

Succes- en faalfactoren bij het werken met vastgestelde doelen bij de dieetbehandeling van CVRM

Marieke Plas MSc¹, Jacqueline de Vos MSc¹, Marian de van der Schueren PhD¹, Elke Naumann PhD¹

Inleiding

Eenduidige verslaglegging in het diëtistisch dossier ondersteunt diëtisten bij het inzichtelijk maken van de resultaten van hun dieetbehandeling. Als eerste stap hiertoe vond in 2014 een Delphi-onderzoek plaats. Hierin werden drie doelen gekozen om inzicht te krijgen in het effect van dieetbegeleiding bij cardiovasculair risicomanagement (CVRM): vermindering van de middelomtrek, het kunnen toepassen van het dieet en verhoging van de kwaliteit van leven. Het is niet duidelijk of het voor diëtisten in de dagelijkse praktijk haalbaar is om deze doelen op de vastgestelde wijze en meetmomenten te meten en te registreren.

Methode

Twaalf diëtisten maten en registreerden gedurende een half jaar de middelomtrek, de toepassing van het dieet en de kwaliteit van leven. Aan de hand van interviews met deze diëtisten – drie en zes maanden na het begin van deze werkwijze – werden de succes- en faalfactoren geïnventariseerd. De interviews werden getranscribeerd en vervolgens gecodeerd en geanalyseerd met het kwalitatief analyseprogramma Atlas Ti.

Resultaten

Per meetinstrument werden verschillende succesfactoren aangegeven en faalfactoren genoemd die implementatie in de weg kunnen staan. Diëtisten hebben behoefte aan reminders om de metingen op het juiste moment uit te voeren.

Conclusie

Veel faalfactoren kunnen verholpen worden met de juiste ict-ondersteuning. Daarom wordt op dit moment gewerkt aan een digitale tool om diëtisten te ondersteunen bij het meten en registreren van de afgesproken doelen. Het uiteindelijke doel hiervan is een in de dagelijkse praktijk toepasbare werkwijze die op termijn inzicht geeft in resultaten van dieetbehandeling bij CVRM.

Trefwoorden

Dieetbehandeldoelen, CVRM, diëtetiek

CORRESPONDENTIE

e.naumann@han.nl

¹ Lectoraat Voeding en Gezondheid, Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Belangenverklaring

Er is geen sprake van een belangenconflict.

Financiering

Voor dit onderzoek is subsidie verkregen via RAAK-mkb.

Inleiding

Onderzoek naar de kosten en baten van de diëtetiek laat zien dat dieetbehandeling effectief is bij patiënten met overgewicht of obesitas en risico op hart- en vaatziekten: bloeddruk en cholesterol dalen en de ervaren kwaliteit van leven neemt toe.¹ Daarnaast blijkt dieetbehandeling kosteneffectief. Voor elke euro die besteed wordt aan de dieetbehandeling bij deze patiëntengroep krijgt de maatschappij 14-63 euro terug.¹

Hoewel deze uitkomsten pleiten voor voldoende inzet van dieetbehandeling bij cardiovasculair risicomangement (CVRM), blijkt uit recent onderzoek bij Nederlandse diëtetiekpraktijken dat driekwart van de patiënten zelf voortijdig de dieetbehandeling staakt, zonder het behalen van de behandeldoelen.^{2,3} Tegelijkertijd blijkt dat patiënten die de behandeling wél afmaken goede effecten bereiken op risicofactoren en kwaliteit van leven.^{1,3} Diëtisten gaven bij het lectoraat aan behoefte te hebben aan meer en betere onderbouwing van (eigen) effectiviteit van behandeling, om sterker te staan in bijvoorbeeld onderhandelingen met verwijzers of zorgverzekeraars. Dit geldt voor zowel individuele diëtisten als diëtetiekpraktijken, regio's en de beroepsgroep. Het zichtbaar maken van wat goed gaat en waar verbetering in dieetbehandeling mogelijk is, kan daarnaast ook bijdragen aan verdere professionalisering van de diëtist en de diëtetiek.

