



# **EVIDENCE-BASED PRACTICE IN DE DIEETPRAKTIJK: KENNIS, ATTITUDES, HINDERNISSEN EN VOORKEUREN VAN BELGISCHE DIËTISTEN**

Verbeyst L. Vanhauwaert E.

In samenwerking met de VBVD commissie Evidence-Based Diëtetiek

Oktober 2018

UC Leuven-Limburg  
Expertisecentrum Health Innovation  
Herestraat 49  
3000 Leuven  
[www.ucll.be](http://www.ucll.be)

Contactpersonen: [Laura.verbeyst@ucll.be](mailto:Laura.verbeyst@ucll.be) en [erika.vanhauwaert@ucll.be](mailto:erika.vanhauwaert@ucll.be)

## Abstract

**Achtergrond:** Om kwaliteitsvolle voedingsadviezen te geven aan cliënten is het noodzakelijk dat diëtisten evidence-based handelen. Klinische dieetrichtlijnen helpen diëtisten om evidence-based practice (EBP) toe te passen in hun dagelijkse beroepsuitoefening.

**Doelstellingen:** Tijdens deze studie wordt nagegaan in welke mate Belgische diëtisten vertrouwd zijn met EBP, wat hun attitudes rond EBP zijn, en in welke mate ze EBP toepassen. Verder wordt er nagegaan welke hindernissen en voorkeuren er zijn op het vlak van EBP en specifiek het gebruik van klinische dieetrichtlijnen. Op basis van de resultaten kan een actieplan ontwikkeld worden om de toepassing van EBP in het dagelijks functioneren van diëtisten te faciliteren.

**Onderzoeksmethode:** Er werd een vragenlijst opgesteld op basis van een literatuurstudie en de bevraging van het KCE rond EBP en het gebruik van richtlijnen bij andere zorgprofessionals. De vragenlijst kon online ingevuld worden tussen 6 februari en 6 maart 2018. Diëtisten werden gerekruteerd via verschillende kanalen.

**Resultaten:** 151 Belgische diëtisten/studenten vulden de vragenlijst volledig in. 85% van de respondenten gaf aan overtuigd tot zeer overtuigd te zijn van het belang van EBP. 55% raadpleegt wekelijks literatuur. De belangrijkste informatiebronnen om een antwoord te zoeken op klinische vragen zijn collega's, handboeken, vaktijdschriften en online zoekrobots. De kennis van wetenschappelijke databanken is zeer laag, voornamelijk bij Franstalige respondenten. De voornaamste hindernissen voor de toepassing van EBP zijn tijdsgebrek, het niet verzameld zijn van de literatuur op één plaats, de onmogelijkheid om van alles op de hoogte te zijn en het gebrek aan toegang tot EB bronnen. 45% van de werkende diëtisten heeft het gevoel dat er wetenschappelijk bewijs ontbreekt in de voedingsadviezen die zij geven. 85% van de respondenten geeft aan zijn kennis en vaardigheden om EBP toe te passen te willen verbeteren, bijvoorbeeld via navormingen en e-modules. 74% van de respondenten is vertrouwd met klinische dieetrichtlijnen. 30% hiervan vindt dat er onvoldoende richtlijnen beschikbaar zijn. De voornaamste noden met betrekking tot dieetrichtlijnen zijn een weergave van de samenvatting van de resultaten, de vermelding van de wetenschappelijke bewijskracht, een implementatieplan, patiëntmateriaal, een klinische beslissingsboom en het verzameld zijn van richtlijnen op één locatie.

**Conclusie:** Diëtisten hebben een positieve attitude ten aanzien van EBP. Er zijn echter heel wat barrières die de toepassing van EBP in de dagelijkse beroepsuitoefening verhinderen. Om de toepassing van EBP en het gebruik van richtlijnen bij diëtisten te faciliteren, wordt er aanbevolen om opleidingen omtrent EBP te voorzien, richtlijnen en literatuur te verzamelen op één locatie en het aanbod van richtlijnen te vergroten, hierbij rekening houdend met de voorkeuren van diëtisten.

## Inhoudstafel

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 1.     | Inleiding.....  | 5  |
| 2.     | Doelstelling.....   | 5  |
| 3.     | Methode.....  | 5  |
| 3.1    | Onderzoeksdesign .....  | 5  |
| 3.2    | Rekrutering.....  | 5  |
| 3.3    | Inclusiecriteria .....  | 6  |
| 3.4    | Vragenlijst.....  | 6  |
| 3.5    | Statistische data-analyse.....                                    | 7  |
| 3.6    | Ethische overwegingen .....                                       | 7  |
| 4.     | Resultaten en vergelijking met literatuur .....                   | 7  |
| 4.1    | Socio-demografische gegevens .....                                | 7  |
| 4.1.1  | Aantal respondenten.....  | 7  |
| 4.1.2  | Rekruteringskanalen.....  | 7  |
| 4.1.3  | Taal .....  | 8  |
| 4.1.4  | Diëtist/student .....   | 8  |
| 4.1.5  | Opleidingsfase .....  | 9  |
| 4.1.6  | Werkervaring.....   | 9  |
| 4.1.7  | Voltijds/deeltijds werken .....                                   | 10 |
| 4.1.8  | Werksetting .....   | 10 |
| 4.1.9  | Geslacht.....   | 11 |
| 4.1.10 | Leeftijd.....   | 12 |
| 4.1.11 | Woonplaats .....  | 12 |
| 4.1.12 | Bijkomende opleiding.....   | 13 |
| 4.2    | Vertrouwdheid met Evidence-Based Practice.....                    | 13 |
| 4.2.1  | Frequentie literatuur opzoeken .....                              | 13 |
| 4.2.2  | Frequentie deelname bijscholingen .....                           | 15 |
| 4.2.3  | Gevolgd hebben van een opleiding of cursus omtrent EBP .....      | 15 |
| 4.2.4  | Belang evidence-based handelen.....                               | 17 |
| 4.2.5  | Gepercipieerd belang van onderzoek .....                          | 18 |
| 4.2.6  | Opzoektools klinische vragen .....                                | 23 |
| 4.2.7  | Kennis databanken/websites .....                                  | 25 |
| 4.2.8  | Vertrouwdheid met begrippen/termen .....                          | 33 |
| 4.2.9  | Gevoel ontbreken wetenschappelijk bewijs in voedingsadviezen..... | 43 |
| 4.2.10 | Overtuigd van vaardigheden om EBP voedingsadviezen te geven ..... | 44 |
| 4.2.11 | Hindernissen toepassing EBP .....                                 | 46 |

|        |   |    |
|--------|---|----|
| 4.2.12 | Bereidheid tot het verbeteren van kennis en vaardigheden om EB te handelen..... | 50 |
| 4.3    | Vertrouwdheid met klinische praktijkrichtlijnen.....                            | 51 |
| 4.3.1  | Vertrouwdheid met het concept richtlijn.....                                    | 51 |
| 4.3.2  | Beschikbaarheid van richtlijnen .....   | 53 |
| 4.3.3  | Gebruiksfrequentie van richtlijnen.....   | 54 |
| 4.3.4  | Redenen voor het niet gebruiken van richtlijnen.....                            | 55 |
| 4.3.5  | Bereid om richtlijnen in de toekomst te gebruiken .....                         | 57 |
| 4.3.6  | Opzoeken van richtlijnen.....   | 58 |
| 4.3.7  | Ontvangkanalen van richtlijnen.....   | 59 |
| 4.3.8  | Voorkeursvorm richtlijnen.....  | 60 |
| 4.3.9  | Belemmerende en stimulerende factoren voor gebruik richtlijnen .....            | 63 |
| 4.3.10 | Informatie die richtlijn moet bevatten.....                                     | 72 |
| 4.3.11 | Hulpmiddelen die het gebruik van richtlijnen aanmoedigen.....                   | 81 |
| 4.3.12 | Bereidheid tot betalen vergoeding .....   | 86 |
| 5.     | Discussie .....   | 86 |
| 5.1    | Sterktes en zwaktes.....  | 86 |
| 5.2    | Implicaties .....   | 87 |
| 6.     | Conclusie .....   | 87 |
| 8.     | Literatuurlijst .....   | 88 |

# 1. Inleiding

Evidence-based dietetics practice (EBP) omvat het systematisch zoeken van wetenschappelijke evidentie en het inschatten van de validiteit, toepasbaarheid en belang van die evidentie. Deze informatie dient samengevoegd te worden met de expertise van de diëtist en de unieke waarden en omstandigheden van de cliënt. Op deze manier wordt het beste behandelplan op maat van de cliënt bekomen. (International Confederation of Dietetic Associations, 2010)

Klinische dieetrichtlijnen bieden diëtisten een hulp om evidence-based te handelen in de praktijk. De inhoud en aanbevelingen van een richtlijn worden opgesteld op basis van een review van de gepubliceerde literatuur en een evaluatie en inschatting van deze literatuur. Richtlijnen ondersteunen professionals bijgevolg bij het geven van wetenschappelijk onderbouwd advies aan cliënten. (The Association of UK dieticians, z.j.)

Binnen het beroep van diëtisten is evidence-based handelen geen keuze meer. Het is eerder een vereiste om kwaliteitsvolle zorg voor cliënten te bieden. (Byham-Gray et al. 2005) Het vergt echter tijd en vaardigheden om de huidige beste evidentie te vinden, de kwaliteit ervan in te schatten en toe te passen op cliënten (Thomas et al. 2003).

Tijdens dit onderzoeksproject werd het evidence-based handelen van Belgische diëtisten in kaart gebracht. Door hier inzicht in te krijgen, kan de toepassing van EBP in de praktijk gericht verbeterd worden.

## 2. Doelstelling

Volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:

1. Welke kennis, percepties en attitudes hebben Belgische diëtisten omtrent evidence-based handelen in de dagelijkse dieetpraktijk, en in welke mate passen ze EBP toe.
2. Welke voorkeuren en barrières hebben diëtisten op vlak van evidence-based handelen, en specifiek het gebruik van klinische dieetrichtlijnen?

## 3. Methode

### 3.1 Onderzoeksdesign

De onderzoeksvragen werden beantwoord aan de hand van een cross-sectioneel survey onderzoek. Participanten werden uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen via het online programma LimeSurvey. De data werden verzameld tussen 6 februari en 6 maart 2018.

### 3.2 Rekrutering

De participanten werden bereikt via verschillende kanalen. Zowel de Vlaamse (VBVD<sup>1</sup>) als Franstalige (UDPLF<sup>2</sup>) beroepsvereniging verspreidde via nieuwsbrief, mail en facebook een oproep tot deelname onder hun leden. Daarnaast konden diëtisten uitgenodigd worden door de verantwoordelijke diëtetik

---

<sup>1</sup> Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten

<sup>2</sup> Union Professionnelle des Diététiciens de Langue Française

van het ziekenhuis waarin zij werkten (commissie VBVD klinisch beleid voeding) en door leden van de VBVD Commissie Evidence-Based Diëtetiek. Participanten werden eveneens gecontacteerd door opleidingshoofden Voedings- en dieetkunde van verschillende hogescholen. Tot slot verscheen er een bericht op de facebookpagina van UCLL Voedings- en dieetkunde en werd een oproep in de facebookgroep 'Bachelors Voedings- en dieetkunde' geplaatst. Deze discussiegroep telde op het moment van de rekrutering 1745 leden en is bedoeld voor iedereen die al dan niet recentelijk afstudeerde als voedings- en dieetkundige of dit momenteel studeert.

### 3.3 Inclusiecriteria

Enkel Belgische diëtisten en studenten/alumni van de professionele bachelor Voedings- en dieetkunde kwamen in aanmerking voor het onderzoek. De vragenlijst kon zowel in het Nederlands als in het Frans ingevuld worden.

### 3.4 Vragenlijst

Er werd een vragenlijst opgesteld uitgaande van de bevraging van het Federaal Kenniscentrum (KCE) rond EBP en het gebruik van richtlijnen bij andere zorgprofessionals. Daarnaast werden vragen toegevoegd op basis van een literatuurstudie die peilde naar de kennis, attitudes, hindernissen en voorkeuren betreffende EBP van diëtisten en andere zorgberoepen. Hierbij werd gebruik gemaakt van de databanken PubMed en LIMO. De vragenlijst bestond uit drie delen, en omvatte 41 vragen.

In de eerste sectie werd persoonlijke en demografische informatie van de participanten bevroegd: leeftijd, geslacht, woonplaats, opleidingsfase, werkervaring, werksetting, voltijds of deeltijds werken en het gevolgd hebben van een bijkomende opleiding.

Het volgende deel bevroeg de perceptie, attitude, kennis en toepassing van EBP. Ook eventuele hindernissen om evidence-based te handelen dienden aangegeven te worden. Het belang dat gehecht wordt aan onderzoek, werd bevroegd aan de hand van zeven PIR-stellingen (Perceived Importance of Research) (Metcalf et al. 2001). De vraag die peilde naar opzoektools bij klinische vragen, werd overgenomen van de bevraging van het KCE omtrent EBP en praktijkrichtlijnen bij zorgverleners (huisartsen, vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen) (Benhamed et al. 2017). Daarnaast werd er gepeild naar de kennis van diëtisten over databanken (McColl et al. 1998) en EBP termen (McColl et al. 1998, Byham Gray et al. 2005). Gebaseerd op de masterproef van Linssen & Verstraeten, werden tot slot vragen met betrekking tot de frequentie van deelname aan bijscholingen, gevolgde opleiding of cursussen omtrent EBP, het geven van EBP voedingsadviezen en de bereidheid tot verbetering van de kennis en vaardigheden rond EBP toegevoegd.

Het laatste deel van de bevraging ging specifiek over klinische dieetrichtlijnen, en was grotendeels gebaseerd op de bevraging van het KCE (Benhamed et al. 2017). De perceptie, attitude, kennis en het gebruik hiervan door diëtisten werd bevroegd, alsook opzoektools en ontvangstkanalen. Daarnaast werd gepeild naar welke vormen een richtlijn idealiter aanneemt, welke informatie ze bij voorkeur bevat en welke factoren stimulerend of belemmerend zijn voor het gebruik van richtlijnen. Tot slot werd er aan de participanten gevraagd of zij bereid waren om een vergoeding te betalen voor het gebruik van richtlijnen en bijhorende praktische materialen.

De vragenlijst werd vooraf getest door twee diëtisten, die zelf niet deelnamen aan het onderzoek. Op basis van deze piloottest werden de nodige aanpassingen doorgevoerd om te komen tot de definitieve vragenlijst.

Door de bevraging volledig in te vullen, maakten participanten kans op een waardebon van Fnac.

### 3.5 Statistische data-analyse

De resultaten van de bevraging werden geanalyseerd met behulp van descriptieve statistiek (SPSS Statistics 23). De taal waarin de bevraging ingevuld werd, werd onderzocht als voorspeller van enkele variabelen. Na dichotomisering van de betreffende variabelen, werden hiervoor logistische regressies uitgevoerd.

### 3.6 Ethische overwegingen

Dit onderzoek werd in december 2017 goedgekeurd door de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie (SMEC) van de KU Leuven. De verzamelde gegevens werden strikt vertrouwelijk behandeld. De vragenlijsten konden anoniem ingevuld worden. De bevraging kon enkel gestart worden na (online) akkoord te gaan met een informed consent.

## 4. Resultaten en vergelijking met literatuur

### 4.1 Socio-demografische gegevens

#### 4.1.1 Aantal respondenten

In totaal werd de vragenlijst 1977 keer geopend (mogelijks meerdere keren door dezelfde persoon). Vijf respondenten vielen uit omdat ze niet akkoord gingen met het informed consent. De vragenlijst werd door 1821 andere respondenten vroegtijdig beëindigd. De resultaten van gedeeltelijk ingevulde vragenlijsten werden niet mee in rekening gebracht voor de analyse. Er kon immers niet met zekerheid gesteld worden dat deze personen de vragenlijst een andere keer niet volledig hadden ingevuld. Er vulden 151 respondenten de vragenlijst volledig in.

|  |          |
|--|----------|
| Vragenlijst geopend                            | N = 1977 |
| Toestemmingsverklaring:                        |          |
| - Ja   | N = 299  |
| - Nee (vragenlijst werd automatisch beëindigd) | N = 5    |
| - Vragenlijst beëindigd door participant       | N = 1673 |
| Diëtist/student:                               |          |
| - Diëtist/student                              | N = 210  |
| - Andere (vragenlijst automatisch beëindigd)   | N = 10   |
| - Vragenlijst beëindigd door participant       | N = 79   |
| Volledig ingevuld                              | N = 151  |

Tabel 1: Overzicht aantal respondenten

#### 4.1.2 Rekruteringskanalen

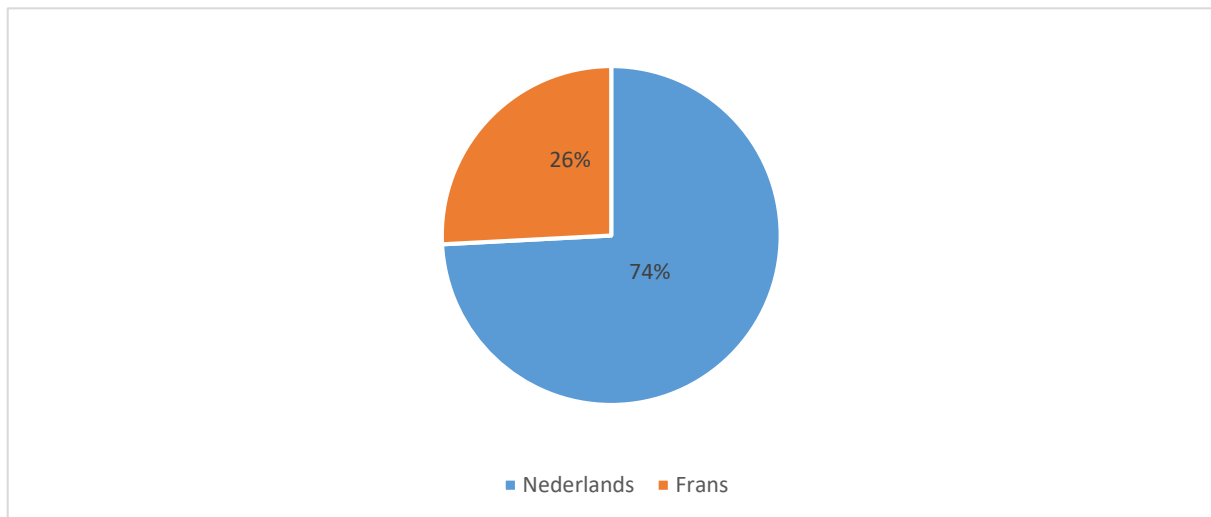
Diëtisten en studenten Voedings- en dieetkunde werden bereikt via verschillende kanalen. Facebook (23%), de UDPLF, (23%), hogescholen (22%) en de verantwoordelijken diëtetiek van ziekenhuizen (21%) bleken de effectiefste rekruteringskanalen te zijn. Via de VBVD (12%) werden minder participanten bereikt.

| Kanaal via welke de vragenlijst bereikt werd  | N  | (%)   |
|---|----|-------|
| Facebook  | 35 | (23%) |
| UDPLF   | 35 | (23%) |
| Hogeschool waar ik studeer/afgestudeerd ben   | 34 | (22%) |
| Verantwoordelijke diëtetiek in ziekenhuis waar ik werk  | 31 | (21%) |
| VBVD  | 18 | (12%) |
| Andere<br>(beleid klinische voeding, collega, commissie evidence-based diëtetiek, vriendin, mail van collega) | 11 | (7%)  |

Tabel 2: Rekruteringskanalen (N=151)

#### 4.1.3 Taal

Ongeveer drie vierde (74%) van de deelnemers is Nederlandstalig. Één vierde (26%) vulde de vragenlijst in het Frans in.



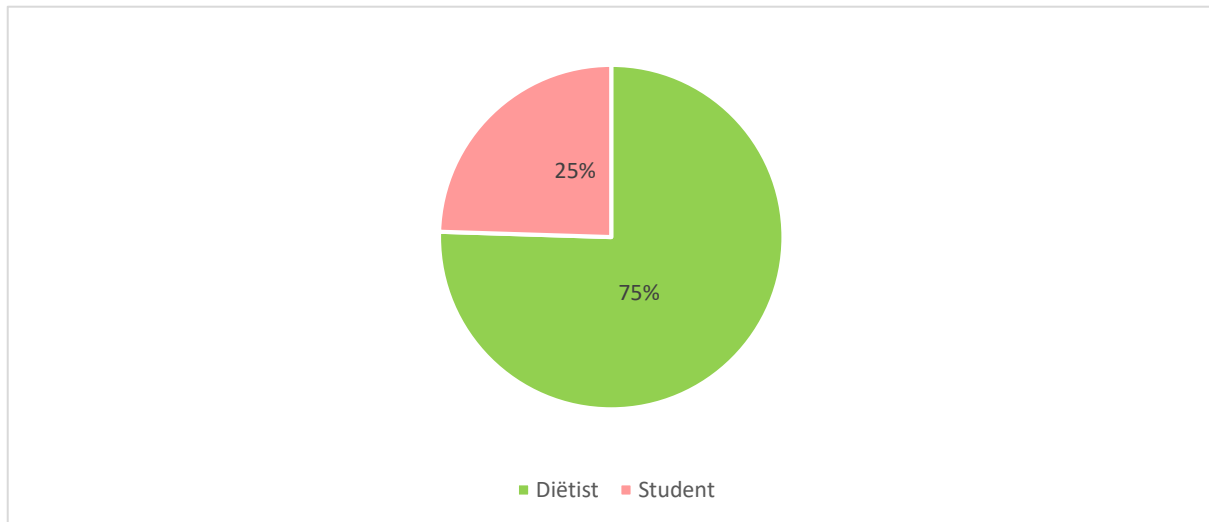
Grafiek 1: Taal waarin de bevraging werd ingevuld (N=151)

#### 4.1.4 Diëtist/student

In totaal vulden 114 werkende diëtisten de bevraging volledig in. Volgens de jaarstatistieken met betrekking tot de beroepsbeoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België telde België in 2017 5420 diëtisten (Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, 2017). Deze vragenlijst werd bijgevolg door iets meer dan 2% van de Belgische diëtisten ingevuld.



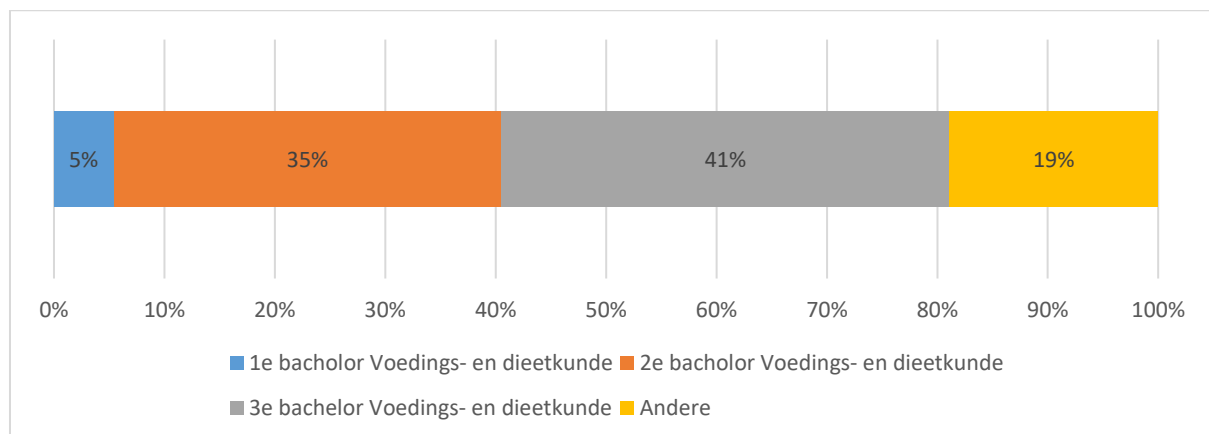
Er namen drie keer zoveel werkende diëtisten dan studenten Voedings- en dieetkunde of vervolgopleiding deel aan de bevraging (respectievelijk 114 en 37).



Grafiek 2: Verhouding van diëtisten en studenten (N=151)

#### 4.1.5 Opleidingsfase

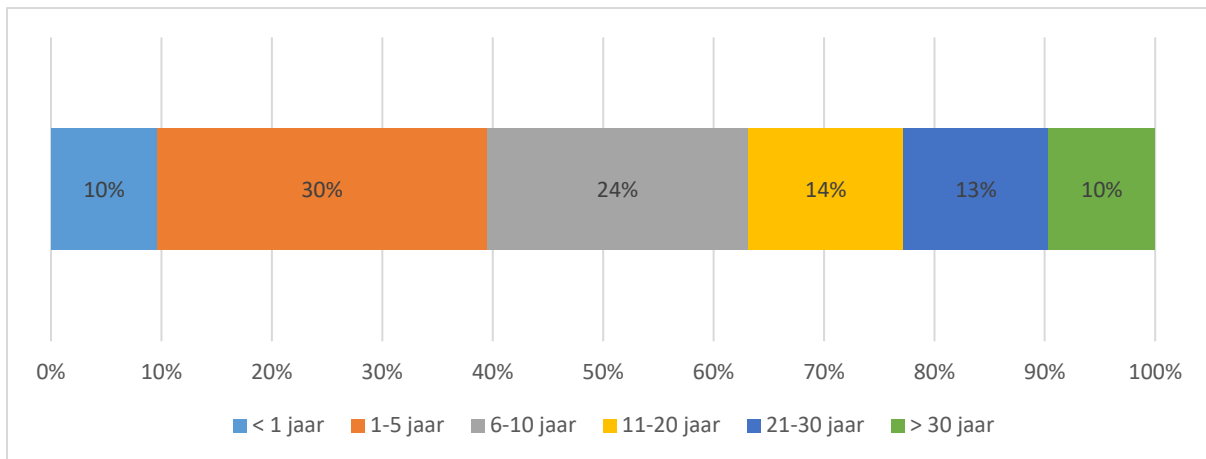
De studenten Voedings- en dieetkunde die deelnamen aan de bevraging zaten voornamelijk in het laatste (41%) en tweede (35%) jaar van hun opleiding. Slechts twee studenten (5%) uit het eerste jaar bachelor Voedings- en dieetkunde vullen de vragenlijst volledig in. Zeven studenten waren bezig met een vervolgopleiding (optie 'Andere'): *Biomedische laboratoriumtechnologie, Lerarenopleiding, Master Biomedische Voedingsindustrie, Master Gezondheidsvoorlichting en -bevordering, Master Santé Publique UCL, schakeljaar Biomedische Wetenschappen.*



Grafiek 3: Opleidingsfase waarin studenten zich bevinden (N=37)

#### 4.1.6 Werkervaring

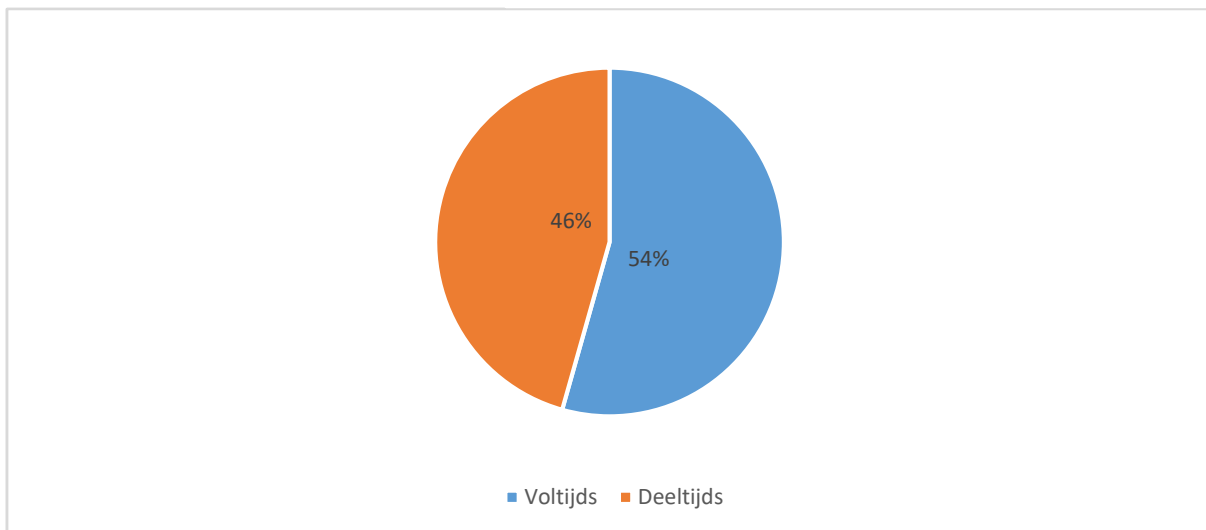
Bijna twee derde (64%) van de werkende diëtisten die deelnamen aan de bevraging, zijn tussen minder dan 10 jaar actief als diëtist.



Grafiek 4: Aantal jaren actief als diëtist (N=114)

#### 4.1.7 Voltijds/deeltijds werken

Er werkten iets meer diëtisten voltijds dan deeltijds (respectievelijk 62 en 52 respondenten). Het aantal uur dat deeltijds werkende diëtisten per week werken varieerde tussen 2 en 57 uren.



Grafiek 5: Verhouding voltijds/deeltijds werken (N=114)

#### 4.1.8 Werksetting

Diëtisten werkzaam in een algemeen ziekenhuis waren het best vertegenwoordigd (39%), gevolgd door zelfstandige diëtisten werkzaam in een privépraktijk (24%), diëtisten verbonden aan een universitair ziekenhuis (17%) en werkzaam in een zelfstandige multidisciplinaire groepspraktijk (14%). Er nam geen enkele diëtiste deel die werkzaam is in de industrie. Er konden meerdere antwoordcategorieën aangeduid worden bij deze vraag.

| <b>Werksetting</b>   | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--|----------|------------|
| Algemeen ziekenhuis  | 45       | (39%)      |
| Zelfstandige privépraktijk   | 27       | (24%)      |
| Universitair ziekenhuis  | 19       | (17%)      |
| Zelfstandige multidisciplinaire groepspraktijk   | 16       | (14%)      |
| Grootkeuken  | 11       | (10%)      |
| Woonzorgcentrum (RVT <sup>3</sup> , ROB <sup>4</sup> , serviceflat)  | 9        | (8%)       |
| Psychiatrische instelling  | 6        | (5%)       |
| Zelfstandige groepspraktijk diëtisten  | 5        | (4%)       |
| Wijkgezondheidscentrum (WGC)   | 5        | (4%)       |
| Onderwijs omtrent voeding secundair onderwijs  | 5        | (4%)       |
| Onderwijs omtrent voeding hoger onderwijs  | 4        | (4%)       |
| Gezondheidspromotie (mutualiteit, LOGO <sup>5</sup> , enz.)  | 3        | (3%)       |
| Onderwijs omtrent voeding, andere  | 2        | (2%)       |
| Thuiszorg  | 1        | (1%)       |
| Sportorganisatie/fitnesscentrum  | 2        | (2%)       |
| Voedselinspectie (vb. FAVV <sup>6</sup> )  | 1        | (1%)       |
| Wetenschappelijk medewerker  | 1        | (1%)       |
| Andere<br><i>(bedrijf, Decathlon, docent hoger onderwijs, klantenservice, orthoagogisch centrum, VZW, zeepreventorium)</i> | 7        | (6%)       |
| Industrie, als diëtist   | 0        | (0%)       |

Tabel 3: Setting waarin diëtisten werken (N=114)

#### 4.1.9 Geslacht

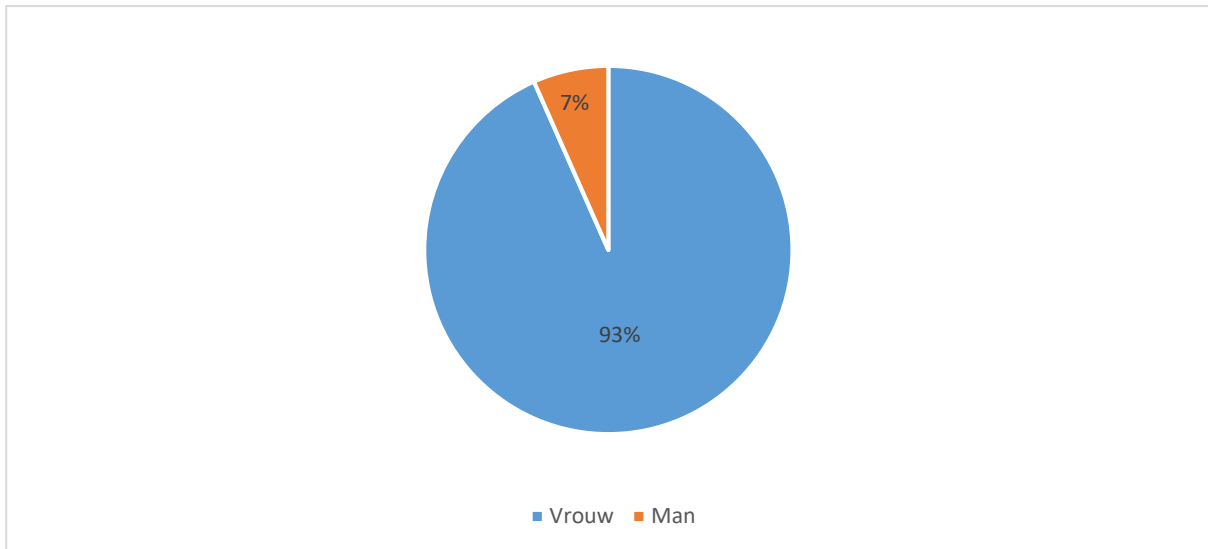
De onderzoekspopulatie bestaat voornamelijk uit vrouwen (93%). Er namen slechts 10 mannen deel aan de bevraging. Bij de werkende diëtisten is deze verhouding 92% vrouwen en 8% mannen. Dit komt overeen met de geslachtsverhouding in het werkveld, die voor 93% uit vrouwen en 7% uit mannen bestaat (Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, 2017).

<sup>3</sup> Rust- en verzorgingstehuis

<sup>4</sup> Rusthuis of Rustoord voor Bejaarden

<sup>5</sup> Lokaal Gezondheidsoverleg

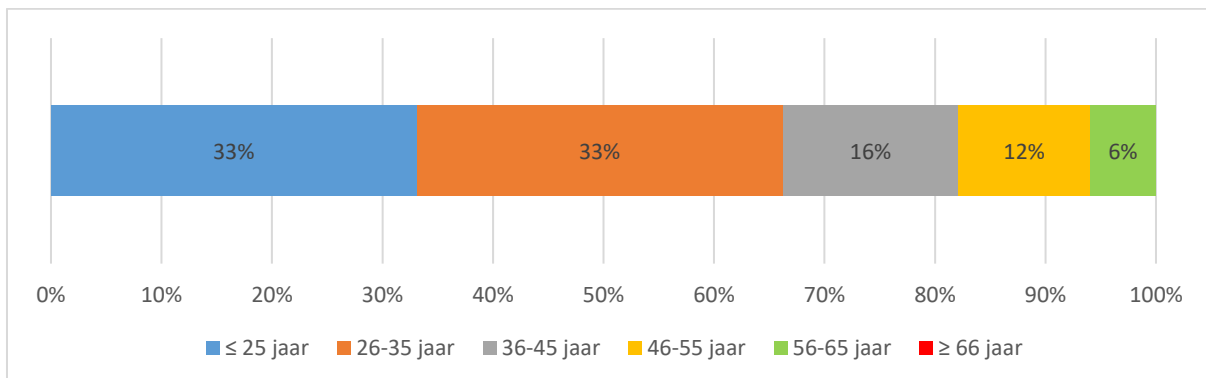
<sup>6</sup> Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen



Grafiek 6: Geslacht (N=151)

#### 4.1.10 Leeftijd

Twee derde (66%) van de deelnemers is jonger dan 36 jaar. Indien studenten niet meegerekend worden, is nog 57% van de participanten jonger dan 36 jaar.

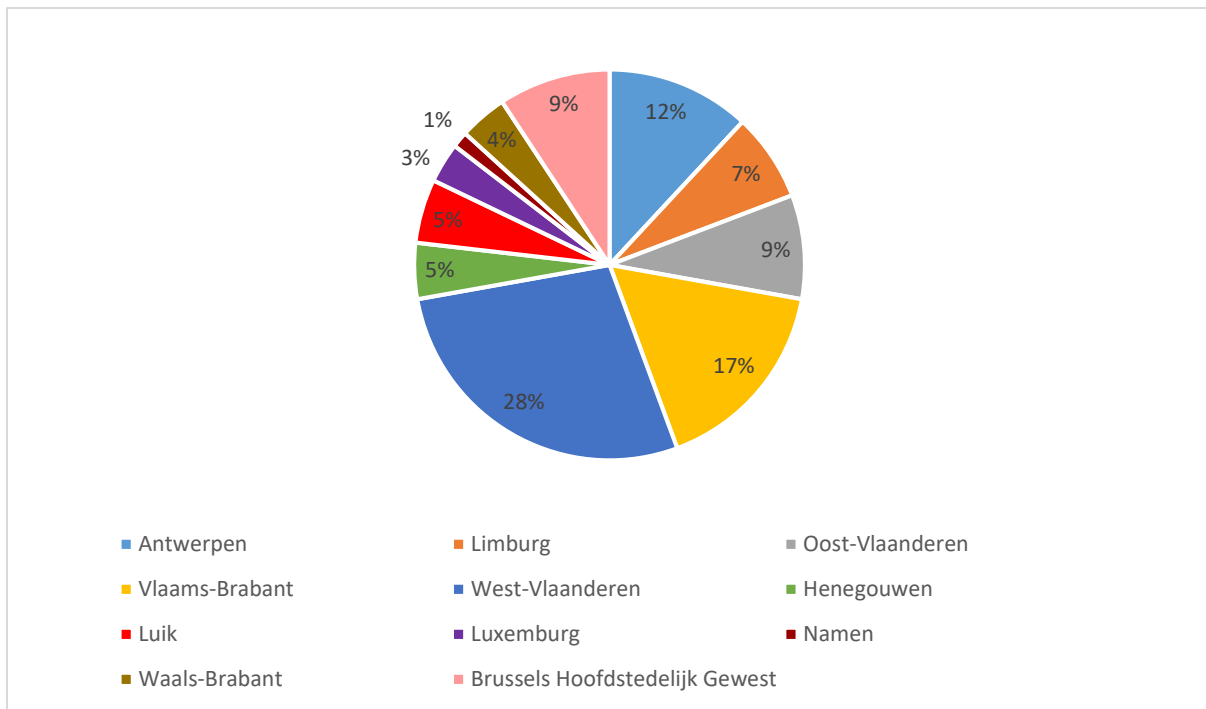


Grafiek 7: Leeftijd (N=151)

#### 4.1.11 Woonplaats

De provincie West-Vlaanderen (28%) is duidelijk het meest vertegenwoordigd in de studiepopulatie, gevolgd door de provincies Vlaams-Brabant (17%) en Antwerpen (12%). Er nam minstens één diëtist of student per provincie deel aan de bevraging.

In totaal namen er 109 Vlamingen (72%), 28 Walen (19%) en 14 diëtisten/studenten uit het Brussels Hoofdstedelijk gewest (9%) deel aan de bevraging.



Grafiek 8: Woonplaats (N=151)

#### 4.1.12 Bijkomende opleiding

Er volgden 71 diëtisten een bijkomende opleiding in verband met voeding of gezondheid (62%). Bij de optie 'andere' werden voornamelijk bachelors in de zorgsector (onder andere verpleegkunde), meerdaagse vormingen, bijscholingen en specialisatiecursussen ingegeven.

| Heeft u een bijkomende opleiding in verband met voeding of gezondheid gevolgd? | N  | (%)   |
|--|----|-------|
| Nee  | 43 | (38%) |
| Ja, ik behaalde een postgraduaat   | 27 | (24%) |
| Ja, ik behaalde een universitair diploma                                       | 24 | (21%) |
| Ja, ik behaalde een bachelor na bachelor                                       | 12 | (11%) |
| Ja, ik behaalde een doctoraat  | 2  | (2%)  |
| Ja, andere   | 27 | (24%) |
| Ja, ik werk momenteel aan een doctoraat  | 0  | (0%)  |

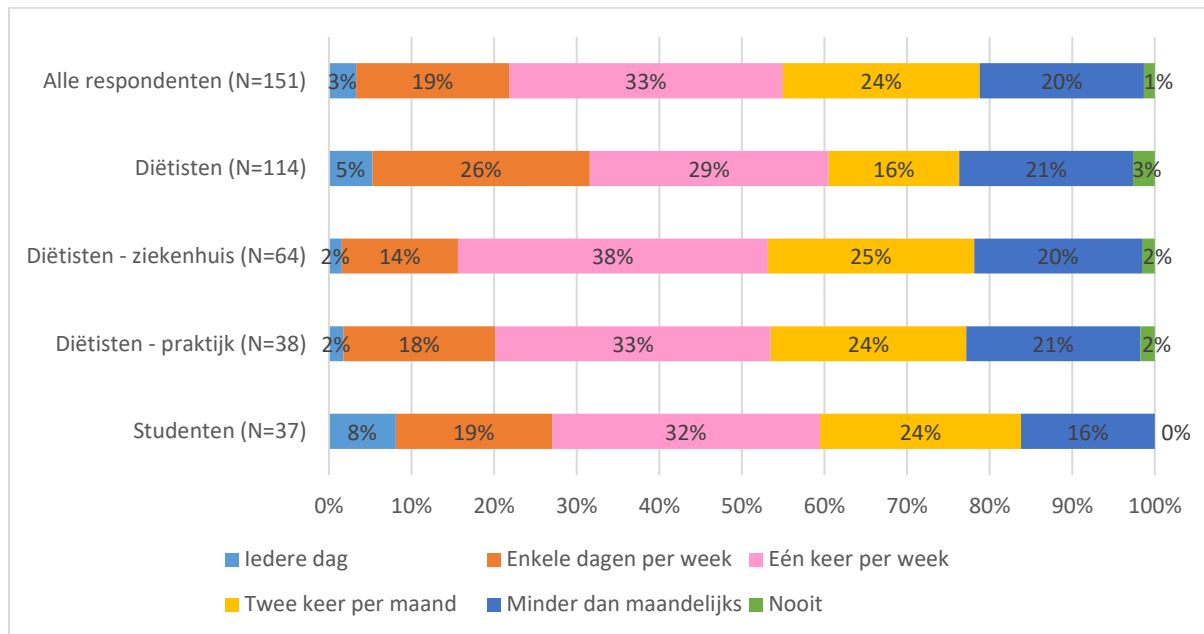
Tabel 4: Bijkomende opleiding (N=114)

## 4.2 Vertrouwdheid met Evidence-Based Practice

### 4.2.1 Frequentie literatuur opzoeken

Meer dan de helft van de participanten (55%) gaf aan minstens één keer per week literatuur op te zoeken. Een vijfde van de participanten (21%) gaf aan minder dan maandelijks of nooit op zoek te gaan

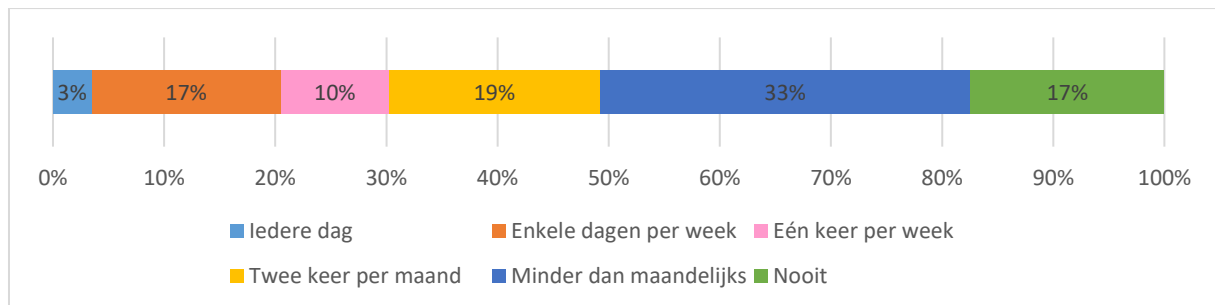
naar literatuur. Er werden geen grote verschillen tussen ziekenhuisdiëtisten<sup>7</sup> en diëtisten werkzaam in een praktijk<sup>8</sup> vastgesteld.



Grafiek 9: Frequentie opzoeken literatuur

### Vergelijking met Amerikaanse diëtisten

Byham-Gray e. a. (2005) namen via e-mail een vragenlijst af bij 258 Amerikaanse diëtisten. Uit deze studie bleek dat slechts een derde van de diëtisten (30%) minstens één keer per week op zoek gaat naar literatuur. De helft van de respondenten (50%) zocht minder dan maandelijks of nooit literatuur.



Grafiek 10: Frequentie opzoeken literatuur door Amerikaanse diëtisten (grafiek opgesteld op basis van resultaten Byham-Gray et al. (2005))

### Vergelijking met andere beroepsgroepen

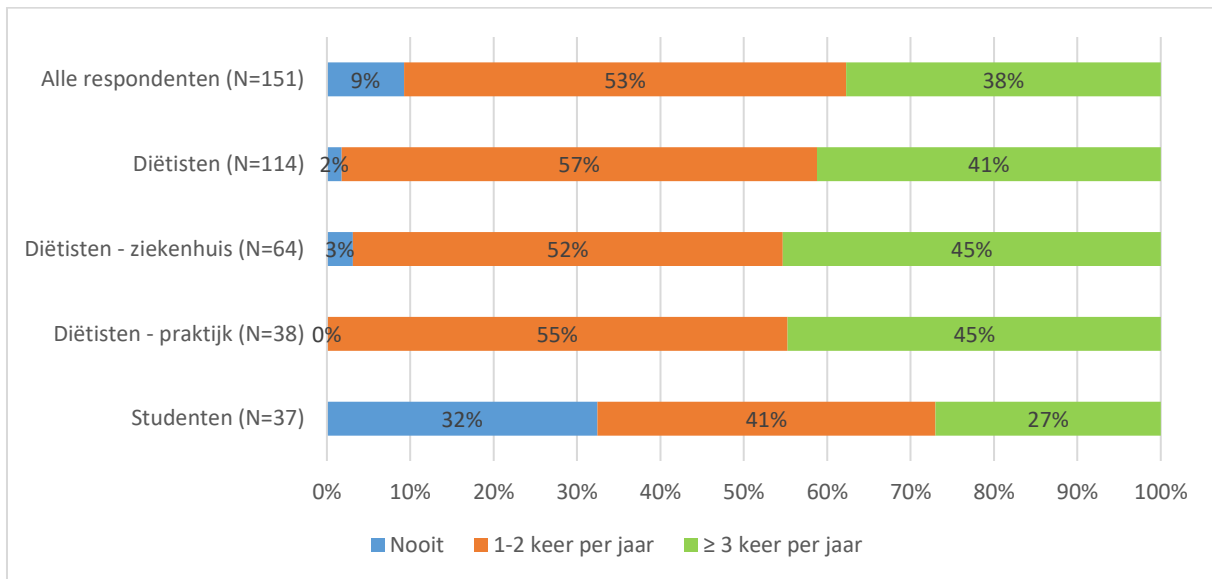
Uit de studie van Heiwe et al. (2011) bij 219 gezondheidsprofessionals uit een Zweeds universitair ziekenhuis (diëtisten, ergotherapeuten en kinesitherapeuten) blijkt dat de respondenten twee tot vijf keer per maand op zoek gaan naar literatuur.

