

---

# Patiëntonderzoek PDSB

**VWBintermedical**

Februari 2009

Een onderzoek naar de ervaringen met Prikkelbare Darm  
Syndroom onder patiënten/ leden van de PDS  
Belangenvereniging (PDSB) als input voor een nieuwe  
multidisciplinaire behandelrichtlijn.

Client: PDSB

Contactpersoon: Mevr. Mr L.J. Stellingwerff Beintema

Research agency: VWBintermedical bv

Herculeslaan 24, 3584 AB Utrecht

Postbus 85448, 3584 AK Utrecht

Contactpersoon: Drs. Marieke Welters

E-mail: [info@vwbintermedical.com](mailto:info@vwbintermedical.com)

Website: <http://www.vwbintermedical.com>

# Inhoud

<b>Inhoud</b>		<b>2</b>
<b>1</b>	<b>samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>inleiding</b>	<b>6</b>
	2.1 Aanleiding	6
	2.2 Achtergrond	6
	2.3 Opzet en uitvoering	7
<b>3</b>	<b>Resultaten</b>	<b>9</b>
	3.1 Algemene gegevens en achtergrondkenmerken	9
	3.1.1 Respons	9
	3.1.2 Achtergrondkenmerken	9
	3.2 Klachtenpatroon, behandeling en levensstijl	11
	3.2.1. PDS-klachtenpatroon	11
	3.2.2 Behandeling	26
	3.2.3 Levensstijl	34
	3.3 Quality of Life	45
<b>4</b>	<b>Discussie</b>	<b>50</b>
	4.1 Onderzoekspopulatie	50
	4.2 Resultaten op deelgroepen	50
	4.3 Quality of Life	52
	4.3.1 Verschillen tussen mannen en vrouwen	53
	4.3.2 Verschillen tussen ontlastingspatronen	53
	4.3.3 Verschillen bij frequentie en ernst van buikpijn.	54
	4.4 Diagnose en behandeling	54
	4.5 Conclusies en aanbevelingen	56
<b>5.</b>	<b>literatuurlijst</b>	<b>57</b>
<b>6</b>	<b>bijlagen</b>	<b>58</b>
	6.1 Bijlage 1: vragenlijst	58
	6.2 Bijlage 2: open antwoorden	58
	6.3 Bijlage 3: tabellen	58
	<b>Bijlage 1: Brief en vragenlijst</b>	<b>59</b>

**Bijlage 2: open antwoorden**

**79**

**Bijlage 3: tabellen**

**90**

# 1 SAMENVATTING

Het Prikkelbare Darm Syndroom is een aandoening waarvan wel wordt aangenomen dat ongeveer 10 % van de bevolking hier in meer of mindere mate last van heeft. De complexiteit van de aandoening en het feit dat deze in veel verschillende vormen en maten van ernst voorkomt, maakt het echter onmogelijk om een accuraat incidentie- en prevalentiecijfer vast te stellen.

Het vaststellen van de aandoening is een traject waarmee men vaak langere tijd bezig is, en de diagnose wordt lang niet altijd gesteld. Het klachtenpatroon is per patiënt verschillend, evenals de bijkomende klachten en mogelijke oplossingen. Patiënten ervaren – naar het lijkt – een behoorlijke mate van frustratie en de aandoening heeft een grote impact op de ervaren kwaliteit van leven.

Op dit moment wordt door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), samen met de Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging (PDSB) en diverse andere partijen gewerkt aan het opstellen van een nieuwe, multidisciplinaire behandelrichtlijn, die moet leiden tot een snellere diagnose en een effectievere behandeling, die beter aansluit bij de ervaringen en wensen van de patiënten.

Om inzicht te verkrijgen in de ervaringen van de patiënten is een vragenlijst voorgelegd aan een deel van het ledenbestand van de PDSB. De respondenten ervaren sterk uiteenlopende klachten, waarbij kan worden geconcludeerd dat naast de darmklachten in zijn verschillende verschijningsvormen, enkele bijkomende klachten veel voorkomen. Er zijn lichte aanwijzingen dat de hormoonhuishouding een rol kan spelen bij het klachtenpatroon, hoewel hiervoor nader onderzoek nodig zal zijn.

PDS heeft een grote invloed op de kwaliteit van leven van patiënten, de mate waarin men kan reizen en werken, en het hebben van sociale contacten. Er is een zekere mate van onbegrip in de beleving van de patiënt, zowel vanuit de medische stand, als vanuit de sociale omgeving. De tevredenheid met onderzoek en diagnose is niet optimaal, en naast de reguliere behandeling zoekt men ook zelf naar oplossingen.

Oplossingen worden gezocht in de vorm van dieet, ontspanningsoefeningen, diarree remmers, supplementen en probiotica. Al deze oplossingen bieden tot op zekere hoogte verlichting – althans bij een deel van de respondenten.

Samenwerking tussen de verschillende medisch betrokkenen, een snellere diagnose en meer begrip zouden wellicht kunnen leiden tot een hoger ervaren kwaliteit van leven, hoewel een verlichting van de klachten uiteraard cruciaal zal zijn. Helaas lijkt de oplossing nog niet gevonden en zal elke patiënt zelf moeten zoeken naar het leefpatroon dat voor hem of haar de klachten het meest verlicht. Hierbij kan de behandelaar zeker een rol spelen, al is het door het geven van meer informatie en mogelijke oplossingen.

Er komen in dit onderzoek geen kant-en-klare oplossingen naar boven. Wel geeft het rapport meer inzicht in de verschillende elementen van de ziekte, en de verschillen tussen verschillende vormen van PDS. Dit inzicht zou de betrokken partijen kunnen helpen bij het opstellen van een behandelrichtlijn die meer aansluit bij de beleving van de respondent. Een eerste stap hierin zou kunnen liggen in het verbreiden van kennis en hulp bij acceptatie van de aandoening en het tonen van begrip voor de patiënt.

## **2 INLEIDING**

### **2.1 Aanleiding**

In 2008 heeft ZonMW (de Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie) een subsidie toegekend om een nieuwe, multidisciplinaire behandelrichtlijn op te stellen voor de behandeling van het Prikkelbare Darm Syndroom (PDS). Belanghebbende partijen binnen de projectgroep zijn onder andere het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging (PDSB).

Onderdeel van het opstellen van de nieuwe behandelrichtlijn is een gericht onderzoek onder patiënten met PDS naar hun belevingen en ervaringen, om de nieuwe behandelstandaard zo veel mogelijk te laten aansluiten bij de problematiek van de aandoening. Om inzichten te verkrijgen in de dagelijkse ervaringen van patiënten, en mogelijk nieuwe inzichten in achtergronden bij de aandoening heeft de PDSB opdracht gegeven aan VWBintermedical om een onderzoek uit te voeren onder haar leden.

Doel van het onderzoek is het verkrijgen van meer inzicht in de klachtenpatronen van PDS-patiënten, de huidige behandeling en de ervaringen hiermee. Een tweede onderzoeksdoelstelling is het verkrijgen van meer inzicht in achterliggende factoren bij PDS en de invloed van de aandoening op het sociale leven en de Quality of Life-standaard. De uitkomsten van het onderzoek dienen als input bij het opstellen van de nieuwe behandelrichtlijn en zullen de PDSB van meer informatie voorzien over het ziektebeeld, de achterliggende factoren en de invloed van de ziekte op het sociale leven.

### **2.2 Achtergrond**

De oorzaken van PDS zijn nog steeds onbekend. Daarom is de huidige behandeling meestal gestoeld op het verminderen van de symptomen. In 2007 is door de wetenschapswinkel Geneesmiddelen van de Universiteit van Utrecht een onderzoek uitgevoerd naar de gebruikerservaringen van zowel reguliere geneesmiddelen als andere geneeswijzen bij mensen met PDS.

In vergelijking met dit onderzoek uit 2007 is minder diep ingegaan op de medicamenteuze behandeling, maar is meer specifiek gevraagd naar de klachtenpatronen, ontlastingspatronen en is extra aandacht besteed aan factoren die invloed kunnen hebben op het klachtenpatroon, zoals hormonale veranderingen. Ook co-indicaties, behandeling en

ervaringen hiermee komen aan de orde. Verder is ingegaan op eetpatronen, invloed van roken en beweging en de invloed van PDS op de werksituatie en het sociale leven. De vragenlijst is afgesloten met de IBS-Quality of Life vragenlijst (IBS-QOL), een internationaal gebruikte vragenlijst om de kwaliteit van leven in kaart te brengen.

De resultaten van het onderzoek zullen in dit rapport uitgebreid worden besproken, waarbij ook is gekeken naar verschillende achtergrondkenmerken. Waar interessant zullen uitsplitsingen worden gemaakt naar deze achtergrondkenmerken, zoals geslacht, leeftijd of vorm van PDS. Na de weergave van de resultaten zullen in een apart hoofdstuk de belangrijkste resultaten verder worden besproken in de vorm van discussiepunten.

## **2.3 Opzet en uitvoering**

De vragenlijst is opgesteld in nauwe samenwerking met de PDSB. Nadat de vragenlijst was samengesteld is deze door een aantal vrijwilligers van de belangenvereniging getest. De opmerkingen zijn verder verwerkt in de vragenlijst, waarna deze nog is voorgelegd aan het NHG.

De vragenlijst bestaat uit 62 gesloten vragen, verdeeld over verschillende onderwerpen. Daarnaast is aan de respondenten één open veld voorgelegd waarin men de eerder gegeven antwoorden kon toelichten. Deze open opmerkingen zijn in het rapport niet verwerkt, zij zijn weergegeven in de bijlage en gebruikt bij de verdere interpretatie van de resultaten.

De vragenlijst is gedrukt waarbij geen individuele kenmerken op de vragenlijst zijn gebruikt, om volledige anonimiteit te garanderen. Er is ook niet gevraagd om adresgegevens in te vullen, waardoor de geretourneerde vragenlijsten niet zijn terug te koppelen aan individuele personen.

De PDSB heeft een steekproef aangeleverd met daarin 1000 van haar leden, welke allen de schriftelijke vragenlijst met een begeleidende brief is toegestuurd. In de brief is de achtergrond van het onderzoek uitgelegd en is gevraagd de vragenlijst in te vullen en terug te sturen binnen een periode van veertien dagen. De brief en vragenlijst zijn opgenomen in de bijlagen.

De vragenlijsten zijn verstuurd op 18 januari 2009, waarna op aanvraag nog enkele vragenlijsten zijn verstuurd aan belangstellende leden die niet waren opgenomen in de oorspronkelijke steekproef. Op 30 januari is per e-mail een herinnering gestuurd aan alle leden in de oorspronkelijke steekproef. In totaal zijn 1008 vragenlijsten verstuurd, waarvan



er 3 onbestelbaar retour kwamen. Van de overgebleven 1005 aangeschreven leden hebben er 563 de vragenlijst op tijd ingevuld teruggestuurd. De respons bedraagt daarmee 56%.

Het veldwerk is gesloten op 7 februari. De binnengekomen vragenlijsten zijn gescand en verder verwerkt door middel van Optical Mark Reading, waarna zij zijn ingelezen in een database.

De resultaten van het onderzoek zijn verwerkt tot een SPSS-bestand en een tabellenset, welke is voorzien van een groot aantal mogelijk relevante crossings. De tabellenset is eveneens opgenomen in de bijlagen van dit rapport.

Na oplevering van de data zijn de tabellen verder geanalyseerd en is de IBS-QOL volgens de standaard verwerkt. Daarbij zijn de vragen opgedeeld in een achttal deelgebieden en gesplitst naar achtergrondkenmerken. Alle tabellen zijn voorzien van significantietoetsen op 95% en 99% betrouwbaarheid. Daar waar aanvullende statistische analyses zijn uitgevoerd worden deze in de rapportage besproken.

## **3 RESULTATEN**

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. Indien er tussen diverse groepen belangrijke verschillen zijn, zullen deze resultaten worden uitgesplitst. Bij elk van de figuren en tabellen is aangegeven op welk deel van de respondenten de resultaten betrekking hebben.

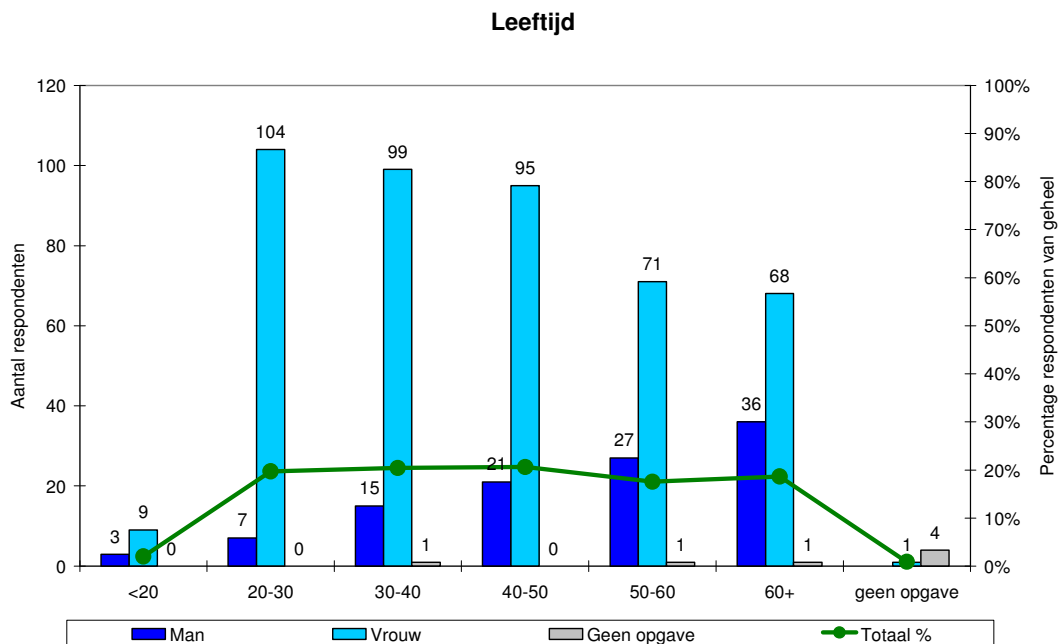
### **3.1 Algemene gegevens en achtergrondkenmerken**

#### **3.1.1 Respons**

In totaal kregen 1008 leden van de PDSB de vragenlijst toegestuurd. Drie vragenlijsten werden retour afzender gestuurd. Van de overgeblevenen gaf een deel aan niet mee te willen werken; geen klachten meer te hebben of lid te zijn namens een ander persoon in het huishouden. Na twee weken veldwerk is een herinnering uitgestuurd aan alle leden. Uiteindelijk hebben n=563 personen de vragenlijst tijdig ingevuld teruggestuurd.

#### **3.1.2 Achtergrondkenmerken**

De man-vrouw verdeling binnen de groep respondenten is respectievelijk 19% en 79%. Ruim 1% van de respondenten (n=7) heeft deze vraag niet ingevuld. De leeftijd van de respondenten is uitgevraagd in categorieën: jonger dan 20 jaar; 20-30 jaar; 30-40 jaar; 40-50 jaar; 50-60 jaar of 60 jaar en ouder. Figuur 1 laat de verdeling over deze categorieën zien, opgesplitst naar geslacht.



**Figuur 1:** leeftijd van de respondenten, gespreid naar geslacht, en gepercenteerd naar het totaal van alle respondenten.

**Basis:** alle respondenten,  $n=563$

De verschillen in leeftijdsopbouw zijn significant voor de leeftijdsklassen 20-30 jaar (23% vrouw en 6% man) en 60+ (33% man versus 15% vrouw). In hoeverre dit iets zegt over de totale populatie of over de samenstelling van het ledenbestand is niet te zeggen.

Het merendeel van de respondenten is van Nederlandse afkomst. In de respondentengroep is slechts 2% van een andere afkomst, 1% van de respondenten geeft geen antwoord op deze vraag. Deze variabele is in de analyses verder niet meegenomen.

Een laatste uitgevraagde achtergrondvariabele is het opleidingsniveau van de respondenten. De gegevens hiervan zijn opgenomen in tabel 1, uitgesplitst naar geslacht. De verdeling over de verschillende opleidingsniveaus is (in tegenstelling tot geslacht en leeftijd) redelijk gelijk aan de verdeling over opleidingen in Nederland. Hier kan dus voorzichtig gesteld worden dat opleidingsniveau geen relatie heeft met het hebben van PDS-klachten.

	Totaal	Man	Vrouw
Lagere school	2%	5%	2%
Huishoudschool, Ambachtsschool, LBO	6%	6%	6%
VMBO, MAVO, MULO	13%	8%	14%
HAVO, ULO	9%	4%	10%
VWO, Atheneum, Gymnasium	4%	5%	4%
MBO	22%	12%	25%
HBO	27%	37%	25%
Universiteit	12%	20%	11%
Anders	1%	1%	1%
Totaal	100%	100%	100%

**Tabel 1:** Hoogst voltooide opleiding

**Basis:** alle respondenten, n=563

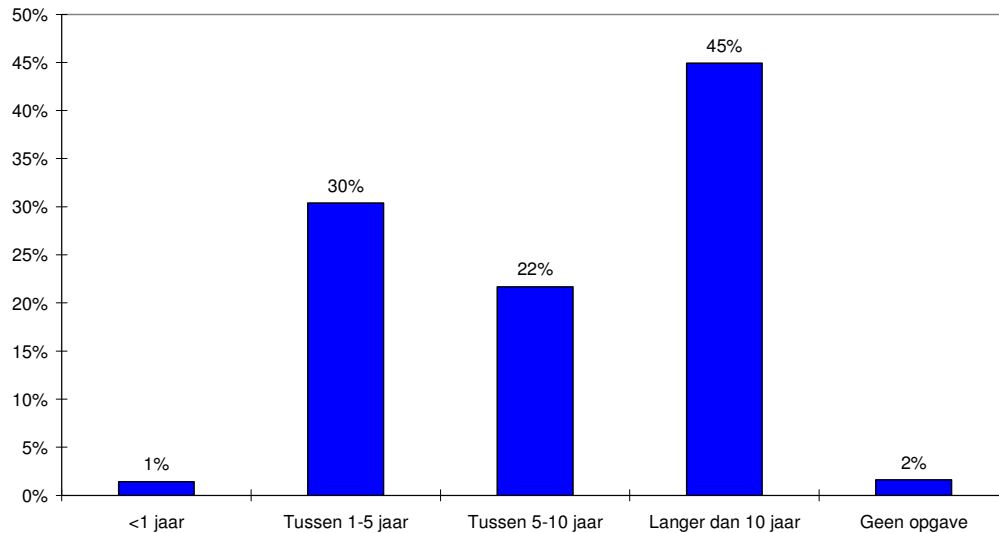
## 3.2 Klachtenpatroon, behandeling en levensstijl

### 3.2.1. PDS-klachtenpatroon

#### Algemeen klachtenpatroon

Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan al langer dan 10 jaar last van PDS-klachten te hebben, zoals moeheid, een opgeblazen gevoel, pijn in de buik, een verstoord ontlastingspatroon, slijm in de ontlasting, et cetera. Vooral vrouwen hebben langer dan 10 jaar klachten, hoewel het verschil niet significant is. Ook oudere respondenten hebben vaker langer klachten. Een overzicht van de duur van de klachten is weergegeven in figuur 2.

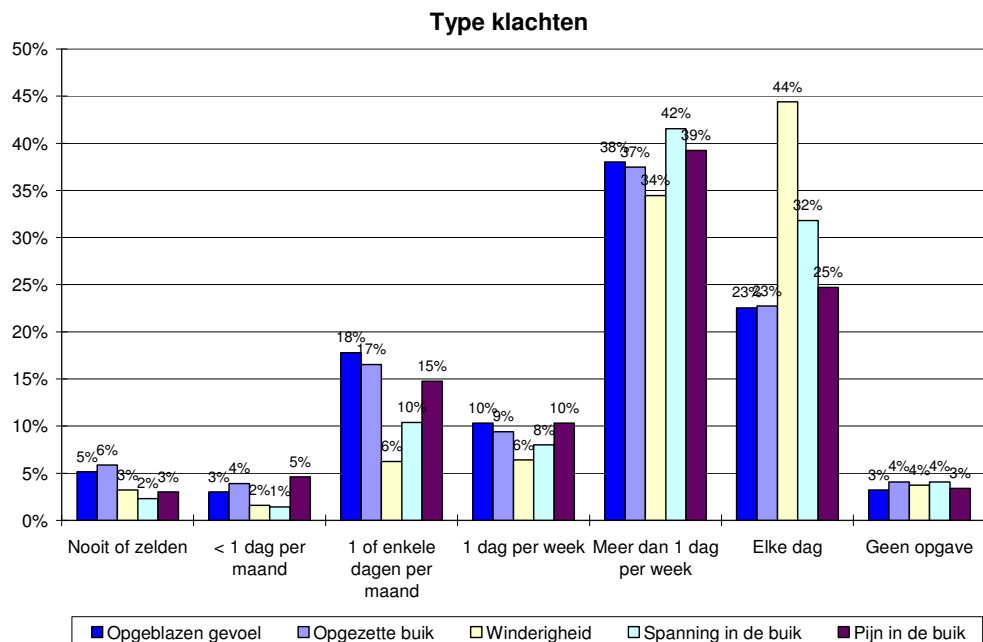
### Duur klachten



**Figuur 2:** Duur van de PDS-klachten (zoals moeheid, opgeblazen gevoel, pijn in de buik, een verstoord ontlastingspatroon, slijm in de ontlasting, et cetera)

**Basis:** alle respondenten,  $n=563$

De respondenten hebben een klachtenpatroon dat bestaat uit verschillende elementen, zoals een opgeblazen gevoel, een opgezette buik, winderigheid, spanning in de buik en pijn in de buik. Deze klachten komen in wisselende frequentie voor. Figuur 3 laat zien in welke mate de verschillende klachten voorkomen.



**Figuur 3:** Frequentie van de verschillende typen klachten.

**Basis:** alle respondenten, n=563

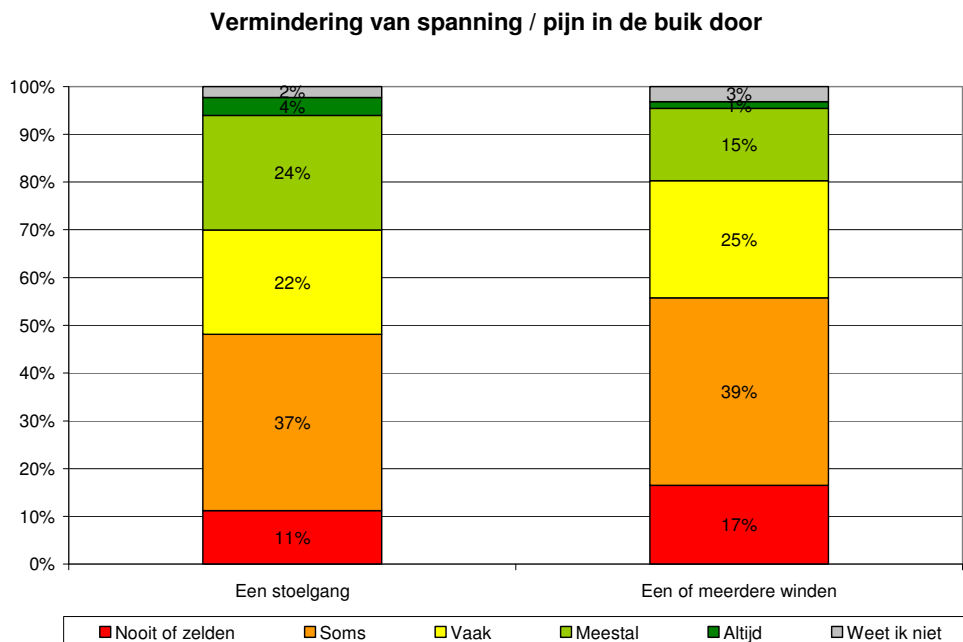
Winderigheid is de klacht die het meest voorkomt op dagelijkse basis, gevolgd door spanning in de buik. Vrouwen hebben vaker dan mannen last van een opgezette buik. Van winderigheid kan met enige voorzichtigheid worden aangenomen dat dit vaker voorkomt bij mensen met obstipatieklachten dan bij mensen met diarreeklachten

Naarmate een opgeblazen gevoel vaker voorkomt, heeft men ook meer last van moeheid, hoofdpijn en rugpijn. Dit geldt ook voor respondenten die vaker last hebben van een opgezette buik, spanning in de buik of pijn in de buik. Ook ervaren mensen meer beperkingen in het sociale leven naarmate men vaker last heeft van de buikkklachten. Winderigheid lijkt minder samenhang te hebben met overige klachten en het ervaren van beperkingen in het sociale leven dan buikpijn/spanning.