Een eerste stap om te komen tot meer inzicht in resultaten van dieetbehandeling bij CVRM was een Delphi-studie in 2014. Hierin werd vastgesteld welke data (gerelateerd aan vastgestelde doelen) minimaal verzameld moeten worden, met welke meetinstrumenten en met welke frequentie.⁴ Er werd gekozen voor het meten van middelomtrek, kwaliteit van leven (RAND 36) en de ervaring van patiënten met het toepassen van het dieetadvies in het dagelijks leven aan de hand van vier vragen, gebaseerd op 'het diëtistisch

consult' bij aanvang van de behandeling en na drie, zes en twaalf maanden (zie kader).^{5,6}

Deze metingen zouden moeten worden geregistreerd bij aanvang van de behandeling en na drie, zes en twaalf maanden. In oktober 2015 werd vervolgens een tweejarig project gestart: Dieetbehandeling bij CVRM; hoe maken we resultaten transparant? In dit artikel wordt het testen beschreven van de toepasbaarheid van de voorgestelde werkwijze uit het Delphi-onderzoek in de dagelijkse praktijk van de diëtist. De onderzoeksvraag luidt: Welke succes- en faalfactoren ervaren diëtisten bij het toepassen van de voorgestelde werkwijze? Het doel van dit project is de ontwikkeling van een tool die diëtisten ondersteunt bij het verzamelen en registreren van data bij CVRM-cliënten om resultaten van dieetbehandeling inzichtelijk te maken.

Methode

Deelnemers

Voor dit project werd een consortium samengesteld vanuit diëtistenpraktijken (n=12), NVD, DCN, KADOO en Nivel. De deelnemers aan dit onderzoek waren de eerstelijnsdiëtisten uit het consortium, allemaal met ervaring met de dieetbehandeling bij CVRM en betrokken bij de hierboven genoemde Delphi-studie (n=9), of met interesse in deelname aan het onderzoek (n=3). De leeftijd van de deelnemende diëtisten, allemaal vrouwen, lag tussen de 25 en 56 jaar, met een mediaan van 40 jaar. De werkervaring was 3-30 jaar (mediaan 16 jaar). De diëtisten werd gevraagd om gedurende een half jaar bij minimaal vijf nieuwe cliënten data over de middelomtrek, kwaliteit van leven en ervaringen met het toepassen van het dieetadvies in het dagelijks leven te registreren in een daarvoor ontwikkeld Excel-bestand. De diëtisten ontvingen een instructie voor de uitvoer van de middelomtrekmeting. Kwaliteit van leven werd gemeten met RAND 36, in pdf-format aan de diëtisten beschikbaar gesteld.^{3,7} De ervaringen van patiënten met het toepassen van het dieet werd geregistreerd (cijfer 1-10 op de vier vragen). De diëtisten informeerden de deelnemende cliënten mondeling en schriftelijk over het onderzoek. De cliënten ondertekenden voor aanvang een informed consent. Het onderzoek was volgens de CMO van het Radboud UMC niet WMO-plichtig.

Interviews

De succes- en faalfactoren bij het meten en registreren van de nieuwe werkwijze werden in kaart gebracht door

DIËTISTISCH CONSULT

Vier vragen, beantwoord op een schaal van 1-10:

- In hoeverre denkt u dat u zich kunt houden/heeft gehouden aan het dieet?
- In hoeverre bent u in staat het dieet in uw dagelijks leven toe te passen?
- Hoe belangrijk is het dieet voor u?
- Hoeveel vertrouwen heeft u erin dat het volgen van het dieet gaat lukken?

twee semigestructureerde interviews met de deelnemende diëtisten. Het eerste interview vond ongeveer drie maanden na de start van inclusie plaats, het tweede interview drie maanden later om mogelijke veranderingen te detecteren en de ervaringen met een tweede keer meten bij cliënten na te vragen. De interviews vonden plaats bij de diëtisten in hun diëtistenpraktijk.

