

Diëtistische begeleiding binnen flexible-ACT

*Een kwalitatief onderzoek onder cliënten van wijkteam Zoetermeer-Oost naar
weerstand, drempels en drempelverlagende factoren omtrent diëtistische
begeleiding*



GGZ Rivierduinen

S. Kromhout
14 januari 2019

Algemene gegevens

Soort document:

Titel:

Afstudeerscriptie

“Diëtistische begeleiding binnen flexible-Act; Een kwalitatief onderzoek onder cliënten van wijkteam Zoetermeer-Oost naar weerstand, drempels en drempelverlagende factoren omtrent diëtistische begeleiding.”

Aantal woorden rapport:

7764

Aantal woorden samenvatting:

492

Aantal woorden abstract:

498

Periode van onderzoek:

27-08-2018 / 14-01-2019

Gegevens auteur

Naam:

S. Kromhout

Studentnummer:

15030849

Adres:

Spui 422
2511 BZ Den Haag

Telefoonnummer:

06-26 48 58 80

E-mailadres:

15030849@student.hhs.nl/s.kromhout1988@gmail.com**Gegevens onderwijsinstelling**

Naam:

De Haagse Hogeschool

Faculteit:

Gezondheid, Voeding & Sport

Opleiding:

Voeding & Diëtetiek

Adres:

Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag

Telefoonnummer:

070-44 58 300

Docentbegeleider:

H. Meeusen

E-mailadres:

h.meeusen@hhs.nl**Gegevens opdrachtgever**

Naam:

GGZ Rivierduinen

Adres:

Brechtzijde 20
2725 NS Zoetermeer

Praktijkbegeleiders:

L. Bol / M. Kluiters

E-mailadressen:

l.bol@rivierduinen.nl/m.kluiters@rivierduinen.nl

Voorwoord

Voor u ligt het rapport over mijn afstudeeronderzoek, waarin ik verwachtingen, wensen, weerstand en drempelverlagende factoren in kaart heb gebracht die cliënten van GGZ Rivierduinen, wijkteam Zoetermeer-Oost ervaren omtrent diëtistische begeleiding. Deze scriptie is in opdracht van dit wijkteam geschreven, in het kader van mijn afstudeerproces voor de hbo-opleiding Voeding & Diëtetiek aan de Haagse Hogeschool.

Allereerst wil ik graag mijn twee begeleiders, Lydia Bol en Mark Kluiters, bedanken voor de begeleiding gedurende dit proces. Zowel de feedback als het voor mij benaderen van de cliënten is essentieel geweest voor de voortgang van mijn onderzoek. Ook wil ik graag Fleur Swinkels bedanken voor het meedenken met het onderzoeksproces. En natuurlijk Janice de Jager, die mij heeft voorgedragen om deze opdracht te mogen uitvoeren en tevens haar best heeft gedaan participanten voor mij te benaderen.

Verder gaat veel van mijn dank uit naar mijn afstudeerbegeleider, Hanneke Meeusen, die altijd voor mij klaar heeft gestaan in dit afgelopen half jaar en mijn vragen altijd met zorg heeft beantwoord. En natuurlijk niet te vergeten mijn medestudenten uit de afstudeerkring voor hun prettige steun en inhoudelijke feedback. Ook wil ik de cliënten van wijkteam Zoetermeer Oost bedanken die vrijwillig tijd voor mij hebben willen maken. Zonder hen had dit onderzoek niet kunnen bestaan.

Als laatste gaat veel van mijn dank uit naar mijn vriend, vrienden en familie, die mij vooral moreel erg hebben gesteund tijdens het schrijfproces.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Soraya Kromhout

Samenvatting

Mensen met Ernstige Psychiatrische Problematiek (EPA) hebben gemiddeld genomen een kortere levensverwachting. Dit komt met name door een verhoogd suïciderisico, een gemiddeld ongezondere leefstijl en voedingsproblematiek. Deze cliëntengroep wordt steeds vaker ambulant behandeld middels het Flexible Community ACT-concept (F-ACT), waarbinnen verschillende zorgdisciplines individueel zorg op maat leveren. In sommige gevallen is hier ook een diëtist bij betrokken. Dit is relevant, aangezien een slechte voedingstoestand symptomen van een psychiatrische stoornis langer in stand kan houden en psychofarmaca zoals antipsychotica soms debet zijn aan ernstige metabole problemen. Één van deze F-ACT teams met diëtistische zorgmogelijkheid is GGZ Rivierduinen, wijkteam Zoetermeer-Oost. Hoewel zij merken dat er bij veel cliënten overgewicht is ontstaan door antipsychoticagebruik, blijken velen van hen diëtistische zorg af te wijzen. Het doel van dit onderzoek was daarom te inventariseren welke factoren door cliënten als bevorderend en belemmerend ervaren worden omtrent (de keuze voor) diëtetiek, om deze zorgmogelijkheid te optimaliseren.

Dit onderzoek is kwalitatief uitgevoerd middels semigestructureerde interviews onder negen cliënten van het wijkteam van wie er zes wel, en drie niet, gebruik maken van diëtistische zorg. De topiclijst voor dit onderzoek omvatte de hoofdthema's 'verwachtingen', 'wensen', 'weerstand' en 'drempelverlagende factoren'. Omwille van betrouwbaarheid is één interview niet meegenomen in de uiteindelijke dataverwerking.

Uit de resultaten blijkt dat belemmerende factoren vooral bestaan uit de angst dat een diëtist zich niet gelijkwaardig aan de cliënt zal opstellen en diens tempo en inzicht niet zal respecteren. Daarnaast heerst de verwachting dat de diëtist geen steunende rol heeft en geen maatwerk levert. Bevorderende factoren om de keuze voor diëtetiek te maken en het traject vol te houden bevinden zich ook vooral in het contact met de diëtist. Het zich open, rustig en vriendelijk opstellen, het benadrukken van een oordeelvrije houding en de vrijblijvendheid van de hulp worden veelal genoemd. Verder blijkt een haalbaar behandelplan op maat dat in samenspraak is opgesteld en waarin rekening wordt gehouden met het eigen inzicht van de cliënt belangrijk. De diëtist moet zich ook bewust zijn van zijn of haar coachende rol gedurende het proces. Een groepsessie rondom gezonde voeding is genoemd als potentieel prettiger alternatief voor een individuele behandeling, doordat dit als minder confronterend ervaren zou kunnen worden.

Opvallend genoeg blijkt dat de weerstand die cliënten rapporteren grotendeels overeenkomt met de negatieve verwachtingen die men heeft. Het wijkteam kan dit mogelijk ondervangen door vooraf duidelijk te maken aan de cliënt wat te verwachten van diëtetiek en de diëtist, en eventuele onrealistische angsten vooraf bespreekbaar te maken.

Hoewel dit onderzoek waardevolle inzichten heeft gegenereerd, is datasaturatie niet bereikt door de geringe onderzoeksgroep. Cliënten die geen diëtistische zorg wensen bleken ook minder bereid tot het te woord staan van de onderzoeker. In een eventueel vervolgonderzoek zou het waardevol zijn om zich vooral te richten op die cliëntengroep, en daarbij wellicht ook het wijkteam en de diëtist te betrekken. Daarbij moet rekening gehouden worden met eventueel sociaal wenselijke antwoorden van de onderzoeksgroep, en is het belangrijk de onderzoeksmethode nog eens kritisch te bezien.

Abstract

People with Severe Mental Illness (SMI) suffer, on average, a shorter life expectancy. This is mostly due to an increased risk of suicide, an unhealthier lifestyle and nutritional problems. Clients with SMI are often treated through the Flexible Community ACT-concept (F-ACT), by which a diverse team of mental health specialists work together to deliver individual, customized care to each client. In some cases, an external dietician can be involved in the treatment. This is important, for a poor nutritional status can hinder improvement of certain psychiatric symptoms. In addition, certain psychopharmaceuticals such as antipsychotics have side-effects that can lead to severe metabolic issues. One of these F-ACT teams is GGZ Rivierduinen, 'wijkteam' Zoetermeer Oost. Although the health professionals in this team have noticed an unhealthy increase in weight in some of their clients due to antipsychotics use, they have found a lot of the clients to be unmotivated for dietetic care. The aim of this research was to determine what clients view to be promoting and prohibiting factors in choosing to accept dietetic care, so this care option can be optimized.

Qualitative research was conducted in the form of semi-structured interviews, which have been carried out with nine clients of the 'wijkteam'. Six clients were in dietetic care at the time of the research, while the other three were not. The main themes of the topic list that was used for the interviews were 'expectations', 'wishes', 'reluctance' and 'threshold reduction'. For reliability reasons, one interview has been excluded from data processing.

The results show that prohibiting factors mostly consist of the expected fear of the dietician not presenting his or herself as equal to the client. Other fears are that the dietician will not coach the client and will not give customized advice. Promoting factors are mostly found within the contact with the dietician. An open and friendly approach, emphasizing a non-judgmental demeanor, and receiving non-committal advice, were often mentioned. As well as an achievable treatment plan, made in collaboration with the client and with respect to his or her own insight. The dietician should be aware of the importance of his or her coaching role during the treatment. Also, a group session can be considered as an alternative to individual treatment, due to it being less confronting.

Notably, the results concerning expectations and reluctance appeared to coincide. The 'wijkteam' might be able to overcome these reported fears by informing the client beforehand on what to expect from a dietician, and to discuss unrealistic fears.

Although this research has helped generate valuable insights, data saturation could not be achieved due to the small sample size. Clients who refused dietetic care were also less willing to speak to the researcher. In a follow-up study it would be valuable to mainly focus on this group of clients. Involving the 'wijkteam' and dietician could also be interesting. However, it is important to pay attention to the possibility of a social desirability bias. The research method should be reviewed and possibly reconsidered.

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	7
1.1 Onderzoeksvraag en deelvragen	8
2. Methode	9
2.1 Onderzoekspopulatie.....	9
2.2 Dataverzameling	10
2.3 Dataverwerking- en analyse	10
2.4 Betrouwbaarheid en validiteit	11
3. Resultaten	12
3.1 Onderzoeksgroep en onderzoeksomstandigheden.....	12
3.2 Verwachtingen	12
3.3 Wensen.....	14
3.4 Weerstand	15
3.5 Drempelverlaging	17
4. Conclusie	19
4.1 Verwachtingen	19
4.2 Wensen.....	19
4.3 Weerstand	20
4.4 Drempelverlaging	20
4.5 Algemene conclusie.....	21
4.5.1 Belemmerende factoren	21
4.5.2 Bevorderende factoren	21
4.6 Aanbevelingen voor de praktijk.....	22
5. Discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek	24
Literatuurlijst	26
Bijlagen.....	28
Bijlage 1: topiclijst	28
Bijlage 2: codeboek	30

1. Inleiding

Nederland telt naar schatting ongeveer 281.000 mensen met een zogeheten Ernstige Psychische Aandoening (hierna genoemd: EPA). Dit staat gelijk aan 1,3% van de gehele populatie. In totaal zijn om en nabij 216.000 van de personen met EPA bekend binnen de brede geestelijke gezondheidszorg. De literatuur kent uiteenlopende definities van EPA (Engels: serious or severe (and persistent) mental illness (s(p)mi). De omschrijving die in Nederland het meeste gebruikt wordt is: *“een patiënt met een psychiatrische stoornis volgens de DSM, die niet klachtenvrij is (wisseling in ernst en intensiteit is mogelijk), met een langdurend beloop (>2 jaar) en beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren”*.¹⁻²⁻³ Er wordt hierbij tot op heden geen onderscheid gemaakt in types psychiatrische stoornissen. Deze groep ernstige psychiatrische patiënten heeft een gemiddelde levensverwachting die tot wel 20 jaar korter is dan deze van de populatie zonder deze problematiek.⁴⁻⁵ Voor een groot deel is dit te attribueren aan het hoge percentage zelfdodingen onder deze groep.⁶⁻⁷ Er is echter ook aangetoond dat een ongezonde leefstijl en voedingsproblematiek in sterke mate bijdraagt aan de verhoogde mortaliteit onder deze patiëntengroep.⁸ Tevens blijkt dat een slechte voedingstoestand bij veel psychiatrische aandoeningen, zoals schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen, zorgt voor een lagere kwaliteit van leven en instandhouding van bepaalde psychiatrische symptomen als depressie.⁹ Bepaalde psychofarmaca, en dan met name de zogeheten antipsychotica, zorgen ook nog eens voor extra metabole problemen zoals overgewicht en insulineresistentie.¹⁰⁻¹¹ Aandacht voor al deze factoren die de fysieke, en daarmee ook de psychische, gezondheid beïnvloeden in de behandeling is dan ook essentieel om verbetering van de algehele klachten te kunnen bewerkstelligen.

