KWALITEIT VAN LEVEN ALS MAATSTAF VOOR EFFECTIVITEIT VAN DE DIEETBEHANDELING?

EEN ONDERZOEK NAAR DE INZET VAN KWALITEIT VAN LEVEN-MEETINSTRUMENTEN IN DE EERSTELIJNSDIËTISTENPRAKTIJK BIJ PDS EN OVERGEWICHT

ANNEMARIE DELNOIJ

6 JUNI 2016 - AMSTERDAM

KWALITEIT VAN LEVEN ALS MAATSTAF VOOR EFFECTIVITEIT VAN DE DIEETBEHANDELING?

EEN ONDERZOEK NAAR DE INZET VAN KWALITEIT VAN LEVEN-MEETINSTRUMENTEN IN DE EERSTELIJNSDIËTISTENPRAKTIJK BIJ PDS EN OVERGEWICHT

Afstudeeropdracht voor de opleiding Voeding en Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool.

Student
Annemarie Delnoij
Duke Ellingtonstraat 84
1066 GG Amsterdam
06-22422748
annemariedelnoij@hotmail.com
Studentnummer: 12085480

Opdrachtgever
Gaby Herweijer van Voeding + Advies
Pieter Calandlaan 341
1068 NH Amsterdam
06 24 71 08 68
info@voedingplusadvies.nl

Docentbegeleider Haagse Hogeschool
Stefanie Salmon
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag
070 445 7677 (S. Salmon)
070 445 8300 (HHS)
s.j.salmon@hhs.nl

Publicatiedatum
6 juni 2016

VOORWOORD

Voor u ligt mijn afstudeeropdracht voor de opleiding Voeding en Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool. Samen met mijn opdrachtgever Gaby Herweijer van Voeding + Advies heb ik deze opdracht geformuleerd. De opdracht ligt dicht bij mijn persoonlijke interesse. Ik ben namelijk van mening dat het werk dat men doet, iets moet bijdragen. Het verbeteren van de kwaliteit van leven is een mooie en belangrijke doelstelling van de diëtist. Maar of het handelen van de diëtist hier aan bijdraagt, dient gemeten te worden. De onderzoeksresultaten van deze scriptie helpen mij straks in mijn werk als diëtist om de kwaliteit van mijn geleverde zorg en de effectiviteit van mijn handelen te meten en aan te tonen. Bovendien kunnen deze resultaten een waardevolle bijdrage vormen voor de positionering van de diëtist ten opzichte van andere zorgverleners, zorgverzekeraars en cliënten.

Het volgen van deze opleiding en het schrijven van deze scriptie was een grote uitdaging. Met name de combinatie van een fulltime HBO-opleiding met een bijna fulltime baan bij de ING was geen sinecure. Mijn omgeving heeft mij in de afgelopen vier jaar gesteund en gemotiveerd. Met name mijn ouders Joep en Jeanny en mijn vriend Sander hebben mij enorm gesteund en altijd veel liefde en begrip getoond.

Ik wil Gaby Herweijer bedanken voor haar enthousiaste en positieve begeleiding en haar constructieve feedback. Zij is voor mij een grote inspiratie en wat mij betreft een ideaal voorbeeld van een nieuwe generatie diëtisten. Ook bedank ik mijn docentbegeleider Stefanie Salmon voor haar feedback en het stellen van kritische vragen. Tot slot bedank ik mijn co-auteurs Anneliet, Adriëtte en Berenice voor alle feedback, het meedenken en de morele steun gedurende deze periode.

Annemarie Delnoij
Amsterdam, 6 juni 2016

SAMENVATTING

Inleiding
De diëtist heeft tot doel de kwaliteit van leven (KvL) van de cliënt te verbeteren en de effectiviteit van de dieetbehandeling aan te tonen. De prevalentie van prikkelbare-darmsyndroom (PDS of IBS) en overgewicht is hoog in Nederland. Deze doelgroep wordt vaak gezien bij de diëtist. PDS en overgewicht hebben een negatieve impact op de KvL. Om het effect te bepalen van een behandeling op de KvL zijn instrumenten ontwikkeld in de vorm van vragenlijsten. Bij non-respons is het niet mogelijk om de effectiviteit van de behandeling aan te tonen. Het succes van een meetinstrument valt of staat met de medewerking van de cliënten.

Doel
Doel van deze scriptie is te onderzoeken welke gevalideerde KvL-meetinstrumenten een eerstelijnsdiëtistenpraktijk kan inzetten om de effectiviteit te meten van de behandeling op de KvL bij volwassenen met overgewicht of IBS.

Methode
Het literatuuronderzoek onderzocht welke gevalideerde KvL-meetinstrumenten ingezet kunnen worden om het effect van een behandeling op de KvL aan te tonen, wat de toegevoegde waarde is en wat de mogelijke barrières zijn van de inzet van een instrument in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk. Het praktijkonderzoek middels een enquête en vijf interviews onderzocht wat de houding is van de doelgroep ten aanzien van KvL-instrumenten, of zij de toegevoegde waarde van een KvL-meting inzien, in hoeverre zij bereid zijn mee te werken aan een KvL-meting en wat daarop van invloed is.

Resultaten
Zeven meetinstrumenten kunnen worden ingezet om het effect van een behandeling op de KvL te meten. Er zijn twee generieke instrumenten (SF-36 en EQ-5D), twee voor IBS (IBS-QOL en IBS-36) en drie voor overgewicht (OWLQOL, IWQOL en IWQOL-Lite). De inzet van een KvL-meetinstrument is van toegevoegde waarde doordat het bijdraagt aan de relatie tussen cliënt en zorgverlener, een optimale behandeling en de kwaliteit van zorg. De inzet kent ook barrières zoals een gebrek aan middelen en expertise. Uit praktijkonderzoek blijkt dat de houding van respondenten ten opzichte van een KvL-meting positief is, zij de toegevoegde waarde ervan inzien en bereid zijn de KvL te laten meten door de diëtist.

Conclusie
In de eerstelijnsdiëtistenpraktijk kunnen zeven KvL-meetinstrumenten ingezet worden om het effect van een behandeling op de KvL te meten. Alle dimensies van de IBS-QOL en de IWQOL-Lite zijn het meest frequent verbeterd als gevolg van een behandeling. Er is bereidheid bij het merendeel van de doelgroep voor een KvL-meting. Deze bereidheid neemt toe naarmate cliënten beter geïnformeerd zijn over de toegevoegde waarde van een KvL-meting. Kortom, een effectieve meting van de KvL gaat hand in hand met een goede communicatie.

Aanbevelingen
De IBS-QOL en de IWQOL-Lite zijn de aanbevolen instrumenten. Het is raadzaam om cliënten van te voren te informeren over de toegevoegde waarde van de KvL-meting. Dit verhoogt de respons. Andere aanbeveling is om de baselinemeting nog voor het eerste consult te laten doen. Mede aan de hand van de resultaten hiervan kunnen gezamenlijk de behandeldoelen worden bepaald. De barrières dienen verder onderzocht te worden om te bepalen wat nodig is om deze weg te nemen.

SUMMARY

Introduction
One of the goals of the dietitian is to improve the Quality of Life (QoL) of their patients and to be able to report on the effectiveness of the treatment. The prevalence of both irritable bowel syndrome (IBS) and overweight is high in the Netherlands. This group is often seen in the dietitian's office. Both diagnoses impact the QoL negatively. To measure the effect of treatment on QoL, instruments have been developed in the form of questionnaires. When requesting the client to complete the questionnaire, non-response might occur. This would result in lack of data to report on the effectiveness of the treatment used. A successful implementation of QoL instruments is potentially depended on the willingness of the client to participate.

Objective
This thesis aims at investigating which validated QoL instruments can be used in the primary care dietitian's office in order to measure the effectiveness of the treatment for adults with either IBS or who are overweight.

Method
The aim of the literature study was to examine which validated QoL instruments could be used to demonstrate the effect of treatment on QoL and what the advantages and disadvantages are of their use in the primary care. Via a survey and five interviews this study aimed to investigate what the attitude is of the target group in regards of QoL instruments, how they perceive the added value, to what extent they are willing to cooperate and what influences this.

Results
Seven QoL instruments are used to measure the effect of treatment on QoL. There are two generic instruments (SF-36 and EQ-5D), two for IBS (IBS-QOL and IBS-36) and three for overweight people (OWLQOL, IWQOL and IWQOL-Lite). The deployment of QoL instruments can be beneficial for both client and dietitian as it improves client-caregiver relationship, improves treatment and quality of care. There can also be barriers like a lack of resources or expertise. Most respondents have a positive attitude towards the QoL measurement, they think it has added value and are willing to participate.

Conclusion
Seven QoL instruments can be used in primary dietician practice and there is support and willingness among the target group to have their QoL measured. All dimensions of the IBS-QOL and the IWQOL-Lite were most frequently improved as a result of treatment. This willingness increases once more is known about the benefits of measuring QOL. In short, effective measurement of QoL goes hand in hand with good communication.

Recommendations
The IBS-QOL and IWQOL-Lite are the preferred instruments and it is recommended that the client is informed in advance about how QoL is measures and it's benefits. This will increase the response. The baseline measurement is ideally done prior to the first consultation and the instrument is completed independently by the clients and in their own time. The results can be used to jointly determine the treatment goals. The barriers should be further examined to determine which of effort is necessary to address them.

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 1
1.1 AANLEIDING 1
1.2 PROBLEEMANALYSE 1
1.3 ONDERZOEKSVRAAG & DEELVRAGEN 3
1.4 DOELSTELLING & MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE 3
2. METHODE 4
2.1 METHODE LITERATUURONDERZOEK 4
2.1.1 Zoekstrategieën 4
2.1.2 Inclusiecriteria 4
2.2 METHODE PRAKTIJKONDERZOEK 4
2.2.1 Onderzoekspopulatie 4
2.2.2 Kwantitatief 5
2.2.4 Kwalitatief 6
2.2.5 Dataverwerking en -analyse 7
3. RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK 8
3.1 KWALITEIT VAN LEVEN-MEETINSTRUMENTEN 8
3.2 TOEGEVOEGDE WAARDE & BARRIÈRES 14
4. RESULTATEN PRAKTIJKONDERZOEK 17
5. CONCLUSIE 24
6. DISCUSSIE & AANBEVELINGEN 25
6.1 DISCUSSIE 25
6.1 AANBEVELINGEN 28
6.1.1 Aanbevelingen voor verder onderzoek 28
6.1.2 Aanbevelingen voor beleid 28
8. LITERATUURLIJST 30
9. BIJLAGEN 35

1. INLEIDING

1.1 AANLEIDING

De Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) heeft eind 2015 haar meerjarenbeleid 'De Praktijk van de Toekomst' gepubliceerd. Hierin staat dat het doel van de diëtist is om de gezondheidsgerelateerde Kwaliteit van Leven (KvL) van de cliënt waar mogelijk te verbeteren. (1) KvL wordt als volgt door het RIVM (2) gedefinieerd: "het functioneren van personen op fysiek, psychisch en sociaal gebied en de subjectieve evaluatie daarvan." Daarnaast geeft de NVD aan dat er een groeiende behoefte is aan het inzichtelijk maken van de effectiviteit van de behandeling door de diëtist. (1)

Inzicht in de effectiviteit van de dieetbehandeling kan verkregen worden met behulp van diverse meetinstrumenten. Zo zijn er meetinstrumenten, zoals een weegschaal of handknijpkrachtmeter, voor harde uitkomstmaten. Deze fysiologische uitkomsten zijn waardevol voor de diëtist om het effect van de behandeling te bepalen. Het effect van een behandeling beperkt zich echter niet alleen tot de fysiologische uitkomsten. Er zijn ook zachte uitkomstmaten, de patiëntgeoriënteerde uitkomstmaten genoemd (of de veelgebruikte afkorting PROMs). Eén voorbeeld van een zachte uitkomstmaat is de KvL. (3)

Voor het meten van de KvL zijn instrumenten ontwikkeld in de vorm van vragenlijsten. Deze vragenlijsten stellen de cliënt in staat om aan te geven hoe zij hun KvL ervaren. KvL-instrumenten meten in het fysieke, het psychische en het sociale domein van KvL. Deze domeinen kunnen nog verder worden onderverdeeld in dimensies. Zo kan bijvoorbeeld het fysieke domein verder onderverdeeld worden in de dimensies; symptomen, zoals pijnklachten, en fysiek functioneren. Het aantal en de benaming van dimensies kunnen voor elk instrument anders zijn. (2) Welke dimensies relevant zijn, of in welke dimensies een effect wordt gemeten als gevolg van een behandeling, hangt samen met het type en de ernst van een aandoening. (4)

Een verandering in KvL kan gemeten worden door longitudinale inzet [1] van het meetinstrument. (5) Hierdoor kan de diëtist zien of zij haar doelstelling, een verbetering in de KvL van de cliënt, daadwerkelijk heeft behaald en of de behandeling op dit vlak effectief is geweest. (6) Daarmee wordt het mogelijk de resultaten te evalueren en afhankelijk van het meetmoment de dieetbehandeling aan te passen. Deze wijze van evidence based-werken ondersteunt de diëtist bij het behalen van haar doelstelling. Het kan tevens bijdragen aan de verdere ontwikkeling van het vakgebied (7) want dit zogenaamde 'kwaliteitsdenken' zoals de NVD het noemt, dient niet alleen in de spreekkamer te gebeuren maar moet vooral ook worden toegepast op beschikbare meetgegevens. (1) Of de inzet van een KvL-meetinstrument ook andere voordelen biedt is niet duidelijk.

1.2 PROBLEEMANALYSE

Momenteel worden KvL-meetinstrumenten voornamelijk gebruikt om de functionele status[2] van een cliënt op een specifiek moment te bepalen, vaak ten behoeve van een diagnose. (8) Het meten van een verandering in de KvL en daarmee het aantonen van de effectiviteit van de behandeling is echter nog niet breed omarmd in de eerstelijnspraktijk. (9) Gaby Herweijer, zelfstandig diëtiste bij Voeding + Advies, heeft ook als doel de KvL van de cliënt te verbeteren maar meet het effect van de dieetbehandeling momenteel alleen aan de hand van harde uitkomstmaten. Daarom wil Voeding + Advies KvL-instrumenten gaan inzetten om te kunnen meten of er een effect optreedt ten gevolge van de behandeling. Dit inzicht in de effectiviteit van de behandeling zal bijdragen aan de kwaliteit van de zorg van Voeding +

---

[1] Longitudinaal: herhaaldelijk en steeds op dezelfde manier meten om een ontwikkeling in kaart te brengen.

[2] De definitie van functionele status is volgens Verhagen (84): 'het vermogen van een patiënt om algemene dagelijkse fysieke activiteiten uit te voeren'.

Advies aangezien deze vervolgens aangepast kan worden waar nodig.

In de praktijk van Voeding + Advies zijn twee grote groepen cliënten: volwassenen met overgewicht en met prikkelbaredarmsyndroom (PDS of de veelgebruikte Engelse afkorting IBS). Dat dit binnen de praktijk twee grote groepen zijn is niet verrassend gezien de prevalentiecijfers in Nederland. In 2012 had 48% van de Nederlandse volwassen bevolking (tussen de 18 en 65 jaar) een BMI hoger dan 25 (10). Voor IBS is de prevalentie lastiger te bepalen aangezien niet iedereen met IBS-klachten naar de huisarts toe gaat. Geschat wordt dat 5 à 20% van de Nederlandse volwassenen kampt met IBS-klachten. Dit komt bij vrouwen twee keer zo vaak voor. (11) Overgewicht en IBS kunnen een negatieve impact op de KvL hebben (12–15). Uit een onderzoek onder de leden van de Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging (PDSB) uit 2009 blijkt dat dit de meest negatieve impact heeft op de KvL bij de uitvoering dagelijkse activiteiten (16). Volwassenen met overgewicht ervaren hun gezondheid als minder goed dan mensen zonder overgewicht. Overgewicht heeft onder andere een negatieve impact op het psychisch welzijn. Geassocieerde aandoeningen zoals bijvoorbeeld beperkingen in het bewegingsstelsel of diabetes kunnen ook afbreuk doen aan een goede KvL. (14,17) Voeding + Advies wil de KvL-meetinstrumenten allereerst bij deze twee doelgroepen gaan implementeren. Echter, bij Voeding + Advies ontbreekt de kennis welke gevalideerde[3] KvL-meetinstrumenten ingezet kunnen worden om het effect van een behandeling op de KvL te kunnen meten bij deze doelgroepen en in welke dimensies deze effecten gemeten worden. Door dit in kaart te brengen wordt mogelijk inzicht verkregen in welke KvL-instrumenten het beste aansluiten bij de doelgroep.

Het gebruik van een meetinstrument vraagt inzet en tijd van zowel de zorgverlener als de cliënt en het is daarom belangrijk dat hiervoor draagvlak is onder de cliënten. Daarnaast is het mogelijk dat een vervolgmeting van de KvL pas plaatsvindt als de behandeling al is afgerond. Indien de respons uitblijft beschikt Voeding + Advies niet over de gegevens om aan te tonen dat de KvL van de cliënt is verbeterd en kan zij haar effectiviteit niet aantonen. Bij een eerder verzoek aan cliënten om een klanttevredenheidssurvey in te vullen bleef de respons om onbekende redenen uit. Non-respons is echter wel een bekend fenomeen bij surveys en kent een aantal mogelijke oorzaken. Mogelijk bereikt het verzoek hen niet of zijn zij vanwege een beperking zoals het niet beheersen van de Nederlandse taal niet in staat tot deelname. Ook kan het zijn dat zij niet beschikken over de benodigde middelen zoals internet of een computer. Andere oorzaken voor het uitblijven van een respons zijn tijdsgebrek en/of geen interesse in het onderwerp van de survey. Soms is er geen respons vanuit een wantrouwen over wat er met gegevens gebeurd. (18,19) Aangezien een KvL vragenlijst veel lijkt op een survey is de verwachting dat mogelijk non-respons zou kunnen optreden.

Voeding + Advies wil derhalve laten onderzoeken welke gevalideerde KvL-meetinstrumenten ingezet kunnen worden in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk die de effectiviteit van de behandeling op de KvL kunnen aantonen bij volwassenen met overgewicht of IBS. Daarvoor wil zij ook weten of er draagvlak is bij de doelgroep voor de inzet van een KvL-meetinstrument en wat van invloed is op hun bereidheid hier aan mee te werken.

---

[3] Gevalideerde meetinstrumenten zijn instrumenten die getest zijn op hun psychometrische eigenschappen zoals validiteit, betrouwbaarheid en gevoeligheid. (80)

1.3 ONDERZOEKSVRAAG & DEELVRAGEN

Onderzoeksvraag

Welke gevalideerde KvL-meetinstrumenten kunnen ingezet worden in de eerstelijnsdiëtisten-praktijk om de effectiviteit van een behandeling op de KvL aan te tonen bij volwassenen met overgewicht of IBS?