Voor de interviews werd een *interview guide* opgesteld, gebaseerd op onderzoek bij fysiotherapeuten naar succes- en faalfactoren bij het gebruik van nieuwe meetinstrumenten. In dat onderzoek werden succes- en faalfactoren voor implementatie van een nieuwe werkwijze verdeeld in vier domeinen:

- De individuele zorgverlener (bijvoorbeeld: ervaring met het meetinstrument)
- De cliënt (bijvoorbeeld: weerstand tegen meting)
- De organisatie (bijvoorbeeld: beschikbare tijd)
- Het meetinstrument (bijvoorbeeld: gebruiksvriendelijkheid).⁸

In de interviews werd per meetinstrument gevraagd naar de succes- en faalfactoren bij het toepassen van de voorgestelde werkwijze, evenals naar verbeteringen die diëtisten graag zouden zien. Door de interviews was het mogelijk om door te vragen op de door de diëtisten aangedragen succes- en faalfactoren. Gedetailleerd inzicht hierin is nodig om in vervolgstappen toe te werken naar een tool die diëtisten ondersteunt bij het meten en registreren.

Bij elk interview waren twee (student)onderzoekers aanwezig; één onderzoeker stelde de vragen, de andere maakte aantekeningen. Bij de eerste twee interviews waren onderzoekers van het lectoraat aanwezig. Tijdens deze twee interviews lieten de (student)onderzoekers zien dat ze voldoende toegerust waren om de interviews samen af te nemen. Van elk interview werd een geluidsopname gemaakt. De interviews werden ad verbatim getranscribeerd. Diëtisten kregen deze uitwerking te lezen met de mogelijkheid om aanpassingen te doen. De transcripten werden vervolgens in tekstfragmenten opgesplitst en gecodeerd volgens een vooraf opgestelde codeboom. Deze codeboom bestond uit de meetinstrumenten met daaronder de succes- en faalfactoren per domein (diëtist, cliënt, organisatie en meetinstrument). Codering vond plaats door één onderzoeker. Bij twijfel vond overleg met de andere onderzoeker plaats, totdat consensus werd be-

reikt. Op basis van de gecodeerde tekstfragmenten werden per meetinstrument en per domein succes- en faalfactoren beschreven en wenselijke aanpassingen weergegeven. Codering en analyse werden uitgevoerd met Atlas Ti, versie 7.

Resultaten

Ten tijde van het eerste interview waren 45 cliënten door de diëtisten geïncludeerd, gemiddeld 4 per diëtist. Van al deze cliënten waren data geregistreerd bij aanvang van de dieetbehandeling. Tijdens het tweede interview waren data geregistreerd van 55 cliënten. Van 28 van deze cliënten waren tevens data beschikbaar drie maanden na de start van de dieetbehandeling. Tabel 1 geeft een overzicht van de succes- en faalfactoren uit de interviews.

Middelomtrek

Op het domein van de diëtist bestond verschil tussen diëtisten die ervaring hadden met het meten van de middelomtrek en diëtisten zonder ervaring. De eersten waren positief over de mogelijkheden die dit heeft om resultaten van de behandeling te kunnen volgen. De diëtisten die deze meting niet vaak uitvoeren, vroegen zich af of ze de meting op de juiste wijze uitvoerden. Zij ervoeren bovendien dat het extra tijd kostte in hun consult. Tijdens het tweede interview kwam als succesfactor op het domein van de diëtist naar voren dat het meten van de middelomtrek inzicht gaf in de resultaten van de dieetbehandeling. Ook werd aangegeven dat het lastig was om twee keer op exact dezelfde plek te meten. Op het domein van de diëtist werd genoemd dat diëtisten het niet altijd prettig vonden om de middelomtrek te meten, bijvoorbeeld bij grote buikomvang of bij cliënten die hevig transpireerden.

Op het domein van de cliënt werd als faalfactor genoemd dat sommige cliënten moeite hadden met de meting omdat de kleding (deels) uit of omhoog moest. Volgens diëtisten had dit ook te maken met verwachtingen van de cliënt; bij de meting van de middelomtrek tijdens het tweede meetmoment uitten de cliënten minder problemen, omdat ze al bekend waren met de meting. Bovendien zagen cliënten dan de resultaten van de meting ten opzichte van de eerste meting, wat motivatieverhogend werkte.

'Maar je ziet nu wel bij deze twee cliënten dat het gewoon wel meerwaarde heeft. En, als je het doet bij cliënten, dat ze er ook gewoon van uitgaan dat je het

Tabel 1. Succes- en faalfactoren bij het werken met meetinstrumenten op verschillende domeinen volgens diëtisten (n=12).