Gemiddeld beoordeelt men de buikpijn die men meestal heeft met een 6,0 op een schaal van 1-10 (waarbij 1 betekent “goed te verdragen” en 10 betekent “helemaal niet te verdragen”). Vrouwen hebben meer last van pijn dan mannen, zij geven de buikpijn gemiddeld een 6,2; mannen een 5,3. Dit verschil is significant. Ook kan gezegd worden dat de buikpijn erger wordt ervaren bij mensen met klachten die wisselen per dag of periode en een normaal ontlastingspatroon, dan bij mensen die eigenlijk aangeven diarree of obstipatie te hebben en de respondenten die niet weten wat voor ontlastingspatroon zij hebben. Daarnaast geven mensen die aangeven last te hebben van moeheid, hoofdpijn en rugpijn

een hoger gemiddeld cijfer aan de mate van buikpijn die ervaren wordt. Ook lijkt er een relatie te zijn tussen de ervaren beperkingen in het sociale leven en de ernst van de ervaren buikpijn.

De spanning in de buik en/of de buikpijn kunnen minder worden na een stoelgang of het laten van één of meerdere winden. Figuur 4 laat zien in welke mate men verlichting van de spanning/ pijn in de buik ervaart na de stoelgang of het laten van één of meerdere winden.



**Figuur 4:** Mate waarin men vermindering van de spanning/ pijn in de buik ervaart

**Basis:** alle respondenten, n=563

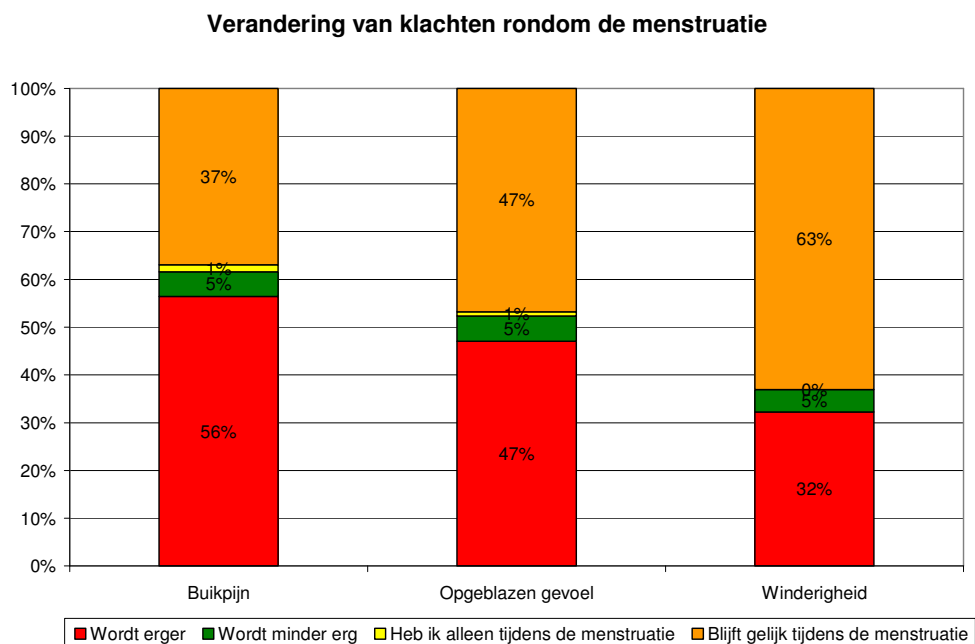
Uit deze figuur blijkt dat een stoelgang of het laten van één of meerdere winden lang niet altijd als gevolg heeft dat de spanning in de buik of de pijn in de buik vermindert. Respondenten met een normaal ontlastingspatroon zien vaker “nooit” of “zelden” verlichting optreden na een stoelgang of het laten van één of meerdere winden. Dit is een belangrijk resultaat, omdat in de Rome-criteria dit als een van de belangrijkste voorwaarden voor de diagnose PDS genoemd wordt. Gekeken naar de verschillen tussen respondenten met diarreeklachten en obstipatieklachten, kan gezegd worden dat een stoelgang of het laten van winden vaker een vermindering van klachten oplevert bij respondenten die diarreeklachten ervaren. De verschillen zijn tussen deze twee groepen echter niet significant.

Mannen ervaren vaker dan vrouwen “altijd” vermindering van de klachten na het laten van één of meerdere winden, maar de percentages liggen erg laag.

### Invloed van hormonen

Aan vrouwelijke respondenten is een aantal extra vragen voorgelegd met als onderwerp de menstruatiecyclus, het gebruik van hormonen en het klachtenpatroon bij zwangerschap. De reden hiervoor is de aanname dat hormonale veranderingen invloed kunnen hebben op het klachtenpatroon en de ernst hiervan.

Aan de 447 vrouwen in de respondentengroep is gevraagd of zij een verandering zien in hun klachtenpatroon rondom het tijdstip van de menstruatie. Ruim een vijfde deel van de vrouwen geeft aan dat zij niet menstrueerden in de periode dat zij PDS hebben/ hadden. Zij zijn in de analyse niet meegenomen. De resultaten van de vrouwen die wel menstrueerden zijn weergegeven in figuur 5.



**Figuur 5:** Verandering van klachten rondom de menstruatie

**Basis:** alle vrouwen die aangeven te hebben gemenstrueerd in de periode dat men PDS-klachten ervaart, n=349 (buikpijn), n=342 (opgeblazen gevoel), n=341 (winderigheid)

De figuur laat zien dat de buikpijnklaften vaker verergeren, dat het opgeblazen gevoel bij een gelijk groot deel gelijk blijft of verergert; en dat de winderigheid bij een groter deel gelijk blijft. Slechts een klein deel van de respondenten ervaart een vermindering van de klachten



rondom de menstruatie. Van de vrouwen die hormonale anticonceptiemiddelen of hormoonpreparaten gebruiken, meldt een groter deel een verergering van de klachten rondom het tijdstip van de menstruatie dan de vrouwen die geen hormonale anticonceptiemiddelen of hormoonpreparaten gebruiken.

Het merendeel van de vrouwen gebruikt(e) een hormonaal anticonceptiemiddel/ hormoonpreparaat. De middelen die gebruikt worden/werden zijn weergegeven in tabel 2, gesplitst naar leeftijd. Door het geringe aantal respondenten dat aangeeft een spiraaltje, andere vorm van hormonale anticonceptie, overgangspil of nog anders gebruikt te hebben/ te gebruiken, is het slechts mogelijk om de groep te beschouwen als geheel: wel gebruikers van een hormonaal anticonceptiemiddel/ hormoonpreparaat en niet-gebruikers.

	Aantal		20-40		40-60	
	respondenten	Totaal	< 20 jaar	jaar	jaar	> 60 jaar
Ja, de pil	243	54%	56%	69%	46%	29%
Ja, een hormoonspiraaltje/ Mirena	30	7%	0%	8%	8%	0%
Ja, een andere vorm van hormonale anticonceptie	18	4%	0%	6%	3%	0%
Ja, een overgangspil	16	4%	0%	0%	5%	10%
Ja, anders	7	2%	0%	0%	2%	3%
Nee/ Weet ik niet	133	30%	44%	16%	34%	57%
Totaal	447	100%	100%	100%	100%	100%

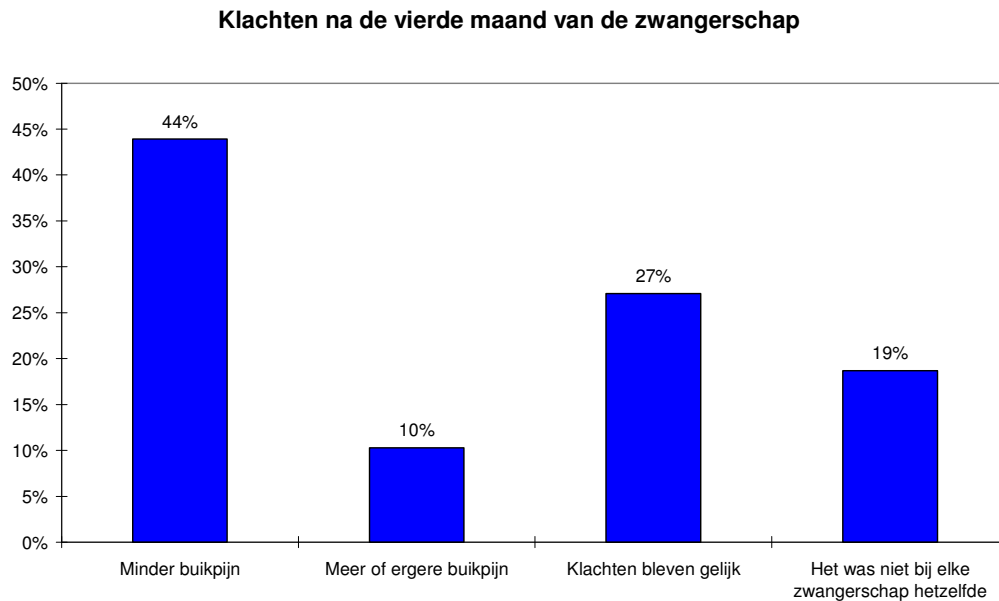
**Tabel 2:** Gebruik hormonale anticonceptie/ hormoonpreparaten, gesplitst naar leeftijd

**Basis:** alle vrouwen, n=447

Vrouwen met een normaal ontlastingspatroon of een ontlastingspatroon dat zij niet weten te benoemen geven vaker aan geen hormonale anticonceptie/ hormoonpreparaat te gebruiken/ hebben gebruikt of dat niet te weten. 5% van de vrouwen meldt dat de klachten (pijn, moeheid en energie) erger werden sinds de start van het gebruik van het hormonale anticonceptiemiddel/ het hormoonpreparaat. 6% meldt een vermindering van de klachten. 24% meldt dat de klachten gelijk zijn gebleven en 29% meldt dat de PDS-klachten startten toen het middel al gebruikt werd. De overgebleven 36% van de respondenten zegt niet te weten of er sinds het gebruik van het middel een verandering in het klachtenpatroon is opgetreden. Het gebruik van hormonale anticonceptie leidt in evenveel gevallen tot verbetering als tot verslechtering.

Aan de vrouwelijke respondenten is daarnaast gevraagd of zij een verandering waarnamen in het klachtenpatroon na de vierde maand van de zwangerschap. In totaal zijn er 107 vrouwen die aangeven een of meerdere zwangerschappen te hebben meegemaakt in de

periode dat zij PDS-klachten hebben. De resultaten van deze vraag zijn weergegeven in figuur 6.



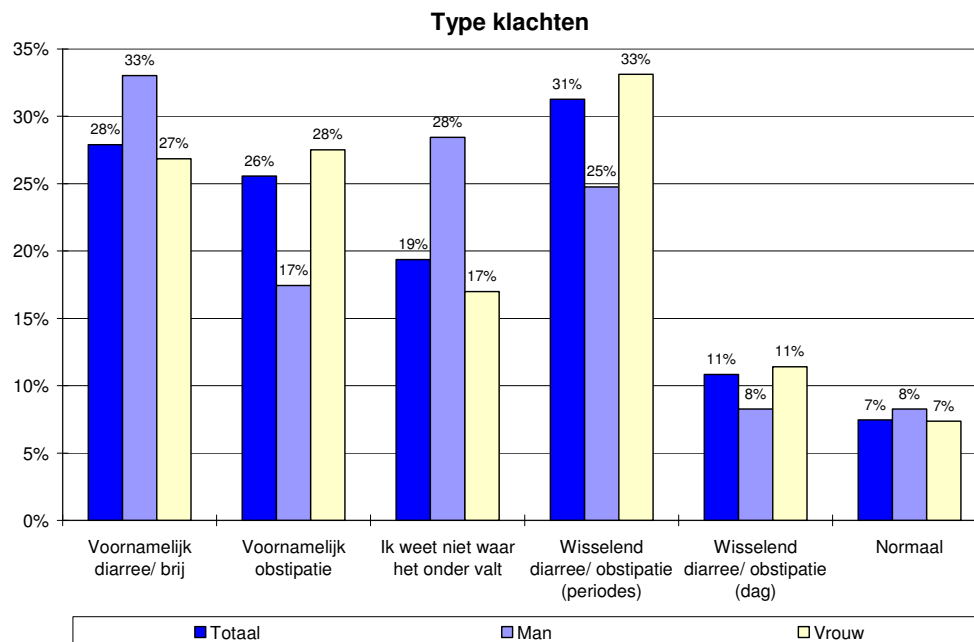
**Figuur 6:** Verandering in klachten na de vierde maand van een zwangerschap

**Basis:** alle vrouwelijke respondenten die de vraag beantwoordden, uitgezonderd “niet van toepassing”,  $n=107$

Bijna de helft van de vrouwen geeft aan dat de buikpijnklaarten na de vierde maand van de zwangerschap afnamen, een kwart geeft aan dat de klachten gelijk bleven. Slechts 10% van de vrouwen geven aan een verergering van de klachten te hebben gehad na de vierde maand van de zwangerschap. Hieruit valt voorzichtig op te maken dat een zwangerschap een positief effect kan hebben op de klachten. In hoeverre de klachten na de geboorte terugkeren is niet uitgevraagd.

### Ontlastingspatroon

Alle respondenten is gevraagd het type ontlasting dat zij hebben te beschrijven. Er zijn meerdere respondenten die twee of meer antwoorden geven. De resultaten van deze vraag zijn weergegeven in figuur 7.



**Figuur 7:** Beschrijving van het ontlastingspatroon, gesplitst naar geslacht

**Basis:** alle respondenten, n=563

Te zien is dat mannen vaker dan vrouwen aangeven diarreeklachten te hebben. Vrouwen ervaren meer dan mannen obstipatieklachten. Dit laatste verschil is significant met een betrouwbaarheid van 95%.

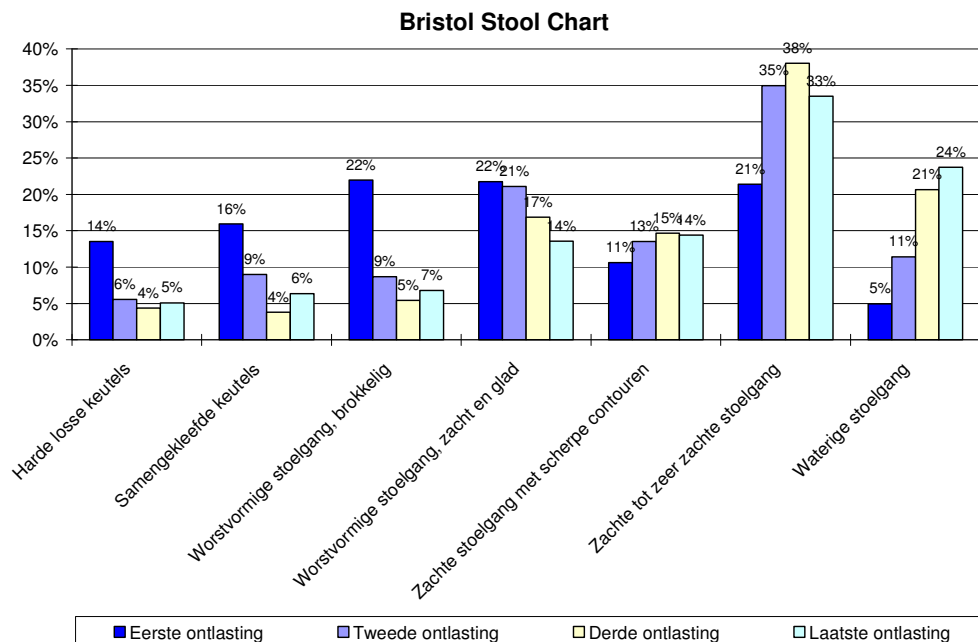
Een substantieel deel van de mannen geeft aan geen normaal ontlastingspatroon te hebben, maar ook niet te kunnen zeggen waar het onder valt. Hier is het verschil met vrouwen eveneens significant, met een betrouwbaarheid van 99%.

Respondenten met voornamelijk diarreeklachten én respondenten met een in periodes wisselend ontlastingspatroon koppelen terug ook meer beperkingen in het sociale leven te ervaren.

Ongeveer tweederde van de respondenten (63%) heeft 6 of 7 dagen in de week ontlasting. 27% van de respondenten heeft tussen de 3 en 5 dagen per week ontlasting. 8% van de respondenten koppelt terug slechts 2 keer per week of minder vaak ontlasting te hebben. 2% van de respondenten kan deze vraag niet beantwoorden. Het aantal dagen per week dat men ontlasting heeft hangt samen met het ontlastingspatroon: obstipatieklachten en wisselende klachten gaan vaker gepaard met het hebben van ontlasting op 2 of minder dagen in de week, respondenten met een normaal patroon of diarree hebben vaker 6-7 dagen in de week ontlasting.

Gekeken naar het ontlastingspatroon per dag, heeft 42% van de respondenten 1 keer per dag of minder ontlasting, 44% 2-3 keer per dag en 12% 4 keer per dag of vaker. Ook hier kan 2% van de respondenten de vraag niet beantwoorden. Ook hier geldt dat de frequentie per dag samenhangt met de aard van het ontlastingspatroon. Respondenten met diarreeklachten en een wisselend patroon per dag hebben vaker dan anderen 4 keer per dag ontlasting; respondenten met obstipatieklachten hebben vaker 1 keer per dag of minder vaak ontlasting. Vooral de patiënten met 4 keer per dag of vaker ontlasting ervaren beperkingen in het sociale leven.

Het ontlastingspatroon over de dag volgens de Bristol Stool Chart is weergegeven in figuur 8. De Bristol Stool Chart zelf is opgenomen als afbeelding 1.



**Figuur 8:** Aard van de ontlasting volgens de Bristol Stool Chart op verschillende momenten van de dag.

**Basis:** alle respondenten die de aard van de ontlasting invullen op het genoemde moment,  $n=547$  (eerste ontlasting),  $n=289$  (tweede ontlasting),  $n=184$  (derde ontlasting),  $n=236$  (laatste ontlasting)

## Bristol Stool Chart

Type 1	 Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)	T1	Harde losse keutels
Type 2	 Sausage-shaped but lumpy	T2	Samengekleefde keutels
Type 3	 Like a sausage but with cracks on its surface	T3	Worstvormige stoelgang, brokkelig van structuur
Type 4	 Like a sausage or snake, smooth and soft	T4	Worstvormige stoelgang, zacht en glad van structuur
Type 5	 Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)	T5	Zachte stoelgang met duidelijke scherpe contouren (makkelijke stoelgang)
Type 6	 Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool	T6	Zachte tot zeer zachte stoelgang met onduidelijke contouren
Type 7	 Watery, no solid pieces. <b>Entirely Liquid</b>	T7	Waterige stoelgang, geen structuur aanwezig (volledig vloeibaar)

**Afbeelding 1:** Bristol Stool Chart, met Nederlandstalige classificatie.

Nadere analyse laat zien dat binnen de groepen respondenten die aangeven meerdere keren per dag ontlasting te hebben, het ontlastingspatroon over de dag verandert.

In totaal hebben n=192 respondenten één ontlastingsmoment ingevuld. De helft van deze groep deelt hun ontlasting in in de categorieën T1, T2 en T3. Slechts 2% heeft één ontlastingsmoment, waarbij deze waterig (T7) is.

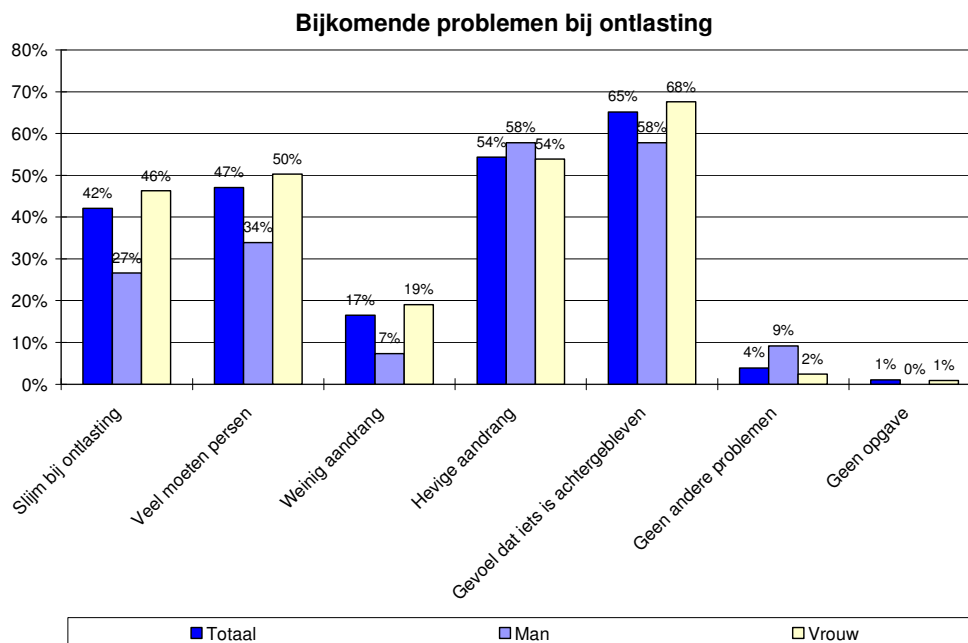
Van de respondenten met meerdere ontlastingsmomenten geeft een derde tot de helft aan te starten met ontlasting in de categorie T1, T2 of T3. In latere ontlastingsmomenten komen deze categorieën minder vaak terug. Er kan worden aangenomen dat een groot deel van de respondenten naarmate de dag vordert, een zachtere ontlasting heeft. Het deel respondenten dat aangeeft op het laatste ontlastingsmoment een zeer zachte of waterige ontlasting te hebben ligt tussen de 50 en 60%.

Respondenten met diarreeklachten hebben op meerdere momenten op de dag last van waterige of zeer zachte ontlasting. Bij een klein deel van deze groep begint de dag met hardere losse keutels, waarna het ontlastingspatroon zachter wordt. Respondenten met obstipatieklachten hebben vaak maar één keer per dag ontlasting, maar wanneer zij

meerdere ontlastingsmomenten per dag hebben, geven zij aan dat de ontlasting wel iets zachter wordt. De 16 respondenten die vier ontlastingsmomenten per dag noemen en hun klachten indelen in de groep obstipatieklachten lijken eerder een patroon te hebben dat wisselt over de dag: van hard naar zacht of van zacht naar hard. Door de kleine groep kan hier echter geen harde uitspraak over worden gedaan. Hieruit kan voorzichtig de conclusie worden getrokken dat een deel van de respondenten een klachtenpatroon heeft dat in een andere categorie valt dan zij zelf denken. In de analyse van de antwoorden is uitgegaan van de categorie die zij zelf aangegeven hebben, en niet de categorie zoals die op basis van de Bristol Stool Chart misschien zou moeten zijn.

### Bijkomende klachten bij de ontlasting

Naast het type ontlasting is ook gevraagd naar bijkomende problemen. Bijna alle respondenten geven aan regelmatig, vaak of meestal last te hebben van bijkomende klachten. Hierbij rapporteren vrouwen meer bijkomende problemen dan mannen, gemiddeld 2,4 antwoorden versus 1,9 antwoorden. De bijkomende problemen die men vaak/ meestal/ regelmatig ervaart zijn weergegeven in figuur 9.

