap naar de diëtist bemoeilijken. Deze drempels kunnen thematisch worden onderverdeeld in vier hoofdgroepen: psychologische drempels, beeldvorming en stigma, financiële belemmeringen en structurele factoren zoals vindbaarheid en doorverwijzing (Tabel 4).

Tabel 4: Drempels bij patiënt voor aanmelding bij diëtist

Drempels bij de patiënt	Aantal respondenten
Psychologische drempels	4
Beeldvorming, stigma en rolopvatting	4
Financiële barrières	4
Verwijzingsgerelateerde drempels	3
Structurele drempels	3

Psychologische drempels

Vier respondenten wijzen op schaamte, angst en onzekerheid als belangrijke psychologische obstakels. Respondent 3 benoemt dat het moeten toegeven dat men hulp nodig heeft voor veel cliënten moeilijk is. Dit wordt versterkt doordat haar aanpak diepgaand is en vaak gepaard gaat met emotionele confrontatie, wat extra terughoudendheid bij patiënten kan veroorzaken.

Respondenten 4, 5 en 9 signaleren dat de patiënt vaak strikte voedselbeperkingen vreest en dat men niets meer zal mogen eten. De idee dat ze een lijst met voedingsmiddelen die ze niet meer zullen mogen eten zouden krijgen, wekt weerstand op om de stap naar een diëtist te zetten. Het

vooroordeel van het opleggen van dergelijke restricties ertoe dat de patiënt verwacht geen leven meer te zullen hebben. Respondent 4 merkt op dat patiënten na de consultatie vaak opgelucht reageren omdat het nog wel meevalt.

Beeldvorming, stigma en rolopvatting

Volgens vier respondenten is de negatieve beeldvorming rond de functie van de diëtist een terugkerend thema. Respondent 1 stelt dat veel mensen simpelweg niet weten wat een diëtist voor hen kan betekenen: *"(…) je ziet een hele groep niet, waarvoor het eigenlijk heel relevant is (…)"*. De officiële titel 'diëtist' draagt volgens respondent 4 bij aan het negatieve imago, in tegenstelling tot het Engelse 'dietitian' dat neutraler wordt ervaren. Zowel respondent 4 als 5 geven aan dat het gebruik van de term 'voedingsdeskundige' zou kunnen bijdragen aan een positiever imago.

Respondent 6 voegt daaraan toe dat de rol van de diëtist vaak verkeerd wordt ingeschat. Veel mensen reduceren voedingsadvies tot het eenvoudige principe van gewoon minder te eten, zonder daarbij rekening te houden met de complexiteit van gedragsverandering of de uitdaging om theoretische kennis effectief te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Bovendien ervaren cliënten volgens haar een sociaal stigma en durven ze hun consultatie niet altijd te delen met hun omgeving uit angst voor onbegrip of bagatellisering, vooral wanneer er uiterlijk geen sprake is van overgewicht.

Financiële drempels

Financiële barrières worden door vier respondenten genoemd als significante drempel. Hoewel financiële drempels potentieel aanwezig zijn, geeft respondent 6 aan dat deze minder zichtbaar zijn bij de cliënten die effectief op consultatie komen. Respondent 1 wijst erop dat patiënten in dat opzicht vaak onvoldoende geïnformeerd zijn over het mogelijke nut van begeleiding naar een gezonde levensstijl. Respondent 3 merkt op dat cliënten soms al veel geld hebben uitgegeven aan ineffectieve diëten en dat de beperkte terugbetaling van diëtetische zorg ontmoedigend werkt. Respondent 8 verduidelijkt dat terugbetaling slechts mogelijk is in specifieke situaties, zoals bij diabetes, chronische nierinsufficiëntie, obesitas bij kinderen, eetstoornissen bij kinderen en Long-COVID. In andere gevallen blijven patiënten grotendeels zelf instaan voor de kosten, met slechts een beperkte tegemoetkoming door de mutualiteit van €25 tot €40 per jaar, na vier consultaties.

Verwijzingsgerelateerde drempels

Drie respondenten wijzen op verwijzingsgerelateerde factoren, zoals vindbaarheid van de juiste diëtist of gebrek aan doorverwijzing. Ook respondent 3 merkt op dat huisartsen minder snel doorverwijzen naar diëtisten dan naar andere zorgverleners zoals kinesisten, deels omdat de patiënten dat niet altijd graag horen. Respondent 1 stelt nochtans dat een doorverwijzing van artsen cruciaal is: *"als een arts zou zeggen: 'Doe dat!' of 'Dat is echt top, daar heb je echt wat aan!'… dan willen mensen dat wel aannemen, sneller."* Verder merkt respondent 4 op dat de motivatie van cliënten wordt beïnvloed door de manier waarop de huisarts de patiënt verwijst. Een oprechte motivatie klinkt anders dan wanneer iemand simpelweg komt omdat de arts het eens voorstelde.

Structurele drempels

Drie respondenten wijzen op structurele drempels. Respondent 8 wijst op de moeilijkheid van gedragsverandering, met name rond eetgewoonten en levensstijl. Zelfs wanneer patiënten effectief op consultatie komen, blijft het aanpassen van gewoonten een grote uitdaging. Vaak leeft de hoop op een eenvoudige oplossing, bijvoorbeeld via medicatie, terwijl structurele aanpassingen aanvankelijk op weerstand stuiten. Zoals zij stelt: *"(…) je moet het willen hé. Het is ook wel deels psychologie ook hé. Je moet de klik kunnen maken en zetten, en weten dat het voor uw eigen goed is"*. Bovendien proberen veel patiënten eerst op eigen houtje populaire diëten uit, vaak aangereikt via sociale media of internet, zoals 'intermittent fasting' of proteïnediëten. Pas wanneer deze benaderingen onvoldoende effect opleveren of na jaren van gewichtsschommelingen, zoeken zij alsnog professionele hulp: *"En als ze dan geen resultaat boeken of x aantal jaar later, na het jojoën, als ze merken van 'Dju, nu zit ik helemaal vast', ja, dan is het ook al 5 na 12, dan komen ze."* Respondent 4 benadrukt dat succes in begeleiding daarbij sterk

afhankelijk is van een aanpak op maat, gebaseerd op motivatie, haalbaarheid en persoonlijke context van de cliënt—een aspect dat in ambulante zorg meer ruimte krijgt dan bij standaardvoedingsschema's in ziekenhuizen. Respondent 3 vermeldt dat de vereiste tijdsinvestering en het langdurige engagement sommige patiënten afschrikt om zich aan te melden bij een diëtist.

4.3.2 Aanmeldingswijze (A1)

De respondenten geven een genuanceerd beeld van de wijze waarop patiënten bij hen terechtkomen. Er kunnen drie groepen worden onderscheiden: patiënten die voornamelijk op eigen initiatief een diëtist raadplegen (n=3), patiënten die via doorverwijzing door huisartsen of andere zorgverleners worden aangemeld (n=4), en respondenten die een evenwichtige combinatie van beide aanmeldingswijzen rapporteren (n=2). Het valt op dat geen van de diëtisten een exact beeld heeft van de verdeling tussen de diverse aanmeldingswijzen. Respondent 6 benoemt dat ze geen exacte cijfers hierover heeft door beperkte administratieve registratie.

Eigen initiatief van de patiënt

Respondent 1 verklaart: *"Ik krijg heel weinig directe doorverwijzingen van de huisarts. En heel veel mensen vinden mij zelf. "* Respondent 1 merkt op dat in Nederland de samenwerking tussen huisartsen en diëtisten beter ontwikkeld is, wat zij toeschrijft aan een gunstiger financieringssysteem. Binnen de ketenzorg in Nederland kunnen patiënten een aantal uren gratis diëtetische begeleiding krijgen. Hiervoor is geen voorschrift nodig van een huisarts en het kan buiten de eigen zorgverzekering om, mits een medische diagnose zoals overgewicht, diabetes of hart- en vaatziekten. Hierdoor verwijzen huisartsen in Nederland sneller naar een diëtist dan in België, waar dergelijke doorverwijzingen volgens haar aanzienlijk minder frequent zijn.

Respondent 5 stelt dat bij een doorverwijzing door een arts, dit doorgaans beperkt blijft tot een algemene aanbeveling om een diëtist te raadplegen, zonder expliciete vermelding van een specifieke professional. Patiënten zoeken in dat geval zelf verder naar een geschikte diëtist in hun regio. Het is een eerder vrijblijvende vorm van doorverwijzing, waarbij de verantwoordelijkheid grotendeels bij de patiënt blijft liggen.

Ook Respondent 7 geeft aan dat de meeste patiënten via mond-op-mondreclame bij haar terechtkomen, aangevuld met verwijzingen door huisartsen.

Doorverwijzing door huisartsen en andere zorgverleners

Respondent 2 benadrukt dat bijna alle patiënten via doorverwijzing worden aangemeld, mede dankzij actieve netwerking met huisartsen, psychologen en ziekenhuizen. Hierdoor is zij zelden de enige betrokken zorgverlener in het begeleidingstraject van de patiënt. Daarnaast ontvangt Respondent 2 een beperkt aantal patiënten via informele doorverwijzingen zoals van een bevriende kinesist die patiënten met eetproblemen opmerkt. Spontane aanmeldingen zijn uitzonderlijk en vloeien voort uit mond-tot-mondreclame en via de website van Eetexpert, waar haar contactgegevens vermeld staan.

Respondent 3 ontvangt het merendeel van haar cliënten via doorverwijzing van huisartsen uit de regio. Ze positioneert zich expliciet als niet-conventionele diëtist en focust op diepgaand eetgedragsonderzoek, waardoor cliënten gericht naar haar worden doorverwezen voor meer gespecialiseerde hulp dan bijvoorbeeld louter gewichtsverlies.

Respondent 8 ervaart dat doorverwijzingen meestal onrechtstreeks verlopen: *"(…) de huisarts of een specialist zegt: 'Je zou beter eens naar een diëtist gaan.' En op die manier komen ze dan bij mij terecht."* De doorverwijzingen op naam gebeuren vooral vanuit de praktijk waarin zij werkt. Zelf verwijst ze soms patiënten door naar een andere diëtist wanneer zij niet over de geschikte specialisatie beschikt, zoals voor chronische nierinsufficiëntie.

Respondent 9 rapporteert dat de meerderheid van haar patiënten komt via huisartsen, verpleegkundigen en kinesitherapeuten, terwijl rechtstreekse aanmeldingen een minderheid vormen.

Combinatie van eigen initiatief en doorverwijzing

De patiënten van Respondent 4 komen bij haar terecht via mond-op-mondreclame, passage bij haar praktijklocatie aan een drukke baan, en verwijzingen door huisartsen en andere zorgverleners.

Ook respondent 6 schat de verhouding tussen eigen initiatief en doorverwijzingen ongeveer gelijk. *"Ik denk dat dat een beetje fifty-fifty is [...] heel vaak via via, mensen dat ze kennen, en dat ze daar de resultaten van zien, en denken: ah ja, ik ga daar dan toch ook eens bijgaan."*

4.3.3 Hulpvraag en verwachting van patiënt (A2)

Aan elke diëtist wordt gevraagd om maximaal vijf vaak voorkomende hulpvragen en verwachtingen van patiënten bij aanmelding te benoemen (Tabel 5). De antwoorden zijn thematisch geclusterd op basis van de aard van de hulpvraag.

Tabel 5: Overzicht meest voorkomende hulpvragen per respondent

Hulpvraag	Aantal respondenten
Diabetes	7
Gewichtsverlies	6
Eetstoornissen	4
Hypercholesterolemie	4
Emotioneel eten of verstoord eetgedrag	3
Gastro-intestinale klachten (PDS)	3
Gewichtstoename	3
Voedingsintoleranties of allergieën	2
Levensstijl of algemeen fitter voelen	1
Fertiliteit of PCOS	1
Sportvoeding	1

Diabetes

Zeven van de negen respondenten noemen diabetes of prediabetes als veelvoorkomende reden voor consultatie bij een diëtist. Tijdens de eerste consultaties stelt respondent 8 vaak vast dat er een algemeen gebrek aan kennis is over de aandoening en de rol van voeding, hoewel patiënten hier niet expliciet om vragen. Zij benadrukt dat educatie met een specifieke focus op voedingsaanpassingen essentieel is opdat de patiënt door het verbeterde ziekte-inzicht tot een effectieve gedragsverandering komt. Respondent 6 signaleert een groeiende bezorgdheid over bloedsuikerwaarden, zelfs bij personen zonder ernstig overgewicht, wat volgens haar duidt op een toegenomen bewustzijn over de schadelijke effecten van suiker, meer nog dan van vetten. Verder voegt respondent 4 toe dat patiënten met orale medicatie haar nog vaak consulteren, terwijl patiënten met insulinetherapie doorgaans in het ziekenhuis blijven. Alleen respondent 5 meldt expliciet de behandeling van obesitas.

Gewichtsverlies

Bij zes respondenten komt gewichtsverlies of vermagering naar voren als een van de voornaamste hulpvragen. Ook bij Respondent 8: *"Dat is eigenlijk top 1, 2 en 3 te samen, zeker".* Respondent 6 merkt op dat cliënten zeggen even snel te willen vermageren, met de intentie om dit nadien zelfstandig verder te zetten. De insteek van deze patiënten komt vaak door hun eerdere ervaringen met het herhaaldelijk volgen van extreme diëten, zonder duurzaam resultaat door het jojo-effect. Bij dergelijke patiënten dringt een gedragsverandering zich op. Respondent 4 nuanceert dat hoewel gewichtsverlies nog steeds courant is, dit aandeel aanzienlijk is gedaald ten opzichte van haar beginjaren in het beroep toen het ongeveer 90 procent van de consultaties uitmaakte.

Eetstoornissen

Vier respondenten noemen eetstoornissen als belangrijke hulpvraag. Respondenten 2 en 3 werken hoofdzakelijk met cliënten met eetstoornissen zoals Anorexia Nervosa, Boulimia Nervosa en eetbuien. De begeleiding is gericht op het normaliseren van het eetpatroon en het aanpakken van onderliggende oorzaken, eerder dan symptoombestrijding. Uit wat de cliënten aangeven, namelijk dat gedachten aan voeding een groot deel van hun mentale ruimte innemen, blijkt een obsessieve preoccupatie met eten. Respondent 3 benadrukt dat haar meerwaarde ligt in de combinatie van diëtetische expertise met een therapeutische, bottom-up benadering waarbij zij voedingsadvies met gedragstherapeutische inzichten koppelt.

Hypercholesterolemie

Vier respondenten hebben hulpvragen rond metabole aandoeningen zoals hypercholesterolemie.

Emotioneel eten of verstoord eetgedrag

Drie respondenten hebben hulpvragen rond emotioneel eten, restrictief eten of verstoord eetgedrag. Respondent 2 ziet regelmatig cliënten met dergelijke problematieken in het kader van leren intuïtief te eten.

Gastro-intestinale klachten

Drie respondenten, namelijk 4, 5 en 7, signaleren een toename van hulpvragen rond darmklachten, in het bijzonder prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Respondent 4 merkt een sterke stijging van patiënten met gastro-intestinale klachten op, mede dankzij haar expertise en bekendheid met het FODMAP-arm dieet. Hiervoor verwijst Respondent 5 patiënten door naar een collega-diëtist.

Gewichtstoename

Respondent 1 begeleidt patiënten met ondergewicht, waarbij gewichtstoename noodzakelijk is. Ook respondent 6 signaleert een groeiende vraag naar gezonde gewichtstoename, vooral de afgelopen twee jaar, wat volgens haar wijst op een veranderend bewustzijn dat ook op een verantwoorde manier aankomen mogelijk is. Bij respondent 7 komt ondervoeding slechts beperkt aan bod, aangezien artsen hier zelden expliciet voor doorverwijzen.

Voedingsintoleranties of allergieën

Respondent 5 begeleidt patiënten met voedingsintoleranties, in het bijzonder voor lactose en fructose. Respondent 4 daarentegen beperkt zich bewust tot de behandeling van eenvoudige intoleranties en beperkte voedselallergieën, en verwijst patiënten met complexe allergieën door wegens een gebrek aan recente bijscholing op dat vlak.

Andere diëtetische hulpvragen

Naast bovenstaande hoofdthema's wordt telkens door één respondent de volgende hulpvragen genoemd. Zo verwijst respondent 1 naar voedingsadvies bij kinderwens, PCOS, fertiliteitsbehandelingen en IVF. Respondent 6 signaleert dat cliënten vaak de algemene wens uiten om zich fitter te voelen en zich beter in hun vel te voelen. Respondent 7 krijgt regelmatig vragen over sportvoeding.