Deelvragen literatuuronderzoek

- Welke generieke en/of ziektespecifieke gevalideerde KvL-meetinstrumenten worden ingezet om een verandering in de KvL te kunnen meten bij volwassenen met overgewicht of IBS en in welke dimensies wordt gemeten?
- In welke dimensies van deze KvL-meetinstrumenten zitten de effecten als gevolg van een behandeling bij volwassenen met overgewicht of IBS?
- Wat zijn de kenmerken van deze meetinstrumenten met betrekking tot het aantal vragen, de recall periode, de invultijd en de mate van zelfstandig invullen?
- Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van een gevalideerd KvL-meetinstrument in een eerstelijnspraktijk voor zowel de diëtist als de cliënt?
- Wat zijn mogelijke barrières met betrekking tot de inzet van een gevalideerd KvL-meetinstrument in de eerstelijnspraktijk?

Deelvragen praktijkonderzoek

- Wat is de houding van volwassenen met overgewicht of IBS ten aanzien van de inzet van KvL-meetinstrumenten in de eerstelijnspraktijk?
- Wat is volgens volwassenen met overgewicht of IBS de toegevoegde waarde van de inzet van KvL-meetinstrumenten in de eerstelijnspraktijk?
- In hoeverre zijn volwassenen met overgewicht of IBS bereid om mee te werken aan een KvL-meting en wat is hierop van invloed?

1.4 DOELSTELLING & MAATSCHAPPELIJKE RELEVANTIE

Het doel van deze scriptie welke in 20 weken tijd wordt uitgevoerd is om te onderzoeken welke gevalideerde meetinstrumenten ingezet kunnen worden in de eerstelijnsdiëtisten-praktijk bij volwassenen met overgewicht of IBS om de effectiviteit van de behandeling op de KvL te meten. Onderdeel hiervan is om te onderzoeken of er draagvlak is bij de doelgroep voor de inzet van een KvL-meetinstrument. Op basis van de resultaten kunnen aanbevelingen worden gedaan aan Voeding + Advies. Dit maakt het voor Voeding + Advies mogelijk onderbouwde beslissingen te nemen over de - wijze van - implementatie van een KvL-instrument.

Resultaten van dit onderzoek zijn tevens relevant voor het vakgebied: het is de taak van de diëtist om bij te dragen aan het verbeteren van de KvL van de cliënt (1). Het meten van de KvL van de cliënt met als doel de effectiviteit van de behandeling aan te tonen wordt nog niet veel gedaan in de diëtistenpraktijk. De resultaten van dit onderzoek kunnen diëtisten helpen een invulling te geven aan de doelstelling zoals benoemd door de NVD.

2. METHODE

2.1 METHODE LITERATUURONDERZOEK

2.1.1 ZOEKSTRATEGIEËN

Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd met behulp van Google Scholar en de databases Pubmed, Cochrane Library en Cinahl. De referenties van de geraadpleegde literatuur werden tevens nagekeken op bruikbare literatuur, de zogenaamde sneeuwbalmethode. Op basis van gevonden literatuur werden nieuwe zoekopdrachten geformuleerd en toegepast. De zoektermen die gebruikt werden zijn opgenomen in bijlage I.

2.1.2 INCLUSIECRITERIA

Inclusiecriteria voor de wetenschappelijke artikelen waren bij voorkeur: een level of evidence van minimaal C, niet ouder dan 15 jaar en full tekst beschikbaarheid. (20) Reden hiervoor is dat waar mogelijk gebruik kon worden gemaakt van de meest recente ontwikkelingen en inzichten in het vakgebied. Desondanks zijn oudere artikelen geïncludeerd indien deze relevante informatie bevatten voor dit onderzoek of waaraan in recentere artikelen werd gerefereerd. Uitzonderingen zijn ook gemaakt voor onderzoeken die de ontwikkeling en validatie van de instrumenten beschrijven. Van de gevonden literatuur werd de titel en abstract beoordeeld om te bepalen of het onderzoek kon worden gebruikt voor het beantwoorden van een deelvraag.

Tijdens het literatuuronderzoek werd gezocht naar gevalideerde meetinstrumenten die ingezet worden om een verandering in de KvL te meten bij volwassenen met overgewicht of IBS en in welke dimensies deze effecten zaten. Hierbij werd bij voorkeur gebruik gemaakt van onderzoeken waar een diëtistische behandeling werd ingezet. Bij gebrek aan literatuur is echter in sommige gevallen besloten onderzoeken te includeren die zich richten op inzet van al dan niet vrij verkrijgbare medicatie en/of supplementen bij de doelgroep.

2.2 METHODE PRAKTIJKONDERZOEK

Het betrof een combinatie tussen een kwantitatief en kwalitatief onderzoek om de deelvragen te kunnen beantwoorden. Dit wordt ook wel de “mixed method” genoemd. Er is voor deze opzet gekozen omdat dit onderzoek een combinatie tussen meten en begrijpen tot doel had. Vanwege de inzet van de enquête kon in korte tijd een grote groep mensen worden bereikt waardoor de kans op een hoge respons werd vergroot. Gestreefd werd naar een hoge respons om zodoende cijfermatige uitspraken te kunnen doen en de resultaten te kunnen generaliseren naar de populatie. Door vervolgens in de interviews dieper in te gaan op de antwoorden van respondenten werd geprobeerd beter te begrijpen wat van invloed is op de bereidheid van de doelgroep om mee te werken aan een KvL-meetinstrument. Deze mixed method beoogde tevens de kwaliteit van de conclusie en aanbevelingen ten goede te komen.

2.2.1 ONDERZOEKSPOPULATIE

De populatie voor het praktijkonderzoek omvatte volwassenen tussen de 18 en 65 jaar met overgewicht en/of IBS. Additioneel inclusiecriteria was het beheersen van de Nederlandse taal. Aangezien de steekproefberekening op ± 320 personen per doelgroep uitkwam werd dit gezien de duur van het onderzoek niet haalbaar geacht (foutmarge 5%, betrouwbaarheid 95%, geschatte respons 25%) (21). Daarom is gekozen om ‘the rule of 10’ te hanteren per variabele (tabel 1) uit de enquête (22). De steekproefomvang voor de enquête werd daarmee vastgesteld op een minimum van 70 respondenten. Vanwege de korte looptijd van het onderzoek werd het niet haalbaar geacht verzadiging te bereiken tijdens het kwalitatieve onderzoek. Er werd daarom gekozen voor vijf interviews zodat een enigszins representatief beeld geschetst kon worden.

2.2.2 *KWANTITATIEF*

Het kwantitatieve onderzoek werd cross-sectioneel uitgevoerd door middel van een enquête via het online systeem Surveymonkey® die vanaf 21 maart 2016 tot en met 15 april 2016 ingevuld kon worden. De enquête trachtte een eerste antwoord te geven op de deelvragen van het praktijkonderzoek.

De enquête is opgesteld aan de hand van de probleemanalyse van de opdrachtgever, de resultaten van het literatuuronderzoek en de deelvragen van het praktijkonderzoek. De begrippen van de deelvragen werden daarvoor geoperationaliseerd (zie tabel 1). Dit is gedaan door deze begrippen om te zetten in variabelen en vervolgens in meetbare vragen. Daarbij is aangegeven met welke vraagtypen dit werd uitgevoerd. Bij het opstellen van de variabelen, en daarmee de vragen en stellingen, werden ook een aantal veronderstelde oorzaken van non-respons verwerkt om te onderzoeken of deze van invloed zijn op de bereidheid om mee te werken aan een KvL-meting.

Tabel 1: Operationaliseringstabel

Begrippen	Variabelen	Enquêtevragen	Vraagtypen
Houding	ten aanzien van de KvL meting door diëtist	Wat vindt de cliënt ervan als de diëtist de KvL gaat meten?	Stellingen (4-punts Likertschaal) / open vraag
	ten aanzien van het delen van informatie met de diëtist	Wat vindt de cliënt van het delen van persoonlijke informatie door middel van het KvL-meetinstrument?	Stellingen (4-punts Likertschaal) / open vraag
	ten aanzien van de uitkomsten van de KvL meting	Wat verwacht de cliënt als de diëtist de KvL gaat meten?	Stellingen (4-punts Likertschaal) / open vraag
Toegevoegde waarde	Voordelen	Welke voordelen biedt het meten van de KvL volgens de cliënt? In hoeverre vindt de cliënt dat de inzet van een KvL - meetinstrument van meerwaarde is?	Open vraag / stellingen (4-punts Likertschaal), open vraag
Bereidheid	Effort	Zijn cliënten bereid om mee te werken aan een KvL-meting? Wat is van invloed op de bereidheid om mee te werken aan een KvL-meting?	Stellingen (4-punts Likertschaal), meerkeuzevraag, open vraag
	Meten	Wat vindt de cliënt van de mogelijke meetmomenten (in privétijd of tijdens het consult)? Wat vindt de cliënt van de wijze van meten? Zelfstandig versus samen met diëtist en middels een vragenlijst versus tijdens een gesprek? Zijn de cliënten bereid om het meetinstrument vaker in te vullen, ook als de behandeling ten einde is?	Stellingen (4-punts Likertschaal), open vraag, meerkeuzevraag
	Tijd	Hoeveel tijd wil de cliënt besteden aan de KvL-meting in privétijd of tijdens het consult?	Numeriek

In de enquête werd gebruikt gemaakt van diverse vraag- en antwoordtypes. In een aantal gevallen is gebruikt gemaakt van stellingen met als antwoordmogelijkheid een 4-punts Likertschaal (1= helemaal mee oneens, 2= enigszins mee oneens, 3= enigszins mee eens, 4= helemaal mee eens). Een Likertschaal wordt veel toegepast om de houding van respondenten te bevragen. Het even aantal (4-punts) werd gekozen om het risico op neutrale antwoorden te verkleinen en interpretatie van de gegevens te vergemakkelijken. (23) Respondenten kregen wel de mogelijkheid om aan te geven dat ze de vraag niet konden beantwoorden of niet op hen van toepassing was (n.v.t./weet niet). In de meeste gevallen konden de respondenten een reactie achterlaten. Waar mogelijk zijn de antwoorden gerandomiseerd aangeboden. Omdat de tendens bestaat onder respondenten de eerste antwoorden meer aandacht te geven, is hiermee voorkomen dat er een scheve verdeling in resultaten is opgetreden. De enquête werd allereerst door een viertal medestudenten, twee experts en de opdrachtgever beoordeeld. Vervolgens is de vragenlijst in een pilot getest bij een drietal personen uit de doelgroep. Routingsfouten zijn gecorrigeerd, onduidelijke vragen

zijn aangepast en toegelicht. Na de testfase is de definitieve enquête ingezet voor het praktijkonderzoek. Wijzigingen zijn vanaf dat moment niet meer mogelijk geweest.

De enquête (zie bijlage II) startte met een introductie: het begrip KvL en hoe de KvL wordt gemeten werd toegelicht aan de hand van een aantal voorbeelden. Gedurende de enquête werden abstracte begrippen voorafgaand aan de vragen ook uitgelegd met behulp van voorbeelden. Daarna volgde een algemeen deel waarin demografische gegevens werden nagevraagd en een aantal algemene vragen. Doel van deze vragen was om achteraf te kunnen bepalen of de resultaten konden worden gegeneraliseerd voor de doelgroep en of de respondenten voldeden aan de inclusiecriteria. Enquêtes waarvan alleen het eerste gedeelte was ingevuld werden niet meegenomen in de resultaten. De volgende onderdelen van de enquête trachten de praktijkdeelvragen te beantwoorden. Aan het begin en aan het einde van de enquête werd gevraagd of respondenten hun KvL wilden laten meten. Dit had tot doel om te onderzoeken of respondenten van mening zouden veranderen en wat hierop van invloed was. Respondenten werden op basis van hun antwoorden door de enquête geleid. Deze routing, en het feit dat niet alle vragen verplicht waren, zorgde ervoor dat niet alle respondenten dezelfde vragen kregen en het aantal antwoorden per vraag was daardoor verschillend.

De online enquête van SurveyMonkey® werd via de website en Facebook-pagina van PDSB[4] en de nieuwsbrief van de Obesitas Vereniging verspreid. Daarnaast werd de enquête op diverse Facebook-groepen geplaatst die bestemd zijn voor deze doelgroepen. Uit het adressenbestand van Voeding + Advies werden de cliënten geselecteerd met overgewicht en/of IBS en via een mailing werden zij benaderd. De tekst van de uitnodiging was voor alle kanalen gelijk en bevatte informatie over het doel van de enquête, de invulduur, de inclusiecriteria en de verloting van een VVV-bon. Aan het einde van de enquête konden de deelnemers aangeven of ze benaderd wilden worden voor een interview. Drie weken na het online beschikbaar stellen van de enquête werd overgegaan tot het houden van de interviews. De minimale respons op de enquête was inmiddels ruim behaald (*n*=218). De enquête bleef online tot en met 15 april 2016.

2.2.4 Kwalitatief

Het kwalitatieve onderzoek werd uitgevoerd in de vorm van semigestructureerde interviews met als doel verder te onderzoeken wat van invloed is op de bereidheid van de doelgroep om mee te werken aan een KvL-meting en zodoende de praktijkdeelvragen volledig te kunnen beantwoorden. Er hadden zich meer dan voldoende deelnemers gemeld voor de interviews (*n*=34). Dit maakte het mogelijk door middel van een doelgerichte steekproef (23) de deelnemers (*n*=5) voor de interviews te selecteren. In samenspraak met Voeding + Advies is gekozen om te onderzoeken wat respondenten motiveert die positief tegenover de KvL-meting staan. Van de vijf geïnterviewden waren er twee van mening veranderd tijdens het invullen van de enquête. Verdere selectie is gemaakt op basis van enquête-antwoorden waarbij een zo groot mogelijke variëteit tot doel werd gesteld. Ondanks dat is geprobeerd ook mannen te interviewen is dit niet gelukt.

De interviews vonden plaats tussen 4 en 11 april 2016. Voorafgaand aan de interviews werd een topiclijst opgesteld. Dit gebeurde op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek, de deelvragen van het praktijkonderzoek en de tot dusver beschikbare enquêteresultaten. De topiclijst (zie bijlage III) is door medestudenten beoordeeld en vervolgens bijgesteld waar nodig. Vanwege het iteratieve karakter van het kwalitatief onderzoek is de topiclijst gaandeweg de interviews nog uitgebreid.

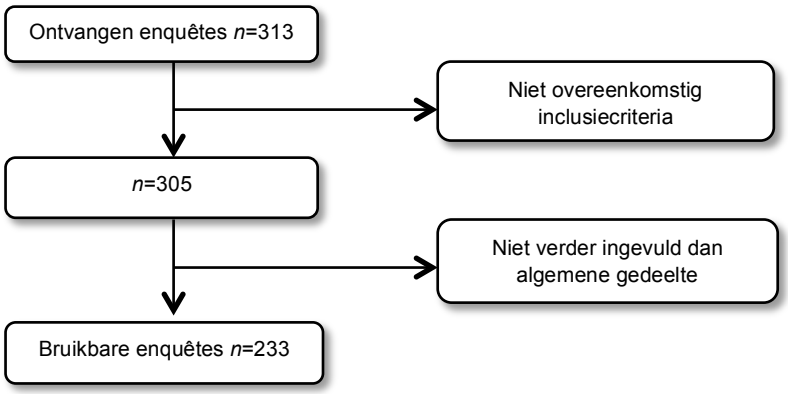
---

[4] Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging.

Er werd gestart met een pilot-interview, dat face to face werd afgenomen met een respondent van de enquête. Doel van de pilot was om te zien of het gesprek binnen de gestelde tijd van 30 minuten kon worden afgenomen en om ervaring op te doen voor de onderzoeker. Dit gesprek van rond de 30 minuten is getranscribeerd en geanalyseerd. Het transcript van het pilot-interview is meegenomen in de data-analyse. De daarop volgende interviews werden telefonisch afgenomen vanwege de beperkte tijd en gezien de reisafstand tot de deelnemers. Deelnemers werden van te voren schriftelijk op de hoogte gesteld van het doel en de duur van het interview, dat de gegevens werden geanonimiseerd en dat het gesprek werd opgenomen teneinde te worden getranscribeerd. Aangezien het voor sommigen al enige tijd geleden was dat ze de enquête hadden ingevuld werd het antwoord uit de enquête waar nodig kort herhaald.

2.2.5 DATAVERWERKING EN -ANALYSE

De enquêtes waarvan alleen het algemene gedeelte was ingevuld of de respondenten niet voldeden aan de inclusiecriteria zijn uitgesloten van analyse. Alle andere enquêtes zijn in de resultaten meegenomen, ook indien de enquête tussentijds was gestaakt aangezien de beschikbare antwoorden relevant werden geacht voor dit onderzoek. Het selectieproces is weergegeven in afbeelding 1.



Afbeelding 1: Stroomdiagram respondenten selectie

De 233 resultaten van de online enquête werden door middel van beschrijvende statistiek verwerkt. Dit geschiedde met behulp van Excel en de beschikbare rapportages van Surveymonkey®. Een aantal vragen zijn voorafgaand aan de analyse uitgesloten aangezien ze bij nader inzien geen deelvraag beantwoorden. Het gaat om vragen acht, negen en de derde stelling van vraag elf.

Voor de start van de interviews op 4 april 2016 werden de enquêtes van de geïnterviewden doorgenomen ter voorbereiding op het gesprek. Alle interviews werden woordelijk getranscribeerd door het bedrijf Transcriptworld. Daarna vond open codering plaats: aan de hand van resultaten werden thema's geformuleerd en gekoppeld aan uitspraken van de transcripten. De thema's die uit de codering tot stand kwamen zijn: "persoonlijke situatie", "toegevoegde waarde", "rol diëtist", "verwachtingen", "meetmoment" en "delen informatie". Het eerste interview is door een medestudent gecodeerd en vergeleken met de codering van de onderzoeker. Het toepassen van codering zorgde er voor dat de antwoorden van de respondenten onderling vergelijkbaar werden waardoor kon worden gekeken of er eenstemmigheid in de antwoorden te vinden was. De resultaten van de interviews zijn waar mogelijk cijfermatig gepresenteerd en anders woordelijk beschreven. Uitspraken van respondenten die de resultaten ondersteunden en meer inzicht boden in de achterliggende motieven zijn middels citaten opgenomen.

3. RESULTATEN LITERATUURONDERZOEK

3.1 KWALITEIT VAN LEVEN-MEETINSTRUMENTEN

De deelvragen van het literatuuronderzoek hebben geresulteerd in een zevental gevalideerde KvL-meetinstrumenten die het effect van een behandeling op de KvL hebben gemeten bij volwassenen met overgewicht of IBS. Het gaat om twee generieke en om vijf ziektespecifieke KvL-meetinstrumenten. De generieke instrumenten zijn de EQ-5D en de SF-36. Voor IBS zijn dit de IBS-QOL en de IBS-36 en voor overgewicht de OWLQOL, IWQOL en OWLQOL-Lite. De resultaten zijn per deelvraag toegelicht en per instrument zijn de dimensies waarin een effect als gevolg van een behandeling is gemeten weergegeven in tabel 2.