Succesfactoren (+) en faalfactoren (-)	
Middelomtrek	
<i>Diëtist</i>	Ervaring met het meetinstrument (+) Geeft inzicht in resultaten dieetbehandeling (+) Twijfel over nauwkeurigheid van meting (-) Niet bij elke cliënt prettig om te meten (-)
<i>Cliënt</i>	Motiverend voor cliënt (+) Kan als ongemakkelijk worden ervaren (-)
<i>Organisatie</i>	Makkelijk te integreren in de dagelijkse praktijk (+) Kost extra tijd, met name bij onervaren gebruikers (-)
<i>Meetinstrument</i>	Meetinstrument snel en goedkoop en beschikbaar in de praktijk (+) Niet geschikt voor cliënten zonder overgewicht (-)
Toepassen dieet	
<i>Diëtist</i>	Geeft inzicht in resultaten dieetbehandeling (+) Ervaring met gebruik van deze vragen (+) Twijfel aan meerwaarde van de vragen (-) Methode wordt verschillend toegepast (-)
<i>Cliënt</i>	Maakt het makkelijker om over dieet te praten (+) Vragen zijn duidelijk (+) Cliënt vindt vragen op elkaar lijken (-) Mogelijkheid van sociaal-wenselijke antwoorden (-)
<i>Organisatie</i>	Kost nauwelijks extra tijd (+) Vragen zijn makkelijk te verwerken (+)
<i>Meetinstrument</i>	Vragen zijn te algemeen (-)
Kwaliteit van leven	
<i>Diëtist</i>	Geeft inzicht in resultaten dieetbehandeling (+) Weinig inzicht in uitkomsten: berekening nodig om uitkomst te genereren aan de hand van ingevulde vragen (-) Weerstand om in te laten vullen (-)
<i>Cliënt</i>	Interessant om verschillen te zien na twee metingen (+) Verhoogt motivatie voor dieetbehandeling (+) Weerstand om in te vullen (-)
<i>Organisatie</i>	Kost tijd (-)
<i>Meetinstrument</i>	Gevalideerde vragenlijst (+) Niet digitaal beschikbaar (-) Niet geschikt voor iedere cliënt (bijv. taal- en cultuurbarrières) (-)

weer doet. Ze raken er ook aan gewend, ze vinden het niet gek meer als je het doet, dus.'

Op het domein van de organisatie gaven diëtisten die reeds gewend waren deze meting uit te voeren aan dat de meting gemakkelijk was te integreren in de praktijk. Diëtisten zonder ervaring gaven aan dat het extra tijd kostte om de meting uit te voeren.

Op het domein van het meetinstrument werd aangegeven dat een meetlint voor het meten van de middelomtrek veelal beschikbaar was in de praktijk. Als

nadeel van deze methode werd genoemd dat dit niet geschikt was bij cliënten zonder overgewicht.

Toepassen dieet en motivatie

Een belangrijke succesfactor op het domein van de diëtist was dat de vragen over dieet en motivatie al vaak waren toegepast en diëtisten ervaren hadden dat deze vragen bijdragen aan het inzicht in de resultaten van de behandeling. Een faalfactor op dit domein was dat er niet altijd sprake was van een gestandaardiseerde werkwijze, omdat diëtisten de vragen verschillend han-

teerden in het consult. De ene diëtist stelde de vragen aan het begin van het consult, waarna de antwoorden mede de inhoud en vorm van het consult bepaalden; de andere diëtist stelde de vragen juist aan het eind en noteerde de score, zonder dat dit invloed had op het verdere verloop van het gesprek. Ook werd aangegeven dat de vragen niet geschikt waren voor gebruik tijdens het eerste consult, omdat de cliënten dan een inschatting moesten maken van de toepasbaarheid van het dieet. Als deze vragen in het tweede consult zouden worden gesteld, zouden ze al enige ervaring hebben met het toepassen van het dieet.

Op het domein van de cliënt werden als succesfactoren aangegeven dat de vragen een leidraad vormden voor het gesprek. De cliënten konden de vragen goed beantwoorden. Als faalfactor werd de mogelijkheid van sociaal-wenselijke antwoorden genoemd. Diëtisten gaven aan dat cliënten bij aanvang van de behandeling vaak hoge cijfers gaven, waarbij het volgens hen onduidelijk was of ze een juiste inschatting konden maken van het toepassen van het dieet.