<sup>7</sup> Diëtisten die in een algemeen en/of universitair ziekenhuis werken

<sup>8</sup> Diëtisten die in een zelfstandige privépraktijk, zelfstandige multidisciplinaire groepspraktijk en/of zelfstandige groepspraktijk van diëtisten werken

#### 4.2.2 Frequentie deelname bijscholing

De meerderheid van de respondenten (53%) neemt één tot twee keer per jaar deel aan bijscholing. Een derde van de studenten (32%) volgt nooit een bijscholing.



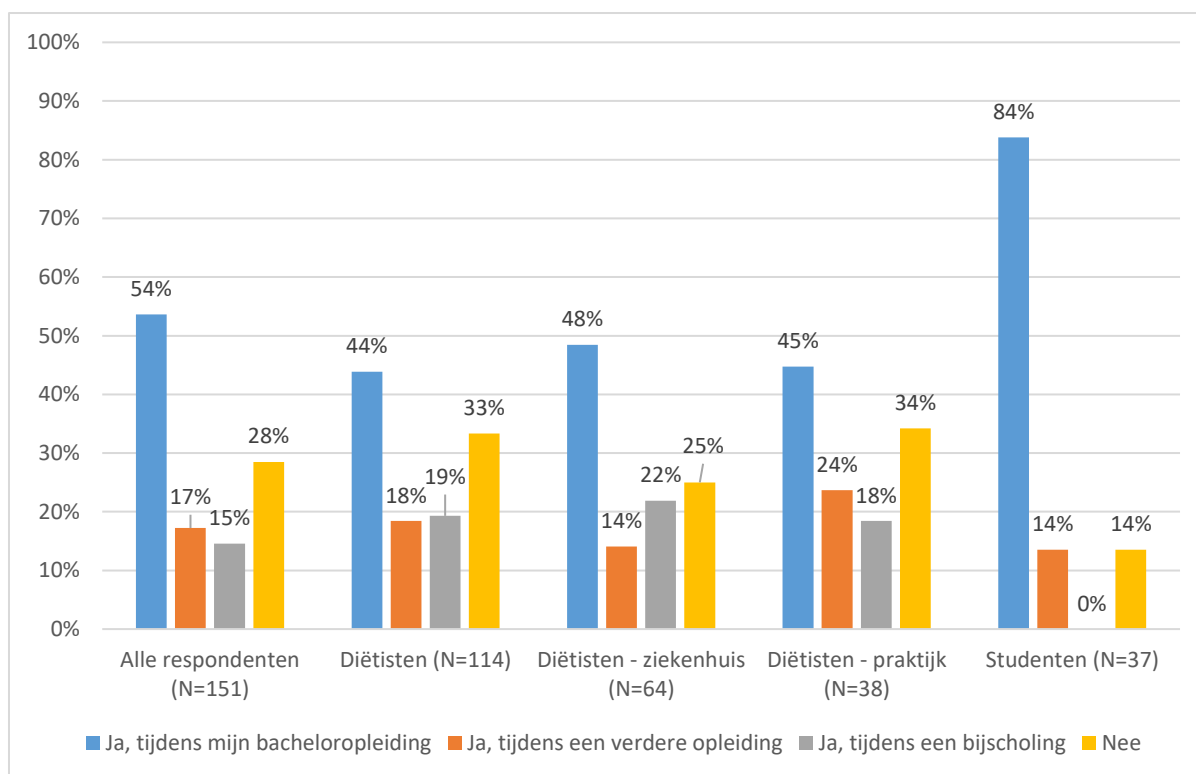
Grafiek 11: Frequentie deelname bijscholing

#### **Vergelijking met andere beroepsgroepen**

In het kader van hun masterproef onderzochten Verstraeten en Linssen (2015) de attitudes, het gedrag en de barrières omtrent EBP bij 309 Vlaamse kinesitherapeuten aan de hand van een cross-sectioneel surveyonderzoek. Uit deze bevraging bleek dat 89% van de kinesitherapeuten minstens drie keer per jaar een bijscholing volgt. Dit is meer dan het dubbele van de diëtisten, zoals blijkt uit de voorliggende bevraging. Een belangrijke opmerking hierbij is dat kinesitherapeuten, in tegenstelling tot diëtisten, verplicht een aantal bijscholing per jaar dienen te volgen om hun accreditatie te behouden.

#### 4.2.3 Gevolgd hebben van een opleiding of cursus omtrent EBP

Minder dan de helft van de werkzame diëtisten (44%) kreeg een opleiding of cursus omtrent EBP tijdens zijn bacheloropleiding. Uit het veel hogere percentage van studenten (84%) kan afgeleid worden dat er nu meer aandacht aan EBP wordt gependend in de bacheloropleidingen dan vroeger. Slechts 15% van de respondenten volgde ooit een bijscholing omtrent EBP.



Grafiek 12: Opleiding of cursus rond EBP gevolgd

### **Vergelijking met Amerikaanse diëtisten**

Uit de studie van Byham-Gray et al. (2005) blijkt dat 55% van de 258 respondenten een opleiding omtrent kritische beoordeling gevolgd heeft. Twee derde (64%) heeft nog nooit een presentatie over de principes van EBP bijgewoond.

### **Vergelijking met Australische diëtisten**

Slechts 11% van de 59 bevroegde Australische pediatrie diëtisten uit de studie van Thomas et al. (2003) heeft een cursus omtrent EBP gevolgd.

### **Vergelijking met Taiwanese diëtisten**

Van de 67 Taiwanese ziekenhuisdiëtisten die deelnamen aan de bevestiging van Chiu et al. (2012) heeft 27% een opleiding omtrent EBN gevolgd.

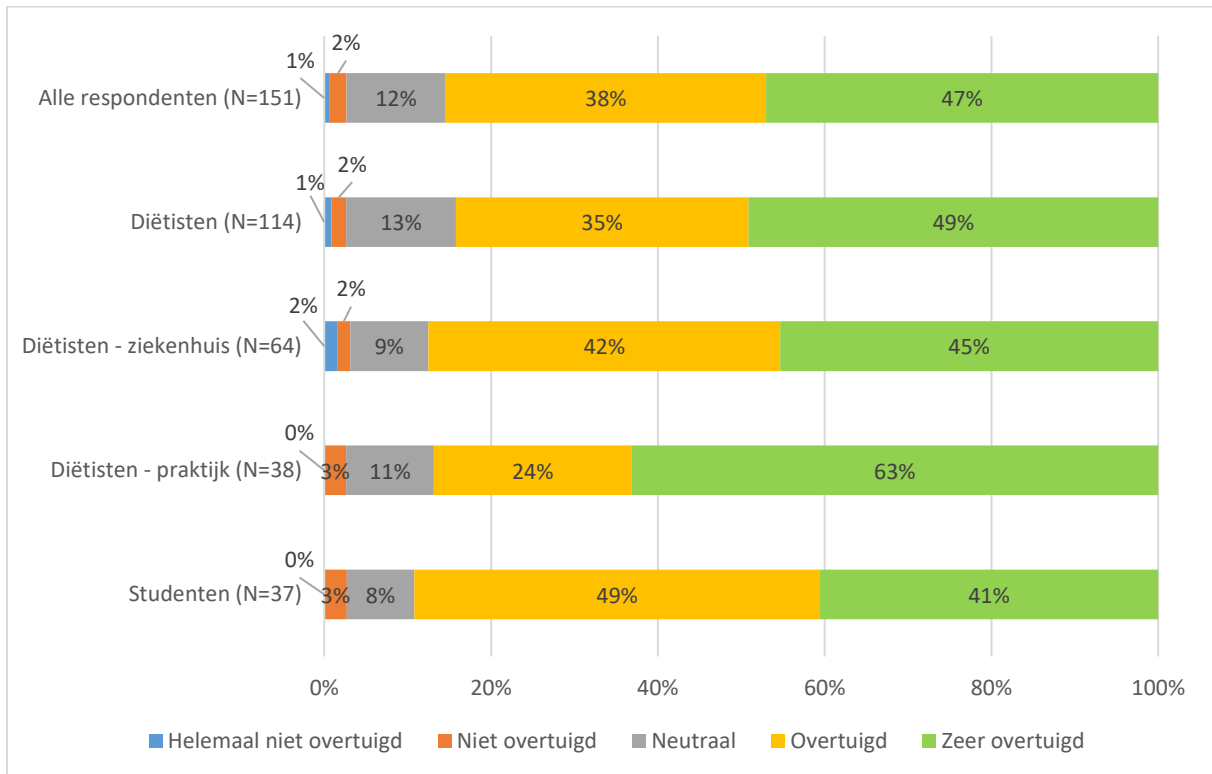
### **Vergelijking met andere beroepsgroepen**

Verstraeten & Linssen (2015) stelden vast dat ongeveer 72% van de kinesitherapeuten een opleiding of cursus rond EBP heeft gevolgd. Respectievelijk 23% en 49% kreeg een cursus EBP tijdens de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesitherapie en tijdens een bijscholing. De overige 28% had geen bijscholing omtrent EBP gevolgd. Deze vraag werd ingevuld door 297 Vlaamse kinesitherapeuten.



#### 4.2.4 Belang evidence-based handelen

Respondenten konden op een schaal van 1 (helemaal niet overtuigd) tot 5 (zeer overtuigd) aanduiden hoe belangrijk ze evidence-based handelen vinden. De meerderheid van de respondenten (85%) is overtuigd tot zeer overtuigd van het belang van evidence-based handelen. Diëtisten die werken in een praktijk zijn sterker overtuigd dan ziekenhuisdiëtisten en studenten. De respondenten gaven gemiddeld een score van 4,29 ( $\pm 0,81$ ).



Grafiek 12: Gepercipieerd belang van EBP

| Belang van EBP                | Gemiddelde | Standaarddeviatie |
|-------------------------------|------------|-------------------|
| Alle respondenten (N=151)     | 4,29       | 0,81              |
| Diëtisten (N=114)             | 4,30       | 0,83              |
| Diëtisten – ziekenhuis (N=64) | 4,28       | 0,83              |
| Diëtisten - praktijk (N=38)   | 4,47       | 0,80              |
| Studenten (N=37)              | 4,27       | 0,73              |

Tabel 5: Gepercipieerd belang van EBP

#### Vergelijking met Amerikaanse diëtisten

Byham-Gray e. a. (2005) bevroegen de attitude van 500 Amerikaanse diëtisten ten aanzien van EBP aan de hand van een 5 punts-Likert schaal (1=sterk mee oneens, 5=sterk mee eens). Ook uit deze studie bleek dat diëtisten een positieve attitude ten aanzien van EBP hebben.

|  | Gemiddelde | Standaarddeviatie |
|--|------------|-------------------|
| Onderzoek doen is relevant             | 4,2        | 1,1               |
| Positieve attitude ten aanzien van EBP | 4,3        | 0,9               |
| EBP is voordelig                       | 4,2        | 1,0               |

Tabel 6: Attitude van Amerikaanse diëtisten tegenover EBP (tabel opgesteld op basis van resultaten Byham-Gray et al. (2005))

### Vergelijking met Australische diëtisten

Thomas e. a. (2003) bevroegen de attitude van 59 Australische pediatrische diëtisten. Respectievelijk 46% en 44% geloofde zeer sterk tot sterk in de principes en filosofie van EBP. Tien procent beantwoordde de vraag neutraal. Geen enkele diëtist gaf aan dat ze niet in EBP geloofde.

### Vergelijking met Taiwanese diëtisten

Chiu e. a. (2012) onderzochten de attitude van 67 diëtisten uit regionale ziekenhuizen in Taiwan. 82% van de respondenten was overtuigd van het belang van EBP voor de verbetering van kwaliteit van patiëntenzorg.

### Vergelijking met andere beroepen

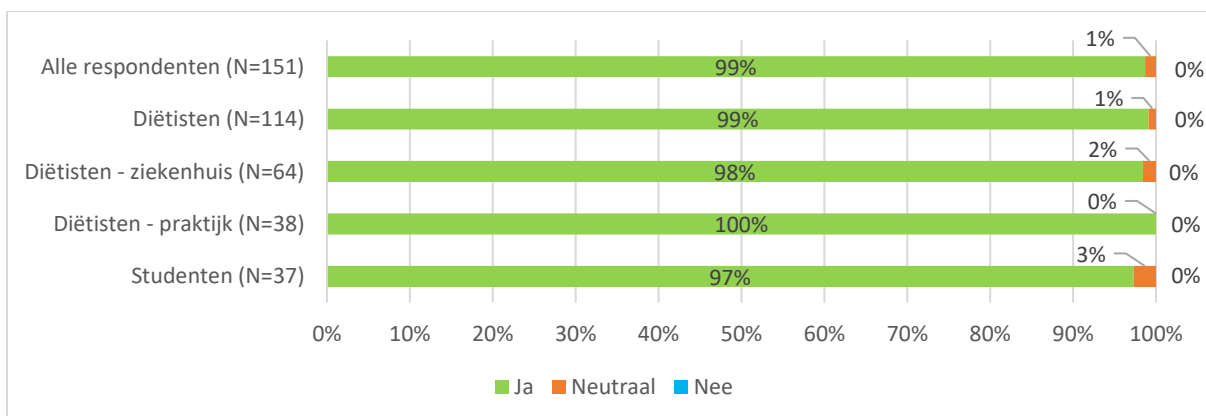
In de studie van Heiwe et al. (2011) werden 225 Zweedse gezondheidsprofessionals (41 diëtisten, 57 ergotherapeuten en 129 kinesitherapeuten) werkzaam in een universitair ziekenhuis bevroegd aan de hand van een 5-punts Likertschaal (1=sterk oneens, 5=sterk eens). Ook de respondenten van deze studie percipieerden de toepassing van EBP als noodzakelijk (mediaan=5).

#### 4.2.5 Gepercipieerd belang van onderzoek

Het gepercipieerde belang van onderzoek (Perceived Importance of Research) werd bevroegd aan de hand van zeven stellingen, overgenomen van de Metcalfe et al. (2001):

##### 1) **Onderzoek is belangrijk voor de beroepspraktijk**

De respondenten waren het er unaniem (99%) over eens dat onderzoek belangrijk is voor de beroepspraktijk.



Grafiek 13: Onderzoek is belangrijk voor de beroepspraktijk

### Vergelijking met Britse diëtisten

Metcalfe e. a. (2001) onderzochten de attitudes van verschillende beroepsgroepen ten aanzien van onderzoek aan de hand van een vragenlijst. Ook de Britse diëtisten (N=45) die deelnamen aan de bevraging waren het er over eens dat onderzoek belangrijk is voor de beroepspraktijk (98% ging akkoord met deze stelling).

Taylor (1998) bevroeg de attitude van 183 Britse diëtisten. 83% van de respondenten ging akkoord met de stelling dat onderzoek een onderdeel van hun dagelijkse praktijk zou moeten zijn. Slechts 6% was het niet eens met deze stelling.

### Vergelijking met Amerikaanse diëtisten

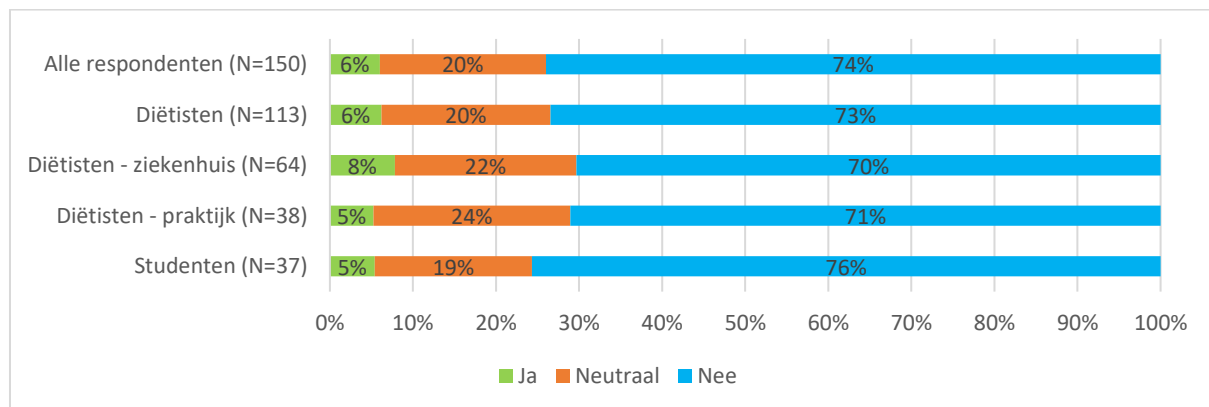
In de studie van Dougherty et al. (2015) bij 3729 Amerikaanse diëtisten vond 99,5% van de respondenten dat onderzoek doen belangrijk is binnen het domein van voeding en diëtetiek.

### Vergelijking met andere beroepen

Uit de studie van Metcalfe et al. (2001) blijkt dat ook logopedisten (N=66), ergotherapeuten (N=139) en kinesitherapeuten (N=258) belang hechten aan onderzoek (respectievelijk 99%, 98% en 97% ging akkoord met de stelling).

## 2) Onderzoek doen heeft geen hoge prioriteit

De meerderheid van de respondenten (74%) was het niet eens met deze stelling. Een vijfde (20%) was neutraal ten aanzien van deze stelling. 6% van de respondenten was het ermee eens dat onderzoek doen geen hoge prioriteit is.



Grafiek 14: Onderzoek doen heeft geen hoge prioriteit

### Vergelijking met Britse diëtisten

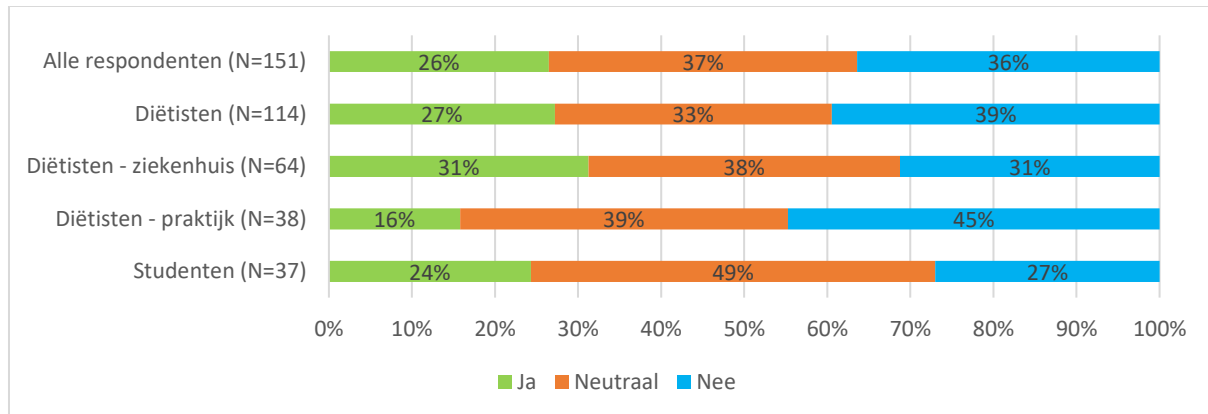
Opvallend is dat 67% van de Britse diëtisten het wel eens is met deze stelling, en onderzoek doen dus geen hoge prioriteit vindt (Metcalfe et al., 2001).

### Vergelijking met andere beroepsgroepen

Respectievelijk 81%, 78% en 56% van de ergotherapeuten, kinesitherapeuten en logopedisten gingen akkoord met deze stelling (Metcalf et al., 2001).

### **3) Patiënten behandelen is belangrijker dan onderzoek uitvoeren**

Meer dan een derde van de respondenten (36%) vindt niet dat patiënten behandelen belangrijker is dan onderzoek uitvoeren. Diëtisten die in een praktijk werken zijn het er minder eens mee dan ziekenhuisdiëtisten. Studenten zijn eerder neutraal (49%) ten aanzien van deze stelling.



Grafiek 15: Patiënten behandelen is belangrijker dan onderzoek uitvoeren

### Vergelijking met Britse diëtisten

In vergelijking met Belgische diëtisten (26%) vinden meer Britse diëtisten uit de studie van Metcalfe et al. (2001) (60%) patiënten behandelen belangrijker dan onderzoek uitvoeren.

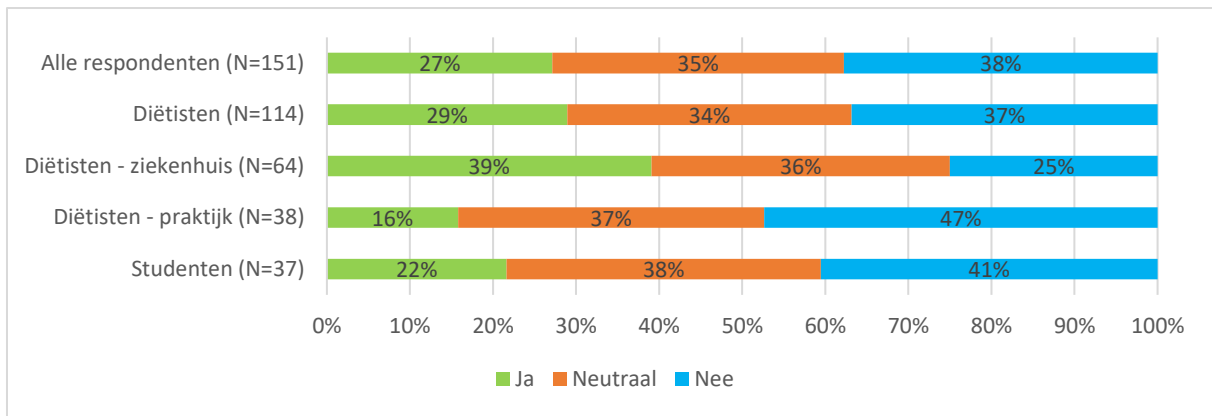
Taylor (1998) bevroeg bij 183 Britse diëtisten of zij vinden dat patiëntenzorg voor gaat op onderzoek. Bijna de helft (48%) was het eens met deze stelling, terwijl 29% er niet mee akkoord ging.

### Vergelijking met andere beroepen

Respectievelijk 62%, 59% en 46% van de ergotherapeuten, kinesitherapeuten en logopedisten was het eens met deze stelling (Metcalf et al. 2001).

### **4) Patiënten behandelen is belangrijker dan het lezen van wetenschappelijke studies**

Meer dan een derde van de respondenten (38%) vindt patiënten behandelen niet belangrijker dan het lezen van wetenschappelijke studies. In vergelijking met diëtisten werkzaam in een praktijk (16%), vinden meer ziekenhuisdiëtisten (39%) het behandelen van patiënten belangrijker dan het lezen van wetenschappelijke studies.



Grafiek 16: Patiënten behandelen is belangrijker dan het lezen van wetenschappelijke studies

### Vergelijking met Britse diëtisten

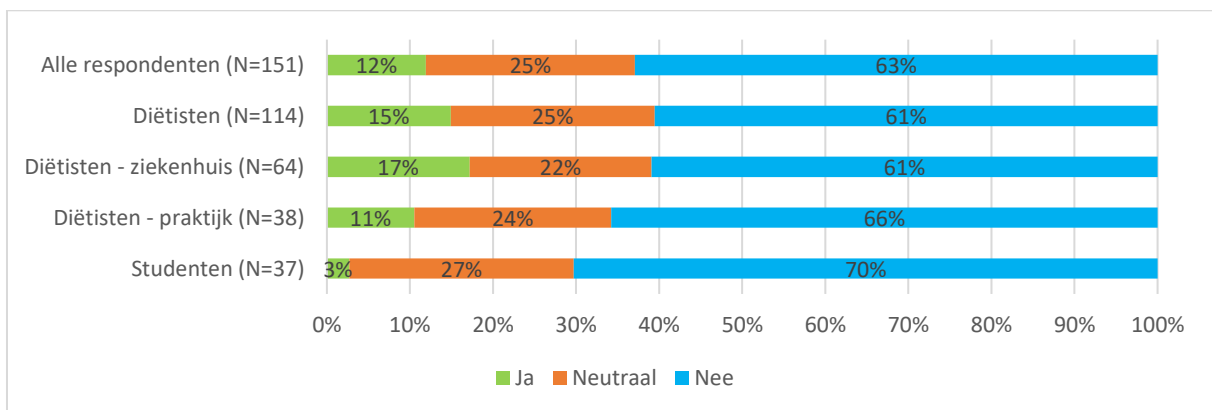
Bijna de helft van de bevroagde diëtisten (46%) in de studie van Metcalfe et al. (2001) was het eens met deze stelling.

### Vergelijking met andere beroepen

Respectievelijk 51%, 50% en 33% van de ergotherapeuten, kinesitherapeuten en logopedisten ging akkoord met deze stelling (Metcalfe et al. 2001).

## 5) Het lezen en vinden van wetenschappelijke studies is geen hoge prioriteit

Slechts twaalf procent van de respondenten vindt dat het lezen en vinden van wetenschappelijke studies geen hoge prioriteit heeft. Voornamelijk studenten zijn het oneens met deze stelling (70%).



Grafiek 17: Het lezen en vinden van wetenschappelijke studies is geen hoge prioriteit

### Vergelijking met Britse diëtisten

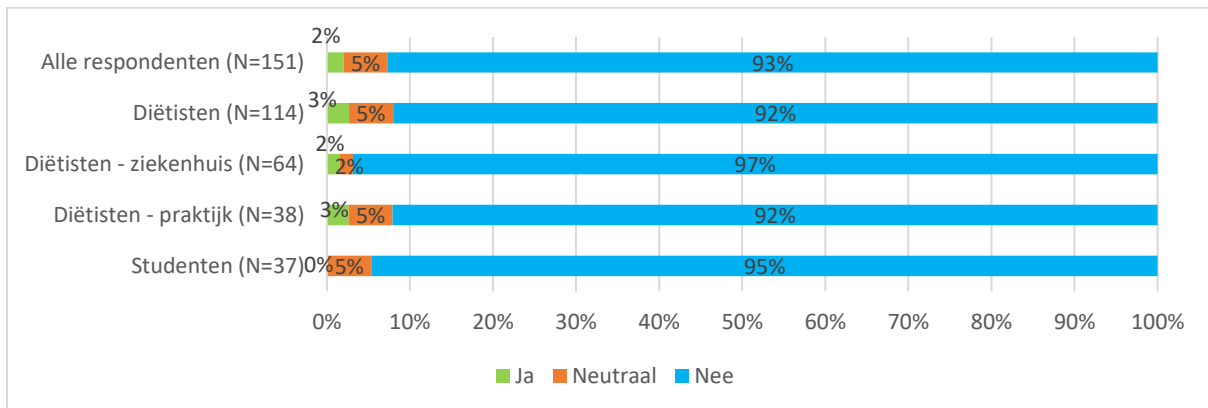
Een vierde (24%) van de Britse diëtisten is het er mee eens dat het lezen en vinden van wetenschappelijke studies geen hoge prioriteit heeft (Metcalfe et al. 2001).

### Vergelijking met andere beroepen

Respectievelijk 48%, 40% en 27% van de ergotherapeuten, kinesitherapeuten en logopedisten was het eens met deze stelling (Metcalf et al. 2001).

#### **6) Onderzoek doen is niet belangrijk**

Slechts 2% van de respondenten vindt dat onderzoek doen niet belangrijk is.



Grafiek 18: Onderzoek doen is niet belangrijk

### Vergelijking met Britse diëtisten

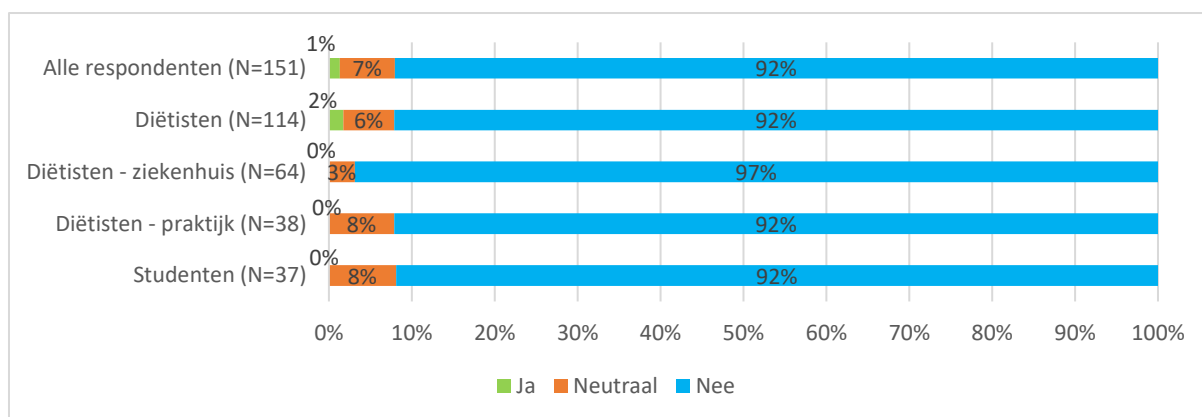
13% van de Britse diëtisten gaf aan akkoord te zijn met deze stelling (Metcalf et al. 2001).

### Vergelijking met andere beroepen

Van de ergotherapeuten, kinesitherapeuten en logopedisten vonden respectievelijk 22%, 26% en 15% dat onderzoek doen inderdaad niet belangrijk is (Metcalf et al. 2001).

#### **7) Het lezen en vinden van wetenschappelijke studies is niet belangrijk**

De respondenten waren het er bijna unaniem mee oneens (92%) dat het lezen en vinden van wetenschappelijke studies niet belangrijk is. Geen enkele diëtist werkzaam in een ziekenhuis of praktijk en geen enkele student ging akkoord met de stelling.



Grafiek 19: Het lezen en vinden van wetenschappelijke studies is niet belangrijk

### Vergelijking met Britse diëtisten

Ook de Britse diëtisten zijn het niet eens met deze stelling. Slechts 2% ging akkoord (Metcalf et al. 2001).

### Vergelijking met andere beroepen

Zes procent van de ergotherapeuten en kinesitherapeuten ging akkoord met deze stelling. Geen enkele logopedist was het eens met deze stelling (Metcalf et al. 2001).

Uit de studie van Metcalf et al. (2001) bleek dat diëtisten en logopedisten significant meer belang aan onderzoek hechten dan kinesitherapeuten en ergotherapeuten.

#### 4.2.6 Opzoektools klinische vragen

De belangrijkste informatiebron van werkende diëtisten zijn de collega's, gevolgd door handboeken, vaktijdschriften en online zoekrobots. Er zijn geen grote verschillen in opzoektools tussen ziekenhuisdiëtisten en diëtisten werkzaam in een praktijk. Studenten zoeken voornamelijk antwoorden op klinische vragen in handboeken.

| Opzoektools (alle respondenten)   | N   | (%)   |
|---|-----|-------|
| Via mijn collega's  | 121 | (80%) |
| Via handboeken  | 92  | (61%) |
| Via vaktijdschriften  | 83  | (55%) |
| Via een online zoekrobot  | 80  | (53%) |
| Via beroepsorganisaties   | 73  | (48%) |
| Via databanken  | 71  | (47%) |
| Via peer reviewed literatuur  | 67  | (44%) |
| Via online discussiegroepen   | 16  | (11%) |
| Via andere kanalen<br>(arts, congressen, opleidingen, docenten, verpleegkundige, ...) | 10  | (7%)  |

Tabel 7: Opzoektools van alle respondenten (N=151)

| <b>Opzoektools (werkende diëtisten)</b>  | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--|----------|------------|
| Via mijn collega's   | 100      | (88%)      |
| Via handboeken   | 62       | (54%)      |
| Via een online zoekrobot   | 62       | (54%)      |
| Via vaktijdschriften   | 60       | (53%)      |
| Via beroepsorganisaties  | 59       | (52%)      |
| Via databanken   | 49       | (43%)      |
| Via peer reviewed literatuur   | 49       | (43%)      |
| Via online discussiegroepen  | 11       | (10%)      |
| Via andere kanalen<br><i>(arts, congressen, opleidingen, verpleegkundige, ...)</i> | 9        | (8%)       |

Tabel 8: Opzoektools van werkende diëtisten (N=114)

| <b>Opzoektools (ziekenhuisdiëtisten)</b>   | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--|----------|------------|
| Via mijn collega's   | 58       | (91%)      |
| Via handboeken   | 36       | (56%)      |
| Via een online zoekrobot   | 36       | (56%)      |
| Via vaktijdschriften   | 29       | (45%)      |
| Via databanken   | 29       | (45%)      |
| Via beroepsorganisaties  | 28       | (44%)      |
| Via peer reviewed literatuur   | 28       | (44%)      |
| Via online discussiegroepen  | 4        | (6%)       |
| Via andere kanalen<br><i>(arts, congressen, opleidingen, verpleegkundige, ...)</i> | 7        | (11%)      |

Tabel 9: Opzoektools van diëtisten werkzaam in een ziekenhuis (N=64)

| <b>Opzoektools (diëtisten praktijk)</b> | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|---|----------|------------|
| Via mijn collega's                      | 34       | (89%)      |
| Via handboeken                          | 21       | (55%)      |
| Via een online zoekrobot                | 21       | (55%)      |
| Via vaktijdschriften                    | 20       | (52%)      |
| Via beroepsorganisaties                 | 18       | (47%)      |
| Via peer reviewed literatuur            | 17       | (45%)      |
| Via databanken                          | 14       | (37%)      |
| Via online discussiegroepen             | 6        | (16%)      |
| Via andere kanalen<br><i>(huisarts)</i> | 1        | (3%)       |

Tabel 10: Opzoektools van diëtisten werkzaam in een praktijk (N=37)

| <b>Opzoektools (studenten)</b> | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--------------------------------|----------|------------|
| Via handboeken                 | 30       | (81%)      |
| Via vaktijdschriften           | 23       | (62%)      |
| Via databanken                 | 22       | (59%)      |
| Via mijn collega's             | 21       | (57%)      |
| Via een online zoekrobot       | 18       | (49%)      |



|  |    |       |
|--|----|-------|
| Via peer reviewed literatuur           | 18 | (49%) |
| Via beroepsorganisaties                | 14 | (38%) |
| Via online discussiegroepen            | 5  | (14%) |
| Via andere kanalen ( <i>docenten</i> ) | 1  | (3%)  |

Tabel 11: Opzoektools van studenten (N=37)

### Vergelijking met Taiwanese diëtisten

Uit de studie van Chiu et al. (2012) bij 67 diëtisten werkzaam in regionale ziekenhuizen in Taiwan kwam web portaal naar voor als de belangrijkste informatiebron, gevolgd door continue opleiding, collega's en handboeken.

### Vergelijking met andere beroepen

Het KCE bevroeg de belangrijkste opzoektools van artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en kinesitherapeuten (Benhamed et al., 2017). Ook bij deze beroepen blijken collega's een belangrijke informatiebron te zijn. Een opmerking hierbij is echter dat de bevraging van het KCE een extra antwoordcategorie bevatte voor deze vraag: 'papieren of digitale documentatie op het werk (protocollen of klinische zorgpaden)'. Deze werd niet bevroegd bij de diëtisten in de voorliggende studie. De overige antwoordcategorieën kwamen overeen.

| Informatiebronnen  | n   | (%)  |
|--|-----|------|
| <b>Artsen (n=1.074)</b>  |     |      |
| Via collega's  | 741 | (71) |
| Via papieren of digitale documentatie op het werk (protocollen of klinische zorgpaden) | 627 | (60) |
| Via algemene zoekmotoren (bv. Google, Google scholar, Bing, ...)                       | 407 | (39) |
| <b>Verpleegkundigen (n=642)</b>  |     |      |
| Via papieren of digitale documentatie op het werk (protocollen of klinische zorgpaden) | 404 | (63) |
| Via collega's  | 369 | (57) |
| Via algemene zoekmotoren (bv. Google, Google scholar, Bing ...)                        | 278 | (43) |
| <b>Vroedvrouwen (n=340)</b>  |     |      |
| Via collega's  | 269 | (79) |
| Via papieren of digitale documentatie op het werk (protocollen of klinische zorgpaden) | 215 | (63) |
| Via de website van het KCE   | 148 | (44) |
| <b>Kinesitherapeuten (n=383)</b>   |     |      |
| Via algemene zoekmotoren (bv. Google, Google scholar, Bing ...)                        | 240 | (63) |
| Via collega's  | 234 | (61) |
| Via papieren of digitale documentatie op het werk (protocollen of klinische zorgpaden) | 166 | (43) |

Tabel 12: De drie voornaamste bronnen van informatie om een vraag uit de dagelijkse praktijk te beantwoorden (overgenomen van Benhamed et al., 2017).

#### 4.2.7 Kennis databanken/websites

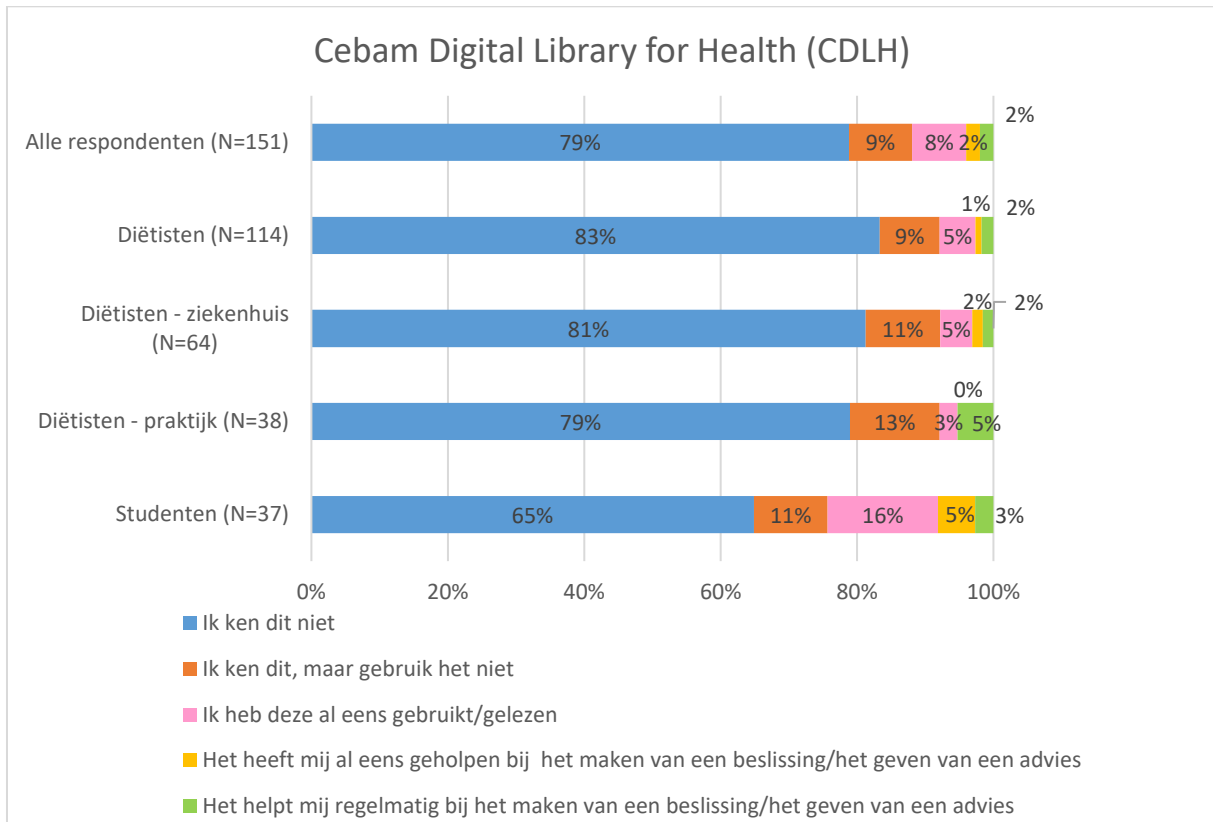
De kennis van databanken is bijzonder laag bij de respondenten. De meerderheid van de respondenten kent *EBMPracticeNet*<sup>9</sup> (81%), *Trip Medical Database* (79%), *G.I.N.* (79%), *CEBAM* (79%), *EatRight* (76%), *KCE* (60%) en *PEN* (56%) niet. In vergelijking met werkende diëtisten (17%) kennen meer studenten (35%) *Trip Medical Database*. Studenten zijn minder vertrouwd met *PEN* (52% van de werkende diëtisten en 70% van de studenten kennen *PEN* niet).

De helft van de respondenten (50%) kent *Cochrane Library for Health*. Respectievelijk 56% en 60% van de respondenten kent *Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl* en *Gezondheid en Wetenschap*. *HGR* (99%) en

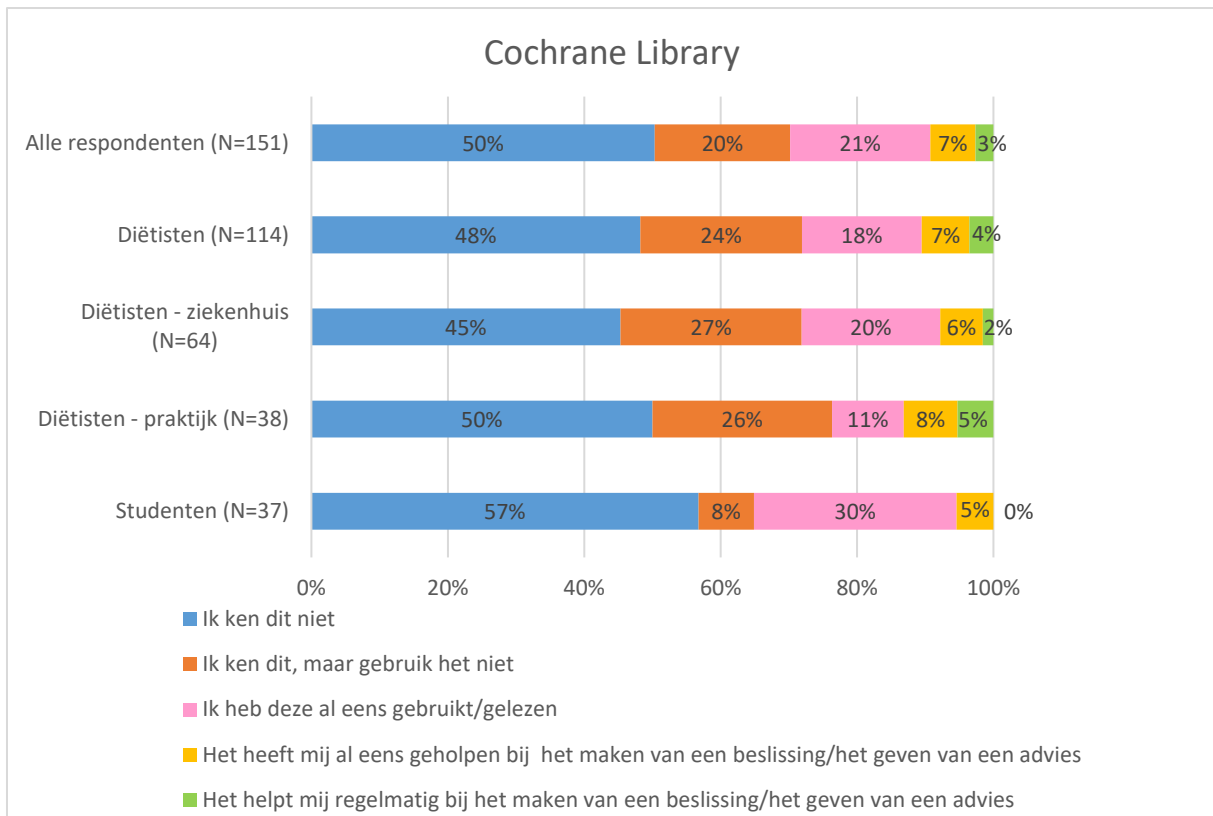
<sup>9</sup> Huidige naam: ebpracticenet

*PubMed* (89%) zijn het meest gekend. *HGR* heeft meer dan drie vierde (77%) van de werkende diëtisten al eens geholpen bij het maken van beslissingen. Er is geen enkele student die *PubMed* niet kent.

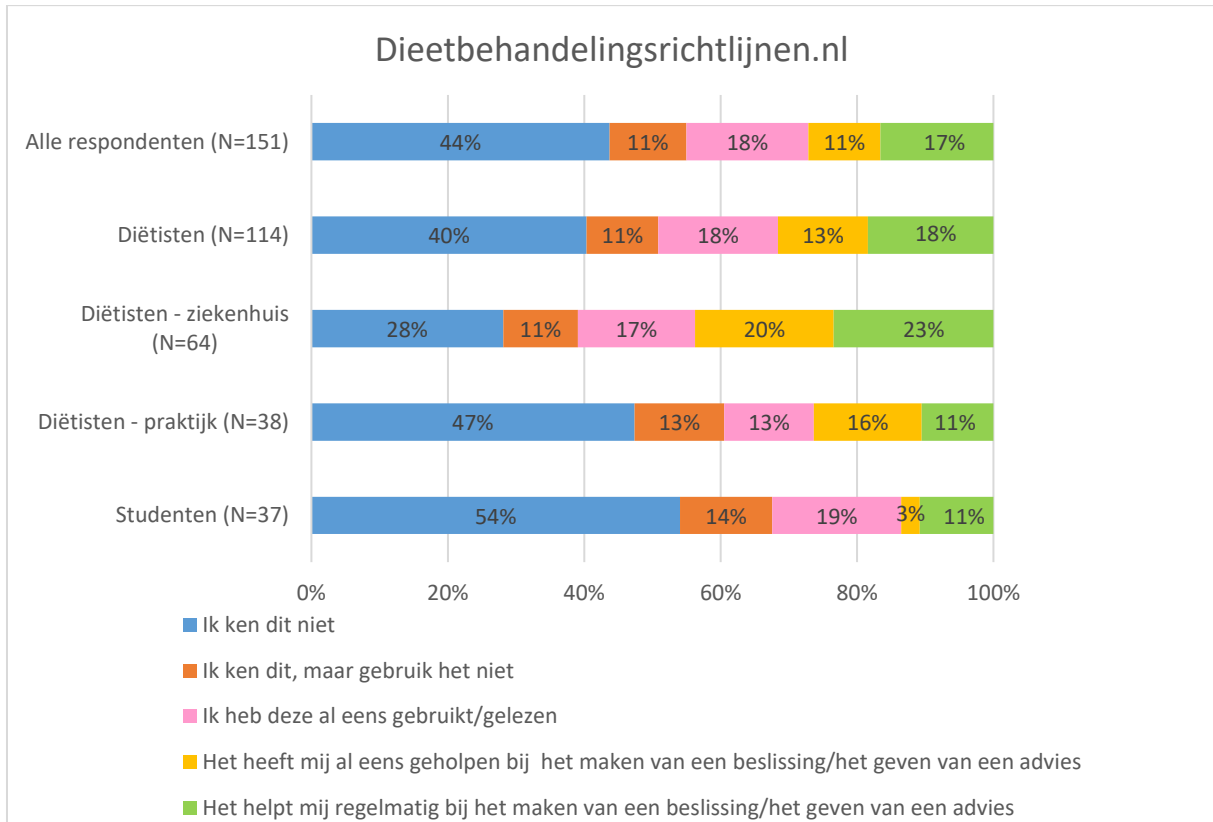
In vergelijking met andere diëtisten en studenten hebben ziekenhuisdiëtisten een betere kennis van *Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl* en maken ze er meer gebruik van.