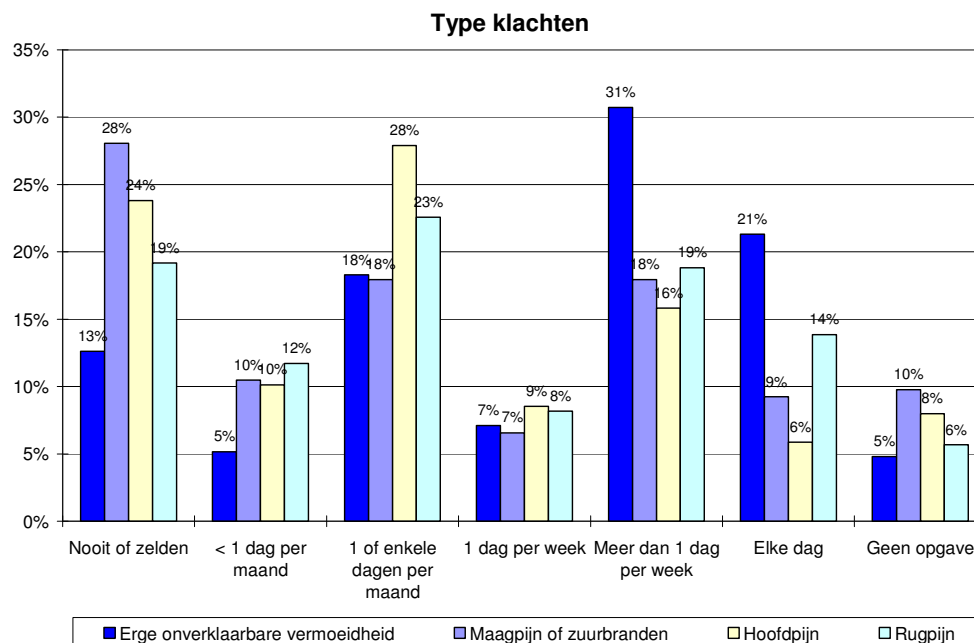


**Figuur 9:** Welke andere problemen met de ontlasting heeft u vaak/ meestal/ regelmatig, gesplitst naar geslacht

**Basis:** alle respondenten, n=563

De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn significant bij de klachten “slijm bij ontlasting”, “veel moeten persen” en “weinig aandrang”. Daarnaast komt “slijm bij ontlasting” significant vaker voor bij respondenten met een wisselend ontlastingspatroon; komen “veel moeten persen” en “weinig aandrang om naar de wc te kunnen gaan” significant minder vaak voor bij mensen met diarree, komt “hevige aandrang” significant vaker voor bij respondenten met diarree, en hebben respondenten met een normaal ontlastingspatroon significant minder vaak “het gevoel dat er iets is achtergebleven” en vaker geen andere problemen. Opvallend is het significante verschil bij respondenten die aangeven regelmatig last te hebben van moeheid; zij geven aan vaker dan respondenten die niet moe zijn last te hebben van “slijm bij de ontlasting” en “het gevoel dat er iets is achtergebleven”.

Er is gevraagd naar de frequentie waarin men last heeft van enkele -op het oog niet gerelateerde- andere klachten, zoals erge onverklaarbare vermoeidheid; maagpijn of zuurbranden; hoofdpijn; en rugpijn. De resultaten hiervan zijn weergegeven in figuur 10.



**Figuur 10:** Hoe vaak heeft u last van ...

**Basis:** alle respondenten, n=563

Een groot deel van de respondenten heeft regelmatig last van één of meer bijkomende klachten. Met name vermoeidheid, hoofdpijn en rugpijn worden regelmatig genoemd. Het is hierbij opvallend dat respondenten die last hebben van één van de klachten, ook vaker last

hebben van de andere klachten. Zij komen dus regelmatig in combinatie voor. Naarmate men vaker last heeft van de bijkomende klachten, heeft dit invloed op de beperkingen die men in het sociale leven ervaart.

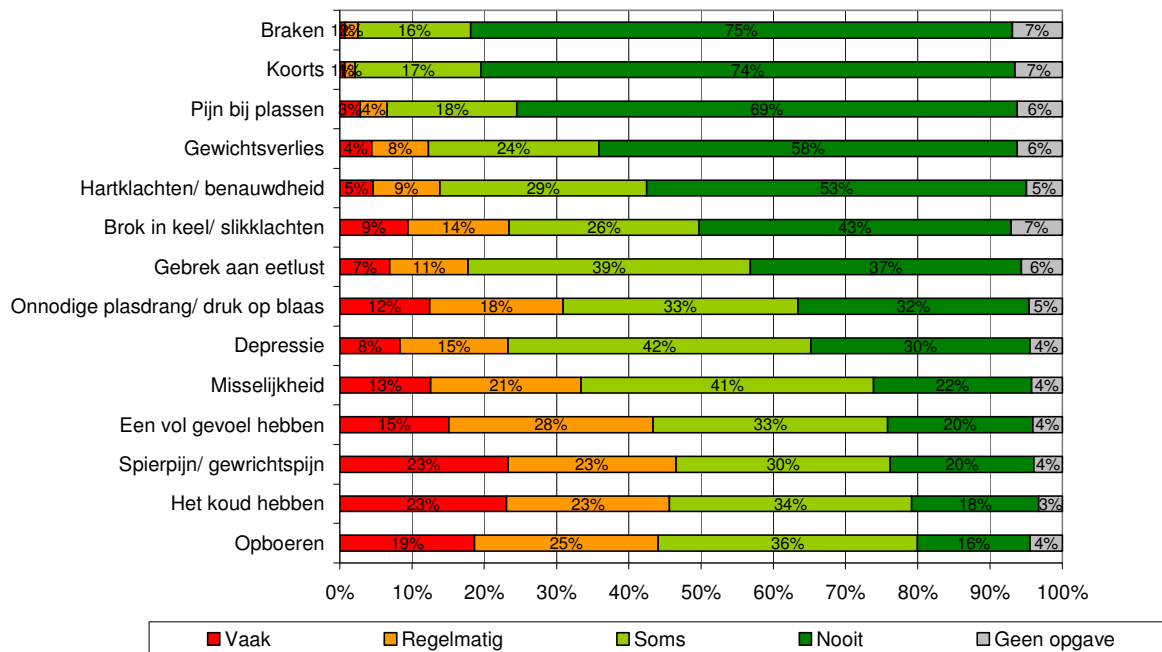
Vermoeidheid, maagklachten, hoofdpijn en rugpijn komen allen minder vaak voor bij mensen met een normaal ontlastingspatroon. Vermoeidheid is verder niet gerelateerd aan het ontlastingspatroon, maagpijn komt minder vaak (dagelijks) voor bij mensen met een patroon dat wisselt per dag, en hoofdpijn komt minder vaak (dagelijks) voor bij mensen met obstipatie. Rugpijn lijkt vaker voor te komen bij mensen met een onduidelijk ontlastingspatroon en bij mensen met obstipatie. Heel voorzichtig kan ook worden aangenomen dat er een relatie is tussen het ervaren van de bijkomende klachten en de mate/ ernst van de buikpijn en de frequentie waarmee men buikpijn heeft.

Een derde van de respondenten met bijkomende rugpijn geeft desgevraagd aan niet te weten of de rugpijn samen voorkomt met buikpijn en/ of winderigheid. 14% geeft aan dat rugpijn en buikpijn/ winderigheid nooit of zelden in combinatie voorkomen, 20% geeft aan dat dit soms het geval is, 13% vaak, 14% meestal en 5% altijd. Hierbij wordt de combinatie vaker teruggekoppeld door vrouwen dan door mannen. Een duidelijke aftekening naar aard van het PDS is hier niet te vinden.

Ook is gevraagd naar een relatie met andere bijkomende klachten. Deze zijn weergegeven in figuur 11.



### Bijkomende klachten



**Figuur 11:** Hoe vaak heeft u last van ...

**Basis:** alle respondenten, n=563

Uit de figuur blijkt dat de meest voorkomende klachten “opboeren”, “het koud hebben, terwijl het dat niet is”, “spierpijn/ gewrichtspijn” en “een vol gevoel hebben” zijn. Deze klachten komen bij bijna de helft van de respondenten vaak of regelmatig voor. Over het algemeen komen de meeste klachten iets vaker voor bij vrouwen. Ook kan met voorzichtigheid gesteld worden, dat mensen die last hebben van een van deze klachten, ook vaker last hebben van vermoeidheid, hoofdpijn en/of ruggpijn. De klachten zijn niet per definitie te relateren aan een bepaald ontlastingspatroon.

Circa driekwart van de respondenten (n=419) geeft aan nog andere vastgestelde ziektes en aandoeningen (gehad) te hebben. Gemiddeld geven zij 2,6 andere vastgestelde ziektes en aandoeningen door. Deze vastgestelde ziektes en aandoeningen worden weergegeven in tabel 4.

Rugaandoeningen	20,25%
Depressiviteit	20,07%
Hoge bloeddruk	16,87%
Hartkloppingen	14,74%
Migraine	14,21%
Hyperventilatie	13,50%
Astma of andere aandoeningen van de longen	13,14%
Artrose of artritis	10,30%
Ontsteking van de darmen	10,30%
Ziekte van Pfeiffer	10,12%
Ontsteking van de maag	8,70%
IC, prikkelbare blaas	6,39%
Fibromyalgie	5,51%
Aandoeningen aan het hart	3,91%
Kanker	2,13%
Diabetes	1,60%
ME/ CVS	1,42%
Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	1,24%
Leverontstekingen	0,89%
Anders	18,29%
Geen andere aandoeningen	25,58%

**Tabel 4:** Andere vastgestelde aandoeningen naast PDS

**Basis:** alle respondenten, n=563

Migraine en astma worden vaker door vrouwen genoemd, hoge bloeddruk wordt vaker door mannen genoemd. Ook komt hoge bloeddruk vaker voor bij een onduidelijk klachtenpatroon.

Rugaandoeningen en depressiviteit zijn klachten die door de hele groep relatief veel worden teruggekoppeld. Het RIVM en andere bronnen geven aan dat ongeveer 7% van de Nederlandse bevolking last heeft van (lage) rugklachten en 6% van de Nederlandse bevolking tot 65 jaar last heeft van depressie. Aangenomen dat deze cijfers betrouwbaar zijn, kan met enige voorzichtigheid worden gesteld dat deze klachten vaker voorkomen bij de onderzoekspopulatie. Het is niet te toetsen of deze verschillen significant zijn doordat de grootte van de andere onderzoeksgroepen niet bekend zijn en niet 100% zeker is dat de klachtenpatronen gelijk gedefinieerd zijn. Bovendien is in de vraagstelling in dit onderzoek

gevraagd naar “aandoeningen die men (gehad) heeft”, en geven de gevonden prevalentiecijfers geen duidelijkheid of dit huidige aandoeningen of aandoeningen in heden en verleden betreft.

### **3.2.2 Behandeling**

#### Diagnose en betrokkenheid

Bij 8% van de respondenten is de diagnose PDS nooit officieel vastgesteld. 1% van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord. 13% van de respondenten geeft aan dat de diagnose minder dan een jaar geleden is gesteld, 41% is tussen 1 en 5 jaar geleden gediagnosticeerd, 15% tussen 5 en 10 jaar geleden en 21% langer dan 10 jaar geleden.

Wanneer de duur van de klachten wordt afgezet tegen het tijdstip waarop de diagnose is vastgesteld, lijkt het er op dat in het verleden langer duurde voor de officiële diagnose werd gesteld, en dat dat proces nu sneller gaat. Van de 43 patiënten bij wie de diagnose nooit is vastgesteld (8% van de totale groep respondenten), hebben er 28 al langer dan 10 jaar klachten. Van deze 43 respondenten zijn er 19 tussen 40 en 60 jaar oud, 17 zijn 60 jaar of ouder.

Verschillende personen kunnen een rol spelen in de behandeling. In tabel 5 is weergegeven wie de diagnose stelde en wie een rol in de behandeling spelen/ gespeeld hebben.

	Stelde de diagnose	Word ik momenteel door behandeld	Zie of zag ik af en toe (of zag ik vroeger)	Heb ik nog nooit gezien voor mijn PDS	Geen opgave
Huisarts	245	114	251	17	41
MDL-arts	205	24	96	128	145
Internist	160	20	106	161	157
Diëtiste	2	1	12	28	142
Praktijkverpleegkundige	1	2	1	14	287
Reumatoloog	1	1	1	7	301
Gynaecoloog	1	4	55	251	252
Neuroloog	0	0	17	291	255
Anders	14	37	43	150	323

**Tabel 5:** *Wie waren betrokken bij de behandeling*

**Basis:** *alle respondenten, n=563*

De tabel laat zien dat de diagnose meestal wordt gesteld door de huisarts, de MDL-arts of de internist. Van alle respondenten geven 77 personen aan door meerdere professionals gediagnosticeerd te zijn. Slechts een klein deel van de respondenten geeft aan op dit moment behandeld te worden voor PDS-klachten, waarbij het merendeel wordt behandeld door de huisarts. Wel wordt aangegeven dat men af en toe iemand ziet of vroeger iemand zag voor de klachten. Dit is meestal de huisarts, de internist of de MDL-arts.

Opvallend is het aantal respondenten dat aangeeft af en toe of vroeger een gynaecoloog bezocht te hebben voor de PDS-klachten. Het betreft hier vooral vrouwen tussen de 20 en 60 jaar. Van de personen die de gynaecoloog af en toe bezoeken (bezoekten), gebruikt 56% de pil en 31% een andere vorm van hormonale (anticonceptie) middelen. Van de 55 vrouwen rapporteert 36% diarree te hebben, 31% wisselende klachten in periodes en 27% obstipatie.

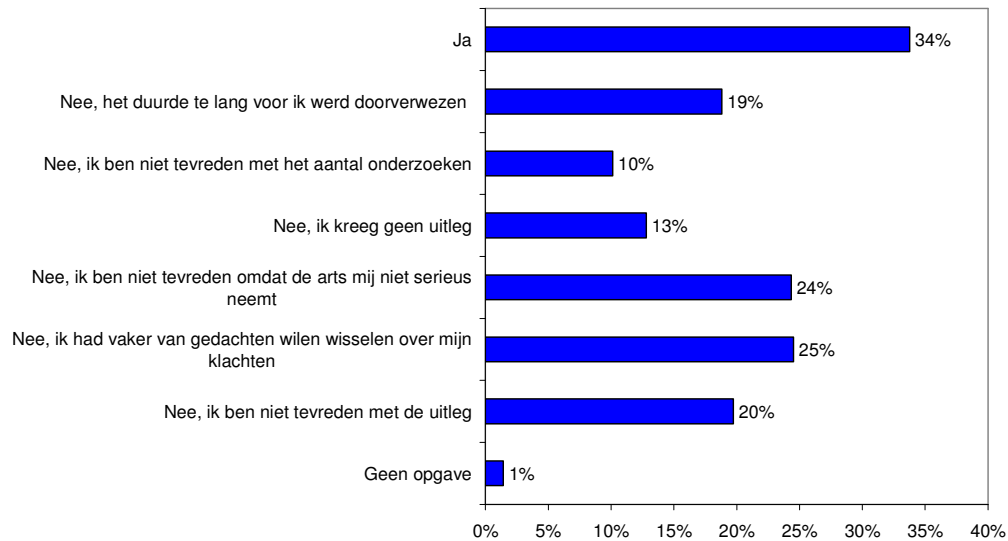
Op de vraag hoe lang men al buikklachten had voor men ermee naar de (huis)arts ging, geeft 3% aan minder dan een week te hebben gewacht. 9% wachtte tussen een week en een maand, 18% tussen een maand en een half jaar, 18% langer dan een half jaar maar minder lang dan 2 jaar en 29% wachtte langer dan 2 jaar. 23% geeft aan zich niet meer te

herinneren hoe lang er is gewacht. Hier zijn geen verschillen te rapporteren tussen mannen en vrouwen. Vooral bij diarreeklachten en bij wisselende klachten wordt vaker langer gewacht.

Vooral mannen bezoeken de huisarts weinig in verband met hun PDS. Een derde van de mannelijke respondenten (38%) geeft aan in het afgelopen jaar niet bij de huisarts te zijn geweest voor de PDS-klachten. Op de totale groep respondenten heeft 30% de huisarts niet bezocht i.v.m. PDS in het afgelopen jaar, 19% bezocht de huisarts één keer, 17% twee keer, 10% drie keer, 6% vier keer, 3% vijf keer en 9% zes keer of vaker. 6% geeft aan niet meer te weten hoe vaak de huisarts is bezocht in het afgelopen jaar. Hoe langer men PDS-klachten heeft, des te minder vaak bezoekt men de huisarts voor de PDS-klachten. Tussen de verschillende vormen van PDS is geen belangwekkend verschil in frequentie van het huisartsbezoek. Ook is er geen relatie tussen de frequentie van het bezoeken van de huisarts en het kiezen voor alternatieve behandeling, mensen met een alternatieve behandeling gaan net zo vaak naar de huisarts als mensen die niet kiezen voor een alternatieve behandeling. Er is geen relatie tussen de frequentie van het bezoek aan de huisarts en het gegeven rapportcijfer.

De tevredenheid met het onderzoekstraject naar de oorzaken van het PDS en de manier waarop men de diagnose heeft gekregen zijn weergegeven in figuur 12.

### Tevredenheid met diagnose en onderzoekstraject



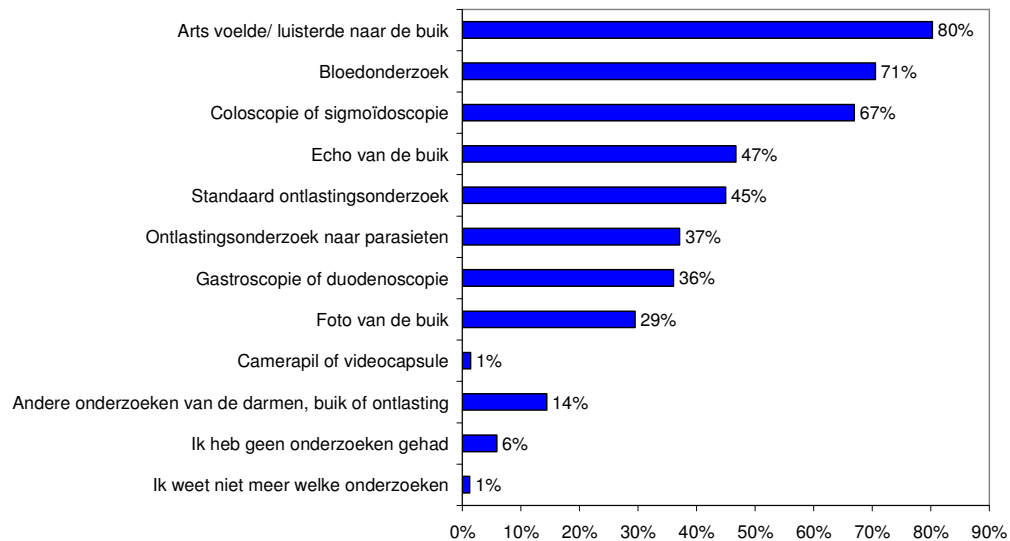
**Figuur 12:** Bent u tevreden met het onderzoekstraject naar oorzaken van uw darmklachten en de manier waarop u de diagnose PDS heeft gekregen

**Basis:** alle respondenten,  $n=563$

Een derde van de respondenten is tevreden, maar ongeveer tweederde van de respondenten is minder tevreden over één of meerdere aspecten van het onderzoeks- en diagnosetraject. Vooral respondenten die veel beperkingen ervaren zijn minder tevreden dan anderen. Zij hebben vaker het gevoel niet serieus te worden genomen, vinden de uitleg te beperkt, vinden dat ze te weinig onderzoeken kregen en hadden vaker met hun artsen willen overleggen over de klachten. Respondenten met obstipatie en wisselende klachten vinden meer dan respondenten met andere klachten dat het te lang duurde voor zij werden doorverwezen. Er lijkt geen relatie te zijn tussen de onderzoeken die men had en de tevredenheid met het onderzoekstraject. Wel is van de groep die aangeeft helemaal geen onderzoek te hebben gehad, slechts 2% tevreden met het onderzoekstraject. Het gaat hierbij echter om een kleine groep, en het is niet mogelijk hiervan de significantie te bepalen. Respondenten die tevreden zijn over het onderzoekstraject beoordelen hun buikpijn in het algemeen ook als “beter te verdragen”, dan mensen die niet tevreden zijn over het onderzoekstraject. Het verschil is echter niet significant.

De onderzoeken die men onderging zijn in figuur 13 weergegeven.

### Onderzoeken die men onderging in verband met PDS-klachten



**Figuur 13:** Welke onderzoeken heeft men in verband met PDS-klachten gehad

**Basis:** alle respondenten,  $n=563$

Het standaard ontlastingsonderzoek wordt minder vaak uitgevoerd bij respondenten met een normaal ontlastingspatroon en respondenten met obstipatie. Zij ontvangen juist vaker een onderzoek naar parasieten. Respondenten met een ontlastingspatroon dat wisselt per dag ontvangen gemiddeld 4,9 onderzoeken, respondenten met diarreeklachten 4,7 onderzoeken. Respondenten met andere ontlastingspatronen ondergaan minder onderzoeken (van 4,1 tot 4,4 onderzoeken), maar de verschillen zijn niet significant.

Respondenten ondergaan over het geheel meer onderzoeken naarmate men vaker pijn in de buik heeft. Gastroscopie/ duodenoscopie en camerapilonderzoek worden alleen uitgevoerd bij respondenten die meer dan 1 dag per week of elke dag pijn in de buik ervaren. Ook kan er worden gesteld dat respondenten waarbij de ernst van de buikpijn te verdragen is minder onderzoeken ondergaan dan respondenten die de buikpijn als slecht te verdragen beoordelen.

Ook kan met dezelfde voorzichtigheid worden geconcludeerd dat naarmate men vaker beperkingen ervaart, er meer onderzoeken worden uitgevoerd.

De beoordeling van de behandelend huisarts, door middel van een rapportcijfer, is gemiddeld een 5,9. Respondenten die nog niet lang klachten ervaren (minder dan een jaar) geven een hoger cijfer dan respondenten die langer klachten ervaren. Respondenten met een onduidelijk ontlastingspatroon geven een significant hoger cijfer dan respondenten met

andere klachten. Het rapportcijfer van de behandelend specialist is iets hoger, een 6,2. Hier zijn geen significante verschillen in beoordeling tussen verschillende subgroepen te benoemen. Ook zijn mensen die tevreden zijn over het onderzoekstraject tevredener over de huisarts en specialist, al zijn de verschillen niet significant.

Op advies van de arts worden verschillende behandelingen toegepast. Welke behandelingen dat zijn, bij hoeveel van de respondenten deze worden ingezet en hoeveel baat men hierbij heeft zijn weergegeven in tabel 6.

	Deze behandeling krijg ik/ kreeg ik				Heeft/ had u er baat bij?			Totaal n=
	Nu	< 1 jaar	> 1 jaar	Totaal n=	Veel	Weinig	Niet	
Vezelpreparaten/ bulkvormers (Metamucil e.d.)	29%	26%	45%	330	23%	41%	35%	333
Middelen tegen kramp, bijvoorbeeld Buscopan/Dusputal	29%	25%	46%	287	20%	44%	36%	297
Dieet / vermijden van bepaalde voedingsmiddelen	56%	12%	32%	217	40%	46%	14%	227
Probiotica	46%	29%	24%	157	29%	39%	32%	167
Laxeermiddelen	36%	26%	38%	147	29%	43%	28%	151
Medicijnen tegen buikpijn, zoals pijnstillers	30%	23%	47%	146	21%	47%	31%	150
Medicijnen tegen diarree	29%	31%	40%	80	37%	34%	29%	97
Antidepressiva	49%	15%	35%	79	33%	28%	39%	88
Supplementen	71%	14%	15%	78	30%	41%	29%	86
Ontspanningsoefeningen	46%	23%	31%	70	34%	45%	21%	76
(Bekkenbodem)fysiotherapie	17%	47%	36%	53	25%	38%	37%	60
Acupunctuur	29%	33%	38%	52	14%	43%	43%	70
Andere medicijnen	34%	22%	44%	50	24%	31%	45%	62
Hypnotherapie	16%	41%	43%	49	27%	23%	50%	60
Psychotherapie	36%	21%	43%	47	29%	29%	43%	56
Osteopathie	31%	38%	31%	42	24%	36%	40%	58
Bioresonantie	16%	26%	58%	19	10%	29%	61%	31
Chiropractie	30%	30%	40%	10	5%	19%	76%	21
Anders	28%	28%	45%	29	40%	15%	45%	40
Geen van bovenstaande	89%	0%	11%	9	0%	0%	100%	6

**Tabel 6:** Welke behandeling voor PDS-klachten krijgt u of kreeg u op advies/verwijzing of voorschrift van uw arts, en in welke mate had u hier baat bij

**Basis:** alle respondenten, n=563

Bulkvormers worden het meest ingezet, vooral bij mensen met obstipatieklachten en wisselende en onduidelijke klachten. Toch krijgt ook de helft van de mensen met diarreeklachten op enig moment een advies om bulkvormers te gebruiken. Middelen tegen kramp worden over alle vormen van ontlasting heen voorgeschreven, hoewel minder bij mensen met een normaal ontlastingspatroon. In totaal krijgen 157 respondenten (28% van het totaal aantal respondenten) actief probiotica aangeraden of voorgeschreven. Dit is een therapie die vooral nu of korter dan een jaar geleden is ingezet, en tweederde van de respondenten die aangeven deze therapie te volgen heeft daar ook in meer of mindere mate baat bij.