Welke generieke en/of ziektespecifieke gevalideerde KvL-meetinstrumenten worden ingezet om een verandering in de KvL te kunnen meten bij volwassenen met overgewicht of IBS en in welke dimensies wordt gemeten?

EQ-5D
De EQ-5D is in 2001 ontwikkeld door de internationale researchgroep Euroqol en is een generiek KvL-meetinstrument. De naam refereert aan de ontwikkelaars en aan de vijf dimensies waarin gemeten wordt. De EQ-5D is specifiek ontwikkeld om andere KvL-instrumenten te complementeren maar wordt steeds vaker autonoom gebruikt. (24) De vijf dimensies waarin gemeten wordt zijn: mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn of andere klachten en angst & depressie. Mobiliteit gaat over de mate waarin iemand in staat is te bewegen, zelfzorg in hoeverre iemand in staat is zich te wassen en kleden. Dagelijkse activiteiten gaat over of iemand in staat is te werken/studeren, huishoudelijke taken kan verrichten en invulling geven aan vrijetijdsbesteding. Pijn of andere klachten en angst & depressie gaan over de mate waarin deze klachten en gevoelens ervaren worden. Er zijn twee varianten van de EQ-5D, één met een drietal antwoordmogelijkheden (EQ-5D-3L) en één met vijf (EQ-5D-5L). Deze laatste variant is ontwikkeld om het ceiling en floor effect[5] te verminderen. (25) Daarnaast bieden beide varianten dezelfde visueel analoge schaal (VAS) waarop de persoonlijke waardering voor de KvL aangegeven kan worden. (25,26)

SF-36
In 1992 is in opdracht van de Medical Outcome Studie (MOS) gestart met de ontwikkeling van het generieke KvL-meetinstrument de SF-36. (27) Het instrument meet in acht dimensies: fysiek functioneren, rolbeperkingen door fysieke gezondheidsproblemen, lichamelijke pijn, vitaliteit , ervaren gezondheid, geestelijke gezondheid, sociaal functioneren en rolbeperkingen door emotionele problemen. Fysiek functioneren gaat over de mate waarin iemand in staat is fysieke activiteiten uit te voeren. Rolbeperkingen zegt iets over in hoeverre mensen in hun dagelijkse activiteiten beperkingen ervaren door hun gezondheid of emotionele problemen. Ervaren gezondheid is de persoonlijke waardering van de gezondheid en vitaliteit gaat over het energie niveau van de cliënt. Resultaten kunnen ook in componenten worden weergegeven. Bij de “Physical Component Summary” (PCS) krijgen de eerste vijf dimensies een positieve weging en bij “Mental Component Summary” (MCS) krijgen de laatste vier dimensies een positieve weging. (28)

IBS-QOL
Patrick et al. hebben in 1998 het ziektespecifieke KvL-meetinstrument IBS-QOL ontwikkeld. De IBS-QOL is in staat om de impact van IBS op de KvL te meten (29) en een verandering hierin als gevolg van een behandeling. (30) De vragenlijst meet in acht dimensies: dysforie,

---

[5] Ceiling en floor effect: voor patiënten die heel goed of heel slecht scoren bij de baseline meting, blijven de veranderingen die wellicht nog optreden mogelijk onopgemerkt.

invloed op activiteiten, lichaamsbeeld, zorgen om gezondheid, vermijden van voedsel, sociale reactie, seksuele beleving en relatie. Dysforie is een ander woord voor een sombere of prikkelbare stemming, soms gepaard met angst of rusteloosheid. Met sociale reactie wordt bedoeld in hoeverre mensen in hun sociale omgang met anderen worden beperkt en hoe ze zich daarbij voelen. (16,31)

IBS-36
Groll et al. hebben in 2002 de IBS-36 ontwikkeld specifiek voor patiënten met IBS. Het instrument is gevalideerd en voldoende gevoelig om het effect van klinische interventies waar te nemen. (32) De acht dimensies waarin gemeten wordt zijn: dagelijkse activiteiten, emotionele impact, familie relaties, voeding, slaap & vermoeidheid, sociale impact, seksuele relaties en symptomen. (32)

OWLQOL
De Obesity and Weight Loss Quality of Life Questionnaire (OWLQOL) is ontwikkeld door Patrick et al. en is een ziektespecifiek KvL-meetinstrument. De OWLQOL is bedoeld om tegelijkertijd met de Weight-Related Symptom Measure (WRSM) te worden ingezet. De WRSM vraagt naar de aanwezigheid van symptomen en de mate waarin deze hinderlijk zijn voor de cliënt. Het instrument is gevalideerd door Niero et al. (2002) en Patrick et al. (2004) (33,34). Het instrument beoordeelt emoties en gevoelens waarvan wordt aangenomen dat deze kenmerkend zijn voor personen met overgewicht die proberen om gewicht te verliezen in de vier dimensies: zelfbeeld, proberen af te vallen, sociaal stigma en lichamelijke gezondheid. De uitkomst van de meting wordt alleen op overall score weergegeven en niet per dimensie. (34,35)

IWQOL & IWQOL-Lite
De IWQOL, Impact of Weight on Quality of Life, is een ziektespecifiek KvL-meetinstrument dat in 1995 is ontwikkeld door Kolotkin et al. Het doel van de onderzoekers was om een instrument te ontwikkelen dat de impact op overgewicht kon meten en wat de effecten zijn van een behandeling op de KvL. (36) De IWQOL is in latere studies door de ontwikkelaars gevalideerd. (37,38) Het instrument meet in de acht dimensies: dagelijkse activiteiten, gezondheid, sociale en persoonlijke status, mobiliteit, eigenwaarde, ongedwongenheid met voeding, werk en seksualiteit. Een kortere variant is ontwikkeld genaamd de IWQOL-Lite. De Lite versie meet in vijf dimensies van KvL: lichamelijk functioneren, eigenwaarde, seksualiteit, werk en problemen in het dagelijkse leven. (36,39,40)

In welke dimensies van deze KvL-meetinstrumenten zitten de effecten als gevolg van een behandeling?

EQ-5D
De KvL betrof een secundaire uitkomstmaat van twee dubbelblinde randomized controlled trials (RCT) uitgevoerd door Quigley et al. (2013) waarin het effect van linaclotide op de symptomen van patiënten met IBS en op de KvL is onderzocht. Linaclotide verlicht darmklachten zoals pijn. De metingen vonden plaats op baseline en op minimaal twee vervolgmomenten (twee groepen met een andere looptijd van 12 of 26 weken). Een statistisch significante verbetering in de overall score van de KvL is bij de behandelgroep van 26 weken gemeten ten opzichte van de placebogroep. (41)

SF-36
Warkentin et al. (2014) hebben een systematische review uitgevoerd van 53 onderzoeken allen gericht op gewichtsafname bij de patiënten met overgewicht. De SF-36 is bij 28 onderzoeken ingezet om het effect op de KvL ten gevolge van het gewichtsverlies te meten.

Een meta-analyse van PCS[6] score en de dimensie fysiek functioneren liet een statistisch significante verbetering zien bij de behandelgroep. (42)

In een placebo-gecontroleerd, gerandomiseerd onderzoek van Kolotkin (2009) werd gedurende één jaar de impact op de KvL gemeten bij mensen met overgewicht. Deelnemers met een BMI van minimaal 27 kregen een calorierestrictie van 500 kcal en daarbij voedings- en sportadviezen. Bij gewichtsafname van >10% werd waren de verschillen met de controlegroep statistisch significant in alle dimensies met uitzondering van de dimensies ervaren gezondheid en vitaliteit. (43)

Yancy et al. (2009) hebben gedurende 24 weken in een dubbelblinde RCT het effect op KvL onderzocht als gevolg van twee diëten gericht op gewichtsafname; een dieet laag in koolhydraten (LCD) en een dieet laag in vet (LFD). De LCD-groep toonde een statistisch significante verbetering in de MCS score ten opzichte van de LFD-groep. Lichamelijke pijn verbeterde statistisch significant binnen de LFD-groep. (44)

Wat de impact was van dieetadvies bij IBS-patiënten werd door El-Salhy et al. (2010) onderzocht. Additioneel kregen de deelnemers probiotica en het advies drie maal per week te sporten. De KvL werd gemeten bij baseline en vanaf dat moment elke drie maanden tot twee jaar. Statistisch significante verbeteringen zijn gemeten na zes, twaalf en 24 maanden in de dimensies fysiek functioneren, lichamelijke pijn, sociaal functioneren, vitaliteit en geestelijke gezondheid. (45)

KvL was een secundaire uitkomstmaat in een prospectief cohort onderzoek van Aziz et al. (2015) waar het effect van een glutenvrij dieet op de KvL van IBS-patiënten werd onderzocht. Er waren twee patiëntgroepen met elk een ander genvariant - een indicatie voor genetische aanleg van coeliakie - van de HLA DQ2/8 (groep A: HLA-DQ2/8-negative & groep B: HLA-DQ2/8-positive). Na 6 weken was er een statistisch significante verbetering in de overall score bij beide groepen (*n*=41). Deze verbetering was bij de groep B statistisch significant in de dimensie vitaliteit. Na twaalf maanden werd een “intention-to-treat”-analyse[7] gedaan (*n*=44). Hier was de verbetering bij de groep B statistisch significant groter in de dimensies vitaliteit en rolbeperkingen vanwege emotionele problemen. (46)

In een dubbelblinde RCT van Cappello et al. (2013) waarin het effect van Probinul, een pre- en probioticamix, op de KvL van IBS-patiënten werd onderzocht gedurende vier weken is een statistisch significante verbetering gemeten in alle dimensies van de SF-36, behalve vitaliteit. Ook bij de placebogroep was een statistisch significante verbetering te zien in de dimensies rolbeperkingen door fysieke problemen, lichamelijke pijn en geestelijke gezondheid. (47)

IBS-QOL

Het eerder genoemde onderzoek van El-Salhy et al. uit 2010 heeft ook de KvL gemeten door middel van de IBS-QOL. Statistisch significante verbeteringen zijn gemeten na zes, twaalf en 24 maanden in alle dimensies met uitzondering van vermijden van voedsel en seksuele relaties. (45)

Ostgaard et al. (2012) hebben het effect van voorlichting over gezonde voeding op de KvL onderzocht bij IBS-patiënten. Twee jaar voorafgaand aan het onderzoek is aan één groep FODMAP[8] dieetadvies verstrekt. Na deze twee jaar is hen gevraagd de IBS-QOL in te vullen. De KvL-metingen werden vergeleken met een gezonde controlegroep zonder dieetadvies en

---

[6] SF-36 “Physical Component Summary” (PCS) en “Mental Component Summary” (MCS).

[7] Bij een intention to treat (ITT) analyse worden gegevens van alle deelnemers meegenomen in de analyse ongeacht of ze tussentijds zijn gestopt of non-compliant waren met het programma. (85)

[8] FODMAP: Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols.

een patiëntgroep zonder dieetadvies. Voor de groep die dieetadvies had ontvangen werd in alle dimensies een statistisch significante verbetering gemeten, met uitzondering van vermijden van voedsel, zorgen om gezondheid en seksuele beleving. (48)

Bij een vergelijkbaar onderzoek van Mazzawi et al. uit 2013 waarbij ook de voorlichting over FODMAPs en eetgedrag centraal stond is na drie maanden een vervolgmeting voor de KvL gedaan. In de overall score en in alle dimensies, behalve relaties, werd ook hier een statistisch significante verbetering gezien. (49)

Choi et al. (2011) hebben de impact onderzocht van de probiotica stam 'Saccharomyces boulardii' op de KvL bij IBS-patiënten. Vergeleken met baseline werd na vier weken in alle dimensies een statistisch significante verbetering gemeten. Ook de placebogroep liet verbetering zien in de dimensies dysforie en zorgen om gezondheid. (50)

Een statistisch significante verbetering in alle dimensies en de overall score van de IBS-QOL werd ook gemeten in een dubbelblinde RCT van Abbasnezhad et al. uit 2016. Daar kregen 44 patiënten gedurende zes maanden tweewekelijks een dosis Vitamine D_3 (50,000 IU[9] omgerekend 1,25 mg). (51)

Diverse onderzoeken hebben zich ook gericht op behandelingen met medicatie. Zo hebben Hou et al. (2014) in een prospectief cohort onderzoek de verandering in KvL als primaire uitkomstmaat bij IBS-patiënten tot doel gesteld. De behandeling onderzocht de inzet van twee soorten medicatie die werkzaam zijn tegen darmkrampen. De KvL werd gemeten op baseline, na vier en acht weken behandeling en heeft een statistisch significante verbetering in KvL gemeten in overall scores van het instrument zowel als in alle dimensies. (52)

Drossman et al. (2009) onderzochten in twee gerandomiseerde, placebo gecontroleerde onderzoeken bij IBS-patiënten de effecten van een obstipatie medicijn, genaamd Lubiprostone. Als secundaire uitkomstmaat werd de KvL gemeten op baseline en na twaalf weken. De IBS-QOL heeft bij de groep die de medicatie kreeg toegediend verbeteringen waargenomen in alle dimensies. In twee dimensies was de verbetering statistisch significant, te weten; lichaamsbeeld en zorgen om gezondheid. Er waren in de dimensies sociale reactie, vermijden van voedsel, zorgen om gezondheid, dysforie en lichaamsbeeld klinisch relevante verbeteringen. (53)

IBS-36

Silk et al. (2009) hebben in een onderzoek het effect van de behandeling van onder andere prebiotica op de stoelgang willen aantonen. Als secundaire uitkomstmaat werd in dit onderzoek de KvL gemeten. Het onderzoek bestond uit drie groepen: twee behandelgroepen (3,5 gram of 7 gram prebiotica) allen afgezet tegen een placebogroep. Vergeleken met de placebogroep had een toediening van 7 gram prebiotica na vier weken een statistisch significant groter effect op de overall score van de KvL. Bij de andere behandelgroep (3,5 gram) was wel een verbetering maar was deze niet significant. (54)

OWLQOL

De resultaten van de onderzoeken zijn gebaseerd op de overall score van de OWQOL en bieden geen inzicht in de afzonderlijke dimensies.

Karlsen et al. (2013) hebben onderzocht wat de impact is van een intensief leefstijl-programma na bariatrische chirurgie met als doel na één jaar een gewichtsverlies van 10% of meer te behouden. Er waren drie groepen; een placebogroep, een groep met intensieve leefstijlinterventie (ILI) en een groep die een gastric bypass (RYGB) had ondergaan. Het leefstijladvies richtte zich op eetgedrag en de richtlijnen van Goede Voeding in Noorwegen.

---

[9] IU = International Unit.

Er waren statistisch significante verbeteringen bij zowel de ILI-groep als de RYGB-groep. (55)

Karlsen et al. (2013) onderzochten ook de effecten op KvL bij toename in lichamelijke activiteit in combinatie met het normaliseren van eetgewoontes bij 199 patiënten met obesitas. Na één jaar is er een statistisch significante verandering gemeten met behulp van de OWLQOL. (56)

Ook Cash et al. (2013) onderzochten in hoeverre fysieke activiteit de KvL beïnvloed bij mensen met obesitas. Het resultaat was een verbetering in KvL vanwege een toename in fysieke activiteit en een afname in BMI, gemeten na 2 jaar interventie. Een klinisch relevante verbetering is hiermee niet aangetoond, echter de onderzoekers menen dat de resultaten redelijkerwijs als belangrijk moeten worden gezien vanwege de effectgrootte[10]. De stijging van 2 punten op de OWLQOL score is 10% verbetering ten opzichte van range waar 50% van de scores zich bevinden. (57)

IWQOL-Lite

Kolotkin at al. (2001) onderzochten gedurende één jaar wat de impact was van regelmatige consulten bij een diëtist, een persoonlijk voedings- en beweegadvies en een medicijn dat het hongergevoel remt (*d,l*-fenfluramine HCl, 20mg driemaal daags). Deelnemers wogen bij aanvang allen ≥130% van hun ideale lichaamsgewicht. Gemiddeld verloren ze 20,2 kg (17,6%) van hun gewicht gedurende één jaar. Er waren twee meetmomenten: baseline en na één jaar. Alle dimensies van de IWQOL-Lite waren statistisch significant verbeterd. (58)

In het eerder genoemde onderzoek van Kolotkin uit 2009 is ook de IWQOL-Lite ingezet. De onderzoekers hebben voor vier groepen de effectgrootte berekend (Cohens' d); gewichtstoename van 0–4,9% en ≥5% en gewichtsafname van 0–4,9% en ≥5%. Een effect vanaf 0,8 is groot. Een matige effectgrootte van >0,57 werd in de dimensies lichamelijk functioneren, eigenwaarde en de totale score gemeten bij gewichtsverlies van 5 tot 9.9%. Was het gewichtsverlies >10% dan was dit effect groot met >0,93. Tussen de groepen waren de verschillen statistisch significant in de overall score. (43)

In een dubbelblinde placebogecontroleerde RCT van DiFrancesco et al. (2007) werd gedurende zes maanden de impact van een laagcalorisch dieet in combinatie met het medicijn Sibutramine op gewichtsverlies en op de KvL gemeten. Sibutramine is een middel waarmee het verzadigingsgevoel eerder wordt bereikt. De verbeteringen bij de behandelgroep waren na zes maanden statistisch significant in alle dimensies van het instrument. (59)

IWQOL

Foster et al. (2004) hebben in een cohort onderzoek primair onderzocht wat de korte en lange termijn effecten zijn van cognitieve therapie op de acceptatie van gematigd gewichtsverlies. Als secundaire uitkomstmaat is de KvL bepaald met de IWQOL na het programma van 40 weken en één jaar hierna. De IWQOL liet na 40 weken bij een gewichtsverlies van gemiddeld 5,3% een statistisch significante verbetering zien in bijna alle dimensies, behalve werk. Dit was nog steeds zo na één jaar met uitzondering van de dimensies voeding, seksualiteit en werk. Hiermee wordt gesuggereerd dat de IWQOL reeds na matig gewichtsverlies - vanaf >5% - een verandering kan meten. (60)

---

[10] De effectgrootte is een statistische maat en laat zien hoe sterk het effect van een handeling is op een populatie. Vaak in vergelijking met van een controlegroep. (71)

Tabel 2: Overzicht effecten van behandelingen gemeten in dimensies

Instrument	Populatie	Effecten van behandeling in dimensies gemeten	Geen effecten gevonden/gegevens beschikbaar
EQ-5D	IBS	Overall score (41)	Mobiliteit, Zelfzorg, Dagelijkse Activiteiten, Angst & Depressie, Pijn of andere klachten
	Overgewicht		Angst & Depressie, Pijn Mobiliteit, Zelfzorg, Dagelijkse Activiteiten
SF-36	IBS	Fysiek functioneren (45,47) Geestelijke gezondheid (45,47) Lichamelijke pijn (45–47) Vitaliteit (45) Sociaal functioneren (45,47) Ervaren gezondheid (46,47) Rolbeperkingen door fysieke problemen (47) Rolbeperkingen door emotionele problemen (46,47) Overall score(46)	MCS, PCS
	Overgewicht	Fysiek functioneren (42,43) PCS (42,43) Geestelijke gezondheid (43) Lichamelijke pijn (43,44) Sociaal functioneren (43) Rolbeperkingen door fysieke problemen (43) Rolbeperkingen door emotionele problemen (43) MCS (44)	Ervaren gezondheid, Vitaliteit
IBS-QOL	IBS	Lichaamsbeeld (45,48–53) Invloed op activiteiten (45,48–52) Sociale reactie (45,48–53) Seksuele beleving (49–52) Vermijden van voedsel (49–53) Zorgen om gezondheid (45,49–53) Dysforie (45,48–53) Relatie (45,48,50–52) Overall (45,50–52)	
IBS-36	IBS	Overall score (54)	Voeding, Slaap & vermoeidheid, Dagelijkse activiteiten, Emotionele impact, Familie relaties, Sociale impact Seksuele relaties, Symptomen
OWLQOL	Overgewicht	Overall (55,**57**,56)	Zelfbeeld, Proberen af te vallen, Stigma, Lichamelijke gezondheid
IWQOL	Overgewicht	Dagelijkse Activiteiten(60) Gezondheid (60) Seksualiteit (60) Sociale en persoonlijke status (60) Mobiliteit (60) Eigenwaarde (60) Ongedwongenheid met voeding (60)	Werk
IWQOL-Lite	Overgewicht	Overall score (43,58,59) Lichamelijk functioneren (**43**,58,59) Eigenwaarde (**43**,58,59) Seksualiteit (58,59) Werk (58,59) Problemen in het dagelijkse leven (58,59)	

** Vetgedrukte referenties zijn niet statistisch significant*

Wat zijn de kenmerken van deze meetinstrumenten ten aanzien van aantal vragen, recall periode, invultijd en de mate van zelfstandig invullen?