'Ja, ik merkte wel, want dat heb ik drie maanden later dus weer gevraagd, dat er eigenlijk niet zo heel veel in veranderd was bij diegenen. Dus, ja, ze vonden het volgens mij prima om in te vullen, maar het is niet dat daar hele gekke dingen uitkwamen. Het was exact hetzelfde eigenlijk, wat ze aangaven.'

Een organisatorische succesfactor was dat het nauwelijks extra tijd kostte om de vragen af te nemen.

Op het domein van het meetinstrument werd als succesfactor aangegeven dat de vragen makkelijk te verwerken waren. Een faalfactor hierbij was dat de vragen te algemeen werden bevonden.

Kwaliteit van leven

Op het domein van de diëtist gaf het merendeel van de diëtisten aan geen ervaring te hebben met de kwaliteit van leven-vragenlijst, de RAND-36. Een enkeling die hier al wel ervaring mee had, gaf aan dat deze vragenlijst inzicht gaf in de resultaten van de dieetbehandeling. Een belangrijke faalfactor was de afwezigheid van een automatische uitkomstberekening. Hierdoor was de score van de cliënt niet duidelijk. Een andere faalfactor was dat sommige diëtisten weerstand voelden om de vragenlijst te laten invullen; er werden persoonlijke vragen gesteld die weinig met voeding te maken hadden. Om dezelfde reden voelden diëtisten weer-

stand om de vragenlijst na drie maanden nogmaals in te laten vullen.

Succesfactoren op het domein van de cliënt waren het zichtbare verschil tussen de twee metingen en de hiermee samenhangende motiverende werking om verbetering te kunnen vaststellen in de loop van de behandeling. Daarnaast werd als faalfactor aangegeven dat cliënten weerstand hadden om de vragenlijst in te vullen, omdat ze de vragenlijst erg lang vonden en lastig te begrijpen.

'Nou, weet je, ik merk dus nu al wat weerstand, dus als je het wil gaan invoeren dat alle diëtisten elke drie maanden die lijst gaan invullen, er gaan gewoon diëtisten afhaken, omdat mensen er gewoon weerstand tegen hebben. En dat merk ik aan mezelf ook. Als ik dan hoor van: nou ja, omdat u het graag wil vul ik hem in, maar...'

Op organisatorisch niveau was een faalfactor dat het met de cliënt invullen van de 36 vragen veel tijd kost.

Een succesfactor ten aanzien van de vragenlijst voor kwaliteit van leven (RAND-36) was dat het meetinstrument gevalideerd was en daarmee bruikbaar om kwaliteit van leven te meten. Faalfactoren waren dat het meetinstrument niet digitaal kon worden ingevuld en dat niet iedere cliënt de vragen kon beantwoorden, bijvoorbeeld door taal- of cultuurbarrières. Het werken met dit meetinstrument zou kunnen worden vergemakkelijkt door het digitaal te maken en door het cliënten voorafgaand aan het consult te laten invullen.

Verbetervoorstellen

Voor alle drie de meetinstrumenten gold dat diëtisten aangaven dat ze behoefte hadden aan reminders voor het helpen herinneren op welke data verzameld moest worden. Ook zou het registreren makkelijker worden wanneer het meer geautomatiseerd zou zijn, bijvoorbeeld het versturen en analyseren van de vragenlijst voor kwaliteit van leven. Daarnaast werd de behoefte aan grafieken of andere visueel aantrekkelijke weergaves geuit; het verloop van behandeling zou dan zichtbaar worden, wat kan bijdragen aan de motivatie van de cliënten.