4.4 Communicatie tussen diëtist en huisarts (B)

De communicatie tussen diëtist en huisarts speelt een cruciale rol in de multidisciplinaire aanpak van patiëntenzorg. Een vlotte informatiedeling en goede samenwerking kunnen de continuïteit en effectiviteit van de behandeling aanzienlijk bevorderen. In dit onderdeel wordt onderzocht hoe bereikbaar huisartsen zijn voor diëtisten, via welke kanalen deze communicatie doorgaans verloopt, en welke communicatiemiddelen diëtisten als wenselijk beschouwen. Daarnaast wordt ingegaan op mogelijke belemmerende factoren in de communicatie.

4.4.1 Bereikbaarheid van huisarts (B1)

De mate waarin diëtisten contact kunnen opnemen met huisartsen blijkt sterk afhankelijk van contextuele, organisatorische en interpersoonlijke factoren. Hoewel enkele respondenten vlotte communicatie ervaren, rapporteert de meerderheid drempels in het leggen van contact of het onderhouden van een samenwerking. De antwoorden wijzen op drie grote thema's: beperkte bereikbaarheid, tijdsdruk bij huisartsen en het belang van persoonlijk initiatief of bestaande netwerken.

Beperkte bereikbaarheid

Vier respondenten, geven aan dat huisartsen moeilijk bereikbaar zijn, vooral telefonisch. Zo stelt respondent 4: *"Wanneer bel je een huisarts? (...) Tussen acht en acht, zal ik zeggen, zijn ze 99 procent consultatie bezig."* Ook respondent 1 geeft aan dat huisartsen heel slecht bereikbaar zijn wanneer ze informatie over haar diensten wilt achterlaten. Respondent 5 ondervond dat zelfs na meerdere actieve communicatiepogingen ze geen respons kreeg van de huisarts die de patiënt verwezen had. Deze ervaring heeft haar motivatie om te blijven communiceren ondermijnt.

Respondent 6 heeft in vier jaar tijd slechts sporadisch contact gehad met huisartsen, wat volgens haar deels te wijten is aan de werkdruk van artsen. De communicatie met huisartsen werd door respondent 6 als afstandelijk en gehaast ervaren. Ze uitte haar bezorgdheid over de beperkte tijd die artsen per patiënt kunnen besteden en hoe dit niet alleen de kwaliteit van de medische zorg beïnvloedt, maar ook de samenwerking met andere zorgverleners. Dit werd geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld waarbij een ernstige diagnose pas laat werd gesteld, mogelijk mede door de korte duur van consultaties. Volgens haar zou een langere consultatietijd hierin verbetering kunnen brengen: *"(…) een huisarts heeft daar niet alleen schuld aan, maar ik wil maar zeggen, door dat kwartiertje tijd kun je soms niet alles deftig onderzoeken en (…) dat vertaalt zich ook in uw communicatie denk ik, dat is allemaal vluchtig en rap. Ik ben echt voorstander om terug een half uur op consultatie te kunnen gaan bij de huisarts of twintig minuten.".*

Respondent 5 omschrijft de communicatie met huisartsen als omslachtig. Omdat patiënten zich meestal op eigen initiatief aanmelden, neemt zij enkel bij ernstige zorgen contact op met de huisarts, altijd in overleg met de patiënt. Het uitblijven van terugkoppeling vanuit artsen heeft haar motivatie tot structurele communicatie echter sterk verminderd. Daarentegen ervaart Respondent 3 huisartsen wel als bereikbaar.

Variatie in toegankelijkheid van huisartsen

Twee respondenten stellen dat de toegankelijkheid van huisartsen variabel is en dat de mate van bereikbaarheid voor overleg sterk verschilt tussen praktijken en individuen. Respondent 9 gaf aan dat er een duidelijk verschil is tussen huisartsen die de rol van de diëtist ondersteunen en degenen die dat niet doen. Dit heeft invloed op de mate van toegankelijkheid voor overleg of communicatie met de huisarts. Ook respondent 2 wijst op deze persoonsgebonden variatie: in sommige praktijken verloopt de communicatie bijzonder vlot, met snelle terugkoppeling binnen 24 uur, terwijl in andere gevallen de artsen overbevraagd zijn waardoor directe communicatie wordt bemoeilijkt.

Goede samenwerking na persoonlijk contact

Drie respondenten rapporteren positieve ervaringen, vooral wanneer voorafgaand contact werd gelegd zoals het geval is bij respondent 3. Volgens respondent 8 is er slechts sporadisch contact met huisartsen, maar wanneer communicatie noodzakelijk is, verloopt dit vlot, hoewel het soms enig geduld vergt om telefonisch een arts te bereiken.

Respondent 2 heeft sterk ingezet op netwerkopbouw in haar regio waardoor de samenwerking vlot verloopt. Ze verspreidde eerst een informatieve brief over haar praktijk en volgde dit op met persoonlijke gesprekken om zich voor te stellen bij de praktijken die daarvoor openstonden. Hoewel dit proces enige tijd vergde, leidde het tot duurzame samenwerkingen met een tiental praktijken.

4.4.2 Communicatiekanalen (B2)

Uit de interviews blijkt dat de communicatie tussen diëtisten en huisartsen via diverse kanalen verloopt, maar dat er geen uniforme werkwijze is. De keuze van het communicatiekanaal hangt vaak samen met de voorkeur van de praktijk, de beschikbaarheid van de huisarts en de mate van samenwerking.

Huidige communicatiekanalen

Tabel 6 biedt een overzicht van de communicatiekanalen die respondenten momenteel gebruiken om contact te onderhouden met huisartsen. Meerdere respondenten maken gebruik van een combinatie van kanalen, waarbij hun voorkeuren worden bepaald door gebruiksgemak van het communicatiekanaal, beschikbaarheid van de huisarts en context.

Tabel 6: Huidige communicatiekanalen van respondenten

Huidige communicatiekanalen	Aantal respondenten
Digitale platformen	**7**
Siilo	*3*
Nutrilink	*1*
Doctolib	*1*
e-Health	*1*
CareConnect	*1*
Telefoon	**7**
Overleg	**4**
Persoonlijk met huisarts	*3*
Interdisciplinair overleg	*1*
Post	**1**

Het gebruik van digitale platformen is sterk aanwezig, hoewel met gemengde ervaringen. Hierbij wordt Siilo door drie respondenten als een gebruiksvriendelijke tool omschreven, maar met beperkingen: zo geeft Respondent 1 aan dat het niet compatibel is met de laptop voor het opladen van documenten, en dat niet alle huisartsen het actief gebruiken. Respondent 3 gebruikt dan weer Siilo omdat Nutrilink te duur is en zij niet aan eHealth kan. Nutrilink wordt door Respondent 1 gebruikt voor eigen dossierbeheer maar niet voor uitwisseling met andere zorgverleners. Aangaande het gebruik van het eHealth-platform zijn er meerdere meldingen dat dit niet toegankelijk is. Respondent 4 die het bijvoorbeeld wel kan gebruiken, ervaart het als onvoldoende interactief omdat ze zelden een antwoord terugkrijgt wanner ze een verslag doorstuurt. Respondent 9 prijst CareConnect om zijn efficiëntie, veiligheid en GDPR-conforme koppeling met patiëntendossiers.

Zeven van de negen respondenten geven aan telefonisch contact als een essentieel onderdeel van hun communicatie met huisartsen te beschouwen. Respondent 1 verkiest deze vorm expliciet boven digitale communicatie. Ook Respondent 8 geeft aan dat de telefoon haar voorkeur geniet omdat het sneller en directer toelaat om vragen of opmerkingen te bespreken. Zij merkt op dat huisartsen doorgaans bereid zijn om even tijd vrij te maken voor casusbesprekingen. Respondent 3 nuanceert het gebruik van telefonie door te benadrukken dat het enkel wordt ingezet bij belangrijke beslissingen, zoals medische geschiktheid voor deelname aan een activiteit, vanwege tijdsdruk aan beide zijden. Ook Respondent 7 past telefonische communicatie hoofdzakelijk toe in situaties waarin snel overleg noodzakelijk is, zoals bij twijfel over de aangewezen behandeling.

Zes respondenten noemen e-mail als kanaal voor informatie-uitwisseling, meestal in aanvulling op telefonie of voor ad hoc verslaggeving.

Van de drie respondenten, die persoonlijk overleg hebben zijn er twee die ervaring hebben met gezamenlijke consultaties met de huisarts en patiënt. Deze worden als waardevol ervaren, al blijven ze eerder uitzonderlijk. Eén respondent vermeldt informele contacten tijdens

vergaderingen van de lokale kwaliteitsgroep (LOK) of overlegmomenten binnen een ELZ. Deze bijeenkomsten zijn echter niet geschikt om patiëntspecifieke zaken grondig te bespreken.

Gewenste communicatiekanalen

De voorkeuren voor communicatiekanalen verschillen onder de respondenten en zijn vaak afhankelijk van het type boodschap en de gewenste snelheid van communicatie.

Respondent 3 spreekt zich uit voor de implementatie van een gedeeld elektronisch dossier waarin bestaande systemen met elkaar zijn geïntegreerd, met het oog op transparante en vlotte samenwerking. Respondent 4 pleit niet voor een volledig nieuw platform, maar ziet veel potentieel in kleine, functionele aanpassingen aan het bestaande eHealth-systeem. Zo zou een ontvangst- of leesbevestiging bijdragen aan meer vertrouwen dat verstuurde informatie effectief door de arts is ontvangen. Respondent 9 is tevreden over het gebruik van CareConnect, dat volgens haar efficiënt werkt, gekoppeld is aan de patiëntgegevens en conform is aan de GDPR-richtlijnen.

Respondent 2 benadrukt het belang van de context: voor korte en gerichte vragen kiest zij bij voorkeur een applicatie zoals Siilo, omwille van de gebruiksvriendelijkheid en snelle toegankelijkheid. Voor complexere casussen of diepgaand overleg gaat haar voorkeur uit naar telefonisch contact, een Teams-gesprek of een fysieke ontmoeting.

Respondent 5 acht communicatie via e-mail doeltreffend, op voorwaarde dat er wederzijdse beschikbaarheid en bereidheid van de artsen is om via dit kanaal te communiceren.

Respondent 6 stelt een laagdrempelige oplossing voor in de vorm van een WhatsApp-groep met huisartsen uit de regio, waarmee snelle en informele communicatie mogelijk wordt, eventueel aangevuld met e-mail.

4.4.3 Belemmerende factoren (B3)

De communicatie tussen diëtisten en huisartsen wordt bemoeilijkt door een combinatie van structurele, technische en interpersoonlijke factoren. Deze belemmeringen manifesteren zich op verschillende niveaus en worden door meerdere respondenten gedeeld, zoals weergegeven in Tabel 7.

Tabel 7: Belemmerende factoren voor communicatie

Belemmerende factoren voor communicatie	Aantal respondenten
Tijdsgebrek en beperkte beschikbaarheid van huisartsen	4
Technische en praktische beperkingen van digitale systemen	4
Beperkingen door privacywetgeving	3
Indirecte communicatie en praktische drempels	3
Lage respons en gebrek aan feedback van huisartsen	2
Interne drempels en rolperceptie	2
Versnippering van systemen en gebrek aan gedeeld dossier	1

Tijdsgebrek en beperkte beschikbaarheid van huisartsen

Zes respondenten noemen tijdsgebrek bij huisartsen als een terugkerende hinderpaal in de communicatie. Respondent 4 verwijst naar het beperkte tijdsvenster voor telefonisch overleg – vaak slechts een half uur rond de middag – en merkt op dat directe afstemming daardoor zelden mogelijk is. Ze nuanceert dat dit geen verwijt is naar de artsen toe, maar dat het gewoon de realiteit is in de eerstelijnszorg, waar tijdsdruk en volle agenda's standaard zijn. Respondent 1 bevestigt dat het vinden van een geschikt moment voor overleg een uitdaging vormt. Respondent 2 geeft aan dat drukbezette huisartsen, met name in groepspraktijken, minder ruimte hebben voor overleg waardoor de samenwerking soms wordt bemoeilijkt. Respondent 8 geeft aan dat ze zich bewust is van hoe druk huisartsen zijn. De beperkte bereikbaarheid van huisartsen is voor Respondent 7 de belangrijkste hindernissen in de samenwerking. Daarenboven benadrukt Respondent 9 dat vragen van diëtisten mogelijks niet als prioritair worden gezien door de drukte

van de dagelijkse werkzaamheden van huisartsen, wat leidt tot vertraagde of vergeten antwoorden.

Technische en praktische beperkingen van digitale systemen

Vier respondenten ervaren technische obstakels bij het gebruik van digitale communicatiekanalen, waarbij drie van hen expliciet verwijzen naar eHealth. Respondent 1 haakte af na moeilijkheden bij de installatie van de software en het opladen van documenten, en omschrijft eHealth als omslachtig, complex en technisch moeilijk toegankelijk. Ook Respondent 3 ondervindt beperkingen in de toegang tot beveiligde systemen zoals eHealth, waardoor zij genoodzaakt is om rapporten per post te versturen — een werkwijze die zij als traag ervaart.

Hoewel Respondent 4 het potentieel van eHealth als digitaal kanaal erkent, noemt zij het in de praktijk ineffectief door het ontbreken van feedbackmechanismen. Ze legt uit: *"Wij weten niet of dat verslag gelezen is, dat dat gezien wordt. Moest daar al een groen vinkje staan, dat je weet het is gelezen of het is aangekomen."* Zij verwijst naar een incident waarbij rapporten systematisch werden geblokkeerd door de IT-beveiliging van een ziekenhuis, zonder dat zij daarvan verwittigd werd — dit ondanks de wettelijke verplichting tot rapportage binnen een diabetestraject.

Daarnaast geeft Respondent 4 aan dat zij via het systeem berichten stuurt naar huisartsen, maar dat opvolging onmogelijk is: *"Ik zie bijvoorbeeld een sterk oedeem, is het mogelijk medicatie? Ik vertrouw de patiënt terug aan jou toe."* Een antwoord van de huisarts op zou dan wel geapprecieerd worden.

Beperkingen door privacywetgeving

Drie respondenten begrijpen de strikte interpretatie van de GDPR, omtrent privacy en gegevensdeling, maar benoemen het als een bijkomende hindernis voor communicatie tussen zorgverleners die allen onder het beroepsgeheim vallen. Meestal kiest Respondent 3 voor postverzending van verslagen, rekening houdende met GDPR. E-mail wordt alleen gebruikt indien een arts dit uitdrukkelijk verkiest door mogelijke privacy bezwaren. Respondent 4 stelt: *"GDPR, ik snap dat, langs de andere kant maakt dat de communicatie nog 10 keer moeilijker, hé."* Respondent 2 neemt initiatief tot contact met de huisarts, maar alleen indien de patiënt daarvoor toestemming geeft.

Indirecte communicatie en praktische drempels

Voor drie respondenten (1, 5, 7) vormt het ontbreken van directe lijnen met huisartsen een belemmering. Respondent 5 beschrijft hoe communicatie vaak verloopt via een secretariaat, wat leidt tot gemiste telefoontjes en vertraging. Daarbij wijst zij op het feit dat overleg en verslaggeving voor zelfstandige diëtisten meestal onbetaald zijn, waardoor tijdsinvestering niet vanzelfsprekend is. Respondent 7 noemt het ontbreken van rechtstreekse contactgegevens en de tijdsinvestering die nodig is om de juiste persoon te bereiken als een belangrijke hindernis. Ook Respondent 1 pleit voor eenvoudigere communicatiesystemen, met vaste formats, en bij voorkeur toegankelijk via een laptop.

Lage respons en gebrek aan feedback van huisartsen

Twee respondenten (1 en 4) ervaren een gebrek aan terugkoppeling op verzonden communicatie. Respondent 4 krijgt soms via de patiënt te horen dat de huisarts niets ontvangen heeft, wat bij haar leidt tot frustratie en onzekerheid: *"Mijn huisdokter zei dat hij niets gehad had. Oké, ja, het kan. Misschien is het niet aangekomen, misschien is het niet door het secretariaat gelezen. Daar heb je dan het raden naar."*

Interne drempels en rolperceptie

Twee respondenten (5, 8) geven aan dat zij zelf een zekere terughoudendheid ervaren in het benaderen van huisartsen. Respondent 5 voelt een drempel om contact op te nemen, deels omdat zij overleg als enkel nuttig beschouwt bij complexe casussen. Respondent 8 neemt bewust afstand door geen medische informatie op te vragen uit respect voor de werklast van de artsen: *"Ik val de*

huisarts daar niet mee lastig. Ik probeer het op een andere manier te doen. Ik weet dat ze het al druk genoeg hebben, dus…".