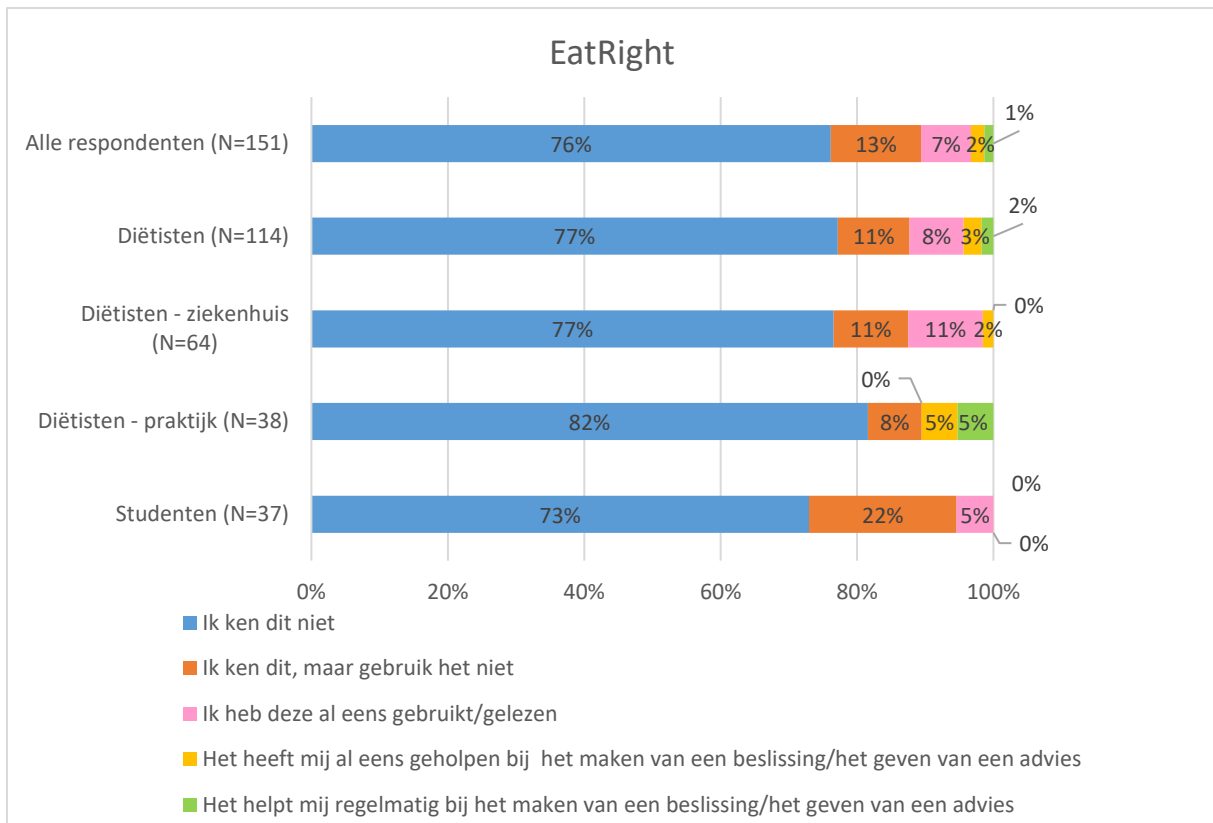
Grafiek 20: Kennis van *Cebam Digital Library for Health*



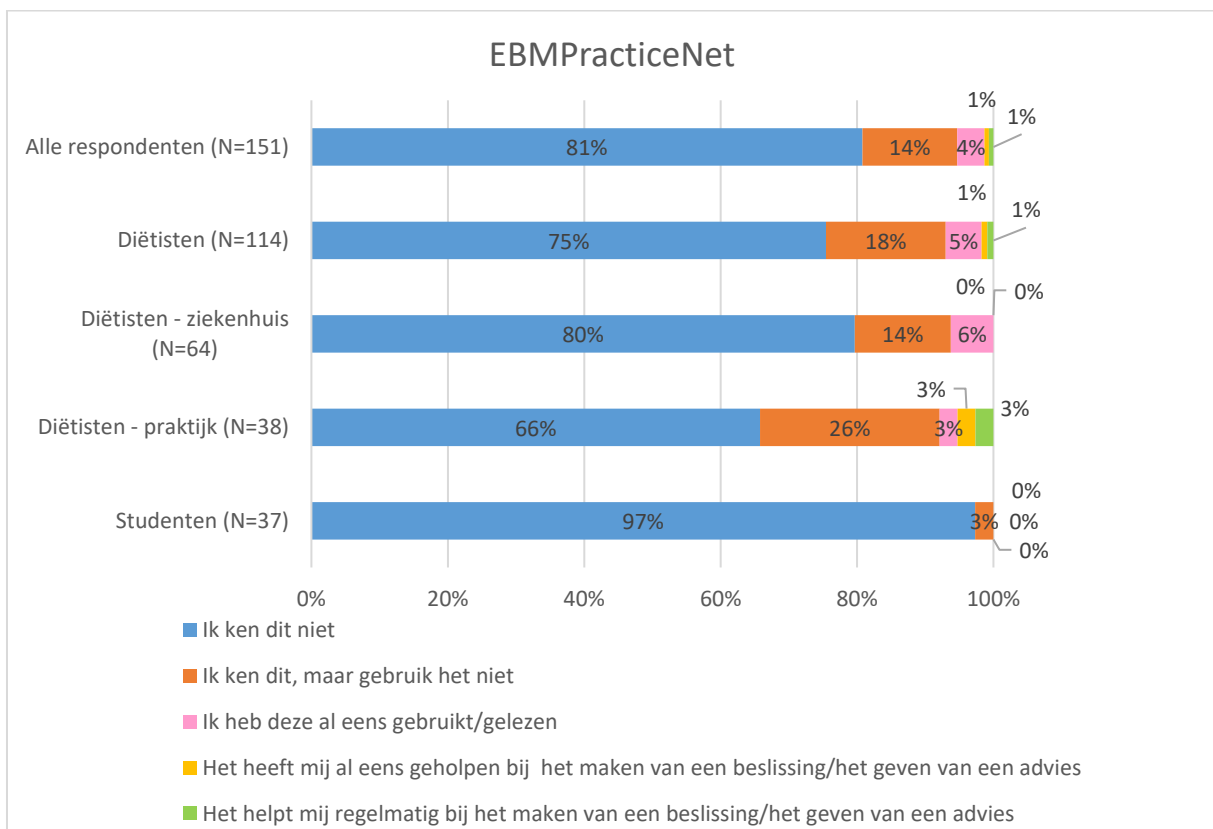
Grafiek 21: Kennis van Cochrane Library



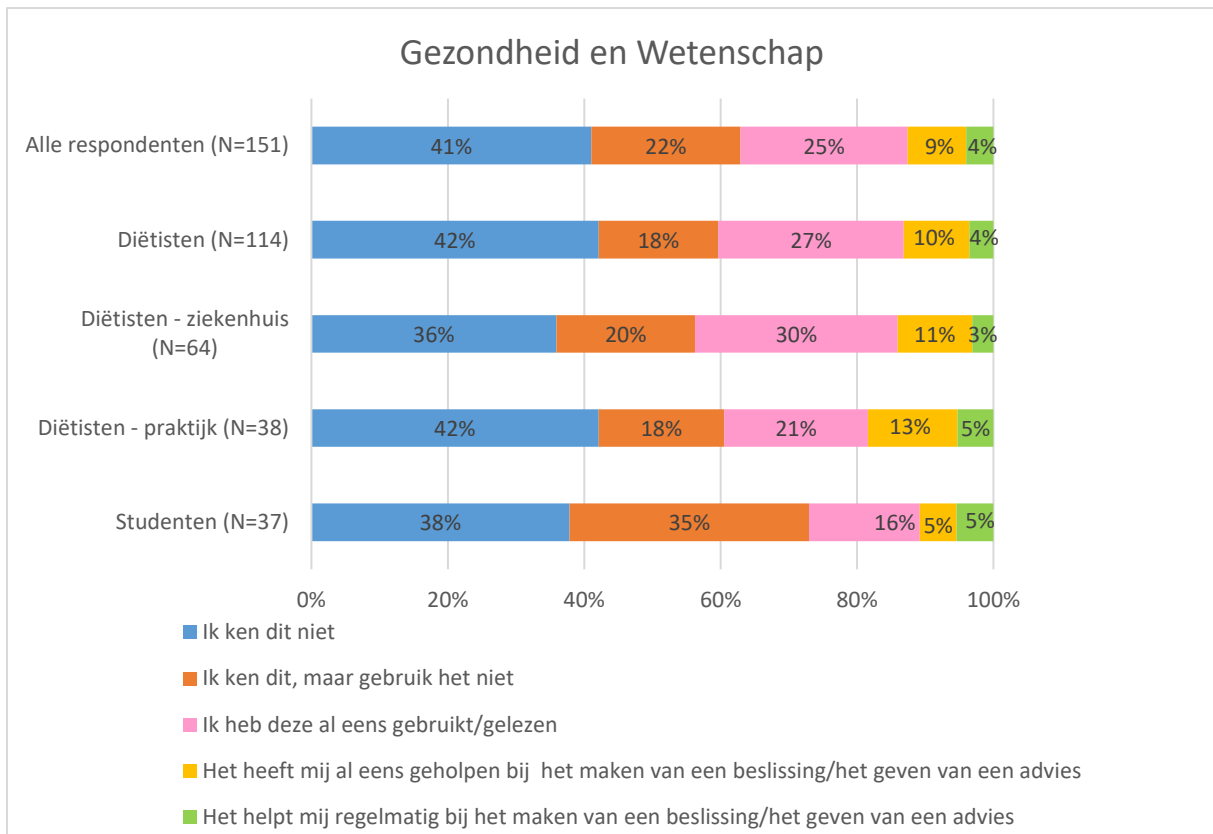
Grafiek 22: Kennis van Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl



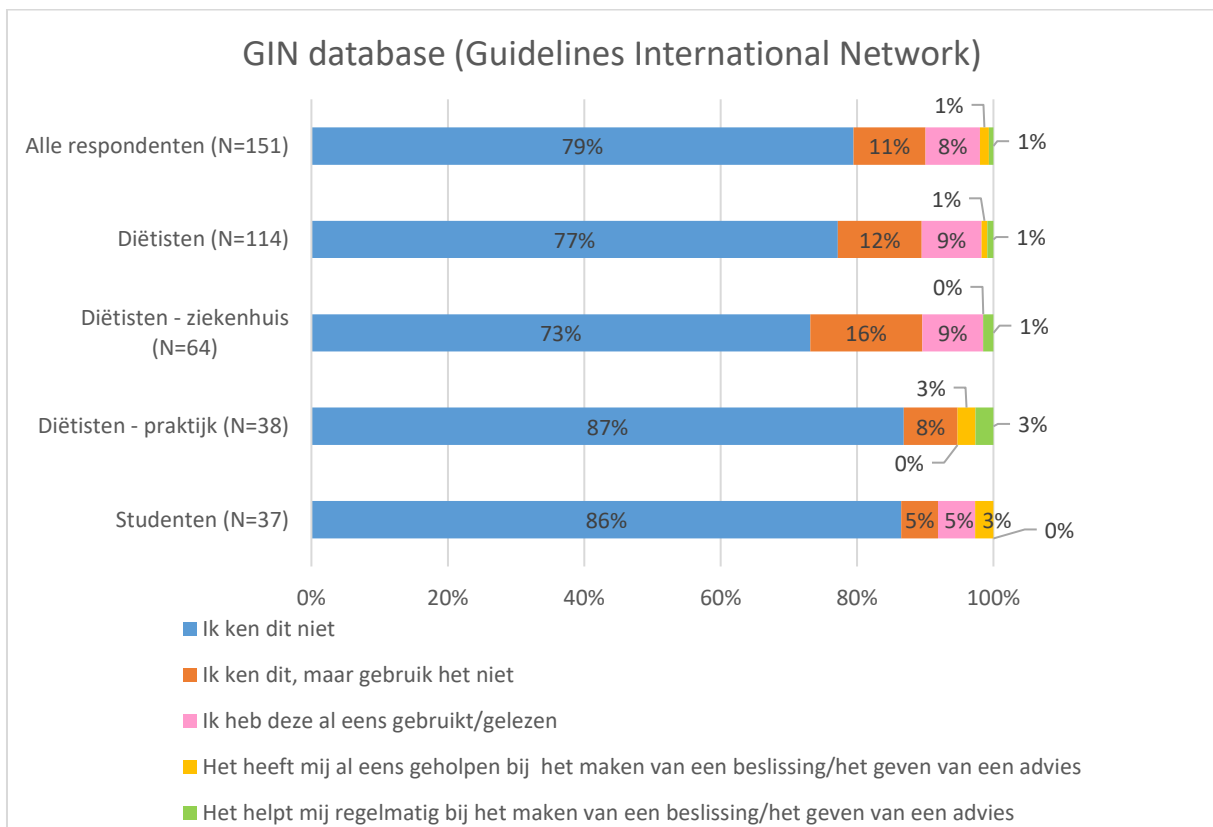
Grafiek 23: Kennis van EatRight



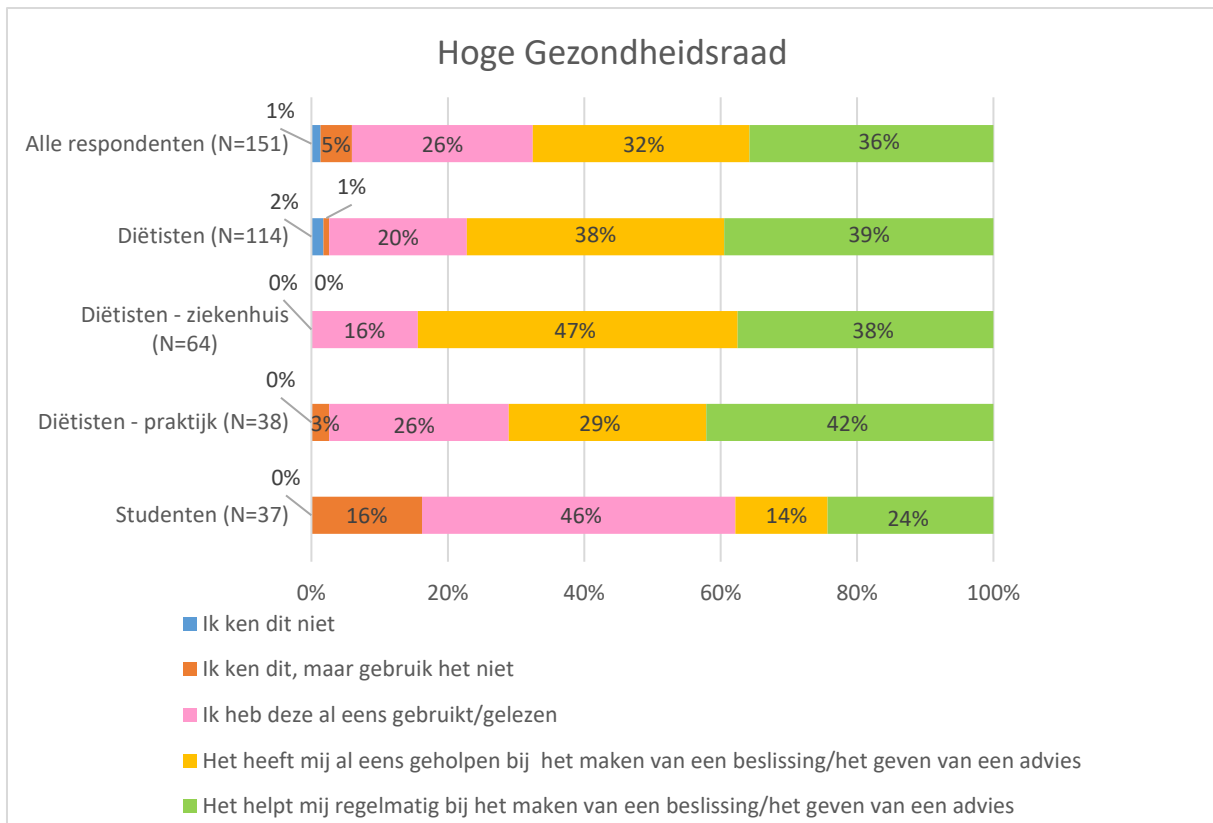
Grafiek 24: Kennis van EBMPracticeNet



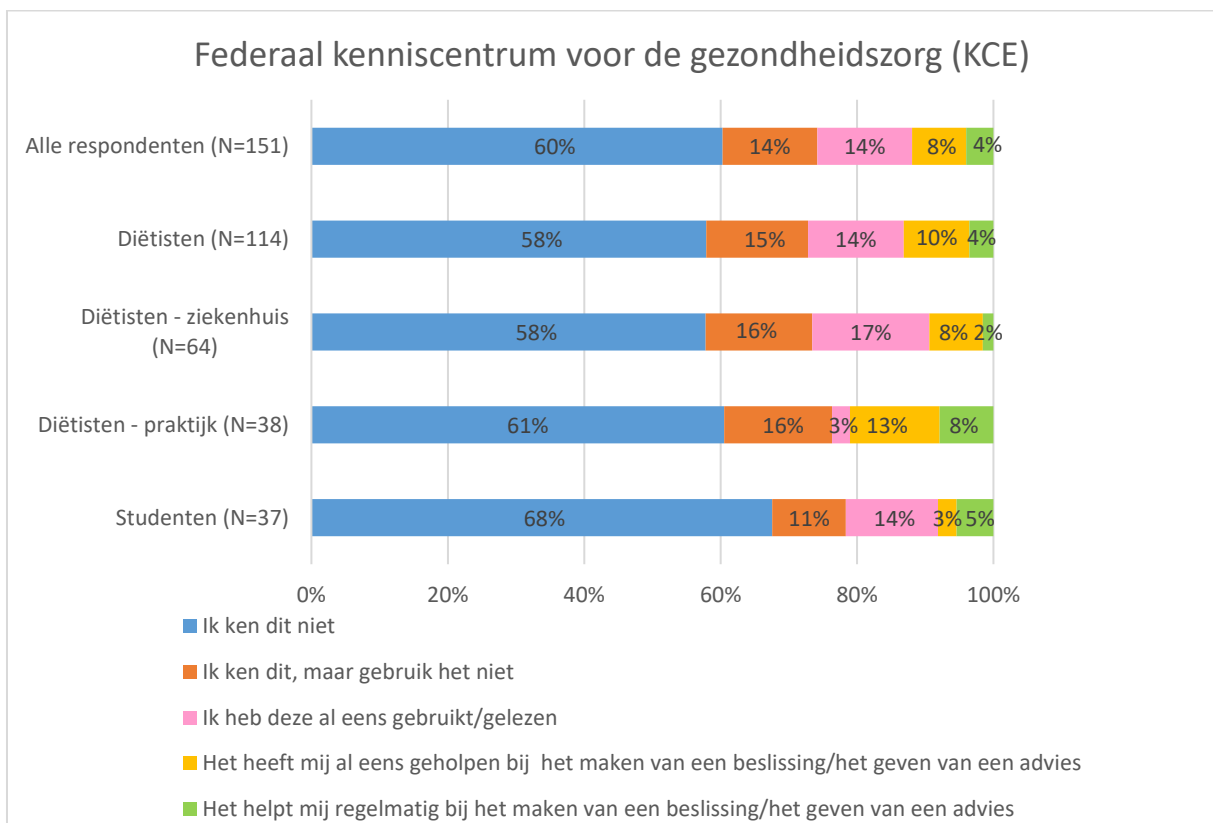
Grafiek 25: Kennis van Gezondheid en Wetenschap



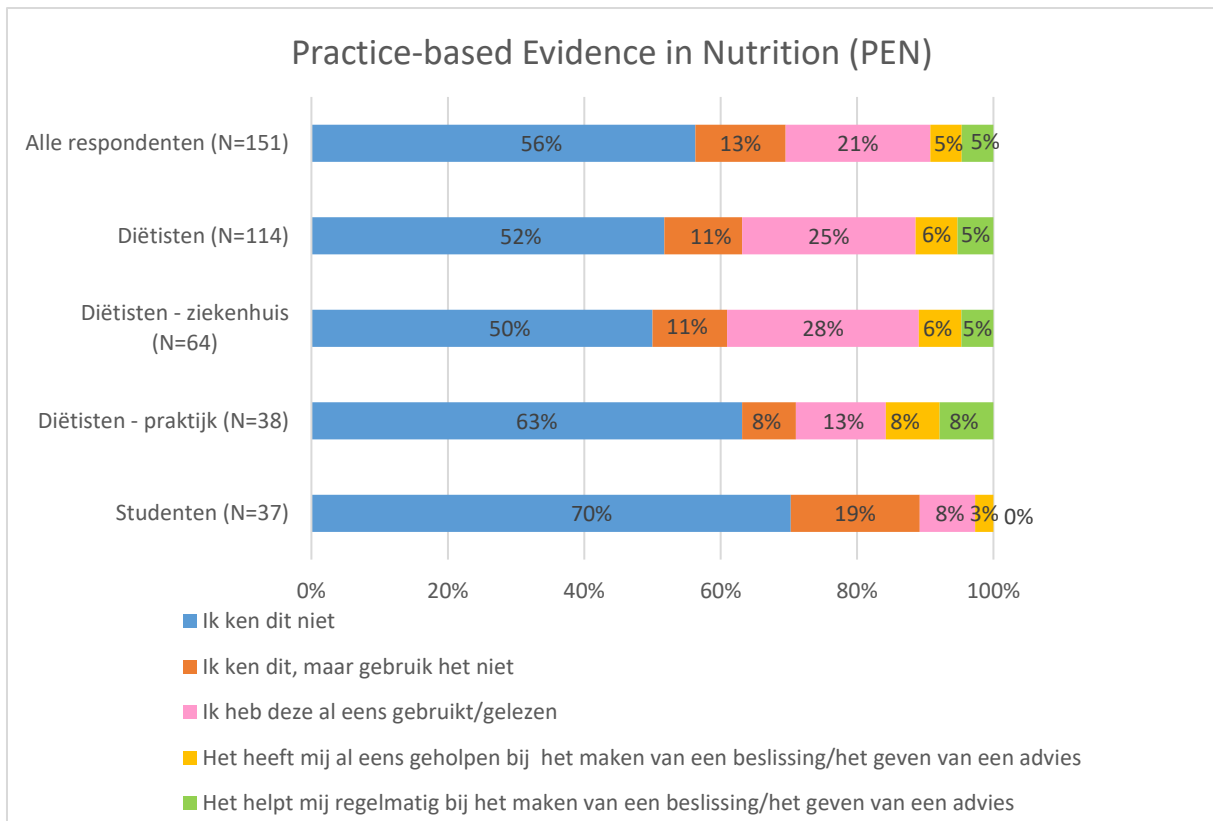
Grafiek 26: Kennis van GIN database



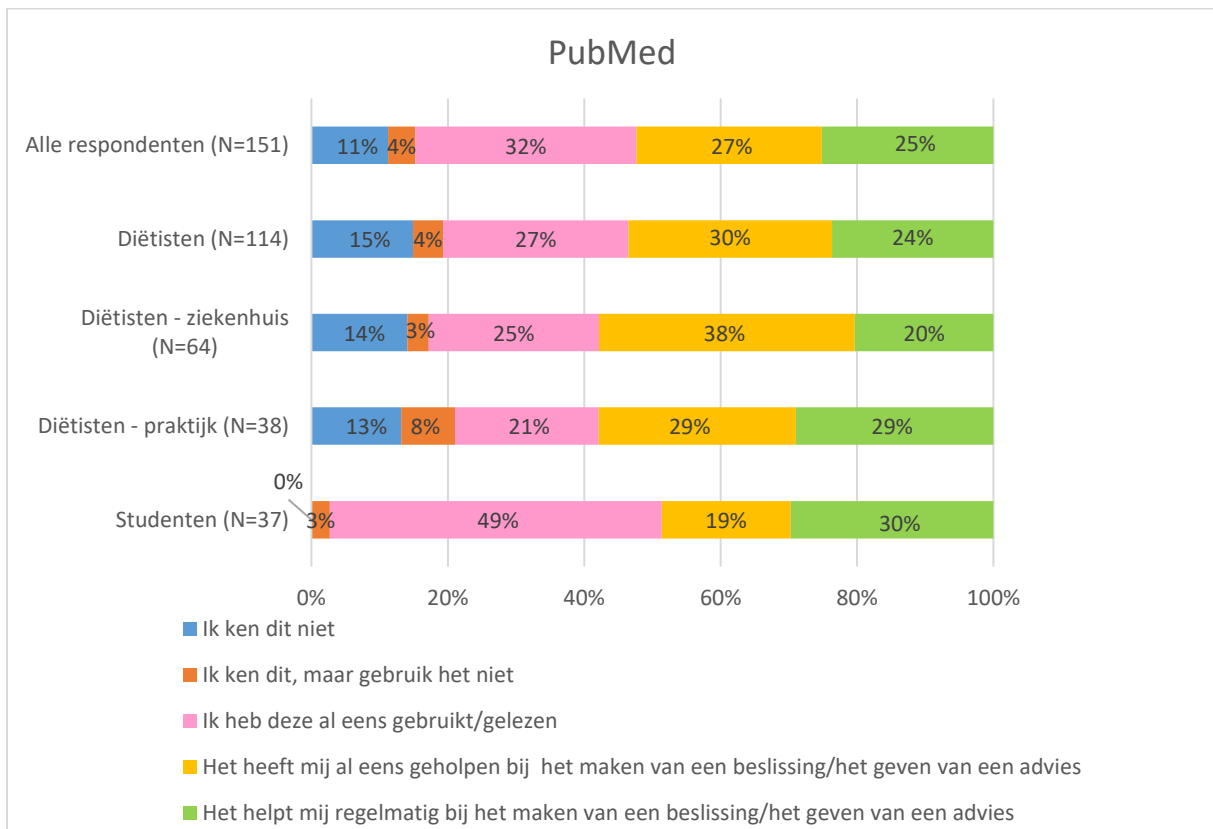
Grafiek 27: Kennis van Hoge Gezondheidsraad



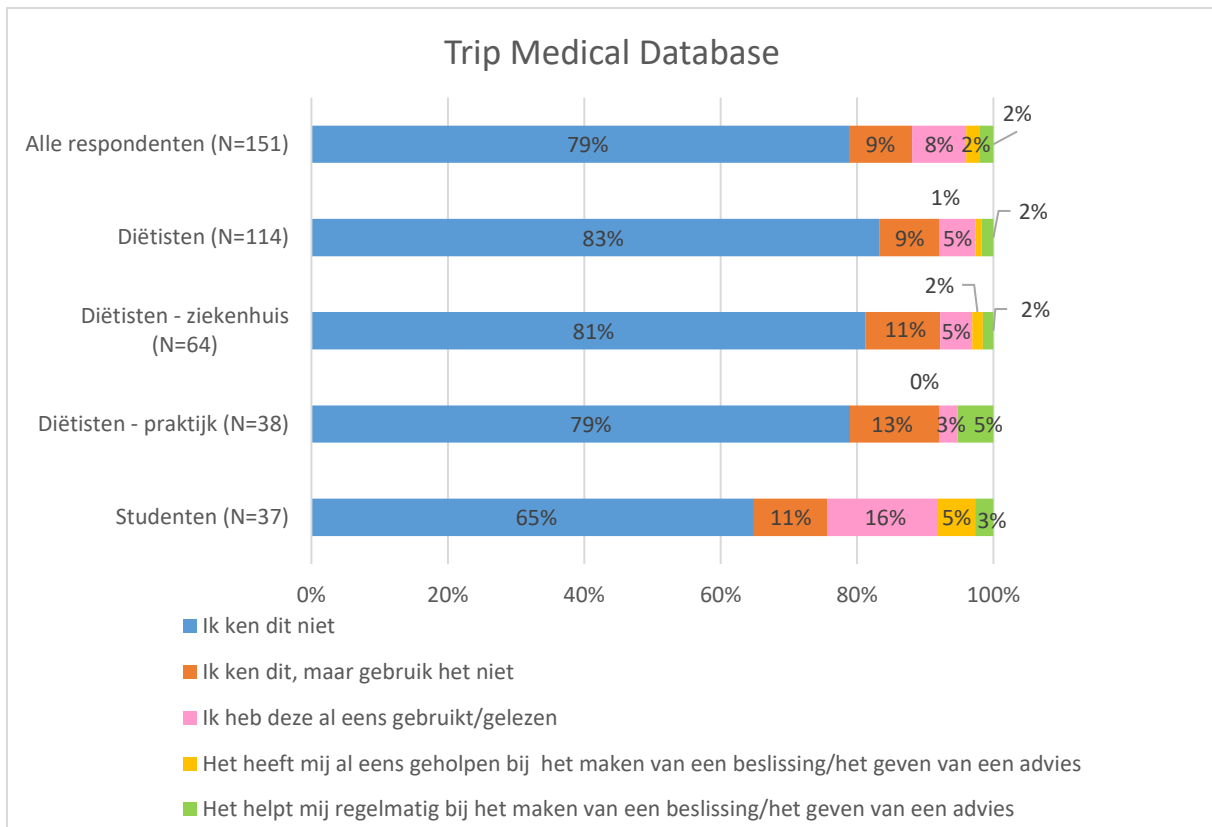
Grafiek 28: Kennis van KCE



Grafiek 29: Kennis van Practice-based Evidence in Nutrition



Grafiek 30: Kennis van PubMed



Grafiek 31: Kennis van Trip Medical Database

### Vergelijking met Amerikaanse diëtisten

Byham-Gray e. a. (2005) bevroegen de kennis van 500 Amerikaanse diëtisten omtrent de databank *Cochrane Library for Health* aan de hand van een 4 punts-Likertschaal (1=onbewust, 4=gebruiken). Het gemiddelde van de gegeven scores was  $1,2 \pm 0,6$ .

### Predictoren kennis databanken/websites

De taal waarin de bevraging werd ingevuld is een (rand)significante voorspeller voor het kennen van volgende databanken/websites:

| Databank/website                                | Odds ratio   | Significatieniveau |
|---|--|--------------------|
| (Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl) <sup>10</sup> | Nederlandstalige diëtisten hebben 114 keer meer kans op het kennen van dieetbehandelingsrichtlijnen.nl dan Franstalige diëtisten | $p < 0,001$        |
| EBMPracticeNet                                  | Nederlandstalige diëtisten hebben 3,628 keer meer kans op het kennen van EBMPracticeNet dan Franstalige diëtisten                | $p < 0,05$         |

<sup>10</sup> *Gezondheid en Wetenschap en Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl* zijn voorlopig enkel in het Nederlands beschikbaar. Het is bijgevolg niet echt relevant om deze te interpreteren.

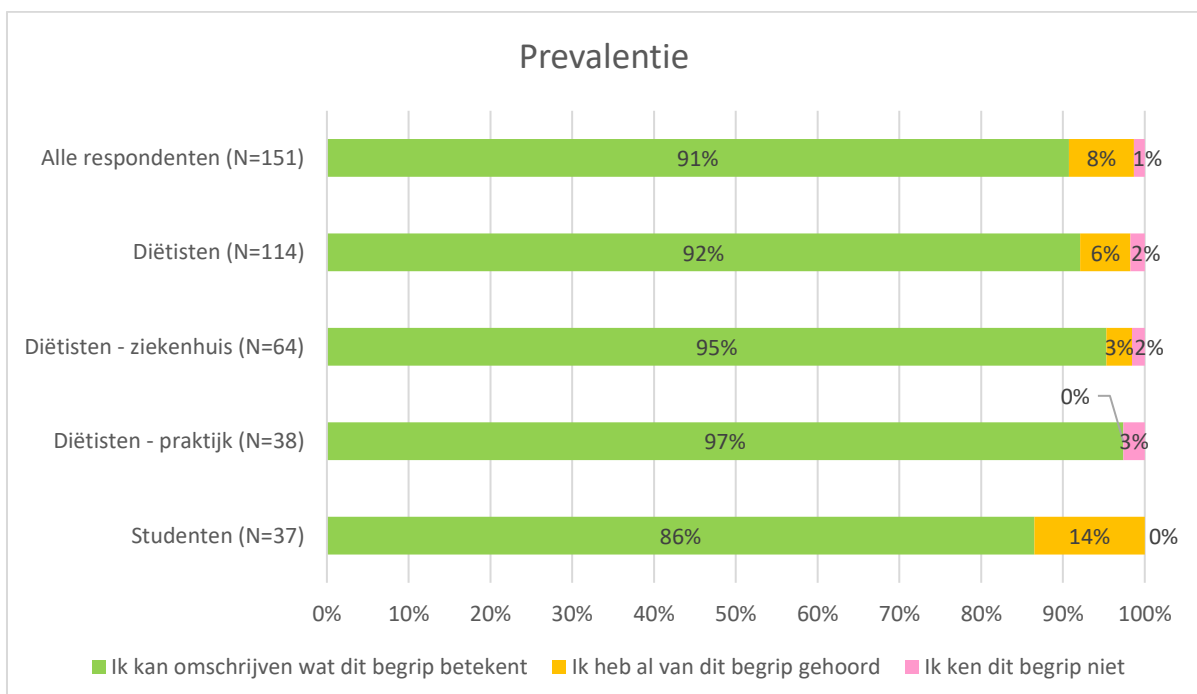


|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| (Gezondheid en Wetenschap) <sup>11</sup> | Nederlandstalige diëtisten hebben 39,692 keer meer kans op het kennen van Gezondheid en Wetenschap dan Franstalige diëtisten | P < 0,001                         |
| PEN                                      | Nederlandstalige diëtisten hebben 2,095 keer meer kans op het kennen van PEN dan Franstalige diëtisten                       | 0,05 < p < 0,10 (randsignificant) |
| PubMed                                   | Nederlandstalige diëtisten hebben 5,172 keer meer kans op het kennen van PubMed dan Franstalige diëtisten                    | p < 0,05                          |
| Trip                                     | Nederlandstalige diëtisten hebben 2,917 keer meer kans op het kennen van Trip dan Franstalige diëtisten                      | 0,05 < p < 0,10 (randsignificant) |

Tabel 13: Taal als voorspellende factor voor de kennis van verschillende databanken/websites

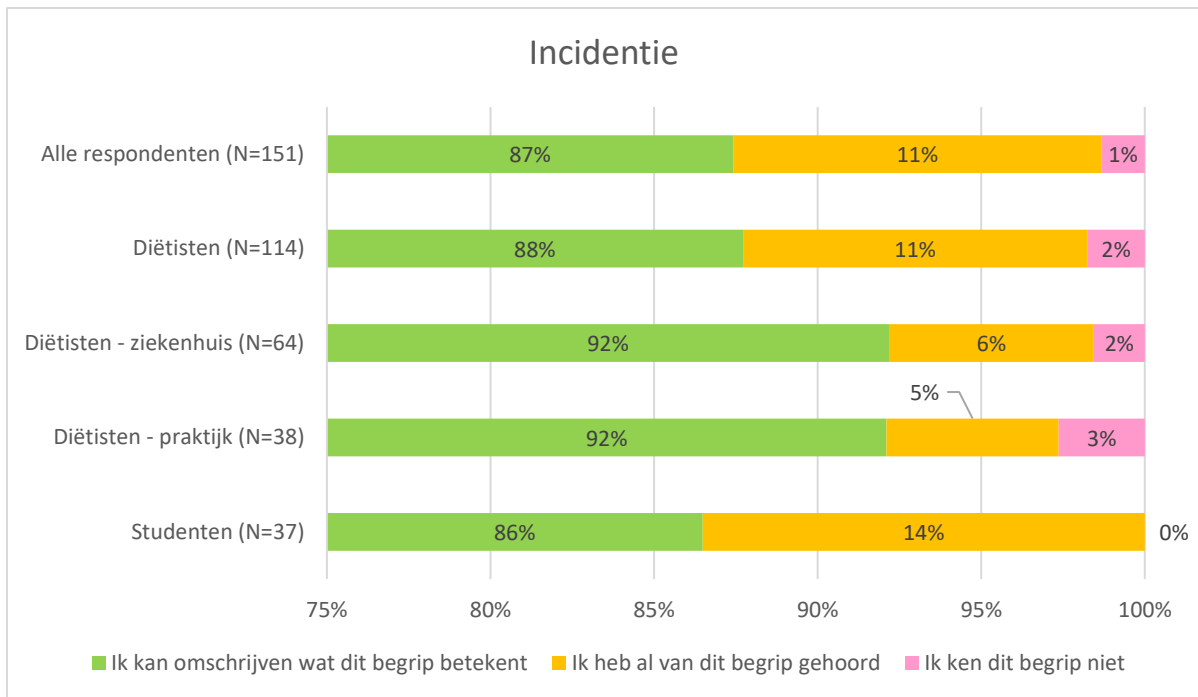
#### 4.2.8 Vertrouwdheid met begrippen/termen

De respondenten waren het meest vertrouwd met het begrip prevalentie (91%), gevolgd door incidentie (87%), RCT studies (75%), statistische significantie (74%), meta-analyse (70%), betrouwbaarheidsinterval (67%), klinische effectiviteit (57%), relatief risico (58%), absoluut risico (58%), level of evidence (56%) en systematic review (50%). De minst gekende begrippen zijn p-waarde, grade en odds ratio (respectievelijk 44%, 41% en 29% kenden deze begrippen).

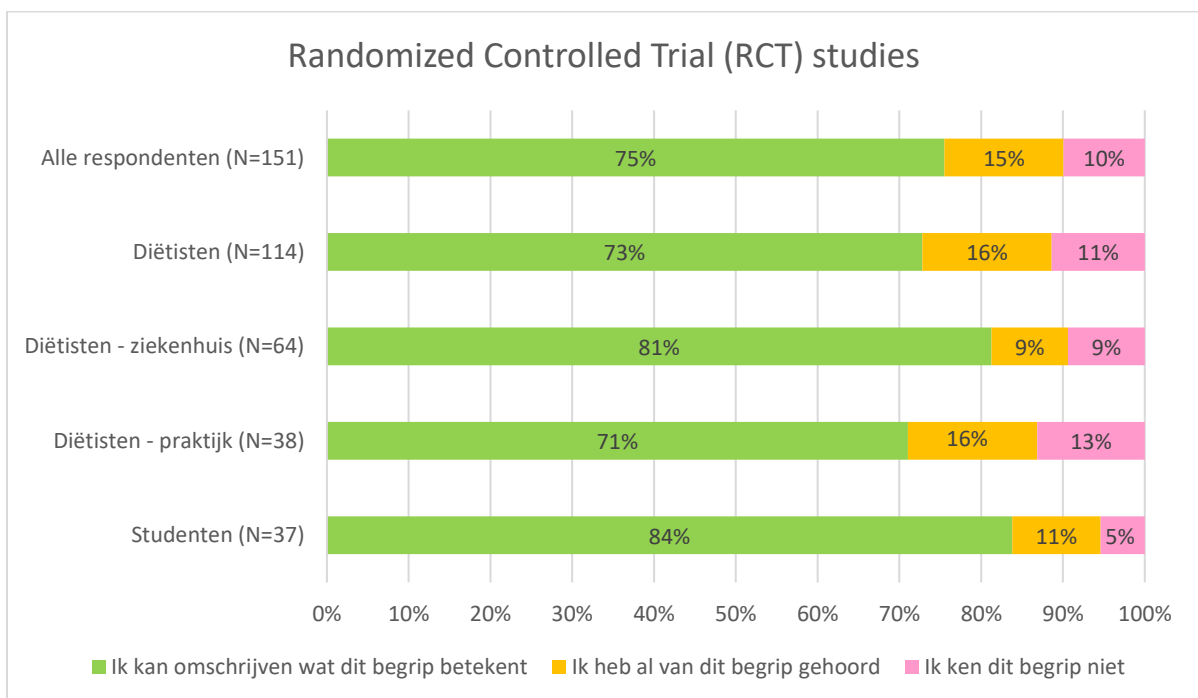


Grafiek 32: Kennis van begrip prevalentie

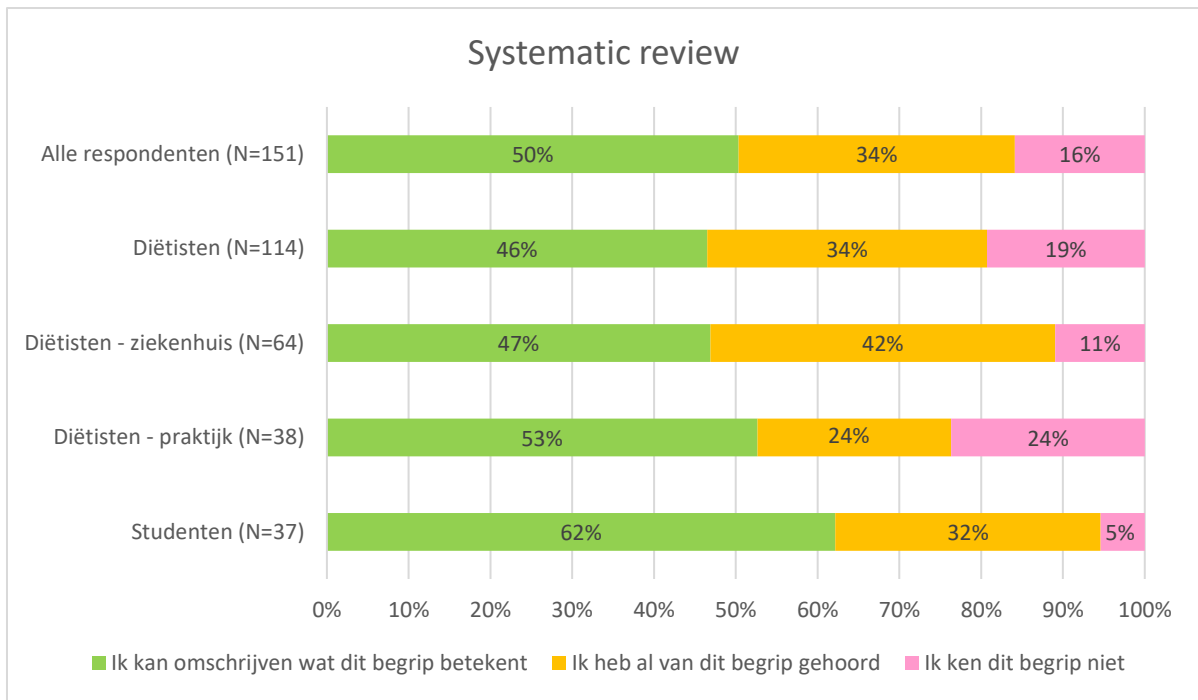
<sup>11</sup> Een belangrijk opmerking hierbij is dat *Gezondheid en Wetenschap* en *Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl* voorlopig enkel in het Nederlands beschikbaar zijn. Het is bijgevolg niet echt relevant om deze te interpreteren.