Discussie

Door interviews met twaalf diëtisten zijn ervaren succes- en faalfactoren onderzocht bij het gestructureerd meten en registreren van de middelomtrek, toepassing

van het dieet en kwaliteit van leven bij cliënten behandeld voor CVRM. Na twaalf interviews werden geen nieuwe succes- en faalfactoren meer gevonden, wat duidt op saturatie. De volgende succesfactoren werden genoemd: 1) het meten en registreren van de middelomtrek verhoogt de motivatie van de cliënt, 2) de antwoorden op de vragen over de toepassing van het dieet laten de meerwaarde van het beroep zien, en 3) het gebruik van de RAND-36 kan de motivatie om het dieet toe te passen verhogen. Als faalfactoren werden genoemd: 1) het meten van de middelomtrek vraagt om ervaring, 2) de vragen over de toepassing van het dieet kunnen sociaal-wenselijke antwoorden opleveren, en 3) de RAND-36 is lang en lastig te interpreteren: er is een berekening nodig voordat resultaten zichtbaar zijn. De diëtisten ervaren in het algemeen weinig problemen met metingen waarmee ze vertrouwd waren. Nieuwe metingen toevoegen aan de behandeling kost tijd en hiervan zagen niet alle diëtisten de meerwaarde. Deze resultaten komen overeen met de resultaten van het onderzoek onder fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten ervaren eveneens faalfactoren door een gebrek aan routine en ervaring met meetinstrumenten. Ook waren ze niet altijd overtuigd van de meerwaarde.⁸

De diëtisten hadden behoefte aan een programma dat hen ondersteunt in het verzamelen en vastleggen van resultaten, bijvoorbeeld door reminders te sturen, automatisch een vragenlijst naar cliënten te sturen of grafische weergaven te maken van het verloop van resultaten. Er was verschil in de resultaten van de interviews bij aanvang en na drie maanden. De diëtisten gaven aan dat ervaring met de metingen leidt tot betere toepasbaarheid in de praktijk. Op het domein van de cliënt leidde herhaalde meting tot meer inzicht in resultaten, wat de motivatie van de cliënt kan verhogen. Bovendien wordt de cliënt zo vertrouwd met de metingen, wat bijdraagt aan duidelijke verwachtingen ten aanzien van behandeling.

Uit het eerder genoemde Delphi-onderzoek bleek dat er behoefte is aan een eenvoudig toepasbaar meetinstrument voor het meten van de mate waarin een cliënt in staat is om het dieet in zijn dagelijks leven toe te passen. Aangezien het meten en analyseren van voedingsinname als te tijdrovend werd gezien, werd gezocht naar een snellere methode: het gebruik van een viertal vragen, waarbij zowel de toepassing van het dieet, als de motivatie naar voren komt. Deze vragen bleken goed te gebruiken door de diëtist, mede omdat het vragen zijn die meestal al aan de orde komen tij-

dens het consult. Uit de interviews bleek dat het eerste consult geen geschikt moment was voor het stellen van vragen over de mate waarin men zich kan houden aan het dieet en de inpassing in het dagelijks leven. Deze vragen zullen daarom in het vervolg twee weken na het eerste consult gesteld worden. Het is van belang te beseffen dat onduidelijk is of deze vier vragen daadwerkelijk een indicatie zijn voor de mate waarin de cliënt het dieet kan toepassen in zijn of haar dagelijks leven, omdat de validiteit niet is onderzocht.

Voor het meten van de kwaliteit van leven werd de RAND-36 gekozen als meetinstrument. In eerste instantie werd gekozen voor de SF-12, een verkorte versie van de RAND-36. Deze vragenlijst kon echter niet kosteloos worden gebruikt. De RAND-36 is een veelgebruikt instrument om het effect van een dieetinterventie op de kwaliteit van leven te meten.⁹ De RAND-36 was tijdens dit onderzoek niet digitaal beschikbaar. Bovendien is een berekening nodig om de gegeven antwoorden om te zetten in scores op de verschillende domeinen van kwaliteit van leven. Dit maakte het gebruik van de RAND-36 te gecompliceerd voor structureel gebruik. Diëtisten gaven echter aan dat de RAND-36 bruikbaar zou kunnen zijn als deze digitaal beschikbaar zou zijn en door cliënt zelf ingevuld zou kunnen worden.

De genoemde succes- en faalfactoren hadden met name betrekking op de vorm en minder op de inhoud. In het Delphi-onderzoek vond een inhoudelijke discussie plaats, op basis waarvan de drie meetinstrumenten werden gekozen. Het hier gepresenteerde onderzoek had dan ook als doel om de succes- en faalfactoren van het meten met deze meetinstrumenten te achterhalen. Of deze werkwijze daadwerkelijk bijdraagt aan inzicht in resultaten van dieetbehandeling van CVRM dient verder onderzocht te worden. Hierbij dient ook de vraag gesteld te worden of de gekozen parameters en meetinstrumenten hiervoor de juiste zijn.