De kenmerken van de KvL-meetinstrumenten zijn in tabel 3 weergegeven.

Tabel 3: Kenmerken van de KvL-meetinstrumenten

	Aantal vragen	Recall periode	Invulduur	Zelfstandig invullen
EQ-5D (24)	5	Vraagt hoe de cliënt zich voelt op het moment van invullen	Enkele minuten	Ja
SF-36(27)	36	twee variant beschikbaar: Afgelopen week of 4 weken	10 minuten	Ja
IBS-QOL (16,31)	34	Afgelopen 30 dagen	10 minuten	Ja
IBS-36 (32)	36	Afgelopen twee maanden	20 minuten	Ja
OWLQOL (34,35)	17	Afgelopen twee weken	5 minuten	Ja
IWQOL (36,39,40)	74	Afgelopen zeven dagen	5 minuten	Ja
IWQOL-Lite (36,39,40)	31	Afgelopen zeven dagen	3 minuten	Ja

3.2 TOEGEVOEGDE WAARDE & BARRIÈRES

Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van een gevalideerd KvL-meetinstrument in een eerstelijnspraktijk voor zowel de diëtist als de cliënt?
Wat van toegevoegde waarde is en wat mogelijke barrières zijn bij de inzet van een KvL-meetinstrument is door diverse experts beschreven. In een uitgebreid expert artikel van Higginson en Carr (2001) worden een aantal redenen genoemd waarom het inzetten van een KvL-meetinstrument mogelijk bijdraagt aan de klinische setting, zoals een eerstelijnspraktijk. Zij benoemen acht redenen waarvan de eerste vijf direct waarde hebben tijdens het consult en daarmee ook voor de cliënt.

Het gaat om het identificeren en prioriteren van problemen. De resultaten van een KvL-meting bieden namelijk informatie die de – mogelijk verborgen - problemen van de cliënt aan het licht brengt. Het kan voorkomen dat problemen niet worden onderkend als er niet gemeten wordt, tenzij er specifiek naar gevraagd wordt. Het instrument faciliteert hier in. Mogelijk kunnen ook de voorkeuren van de cliënt met betrekking tot de behandeldoelen worden geïdentificeerd en daarmee wordt het shared-decision making ondersteund. Immers, indien problemen niet worden besproken en gekoppeld aan doelen kan het zo zijn dat de doelen niet aansluiten bij de wensen of verwachtingen van de cliënt. Dit kan non-compliance met de behandeling tot gevolg hebben en ontevredenheid met de geleverde zorg.

De inzet van een KvL-instrument zou ook de communicatie tussen cliënt en behandelaar faciliteren. Het instrument biedt namelijk een mogelijkheid voor zowel de cliënt als de behandelaar om onderwerpen bespreekbaar te maken en het kan daardoor het consult zelfs efficiënter maken. Een KvL-meting levert daarnaast resultaten op die gebruikt kunnen worden voor het monitoren van veranderingen, ofwel de ‘response to treatment’. Dit maakt het voor de diëtist mogelijk met behulp van de resultaten de kwaliteit van de zorg continu te evalueren en beoordelen. Doorgaans wordt dit gedaan door het meten van harde uitkomstmaten, maar deze reflecteren mogelijk niet de verbeteringen die als belangrijk worden geacht voor de cliënt. (61) In recentere artikelen van experts worden deze vijf punten ondersteund en herkend als zijnde van toegevoegde waarde bij het inzetten van KvL-instrumenten. (61–65)

De andere drie redenen waarom het inzetten van een KvL-meetinstrument mogelijk bijdraagt aan de klinische setting, zoals een eerstelijnspraktijk gaan over de toepasbaarheid in de eerstelijnspraktijk en zijn met name voor de zorgverlener relevant. De KvL-meting zou ingezet kunnen worden bij het trainen van nieuwe medewerkers. Hierbij doelen de auteurs op de wijze van gebruik van het instrument maar ook de daarbij horende competenties. Ook zou het de klinische audit faciliteren. Dat wil zeggen dat het functioneren van de interne organisatie kan worden geëvalueerd. De resultaten van de KvL-meting kunnen bijdragen aan het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de geleverde zorg. De zorgverlener kan de resultaten namelijk ook vergelijken voor specifieke behandelgroepen binnen de praktijk, en niet alleen op het niveau van het individu. Dit maakt het mogelijk de zorg op een hoger niveau bij te sturen en te verbeteren. Tot slot zeggen Higginson en Carr dat de KvL-meting ook van nut is voor het interne beleid van de praktijk. Een meetinstrument is een onderdeel van een groter geheel, van zorgverleners, cliënten, instrumenten en organisatie en de inzet van een instrument kan richting geven aan het toekomstige beleid. (9)

Frost et al. (2007) melden nog dat de inzet van KvL-instrumenten mogelijk ook de bewustwording bij de cliënt verhoogd. De tijd die het kost om de zorgen en problemen van de cliënt te identificeren wordt bovendien minder. (62) De inzet van KvL-instrumenten is daarmee een efficiënte manier van dataverzameling. (65)

Wat zijn mogelijke barrières met betrekking tot de inzet van KvL-meetinstrumenten in de eerstelijnspraktijk?

Er zijn ook een aantal mogelijke barrières bekend met betrekking tot de inzet van KvL-meetinstrumenten in de eerstelijnspraktijk.

Greenhalgh et al. (1999) benoemen in een literatuur review dat ondanks de toegevoegde waarde van een KvL-meting, de instrumenten nog niet veel ingezet worden in een eerstelijnspraktijk en bij individuele cliënten. Er zijn volgens hen een aantal mogelijke barrières die de implementatie van een KvL-meetinstrument in de eerstelijnspraktijk in de weg kunnen staan. Deze worden door Greenhalgh in drie categorieën opgesplitst: praktische, methodologische en attitudinale barrières.

De praktische barrières gaan over het gebrek aan middelen, tijd en/of geld in de eerstelijnspraktijk. Deze middelen zijn nodig voor het uitzetten van de KvL-metingen, het verzamelen en het betekenisvol interpreteren van de data. Het gebruik van een KvL-meting moet binnen de bestaande werkwijze van de praktijk worden geïmplementeerd (64). Vervolgens moet de data toegepast worden in de behandeling door deze te evalueren en waar nodig bij te sturen. Het gebrek aan ondersteunende systemen en de kennis hiervan kan ook voor problemen zorgen.

Methodologisch barrières gaan over het gebrek aan kennis en ervaring in de eerstelijnspraktijk om betekenisvolle interpretaties van de data te kunnen geven. Dit ligt meer aan het gebrek aan ervaring en handigheid dan aan een tekortkoming van het instrument (66). Het niet kunnen interpreteren van de data zorgt er vervolgens weer voor dat er mogelijk een gebrek aan kennis en zelfvertrouwen is bij de zorgverleners hoe zij de resultaten van het KvL-meetinstrument moeten toepassen in de behandeling bij de cliënt (67). Indien geïdentificeerde problemen buiten de expertise van de zorgverlener vallen, ontstaat de zorg dat zij daarmee de verantwoordelijkheid hebben om hier iets mee te doen. Daarbij hebben zorgverleners mogelijk het gevoel niet over de juiste competenties te beschikken om problemen op te pakken die uit de KvL resultaten naar voren komen (62).

Als laatste wordt de attitudinale barrière genoemd. Vanuit het perspectief van de zorgverlener zou de relevantie en de waarde van het KvL-instrument laag worden ingeschat. De wijze van dataverzameling - de vragenlijst - zou door hen als inferieur worden beschouwd ten opzichte van het informele gesprek tijdens het consult (9,66). Dit komt doordat de

overtuiging heerst dat KvL data simpelweg uitgevraagd kunnen worden in een informeel gesprek en een instrument daar niet voor nodig is of iets aan bijdraagt (62). Vanuit cliëntperspectief is de acceptatie van een KvL-meetinstrument onderzocht: slechts een relatief kleine groep toont zich positief tegenover het invullen van een KvL-meetinstrument en het delen van persoonlijke informatie met betrekking tot hun fysieke beperkingen en gevoelens. Zowel zorgverleners als cliënten maken zich zorgen om dataprivacy (65,66).

Het gebrek aan een afgebakende definitie van KvL en een gestandaardiseerde wijze van meten is volgens Chen et al. (2005) nog een belangrijke barrière voor het gebruiken van KvL als uitkomstmaat. Voor de juiste keuze in KvL-meetinstrumenten is het volgens de auteurs belangrijk dat het doel en de strekking van het instrument door de gebruikers op dezelfde wijze worden geïnterpreteerd en dat het instrument toepasbaar is in diverse culturen. Een KvL-meetinstrument dient bovendien gemakkelijk en snel in te vullen te zijn door een cliënt. (63)

4. RESULTATEN PRAKTIJKONDERZOEK

Hieronder volgen de resultaten die antwoord geven op de deelvragen van het praktijkonderzoek dat werd uitgevoerd door middel van een online enquête en een vijftal interviews. In totaal zijn 233 enquêtes in de resultaten opgenomen, zie hoofdstuk 2.2.2. Vanwege routing, niet verplichte vragen en onvolledige enquêtes, is het totaal aantal respondenten per vraag verschillend. Derhalve is er voor gekozen bij de resultaten het totaal aantal respondenten weer te geven in zowel aantallen (*n*=) als percentage (%) om een vertekend beeld te voorkomen. Bij vragen waar gebruik is gemaakt van de 4-punts Likertschaal is ook het gemiddelde en de SD weergegeven.

Kenmerken respondenten
De kenmerken van de respondenten zijn in tabel 4 weergegeven. Van de 233 respondenten is het merendeel vrouw. De leeftijd is gemiddeld 37,7 jaar (SD=12,8 jaar). In totaal hebben 214 mensen IBS en 106 hebben een BMI hoger dan 25. Zoals uit de tabel blijkt hebben niet alle respondenten ervaring met een diëtist maar wel alle geïnterviewden.

Tabel 4: Algemene gegevens respondenten praktijkonderzoek

Respondenten (*n*=233)	**Enquête**		**Interviews**
	***n*=233**	**%**	***n*=5**
Geslacht			
man	*n*=15	6%	*n*=0
vrouw	*n*=218	94%	*n*=5
Leeftijd (M±SD)	37,0±12,8		45,0±11
Diagnose			
IBS	127	55%	3
Overgewicht	19	8%	1
IBS & Overgewicht	87	37%	1
Opleidingsniveau			
Lagere school / basisonderwijs	5	2%	0
Middelbare school (VMBO, HAVO, VWO)	38	17%	1
Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO)	79	34,5%	1
Hoger Beroeps Onderwijs (HBO)	72	31,5%	1
Wetenschappelijk Onderwijs (universitair)	34	15%	2
Ervaring met diëtist			
Momenteel in behandeling	106	45%	2
In behandeling geweest	55	24%	3
Niet in behandeling, wel van plan te gaan	39	17%	0
Niet in behandeling, niet van plan te gaan	33	14%	0

Wat is de houding van volwassenen met overgewicht of IBS ten aanzien van de inzet van KvL-meetinstrumenten in de eerstelijnspraktijk? (4 stellingen)

In grafiek 1 is weergegeven in hoeverre respondenten moeite hebben met het delen van persoonlijke informatie (*n*=218). 59% heeft geen of nauwelijks problemen met het delen van persoonlijke informatie met de diëtist. 38% heeft dat wel in meer of mindere mate.

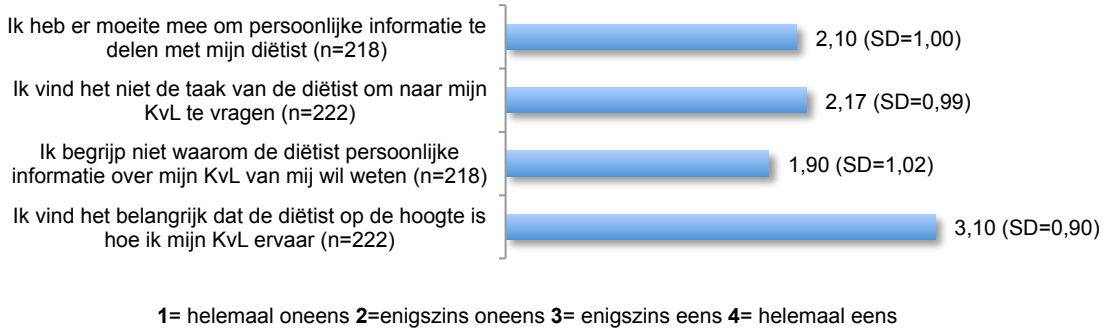
Met de stelling "ik vind het niet de taak van de diëtist om naar mijn KvL te vragen" (*n*=222) is een kleine meerderheid (58%) het oneens. Een groep van 35% kan zich in meer of mindere mate in deze stelling wel vinden. Uit de commentaren bij deze stelling wordt duidelijker waarom sommigen het niet de taak van de diëtist vinden.

- "*Een diëtiste is geen psychiater of psycholoog.*"
- *"Dit hoort bij mijn huisarts en niet bij de diëtiste. "*

Deze mening wordt niet door iedereen gedeeld. Een uitspraak van een respondent die van mening is dat de taak van de diëtist verder reikt dan alleen het behandelen van lichamelijke klachten:

- *"De diëtist zou lichaam en geest moeten kunnen behandelen."*

70% zegt wel in meer of mindere mate te begrijpen waarom de diëtist persoonlijke informatie over de KvL van de cliënt wil weten, 10% begrijpt dit helemaal niet. 73% vindt het in meer of mindere mate belangrijk dat de diëtist op de hoogte is hoe de cliënt de zijn KvL ervaart, 7% vindt dit helemaal niet belangrijk.



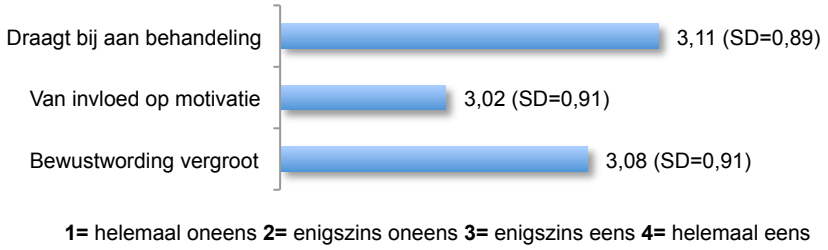
Grafiek 1: Houding ten opzichte van het meten van KvL

Wat is volgens volwassenen met overgewicht of IBS de toegevoegde waarde van de inzet van KvL-meetinstrumenten in de eerstelijnspraktijk? (5 stellingen)

Van de 222 respondenten denkt 60% denkt dat het meten van de KvL door de diëtist van toegevoegde waarde is. 13% heeft "n.v.t./weet niet" ingevuld. Dit percentage ligt hoger dan bij andere stellingen uit de enquête.

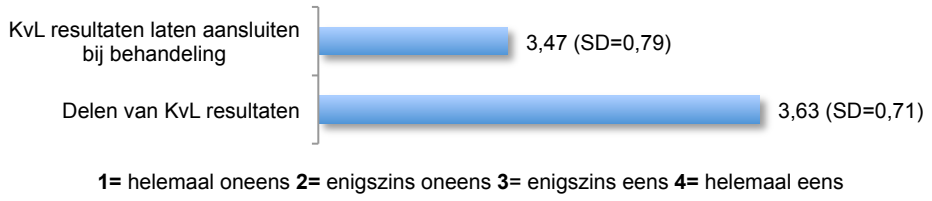
Met de stelling (grafiek 2) "Als ik inzicht krijg in mijn KvL, dan …" (*n*=201) is 74% het enigszins of volledig eens dat het inzicht dat zij krijgen in hun situatie naar aanleiding van de KvL-meting ook daadwerkelijk iets bijdraagt aan de te behalen resultaten van de behandeling. 76% denkt dat de bewustwording van de eigen situatie wordt vergroot. 77% denkt dat dit inzicht een positieve invloed kan hebben op hun motivatie om iets te veranderen.

In de interviews wordt benoemd dat het meten van de KvL en het delen van de resultaten voor een grotere motivatie kan zorgen. Zij denken dat met name bij iemand die is doorverwezen door de huisarts en bij wie de intrinsieke motivatie mist de resultaten van de meting kunnen zorgen voor bewustwording van de situatie. Dit kan volgens hen motiverend werken en de realisatie dat het belangrijk is de dieetbehandeling te volgen versterken.



Grafiek 2: Als ik inzicht krijg in mijn KvL, dan ... (*n*=201)

Bij de stelling “Als de diëtist inzicht krijg in mijn KvL, dan …” (*n*=205) wil 83% van de respondenten dat de behandeling daadwerkelijk aansluit op de KvL-resultaten en 88% van de respondenten wil dat de resultaten van de KvL-meting door de diëtist met hen gedeeld worden (grafiek 3).