In Nederland is er op het gebied van de behandeling van ernstige psychische problematiek sprake van een trend rondom ambulantisering. Dit betekent dat intramurale zorg, ofwel, zorg binnen de muren van een zorginstelling, steeds verder afgebouwd wordt en vervangen door volwaardige ambulante alternatieven op het gebied van wonen, werk, inkomen, dagbesteding, sociale contacten, vrije tijd en zorg.¹²⁻¹³ In lijn met deze trend is er een toename te zien van zorg volgens het Flexible Assertive Community Act-concept (hierna genoemd: F-ACT) bij patiënten met EPA. In een F-ACT-team werken verschillende zorgverleners samen om patiënten met EPA ambulant te ondersteunen binnen alle verschillende levensdomeinen waarin men problemen kan ondervinden. Per cliënt wordt tijdens ieder evaluatiemoment bepaald welke zorgverleners het beste aansluiten bij de hulpvraag in zijn totaliteit. De zorg is waar mogelijk curatief van aard en gericht op het verminderen van symptomen, evenals waar nodig op het leren leven met de aandoening.¹⁴⁻¹⁵ Wat de aandacht voor voeding binnen de psychiatrische behandeling betreft bestaat sinds 1987 een landelijk netwerk, genaamd Diëtetiek Psychiatrie Nederland, waar diëtisten met specifieke deskundigheid binnen de psychiatrie hun kennis bundelen. Het netwerk is onderverdeeld in vijf regio's die allen een aantal keer per jaar overleg hebben met als een van de voornaamste pijlers deskundigheidsbevordering.¹⁶ Diëtisten die aangesloten zijn bij dit netwerk zijn werkzaam bij een GGZ-instelling of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis en daardoor in sommige gevallen ook betrokken bij wijkteams.

Een van deze teams is het wijkteam van GGZ Rivierduinen, locatie Zoetermeer Oost. Enkele zorgprofessionals binnen dit team benoemen dat er bij het gros van hun patiënten inderdaad sprake is van voedings- en leefstijlproblematiek. Vooral overgewicht ten gevolge van antipsychoticagebruik, evenals een ongezonde leefstijl ten aanzien van voeding, beweging, roken en alcohol, worden veelvuldig genoemd. Er wordt erkend dat deze problematiek wellicht een negatieve invloed heeft op herstel van de psychische klachten. Tegelijkertijd geeft men aan dat deze problematiek vooralsnog onvoldoende meegenomen wordt in de behandeling. Hoewel binnen het team is afgesproken dat deze patiënten kunnen worden

doorverwezen voor consultatie en behandeling bij de externe, vrijgevestigde diëtist met wie een samenwerkingsverband bestaat, blijkt uit de huidige praktijk dat dit voorsnog weinig voorkomt. Uit meerdere onderzoeken is desondanks wel gebleken dat er overtuigende aanwijzingen zijn voor de effectiviteit van diëtistische interventies bij deze doelgroep. Zo hebben onderzochte interventies binnen een grootschalige meta-analyse gemiddeld genomen geleid tot significante gewichtsreductie, een lager BMI, kleinere middelomtrek en lagere bloedglucoselevels.¹⁷⁻¹⁸ Ook binnen de subgroep patiënten die overgewicht hebben ontwikkeld door antipsychoticagebruik zijn diëtistische interventies effectief gebleken, zoals onderzocht in een klinisch onderzoek.¹⁹

In de verkennende gesprekken voorafgaand aan dit onderzoek tussen zorgverleners van het team (te weten de ervaringsdeskundige, verpleegkundig specialist en algemeen manager) en de onderzoeker is gesproken over de redenen voor de gebrekkige aandacht voor voedingsproblematiek. Hierin kwam onder andere naar voren dat veel medewerkers weinig stilstaan bij het feit dat voeding en de signalering van voedingsproblematiek belangrijk is voor de mogelijkheid tot herstel. Ook geven de patiënten zelf aan geen contact met een diëtist te wensen. Het wijkteam Zoetermeer Oost van GGZ Rivierduinen erkent de mogelijkheid voor verbetering van de zorg rondom voedingsproblematiek en is met de externe diëtist overeengekomen dat er een terugkerend spreekuur op de locatie van Rivierduinen zal komen met ingang van 03-09-2018, waarover de medewerkers ingelicht worden. Ook zal het belang van aandacht in de behandeling voor voedingsproblematiek naar de medewerkers toe benadrukt worden. Iedere zorgmedewerker heeft de mogelijkheid om patiënten op het diëtistisch spreekuur te wijzen. In het teamoverleg op dinsdagochtend kunnen de patiënten die ervoor geïndiceerd zijn en benoemd hebben hier inderdaad gebruik van te willen maken door de medewerkers besproken worden, waarna de behandelverantwoordelijke zorg draagt voor de definitieve verwijzing.

Het behandelend team wil in eerste instantie de patiënten naar het spreekuur proberen te verwijzen die te maken hebben met overgewicht ten gevolge van antipsychoticagebruik. Dit is naar hun inschatting namelijk de grootste patiëntengroep die problemen op het gebied van voeding en gewicht ervaart. Om dit zo goed mogelijk te laten verlopen willen zij graag inventariseren wat deze patiëntengroep tegen lijkt te houden diëtistische zorg te accepteren en welke factoren hiervoor drempelverlagend zouden kunnen werken. Dit om ervoor te zorgen dat de mogelijkheid van dieetbehandeling niet wederom onbenut blijft. Het doel van dit onderzoek is dan ook om in kaart te brengen wat de wensen, verwachtingen en weerstand van de patiënten rondom dieetbegeleiding precies inhouden. De betrokken zorgverleners zouden van de uitkomsten van dit onderzoek gebruik kunnen maken om de drempel, die patiënten ervaren wanneer zij voor de keuze tot diëtistische zorg staan, te helpen verlagen. Daarnaast kan dit onderzoek bijdragen aan een nuttige interdisciplinaire samenwerking.

1.1 Onderzoeksvraag en deelvragen

Om het in de alinea hierboven beschreven doel te bereiken is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

“Welke factoren worden door cliënten van GGZ Rivierduinen, wijkteam Zoetermeer Oost, die te maken hebben met overgewicht ten gevolge van antipsychoticagebruik, als belemmerend en bevorderend ervaren ten aanzien van de eventuele keuze voor diëtistische behandeling?”

Het woord ‘cliënt’ is hier inwisselbaar voor ‘patiënt’, maar aangezien deze eerste term geprefereerd wordt door het wijkteam zal de term ‘patiënt’ in deze verdere scriptie vermeden worden.

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn ook vier ondersteunende deelvragen opgesteld:

Deelvraag 1:

Wat verwachten cliënten te vinden binnen diëtistische begeleiding?

Deelvraag 2:

Wat zijn de wensen van cliënten aangaande diëtistische begeleiding?

Deelvraag 3:

Waar bestaat de weerstand die cliënten ervaren tegen diëtistische begeleiding uit?

Deelvraag 4:

Wat wordt door cliënten als potentieel helpende factoren gezien die de drempel om naar de diëtist te gaan zouden kunnen verlagen?

2. Methode

Voorafgaand aan dit onderzoek is er met behulp van de sneeuwbalmethode gezocht naar achtergrondinformatie om een beter beeld van de huidige situatie en het probleem te krijgen. Hierbij is zorg gedragen dat informatie uit verschillende bronnen kwam, zowel digitaal als vanuit fysieke boeken. Hierbij werd sterk de voorkeur gegeven aan informatie uit meta-analyses en systematische reviews om de betrouwbaarheid van de bronnen zoveel mogelijk te kunnen waarborgen.

2.1 Onderzoekspopulatie

Er is gekozen voor een kwalitatief onderzoek onder de cliënten van wijkteam Zoetermeer-Oost in de vorm van semigestructureerde interviews. Hierdoor was het mogelijk om de mening van cliënten over diëtistische behandeling te inventariseren en door te vragen op de gegeven antwoorden. Er is voor gekozen om zowel cliënten te includeren die aan hebben gegeven geen diëtistische zorg te wensen, als cliënten die wel gebruik wilden maken van het spreekuur. Beide subgroepen werden even relevant geacht omdat verwacht werd dat ze beiden vanuit een ander referentiekader informatie over de deelvragen konden verschaffen. Hierdoor zou de uiteindelijke onderzoeksdata naar verwachting een completer beeld schetsen.

Voor de eerste subgroep zijn de volgende inclusiecriteria opgesteld:

1. Cliënt van wijkteam Zoetermeer-Oost.
2. Significante gewichtstoename tot een ongezond BMI, zoals ingeschat door de betrokken hulpverleners, naar aanleiding van antipsychoticagebruik.
3. Door de betrokken zorgverleners ingeschat als capabele gesprekspartner.
4. Wenst geen gebruik te maken van de mogelijkheid tot diëtistische zorg, ondanks dat deze zorgmogelijkheid door de betrokken zorgverleners benoemd is.

Voor de tweede subgroep gelden inclusiecriteria één tot en met drie ook, maar is het vierde criterium vervangen door 'wenst wel gebruik te maken van de mogelijkheid tot diëtistische zorg'. Op leeftijd en geslacht is niet geselecteerd omdat dit het eerste onderzoek naar dit onderwerp is en het doel was om een zo breed mogelijke visie vast te leggen. Om diezelfde reden is ook geen rekening gehouden met eventuele medische diagnoses. Wel zijn alle cliënten van het wijkteam volwassen, zij bevinden zich in de leeftijdscategorie 18-65 jaar.

Er zijn twee specifieke exclusiecriteria opgesteld, te weten:

1. Een psychotische episode welke aanleiding gaf te denken dat gegeven interviewantwoorden niet de werkelijke visie van de cliënt representeerden

2. Psychische problematiek die gepaard gaat met dusdanig wantrouwen dat de mogelijkheid tot een open interview onwaarschijnlijk geacht werd, zoals ingeschat door de betrokken hulpverleners.

Tussen types psychiatrische stoornissen is verder niet gediscrimineerd. De gewenste totale steekproefgrootte was vastgesteld op - indien haalbaar - minimaal tien participanten, of zoveel als nodig was voor volledige saturatie.²⁰

2.2 Dataverzameling

Bij geachte geschiktheid voor het onderzoek zijn participanten eerst, met oog op privacy en vertrouwen, benaderd door een van de betrokken zorgverleners. Dit waren een ambulant psychiatrisch verpleegkundige en de ervaringsdeskundige van het team. Zij hebben uitleg over het onderzoek gegeven en gevraagd te participeren, waarna een interviewafspraken werd gepland met de onderzoeker. Deze konden, afhankelijk van de voorkeur van de participanten, plaatsvinden op locatie bij GGZ Zoetermeer, of bij de cliënten thuis. Hier is voor gekozen met als doel de participant een zo prettig mogelijke omgeving te bieden waarin hij of zij zich zoveel mogelijk op het gemak zou voelen. Voor ieder interview is een uur gereserveerd met uitlooptermogelijkheid, om de kans op het systematisch missen van relevante informatie door tijdsdruk zoveel mogelijk te elimineren en tijd te hebben voor het creëren van een vertrouwensrelatie. Aan het begin van ieder interview is de achtergrond van het onderzoek en het doel hiervan nogmaals uitgelegd. Ook is benadrukt dat alle interviews volledig anoniem zouden worden verwerkt, met als doel de cliënten aan te moedigen zo open mogelijk over hun mening en ervaringen te zijn.

Gekozen is voor een semigestructureerde aanpak van de interviews, welke zijn geleid aan de hand van een topiclijst²¹ (zie bijlage 1). De topiclijst is geformuleerd aan de hand van termen uit de deelvragen, te weten 'verwachtingen', 'wensen', 'weerstand' en 'drempelverlaging voor behandeling'. Los van deze kern bevatte de lijst onderwerpen als eventuele eerder verkregen diëtistische begeleiding en attitude ten aanzien van voeding, gezondheid en eigen gezondheidssituatie. Hoewel deze onderwerpen niet terugkwamen in de onderzoeksvragen, zijn deze toch toegevoegd met als functie het gesprek in te leiden en om een beeld te krijgen van hoe de visie van de participanten tot stand is gekomen. Ook zijn er voorbeeldvragen per topic toegevoegd. Deze vragen zijn niet geïncludeerd omdat ze concreet gesteld dienden te worden, maar dienden als voorbeeld waarnaar gekeken kon worden tijdens het interview, om er zeker van te zijn dat alle facetten van het onderwerp aan bod zouden komen.