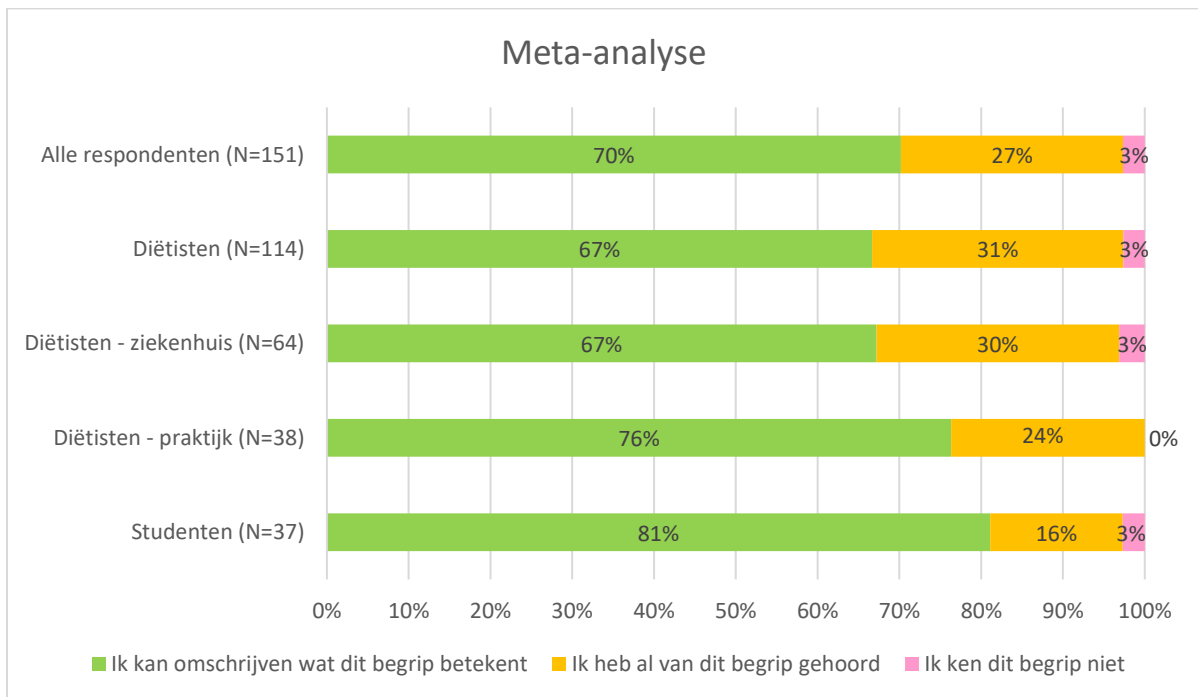
Grafiek 33: Kennis van begrip incidentie



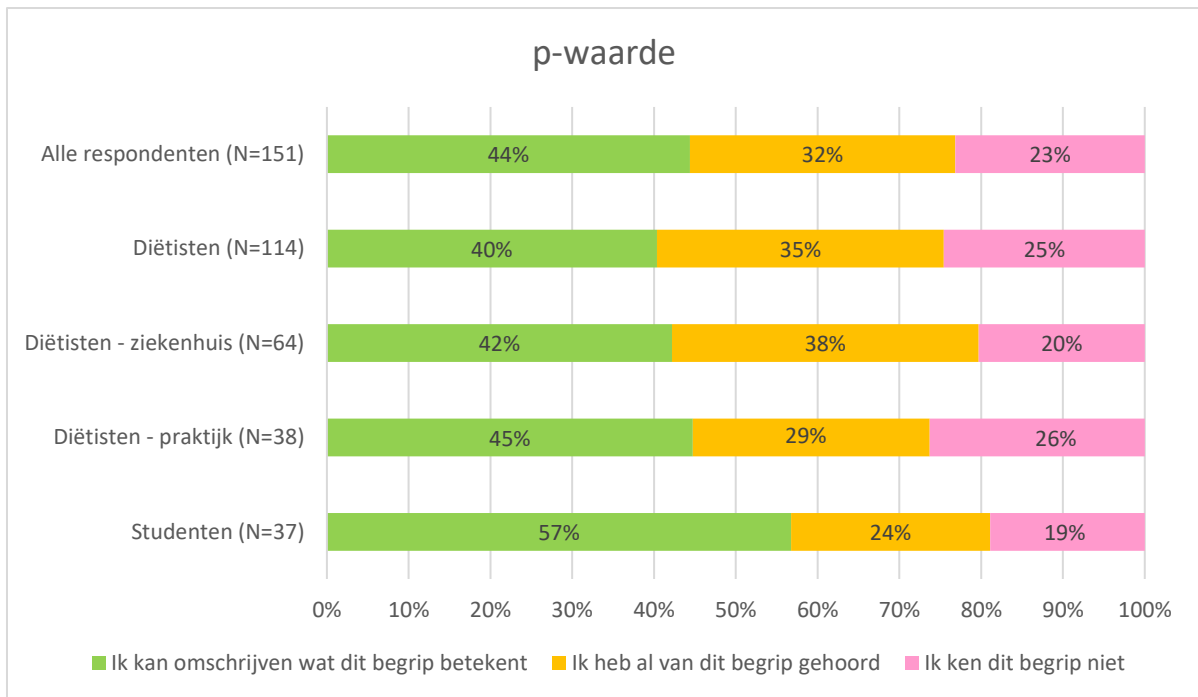
Grafiek 34: Kennis van begrip RCT-studies



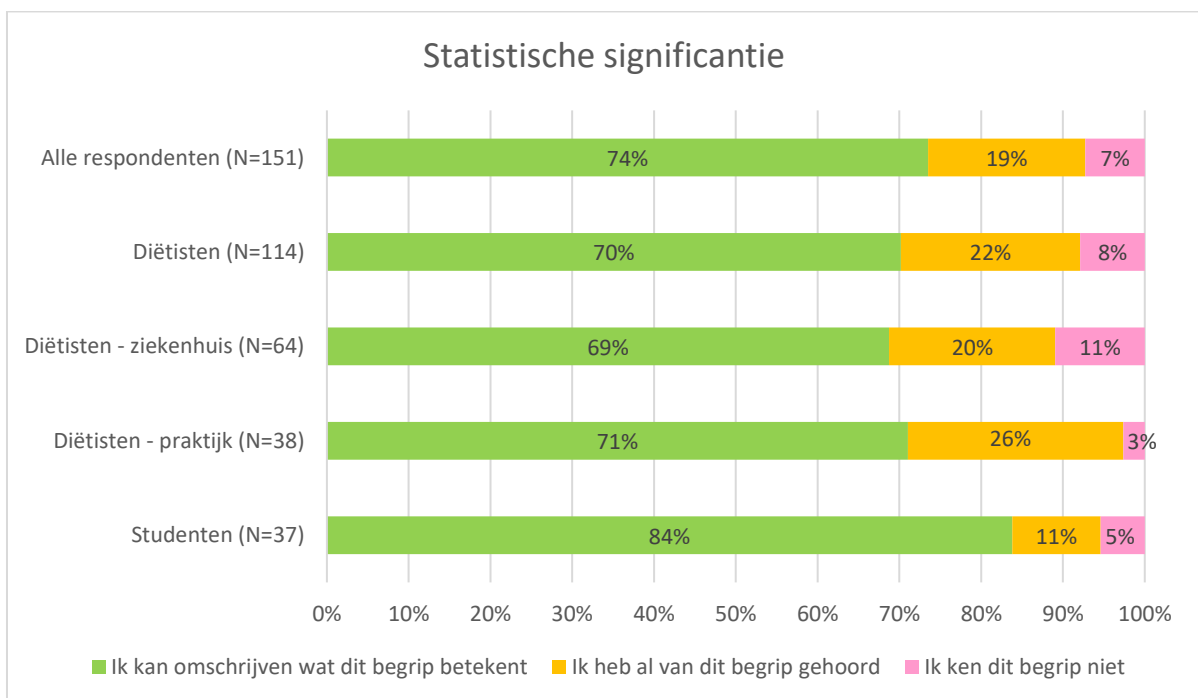
Grafiek 35: Kennis van begrip systematic review



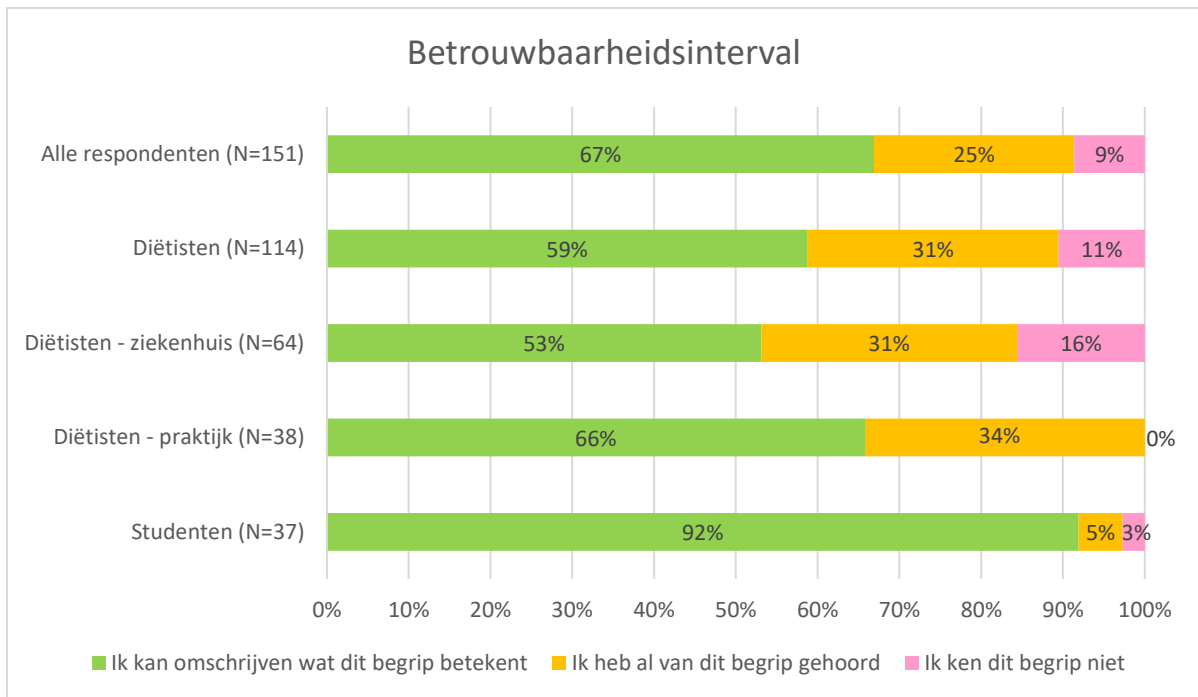
Grafiek 36: Kennis van begrip meta-analyse



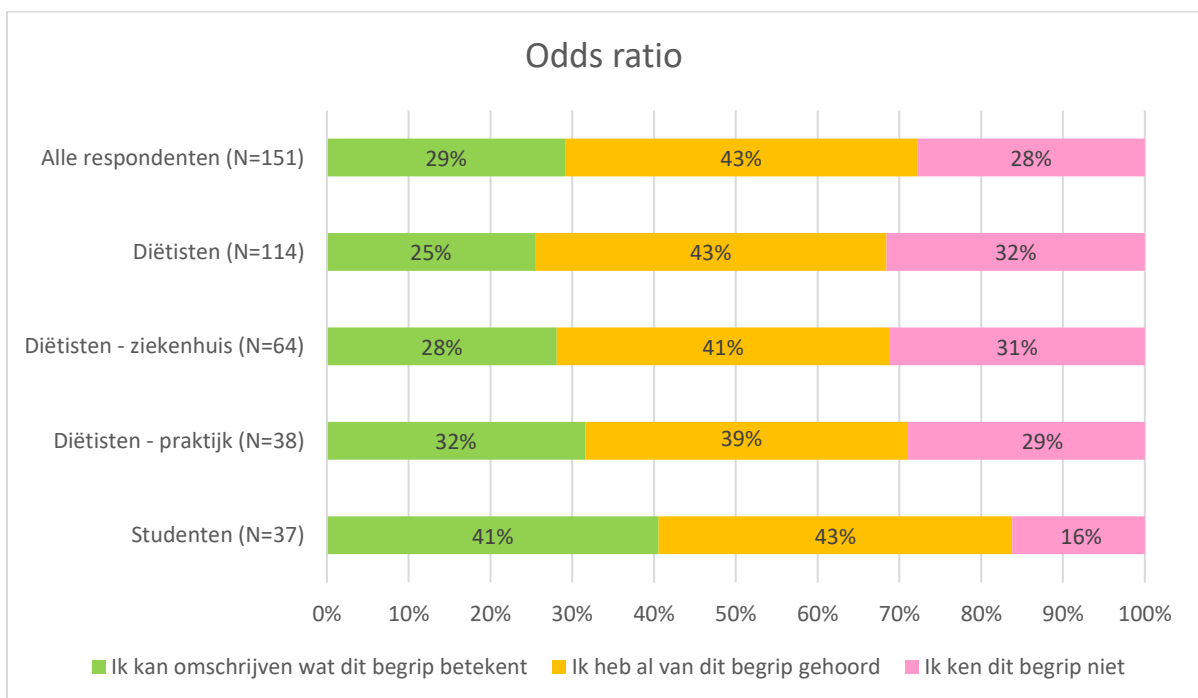
Grafiek 37: Kennis van begrip p-waarde



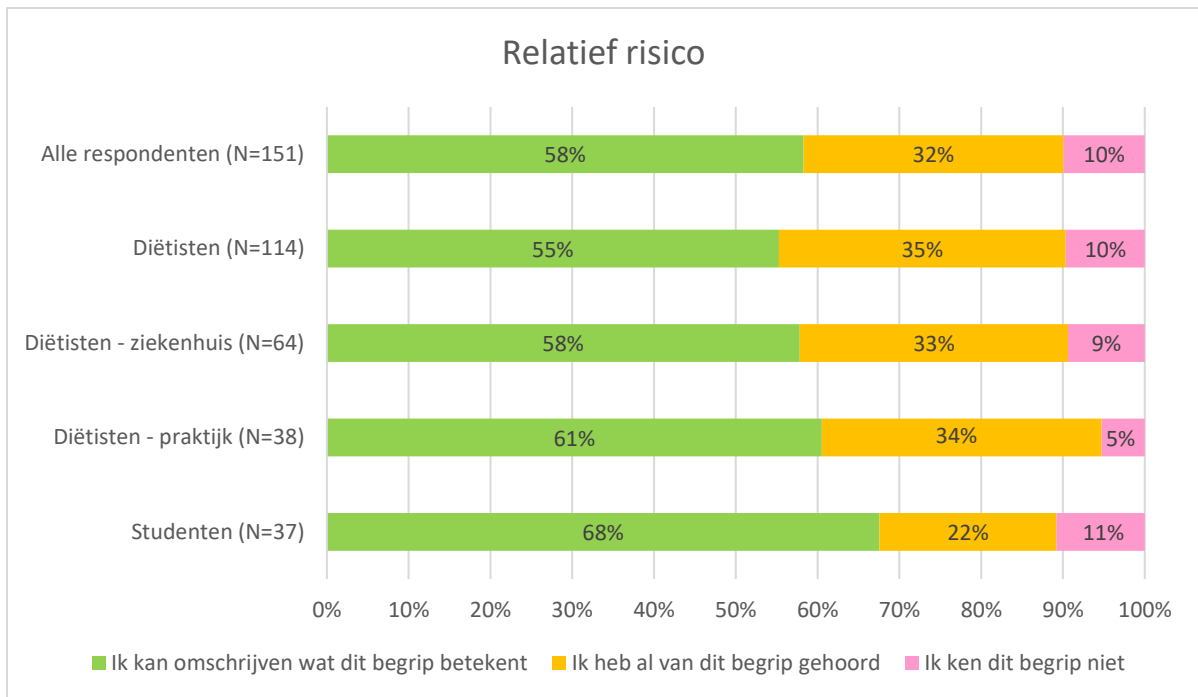
Grafiek 38: Kennis van begrip statistische significantie



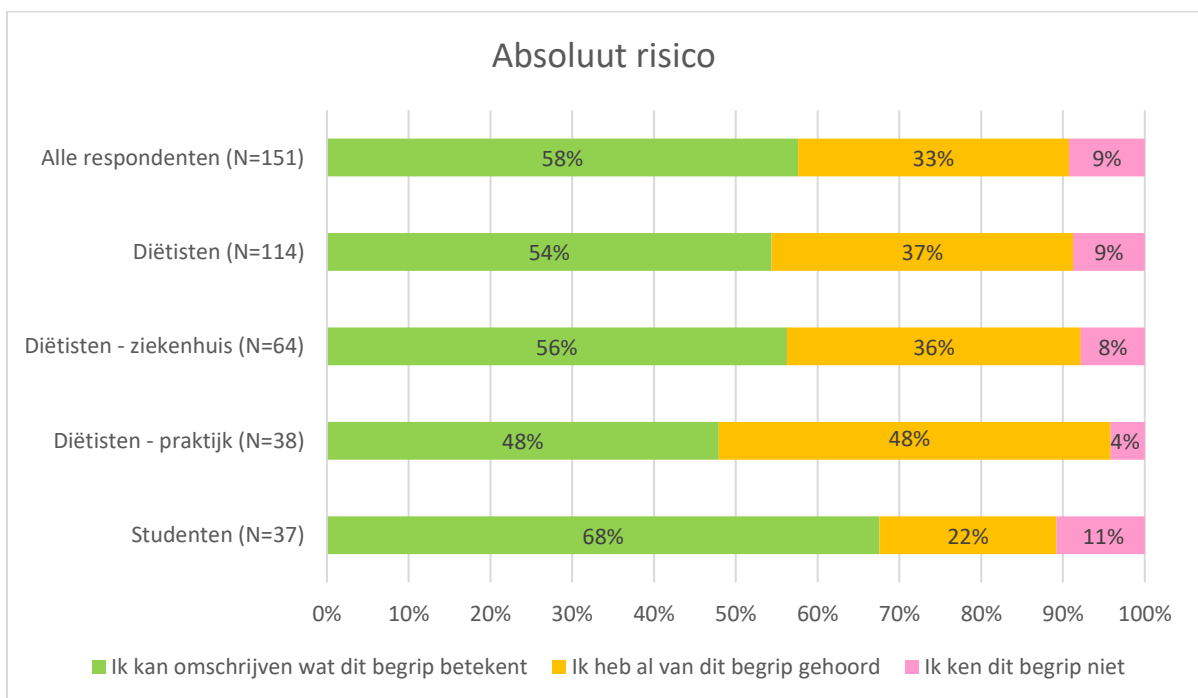
Grafiek 39: Kennis van begrip betrouwbaarheidsinterval



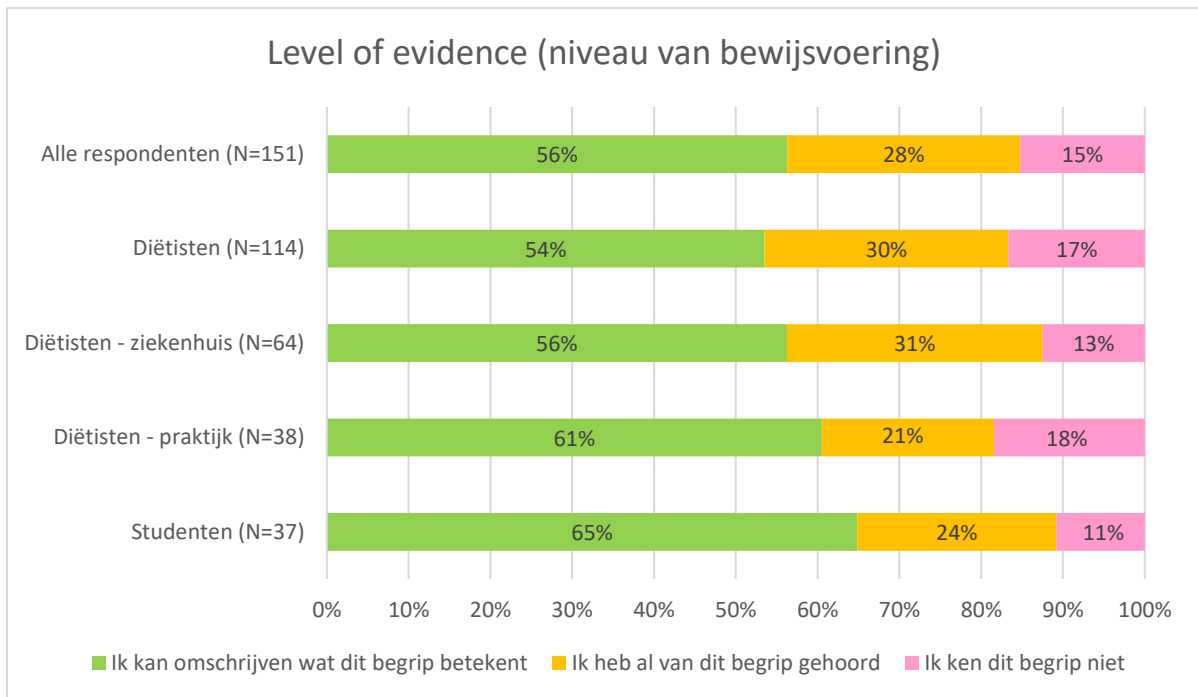
Grafiek 40: Kennis van begrip odds ratio



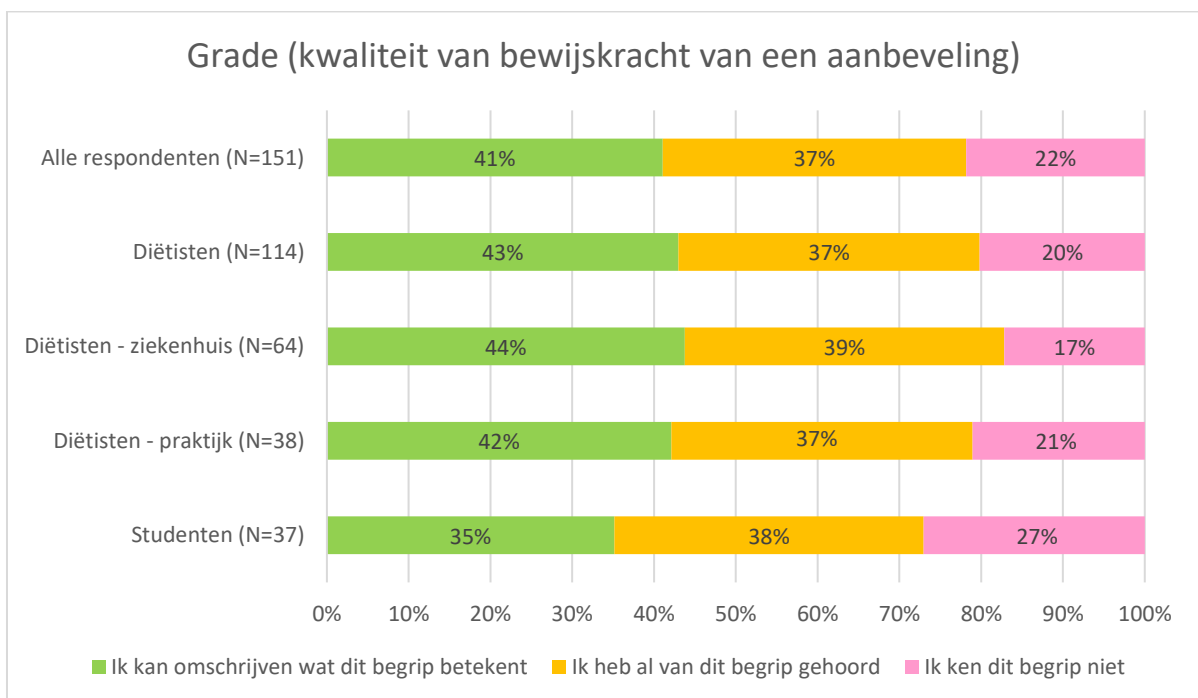
Grafiek 41: Kennis van begrip relatief risico



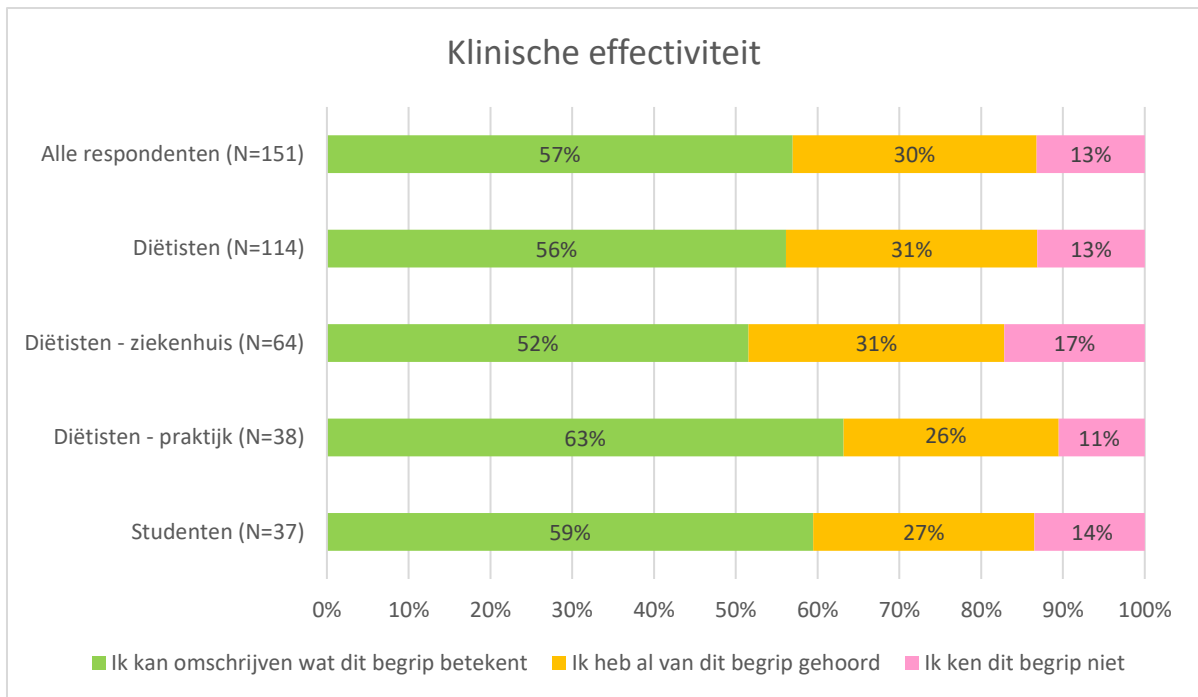
Grafiek 42: Kennis van begrip absoluut risico



Grafiek 43: Kennis van begrip level of evidence



Grafiek 44: Kennis van begrip grade



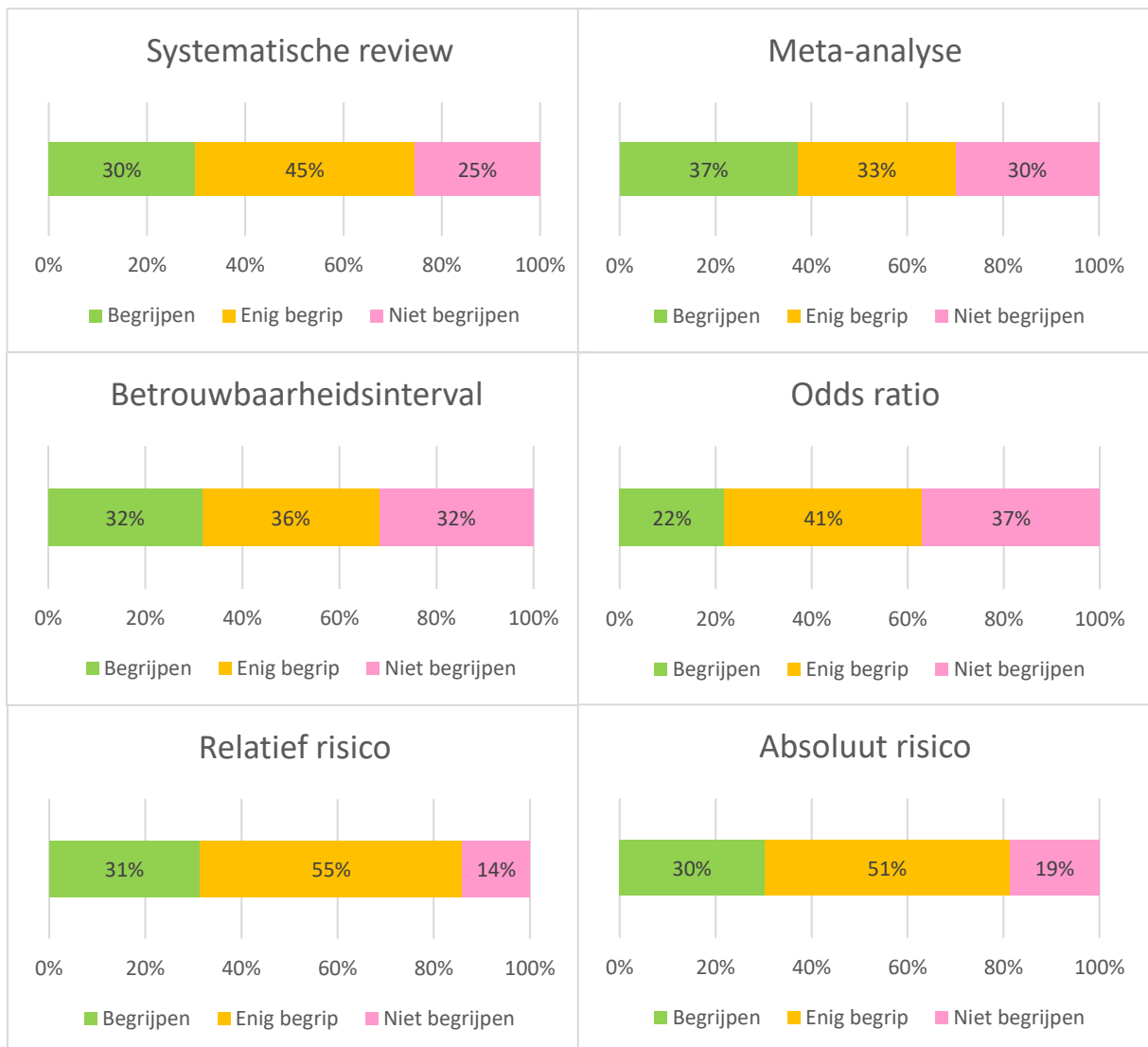
*Grafiek 45: Kennis van begrip klinische effectiviteit*

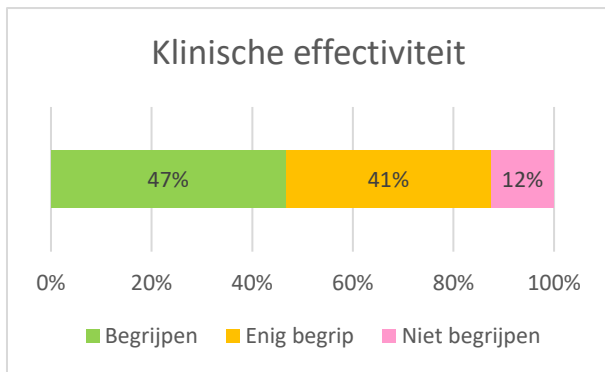


### Vergelijking met Amerikaanse diëtisten

Byham-Gray et al. (2005) bevroegen de kennis van enkele EBP termen bij 500 Amerikaanse diëtisten. Het begrip odds ratio werd het minst begrepen door de respondenten (slechts 22% van de respondenten kende dit begrip), gevolgd door systematische review (30%), absoluut risico (30%), relatief risico (31%), betrouwbaarheidsinterval (32%) en meta-analyse (37%). Van de bevroegde begrippen, was klinische effectiviteit het best gekende begrip (47%).

De kennis van alle begrippen was bij de Amerikaanse diëtisten lager dan die van Belgische diëtisten. Bij deze vergelijking dient er echter rekening mee gehouden te worden dat de Amerikaanse studie 13 jaar eerder werd uitgevoerd.

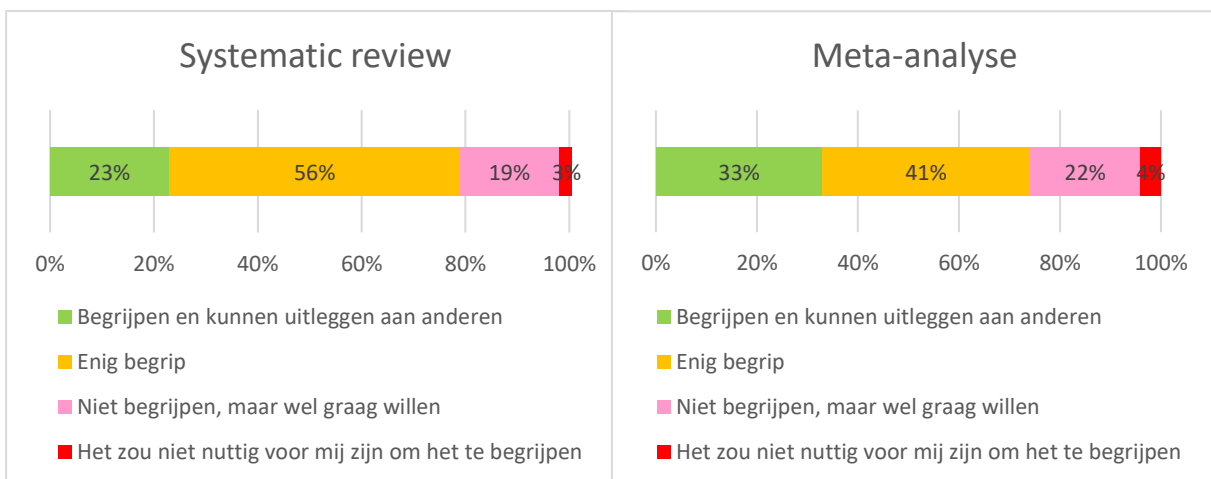


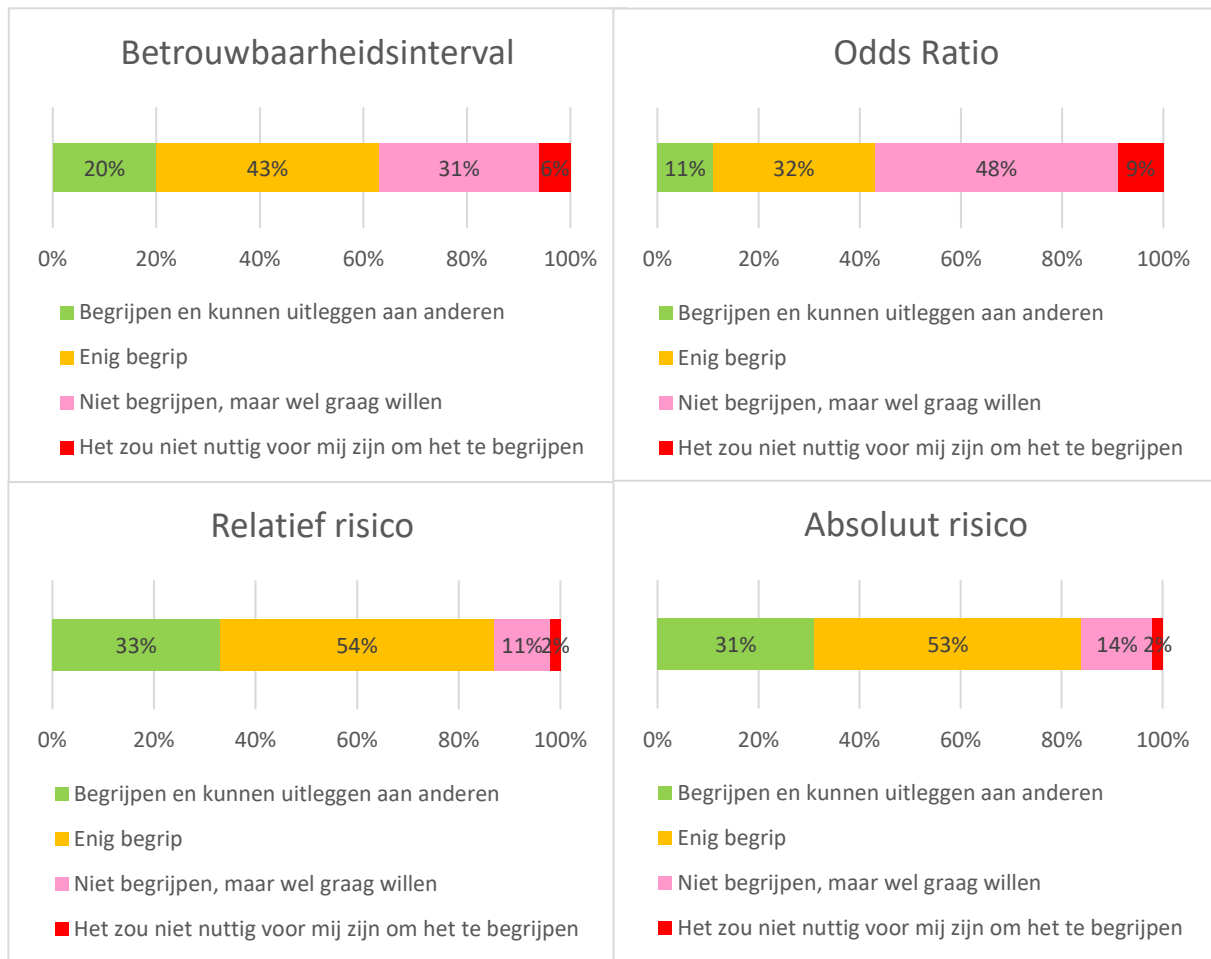


*Grafiek 45-51: Kennis van begrippen systematische review, meta-analyse, betrouwbaarheidsinterval, odds ratio, relatief risico, absoluut risico en klinische effectiviteit bij Amerikaanse diëtisten (grafieken opgesteld op basis van Byham-Gray et al. 2005)*

**Vergelijking met andere beroepen**

McColl et al. (1998) onderzochten de kennis omtrent enkele EBP termen bij 302 Britse huisartsen. Deze artsen waren het minst vertrouwd met het begrip odds ratio (11%), gevolgd door betrouwbaarheidsinterval (20%), systematic review (23%), absoluut risico (31%), relatief risico (33%) en meta-analyse (33%). De kennis van de bevraagde artsen is op de begrippen absoluut en relatief risico na, lager dan deze van Amerikaanse (Byham-Gray et al. 2005) en Belgische diëtisten.

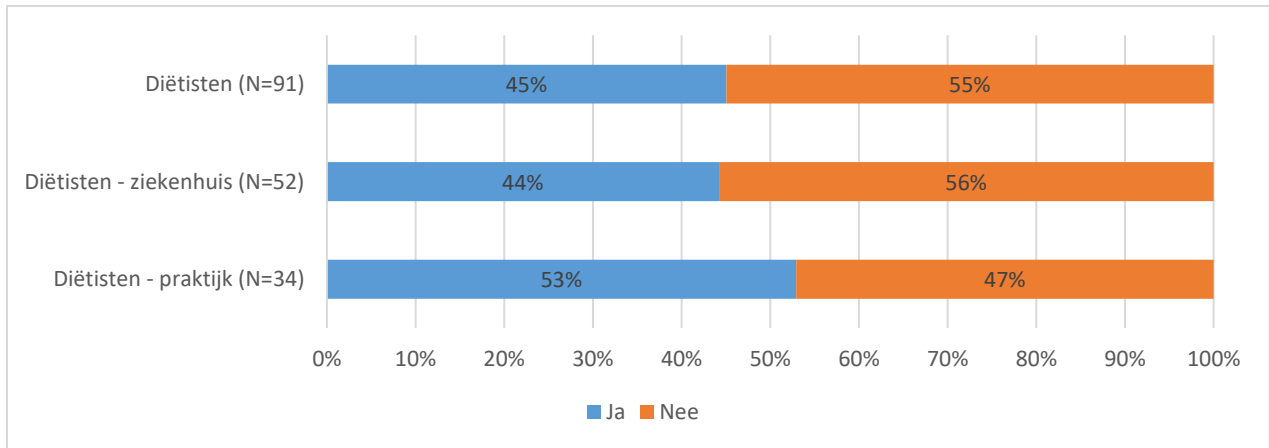




*Grafiek 52-57: Kennis van begrippen systematic review, meta-analyse, betrouwbaarheidsinterval, odds ratio, relatief risico en absoluut risico bij Britse huisartsen (grafieken opgesteld op basis van McColl et al. 1998) Heiwe e. a. (2011) onderzochten de kennis van enkele EBP-begrippen bij 227 gezondheidsprofessionals werkzaam in een Zweeds universitair ziekenhuis (diëtisten, ergotherapeuten en kinesitherapeuten). De meerderheid van de respondenten kende de begrippen validiteit (80%), betrouwbaarheid (78%) en systematic review (58%). De begrippen 'betrouwbaarheidsinterval', 'meta-analyse' en 'relatief risico' waren matig of helemaal niet gekend. Het begrip 'odds ratio' was het minst gekende begrip (60% begreep niet wat dit is).*

#### 4.2.9 Gevoel ontbreken wetenschappelijk bewijs in voedingsadviezen

Aan werkende diëtisten werd, indien van toepassing, gevraagd of ze het gevoel hebben dat er sterk wetenschappelijk bewijs ontbreekt over de meeste voedingsadviezen die ze geven. Bijna de helft (45%) van deze diëtisten beantwoordde deze vraag positief.



Grafiek 58: Gevoel ontbreken wetenschappelijk bewijs in voedingsadviezen

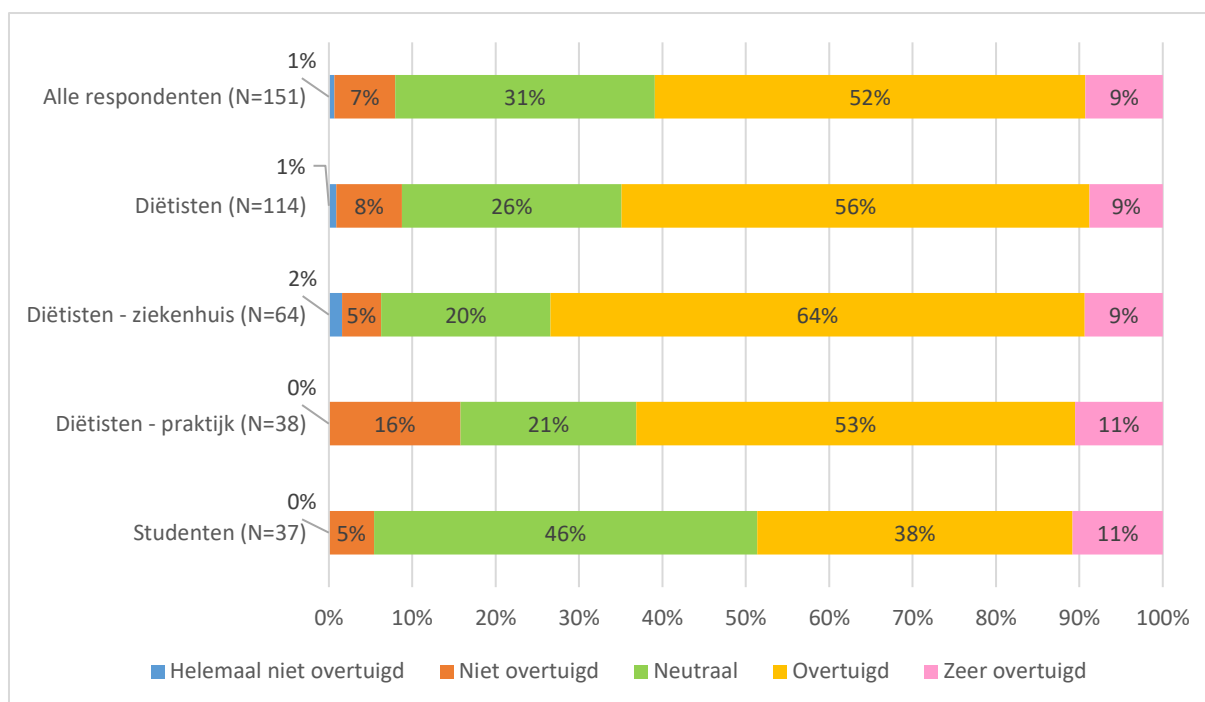
### **Vergelijking met andere beroepen**

Verstraeten en Linsen (2015) bevroegen bij 294 Vlaamse kinesitherapeuten of er sterk wetenschappelijk bewijs ontbreekt over de meeste behandelingen die ze uitvoeren bij hun patiënten aan de hand van een 4-punts Likertschaal. Respectievelijk 19%, 41%, 33% en 6% waren het volledig oneens, gedeeltelijk oneens, gedeeltelijk eens en volledig eens met deze stelling. De Vlaamse kinesitherapeuten uit deze studie blijken ietwat meer overtuigd te zijn van zichzelf dan de Belgische diëtisten in de voorliggende studie.

Heiwe e. a. (2011) gingen aan de hand van een 5-punts Likertschaal (1=sterk oneens; 5=sterk eens) na bij 226 gezondheidsprofessionals uit een Zweeds universitair ziekenhuis (diëtisten, ergotherapeuten en kinesitherapeuten) of er sterk bewijs ontbreekt over de behandelingen die zij geven. De mediaan was 3. Er waren geen significante verschillen tussen de drie groepen van professionals.

#### **4.2.10 Overtuigd van vaardigheden om EBP voedingsadviezen te geven**

De meerderheid van de respondenten (61%) is overtuigd tot zeer overtuigd van zijn vaardigheden om voedingsadviezen te geven volgens recente evidentie. Acht procent is helemaal niet tot niet overtuigd. Ziekenhuisdiëtisten zijn meer overtuigd (73%) van hun vaardigheden dan diëtisten werkzaam in een praktijk (64%).



Grafiek 59: Overtuigd van vaardigheden om EBP voedingsadviezen te geven

|                               | Gemiddelde * | Standaarddeviatie |
|-------------------------------|--------------|-------------------|
| Alle respondenten (N=151)     | 3,62         | 0,78              |
| Diëtisten (N=114)             | 3,64         | 0,79              |
| Diëtisten - ziekenhuis (N=64) | 3,75         | 0,76              |
| Diëtisten - praktijk (N=38)   | 3,58         | 0,89              |
| Studenten (N=37)              | 3,54         | 0,77              |

\* gemiddelde score op basis van 5-punts Likertschaal (1=helemaal niet overtuigd, 5=zeer overtuigd)

Tabel 14: Overtuigd van vaardigheden om EBP voedingsadviezen te geven

### Vergelijking met Taiwanese diëtisten

Uit de studie van Chiu et al. (2012) bij 67 Taiwanese regionale ziekenhuisdiëtisten blijkt dat respectievelijk slechts 5% en 29% zeer overtuigd of overtuigd is van zijn vaardigheden en kennis om EBP te implementeren in de praktijk.

### Vergelijking met Australische diëtisten

Howard e. a. (2013) bevroegen EBP-vaardigheden van 130 Australische diëtisten aan de hand van een schaal van 1=niet bestaande tot 10=hoog niveau. De respondenten gaven zichzelf een gemiddelde score van 7,1 ( $\pm$  1,5) voor het vinden van relevante literatuur.

### Vergelijking met andere beroepen

Verstraeten en Linsen (2015) bevroegen bij 287 Vlaamse kinesitherapeuten of zij overtuigd zijn van hun vaardigheden om patiënten te behandelen volgens recente evidentie. Respectievelijk 0%, 8%, 62% en 29% van de respondenten was het volledig oneens, gedeeltelijk oneens, gedeeltelijk eens en

volledig eens met deze stelling. De Vlaamse kinesitherapeuten uit deze bevraging zijn duidelijk meer overtuigd (91%) dan Belgische diëtisten (61%).

Heiwe e. a. (2011) onderzochten het vertrouwen van 224 gezondheidsprofessionals uit een Zweeds universitair ziekenhuis (diëtisten, ergotherapeuten en kinesitherapeuten) om relevante literatuur te vinden die een antwoord biedt op klinische vragen. Er werd gebruik gemaakt van een 5-punts Likertschaal (1=sterk oneens, 5=sterk eens). De mediaan bedroeg 4.

