

Zoete Verstandhouding bij De Zoete Appel?

Cliëntmeningen over de cliënt-diëtist verstandhouding en de invloed van empathisch communicatiegedrag, verwachtingen en rolverdeling

Vidhi van Manen

Datum van verschijnen: 16 januari 2017

Titel Afstudeeronderzoek:

Zoete Verstandhouding bij De Zoete Appel?

Cliëntmeningen over de cliënt-diëtist verstandhouding en de invloed van empathisch communicatiegedrag, verwachtingen en rolverdeling

Onderwijsinstelling:

De Haagse Hogeschool
Opleiding Voeding en Diëtetiek
Johanna Westerdijkplein 75
Den Haag
070 445 8300

Datum van verschijnen:

16 januari 2017

Docentbegeleider:

Dr. Stefanie Salmon
De Haagse Hogeschool
Fac. Gezondheid Voeding & Sport; Voeding en Diëtetiek
Academie voor Gezondheid, Postbus 13336, 2501 EH Den Haag
070 445 7677, S.J.Salmon@hhs.nl

Opdrachtgever:

De Zoete Appel
Mieke Schoenmakers en Teresi Hofstede, Diëtisten
Linnaeuskade 36, 1098 BJ Amsterdam
020 737 1688, mieke@dezoeteappel.nl

Auteur:

Vidhi van Manen
De Kempenaerstraat 215, 1051 DC Amsterdam
0612 963 489, vidhivanmanen@gmail.com
Studentnummer: 12086525

Voorwoord

This thesis explores a topic that has had me captivated ever since first starting work in the care profession in the UK ten years ago. How as a care provider can you create a connection with patients so that they can experience positive health outcomes? Especially when you are coming across individuals with such different backgrounds, beliefs and expectations? For the dietetic setting this is just as relevant. For the last four years, I have acquired the theoretical knowledge to be an accomplished dietitian. This research has been my way to explore how best to bring this theoretical knowledge across to the clients I hope to see in the future.

This is why in 2015 I was excited at the opportunity to follow up on the client satisfaction survey of De Zoete Appel. A practice whose dietetic advices reach individuals from different wakes of life and backgrounds in Amsterdam. Mieke and Teresi, thank you for this experience; the pleasure of engaging with your practice and a number of your clients. And thank you for allowing me the space to follow my own instincts and ideas during our work together.

I would like to thank my fellow course-mates for their support and their insights over our four study years at De Haagse Hogeschool. Stefanie, your supervision has been stimulating: thank you for your feedback and critique, which always has me thinking.

Finally, the biggest thank you to my wonderful family. You helped me pick my research up again after my six-month gap when our second wonder was born. Without your support, this research would still be a pile of notes, a collection of scientific papers plus eleven voice memos.

Enjoy the read (which will now follow in Dutch!)

Vidhi van Manen
January 2017, Amsterdam

Samenvatting

Inleiding

Bij diëtistenpraktijk De Zoete Appel en landelijk is in ongeveer 25% van de behandelingen sprake van patiënt-geïnitieerde voortijdige beëindiging. Uit onderzoek blijkt dat de cliënt-diëtist verstandhouding bij aanvang van het behandeltraject een mogelijke factor is hierin. Drie factoren die te beïnvloeden zijn door de diëtist dragen bij aan deze verstandhouding: het empathisch communicatiegedrag, het bespreken van verwachtingen en de rolverdeling in besluitvorming.

Doel

Doel van dit onderzoek is om aanbevelingen te doen voor de intakeprocedure van De Zoete Appel en de communicatie tijdens de eerste twee consulten van de behandeling, die het opbouwen van een goede verstandhouding vanaf het begin van het behandeltraject bevorderen. Er wordt daarbij beoogd om een verbetering tot stand te brengen in de verstandhouding en daarmee een vermindering van voortijdige uitval.

Methode

Een literatuuronderzoek werd verricht in de databases CINAHL Plus, Cochrane Library en PubMed. Daarnaast werd een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd in de vorm van semigestructureerde interviews met elf cliënten van De Zoete Appel direct na afloop van hun tweede consult. De interviews werden geanalyseerd met behulp van *thematische analyse*.

Resultaten

Het literatuuronderzoek keek naar de drie aspecten van een goede patiënt-behandelaar verstandhouding in de eerstelijns zorg, met nadruk op de patiënt ervaringen en meningen. De interviews lieten de cliënt ervaringen zien van communicatiegedrag door de diëtisten van De Zoete Appel, het bespreken van hun verwachtingen en hun wensen voor de rolverdeling in besluiten. Ook hun oordeel over de verstandhouding kwam hierin naar voren.

Conclusie

Literatuur toonde een beweging van behandelaar- naar cliënt-gestuurde besluitvorming; het belang van het creëren van een wederzijds begrip over de verwachtingen; attent communicatiegedrag aanvullen met persoonsgericht advies. De cliënten van De Zoete Appel hebben uiteenlopend verwachtingen en wensen ten aanzien van de communicatie en rolverdeling. Zij waarderen advies gericht op het individu en willen betrokken zijn bij het vaststellen van behandeldoelen. De interviews duiden erop dat de diëtisten over het algemeen een positieve verstandhouding weten op te bouwen met cliënten bij aanvang van de behandeling. Zij voelen aan wat voor communicatiegedrag ervan hen verlangd wordt door de cliënt, soms in tweede instantie.