Alle deelnemende diëtisten in het consortium zijn geïnterviewd en saturatie is bereikt. In een vervolgotraject wordt momenteel een digitale tool ontwikkeld op basis van de ervaren succes- en faalfactoren. Aan deze ontwikkeling nemen, naast de reeds aangesloten praktijken, acht nieuwe diëtistenpraktijken deel, zodat ook de ervaringen van diëtisten zonder eerdere betrokkenheid worden meegenomen. Deze tool is erop gericht om diëtisten te ondersteunen in het meten en registreren van de afgesproken parameters voor middelomtrek, kwaliteit van leven en de ervaring van patiënten met het toepassen van het dieetadvies in het dagelijks leven.

Met deze tool kunnen de deelnemende diëtisten de meetinstrumenten gebruiken en resultaten registreren. Ook krijgen ze een herinneringsmail als het tijd is om de vervolgmeting uit te voeren. Tevens krijgen de cliënten per mail een link om de vragenlijsten digitaal in te vullen (de vier vragen over de toepassing van het dieet en de RAND-36). In een cyclisch proces van testen en feedback wordt zo toegewerkt naar een in de praktijk toepasbare werkwijze die het mogelijk maakt om in de toekomst op gestandaardiseerde wijze data te verzamelen en registreren. Deze tool moet gezien worden als een eerste stap op weg naar een werkwijze die gestructureerde gegevensverzameling in de diëtisten-

praktijk mogelijk moet maken. Bij gebleken potentie zal de tool verder worden doorontwikkeld, samen met diëtisten, cliënten en andere professionals.

In vervolgstappen zal ook worden gekeken naar de validiteit van de gekozen parameters. Zo wordt iteratief toegewerkt naar de verbetering van de onderbouwing van de dieetbehandeling bij CVRM. Diëtisten kunnen hiermee inzicht krijgen in de effectiviteit van hun behandeling bij CVRM. Het uiteindelijke model en de genomen stappen zouden als voorbeeld kunnen dienen om ook voor andere (veel voorkomende) ziektebeelden een dergelijke werkwijze te ontwikkelen.

Referenties

- 1 Lammers M, Kok L. Kosten-baten analyse diëtetiek. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek; 2012.
 - 2 Tol J, Swinkels IC, de Bakker DH, et al. Dietetic treatment lowers body mass index in overweight patients: an observational study in primary health care. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2014;5:426-33.
 - 3 Verstappen J, Leij-Halfwerk S, de van der Schueren M. De effecten van dieetbehandeling. *Ned Tijdschr voor Voeding en Diëtetiek* 2017;72(3):22-3.
 - 4 Plas M, de van der Schueren M, Leij-Halfwerk S, et al. Het prioriteren van behandeldoelen en bijbehorende meetmethoden en meetmomenten in de dieetbehandeling bij cardiovasculair risicomanagement; consensus volgens de Delphi-methodiek. *Ned Tijdschr voor Voeding en Diëtetiek* 2015; 70 (T): S1-8.
 - 5 Ware JE, Sherbourne CD. The RAND-36 Short-form health status survey: 1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 1992; 30 (6): 473-481.
 - 6 Becker-Woudstra G, Havinga M, van Kuijeren R, et al. Het diëtistisch consult. 4e herziene druk. Den Haag: Boom Lemma uitgevers; 2012.
 - 7 Zee KI van der, Sanderman R. Het meten van de algemene gezondheidstoestand met de RAND-36, een handleiding. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken; 2012.
 - 8 Swinkels RA, van Peppen RP, Wittink H, et al. Current use and barriers and facilitators for implementation of standardised measures in physical therapy in the Netherlands. *BMC Musculoskelet Disord* 2011;22:12:106.
 - 9 Carson TL, Hidalgo B, Ard JD, et al. Dietary interventions and quality of life: a systematic review of the literature. *J Nutr Educ Behav* 2014;46(2):90-101.
-

Introduction

Standardized registration supports dietitians in creating transparency in results of dietetic treatment. In 2014 a Delphi study has been executed to decide which outcomes should be measured to demonstrate the effectiveness of dietetic treatment in cardiovascular risk management: waist circumference, patient's adoption of dietary advice, and quality of life. It is not clear whether it is possible for dietitians to measure and register these data as suggested in the Delphi study.