Aan de respondenten is ook gevraagd welke therapieën of medicijnen zij gebruiken zonder het advies van een reguliere arts (deze kunnen wel op advies van een alternatieve arts of therapeut zijn gestart). Deze behandelingen zijn weergegeven in tabel 7.

	Deze behandeling krijg ik/ kreeg ik				Heeft/ had u er baat bij?			
	Nu	< 1 jaar	> 1 jaar	Totaal n=	Veel	Weinig	Niet	Totaal n=
Probiotica	48%	29%	23%	191	34%	42%	24%	202
Dieet / vermijden van bepaalde voedingsmiddelen	56%	18%	26%	165	47%	42%	11%	177
Supplementen	63%	18%	19%	68	35%	46%	19%	78
Ontspanningsoefeningen	52%	28%	20%	60	40%	44%	15%	72
Medicijnen tegen diarree	37%	32%	32%	57	48%	35%	17%	66
Medicijnen tegen buikpijn, zoals pijnstillers	39%	34%	27%	56	20%	52%	28%	64
Acupunctuur	26%	35%	39%	54	15%	41%	44%	61
Osteopathie	20%	39%	41%	49	30%	30%	39%	56
Vezelpreparaten/ bulkvormers (Metamucil e.d.)	21%	31%	48%	48	22%	40%	38%	50
Laxeermiddelen	17%	33%	50%	36	28%	40%	33%	43
Hypnotherapie	21%	52%	27%	33	37%	26%	37%	38
Bioresonantie	17%	45%	38%	29	11%	44%	44%	36
Andere medicijnen	46%	38%	17%	24	31%	29%	40%	35
Middelen tegen kramp, bijvoorbeeld Buscopan/Dusputal	10%	38%	52%	21	8%	23%	69%	26
(Bekkenbodem)fysiotherapie	28%	44%	28%	18	17%	42%	42%	24
Psychotherapie	46%	31%	23%	13	30%	30%	40%	20
Antidepressiva	36%	9%	55%	11	15%	38%	46%	13
Chiropractie	11%	44%	44%	9	13%	33%	53%	15
Anders	44%	29%	27%	41	44%	28%	28%	43

**Tabel 7:** Welke behandeling voor PDS-klachten krijgt u of kreeg u zonder advies/verwijzing of voorschrift van uw arts, en in welke mate had u hier baat bij

**Basis:** alle respondenten, n=563

Op eigen initiatief (of op advies van een alternatieve arts of therapeut) worden vooral probiotica, dieet en voedingsmiddelen ingezet. Hier heeft dan ook het merendeel in meer of mindere mate baat bij. Er zijn echter geen relevante significante verschillen te noemen tussen de verschillende subgroepen, mede door de relatief kleine groepen gebruikers.

Opvallend is dat dezelfde therapieën als effectief worden bestempeld, of men deze nu krijgt op aanraden van de arts of niet. Dieet en vermijden van voedingsmiddelen zijn het meest effectief, gevolgd door ontspanningsoefeningen, medicijnen tegen diarree (en bij therapieën aangeraden door de arts: laxeermiddelen); en supplementen. Probiotica wordt, indien op eigen initiatief gebruikt, als iets effectiever beschouwd dan wanneer aangeraden door de arts.

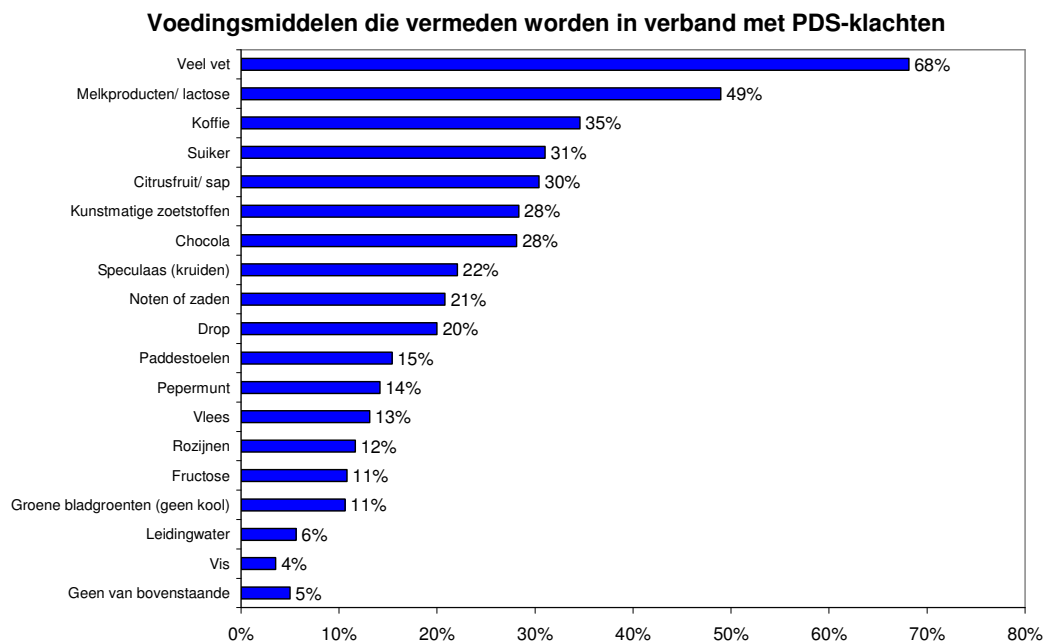
### Eetpatroon

Een meerderheid (55%) van de respondenten geeft aan (een deel van) de klachten te kunnen verminderen door bepaalde dingen niet te eten. Nog eens 30% geeft aan de PDS-

klachten “soms” te kunnen verminderen door bepaalde dingen niet te eten. Vooral ouderen geven aan dat het vermijden van bepaalde voedingsmiddelen geen invloed heeft op de klachten. Het is niet zo dat mensen met frequente buikpijnlachten significant vaker of minder vaak dan mensen met minder frequente buikpijnlachten hun PDS-klachten kunnen verlichten door bepaalde voedingsmiddelen te vermijden. Over de hele linie kan een meerderheid van de respondenten een deel van hun PDS-klachten (al dan geen buikpijn) verminderen door bepaalde voedingsmiddelen te vermijden.

Het vermijden van bepaalde voedingsmiddelen heeft bij respondenten met obstipatieklachten minder vaak een vermindering van de klachten tot gevolg dan bij respondenten met diarree of een wisselend klachtenpatroon. Dat kan deels worden verklaard omdat het moeilijker is om een relatie te leggen tussen voedingsmiddelen en obstipatie dan tussen voedingsmiddelen en diarree.

De voedingsmiddelen die vermeden worden zijn weergegeven in figuur 14.



**Figuur 14:** Welke voedingsmiddelen vermijdt u vanwege uw PDS-klachten?

**Basis:** alle respondenten, n=563

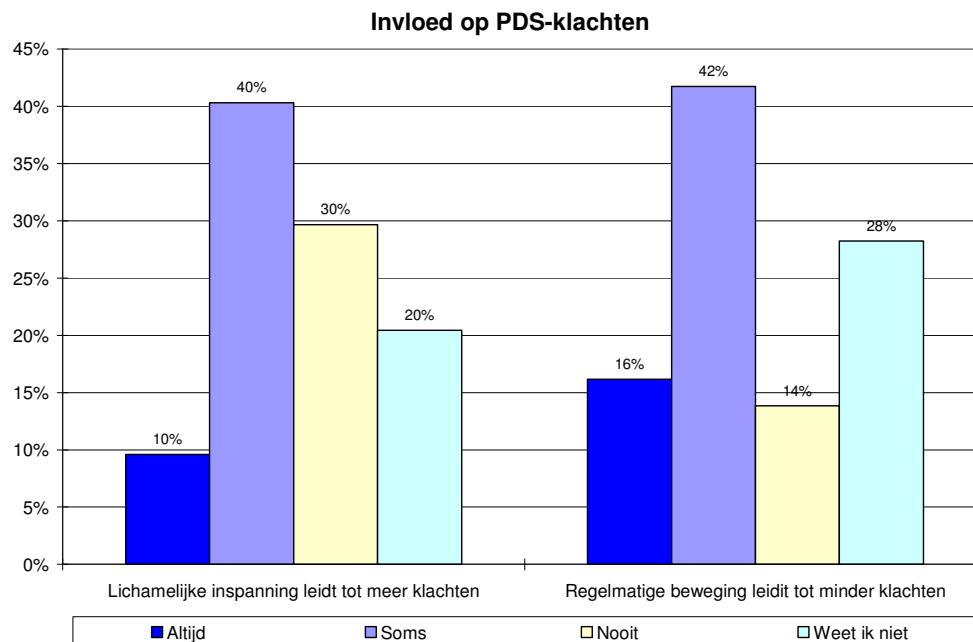
Duidelijk is dat vet, melkproducten, koffie en suiker het meest gemeden worden i.v.m. de PDS-klachten. Ook hier is geen relatie met de ernst van de buikpijn of de frequentie van de buikpijn en de vermeden voedingsmiddelen.

Drop en pepermunt worden significant meer vermeden door mensen die last hebben van obstipatieklachten dan door mensen die last hebben van diarreeklachten. Voor mensen met een wisselend of onduidelijk patroon zijn chocola, speculaas, vet en koffie producten die minder vaak gebruikt worden. Deze verschillen zijn echter niet (altijd) significant. Respondenten met veel beperkingen in het sociale leven vermijden meer voedingsmiddelen dan respondenten met minder beperkingen. Of het een het gevolg of de oorzaak is van het ander is niet duidelijk te benoemen.

Ook al spelen voedingsmiddelen een rol, ruim driekwart van de respondenten heeft het PDSB-dieet niet gevolgd. 14% van de respondenten geeft aan het dieet gedeeltelijk gevolgd te hebben en 3% volgt het dieet wel. Vooral respondenten met diarreeklachten en een normaal ontlastingspatroon volgen het PDSB-dieetadvies niet. Van de 98 respondenten die aangeven het dieet (gedeeltelijk) te volgen of te hebben gevolgd, geeft 17% aan dat het geholpen heeft, 47% ervaart gedeeltelijke vermindering van de klachten. In totaal heeft 64% in meer of mindere mate baat bij het dieetadvies, indien dit is gevolgd.

### **3.2.3 Levensstijl**

De levensstijl van respondenten kan invloed hebben op de mate van klachten die men ervaart. Een van de meer bekende invloedsfactoren is stress. 45% van de respondenten zegt meer last te krijgen van PDS-klachten wanneer men gestresst is, bij 24% nemen de PDS-klachten soms toe onder invloed van stress, en 17% zegt (alleen) bij stress last te krijgen van PDS-klachten. Slechts 13% ziet geen verband tussen stress en PDS-klachten. Mensen met obstipatieklachten en een normaal patroon zien het minst vaak een verband tussen stress en de klachten, mensen met wisselende patronen zien juist vaker een verband. Ook andere levensstijlfactoren kunnen invloed hebben op het klachtenpatroon. Deze zijn weergegeven in figuur 15.



**Figuur 15:** Mate waarin inspanning en regelmatige beweging invloed hebben op klachten

**Basis:** alle respondenten, n=563

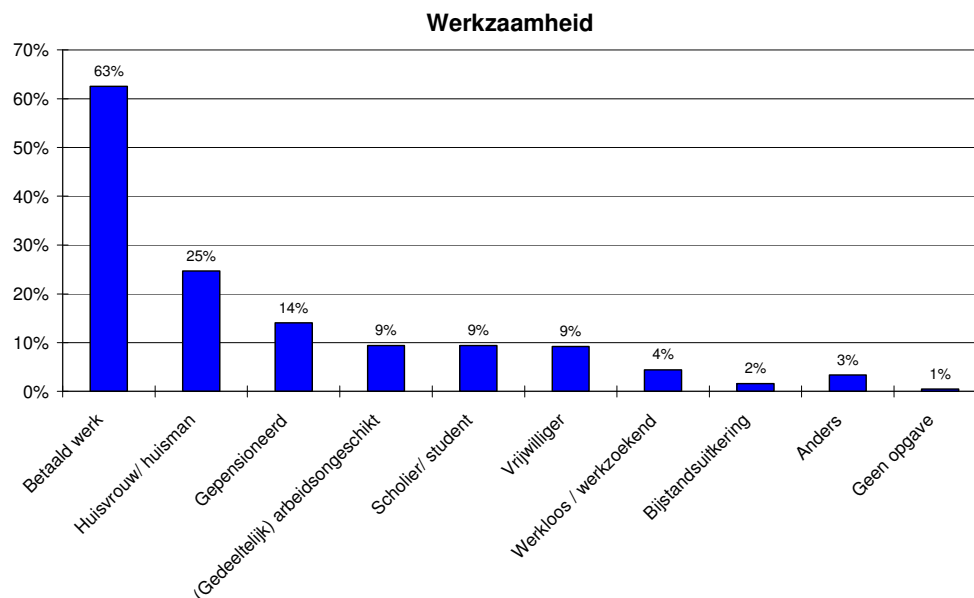
De figuur laat zien dat een lichamelijke inspanning een negatieve invloed kan hebben op het klachtenpatroon en dat een regelmatige beweging een positieve invloed kan hebben.

Een lichamelijke inspanning levert vooral problemen op bij mensen met een wisselend ontlastingspatroon, en mensen met vermoeidheids-, hoofdpijn- en rugpijnklachten. Mensen met frequente en/of ernstige buikpijn ervaren ook meer problemen met lichamelijke inspanning. Regelmatige beweging levert geen significante klachtenverergering of -vermindering op bij de hiervoor genoemde subgroepen, behalve bij mensen die veel beperkingen ervaren. Zij rapporteren dat regelmatige beweging significant vaker “geen” verlichting oplevert dan andere subgroepen.

Ook roken wordt wel gezien als een invloedsfactor bij PDS. 12% van de respondenten geeft aan te roken, 30% heeft in het verleden gerookt en 57% heeft nooit gerookt. De stoppersgroep telt relatief meer mannen, de groep die nooit gerookt heeft telt meer vrouwen. Van de (ex-) rokers geeft 11% aan dat roken een slechte invloed heeft op de klachten, 8% ervaart een gunstige invloed en 11% zegt dat roken geen invloed heeft. 69% van de respondenten geeft echter aan niet te weten of roken verschil maakt.

## Werkzaamheid

In figuur 16 wordt weergegeven in welke mate men op dit moment werkzaam is.



**Figuur 16:** Welke werkzaamheidsomschrijving(en) zijn op dit moment op u van toepassing

**Basis:** alle respondenten, n=563

Ongeveer tweederde van de respondenten heeft op dit moment een betaalde baan, al dan niet in deeltijd. Het is opvallend dat van de respondenten die altijd beperkingen ervaren toch bijna 40% een betaalde baan heeft. Gepensioneerden hebben vaker een onduidelijk of normaal ontlastingspatroon, studenten hebben vaker dan anderen een wisselend ontlastingspatroon.

42% van de respondenten geeft aan de volle werkweek te kunnen werken. 21% kan een paar hele dagen in de week werken, 17% een paar dagdelen in de week, maar geen hele dagen. 11% kan een deel van de dag werken en 10% is niet in staat om te werken. 4% van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord.

Respondenten die geen moeheid, hoofdpijn of rugpijn hebben, zijn vaker in staat meer te werken dan mensen met deze klachten. Het ontlastingspatroon lijkt weinig invloed te hebben op de mate waarin men in staat is om te werken. Wel geven meer mensen met obstipatieklachten dan met andere klachten aan een paar hele dagen in de week te kunnen werken (maar niet de volle werkweek). Van de mensen met diarreeklachten kan bijna 45%

de volle werkweek werken, en geeft een klein deel aan niet te kunnen werken. Het aantal respondenten met een normaal of wisselend patroon dat aangeeft niet te kunnen werken, lijkt op het eerste gezicht wat hoog, maar een eerdere crossing laat zien dat het normale ontlastingspatroon relatief vaker voorkomt bij gepensioneerden, wat dit ook meteen verklaart. Een andere factor die opvalt bij werkzaamheid is de ernst van de buikpijn. Respondenten die aangeven arbeidsongeschikt te zijn hebben vaker buikpijnklachten en beoordelen deze ook vaker als meer ondraaglijk.

Respondenten die veel beperkingen ervaren geven vaker aan niet of slechts gedeeltelijk te kunnen werken in vergelijking met respondenten die weinig tot geen beperkingen ervaren.

Van het totaal aantal respondenten heeft 9% een betaalde baan van minder dan 16 uur, werkt 25% betaald tussen de 16 en 32 uur en heeft 31% een betaalde baan van 32 uur of meer. Mannen werken hierbij vaker 32 uur of meer en vrouwen werken vaker 16-32 uur. Er zijn tussen de verschillende subgroepen verder geen significante verschillen op te merken. Wel is te zeggen dat naarmate men frequenter buikpijn heeft, de respondenten minder in staat zijn de hele dag te werken. De ernst van de buikpijn laat hierbij geen belangrijke verschillen zien.

De respondenten met betaald werk hebben, meestal ook regelmatige werktijden (82%). Slechts 18% geeft aan onregelmatige werktijden te hebben. Onregelmatige werktijden komen vaker voor bij mensen met een dagelijks wisselend ontlastingspatroon, regelmatige werktijden meer bij mensen met obstipatie. Het is opvallend dat mensen die onregelmatige werktijden hebben ook vaker rugpijn hebben. Naarmate men meer uren werkt, zijn de werktijden ook regelmatiger.

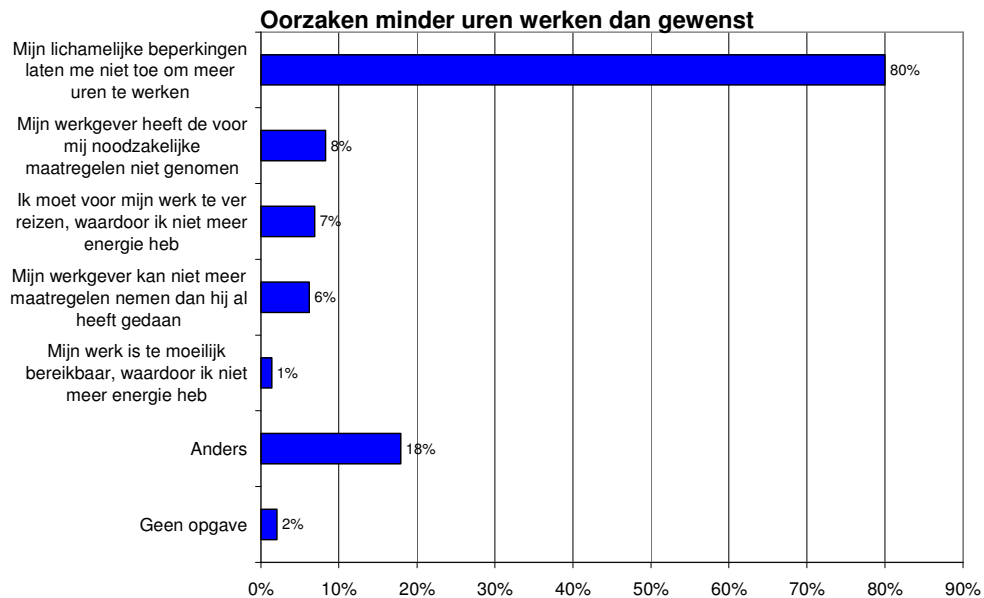
Slechts 11% van de totale groep respondenten geeft aan in staat te zijn om onregelmatige diensten te draaien, en 46% geeft aan daar niet toe in staat te zijn. 42% kan deze vraag niet beantwoorden. Respondenten met de bijkomende klachten moeheid, hoofdpijn en rugpijn geven vaker aan niet in staat te zijn om onregelmatige diensten te draaien. Naarmate men meer uren werkt denkt men vaker in staat te zijn om onregelmatige diensten te draaien, en ook is er een verband tussen het ervaren van veel beperkingen en het zich niet in staat voelen onregelmatige diensten te draaien.

De respondenten die betaald werk hebben is gevraagd naar de mate waarin de werktijden flexibel zijn. 59% geeft aan flexibele werktijden te hebben, 37% heeft deze niet. 4% kan de vraag niet beantwoorden.

Een kwart van de respondenten (26%) geeft aan minder uren te werken dan gewenst. 56% geeft aan net zoveel uren te werken als men wil en 18% kan de vraag niet beantwoorden.

Vooral respondenten met de bijkomende klachten moeheid, hoofdpijn en rugpijn werken minder dan zij eigenlijk zouden willen. Ook mensen die veel beperkingen ervaren zouden meer uren willen werken. Zij werken nu vaker in deeltijd. Respondenten met een baan van 16 of meer uren geven vaker aan niet meer uren te willen werken.

Aan de mensen die minder uren werken dan zij zouden willen is gevraagd wat de oorzaak hiervan is. Deze oorzaken zijn weergegeven in figuur 17.



**Figuur 17:** Wat is de oorzaak dat u minder uren werkt dan u zou willen

**Basis:** alle respondenten die minder uren werken dan gewild,  $n=178$

Lichamelijke beperkingen zijn de belangrijkste oorzaak voor het minder werken dan men wil. De gemelde energieproblemen door te ver reizen en moeilijke bereikbaarheid komen vooral voor bij respondenten die een in periodes wisselend ontlastingspatroon hebben. Respondenten die veel beperkingen hebben geven vaker aan dat de lichamelijke beperkingen het niet toelaten om meer uren te werken.

### Ervaren beperkingen

De klachten die PDS met zich meebrengt leveren beperkingen op. 25% van de respondenten geeft aan dat het PDS invloed heeft op de mate waarin men in staat is om op bepaalde tijden te reizen. Nog eens 27% geeft aan dat die invloed er soms is. 34% ervaart

geen beperking in reizen op bepaalde tijden als gevolg van het PDS en 14% kan de vraag niet beantwoorden.

De respondenten die aangeven dat het PDS invloed heeft op de mate waarin men in staat is om op bepaalde tijden te reizen hebben vaker dan anderen last van moeheid, hoofdpijn en rugpijn en ervaren vaker dan anderen beperkingen in het sociale leven. Zij hebben ook vaker helemaal geen betaald werk. Ook is er een relatie met de ernst en de frequentie van de buikpijn.

De mate waarin de PDS-klachten invloed hebben op het tijdstip waarop men kan reizen is weergegeven in tabel 8.

In verband met mijn klachten kan ik			
niet vroeger op pad/ op mijn werk zijn dan		niet later thuis zijn dan	
8 uur	11%	16 uur	7%
9 uur	13%	17 uur	12%
10 uur	9%	later dan 17 uur	13%
11 uur	3%		
Later dan 11 uur	3%		
Maakt niet uit, geen beperking	50%	Maakt niet uit, geen beperking	61%
Geen opgave	10%	Geen opgave	7%

**Tabel 8:** In verband met mijn PDS-klachten kan ik niet vroeger op pad/ op mijn werk zijn dan en moet ik 's avonds op tijd weer thuis zijn, namelijk niet later dan...