Discussie

Dit onderzoeksrapport duidt erop dat de communicatiefactoren die de verstandhouding beïnvloeden niet op zichzelf staan, maar dat er belangrijke dwarsverbanden bestaan. Dit impliceert ook dat zij in combinatie met elkaar moeten worden bestudeerd om tot strategieën die bijdragen aan een goede verstandhouding te komen. De onderzoeksdesign zou versterkt kunnen worden door meer laaggeletterde, niet-Westerse en ontevreden cliënten te interviewen. Aanbevelingen voor verder onderzoek zijn het nader bestuderen van de samenhang van de drie factoren, in het kader van persoonsgerichte zorg. Aanbevelingen voor de praktijk zijn het verbeteren van het intakeformulier, waardoor meer nadruk wordt gelegd op de procesverwachtingen en het activeren van de eigen ideeën van de cliënt als basis van een goede verstandhouding.

Summary

Introduction

Patient dropout occurs in 25% of treatment trajectories at both dietetic practice De Zoete Appel and on a national level. Research suggests that the client-dietitian relationship at the start of a trajectory could be a factor. Three factors can affect this relationship and can be influenced by the dietitian: empathetic communication behaviours, identifying patient expectations and the degree of shared-decision making.

Doel

The aim of this research is to give recommendations for De Zoete Appel's intake procedure and for the communication in the first two consultations. This in order to found a good client-dietitian relationship at the start of the treatment trajectory. Through an improvement in client-dietitian relationship is hoped that the number of patients who dropout will decrease.

Methode

A literature review was carried out using three database: CINAHL Plus, Cochrane Library and PubMed. Qualitative research was also carried out, in the form of semi-structured interviews with eleven clients of De Zoete Appel. These took place directly after their second consultations. The interviews were analysed with the help of *thematic analysis*.

Resultaten

The literature review reviewed the three aspects of a good patient-practitioner relationship in the primary care setting; specifically looking at the patient perspective. The interviews described client experiences of their communications with De Zoete Appel, within the three themes: communicative behaviour of the dietitian, discussing client expectations and client preferences for shared-decision making.

Conclusie

The literature indicated a shift from dietitian- to patient-led decision-making; the importance of developing a mutual understanding about expectations and supporting attentive behaviours with personalised advice. De Zoete Appel clients have varying expectations and preferences in terms of communication and decision-making. They value advice that is personalised and want to be involved in decision-making. The interviews showed that in general the dietitians succeed in developing a good patient-dietitian relationship at the start of the treatment trajectory. They are able to understand the communicative behaviours desired by their clients, sometimes if even in the second consultation.

Discussie

This research report shows that there is a close relationship between the three communicative factors that influence the patient-dietitian relationship. This also implies that the factors need to be studied together in order to come to strategies that can help achieve good relations. The research design could be strengthened by interviewing clients who are low-educated, non-Western and dissatisfied. Recommendations for further research include a closer study of empathetic communicative behaviours, expectations and shared decision-making, within a framework of person-centred care. Recommendations for practice are improving intake forms, whereby more emphasis is given to process expectations and to activating client ideas as the basis for good patient-physician relations.

Inhoudsopgave

Voorwoord	ii
Samenvatting	iii
Summary	iv
Inhoudsopgave	v
Disclaimer	vii
1 Inleiding.....	1
1.1 Probleemanalyse	1
1.2 Onderzoeksvragen	3
1.2.1 Hoofdvraag	3
1.2.2 Deelvragen Literatuur	3
1.2.3 Deelvragen Praktijk	3
1.3 Doelstelling	3
1.4 Praktische/ maatschappelijke relevantie	3
2 Methode	4
2.1 Methode Literatuuronderzoek.....	4
2.1.1 Zoekstrategie	4
2.1.2 Operationalisering en inclusie-/ exclusiecriteria	5
2.2 Methode Praktijkonderzoek	5
2.2.1 Populatie, steekproef en werving deelnemers	6
2.2.2 Dataverzameling	6
2.2.3 Dataverwerking en –analyse	7
3 Resultaten	7
3.1 Resultaten Literatuuronderzoek.....	7
3.1.1 Empathisch communicatiegedrag.....	7
3.1.2 Factoren bij verwachtingen.....	8
3.1.3 Strategieën voor verwachtingen	9
3.1.4 Diëtist- vs. patiënt-gestuurde besluitvorming	10
3.2 Resultaten Praktijkonderzoek.....	11
3.2.1 Cliënt oordeel verstandhouding	12
3.2.2 Communicatiegedrag	13
3.2.3 Het bespreken van verwachtingen	13
3.2.4 Rol diëtist in besluitvorming.....	15
4 Conclusie	16
5 Discussie en Aanbevelingen	18
5.1 Discussie.....	18
5.1.2 Nieuwe inzichten huidig onderzoek	18

5.1.2	Evaluatie van methode	18
5.2	Aanbevelingen	19
5.2.1	Aanbevelingen literatuur	19
5.2.2	Aanbevelingen praktijk	19
	Literatuurlijst	20
	Bijlagen	24
Bijlage 1	Intakeformulier De Zoete Appel	24
Bijlage 2	Elektronische zoekstrategie	26
Bijlage 3	Topiclijst	27
Bijlage 4	Uitnodiging Onderzoek	29
Bijlage 5	Deelnemer Informatiebrief en Toestemmingsformulier	30
Bijlage 6	Thema's voortkomend uit data-analyse	31

Disclaimer

In dit onderzoeksrapport wordt “cliënt” alleen gebruikt als uitsluitend verwezen wordt naar eerstelijns diëtistische zorg. Waar naar tweedelijns diëtistische zorg (of andere medische settings) of een combinatie van beiden wordt verwezen is gebruikt gemaakt van “patiënt”.