Versnippering van systemen en gebrek aan gedeeld dossier

Verder suggereert Respondent 3 dat toegang tot een gedeeld elektronisch medisch dossier een grote meerwaarde zou vormen voor interdisciplinaire samenwerking, vooral bij complexe casussen zoals eetstoornissen. Momenteel is de communicatie gefragmenteerd doordat verschillende systemen worden gebruikt die niet met elkaar verbonden zijn. Het gebrek aan toegang voor diëtisten tot bestaande medische netwerken vormt een duidelijke structurele beperking. Zoals ze stelt: *"Hoe meer dat je weet, hoe breder dat ge kunt kijken."*

4.4.4 Bevorderende factoren (B4)

Naast de drempels in de communicatie met huisartsen, zijn er ook bevorderende elementen op structureel en relationeel niveau zoals weergegeven in Tabel 8.

Tabel 8: Bevorderende factoren voor communicatie

Bevorderende factoren voor communicatie	Aantal respondenten
Fysieke nabijheid	5
Samenwerking en overleg	2
Proactieve communicatie en administratieve ondersteuning via de patiënt	2
Centraal en laagdrempelig elektronisch platform	1

Fysieke nabijheid

Respondenten 1, 5 en 6 geven aan dat communicatie met huisartsen vlotter verloopt wanneer beide zorgverleners in hetzelfde gebouw gevestigd zijn. De fysieke nabijheid verlaagt de drempel om spontaan contact te leggen voor overleg of feedback. Ook respondent 9 benadrukt dit voordeel en merkt op dat een gedeelde locatie de kans vergroot om huisartsen informeel tegen het lijf te lopen, bijvoorbeeld tijdens vergaderingen of in de gang, wat de communicatie bevordert. Uit eigen ervaring merkt Respondent 1 op dat dit vooral goed werkt wanneer er een teamgevoel is en specialisten actief samenwerken. Toch benadrukt Respondent 1 dat enkel samen in één gebouw zitten geen garantie is voor betere communicatie. soms moet het initiatief nog steeds vooral van de diëtist komen, omdat huisartsen vaak een druk schema hebben. Ideaal is volgens Respondent 1 en 6 een situatie waarin de uitwisseling van beide kanten komt en men elkaar regelmatig ziet, wat spontane en efficiënte communicatie bevordert.

Respondent 8 geeft aan dat de fysieke nabijheid van een diëtist tot een huisartsenpraktijk een positieve invloed heeft op de toegankelijkheid voor patiënten. Volgens respondent 8 verlaagt het de drempel voor patiënten om een diëtist te consulteren wanneer zij zien dat er in dezelfde praktijkruimte ook een diëtist werkzaam is. Dit kan ertoe leiden dat patiënten, zelfs zonder een expliciete doorverwijzing door de huisarts, sneller de stap zetten naar een diëtist. Respondent 8 merkte verder op dat het steeds gebruikelijker wordt dat huisartsenpraktijken meerdere disciplines onder één dak verenigen, zoals psychologen, diëtisten en podologen, wat de multidisciplinaire samenwerking versterkt en de zichtbaarheid van de diëtist verhoogt. Respondent 9 merkt op dat samenwerking in hetzelfde gebouw met huisartsen de drempel voor patiënten verlaagt om naar de diëtist te gaan, doordat ze deze visueel herkennen, wat de toegankelijkheid en zichtbaarheid vergroot.

Samenwerking en overleg

Respondent 2 wijst op het belang van interprofessioneel overleg met huisartsen en psychologen, dat zij beschouwt als een fundamenteel onderdeel van kwalitatieve zorgverlening. Ook Respondent 6 geeft aan dat, zelfs wanneer de communicatie niet rechtstreeks verloopt, er feedback kan zijn vanuit de huisarts: *"Als de behandeling lukt en die mensen vallen wat af, de cholesterolwaarden zijn wat beter, dat de dokter dan zegt 'ahja oké kijk, het is gelukt bij de diëtist'."* Deze erkenning van het werk van de diëtist draagt bij aan een versterkte samenwerking en verhoogt de kans op nieuwe doorverwijzingen.

Proactieve communicatie en administratieve ondersteuning via de patiënt

Twee respondenten (1,8) vermelden dat duidelijke en efficiënte communicatie ook bevorderd wordt wanneer er proactief wordt nagedacht over het stroomlijnen van administratieve processen. Respondent 8 beschrijft hoe zij voorschriften voor educatie en dieetadvies zelf afdrukt en meegeeft aan de patiënt om te voorkomen dat die het vergeet te vragen. Op die manier hoeft de huisarts enkel nog het document te ondertekenen, wat de administratieve last beperkt en de kans op fouten of vergeten communicatie vermindert.

Centraal en laagdrempelig elektronisch platform

Respondent 1 onderstreept het belang van een centraal elektronisch platform voor communicatie tussen zorgverleners. Volgens Respondent 1 zou zo'n systeem toegankelijk moeten zijn via het RIZIV-nummer, zonder ingewikkelde technische vereisten. Respondent 1 verwijst hierbij naar haar positieve ervaringen met het Nederlandse systeem, waar digitale verwijzingen en terugkoppeling efficiënt en overzichtelijk verlopen via één platform. In dit systeem hebben verschillende zorgverleners, waaronder praktijkondersteuners, diabeteseducatoren en verpleegkundigen, toegang tot relevante patiëntinformatie.

Respondent 1 benadrukt dat een gedeeld elektronisch dossier de samenwerking met huisartsen aanzienlijk zou verbeteren, mits het platform eenvoudig in gebruik is en duidelijkheid biedt over welke informatie gedeeld wordt en welke afgeschermd blijft. Er is nood aan een praktisch, laagdrempelig en makkelijk toegankelijk platform dat gebruikt wordt voor tweerichtingsverkeer. Nu worden brieven meestal geprint en meegegeven aan de patiënt. Respondent 1 heeft het gevoel dat huisartsen deze digitale berichten niet altijd actief gebruiken, wat haar motivatie om via deze weg te communiceren beperkt. Ze benadrukt het belang van wederzijdse betrokkenheid in de communicatie. Daarnaast is er volgens Respondent 1 ook nood aan gestandaardiseerde formats en efficiëntere systemen voor rapportage.

4.5 Delen van medische informatie (C)

Een efficiënte uitwisseling van medische informatie tussen huisartsen en diëtisten is essentieel voor een kwaliteitsvolle en veilige voedingsbehandeling. Deze informatiedeling kan zowel bij de start van de begeleiding als tijdens de opvolging van de patiënt een meerwaarde betekenen. In dit onderzoek wordt nagegaan hoe diëtisten momenteel relevante medische gegevens bekomen, via welke kanalen en in welke vorm deze informatie wordt aangeleverd. Er wordt ook stilgestaan bij de mate waarin deze informatie voldoet aan de verwachtingen van de diëtist, welke gegevens vaak ontbreken en waarom dat volgens hen het geval is. Verder wordt gepeild naar de voorkeuren met betrekking tot vorm en manier van gegevensoverdracht, waarbij de nadruk ligt op praktische haalbaarheid en efficiëntie. Tot slot wordt bevraagd welke informatie diëtisten idealiter beschikbaar zouden willen hebben bij een intakegesprek, en van welke gegevens zij tijdens het behandeltraject op de hoogte gehouden zouden willen worden.

4.5.1 Wijze van informatieverwerving (C1)

Uit de interviews blijkt dat de meerderheid van de respondenten medische informatie voornamelijk via de patiënt ontvangt, eerder dan rechtstreeks van de huisarts of specialist. Acht van de negen respondenten geven aan afhankelijk te zijn van de patiënt als tussenschakel in het aanleveren van medische gegevens, zoals bloedresultaten, medicatielijsten of doorverwijzingsbrieven.

Via patiënt

Respondent 1 geeft aan dat het delen van medische informatie meestal mondeling en/of schriftelijk gebeurt door de patiënt. Zij krijgt zelden rechtstreeks doorverwijzingen of gegevens van een arts. Wanneer bijvoorbeeld bloeduitslagen nodig zijn, vraagt ze de patiënt om die via de huisarts op te vragen en mee te brengen. Ook Respondent 2 meldt dat zij bloedresultaten steeds via de patiënt opvraagt, en dat medische documenten systematisch via hen verkregen worden.

Respondent 3 ontvangt medische informatie voornamelijk via de patiënt, die meestal ook het laatste bloedonderzoek meebrengt. Soms heeft de patiënt een verwijsbrief mee. Aangezien patiënten vaak onvoldoende gedetailleerd zijn bij het opsommen van hun medicatie, beschouwt ze een medicatieoverzicht in de verwijsbrief wel als een meerwaarde. Respondent 4 ervaart gelijkaardige problemen en stelt vast dat informatie geregeld verloren gaat door vergeetachtigheid of gebrekkige opvolging: *"Ja, want hé, 'ik zal een kopie meebrengen'… ja 50% heeft zijn kopie bij, en 50%… heeft geen, of het ligt op tafel, of in de auto…"*. Ook zij is doorgaans afhankelijk van de patiënt, wat de betrouwbaarheid en volledigheid van de aangeleverde informatie ondermijnt. Beide respondenten merken op dat patiënten regelmatig onvolledige of foutieve gegevens aanleveren, of zich bedienen van vage omschrijvingen zoals *"een pilletje voor de cholesterol, en nog een geel pilletje, en nog een blauw pilletje"*, en vaak niet weten wat relevant is om mee te delen. De bruikbaarheid van de verkregen informatie hangt dan ook sterk af van het vermogen van de patiënt om correcte medische gegevens te verzamelen en over te brengen. Om dit te ondervangen, vraagt Respondent 3 steeds expliciet toestemming om contact op te nemen met de huisarts indien nodig. Nochtans merken beide respondenten op dat huisartsen op een relatief eenvoudige manier medische informatie digitaal zouden kunnen doorsturen. In de praktijk gebeurt dit echter zelden spontaan.

Indien de patiënt hypercholesterolemie of diabetes heeft, of de laatste bloedanalyse is te lang geleden, vraagt Respondent 5 aan patiënten expliciet om bij de huisarts langs te gaan om een nieuwe bloedanalyse te laten doen. Zo beschikt ze over actuele gegevens om haar begeleiding op af te stemmen. Patiënten geven hier doorgaans gehoor aan. *"Bijvoorbeeld als hun HbA1c te hoog is dan vraag ik altijd, ja maar, wat zegt de huisarts? Moet je niet binnen een aantal maanden terug bloedonderzoek doen? Sommige zeggen 'oh, nee' en dan denk ik, oké. En anderen zeggen 'ah, jawel, binnen 6 maanden' en dan denk ik, 'Yes', die resultaten wil ik dan ook hebben hé, en we gaan voor minder hé, komaan hé!"*

Volgens respondent 7 verloopt de informatieoverdracht vlotter bij digitaal vaardige patiënten, vooral wanneer zij via platforms zoals CoZo toegang hebben tot hun medische gegevens en deze bijvoorbeeld op hun smartphone kunnen tonen. Daarentegen vormt het verkrijgen van noodzakelijke informatie een uitdaging bij patiënten met beperkte digitale vaardigheden.

Respondent 8 herkent deze problematiek en stelt dat de patiënt vaak onvolledige of verouderde gegevens aanlevert. Zij onderstreept dat een gedeeld elektronisch dossier een efficiëntere manier zou zijn om toegang te krijgen tot relevante bloedwaarden. Medicatielijsten worden vaak door de patiënt zelf meegebracht, maar ook hier geldt dat de informatie niet altijd accuraat is, zeker wanneer meerdere artsen betrokken zijn bij de behandeling. Respondent 8 merkt op dat systemen zoals Vitalink theoretisch up-to-date informatie kunnen verschaffen, maar dat dit in de praktijk niet altijd het geval is. De oudere generatie patiënten blijkt doorgaans goed georganiseerd te zijn en brengt vaak een eigen, handgeschreven medicatielijst mee.

Rechtstreeks via huisarts

Hoewel dit minder voorkomt, ontvangen enkele respondenten wel medische informatie rechtstreeks van huisartsen. Respondent 7 geeft aan dat het verkrijgen van medische informatie over patiënten sterk afhankelijk is van de medewerking van de huisarts. Hierbij geeft ze als voorbeeld dat wanneer ze vraagt om na enkele maanden vitamine D suppletie het effect te controleren, huisartsen dit vaak weigeren omdat deze aanvraag slechts 1 keer per jaar wordt terugbetaald. Respondent 4 ontvangt in het geval van formele doorverwijzingen vaak duidelijke en gedetailleerde verwijsformulieren, vaak inclusief medicatieschema's en relevante medische achtergrond. Er zijn echter ook artsen die nog een handgeschreven verwijsbrief gebruiken, die niet altijd even leesbaar is. Toch benadrukt zij, net als respondent 7, de grote variabiliteit tussen huisartsen: *"Dat gaat van 3 woorden naar 7 bladzijden."* Volgens haar heeft dit deels te maken met tijdsdruk bij artsen en hun attitude ten aanzien van diëtetische ondersteuning en leefstijlinterventies. In de meeste gevallen blijft zij echter afhankelijk van de patiënt.

Respondent 9 vormt hierop een uitzondering en vermeldt dat zij relevante medische informatie bekomt via CareConnect.

4.5.2 Praktische voorkeuren (C2)

Voorkeursvorm (digitaal/papier)

De meeste diëtisten ontvangen momenteel medische informatie hoofdzakelijk via de patiënt via mondelinge overdracht, op papier en/of via een digitaal medium. De respondenten hanteren meestal een handmatige verwerking van de informatie, waarbij papieren documenten worden ingescand of digitale bestanden lokaal opgeslagen. Twee respondenten (4 en 5) gaven expliciet aan een voorkeur te hebben voor papieren informatie. Dit sluit aan bij hun huidige werkwijze waarin fysieke documenten vaak als betrouwbaarder of praktischer worden ervaren, zeker wanneer digitale infrastructuur beperkt of omslachtig is. Daarnaast wordt sporadisch mondelinge informatie verkregen via telefonisch contact of persoonlijk overleg met de huisarts.

Vier respondenten formuleren de behoefte naar een vlot, veilig en gestructureerd systeem voor medische gegevensdeling tussen huisarts en diëtist. Hierbij wordt aandacht gevraagd voor informatie-uitwisseling, privacy en GDPR-conformiteit. Respondent 6 pleit, met het oog op privacy, voor een systeem waarbij paramedici slechts toegang hebben tot relevante onderdelen van het medisch dossier. Zij ziet in een gedeeld zorgdossier met selectieve inzage een manier om zowel de gegevensuitwisseling als de samenwerking met huisartsen te verbeteren. In dezelfde lijn stelt respondent 8 dat het wenselijk zou zijn om resultaten van bloedafnames via een gedeeld elektronisch dossier beschikbaar te maken. Volgens haar is volledige inzage in het medisch dossier niet noodzakelijk voor diëtisten, maar rechtstreekse toegang tot essentiële parameters zoals bloedwaarden zou fouten en onvolledige communicatie helpen vermijden. Verder hechten 3 respondenten (1,2,6) belang aan zowel digitale als tijdige informatie vóór het consult plaatsvindt om zich efficiënt te kunnen voorbereiden.

Voorkeursweg (via patiënt/niet)

Respondent 4 en 9 verkiezen digitale gegevensdeling via een gedeeld elektronisch medisch dossier, omdat dit snelle en nauwkeurige toegang biedt tot belangrijke gegevens zoals bloedresultaten, medicatielijsten en medische voorgeschiedenis. Volgens respondent 4 worden digitale platformen, zoals eHealth en Mynexuzhealth, slechts door een beperkte groep patiënten gebruikt, waardoor hun potentieel nog niet volledig wordt benut.