#### 4.2.11 Hindernissen toepassing EBP

Tijdsgebrek is de voornaamste hindernis voor de toepassing van evidence-based practice (61%), gevolgd door het niet verzameld zijn van de literatuur op één plaats (48%), het onmogelijk vinden om van alles op de hoogte te zijn (43%) en een gebrek aan toegang tot evidence-based practice bronnen (41%).

| Hindernis voor de toepassing van EBP<br>(alle respondenten N=151)  | N  | (%)   |
|--|----|-------|
| Gebrek aan tijd  | 92 | (61%) |
| De literatuur is niet verzameld op één plaats  | 72 | (48%) |
| Ik vind het onmogelijk om van alles op de hoogte te zijn   | 65 | (43%) |
| Gebrek aan toegang tot Evidence-based Practice bronnen   | 62 | (41%) |
| Ik weet niet waar en hoe ik Evidence-based Practice materiaal kan vinden   | 41 | (27%) |
| Implicaties voor in de praktijk zijn niet duidelijk gemaakt  | 38 | (25%) |
| Beperkt vermogen om wetenschappelijk bewijs kritisch te beoordelen   | 25 | (17%) |
| Gebrek aan steun van mijn collega's/leidinggevende om te implementeren   | 18 | (12%) |
| Ik heb onvoldoende autoriteit om veranderingen uit te voeren in de praktijk  | 17 | (11%) |
| Ik heb geen geïnformeerde collega's/leidinggevende waarmee ik kan discussiëren                                       | 12 | (8%)  |
| Gebrek aan interesse   | 5  | (5%)  |
| Andere<br>(Engelse taal, niet altijd eenvoudig om juiste informatie te vinden via zoekrobots, nog in opleiding, ...) | 7  | (5%)  |

Tabel 15: Hindernissen voor de toepassing van EBP van alle respondenten (N=151)

| Hindernis voor de toepassing van EBP<br>(werkzame diëtisten N=114) | N  | (%)   |
|--|----|-------|
| Gebrek aan tijd  | 73 | (64%) |
| De literatuur is niet verzameld op één plaats                      | 56 | (49%) |
| Ik vind het onmogelijk om van alles op de hoogte te zijn           | 53 | (46%) |

|  |    |       |
|--|----|-------|
| Gebrek aan toegang tot Evidence-Based Practice bronnen                         | 48 | (42%) |
| Ik weet niet waar en hoe ik Evidence-Based Practice materiaal kan vinden       | 39 | (34%) |
| Implicaties voor in de praktijk zijn niet duidelijk gemaakt                    | 31 | (27%) |
| Beperkt vermogen om wetenschappelijk bewijs kritisch te beoordelen             | 15 | (13%) |
| Gebrek aan steun van mijn collega's/leidinggevende om te implementeren         | 13 | (11%) |
| Ik heb onvoldoende autoriteit om veranderingen uit te voeren in de praktijk    | 11 | (10%) |
| Ik heb geen geïnformeerde collega's/leidinggevende waarmee ik kan discussiëren | 10 | (9%)  |
| Gebrek aan interesse   | 4  | (4%)  |
| Andere (Engelse taal)  | 3  | (3%)  |

Tabel 16: Hindernissen voor de toepassing van EBP van werkzame diëtisten (N=114)

| Hindernis voor de toepassing van EBP (Ziekenhuisdiëtisten N=64)                | N  | (%)   |
|--|----|-------|
| Gebrek aan tijd  | 46 | (72%) |
| Ik vind het onmogelijk om van alles op de hoogte te zijn                       | 30 | (47%) |
| De literatuur is niet verzameld op één plaats                                  | 28 | (44%) |
| Gebrek aan toegang tot Evidence-Based Practice bronnen                         | 23 | (36%) |
| Ik weet niet waar en hoe ik Evidence-Based Practice materiaal kan vinden       | 15 | (23%) |
| Implicaties voor in de praktijk zijn niet duidelijk gemaakt                    | 14 | (22%) |
| Beperkt vermogen om wetenschappelijk bewijs kritisch te beoordelen             | 12 | (19%) |
| Gebrek aan steun van mijn collega's/leidinggevende om te implementeren         | 7  | (11%) |
| Ik heb onvoldoende autoriteit om veranderingen uit te voeren in de praktijk    | 6  | (9%)  |
| Ik heb geen geïnformeerde collega's/leidinggevende waarmee ik kan discussiëren | 3  | (5%)  |
| Gebrek aan interesse   | 3  | (5%)  |
| Andere (Engelse taal)  | 2  | (3%)  |

Tabel 17: Hindernissen voor de toepassing van EBP van diëtisten werkzaam in een ziekenhuis (N=64)

| Hindernis voor de toepassing van EBP (diëtisten werkzaam in een praktijk N=38) | N  | (%)   |
|--|----|-------|
| Gebrek aan tijd  | 23 | (61%) |
| De literatuur is niet verzameld op één plaats                                  | 21 | (55%) |

|  |    |       |
|--|----|-------|
| Gebrek aan toegang tot Evidence-Based Practice bronnen                         | 19 | (50%) |
| Ik weet niet waar en hoe ik Evidence-Based Practice materiaal kan vinden       | 18 | (47%) |
| Ik vind het onmogelijk om van alles op de hoogte te zijn                       | 13 | (34%) |
| Implicaties voor in de praktijk zijn niet duidelijk gemaakt                    | 13 | (34%) |
| Ik heb geen geïnformeerde collega's/leidinggevende waarmee ik kan discussiëren | 4  | (11%) |
| Beperkt vermogen om wetenschappelijk bewijs kritisch te beoordelen             | 2  | (5%)  |
| Gebrek aan steun van mijn collega's/leidinggevende om te implementeren         | 2  | (5%)  |
| Ik heb onvoldoende autoriteit om veranderingen uit te voeren in de praktijk    | 2  | (5%)  |
| Gebrek aan interesse   | 0  | (0%)  |
| Andere   | 0  | (0%)  |

Tabel 18: Hindernissen voor de toepassing van EBP van diëtisten werkzaam in een zelfstandige praktijk (N=38)

| Hindernis voor de toepassing van EBP (studenten N=37)   | N  | (%)   |
|---|----|-------|
| Gebrek aan tijd   | 19 | (51%) |
| De literatuur is niet verzameld op één plaats   | 16 | (43%) |
| Gebrek aan toegang tot Evidence-Based Practice bronnen  | 14 | (38%) |
| Ik vind het onmogelijk om van alles op de hoogte te zijn  | 12 | (32%) |
| Beperkt vermogen om wetenschappelijk bewijs kritisch te beoordelen                                  | 10 | (27%) |
| Implicaties voor in de praktijk zijn niet duidelijk gemaakt   | 7  | (19%) |
| Ik heb onvoldoende autoriteit om veranderingen uit te voeren in de praktijk                         | 6  | (16%) |
| Gebrek aan steun van mijn collega's/leidinggevende om te implementeren                              | 5  | (14%) |
| Gebrek aan interesse  | 4  | (11%) |
| Ik weet niet waar en hoe ik Evidence-Based Practice materiaal kan vinden                            | 2  | (5%)  |
| Ik heb geen geïnformeerde collega's/leidinggevende waarmee ik kan discussiëren                      | 2  | (5%)  |
| Andere (niet altijd eenvoudig om juiste informatie te vinden via zoekrobots, nog in opleiding, ...) | 4  | (11%) |

Tabel 19: Hindernissen voor de toepassing van EBP van studenten (N=37)



### **Vergelijking met Britse diëtisten**

Metcalfe e. a. (2001) onderzochten de barrières voor evidence-based practice bij 45 Britse diëtisten. Het niet verzameld zijn van de literatuur op één plaats (77%) en tijdsgebrek (71%) kwamen eveneens naar voor als belangrijke hindernissen. Geen toegang hebben tot onderzoeksrapporten werd in mindere mate beschouwd als een barrière (33%). Er werd niet onderzocht of 'de onmogelijkheid om van alles op de hoogte te zijn' een hindernis is voor de toepassing van EBP. Andere belangrijke barrières waren conflicterende resultaten (84%), het niet begrijpen van statistische analyses (78%) en het overweldigende aanbod van studies (71%).

Van de 183 Britse diëtisten die door Taylor (1998) bevroegd werden, gaf 64% aan dat ze onvoldoende tijd hebben om vertrouwd te geraken met literatuur. Een vijfde (21%) gaf aan het niet eens te zijn met deze stelling.

### **Vergelijking met Australische diëtisten**

In het onderzoek van Thomas et al. (2003) bij 59 Australische pediatrie diëtisten kwamen tijdsgebrek (90%), gebrek aan vaardigheden om de kwaliteit van artikels te evalueren (86%) en het gebrek aan vaardigheden om literatuur op te zoeken (81%) naar voor als de belangrijkste barrières voor de toepassing van EBP.

### **Vergelijking met Taiwanese diëtisten**

De belangrijkste barrière voor de toepassing van EBN bij de 67 Taiwanese regionale ziekenhuisdiëtisten uit de studie van Chiu et al. (2012) is het gebrek aan literatuur in de landstaal (58%), gevolgd door een gebrek aan vaardigheden voor kritische inschatting (55%), onvoldoende materiaal voor de toepassing van EBP (53%), gebrek aan tijd (50%) en gebrek aan vaardigheden om literatuur te zoeken (44%).

### **Vergelijking met andere beroepen**

Metcalfe e. a. (2001) peilden eveneens naar de barrières voor EBP bij ergotherapeuten (N=139), kinesitherapeuten (N=258) en logopedisten (N=66). Het niet verzameld zijn van de literatuur op één plaats (ergotherapeuten: 78%, kinesitherapeuten: 80%, logopedisten: 71%) en tijdsgebrek (ergotherapeuten: 71%, kinesitherapeuten: 62%, logopedisten: 72%) bleken bij deze beroepsgroepen ook belangrijke hindernissen te zijn. Ergotherapeuten gaven daarnaast aan dat implicaties voor de praktijk niet duidelijk zijn (73%). Kinesitherapeuten percipiëerden conflicterende resultaten als de belangrijkste barrière (81%).

McColl e. a. (1998) bevroegen de hindernissen tot EBP bij 242 Britse huisartsen. Tijdsgebrek werd door 71% respondenten als een hindernis beschouwd.

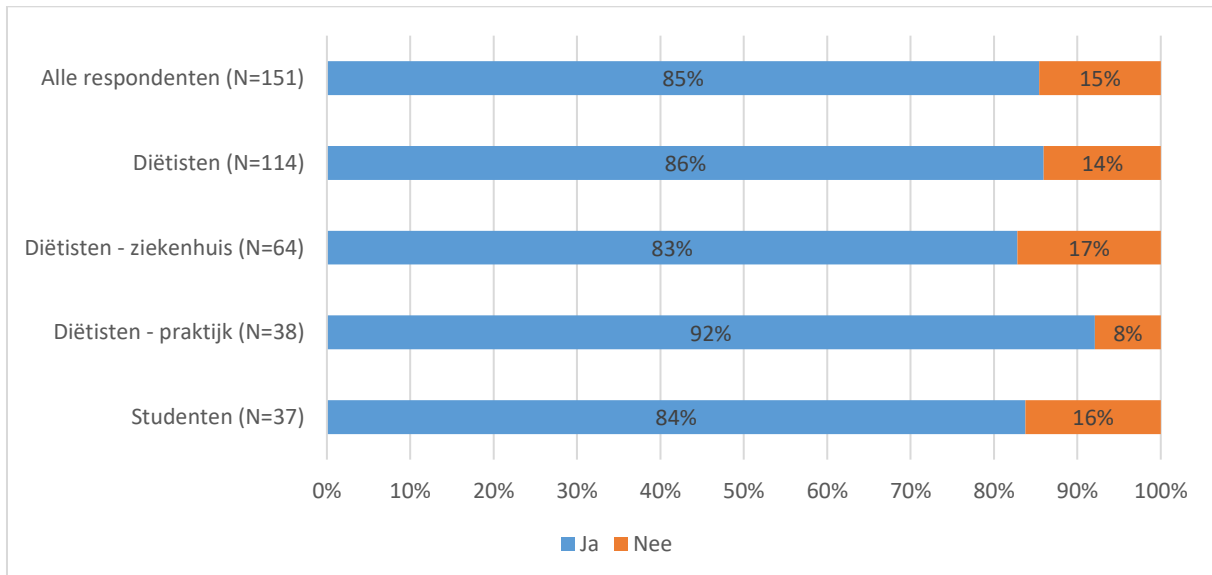
Uit de review van Sadeghi-Bazargani et al. (2014) blijkt dat beperkingen van onderzoek (vb. conflicterende resultaten, methodologische problemen, slechte generaliseerbaarheid, ...), tijdsgebrek, gebrek aan vaardigheden (vb. om studies te evalueren), inadequate toegang, gebrek aan kennis (vb. niet weten hoe literatuur te zoeken) en financiële barrières (vb. kostprijs voor toegang tot EBP) de belangrijkste hindernissen zijn voor de toepassing van evidence-based medicine (EBM).

In de studie van Heiwe et al. (2011) bij 227 gezondheidsprofessionals uit een Zweeds universitair ziekenhuis (diëtisten, ergotherapeuten en kinesitherapeuten) kwam tijdsgebrek (84%) eveneens naar boven als de belangrijkste barrière voor de toepassing van EBP. Andere gepercipiëerde barrières waren gebrek aan onderzoeksvaardigheden (36%) en het niet kunnen generaliseren van literatuur naar de

patiëntenpopulatie (37%). Deze laatste is echter een significant ( $p=0,002$ ) grotere hindernis voor kinesitherapeuten (43%) dan voor diëtisten (11%) en ergotherapeuten (8%).

#### 4.2.12 Bereidheid tot het verbeteren van kennis en vaardigheden om EB te handelen

De meerderheid van de respondenten (85%) wilt zijn kennis en vaardigheden om EB te handelen in zijn werk verbeteren.



Grafiek 60: *Bereidheid tot het verbeteren van kennis en vaardigheden om EB te handelen*

Er werd via een open vraag gepeild naar de manier waarop ze deze kennis en vaardigheden willen verbeteren. Deze optionele vraag werd ingevuld door 78 respondenten. Bij de vraag werden de antwoordvoorbeelden 'e-modules' en 'navormingen' vermeld. Dit waren ook de meest gegeven antwoordopties.

| Hoe wil ik mijn kennis en vaardigheden om EB te handelen verbeteren?  | N  | (%) |
|---|----|-----|
| Navorming, (korte) bijscholing (op het werk), (continue) opleiding (gratis, ivm knelpunten, met follow-up begeleiding), vorming, congres, conferenties                                  | 45 | 58% |
| e-module, e-learning (met examen/diploma, gratis), MOOC   | 31 | 40% |
| Wetenschappelijk tijdschrift (via post), nieuwsbrief, gespecialiseerde pers   | 7  | 9%  |
| 1 platform voor deskundigen, betrouwbare site waar alle info/recente studies te vinden zijn, overzicht, internetplatform met themablog, verzameling van informatie (gratis beschikbaar) | 5  | 6%  |
| Zelfstudie  | 1  | 1%  |
| Met collega's samenzitten en ervaringen hierover uitwisselen  | 1  | 1%  |
| Dat elke diëtist (in een ziekenhuis) kijkt welke adviezen hij/zij verstrekt en vervolgens moet controleren of het wel evidence based is   | 1  | 1%  |
| Tijd krijgen om dieetbladen aan te passen   | 1  | 1%  |

|   |   |    |
|---|---|----|
| Er meer gebruik van maken, dan wordt je er vanzelf handiger in. | 1 | 1% |
|---|---|----|

Tabel 20: Manieren om kennis en vaardigheden voor EB handelen te verbeteren

### **Vergelijking met andere beroepen**

Respectievelijk 6%, 7%, 52% en 34% van de Vlaamse kinesitherapeuten (N=294) is het volledig oneens, gedeeltelijk oneens, gedeeltelijk eens en volledig eens met de stelling 'Ik wil mijn kennis en vaardigheden, die nodig zijn om EBP toe te passen in mijn werk, leren en verbeteren' (Verstraeten & Linssen, 2015). Dit resultaat komt overeen met de bevraging bij Belgische diëtisten.

Uit de studie van Heiwe e. a. (2011) bij 225 gezondheidsprofessionals uit een Zweeds universitair ziekenhuis (diëtisten, ergotherapeuten, kinesitherapeuten) blijkt dat ook zij de vaardigheden nodig voor de toepassing van EBP in de praktijk willen leren/verbeteren (gemeten aan de hand van een 5-punts Likertschaal van 1=sterk oneens tot 5=sterk eens; mediaan=5).

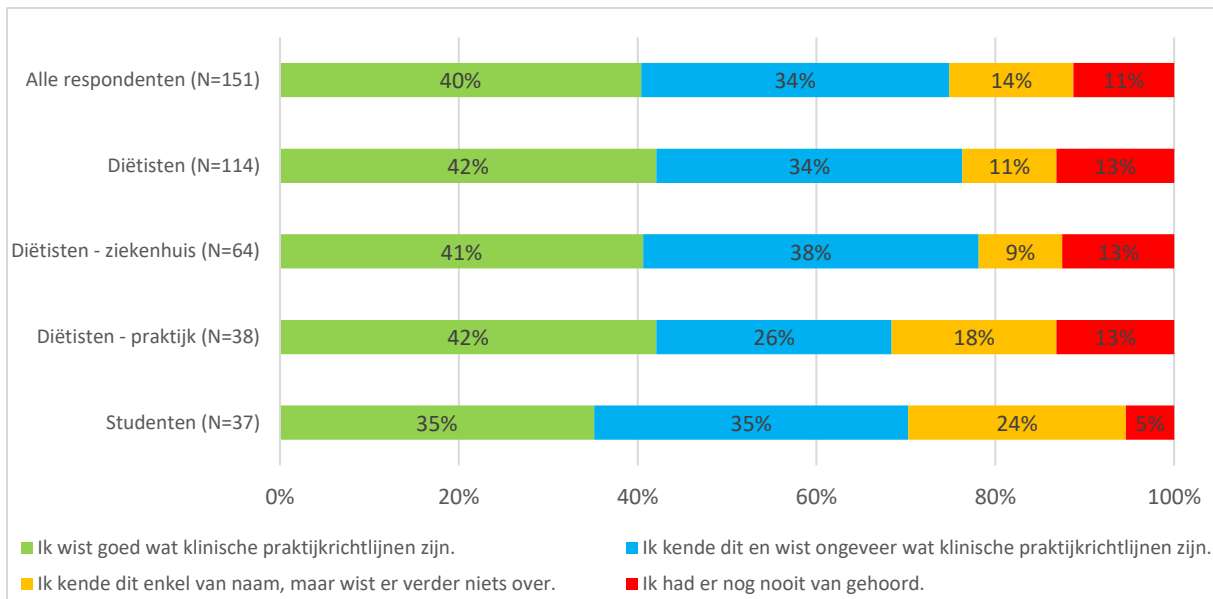
## **4.3 Vertrouwdheid met klinische praktijkrichtlijnen**

### **4.3.1 Vertrouwdheid met het concept richtlijn**

Er werd aan de respondenten gevraagd in welke mate ze het concept 'richtlijnen' kennen. Hierbij werd volgende definitie van een klinische dieetrichtlijn weergegeven:

"Evidence-Based Practice dieetrichtlijnen zijn richtlijnen voor het voedings- en dieetkundig handelen op basis van de best beschikbare informatie. Richtlijnen geven een stand van zaken en combineren de laatste wetenschappelijke literatuur met het praktijkgericht handelen en geven zo onderbouwde aanbevelingen en kernboodschappen om direct in de praktijk toe te passen."

Bijna drie vierde van de respondenten (74%) wist goed tot ongeveer wat klinische dieetrichtlijnen zijn. Diëtisten die in een ziekenhuis (79%) werken gaven aan iets meer vertrouwd te zijn met richtlijnen in vergelijking met diëtisten werkzaam in een praktijk (68%). Daarnaast zijn diëtisten die actief zijn in het werkveld (76%) lichtelijk meer vertrouwd met het concept dan studenten (70%). De verschillen tussen de groepen zijn echter niet groot.



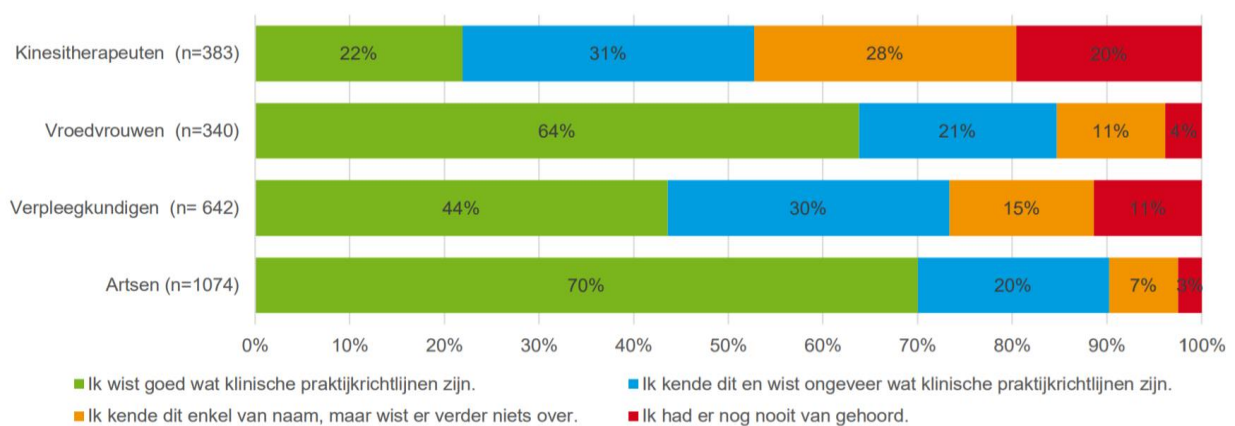
Grafiek 61: Vertrouwdheid met klinische dieetrichtlijnen

### Taal als predictor

De taal waarin de vragenlijst werd ingevuld, is een randsignificante predictor voor het vertrouwd zijn met richtlijnen ( $p=0,076$ ). Nederlandstaligen hebben 2,053 keer meer kans op het goed of ongeveer kennen van klinische dieetrichtlijnen dan Franstaligen.

### Vergelijking met andere beroepen

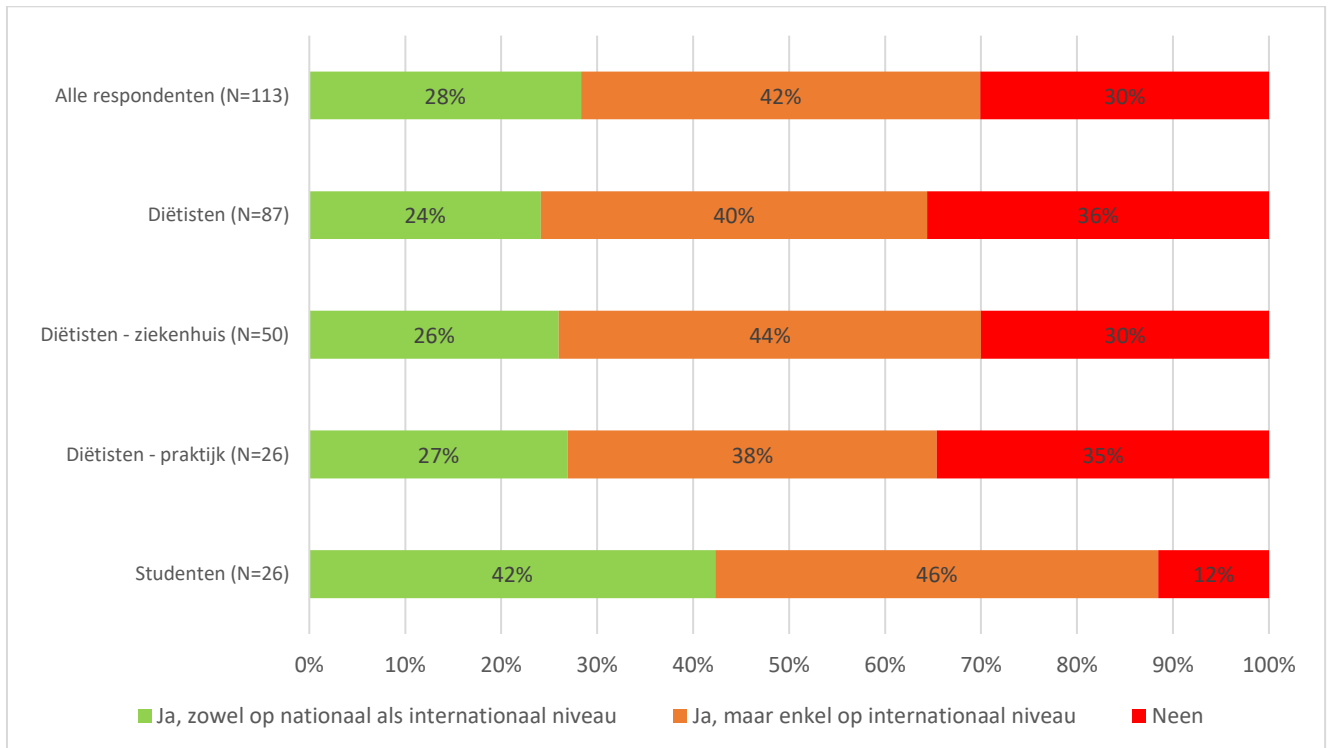
De vragen met betrekking tot richtlijnen werden overgenomen uit/gebaseerd op een bevraging van het KCE bij kinesitherapeuten, vroedvrouwen, verpleegkundigen en artsen. Tussen verschillende beroepen zijn er grote verschillen in de graad van vertrouwdheid met het concept richtlijn. Artsen (70%) en vroedvrouwen (64%) gaven beduidend meer aan goed te weten wat een richtlijn is, gevolgd door verpleegkundigen (44%) en diëtisten (40%). Kinesitherapeuten zijn het minst vertrouwd met het concept richtlijn: slechts 22% wist goed wat klinische praktijkrichtlijnen zijn. (Benhamed et al. 2017)



Grafiek 62: Vertrouwdheid met concept richtlijn bij verschillende beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

### 4.3.2 Beschikbaarheid van richtlijnen

Aan de respondenten die goed tot ongeveer wisten wat klinische dieetrichtlijnen zijn (N=113), werd gevraagd of er voldoende richtlijnen beschikbaar zijn. Bijna een derde (30%) van de respondenten vindt dat er onvoldoende richtlijnen zijn. Dit gemiddelde wordt omlaag gehaald door de studenten, waarvan 12% vindt dat er niet voldoende richtlijnen beschikbaar zijn. Diëtisten werkzaam in het ziekenhuis zijn iets meer tevreden dan diëtisten die in een praktijk werken (respectievelijk 30% en 35%), maar dit verschil is klein.



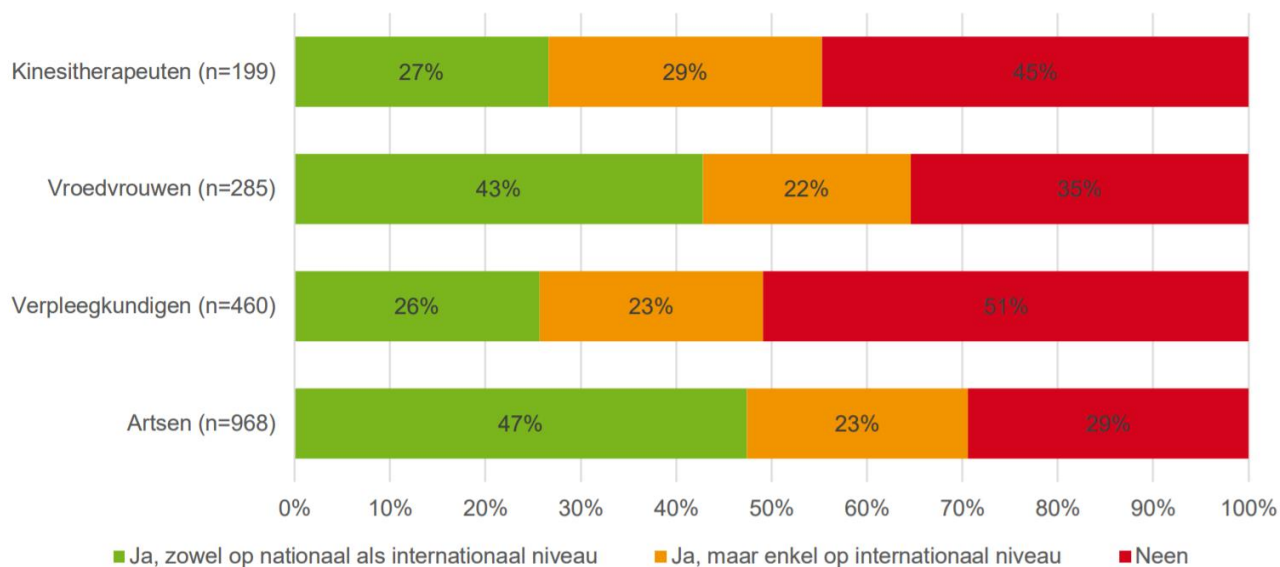
Grafiek 63: Beschikbaarheid van richtlijnen

#### **Taal als predictor**

De taal waarin de bevraging werd ingevuld, is geen significante voorspeller voor het (on)voldoende beschikbaar vinden van richtlijnen ( $p=0,813$ ).

#### **Vergelijking met andere beroepen**

Diëtisten zijn meer tevreden over de beschikbaarheid van richtlijnen in vergelijking met kinesitherapeuten, vroedvrouwen en verpleegkundigen. Dertig procent van de diëtisten vindt dat er onvoldoende richtlijnen beschikbaar zijn, terwijl dit bij de andere beroepsgroepen respectievelijk 45%, 35% en 51% is. Artsen zijn ongeveer even (on)tevreden als diëtisten wat de beschikbaarheid van richtlijnen betreft (29%). (Benhamed et al. 2017)

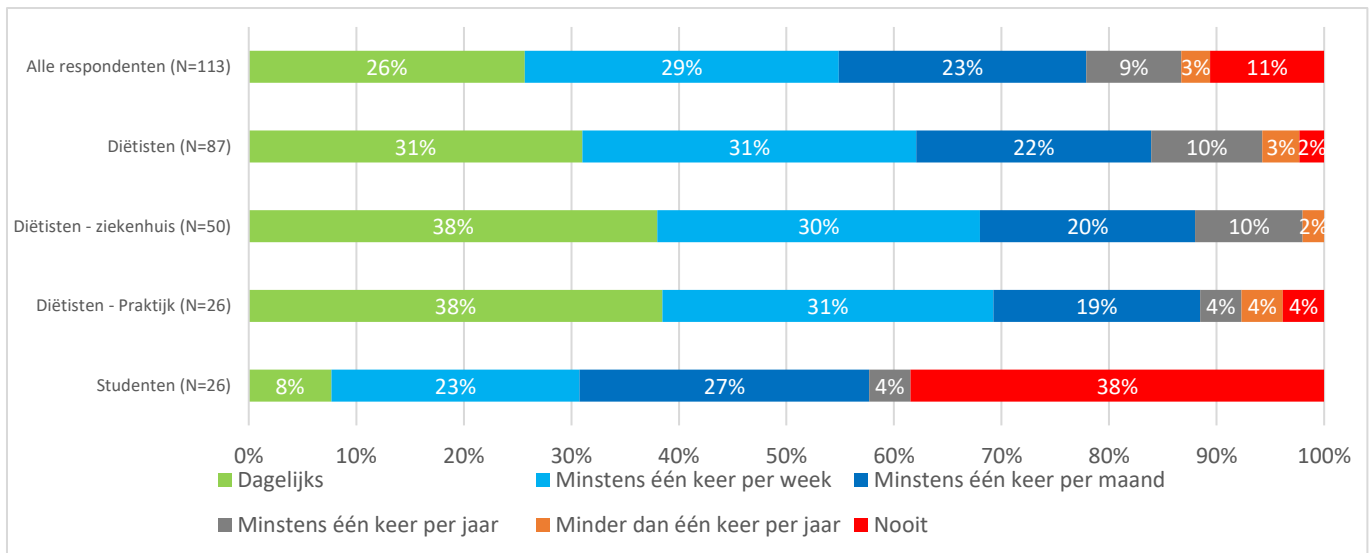


Grafiek 64: Beschikbaarheid van richtlijnen bij verschillende beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

In de studie van Heiwe et al. (2011) bij 224 gezondheidsprofessionals uit een Zweeds universitair ziekenhuis (diëtisten, ergotherapeuten en kinesitherapeuten), gaf 72% van de respondenten aan dat er voldoende praktijkrichtlijnen beschikbaar zijn. Er waren geen significante verschillen tussen de drie beroepsgroepen.

#### 4.3.3 Gebruiksfrequentie van richtlijnen

Aan respondenten die goed/ongeveer wisten wat richtlijnen zijn, werd gevraagd hoe vaak zij richtlijnen gebruiken. De respondenten die minder dan één keer per jaar, minstens één keer per jaar of nooit richtlijnen gebruiken, worden beschouwd als niet-gebruikers. Van alle respondenten blijkt 23% niet-gebruiker te zijn. Dit percentage wordt sterk omhoog getrokken door de studenten. Bijna de helft (42%) van de studenten gaf immers aan niet-gebruiker te zijn, terwijl dit bij de werkzame diëtisten slechts 15% is. Er is geen groot verschil in de gebruiksfrequentie van richtlijnen tussen diëtisten werkzaam in een ziekenhuis of in een praktijk. Opvallend is dat geen enkele ziekenhuisdiëtist aangaf nooit richtlijnen te gebruiken.



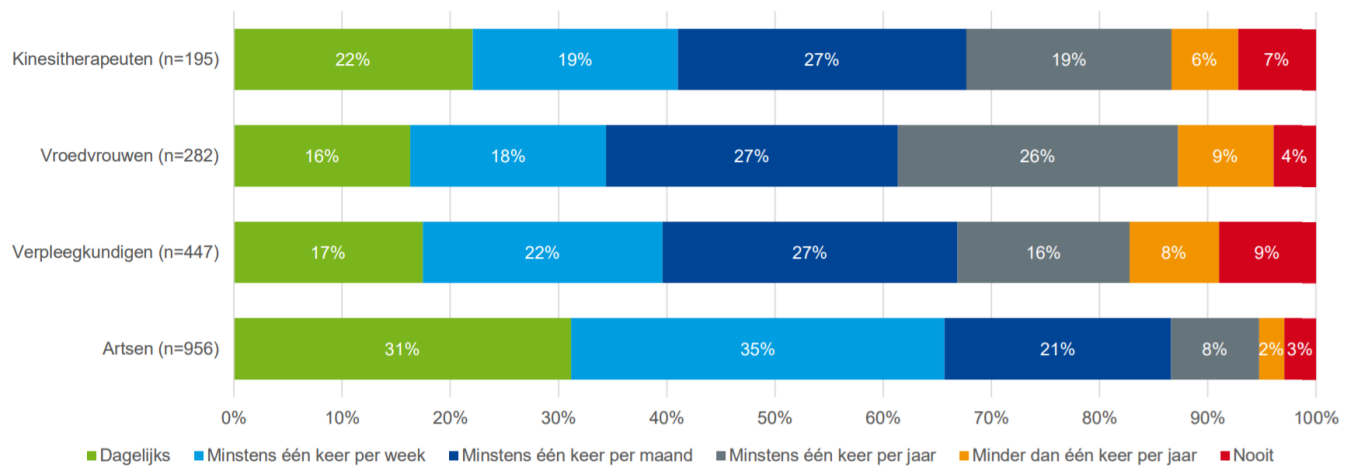
Grafiek 65: Gebruiksfrequentie van richtlijnen

### Taal als predictor

De taal waarin de bevraging werd ingevuld, is geen significante voorspeller voor de gebruiksfrequentie van richtlijnen ( $p=0,407$ ).

### Vergelijking met andere beroepen

De artsen tellen de minste niet-gebruikers (13%), gevolgd door diëtisten (23%), kinesitherapeuten (32%), verpleegkundigen (33%) en vroedvrouwen (39%) (Benhamed et al. 2017).



Grafiek 66: Gebruiksfrequentie van richtlijnen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

### 4.3.4 Redenen voor het niet gebruiken van richtlijnen

Aan alle niet-gebruikers (N=25) werd gevraagd waarom ze geen richtlijnen gebruiken. Tabel 21 geeft hun voornaamste redenen weer. De redenen die het meest aangevinkt werden, waren 'niet weten waar richtlijnen te kunnen vinden' en 'gebrek aan tijd'.

| Reden voor het niet gebruiken van richtlijnen  | N | (%) |
|--|---|-----|
| Ik weet absoluut niet waar ik richtlijnen kan vinden   | 7 | 28% |
| Ik heb geen tijd om richtlijnen te gebruiken   | 6 | 24% |
| Ik ben op de hoogte van evidence via congressen en literatuur  | 5 | 20% |
| Richtlijnen zijn vaak te algemeen/niet specifiek genoeg  | 5 | 20% |
| Richtlijnen lijken te veel op een 'recept' en ze laten me niet toe om te beslissen wat het meest geschikt is | 3 | 12% |
| De situaties die in richtlijnen beschreven worden, stemmen niet overeen met situaties uit mijn praktijk      | 3 | 12% |
| Er bestaan geen/te weinig richtlijnen voor mijn patiëntengroep   | 3 | 12% |
| Mijn ervaring op het terrein lijkt me belangrijker   | 2 | 8%  |
| Ik vertrouw liever op de ervaring van mijn collega's/superieuren   | 2 | 8%  |
| Ik ben niet in staat om aanbevelingen uit richtlijnen toe te passen op mijn patiëntenpopulatie               | 1 | 4%  |
| Ik gebruik de protocollen van de dienst waar ik werk   | 1 | 4%  |
| Er bestaan te veel richtlijnen   | 1 | 4%  |
| Richtlijnen spreken elkaar tegen   | 1 | 4%  |
| Andere (nog student, niet van toepassing in werk (kwaliteit en voedselveiligheid))                           | 9 | 36% |

Tabel 21: Redenen voor het niet gebruiken van richtlijnen

### Vergelijking met andere beroepen

De voornaamste redenen om geen richtlijnen te gebruiken zijn verschillend bij de andere beroepsgroepen. Vroedvrouwen en verpleegkundigen gebruiken protocollen van de dienst waar zij werken (respectievelijk 65% en 61%). Kinesitherapeuten en artsen blijven dan weer op de hoogte via congressen en medische literatuur (respectievelijk 52% en 39%). (Benhamed et al. 2017)

| Variabelen  | n  | (%)  |
|---|----|------|
| <b>Artsen</b>   |    |      |
| Ik ben op de hoogte van de evidence via congressen en medische literatuur                                     | 49 | (39) |
| Ik vertrouw liever op de ervaring van mijn collega's / superieuren  | 47 | (37) |
| De situaties die in de richtlijnen beschreven worden, stemmen niet overeen met de situaties uit mijn praktijk | 44 | (34) |
| <b>Verpleegkundigen</b>   |    |      |
| Ik gebruik de protocollen van de dienst waar ik werk  | 91 | (61) |
| Ik weet absoluut niet waar ik richtlijnen kan vinden  | 44 | (30) |
| Ik vertrouw liever op de ervaring van mijn collega's / superieuren  | 28 | (19) |
| <b>Vroedvrouwen</b>   |    |      |
| Ik gebruik de protocollen van de dienst waar ik werk  | 71 | (65) |
| Ik ben op de hoogte van de evidence via congressen en medische literatuur                                     | 31 | (28) |
| Ik weet absoluut niet waar ik richtlijnen kan vinden  | 25 | (23) |
| <b>Kinesitherapeuten</b>  |    |      |
| Ik ben op de hoogte van de evidence via congressen en medische literatuur                                     | 33 | (52) |
| Mijn ervaring op het terrein lijkt me belangrijker  | 20 | (32) |
| De situaties die in de richtlijnen beschreven worden, stemmen niet overeen met de situaties uit mijn praktijk | 18 | (29) |

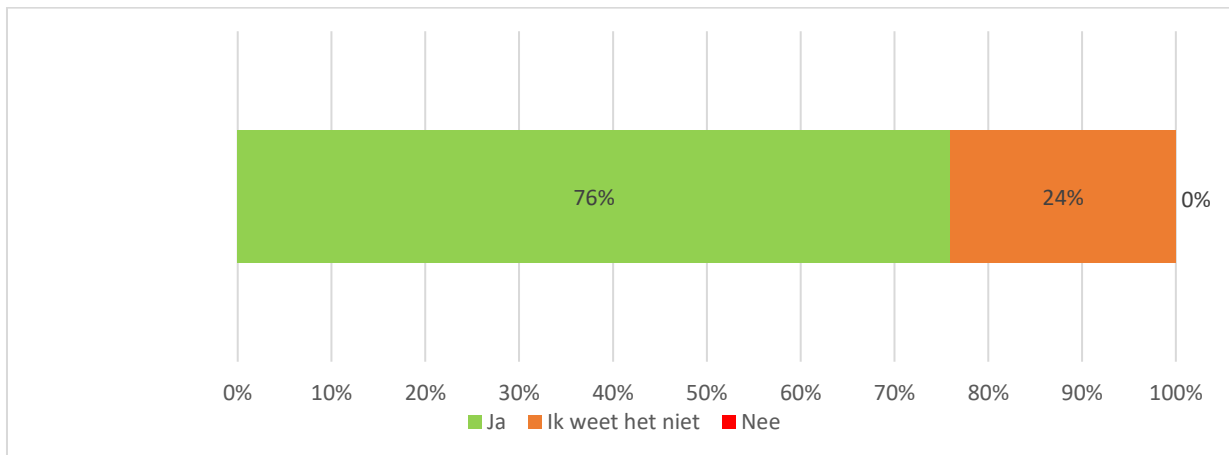
Tabel 22: Redenen voor het niet gebruiken van richtlijnen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)



In de bevraging van Verstraeten en Linssen (2015) bij Vlaamse kinesitherapeuten komen ‘Gebrek aan tijd’, ‘Geen of te weinig richtlijnen bestaan voor mijn specifieke patiëntengroep’ en ‘Weet niet waar en hoe ik de richtlijnen kan vinden’ naar voor als de belangrijkste redenen voor het niet gebruiken van richtlijnen.

#### 4.3.5 Bereid om richtlijnen in de toekomst te gebruiken

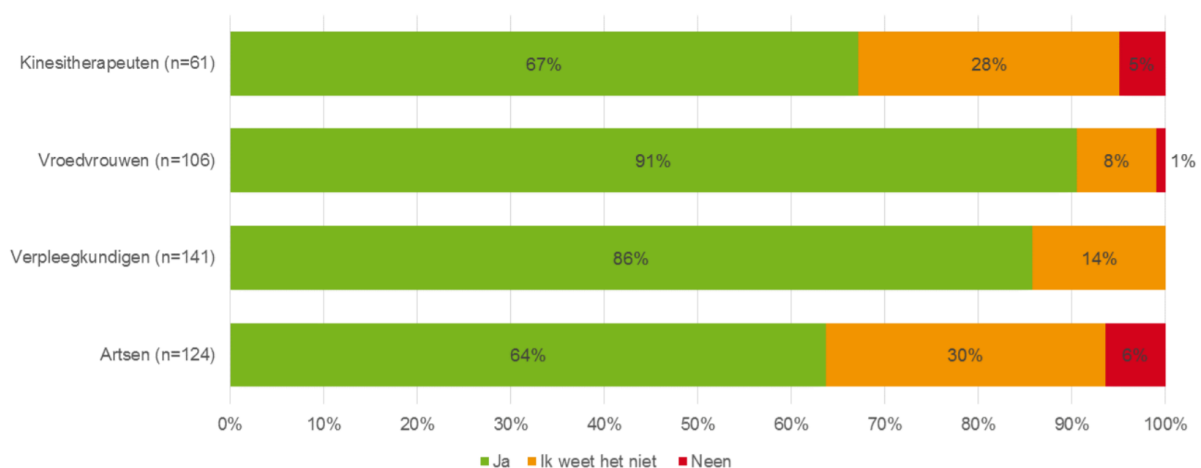
Drie vierde (76%) van de niet-gebruikers gaf aan om in de toekomst richtlijnen te willen gebruiken. Geen enkele respondent is hier niet toe bereid.



Grafiek 67: Bereidheid van niet-gebruikers om in de toekomst richtlijnen te gebruiken (N=25)

#### Vergelijking met andere beroepen

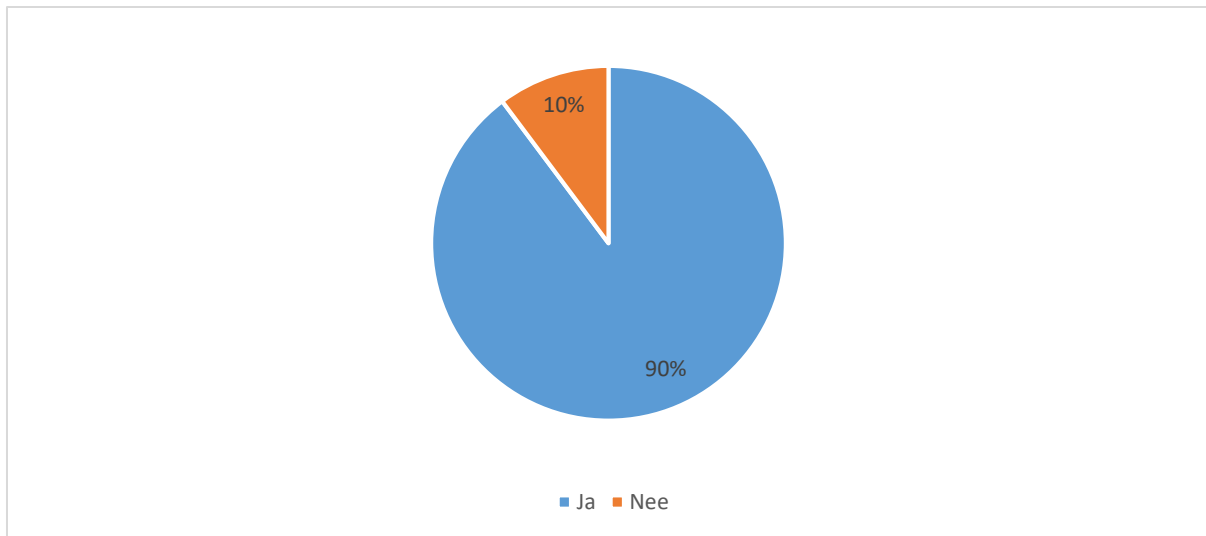
Vroedvrouwen (91%) en verpleegkundigen (86%) zijn meer vragende partij voor richtlijnen dan diëtisten. Kinesitherapeuten (67%) en artsen (64%) die geen richtlijnen gebruiken, zijn minder bereid om ze in de toekomst te gebruiken. (Benhamed et al. 2017)



Grafiek 68: Bereidheid om richtlijnen te gebruiken bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

#### 4.3.6 Opzoeken van richtlijnen

De meerderheid (90%) van de gebruikers van richtlijnen (N=88) zoekt actief richtlijnen op.