1 Inleiding

1.1 Probleemanalyse

De Zoete Appel is een zelfgevestigde diëtistenpraktijk met vier behandelaars gevestigd in Amsterdam. Vanuit tien locaties wordt voedingsvoorlichting en dieetadvies gegeven aan kinderen, jongeren en volwassenen (De Zoete Appel, 2016). Bij De Zoete Appel is in ongeveer 25% van de behandelingen sprake van patiënt-geïnitieerde voortijdige beëindiging (Captein, 2014). In vergelijkbare mate doet dergelijke uitval zich landelijk voor in eerstelijns diëtistische zorg. Bij een kwart van de cliënten behandeld in 2014 door zevenentachtig vrijgevestigde diëtisten in Nederland, is de cliënt op eigen initiatief gestopt met de behandeling (Verberne & Koppes, 2015). Bij De Zoete Appel en landelijk komen cliënten in minstens 70% van de gevallen bij de diëtist terecht vanwege overgewicht en/of Diabetes Mellitus II (Kaptein, 2014; Verberne & Koppes, 2015). Voor deze doelgroepen bestaan afgesloten behandeltrajecten uit gemiddeld vier consulten voor een gemiddelde duur van dertig weken (Captein, 2014; Tol et al., 2012; Tol, Leemrijse, Veenhof, & Swinkels, 2016; Verberne & Koppes, 2015). Ongeplande beëindiging leidt tot hoger risico op complicaties en hogere ziekenhuis (her)opname door slechtere glycemische controle, niet doorgaan met het aanbevolen dieet, minder zelfregulatie en het niet slagen van gewichtsverlies (Bean, Mazzeo, Stern, Bowen, & Ingersoll, 2011; França, Sahade, Nunes, & Adan, 2013; Gucciardi, 2008; Verberne & Koppes, 2016). De resterende 30% komen bij De Zoete Appel terecht voor voedingsadvies gerelateerd aan, onder andere, Diabetes Mellitus type 1, chronische longziekte, hypercholesterolemie, hypertensie, ondergewicht, de Ziekte van Parkinson, darmklachten en zwangerschap (Captein, 2014; De Zoete Appel, 2016). Er kan worden verwacht dat ook deze cliënten negatieve gezondheidseffecten of verlaagde kwaliteit van leven ervaren wanneer zij vervroegd stoppen met de behandeling.

Recent onderzoek naar uitval benadrukt het belang van de patiënt-zorgverlener verstandhouding (Forhan, Risdon, & Solomon, 2013; Gucciardi, Demelo, Offenheim, & Stewart, 2008; Kelly, McCarthy, & Sahm, 2014; Matthews, Peden, & Rowles, 2009; Robinson, Callister, Berry, & Dearing, 2008; White et al., 2015). Vertrouwen in de zorgverlener bevordert het halen van de doelen, terwijl een negatieve verstandhouding een patiënt kan doen besluiten voortijdig te stoppen (Kelly et al., 2014; Robinson et al., 2008; White et al., 2015). Een goede verstandhouding en langdurig contact tussen patiënt en zorgverlener vermindert voortijdig afhaken in het domein van diabetes (Gucciardi et al., 2008; Matthews et al., 2009). Patiënten met obesitas zijn meer geneigd aanbevelingen te volgen wanneer zij een goede vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met de zorgprofessional (Forhan et al., 2013).

De Zoete Appel heeft ook de indruk dat een niet optimale verstandhouding tussen diëtist en cliënt een rol speelt bij het afhaken in een behandeltraject. De diëtisten beschrijven het als het niet bereiken van een wederzijds begrip met de cliënt of niet aansluiten bij diens belevingswereld. Dit beeld komt ook naar voren in de uitkomsten van een klanttevredenheidsonderzoek van de praktijk. Het betrof een survey onder 256 cliënten die in behandeling waren of een behandeling hadden gehad in 2014. In 40% van de gevallen kwamen de resultaten van de behandeling niet overeen met de cliëntverwachtingen (Captein, 2014). Voor De Zoete Appel was dit een indicatie dat de diëtist en de cliënt elkaar mogelijk niet goed hebben begrepen. In diepte interviews met twee ontevreden cliënten werd verder beschreven dat de diëtiste het perspectief van de cliënt niet goed had begrepen en zich onvoldoende had kunnen verplaatsen in diens persoonlijke situatie (Captein, 2014).