Voor dit type topiclijst is gekozen zodat er een houvast was die als ondersteuning kon dienen bij het verkrijgen van alle relevante informatie. Tegelijkertijd is hierdoor geen ruimte ontnomen om dieper in te gaan op onderwerpen indien dit belangrijk bleek. Door deze open en flexibele interviewmethode werd op systematische wijze getracht het risico op het missen van informatie zoveel mogelijk te verkleinen, terwijl er ook aandacht was voor het zoveel mogelijk bewaken van de veilige sfeer in het gesprek.²²

Bij alle interviews is vooraf aan de participanten gevraagd of zij akkoord waren met het maken van een geluidsopname, welke middels een audiorecorder op een smartphone gemaakt is.

2.3 Dataverwerking- en analyse

Alle interviews zijn handmatig getranscribeerd, waarna de participanten en hun bijbehorende transcripten zijn genummerd om de data systematisch te kunnen analyseren. Na afloop van het transcriberen zijn de interviews eerst in fragmenten verdeeld. Alle fragmenten die

informatie bevatten over één of meerderen van de onderzoeksvragen zijn, met inbegrip van het nummer behorende bij de participant, vervolgens onder de topics uit de vragenlijst geordend. Hierna is ieder fragment open gecodeerd, waarbij er een overkoepelend thema in de vorm van een label aan ieder afzonderlijk fragment is toegevoegd. Dit alles is samengevoegd in een codeboek. (zie bijlage 2) Om confirmation bias te voorkomen zijn deze labels niet vooraf vastgesteld. Vervolgens heeft een axiale codering plaatsgevonden, waarbinnen labels vergeleken zijn en indien mogelijk samengevoegd onder overkoepelende codes. Uiteindelijk kon er op basis van deze axiale codering een selectieve codering plaatsvinden, waarin relaties en verbindingen tussen de gevonden informatie gelegd zijn. Dit is vastgelegd in de sectie 'resultaten'. Hierna is een conclusie per deelvraag, gevolgd door een algemene conclusie, geschreven.

2.4 Betrouwbaarheid en validiteit

Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te kunnen maximaliseren is allereerst getracht een zo representatief mogelijke onderzoeksgroep te creëren. Daarom is er zorg gedragen voor zo breed mogelijke inclusiecriteria om een zo uitgebreid mogelijke visie te kunnen documenteren. Daarnaast is er op locatie bij GGZ gezorgd voor een rustige kamer waarin de onderzoeker en participant niet gestoord konden worden. Bij de interviews bij cliënten thuis is eveneens gelet op rust door vooraf na te vragen of de thuissituatie voldoende privacy zou bieden voor het gesprek. Daarnaast is bewust omgegaan met de mogelijkheid van suggestie in gesprek, door alle voorbeeldvragen zo open mogelijk te formuleren. De topiclijst is waar mogelijk in dezelfde volgorde behandeld, om consistentie zoveel mogelijk te kunnen waarborgen. Ook heeft de onderzoeker stilgestaan bij het belang van een open en oordeelvrije houding naar de cliënt toe, en is er aandacht uitgegaan naar bewust stiltes laten vallen om zo de cliënt te motiveren vrijuit te vertellen.

Validiteit

Om de kwaliteit van de topiclijst zo hoog mogelijk te krijgen zijn er voorbeeldvragen aan toegevoegd om ervoor te zorgen dat alle facetten van de topics belicht konden worden. Deze vragen zijn in samenspraak met in totaal zes kritische tegenlezers opgesteld. Deze kritische tegenlezers bestonden uit medestudenten en twee wo-afgestudeerden met ruime ervaring met kwalitatief onderzoek. Op deze manier kon er van meerdere kanten bekeken worden of de lijst een adequate tool was om de benodigde onderzoeksdata te kunnen verzamelen. Voorafgaand aan het eerste interview is er daarnaast ook nog een proefinterview gehouden met een van de kritische tegenlezers, om zeker te weten dat de topiclijst alomvattend was voor het onderzoek en een adequate structuur bevatte. Beoogd werd om dit proefinterview met een participant te houden, hier is echter niet voor gekozen met oog op de geringe respons onder cliënten en de wens de onderzoeksgroep zo groot mogelijk te houden. De kritische tegenlezer die gekozen is voor het interview is uitgekozen op het niet bezitten van diëtistische kennis, zodat het gesprek niet bevooroordeeld was. Van dit interview is een audio-opname gemaakt, met als doel hierop te kunnen reflecteren. Hierna is de topiclijst voor de laatste keer aangevuld en als meetinstrument definitief gemaakt. Als laatste belangrijke voorwaarde is aan iedere participant duidelijk gemaakt dat verwerking van de onderzoeksdata anoniem zou geschieden. Naast privacy-overwegingen had dit ook als functie om de kans op het geven van sociaal wenselijke antwoorden zoveel mogelijk te verkleinen.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk zullen allereerst de kenmerken van de uiteindelijke onderzoeksgroep, evenals opvallende omstandigheden gedurende het onderzoek worden toegelicht. Vervolgens zullen de onderzoeksresultaten per deelvraag weergegeven en uiteengezet worden.

3.1 Onderzoeksgroep en onderzoeksomstandigheden

Uiteindelijk zijn er vijf interviews op locatie bij GGZ afgenomen, en vier bij participanten thuis. De totale onderzoeksgroep bestond uit drie mannen en zes vrouwen, waarvan drie participanten in de eerste onderzoeksgroep, en zes participanten in de tweede onderzoeksgroep ingedeeld zijn. (zie hoofdstuk 'methode') Verder bestond de eerste onderzoeksgroep uit één man en twee vrouwen, de tweede uit twee mannen en vier vrouwen. Bij de mannen hebben twee interviews bij GGZ Rivierduinen op locatie plaatsgevonden en één bij de participant thuis, bij de vrouwen waren dat er drie op locatie en drie bij de participanten thuis. Na afloop van de codering is definitief besloten participant twee te excluderen van het onderzoek, met als reden dat de informatie die zij gaf tijdens het interview niet overeenkwam met de vooraf gegeven achtergrondinformatie. De betrouwbaarheid van de verkregen data werd derhalve als te laag ingeschat. De uiteindelijke onderzoeksdata bestaat uit acht getranscribeerde interviews.

Door omstandigheden zijn alle interviews met de tweede onderzoeksgroep gepland na afloop van de afspraak met de diëtist. Alle interviews hebben plaatsgevonden in de periode tussen 12-11-2018 en 14-12-2018. Het bleek niet mogelijk deze allen op hetzelfde moment van de dag te plannen, er werd echter niet verwacht dat dit van invloed is geweest op de resultaten.

Binnen de tweede subgroep is het doel om minimaal vijf participanten te vinden behaald, binnen de eerste subgroep bleken in totaal drie cliënten bereid om mee te werken aan het onderzoek. Uiteindelijk varieerden de interviews in lengte tussen negen en achttien minuten. Opvallend was dat de interviews bij de participanten thuis gemiddeld genomen vijf minuten langer duurden dan deze op locatie van GGZ Rivierduinen.

In de hieronder gerapporteerde onderzoeksresultaten worden de twee eerder gedefinieerde subgroepen niet onderscheiden, omdat de onderzoeksdata uit beide groepen elkaar complementeert. Bij de conclusie zal dit onderscheid indien nodig wel weer gemaakt worden.

3.2 Verwachtingen

Binnen de eerste deelvraag; 'Wat verwachten cliënten te vinden binnen een diëtistische behandeling?' zijn de volgende axiale codes gevonden: 'Begrepen voelen', 'uiterlijk diëtist', 'nut diëtetiek', 'angst', 'strengheid', 'begeleiding', 'financiën' en 'gebrek aan maatwerk'. Onder elk van deze axiale codes vallen tussen de één en vier open codes.

Begrepen voelen

Participant één benoemde dat zij verwacht dat diëtisten in het algemeen minder begrip voor haar voedings- en gewichtsproblematiek zullen hebben, vanuit de verwachting dat zij zelf

geen affiniteit met deze problematiek zullen hebben. Illustratief daarvoor is de volgende uitspraak:

“Ze begrijpen het niet echt, hoe het is om... Flink te zijn. Omdat ze meestal zelf heel slank zijn.”

Uiterlijk diëtist

Twee participanten bespraken de verwachting dat alle diëtisten slank en gezond ogen en dat dit een demotiverende werking op hen zal hebben. Om dit te laten zien is de volgende uitspraak van participant zes illustratief:

“Als ik er nu zo over nadenk dan denk ik wel dat ik een gezond iemand verwacht en niet iemand die... Hetzelfde weegt als ik zeg maar. Maar dat is best moeilijk toch ook.”

Nut diëtetiek

Tevens werd door participant drie, na gesprekken met zijn omgeving, de initiële verwachting uitgesproken dat diëtetiek in de basis geen effectieve interventie is. Een illustratieve quote hierbij:

“Je hoort er wel eens over van ‘je hebt er niks aan’ of ‘je gaat er even heen en daarna is toch alles weer hetzelfde’”

Angst

Door drie participanten werden verschillende angsten uitgesproken ten aanzien van diëtetiek in het algemeen, en het contact met de diëtist zelf. Vooral de angst om niet in staat te zijn tot verandering, de angst dat de diëtist te snel te veel veranderingen verwacht, als de angst om door de diëtist veroordeeld te worden om het ongezonde eetpatroon kwamen meermaals in alle drie de interviews terug. Een verduidelijkende uitspraak hierbij van participant zeven is:

“Je weet vooraf al dat ze denken dat je dom bezig bent.”

Begeleiding

Participant zes sprak de verwachting uit dat een diëtist enkel de taak heeft om een voedingsadvies uit te schrijven en verder geen motiverende functie in het behandelcontact op zich kan of wil nemen. Dit kwam met name naar voren in de volgende uitspraak:

“En ik denk ook... Een diëtist is gewoon diëtist hè? Die is er niet om je er ook psychologisch of zo bij te helpen.”

Financiën

Het was opmerkelijk dat participant zeven benoemde dat ze verwachtte dat diëtetiek voor haar niet haalbaar was vanwege haar wekelijkse budget. In haar optiek is begeleiding van een diëtist niet mogelijk zonder veel geld uit te moeten geven aan gezond eten.

“Ja, daar kunnen jullie heel weinig aan veranderen. Goedkopere dingen adviseren gaat niet echt denk ik, jullie hebben toch jullie vaste adviezen.”

Gebrek aan maatwerk

Als laatste gaf participant negen te kennen dat zij de verwachting koesterde dat vrijwel iedere diëtist geen maatwerk levert, maar voor iedere cliënt standaardlijsten hanteert. Illustratief daarvoor is de onderstaande uitspraak:

“Die zeggen meestal hetzelfde allemaal; zoveel gram aardappels, twee of zo, 200 gram groente en tussen de 75 en 100 gram vlees. Altijd hetzelfde.”

3.3 Wensen

Over de tweede deelvraag, “wat zijn de wensen van cliënten binnen diëtistische begeleiding” zijn opvallend weinig resultaten te rapporteren. Vijf cliënten geven aan geen wensen te kunnen bedenken binnen het contact met de diëtist of de begeleiding die geboden zou kunnen worden. Alle vijf geven aan zich vooraf geen voorstelling te hebben gemaakt, of te willen maken, bij diëtistische begeleiding.

Uit de wensen die door de overige participanten genoemd zijn waren drie axiale codes te destilleren, te weten “kennisoverdracht”, “motiveren” en “sportbegeleiding”.

Kennisoverdracht

Participant vier sprak uit dat hij vooraf vooral de wens had objectieve voedingsinformatie te ontvangen, maar de vrijheid wilde behouden om hier al dan niet naar te handelen. Illustratief daarvoor is de volgende uitspraak:

“Ik was gewoon nieuwsgierig hoe het beter kan. Niet dat ze teveel ging bemoeien, maar gewoon informatie die echt klopt.”

Motiveren

Eenmaal werd benoemd, door participant vijf, dat ze vooral steun wenste te ontvangen bij het volhouden van een gezonder eetpatroon. Dit kwam naar voren in het volgende uitspraak:

“Een stok achter de deur, dat wilde ik vooral graag.”

Sportbegeleiding

Als laatste opvallende punt werd door participant zes naar voren gebracht dat ze behoefte heeft aan begeleiding in groepsverband, vooral op het gebied van sport. Zij verwoordde dit als volgt:

“Dat er groepen zijn of zo waar mensen heen kunnen, dat ze niet alleen hoeven te sporten of wat dan ook.”