Respondent 7 zou graag op papier een overzicht krijgen van de medische informatie. Ook Respondent 5 geeft de voorkeur aan papier en bewaart de informatie in de fysieke dossiermap van de patiënt. Na elke consultatie maakt ze een verslag in een Word-document. Daarnaast gebruikt ze een online-agendasysteem waarin de contactgegevens van haar patiënten zitten. Hoewel deze hybride werkwijze efficiënt is binnen haar bijberoep, erkent zij dat een gedeeld elektronisch dossier met de huisarts een duidelijke meerwaarde zou bieden, mits de financiële kost niet te hoog is.

4.5.3 Gewenste medische informatie bij intake (C3)

Diëtisten hebben nood aan toegankelijke, actuele en relevante medische informatie – via huisarts, patiënt of digitaal platform – om kwalitatieve zorg te kunnen bieden die is afgestemd op de gezondheidssituatie van de patiënt. De mate waarin deze informatie effectief beschikbaar is, blijkt echter sterk wisselend. Hierbij worden voornamelijk recente bloedwaarden, medicatielijsten, en medische of psychosociale voorgeschiedenis als essentieel beschouwd.

Bloedwaarden en andere laboratoriumresultaten

Alle respondenten benadrukken het belang van recente bloedresultaten bij de intake. Naast bloedwaarden zijn andere laboratoriumresultaten soms ook zinvol. Respondent 6 suggereert dat verwijsbrieven idealiter vergezeld gaan van een bloedanalyse die recent afgenomen werd en waarbij uitgebreide analyses, inclusief alle vitaminen, aangevraagd werden. Hoewel respondent 8 van mening is dat het niet nodig is om als diëtist inzage te hebben in het volledige medisch

dossier van de patiënt, zou het wel een grote meerwaarde zijn om rechtstreeks toegang te hebben tot relevante bloedwaarden.

Voor respondent 2 is de behoefte aan uitgebreide medische informatie daarentegen doorgaans beperkt.

Medicatieoverzicht

Acht respondenten vinden een actueel medicatieoverzicht cruciaal, zeker in het kader van comorbiditeiten zoals diabetes of hypercholesterolemie. Respondent 8 wijst erop dat patiënten vaak zelf een lijstje meebrengen of de medicatie mondeling doorgeven, maar dat deze informatie soms onnauwkeurig of verouderd is.

Medische en psychosociale voorgeschiedenis

Zeven respondenten geven aan dat inzicht in de medische voorgeschiedenis noodzakelijk is. Respondent 1 onderstreept het belang van relevante medische informatie bij de intake. Respondent 3 bevraagt ook de heelkundige voorgeschiedenis van de patiënt. Respondent 2 vindt groeicurves met lengte en gewicht bij kinderen en jongeren interessant. Het zou een meerwaarde zijn als ze ook toegang zou hebben tot de systemen waar de arts deze informatie bewaard.

Respondent 1 is ook graag op de hoogte van eventuele mentale gezondheidsproblemen, die invloed kunnen hebben op het eetgedrag. Dergelijke informatie is vaak niet meteen zichtbaar en komt pas aan het licht na observatie of navraag bij de huisarts. Een voorbeeld werd gegeven van een patiënte met ondergewicht, bij wie psychische factoren het herstel bemoeilijkten. Een tijdige terugkoppeling van de huisarts over haar achtergrond maakte gerichtere begeleiding mogelijk. Respondent 3 bevraagt tijdens de intake actief de psychosociale voorgeschiedenis, waaronder mogelijke trauma's. Respondent 4 vult daarop aan dat zij graag op de hoogte is van een psychologische kwetsbaarheid of een oncologisch verleden. Dergelijke gegevens kunnen volgens haar cruciaal zijn om gepaste voedingsadviezen te formuleren en onbedoelde misverstanden tijdens het consult te vermijden.

Respondent 3 bevraagt naast de persoonlijke voorgeschiedenis ook de familiale voorgeschiedenis en peilt naar de familiedynamiek: *"Hebben de ouders al medische of psychologische klachten gehad, psychische? Hebben die medicatie daarvoor moeten krijgen, opvolging gehad? Omdat dat heel veel zegt over de familie dynamiek."* Ze voegt hieraan toe dat het begrijpelijk is dat deze informatie niet standaard meegegeven wordt bij een verwijzing.

Gestructureerde en gedeelde gegevensoverdracht

Vijf respondenten benadrukken het belang van een meer gestructureerde en volledige overdracht van medische gegevens. Respondent 5 geeft aan dat een ideale verwijsbrief van de huisarts volgens haar medicatiegegevens, recente laboresultaten, de hulpvraag en de medische voorgeschiedenis zou moeten bevatten. Het verkrijgen van deze voorgeschiedenis via de arts, in tegenstelling tot via de patiënt zelf, levert volgens haar een volledigere beeld op. Respondent 7 wijst op de problemen die ontstaan wanneer patiënten zonder verwijsbrief of noodzakelijke documenten, zoals bloeduitslagen, op consult komen: *"Dikwijls, 'Ja, ik heb een probleem met suiker.' En dat is het enigste, geen bloeduitslagen, geen doorverwijzing op papier."* Respondent 6 stelt voor om gebruik te maken van verwijsbriefsjablonen die afgestemd zijn op specifieke aandoeningen en ontwikkeld worden in samenwerking met diëtisten.

Daarnaast pleiten respondenten 8 en 9 voor een gedeeld elektronisch dossier waarin, met respect voor de privacy van de patiënt, relevante medische gegevens zo volledig mogelijk beschikbaar zijn. Respondent 8 merkt op dat dit misverstanden en onvolledige overdracht van informatie zou kunnen voorkomen. Volgens respondent 9 geldt: hoe uitgebreider de beschikbare informatie, hoe beter de diëtist kan inspelen op de noden van de patiënt.

Hulpvraag en motivatie

Drie respondenten vinden het belangrijk dat ook de hulpvraag van de patiënt via de huisarts wordt meegegeven. Volgens respondent 6 heeft een verwijsbrief, hoewel vaak beknopt, een

psychologisch voordeel: het maakt het advies concreter en minder vrijblijvend in de beleving van de patiënt en is goed voor therapietrouw.

4.5.4 Gewenste medische informatie tijdens behandeling (C3)

Tijdens de behandelperiode benadrukten meerdere respondenten het belang van actuele medische informatie, met name over medicatiewijzigingen, bloedwaarden en medische parameters die een directe impact hebben op voedingsadvies.

Wijzingen in medicatie

Zes respondenten (1, 3, 5, 6, 8 en 9) geven aan dat wijzigingen in medicatie cruciaal zijn om hun voedingsadvies correct af te stemmen. *"Stel je voor, ik ben met een patiënt met diabetes type 2 bezig, en die valt af. (…) Die wordt gevoeliger voor glucose die binnenkomt, dus vaak kan de medicatie dan geminderd. En daar moet je dan gaan samenwerken, dus dat moet dan opgevolgd worden. Daarvan moet je wel terug kunnen koppelen: 'Die is zoveel afgevallen.' (…) Je moet dat dan terugkoppelen, en dan moet de medicatie aangepast worden. (…) Dat is, denk ik, een cruciaal punt om dan wel met elkaar in contact te zijn. En dat er dan bevestigt wordt bijvoorbeeld van 'Ja, inderdaad, de medicatie is aangepast.'"* De huidige praktijk, waarin deze informatie via de patiënt wordt doorgegeven, wordt door Respondent 1 als onbetrouwbaar en risicovol beschouwd. Ze pleit dan ook voor directe en structurele communicatie tussen diëtist en huisarts. Respondent 5 en 6 sluiten hierbij aan en verkiezen een systematische, gestructureerde en proactieve aanpak waarbij de huisarts aanpassingen in medicatie doorgeeft, ook al melden patiënten dit soms zelf spontaan. Ook hier wordt gewezen op het probleem van onvolledige of vertraagde informatie als gevolg van indirecte communicatie via de patiënt.

Respondent 8 merkt op dat een actuele medicatielijst nuttig zou zijn, maar dat het up-to-date houden hiervan in de praktijk moeilijk blijkt doordat zowel huisartsen als specialisten medicatieaanpassingen doorvoeren. Ze wijst op het gebruik van systemen als Vitalink, maar geeft aan dat de volledigheid en actualiteit van deze gegevens niet altijd gegarandeerd zijn. De oudere generatie blijkt volgens haar beter georganiseerd omdat die vaak een eigen, handgeschreven medicatielijst meebrengen.

Medische omstandigheden

Respondent 9 wil graag op de hoogte gehouden worden van belangrijke veranderingen op medisch vlak, zoals veranderingen in bloedwaarden of gewicht, om de behandeling effectief te kunnen aanpassen. Respondent 2 ziet de huisarts als een onmisbare partner bij het inschatten van de medische risico's indien een patiënt met ondergewicht fysieke activiteit wil hervatten. Ze onderstreept dat deze inschatting buiten het deskundigheidsgebied van de diëtist valt, wat overleg noodzakelijk maakt.

4.6 Voedingsadvies door de huisarts (D)

In de eerstelijnszorg komt de huisarts vaak als eerste in contact met patiënten die nood hebben aan voedingsadvies. Dit geeft de huisarts de kans om de patiënt te informeren en benadrukt het belang van zijn rol als doorverwijzer. Binnen dit kwalitatieve onderzoek wordt nagegaan in welke mate huisartsen voedingsadvies verstrekken aan patiënten volgens de respondenten en of deze adviezen aansluiten bij de werkwijze van de diëtist. Er word onderzocht of er sprake is van afstemming of eerder discrepantie tussen de informatie die de patiënt van de huisarts ontvangt en de visie of manier van werken van de diëtist. Daarnaast wordt bevraagd of huisartsen bij verwijzing soms concrete behandelplannen of richtlijnen meegeven, en hoe diëtisten hiermee omgaan in hun praktijkvoering. Deze aspecten geven inzicht in de kwaliteit van interprofessionele samenwerking en de mogelijke invloed van de huisarts op het voedingsbeleid voor een patiënt.

4.6.1 Frequentie van dieetadvies (D1)

De frequentie en aard van het voedingsadvies dat huisartsen aan patiënten meegeven, blijkt sterk te variëren tussen praktijken en individuele artsen. Uit de interviews blijkt dat gerichte voedingsadviezen door huisartsen eerder uitzondering dan regel zijn.

Vier respondenten (2, 4, 5 en 7) gaven aan dat huisartsen doorgaans weinig gestructureerde of diepgaande dieetadviezen geven bij doorverwijzing. Respondent 5 ervaart bijvoorbeeld dat het advies vaak beperkt blijft tot algemene aanbevelingen zoals *"Je moet meer groenten en fruit eten"*. Onder het moto van *"Schoenmaker blijf bij je leest."* heeft Respondent 3 liever dat de huisarts zelf geen adviezen geeft, dan hoeven deze nadien ook niet weerlegt te worden.

Toch zijn er verschillen merkbaar in aanpak en is dit afhankelijk van huisarts tot huisarts volgens Respondent 7. Sommigen sturen heel snel door, anderen pas als ze zelf geen antwoord kunnen bieden. Respondent 4 stelt dat patiënten doorgaans al voedingsadvies kregen van hun huisarts, wat wijst op een proactievere houding bij sommige huisartsen.

4.6.2 Inhoud van dieetadvies (D2)

Algemene niet-specifieke aanbevelingen

Uit de interviews blijkt dat het voedingsadvies dat patiënten van huisartsen ontvangen doorgaans beperkt blijft tot algemene, niet-specifieke aanbevelingen. Acht respondenten (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9) benoemen dit expliciet. Respondent 1 en 5 stellen dat het advies meestal vaag is, niet gedetailleerd of richtinggevend en neerkomt op basisprincipes zoals letten op suikerinname, beperken van porties en minderen van de alcoholinname. Daarnaast signaleert Respondent 2 een grote variatie in de voedingsadviezen die patiënten van huisartsen ontvangen. Ze verwijst ook naar situaties waarin patiënten herhaaldelijk hetzelfde advies krijgen om gewoon te vermageren. Verder bevestigt Respondent 8 dat het sporadische advies van huisartsen vaak beperkt blijft tot één specifiek aandachtspunt, zoals het verhogen van de vezelinname of een hogere vochtinname stimuleren. Ook respondent 9 noemt als voorbeeld: *"Je moet gewoon uw vetten verminderen"*, en benadrukt dat zij zich daar niet per se achter schaart: *"laat het over aan de diëtisten".*

Volgens Respondent 1 schiet het advies van huisartsen vaak tekort in diepgang. Advies zoals *"Een beetje minder koolhydraten eten, je aardappelen weglaten."* Is niet afgestemd op de individuele context van de patiënt. In enkele gevallen wordt wel een meer gedetailleerde lijst meegegeven, maar die blijkt voor veel patiënten moeilijk toepasbaar en biedt zelden effectieve voedingseducatie. Doordat huisartsen zelden specifieke voedingsadviezen meegeven, hoeft Respondent 5 echter haar eigen aanpak zelden af te stemmen of aan te passen: *"Het feit dat ze niet veel zeggen, ja, moet ik niets weerleggen."*

Specifieke behandelplannen

Respondent 1 vermeldt dat er sporadisch meer gedetailleerde adviezen komen van de huisarts, zoals het voorstellen van een FODMAP-dieet, maar geeft aan dat dit zelden voorkomt en dat behandelplannen meestal niet verder gaan dan algemene indicaties. Respondent 8 bevestigd dat huisartsen geen uitgebreide of gedetailleerde behandelplannen meegeven die de aanpak van de diëtist zouden sturen. Specifieke richtlijnen over voedingsschema's of calorie-inname worden niet opgelegd.

Respondent 4 beschrijft een patiënt met PDS waarbij de huisarts een FODMAP-arm dieet voorschreef, zonder voorafgaande grondige voedingsanamnese. *"(...) dan hoor ik bijvoorbeeld dat die super ongezond eet (…) en dan denk ik als we nu al een keer wat gezonder (…) wat trager eet, en als je die bruisende dranken al een keer weglaat, kunnen we misschien al een paar weken proberen om te zien wat dat geeft op uw prikkelbare darm. 'Ja maar, nee nee, mijn huisarts heeft gezegd FODMAP-arm.'".* Volgens haar kunnen dergelijke voorschriften ertoe leiden dat patiënten vasthouden aan één specifieke aanpak, terwijl een meer geleidelijke of contextuele benadering beter passend zou zijn.

Inhoudelijke kwaliteit van het voedingsadvies

Naast het algemene karakter van de adviezen, uiten vier respondenten (1, 2, 3, 6) kritiek op de inhoudelijke kwaliteit en het gebrek aan consistentie met hun eigen professionele visie. Respondent 2 en 3 stellen dat iedereen zijn eigen specialiteit heeft en dat huisartsen beter geen voedingsadvies geven. Hier voegt Respondent 2 aan toe dat artsen niet altijd over de tijd, ruimte of opleiding beschikken om verder te kijken dan standaardparameters, wat de complexiteit van

eetproblematieken miskent. Verder benadrukt Respondent 1 dat juist de diëtist het verschil maakt door advies te geven dat zowel gedetailleerd als afgestemd is op de individuele situatie van de patiënt, wat een wezenlijke meerwaarde betekent in de behandeling. Toch vermoedt Respondent 3 een gebrek aan vertrouwen in de expertise van diëtisten en dit deels door de wildgroei aan ongeschoolde voedingsadviseurs.

Bewerkstelligen van gedragsverandering

Respondent 2 kaart aan dat artsen vaak een enge focus op gewichtsverlies hanteren, zonder dat er oog is voor de complexiteit van het eetgedrag of de onderliggende psychosociale factoren. In sommige gevallen acht zij stabilisatie van het gewicht, gecombineerd met duurzame leefstijlveranderingen, een gezonder en realistischer doel dan gewichtsverlies op zich. Ze benadrukt dat de focus op BMI binnen de medische praktijk een vernauwde kijk op gezondheid oplevert en onvoldoende rekening houdt met de mentale gezondheid en lichaamsdiversiteit. Ze wijst op de schadelijke impact van voortdurende dieetcycli, zowel fysiek als psychisch, en benadrukt het belang van een benadering die vertrekt vanuit intuïtief eten en het herstellen van de relatie met voeding en het eigen lichaam.

Impact van het voedingsadvies

De huisarts heeft zelfs met het geven van algemene aanbevelingen om gezonder te eten een duidelijke invloed gehad op de verwachtingen en houding van de patiënt wanneer deze op consultatie gezien werd bij Respondent 4 en 5. Zolang artsen geen tegenstrijdige of strikte dieetadviezen geven (zoals bijvoorbeeld het volledig vermijden van koolhydraten) wordt de vertrouwensrelatie tussen de diëtist en de patiënt niet ondermijnt volgens Respondent 5. Indien ze foutieve informatie van de huisarts zou dienen te weerleggen, verwacht ze dat dit de samenwerking met de patiënt zou bemoeilijken, aangezien zij van mening is dan een arts voor veel mensen in onze maatschappij hoger aangeschreven staat dan een diëtist.