De basis voor de verstandhouding wordt gelegd in de beginfase van de behandeling (Harmsen, Bernsen, Meeuwesen, Pinto, & Bruijnzeels, 2005; Parchman, Flannagan, Ferrer, & Matamoras, 2009; Sloots, Dekker, Bartels, Geertzen, & Dekker, 2010; Whitehead, 2015). Gezien de nauwe relatie tussen verstandhouding en uitval, zou een valse start in het opbouwen van een verstandhouding kunnen leiden tot vroegtijdig afhaken. Verkennend onderzoek bij de praktijk duidt erop dat deze hypothese opgaat voor De Zoete Appel. In de beleving van de diëtisten vormen cliënten vroeg in het traject een oordeel en besluiten of zij

verder gaan. Een inventarisatie van uitval in het elektronisch cliënten systeem bevestigt dit beeld. Van de 171 cliënten die in 2014 de behandeling ongepland beëindigden, stopte bijna de helft na het eerste of het tweede consult.

Dit alles is voor de praktijk aanleiding om opdracht te geven voor dit vervolgonderzoek. De Zoete Appel wil meer inzicht krijgen in hoe cliënten de verstandhouding met de diëtisten ervaren bij aanvang van het behandeltraject. De diëtisten zijn benieuwd hoe de communicatie over de verwachtingen verbeterd kan worden. Ten slotte, is er behoefte aan inzicht in hoe de diëtisten zich dienen op te stellen ten aanzien van de cliënt om diens perspectief beter te begrijpen. Gebaseerd op de uitkomsten wil De Zoete Appel aanbevelingen krijgen voor eventuele verbeteringen in de intakeprocedure en de eerste twee consulten, die de verstandhouding met de cliënten kan bevorderen.

Voor cliënten van De Zoete Appel begint het contact met de diëtisten vlak na het moment van verwijzing door de huisarts. De cliënten maken een afspraak per telefoon en ontvangen een brief ter bevestiging. Ook wordt verzocht om het intakeformulier in te vullen (*bijlage 1*). Het formulier vraagt naar de aard van de klachten en een aantal sociale aspecten. Tevens wordt er gevraagd naar de verwachtingen van de cliënt en eerdere ervaringen met een diëtist. Het intakeformulier geeft structuur aan de opening van het eerste consult. De rest van het consult volgt de standaardstructuur voor het eerste diëtistisch consult, waarbij aanvullend diëtistisch onderzoek wordt gedaan en de behandeldoelen vastgesteld worden (Becker-Woudstra et al., 2012). Tijdens het tweede consult wordt de voortgang ten aanzien van de behandeldoelen gesproken en de doelen eventueel bijgesteld.

Drie communicatieve aspecten zijn in het wetenschappelijke onderzoek geïdentificeerd, die bijdragen aan een goede patiënt-zorgverlener verstandhouding en te beïnvloeden zijn door de zorgverlener. Ten eerste, kan empathisch communicatiegedrag door de zorgverlener de verstandhouding bevorderen. Patiënten hebben een voorkeur voor empathisch of affectief gedrag, zoals het tonen van een luisterend, sympathiek, attent en vriendelijk gedrag (Hojat et al., 2011; Matthews et al., 2009; Robinson et al., 2008; van Dillen, Hiddink, Koelen, & van Woerkum, 2005; Whitehead, 2015).

Het goed in kaart brengen van de patiëntverwachtingen en het handelen hiernaar door de zorgverlener is een tweede factor die de verstandhouding kan bevorderen (Becker-Woudstra et al., 2012; Bowling, Rowe, & McKee, 2013; Cant, 2009b; Harmsen et al., 2005; Main, Buchbinder, Porcheret, & Foster, 2010; Rowe, Kellam, & Stott, 2014). Dit houdt allereerst in het naar boven halen van de wensen en gedachten van de patiënt ten aanzien van de voortkomende behandeling (Main et al., 2010; Robinson et al., 2008; Vernooij & Spikmans, 2015). Vervolgens is het ontwikkelen van een wederzijds begrip over de verwachtingen en het laten aansluiten van de aanpak of adviezen belangrijk. Dit voorkomt misverstanden en bevordert patiënttevredenheid met de verstandhouding (Deledda, Moretti, Rimondini, & Zimmermann, 2013; Farin, Gramm, & Schmidt, 2012; Sloots et al., 2010; Spikmans et al., 2003; Swenson, Zettler, & Lo, 2006).

Het derde aspect dat de verstandhouding kan beïnvloeden is de mate waarin de zorgverlener de leiding neemt bij het vaststellen van doelen en afspraken voor de verdere behandeling. Onderzoek duidt op een verschuiving van meer zorgverlener-gestuurde besluitvorming naar een patiënt-gestuurde besluitvorming (Desroches, Gagnon, Tapp, & Légaré, 2008; Légaré et al., 2014; Robinson et al., 2008; Vernooij & Spikmans, 2015). Dit houdt in dat de zorgverlener tijd en aandacht geeft aan patiëntwensen en -meningen (Desroches et al., 2008; Légaré et al., 2014). Niet iedere patiënt geeft hieraan de voorkeur. Sommigen zijn tevreden met meer directie en instructie van de zorgverlener (Farin et al., 2012; Meeuwesen, van den Brink-Muinen, & Hofstede, 2009).