Grafiek 69: Actief op zoek gaan naar richtlijnen (N=88)

De respondenten die actief richtlijnen opzoeken (N=79), doen dit voornamelijk via beroepsorganisaties (59%), collega's (56%), handboeken (49%) en vaktijdschriften (49%).

| Opzoektool   | N  | (%) |
|--|----|-----|
| Via beroepsorganisaties  | 47 | 59% |
| Via mijn collega's   | 44 | 56% |
| Via handboeken   | 39 | 49% |
| Via vaktijdschriften   | 39 | 49% |
| Via een online zoekrobot   | 35 | 44% |
| Via websites van organisaties die klinische praktijkrichtlijnen ontwikkelen                                    | 33 | 42% |
| Via databanken   | 26 | 33% |
| Via peer reviewed literatuur   | 26 | 33% |
| Via online discussiegroepen  | 7  | 9%  |
| Via andere kanalen ( <i>arts, Eetexpert, Espen guidelines, aanbevelingen van docenten, zakboek diëtetiek</i> ) | 6  | 8%  |

Tabel 23: Opzoektools voor richtlijnen (N=79)

#### Vergelijking met andere beroepen

Respectievelijk 88%, 79%, 77% en 72% van de artsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en vroedvrouwen die richtlijnen gebruiken, gaan er actief naar op zoek. Ook bij deze beroepen staan de collega's binnen de top 3 van opzoektools. (Benhamed et al. 2017)

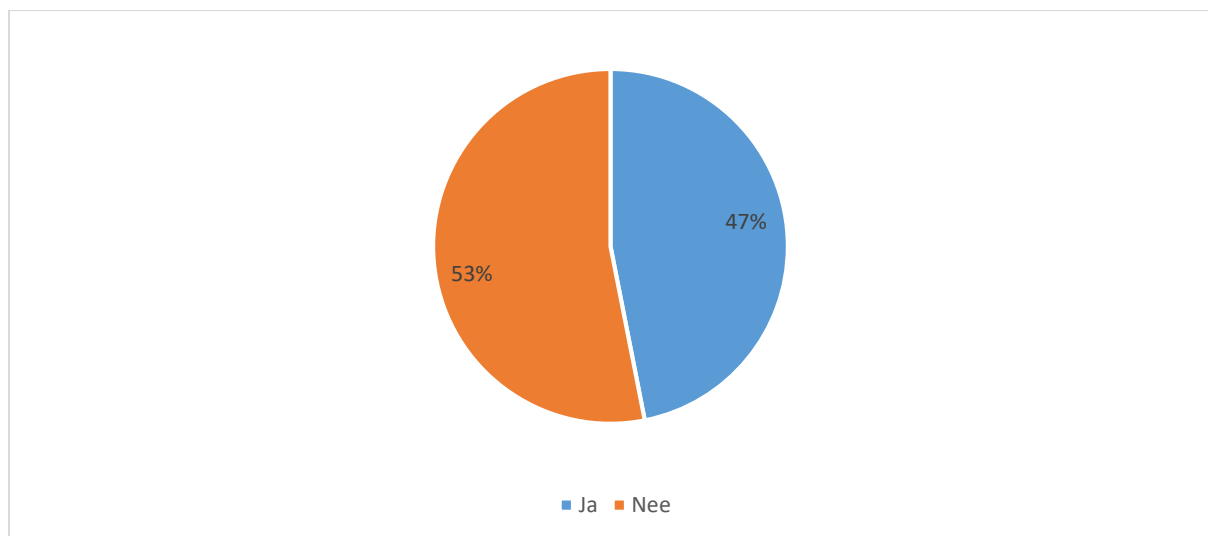
| Opzoekingsstools voor richtlijnen  | n   | (%)  |
|--|-----|------|
| <b>Artsen (n=831)</b>  |     |      |
| Gegevensbanken van EBMPPracticeNet, CEBAM Digital Library for Health (CDLH)... | 425 | (51) |
| Algemene zoekmotoren (bv. Google, Google scholar, Bing ...)                    | 390 | (47) |
| Collega's  | 384 | (46) |
| <b>Verpleegkundigen (n=333)</b>  |     |      |
| Algemene zoekmotoren (bv. Google, Google scholar, Bing ...)                    | 214 | (64) |
| De website van mijn professionele organisatie                                  | 195 | (59) |
| Collega's  | 187 | (56) |
| <b>Vroedvrouwen (n=198)</b>  |     |      |
| De website van het KCE   | 136 | (69) |
| Collega's  | 113 | (57) |
| De website van mijn professionele organisatie                                  | 111 | (56) |
| <b>Kinesitherapeuten (n=151)</b>   |     |      |
| Algemene zoekmotoren (bv. Google, Google scholar, Bing ...)                    | 97  | (64) |
| Collega's  | 84  | (56) |
| Gespecialiseerde pers  | 69  | (46) |

Tabel 24: Opzoektools voor richtlijnen bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

Uit de studie van Heiwe et al. (2011) blijkt dat 78% van de 223 deelnemende gezondheidsprofessionals (diëtisten, ergotherapeuten en kinesitherapeuten) actief op zoek gaat naar praktijkrichtlijnen. Er werden geen significante verschillen tussen de drie beroepsgroepen vastgesteld.

#### 4.3.7 Ontvangkanalen van richtlijnen

De helft (47%) van de respondenten die goed/ongeveer wisten wat richtlijnen zijn (N=113), wordt op de hoogte gehouden van de publicatie van nieuwe richtlijnen of updates.



Grafiek 70: Ontvangen van richtlijnen (N=113)

De respondenten die richtlijnen ontvangen (N=53), ontvangen deze voornamelijk via mailing (75%), vaktijdschriften (68%) en beroepsorganisaties (66%).

| Ontvangkanalen (N=53)                      | N  | (%) |
|--|----|-----|
| Via mailing                                | 40 | 75% |
| Via vaktijdschriften                       | 36 | 68% |
| Via beroepsorganisaties                    | 35 | 66% |
| Tijdens symposia, congressen, conferenties | 31 | 58% |
| Via collega's                              | 21 | 40% |
| Via sociale media                          | 16 | 30% |
| Tijdens continue opleidingsprogramma's     | 10 | 19% |

|                             |    |     |
|-----------------------------|----|-----|
| Via medisch afgevaardigden  | 10 | 19% |
| Via online discussiegroepen | 2  | 4%  |
| Andere (oud-leerkrachten)   | 1  | 2%  |

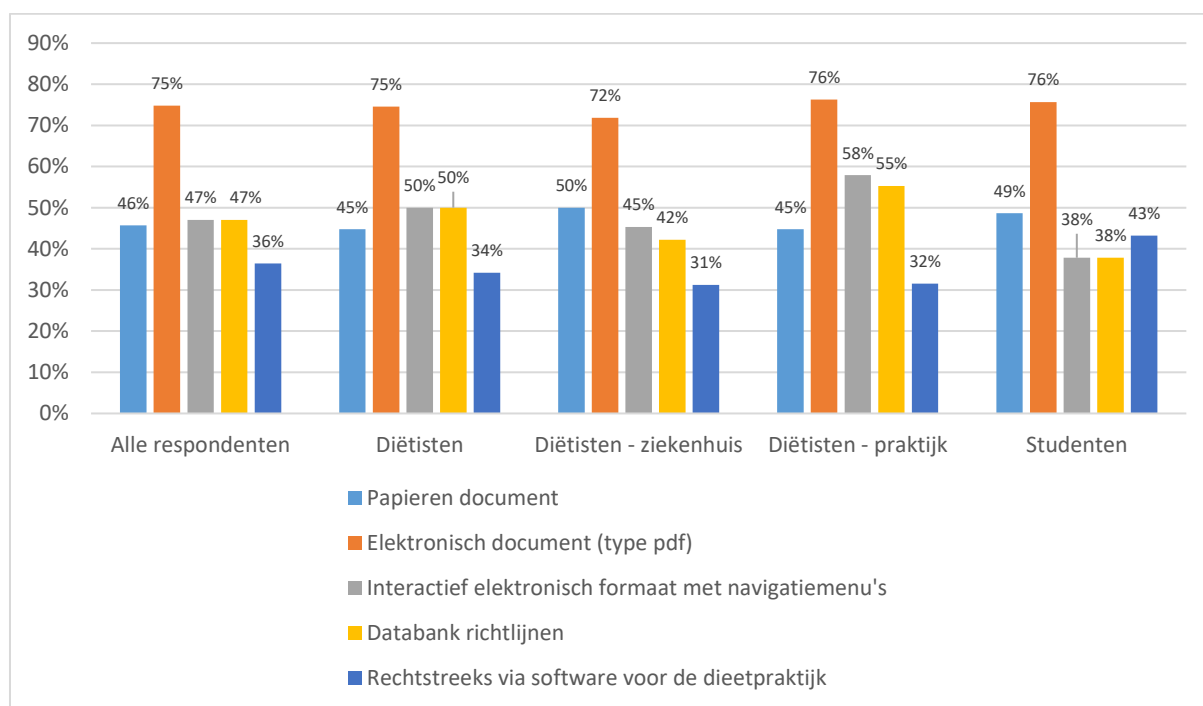
Tabel 25: Ontvangkanalen richtlijnen (N=53)

### **Vergelijking met andere beroepen**

Diëtisten (47%) en artsen (44%; N=943) blijken meer geïnformeerd te worden over richtlijnen dan de andere beroepen (verpleegkundigen: 23%, N=428; vroedvrouwen: 21%, N=271; kinesitherapeuten: 19%, N=190) (Benhamed et al. 2017).

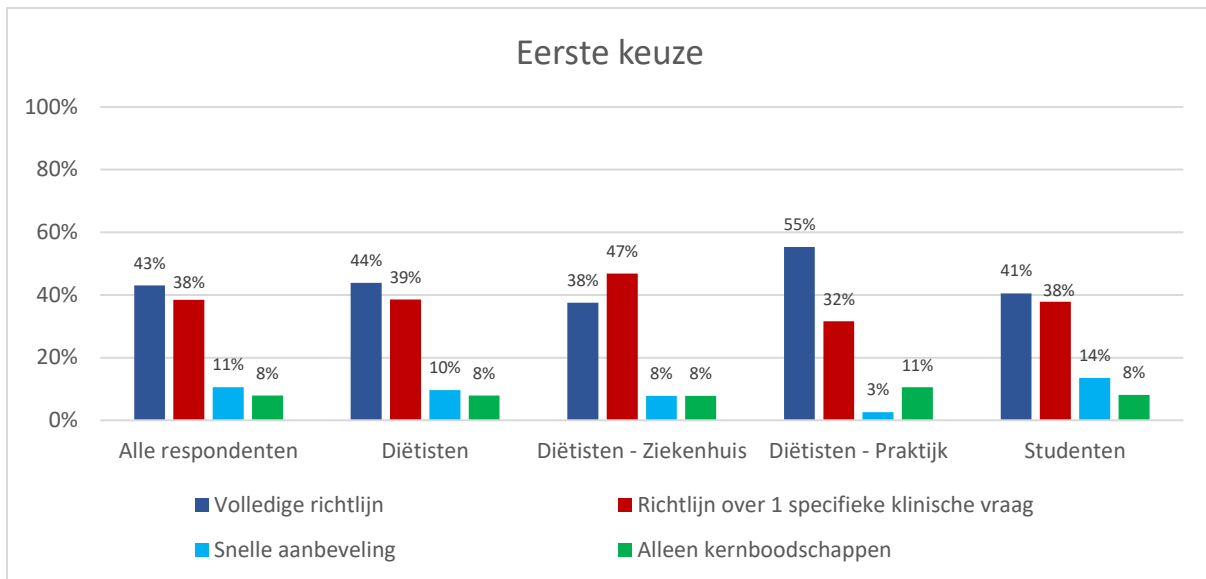
#### 4.3.8 Voorkeursvorm richtlijnen

Aan alle respondenten werd gevraagd in welke vorm zij een dieetrichtlijn het liefst raadplegen. De meerderheid (75%) verkiest een elektronisch document.

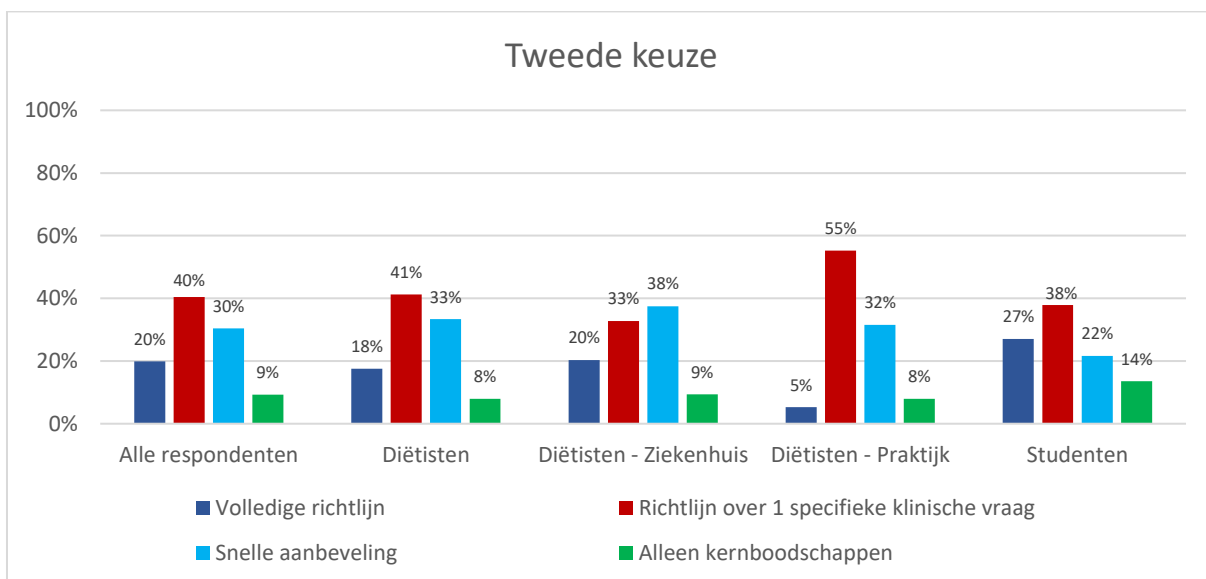


Grafiek 71: Voorkeursvorm van een richtlijn

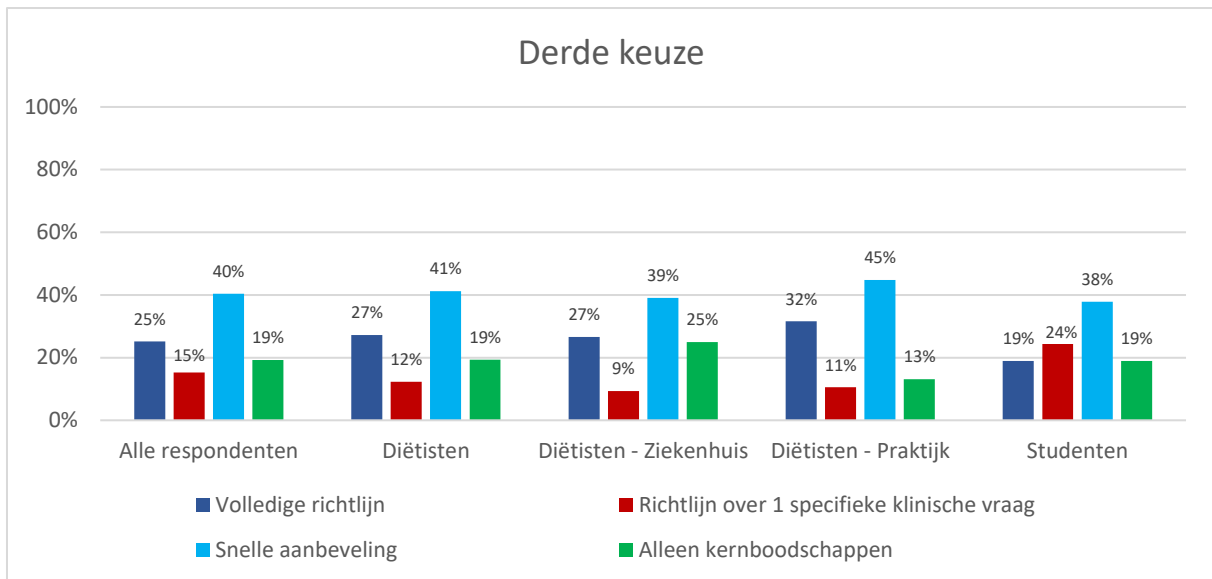
Er werd eveneens gevraagd aan de respondenten welk richtlijnformaat zij verkiezen. De populairste keuze was een volledige richtlijn, gevolgd door een richtlijn over 1 specifieke klinische vraag. Alleen kernboodschappen werden het minst gekozen.



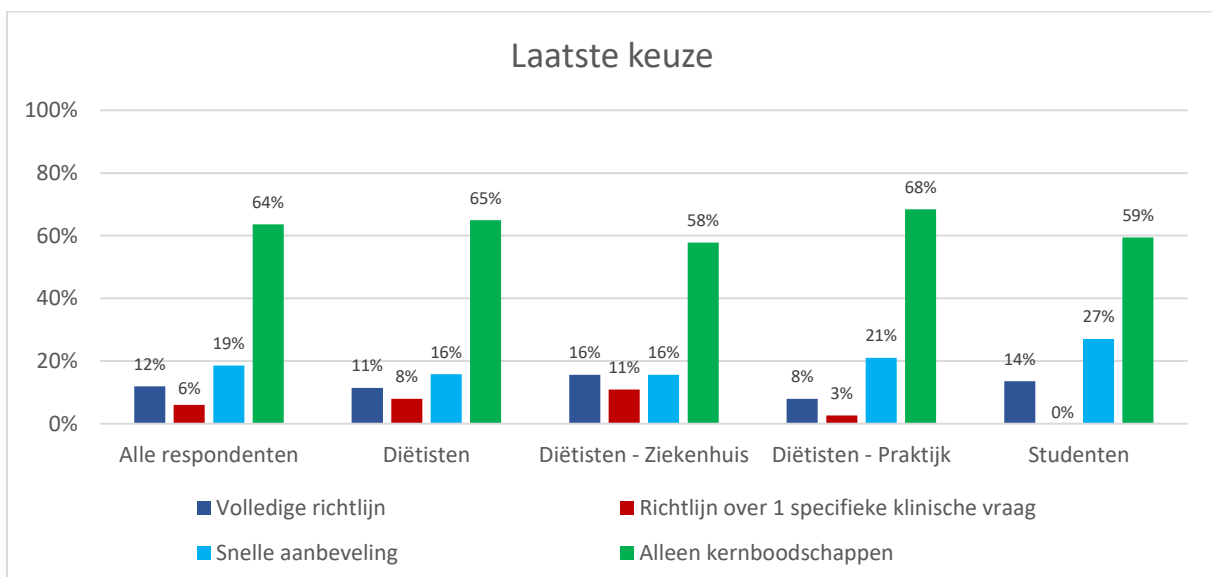
Grafiek 72: Eerste keuze richtlijnformaat



Grafiek 73: Tweede keuze richtlijnformaat



Grafiek 74: Derde keuze richtlijnformaat

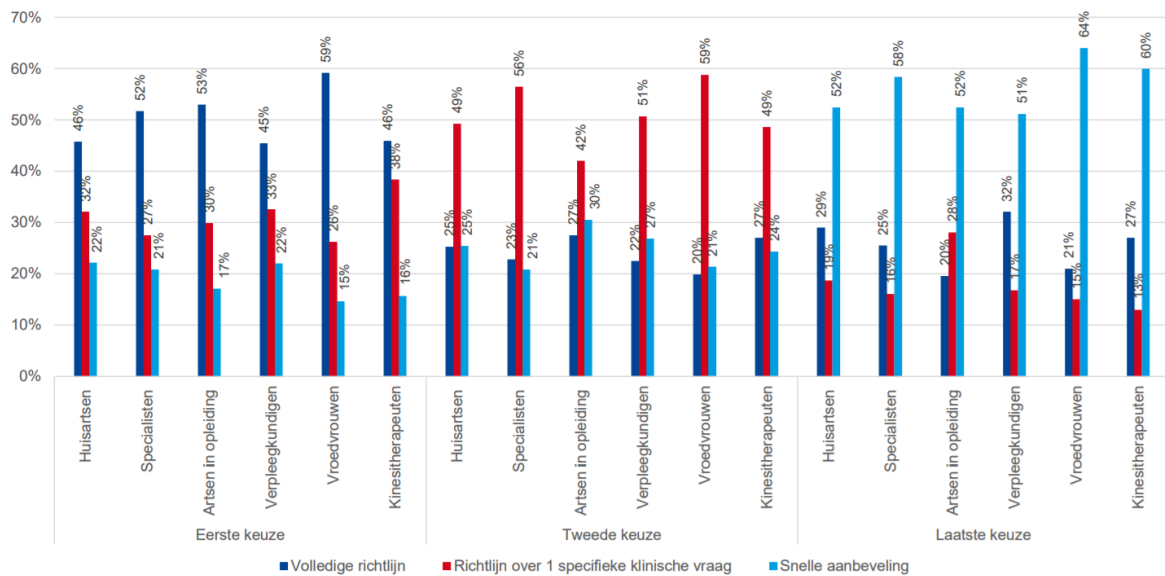


Grafiek 75: Laatste keuze richtlijnformaat

### Vergelijking met andere beroepen

Bij de andere beroepsgroepen geniet een elektronisch document eveneens de voorkeur. Huisartsen hebben daarnaast ook een voorkeur voor aanbevelingen geïntegreerd in het Globaal Medisch Dossier (GMD). (Deze antwoordcategorie werd bij de bevraging bij diëtisten vervangen door 'rechtstreeks via software voor de dieetpraktijk'.)

De andere beroepen verkiezen net als de diëtisten een volledige richtlijn. De antwoordoptie 'alleen kernboodschappen' werd niet bevestigd bij de andere beroepen. (Benhamed et al. 2017)

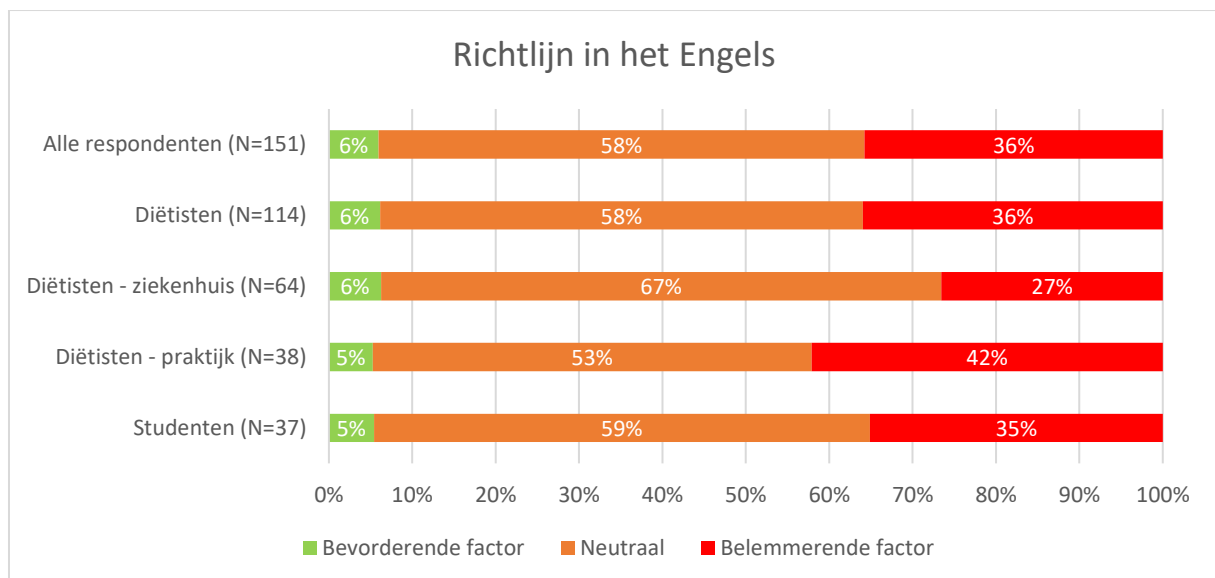


Grafiek 76: Richtlijnformaat (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

#### 4.3.9 Belemmerende en stimulerende factoren voor gebruik richtlijnen

- **Richtlijnen in het Engels**

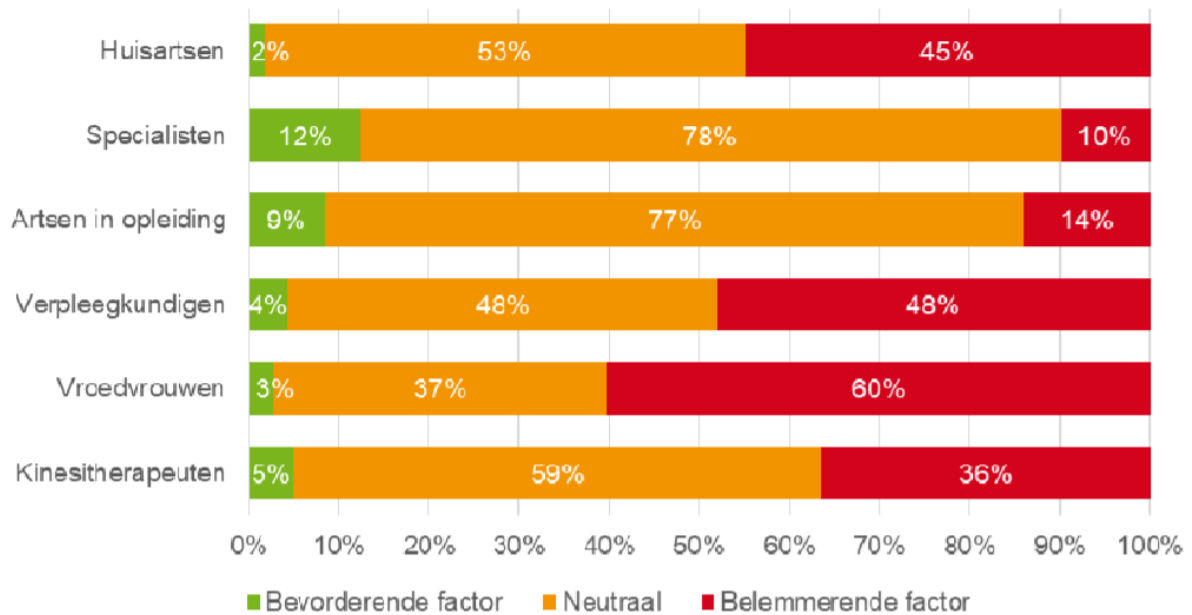
Richtlijnen in het Engels blijken voor meer dan één derde van de respondenten (36%) een probleem te zijn. Er is een verschil tussen diëtisten werkzaam in een ziekenhuis en in een praktijk. Diëtisten werkzaam in een praktijk (42%) vinden dit eerder een belemmerende factor dan diëtisten werkzaam in een ziekenhuis (27%).



Grafiek 78: Richtlijn in het Engels

### Vergelijking met andere beroepen

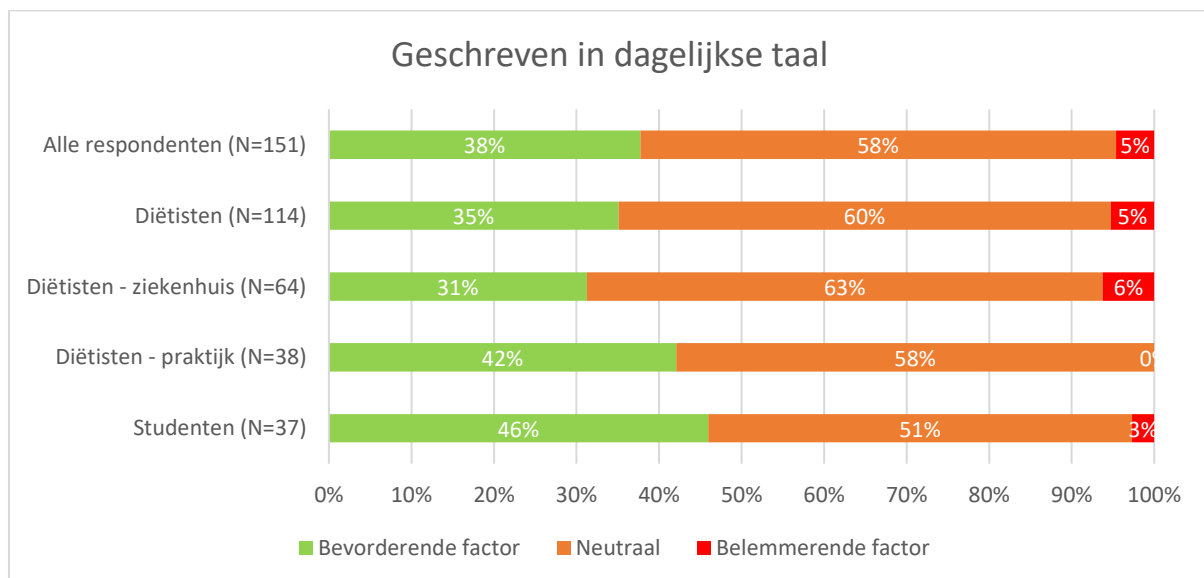
Vroedvrouwen (60%), verpleegkundigen (48%), huisartsen (45%) en kinesitherapeuten (36%) ervaren richtlijnen in het Engels ook eerder als een belemmerende factor.



Grafiek 79: Richtlijnen in het Engels bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

#### ▪ Richtlijnen geschreven in dagelijkse taal

Richtlijnen geschreven in dagelijkse taal (bijvoorbeeld glutenintolerantie in plaats van coeliakie) worden eerder als een bevorderende (38%) dan als een belemmerende (5%) factor beschouwd. Voornamelijk studenten (46%) en diëtisten werkzaam in een praktijk (42%) vinden dit bevorderend.

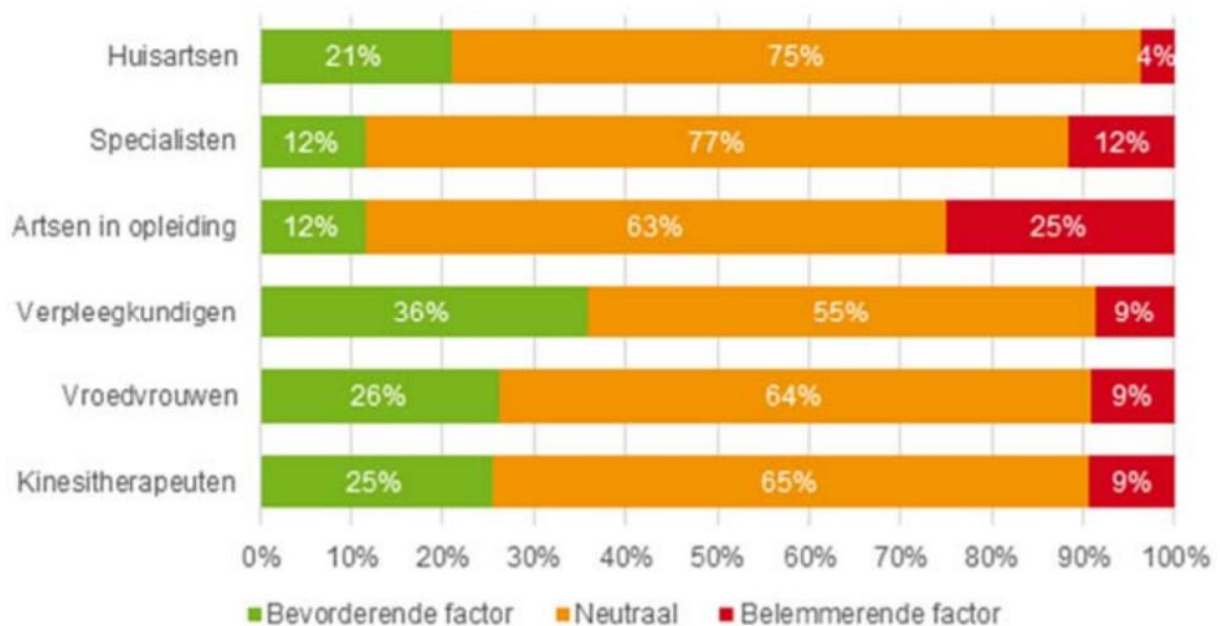


Grafiek 80: Richtlijnen geschreven in dagelijkse taal



### Vergelijking met andere beroepen

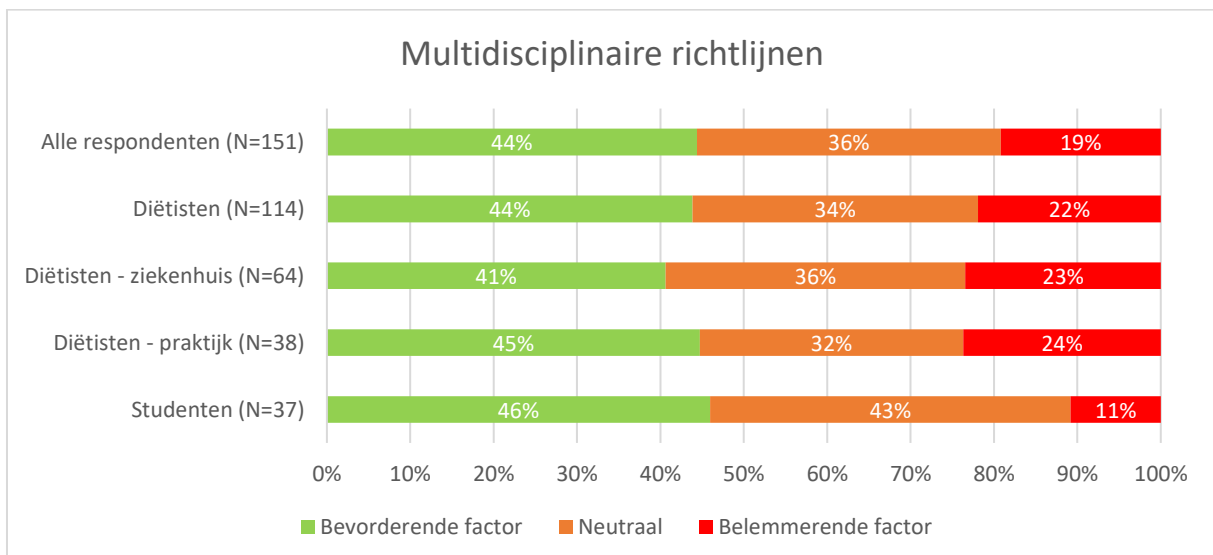
Net als diëtisten beschouwen verpleegkundigen (36%), vroedvrouwen (26%), kinesitherapeuten (25%) en huisartsen (21%) dagelijkse taal eerder als een bevorderende factor (Benhamed et al. 2017).



Grafiek 81: Richtlijnen geschreven in dagelijkse taal bij andere beroepen (Benhamed et al. 2017)

#### ▪ Multidisciplinaire richtlijnen

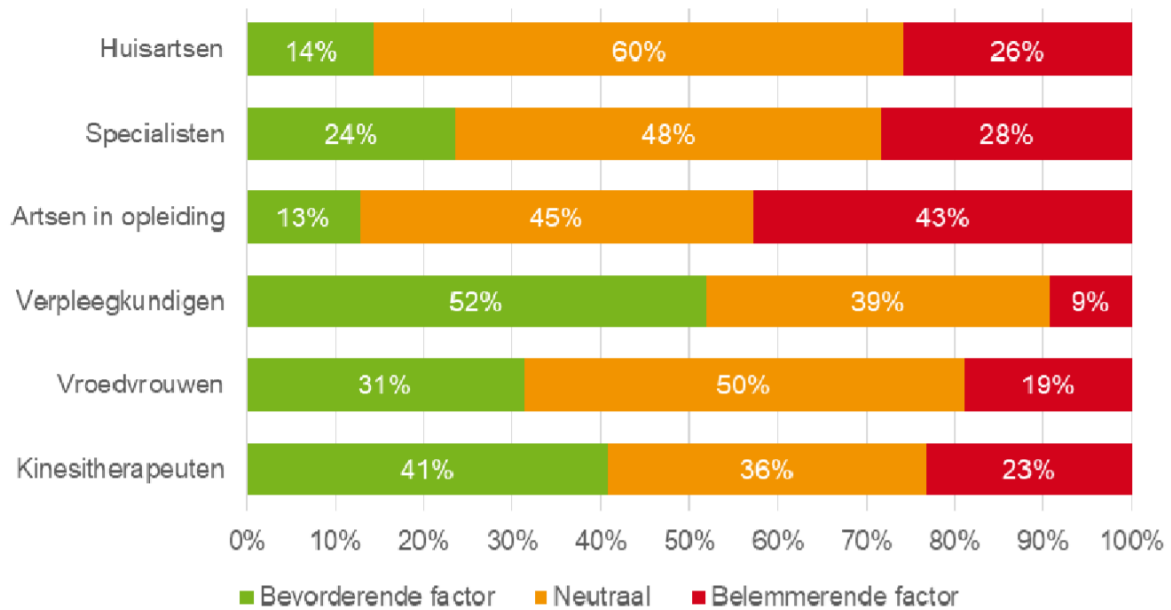
De respondenten vinden multidisciplinaire richtlijnen eerder een bevorderende factor (44%) dan een belemmerende factor (19%).



Grafiek 82: Multidisciplinaire richtlijn

### Vergelijking met andere beroepen

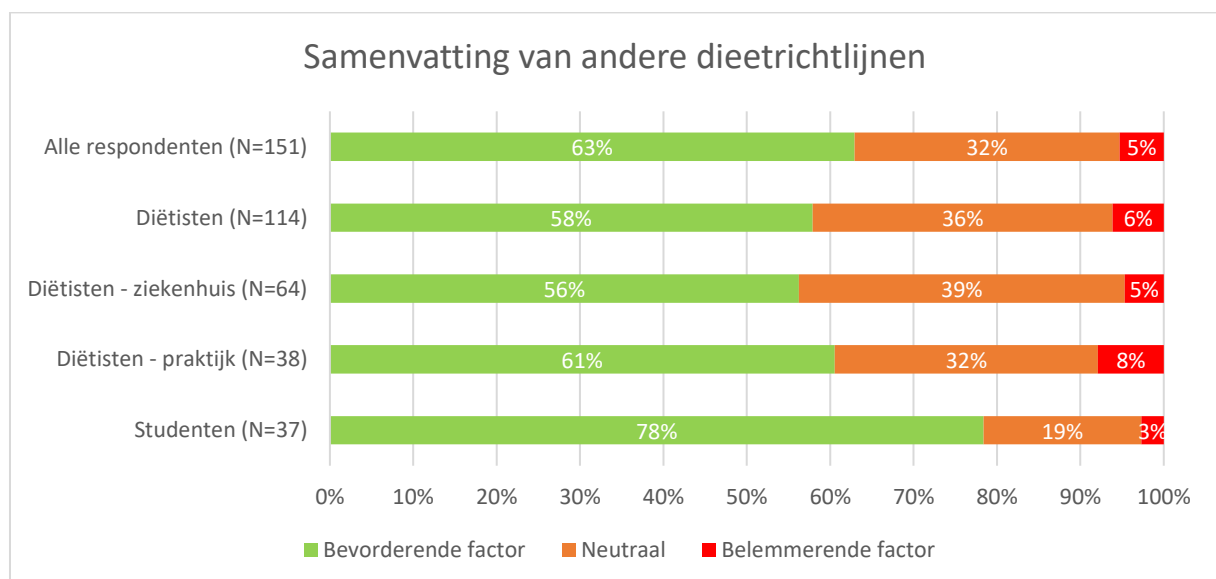
Verpleegkundigen (52%), kinesitherapeuten (41%) en vroedvrouwen (31%) gaven eveneens aan dat multidisciplinaire richtlijnen bevorderend zijn. Huisartsen daarentegen staan neutraler tegenover multidisciplinaire richtlijnen, of zien het eerder als een belemmerende factor.



Grafiek 83: Multidisciplinaire richtlijnen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

#### ▪ Een samenvatting van andere dieetrichtlijnen

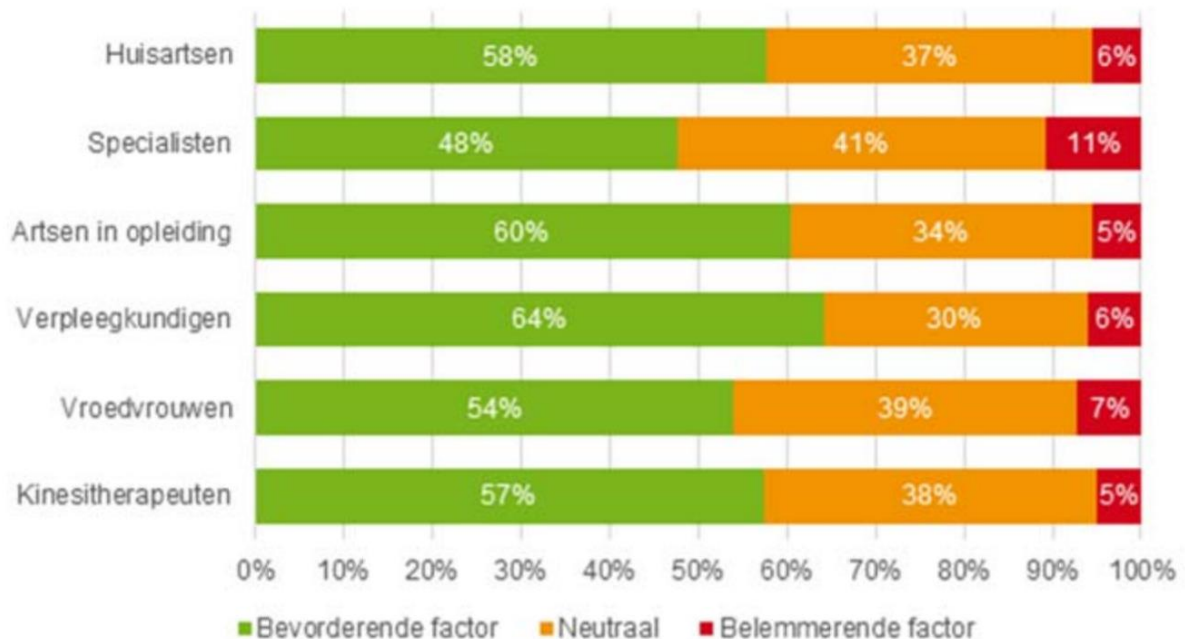
De meerderheid van de respondenten (63%) vindt een samenvatting van andere richtlijnen een bevorderende factor. De studenten (78%) halen dit percentage naar boven.



Grafiek 84: Samenvatting van andere richtlijnen

### Vergelijking met andere beroepen

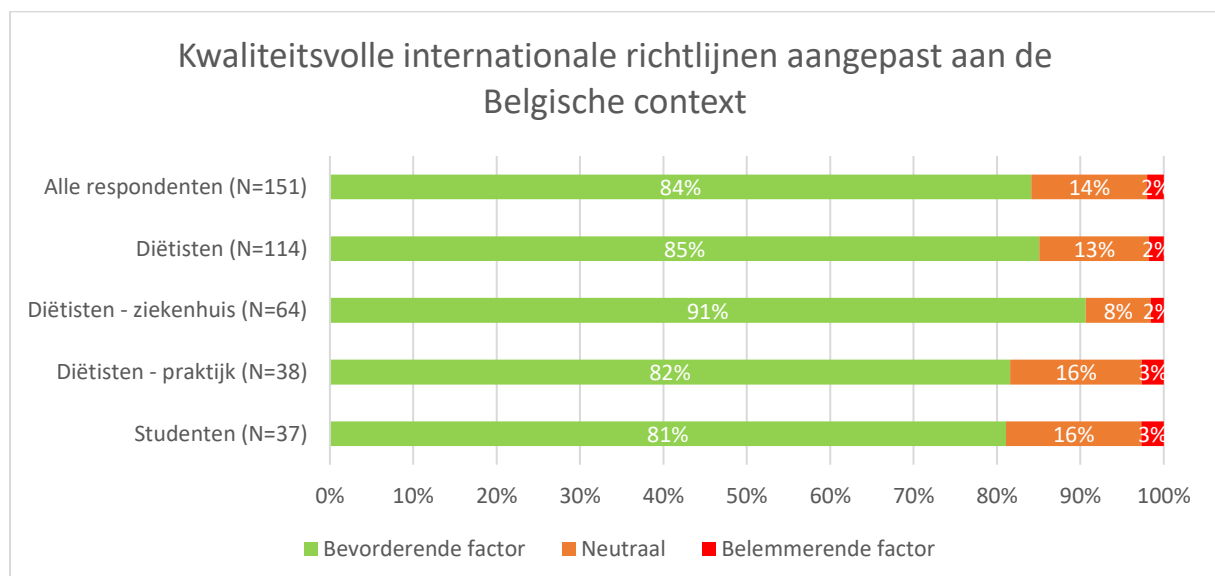
Net als diëtisten vinden verpleegkundigen (64%), huisartsen (58%), kinesitherapeuten (57%) en vroedvrouwen (54%) een samenvatting van andere richtlijnen bevorderend.



Grafiek 85: Samenvatting van andere richtlijnen bij andere beroepen (Benhamed et al. 2007)

#### ▪ **Kwaliteitsvolle internationale richtlijnen aangepast aan de Belgische context**

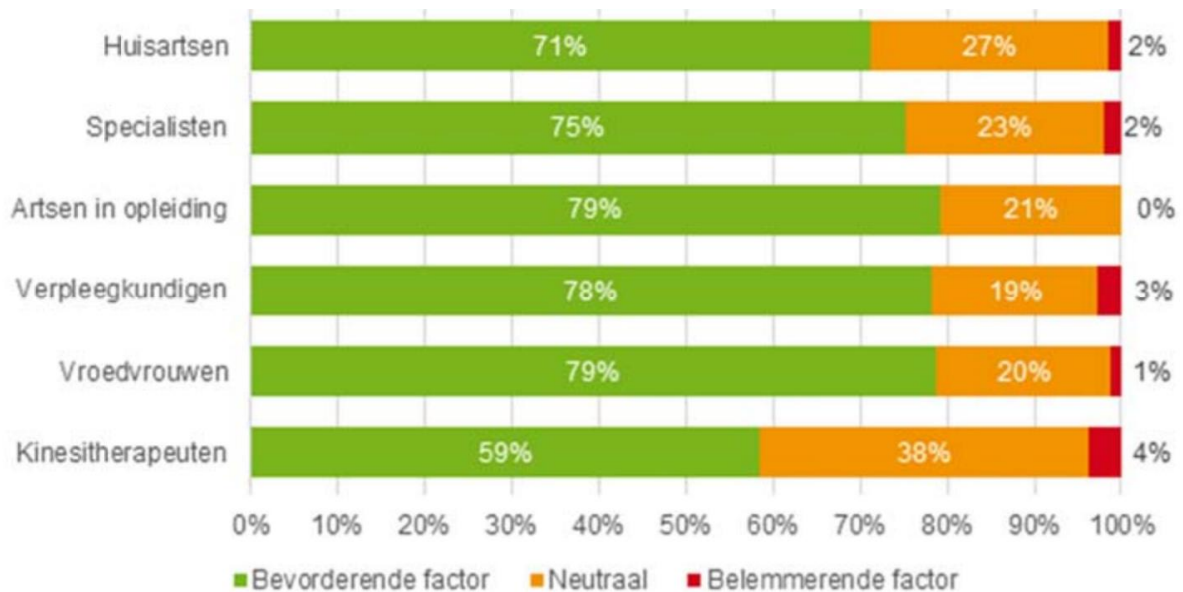
Volgens de meerderheid van de respondenten (84%) zijn kwaliteitsvolle internationale richtlijnen aangepast aan de Belgische context een bevorderende factor voor het gebruik van richtlijnen. Ziekenhuisdiëtisten vinden dit het meest bevorderend (91%).