Method

Twelve dietitians measured and registered waist circumference, patient's adoption of dietary advice, and quality of life for six months. At three and six months after the start, dietitians were interviewed about facilitators and barriers in measuring and registration the requested data. The interviews were transcribed, coded and analyzed using Atlas Ti qualitative analysis program.

Results

For each measurement, facilitators and barriers for application were identified. Dietitians indicated that reminders to perform the measurements at the right time would be helpful.

Conclusion

Many barriers may be solved by electronic support. Therefore, a digital tool is currently being developed to support dietitians in measuring and registering the agreed data. The ultimate goal of this project is to develop a method that is applicable in daily practice, and will ultimately provide insight into the results of dietary treatment in cardiovascular risk management.

Keywords

Dietary goals, cardiovascular risk management, dietetics

BESCHOUWING

Meting voor het kunnen toepassen van het dieet niet optimaal

Onderzoek om meer inzicht te krijgen in de resultaten van de dieetbehandeling is nuttig en noodzakelijk. De auteurs beschrijven in dit artikel de overeenstemming in het werkveld over drie belangrijke doelen in de dieetbegeleiding bij cardiovasculair risicomanagement: het verminderen van de middelomtrek, het kunnen toepassen van het dieet en het verhogen van de kwaliteit van leven. Vervolgens moeten de resultaten op deze doelen gemeten kunnen worden, en liefst moet dat gemakkelijk in te passen zijn in de dagelijkse praktijk.

Schoen wringt

Het is positief dat het kunnen toepassen van een dieet wordt meegenomen in de doelen. Het volhouden van dieetadviezen is moeilijk en vergt blijvende gedragsverandering. Mijns inziens moet een belangrijk deel van de begeleidingstijd juist daarover gaan. Ook is het positief dat de auteurs kijken naar succes- en faalfactoren bij het meten in de dagelijkse praktijk. Het blijken er nogal wat te zijn. Zowel bij de diëtist als de cliënt is er soms weerstand om bepaalde zaken te meten. Bij het meten van de kwaliteit van leven wordt als succesfactor genoemd dat een valide vragenlijst wordt gebruikt. Dat is precies waar de schoen wringt bij het meten van 'het kunnen toepassen van het dieet'. De cliënt vindt de

vragen op elkaar lijken, de diëtist twijfelt aan de meerwaarde van de vragen. Beiden hebben wat mij betreft gelijk. Eén vraag gaat over de attitude (hoe belangrijk vind je het), de overige vragen lijken betrekking te hebben op de eigen effectiviteit (denk je dat je het kunt). Daarmee is het geen evenwichtige maat, en andere determinanten van het kunnen toepassen van het dieet blijven buiten beschouwing.

Eerste stap

De auteurs concluderen zelf dat het een eerste stap is op weg naar een werkwijze die gestructureerde gegevensverzameling in de dagelijkse diëtistenpraktijk mogelijk moet maken, en dat de tool nog verder moet worden doorontwikkeld. Daar ben ik het mee eens. Het is goed om het effect van behandeling te meten, en om te kijken hoe dat past bij diëtisten in hun dagelijkse praktijk. Maar het meetinstrument voor het kunnen toepassen van het dieet, oftewel de gedragsverandering, moet beter. Dan zijn er in een volgende studie meer succes- en minder faalfactoren te melden?

INGRID STEENHUIS HOGLERAAR PREVENTIE EN VOLKSGEZONDHEID AAN DE VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

JOUW WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL IN HET NTVD

Het wetenschappelijk katern in het NTVD biedt diëtisten de mogelijkheid om een artikel te publiceren dat is gereviewd door twee leden van de wetenschappelijke adviesraad. Zie voor de auteursrichtlijnen: www.ntvd-site.nl/voor-auteurs/. Je verdient met een publicatie 15 punten voor het Kwaliteitsregister Paramedici.