Voor het huidige onderzoek zullen deze aspecten op basis van literatuur nader worden onderzocht. Dit leidt tot inzicht in wat er al bekend is over patiëntvoorkeuren voor communicatiestijlen van eerstelijns diëtisten; de aard van patiëntverwachtingen in de diëtistische setting en technieken die de verwachtingen goed in kaart kunnen brengen; patiëntvoorkeuren voor diëtist- of patiënt-gestuurde besluitvorming. De uitkomsten zullen input geven voor de interviewvragen in het praktijkonderzoek, waarin onderzocht wordt hoe

cliënten van De Zoete Appel de verstandhouding met de diëtisten ervaren bij aanvang van het behandeltraject. Semigestructureerde interviews worden uitgevoerd om de ervaringen van cliënten te achterhalen. Er wordt ingegaan op empathisch communicatiegedrag van de diëtiste, de communicatie over verwachtingen en de opstelling van de diëtiste tijdens besluitvorming. Dit alles zal bijdragen aan een beter begrip van de verstandhouding tussen de diëtisten en cliënten van De Zoete Appel en verbeterpunten voor de start van het traject die kunnen leiden tot verlaging van uitval.

1.2 Onderzoeksvragen

1.2.1 Hoofdvraag

In hoeverre slagen de diëtisten van De Zoete Appel erin om een positieve cliënt-diëtist verstandhouding op te bouwen bij aanvang van het behandeltraject?

1.2.2 Deelvragen Literatuur

- Wat is er bekend over patiëntvoorkeuren voor empathisch communicatiegedrag door de diëtist?
- Welke factoren spelen een rol bij het naar boven halen van patiëntverwachtingen bij aanvang van het behandeltraject?
- Welke strategieën of technieken kan de diëtist inzetten bij aanvang van het behandeltraject om de patiëntverwachtingen te achterhalen?
- Wat is er bekend over patiëntvoorkeuren voor besluitvorming gestuurd door de diëtist of gestuurd door de patiënt?

1.2.3 Deelvragen Praktijk

- Hoe beoordelen cliënten van de Zoete Appel de verstandhouding met de diëtisten bij aanvang van het behandeltraject?
- Wat voor communicatieve gedragingen getoond door de diëtisten bij aanvang van het behandeltraject dragen bij aan een positief gevoel bij de cliënt over de verstandhouding?
- Wat voor verwachtingen hebben de cliënten over het behandeltraject en wanneer worden deze gevormd?
- Hoe ervaren cliënten het bespreken van hun verwachtingen door de diëtisten van de Zoete Appel bij aanvang van het behandeltraject?
- Hoe ervaren cliënten van de Zoete Appel bij aanvang van het behandeltraject de rol van de diëtist in het formuleren van doelen en afspraken?

1.3 Doelstelling

Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan het verbeteren van de diëtistische zorg die geboden wordt door De Zoete Appel. Deze verbetering is gegrond in advies over een verbetering van de communicatie die bijdraagt aan een goede verstandhouding met de cliënten. Er wordt gestreefd aanbevelingen te doen voor de intakeprocedure van De Zoete Appel en de communicatie tijdens de eerste twee consulten van de behandeling, die het opbouwen van een goede verstandhouding vanaf het begin van het behandeltraject bevorderen. Er wordt daarbij beoogd om een verbetering tot stand te brengen in de verstandhouding en daarmee een vermindering van voortijdige uitval.

1.4 Praktische/ maatschappelijke relevantie

Patiënt-zorgverlener verstandhouding wordt geassocieerd met positieve gezondheidsuitkomsten (Forhan et al., 2013; Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowsky, & Riess, 2014; Matthews et al., 2009). Ook zorgt een verlaagde uitval voor gezondheidswinst en kostenbesparingen (Bean et al., 2011; França et al., 2013; Gucciardi et al., 2008). In diëtistische onderzoeken lijkt er weinig aandacht te zijn geweest voor het opbouwen van een goede patiënt-diëtist verstandhouding vanuit het perspectief van de patiënt. Cant's onderzoek over de vertrouwensrelatie is een van de uitzonderingen (Cant, 2009a, 2009b). Een aantal kwalitatieve onderzoeken hebben wel patiëntervaringen onderzocht met

betrekking tot tevredenheid over diëtistische behandeltrajecten in het algemeen (Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014; Hancock, Bonner, Hollingdale, & Madden, 2012). Hierbij kwam ook de communicatie met de diëtiste naar voren, maar was het niet de focus van het onderzoek. Meerdere onderzoeken gaan over gespreksvaardigheden waarover een diëtist moet beschikken voor het uitvoeren van een consult. De vaardigheden lijken echter vastgesteld vanuit perspectieven van diëtisten of andere zorgverleners en niet van de cliënten (Becker-Woudstra et al., 2012; MacLellan & Berenbaum, 2007; van Dillen, Hiddink, Koelen, de Graaf, & van Woerkum, 2006; Vernooij & Spikmans, 2015; Whitehead, Langley-Evans, Tischler, & Swift, 2014, 2009). In het huidige onderzoek – zowel literatuur als praktijk – worden de communicatievaardigheden van de diëtist wel vanuit het perspectief van de patiënt onderzocht.