4.6.3 Afstemming met de diëtist (D3)

Uit de interviews blijkt dat de afstemming tussen huisartsen en diëtisten sterk varieert en vaak afhankelijk is van de individuele houding en aanpak van beide zorgverleners.

Vijf respondenten (1, 3, 6, 7 en 9) geven in dit onderdeel aan dat er soms inhoudelijke verschillen in visie zijn. Respondenten 7 en 9 geven aan dat de adviezen van huisartsen regelmatig haaks staan op hun eigen aanpak. Daarnaast komt het volgens Respondent 1 en 6 voor dat huisartsen tegenstrijdige adviezen geven, wat de verwarring bij patiënten kan vergroten. Hoewel er openheid kan zijn voor alternatieve aanpakken, ervaart Respondent 6 een gebrek aan overleg of terugkoppeling van de arts.

Respondent 9 haar aanpak is gericht op intuïtief eten, een methode die nog niet algemeen bekend is bij patiënten en bij huisartsen. Het advies van de huisarts om af te vallen is gericht op gewichtsverlies, terwijl zij het proces vertrouwt zonder strikte doelen te stellen. *"Soms zie je dat de patiënt dat verwarrend vindt, dat de huisarts iets anders zegt, en dat ze de huisarts toch meer geloven dan mijn manier van werken."* Ze probeert in dergelijke gevallen via uitleg en begeleiding draagvlak te creëren voor haar aanpak.

Vier respondenten (2, 4, 5 en 8) geven aan dat de voedingsadviezen van huisartsen doorgaans overeenkomen met hun eigen visie. Respondent 4 wijst op het spanningsveld dat ontstaat wanneer een huisarts advies geeft dat volgens haar niet langer wetenschappelijk onderbouwd is of niet aansluit op de individuele situatie van de patiënt. In dergelijke gevallen blijkt het lastig om het standpunt van de arts te weerleggen, vooral wanneer er een sterke vertrouwensband bestaat tussen patiënt en huisarts.

4.7 Terugkoppeling van diëtist naar huisarts (E)

Een goede samenwerking tussen diëtist en huisarts kan bijdragen aan een meer samenhangende en effectieve begeleiding van patiënten op het vlak van voeding en leefstijl. In het kader van dit onderzoek wordt nagegaan in welke mate diëtisten hun behandelplannen delen met huisartsen,

op welke manier dit gebeurt (digitaal, op papier, via de patiënt of rechtstreeks), en welke drempels en noden hierbij worden ervaren. Er wordt ook gekeken of en hoe diëtisten huisartsen op de hoogte houden van de bereikte doelen, en of er multidisciplinaire overlegmomenten plaatsvinden waarbij beide beroepsgroepen betrokken zijn. Tot slot wordt gepeild naar suggesties ter verbetering van de communicatie, waaronder het gebruik van sjablonen of andere praktische hulpmiddelen.

4.7.1 Delen van behandelplan (E1)

Zeven (1, 2, 3, 4, 5, 6 en 8) van de negen respondenten geven aan het behandelplan in zekere mate te delen met de huisarts, vaak in beknopte vorm of enkel bij specifieke situaties.

Systematische communicatie

Respondent 3 stuurt standaard een intakeverslag naar de huisarts. Ze begeleidt veel patiënten met een eetstoornis, waarbij er vaker nood is aan overleg met de huisarts omwille van een medische urgentie of de complexiteit van de casus. Ze merkt echter dat feedback uitblijft, vermoedelijk door tijdsgebrek bij huisartsen. Bij het afsluiten van het behandeltraject bezorgt ze een eindverslag en soms licht ze de geboekte resultaten telefonisch toe aan de huisarts.

Ook respondent 8 stuurt na de eerste consultatie steeds een schriftelijk verslag per post, rekening houdend met GDPR. Bij langdurige begeleiding volgt een jaarlijkse update, gevolgd door een eindrapport. Ze kiest bewust voor post omdat elektronische communicatie via eHealth niet aankomt of niet gelezen wordt. Ze vraagt zich af of huisartsen denken: "'(…) *is daar weer ze met haar brief.' of omgekeerd 'Ah tof, leuk om te weten.', of geen mening*". Een eenvoudige leesbevestiging of enige feedback zou de motivatie verhogen om verslagen te blijven sturen en het gevoel van betrokkenheid rond de patiëntenzorg versterken. Het verslag wordt bewust kort gehouden, maximum één pagina, zodat het overzichtelijk blijft en snel gelezen kan worden. Telefonisch contact blijft beperkt tot situaties met administratieve problemen.

Respondent 4 stuurt bij formele doorverwijzingen systematisch feedback. Bij informele aanmeldingen wordt eerst afgestemd met de patiënt of terugkoppeling naar de huisarts gewenst is. Ze benadrukt het belang van de autonomie van de patiënt en communiceert enkel mits expliciete toestemming. Haar terugkoppeling bevat de hulpvraag, observaties uit de voedingsanamnese en de focus van de begeleiding. Het doel is om de huisarts te informeren zonder deze te overladen met details: "(...) *is bij mij geweest, diabetes, goed gemotiveerd, uit voedingsanamnese bleek bijvoorbeeld vooral snelle resorbeerbare suikers, of bleek toch regelmatig alcoholgebruik, en een beetje de werkpuntjes, zoiets. Ik probeer dat niet te lang te maken*" Respondent 4 informeert de huisarts over de voortgang van patiënten, maar dat gebeurt niet systematisch. In bijzondere situaties, zoals het onverwacht stoppen van de begeleiding, wordt de huisarts wél geïnformeerd, om misverstanden te voorkomen over de continuïteit van de zorg.

Beperkte of occasionele communicatie

Vier respondenten (1, 2, 5 en 6) communiceren slechts sporadisch of bij expliciete aanleiding met de huisarts. Respondent 1 stelt: "*Ik stuur eigenlijk alleen iets als de huisarts er specifiek naar vraagt. Anders denk ik dat het toch niet gelezen wordt.*" Respondent 5 deed in het verleden meerdere pogingen om behandelplannen en rapporten te delen, maar het uitblijven van respons leidde tot frustratie en zelftwijfel: *"Op den duur begon ik ook te twijfelen aan mezelf. En dan denk ik, oei, zou ik dan misschien niet goed bezig zijn?"* Om die reden gebruikt ze nu de patiënt als tussenpersoon in de communicatie met de arts en beschouwt ze deze indirecte overdracht als voldoende werkbaar. Ze beschouwt de patiënt nu als tussenpersoon in de communicatie met de huisarts en ervaart dat als werkbaar. Ook respondent 6 deelt enkel bij uitzondering op eigen initiatief informatie met de huisarts.

Vorm en kanaal van communicatie

De meeste respondenten communiceren het behandelplan met de huisarts voornamelijk digitaal, vaak via e-mail. In enkele gevallen wordt deze schriftelijke communicatie aangevuld met een telefonische toelichting of maakt de diëtist gebruik van Siilo. Fysieke post komt nog zelden voor,

behalve bij respondent 8, die expliciet kiest voor deze methode omdat "*eHealth niet betrouwbaar is*" en "*niet alle systemen compatibel zijn*."

Respondent 7 verstuurt pas na meerdere consultaties een verslag naar de huisarts. Respondent 9 maakt een verslag op in het elektronisch patiëntendossier CareConnect, maar zegt daarover: "*Ik vrees dat artsen daar niet naar kijken*."

Sommige diëtisten (2, 4, 5) schakelen de patiënt zelf in als tussenpersoon in de communicatie. Respondent 4 merkt op: "*Een aantal patiënten vertellen spontaan aan hun arts wat we besproken hebben. Dat helpt wel, maar het blijft persoonsgebonden*."

Multidisciplinaire communicatie en overleg

De mate waarin multidisciplinair overleg plaatsvindt, varieert sterk tussen respondenten.

Respondent 2 neemt regelmatig deel aan casusbesprekingen en multidisciplinaire overleggen, vaak op initiatief van de patiënt of wanneer er sprake is van verhoogde zorgnood (zoals suïcidaliteit, eetstoornissen of post-opname). Deze overlegmomenten verlopen meestal tussen diëtist, huisarts, psycholoog en eventueel de familie. Volgens respondent 2 bevordert dit de interdisciplinaire afstemming tussen zorgverleners.

Bij respondent 3 gebeurt multidisciplinair overleg zelden en uitsluitend op haar eigen initiatief. In een specifiek geval leidde haar voorstel tot een formeel overleg, waarvoor een huisarts tijd vrijmaakte om samen een patiëntcasus te bespreken.

Respondent 4 ervaart gestructureerde multidisciplinair overleg als waardevol, vooral bij complexe casussen. Toch geeft ze aan dat zulke overleggen slechts sporadisch plaatsvinden, vaak eerder informeel, bijvoorbeeld bij toevallige ontmoetingen. Praktische barrières zoals tijdsgebrek en het ontbreken van structurele ondersteuning vormen belangrijke hindernissen. Zij benadrukt wél het nut van directe afstemming met de huisarts tijdens de consultatie zelf en beschouwt dit als efficiënt en patiëntgericht.

Responent 6 heeft weinig ervaring met formeel multidisciplinair overleg. Hoewel er af en toe ad hoc contact is binnen haar multidisciplinaire praktijk (bijvoorbeeld met een osteopaat), blijft structureel overleg met huisartsen of andere hulpverleners uit. Toch gelooft zij dat overleg met de huisarts een meerwaarde zou bieden bij complexere gevallen.

Respondent 7 communiceert meestal pas na enkele consultaties over het behandelplan of de intake, vaak via PDF per e-mail. Ze doet dit echter niet systematisch en zegt dat ze dit "*alleen doet als ze eraan denkt*", of "*Als het wat kalmer is, dan ga ik mij daar een keer met bezig houden. Sommige periodes is het superdruk, dan ga je je niet bezighouden met verslagen schrijven*.", of soms wanneer een patiënt op controle gaat bij de huisarts. Respondent 7 benadrukt dat het maken van verslagen tijdrovend is. Haar software laat geen toegang toe tot eHealth en Siilo vindt ze onhandig, aangezien ze haar verslagen daar niet als PDF kan uploaden.

Ideale situatie en noden

Zes respondenten benoemden dat een gedeeld elektronisch platform of medisch dossier een belangrijke meerwaarde zou betekenen voor efficiënte en transparante communicatie (1, 2, 3, 4, 6, 8). Respondent 1 pleit bijvoorbeeld voor een systeem "*waarbij je gewoon iets kort kan noteren dat meteen beschikbaar is voor de huisarts*." Respondent 4 stelt dat zo'n systeem interdisciplinaire samenwerking zou bevorderen, zeker bij complexe casussen zoals het prikkelbare darmsyndroom: "*Een gedeeld systeem zou zoveel transparanter werken*."

Vier respondenten (3, 4, 7, 8) uitten expliciet dat een sjabloonbrief of standaardformat nuttig kan zijn om de communicatie richting huisarts te structureren, vooral voor beginnende collega's. Zoals respondent 4 zegt: "*Wat schrijf je daar dan in aan een huisarts? Die vraag hoor ik vaak*."

Respondent 2 hecht belang aan wederzijdse terugkoppeling tussen hulpverleners. Zij stelt dat: "(…) *ik er ook wel echt altijd een zaak van maak dat een patiënt zowel door mij als door de huisarts, en liefst ook door een psycholoog, opgevolgd wordt. En dat ik van daaruit ook, heel sterk de huisarts*

als medische partner… want ik ben niet medisch geschoold dus." Volgens haar versterkt dit niet alleen de kwaliteit van de zorg, maar ook het vertrouwen van de patiënt, die zich gedragen voelt door een samenwerkend zorgnetwerk. Het idee dat betrokken hulpverleners met elkaar in overleg treden, wordt als geruststellend en ondersteunend ervaren.

Redenen om niet (altijd) te delen

De voornaamste gerapporteerde barrières zijn tijdsgebrek (1, 6, 7), beperkte respons of interesse van artsen (1, 5, 9), technische beperkingen van communicatiekanalen (1, 7, 8) en patiëntgebonden relevantie (2). Respondent 7 illustreert: "*Sommige periodes is het superdruk, dan ga je je niet bezighouden met verslagen schrijven*."

Respondent 1 gaat ervan uit dat huisartsen geen tijd hebben om een uitgebreid verslagen of behandelplan te lezen. Daarenboven kost het maken van verslagen tijd en dit zijn onbetaalde uren voor de diëtist. Hierdoor gebeurt het alleen als het echt nodig is. Meestal wacht zij tot een huisarts specifiek om een verslag vraagt en anders gaat ze ervan uit dat de huisarts het verslag niet mist. Het verslag betreft bij Respondent 1 een korte, beknopte terugkoppeling, bijvoorbeeld dat een patiënt gestart is met de behandeling en de vastgestelde doelen. De administratieve communicatie wordt wel als belangrijk gezien, maar de efficiëntie ontbreekt door de huidige technische beperkingen en Respondent 1 vindt het momenteel eenrichtingsverkeer.

Bij Respondent 2 speelt terughoudendheid om behandelplannen te delen en dit is te wijten aan persoonlijke onzekerheid over haar rol binnen het zorgteam. Ze beschouwt zichzelf nog als beginnend expert en zoekt haar plaats in de samenwerking met andere professionals. Daarnaast stelt Respondent 2 zelden gedetailleerde behandelplannen op, behalve in het geval van bepaalde patiënten met anorexia, waar duidelijke voedingsschema's en doelstellingen worden gehanteerd. Verder worden afspraken voornamelijk afgestemd via informele communicatiekanalen, met beperkte systematische terugkoppeling naar de huisarts, behalve bij patiënten met complexe psychische problemen waarbij regelmatig overleg plaatsvindt.

Respondent 5 stopte volledig met terugkoppelen na aanhoudende stilte vanuit de huisarts: "*Geen feedback krijgen voelde alsof ik tegen een muur praatte*."

Respondent 6 benoemt tijdsgebrek als voornaamste drempel voor actieve samenwerking met huisartsen, alsook het ontbreken van de vraag door huisartsen naar een gedeeld behandelplan. Hoewel het belang van kennismaking en directe contacten erkend wordt, ontbreekt vaak het initiatief, mede door de indruk dat artsen hiervoor geen tijd hebben. Niettemin wordt overwogen om in een nieuwe praktijk meer in te zetten op proactieve communicatie en kennismaking met artsen in de regio.

4.7.2 Suggesties voor verbetering (E2)

Een groot aantal respondenten doet concrete suggesties om de samenwerking en communicatie tussen diëtisten en andere zorgverleners, met name huisartsen, te verbeteren. Uit de interviews blijkt een breed gedeeld verlangen naar meer gestructureerde samenwerking, betere communicatie, en praktische tools zoals sjablonen en gedeelde dossiers. Daarnaast wordt er gewezen op lacunes in opleiding en op wederzijdse verantwoordelijkheden binnen interprofessionele samenwerking. Door in te zetten op erkenning, overlegmomenten en gestandaardiseerde communicatie-instrumenten, kan de kwaliteit van de zorg en de samenwerking tussen diëtisten en andere zorgverleners aanzienlijk verbeteren volgens de respondenten.

Gedeeld elektronisch dossier en structureel overleg

Alle respondenten vermelden het belang van een gedeeld elektronisch dossier en/of structureel overleg met huisartsen.

Respondenten 4, 6 en 8 benadrukken de meerwaarde van een gedeeld elektronisch medisch dossier toegankelijk is voor alle betrokken zorgverleners. Dit zou de transparantie verhogen en geïntegreerde zorg bevorderen, zeker bij complexe casussen zoals PDS waarbij meerdere

disciplines betrokken zijn. Volgens respondent 5 voelt een patiënt zich sterker ondersteund wanneer zorgverleners samenwerken als een netwerk, in plaats van alles alleen te moeten dragen. Die verbondenheid bevordert volgens haar het herstel en vergemakkelijkt gedragsverandering.