Wellicht is het hierbij ook relevant te benoemen dat twee participanten, te weten cliënt één en vijf, ontkennend antwoordden toen hen gevraagd werd of voeding naar hun idee vaak genoeg besproken wordt in hun behandeling.

3.4 Weerstand

In reactie op de derde deelvraag, 'waar bestaat de weerstand die cliënten ervaren tegen diëtistische begeleiding uit?' heeft opvallend genoeg iedere participant een vrij uitgebreide reactie gegeven. De axiale codes die uit deze informatie te filteren waren, zijn 'begrepen voelen', 'uiterlijk diëtist', 'angst', 'financiën', 'kennis', 'motivatie' en 'maatwerk'.

Begrepen voelen

Twee participanten, nummer één en zeven, merken op een weerstand opgebouwd te hebben tegen diëtetiek door ervaringen in het verleden omtrent zich onbegrepen voelen. Zij benoemden dat ze het vertrouwen met name hebben verloren doordat de diëtist onrealistische en onhaalbare doelen wilde stellen, en hier vervolgens geen mentale steun bij bood. Helder wordt dat in onder andere de volgende uitspraak van participant één:

"Dan is het van: "Ja, maar je moet gewoon even doorgaan..." Dan denk ik: "Ja lekker..." Weet je? Ik vind dat dan gewoon te moeilijk.

Ook werd door participant zeven uitgesproken dat zij inmiddels weerstand ervaart jegens diëtetiek doordat een diëtist uit haar verleden vasthield aan een protocol en daarbij niet open stond voor eigen inbreng, en haar eigen ideeën over wat goed voor haar was op eetgebied niet serieus nam. Illustratief daarvoor is de volgende uitspraak:

"En nu ik... Maar één keer per of twee, twee keer per dag eet... Ja heb ik er inderdaad minder last van. Maar daarmee hoef je dus niet bij een diëtist te komen."

Uiterlijk diëtist

Participant één benoemt dat zij en bekenden in haar omgeving weerstand ervaren naar diëtetiek en diëtisten toe omdat ze zich gedemotiveerd voelen als de behandelend diëtist een gezond en slank uiterlijk heeft. Zie hiervoor onder andere de volgende uitspraak:

"En het is ook zo, en dat is waar... Anderen die ik ken die ook wat zwaarder zijn of heel zwaar, die worden geconfronteerd met een poppetje. Nou, dan is het al weg. Dan is het al... Moet ik dat halen?"

Angst

Door in totaal vijf participanten zijn meerdere angsten gerapporteerd die naar eigen zeggen bijdragen aan de weerstand die ze ervaren richting diëtetiek. Één van de beschreven angsten draait om de angst voor confrontatie. Zowel de angst om de precieze omvang van het overgewicht niet meer te kunnen vermijden, als de angst om geconfronteerd te worden met hoe ongezond het eetpatroon nu daadwerkelijk is, spelen hierbij een grote rol. Als voorbeeld hiervan volgt nu een uitspraak van participant vijf:

“Ik denk dat het te confronterend is. Je weet wel dat je te zwaar bent, maar op het moment dat je op die weegschaal staat denk je wel van “oh ja, oeps, ik ben inderdaad te zwaar.”

Hiernaast blijkt de angst voor controleverlies een grote rol te spelen bij drie participanten. Allen verkeren in de overtuiging dat een voedingsadvies van de diëtist betekent dat zij het voor hen prettige eetpatroon te drastisch zullen moeten wijzigen en hun favoriete producten niet meer kunnen nuttigen. Ook geloven zij dat dit in hun omgeving een belangrijke reden is om geen diëtistische begeleiding te willen. Een illustratieve uitspraak hierbij van participant één:

“Eten is van mij en dat is... Straks mag ik het allemaal niet meer.”

Nog een belangrijke angst wordt door participant zes aangehaald. Zij stelt dat zij een diëtist ervaart als een autoriteit aan wie zij verantwoording af moet leggen in plaats van als gelijkwaardige gesprekspartner, en dat dit haar weerstand te groot maakt om de stap te durven zetten. Zij verwoordt dit als volgt:

“Het voelt dan als een autoriteit, dat ik verantwoording moet afleggen aan... En dat is een beetje mijn, mijn ding. Ik kan daar niet tegen.”

Financiën

Zowel participant vier als zeven geven financiële problemen als reden voor weerstand. Participant vier benoemt hierbij problemen met de vergoeding vanuit de zorgverzekering en dan met name het eigen risico. Participant zeven gaf daarentegen meermaals aan in het verleden diëtisten te hebben getroffen die geen rekening hielden met haar beperkte budget, waardoor zij in de veronderstelling verkeert dat er geen gezonde en betaalbare alternatieven voor haar huidige voedselkeuzes zijn. Dit wordt duidelijk in de volgende uitspraak:

“Want je wilt wel dingen gaan doen, maar dan krijg je dan opties en die kosten best wel veel geld, dus dat kan dan toch niet.”

Kennis

Participant vijf gaf te kennen dat ze vermoedt dat cliënten niet goed op de hoogte zijn van de precieze functie van een diëtist, en dat dit weerstand in de hand zou kunnen helpen. Dit verwoordde ze als volgt:

“En misschien zijn zij wel niet goed op de hoogte van wat een diëtist eigenlijk doet.”

Motivatie

Zowel participant zes als zeven benoemde dat motivatieproblemen een belangrijk onderdeel zijn van de door hen ervaren weerstand naar diëtiek. Zowel motivatieproblemen ten gevolge van lage eigenwaarde, als het onhaalbaar achten van potentiële voedingsdoelen

worden hierbij als voornaamste redenen aangehaald. Twee uitspraken die dit illustreren van respectievelijk participant zes en zeven:

“Ja, als ik niet om mezelf geef op die manier, dan denk ik ook niet dat ik... Dat er ergens in mijn hoofd was opgekomen van: ‘Ik zou misschien wel een diëtiste overwegen.’”

“Ja, je moest natuurlijk veel vezels dus je moest én dit halen én dat halen... Teveel gedoe.”

3.5 Drempelverlaging

Binnen de data-analyse van de deelvraag “Wat wordt door cliënten als potentieel helpende factoren gezien die de drempel om naar de diëtist te gaan zouden kunnen verlagen?” zijn de volgende axiale codes gevonden: “helpende factoren in contact”, “kennisoverdracht”, “behandelmogelijkheden”, “motivatie”, en “financiën”.

Helpende factoren in contact

Alle participanten hebben zaken genoemd die zij als drempelverlagend ervaren in contact met een diëtist, of waarvan zij verwachten dat het ze zou helpen om van deze begeleiding gebruik te durven maken. Het hebben van een open en niet-veroordelende houding, voldoende tijd plannen per sessie, een vrijblijvend advies krijgen, kleine stappen per keer plannen, rust brengen in het gesprek, geruststelling bieden, een stok achter de deur zijn, mentale ondersteuning bieden en inlevingsvermogen tonen werden met nadruk genoemd. De meest illustratieve uitspraken die hierover zijn gedaan zijn worden hieronder weergegeven:

“Dat vind ik ook wel nodig, dat iemand anders ook kan indenken... In een ander persoon, snap je. Het menselijke, weet je, dat je je kan indenken hoe het voor iemand anders is. Ik denk dat dat al heel belangrijk is.”

“Ik denk dat dat samen een beetje moet gaan. Dat je daar toch een beetje hulp bij krijgt. Eten én wat helpt om het ook echt te doen.”

“Ja, toch ook op zijn gemak stellen, eigenlijk. Van, dat het echt niet allemaal slecht is en je niet alles slecht doet.”

“En tja, het is een advies, je hoeft het niet per se op te volgen als je dat niet wilt. Dus dat had ik wel in mijn achterhoofd al, in gedachten.”

Kennisoverdracht

Participanten een, drie, vier, vijf, zes en acht benoemen het belang van (vrijblijvende) kennisoverdracht omtrent voeding. Dit komt onder andere naar voren in de volgende uitspraak:

“Maar ik weet wel dat als... Als ik gewoon goed weet wat er goed is en wat gezond is, waarvan ik kan afvallen en wat gezonder is dan denk ik wel, als ik in een betere *mood* ben zeg maar, of hoe zeg je dat, dat ik dan wel het kan doen.”

Behandel mogelijkheden

Opvallend was ook dat zowel participant vier als zes de mogelijkheid van diëtistische groepsbehandeling noemde. Dit zowel als potentieel middel tegen de angst voor confrontatie en ‘te zichtbaar’ zijn in behandeling, als om de steun van groepsgenoten te kunnen gebruiken. Participant vier verwoordde dit als volgt:

“Ja, een soort van groepstherapie. Je zit met zes personen of zo en dan gaat ze gewoon uitleggen van, groenten, dit en dat mag je eten. En dan ga je kijken naar verschillende soorten groenten misschien. Maar misschien is dat handiger dan alleen. Dan zijn personen weer bang dat ze op zichzelf... Nou ja.”

Motivatie

Door participant zes wordt genoemd dat aandacht voor motivatie helpend en belangrijk kan zijn. Hierbij noemt zij in het bijzonder dat eigenwaarde noodzakelijk is voor een succesvol traject. Dit verwoordt zij als volgt:

“Want het is toch gewoon een heel proces, om alles zo te veranderen. En je moet het ook jezelf wel gewoon gunnen zeg maar... Je zelfbeeld moet wel enigszins oké zijn denk ik.”

Financiën

Als laatste werd als belangrijke drempelverlagende factor aangehaald dat een diëtist oog moet hebben voor de financiële mogelijkheden van zijn of haar cliënt, wanneer er een voedingsadvies opgesteld wordt. Illustratief hiervoor is haar volgende uitspraak:

“Qua geld en zo of dat ze eens gaan zeggen van: ‘joh, bij die winkel kun je dat het beste halen.’”

4. Conclusie

Naar aanleiding van de resultaten die in het vorige hoofdstuk beschreven zijn zullen er in dit hoofdstuk conclusies worden getrokken. Uiteindelijk zal de hoofdvraag die aan het begin van dit onderzoeksrapport gedefinieerd is zo zorgvuldig mogelijk worden beantwoord. Op basis hiervan zullen er in het volgende hoofdstuk aanbevelingen worden gedaan aan het wijkteam Zoetermeer Oost van GGZ Rivierduinen. Deze aanbevelingen richten zich op hoe cliënten wellicht beter te motiveren zijn tot, en beter te ondersteunen zijn binnen een diëtistische behandeling. Voordat de hoofdvraag beantwoord kan worden zal eerst nog per deelvraag een beknopte samenvatting gegeven worden.

4.1 Verwachtingen

In antwoord op de eerste deelvraag over verwachtingen van cliënten binnen een diëtistische behandeling is opvallend dat zowel de participanten van de eerste als van de tweede subgroep vooraf negatieve verwachtingen hadden of hebben over diëtetiek. Geen van de ondervraagden heeft blij gegeven van positieve verwachtingen. Zo is onder andere naar voren gekomen dat verwacht wordt dat diëtisten inlevingsvermogen zullen missen op het gebied van voedingsproblematiek, omdat zij hier in hun persoonlijke leven geen affiniteit mee zullen hebben. Dit verwachte gebrek aan inlevingsvermogen komt eveneens terug in de gerapporteerde angsten die cliënten bleken of blijken te koesteren. Meerdere participanten benoemden de angst dat de diëtist hen zal veroordelen om hun eetpatroon, geen rekening zal houden met een beperkt budget, streng zal zijn in contact en te snel te grote veranderingen van hen zal verlangen. Hieruit kan overkoepelend geconcludeerd worden dat verwacht wordt dat de diëtist niet vanuit de mogelijkheden en wensen van de cliënt zal denken en zich niet gelijkwaardig op zal stellen, maar als veroordelende autoriteit.

Een andere negatieve verwachting is de verwachting dat diëtetiek in de basis als interventie niet efficiënt is. Volgens één cliënt wordt deze visie in zijn omgeving breder gedragen. Hieruit kan gesteld worden dat in ieder geval een aantal cliënten geen objectieve kennis bezitten over de bewezen gemiddelde effectiviteit van diëtistische begeleiding binnen hun doelgroep.

Als laatste opvallende negatieve verwachting is aangehaald dat een diëtist geen coachende functie heeft en enkel voedingsadviezen verstrekt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er objectieve kennis mist over het takenpakket van een diëtist.

Overkoepelend kan gesteld worden dat de verwachtingen die cliënten gemiddeld genomen koesteren negatief van aard zijn en veelal neerkomen op een gebrek aan kennis over de begeleidingsmogelijkheden en taken van een diëtist.