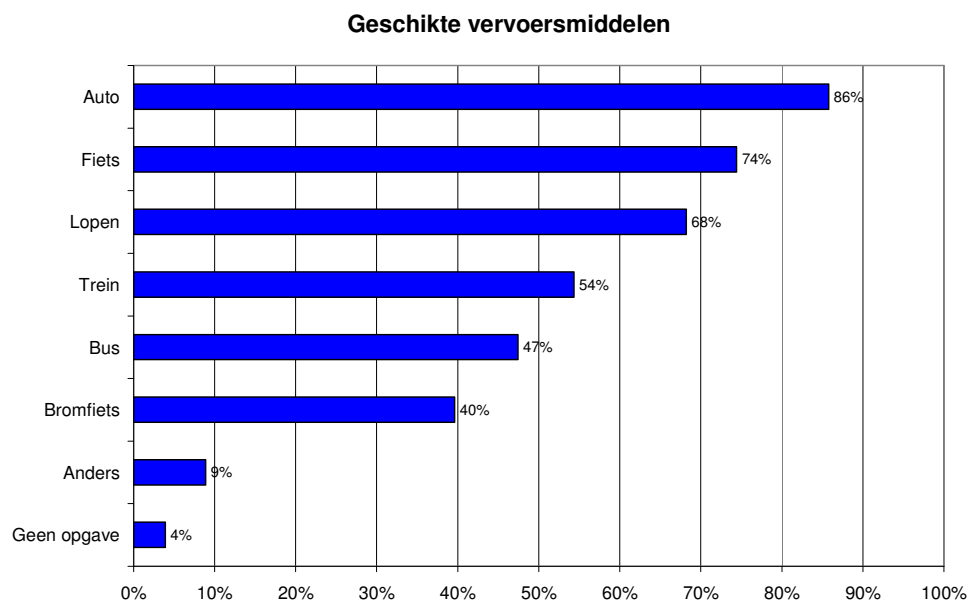
**Basis:** alle respondenten, n=563

Ook hier geldt dat mensen die last hebben van vermoeidheid, hoofdpijn en rugpijn, of die veel beperkingen ervaren, meer moeite hebben met de reistijden en vaker later kunnen beginnen en/of eerder wegmoeten. De mogelijkheid op tijd te kunnen reizen lijkt op het eerste gezicht niet (significant) samen te hangen met het ontlastingspatroon. Aanvullend is gekeken naar de mate waarin men zowel 's ochtends als 's avonds een reisbeperking ervaart. Van het totale aantal respondenten ervaart 51% geen reisbeperking. Van de overgebleven respondenten die één of meer keer een reisbeperking ervaart (n=277), heeft 46% zowel 's ochtends als 's avonds een reisbeperking, 35% alleen in de ochtend en 19% alleen in de avond.



De reistijd die men maximaal mag hebben is voor 26% minder dan 30 minuten. 22% van de respondenten geeft aan dat de maximale reistijd tussen de 30 en 60 minuten ligt, voor 4% ligt dat tussen de 1 en 2 uur. 37% van de respondenten geeft aan dat de reistijd niet uitmaakt, 11% kan de vraag niet beantwoorden. Mannen geven daarbij vaker aan dan vrouwen dat de reistijd niet uitmaakt, maar het verschil is niet significant. Ook hier geldt dat respondenten met klachten op het gebied van moeheid, hoofdpijn en rugpijn en respondenten die veel beperkingen ervaren in het sociale leven een kortere maximale reistijd aanhouden dan respondenten die minder klachten hebben. Mensen met diarree kunnen in het algemeen minder lang reizen dan mensen met obstipatie, maar de verschillen zijn niet significant. Mensen met wisselende klachten (in periodes) geven het vaakst aan minder dan 30 minuten te kunnen reizen.

De vervoersmiddelen die men kan gebruiken in verband met de PDS-klachten zijn weergegeven in figuur 18.



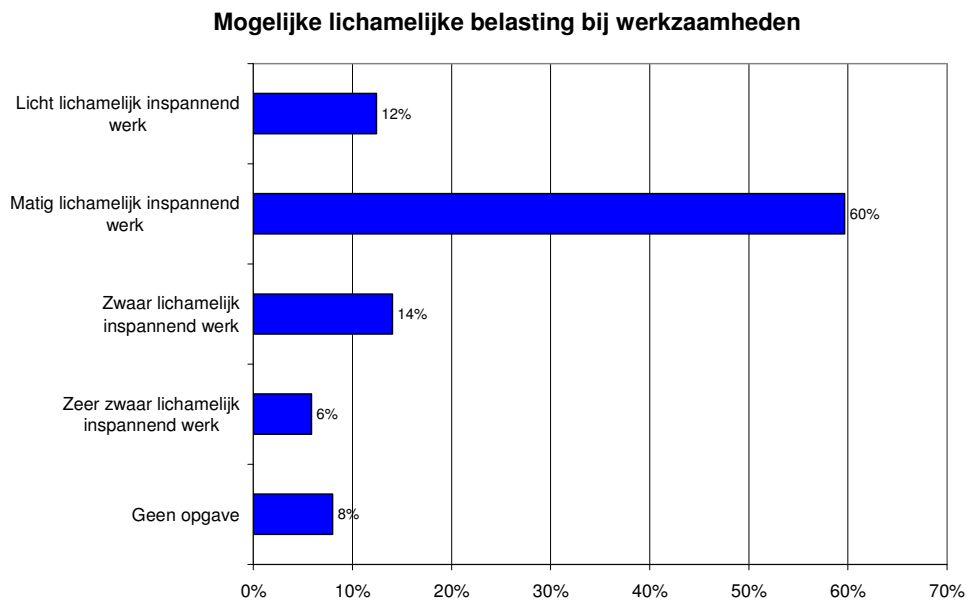
**Figuur 18:** Welke vervoersmiddelen zijn in verband met uw PDS-klachten mogelijk

**Basis:** alle respondenten, n=563

Vooraf ouderen (40 jaar en ouder) geven aan minder vervoersmiddelen te kunnen gebruiken. Ook mensen met diarreeklachten kunnen minder vervoersmiddelen gebruiken, evenals mensen met een ontlastingspatroon dat wisselt in periodes. Respondenten met klachten als moeheid, hoofdpijn en rugpijn gebruiken – evenals respondenten met veel

beperkingen – minder vervoersmiddelen dan respondenten die deze klachten minder hebben.

De zwaarste lichamelijke belasting die mogelijk is, is weergegeven in figuur 19.



**Figuur 19:** Hoe zou u de lichamelijke belasting van de voor u met uw PDS-klachten mogelijke werkzaamheden beschrijven

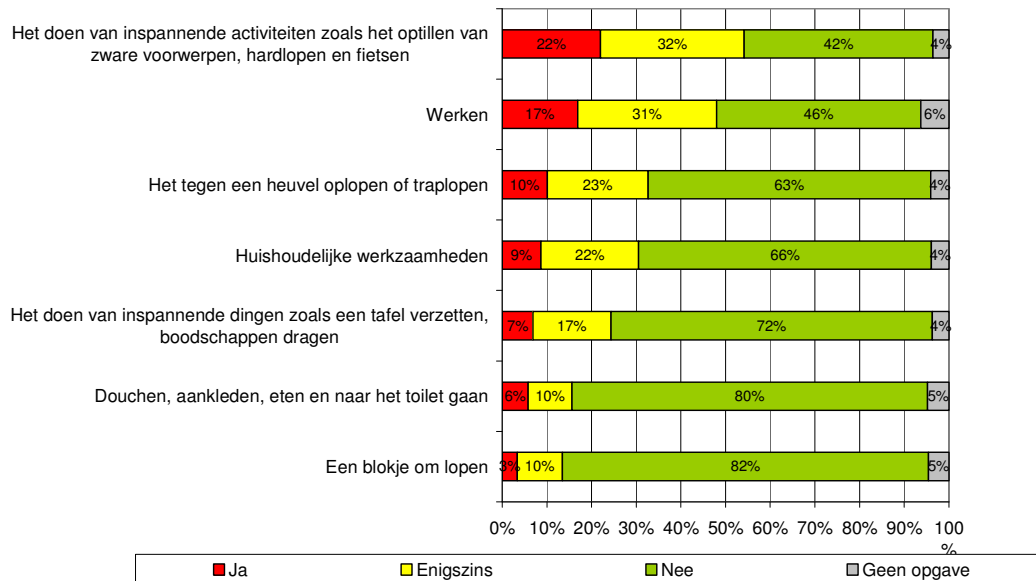
**Basis:** alle respondenten, n=563

De meeste respondenten geven aan in staat te zijn tot matig lichamelijk inspannend werk.

Mannen geven vaker dan vrouwen aan zeer zwaar lichamelijk inspannend werk te kunnen verrichten. Naarmate men meer beperkingen ervaart in het sociale leven kan men minder inspannend werk verrichten. Verder zijn er bij deze vraag geen noemenswaardige significante verschillen te benoemen tussen de subgroepen.

De mate van beperkingen die men ervaart is dieper uitgevraagd naar verschillende activiteiten. Deze zijn weergegeven in figuur 20.

## Ervaren beperkingen



**Figuur 20:** Ervaart u beperkingen bij:

**Basis:** alle respondenten, n=563

De meeste beperkingen worden ervaren bij het doen van inspannende activiteiten en/of bij werken. Respondenten met klachten als moeheid, hoofdpijn en rugpijn ervaren vaker beperkingen dan respondenten die deze klachten niet of minder hebben. Vrouwen en ouderen ervaren eerder beperkingen dan mannen en jongeren, al zijn de verschillen niet (altijd) significant. Gekeken naar het ontlastingspatroon zijn er weinig statistisch interessante verschillen te benoemen. Wel kan men zeggen dat respondenten met een sterk wisselend (per dag) ontlastingspatroon vaker beperkingen ervaren bij douchen, aankleden, eten en naar het toilet gaan.

59% van de respondenten geeft aan goed in een normaal constant tempo te kunnen werken. 20% kan dat tot op zekere hoogte en 10% kan dat niet. 11% van de respondenten kan de vraag niet beantwoorden. Van de respondenten die betaald werk hebben, geeft 71% aan goed in normaal constant tempo te kunnen werken, 20% kan dat tot op zekere hoogte en 5% kan dat niet. 4% van de werkenden kan deze vraag niet beantwoorden.

Van de totaalgroep geven met name ouderen vaker geen antwoord of geven aan hiertoe niet in staat te zijn. Respondenten die last hebben van klachten als vermoeidheid, hoofdpijn en rugpijn zijn hier minder toe in staat dan respondenten die deze klachten niet of minder hebben. Dit geldt ook voor mensen die veel beperkingen ervaren.

De PDS-klachten hebben bij 80% van de respondenten in meer of mindere mate invloed op het ervaren concentratievermogen: 41% geeft aan dat de klachten hierin belemmeren. 11% geeft aan dat de klachten geen invloed hebben op het concentratievermogen, 41% geeft aan dat er een beperkte invloed op het concentratievermogen is. 8% van de respondenten heeft deze vraag niet beantwoord. Vooral mensen met diarree en wisselende ontlasting hebben last van een belemmering van het concentratievermogen. Mensen met obstipatie hebben significant minder last van beperkingen van het concentratievermogen. Ook bij deze vraag geldt dat mensen die meer last hebben van moeheid, hoofdpijn en rugpijn sneller last hebben van een verstoring van de concentratie. Daarnaast geldt dat naarmate men meer beperkingen in het sociale leven ervaart, men ook eerder belemmerd wordt in de concentratie. Ook de ernst en de frequentie van de ervaren buikpijn heeft invloed op het concentratievermogen: mensen met veel en/of ernstige buikpijn geven aan vaker concentratieproblemen te hebben.

De PDS-klachten hebben ook invloed op het vermogen om in teamverband of groepsverband samen te werken. 21% geeft aan dat de klachten hierin belemmerend werken, 34% geeft aan dat dit niet het geval is en 33% ervaart beperkt belemmeringen. 12% kan de vraag niet beantwoorden. De belemmerende werking wordt meer ervaren door respondenten met diarree en een wisselend ontlastingspatroon. Ook de ernst en de frequentie van de ervaren buikpijn heeft invloed op het concentratievermogen: mensen met veel en/of ernstige buikpijn geven aan vaker belemmeringen te ervaren dan mensen met minder frequente en/of ernstige buikpijn. Respondenten die last hebben van vermoeidheid, hoofdpijn en rugpijn ervaren meer belemmeringen dan respondenten die deze klachten niet of minder hebben. Naarmate men meer beperkingen in het sociale leven ervaart, wordt men ook meer belemmerd in het werken in teamverband.

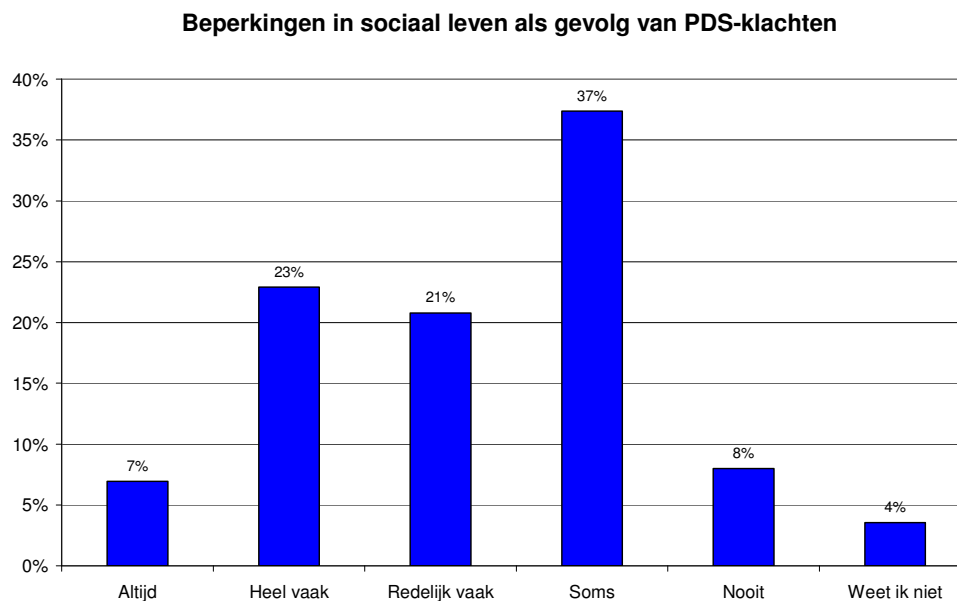
Respondenten hebben in het algemeen niet heel snel last van geluid. 26% geeft aan last te hebben van geluid, 18% heeft beperkt last van geluid en 41% heeft geen last van geluid. 14% kan de vraag niet beantwoorden. Op het ervaren van geluid zijn minder statistisch relevante verschillen te rapporteren. Respondenten die meer last hebben van moeheid, hebben wel sneller last van geluid, evenals respondenten die veel beperkingen ervaren in het sociale leven.

27% van de respondenten zegt door de PDS-klachten meerdere rustpauzes nodig te hebben tijdens hun werk of andere bezigheden, 23% heeft daar beperkt behoefte aan. 35% geeft aan dat dit niet nodig is en 15% kan de vraag niet beantwoorden. Mensen met een onduidelijk ontlastingspatroon hebben hier vaker "beperkt" en minder vaak "zeker" last van. Respondenten met klachten op het gebied van vermoeidheid, hoofdpijn en rugpijn hebben wel vaker pauzes nodig dan respondenten die deze klachten niet of minder hebben.

Respondenten die vaak last hebben van buikpijn hebben ook vaker meerdere rustpauzes nodig. Datzelfde geldt voor respondenten die hun buikpijn als slecht te verdragen beoordelen. Ook kan men zeggen dat naarmate men meer beperkingen ervaart in het sociale leven, meer rustpauzes nodig zijn. Naarmate men meer uren werkt zijn de rustpauzes minder nodig.

Het merendeel van de respondenten (42%) geeft aan als gevolg van de PDS-klachten het afgelopen jaar minder dan 10 dagen niet in staat te zijn geweest om het werk of andere dagelijkse werkzaamheden uit te voeren. 12% miste tussen 10 en 30 dagen; 9% miste meer dan 30 dagen. 37% geeft aan deze vraag niet te kunnen beantwoorden, dit zijn vooral ouderen en niet werkenden. De respondenten die de meeste dagen missen zijn vooral respondenten met een wisselend ontlastingspatroon. Naarmate de buikpijn frequenter wordt en/of heviger, miste men meer dagen werk in het afgelopen jaar. Respondenten met weinig bijkomende klachten en weinig beperkingen missen minder dagen.

Een substantieel deel van de respondenten geeft aan dat de PDS-klachten een beperkende werking hebben op het sociale leven. Deze resultaten zijn weergegeven in figuur 21



**Figuur 21:** Hoe vaak hebben uw PDS-klachten u beperkt in uw sociale leven

**Basis:** alle respondenten, n=563

Mannen geven iets vaker dan vrouwen aan nooit beperkt te worden in het sociale leven. Gekeken naar de ontlastingspatronen zijn het vooral de mensen die last hebben van diarree en wisselende klachten die altijd beperkingen ervaren. De respondenten met overige klachten geven vaker aan soms beperkingen te ervaren. Moeheid, hoofdpijn en rugpijn hebben ook invloed op het sociale leven, respondenten die deze klachten vaker hebben, worden ook vaker beperkt in het sociale leven. Ook de frequentie en ernst van de buikklachten hebben invloed op het sociale leven. In het algemeen is te stellen dat hoe vaker men buikpijn heeft, en hoe heviger deze is, hoe meer beperkingen men ervaart. Naarmate men meer werkt heeft men minder beperkingen in het sociaal leven. Het is opvallend dat vooral respondenten die geen diagnose hebben ontvangen vaker altijd beperkingen ervaren, al is het verschil niet tegen alle groepen significant.

62% van de respondenten geeft aan dat het aantal sociale contacten hetzelfde is gebleven, 36% heeft minder sociale contacten, 2% kan geen antwoord geven. Het is opvallend dat vooral mannen minder sociale contacten hebben, en dat deze bij vrouwen vooral hetzelfde zijn gebleven. Het verschil is significant met een betrouwbaarheid van 99%. De sociale contacten worden minder naarmate men meer bijkomende klachten ervaart zoals moeheid, hoofdpijn en rugpijn. Ook worden de contacten minder naarmate men vaker buikpijn heeft en naarmate deze vaker als ondraaglijk ervaart.

### **3.3 Quality of Life**

In de vragenlijst is de officiële standaardvragenlijst opgenomen om de quality of life uit te vragen. Deze vragenlijst bestaat uit 34 statements waarbij kan worden aangegeven in hoeverre men het hiermee eens is. De antwoordcategorieën zijn:

- Helemaal niet
- Enigszins
- Nogal
- Veel
- Heel erg veel.

De antwoorden op de vragen worden geanalyseerd volgens een voorgeschreven patroon. De antwoorden op de vragen worden teruggerekend naar een schaal van 0-100 om de

score makkelijker te kunnen interpreteren. Vervolgens wordt de som van de antwoorden minus de laagst mogelijke score gedeeld door de mogelijke ruwe score en vermenigvuldigd met 100. Hoe hoger de IBS-QOL score, hoe beter de kwaliteit van leven<sup>1</sup>.

De antwoorden zijn in te delen in een 8-tal subgroepen, ingedeeld naar het onderwerp van het statement<sup>1</sup>. De onderwerpen zijn

- Dysporie<sup>2</sup> (stelling 1, 6, 7, 9, 10, 13 en 30)
- Invloed op activiteiten (stelling 3, 18, 19, 22, 27, 29 en 31)
- Lichaamsbeeld (stelling 5, 21, 25, 26)
- Zorgen om gezondheid (stelling 4, 15 en 32)
- Vermijden van voedsel (stelling 11, 23 en 28)
- Sociale reactie (stelling 2, 14, 17 en 34)
- Seksuele beleving (stelling 12 en 20)
- Relatie (stelling 8, 24 en 33)

Daarnaast zijn in dit onderzoek nog 9 extra stellingen in dezelfde stijl opgenomen. Dit zijn in de vragenlijst de stellingen 35-43, welke zijn opgenomen in de “uitgebreide” IBS-QOL.

De resultaten van de QOL-vragenlijst zijn weergegeven in tabel 9 en 10, uitgesplitst naar geslacht, ontlastingspatroon en frequentie van de buikpijn.

---

<sup>1</sup> Beschreven in “Het effect van een geprotocolleerd transmuraal zorgtraject op de klachtenbeleving en kwaliteit van leven bij patiënten met functionele buikklachten”, Sophie Bonarius, maart 2008.

<sup>2</sup> Met dysporie wordt bedoeld: een voortdurend aanwezige sombere stemming of prikkelbaarheid, soms gepaard gaand met angst of rusteloosheid, tegengesteld aan euforie.

IBS QOL	Totaal	Geslacht		Ontlastingspatroon						
		N	Gemiddelde	Man	Vrouw	Diarree	Obstipatie	Wisselend in periodes	Wisselend per dag	Onduidelijk
Officieel, 34 stellingen	479	67,3	71,9	66,1	66,0	67,5	68,9	65,7	66,1	7
Uitgebreid, 43 stellingen	469	69,7	73,9	68,5	68,5	69,9	71,2	67,9	68,3	7
Dysporie	531	67,7	68,4	67,4	66,0	67,3	68,6	67,2	70,5	7
Invloed op activiteiten	527	64,4	66,8	63,7	57,7	70,5	65,5	62,1	65,8	7
Lichaamsbeeld	538	74,4	83,5	72,2	74,9	73,0	78,2	72,2	69,7	8
Zorgen om gezondheid	540	68,3	72,0	67,3	67,4	68,5	70,3	65,8	67,5	7
Vermijden van voedsel	547	49,8	60,2	47,1	47,4	51,2	55,6	47,8	42,1	5
Sociale reactie	540	69,3	74,5	67,9	68,3	68,1	71,5	69,1	65,8	7
Seksuele beleving	520	68,5	78,6	65,9	69,9	66,5	70,1	67,6	59,4	7
Relatie	540	74,3	77,3	73,6	72,6	73,1	75,3	73,8	78,6	8

**Tabel 9:** IBS-QOL scores, uitgesplitst naar geslacht en ontlastingspatroon

**Basis:** alle respondenten die op het genoemde element alle stellingen beoordeeld hebben



IBS QOL	Totaal	Frequentie buikpijn						
		N	Gemiddelde	Nooit of zelden	Minder dan 1 dag per maand	1 of enkele dagen per maand	1 dag per week	Meer dan 1 dag per week
Officieel, 34 stellingen	477	67,3	76.8	75.7	75.9	74.0	66.0	58.1
Uitgebreid, 43 stellingen	467	69,7	78.7	77.3	78.3	76.5	68.2	60.6
Dysporie	531	67,7	73.0	70.4	76.7	78.4	67.2	56.1
Invloed op activiteiten	527	64,4	72.5	73.0	71.7	71.1	63.1	55.9
Lichaamsbeeld	538	74,4	90.1	83.2	80.8	78.8	73.6	65.8
Zorgen om gezondheid	540	68,3	78.4	78.2	75.1	71.7	67.6	60.5
Vermijden van voedsel	547	49,8	69.1	63.1	56.9	50.9	49.5	41.6
Sociale reactie	540	69,3	78.3	78.8	79.5	75.5	68.0	59.1
Seksuele beleving	520	68,5	87.5	77.0	77.5	73.8	67.6	57.1
Relatie	540	74,3	76.0	80.8	81.1	83.7	74.1	65.1

**Tabel 10:** IBS-QOL scores, uitgesplitst naar frequentie van buikpijn

**Basis:** alle respondenten die op het genoemde element alle stellingen beoordeeld hebben

Op de officiële schaal is de gemiddelde score 67,3; de uitgebreide schaal levert een iets hogere score op, namelijk 69,7. Het element dat over de gehele linie het meeste invloed heeft op de kwaliteit van leven is het moeten vermijden van bepaalde voedingsmiddelen. Het tweede element dat een grote invloed op de kwaliteit van leven heeft is de invloed van de klachten op activiteiten. Voor mensen met obstipatie en met een dagelijks wisselend ontlastingspatroon is het tweede element met de meeste invloed seksueel van aard. Een positieve invloed op het gemiddelde is het lichaamsbeeld en de relatie.