Respondent 7 benoemt als belangrijkste voordeel van werken binnen een groepspraktijk de vlotte toegang tot medische gegevens, zoals bloedresultaten, die via het secretariaat kunnen worden opgevraagd. Ook informele afstemming met huisartsen is eenvoudiger doordat laagdrempelig contact mogelijk is bij casusgerichte vragen. Tegelijkertijd wijst zij op een belangrijk knelpunt: bij multidisciplinaire overleggen rond aandoeningen zoals Long-Covid worden diëtisten vaak niet betrokken. Dit beschouwt zij als een gemiste opportuniteit voor effectieve samenwerking: *"Echt overleg zit daar niet in, en dat vind ik een heel grote gemiste kans. Terwijl iedereen poneert 'Oh wij gaan samenwerken'. Dat is geen samenwerking, dat is gewoon huren van een lokaal."*

Meerdere respondenten pleiten daarnaast voor meer structureel overleg met huisartsen. Respondent 7 stelt voor om maandelijks overleg te organiseren binnen de groepspraktijk waar zij werkt in plaats van verslagen te sturen: "*Dat zou veel zinvoller zijn voor de dokter en voor mij, dan gewoon nog een verslag te bezorgen. Maar dat heb ik nog nooit niet meegemaakt*." Ook respondent 1 onderstreept het belang van multidisciplinair overleg bij patiënten met bijvoorbeeld diabetes of eetstoornissen, waarbij regelmatige follow-up en samenwerking essentieel zijn voor een effectieve zorgverlening. Volgens respondent 1 wordt dergelijk overleg in Nederland financieel ondersteund, wat de bereidheid om eraan deel te nemen aanzienlijk vergroot.

Respondent 8 benoemt als voordeel van een multidisciplinaire praktijk het overleg met de huisartsen als volgt: "*soms suggereer ik zelf, alléz, ik zeg altijd 'ik ben geen dokter, maar ik heb toch de indruk dat er iets gaat moeten gebeuren, medicatiegewijs of zo'. En dan brieft ze mij achteraf ook wel altijd van 'Ik heb de medicatie aangepast, of niet, om die en die reden*."

Respondent 9 organiseert al wekelijks multidisciplinaire overleggen voor sommige patiënten met specifieke noden zoals kanker of ernstig ondergewicht. Door het krijgen van verschillende perspectieven, adviezen en feedback van de andere zorgverleners zijn deze overlegmomenten zeer waardevol. De patiënt wordt hierdoor vanuit verschillende invalshoeken wordt benaderd, wat bijdraagt aan een meer holistische zorgbenadering. Zonder dergelijke overleg zou de communicatie tussen de zorgverleners voornamelijk digitaal verlopen, wat minder effectief kan zijn dan face-to-face interactie. Ook respondent 2 ervaart meerwaarde van overleg bij complexe casussen en ziet dat dit vooral gebeurt bij verhoogde zorgnood, vaak op initiatief van de patiënt zelf.

Gebruik van sjablonen en standaardformulieren

Vijf respondenten (1, 4, 5, 6, 8) pleiten voor het gebruik van sjablonen om de formele communicatie te vergemakkelijken. Respondent 1 stelt dat standaardtemplates, waarin enkel relevante informatie ingevuld hoeft te worden, de administratieve last kan verlichten en het proces van verslaggeving en communicatie naar huisartsen kan versnellen. Zij ziet bovendien mogelijkheden in de integratie van systemen zoals Nutrilink met eHealth voor automatische gegevensoverdracht. Respondent 4 bevestigt het nut van een sjabloonbrief, vooral voor beginnende diëtisten die zoeken naar de juiste toon en inhoud richting huisartsen. Een vast format kan volgens haar bijdragen aan een professionele en consistente samenwerking.

Ook respondent 5 ziet in een sjabloon of automatisch invulsysteem een manier om de communicatie met huisartsen laagdrempeliger te maken. Respondent 6 sluit zich hierbij aan en suggereert verwijsbrieven waarin standaardparameters per aandoening opgenomen zijn, idealiter gekoppeld aan recente bloedwaarden met volledige vitaminestatus. Volgens respondent 6 zou dit de diagnostiek en behandelplanning efficiënter maken en de samenwerking met huisartsen stroomlijnen. Respondent 8 wijst erop dat standaardisatie het opstellen van rapporten efficiënter zou maken: "*als het is van zaken aan te vinken of inderdaad standaardteksten gebruiken of hergebruiken, dat zou wel goed zijn", maar "Dat gaat voor bepaalde onderdelen, maar als je dan de anamnese of zo bespreekt, ja dan… Je moet dat elke keer individueel opnieuw typen. (…) proberen*

iets of wat te standaardiseren. En dan ruimte voorzien moest je extra informatie willen delen bijvoorbeeld"

Communicatie verbeteren: persoonlijk en digitaal

De communicatie verbeteren met de huisartsen wordt door vijf respondenten aangehaald. Verschillende respondenten merken op dat communicatie doorgaans digitaal verloopt. Respondent 3, 4 en 7 noemen ook dat communicatie soms via de patiënt zelf loopt. Respondent 4 geeft aan dat een aantal patiënten spontaan de inhoud van de consultatie deelt met hun huisarts, wat de samenwerking kan bevorderen.

Respondent 6 merkt op dat de samenwerking met huisartsen waardevol is, maar dat tijdsdruk aan beide zijden een rem vormt. Persoonlijk contact maakt alles makkelijker, maar zelfs als huisartsen er de voordelen van inzien dan is er toch vaak geen ruimte voor. Respondent 3 benadrukt dat de kwaliteit van samenwerking sterk afhangt van de relatie met de huisarts. Ze onderstreept het belang van wederzijds vertrouwen en regelmatige communicatie ondanks de structurele uitdagingen. Respondent 1 onderstreept daarbij dat er meer communicatie plaatsvindt wanneer er een goede band is met de behandelende arts.

Onderlinge samenwerking en waardering

Twee respondenten (5, 8) vermelden onderlinge samenwerking en waardering als mogelijke verbeterpunten. Respondent 5 signaleert dat ze zich niet altijd als volwaardige zorgpartner behandeld voelt. Huisartsen ontvangen haar soms als een commerciële vertegenwoordiger wanneer ze zich komt voorstellen en dat ontmoedigt haar om verdere samenwerking aan te gaan. Respondent 1 wilt namelijk geen diensten verkopen, maar bijdragen aan betere zorg. Toch geeft ze aan dat ze haar communicatie met huisartsen onmiddellijk zou hervatten als er meer erkenning en respons zou zijn voor haar inbreng.

Respondent 5 erkent dat ook diëtisten soms te weinig initiatief nemen en niet reageren op uitnodigingen tot samenwerking. Aan beide zijden is er dus ruimte voor verbetering. Open communicatie en meer initiatief zouden de onderlinge afstemming en uiteindelijk ook de zorg voor de patiënt ten goede komen. Respondent 5 betreurt ook het gebrek aan collegialiteit onder diëtisten zelf. Onderlinge concurrentie verhindert kennisdeling, zoals het bespreken van casussen of systemen als Nutrilink en Ambrosio. Ook respondent 8 geeft aan dat er in haar praktijk geen formeel multidisciplinair overleg is met huisartsen en andere zorgverleners. Wel neemt ze twee keer per jaar deel aan intervisiemomenten binnen haar diëtistenkring, waar casussen besproken worden met collega's uit verschillende EZL. Deze bijeenkomsten bevorderen collegiale samenwerking, kennisdeling en onderlinge steun, met aandacht voor het vermijden van concurrentie.

Verduidelijking over terugbetaling van voedingsadvies

Volgens respondent 3 moet er naar diëtisten, huisartsen en patiënten toe meer duidelijkheid komen over de terugbetaling aan patiënten van bepaalde zorgtrajecten op vlak van voedingsadvies met de nodige updates. Aangehaalde voorbeelden omvatten de gedeeltelijke of volledige terugbetaling van preventie, vroege opsporing en verhoogd risico op diabetes, en algemene gezondheidsbevordering. Volgens respondent 3 kunnen huisartsen moeilijke patiënten of patiënten die denken veel over voeding te weten, overtuigen door hen te wijzen op de nadelen indien ze hun voeding niet aanpassen. "*Ondertussen zijn de adviezen zo hard veranderd en diëtisten zijn daar helemaal in mee, en daardoor kunt ge uw medicatie ook afbouwen hé*.', en '*Als ze niets veranderen aan hun voeding dan evolueert hun diabetes ook', en 'wondjes hebben die niet meer helen en dan kan je je voet gewoon laten afzetten en dan sta je verder van huis, of je kan niet meer rijden want je ziet niet meer goed genoeg."*

Vergelijking met het Nederlandse model en Belgische alternatieven

Respondent 1 vergelijkt de Belgische situatie met Nederland, waar praktijkondersteuners een centrale rol spelen in de opvolging van onder andere diabetes- en geriatrische patiënten. Deze vormen een vast aanspreekpunt voor diëtisten en nemen medische taken, zoals medicatiebeheer

en opvolging, over van huisartsen. Respondent 1 ziet het wijkgezondheidscentrum als een Belgisch voorbeeld van interprofessionele samenwerking, met name voor sociaal kwetsbare groepen. In deze context nemen verpleegkundigen soms een rol op die vergelijkbaar is met die van praktijkondersteuners in Nederland. In België bestaat het statuut van praktijkassistent nog maar net en is het nog niet wijdverspreid. Verder vindt respondent 1 het vreemd dat medische voeding nog steeds onder de bevoegdheid van de huisarts valt, terwijl diëtisten hierin gespecialiseerd zijn.

Snellere doorverwijzing en ondersteuning via educatiemateriaal

Respondent 8 merkt op dat veel patiënten pas naar een diëtist worden doorverwezen wanneer ze al in een diabeteszorgtraject zitten, terwijl begeleiding vaak ontbreekt in de beginfase van de aandoening, bijvoorbeeld bij de start van orale medicatie zoals metformine. Zij vermoedt dat dit komt door onvoldoende informatieverstrekking door zorgverleners of het uitstelgedrag van patiënten, en pleit voor vroegtijdige begeleiding zodat patiënten sneller toegang krijgen tot gepaste zorg en advies.

Respondent 8 geeft aan dat het belangrijk is om educatief materiaal te gebruiken in de begeleiding van bijvoorbeeld patiënten met diabetes. In haar praktijk maakt zij gebruik van folders van de Diabetesliga, zoals de folder "*Diabetes type 2, wat nu?*", en vindt dit zeer waardevol in de begeleiding van patiënten. Het biedt gestructureerde en toegankelijke informatie die patiënten helpt hun aandoening beter te begrijpen.

Meer ondersteuning voor jonge diëtisten

Volgens respondent 5 bereidt de opleiding tot diëtist onvoldoende voor op het werkveld. Jonge professionals zijn inhoudelijk sterk, maar missen praktische vaardigheden om zelfstandig een praktijk te starten, duurzame samenwerkingen aan te gaan of een netwerk uit te bouwen.

5 Discussie

In dit hoofdstuk wordt de discussie aangegaan over de ervaringen en meningen van diëtisten betreffende de samenwerking met huisartsen in de eerstelijnszorg. De onderzoeksdoelstelling was om inzicht te krijgen in hoe diëtisten de samenwerking met de huisarts ervaren bij het begeleiden van patiënten die dieetgerelateerd advies nodig hebben. Hieronder worden de voornaamste bevinden besproken en in de context van bestaande literatuur geplaatst. Daarnaast wordt ook gereflecteerd over de implicaties voor het werkveld en toekomstig onderzoek. Er wordt eveneens ingegaan op de sterke en zwakke punten van dit onderzoek, evenals suggesties voor verbetering van de samenwerking tussen diëtisten en huisartsen in de eerstelijnszorg.

5.1 Voornaamste bevindingen

Deze studie onderzocht de ervaringen en opinies van diëtisten over de samenwerking met huisartsen bij het begeleiden van patiënten met nood aan dieetgerelateerd advies in de eerstelijnszorg. Uit de resultaten blijkt dat deze samenwerking in de praktijk sterk varieert en veelal afhangt van individuele relaties en initiatieven. De communicatie is doorgaans weinig gestructureerd, ad hoc en sterk persoonsgebonden.

De aanmelding van patiënten verloopt op uiteenlopende manieren: sommige diëtisten ontvangen vooral aanmeldingen via artsen of andere hulpverleners, terwijl anderen stellen dat patiënten vooral op eigen initiatief komen. Hierbij speelt het type praktijk en de mate van persoonlijke kennismaking met huisartsen een rol. Een goede professionele band blijkt de samenwerking te vergemakkelijken. Het meegeven van een concrete naam van een diëtist of een verwijsbrief blijkt voor sommige patiënten motiverend te werken om naar een diëtist te gaan.

De meeste diëtisten rapporteren gelijkaardige hulpvragen, zoals begeleiding bij diabetes, overgewicht en prikkelbare darm syndroom. Uitzondering vormen diëtisten met een specialisatie in eetstoornissen, die een ander cliëntenprofiel hanteren en sterk inzetten op de psychologische context van eetgedrag. Deze differentiatie beïnvloedt zowel de aard van de samenwerking met huisartsen als de communicatiebehoeften.

Medische informatie wordt meestal via de patiënt verkregen, wat risico's met zich meebrengt op onvolledige of foutieve gegevens. Diëtisten geven aan behoefte te hebben aan toegang tot relevante gegevens zoals laboresultaten, medicatieoverzichten en soms ook de psychosociale achtergrond. GDPR-gerelateerde twijfels en beperkte toegang tot eHealth maken rechtstreekse gegevensoverdracht complex.

De diëtisten ervaren huisartsen als eerder moeilijk bereikbaar. Ze botsen op praktische en tijdrovende obstakels, zoals het vinden van een gepast moment om de huisarts te kunnen bereiken, het ontbreken van rechtstreekse contactgegevens en trage communicatie via het secretariaat. Diëtisten beperken het contact daardoor vaak tot casussen waarvoor ze gerichte vragen of zorgen hebben. In een groepspraktijk is er makkelijker informeel overleg mogelijk. Multidisciplinair overleg, hoewel door bijna alle respondenten als meerwaarde beschouwd, komt in de praktijk zelden structureel tot stand.

Over het algemeen blijkt dat huisartsen zelf weinig voedingsadvies geven, en wanneer dit wel gebeurt, blijkt het advies vaak algemeen en niet specifiek afgestemd op de patiënt. De meeste diëtisten verkiezen dat huisartsen geen advies geven omdat dit het risico op tegenstrijdige boodschappen naar de patiënt toe minimaliseert.

Hoewel sommige diëtisten systematisch rapporteren of feedback vragen, gebeurt dit eerder op eigen initiatief dan op basis van vastgelegde multidisciplinaire afspraken. Diëtisten ervaren bovendien inhoudelijke verschillen in visie met huisartsen, een gebrek aan wederkerige communicatie en een lage respons op schriftelijke terugkoppeling. Bij de terugkoppeling naar de huisarts over de intake en het behandelplan geven digitale systemen als eHealth niet aan of het bericht wordt gelezen waardoor sommige diëtisten teruggrijpen naar communicatie op papier of via e-mail. De rapportage is tijdrovend voor diëtisten. De behandelplannen worden vooral gedeeld

bij formele doorverwijzingen en in complexe of medische urgente gevallen. Feedback van de arts stimuleert rapportage, terwijl het gebrek eraan en de tijdsinvestering dit net afremmen. Technologische barrières, tijdsdruk en afwezigheid van efficiënte gedeelde systemen worden vaak genoemd als hinderpalen.

5.2 Vergelijking met de literatuur

De bevindingen van deze studie bevestigen eerdere inzichten uit de literatuur die wijzen op een beperkte en vaak inefficiënte samenwerking tussen huisartsen en diëtisten in de eerstelijnszorg. Zoals ook beschreven in eerdere studies, blijkt dat structurele belemmeringen zoals tijdsdruk, een gebrek aan gedeelde infrastructuur en onvoldoende wederzijdse kennis over elkaars rol het overleg en de samenwerking bemoeilijken . Dit sluit aan bij de ervaringen van de respondenten, die aangeven dat terugkoppeling meestal eenzijdig verloopt en dat multidisciplinaire overleggen zelden plaatsvinden, ondanks het gedeelde belang bij de aanpak van chronische aandoeningen zoals obesitas en diabetes.