Het onderzoek draagt ook bij aan onderzoek naar en beleid gericht op persoonsgerichte zorg. Dit is een nieuwe stroming binnen de eerstelijns zorg in Nederland en een aantal componenten zijn al langer onderdeel van de zorgpraktijk (Vernooij & Spikmans, 2015; Vlek, Driessen, & Hassink, 2014). Het gaat om zorg waarin de situatie en het perspectief van de patiënt door de zorgverlener en de patiënt samen zorgvuldig in kaart worden gebracht en leidend is voor de geboden zorg (Dwamena et al., 2012). Dit als tegenhanger voor zorg die het ziektebeeld als leidend neemt (Dwamena et al., 2012; Swenson et al., 2006). Tevens wordt de patiënt in staat gesteld om actief te participeren in het vaststellen van doelen en afspraken (Dwamena et al., 2012). De communicatievaardigheden van de zorgverlener zijn voor beide aspecten cruciaal. Vooral in stedelijke samenlevingen, waar veel pluriformiteit is, lijkt persoonsgerichte zorg veel potentie te hebben (Meeuwesen et al., 2009; Schouten & Meeuwesen, 2006). Het huidige onderzoek integreert drie aspecten die de verstandhouding bij aanvang van het behandeltraject beïnvloeden: het communicatiegedrag van de zorgverlener, het bespreken van de verwachtingen en het betrekken van de patiënt in de besluitvorming. Alle drie deze thema's zijn belangrijke onderdelen van persoonsgerichte zorg, maar lijken tot nu toe niet in combinatie met elkaar onderzocht (Cant & Aroni, 2008; Deledda et al., 2013; Dwamena et al., 2012; MacLellan & Berenbaum, 2007; Willems, De Maesschalck, Deveugele, Derese, & De Maeseneer, 2005). Bovendien lijkt het erop dat diëtisten tot nu toe een beperkte bijdrage hebben geleverd aan beleid gericht op persoonsgerichte zorg (Kennisplein Chronische Zorg, 2016; Vlek et al., 2014). Daarom biedt de persoonsgerichte benadering een relevant kader waarin de door De Zoete Appel gewenste verbeteringen onderzocht kunnen worden en tevens een kans om vanuit de diëtetiek een bijdrage te leveren aan deze nieuwe stroming.

Tot slot, zouden de aanbevelingen voor de intakeprocedure van De Zoete Appel ook van toepassing kunnen zijn op andere eerstelijns diëtisten praktijken. In de opleiding voor diëtisten wordt de intakeprocedure die ontwikkeld is in de tweedelijns zorg onderwezen (Kruizenga & Wierdsma, 2014). Eerstelijns cliënten komen echter met andere zorgbehoeften naar de zorgverlener en de geschiktheid van deze procedure verdient nader onderzoek. Dit onderzoeksrapport levert daar een bijdrage aan.

2 Methode

Dit hoofdstuk beschrijft en verantwoordt de zoekmethode voor het literatuuronderzoek en de methode voor dataverzameling, verwerking en analyse voor het praktijkonderzoek. Tevens worden de maatregelen besproken die genomen zijn om de kwaliteit van het onderzoek te maximaliseren. Een kritische reflectie op het onderzoekontwerp volgt in het Discussie hoofdstuk.

2.1 Methode Literatuuronderzoek

2.1.1 Zoekstrategie

Internationale verpleegkundige-, gezondheidszorg- en biomedische tijdschriften werden geraadpleegd voor het literatuuronderzoek door gebruik van drie elektronische databanken:

CINAHL Plus, Cochrane Library en PubMed. Met CINAHL MeSH headings werden de onderzoeken eerst afgebakend tot studies gerelateerd aan 'Physician-Patient Relations' of 'Professional-Patient Relations'. *Bijlage 2* beschrijft de verdere zoekstrategie, inclusief verantwoording van zoektermen per deelvraag. Titels en abstracts van de gevonden artikelen werden gelezen om de relevantie te beoordelen. Verder werd naar specifieke gerefereerde artikelen gezocht die tijdens het lezen van de literatuur als relevant geïdentificeerd werden. Getracht werd om artikelen in de diëtistische setting te vinden met uitbreiding naar de medische setting, specifiek de eerste lijn ('primary care').

Waar mogelijk werd alleen gebruik gemaakt van artikelen gepubliceerd in de afgelopen tien jaar, omdat deze de laatste stand van kennis beslaan. Er werd niet naar de "Levels of Evidence" gekeken om artikelen te beoordelen, omdat dit meer toepasbaar is op kwantitatief onderzoek (Daly et al., 2007; Polit & Beck, 2010). Dit onderzoek richt zich op onderzoek naar patiëntervaringen, belevingen of meningen betref, die veelal kwalitatief van aard zijn. Om deze te beoordelen werd wel naar de mate van generaliseerbaarheid en theoretische gronding gekeken (Daly et al., 2007; Polit & Beck, 2010).

2.1.2 Operationalisering en inclusie-/ exclusiecriteria

De onderzoeken moesten betrekking hebben op patiëntinteracties met eerstelijns zorgverleners in de setting van een consult. Of in het geval van verwachtingen, verwachtingen over het behandeltraject of consult en niet over gezondheidszorg in algemene zin. Technische aspecten van verwachtingen of van communicatie werden niet meegenomen, zoals wachttijden, sfeer van wachtkamer, gebruik van PC tijdens consult, gebruik van email, omdat dit buiten de scope van het huidige onderzoek valt. Onderzoeken met kinderen en adolescenten waren uitgesloten omdat er een derde betrokken is bij de patiënt-zorgverlener relatie, zoals een ouder of verzorger.