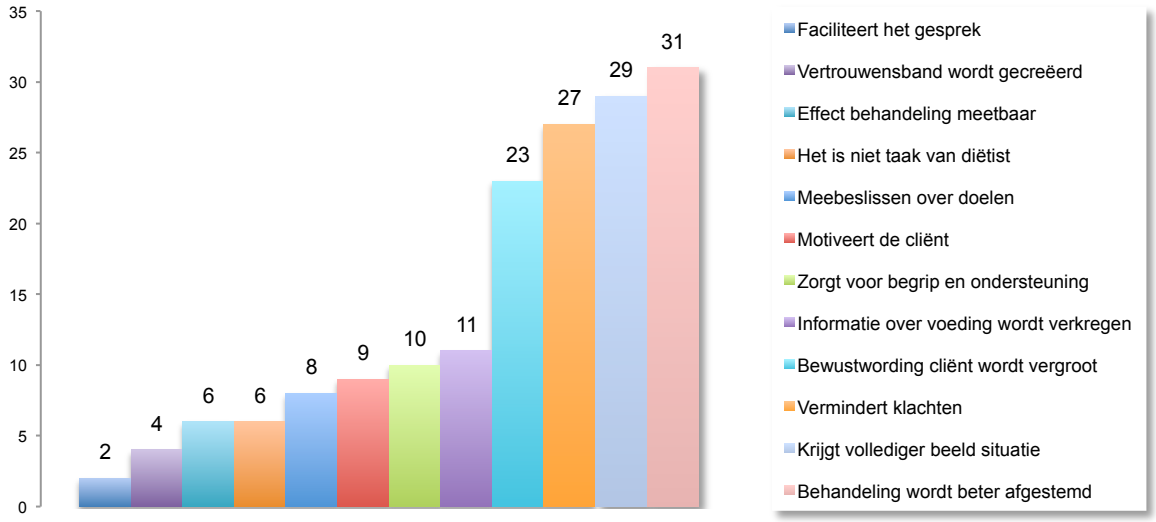


Grafiek 3: Als de diëtist inzicht krijgt in mijn KvL, dan ... (*n*=205)

Uit de interviews komt naar voren dat respondenten willen dat de resultaten van de KvL-meting tijdens het consult worden besproken en als basis dienen voor de behandeldoelen. Ze benoemen dat door samen de doelen op te stellen deze volgens hen beter zullen aansluiten op de persoonlijke situatie en wensen. Zij denken ook dat door een KvL-meting onderwerpen bespreekbaar worden. Enkele uitspraken die dit illustreren:

- *“Een vragenlijst kan als hulpmiddel dienen maar een gesprek erna is het belangrijkste.”*
- *“Een meetinstrument zou altijd moeten worden gevolgd door een gesprek.”*
- *“Je moet in een gesprek wel die koppeling leggen.”*

De respondenten benoemen een aantal redenen waarom zij denken dat een KvL-meting van toegevoegde waarde is. De antwoorden zijn gegroepeerd in thema’s en inclusief de frequentie waarmee ze genoemd zijn weergegeven in grafiek 4. Ondanks dat niet alle thema’s in de grafiek daadwerkelijk ‘voordelen’ zijn worden ze toch getoond om geen vertekend beeld te laten optreden van de antwoorden.

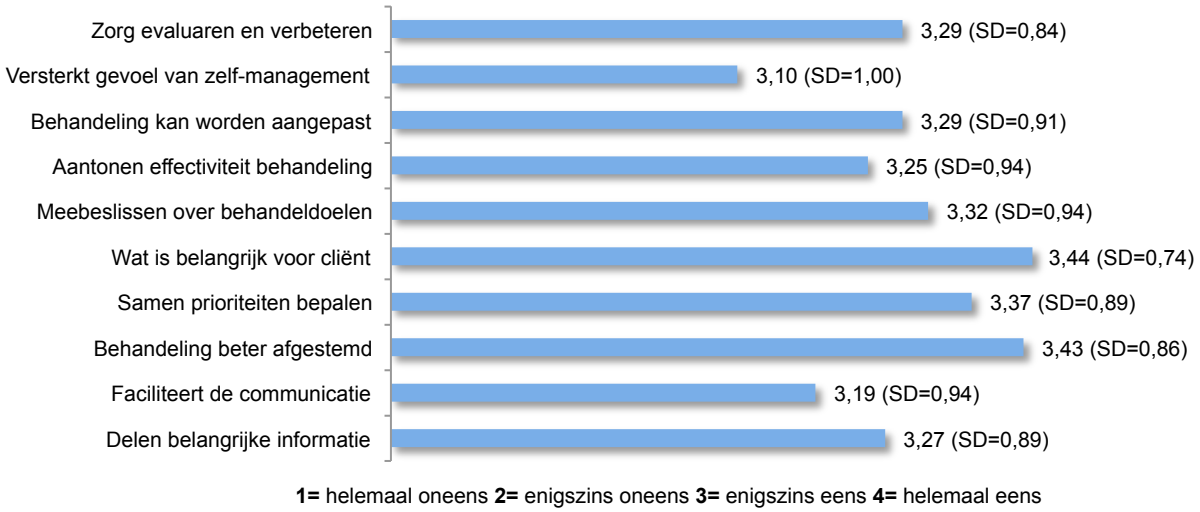


Grafiek 4: Toegevoegde waarde van een KvL-meting benoemd door respondenten (*n*=102)

Alle voordelen uit het literatuuronderzoek zijn vervolgens door de respondenten beoordeeld en de resultaten zijn in grafiek 5 weergegeven. Het meest eens zijn de respondenten het met de volgende drie voordelen uit het literatuuronderzoek (*n*=169):

- Dan kan ik aangeven bij de diëtist wat ik belangrijk vind (84%)
- Dan wordt de behandeling beter afgestemd op de persoonlijke situatie (80%)
- Dan kan ik samen met de diëtist de prioriteiten bepalen (80%)

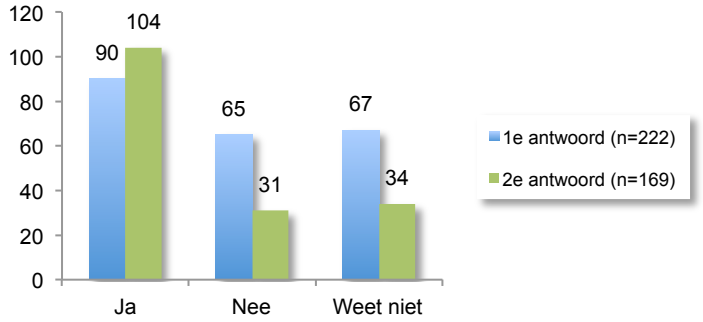
Het minst eens (67%) zijn ze met het idee dat het meten van de KvL hun eigen gevoel versterkt om iets aan de situatie te kunnen veranderen. Of het de communicatie tussen de cliënt en de zorgverlener faciliteert scoort ook minder hoog, evengoed is nog 73% het hier in min of meerdere mate wel mee eens.



Grafiek 5: Waardering van de voordelen door respondenten (*n*=169)

In hoeverre zijn volwassenen met overgewicht of IBS bereid om mee te werken aan een KvL-meting en wat is hierop van invloed?

De respondenten is aan het begin en aan het einde van de enquête gevraagd of ze hun KvL willen meten (grafiek 6). Uiteindelijk wil in totaal 62% van de 169 respondenten hun KvL laten meten, een verhoging van 21% ten opzichte van de vraag aan het begin van de enquête. Het aantal dat de KvL niet wil laten meten, evenals degenen die het niet weten is aanzienlijk teruggelopen met respectievelijk 11% en 10%.



Grafiek 6: Bereidheid tot meten van de KvL in aantallen

Redenen van respondenten om de KvL niet te laten meten zijn (*n*=31) dat voor het meten van de KvL geen instrument nodig is omdat de cliënt dat immers zelf prima kan inschatten (*n*=3), ze het zonde vinden van hun tijd (*n*=4), ze geen verband zien tussen hun klachten en hun KvL (*n*=5), ze het niet belangrijk vinden voor zichzelf of de diëtist (*n*=6), ze niet verwachten dat het invullen van een KvL-meetinstrument iets helpt of ze zien de voordelen er niet van in (*n*=7). Ook zien ze geen verband zien tussen de KvL en de behandeling door een diëtist en vinden ze dat het niet de taak van de diëtist is om de KvL te meten (*n*=9).

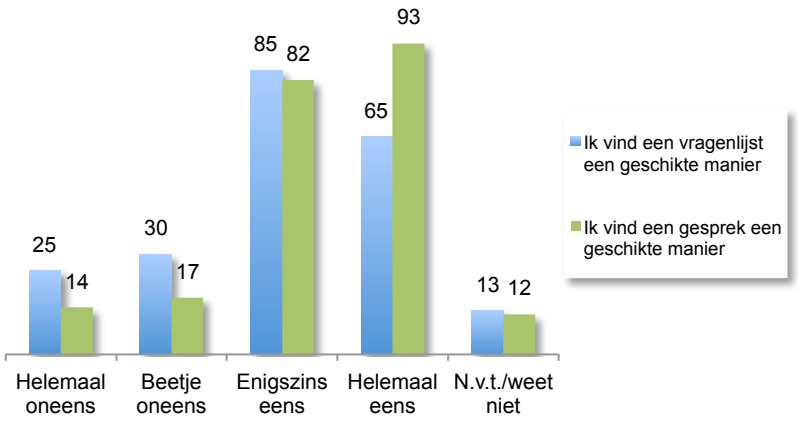
Respondenten die van gedachten zijn veranderd en aan het einde van de enquête wel hun KvL willen laten meten geven aan dat dit komt vanwege de genoemde voordelen (*n*=8), omdat het meten van KvL beter inzicht geeft in de persoonlijke situatie (*n*=4) en dat hierdoor mogelijk de behandeling beter afgestemd kan worden op hun persoonlijke situatie (*n*=3). Twee reacties zijn illustrerend en laat zien dat indien iemand bekend is met de voordelen van een KvL-meting de bereidheid tot deelname stijgt.

- *"Ik had er eerst niet zo goed over nagedacht, misschien levert het toch meer op dan ik aanvankelijk dacht."*
- *"Je kan inzoomen op waar de problemen liggen en dat je dan veel beter een gepersonaliseerde aanpak krijgt waar je beide achter staat […] En dat je samen tot een goed behandelplan komt."*

De geïnterviewden is ook gevraagd waarom zij hun KvL (nu wel) willen laten meten. Enkele uitspraken geven inzicht in wat hen motiveert:

- *"Omdat dan misschien daarmee ook de ernst van de klachten beter ingeschat kan worden."*
- *"Dat is wel iets wat volgens mij toegevoegde waarde heeft voor de gesprekken en de behandeling […] dat het niet alleen maar het probleem zelf is, maar dat het effect veel groter kan zijn op gebieden waar je misschien in eerste instantie geen rekening mee houdt."*

In hoeverre respondenten een gesprek of een meetinstrument een geschikte manier vinden om bij hun diëtist aan te geven hoe ze hun KvL ervaren is weergegeven in grafiek 7. De uitkomsten liggen dicht bij elkaar maar er is in de enquêteresultaten een lichte voorkeur voor het gesprek.



Grafiek 7: Wat lijkt u een geschikte manier om uw KvL te meten? (*n*=218)

Tijdens de interviews heeft echter de vragenlijst de voorkeur boven een gesprek. Geïnterviewden geven aan waarom zij graag de KvL door middel van een vragenlijst laten meten:

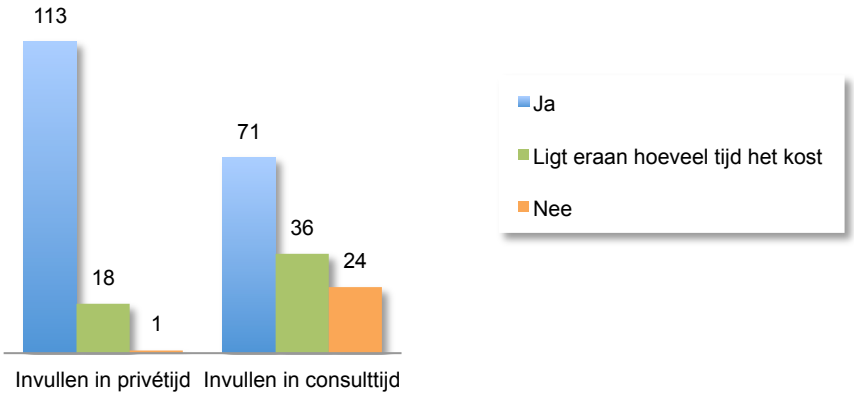
- *"Op papier geef je toch wat makkelijk antwoord op vragen en sneller dan aan een persoon."*
- *"Aan papier is het makkelijker wat toe te vertrouwen dan aan een gezicht. Helemaal iemand die je misschien helemaal niet kent. Je hebt natuurlijk nog een band die opgebouwd moet worden."*

In de interviews werd gevraagd of het meten van de KvL met een vragenlijst iets toevoegt of dat daar geen meetinstrument voor nodig is. Respondenten denken wel dat je zelf kan inschatten of je KvL lager is, maar zien ook in hoe een instrument daarbij kan ondersteunen. Enkele uitspraken:

- *"Je merkt aan je eigen lichaam wel of het beter gaat of niet. Daar heb je niet echt een meetinstrument voor nodig. Het enige is dat je door een vragenlijst weer even op scherp wordt gesteld."*
- *"Je voelt je wel beter, maar […] er zijn gedachtes die je uitspreekt en er zijn gedachten die op de achtergrond liggen, […] en dan denk ik dat heeft me toch meer beziggehouden dan als ik het had uitgesproken."*

"Wanneer en hoe zou u het meetinstrument het liefste willen invullen?" (*n*=132) geven 89 respondenten (67%) de voorkeur aan zelfstandig invullen in privétijd, 25% vullen het KvL-meetinstrument het liefst in samen met de diëtist tijdens het consult en 8% het vullen het instrument het liefst in tijdens het consult maar wel zelfstandig.

Werden de twee mogelijkheden ook separaat voorgelegd is te zien dat mensen zowel bereid zijn om het meetinstrument tijdens hun privétijd als tijdens consulttijd in te vullen (grafiek 8). De bereidheid tijdens privétijd is 32% hoger. 1 respondent is niet bereid om privétijd te besteden aan een KvL-meetinstrument. Dit aantal lag bij invullen tijdens consulttijd met 24 vele malen hoger.



Grafiek 8: Voorkeur voor meetmoment (*n*=132)

Tijd is ook een factor die meeweegt bij de respondenten (*n*=130). Voor het invullen in privétijd zijn de respondenten bereid gemiddeld 25 minuten (SD=16) aan de KvL-vragenlijst te besteden. Tijdens een consulttijd ligt dit lager met gemiddeld 15 minuten (SD=12).

Enkele geïnterviewden geven aan dat het invullen van een KvL-instrument in privétijd hen in de gelegenheid stelt goed over vragen na te denken. Een veel gehoord bezwaar is dat indien het instrument tijdens consulttijd ingevuld moet worden er tijdsdruk kan worden ervaren. Daarbij gaat het volgens de respondenten van de behandeltijd af gaat en heeft het daardoor

ook gevolgen voor de zorgkosten en/of vergoedingen. Uit de volgende uitspraken van geïnterviewden wordt duidelijker waarom zij positiever staan tegenover het invullen tijdens privétijd.

- *"De diëtist rekent die tijd gewoon door […] en er zit maar drie uur in je basisverzekering."*
- *"Als je het tijdens het consult doet dan gaat dat van je tijd af […] door het van te voren in te vullen zit je ook rustig […] en kan je er even over nadenken."*
- *"Als er iemand zit te wachten zo van 'wanneer kunnen we beginnen' […] dan ga je afraffelen."*

De resultaten van de vraag "bent u bereid om het instrument nogmaals in te vullen nadat de behandeling al ten einde is" (*n*=128) laten zien dat 66% van de respondenten hiertoe bereid zijn ook als de behandeling al ten einde is en dat 30% dit alleen wil doen als het binnen het behandeltraject valt. Slechts vijf respondenten (4%) zijn hiertoe niet bereid. Van degenen die wel een vervolgmeting willen (*n*=123) zegt 79% dat dit komt omdat zij zelf graag willen weten of de KvL is verbeterd. 52% vindt het belangrijk dat de diëtist dit weet en 33% wil een vervolgafspraak in het geval er geen verbetering is opgetreden in de KvL.

Van de respondenten (*n*=4) die geen vervolgmeting willen geven twee aan geen nieuwe afspraak met de diëtist overwegen (*n*=3) en één noemt het een financiële overweging in verband met de zorgdekking en het eigen risico. (*n*=1).

Bij de geïnterviewden is gevraagd waarom zij bereid zijn tot een vervolgmeting. Over het algemeen zeggen zij dat het goed is om je weer bewust te worden van de situatie en te weten of de behandeling effect heeft gehad en er is ook nieuwsgierigheid naar de resultaten. Indien de behandeling al is afgelopen willen zij graag een bericht ontvangen van de diëtist met de resultaten en met elkaar in gesprek gaan over eventuele vervolgstappen.

- *"Je wilt zelf dat iets beter wordt, dan moet je daar ook aan meehelpen […] Ook al is de behandeling afgelopen."*
- *"Het zou een opening kunnen zijn om opnieuw met elkaar in gesprek te gaan."*
- *"Het is voor de diëtist handig om te weten of de behandeling ook effectief is geweest."*

5. CONCLUSIE

De resultaten van het onderzoek zijn gebruikt om de onderzoeksvraag “Welke gevalideerde KvL-meetinstrumenten kunnen ingezet worden in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk om de effectiviteit van de dieetbehandeling op KvL aan te tonen bij volwassenen met overgewicht of IBS?” te beantwoorden. Op basis van deze resultaten kunnen de hieronder beschreven conclusies worden getrokken.

Zeven meetinstrumenten kunnen ingezet worden om het effect van een behandeling op de KvL te meten: twee generieke instrumenten (SF-36 en EQ-5D), twee voor IBS (IBS-QOL en IBS-36) en drie voor overgewicht (OWLQOL, IWQOL en IWQOL-Lite). Bij de IBS-QOL werd het meest frequent en in alle dimensies een effect gezien als gevolg van behandelingen bij IBS-patiënten. Bij de IWQOL-Lite werd het meest frequent en bij alle dimensies een effect gezien bij behandelingen gericht op gewichtsafname. Andere instrumenten lieten weliswaar effecten zien, maar gebaseerd op minder onderzoeken en/of niet in alle dimensies. De OWLQOL meet alleen in het psychische domein. Alle instrumenten zijn zelfstandig in te vullen en de invulduur varieert van enkele tot twintig minuten.

De inzet van een KvL-meetinstrument in de eerstelijnszorg is mogelijk van toegevoegde waarde voor zowel de zorgverlener als de cliënt. In grote lijnen draagt het meten van de KvL bij aan de relatie tussen zorgverlener en cliënt, zorgen de resultaten voor een optimale behandeling en verbetert daardoor de kwaliteit van de zorg. Er zijn ook een aantal mogelijke barrières als het gaat om de inzet van een KvL-meetinstrument in de eerstelijnspraktijk. Deze worden verdeeld in praktische, methodologische en attitudinale. Globaal gaan deze barrières om zaken als gebrek aan middelen, kennis & expertise of een negatieve houding van de zorgverlener ten aanzien van de inzet van een KvL-instrument.