Een opvallende overeenkomst is het belang dat zowel in deze studie als in de literatuur wordt gehecht aan interprofessionele samenwerking, met als doel een meer geïntegreerde en patiëntgerichte zorg te realiseren [18]. In lijn met eerdere bevindingen erkennen de respondenten de meerwaarde van een gezamenlijke aanpak, zeker bij complexe casussen of kwetsbare doelgroepen [28,39]. Wat deze studie echter toevoegt aan de bestaande literatuur is de concrete invulling van de communicatiebehoeften vanuit het perspectief van de diëtist. De praktische suggesties die worden geformuleerd, omvatten: de vraag naar gestandaardiseerde sjablonen voor verslaggeving, betere aansluiting bij digitale platformen zoals eHealth, en meer praktijkgerichte opleiding over samenwerking binnen het curriculum van de diëtist. Ook de nuance die wordt aangebracht in de ervaringen, afhankelijk van de werkcontext (bv. groepspraktijk versus solo-praktijk), specialisatie (zoals eetstoornissen), of persoonlijke band met de huisarts, biedt verfijning aan bestaande inzichten. Daarmee draagt dit onderzoek bij aan een meer gedetailleerd en praktijkgericht begrip van de uitdagingen én opportuniteiten binnen de samenwerking tussen diëtisten en huisartsen.

5.3 Sterke punten, beperkingen en vervolgonderzoek

Dit kwalitatief onderzoek biedt een genuanceerd inzicht in de ervaringen en opinies van Vlaamse diëtisten over hun samenwerking met huisartsen in de eerstelijnszorg.

5.3.1 Sterke punten

De thematische analyse, ondersteund door een vooraf opgestelde codeboom, verhoogt de interne validiteit van het onderzoek. De betrouwbaarheid van de data wordt versterkt door de variatie in praktijkvormen en werkervaring onder de respondenten: hoewel de meerderheid in een solo-praktijk werkt, omvat de steekproef ook diëtisten met een groepspraktijk- of netwerkcontext. Dit laat toe om verschillen in samenwerking binnen diverse organisatorische omgevingen te identificeren.

Daarnaast wordt de betrouwbaarheid ook versterkt door de reflexiviteit in het interviewproces. De interviews leverden praktijkgerichte data op, met waardevolle suggesties voor verbetering. Onverwacht was de herhaalde keuze van sommige respondenten om terug te keren naar papieren communicatie per post wegens onzekerheid over de ontvangst en lezing van digitale berichten. Ook de uitgesproken nood aan collegialiteit onder diëtisten zelf kwam sterker naar voren dan verwacht. De contextuele beschrijving van de ELZ's en respondentenprofielen draagt bij aan de transfereerbaarheid van de bevindingen, maar generaliseerbaarheid blijft uit voorzichtigheid beperkt tot vergelijkbare zorgomgevingen.

5.3.2 Beperkingen

Toch kent deze studie ook enkele beperkingen. De interviews werden afgenomen en gecodeerd door één persoon, wat de interne validiteit kan beïnvloeden. De selectie van de deelnemers gebeurde door middel van een selecte steekproef. Hoewel de interviewer en de respondenten

elkaar niet kenden en er gestreefd werd naar een open vraagstelling, kan de invloed van suggestieve of sturende bijvragen niet worden uitgesloten. Ook sociaal wenselijke antwoorden blijven mogelijk doordat de onderzoeker huisarts-in-opleiding is. Daarnaast was de interviewer relatief onervaren en dat kan de diepgang van de interviews impacteren. Er vond geen 'member checking' plaats, waardoor de interpretatie van de data niet door de respondenten werd gevalideerd.

Wat betreft externe validiteit is de generaliseerbaarheid van de bevindingen beperkt door de beperkte geografische spreiding en het relatief kleine aantal respondenten. De steekproef bestond namelijk uit slechts negen vrouwelijke respondenten, allen werkzaam in twee specifieke eerstelijnszones in Vlaanderen. Uit de spreiding op vlak van werkervaring blijken twee uitersten, namelijk enerzijds respondenten met relatief weinig ervaring en anderzijds respondenten met ruim dertig jaar ervaring. Daarnaast is er een oververtegenwoordiging van diëtisten in solo-praktijken. Hoewel dit representatief is voor een deel van het werkveld, biedt het geen volledig beeld van de samenwerking in andere settings of bij mannelijke collega's. Ook blijft het aantal deelnemers een aandachtspunt in het kader van datasaturatie. De externe validiteit is daardoor beperkt, ondanks pogingen tot diversificatie.

5.3.3 Vervolgonderzoek

Ondanks deze hierboven genoemde beperkingen levert dit onderzoek waardevolle inzichten op die de basis kunnen vormen voor toekomstig onderzoek en beleidsaanbevelingen ter versterking van de interprofessionele samenwerking in de eerstelijnszorg.

Vervolgonderzoek zou het perspectief van huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners moeten integreren om wederzijdse noden en belemmeringen beter in kaart te brengen. Daarnaast zou het onderzoek moeten worden uitgebreid naar alle ELZ's in Vlaanderen, waarbij de representativiteit van de onderzoekspopulatie kan worden verzekerd. Daarenboven is er nood aan onderzoek naar de implementatie van sjablonen of digitale communicatieplatformen en hun impact op interprofessionele samenwerking. Verder kan er ook onderzoek gebruiken naar de richtlijnen op vlak van effectieve informatie-uitwisseling. Ook het betrekken van focusgroepen met bijvoorbeeld patiënten in toekomstige studies kan waardevolle inzichten opleveren over hun ervaring met gedeelde zorg.

5.4 Betekenis voor het werkveld

Voor een meer effectieve eerstelijnszorg zijn duidelijke communicatiestandaarden en overlegstructuren tussen huisartsen en paramedici, zoals diëtisten essentieel. De implementatie van gedeelde elektronische patiëntendossiers, zoals gesuggereerd door meerdere respondenten, zou zowel de informatiedoorstroming als het onderling vertrouwen tussen beroepsgroepen aanzienlijk kunnen verbeteren. Daarnaast vraagt het werkveld om meer erkenning van de expertise.

De oprichting van werkgroepen binnen een ELZ waarin huisartsen en paramedici structureel overleggen, kan bijdragen aan duidelijke afspraken rond samenwerking en communicatie. Ook het actief aanmoedigen van onderling contact tussen huisartsen en diëtisten, bijvoorbeeld via kennismakingsmomenten of gezamenlijke casusbesprekingen, wordt als een belangrijke hefboom gezien voor betere interprofessionele relaties.

Daarnaast vormt de prijs van een consult bij de diëtist voor sommige patiënten een belemmering. Hoewel er voor bepaalde zorgtrajecten een terugbetaling mogelijk is, bestaat er vaak onduidelijkheid bij zowel huisartsen als patiënten over wie in aanmerking komt en voor welke behandelingen dit precies geldt. Verduidelijking hierover kan ervoor zorgen dat meer patiënten ondersteuning en zorg kunnen krijgen. Verder blijkt uit de praktijk dat overleg met ICT-ontwikkelaars wenselijk is om communicatiesystemen gebruiksvriendelijker, goedkoper en efficiënter te maken. Hierbij kan gedacht worden aan het vereenvoudigen van veilige digitale communicatiekanalen, het integreren van rapportagetemplates, en het updaten van technische en inhoudelijke standaarden.

6 Besluit

Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat de ervaringen en opinies van diëtisten over de samenwerking met huisartsen in de Vlaamse eerstelijnszorg een wisselend en grotendeels informeel karakter tonen. De communicatie verloopt vaak ad hoc en is sterk afhankelijk van de individuele inzet van de diëtist, de bestaande relatie met de huisarts en de context van de patiënt. Hoewel de meeste diëtisten huisartsen als bereikbaar beschouwen, worden ze geremd door praktische en structurele belemmeringen zoals tijdsdruk, het ontbreken van directe contactkanalen, en onduidelijkheid rond veilige communicatie. Terugkoppeling wordt vaak als eenzijdig ervaren, met weinig respons of feedback, wat het nut ervan in vraag stelt. Formele samenwerking en multidisciplinair overleg blijken zeldzaam, ondanks de erkende meerwaarde ervan. Diëtisten pleiten daarom voor meer structurele afstemming, duidelijkere verwachtingen, en gedeelde elektronische systemen die veilige en efficiënte communicatie ondersteunen.

7 Referenties

1. Koeck P, Bastiaenen CHG, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Sunaert P, et al. ebpracticenet. [Internet].; 2017 [geraadpleegd op 16 augustus 2024. Beschikbaar via: https://ebpnet.be/nl/ebsources/384.
2. Catchings S, Steinberg D, Fruth J, Sabol VK. The Treatment of Obesity in the Multidisciplinary Setting. Journal for nurse practitioners. 16 maart 2021; 17(6): p. 707-11.
3. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. Minerva Tijdschrift voor Evidence-Based Medicine. ; 14(10): p. 124-5.
4. Agentschap Zorg & Gezondheid. Beleidsvisie. Reorganisatie van de eerste lijn in Vlaanderen. Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. In Conferentie eerstelijnszorg; Brussel: Agentschap Zorg & Gezondheid; 2017. p. 1-80.
5. Vlaamse Overheid Eerstelijnszone. Wat is een eerstelijnszone? [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 2024 augustus 16. Beschikbaar via: https://www.eerstelijnszone.be/wat-een-eerstelijnszone.
6. FOD Volksgezondheid. Gezondheid. [Internet].; 2019 [geraadpleegd op 16 augustus 2024. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/paramedische-beroepen/dietist.
7. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 19 augustus 2024. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/dietisten/uw-riziv-nummer-krijgen.
8. Wadden TA, Webb VL, Moran CH, Bailer BA. Lifestyle Modification for Obesity: : New Developments in Diet, Physical Activity, and Behavior Therapy. Circulation. ; 125(9): p. 1157-1170.
9. Gadde KM, Martin CK, Berthoud HR, Heymsfield SB. Obesity: Pathophysiology and Management. Journal of the American College of Cardiology. ; 71(1): p. 69-84.
10. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan JP, Wolski K, Aminian A, Brethauer SA, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes - 5-Year Outcomes. 16 februari 2017; 376(7): p. 641-651.
11. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. Clinics in Dermatology. ; 22(4): p. 332-337.
12. Finkelstein EA, Trogdon JG, Cohen JW, Dietz W. Annual medical spending attributable to obesity: payer-and service-specific estimates. Health Affairs. ; 28(5): p. 822-31.
13. O'Connor R, Slater K, Ball L, Jones A, Mitchell L, Rollo ME, et al. The tension between efficiency and effectiveness: a study of dietetic practice in primary care. Journal of human nutrition and dietetics. ; 32(2): p. 259-66.
14. Pomeroy SE, Worsley A. Enhancing the dietary management of general practice patients through collaborative care: perspectives of general practitioners and dietitians. Nutrition & dietetics. 26 mei 2009; 66(2): p. 81-6.
15. VBVD. VBVD Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 19 augustus 2024. Beschikbaar via: https://www.vbvd.be/kenniscentrum/zelfstandigen/opstart-zelfstandige-praktijk#:~:text=Na%20de%20uitreiking%20van%20de,terugbetaling%20kan%20plaatsvinden%20voor%20pati%C3%ABnten.&text=Ondernemingsnummer%20aanvragen%20en%20je%20activiteiten%20vastleggen%20i.
16. Hickson M, Child J, Collinson A. Impact of a dietitian in general practice: Care of the frail and malnourished. Journal of human nutrition and dietetics. 5 september 2021; 35(1): p. 145-53.

17. Hark LA, Deen D. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interprofessional Education in Nutrition as an Essential Component of Medical Education. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. ; 117(7): p. 1104-13.
18. Harper C, Seimon RV, Sainsbury A, Maher J. "Dietitians May Only Have One Chance"—The Realities of Treating Obesity in Private Practice in Australia. Healthcare. 21 februari 2022; 10(2): p. 404.
19. Collinson A, Waddell L, Freeman-Hughes A, Hickson M. Impact of a dietitian in general practice: paediatric food allergy. Journal of human nutrition and dietetics. 14 december 2022; 36(4): p. 707-15.
20. Elliott A, Gibson S. Exploring stakeholder experiences of dietetic service and care delivery: A systematic qualitative review. Journal of human nutrition and dietetics. 14 juli 2022; 36(1): p. 288-310.
21. Jortberg BT, Fleming MO. Registered Dietitian Nutritionists Bring Value to Emerging Health Care Delivery Models. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. ; 114(12): p. 2017-22.
22. Siopis G, Colagiuri S, Allman-Farinelli M. Doctors identify regulatory barriers for their patients with type 2 diabetes to access the nutritional expertise of dietitians. Australian journal of primary health. 23 december 2020; 27(4): p. 312-8.
23. Verwijs MH, Puijk-Hekman S, Heijden E, Vasse E, Groot LC, Schueren MA. Interdisciplinary communication and collaboration as key to improved nutritional care of malnourished older adults across health-care settings – A qualitative study. Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy. ; 23(5): p. 1096-107.
24. Lidner-Rabl S, Wagner V, Matijevic A, Herzog C, Lampl C, Traub J, et al. Clinical Interventions to Improve Nutritional Care in Older Adults and Patients in Primary Healthcare – A Scoping Review of Current Practices of Health Care Practitioners. Clinical interventions in aging. 6 januari 2022; 17: p. 1-13.
25. Mulquiney KJ, Tapley A, van Driel ML, Morgan S, Davey AR, Henderson KM, et al. Referrals to dietitians/nutritionists: A cross-sectional analysis of Australian GP registrars' clinical practice. Nutrition & dietetics. ; 75(1): p. 98-105.
26. Joseph R, Hart NH, Bradford N, Wallen MP, Han CY, Pinkham EP, et al. Essential elements of optimal dietary and exercise referral practices for cancer survivors: expert consensus for medical and nursing health professionals. Supportive Care in Cancer. 16 december 2022; 31(1): p. 1-14.
27. Keaver L, O'Callaghan N, McHugh CM. What should the role of doctors be in the provision of nutrition advice - a qualitative study. International Journal of Health Promotion and Education. 1 december 2022;: p. 1-13.
28. Ong HH, Wan CC, Gao X. Interprofessional Collaboration in Addressing Diet as a Common Risk Factor: A Qualitative Study. Journal of research in interprofessional practice and education. 23 november 2015; 5(2): p. 1-12.
29. Bornhoeft K. Perceptions, Attitudes, and Behaviors of Primary Care Providers Toward Obesity Management: A Qualitative Study. Journal of community health nursing. ; 35(3): p. 85-101.
30. Aboueid S, Bourgeault I, Giroux I. Nutrition and obesity care in multidisciplinary primary care settings in Ontario, Canada: Short duration of visits and complex health problems perceived as barriers. Preventive medicine reports. ; 10: p. 242-7.
31. Adamski M, Gibson S, Leech M, Truby H. Are doctors nutritionists? What is the role of doctors in providing nutrition advice? Nutrition Bulletin. ; 2: p. 147-52.
32. Caldow G, Palermo C, Wilson A. What do doctors think they need to know about nutrition?'—a qualitative study of doctors with formal nutrition training. BMC nutrition. ; 8(1): p. 1-8.