Grafiek 86: Kwaliteitsvolle internationale richtlijnen aangepast aan de Belgische context

### Vergelijking met andere beroepen

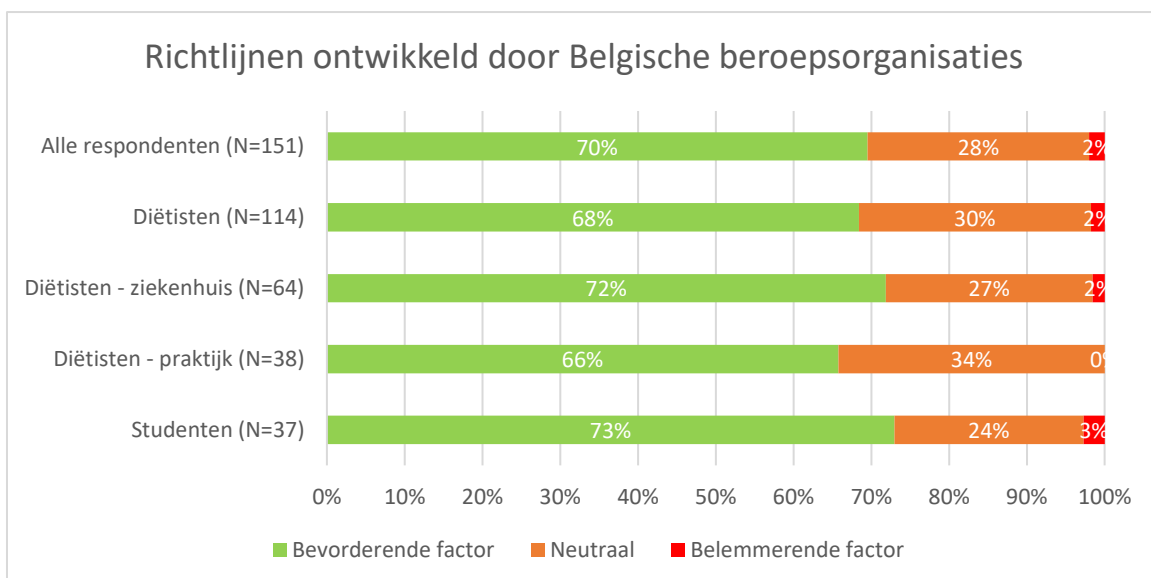
Vroedvrouwen (79%), verpleegkundigen (78%), huisartsen (71%) en kinesitherapeuten (59%) daarentegen vinden dit eveneens een bevorderende factor (Benhamed et al. 2017).



Grafiek 87: Kwaliteitsvolle internationale richtlijnen aangepast aan de Belgische context bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

#### ▪ Richtlijnen ontwikkeld door Belgische beroepsorganisaties

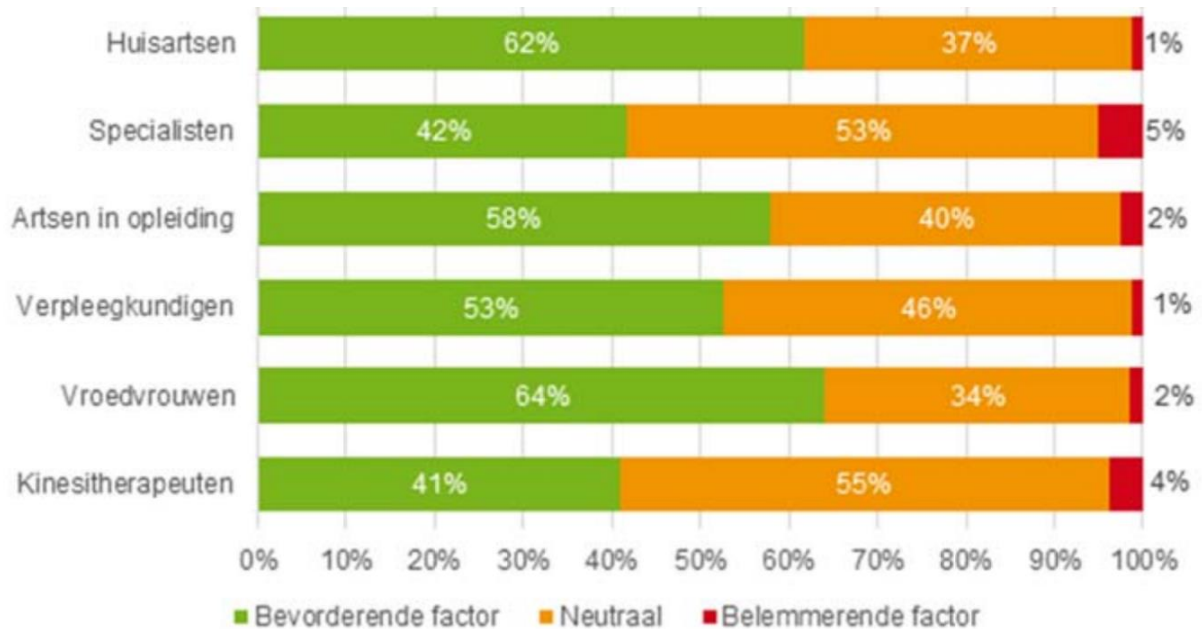
De meerderheid (70%) van de respondenten beschouwd richtlijnen ontwikkeld door Belgische beroepsorganisaties als een bevorderende factor.



Grafiek 88: Richtlijnen ontwikkeld door Belgische beroepsorganisaties

### Vergelijking met andere beroepen

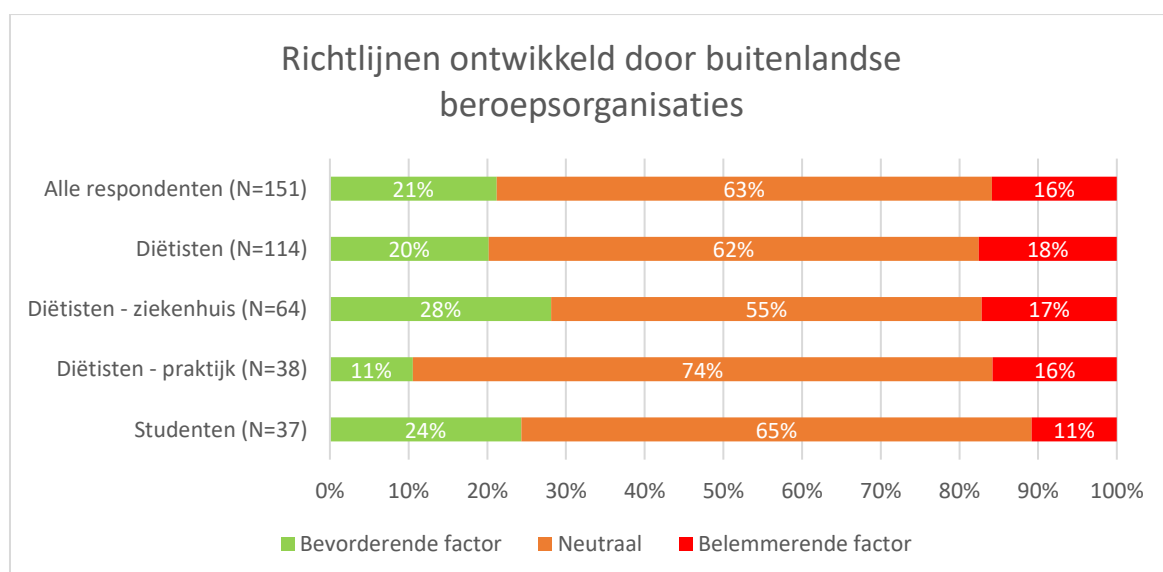
Ook de andere beroepsgroepen beschouwen richtlijnen ontwikkeld door Belgische beroepsorganisaties als een bevorderende factor (64% vroedkundigen, 62% huisartsen, 53% verpleegkundigen). Kinesitherapeuten hebben eerder een neutrale houding (55%).



Grafiek 89: Richtlijnen ontwikkeld door Belgische beroepsorganisaties bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

- **Richtlijnen ontwikkeld door buitenlandse beroepsorganisaties**

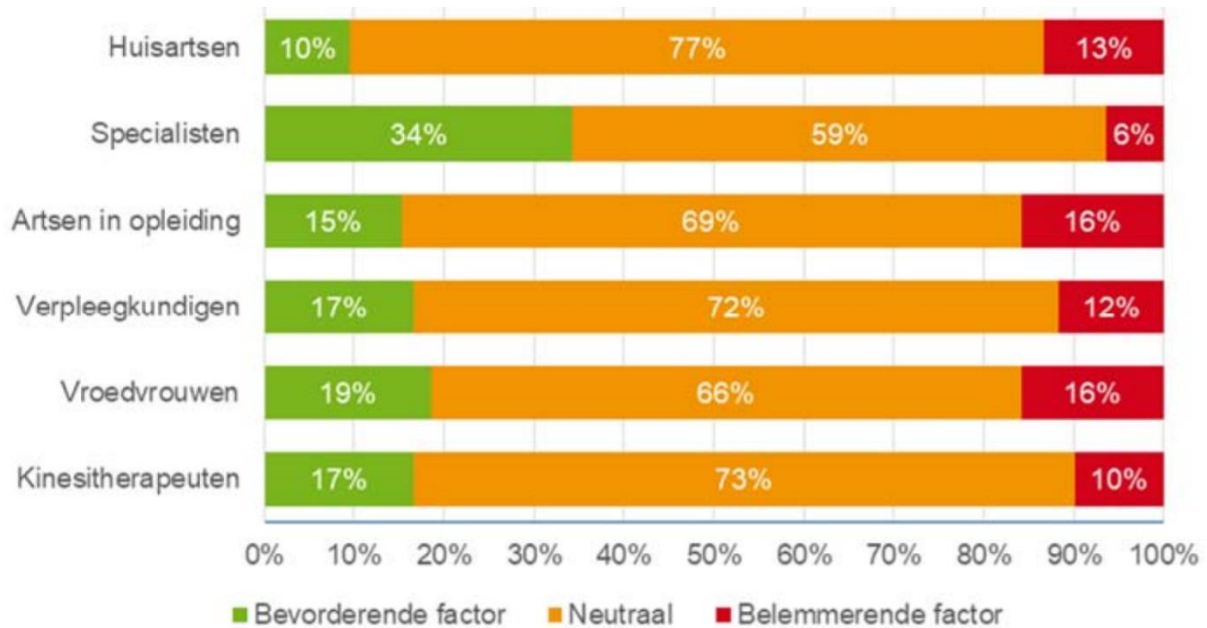
De meeste respondenten (63%) hebben een neutrale houding ten aanzien van richtlijnen ontwikkeld door buitenlandse beroepsorganisaties.



Grafiek 90: Richtlijnen ontwikkeld door buitenlandse beroepsorganisaties

### Vergelijking met andere beroepen

Ook de andere beroepsgroepen zijn neutraal ten aanzien van richtlijnen ontwikkeld door buitenlandse beroepsorganisaties.



Grafiek 91: Richtlijnen ontwikkeld door buitenlandse beroepsorganisaties bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

### Andere bevorderende factoren

Via een open vraag konden respondenten nog andere bevorderende factoren voor het gebruik van richtlijnen ingeven. Volgende antwoorden werden gegeven:

Ziekenhuisdiëtisten:

- "bronvermelding"
- "makkelijk vindbaar"
- "één database en makkelijk zoekbaar in database"
- "duidelijke boodschappen"
- "eenvoudige toegang"
- "snel te vinden info"
- "gemakkelijk terug te vinden"
- "gemakkelijk in gebruik"
- "één van de diëtisten in team als expert evidence-based info waar iedereen met vragen terecht kan"
- "kort en bondig beschreven"
- "snel en gemakkelijk opzoekbaar"
- "vlotte (gratis) toegang tot richtlijnen"

Diëtisten werkzaam in een zelfstandige/groepspraktijk:

- "betere terugbetaling"
- "duidelijke bronvermelding"

- “één database en makkelijk zoekbaar in database”
- “eenzelfde structuur voor verschillende richtlijnen”
- “duidelijke en gestructureerde inhoudstafel”
- “eenduidige informatie”
- “kort overzicht”
- “snel vindbaar”
- “makkelijke beschikbaarheid”
- “voorzien van bibliografie”
- “vlotte (gratis) toegang tot richtlijnen”

Andere diëtisten:

- “cijfermateriaal die zowel in tekstvorm als in grafiek wordt weergegeven”
- “regelmatige bijwerkingen van documenten”
- “visueel materiaal”

Studenten:

- “aantrekkelijke moderne lay-out”
- “gebruiksvriendelijk”
- “een korte overzichtelijke versie en een uitgebreide versie met meer duiding”
- “kernboodschappen”
- “schematische weergave”
- “vlotter beschikbaar”

### **Andere belemmerende factoren**

Via een open vraag konden respondenten eveneens andere belemmerende factoren voor het gebruik van richtlijnen ingeven. Volgende antwoorden werden gegeven:

Ziekenhuisdiëtisten:

- “tijdgebrek”
- “moeilijk in gebruik”
- “onoverzichtelijk”
- “moeilijke niet-dagelijkse te gebruiken termen”
- “te veel vermenging en sponsoring zodat het advies van de beroepsvereniging niet neutraal is”
- “niet duidelijk op welke bronnen richtlijn gebaseerd is”
- “gesponsorde artikels door firma’s en onbetrouwbare informatie van het VLAM”

Diëtisten werkzaam in een zelfstandige/groepspraktijk:

- “andere beroepen dan artsen en diëtisten die zich over voeding bij ziekte als specialist voorstellen (tv, facebook, events)”
- “niet duidelijk op welke bronnen richtlijn gebaseerd is”
- “hoeveelheid”
- “prijs om toegang te krijgen”
- “te klein lettertype”
- “onoverzichtelijke opmaak”
- “vaak te uitgebreid”

Andere diëtisten:

- “vaak ontoegankelijk voor afgestudeerde diëtisten die momenteel niet werkzaam zijn als diëtist”

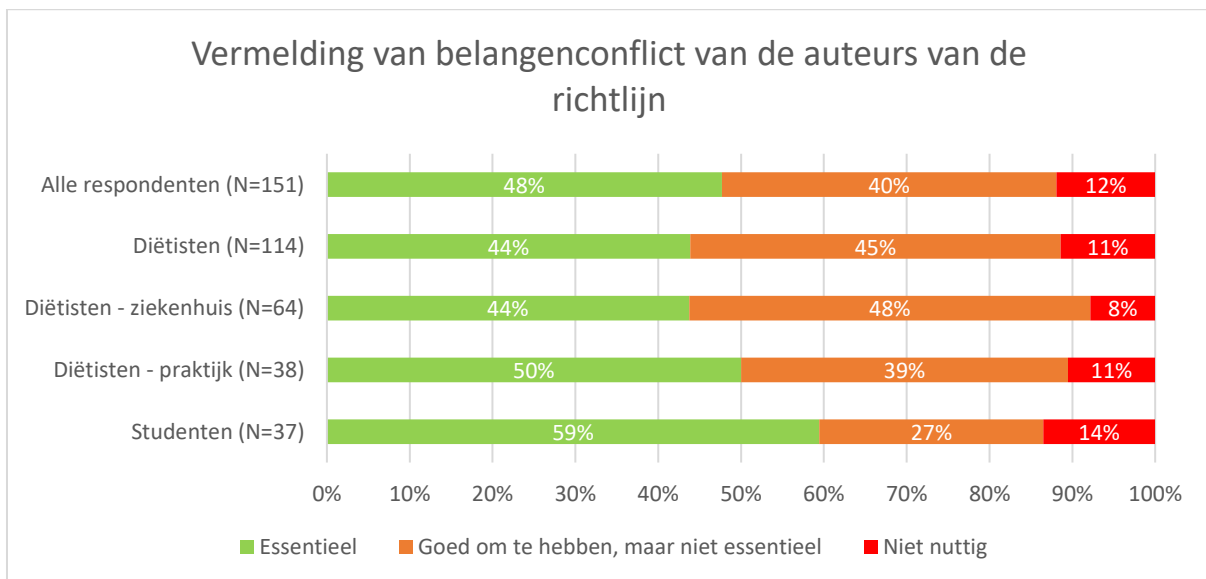
Studenten:

- “andere taal”
- “te langdradig”
- “lange tekst zonder samenhang”
- “persoonlijke bereidwilligheid”
- “mekaar tegensprekende studies”
- “vaak veranderen van resultaten van studies (vb. ivm kokosolie)”
- “slechte lectoren die hun vak niet kunnen overbrengen aan hun studenten”
- “tegenstrijdigheden met andere bronnen doet twijfelen aan betrouwbaarheid”

#### 4.3.10 Informatie die richtlijn moet bevatten

- **Vermelding van belangenconflicten**

Bijna de helft van alle respondenten (48%) vindt de vermelding van belangenconflicten essentieel. De vermelding van belangenconflicten wordt door de studenten (59%) het meest als essentieel beschouwd.

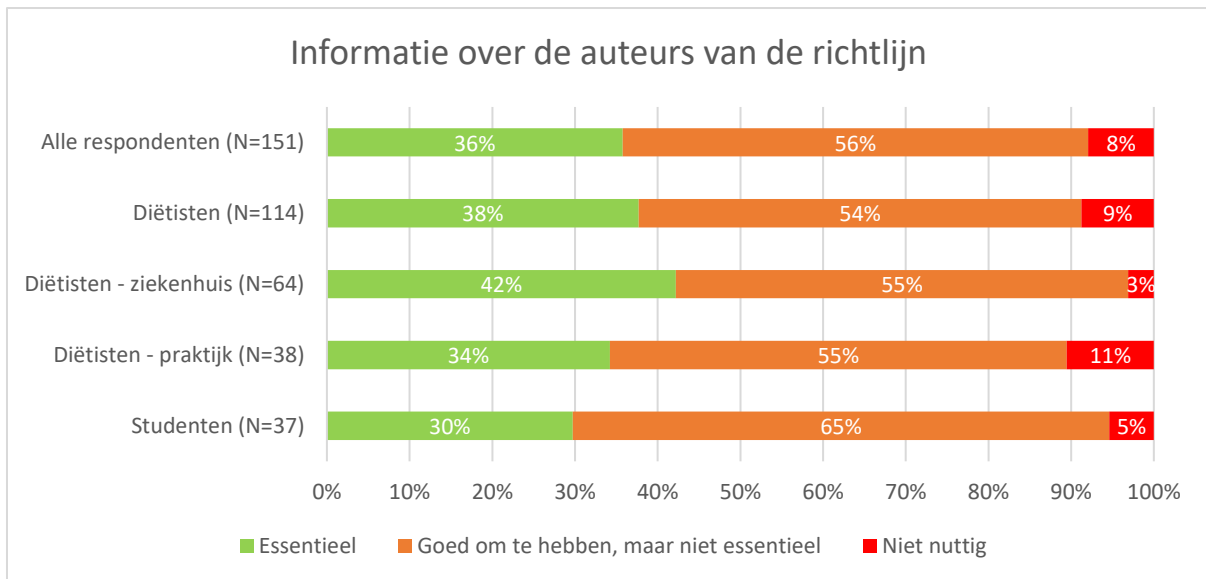


Grafiek 92: Interesse voor de vermelding van belangenconflicten

- **Informatie over de auteurs van de richtlijn**

De respondenten vonden het over het algemeen nuttig, maar niet essentieel (56%) om te weten wie de auteurs van een richtlijn zijn. Diëtisten werkzaam in een ziekenhuis (42%) beschouwen de vermelding hiervan meer als essentieel dan diëtisten werkzaam in een praktijk (34%).

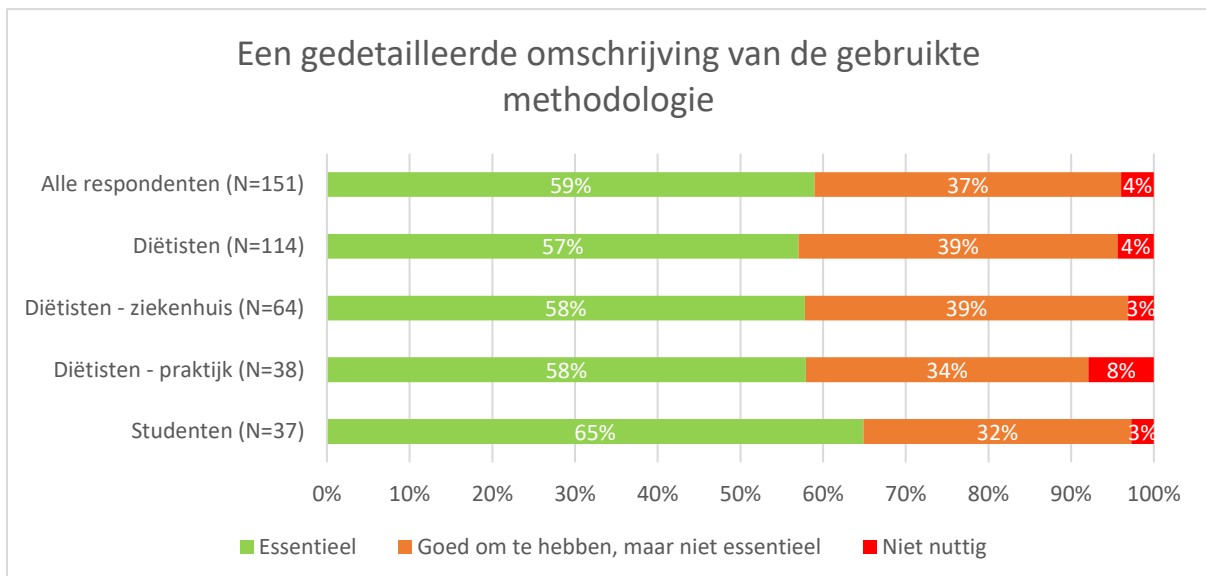




Grafiek 93: Interesse voor vermeldingen van informatie over de auteurs

- **Een gedetailleerde omschrijving van de gebruikte methodologie**

De meerderheid van de respondenten (59%), voornamelijk studenten (65%), beschouwt een gedetailleerde omschrijving van de gebruikte methodologie als essentieel.



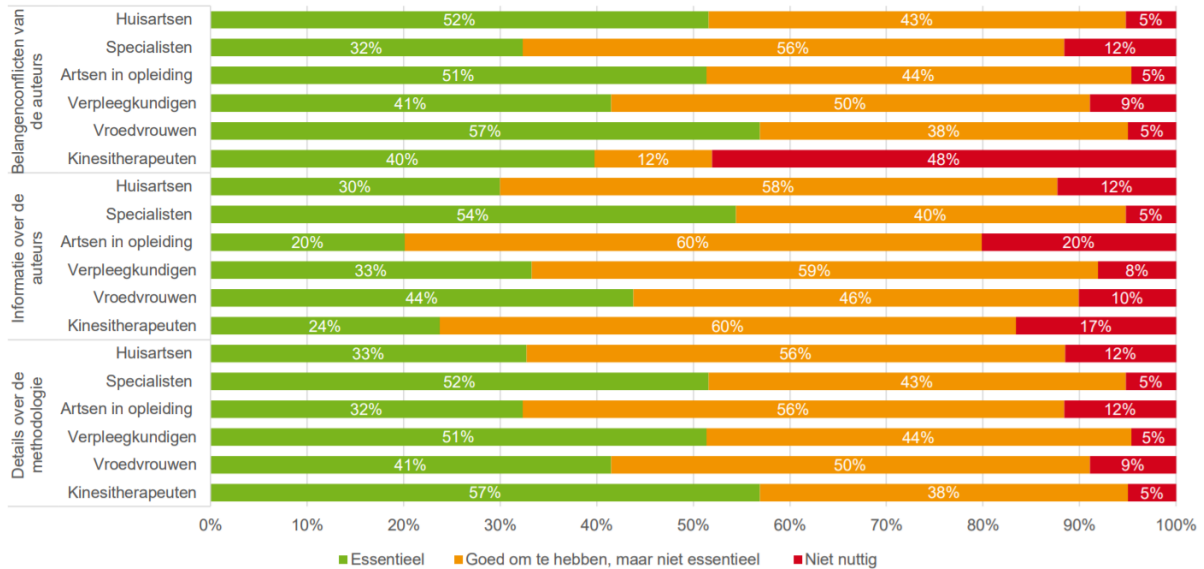
Grafiek 94: Interesse voor vermelding van methodologische details

### Vergelijking met andere beroepen

Meer dan de helft van de vroedvrouwen (57%) en huisartsen (52%) vindt de vermelding van de belangenconflicten essentieel. Bijna de helft van de kinesitherapeuten (48%) vindt deze info daarentegen nutteloos.

De andere beroepsgroepen vinden een vermelding van de auteurs eveneens nuttig, maar niet essentieel.

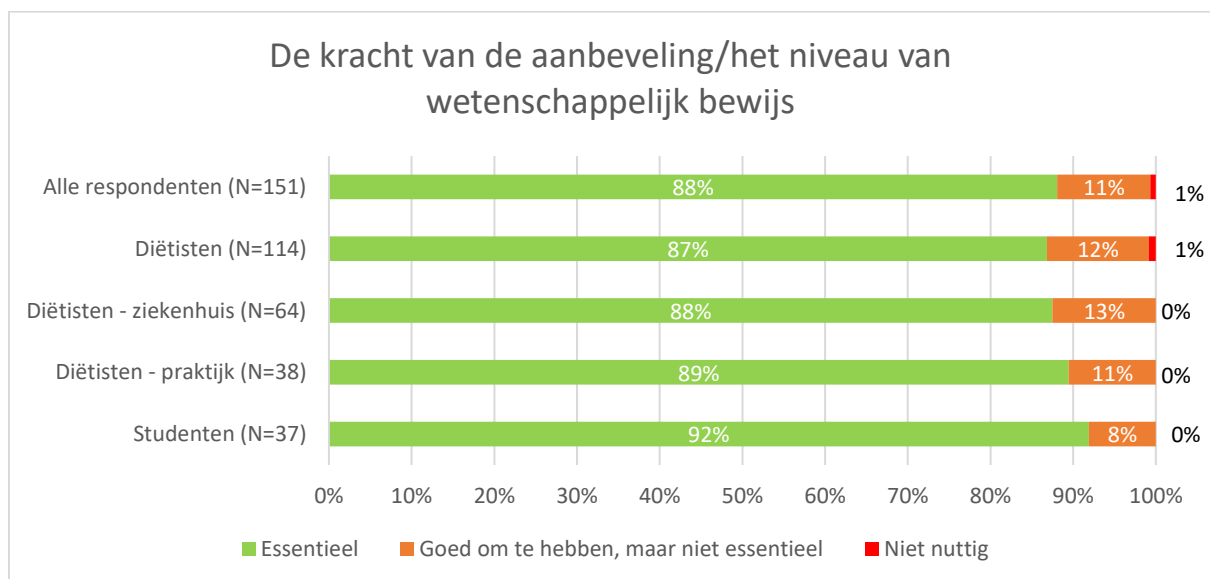
Ook verpleegkundigen (51%) en kinesitherapeuten (57%) beschouwen een gedetailleerde omschrijving van de gebruikte methodologie als essentieel. Huisartsen en vroedvrouwen vinden deze informatie nuttig, maar niet essentieel (respectievelijk 56% en 50%). (Benhamed et al. 2017)



Grafiek 95: Interesse van andere beroepen voor de vermelding van belangenconflicten, informatie over de auteurs en de methodologische details (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

▪ **Kracht van de aanbeveling/niveau van wetenschappelijk bewijs**

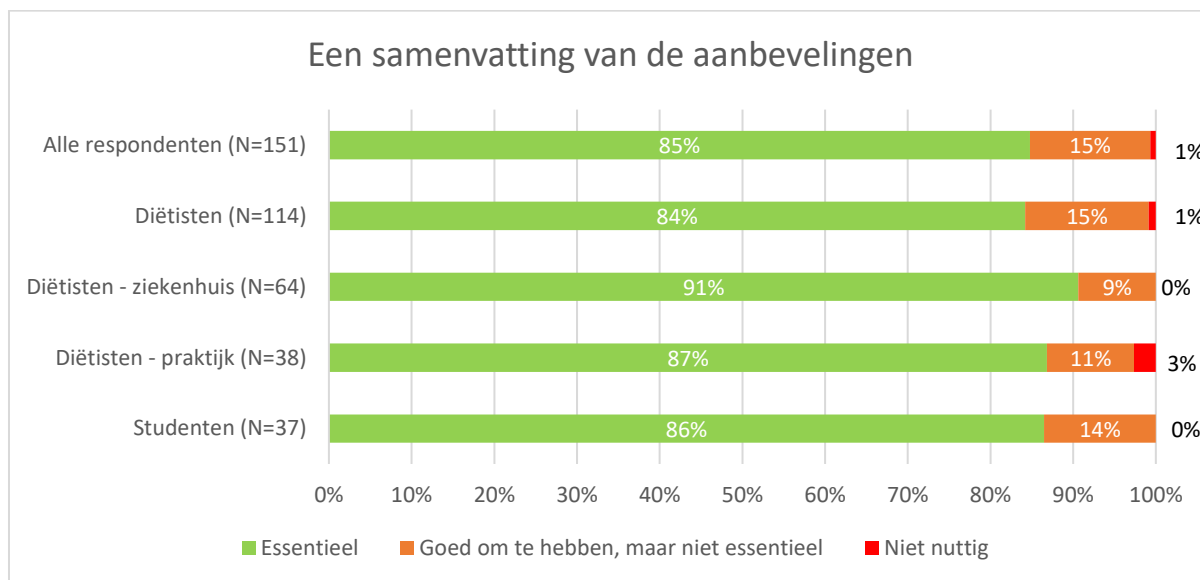
De meerderheid van de respondenten (88%) is het er over eens dat de weergave van de sterkte van de aanbevelingen en het niveau van bewijs essentieel is.



Grafiek 96: Interesse voor de bewijsniveaus en de kracht van de aanbevelingen

- **Samenvatting van de aanbevelingen**

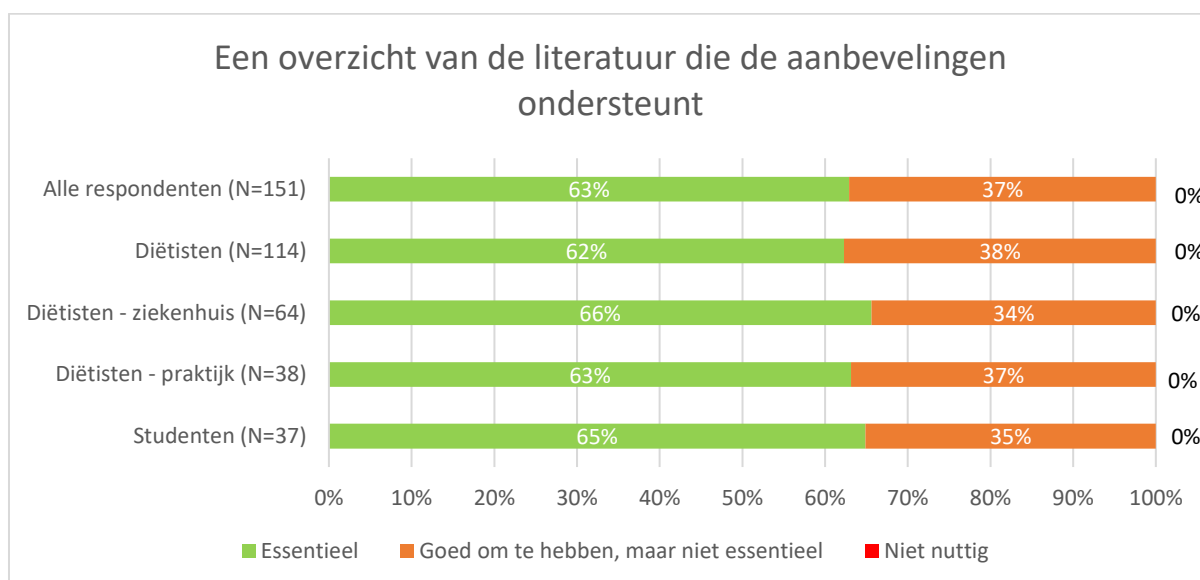
Ook een samenvatting van de aanbevelingen wordt door de meeste respondenten (85%) als essentieel beschouwd.



Grafiek 97: Interesse voor de samenvatting van de aanbevelingen

- **Overzicht van de literatuur die de aanbevelingen ondersteunt**

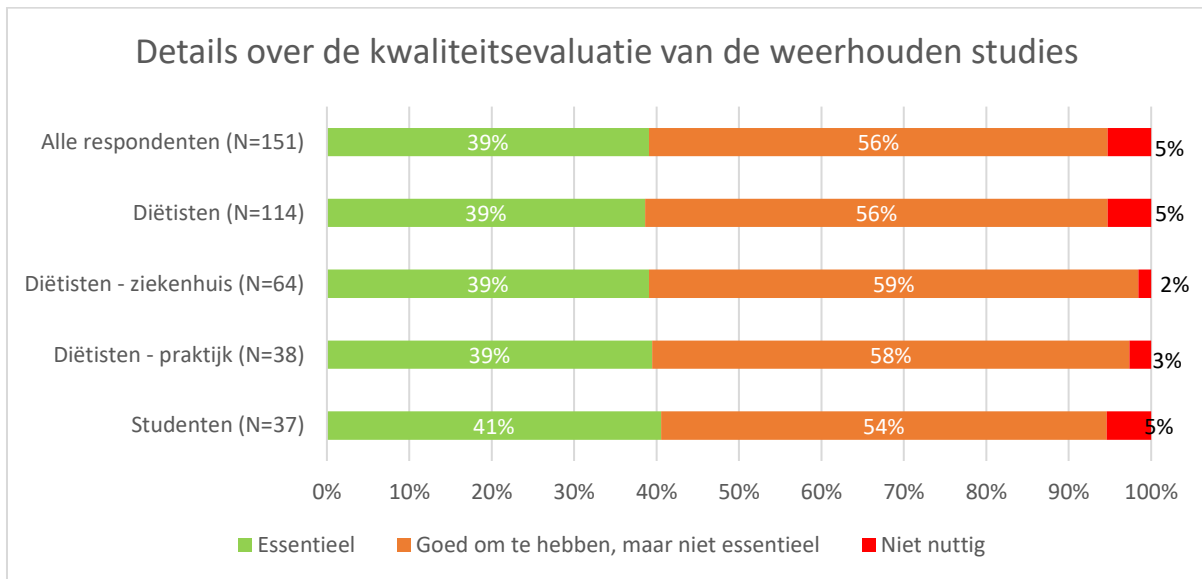
Ongeveer twee derde (63%) van de respondenten vindt een overzicht van de geanalyseerde literatuur essentieel. Geen enkele respondent vindt een overzicht niet nuttig.



Grafiek 98: Interesse voor een overzicht van de literatuur

- **Details over de kwaliteitsevaluatie van de weerhouden studies**

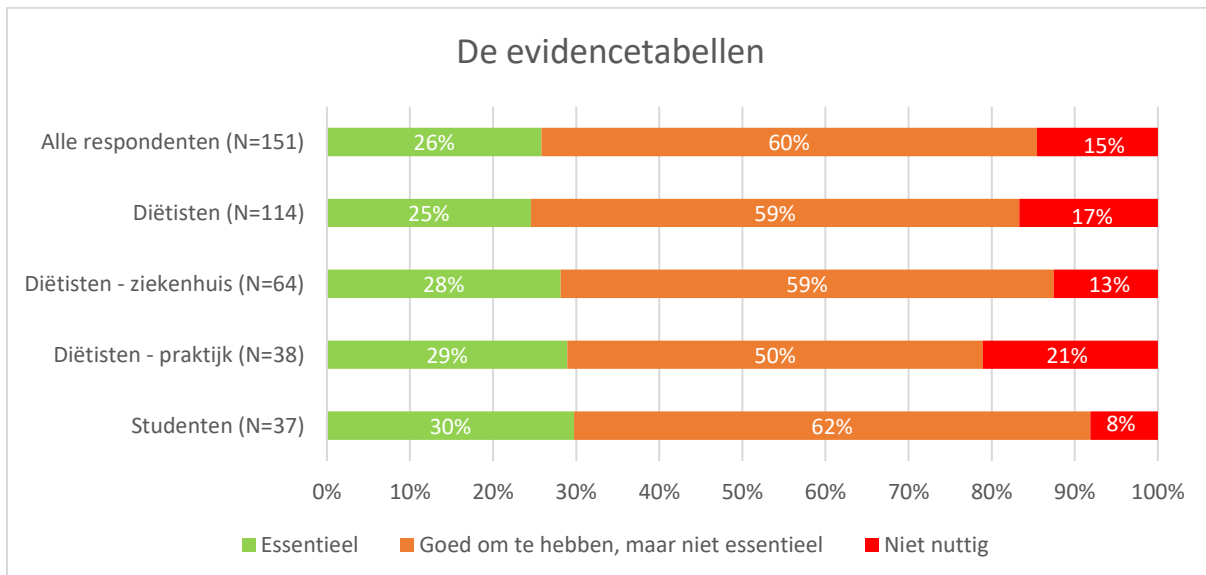
De kwaliteitsevaluatie wordt door de deelnemers aan de bevraging als nuttig maar niet essentieel beschouwd (56%).



Grafiek 99: Interesse voor details over de selectie van de studies

- **Evidencetabellen**

Evidencetabellen worden eveneens als nuttig maar niet-essentieel beschouwd (60%). Een vijfde (21%) van de diëtisten werkzaam in een praktijk vindt dit niet nuttig.



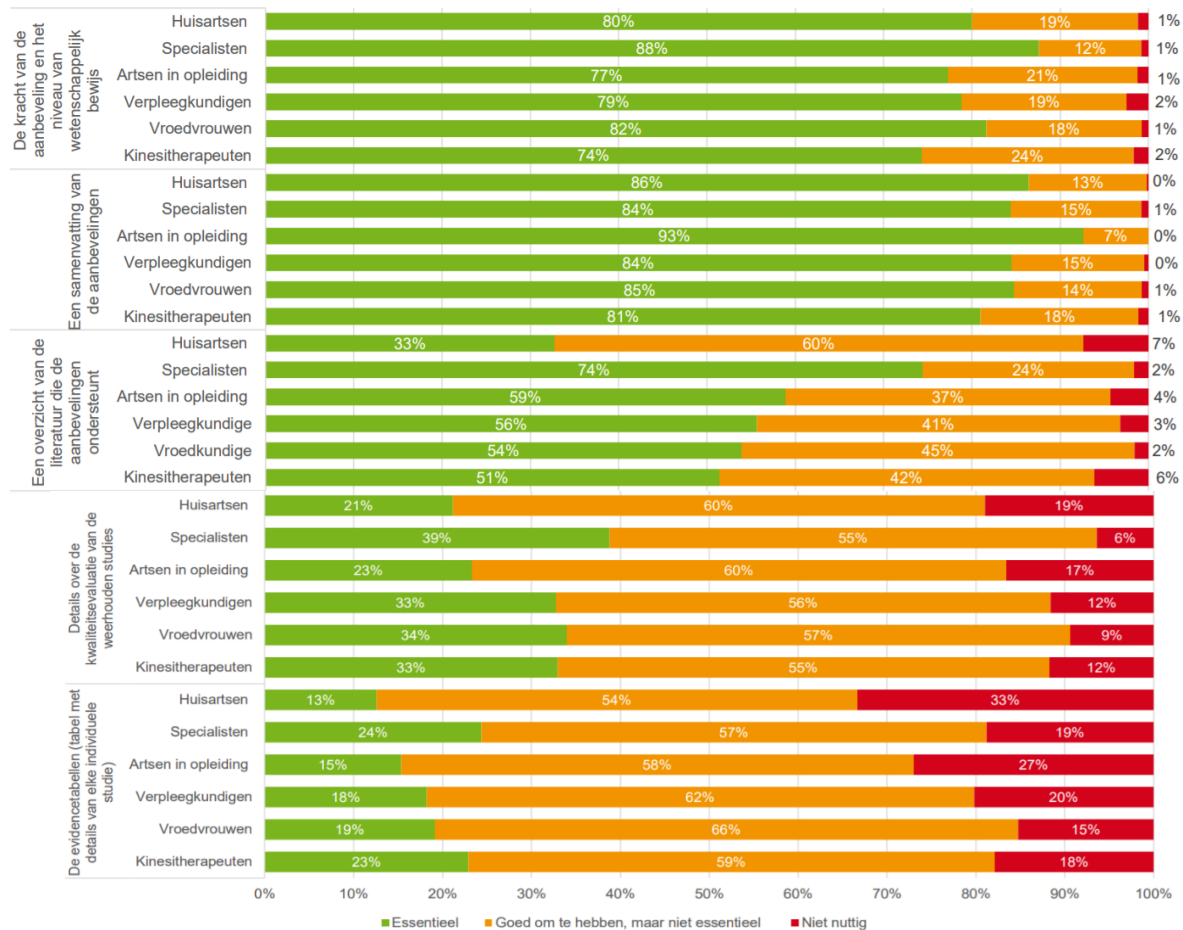
Grafiek 100: Interesse voor de evidence tabellen

## Vergelijking met andere beroepen

De kracht van aanbevelingen, het niveau van wetenschappelijk bewijs en een samenvatting van de aanbevelingen worden ook door de andere beroepen eveneens als essentieel beschouwd.

Meer dan de helft van de andere beroepen vindt een overzicht van de geanalyseerde literatuur essentieel, met uitzondering van de huisartsen. Zij vinden dit nuttig maar niet essentieel.

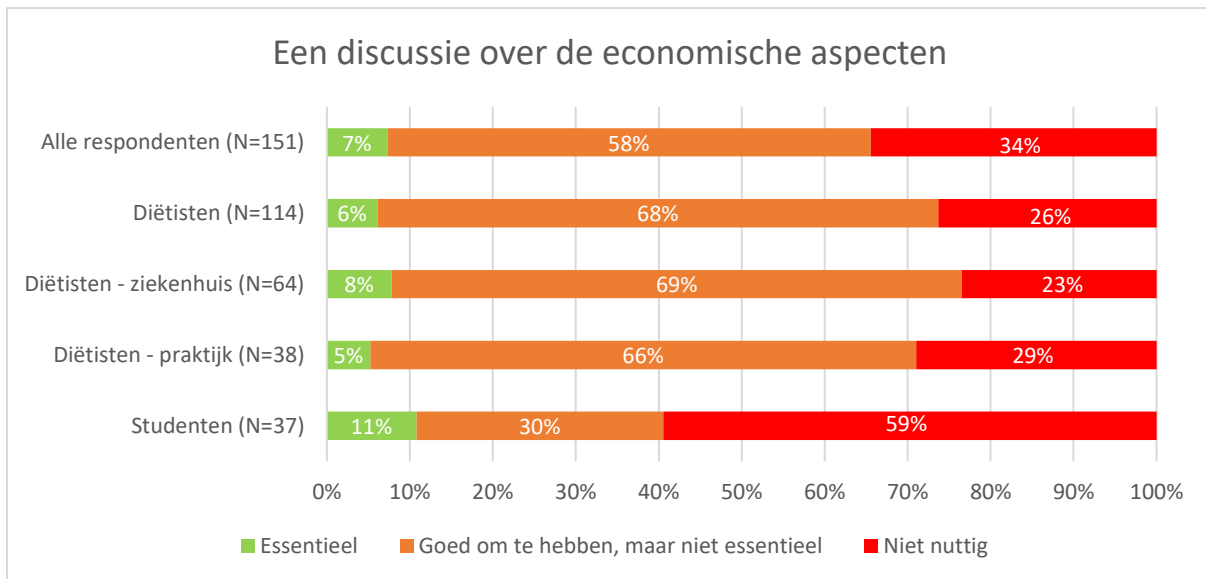
De andere beroepen zijn het er mee eens dat details van kwaliteitsevaluaties en evidencetabellen nuttig maar niet essentieel zijn.



Grafiek 101: Interesse voor de bewijsniveaus en de kracht van de aanbevelingen, een samenvatting van de aanbevelingen, een overzicht van de literatuur, de details over de selectie van de studies en de evidencetabellen bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

### ▪ Discussie over de economische aspecten

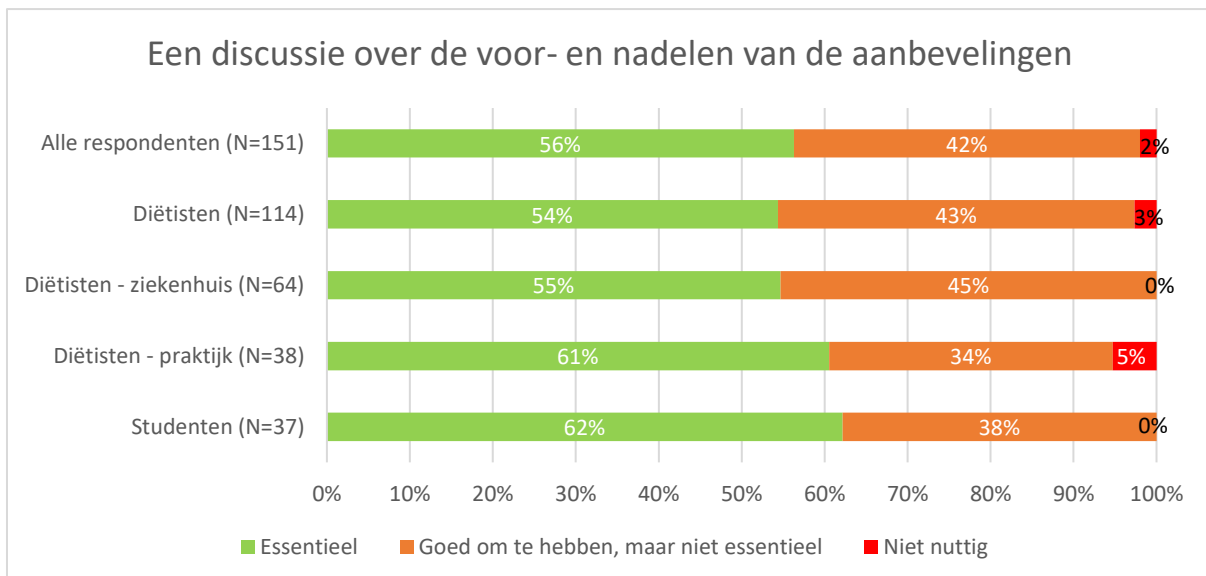
Meer dan de helft van de diëtisten (58%) beschouwt een discussie over de economische aspecten als nuttig, maar niet-essentieel. 59% van de studenten vindt dit niet nuttig.



Grafiek 102: Interesse voor een discussie over de economische aspecten

- **Discussie over de voor- en nadelen van de aanbevelingen**

Een bespreking van de voor- en nadelen van de aanbevelingen wordt door meer dan de helft van de respondenten (56%) als nuttig beschouwd.