4.2 Wensen

In antwoord op de tweede deelvraag over wensen van cliënten binnen een diëtistische behandeling zijn opvallend weinig onderzoeksresultaten te rapporteren. Het is opmerkelijk te noemen dat geen van de participanten binnen de tweede subgroep te kennen heeft gegeven vooraf duidelijke wensen of doelen te hebben gehad. Eveneens blijken de participanten binnen de eerste subgroep geen ideeën te hebben over waar een diëtist hen bij zou kunnen ondersteunen.

Geconcludeerd kan daaruit worden dat men mogelijk geen duidelijk beeld heeft bij de mogelijkheden van diëtetiek. De drie wensen die wel geuit zijn de wens tot het hebben van een 'stok achter de deur', sportbegeleiding in groepsverband, en objectieve kennisoverdracht.

Overkoepelend kan gesteld worden dat de wensen die cliënten hebben ten aanzien van diëtetiek met oog op de nu beschikbare onderzoeksresultaten niet volledig in kaart te brengen zijn, of dat duidelijk afgekaderde wensen binnen de doelgroep ontbreken.

4.3 Weerstand

In antwoord op de derde deelvraag over weerstand die cliënten ervaren tegen diëtistische behandeling bleek het opvallend te zijn dat alle participanten een vorm van weerstand jegens diëtetiek hebben verwoord. Geconcludeerd kan daaruit worden dat weerstand dus evident is onder beide subgroepen.

Vooraf verscheidene angsten worden genoemd als reden voor de weerstand. Zo is de angst voor confrontatie met het overgewicht en/of ongezonde eetpatroon genoemd, maar ook zijn er angsten naar voren gekomen op het gebied van controleverlies over het eigen eetpatroon, de angst dat een diëtist niet zal willen luisteren naar eigen inbreng en voedingskennis, en de angst voor de diëtist als autoritair figuur. Weerstand kwam ook naar voren in de overtuiging dat een diëtist geen adviezen kan verstrekken die passen binnen een beperkt budget. Wellicht hangt dit alles samen met een gebrek aan kennis over de precieze taken van een diëtist, zoals één participant zelf als verklaring opperde.

Tevens is er benoemd dat weerstand ook voortkomt uit de verwachting of ervaring dat diëtisten geen mentale steun bieden bij het volgen van een dieet, waardoor het als onhaalbaar gevoeld wordt om doelen te kunnen behalen.

Overkoepelend kan gesteld worden dat de weerstand die cliënten ervaren ten aanzien van diëtetiek talrijk is. Sommige weerstand is gebaseerd op onprettige ervaringen in het verleden, bij anderen is het een verwachting zonder eerder referentiekader. Een gemene deler binnen alle genoemde weerstand lijkt in ieder geval te liggen in een verwacht gebrek aan maatwerk en gelijkwaardigheid. Evident is wel dat dit een belangrijk deel uitmaakt van de totale visie en attitude jegens diëtetiek.

4.4 Drempelverlaging

In antwoord op de vierde deelvraag over potentieel helpende factoren die de drempel om naar de diëtist te gaan kunnen verlagen zijn veel verschillende visies naar voren gekomen. Door alle participanten zijn mogelijkheden genoemd die zij ofwel zelf als helpend ervaren, ofwel waarvan zij verwachten dat dit andere cliënten zou kunnen ondersteunen.

Alle gegeven adviezen gaan met name over het contact met de diëtist, en/of behandelmogelijkheden. Alle participanten benoemen dat de wijze van benaderen tijdens de sessie zelf essentieel is voor het al dan niet slagen van de behandeling. Belangrijke aspecten die hierin naar voren kwamen zijn dat een diëtist merkbaar rustig is in gesprek, de cliënt op zijn of haar gemak stelt, een open houding heeft en voldoende tijd neemt voor de cliënt. Ook wordt het belangrijk geacht dat de gegeven adviezen vrijblijvend zijn en dat een eventueel behandelplan opgedeeld is in haalbare, kleine stappen. Dit behandelplan moet

ook rekening houden met een beperkt budget. Inlevingsvermogen en gelijkwaardigheid lijken hier sleutelwoorden te zijn.

Verder is nog aan bod gekomen dat cliënten objectieve kennisoverdracht belangrijk vinden. Wederom werd hier wel vrijblijvendheid van de gegeven adviezen bij genoemd. Binnen het verdere begeleidingstraject wordt gehoopt op mentale ondersteuning en dat de diëtist een coachende rol op zich neemt, waarbij het contact indien nodig ook dient als stok achter de deur. Hierbij is het bespreekbaar houden van de motivatie van de cliënt evident. Geconcludeerd kan dus worden dat de doelgroep behoefte heeft aan betrokkenheid.

Overkoepelend kan gesteld worden dat drempelverlaging met name bereikt zou kunnen worden als duidelijk gemaakt wordt dat de diëtist een gelijkwaardige gesprekspartner is die zich kan inleven in de situatie van zijn of haar cliënt en ook op mentaal vlak betrokken is gedurende het behandelproces.

4.5 Algemene conclusie

Door de subconclusies van de deelvragen kan nu de hoofdvraag van dit onderzoek worden beantwoord.

4.5.1 Belemmerende factoren

Wanneer gekeken wordt naar de belemmerende factoren die cliënten rapporteren wordt snel de parallel tussen de verwachtingen die men heeft en de weerstand die men ervaart duidelijk. Daar waar zuiver negatieve verwachtingen blijken te leven bij cliënten, overlappen deze grotendeels met de weerstand die genoemd wordt. Opvallend is ook dat participanten gemiddeld genomen geen duidelijke wensen of doelen hebben weten te formuleren over diëtetiek, wat zou kunnen duiden op een gebrek aan kennis over het takenpakket van de diëtist. Mogelijk is dat een verklaring voor het feit dat vragen naar weerstand concretere onderzoeksresultaten heeft opgeleverd dan vragen naar wensen.

De belemmerende factoren die een rol blijken te spelen kunnen worden samengevat als een angst en verwachting dat een diëtist geen gelijkwaardige gesprekspartner is, maar een autoritaire en veroordelende behandelaar die geen rekening zal houden met het tempo van de cliënt en zijn/haar eigen inzicht over voeding en gezondheid. Daarbij wordt ook verwacht en gevreesd dat een diëtist geen coachende rol op zich kan en zal nemen en geen advies op maat zal verstrekken. Tevens leeft de angst dat een diëtistisch advies altijd een (te) grote en onhaalbare verandering van het eetpatroon betekent. Een verwacht gebrek aan aansluiting, inleving, begeleiding en maatwerk blijken hier dus de belangrijkste bevindingen te zijn.

4.5.2 Bevorderende factoren

Factoren die bevorderlijk blijken om de keuze voor diëtetiek te maken, en het behandeltraject vol te houden, bevinden zich eveneens met name in factoren binnen het contact met de diëtist. Alle participanten stellen prijs op een diëtist die een open en rustige houding uitstraalt, de tijd neemt en de cliënt op het gemak stelt. Duidelijk moet zijn dat een voedingsadvies niet bindend maar geheel vrijblijvend is en dat de diëtist oordeelvrij is in de keuze die de cliënt op dat gebied maakt. In sommige gevallen wordt enkel prijs gesteld op objectieve kennisoverdracht omtrent voeding. Adviezen moeten verder niet algemeen maar duidelijk op maat gemaakt worden, rekening houdend met het eigen inzicht en de kennis die de cliënt al over zijn of haar gezondheidssituatie bezit.

De stappen en doelen die opgesteld worden om het behandelplan te behalen moeten klein en haalbaar zijn. Tevens is het belangrijk dat de diëtist actief betrokken blijft gedurende het proces en een coachende en steunende rol op zich neemt, waarbij het bespreken van de motivatie en problemen daarbij een groot onderdeel van gesprek blijft. Binnen die coaching is het soms fungeren als 'stok achter de deur' wenselijk.

Hiernaast zou, gezien het gebrek aan respons op de vragen omtrent concrete wensen rondom dieetbegeleiding, het als bevorderende factor genoemd kunnen worden dat cliënten voorafgaand aan een diëtistisch consult meer uitleg krijgen over de mogelijkheden en inhoud hiervan en dat irrealistische angsten en verwachtingen omtrent diëtetiek indien nodig vooraf besproken worden. Ook het feit dat diëtetiek wel degelijk een bewezen interventie is, ook binnen deze doelgroep, zou wellicht helpend kunnen zijn om richting cliënten uit te spreken.

4.6 Aanbevelingen voor de praktijk

Naar aanleiding van de resultaten en conclusie zijn een aantal concrete adviezen voor het wijkteam van GGZ Rivierduinen, Zoetermeer Oost en de betrokken diëtist op te stellen. Als voornaamste advies aan het wijkteam lijkt het belangrijk dat cliënten goed geïnformeerd worden over diëtetiek en wat een diëtistische behandeling hen kan brengen. Meerdere cliënten hebben genoemd dat voeding en het bestaan van/de mogelijkheden van diëtetiek niet vaak of naar hun idee onvoldoende besproken is binnen de behandeling. Wellicht valt op dit vlak dus winst te behalen, door als team het belang hiervan te beseffen en benadrukken.

Er blijken daarnaast veel angsten en vormen van weerstand te leven onder cliënten aangaande de houding van en het contact met een diëtist. Deze kunnen grotendeels niet gestaafd worden met het daadwerkelijke takenpakket van de diëtist, zoals overzichtelijk omschreven op de website 'dieetbehandelingsrichtlijnen'.²² Geadviseerd wordt dus om cliënten met voedingsproblematiek uitleg te verschaffen over diëtetiek, en hierbij ook de nadruk te leggen op wat men hier wel en niet binnen een diëtistische behandeling kan verwachten. Als belangrijkste aandachtspunten bij die uitleg wordt geadviseerd om te benadrukken dat een diëtist een gelijkwaardige gesprekspartner is die vrijblijvend maatwerk probeert te leveren, in plaats van een standaard voedingsadvies. Waarbij hij of zij zo oordeelvrij als mogelijk te werk zal gaan en de keuzes van de cliënt omtrent zijn eetpatroon zal respecteren. Ook wordt geadviseerd om te benoemen dat diëtistische behandeling niet betekent dat aanbevolen veranderingen op eetgebied per definitie groots en ingrijpend moeten zijn, en dat behandeling wel degelijk zin kan hebben als de cliënt enkel tot kleine aanpassingen bereid is. In dat kader kan het eveneens helpend zijn om uit te leggen dat de diëtist ook indien gewenst enkel objectief advies of uitleg kan geven op voedingsgebied.

Verder zou uitgelegd kunnen worden dat de adviezen die een diëtist verstrekt niet een beperkt budget te boven hoeven gaan en dat gezond eten niet noodzakelijkerwijs hoeft te betekenen dat de cliënt maandelijks minder geld te besteden heeft. In het totale financiële kader is het sowieso verstandig om de cliënten uit te leggen hoe de vergoeding van hun diëtistische behandeling in zijn werk gaat.

Ook is het erg belangrijk dat cliënten geïnformeerd worden over het feit dat een diëtist ook een coachende en motiverende taak heeft en bereid en in staat is om de cliënt te begeleiden bij het werken aan zijn of haar doelen. Wellicht is het na een uitgebreidere uitleg van bovenstaande mogelijk om wensen omtrent dieetbegeleiding met de cliënt in kaart te brengen, met als doel om de motivatie voorafgaand aan het traject al te vergroten.

Als verder los advies aan het team is naar voren gekomen dat er animo blijkt te zijn voor een groepssessie omtrent gezonde voeding. Tevens is meermaals naar voren gekomen dat cliënten prijs stellen op de sportbegeleiding in groepsverband, en dit graag uitgebreid zouden zien. Wellicht zijn dit behandelmogelijkheden die verder onderzocht en geëxploreerd zouden kunnen worden.

Als advies aan de betrokken diëtist blijkt vooral belangrijk dat deze zich bewust is en blijft van een open en niet-veroordelende houding. Geruststelling is ook meermaals genoemd als voorwaarde om zich prettig te kunnen voelen in gesprek. Tevens wordt geadviseerd zorg te dragen voor de financiële haalbaarheid van gegeven voedingsadviezen en de cliënt te adviseren omtrent de aankoop hiervan. Hiernaast kan het raadzaam zijn nadruk te leggen op het feit dat een diëtist ook als functie heeft een coachende rol op zich te nemen bij het behalen van de gestelde doelen. Een belangrijk gesprekspunt in dat kader is wat de cliënt precies van de diëtist verwacht en nodig heeft op het gebied van coaching om het traject vol te kunnen houden. De doelen waarnaar gestreefd worden moeten op maat gemaakt worden en geen algemene adviezen zijn. De tussenstappen die opgesteld worden om de doelen te behalen moeten klein en haalbaar zijn en in samenspraak met de cliënt uitgedacht worden.

5. Discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek is geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag welke factoren door een selecte groep cliënten van wijkteam Zoetermeer-Oost als belemmerend en bevorderend ervaren worden ten aanzien van de eventuele keuze voor diëtistische begeleiding. Tijdens het beantwoorden van deze vraag zijn er een aantal discussiepunten naar voren gekomen die aandacht behoeven bij de objectieve interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Zo zijn er voor dit onderzoek negen, effectief acht, participanten geïnterviewd. Vijf hiervan hebben diëtistische zorg geaccepteerd, drie cliënten wilden dit op het moment van onderzoek niet. Cliënten die weerstand ervoeren jegens diëtetiek bleken ook niet of minder open te staan voor een interview hierover met de onderzoeker. Hierdoor is de onderzoekspopulatie noodgedwongen klein gebleven. Hoewel bewust naar de participanten is gecommuniceerd dat de onderzoeker een objectieve rol had en enkel data wilde verzamelen, en de participanten tevens zelf de controle hadden over de locatie en tijd die voor hen het meest prettig was, bleken de meesten desondanks onwillig om een interview aan te gaan. Wellicht valt de oorzaak hiervan te vinden in het feit dat de onderzoeker als studente Voeding & Diëtetiek door de cliënten, ondanks de voorzorgsmaatregelen, niet als objectieve partij gezien werd. Daarnaast, wanneer men kijkt naar de verkregen inzichten naar aanleiding van dit onderzoek, kan een andere mogelijke oorzaak voor dit fenomeen liggen in angst voor een veroordelende houding van de onderzoeker ten aanzien van het eetpatroon en/of gewicht van de cliënt. In vervolgonderzoek zou het zinvol kunnen zijn een (hoofd)onderzoeker aan te stellen met neutralere achtergrond, zodat deze potentiële weerstand een minder grote rol kan spelen. Sowieso lijkt het belang van het extra benadrukken van een oordeelvrije houding evident. Echter, binnen de beperkte mogelijkheden van dit onderzoek is er zoveel mogelijk zorg gedragen voor neutraliteit en het uitdragen hiervan.

Datasaturatie is hierdoor binnen dit onderzoek niet binnen beide onderzoeksgroepen bereikt. En hoewel de verkregen informatie weliswaar waardevol is gebleken en wel degelijk tot nieuwe inzichten leidt, moet beseft worden dat de verkregen inzichten naar alle waarschijnlijkheid nog maar een klein deel van het beschreven praktijkprobleem verklaren. De onderzoeksvraag kon daardoor nog niet in zijn totaliteit worden beantwoord. Voor eventueel vervolgonderzoek wordt dan ook aangeraden om meer toe te spitsen op met name de eerste onderzoeksgroep. Om de drempel die cliënten ervaren in het aangaan van een interview te verkleinen zou het, naast het aanstellen van een zo neutraal mogelijke onderzoeker, wellicht raadzaam zijn om deze te houden in de aanwezigheid van een voor hen vertrouwd persoon. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat wanneer deze vertrouwde persoon een zorgverlener van het wijkteam is, dit een extra risico zou kunnen geven op sociaal wenselijke antwoorden. Ook kan een focusgroep overwogen worden om de ervaring van persoonlijke confrontatie te minimaliseren.²³

Verder zijn in dit onderzoek de participanten persoonlijk geselecteerd door betrokken zorgverleners, op basis van door hen geachte geschiktheid binnen de opgestelde inclusiecriteria. Daardoor kon niet nagegaan worden of er wellicht op enig niveau sprake was van selectiebias, wat de onderzoeksresultaten heeft beïnvloed. Echter, met oog op de kwetsbaarheid van de doelgroep, evenals privacy-overwegingen, was er geen andere selectiemethode mogelijk. De eventuele invloed van selectiebias is echter zoveel mogelijk geminimaliseerd doordat meerdere zorgverleners betrokken waren bij de selectie van participanten.

Opvallend was ook dat geen van de geïnterviewde participanten die wel zijn gestart met hun diëtistische behandeling een kritiek-, of verbeterpunt binnen het contact met de diëtist heeft

willen of kunnen uitspreken. Er moet daardoor rekening worden gehouden met de mogelijkheid van sociaal geaccepteerde antwoorden die niet de werkelijke mening van de participanten representeren. Een mogelijke verklaring hiervoor is te vinden in het feit dat de onderzoeker niet de mogelijkheid had gedurende langere tijd een vertrouwensband op te bouwen met de participanten. Er zou ook de angst kunnen heersen dat eventuele negatieve feedback de diëtist wellicht bereikt en dat vervolgens een negatief effect op het behandelcontact heeft. Ook zou het mogelijk kunnen zijn dat de keuze voor interviews bij nader inzien te persoonlijk en derhalve niet de meest geschikte onderzoeksmethode was. Om meer zicht te krijgen op hoe het individuele contact met de diëtist indien nodig verbeterd zou kunnen worden, zou het een waardevolle aanvulling op dit onderzoek kunnen zijn om anoniem kwantitatief onderzoek te verrichten onder de cliënten die gebruik maken van deze zorgmogelijkheid. Dit zou kunnen geschieden door middel van bijvoorbeeld een enquête over het ervaren contact met de diëtist.²⁴

Buiten het gebrek aan kritiepunten op de diëtist moet overwogen worden dat participanten wellicht ook op andere onderwerpen niet volledig open over hun mening zijn geweest. De beperkte interviewduur per gesprek zou hiervoor als aanwijzing kunnen worden gezien. Om dit zoveel mogelijk te beperken is er zorg gedragen voor een interviewomgeving en tijdstip die voor de participant zelf het meest prettig was en is ieder interview gestart met social talk. Echter is het niet ondenkbaar dat de onderzoeksmethode onvoldoende basis gaf voor het creëren van een daadwerkelijke vertrouwensband die ruimte gaf voor een open gesprek. Desalniettemin wordt binnen de beperkte mogelijkheden van dit onderzoek, en de beschikbare kennis vooraf, de wijze waarop de interviews zijn ingevuld nog steeds als meest adequate methode gezien om zoveel mogelijk relevante data te verzamelen. Om de betrouwbaarheid verder te verhogen zouden bij vervolgonderzoek de ervaringen van de zorgmedewerkers van het wijkteam, evenals die van de diëtist, kunnen worden meegenomen. Door deze getrianguleerde onderzoeksmethode ontstaat een beter beeld over de betrouwbaarheid van de gepresenteerde visie van de cliënten.²⁵ Hiervoor zal wel een langere onderzoeksperiode moeten worden uitgetrokken. Wanneer er gekozen wordt voor dit uitgebreidere vervolgonderzoek wordt ook geadviseerd de onverwerkte data uit dit onderzoek omtrent voedingskennis te bestuderen en mee te nemen in de analyse.

Als laatste is het relevant om te benoemen dat binnen dit onderzoek geen onderscheid is gemaakt tussen mogelijke persoonsafhankelijke verschillen in visie binnen de onderzoekspopulatie. De geringe grootte van de onderzoeksgroep liet dit niet toe. In vervolgonderzoek is het daarom interessant om te kijken naar onder andere de verschillen in visie tussen vrouwen en mannen. Deze verschillen blijken namelijk wel degelijk aanwezig en van belang te zijn, zoals een overkoepelend onderzoek naar in eerdere onderzoeken afgenomen enquêtes, van Beardsworth et al., aantoonde.²⁶ Tevens was het door de geringe grootte van de onderzoeksgroep niet mogelijk te kijken naar eventuele verschillen in visies tussen cliënten met verschillende psychiatrische diagnoses. Ook deze verschillen zijn echter wel aannemelijk, aangezien er is aangetoond dat verschillende karaktertrekken en persoonlijkheidsprofielen worden geassocieerd met verschillende diagnoses.²⁷ Wanneer uitgebreider vervolgonderzoek plaatsvindt wordt indien mogelijk aanbevolen deze verschillen mee te nemen in de analyse, om zo tot een completer beeld van de totale visie van de doelgroep te komen.

Ondanks de aldus beschreven beperkingen van dit onderzoek, zoals de noodgedwongen kleine onderzoeksgroep, potentiële selectiebias en een mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door sociaal wenselijke antwoorden, zijn er wel degelijk bruikbare resultaten gegenereerd. Door de methodische aanpak binnen de beperkte mogelijkheden is er een eerste indicatie te geven van de visie van cliënten binnen dit wijkteam op diëtetiek. Weloverwogen vervolgonderzoek zou de hierin verkregen kennis verder kunnen verdiepen en verbreden.

Literatuurlijst

1. Delespaul P, Consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland [Internet]. Tijdschriftvoorpsychiatrie.nl. 2013 [geciteerd 10 September 2018]. Beschikbaar via: <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/55-2013-6-artikel-delespaul.pdf>
2. Trimbos-instituut | Ernstige psychische aandoeningen [Internet]. Trimbos.nl. 2018 [geciteerd 18 September 2018]. Beschikbaar via: <https://www.trimbos.nl/themas/ernstige-psychische-aandoeningen/>
3. DSM-5 | DSM-5 [Internet]. Dsm-5.nl. 2018 [geciteerd 18 September 2018]. Beschikbaar via: <https://www.dsm-5.nl/>
4. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen T. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(06):453-458. Beschikbaar via: <https://www.nationalelfservice.net/cms/wp-content/uploads/uploads/2011/11/BJPsych-Dec-2011-Life-expectancy-of-patients-with-mental-disorders.pdf>
5. Daumit G, Anthony C, Ford D, Fahey M, Skinner E, Lehman A et al. Pattern of mortality in a sample of Maryland residents with severe mental illness. *Psychiatry Research*. 2010;176(2-3):242-245. Beschikbaar via: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178109000122>
6. Mental health statistics: suicide [Internet]. Mental Health Foundation. 2018 [geciteerd 18 September 2018]. Beschikbaar via: <https://www.mentalhealth.org.uk/statistics/mental-health-statistics-suicide>
7. CBS StatLine - Overledenen; zelfdoding (inwoners), diverse kenmerken [Internet]. Statline.cbs.nl. 2018 [geciteerd 3 September 2018]. Beschikbaar via: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=slnl&PA=7022gza>
8. Scott D, Happell B. The High Prevalence of Poor Physical Health and Unhealthy Lifestyle Behaviours in Individuals with Severe Mental Illness. *Issues in Mental Health Nursing*. 2011;32(9):589-597. Beschikbaar via: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/01612840.2011.569846?journalCode=imhn20>
9. Walsh R. Lifestyle and Mental Health. *American Psychological Association*. 2011;66(7):579-572. Beschikbaar via: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-66-7-579.pdf>
10. Correll C, Lencz T, Malhotra A. Antipsychotic drugs and obesity. *Trends in Molecular Medicine*. 2011;17(2):97-107. Beschikbaar via: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3053585/>
11. Rojo L, Gaspar P, Silva H, Risco L, Arena P, Cubillos-Robles K et al. Metabolic syndrome and obesity among users of second generation antipsychotics: A global challenge for modern psychopharmacology. *Pharmacological Research*. 2015;101:74-85. Beschikbaar via: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043661815001553?via%3Dihub>
12. Ambulantisering - GGZ Nederland [Internet]. Ggznederland.nl. 2018 [geciteerd 18 September 2018]. Beschikbaar via: <http://www.ggznederland.nl/themas/ambulantisering>
13. Trendrapportage GGZ 2012 [Internet]. Assets.trimbos.nl. 2012 [geciteerd 18 September 2018]. Beschikbaar via: <https://assets.trimbos.nl/docs/acd05b16-ca20-42ed-a8c5-4a4b655ea013.pdf>
14. Wat is F-ACT? | F-ACT NEDERLAND [Internet]. F-actnederland.nl. 2018 [geciteerd 18 September 2018]. Beschikbaar via: <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>
15. Nugter M, Engelsbel F, Bähler M, Keet R, van Veldhuizen R. Outcomes of FLEXIBLE Assertive Community Treatment (FACT) Implementation: A Prospective Real Life Study. *Community Mental Health Journal*. 2015;52(8):898-907. Beschikbaar via: <https://www.eaof.org/artikel2.pdf>
16. Dietetiek Psychiatrie Nederland – DPN is een landelijk erkend netwerk van diëtisten, met specifieke deskundigheid binnen de psychiatrie. [Internet]. Dpndietist.nl. 2018 [geciteerd 5 December 2018]. Beschikbaar via: <https://dpndietist.nl/>