33. Fildes K, Stefoska-Needham A, Atkinson J, Lambert K, Lee A, Pugh D, et al. Optimising health care for people living with chronic kidney disease: Health-professional perspectives. Journal of Renal Care. 30 januari 2022; 48(3): p. 168-76.
34. Vrkatic A, Grujicic M, Jovicic-Bata J, Novakovic B. Nutritional Knowledge, Confidence, Attitudes towards Nutritional Care and Nutrition Counselling Practice among General Practitioners. Healthcare 2022. 7 november 2022; 10(11): p. 1-20.
35. McClinchy J, Williams J, Gordon L, Cairns M, Fairey G. Dietary advice and collaborative working: Do pharmacists and allied health professionals other than dietitians have a role? Healthcare. 12 februari 2015;: p. 64-77.
36. Aboueid S, Pouliot C, Hermosura BJ, Bourgeault I, Giroux I. Dietitians' Perspectives on the Impact of Multidisciplinary Teams and Electronic Medical Records on Dietetic Practice for Weight Management. Canadian Journal of Dietetic Practice and Research. ; 81(1): p. 2-7.
37. Aboueid S, Pouliot C, Bourgeault I, Giroux I. A Systematic Review of Interprofessional Collaboration for Obesity Management in Primary Care, A Focus on Dietetic Referrals. Journal of Research in Interprofessional Practice and Education. 17 mei 2018; 8(1): p. 1-15.
38. Dowell A, Stubbe M, MacDonald L, Tester R, Gray L, Kenealy T, et al. A longitudinal study of interactions between health professionals and people with newly diagnosed diabetes. Annals of family medicine. ; 16(1): p. 37-44.
39. Mitchell LJ, Macdonals-Wicks L, Capra S. Increasing dietetic referrals: Perceptions of general practitioners, practice nurses and dietitians. Nutrition & dietetics. ; 69(1): p. 32-8.
40. Beckingsale L, Fairbairn K, Morris C. Two working together is so much better than just one': Professional support needs of primary healthcare dietitians. Nutrition & Dietetics. ; 73(3): p. 220-8.
41. Abbott S, Parretti HM, Greenfield S. Experiences and perceptions of dietitians for obesity management: a general practice qualitative study. Journal of Human Nutrition and Dietetics. ; 34(3): p. 494-503.
42. Aboueid S, Bourgeault I, Giroux I. Nutrition care practices of primary care providers for weight management in multidisciplinary primary care settings in Ontario, Canada - A qualitative study. BMC Family Practice. ; 19(1): p. 1-9.
43. Valentijn PP. Hét Regenboogmodel voor integrale zorg. [Internet].; 2023 [geraadpleegd op 12 juli 2024. Beschikbaar via: https://www.essenburgh.com/nl-regenboogmodel-voor-integrale-zorg/.
44. Brouwer W, De Maeseneer J, Lehtonen L, Marušič D, Thornson S, Kringos D, et al. Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) on Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems and Referral Systems. Brussels: European Commission, DG Health & Consumers. Report No.: ISSN 2315-1404.
45. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/dietisten/uw-riziv-nummer-krijgen.
46. RIZIV. Opstarttraject diabetes 2: wat kan u voorschrijven als huisarts? [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/verstrekkingen-door-artsen/opstarttraject-diabetes-2-wat-kan-u-voorschrijven-als-huisarts#:~:text=U%20kan%20eenvoudig%20geneesmiddelen%20voorschrijven,(zorgtraject%2C%20programma%.
47. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-

zorgverleners/artsen/kwaliteitszorg-door-artsen/zorgtrajecten/zorgtraject-chronische-nierinsufficientie-wat-kan-u-voorschrijven-als-huisarts.

48. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/kwaliteitszorg-door-artsen/zorgtrajecten/zorgtraject-diabetes-type-2-wat-kan-u-voorschrijven-als-huisarts.
49. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/dietisten/opstarttraject-diabetes-type-2-welke-verstrekkingen-kan-u-als-dietist-aanrekenen.
50. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/dietisten/zorgtraject-diabetes-type-2-welke-verstrekkingen-kan-u-als-dietist-aanrekenen.
51. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/dietisten/zorgtraject-chronische-nierinsufficientie-welke-verstrekkingen-kan-u-als-dietist-aanrekenen.
52. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/artsen/verstrekkingen-door-artsen/dietetiek-voor-kinderen-met-overgewicht-of-obesitas-info-voor-de-arts.
53. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/long-covid-19-tegemoetkoming-in-de-kosten-van-zorg-bij-aanhoudende-covid-19-symptomen.
54. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/geestelijke-gezondheidszorg/toegankelijke-zorg-voor-jongeren-tot-en-met-23-jaar-met-een-eetstoornis-dankzij-een-multidisciplinair-zorgtraject.
55. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 22 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/dietisten/als-gespecialiseerd-dietist-meewerken-binnen-het-multidisciplinair-zorgtraject-eetstoornissen.
56. Aboueid S, Pouliot C, Nur T, Bourgeault I, Giroux I. Dietitians' perspectives on patient barriers and enablers to weight management: An application of the social-ecological model. Nutrition & Dietetics. ; 76(3): p. 353-62.
57. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obesity Reviews. 5 maart 2015; 16(4): p. 319-26.
58. Levey R, Ball L, Chaboyer W, Sladdin I. Dietitians' perspectives of the barriers and enablers to delivering patient-centred care. Journal of Human Nutrition and Dietetics. ; 33(1): p. 106-14.
59. Van Pottelbergh G, Avonts M, Cloetens H, Goossens M, Mae S, Van Heden L, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Chronische nierinsufficiëntie. Antwerpen.
60. Goderis G, Van Pottelbergh G, Claes K, Vanhauwaert E, Van Nuland E, Vantieghem A, et al. Multidisciplinaire richtlijn Chronisch nierlijden (CNI). Antwerpen.
61. Koeck P, Bastiaens H, Benhalima K, Cloetens H, Feyen L, Sunaert P, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Diabetes mellitus type 2. Antwerpen.
62. Niesten L, Bruwier G. Obesitas bij kinderen. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu. ; 37(4): p. 189-204.

63. De Coninck L, Vanhoof LE, Van Cauwenbergh S, Van Roy T, Keijzer JH, Stukken L, et al. Multimodale aanpak van obesitas bij volwassenen in de eerstelijnszorg. Antwerpen.
64. Smeets M, Van Cauwenbergh S, Mokrane S, Nonneman A, Van Royen P, Goossens M, et al. Chronisch Hartfalen. Antwerpen.
65. De Cort P, Christiaens T, Philips H, Goossens M, Van Royen P. Hypertensie. Antwerpen .
66. Govaerts F, Delvaux N, Van Thienen K. Cardiovasculaire risicobepaling in de eerste lijn. Antwerpen.
67. Dolmans L, Hegeman L, Tjon A, Sien M, Van den Donk M, Van Noortwijk-Bonga H, et al. NHG-Standaard: Beroerte. Utrecht.
68. De Jongh E, De Wit N, Numans M, Smeink P, Van der Weele G, Wesseler G. NHG-Standaard: Maagklachten. Utrecht.
69. Bax W, Elders P, Ketel I, Maartens L, Oud M, van den Bergh J, et al. NHG-Standaard: Fractuurpreventie.. Utrecht.
70. Bilo H, Dankers M, De Rooij A, Hart H, Houweling S, Ijzerman R, et al. NHG-Standaard: Diabetes mellitus type 2. Utrecht.
71. Van Binsbergen J, Langens F, Dapper A, Van Halteren M, Glijsteen R, Cleyndert G, et al. NHG-Standaard: Obesitas. Utrecht.
72. De Grauw W, De Leest K, Schenk P, Scherpbier-De Haan N, Tjin-A-Ton J, Tuut M, et al. NHG-Standaard: Chronische nierschade. Utrecht.
73. De Wit N, Masclee A, Minnaard M, Muris J, Quartero A, Schep-Akkerman A, et al. NHG-Standaard: Prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Utrecht.
74. Nijs M, Schep-Akkerman A, Wiersma T. NHG-Standaard: Voedselovergevoeligheid en coeliakie. Utrecht.
75. NHG. NHG-Standaard: Cardiovasculair risicomanagement. Utrecht.
76. Eindhoven D, Isfordink L, Kok A, Lambermon H, Oud M, Van der Meer P, et al. NHG-Standaard: Hartfalen. Utrecht.
77. Mensink P, De Bont M, Kattemölle-van den Berg S, Liefaard A, Meijers J, Van Binsbergen J, et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak: Ondervoeding. Utrecht.
78. Buiting-van der Zon C. Richtlijn: Informatie-uitwisseling tussen arts en paramedicus (Richtlijn HASP-paramedicus). Utrecht.
79. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 14 september 2007; 19(6): p. 349–357.
80. Crabtree BF, Miller WL. Doing Qualitative Research. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.; 1999.
81. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 22 april 2025. Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-jaarstatistieken-2024.
82. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. HWF Jaarstatistieken 2024. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 22 april 2025. Beschikbaar via: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/hwf-statan-2024-detailstatistieken.
83. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Diëtist. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 22 april 2025. Beschikbaar via: https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/paramedische-beroepen/dietist.

84. RIZIV. RIZIV Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsuitkering. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 20 augustus 2024. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/riziv/onze-opdrachten.
85. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Circulation. 24 juni 2014; 129(25): p. S102-38.
86. Domus Medica. Domus Medica. [Internet].; 2021 [geraadpleegd op 25 maart 2024. Beschikbaar via: https://www.domusmedica.be/onze-missie.
87. Niesten L, Bruwier G. Obesitas bij kinderen. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu. ; 37(4): p. 189-204.
88. Van Royen P, Bastiaens H, D'Hondt A, Provoost C, Van der Borght W. Overgewicht en obesitas bij volwassenen in de huisartsenpraktijk: Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Huisarts Nu. ; 35(3): p. 118-40.
89. NHG. NHG. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/over/wat-doen-we/.
90. NHG. NHG. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://richtlijnen.nhg.org/zoeken?keys=di%C3%ABtist.
91. VBVD. VBVD. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://www.vbvd.be/kenniscentrum.
92. NVD. NVD. [Internet].; 2020 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://nvdietist.nl/richtlijnen/algemeen-kwaliteitsstandaarden-in-de-dietetiek/.
93. NVD. NVD. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://nvdietist.nl/kenniscentrum.
94. NVD. NVD. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://nvdietist.nl/informatie/artsenwijzer-dietetiek/.
95. Eetexpert. Eetexpert. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://eetexpert.be/info-per-setting/in-de-zorg/huisarts/.
96. Eetexpert. Eetexpert. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://eetexpert.be/info-per-setting/in-de-zorg/dietist.
97. Eetexpert. Eetexpert. [Internet].; 2024 [geraadpleegd op 13 augustus 2024. Beschikbaar via: https://eetexpert.be.
98. Belgisch Staatsblad. Federale Overheidsdienst Justitie. [Internet].; 2028 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=03-08-29&numac=2003022831.
99. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/nierziekten/de-voorwaarden-om-een-zorgtraject-chronische-nierinsufficientie-te-volgen.
100. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/ziekten/diabetes-terugbetaling-van-verschillende-begeleidingen/de-voorwaarden-om-een-zorgtraject-diabetes-type-2-te-volgen.
101. RIZIV. RIZIV. [Internet].; 2025 [geraadpleegd op 24 april 2025. Beschikbaar via: : https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuele-zorgverleners/dietisten/dietetiek-voor-kinderen-met-overgewicht-of-obesitas-info-voor-de-dietist.

8 Bijlagen

8.1 COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

Topic	Item No.	Guide Question/Description	Answer
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Silke Scheers
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	MD
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	GP in training
Gender	4	Was the researcher male or female?	Female
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Third-year GP in training
Relationship with participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	No
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Participants were aware that the study was part of the researcher's master's thesis for obtaining the 'Master-na-master Huisartsgeneeskunde' at the KU Leuven.
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the inter viewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Participants were aware that the interviewer was currently in training to become a GP.
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Narrative analysis
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Convenience
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Email and telephone

Sample size	12	How many participants were in the study?	9
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	77
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Workplace of the participants or the interviewer
Presence of non participants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Gender, number of years of work experience
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	No
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	No
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Audio recording
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	No
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	30-45 minutes
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Yes
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No
Domain 3: analysis and findings			
Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	One
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Yes
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	Derived from the data
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	Nvivo
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	No
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Yes
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes

Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

8.2 Interview guideline

1/ gepseudonimiseerde gegevens van de diëtist
2/ semi-gestructureerde vragen voor het interview
Het afnemen van een interview zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen.

1/ Gepseudonimiseerde gegevens
De kenmerken van de diëtist

- Geslacht
- Aantal jaren actief als diëtist
- Zelfstandige of niet
- Verbonden aan een
    - Huisartsenpraktijk
    - Multidisciplinaire groepspraktijk
    - Groepspraktijk diëtist
    - Solo praktijk
- Bijkomende opleidingen gevolgd?
- Specifieke competenties?

2/ Semi-gestructureerde vragenlijst

A. De patiënt bij de diëtist

- Hoe komen patiënten terecht bij de diëtist (eigen initiatief, doorverwijzing huisarts/andere hulpverlener, …)?
- Met welke hulpvraag komen patiënten?
    - Kan u een top 5 of 10 geven van de meest voorkomende hulpvragen waarmee patiënten bij u komen?

B. Communicatie diëtist – huisarts

- Hoe bereikbaar zijn huisartsen voor de diëtist?
- Via welke kanalen verloopt de communicatie?
- Welke kanalen zouden volgens de diëtist gebruikt kunnen worden hiervoor?
- Zijn er bepaalde factoren die in uw ervaring de communicatie met de huisarts bemoeilijkt? (bv geen antwoord ontvangen van de huisarts, de patiënt vergeet het te vragen aan de huisarts, ...)

C. Medische informatie delen

- Hoe bekomt de diëtist medische relevante info over de patiënt?
    - Via patiënt
    - Rechtstreeks via huisarts
- In welke vorm ontvangt de diëtist de gevraagde info?
    - Digitaal/papier
    - Via patiënt of niet
- Wat zou volgens u de meest praktische manier zijn?
    - Digitaal/papier
    - Via patiënt of niet
- Als u info vraagt aan de huisarts voldoet de info die u ontvangt dan aan uw verwachtingen?
    - Wat zijn zaken die het vaakst ontbreken?
        - Waarom denkt u dat deze info ontbreekt?
- Welke medische info zou u als diëtist graag ter beschikking hebben bij het intake gesprek?

- Van welke medische informatie zou u op de hoogte gehouden willen worden tijdens de behandeling van de patiënt?

D. Voedingsadviezen van de huisarts aan de patiënt

- In uw ervaring, in hoeverre krijgen patiënten advies rond dieet van hun huisarts?
- Ligt de info die de huisarts geeft aan de patiënt in lijn met jouw visie/manier van werken?
    - Zo nee, hoe gaat u hiermee om?
- Schrijft de huisarts soms een behandelplan voor met specifieke richtlijnen voor de diëtist?
    - Kan u hier een voorbeeld van geven?

E. Overleg diëtist - huisarts

- Deelt u uw behandelplan met de behandelende huisarts?
    - Zo ja, op welke manier gebeurd dit?
        - Papier/digitaal
        - Via patiënt of niet
        - Wat zou voor u de ideale manier zijn?
    - Indien niet (altijd), wat zijn de voornaamste redenen hiervan?
        - Heeft u zelf suggesties die ertoe zouden kunnen leiden dat u dit wel/vaker zou doen?
        - Zou een sjabloon hiervoor een hulp kunnen zijn?
- Houdt u de behandelende huisarts op de hoogte van de bereikte doelen?
    - Zo ja, op welke manier gebeurt dit?
        - Papier/digitaal
        - Via patiënt of niet
        - Wat zou voor u de ideale manier zijn?
    - Indien niet (altijd), wat zijn de voornaamste redenen hiervan?
        - Heeft u zelf suggesties die ertoe zouden kunnen leiden dat u dit wel/vaker zou doen?
        - Zou een sjabloon hiervoor een hulp kunnen zijn?
- Worden er voor sommige patiënten multidisciplinaire overleggen gepland waarop huisarts en diëtist aanwezig zijn, met als doel het bespreken van dieet- en levensstijladvies?
    - Zo ja, kan u hier een voorbeeld van geven?
        - Wie nam het initiatief voor een overleg?
        - Hebt u het overleg als een meerwaarde ervaren?
    - Zo nee, hebt u het idee dat dit voor sommige patiënten een meerwaarde zou kunnen betekenen?

8.3 Codeboom kwalitatief onderzoek

A. Aanmelding patiënt bij diëtist

- A1. Aanmeldingswijze
  - Eigen initiatief
  - Verwijzing door huisarts
  - Verwijzing door andere hulpverlener
- A2. Hulpvraag/verwachting van patiënt

B. Communicatie tussen diëtist en huisarts

- B1. Bereikbaarheid van huisarts
- B2. Communicatiekanalen
  - Huidige communicatiekanalen
  - Gewenste communicatiekanalen
- B3. Belemmerende factoren
- B4. Bevorderende factoren

C. Delen van medische informatie

- C1. Wijze van informatieverwerving
  - Digitaal
  - Op papier
  - Via arts
  - Via patiënt
- C2. Praktische voorkeuren
  - Voorkeursvorm (digitaal/papier)
  - Voorkeursweg (via patiënt/niet)
- C3. Gewenste medische informatie
  - Bij intake
  - Tijdens behandeling

D. Voedingsadvies door de huisarts

- D1. Frequentie van dieetadvies
- D2. Inhoud van het dieetadvies
- D3. Afstemming met de diëtist

E. Terugkoppeling van diëtist naar huisarts

- E1. Delen van behandelplan
  - Of het gedeeld wordt
  - Hoe het gedeeld wordt (vorm, via wie)
  - Ideale situatie
  - Redenen om niet te delen
- E2. Suggesties voor verbetering