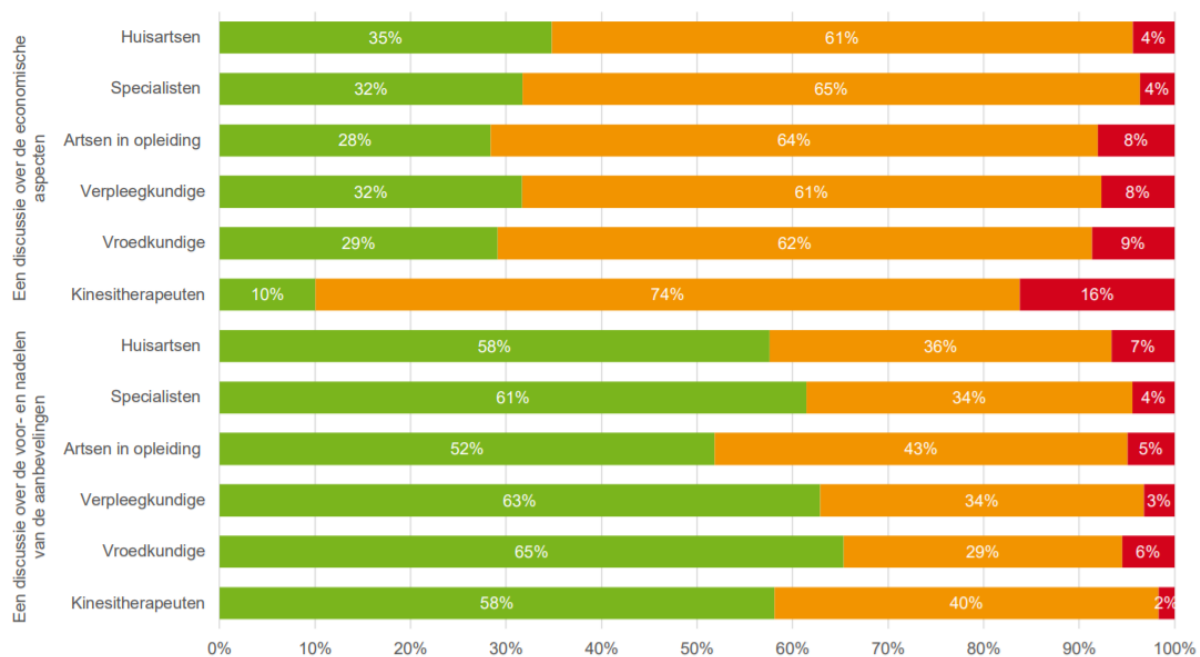


Grafiek 103: Interesse voor een discussie over de voor- en nadelen van de aanbevelingen

### Vergelijking met andere beroepen

Net als diëtisten vinden andere beroepen de economische gevolgen van de aanbevelingen nuttig, maar niet-essentieel.

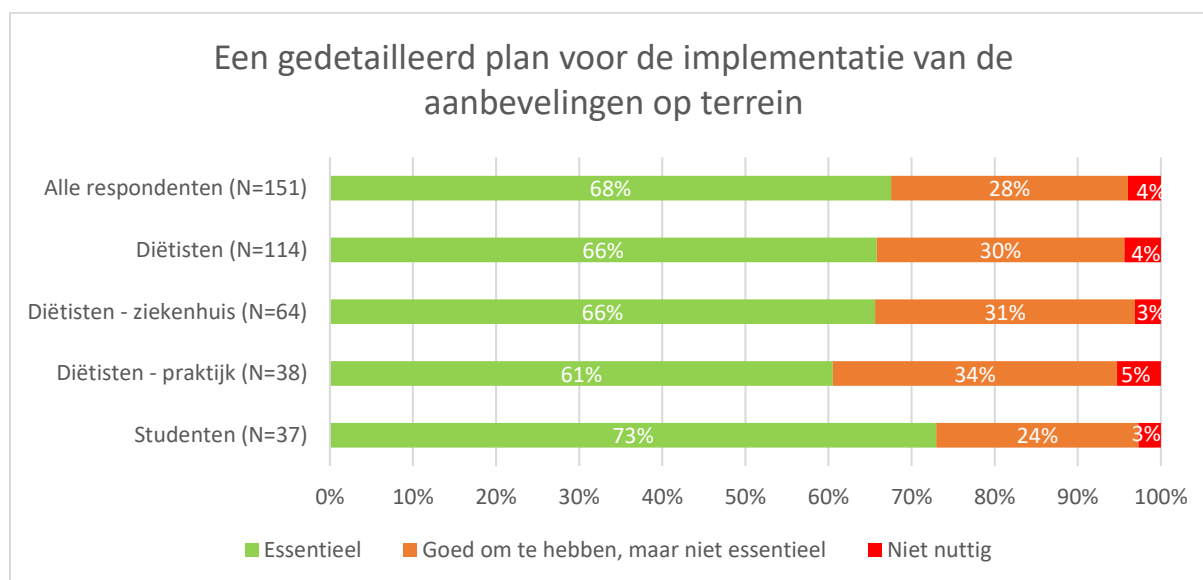
Meer dan de helft van de andere beroepen vindt een analyse van de voor- en nadelen essentieel.



Grafiek 104: Interesse voor een discussie over de economische aspecten en de voor- en nadelen van de aanbevelingen bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

- **Gedetailleerd plan voor de implementatie van de aanbevelingen op terrein**

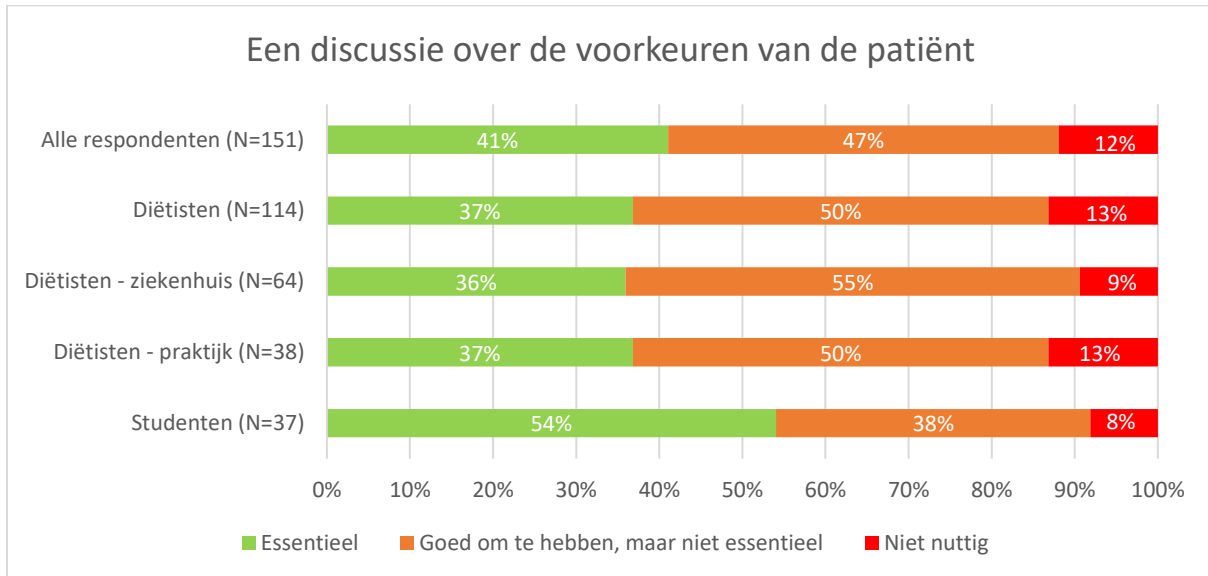
De meerderheid van de respondenten (68%) vindt een plan voor implementatie essentieel. Het zijn voornamelijk de studenten die dit essentieel vinden (73%).



Grafiek 105: Interesse voor een gedetailleerd plan voor de implementatie van de aanbevelingen op terrein

▪ **Discussie over de voorkeuren van de patiënt**

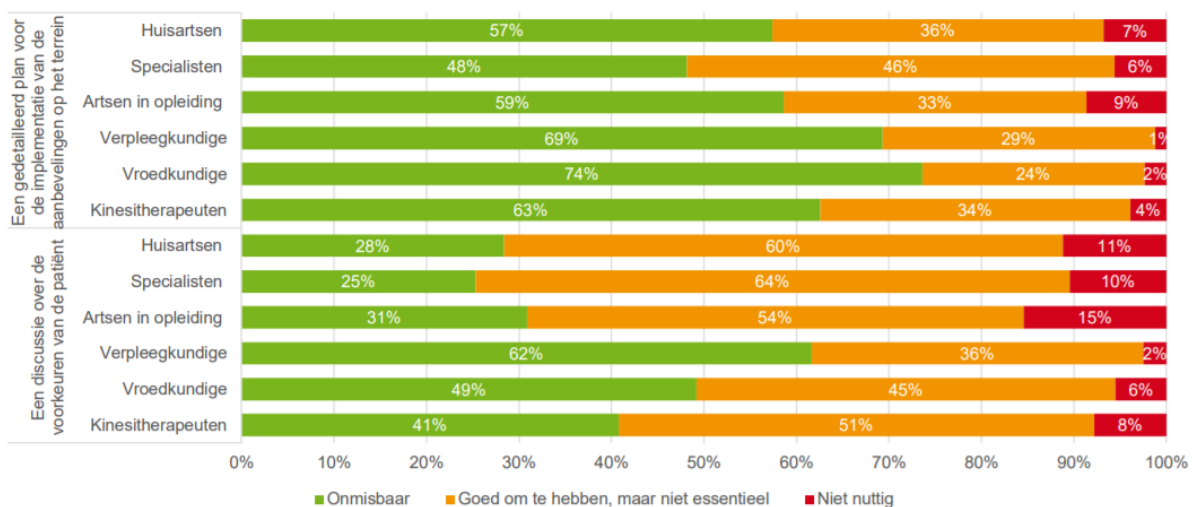
De respondenten beschouwen een discussie over de voorkeuren van de patiënt als nuttig maar niet essentieel (47%). Meer dan de helft (54%) van de studenten daarentegen vindt dit een essentieel onderdeel van een richtlijn.



Grafiek 106: Interesse voor een discussie over de voorkeuren van de patiënt

**Vergelijking met andere beroepen**

Een gedetailleerd plan voor de implementatie van de aanbevelingen wordt door de andere beroepen ook als essentieel beschouwd. Huisartsen, specialisten, artsen in opleiding en kinesitherapeuten vinden net als diëtisten dat een discussie over de voorkeuren van de patiënt nuttig is maar niet-essentieel. In overeenstemming met de diëtisten in opleiding beschouwen verpleegkundigen en vroedkundigen dit als een essentieel onderdeel.

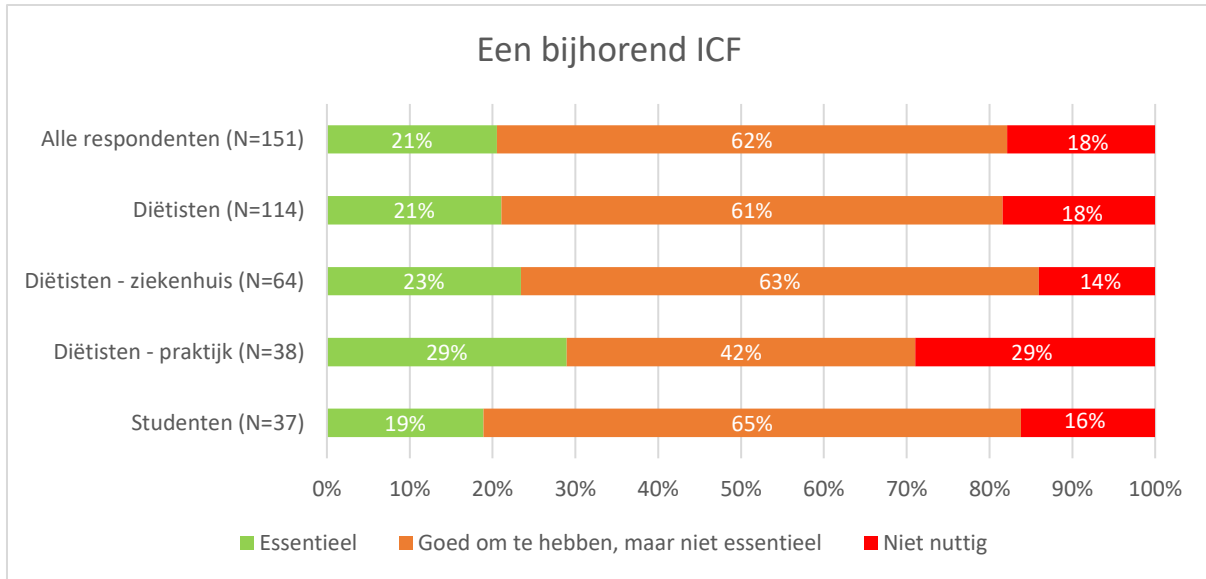


Grafiek 107: Interesse voor een gedetailleerd plan voor de implementatie van de aanbevelingen en een discussie over de voorkeuren van de patiënt bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)



- **ICF**

Een ICF toegevoegd aan een richtlijn wordt als nuttig, maar niet-essentieel beschouwd.

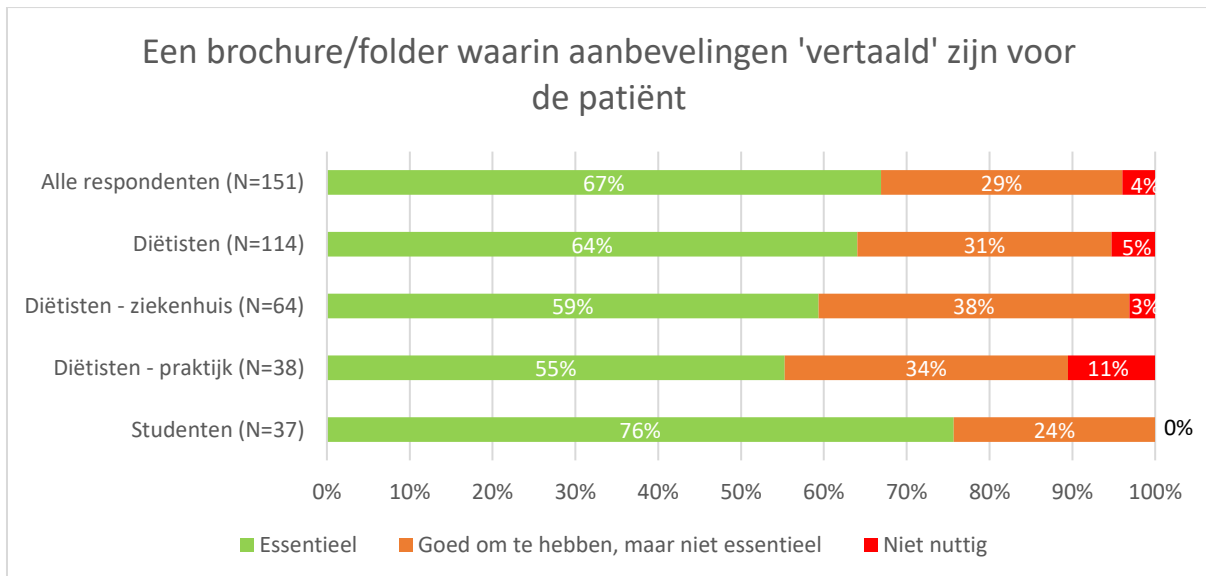


Grafiek 108: Interesse voor een bijhorend ICF

#### 4.3.11 Hulpmiddelen die het gebruik van richtlijnen aanmoedigen

- **Brochure/folder waarin aanbevelingen vertaald zijn voor de patiënt**

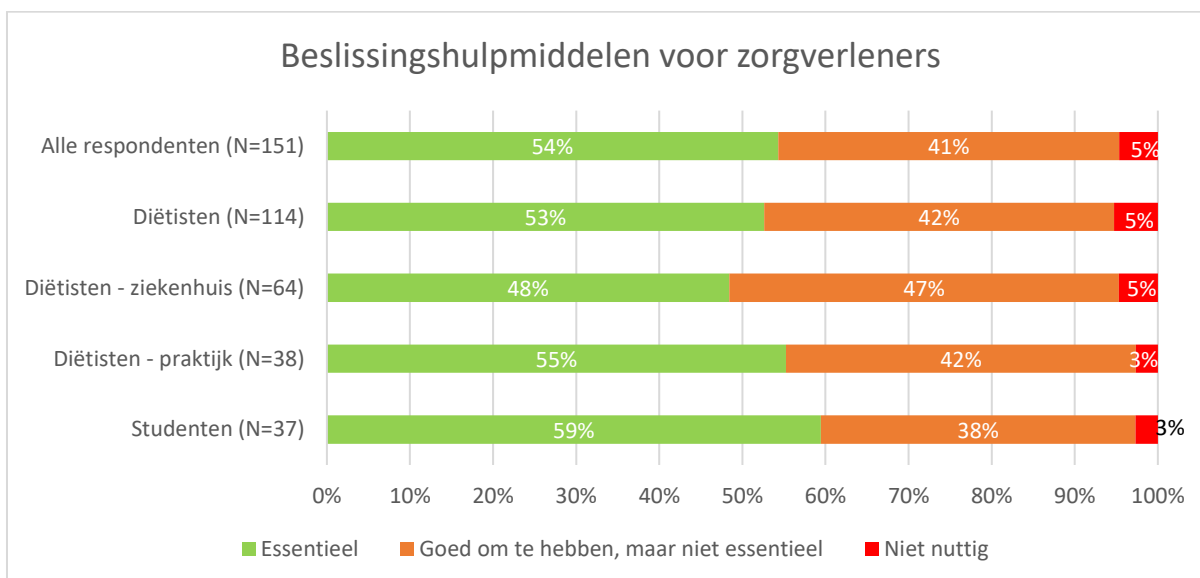
Een vertaling voor de patiënt wordt door de meerderheid van de respondenten als essentieel beschouwd (67%). Vooral studenten ervaren dit als essentieel (76%).



Grafiek 109: Interesse voor een brochure/folder waarin aanbevelingen vertaald zijn voor de patiënt

- **Beslissingshulpmiddelen voor zorgverleners**

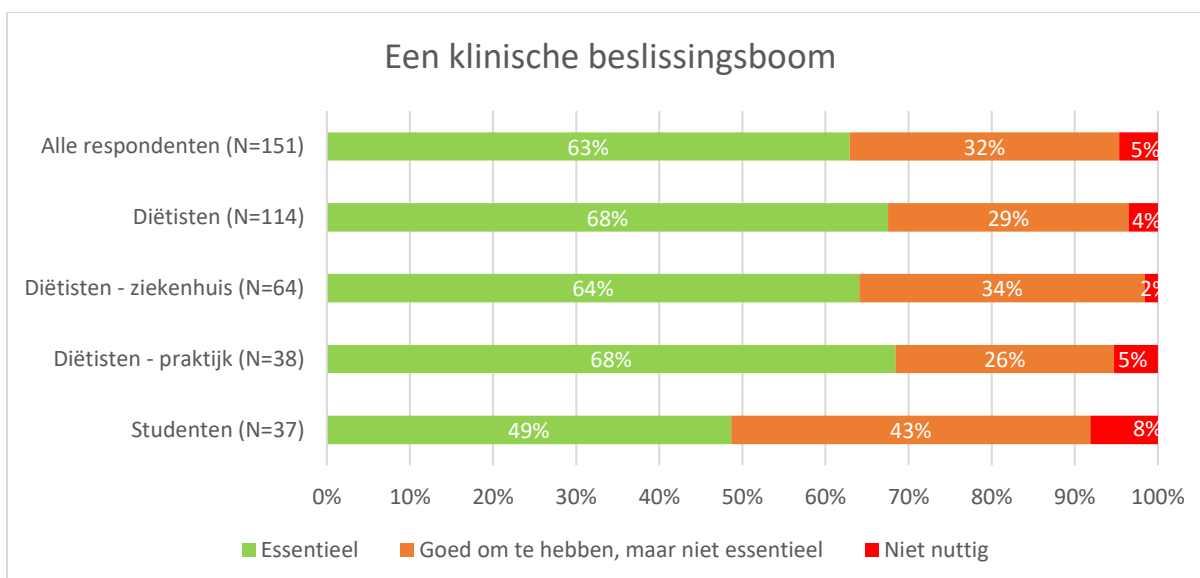
Ongeveer de helft van de respondenten (54%) vindt een toevoeging van beslissingshulpmiddelen voor zorgverleners aan een richtlijn essentieel.



Grafiek 110: Interesse voor beslissingshulpmiddelen voor zorgverleners

- **Klinische beslissingsboom**

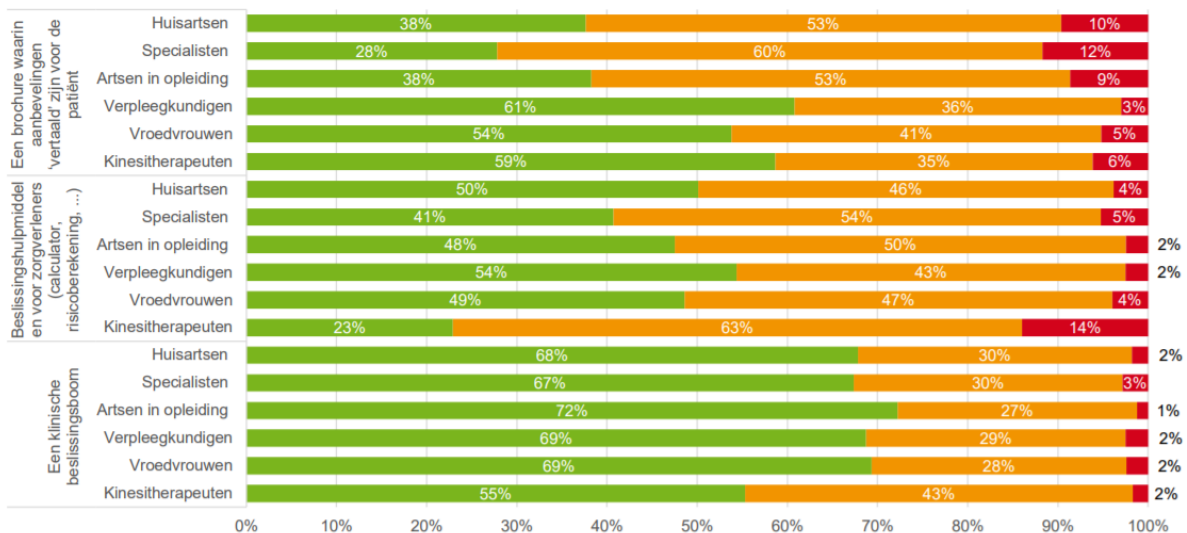
Een klinische beslissingsboom wordt door ongeveer twee derde van de respondenten (63%) als essentieel beschouwd. Werkende diëtisten (68%) beschouwen dit eerder als essentieel dan studenten (49%).



Grafiek 111: Interesse voor een klinische beslissingsboom

## Vergelijking met andere beroepen

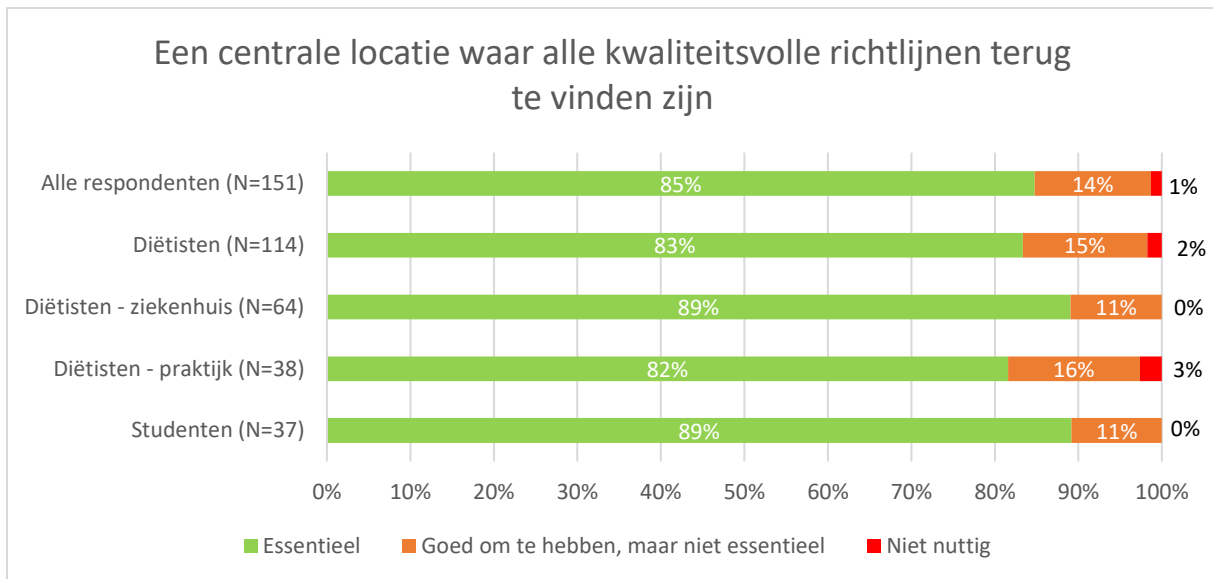
De interesse voor een bijhorend ICF werd niet bevestigd door het KCE. Net als diëtisten, beschouwen verpleegkundigen, vroedvrouwen en kinesitherapeuten brochures met patiëntinformatie als een essentieel hulpmiddel. Artsen (in opleiding) vinden dit nuttig, maar niet-essentieel. Ongeveer de helft van de andere beroepen beschouwt een beslissingshulpmiddel als essentieel. Net als bij diëtisten beschouwt de meerderheid van de andere professionals een klinische beslissing als een essentieel onderdeel van een richtlijn.



Grafiek 112: Interesse voor een brochure waarin aanbevelingen vertaald zijn voor de patiënt, beslissingshulpmiddelen voor zorgverleners en een klinische beslissingsboom bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

### Centrale locatie richtlijnen

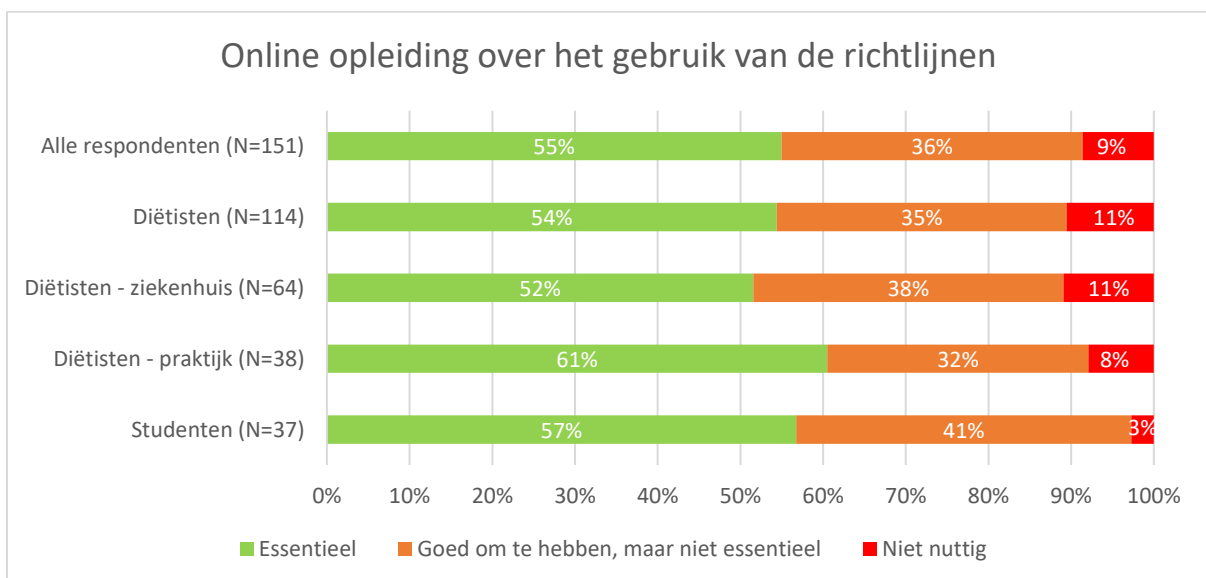
De meerderheid van de respondenten (85%) vindt het essentieel dat er een centrale locatie is waar alle kwaliteitsvolle richtlijnen terug te vinden zijn.



Grafiek 113: Interesse voor een centrale locatie waar alle kwaliteitsvolle richtlijnen terug te vinden zijn

- **Online opleiding voor gebruik richtlijnen**

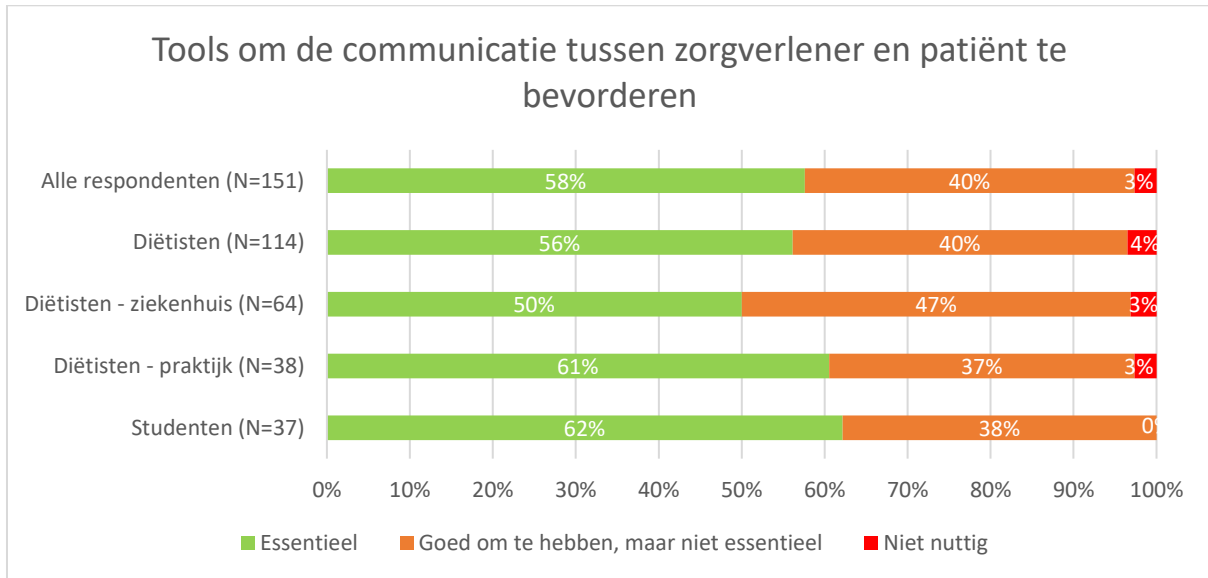
Online opleidingen voor het gebruik van richtlijnen worden door meer dan de helft van de respondenten (55%) als essentieel beschouwd.



Grafiek 114: Interesse voor online opleiding voor het gebruik van richtlijnen

▪ **Tools om communicatie tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen**

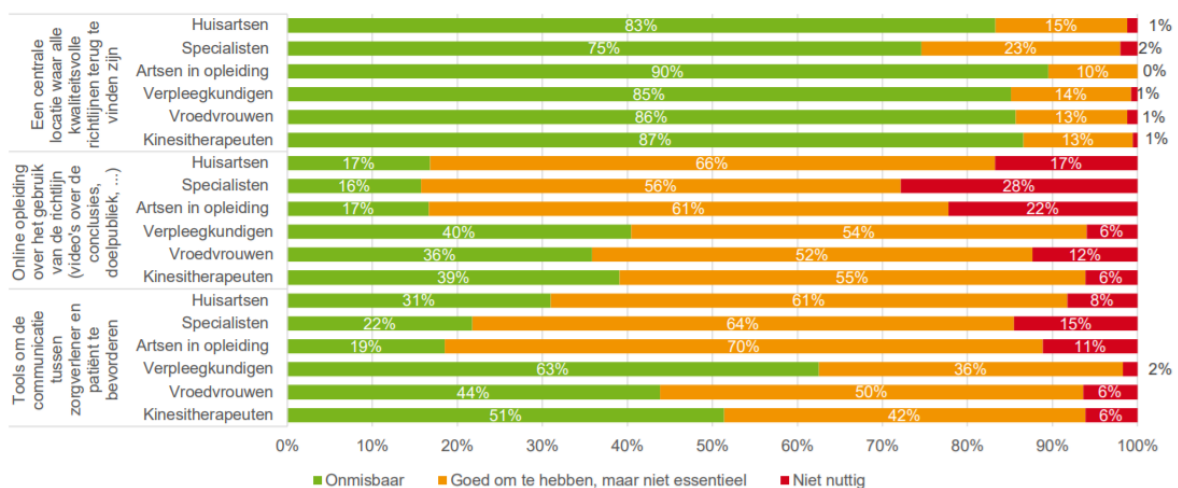
Meer dan de helft van de respondenten (58%) beschouwt tools om de communicatie tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen als essentieel. Door diëtisten werkzaam in een praktijk (61%) wordt dit meer als essentieel gezien dan ziekenhuisdiëtisten (50%).



Grafiek 115: Interesse voor tools om de communicatie tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen

**Vergelijking met andere beroepen**

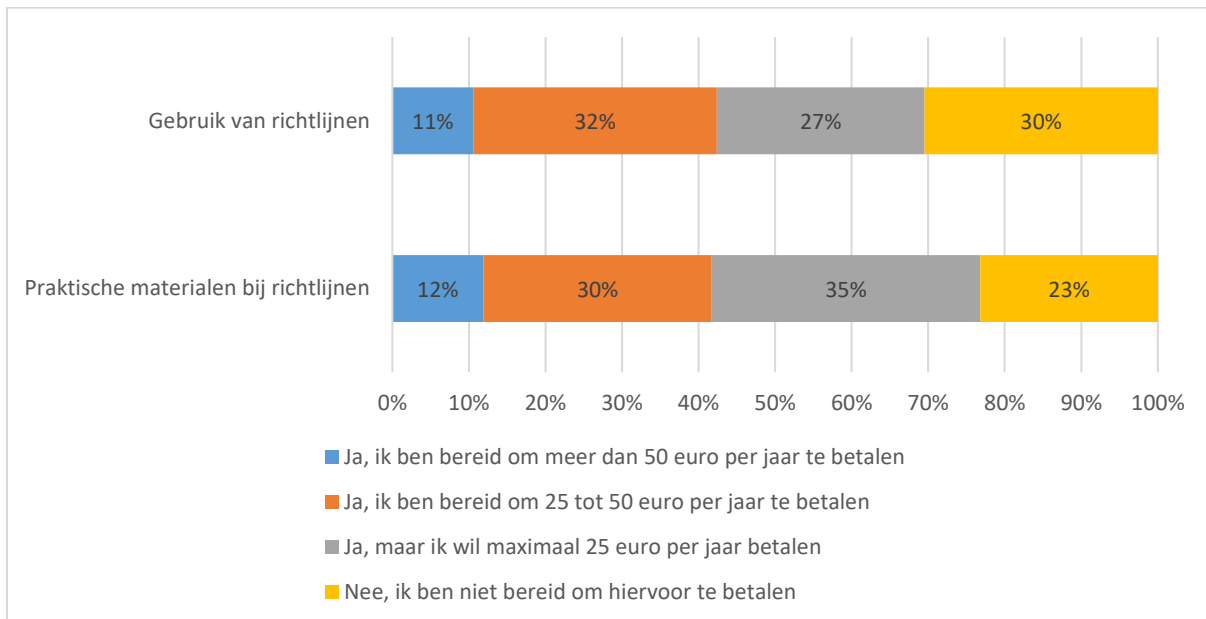
Alle beroepen zijn voorstander van een centrale locatie waarop kwaliteitsvolle richtlijnen zijn samengebracht. In tegenstelling tot de diëtisten, wordt een online opleiding door de andere beroepsgroepen enkel als nuttig beschouwd. Ook de verpleegkundigen en kinesitherapeuten vinden communicatie-bevorderende tools essentieel. Voor de andere beroepen zijn deze nuttig, maar niet-essentieel.



Grafiek 116: Interesse voor een centrale locatie waar alle kwaliteitsvolle richtlijnen terug te vinden zijn, online opleiding over het gebruik van de richtlijn en tools om de communicatie tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen bij andere beroepen (overgenomen van Benhamed et al. 2017)

#### 4.3.12 Bereidheid tot betalen vergoeding

Respectievelijk 70% en 77% van de respondenten is bereid om een vergoeding te betalen voor het gebruik van richtlijnen en praktische materialen bij richtlijnen.



*Grafiek 117: Bereidheid tot betalen van een vergoeding voor het gebruik van richtlijnen en praktische materialen*

## 5. Discussie

### 5.1 Sterktes en zwaktes

Deze studie omvat, tot zover wij weten, de eerste grootschalige bevraging bij Belgische diëtisten omtrent EBP. De bevraging werd grotendeels samengesteld op basis van reeds bestaande gevalideerde vragenlijsten. Door inzicht te krijgen in onder andere de attitudes en barrières voor de toepassing van EBP, kan gericht actie ondernomen worden om de toepassing van EBP bij Belgische diëtisten te bevorderen.

Er zijn echter ook enkele beperkingen aan deze studie. Mogelijks werden een aantal vragen sociaal wenselijk beantwoord. De neiging tot sociaal wenselijke antwoorden werd verminderd doordat de vragenlijst anoniem was. Bij de bevraging van de EBP-termen werd er niet getoetst of de respondenten die aangaven het begrip te kennen, dit wel degelijk correct konden omschrijven. Daarnaast bestond de vragenlijst voornamelijk uit gesloten vragen, wat ertoe kan leiden dat een vraag of antwoordoptie op andere manieren geïnterpreteerd wordt door verschillende respondenten. Bij de begrippen 'evidence-based practice' en 'klinische dieetrichtlijn' werd een definitie weergegeven om misinterpretatie te voorkomen. Tot slot bestaat er een kans dat de vragenlijst werd ingevuld door diëtisten die reeds enige interesse hebben in evidence-based practice, wat voor een vertekening van de resultaten kan zorgen.

## 5.2 Implicaties

De meerderheid van de diëtisten heeft een positieve attitude ten aanzien van EBP en is bereid om zijn vaardigheden hieromtrent te verbeteren. Er zijn echter heel wat barrières die de toepassingen van EBP in de dagelijkse beroepsuitoefening verhinderen. Daarom worden enkele suggesties voorgesteld om de toepassing van EBP bij diëtisten te faciliteren.

Ten eerste wordt er aangeraden om opleidingen rond evidence-based practice voor diëtisten te voorzien. Via deze opleidingen kan de kennis over EBP en databanken verbeteren, en kunnen handvaten aangereikt worden voor de implementatie van EBP in de beroepspraktijk. In verdere studies kan er onderzocht worden op welke manier deze opleidingen idealiter aangeboden worden. In deze studie gaven respondenten hun voorkeur voor e-modules en navormingen reeds aan.

Daarnaast wordt er aangeraden om richtlijnen en literatuur op één plaats te verzamelen, en toegankelijk te maken voor alle diëtisten. Ook het aanbod van Belgische richtlijnen dient verhoogd te worden. Bij de ontwikkeling van richtlijnen dient er rekening gehouden te worden met de voorkeuren van diëtisten: weergave van een samenvatting van de resultaten, de vermelding van de wetenschappelijke bewijskracht, een implementatieplan, patiëntmateriaal en een klinische beslissingsboom.

## 6. Conclusie

Deze studie onderzocht de attitudes ten aanzien van, de toepassing van en de barrières voor evidence-based handelen en het gebruik van klinische dieetrichtlijnen. Hier inzicht in krijgen is de eerste stap voor het bevorderen van EBP in het dagelijks functioneren van diëtisten.

De respondenten toonden een sterke interesse in evidence-based practice. Een groot deel van de diëtisten heeft daarentegen het gevoel dat er wetenschappelijk bewijs ontbreekt in de voedingsadviezen die ze geven. De voornaamste hindernissen voor de toepassing van evidence-based practice zijn tijdsgebrek, het niet verzameld zijn van de literatuur op één plaats, de onmogelijkheid om van alles op de hoogte te zijn en het gebrek aan toegang tot EB bronnen. Daarnaast zoeken diëtisten voornamelijk naar antwoorden op klinische vragen bij collega's. De kennis van wetenschappelijke databanken is zeer laag.

De meerderheid van de respondenten is vertrouwd met klinische dieetrichtlijnen. Bijna een derde van de diëtisten vindt echter dat er onvoldoende richtlijnen beschikbaar zijn. Bovendien weten ze niet waar ze richtlijnen kunnen vinden. Er is nood aan één locatie waarop literatuur en richtlijnen verzameld zijn. Richtlijnen bevatten bij voorkeur een samenvatting van de resultaten, de vermelding van de wetenschappelijke bewijskracht, een implementatieplan, patiëntmateriaal en een klinische beslissingsboom.

De meerderheid van de diëtisten is bereid om zijn vaardigheden omtrent EBP te verbeteren. Om de toepassing van EBP en het gebruik van richtlijnen bij diëtisten te faciliteren, wordt er aanbevolen om opleidingen omtrent EBP te voorzien, richtlijnen en literatuur te verzamelen op één locatie en het aanbod van richtlijnen te vergroten, hierbij rekening houdend met de voorkeuren van diëtisten.

## 7. Kernboodschappen

### Kernboodschappen EB handelen

- 85% van de respondenten is overtuigd van het belang van EB handelen
- 55% van de respondenten raadpleegt minstens wekelijks literatuur
- De voornaamste opzoektools om een antwoord te zoeken op klinische vragen zijn collega's, handboeken, vaktijdschriften en online zoekrobots
- Wetenschappelijke databanken zijn niet goed gekend
- 45% van de werkende diëtisten heeft het gevoel dat er wetenschappelijk bewijs ontbreekt in de voedingsadviezen die zij geven
- De voornaamste hindernissen voor de toepassing evidence-based practice zijn tijdsgebrek, het niet verzameld zijn van de literatuur op één plaats, de onmogelijkheid om van alles op hoogte te zijn en het gebrek aan toegang tot EB bronnen
- 85% van de respondenten wil zijn kennis en vaardigheden om EB toe te passen verbeteren

### Kernboodschappen klinische dieetrichtlijnen

- 74% van de respondenten is vertrouwd met klinische dieetrichtlijnen
- 11% van de respondenten heeft nog nooit van dieetrichtlijnen gehoord
- 15% van de werkende diëtisten en 41% van de studenten die vertrouwd zijn met richtlijnen gebruikt minder dan jaarlijks richtlijnen
- De voornaamste redenen van niet-gebruikers voor het niet gebruiken van richtlijnen zijn niet weten waar ze te vinden, tijdsgebrek, op de hoogte zijn via congressen/literatuur en het onvoldoende specifiek zijn van richtlijnen
- 30% van de respondenten die vertrouwd zijn met richtlijnen, vindt dat er onvoldoende richtlijnen beschikbaar zijn
- De voornaamste noden met betrekking tot dieetrichtlijnen zijn een samenvatting van de resultaten, de vermelding van de wetenschappelijke bewijskracht, een implementatieplan, patiëntmateriaal, een klinische beslissingsboom en het verzameld zijn van richtlijnen op één locatie

## 8. Literatuurlijst

Benhamed N., Adriaenssens J., Christiaens W., Paulus D., (2017) Naar een aanpassing van de KCE richtlijnen aan de behoeften van gebruikers. Synthese. KCE report 284 As

Byham-Gray, L. D., Gilbride, J. A., Dixon, L. B., & Stage, F. K. (2005). Evidence-based practice: What are dietitians' perceptions, attitudes, and knowledge?. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(10), 1574-1581.



- Byham-Gray, L. D., Gilbride, J. A., Dixon, L. B., & Stage, F. K. (2006). Predictors for research involvement among registered dietitians. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(12), 2008-2015.
- Chiu, Y. W., Weng, Y. H., Wahlqvist, M. L., Yang, C. Y., & Kuo, K. N. (2012). Do registered dietitians search for evidence-based information? A nationwide survey of regional hospitals in Taiwan. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 21(4), 630-637.
- Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen (2017). Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België. Geraadpleegd op 2 mei 2018 via: [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan\\_2017\\_nl.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2017_nl.pdf)
- Dougherty, C. M., Burrowes, J. D., & Hand, R. K. (2015). Why Registered Dietitian Nutritionists Are Not Doing Research—Perceptions, Barriers, and Participation in Research from the Academy's Dietetics Practice-Based Research Network Needs Assessment Survey. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(6), 1001-1007.
- Heiwe, S., Kajermo, K. N., Tyni-Lenné, R., Guidetti, S., Samuelsson, M., Andersson, I. L., & Wengström, Y. (2011). Evidence-based practice: attitudes, knowledge and behaviour among allied health care professionals. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(2), 198-209.
- Howard, A. J., Ferguson, M., Wilkinson, P., & Campbell, K. L. (2013). Involvement in research activities and factors influencing research capacity among dietitians. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26, 180-187.
- International Confederation of Dietetic Associations. (2010). Evidence-based dietetics practice. Opgehaald op 4 juli 2018, van <http://www.internationaldietetics.org/international-standards/evidence-based-dietetics-practice.aspx>
- McColl, A., Smith, H., White, P., & Field, J. (1998). General practitioners perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *Bmj*, 316(7128), 361-365.
- Metcalfe, C., Lewin, R., Wisher, S., Perry, S., Bannigan, K., & Moffett, J. K. (2001). Barriers to implementing the evidence base in four NHS therapies: dietitians, occupational therapists, physiotherapists, speech and language therapists. *Physiotherapy*, 87(8), 433-441.
- Sadeghi-Bazargani, H., Tabrizi, J. S., & Azami-Aghdash, S. (2014). Barriers to evidence-based medicine: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 20(6), 793-802.
- Taylor, M. A. (1998). Evidence-based practice: are dietitians willing and able?. *Journal of human nutrition and dietetics*, 11(6), 461-472.
- The Association of UK dietitians. (z.j.). Practice Guidance. Opgehaald op 9 juli 2018, van [https://www.bda.uk.com/professional/practice/practice\\_guidance/home](https://www.bda.uk.com/professional/practice/practice_guidance/home)
- Thomas, D. E., Kukuruzovic, R., Martino, B., Chauhan, S. S., & Elliott, E. J. (2003). Knowledge and use of evidence-based nutrition: a survey of paediatric dietitians. *Journal of human nutrition and dietetics*, 16(5), 315-322.
- Verstraeten, L., & Linssen, R. (2015). Evidence based practice bij kinesitherapeuten in Vlaanderen: een cross-sectioneel surveyonderzoek (Master's thesis, UHasselt).