Communicatiegedrag wordt hier verstaan als dat getoond door de diëtiste. Empathisch communicatiegedrag wordt gedefinieerd als luisterend, attent en vriendelijk gedrag (Howick et al., 2015; Whitehead, 2015). Er wordt niet naar non-verbale signalen gekeken (zoals oogcontact, hoofdknikken), hoewel deze ook een belangrijk onderdeel zijn van de patiënt-diëtist verstandhouding (Cant, 2009a; Cant & Aroni, 2008; Whitehead, 2015; Whitehead et al., 2014, 2009). Dit om het huidige onderzoek af te bakenen. Tevens worden gesprekstechnieken (zoals parafraseren, samenvatten) niet meegenomen, tenzij de patiënten in de onderzoeken deze zelf als belangrijke eigenschappen van de zorgverlener identificeerden. Deze technieken worden in de literatuur als een belangrijk onderdeel van de diëtist-patiënt verstandhouding genoemd, maar dan meestal vanuit het oogpunt van de diëtist (Becker-Woudstra et al., 2012; Vernooij & Spikmans, 2015; Whitehead, 2015; Whitehead et al., 2014, 2009). Dit onderzoek beperkt zich tot studies die zich richten op de meningen en ervaringen van patiënten, niet die van zorgprofessionals.

In de literatuur wordt verwachting ook wel gedefinieerd als anticipatie, perceptie of geloof, en anderen beschrijven het als wensen, behoeften of verlangens (Bowling et al., 2012, 2013; Deledda et al., 2013; Georgy, Carr, & Breen, 2013; Kenten, Bowling, Lambert, Howe, & Rowe, 2010). Het huidige onderzoek beperkt zich tot studies die ingaan op patiëntverwachtingen, in de zin van door de patiënt geanticipeerde of gehoopte gebeurtenissen die plaats zullen vinden tijdens, of als uitkomst van, een gezondheidsconsultatie (Bowling et al., 2013).

Voor de diëtist- of patiënt-gestuurde besluitvorming, werd gezocht naar artikelen die de rolverhouding tussen patiënt en diëtist beschrijven. Termen zoals directief, hiërarchisch, voorschrijvend en instruerend indiceren een diëtist-gestuurde aanpak, die als 'biomedical' communicatie wordt geclassificeerd (Meeuwesen et al., 2009; Swenson et al., 2006). Termen zoals samenwerkend, niet-voorschrijvend, gelijkwaardig en gedeeld indiceren een aanpak waarbij de patiënt actief is betrokken en als 'patient-centred' of 'psychosocial' communicatie wordt geclassificeerd (Meeuwesen et al., 2009; Swenson et al., 2006).

2.2 Methode Praktijkonderzoek

2.2.1 Populatie, steekproef en werving deelnemers

Volwassencliënten (18 jaar of ouder) die een behandeltraject van minstens twee consulten zouden doorlopen bij De Zoete Appel kwamen in aanmerking voor deelname aan de interviews. Tevens was beheersing van het Nederlands- of Engelstaal nodig. Kinderen en adolescenten waren uitgesloten omdat derden (meestal ouders/ verzorgers) betrokken zijn en dus eigenlijk sprake is van een één-op-meer relatie. Daarmee zijn hun ervaringen niet goed vergelijkbaar met zelfstandige cliënten. De interviews werden ingepland direct na afloop van het tweede consult en (na)bij de diëtistenpraktijk. Het onderzoek gaat over communicatie bij aanvang van het behandeltraject. Er werd verondersteld dat een cliënt meer inzicht zou kunnen geven in de communicatie en de verstandhouding met de diëtist nadat zij de tijd hadden gehad om actief aan de slag te gaan met de besproken adviezen van het eerste consult. Door alle interviews direct aansluitend op het tweede consult in te plannen werd de interne validiteit verhoogd (de patiënten bevonden zich in een vergelijkbaar moment in het behandeltraject). Bovendien bevonden de cliënten zich daardoor al op (of nabij) de interviewlocatie, waardoor de drempel voor deelname verlaagd werd.

In plaats van vooraf het aantal deelnemers vast te stellen, werd gestreefd naar “sampling to saturation”. Daarbij zou het interviewstadium afgerond zijn zodra er geen nieuwe informatie uit de transcripten zou komen (Green & Thorogood, 2014).

Alle patiënten voor wie een eerste consult bij De Zoete Appel was gepland tussen september en oktober 2016 ontvingen een uitnodigingsbrief om deel te nemen aan het onderzoek, in het Nederlands en in het Engels (*bijlage 4*). Bij de afsluiting van het eerste consult werd tevens aan de cliënten door de diëtisten gevraagd of zij deel wilden nemen aan het onderzoek. De onderzoekster belde ook na om voldoende respondenten te werven. Om de validiteit van de meningen van de cliënten te verhogen werd gebruik gemaakt van inzichten uit onderzoeksmethodiek (Green & Thorogood, 2014). Ten eerste werd de onafhankelijkheid van de interviewer overgebracht. Zij werd geïntroduceerd aan de cliënten als een onderzoeker en niet als een van de zorgverleners. Ten tweede werden interviews ingepland bij voorkeur in een rustige omgeving (bijvoorbeeld beschikbare behandelkamer of afgescheiden deel van een buurtcentrum of bibliotheek), om cliënten op hun gemak te stellen en zich vrij te voelen eerlijk antwoord te geven. Ten derde werd benadrukt dat de antwoorden van de geïnterviewden anoniem zouden worden verwerkt. Bij aanvang van het interview vroeg de onderzoeker om een geschreven toestemmingsverklaring en werd een hand-out met een nadere toelichting op het onderzoek en de anonieme verwerking van de interviews uitgedeeld (*bijlage 5*).