17. Teasdale S, Ward P, Rosenbaum S, Samaras K, Stubbs B. Solving a weighty problem: Systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 2017;210(02):110-118. Available from: https://www.researchgate.net/publication/308765533_Solving_a_weighty_problem_Systematic_review_and_meta-analysis_of_nutrition_interventions_in_severe_mental_illness
18. Chacón F, Mora F, Gervás-Ríos A, Gilaberte I. Efficacy of lifestyle interventions in physical health management of patients with severe mental illness. *Annals of General Psychiatry*. 2011;10(1):22. Beschikbaar via: <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-859X-10-22>
19. Direk N, Uçok A. Effectiveness of a structured diet program in antipsychotic-induced weight gain in patients with schizophrenia. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2008;12(3):238-240. Beschikbaar via: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13651500701574554>
20. Baker S, Edwards R. How many qualitative interviews is enough? [Internet]. Eprints.ncrm.ac.uk. 2012 [geciteerd 15 Oktober 2018]. Beschikbaar via: http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf
21. Brinkmann S. Interview. *Encyclopedia of Critical Psychology*. 2014;:1008-1010. Beschikbaar via: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-1-4614-5583-7_161
22. Dieetbehandelingsrichtlijnen: Van protocol naar richtlijn / Inleiding / Werkwijze diëtist - Werkwijze diëtist [Internet]. Dieetbehandelingsrichtlijnen.nl. 2019 [geciteerd 14 Januari 2019]. Beschikbaar via: https://www.dieetbehandelingsrichtlijnen.nl/richtlijnen/00ZK_werkwijze_dietist.html
23. Verhoeven N. Wat is onderzoek?. Amsterdam: Boom; 2018;:148-150
24. Verhoeven N. Wat is onderzoek?. Amsterdam: Boom; 2018;:118-122
25. Verhoeven N. Wat is onderzoek?. Amsterdam: Boom; 2018;:31
26. Beardsworth A, Bryman A, Keil T, Goode J, Haslam C, Lancashire E. Women, men and food: the significance of gender for nutritional attitudes and choices. *British Food Journal*. 2002;104(7):470-491. Beschikbaar via: https://fewd.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_ethik_wiss_dialog/Beardsworth_A.2002.Women_men_and_food.pdf
27. Miettinen J, Raevuori A. A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 2012;53(2):152-166. Beschikbaar via: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X11000368?via%3Dihub>

Bijlagen

Bijlage 1: topiclijst

Opmerking vooraf: niet alle vragen uit onderstaande topiclijst zijn op beide subonderzoeksgroepen van toepassing. Zwart = voor beide groepen, **blauw** = voor de cliënten die wel naar het spreekuur willen komen/zijn gekomen, **oranje** = voor de cliënten die niet naar het spreekuur willen komen.

Topic	Voorbeeldvragen
Geschiedenis diëtetiek	· Heeft u ooit eerder diëtistische begeleiding ontvangen? Indien ja: * Hoe vaak bent u onder behandeling van een diëtist geweest? * In welke setting? (klinisch/dagbehandeling/ambulant) * Hoe lang bent u onder behandeling geweest? * Wat is uw mening over de ontvangen begeleiding? * Wat vond u het meest positieve aan deze begeleiding? * Wat vond u het minst positieve aan deze begeleiding? * Hoe beoordeelt u het resultaat van de behandeling(en)? Indien nee: * Heeft u ooit diëtistische begeleiding overwogen? Zo ja: wat is de reden/zijn de redenen dat u hier (nog) niet voor gekozen heeft?

Beleving voedingsproblematiek/kennis gezonde voeding	· Wat vindt u zelf van uw huidige eetpatroon? Ziet u reden tot zorg, nu of in de toekomst? Waarom wel/niet? · Wat weet u over de relatie tussen voeding en medische/psychische klachten? · In hoeverre denkt u dat er sprake is van een relatie tussen uw huidige voedingspatroon en uw klachten?
Verwachtingen	· Wat zijn uw verwachtingen ten aanzien van een diëtistische behandeling? * Wat denkt u dat diëtistische behandeling inhoudelijk inhoudt? * Hoe denkt u dat de diëtist u zal benaderen?
Wensen	· Zijn er zaken die u specifiek hoopt/hoopte te vinden binnen diëtistische begeleiding? Zo ja, welke?
Weerstand	· Wat zijn de redenen dat u geen diëtistische begeleiding wilt ontvangen? · Zijn er dingen die u in het bijzonder vreest als u denkt aan het accepteren van diëtistische begeleiding? Welke dingen? Hoe komt dit?
Drempelverlaging	· Welke zaken denkt u dat drempelverlagend/helpend zijn om de stap naar diëtistische begeleiding te zetten?

Bijlage 2: codeboek

Topics	Fragmenten	Open codering	Axiale codering
Verwachtingen	P1: Ze begrijpen het niet echt, hoe het is om... Flink te zijn. Omdat ze meestal zelf heel slank zijn P1: Dus ik vraag me af of er diëtisten zijn die wat voller zijn. P1: Ook niet slecht, maar ik vind als je altijd slank bent geweest... Kan je je niet voorstellen hoe het is als je steeds zwaar, dan weer goed en dan weer zwaar en dan weer goed... Ja... P2: Nou, we wilden gewoon eventjes kijken, zeg maar, en ... Maar, ja ... Ik denk dat het niet veel uithaalt, zeg maar. Want nogmaals, ik eet gezond en ja, wat ik net al zei. P2: Maar ik denk dat ik er niet zo heel veel aan heb. P2: Dat ze bang zijn dat jullie het hele eetpatroon om gaan gooien. P3: Nou, eerst dacht ik van: "Dat is niks voor mij". Want dat lukt me toch niet, om ineens helemaal anders te gaan eten.	Niet begrepen voelen Moeite met uiterlijk diëtist Moeite met uiterlijk diëtist Nut diëtetik niet inzien Nut diëtetik niet inzien Angst voor controleverlies/Angst niet in staat te zijn tot veranderen Angst niet in staat te zijn tot veranderen	Begrepen voelen Uiterlijk diëtist Uiterlijk diëtist Nut diëtetik Nut diëtetik Angst Angst

	P3: Ja, omdat, ja, je hoort er weleens over van, je hebt er niks aan, of, je gaat er even heen en dan is het daarna weer hetzelfde.	Nut diëtetiek niet inzien	Nut diëtetiek
	P3: Ja, het was echt anders dan ik verwacht had. Niet zo streng maar meedenken.	Strengheid verwachten	Angst
	P3: Nou, ik dacht dat je ... dat het eigenlijk een heel streng dieet was. Maar, dat is eigenlijk niet zo.	Strengheid verwachten	Angst
	P6: Als ik er nu zo over nadenk dan denk ik wel dat ik een gezond iemand verwacht en niet iemand die... Hetzelfde weegt als ik zeg maar. Maar dat is best moeilijk toch ook.	Moeite met uiterlijk diëtist	Uiterlijk diëtist
	P6: Het is toch wel echt wel gewoon een hele levensstijl verandering... Alles moet ineens anders. Tenminste in mijn gedachten.	Angst niet in staat te zijn tot verandering	Angst
	P6: Ja, misschien teveel in één keer? En ik denk ook... Diëtist is gewoon diëtist hè? Die is er niet om je er psychologisch of zo ook bij te helpen.	Psychologische begeleiding	Begeleiding
	P7: Maar ik denk meer inderdaad de portemonnee van de mensen en en het eten. Ja, daar kunnen jullie heel	Financiële overwegingen	Financiën

	weinig aan veranderen. Goedkopere dingen adviseren gaat niet echt denk ik, jullie hebben toch jullie vaste adviezen. P7: Dus als ze het dan nu vragen zeg ik dat het wel meevalt met roken, want je voelt al aankomen dat ze dan gaan zeggen dat dat dom is. Net als met eten, eerlijk zijn. Je weet toch vooraf al dat ze denken dat je dom bezig bent. P9: Die zeggen meestal hetzelfde allemaal; zoveel gram aardappels, twee of zo, twee tot drie normale grootte, 200 gram groente en tussen de 75 en 100 gram vlees. Altijd hetzelfde.	Angst voor veroordeling Geen advies op maat	Angst Gebrek aan maatwerk
Wensen	P4: Ik was gewoon nieuwsgierig hoe het beter kan. Niet dat ze teveel ging bemoeien, maar gewoon informatie die echt klopt. P5: Een soort stok achter de deur, dat wilde ik vooral graag. P6: Ja, misschien sportbegeleiding of zo? Dat zou mij helpen. Of dat... Dat	Informatieverstrekking Stok achter de deur willen Sportbegeleiding	Kennisoverdracht Motiveren Sportbegeleiding

	hun programma's hebben of weet ik veel wat? Of doorverwijzing naar... Of weet ik veel... Dat dat... Ja, met beweging P6: Dat er groepen zijn of zo waar mensen heen kunnen, dat ze niet alleen hoeven te sporten of wat dan ook. P9: Nee, daar heb ik eigenlijk geen ding bij, weet niet echt wat ik zou willen.	Sporten in groepen Geen beeld bij	Sportbegeleiding Geen concrete wensen
Weerstand	P1: Dan is het van: "Ja, maar je moet gewoon even door gaan..." Dan denk ik: "Ja, lekker..." Weet je? Ik vind dat dan gewoon te moeilijk. En het woord diëten heb ik ook zoiets van: "Ha! Ga weg!" P1: Ja en dat heeft ook vaak te maken met emotie eten. En dat begrijpen diëtisten niet. P1: Fleur is superslank. P1: Dat ze moeten gaan zien van: "Oh jee, oh jee, ik moet hier iets aan doen." P1: "Eten is van mij en dat is... Straks mag ik het allemaal niet meer." P1: En het is ook zo... En dat is waar... Andere die ik	Niet begrepen voelen Niet begrepen voelen Moeite met uiterlijk diëtist Angst voor confrontatie Angst voor controleverlies Moeite met uiterlijk diëtist	Begrepen voelen Begrepen voelen Uiterlijk diëtist ... Angst Angst Uiterlijk diëtist

	ken die ook wat zwaarder zijn of heel zwaar, die worden geconfronteerd met een poppetje. Nou, dan is het al weg. Dan is het al... Moet ik dat halen zo? Weet je wel? P4: Ja, want mijn eigen risico zat nog niet vol. Dus ik moest daar wel een beetje voor betalen. P4: Ze willen nog steeds lekker kunnen eten lijkt mij en nog steeds een beetje een paar ongezonde snacks tussendoor nemen. En ze denken dat ze dan anders te veel hun eetpatroon moeten wijzigen denk ik. Tja, je moet waarschijnlijk ook andere boodschappen doen waardoor de boodschappen duurder zijn of zo. Misschien zijn ze daar bang voor, denk ik. P3: Nou, ik denk dat het toch meer de angst is van wat ze te eten krijgen en ... Tenminste, wat ze zeggen, wat je mag eten. Ja. P5: Het was wel eens lastig, omdat je een paar dagen niet gegeten had dan moest ik dat ook eerlijk noteren. P5: Ik denk dat het te	Financiën Angst voor controleverlies/angst voor confrontatie/financiën Angst voor confrontatie/controleverlies Angst voor confrontatie Angst voor	Financiën Angst Angst Angst Angst
--	--	--	--

	confronterend is. Je weet wel dat je te zwaar bent, maar op het moment dat je op die weegschaal staat, denk je wel van 'oh ja, oeps, ik ben inderdaad zwaar'.	confrontatie	
	P5: En misschien zijn zij wel niet goed op de hoogte zijn wat een diëtiste eigenlijk doet.	Geen kennis over diëtetiek	Kennis
	P5: Nou ja, ik denk vooral gewoon het gewicht dat je daadwerkelijk op de weegschaal ziet staan dat het gewoon heel schokkend kan zijn.	Angst voor confrontatie	Angst
	P6: Ja, als ik niet om mezelf geef op die manier, dan denk ik ook niet dat ik... Dat er ergens in mijn hoofd was opgekomen van: "Ik zou misschien wel een diëtiste overwegen."	Eigenwaarde	Motivatie
	P6: Ik heb een hometrainer die ik toen elke dag gebruikte en lette op eten, maar uiteindelijk gebeurde er weer wat en toen kon het me weer niks interesseren, dus ik ben er niet mee bezig geweest...	Motivatie	Motivatie
	P6: Ik ben ook zeg maar zeven/acht maanden niet bij mijn diëtist, of bij mijn... Diabetesverpleegkundige geweest, omdat ik me moet wegen	Angst voor confrontatie	Angst