De houding van de doelgroep met betrekking tot de inzet van het KvL-meetinstrument blijkt positief. Het merendeel van de respondenten wil de KvL laten meten, vindt dit van toegevoegde waarde en is ook bereid er privétijd aan te besteden. Er kan respons verwacht worden op de KvL-metingen, zelfs indien de behandeling al ten einde is. De zorg dat non-respons kan optreden lijkt naar aanleiding van deze resultaten niet volledig gegrond. Opvallend is dat respondenten een aantal voordelen van het meten van de KvL benoemen die overeenkomen met de uitkomsten van het literatuuronderzoek. Zo benoemen zij dat het gesprek met de behandelaar wordt gefaciliteerd, er een vollediger beeld van de situatie wordt verkregen, de bewustwording van de cliënt wordt vergroot, de cliënt kan meebeslissen over behandeldoelen, de behandeling beter kan worden afgestemd op de cliënt en het effect meetbaar wordt. Ondanks dat uit de enquête blijkt dat zowel het gesprek als een meetinstrument als geschikte manieren worden gezien om de KvL te meten geeft toch een ruime meerderheid er de voorkeur aan een instrument in privétijd in te vullen. De volgende factoren zijn bij een aantal respondenten reden geweest om van gedachte te veranderen en wel te willen meewerken aan een KvL-meting: de bekendheid met de voordelen van een KvL-meting en het meer inzicht krijgen in en het beter afstemmen van de behandeling op de persoonlijke situatie. Hieruit kan voorzichtig worden opgemaakt dat deze factoren mogelijk een rol spelen bij de bereidheid tot meten. Er is een kleine groep die ondanks de toegevoegde waarde van het meten het niet de taak vindt van de diëtist om de KvL te meten.

Als geheel kan geconcludeerd worden dat er zeven KvL-meetinstrumenten ingezet kunnen worden in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk. De IBS-QOL en de IWQOL-Lite hebben in dit onderzoek het meest frequent aangetoond effect op de KvL te laten zien als gevolg van een behandeling in alle dimensies waarin het instrument meet. Het praktijkonderzoek heeft aangetoond dat er draagvlak is bij het merendeel van de doelgroep voor het meten van de KvL, ook als de behandeling al ten einde is. Deze bereidheid tot deelname aan een KvL-meting kan mogelijk toenemen naarmate cliënten beter geïnformeerd zijn over de toegevoegde waarde van een meting. Kortom een effectieve meting gaat hand in hand met een goede communicatie.

6. DISCUSSIE & AANBEVELINGEN

6.1 DISCUSSIE

Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat de inzet van een KvL-instrument mogelijk van toegevoegde waarde kan zijn maar ook een aantal mogelijke barrières kent. Deze onderzoeken zijn niet specifiek gericht op diëtisten of gebaseerd op surveys onder eerstelijnszorgverleners en bovendien veelal ouder dan 15 jaar. Onder fysiotherapeuten worden PROMs al wel langer toegepast. In een recent onderzoek onder 456 fysiotherapeuten in de Verenigde Staten door Jette et al. (2009) is onderzocht in hoeverre instrumenten voor patiëntgeoriënteerde uitkomsten (PROMs) worden ingezet en wat de perceptie is ten aanzien van de toegevoegde waarde en de barrières. 48% van de behandelaars gebruiken PROMs, waaronder KvL-instrumenten. Meer dan 95% bevestigt de toegevoegde waarde van het gebruik: het faciliteert het gesprek tussen de cliënt en de zorgverlener en het draagt bij aan het opstellen van een behandelplan. Voornaamste redenen van de inzet van een meetinstrument zijn het monitoren van voortgang (response-to-treatment) bij de cliënt en het bewaken van de kwaliteit van de zorg. Bij de keuze van een instrument wordt door fysiotherapeuten voornamelijk gekeken of deze gemakkelijk en snel in te vullen is door de cliënt en dat deze goede validiteit en betrouwbaarheid demonstreert. Degenen die de instrumenten niet gebruiken (52%) gaven als voornaamste redenen dat het de cliënt veel tijd kost, de vragenlijsten te complex zijn om zelfstandig in te vullen en dat het bovendien tijdrovend is voor de zorgverlener om de gegevens te analyseren. 49% van de therapeuten was niet van plan PROMs te gaan gebruiken. Wat opvalt als de resultaten van deze scriptie worden vergeleken met het onderzoek van Jette et al. is dat er veel gelijkenis is in de benoemde toegevoegde waarde en barrières. Uit het onderzoek van Jette et al. komt naar voren dat de fysiotherapeuten de inzet van PROMs ook van toegevoegde waarden vinden voor het faciliteren van de communicatie met externe partijen en het gebruik van de gegevens voor marketing doeleinden. Als barrière noemen zij dat de informatie die een KvL-meting oplevert subjectief kan zijn. (68) De resultaten van het onderzoek van Jette et al. bevestigen dat de inzet van een instrument daadwerkelijk van toegevoegde waarde kan zijn en dat er tevens barrières kunnen optreden en onderschrijven daarmee de resultaten van deze scriptie. Dit inzicht kan diëtisten tevens helpen in de keuze van het KvL-instrument, bijvoorbeeld dat het van belang is dat vragenlijsten gemakkelijk en snel in te vullen zijn.

Het is mogelijk een kwestie van tijd voordat de zorgverzekeraars van diëtisten gaan verlangen dat zij data opleveren om de effectiviteit van hun dieetbehandeling aan te kunnen tonen. Dit kan worden opgemaakt uit het rapport “Zorginkoop heeft de Toekomst” van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (69) en de bedrijven die momenteel inspringen op deze ontwikkeling, zoals Qualizorg en MediQuest. Dit zijn onafhankelijke bedrijven gespecialiseerd in het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg. Zorgverzekeraars of andere zorginkopers kunnen deze bedrijven inschakelen indien zij behoefte hebben aan informatie die de zorginkoop ondersteunt. De diëtist doet er derhalve goed aan voorbereid te zijn op deze ontwikkeling door te onderzoeken welke stappen zij moet ondernemen om de effectiviteit van haar behandeling aan te tonen. De resultaten van dit onderzoek kunnen aan deze voorbereiding bijdragen doordat het onderzoek in beeld heeft gebracht welke instrumenten de diëtist kan inzetten om de effectiviteit van de behandeling op de KvL aan te tonen bij volwassenen met IBS of overgewicht. De resultaten van KvL-meting kunnen de andere uitkomstmaten – indien beschikbaar in de praktijk – aanvullen.

Statistisch significante veranderingen zeggen iets over de kans dat de verandering aan het toeval ligt, maar niet iets over de effectgrootte. De effectgrootte die al bij kleine populaties gemeten kan worden, zegt iets over hoe groot het effect is van een behandeling bij een groep patiënten. Een groot effect kan klinisch relevant zijn maar niet per definitie statistisch

significant. De grootte van de steekproef is bepalend voor het wel of niet vinden van een statistisch significant effect. Immers, hoe groter de steekproef hoe groter de kans dat er een statistisch significante verandering wordt gemeten. (70–73). Onderzoeken met kleine populaties hebben mogelijk onvoldoende power voor statistische analyses. (20) De onderzoekspopulaties in de gebruikte literatuur zijn niet allen even groot. Het onderzoek van Silk et al. telde een totaal van 44 patiënten. Het klinische onderzoek van Drossman et al. telde een totaal van 1171 patiënten. Ondanks dat de meeste onderzoeken in deze scriptie wel statistisch significante effecten hebben gemeten zijn er ook twee onderzoeken geïncludeerd waarbij de effectgrootte dermate groot was dat de resultaten door de onderzoekers als belangrijk worden geacht. Bij het interpreteren van het gemeten effect spelen al deze factoren een rol (70–73). Voor deze scriptie geldt dat van de drie onderzoeken met betrekking tot de OWLQOL slechts bij één geen significant verschil gevonden is. Bij de IWQOL-Lite waren bij één onderzoek de effecten in twee dimensies en de overall score niet significant maar werd wel een groot effect gevonden. Het ging dan om de dimensies lichamelijk functioneren en eigenwaarde. Er werd echter in andere onderzoeken bij deze dimensies wel een significant verschil gevonden. Negatieve implicaties voor de resultaten en de conclusie lijken hierdoor niet aanwezig.

Er zijn vele factoren van invloed op de kwaliteit van leven. De gebruikte literatuur liet een variëteit aan behandelingen zien die een impact hadden op de KvL van de doelgroep, van medicatie bij darmklachten tot voorlichting over gezonde voeding. Maar naast de behandeling kunnen er nog andere factoren van invloed zijn op de KvL, bijvoorbeeld impactvolle gebeurtenissen in het leven van een cliënt. Dit wordt ook wel response shift genoemd (9). Het valt bij metingen in de eerstelijnspraktijk ook niet uit te sluiten dat er response shift optreedt waardoor de resultaten van de KvL-meting mogelijk niet alleen aan de behandeling toe te schrijven zijn (7). Er is een theoretisch model ontwikkeld waarin de katalysators en het mechanisme van respons-shift zijn opgenomen om respons-shift te kunnen voorspellen, echter dit model is niet praktisch toepasbaar bij het interpreteren van KvL-resultaten in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk. (74,75) Mogelijk kan de manier van meten, waarbij een baselinemeting en een vervolgmeting plaatsvindt (ook wel pretest/posttest genaamd), worden vervangen door post-then-pretest. Bij deze methode wordt cliënten eenmaal gevraagd de KvL te meten ná de interventie waarbij ze moeten aangeven hoe ze de KvL voor en na de interventie ervoeren. (76) Mogelijk probleem wat hier kan optreden is recall bias, namelijk dat antwoorden die gebaseerd zijn op herinneringen niet accuraat zijn. (77) Een simpele oplossing voor het probleem van response shift lijkt hiermee niet direct voorhanden te zijn.

Verreweg de meeste literatuur die is gebruikt in dit onderzoek waren vergelijkende klinische onderzoeken waarbij de effecten van een behandeling op een patiëntgroep versus een controle groep werd onderzocht. Het instrument werd ingezet om een verandering in de KvL te kunnen waarnemen en tevens verschillen tussen groepen aan te tonen. Hiermee wordt niet onomstotelijk aangetoond dat de meetinstrumenten ook in de eerstelijnszorg voor de individuele cliënt geschikt zijn om een verandering in KvL aan te tonen als gevolg van hun behandeling bij de diëtist. Kyte et al. (2015) benoemen dat met name de generieke meetinstrumenten in eerste instantie ontwikkeld zijn om ingezet te worden bij groepen in klinische onderzoeken en mogelijk minder betrouwbaar zouden zijn op het niveau van het individu. (67) Generieke instrumenten kunnen bovendien ook minder gevoelig zijn voor kleine veranderingen. Dit komt doordat deze instrumenten niet ontwikkeld zijn voor een specifieke doelgroep (36,78,79). Mogelijk blijkt hier uit dat ziektespecifieke instrumenten beter geschikt zijn om de KvL te meten bij doelgroepen met IBS en overgewicht.

Meetinstrumenten vragen aan de hand van de dimensies na wat de impact is van ziekte op de KvL. Deze dimensies zijn veelal door onderzoekers gedefinieerd en nieuwere instrumenten volgen eerder voorbeeld. De dimensies corresponderen echter niet altijd met de gebieden in het leven van de cliënt waar zij de impact van hun ziekte ervaren. Bij

generieke meetinstrumenten is dit meer aan de orde dan bij ziektespecifieke instrumenten (64). Yacavone et al. (2001) geven bijvoorbeeld aan dat de SF-36 de impact van een behandeling bij patiënten met IBS kan meten maar dat dit idealiter in combinatie met een ziektespecifiek KvL-meetinstrument gedaan wordt. Reden hiervoor is dat bepaalde KvL-aspecten die beïnvloed worden door een ziekte - zoals IBS - buiten het bereik van de SF-36 vallen. (80) Dit punt lijkt aan de hand van de resultaten van deze studie ook duidelijk te worden; bij de generieke instrumenten zijn dimensies waar geen effect is gevonden. Hieruit kan mogelijk worden opgemaakt dat er door generieke instrumenten gemeten wordt in een aantal dimensies die niet relevant zijn voor de doelgroep en dat een ziektespecifiek instrument daarom beter bij hen aansluit.

Daarnaast hanteren meetinstrumenten bij de scoring soms een weging systeem indien er een overall score wordt gepresenteerd. Probleem hierbij is dat de mate waarin de dimensies belangrijk zijn voor individuen heel persoonlijk zijn en niet gegeneraliseerd kunnen worden. De mate van belangrijkheid wordt mede bepaald door hun persoonlijke verwachtingen, ambities, sociaal demografische invloeden en hun persoonlijke overtuigingen. (81) De kans bestaat dat de resultaten van een KvL-meting in de beleving van een cliënt hierdoor positiever of negatiever zijn dan hoe zij het ervaren.

Sterke punten onderzoek
Onderzoeken naar de inzet van KvL-instrumenten in de eerstelijnsdiëtistenpraktijk zijn niet gevonden. Daardoor is niet bekend of en welke instrumenten ingezet worden om de KvL te meten bij de doelgroepen IBS en overgewicht. Deze scriptie biedt resultaten die inzicht geven in welke instrumenten ingezet kunnen worden bij cliënten met IBS en overgewicht en wat de toegevoegde waarde daarvan is. Ook kunnen diëtisten met deze resultaten anticiperen op de mogelijke barrières die de inzet met zich meebrengt. Dit inzicht samen met de aanbevelingen zijn waardevol aangezien de stap naar het oplossen van die barrières sneller kan worden gezet en daarmee de implementatie van een KvL-instrument kan worden gerealiseerd.

Door de mixed-method werd het mogelijk enerzijds cijfermatige uitspraken te doen over de houding van respondenten, wat zij denken dat de toegevoegde waarde is van een KvL-meting en of zij bereid zijn de KvL te laten meten. Er werd ook diepgaander inzicht verkregen wat van invloed is op respondenten als het gaat om hun bereidheid deel te nemen aan een KvL-meting. Dit heeft bijgedragen aan de kwaliteit van het onderzoek en het heeft richting geven aan het uiteindelijke advies. Zonder deze verdieping was het niet mogelijk geweest een aantal concrete aanbevelingen te doen voor beleid.

Zwakke punten onderzoek
De resultaten van het praktijkonderzoek konden niet volledig worden gegeneraliseerd naar de doelgroep; volwassenen met overgewicht of IBS. Oorzaken hiervoor zijn meerledig. Er kan sprake zijn van sampling bias aangezien de enquête alleen online en via een beperkt aantal kanalen zoals de mailing beschikbaar is gesteld. Hierdoor heeft niet iedereen dezelfde kans gekregen de enquête in te vullen. Daarbij is het niet ondenkbaar dat de respondenten van deze enquête graag vragenlijsten invullen en daarom deelnamen. Dit kan ook een reden zijn waarom zij positief staan tegenover de inzet van een KvL-meetinstrument. Slechts 6% van de respondenten was man, terwijl de prevalentiecijfers van IBS-patiënten spreken van een verhouding vrouw versus man van 2:1. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat vrouwen vaker deelnemen aan onderzoeken dan mannen. (82) Om te bepalen of er gecorrigeerd moest worden voor deze non-respons van mannen is gekeken naar de demografische gegevens en naar een aantal antwoorden uit de enquête. De demografische gegevens van de mannen zijn zeer heterogeen, evenals bij de vrouwen. Een vertekening van de resultaten wordt niet aannemelijk geacht aangezien de antwoorden van de mannen in lijn lagen met de antwoorden van de vrouwen (83). De resultaten van de mannen hebben daardoor geen groter gewicht gekregen dan de vrouwen.

De begrippen, ook wel constructen genoemd, uit de deelvragen zijn geoperationaliseerd tot enquêtevragen. Bij het opstellen van stellingen horende bij deze is het operationaliseren tot op zekere hoogte nagevolgd. Gevolg hiervan was dat enkele stellingen uit de enquête niet het construct vertegenwoordigden. De resultaten konden daardoor niet als één construct worden berekend en dienden daardoor apart te worden geanalyseerd en beschreven. Dit heeft de uitwerking van de enquêteresultaten bemoeilijkt maar had geen gevolgen voor de resultaten of de conclusie. Enkele vragen in de enquête waren mogelijk verwarrend voor respondenten in verband met een ontkenning in de zin. Mogelijk zijn daardoor niet de bedoelde antwoorden gegeven. Ook kunnen sommige vragen als suggestief worden gezien. Zo werd de respondenten gevraagd om de voordelen van het meten van de KvL te waarderen. Deze vraag werd echter wel gesteld nadat de respondenten zelf al een aantal voordelen van een KvL-meting hadden bedacht. Het is onduidelijk of dit nadelig is geweest voor de resultaten.

6.1 AANBEVELINGEN

6.1.1 AANBEVELINGEN VOOR VERDER ONDERZOEK

In dit onderzoek is buiten beschouwing gelaten wanneer een verandering in KvL als gevolg van een behandeling verwacht kan worden. Dit is echter wel van belang want te vroeg meten vergt onnodig tijd van zowel de diëtist als de cliënt en geeft mogelijk een vertekend beeld. Te laat meten kan een gemiste kans zijn om de behandeling aan te passen. Na hoeveel tijd en met welke frequentie een instrument het beste ingezet kan worden dient verder onderzocht te worden.

Er is niet verder onderzocht wat de reden is waarom sommige respondenten niet positief staan tegenover het meten van de KvL. Mogelijk blijft bij deze groep de respons op het verzoek de KvL vragenlijst in te vullen uit en kan de effectiviteit van de behandeling niet in kaart worden gebracht. Verder onderzoek zou nodig kunnen zijn om te achterhalen wat hen zou kunnen motiveren om toch het KvL-meetinstrument in te vullen.

6.1.2 AANBEVELINGEN VOOR BELEID

Voor de doelgroep IBS kan het beste de IBS-QOL kan worden ingezet, een instrument dat de doelgroep zelfstandig binnen tien minuten kan invullen. Voor de doelgroep met overgewicht kan het beste de IWQOL-Lite worden ingezet, die zelfstandig binnen drie minuten in te vullen is. De keuze voor deze instrumenten is gebaseerd op het feit dat deze het meest frequent en in alle dimensies een effect lieten gezien als gevolg van behandelingen. Deze aanbeveling voor een ziektespecifieke meetinstrument wordt mede ondersteund door het eerder benoemde discussiepunt, dat een generiek instrument minder gevoelig zou zijn indien ingezet bij een individu en/of niet in de dimensies meet die relevant zijn voor de doelgroep. (67,80)

Om een verandering in KvL te meten is longitudinale inzet nodig. Het beste kan de eerste meting, de baseline meting, vóór het eerste consult plaatsvinden zodat de resultaten het eerste gesprek met de cliënt kunnen ondersteunen en de behandeldoelen erop kunnen worden afgestemd. Voorafgaand aan het eerste consult is er nog geen sprake van een vertrouwensband tussen behandelaar en patiënt. Vanwege de aard van de vragen is het gemakkelijker voor de cliënt om een en ander aan papier toe te vertrouwen. Hierom, en mede omdat het merendeel van de respondenten daar een voorkeur voor heeft, wordt geadviseerd het meetinstrument door de cliënt zelfstandig in privétijd te laten invullen.