Opvallend zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen. Mannen scoren over alle deelgebieden hoger dan vrouwen, waarbij vooral de scores op vermijden van voeding, lichaamsbeeld en seksuele beleving sterk uiteenlopen. Ook wanneer wordt gekeken naar het ontlastingspatroon zijn de verschillen groot. Mensen met een normaal of in periodes wisselend ontlastingspatroon scoren over het geheel beter dan het gemiddelde. De respondenten die aangeven een over de dag wisselend ontlastingspatroon te hebben, scoren over de gehele linie iets slechter dan het gemiddelde. Bij mensen met diarree scoren in vergelijking met het gemiddelde vooral de invloed op activiteiten en voedingspatroon slecht. Op het gebied van lichaamsbeeld en seksuele beleving scoren zij juist beter dan gemiddeld. Respondenten die aangeven voornamelijk last te hebben van obstipatie hebben een tegenovergesteld patroon; zij scoren minder goed op lichaamsbeeld en seksuele beleving, en beter op voedselvermijding en activiteiten.

Gekeken naar de frequentie van de buikpijn (en daarmee samenhangend: naar de ernst van de buikpijn), zijn grote verschillen zichtbaar. De elementen lichaamsbeeld, zorgen om gezondheid en vermijden van voedingsmiddelen dalen naar gelang men vaker buikpijn heeft. De andere elementen laten een minder eenduidig beeld zien, maar over de gehele linie kan worden gezegd dat naarmate de frequentie van de buikpijn toeneemt, de kwaliteit van leven in al zijn facetten afneemt. Er is ook een relatie zichtbaar tussen de ernst van de buikpijn en de kwaliteit van leven: naarmate men de buikpijn als meer ondraaglijk ervaart, neemt de kwaliteit van leven af. Het punt waarop de scores onder het gemiddelde komen, is bij mensen die meer dan 1 dag per week of elke dag buikpijn hebben en/of bij respondenten die hun buikpijn met een rapportcijfer van gemiddeld minimaal een 7 beoordelen. De frequentie van de buikpijn heeft het meeste invloed op de seksuele beleving, het vermijden van voedsel en het lichaamsbeeld. De verschillen tussen iemand die nooit of zelden buikpijn heeft en iemand die elke dag buikpijn heeft zijn bij deze drie onderdelen van de QOL-schaal het grootst. In het volgende hoofdstuk zal dieper worden ingegaan op de mogelijke betekenis van de IBS-QOL.

## 4 DISCUSSIE

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek verder geïnterpreteerd. Hierbij dient in acht te worden genomen dat een interpretatie van resultaten, hoewel onderbouwd, nooit voor 100% sluitend kan zijn.

### 4.1 Onderzoekspopulatie

Bij het interpreteren van de resultaten dient in eerste instantie rekening te worden gehouden met de oorsprong van de onderzoekspopulatie. Het gaat hier om leden van de PDSB die gevraagd zijn naar hun eigen klachten en ervaringen. Er is derhalve geen vergelijking mogelijk met gezonde personen. Bovendien neemt de PDSB aan dat een deel van haar leden lid zijn geworden omdat zij ergens heen willen met hun klachten, en het gevoel hebben dat zij elders minder “begrepen” worden. In de interpretatie dient rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat het hier om respondenten gaat wiens klachten (deels) erger zijn dan die van de gemiddelde PDS-patiënt, danwel dat het gaat om respondenten die meer uitgesproken zijn over de klachten en ervaringen dan mensen die geen lid zijn geworden. Enige voorzichtigheid is dus geboden. Desalniettemin staat de steekproef wel garant voor een serieuze doelgroep, die bewust bezig is met het ziektebeeld. Het feit dat de steekproef qua samenstelling zeer varieert in leeftijd, geslacht, duur van klachten, opleidingsniveau en andere achtergrondkenmerken maakt de steekproef voldoende betrouwbaar om deze als uitgangspunt te nemen voor de totale populatie PDS-patiënten.

### 4.2 Resultaten op deelgroepen

Gekeken naar de resultaten en de diverse uitsplitsingen die gebruikt zijn om deze resultaten te interpreteren, zijn er op een paar parameters bijzondere verschillen te zien.

Opvallend is de samenhang tussen hoofdpijn, vermoeidheid en rugpijn. De personen die deze klachten rapporteren, vertonen in het algemeen een negatiever beeld dan de respondenten die aangeven deze klachten niet te hebben. Het is door het ontbreken van betrouwbare algemene prevalentiecijfers op deze drie klachten niet mogelijk om te zien of deze klachten door PDS-patiënten meer ervaren worden dan door de algemene populatie, maar die indruk wordt wel gewekt.

Er is gekeken naar significante verschillen tussen de beleving van PDS bij mannen en vrouwen. Om te beginnen zijn er veel meer vrouwen met PDS dan mannen, wat al een

eerste belangrijk verschil is. Binnen de respondentengroep zijn mannen gemiddeld ook ouder dan vrouwen. In hoeverre dit betekent dat PDS bij mannen op een latere leeftijd voorkomt dan bij vrouwen of dat mannen op latere leeftijd lid worden is niet geheel duidelijk. Mannen lijken wel in het algemeen minder vaak last te hebben van de verschillende PDS-gerelateerde klachten. In hoeverre dat te verklaren is door het feit dat zij op latere leeftijd lid worden van de PDSB dan vrouwen is moeilijk te zeggen.

De verschillen in het klachtenpatroon bij mannen zijn alleen bij pijn in de buik significant ten opzichte van de groep vrouwen. Zij beoordelen de pijn ook als minder erg dan vrouwen en de pijn verdwijnt vaker dan bij vrouwen na het laten van winden of na het hebben gehad van een stoelgang. Mannen hebben verder meer moeite dan vrouwen bij het benoemen van het ontlastingspatroon, en ook rapporteren zij vaker dan vrouwen diarreeklachten, hoewel dit laatste verschil niet significant is. Mannen hebben ook vaker ontlasting dan vrouwen en deze is vaak zachter van structuur. Mannen rapporteren ook minder bijkomende klachten en bij mannen lijkt het PDS minder invloed te hebben op werkzaamheid en sociale activiteiten. Al deze resultaten samen maken dat het aannemelijk is dat mannen vaker een minder zwaar klachtenpatroon hebben dan vrouwen. De lagere score van vrouwen op de IBS-QOL ten opzichte van mannen ondersteunt deze aanname.

Bij vrouwen is gekeken of de hormoonhuishouding invloed kan hebben op klachten en beleving. Omdat alleen de groepen pilgebruiksters en niet-hormoongebruiksters getoetst kunnen worden op significantie<sup>3</sup>, kan alleen tussen deze twee groepen gerapporteerd worden. Pilgebruiksters rapporteren daarbij meer dan niet-hormoongebruiksters een verergering van de buikklachten rondom de menstruatie, evenals een verergering van een opgeblazen gevoel en winderigheid. Pilgebruiksters rapporteren ook vaker dan niet-hormoongebruiksters een in periodes wisselend ontlastingspatroon. Op de andere vormen van PDS zijn tussen de verschillende ontlastingsklachten geen significante verschillen. Wel kan gezegd worden dat pilgebruiksters iets vaker dan niet-hormoongebruiksters last hebben van de bijkomende klachten hoofdpijn, vermoeidheid en rugpijn. Ook beoordelen zij de buikpijn die ze hebben erger dan niet-hormoongebruiksters. De verschillen zijn op slechts enkele cellen significant met een betrouwbaarheid van 95%, maar hier lijkt de aanname dat hormonen invloed hebben op klachten wel in mindere mate bevestigd te worden. Uitgebreider onderzoek naar deze factor zou wellicht kunnen uitwijzen dat het gebruik van een hormonaal middel een invloed kan hebben op het klachtenpatroon.

---

<sup>3</sup> Significantietoetsen zijn uitgevoerd als t-toets tussen afzonderlijke kolommen, indien de totale subgroep n=30 of groter is.

Een andere conclusie die voorzichtig gesteld kan worden is dat de hormonale veranderingen na de vierde maand van de zwangerschap een positief effect kunnen hebben op de klachten: de helft van de vrouwen die een zwangerschap doormaakten en PDS hadden, koppelen terug dat de klachten na de vierde maand van de zwangerschap verminderden.

Een laatste belangrijke achtergrondvariabele is het ontlastingspatroon dat teruggerapporteerd wordt. Het is om te beginnen opvallend dat er veel wordt teruggekoppeld dat het ontlastingspatroon niet te benoemen is. Ook ervaren veel respondenten een wisselend patroon en kunnen zij het niet duidelijk indelen in een patroon dat voornamelijk obstipatieklachten of voornamelijk diarreeklachten behelst. Daarnaast is er een relatief grote groep patiënten die gediagnosticeerd is met PDS, maar die een normaal ontlastingspatroon heeft. Zij ervaren vooral buikpijn, winderigheid en andere klachten, zonder dat deze invloed hebben op het ontlastingspatroon. Dit zijn vooral ouderen vrouwen die tussen 1 en 5 jaar last hebben van spanning in de buik en buikpijn, waarbij de klachten aanhouden na het laten van winden of het hebben van een stoelgang. Naar aanleiding van de ingevulde Bristol Stool Chart, afgezet tegen de eigen aangegeven classificering van het ontlastingspatroon, lijkt het er op dat niet alle respondenten zelf goed weten welke vorm van PDS zij hebben. Wellicht dat een duidelijker bespreking van de Bristol Stool Chart met de arts, kan leiden tot meer inzicht in het werkelijke ontlastingspatroon en kan ook naar adequatere oplossingen worden gezocht.

In het algemeen kan worden gesteld dat de frequentie waarin men buikpijn heeft van belang is bij het ervaren van beperkingen op het gebied van reizen, werk en sociale impact. Ook de mate waarin men buikpijn heeft is van invloed op deze factoren.

Gekeken naar de groepen die aangeven danwel diarreeklachten danwel obstipatieklachten te hebben, zien we over het geheel geen bijzondere significante verschillen. Mensen met diarreeklachten ervaren vaker dagelijkse problemen met reizen, werken et cetera, maar heel verrassende uitslagen zijn er op basis van de onderzoeksresultaten niet. Wanneer echter wordt gekeken naar de QOL, vallen een aantal zaken op.

### **4.3 Quality of Life**

De IBS-QOL laat een aantal verschillen zien die in de algemene resultaten minder naar voren komen. Dit is verklaarbaar doordat in de algemene resultaten de vragen uitgebreider zijn, waardoor de te rapporteren cellen kleiner worden en verschillen minder snel significant

te noemen zijn. Hiermee is de IBS-QOL een bijzonder goed instrument om een aantal onderwerpen nader in kaart te brengen.

### **4.3.1 Verschillen tussen mannen en vrouwen**

Het grootste verschil tussen mannen en vrouwen is de score op het deelonderwerp food avoidance. Dit is weliswaar belangwekkend door de grootte van het verschil, maar niet heel verwonderlijk, daar met enige voorzichtigheid kan worden aangenomen dat vrouwen in het algemeen meer dan mannen bezig zijn met voeding, en omdat het klachtenpatroon van vrouwen erger lijkt te zijn dan bij mannen. Vrouwen rapporteren meer dan mannen dat zij voedingsmiddelen vermijden en bezig zijn met een dieet. Opvallender zijn de verschillen in lichaamsbeeld en seksuele beleving. Hier lijkt het PDS veel meer invloed te hebben op vrouwen dan op mannen. Het PDS heeft hiermee een vrij bepalende invloed op de kwaliteit van leven die ervaren wordt door vrouwen.

### **4.3.2 Verschillen tussen ontlastingspatronen**

Het is niet verwonderlijk dat mensen met een relatief normaal ontlastingspatroon de kwaliteit van leven als beter ervaren dan mensen met een verstoring van het ontlastingspatroon. De verschillen zijn echter wel zeer groot te noemen. Ook mensen met een ontlastingspatroon dat wisselt in periodes lijken een betere kwaliteit van leven te ervaren dan mensen met alleen diarree of alleen verstopping. Mensen met een onduidelijk patroon ervaren een slechtere kwaliteit van leven dan anderen op het gebied van seksuele beleving en het vermijden van voedsel.

In het algemeen zijn vooral de verschillen tussen de groepen met mensen die diarree dan wel obstipatieklachten ervaren belangwekkend. Mensen met diarree beoordelen de kwaliteit van leven op het deelgebied dysporie<sup>4</sup> slechter dan mensen met obstipatie of andere klachten. Dit is in zoverre opvallend dat zij juist op depressieklachten en gebruik van antidepressiva in de andere delen van de vragenlijst minder klachten lijken te hebben. Hoewel de QOL slechter beoordeeld wordt, hebben zij minder vaak aangegeven een depressie te hebben (gehad), en gebruiken zij minder vaak antidepressiva tegen hun PDS-klachten dan andere groepen. De invloed op de kwaliteit van leven op het gebied van dagelijkse activiteiten is verreweg het grootst bij mensen met diarreeklachten.

---

<sup>4</sup> Met dysporie wordt bedoeld: een algemeen gevoel van depressie, ontevredenheid of onvoldaanheid. Dysporie wordt veel gerelateerd aan depressieklachten en andere psychische ziektebeelden.

Mensen met obstipatieklachten daarentegen hebben een slechter lichaamsbeeld en beoordelen de kwaliteit van de seksuele beleving slechter dan anderen. Voor een deel kan dit samenhangen met de hiervoor besproken verschillen tussen mannen en vrouwen; mannen ervaren meer diarreeklachten en vrouwen meer obstipatieklachten. Toch zijn deze verschillen opvallend te noemen.

### **4.3.3 Verschillen bij frequentie en ernst van buikpijn**

Gekeken naar de ernst en de frequentie van de buikpijn kan er een relatie worden gelegd tussen de kwaliteit van leven en de frequentie van de buikklachten. Respondenten die aangeven elke dag buikpijn te hebben scoren op alle punten van de QOL lager (beoordelen dus de kwaliteit van leven slechter) dan het gemiddelde. De grootste verschillen met personen die een of enkele dagen per maand buikpijn hebben, of minder vaak dan dat, liggen op het gebied van seksuele beleving, het vermijden van voedsel en het lichaamsbeeld. Het verschil op het gebied van seksuele beleving tussen de hoogste en de laagste score is ruim 30 punten op een schaal van 1-100. Alle respondenten die meer dan 1 dag per week of elke dag buikpijn ervaren scoren op alle punten van de QOL-vragenlijst slechter dan het gemiddelde. Ook de ernst van de buikpijn is een invloedsfactor. De kwaliteit van leven neemt over de gehele linie af naarmate men de buikpijn met een hoger cijfer (dus minder draaglijk) beoordeelt. Onder mensen die de pijn met een score tussen 1 en 5 beoordelen (de schaal loopt van 1 = goed te verdragen naar 10 = helemaal niet te verdragen) zijn de antwoorden vrij stabiel en de QOL-scores hoger dan gemiddeld. Mensen die de ernst van de buikpijn met een 6 beoordelen scoren slechter dan gemiddeld op het element "vermijden van voedsel". Vanaf een score van 7 op de buikpijn wordt de kwaliteit van leven lager dan het gemiddelde op de elementen "invloed op activiteiten", "lichaamsbeeld", "zorgen om gezondheid", "sociale reactie" en "seksuele beleving". Respondenten die een 8 of hoger geven aan de ernst van de buikpijn ervaren een lagere kwaliteit van leven dan gemiddeld op de elementen "dysporie" en "relatie". De frequentie en ernst van de buikpijn hebben daarmee een aantoonbare invloed op de ervaren kwaliteit van leven.

## **4.4 Diagnose en behandeling**

In het algemeen wacht men vrij lang voor men met de buikklachten naar de huisarts gaat. De behandelaren zijn meestal de huisarts, de internist en de MDL-arts. Het is opvallend dat tweederde van de respondenten niet tevreden is met het onderzoeks/diagnosetraject. Het is vooral schrijnend dat een kwart van de respondenten aangeeft het idee te hebben dat de klachten niet serieus worden genomen. Ook ontbreekt het veel aan uitleg; en wil men meer

met de behandelaar van gedachten wisselen over de klachten. Dit uit zich ook in de gemiddelde rapportcijfers die worden gegeven aan huisarts en specialist. Zij scoren gemiddeld respectievelijk een 5,9 en een 6,2. Er is ook een groot deel van de respondenten dat buiten de reguliere kanalen op zoek gaat naar oplossingen in het alternatieve circuit of door op eigen houtje te zoeken naar oplossingen.

Hoewel het ziektebeeld complex is en de ziekte niet eenvoudig te herkennen is, zijn er in de loop der jaren duidelijke parameters gedefinieerd om de diagnose PDS te kunnen stellen, waaronder de Rome-III criteria<sup>5</sup>. Hierbij is het opvallend dat uit dit onderzoek blijkt dat lang niet alle PDS-patiënten een vermindering van de pijnklachten ervaart na ontlasting of winden. De Rome-III criteria wekken door dit item de verkeerde voorstelling: men zou na het laten van winden of na ontlasting van de buikpijn af zijn of de buikpijn zou daarna dragelijker zijn.

De huidige NHG-standaard raadt het gebruik van geneesmiddelen (uitgezonderd vezels) af. Respondenten geven ook aan niet altijd baat te hebben bij geneesmiddelen. Het meest effectief zijn dieet en ontspanningsoefeningen op aanraden van de arts, evenals laxeermiddelen. Men doktert ook zelf: hierbij zijn dieet, ontspanningsoefeningen, middelen om diarree te stoppen, voedingssupplementen en probiotica het meest effectief. Probiotica zijn relatief nieuw, en komen vooral voor als niet-voorgeschreven middel. Zij worden gebruikt door ongeveer 200 respondenten, waarbij 72% in meer of mindere mate baat heeft bij het gebruik hiervan. In het onderzoek uit 2007 gaf slechts 30 to 40% van de respondenten aan in meer of mindere mate baat te hebben bij probiotica. Dit verschil moet wel voorzichtig worden geïnterpreteerd door de verschillen in vraagstelling en analyse.

Men ondergaat een behoorlijk aantal onderzoeken gedurende de periode dat men klachten heeft. Hierbij dient te worden bedacht dat dit wellicht deels veroorzaakt wordt door de onderzoekspopulatie: mondige patiënten die door blijven zoeken naar een oplossing en misschien om meer onderzoek vragen bij de behandelaar. Wellicht hebben de respondenten / PDSB-leden gemiddeld ook iets ergere klachten dan de 'gemiddelde PDS-patiënt die geen lid is', zodat de arts meer onderzoeken noodzakelijk vond. Dit is echter slechts een aanname.

---

<sup>5</sup> Zie ook: E.L.M. Bouten; Het Prikkelbare Darm Syndroom, Ervaringen met alternatieve geneeswijzen; Wetenschapswinkel Geneesmiddelen, Universiteit Utrecht, juli 2007, pagina 8



## 4.5 Conclusies en aanbevelingen

Het hiervoor beschrevene leidt tot een aantal voorzichtige conclusies. Men kan stellen dat het ziektebeeld PDS, in al haar complexiteit en bij al haar verschijningsvormen, een grote impact heeft op het leven van de patiënt, op velerlei manieren. De patiënten ervaren de ziekte dan ook als een factor die hun leven sterk beïnvloedt, wat zich uit in een relatief lage score op verschillende elementen die samen de kwaliteit van leven bepalen.

De invloed van de behandelaar op de perceptie van de ziekte en het ervaren van beperkingen is niet te bepalen aan de hand van dit onderzoek. Toch kan voorzichtig worden aangenomen dat de behandelaar een grote invloed heeft.

Mensen wachten over het algemeen lang voordat de huisarts met de klachten bezocht wordt. Een groot deel van de respondenten heeft echter het gevoel niet serieus te worden genomen. Dit blijkt onder andere uit de open opmerkingen die men heeft kunnen geven aan het einde van de vragenlijst. Uit deze opmerkingen, die in de bijlage zijn weergegeven, blijkt een zekere mate van frustratie door dit onbegrip. Er is daarnaast een sterke behoefte aan meer interactie met; en uitleg van de ziekte door de medische beroepsgroepen.

Hoewel het ziektebeeld complex is en oplossingen niet voor de hand liggen, kan worden aangenomen dat een goede relatie met de behandelaar mede zou kunnen leiden tot een snellere acceptatie van de ziekte en wellicht tot een (gezamenlijk) zoeken naar de oplossingen die voor elke respondent verschillend zijn. Een goede relatie zou kunnen bestaan uit wederzijds begrip, voldoende uitleg en informatie en een gezamenlijk zoeken naar de oplossing. Tijdig doorverwijzen van de huisarts naar de specialist zou daarbij een rol kunnen spelen, evenals het tijdig inzetten van onderzoeken.

Belangrijk lijkt vooral te zijn de mate waarin de behandelaar begrip toont voor de invloed van PDS op het dagelijks leven van de patiënt, waarin bijkomende klachten een grote rol kunnen spelen. PDS bestaat niet alleen uit darmproblemen, maar uit een complex van darmproblemen en bijkomende klachten die invloed hebben op vele facetten uit het dagelijks leven. Als men een arts bezoekt, dan ervaart men niet altijd begrip en mist men een adequate oplossing en hulp bij het zoeken naar die oplossing. Men gaat dan ook in een groot deel van de gevallen zelf op zoek.

Vooraf dieet, ontspanningsoefeningen, voedingssupplementen, diarreeremmers en probiotica lijken te helpen, buiten meer reguliere oplossingen als bulkvormers, laxemiddelen en pijnstillers. Hier kunnen de diverse behandelaren een grote rol spelen en de ervaringen van de patiënten meenemen in het advies naar andere patiënten.

## 5. LITERATUURLIJST

E.L.M. Bouten; Het Prikkelbare Darm Syndroom, Ervaringen met alternatieve geneeswijzen; Wetenschapswinkel Geneesmiddelen, Universiteit Utrecht, juli 2007

Sophie Bonarius; Het effect van een geprotocolleerd transmuraal zorgtraject op de klachtenbeleving en kwaliteit van leven bij patiënten met functionele buikklachten”; maart 2008

## **6 BIJLAGEN**

### **6.1 Bijlage 1: vragenlijst**

### **6.2 Bijlage 2: open antwoorden**

### **6.3 Bijlage 3: tabellen**

## **BIJLAGE 1: BRIEF EN VRAGENLIJST**

Utrecht, 11 maart 2009

Betreft: **Enquête voor PDS-patiënten**  
Ref.code: **81208**

Geachte heer, mevrouw Bargerbos,

Op dit moment vragen wij aan PDS-patiënten om medewerking aan een onderzoek naar hun ervaringen omtrent PDS. U heeft aangegeven ook graag aan dit onderzoek deel te nemen. In de enveloppe vindt u de vragenlijst behorend bij dit onderzoek. Het gaat in dit onderzoek om de manier waarop u met uw aandoening omgaat en wat uw ervaringen zijn met de behandeling hiervan.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft in 2002 een richtlijn ontwikkeld waarin vermeld is hoe PDS opgespoord kan worden en hoe de behandeling van PDS er uit zou kunnen zien. Intussen is gebleken dat deze richtlijn niet voldoet, en er zijn nieuwe inzichten ontstaan over de behandeling van PDS. Daarom heeft het NHG het initiatief genomen om in samenwerking met een aantal andere zorgverleners en de PDS Belangenvereniging (PDSB) een nieuwe richtlijn op te stellen die in 2010 in werking zal treden.

De op te stellen richtlijn wordt onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Daarvoor is ook inzicht nodig in de ervaringen van patiënten met PDS. Dit patiëntenonderzoek wordt door VWBintermedical uitgevoerd in samenwerking met de PDSB. **Doel van dit onderzoek is er voor te zorgen dat de nieuwe richtlijn – en daarmee de behandeling van PDS in de toekomst – zo goed mogelijk aansluit op uw behoeften.** Daarom willen wij u graag vragen de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en aan ons terug te sturen met de antwoordenvolop. U hoeft hiervoor geen postzegels te plakken.