	en wegen is voor mij een heel groot ding P6: Het voelt dan als een autoriteit, dat ik verantwoording moet afleggen aan... En dat is een beetje mijn, mijn ding... Ik kan daar niet tegen. P6: Mijn eigen zelfbeeld moet wat positiever worden, zodat ik mezelf ook gun om af te vallen en gezond te zijn. En dat is er nu niet. P6: Want de meeste mensen die ook, tenminste dat idee heb ik, dat... Kijkend naar mijn eigen situatie, die geven er gewoon niet zoveel om... Want er is al zoveel kut. Daarom laten ze het zo ver komen. P7: Want je wilt wel dingen gaan doen, maar dan krijg je dan opties en die kosten best wel veel geld, dus dat kan toch niet. P7: Ja, je moet natuurlijk veel vezels dus je moest én dit halen en dat halen... Teveel gedoe P7: En op een gegeven moment, de aller eerste week toen ik dus daar heen ging, kon ik het allemaal heel goed volhouden en eten en op een gegeven moment de tweede week was... Vond ik	Angst voor autoriteit Eigenwaarde Motivatie Financiële overwegingen Teveel in 1 keer moeten Teveel in 1 keer moeten	Angst Motivatie Motivatie Financiën Motivatie Motivatie
--	--	---	---

	het best wel lastig, want dan heb je al zoveel hetzelfde gegeten en dan ging ik... Het was gewoon zo anders in 1 keer P7: En nu ik... Maar één keer per twee, twee keer per dag eet... Ja, heb ik er inderdaad minder last van. Maar daarmee hoef je dus niet bij een diëtist te komen hahaha. P7: Maar sommige dingen zijn best wel duur, als je al niet zo'n brede portemonnee hebt zeg maar. P7: Dan is dat best wel lastig om daar dan iets vervangends voor te zoeken. Want als je inderdaad zes keer per dag moet eten en je hebt maar €50 voor de hele maand... P7: Je moet zo vaak bewegen en je moet dit en dat drinken en dit en dat eten en dan denk ik ja, lekker dan, als je het naar binnen krijgt is het leuk. P8: En daar moet je van afvallen. Nou ja, dat gaat bij mij heel mondjesmaat en ja, het lukt niet altijd. P8: Nee, waar ik bang voor was dat weer zoek het zelf uit	Niet begrepen voelen Financiële overwegingen Financiële overwegingen Niet begrepen voelen Maatwerk Maatwerk	Begrepen voelen Financiën Financiën Begrepen voelen Gebrek aan maatwerk Gebrek aan maatwerk
--	---	---	---

	verhaal kwam met zoveel gram aardappels, zoveel gram groente en vlees. Daar was ik eigenlijk meer bang voor. Dat het weer het geijkte zou worden. P8: En dat er toch niks mee opgeschoten wordt, met dat geijkte... Van het papiertje aflezen wat je ook van Google af kan halen. Ik denk dat dat tegenhoudt denk ik. P8: Ja misschien bang dat het heel erg streng wordt. Dat je niks meer mag eten P9: Omdat ik toch altijd de gedachte heb om het toch zelf in de hand te houden. Wil niet zoveel bemoeienis. P9: Ja. Dus ja, ik heb altijd het idee gehad van ik kan het zelf wel oplossen. Ja. P9: De controle in eigen hand houden ja. P9: Nou dan zal ie me toch niet echt moeten beoordelen op mijn eetlust, want daar kan ik dan niet zoveel aan doen. P9: Ja, dat ze toch hun eetpatroon drastisch moeten veranderen dat ze daar misschien tegenop zien.	Maatwerk Angst voor controleverlies Controledwang Zelfredzaamheid Controle Angst voor veroordeling Angst voor te grote verandering	Gebrek aan maatwerk Angst Controle Controle Angst Angst
--	--	---	---

	P9: En ik denk dat er ook wel mensen zitten zoals mij die denken het zelf op te kunnen lossen. Je kunt ook veel vinden op Google natuurlijk.	Zelfredzaamheid	Controle
Drempelverlaging	P1: Ja, zij is ook veel opener en... Ja... Ik vind het wel goed. P1: Ze nam er de tijd voor. P1: Niet "Bla bla bla... Bla bla... Ga weg!" Nee. Gewoon tijd. P1: Ja wel. Dat de begeleider of begeleiders ze daar over vertellen. P1: Maar over het algemeen hoor ik niks hier over eten of zo. Dat zouden jullie meer moeten doen. P4: Ja, het is wel leerzaam. Je leert, welke dingen zijn juist, waar ben je op de juiste weg. Welke dingen kunnen er beter. P4: En tja, het is een advies, je hoeft het niet per se op te volgen als je dat niet wilt. Dus dat had ik wel in mijn achterhoofd, al in gedachten. P4: ik probeer gewoon langzaam te verbeteren en niet in een keer een grote overstap te nemen.	Open houding Tijd nemen Tijd nemen Meer voorlichting over diëtetiek Meer voorlichting over diëtetiek Kennisoverdracht Vrijblijvendheid Kleine stappen per keer	Helpende factoren in contact Helpende factoren in contact Helpende factoren in contact Kennisoverdracht Kennisoverdracht Kennisoverdracht Helpende factoren in contact Helpende factoren in contact

	P4: Misschien is het handiger om meer groepsgesprekken te hebben dan individuele gesprekken en dan meerdere personen tegelijkertijd aanspreken. Dat is dan wel minder in your face met eten snap je. Dan bijvoorbeeld ga je het een dag over groenten hebben en dan meer klassikaal een soort van les geven. En vragen wat die persoon eet en dat vergelijken met anderen. Dat is voor sommigen beter denk ik.	Aandacht voor voeding in groepsverband/haalbare confrontatie	Behandel mogelijkheden
	P4: Ja, een soort van groepstherapie. Je zit met zes personen of zo en dan gaat ze gewoon uitleggen van, groenten, dit en dat mag je eten. En dan ga je kijken naar verschillende soorten groenten misschien. Maar misschien is dat handiger dan alleen. Dan zijn personen weer bang dat ze op zichzelf... Nou ja.	Aandacht voor voeding in groepsverband	Behandel mogelijkheden
	P3: Ja. Ik heb wel een hoop aan die informatie.	Kennisoverdracht	Kennisoverdracht
	P3: je mag gewoon best wel veel eten nog.	Geruststelling	Helpende factoren in contact
	P3: Doordat, ja, ze is heel rustig en niet zo overheersend.	Rust	Helpende factoren in contact
	P3: En ze stelt je ook	Open houding	Helpende factoren in contact

	op je gemak, eigenlijk. Vind ik. P3: Ja, toch ook op zijn gemak stellen, eigenlijk. Van, dat het echt niet allemaal slecht is en je niet alles slecht doet. Ja. P3: Ja, want er is nog een man, die wil ook niet en toen heb ik het ook gezegd en nu gaat hij toch ook. P5: Je komt er dan achter dat je inderdaad gewoon, als je gewoon normaal eet dan val je ook gewoon af. P5: Nou, ik had het besef wel, maar ik had niet die stok achter de deur, volgens mij. P5: Weet ik niet. Ik zou zelf vragen van 'goh, waarom ga je er niet heen?'. Ik zou die vraag stellen van 'joh, je kan nu hulp krijgen erbij, bij je gewicht'. Ze moeten er meer over nadenken hier, van het wijkteam, dat eten ook belangrijk is. Volgens mij denken veel er niet over na. P6: dat je daar wel ook gewoon goed voor gemotiveerd moet zijn, anders is het gewoon zonde van het proces denk ik.	Geruststelling Meer voorlichting over diëtetiek Kennisoverdracht Stok achter de deur Voorlichting over diëtetiek Motivatatie	Helpende factoren in contact Kennisoverdracht Kennisoverdracht Helpende factoren in contact Kennisoverdracht Motivatatie
--	---	--	--

	P6: Als ik echt gemotiveerd was dan had het financiële me niet zoveel uitgemaakt.	Motivatatie	Motivatatie
	P6: Maar ik weet wel dat als... Als ik gewoon goed weet wat er goed is en wat gezond is, waarvan ik kan afvallen en wat gezonder is dan denk ik wel, als ik in een betere <i>mood</i> ben zeg maar, of in hoe zeg je dat? Dat ik dan wel het kan doen	Kennisoverdracht	Kennisoverdracht
	P6: Ik denk dat dat samen een beetje moet gaan. Dat je daar toch een beetje hulp bij krijgt. Eten en wat helpt om het ook echt te doen.	Mentale ondersteuning	Helpende factoren in contact
	P6: Want het is toch gewoon heel proces, om alles zo te veranderen en je moet het ook jezelf wel gewoon gunnen zeg maar... Je zelfbeeld moet wel enigszins oké zijn denk ik.	Zelfbeeld	Motivatatie
	P6: Nee, veel te veel klagende mensen en... Groepen kunnen wel helpen, maar dan moet de insteek positief zijn.	Groepsbegeleiding	Behandelopties
	P7: Qua geld en zo op kan letten of dat ze eens gaan zeggen van: "Joh, bij die winkel kun je dat het beste halen."	Financiële overwegingen	Financiën

	P7: ja precies. Dat vind ik ook wel nodig, dat iemand anders ook kan indenken... In een ander persoon snap je. Het menselijke weet je, dat je je kan indenken hoe het voor iemand anders is. Ik denk dat dat al heel belangrijk is.	Inlevingsvermogen	Helpende factoren in contact
	P8: En ja, Fleur gaat er iets dieper op in. Wat eet je 's morgens? Dat je in plaats van cruesli muesli moet nemen. Nou oké, dan vraag je waarom? Nou, dan kan zij dat uitleggen. Cruesli is meer suiker en het andere is meer vezels. Maar dat soort dingen. En nou ja, in plaats van een witte boterham een bruine boterham en zo zwaar mogelijk zodat je vol zit... Sneller vol zit en minder vette kaas en dat soort dingen. Dus je wordt eigenlijk meer begeleid door haar.	Kennisoverdracht	Kennisoverdracht
	P8: Ze neemt de tijd voor je. Als het echt tijd is, is het tijd. Maar ik bedoel ze kijkt niet zo naar vijf minuten en ja, ze stelt je ook op je gemak zeg maar.	Tijd nemen	Helpende factoren in contact
	P8: Nou ja, dingen ook iets uitgebreider op dingen ingaan en weet wat het verschil	Kennisoverdracht	Kennisoverdracht

	is tussen cruesli en muesli zeg maar. Waarom is het ene beter, dat je weet, voor dat product is een ander alternatief. Dus over de producten zeg maar. P8: Ja, op je gemak stellen. Gewoon op je gemak stellen, dat geeft ook wel een band zeg maar. P8: Ja, eerst op hun gemak stellen en dat het niet zo streng hoeft te zijn als het is. Gewoon dat je, ja, er makkelijker naartoe gaat en zelf je eigen eetpatroon kan geven dan advies erbij leggen waarom iets slecht of iets goed is. P9: Maar wat ie wel moet doen is misschien er toch op wijzen wat gezonder kan in mijn eetpatroon.	Op gemak stellen Op gemak stellen/uitleg Uitleg	Helpende factoren in contact Helpende factoren in contact/kennisoverdracht Kennisoverdracht
Kennis gezonde voeding	P1: Over het algemeen eet ik gewoon hartstikke gezond. P2: Ik eet gezond P3: Die was vrij slecht, eigenlijk. Ik at tussendoor veel chips en koekjes. En daar ben ik nu mee gestopt en dat scheelt een hele hoop. P4: Nee, helemaal niet. Daar weet ik	Inzicht eetpatroon Inzicht eetpatroon Inzicht eetpatroon Voedingskennis	Kennis over gezonde voeding Kennis over gezonde voeding Kennis over gezonde voeding Kennis over gezonde voeding

	helemaal niks van, eigenlijk, voeding en psychische klachten. Nee. P7: Ik, het is best wel slecht geworden, mijn eten... Maar ik moet wel zeggen, ook toen met al die ziektes en zo wat er in die dieren zaten en zo... Denk je... Want dan krijg je de melding van: "Oh ja, die dingen zijn terug gehaald." Dat ga ik dan niet meer eten daarna.	Overtuigingen voeding	Kennis over gezonde voeding
--	---	-----------------------	-----------------------------