Het meten van een verandering in de KvL is alleen mogelijk indien er een vervolgmeting plaatsvindt. Het merendeel van de doelgroep is bereid tot een vervolgmeting, ook als de behandeling al ten einde is. De diëtist doet er goed aan het KvL-instrument van te voren goed te introduceren bij de doelgroep. Dit kan door een duidelijke uitleg te geven waarom er wordt gemeten, wat de toegevoegde waarde hiervan is en hoe de resultaten gedurende het

behandeltraject worden ingezet. Hierdoor wordt ook duidelijk wat de cliënt kan verwachten. Uit het praktijkonderzoek blijkt namelijk dat de bereidheid om mee te werken aan een KvL-meting mogelijk wordt verhoogd indien de cliënt kennis heeft over het meten van de KvL en de voordelen die de meting biedt. Mogelijkheden hiervoor zijn uiteenlopend: het kan op de website of in de brochures van de praktijk al worden toegelicht, het kan in de begeleidende uitnodiging van het eerste consult worden vermeld of in een telefonisch gesprek.

Uit het praktijkonderzoek blijkt tevens dat de doelgroep inzicht wil in de resultaten van de metingen en dat wil de behandeling hier vervolgens op aansluit. Daarom verdient het aanbeveling om de werkwijze van de diëtist hierop aan te passen. Dit kan de diëtist doen door de resultaten tijdens het eerste consult te bespreken en in samenspraak met de cliënt deze mede bepalend te laten zijn voor het stellen van behandeldoelen. De diëtist kan een proactieve houding aannemen indien de verbetering in KvL uitblijft bij een meting die na het behandeltraject plaatsvindt, door de cliënt te benaderen teneinde samen te kijken naar een mogelijk vervolgtraject. Deze opvolging wordt door de doelgroep gewaardeerd.

Met de resultaten van dit onderzoek kan het mogelijk worden voor de diëtist om de KvL-meting te introduceren en daardoor de kwaliteit van de zorg te evalueren en waar nodig bij te stellen. Kanttekening hierbij zijn de mogelijke barrières bij de inzet van een KvL-meetinstrument in de eerstelijnszorg. Greenhalgh et al. (1999) stellen dat de mate waarin deze barrières worden weggenomen, mogelijk van invloed is op de mate waarin de inzet van het instrument bijdraagt aan de geleverde zorg. (66) Het verdient daarom aanbeveling om deze barrières verder te onderzoeken met als doel te bepalen welke inspanning nodig is in de eerstelijnspraktijk om deze barrières weg te nemen.

8. LITERATUURLIJST

1. Nederlandse Vereniging van Diëtisten. De praktijk van de toekomst - meerjarenbeleid NVD [Internet]. Houten; 2015 [cited 2015 Dec 15]. Available from: https://www.nvdietist.nl/images/ALV/MJB_2016_2019_1.pdf
2. Sprangers MAG. Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten? [Internet]. RIVM. 2013 [cited 2016 Jan 27]. Available from: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-kwaliteit-van-leven-en-hoe-wordt-het-gemeten/
3. Devlin N, Appelby J. Getting the most out of proms. Office of Health Economics. 2010.
4. Sprangers M, Snijders B. Kwaliteit van leven: Wat is de relatie met ziekten en determinanten? - Nationaal Kompas Volksgezondheid [Internet]. RIVM. 2014 [cited 2016 May 29]. Available from: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/kwaliteit-van-leven/wat-is-de-relatie-met-ziekten-en-determinanten/
5. Guyatt G, Feeny D, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Ann Intern Med.* 1993 Apr 15;118(8):6222–629.
6. Zorginstituut Nederland. PROMs [Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 20]. Available from: https://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/proms
7. van Kessel P, Triemstra M, de Boer D. Patient Reported Outcome Measures: Leidraad voor de selectie en het gebruik van Patient Reported Outcome Measures voor het meten van kwaliteit van zorg [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 15]. Available from: https://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-www/kwaliteit/toetsingskader-en-register/proms/proms/proms/zinl:documents[3]/proms-leidraad/PROMs+Leidraad.pdf
8. Kruizenga H, Wierdsma N. *Zakboek Dietetiek*. Amsterdam: VU uitgeverij; 2015.
9. Higginson I, Carr A. Using quality of life measures in the clinical setting. *Br Med J.* 2001;322:1297–300.
10. van Bakel AM;, Zantinge E. Neemt het aantal mensen met overgewicht toe of af? [Internet]. Nationaal Kompas Volksgezondheid. 2014 [cited 2016 Jan 30]. Available from: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/trend/
11. van der Horst H, De Wit N, Quartero A, Muris J, Berger M, Bijkerk C, et al. NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) [Internet]. Nederlands Huisartsen Genootschap. 2012 [cited 2016 Jan 30]. Available from: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-prikkelbaredarmsyndroom-pds
12. El-Serag H, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther.* 2002 Jun;16(6):1171–85.
13. Achleitner U, Coenen M, Colombel J, Peyrin-Biroulet L, Sahakyan N, Cieza A. Identification of areas of functioning and disability addressed in inflammatory bowel disease-specific patient reported outcome measures. *J Crohns Colitis*. European Crohn's and Colitis Organisation; 2012;6(5):507–17.
14. Wang J, Sereika S, Styn M, Burke L. Factors associated with health-related quality of life among overweight or obese adults. *J Clin Nurs*. 2013;22(15-16):2172–82.
15. Soares R. Irritable bowel syndrome: A clinical review. *World J Gastroentero*l. 2014 Sep 14;20(34):12144–60.
16. VWBintermedical. Patiëntonderzoek PDSB [Internet]. Utrecht; 2009 [cited 2016 Jan 30]. Available from: http://www.pdsb.nl/media/7637/Rapportage PDS-enquete, maart 2009.pdf
17. Visscher T, van Bakel A, Zantinge E. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van overgewicht? - Nationaal Kompas Volksgezondheid [Internet]. RIVM. 2014 [cited 2016

Jan 30]. Available from: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-overgewicht/
18. Bethlehem J. *Deugdelijke peilingen*. CBS. 2013.
19. te Riele S. Vertekening door non-respons [Internet]. RIVM. [cited 2016 Jun 2]. Available from: http://docplayer.nl/406784-Vertekening-door-non-respons.html
20. Former-Boon M, Duinen JJ. *Evidence-based diëtetiek. Principes en werkwijze*. 2e druk. Houten: Boh Stafleu van Loghum; 2012.
21. Allesovermarktonderzoek. Steekproefcalculator [Internet]. Available from: http://www.allesovermarktonderzoek.nl/steekproef-algemeen/steekproefcalculator#Depopulairstesteekproefcalculatorvannederland
22. Zhao N. The Minimum Sample Size in Factor Analysis [Internet]. North Carolina State University. 2009 [cited 2016 Feb 12]. Available from: https://www.encorewiki.org/display/~nzhao/The+Minimum+Sample+Size+in+Factor+Analysis
23. Verhoeven N. *Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken.* 5de ed. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers; 2014.
24. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001;33(5):337–43.
25. van Reenen M, Janssen B. EQ-5D-5L User Guide - Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.1. 2015.
26. The EuroQol Group. How to use the EQ-5D [Internet]. 2009. Available from: http://www.euroqol.org/about-eq-5d/how-to-use-eq-5d.html
27. Ware J, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473–83.
28. Farivar S, Cunningham W, Hays R. Correlated physical and mental health summary scores for the SF-36 and SF-12 Health Survey. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Jan;5(54):1–8.
29. Patrick D, Drossman D, Frederick I, DiCesare J, Puder K. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci.* 1998;43(2):400–11.
30. Drossman D, Patrick D, Whitehead W, Toner B, Diamant N, Hu Y, et al. Further validation of the IBS-QOL: a Disease-specific Quality-of-life Questionnaire. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(4):999–1007.
31. Patrick D. Information Sheet on the Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Measure (IBS-QOL) [Internet]. Mapi Research Institute. [cited 2016 Feb 19]. p. 22–4. Available from: http://depts.washington.edu/seaqol/docs/IBS-QOL_Info.pdf
32. Groll D, Vanner S, Depew W, DaCosta L, Simon J, Groll A, et al. The IBS-36: A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(4):962–71.
33. Niero M, Martin M, Finger T, Ramona L, Patrick DL. A new approach to Multicultural Item Generation in the developmet of Two Obesity-Specific Measures: the Obesity and Weight Loss Quality of Life (OWLQOL) Questionnaire and the Weight-Related Symptom Measure (WRSM). *Clin Ther.* 2002;24(4):690–700.
34. Patrick D, Bushnell D, Rothman M. Performance of Two Self-Report Measures for Evaluating Obesity and Weight Loss. *Obes Res.* 2004;12(1):48–57.
35. Patrick D. Obesity and Weight-Loss Quality of Life Instrument (OWLQOL) and Weight-Related Symptom Measure (WRSM). Seattle Quality of Life Group. 2011.
36. Manwaring J, Wilfley D. The Impact of Weight on Quality of Life Questionnaire. 2010.
37. Kolotkin R, Head S, Hamilton M, Tse C. Assessing Impact of Weight on Quality of Life. *Obes Res.* 1995 Jan;3(1):49–56.
38. Kolotkin R, Head S, Brookhart L. A construct validity of the impact of weight on quality of life questionnaire. *Obes Res.* 1997;5(Sept.):434–41.
39. Kolotkin R, Crosby R, Kosloski K, Williams G. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. *Obes Res.* 2001 Feb;9(2):102–11.

40. Duval K, Marceau P, Pérusse L, Lacasse Y. An overview of obesity-specific quality of life questionnaires. *Obes Rev*. 2006;7(Dec):347–60.
41. Quigley E, Tack J, Chey W, Rao S, Fortea J, Falques M, et al. Randomised clinical trials: linaclotide phase 3 studies in IBS-C - a prespecified further analysis based on European Medicines Agency-specified endpoints. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013 Jan;37(1):49–61.
42. Warkentin L, Das D, Majumdar S, Johnson J, Padwal R. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev.* 2014;15(3):169–82.
43. Kolotkin R, Norquist J, Crosby R, Suryawanshi S, Teixeira P, Heymsfield S, et al. One-year health-related quality of life outcomes in weight loss trial participants: comparison of three measures. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7(1):53.
44. Yancy W, Olsen M, Guyton J, Bakst R, Westman E. A low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-fat diet to treat obesity and hyperlipidemia: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med [Internet]. 2004 May 18 [cited 2016 Jun 2];140(10):769–77. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15148063
45. El-Salhy M, Lillebø E, Reinemo A, Salmelid L, Hausken T. Effects of a health program comprising reassurance, diet management, probiotics administration and regular exercise on symptoms and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Insights.* 2010 Jun 8;2(1):6.
46. Aziz I, Trott N, Briggs R, North J, Hadjivassiliou M, Sanders D. Efficacy of a Gluten-free Diet in Subjects With Irritable Bowel Syndrome-Diarrhea Unaware of Their HLA-DQ2/8 Genotype. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015 Dec;14(5):696–703.e1.
47. Cappello C, Tremolaterra F, Pascariello A, Ciacci C, Iovino P. A randomised clinical trial (RCT) of a symbiotic mixture in patients with irritable bowel syndrome (IBS): effects on symptoms, colonic transit and quality of life. *Int J Colorectal Dis.* 2013 Mar;28(3):349–58.
48. Ostgaard H, Hausken T, Gundersen D, El-Salhy M. Diet and effects of diet management on quality of life and symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Mol Med Rep.* 2012;5(6):1382–90.
49. Mazzawi T, Hausken T, Gundersen D, El-Salhy M. Effects of dietary guidance on the symptoms, quality of life and habitual dietary intake of patients with irritable bowel syndrome. *Mol Med Rep. Spandidos Publications*; 2013 Sep 1;8(3):845–52.
50. Choi C, Jo S, Park H, Chang S, Byeon J, Myung S. A randomized, double-blind, placebo-controlled multicenter trial of saccharomyces boulardii in irritable bowel syndrome: effect on quality of life. *J Clin Gastroenterol.* 2011 Sep;45(8):679–83.
51. Abbasnezhad A, Amani R, Hajiani E, Alavinejad P, Cheraghian B, Ghadiri A. Effect of vitamin D on gastrointestinal symptoms and health-related quality of life in irritable bowel syndrome patients: a randomized double-blind clinical trial. *Neurogastroenterol Motil.* 2016 May 7;
52. Hou X, Chen S, Zhang Y, Sha W, Yu X, Elsawah H, et al. Quality of life in patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS), assessed using the IBS-Quality of Life (IBS-QOL) measure after 4 and 8 weeks of treatment with mebeverine hydrochloride or pinaverium bromide: results of an international prospective observa. *Clin Drug Investig*. 2014 Nov;34(11):783–93.
53. Drossman D, Chey W, Johanson J, Fass R, Scott C, Panas R, et al. Clinical trial-lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome – results of two randomized,placebo-controlled studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29:329–41.
54. Silk D, Davis A, Vulevic J, Tzortzis G, Gibson G. Clinical trial: The effects of a trans-galactooligosaccharide prebiotic on faecal microbiota and symptoms in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;29(5):508–18.
55. Karlsen T, Lund R, Røislien J, Tonstad S, Natvig G, Sandbu R, et al. Health related quality of life after gastric bypass or intensive lifestyle intervention: a controlled clinical study. *Health Qual Life Outcomes.* 2013 Jan;11:17.

56. Karlsen T, Søhagen M, Hjelmesæth J. Predictors of weight loss after an intensive lifestyle intervention program in obese patients: a 1-year prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2013 Jan;11:165.
57. Cash S, Duncan G, Beresford S, McTiernan A, Patrick D. Increase in physical activity may affect quality of life differently in men and women: the PACE project. *Qual Life Res.* 2013 Nov;22(9):pp 2381–8.
58. Kolotkin R, Crosby R, Williams G, Hartley G, Nicol S. The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obes Res.* 2001 Sep;9(9):564–71.
59. Di Francesco V, Sacco T, Zamboni M, Bissoli L, Zoico E, Mazzali G, et al. Weight Loss and Quality of Life Improvement in Obese Subjects Treated with Sibutramine: A Double-Blind Randomized Multicenter Study. *Ann Nutr Metab.* 2007 Mar 15;51(1):75–81.
60. Foster G, Phelan S, Wadden T, Gill D, Ermold J, Didie E. Promoting more modest weight losses: a pilot study. *Obes Res.* 2004 Aug;12(8):1271–7.
61. Guyatt G, Ferrans C, Halyard M, Revicki D, Symonds T, Varricchio C, et al. Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clin Proc. Elsevier*; 2007 Oct 1;82(10):1229–39.
62. Frost M, Cappelleri J, Schünemann H, Moynihan T, Aaronson N. Applying quality-of-life data formally and systematically into clinical practice. *Mayo Clin Proc. Elsevier*; 2007 Oct 1;82(10):1214–28.
63. Chen T, Li L, Kochen M. A systematic review: how to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? J Zhejiang Univ *Sci B.* 2005 Sep;6(9):936–40.
64. Snyder CF, Aaronson NK, Choucair AK, Elliott TE, Greenhalgh J, Halyard MY, et al. Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: A review of the options and considerations. *Qual Life Res.* 2012;21(8):1305–14.
65. Valderas J., Alonso J., Guyatt G. Measuring patient-reported outcomes: moving from clinical trials into clinical practice. *Med J Aust.* 2008;189(2):93–4.
66. Greenhalgh J, Meadows K. The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcomes of patient care: A literature review. *J Eval Clin Pract.* 1999;5(4):401–16.
67. Kyte D, Calvert M, van der Wees P, ten Hove R, Tolan S, Hill J. An introduction to patient-reported outcome measures (PROMs) in physiotherapy. Elsevier. *The Chartered Society of Physiotherapy;* 2015 Jun;101(2):119–25.
68. Jette D, Halbert J, Iverson C, Miceli E, Shah P. Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: perceptions and applications. *Phys Ther.* 2009 Feb 1;89(2):125–35.
69. GA, Bouman, B, Karssen, EC, Wilkinson. Zorginkoop heeft de toekomst. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. 2008.
70. Sullivan G, Feinn R. Using Effect Size-or Why the P Value Is Not Enough. *J Grad Med Educ*. 2012 Sep;4(3):279–82.
71. Effectgrootte [Internet]. [cited 2016 May 31]. Available from: https://nl.wikipedia.org/wiki/Effectgrootte
72. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed. New York; 2013.
73. When effect sizes disagree: the case of r and d. Psychol Methods [Internet]. 2006 Dec [cited 2016 Jun 3];11(4):386–401. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17154753
74. Spranger M, Schwartz C. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med.* 1999;48:1507–15.
75. Curtis E, Drennan J. *Quantitative Health Research: Issues and Methods*. Maidenhead: McGraw-Hill Education (UK); 2013. 441 p.
76. Rockwell S, Kohn H. Post-Then-Pre Evaluation. *J Ext.* 1989;27(2).
77. McPhail S, Haines T. Response shift, recall bias and their effect on measuring change

in health-related quality of life amongst older hospital patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2010 Jan;8:65.
78. Fayers P, Hays R. *Assessing Quality of Life in Clinical Trials: Methods and Practice*. 2nd ed. Oxford; 2005. 20 p.
79. Wong R, Drossman D. Quality of life measures in irritable bowel syndrome. Expert *Rev Gastroenterol Hepatol*. 2010;4(3):277–84.
80. Yacavone R, Locke R, Provenzale D, Eisen G. Quality of Life Measurement in Gastroenterology: What is available? *Am J Gastroenterol.* 2001;96(2):285–97.
81. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ.* 2001 Jun 2;322(7298):1357–60.
82. Smith W. Does Gender Influence Online Survey Participation? [Internet]. 2008 [cited 2016 May 8]. Available from: http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED501717.pdf
83. Bethlehem J. Wegen als correctie voor non-respons [Internet]. Centraal Bureau voor Statistiek. Voorburg/Heerlen; 2008 [cited 2016 May 8]. Available from: https://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/3BFBFEC4-FA4B-4A9D-8034-DD553F813BC1/0/200805x37pub.pdf
84. Verhagen A, de Vet H. *Onderwijs in wetenschap: Lesbrieven voor paramedici.* 3rd ed. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2012. 192 p.
85. Gupta S. Intention-to-treat concept: A review. *Perspect Clin Res.* 2011 Jul;2(3):109–12.