Het invullen van de vragenlijst zal ongeveer een half uur duren. Wij willen u vragen de lijst zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk 3 februari aan ons terug te sturen. Uiteraard blijft u volledig anoniem.

De vragenlijsten worden automatisch verwerkt. Daarom willen wij u vragen de eerste pagina van de vragenlijst aandachtig door te lezen. Op die wijze kunnen wij er voor zorgen dat uw bijdrage aan dit onderzoek optimaal gebruikt wordt. Als u nog vragen heeft, kunt u uiteraard contact met ons opnemen via onderstaand e-mailadres of telefoonnummer

Alvast hartelijk dank voor uw deelname, ook namens de PDSB,

Drs Marieke Welters,  
Onderzoeker VWB intermedical  
[m.welters@vwbintermedical.com](mailto:m.welters@vwbintermedical.com)  
088-0026700

\*Meer informatie over VWBintermedical kunt u vinden op [www.vwbintermedical.com](http://www.vwbintermedical.com).

**Opdrachtgever: VWBIntermedical / PDSB**

Definitieve vragenlijst

15 januari 2009

**Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst! Deze resultaten van het onderzoek zullen worden gebruikt om de behandeling van PDS in de toekomst te verbeteren. Uw antwoorden zijn heel belangrijk voor ons. Uiteraard worden uw antwoorden anoniem verwerkt, deze zijn na verwerking op geen enkele wijze naar u persoonlijk te herleiden.**

**INSTRUCTIES VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST**

Voor u begint. Wilt u bij het invullen van de vragenlijst gebruik maken van een BLAUWE of ZWARTE PEN? Dit zorgt ervoor dat uw antwoorden zo goed mogelijk overkomen.

*Soorten vragen*

In deze vragenlijst staan twee soorten vragen:

- vragen waarbij u antwoord geeft door het hokje bij het antwoord van uw keuze aan te kruisen
- vragen waarbij u kunt antwoorden door cijfers in hokjes in te vullen ('rapportcijfer')

*Aankruisen*

We willen u vragen (met een blauwe of zwarte pen) een KRUISJE te zetten IN het hokje bij UW antwoord.

Dus zo:

*Het corrigeren wanneer u zich heeft vergist bij het aankruisen*

U kleurt het hokje dat u verkeerd heeft aangekruist volledig in.

Dus zo:

Vervolgens zet u een kruisje in het hokje bij het juiste antwoord. Een eenmaal ingekleurd hokje is niet meer te herstellen tot een geldig antwoord.

*Cijfers en letters*

Als we u vragen cijfers en letters in hokjes in vullen, is het de bedoeling dat u ze IN de betreffende hokjes zet (wilt u met BLOKLETTERS schrijven!). Het beste voorbeeld is postcode:

Dus zo:

*'Open' vragen*

In de vragenlijst staan geen open vragen. Wanneer u een toelichting wilt geven, kan dat aan het einde van de vragenlijst in het daarvoor bestemde kader. Wilt u de vraag die u toelicht hierbij vermelden?

*Tenslotte*

Bij (bijna) elke vraag kunt u ook gebruik maken van aparte hokjes voor de antwoordmogelijkheden

- 'niet van toepassing' (bijvoorbeeld: de vraag gaat over een merk dat u nooit gebruikt) en
- 'weet niet' (bijvoorbeeld: u gebruikt het merk te weinig om er een oordeel over te kunnen geven).

Het is de bedoeling dat u bij elke vraag één antwoord geeft, behalve bij de vragen waar staat vermeld dat meerdere antwoorden mogelijk zijn.

*Als deelnemer aan dit onderzoek blijft u volledig anoniem. We zullen niet proberen op een of andere manier uw identiteit te achterhalen.*

**Succes met het invullen van de vragenlijst**



8.0 Hoe vaak is de spanning/ pijn in de buik minder geworden of gestopt na een stoelgang?  
 Nooit of zelden    Soms    Vaak    Meestal    Altijd    Weet ik niet

9.0 Hoe vaak is de spanning/ pijn in de buik minder geworden of gestopt na het laten van één of meerdere winden?  
 Nooit of zelden    Soms    Vaak    Meestal    Altijd    Weet ik niet

**Vraag 10 tot en met 13 hoeft u alleen in te vullen als u een vrouw bent. Anders kunt u doorgaan naar vraag 14.**

10.0 Wilt u deze vraag invullen voor de periode wanneer u menstrueerde (nu, of als u nu niet meer menstrueert: vroeger) Heeft (of had) u meer of ergere PDS-klachten rondom de menstruatie? Kunt u per klacht aangeven of deze veranderen (veranderden) rondom het tijdstip van de menstruatie?

	Menstruatie	Wordt erger	Wordt minder erg	Heb ik alleen tijdens menstruatie	Blijft gelijk tijdens de menstruatie	N.v.t., ik heb nooit gemenstrueerd in de periode dat ik PDS heb
1.	Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.0 Gebruikt u of gebruikte u in het verleden een **hormonaal** voorbehoedmiddel of een ander hormoonpreparaat? **Indien u meerdere middelen heeft gebruikt:** Wilt u alstublieft het laatste gebruikte middel aankruisen?  
 Ja, de pil    Ja, een overgangspil  
 Ja, een hormoonspiraaltje/ Mirena    Ja, anders  
 Ja, een andere vorm van hormonale anticonceptie (Implanon, Nuvaring, prikpil)    Nee/ Weet ik niet → ga naar vraag 13

12.0 Heeft u bij het gebruik van dit voorbehoedmiddel/ hormoonpreparaat een verandering in uw klachtenpatroon (gehad)? We willen het hierbij graag hebben over pijn, moeheid en energie en minder over uw ontlastingspatroon.  
 Ja, de klachten werden erger    Het PDS is begonnen toen ik dit middel al gebruikte  
 Ja, de klachten werden minder erg    Weet ik niet  
 Nee, de klachten zijn gelijk gebleven

**Indien u zwanger bent (geweest):**

13.0 Heeft of had u na de vierde maand in een zwangerschap meer of minder last van uw PDS-klachten?  
 Tijdens zwangerschap had ik *minder buikpijn*    Het was niet bij elke zwangerschap hetzelfde  
 Tijdens zwangerschap had ik *meer of ergere buikpijn*    Niet van toepassing  
 Tijdens zwangerschap waren mijn PDS-klachten hetzelfde als daarvoor










- 14.0 Welke van de onderstaande uitspraken is op u van toepassing? U kunt hier meerdere antwoorden aankruisen.
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ik heb voornamelijk last van diarree of brijige ontlasting   | <input type="checkbox"/> Ik heb wisselend diarree en verstopping in periodes            |
| <input type="checkbox"/> Ik heb voornamelijk last van obstipatie (verstopping of moeilijke stoelgang)   | <input type="checkbox"/> Ik heb wisselend tijdens de dag last van diarree én obstipatie |
| <input type="checkbox"/> Ik heb <i>geen</i> normaal ontlastingspatroon, maar het valt niet onder diarree of obstipatie, of ik weet niet waar het onder valt | <input type="checkbox"/> Ik heb een <i>normaal</i> ontlastingspatroon                   |

- 15.1 Wanneer u kijkt naar een gemiddelde **week**; hoeveel dagen in de week heeft u gemiddeld ontlasting?
- 2 keer per **week** of minder       Tussen de 3 en 5 keer per **week**       6 of 7 keer per **week**

- 15.2 Wanneer u kijkt naar een gemiddelde **dag** waarop u ontlasting heeft, hoeveel keer heeft u gemiddeld ontlasting?
- 1 keer per **dag** of minder       2 of 3 keer per **dag**       4 keer per **dag** of vaker

### Bristol Stool Chart

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear-cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, a mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces. <b>Entirely Liquid</b>

16.0 Hoe ziet uw ontlasting er **meestal** uit?

**Indien u meerdere keren per dag ontlasting heeft:** Hoe ziet het ontlastingspatroon er gemiddeld over de dag uit. U kunt maximaal vier momenten aangeven, wilt u in elk geval de eerste en de laatste kolom invullen?

**Indien u éénmaal per dag ontlasting heeft:** Wilt u de eerste kolom invullen, en aangeven hoe deze er meestal uitziet?

Zie bovenstaande afbeelding

	Ontlasting	1e ontlasting	2e ontlasting	3e ontlasting	laatste ontlasting
T1	Harde losse keutels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Samengekleefde keutels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T3	Worstvormige stoelgang, brokkelig van structuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Worstvormige stoelgang, zacht en glad van structuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Zachte stoelgang met duidelijke scherpe contouren (makkelijke stoelgang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Zachte tot zeer zachte stoelgang met onduidelijke contouren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T7	Waterige stoelgang, geen structuur aanwezig (volledig vloeibaar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.0 Welke andere problemen met de ontlasting heeft u vaak/ meestal/ regelmatig? **U kunt hier meer dan 1 vakje aankruisen.**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Slijm bij de ontlasting                     | <input type="checkbox"/> Weinig aandrang om naar de wc te kunnen gaan                     | <input type="checkbox"/> Het gevoel hebben dat er na de ontlasting nog iets is achtergebleven |
| <input type="checkbox"/> Veel moeten persen om ontlasting te krijgen | <input type="checkbox"/> Een hevige misschien onhoudbare aandrang om naar de wc te moeten | <input type="checkbox"/> Geen andere problemen met de ontlasting                              |

18.0 Hoe vaak heeft u last van:

	<b>Klachten</b>	Nooit of zelden	Minder dan 1 dag per maand	1 of enkele dagen per maand	1 dag per week	Meer dan 1 dag per week	Elke dag
1.	Erge <u>onverklaarbare</u> vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Maagpijn of zuurbranden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.0 Indien u last van rugpijn heeft, komt deze samen voor met buikpijn en/ of winderigheid?

Nooit of zelden     Soms     Vaak     Meestal     Altijd     Weet ik niet

20.0 Hoe vaak heeft u last van de onderstaande klachten? ***U kunt per klacht 1 antwoord aankruisen.***

	<b>Klachten</b>	Vaak	Regelmatig	Soms	Nooit
1.	Brok in de keel of slikklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Opboeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Braken/overgeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Gewichtsverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gebrek aan eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Snel een vol gevoel hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Onnodige plasdrang of druk op de blaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Sierpijn of gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Hartklachten of benauwdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Koorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Het erg koud hebben (terwijl het niet koud is)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.0 Heeft u naast PDS ook nog andere vastgestelde ziektes/ aandoeningen (gehad)? **U kunt hier meerdere vakjes**

**aankruisen.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ziekte van Crohn of Colitis Ulcerosa | <input type="checkbox"/> Artrose of artritis (reuma) | <input type="checkbox"/> Diabetes                                 |
| <input type="checkbox"/> Ontsteking van de maag               | <input type="checkbox"/> ME / CVS                    | <input type="checkbox"/> Depressiviteit                           |
| <input type="checkbox"/> Ontsteking van de darmen             | <input type="checkbox"/> IC, prikkelbare blaas       | <input type="checkbox"/> Hartkloppingen                           |
| <input type="checkbox"/> Leverontsteking                      | <input type="checkbox"/> Rugaandoeningen             | <input type="checkbox"/> Aandoeningen aan het hart                |
| <input type="checkbox"/> Ziekte van Pfeiffer                  | <input type="checkbox"/> Migraine                    | <input type="checkbox"/> Astma of andere aandoening aan de longen |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie                         | <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk              | <input type="checkbox"/> Kanker                                   |
| <input type="checkbox"/> Hyperventilatie                      | <input type="checkbox"/> Anders                      | <input type="checkbox"/> Geen andere aandoeningen                 |

**BEHANDELING**

22.0 Hoe lang geleden heeft uw arts de diagnose PDS gesteld? (Of vroeger: de diagnose spastische darm/ colon)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 jaar geleden   | <input type="checkbox"/> Langer dan 10 jaar geleden                 |
| <input type="checkbox"/> Tussen 1 en 5 jaar geleden  | <input type="checkbox"/> De diagnose is nooit officieel vastgesteld |
| <input type="checkbox"/> Tussen 5 en 10 jaar geleden |   |

23.0 Kunt u aangeven wie er allemaal bij de behandeling van uw PDS-klachten (niet i.v.m. andere klachten) betrokken zijn (geweest), en welke rol zij spelen/ speelden? **U kunt meerdere antwoorden aankruisen.**

	Betrokkenheid	Stelde de diagnose	Word ik momenteel meest door behandeld	Zie/zag ik af en toe (of zag ik vroeger)	Heb ik nog nooit gezien voor mijn PDS
1.	Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Praktijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Diëtiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Internist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Gastro-enteroloog/ MDL-arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Gynaecoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Neuroloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Reumatoloog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.0 Hoe lang had u al buikklachten voordat u ermee naar de (huis)arts ging?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Minder dan een week               | <input type="checkbox"/> Langer dan half jaar maar minder dan 2 jaar |
| <input type="checkbox"/> Tussen een week en een maand      | <input type="checkbox"/> Langer dan 2 jaar                           |
| <input type="checkbox"/> Tussen een maand en een half jaar | <input type="checkbox"/> Ik weet het niet meer                       |

25.0 Hoe vaak heeft u in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts i.v.m. uw PDS-klachten (niet vanwege andere klachten)?

0     1     2     3     4     5     6 of meer keer     Ik weet het niet meer

26.0 Bent u tevreden met het onderzoekstraject naar oorzaken van uw darmklachten en de manier waarop u de diagnose PDS heeft gekregen? U kunt hier meerdere antwoorden aankruisen.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja   | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben niet tevreden omdat de arts/ specialist mij niet (altijd/ helemaal) serieus neemt |
| <input type="checkbox"/> Nee, het duurde te lang voor de huisarts mij doorverwees naar het ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Nee, ik had vaker van gedachten willen wisselen over mijn klachten met een arts/ specialist   |
| <input type="checkbox"/> Nee, ik ben niet tevreden met het aantal onderzoeken                         | <input type="checkbox"/> Nee, ik ben niet tevreden met de uitleg door de arts/ specialist                              |
| <input type="checkbox"/> Nee, ik kreeg geen uitleg  |  |

27.0 Welke onderzoeken heeft u i.v.m. uw PDS gehad? Meerdere antwoorden mogelijk.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bloedonderzoek   | <input type="checkbox"/> Coloscopie of sigmoïdoscopie (met een slang via de anus naar binnen om de dikke darm aan de binnenkant te bekijken)              |
| <input type="checkbox"/> Standaard ontlastingsonderzoek (naar bloed en/ of ziekteverwekkende bacteriën) | <input type="checkbox"/> Gastroscopie of duodenoscopie (met een slang via de mond naar binnen om de maag en/ of dunne darm aan de binnenkant te bekijken) |
| <input type="checkbox"/> Arts voelde aan de buik en/ of luisterde aan de buik                           | <input type="checkbox"/> Camerapil/ videocapsule  |
| <input type="checkbox"/> Ontlastingsonderzoek naar parasieten (TFT: 3 buisjes ontlasting)               | <input type="checkbox"/> Andere onderzoeken van de darmen/ buik of ontlasting   |
| <input type="checkbox"/> Foto van de buik   | <input type="checkbox"/> Ik heb geen onderzoeken gehad  |
| <input type="checkbox"/> Echo van de buik   | <input type="checkbox"/> Ik weet niet meer welke onderzoeken  |

28.0 Kunt u door middel van een rapportcijfer aangeven hoe tevreden u bent met de behandeling van uw PDS-klachten (niet voor andere klachten) door uw huisarts en/of specialist. Indien u meerdere specialisten ziet/ zag, vult u dan het rapportcijfer in voor de specialist die u het meest ziet/ zag.

- Huisarts  
  Specialist

29.0 Welke behandeling tegen uw PDS-klachten (niet tegen andere klachten) krijgt u nu, welke behandeling hebt u in het verleden gekregen, **op advies/verwijzing/voorschrift van uw huisarts of van uw specialist** in het ziekenhuis? Wilt u bij iedere aangekruiste behandeling aangeven wanneer u deze kreeg en of u er baat bij heeft/ had?

***U kunt meerdere antwoorden aankruisen.***

	<u>Deze behandeling krijg/kreeg ik</u>			<u>Heeft/had u er baat bij?</u>		
	Nu	Korter dan	Langer dan	Veel	Matig/	Niet
<input type="checkbox"/> Medicijnen tegen buikpijn, bijvoorbeeld pijnstillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Middelen tegen kramp, bijv. Buscopan en Dusputal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicijnen tegen diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laxeermiddelen, medicijnen tegen verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vezelpreparaat / bulkvormers (Metamucil e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dieet / vermijden van bepaalde voedingsmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Probiotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypnotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acupunctuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bioresonantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Supplementen (vitaminen, mineralen, enzymen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Bekkenbodem)fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chiropractie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ontspanningsoefeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geen van bovenstaande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30.0 Welke behandeling krijgt of kreeg u i.v.m. uw PDS-klachten(niet tegen andere klachten), **zonder verwijzing, voorschrift of advies van uw huisarts of specialist in het ziekenhuis**? Dat wil zeggen dat u deze behandeling op eigen initiatief bent begonnen, of op advies van een 'alternatieve' arts of therapeut.

U kunt meerdere antwoorden aankruisen. Wilt u bij iedere aangekruiste behandeling aangeven wanneer u deze kreeg en of u er baat bij heeft/ had?

	<u>Deze behandeling krijg/kreeg ik</u>			<u>Heeft/had u er baat bij?</u>		
	Nu	Korter dan jaar geleden	Langer dan jaar geleden	Veel	Matig/ weinig	Niet
<input type="checkbox"/> Medicijnen tegen buikpijn, bijvoorbeeld pijnstillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Middelen tegen kramp, bijvoorbeeld Buscopan en Dusputal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medicijnen tegen diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Laxeermiddelen, medicijnen tegen verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vezelpreparaat / bulkvormers (Metamucil e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dieet / vermijden van bepaalde voedingsmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Probiotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hypnotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Acupunctuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bioresonantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Supplementen (vitaminen, mineralen, enzymen etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Bekkenbodem)fysiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Osteopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chiropractie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ontspanningsoefeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geen van bovenstaande						

**In verband met de klachten buikpijn, winderigheid, opgeblazen buik en verstoord ontlastingspatroon:**

31.0 Kunt u (een deel van) uw PDS-klachten verminderen door bepaalde dingen niet te eten?

- Ja  Nee → ga naar vraag 33.0  
 Soms  Weet ik niet, of nooit geprobeerd → ga naar vraag 33.0

- 32.0 Zo ja, welke voedingsmiddelen vermijdt u vanwege uw PDS-klachten (niet vanwege andere redenen)? U kunt meerdere antwoorden aankruisen. In de lijst staan de meest voorkomende voedingsmiddelen die gemeden worden (zoals kool, ui, bonen, alcohol, koolzuurhoudende dranken en specerijen) **niet** genoemd omdat al bekend is dat veel PDS-patiënten daar niet tegen kunnen. Hieronder worden alleen andere voedingsmiddelen genoemd.
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Veel vet                | <input type="checkbox"/> Kunstmatige zoetstoffen | <input type="checkbox"/> Rozijnen                       |
| <input type="checkbox"/> Melkproducten / lactose | <input type="checkbox"/> Fructose                | <input type="checkbox"/> Leidingwater                   |
| <input type="checkbox"/> Suiker                  | <input type="checkbox"/> Noten of zaden          | <input type="checkbox"/> Vlees                          |
| <input type="checkbox"/> Vis                     | <input type="checkbox"/> Paddenstoelen           | <input type="checkbox"/> Groene bladgroente (geen kool) |
| <input type="checkbox"/> Citrusfruit/sap         | <input type="checkbox"/> Drop                    | <input type="checkbox"/> Pepermunt                      |
| <input type="checkbox"/> Chocola                 | <input type="checkbox"/> Speculaas (kruiden)     | <input type="checkbox"/> Koffie                         |
- 33.0 De PDSB heeft een dieet ontwikkeld met richtlijnen en advies voor PDS-patiënten. Dit advies is uitgegeven in een uitgebreide flyer en staat op de website van de PDSB. Heeft u dit PDSB-dieet gevolgd?
- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ja           | <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 35.0          |
| <input type="checkbox"/> Gedeeltelijk | <input type="checkbox"/> Weet ik niet → ga naar vraag 35.0 |
- 34.0 Heeft het PDSB-dieet u geholpen de PDS-klachten te verminderen?
- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja           | <input type="checkbox"/> Nee          |
| <input type="checkbox"/> Gedeeltelijk | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
- 35.0 Kunt u de volgende stelling aanvullen door het antwoord aan te kruisen dat het meest bij uw situatie past?  
Wanneer ik gestresst ben:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> krijg ik last van PDS-klachten            | <input type="checkbox"/> heb ik soms meer last van PDS-klachten     |
| <input type="checkbox"/> heb ik meestal meer last van PDS-klachten | <input type="checkbox"/> zie ik geen verband met mijn PDS-klachten. |
- 36.0 Kunt u aangeven hoe vaak onderstaande situaties bij u voorkomen:  
A: Wanneer ik mij lichamelijk inspan (of binnen afzienbare tijd daarna) heb ik meer last van mijn PDS-klachten dan anders.
- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Nooit        |
| <input type="checkbox"/> Soms   | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
- B: Wanneer ik mij regelmatig beweeg, heb ik minder last van mijn PDS-klachten
- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Altijd | <input type="checkbox"/> Nooit        |
| <input type="checkbox"/> Soms   | <input type="checkbox"/> Weet ik niet |
- 37.0 Rookt u?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja                                    | <input type="checkbox"/> Nee, ik heb nooit gerookt → ga naar vraag 39.0 |
| <input type="checkbox"/> Ik heb wel gerookt, maar nu niet meer |   |
- 38.0 Heeft roken invloed op uw PDS-klachten?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Roken heeft een slechte invloed op mijn PDS-klachten  | <input type="checkbox"/> Roken beïnvloedt mijn PDS-klachten niet |
| <input type="checkbox"/> Roken heeft een gunstige invloed op mijn PDS-klachten | <input type="checkbox"/> Ik weet niet of er verschil is          |



39.0 Welke omschrijving(en) zijn op dit moment op u van toepassing? (**U kunt meerdere antwoorden aankruisen**)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ik heb betaald werk        | <input type="checkbox"/> Ik ben gepensioneerd (VUT, AOW, e.d.)   |
| <input type="checkbox"/> Ik ben huisvrouw/huisman   | <input type="checkbox"/> Ik ben werkeloos/werkzoekend            |
| <input type="checkbox"/> Ik ben vrijwilliger        | <input type="checkbox"/> Ik ben (gedeeltelijk) arbeidsongeschikt |
| <input type="checkbox"/> Ik ben scholier of student | <input type="checkbox"/> Ik heb een bijstandsuitkering           |
| <input type="checkbox"/> Anders                     |  |

40.0 In welke mate bent u in staat om te werken? (**U kunt meerdere antwoorden aankruisen**)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> De volle werkweek              | <input type="checkbox"/> Een paar dagdelen in de week (geen hele dagen) |
| <input type="checkbox"/> Een deel van de dag            | <input type="checkbox"/> Niet   |
| <input type="checkbox"/> Een paar hele dagen in de week |   |

41.0 Heeft u betaald werk?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nee → ga naar vraag 43.0                           | <input type="checkbox"/> Ja, ik heb een betaalde baan tussen de 16 en 32 uur |
| <input type="checkbox"/> Ja, ik heb een betaalde baan van minder dan 16 uur | <input type="checkbox"/> Ja, ik heb een betaalde baan van 32 uur of meer     |

42.0 Hebt u regelmatige werktijden (onder regelmatig werk wordt verstaan: elke dag ongeveer dezelfde werktijden en altijd overdag; onregelmatige werktijden zijn bijvoorbeeld ploegendiensten)?

- Ja                       Nee

43.0 Bent u in staat om onregelmatige diensten te draaien (bijvoorbeeld de ene keer 's middags en de andere keer 's nachts)?