9. BIJLAGEN

BIJLAGE I – ZOEKTERMEN

Hieronder staan de gebruikte zoektermen die zijn toegepast in de databanken zoals genoemd in 2.1.1

Zoektermen zijn los of in combinatie (AND/OR) gebruikt en in de Nederlandse vertaling		
Performance	Weight	Impact
QOL	Quality of Life	Patient*
Performance	Weight	Questionnaire
Impact	Disease Specific	Change
Receptive	Responsive	Valid*
IBS	Irritable Bowel Syndrome	Sensitive
Overweight	Weight loss	Obes*
Measure*	Instrument	Develop*
Response to treatment	Respons*	Effect*
SIP	IBS-36	IBS-QOL
SF-36	EQ-5D	IWQOL*
OWLQOL	OSQOL	Detect
Domain*	Scale*	Generic
Systematic Review	Meta-analysis	Review
Implement*	Complete(d)	Self-administered
Time	Barrier*	Benefit
Minute*	Added Value	Primary Care
Dimension*	Treat*	Diet*
Minute*	Added Value	Primary Care
Dimension*	Treat*	Diet*

BIJLAGE II – ENQUÊTE

Kwaliteit van Leven

Welkom bij dit onderzoek. De vragenlijst kost u ongeveer**10 minuten** van uw tijd.

Anoniem en vertrouwelijk
Als u deelneemt gaat u ermee akkoord dat uw antwoorden zullen worden gebruikt voor dit onderzoek. Al uw persoonlijke gegevens blijven anoniem en worden vertrouwelijk verwerkt.

Invulinstructie
De vragen met een * zijn verplichte vragen, andere kunt u open laten. Als u eenmaal naar de volgende pagina bent gegaan, kunt u niet meer terug.

Win!
Na de sluitingsdatum van de enquête wordt onder 2 deelnemers een**VVV-bon ter waarde van €25** verloot. Indien u wenst mee te doen aan een vervolg interview, en woonachtig bent in de Randstad, ontvangt u een vergoeding van €25.

Alvast **dank** voor uw deelname!

LEEST U ONDERSTAANDE TEKST GOED DOOR - DEZE INFORMATIE IS BELANGRIJK!

Inleiding
Deze enquête is bestemd voor iedereen met **prikkelbare darm syndroom** en/of **overgewicht.**
Waarom? Prikkelbare darm syndroom en/of overgewicht kan de kwaliteit van leven beïnvloeden.

Wat is kwaliteit van leven?
Kwaliteit van leven zegt iets over uw fysieke, psychische en sociale welzijn en hoe **u** dit ervaart.

Voorbeeld I
U heeft pijn en hierdoor kunt u niet goed bewegen waardoor u bepaalde dagelijkse activiteiten niet kunt uitvoeren. Denk dan aan boodschappen doen of uw schoenen aantrekken.
Voorbeeld II
U vermijdt stressvolle situaties omdat deze de klachten verergeren. Omdat u bang bent dat u last krijgt van uw darmen gaat u niet meer naar een verjaardagsfeestje.

In deze voorbeelden is uw 'kwaliteit van leven' mogelijk lager.

Net zoals uw gewicht op de weegschaal wordt gewogen, zo kan de diëtist ook uw 'kwaliteit van leven' meten. Dit kan de diëtist doen door het laten invullen van een vragenlijst. Dat wordt ook wel een kwaliteit van leven meetinstrument genoemd. Hierdoor kan duidelijk worden welke impact prikkelbare darm syndroom of overgewicht heeft op **uw** 'kwaliteit van leven'.

Via deze enquête willen we graag onderzoeken wat u ervan vindt als uw diëtist uw 'kwaliteit van leven' gaat meten met behulp van een meetinstrument (zoals een vragenlijst).

Kwaliteit van Leven

Allereerst beginnen we met een paar algemene vragen

* 1 Wat is uw geslacht?

* 2 Wat is uw leeftijd?

* 3 U heeft ...

(meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Overgewicht
- [ ] Prikkelbare darm syndroom

4 Wat is uw gewicht (in kg)?

(Vult u hieronder een getal in - dit veld is niet verplicht)

5 Wat is uw lengte in centimeters?

(Vult u hieronder een getal in zonder punt of komma - dit veld is niet verplicht)

6 Wat is uw hoogst genoten opleiding?

* 7 Bent u weleens bij een diëtist geweest?

- ( ) Nog nooit, maar dat ben ik wel van plan
- ( ) Nog nooit, en dat ben ik niet van plan
- ( ) Momenteel ben ik in behandeling bij een diëtist
- ( ) Ik ben in behandeling geweest bij een diëtist

Hierna volgt een aantal specifieke vragen over het onderzoek. U krijgt per vraag soms meerdere antwoordmogelijkheden. Kiest u het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

Indien u het antwoord op een vraag niet weet of niet van toepassing vindt kunt u kiezen voo**m.v.t.**

Het is de bedoeling dat u alle vragen invult totdat de enquête ten einde komt.

* 8 Denkt u dat uw kwaliteit van leven lager is vanwege uw prikkelbare darm syndroom en/of uw overgewicht?

- ◯ Ja
- ◯ Nee
- ◯ Weet ik niet

9 Indien u ja heeft geantwoord, kunt u dat met één voorbeeld toelichten?

* 10 Zou u bij uw diëtist uw kwaliteit van leven willen laten meten?

- ◯ Ja
- ◯ Nee
- ◯ Weet ik niet

Een diëtist meet doorgaans uw gewicht, maar kan dus ook uw kwaliteit van leven meten. Het 'kwaliteit van leven' **meetinstrument** dat uw diëtist kan gebruiken is doorgaans een lijst met vragen die gaan over uw situatie en hoe u deze ervaart.

Voorbeeld vragen uit het meetinstrument kunnen zijn:

- *Hebben uw klachten invloed op het goed uitvoeren van uw werkzaamheden (b.v. school, werk)*
- *Ik maak me zorgen dat mijn klachten/gewicht erger worden/wordt als ik eet*

Per stelling kunt u aangeven in hoeverre deze op u van toepassing is aan de hand van scores. Bijvoorbeeld op een schaal van 0 tot 6 waarbij 0 = nooit en 6 = altijd.

Wij zijn benieuwd **wat u ervan vindt** als de diëtist uw kwaliteit van leven gaat meten.

LET OP!
In deze enquête zullen we het vanaf nu elke keer hebben over een**meetinstrument** en daarmee bedoelen wij de lijst met vragen die uw diëtist gebruikt áls uw kwaliteit van leven gemeten wordt.

* 11 **Wat vindt u ervan** als uw diëtist uw kwaliteit van leven gaat meten?

Met het meten bedoelen we dat uw diëtist u een aantal vragen kan stellen (d.m.v. een vragenlijst) zodat u kunt aangeven hoe ú uw kwaliteit van leven ervaart.

	Helemaal mee oneens	Beetje mee oneens	Enigszins mee eens	Volledig mee eens	N.v.t./weet niet
Ik vind het belangrijk dat de diëtist op de hoogte is hoe ik mijn kwaliteit van leven ervaar	○	○	○	○	○
Ik vind het van toegevoegde waarde als de diëtist mijn kwaliteit van leven gaat meten	○	○	○	○	○
Ik vind het fijn als mijn diëtist aan mij vraagt hoe het met mij gaat	○	○	○	○	○
Ik vind het niet de taak van de diëtist om naar mijn kwaliteit van leven te vragen	○	○	○	○	○

12 Wilt u nog iets aan deze lijst toevoegen, dan kunt u dat hier invullen:

* 13 Wat vindt u van het **delen van persoonlijke informatie** met uw diëtist?

Met persoonlijke informatie bedoelen wij dat tijdens het meten van uw 'kwaliteit van leven' bijvoorbeeld wordt gevraagd of u zich zorgen maakt om uw klachten of dat u zich niet begrepen voelt door uw omgeving. Indien u nog nooit bij een diëtist bent geweest kunt u zich een andere zorgverlener inbeelden, zoals bijvoorbeeld uw huisarts.

	Helemaal mee oneens	Beetje mee oneens	Enigszins mee eens	Volledig mee eens	N.v.t./weet niet
Ik vind een meetinstrument (zoals een vragenlijst over kwaliteit van leven) een geschikte manier om informatie te delen met mijn diëtist	○	○	○	○	○
Ik heb er moeite mee om persoonlijke informatie te delen met mijn diëtist	○	○	○	○	○
Ik vind een gesprek een geschikte manier om aan te geven hoe ik mijn kwaliteit van leven ervaar	○	○	○	○	○
Ik begrijp niet waarom de diëtist persoonlijke informatie over mijn kwaliteit van leven van mij wil weten	○	○	○	○	○

14 Wilt u nog iets aan deze lijst toevoegen, dan kunt u dat hier invullen:

* 15 **Als de diëtist inzicht krijgt** in mijn kwaliteit van leven door het gebruik van een meetinstrument, dan ...

	Helemaal mee oneens	Beetje mee oneens	Enigszins mee eens	Volledig mee eens	N.v.t./weet niet
Wil ik dat de diëtist de resultaten van de 'kwaliteit van leven'-meting met mij deelt	○	○	○	○	○
Denk ik dat het bijdraagt aan de behandeling / te behalen resultaten	○	○	○	○	○
Wil ik dat de behandeling door de diëtist hierop aansluit	○	○	○	○	○

16 Wilt u nog iets aan deze lijst toevoegen, dan kunt u dat hier invullen:

* 17 **Als u inzicht krijgt** in uw kwaliteit van leven, dan ...

	Helemaal mee oneens	Enigszins mee oneens	Beetje mee eens	Volledig mee eens	N.v.t./weet niet
Word ik mij bewuster van mijn situatie	○	○	○	○	○
Is dit van invloed op mijn motivatie om iets te veranderen	○	○	○	○	○
Denk ik dat het bijdraagt aan de behandeling / te behalen resultaten	○	○	○	○	○

18 Wilt u nog iets aan deze lijst toevoegen, dan kunt u dat hier invullen:

Als de diëtist uw kwaliteit van leven gaat meten (zoals met een vragenlijst) heeft dat een aantal mogelijke **voordelen voor zowel uzelf als cliënt maar ook voor de diëtist.**

De volgende vragen gaan over deze voordelen.

19 Welke voordelen kunt u zelf bedenken die het meten van kwaliteit van leven door uw diëtist kan opleveren? Vult u ze hieronder in als u iets te binnen schiet.

Deze vraag is niet verplicht, klik op volgende als u verder wilt gaan.

Voordeel 1	
Voordeel 2	
Voordeel 3	
Voordeel 4	
Voordeel 5	

Uit onderzoeken blijkt dat er een aantal voordelen zijn voor uzelf en uw diëtist als uw kwaliteit van leven wordt gemeten. Misschien heeft u er al een aantal benoemd in de vorige vraag. Hieronder worden ze allemaal opgenoemd. Bent u het hiermee eens? Probeert u zich een voorstelling te maken van de genoemde punten. Weet u het niet? Kiest u dan voor **n.v.t.**

* 20 **Als de diëtist** mijn kwaliteit van leven gaat meten dan ...

	Helemaal mee oneens	Enigszins oneens	Beetje mee eens	Volledig mee eens	N.v.t./weet niet
Krijgt de diëtist belangrijke informatie over mijn kwaliteit van leven, welke in een gesprek misschien niet naar voren was gekomen	○	○	○	○	○
Zorgt dit voor een betere communicatie tussen mij en de diëtist	○	○	○	○	○
Wordt de behandeling beter afgestemd op mijn persoonlijke situatie	○	○	○	○	○
Kan ik samen met de diëtist prioriteiten van de behandeling bepalen	○	○	○	○	○
Kan ik aangeven bij de diëtist wat ik belangrijk(er) vind	○	○	○	○	○
Kan ik meebeslissen over behandeldoelen (afspraken over te behalen resultaten)	○	○	○	○	○
Kan de diëtist zien of de behandeling werkt	○	○	○	○	○
Kan de diëtist de behandeling aanpassen als en wanneer dat nodig is	○	○	○	○	○
Versterkt dit mijn gevoel dat ik er zelf iets aan kan doen	○	○	○	○	○
Kan de diëtist de geleverde zorg in de praktijk evalueren en verbeteren	○	○	○	○	○

* 21 Na de voorgaande vraag weet u welke voordelen het meten van uw 'kwaliteit van leven' u en uw diëtist kan opleveren volgens onderzoekers.

Nu u dit weet zijn wij benieuwd of u van mening bent veranderd. Zou u bij uw diëtist uw kwaliteit van leven willen laten meten?

- ◯ Ja, dat wil ik nog steeds
- ◯ Ja, dat wil ik nu wel
- ◯ Nee, dat wil ik nog steeds niet
- ◯ Nee, dat wil ik nu niet meer
- ◯ Dat weet ik nog steeds niet

* 22 U wilt uw kwaliteit van leven **niet laten meten**, kruis hieronder aan wat van toepassing is

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik vind ik niet belangrijk voor mijzelf en/of de diëtist
- ☐ Ik zie de voordelen er niet van in
- ☐ Ik zie geen verband tussen mijn klachten/gezondheid en mijn kwaliteit van leven
- ☐ Ik zie geen verband tussen mijn kwaliteit van leven en de diëtist of de behandeling
- ☐ Ik verwacht niet dat het iets helpt
- ☐ Ik vind het zonde van mijn tijd
- ☐ Anders, namelijk:

23 U bent van gedachte veranderd en u wilt nu wel uw kwaliteit van leven laten meten, kunt u aangeven waarom?

U bent op de helft van de enquête !

Vult u hem helemaal in en maak kans op die VVV-bon van €25

De diëtist wil uiteraard uw kwaliteit van leven meten zodat dit mogelijk uw dieetbehandeling ten goede komt. Maar bent u wel bereid hier tijd aan te besteden en op welke manier?

De volgende vragen gaan hierover. Geeft u aan waar uw**voorkeur** naar uit gaat.

* 24 Het meetinstrument, zoals een vragenlijst over uw kwaliteit van leven, kan zelfstandig worden ingevuld. Maar **wanneer en hoe** zou u het meetinstrument het **liefste** willen invullen?

- ◯ Zelfstandig in privétijd
- ◯ Zelfstandig maar wel tijdens het consult / de afspraak
- ◯ Samen met de diëtist, tijdens het consult / de afspraak

* 25 Bent u bereid om het meetinstrument in te vullen **in privétijd** (voordat u naar uw diëtist gaat)

- ◯ Ja
- ◯ Ligt eraan hoeveel tijd het kost
- ◯ Nee

* 26 Als u het meetinstrument invult **in privétijd**, wat vindt u dan een acceptabele invulduur?

Vult u hier s.v.p. het aantal minuten in dat u eraan wilt besteden

[ ]

* 27 Bent u bereid om het meetinstrument (zoals een vragenlijst)in te vullen **tijdens het consult / de afspraak**?

- ◯ Ja
- ◯ Ligt eraan hoeveel tijd het kost
- ◯ Nee

* 28 Als u het meetinstrument (zoals een vragenlijst) invult **tijdens het consult / de afspraak**, wat vindt u dan een acceptabele invulduur?

Vult u hier s.v.p. het aantal minuten in dat u eraan wilt besteden

[ ]

* 29 Een verandering in kwaliteit van leven is soms pas **na enige tijd**, soms pas na maanden, merkbaar. Uw dieetbehandeling moet soms voor langere tijd gevolgd worden om echt goede resultaten te boeken. In sommige gevallen bent u dan al niet meer bij uw diëtist in behandeling.

Mag uw diëtist u vragen om uw kwaliteit van leven **nog een keer te meten?**

- ◯ Ja, daartoe ben ik bereid maar alleen als ik nog in behandeling ben
- ◯ Ja, daartoe ben ik bereid en ook als het behandeltraject al ten einde is
- ◯ Nee, daartoe ben ik niet bereid

* 30 U heeft **nee** ingevuld. U wilt het meetinstrument (zoals een vragenlijst over kwaliteit van leven) **niet** nog een keer invullen.
Kruis hieronder aan waarom (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Ik ben niet geïnteresseerd om te weten of mijn kwaliteit van leven is verbeterd
- ☐ Ik vind het niet belangrijk voor mijn diëtist om te weten of mijn kwaliteit van leven is verbeterd
- ☐ Wat de uitkomst ook is, ik zou geen nieuwe afspraak met de diëtist overwegen
- ☐ Ik wil mijn privétijd hier niet aan besteden
- ☐ Anders, namelijk:

[ ]

*31 U heeft **ja** ingevuld. U wilt het meetinstrument (zoals een vragenlijst over kwaliteit van leven) **nog een** keer invullen. Kruis hieronder aan waarom (meerdere antwoorden mogelijk)

- [ ] Ik wil zelf ook graag weten of mijn kwaliteit van leven is verbeterd
- [ ] Het is belangrijk voor de diëtist om te weten of mijn kwaliteit van leven is verbeterd
- [ ] Als mijn kwaliteit van leven niet is verbeterd dan zou ik weer een afspraak willen maken met de diëtist

Dank u voor het invullen van deze enquête! Uw antwoorden zijn zeer waardevol voor het onderzoek.

Onder de deelnemers verloten wij twee VVV-bonnen ter waarde van €25, wilt u hier kans op maken?

En wilt u meewerken aan een vervolg interview van een half uur tegen een vergoeding van €25 euro en woont u in de Randstad? Dan kunt u zich hier opgeven. Wij nemen zo snel mogelijk contact met u op. Tijdens het interview wordt dieper ingegaan op de resultaten van de enquête.

Dank u!

36 Ik wil ...

- [ ] Kans maken op de VVV-bon van €25
- [ ] Meedoen met een interview voor een vergoeding van €25

37 Uw gegevens:

Uw naam

Plaats

E-mailadres

Telefoonnummer

38 Wilt u nog iets kwijt?

BIJLAGE III - INTERVIEW TOPIC LIJST

Topics	Voorbeeldvragen
Motivatie	Waarom bent u bereid om mee te werken aan een KvL-meting door de diëtist? Waarom wilt u uw kwaliteit van leven laten meten?
Toegevoegde waarde & verwachtingen	Wat denkt u dat het oplevert voor uzelf en voor de diëtist en waarom? Welke verwachtingen horen daarbij? Waarom denkt u dat < …> van toegevoegde waarde is?
Tijd	Waarom wilt u liever in privétijd invullen? Waarom wilt u liever in consult tijd invullen? Waarom wilt u er tijd aan besteden? Hoe zou u het vinden de diëtist het initiatief neemt om u na de behandeling nogmaals te vragen de KvL-meting in te vullen?
Relevantie	Waarom is het alleen belangrijk dat de diëtist weet of uw KvL is gestegen en niet voor u? Waarom wilt u het zelf niet weten? Waarom wilt u zelf weten of uw KvL is verbeterd?
Resultaten en verwachtingen	Waarom wilt u geen afspraak meer maken met de diëtist als blijkt dat uw kwaliteit van leven niet is verbeterd? Hoe wilt u dat de diëtist u benadert als uw KvL niet is verbeterd?