- Ja                       Nee                       Weet ik niet

**Alleen indien u werkt, anders ga naar vraag 45.0:**

44.0 Hebt u flexibele werktijden? (Mag u bijvoorbeeld ook wel eens wat later beginnen of wat eerder weggaan?)

- Ja                       Nee                       Weet ik niet

45.0 Werkt u minder uren dan u zou willen (als u gezond zou zijn), ook als u niet werkt op dit moment?

- Ja                       Nee → ga naar vraag 47.0       Weet ik niet

46.0 Wat is de oorzaak dat u minder uren werkt dan u zou willen (als u gezond zou zijn)? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mijn werkgever heeft de voor mij noodzakelijke maatregelen voor werkaanpassing niet genomen (werktijden, rusttijden, toilet, werkafspraken) | <input type="checkbox"/> Mijn werk is te moeilijk bereikbaar, waardoor ik niet meer energie heb |
| <input type="checkbox"/> Mijn werkgever kan niet meer maatregelen nemen dan hij al heeft gedaan  | <input type="checkbox"/> Anders   |
| <input type="checkbox"/> Mijn lichamelijke beperkingen (moeheid/ stoelgang/ pijn) laten me niet toe om meer uren te werken   |   |
| <input type="checkbox"/> Ik moet voor mijn werk te ver reizen, waardoor ik niet meer energie heb   |   |

- 47.0 Heeft PDS invloed op de mate waarin u in staat bent om op bepaalde tijden te reizen (naar werk)?
- Ja  Nee  
 Soms  Weet niet
- 48.0 Kunt u onderstaande stelling aanvullen?  
 “In verband met mijn PDS-klachten (moeheid/ stoelgang/ pijn) kan ik niet vroeg op pad en niet vroeger op mijn werk zijn dan ongeveer...”:
- 8 uur  Later dan 11 uur  
 9 uur  Maakt me niet uit, ik kan wel vroeg op pad  
 10 uur  
 11 uur
- 49.0 Kunt u onderstaande stelling aanvullen?  
 “In verband met mijn PDS-klachten (moeheid/ stoelgang/ pijn) moet ik 's avonds op tijd weer thuis zijn, namelijk niet later dan”:
- 16 uur  Later dan 17 uur  
 17 uur  Maakt me niet uit
- 50.0 Hoe lang mag de reistijd naar uw werk zijn, rekening houdend met uw PDS-klachten (moeheid/ stoelgang/ pijn)?
- Minder dan 30 minuten  1 tot 2 uur  
 30 – 60 minuten  Maakt me niet uit
- 51.0 Welke vervoersmiddelen zijn in verband met uw PDS-klachten (moeheid/ stoelgang/ pijn) mogelijk? U kunt meerdere antwoorden aankruisen. Van welke vervoersmiddelen kunt u dus met uw klachten goed gebruik maken, afstand of het hebben van een rijbewijs buiten beschouwing gelaten.
- Lopen  Fiets  Bromfiets  Auto  Trein  Bus  Anders
- 52.0 Hoe zou u de lichamelijke belasting van de voor u met uw PDS-klachten (moeheid/ stoelgang/ pijn/ rugpijn) mogelijke werkzaamheden beschrijven? **(kruist u alstublieft de zwaarst mogelijke belasting aan)**
- Licht lichamelijk inspannend werk (weinig beweging, veel zitten)  Zwaar lichamelijk inspannend werk (bijna de gehele dag in beweging, tillen van middelzware voorwerpen tot 10 kg)  
 Matig lichamelijk inspannend werk (regelmatig opstaan en lopen, lichte werkzaamheden)  Zeer zwaar lichamelijk inspannend werk (bijvoorbeeld het regelmatig tillen van zware voorwerpen meer dan 10 kg) (bijv. stratenmaker, bouwvakker, verpleegkundige)

53.0 Bent u door uw PDS-klachten (bijvoorbeeld moeheid, buikpijn, rugpijn of stoelgang, en niet door klachten die niet samenhangen met PDS) beperkt in:

	Beperkt in...	Ja	Enigzins	Nee
1.	Het doen van inspannende activiteiten zoals het optillen van zware voorwerpen, hardlopen, fietsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Het doen van minder inspannende dingen zoals een tafel verzetten, boodschappen dragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Het tegen een heuvel oplopen of traplopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Een blokje om lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Douchen, aankleden, eten en naar het toilet gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Huishoudelijke werkzaamheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54.0 Kunt u goed in normaal constant tempo werken?  
 Ja                       Nee                       Beperkt                       Weet ik niet

55.0 Belemmeren uw PDS-klachten u in uw concentratie (u kunt hierbij denken aan een plotselinge kramp of een plotseling dringend naar het toilet moeten zodat u op dat moment uw werk moet laten voor wat het is)?  
 Ja                       Nee                       Beperkt                       Weet ik niet

56.0 Belemmeren uw PDS-klachten u in het samenwerken in team of groepsverband (Zoals het vaak weg moeten lopen van een werkplek of uit een overleg, het samen uitvoeren van activiteiten of het niet altijd op tijd kunnen zijn bij een afspraak/vergadering)?  
 Ja                       Nee                       Beperkt                       Weet ik niet

57.0 Heeft u in het algemeen snel last van geluid? Dus als er (harde) geluiden (zouden) zijn, beïnvloeden deze geluiden dan uw bezigheden en/ of uw PDS-klachten?  
 Ja                       Nee                       Beperkt                       Weet ik niet

58.0 Heeft u door uw PDS-klachten meerdere rustpauzes nodig tijdens uw werk of andere bezigheden?  
 Ja                       Nee                       Beperkt                       Weet ik niet

**Alleen indien u werkt (ook als vrijwilliger), anders ga naar vraag 60.0:**

59.0 Hoeveel dagen heeft u het afgelopen jaar vanwege uw PDS-klachten (niet vanwege andere klachten) uw werk of andere dagelijkse bezigheden niet kunnen uitvoeren, zoals men van een gezond persoon kan verlangen?  
 Minder dan 10 dagen per jaar                       Meer dan 30 dagen  
 Tussen de 10 en 30 dagen                       Weet ik niet

60.0 Hoe vaak hebben uw PDS-klachten u beperkt in uw sociale leven? (familie, vrienden, contacten, sporten, ergens naar toe gaan)

- Altijd   
  Heel vaak   
  Redelijk vaak   
  Soms   
  Nooit   
  Weet ik niet

61.0 Kunt u de volgende stelling aanvullen? "Door PDS..."

- Heb ik minder sociale contacten                       Is het aantal sociale contacten ongeveer hetzelfde gebleven  
 Heb ik meer sociale contacten

62.0 Wilt u bij alle onderstaande stellingen aangeven wat op u het meest van toepassing is?

	<b>In verband met mijn klachten:</b>	Helemaal niet	Enigszins	Nogal	Veel	Heel erg veel
1.	voel ik me machteloos door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	ik voel me opgelaten door de onaangename geur die door mijn darmklachten veroorzaakt wordt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	ik heb er last van dat ik zoveel tijd op de wc doorbreng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	ik heb het gevoel dat ik vatbaarder ben voor andere ziekten door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	ik voel me dik/ opgezwollen door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	ik heb het gevoel dat ik steeds minder controle over mijn leven heb door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	ik geniet minder van mijn leven door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	ik voel me ongemakkelijk als ik over mijn darmklachten praat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	ik voel me gedeprimeerd over mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>In verband met mijn klachten:</b>	Helemaal niet	Enigszins	Nogal	Veel	Heel erg veel
10.	ik heb het gevoel dat ik er niet bij hoor door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	ik moet letten op de hoeveelheid voedsel die ik eet vanwege mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	door mijn darmklachten is het moeilijker voor me om seksueel actief te zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	ik voel me er kwaad over dat ik darmklachten heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	ik heb het gevoel dat anderen zich aan mij ergeren vanwege mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	ik ben bang dat mijn darmklachten erger zullen worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	ik voel me prikkelbaar door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	ik ben bang dat de mensen denken dat ik mijn darmklachten overdrijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	ik heb het gevoel dat ik minder dingen gedaan krijg door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	ik moet stressvolle situaties vermijden vanwege mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	door mijn darmklachten heb ik minder zin in seks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	door mijn darmklachten ben ik beperkt in de kleren die ik kan dragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	ik moet inspannende activiteiten vermijden vanwege mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	ik moet letten op het soort voedsel dat ik eet vanwege mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	door mijn darmklachten heb ik er moeite mee om in gezelschap te zijn van mensen die ik niet goed ken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	ik voel me traag door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	ik voel me vies door mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	het is moeilijk voor me om langere uitstapjes te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	vanwege mijn darmklachten					
28.	ik voel me gefrustreerd omdat ik vanwege mijn darmklachten niet kan eten wanneer ik wil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	vanwege mijn darmklachten is het belangrijk voor me om in de buurt van een wc te zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	mijn leven draait om mijn darmklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	ik ben bang dat ik mijn ontlasting niet op kan houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	ik ben bang dat het me niet lukt om naar de wc te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	mijn darmklachten beïnvloeden mijn meest hechte relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	ik heb het gevoel dat niemand begrijpt wat het is om darmklachten te hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	ben ik verdrietig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	moet ik vaker eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	heb ik het gevoel dat ik er niet bij hoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	zie ik op tegen sociale gebeurtenissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	voel ik me schuldig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	doe ik dingen die ik eigenlijk niet wil/kan om ruzie te voorkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Ik kan niet uit eten of op bezoek, omdat ik last krijg van voeding en drank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	heb ik een gebrek aan zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	negeer ik mijn klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63.0 Wilt u nog iets opmerken of heeft u een nadere verklaring op uw antwoord, wanneer dat anders was? Geef het nummer van de vraag hierbij aan.



***HARTELIJK DANK VOOR UW TIJD EN MOEITE!***

## **BIJLAGE 2: OPEN ANTWOORDEN**



## Remedie

Eet iedere dag Vifit na warm eten; consequente levensstijl.

Hypnotherapie schijnt een goede therapie te zijn; Acupunctuur lijkt ook een goede geneeswijze.

Ananas en ham lokken een heftige reactie uit.

Alternatieve therapie gehad; Klachten zijn beduidend minder geworden.

Bij buikpijn: 2x duspatal tegelijk; Laagste dosering antidepressivum werkt uitstekend

Acupunctuur; darmspoeling

Probiotica

Okugest (VSM) helpt tegen een misselijk gevoel.

Omeprazol Sandoz capsule, tegen darmzweren en oprispingen.

Klachten minder geworden na glutenvrij dieet.

Onder behandeling van homeopaat, wat erg goed helpt.

Respondent vermijdt kunstmatige voedingsstoffen en smaakmakers; Eet 3x per dag en drinkt voldoende (geen prik!)

Eet overdag kleine hoeveelheden.

Bekkenbodempfysotherapie (voor iedere vrouw met PDS een must). Oefeningen meegekregen.

Hypnotherapie; iedere dag magere yoghurt met muesli.

Behandelmethode - Mora Therapie

Onder behandeling bij Amsterdam kliniek; Dieet en behandeling zijn effectief.

Respondent bezoekt homeopathische arts, deze schrijft voor: Iberogast en Asa Foetida

Veel last van het eten van kool en uien

Darmspoeling verlichten klachten tijdelijk.

Loperamide en vitamines (worden niet vergoed).

Gebruikt immodium als respondent 'uit' gaat.

Chinees geneesmiddel: Bupleurum 12; Stress vermijden

Bijhouden van een ontlastingsdagboek door huisarts en diëtiste

Gebruik van alcohol maakt klachten minder/dragelijk

2x daags vitamine B complex

Respondent eet op een vaste tijd, eet veel vezels

Onder behandeling bij elektro-acupuncturist; Een soort brio resonantie; Probiotica

Respondent 'helpt' zichzelf door 's ochtends een sigaret te roken.

Regelmaat; Voldoende beweging en dieet klachten goed onder controle.

Lactosearm eten maakt een wereld van verschil uit.

Alternatieve geneeskunde

Hypnotherapie en diëtist

Bruin brood, volkoren brood, graanproducten

Dieet is heel belangrijk!

Probiotica: Onder behandeling bij natuurgeneeskundige (neemt 3x daags 15 druppels Iberogast en 2x daags Functioned Paracid.

Respondent reageert heel erg allergisch op ui.

Kan alleen naar het toilet als respondent X-Praep stroop 's morgens neemt.

Intolerant voor lactose. Klachten sinds dieet afgenomen maar niet weg.

Respondent gebruikt sinds kort het voedingssupplement Iberogast. Hierdoor nemen klachten af.

Eet kleine beetjes om de 2 uur; Gebruikt sinds enkele maanden Kantidine 300, nu bijna geen klachten meer.

Hypoglycemie en Candida

IBS 'zelfhypnose programma' Stoelgang veranderd van het hele scala naar 1 t/m 4; IBS Audio Program 100 Michael Mahoney

Respondent is onder behandeling van een alternatieve genezer. Kruidenpillen in combinatie van dieet dat min of meer overeenkomt met de adviezen van de PDSB; Darmspoeling gehad.

Het eten van bepaalde spijzen gaf klachten.

Respondent heeft veel baat gehad bij een osteopaat en een mesoloog.

Respondent kreeg 10 jaar geleden fluvoxamine maleaat als antidepressivum; Dit verminderde en verkortte de PDS-aanvallen.

Respondent kreeg voedingsadvies van een natuurgeneeskundige; Met hypnotherapie begonnen.

Respondent gebruikt een ontspanningsbandje van de hypnotherapeut.

Gebruikt sinds een paar jaar 25mg. amitriptyline, hierdoor zijn de klachten iets minder.

Homeopaat heeft vastgesteld dat respondent allergisch is voor melkeiwit.

Sinds het gebruik van voedingsvezels gaat het beter.

Ziet een diëtist en gebruikt probiotica.

Orthomanele therapie heeft respondent goed geholpen.

Stress is volgens respondent een van de grote boosdoeners; Voeding speelt daarbij ook een grote rol.

Respondent eet strikt glutenvrij.

Gestart met het Herbalife voedingssupplement als ontbijtvervanger; Neemt meer tijd voor zichzelf en vermijdt koemelkproducten en suiker.

Respondent hoeft niet per se vaker te eten maar wel zodra ze honger heeft. Anders krijgt de ze buikkrampen

Bezoekt een homeopathische arts; Krijgt elektro-acupunctuur.

Krijgt B12 supplementen 1x per week, dit helpt.

gebruikt antibiotica om de ontlasting beter kwijt te kunnen; Gebruikt antidepressiva, het afbouwen hiervan zorgt voor een toename van de PDS-klachten.

Respondent past het leven aan op de darmklachten, ze spreekt op tijd af en praat er over op het werk.

Respondent heeft baat bij veel beweging.

Advies: sporten, drinken en groente & fruit eten.

Advies: Regelmaat, eten op vaste tijden en letten op wat je eet; Goed ontbijten in alle rust en niet snoepen.

Positieve invloed gemerkt van hypnotherapie.

Letten op de juiste ademhaling heeft een positief effect op mijn PDS (langzaam en diep)

Gebruikt diarreeremmers om bijv. te winkelen of om een dagje weg te gaan.

Is Yakult gaan drinken, is voor respondent een wonder.

Neemt preventief Norit in (huisarts hier tegen) bij etentjes; Voedsel moet altijd gaar zijn, rauw verdraagt de respondent niet.

Gebruikt Movicolon om PDS-klachten te verlichten

1 tablet oxazepam kan krampen verminderen; Slikt 1/2 seroxat per dag.

Respondent gebruikt Sarotex Retard 25mg. (Amitriptyline), hierdoor zijn de klachten dragelijker.

Minder klachten door het aanpassen van voedsel (niet te veel vezels)

Hypnotherapie is een grote stap voorwaarts geweest; Darmklachten zijn hierdoor behoorlijk minder geworden.

Ziet orthomoleculaire arts/natuurarts

Homeopathie helpt respondent.

## **Op- en aanmerkingen naar aanleiding vragenlijst**

Huisarts neemt klacht niet serieus

PDS-diagnose zelf gesteld

Naast PDS ook last van huidziekte

Anders: Allergieën

Klachten vooral 's avonds na het avondeten

40 jaar lang met PDS rondgelopen zonder bevestiging van ziekte.

Na galblaasoperatie zijn de klachten verergerd

Vaak meer last van PDS op vakantie/weekendjes weg.

Na 1e diagnose 6 jaar geleden onvoldoende informatie over aandoening meegekregen;  
Onbegrip bij collega's

Hele leven al last v.d. darmen, ook als kind- puber wat minder. Begon weer rond 20-30 jaar  
maar vanaf 50 jaar werd het erger. (krampen en winden)

Respondent van huisarts veranderd vanwege onbegrip.

Candida vastgesteld

Klachten met name heftiger rond menstruatie, met uitschieters rond zwangerschap (Na  
toiletbezoek nam de pijn weer wat af) en aan het einde van de zwangerschap werd de pijn  
weer wat minder.

Verwacht in de maanden mei/juni meer klachten; Klachten veranderen gedurende de jaren;  
Klachten begonnen na darminfectie; Antibiotica laten klachten even verdwijnen; Van  
moeder op zoon van zoon op kleindochter

Werd niet serieus genomen totdat respondent bloed in ontlasting had. Diagnose: spastische  
darm.

Klachten begonnen na eerste menstruatie (10 jaar)

Klachtenpatroon is wisselend; Er zijn ook maanden dat de respondent klachtenvrij is

Buikklasten verergeren vaak na de ontlasting.

Er zijn periodes dat het goed gaat en periodes dat het minder gaat.

Schildklierafwijking; cyste op de lever; andere maagklachten

Huid erg onzuiver/onrustig wanneer respondent veel last van PDS heeft

s Avonds en voor het avondeten het meest last van de klachten.

Vet eten veroorzaakt misselijkheid en de volgende ochtend diarree. Rood vlees (varken en rund) geeft darmklachten: opgeblazen darm; Chocola/melk/lactose: misselijkheid en maagpijn; Kunstmatige zoetstoffen: diaree

Langer inspanssen (meer dan 1 uur stevig fietsen) en de energie is ineens op.

PDS-klachten ontstaan nadat baarmoeder 2 jaar daarvoor was verwijderd; Toen respondent nog menstrueerde wel veel last van buikklasten en PMS.

Geen enkele dokter heeft klachten tot nu toe serieus genomen.

Vanwege klachten van huisarts verandert.

Respondent in de leeftijd van de menopauze en heeft nog meer last gekregen.

Schildklierpatiënt; Heb vanaf geboorte PDS

Als kind last van voedselallergieën gehad.

Niet serieus genomen door artsen; Slechte voorlichting in ziekenhuizen

Klachten vanaf puberteit erger (+- 12 jaar)

s Avonds over het algemeen het ergst

Huisarts diagnose: spastische darm (duspatal)

Op maandag, na het weekend de meeste PDS-klachten

Periodes last van eczeem

Moeite met omgeving, mensen begrijpen het wel maar snappen het niet.

Ziekenhuis advies (misschien groeit de respondent nog over de klachten heen)

Niet onder behandeling vanwege darmklachten maar wel voor de bijbehorende klachten (moeheid en depressiviteit)

Vanwege problemen rond de menstruatie overgestapt van pil naar de prikpil, hierdoor menstrueert respondent niet meer wat ontzettend helpt.

Sterk wisselende frequentie van klachten; Ernstige buikpijn straalt altijd uit naar rug.

Na het stoppen van de pil zijn PDS-klachten begonnen

Huisarts hielp onvoldoende

Gevoel niet serieus genomen te worden in ziekenhuis Roermond, in Maastricht wel; PDS-klachtenwisselend

Vanwege een drukke baan en het verzorgen van een kind meer PDS-klachten (verband hiertussen).

Veel last van jeuk en een droge huid; Sinds darmklachten altijd kapotte lippen.

Vorige dokter nam me niet serieus.

Last van PDS-gerelateerde slaapproblemen. Bij respondent zijn deze chronisch en het ergst van alles, zelfs medicatie helpt onvoldoende.

Last van duizeligheid/flauwvallen bij het eten van vet/zout eten.

Anders zijn medicijnen voor de Schildklier (thyrox 0.1mg. 1x per dag)

In het ziekenhuis werd tegen de respondent gezegd dat deze er maar mee moest leven; Biologische arts heeft dieet voorgeschreven.

Vermoeidheid wil maar niet verdwijnen en is er altijd.

Huisarts en internist hebben klachten niet serieus genomen. Ziet nu een holistische arts.

Respondent heeft last van psychische problemen (depressief); vermoeidheid

Een paar keer per jaar krijgt de respondent een heftige aanval die niet onder controle te houden is; Heeft het idee dat de overgang negatieve invloed heeft op PDS-klachten.

Bestraling gekregen, hierdoor is het PDS erger geworden.

Respondent geeft aan dat de belangrijkste klacht extreme vermoeidheid is.

Respondent heeft allergieën met astmatische klachten.

Zelf gevraagd om galblaas te laten verwijderen maar het resultaat was dat de respondent steeds meer pijn kreeg.

Veel onbegrip van omgeving en gevoel dat de klachten van de respondent niet serieus worden genomen.

Ziet een duidelijk verband met PDS-klachten en 2 keizersneden; Darmen waren vanbinnen verkleefd; Darmproblemen zitten in de familie.

1 keer zwanger geweest (heeft maar 11 weken geduurd) In die tijd had de respondent bijna een normaal ontlastingspatroon.

Respondent meent zich te herinneren dat ze toen ze nog rookte minder darmproblemen had.

Huisarts heeft jaren geleden een diagnose gesteld, maar is verder nooit onderzocht.

Zowel in de winter als het vriest als in de zomer met hogere temperaturen heeft de respondent last van de darmen.

Zeer slechte ervaring met ziekenhuis, er word niet of maar half geluisterd met een direct waardeoordeel.

Buiten PDS heeft de respondent een tekort aan vitamine B12 en D. Na een vit. B12 injectie zijn de PDS-klachten veel minder.

Veel pijn gekregen na een antibioticakuur; Weinig begrip bij dokters voor PDS.

De ene keer kan de respondent veel voedsel verdragen en de andere keer niet.

Slapeloosheid hangt samen met de darmklachten.

Huisarts neemt klachten niet serieus 'moet er maar mee leren leven'

Lage waardering van huisarts/specialist

Respondent werd vroeger niet serieus genomen met als gevolg veel schaamte.

Huisarts erkent PDS-klachten niet; Specialist erkent klachten wel.



Klachten komen voornamelijk 's nachts voor.

klachten werden minder tijdens de menstruatie

Klachten verergeren als respondent gluten binnen krijgt; Reageert wisselend op koffie, de ene keer werkt het erg laxerend, maar vaak ook niet.

Respondent slaapt moeilijk i.v.m. pijnlijke rug, zij en buik.

PDS komt in periodes bijv. 5 dagen veel last. Dan weer weken niet.

Internist: Je moet je eigen weg vinden met PDS'

Klachten zijn als een golfbeweging: 3 maanden op en drie maanden af.

Na de stoelgang wordt de pijn vaak erger.

MDL arts adviseerde een consult bij de PDS psychotherapeut in Eindhoven.

Respondent is gewend geraakt aan de pijn; Vroeger was het niet mogelijk om door te werken vanwege de pijn maar nu werkt de respondent gewoon door.

Moet leven aanpassen sinds de PDS; Probeert voldoende rust te nemen en goed te eten.

Slikt 0.025mg thyrox per dag voor schildklier; Afgevallen op advies van MDL-arts.

Klachten begonnen sinds menstruatie.

Overgestapt naar nieuwe huisarts omdat respondent niet tevreden is over de vorige.

Last van stemmingswisselingen; Leert omgaan met stress en beperkingen.

PDS is vastgesteld. Kinderen hebben ook dezelfde klachten; De meeste klachten komen na het ontlasten, wordt lusteloos en voelt zich ziek.

Veel meer last in de wintermaanden.

Lactose-intolerantie vastgesteld.

Respondent wordt behandeld door een bekkenfysiotherapeut wegens een overactieve bekkenbodemspier.

Tijdens de menstruatie een betere stoelgang.

Toen respondent rookte had ze minder last van verstopping maar meer maagklachten.

Vaak 's avonds en 's nachts last van buikpijn

## **BIJLAGE 3: TABELLEN**

In verband met de omvang van de bestanden (ruim 1200 pagina's) zijn de tabellen in PDF-formaat digitaal toegestuurd, evenals de SPSS-bestanden. Deze zijn hier eveneens ingevoegd, als CD-rom.