2.2.2 Dataverzameling

Elf semigestructureerde interviews zijn door de onderzoekster uitgevoerd, één-op-één, met cliënten die op dat moment in behandeling waren bij De Zoete Appel. Eén op één interviews boden de mogelijkheid om de subjectieve ervaringen en meningen van de cliënten over de communicatie met de diëtisten te onderzoeken. Omdat er interesse was in specifieke thema's (communicatiegedrag, verwachtingen, besluitvorming), waren topics voor de interviews van te voren geformuleerd, met behulp van het literatuuronderzoek. Dit leidde tot topics over verwachtingen, het stellen van doelen en het geven van informatie en adviezen door de diëtiste; onderwerpen die ook vaste onderdelen zijn van een eerste diëtistisch consult (Becker-Woudstra et al., 2012). Een topic over cliëntoordeel bevat ook vragen over het vertrouwen in de diëtiste en de gegeven adviezen. Dit omdat het in onderzoek als een indicatie van de kwaliteit van de verstandhouding wordt gezien (Cant, 2009b). De resterende onderwerpen waren gebaseerd op specifieke communicatievaardigheden van de diëtiste, zoals geïdentificeerd in het literatuuronderzoek. Zie *bijlage 3* voor de topics en vragen.

Hoewel een aantal topics van te voren waren bedacht, was er ruimte voor eigen inbreng door de geïnterviewden. Er was geen vaste volgorde om vragen te stellen en de interviews volgden de lijn die de cliënt inzette (Green & Thorogood, 2014; Verhoeven, 2011). Wel had de onderzoekster zich voorgenomen om de ‘lastigere’ topics te bespreken later in

het gesprek, wanneer de geïnterviewde meer op zijn/haar gemak was. Dit waren de vragen die betrekking hadden op de meningen over de diëtisten zelf.

De vragen waren getest in een pilotinterview bij aanvang van het praktijkonderzoek. De pilot werd ook meegenomen in de resultaten. Dit interview leidde tot twee aanpassingen voor de vervolginterviews. Ten eerste werd door de onderzoekster bij aanvang van het interview benadrukt dat het over de ervaringen met de *communicatie* met de diëtisten ging. Dit om te voorkomen dat te veel uitleg werd gegeven over de ervaringen met leefstijlveranderingen door de voedingsadviezen. Ten tweede werd een vraag naar het opbouwen van een vertrouwensband met de diëtiste veranderd in een vraag over vertrouwen in de diëtiste en haar adviezen. Dit omdat de geïnterviewde van de pilot aangaf dat het te vroeg in de behandeling was om een vertrouwensband te ontwikkelen.

De interviews werden uitgevoerd door één onderzoekster - de auteur van dit onderzoek. De onderzoekster heeft, door een mastersopleiding, vaardigheden ontwikkeld en ervaring opgedaan in het afnemen van interviews. Bovendien heeft de onderzoekster praktijkervaring opgedaan met diëtistische consulten (weliswaar in de tweede lijn), waardoor zij inzicht had in de structuur en inhoud van diëtistische consulten en wat er mogelijk speelt bij de cliënt. Beide factoren bevorderden de kwaliteit van de interviews, doordat zij de onderzoekster in staat stelden om effectief door te vragen om de meningen van de cliënten te doorgronden. Elk interview werd opgenomen met twee smart-devices (voor het geval dat één het niet (goed) deed), zodat de interviews na afloop zorgvuldig geanalyseerd konden worden.

2.2.3 Dataverwerking en –analyse

De data werd geanalyseerd door gebruik van *thematische analyse* – het toewijzen van belangrijke thema's aan de data. Dit type analyse wordt vaak gebruikt voor het rapporteren van meningen van respondenten (Green & Thorogood, 2014).

Allereerst werden de opnames beluisterd en aantekeningen gemaakt over de ervaringen van de cliënten in relatie tot de praktijkvragen. Dit om een algemeen beeld te schetsen en belangrijke thema's te identificeren voordat de afzonderlijke interviews in detail werden geanalyseerd. De opnames werden vervolgens woord voor woord getranscribeerd. Dit om de betrouwbaarheid van de analyse te optimaliseren. De teksten werden gelabeld met thema's die relevant waren voor de praktijkvragen. Thema's kwamen voort uit de topics die voorafgaand waren geïdentificeerd (*bijlage 3*), aangevuld met nieuwe topics die zich tijdens het afnemen, transcriberen en lezen van de interviews aan de onderzoekster presenteerden. Elk relevant fragment uit het transcript werd aan een of meerdere kenmerkende thema's gekoppeld. Om recht te doen aan variatie binnen een kenmerkend thema, werden sub-thema's geïdentificeerd (Green & Thorogood, 2014). Deze analyse werd toegepast op de volledige transcripten. Bijlage 6 laat de thema's en sub-thema's zien die voortkwamen uit de analyse.

3 Resultaten

3.1 Resultaten Literatuuronderzoek

In de Inleiding zijn drie communicatieve aspecten gedefinieerd die bijdragen aan een goede patiënt-zorgverlener verstandhouding en te beïnvloeden zijn door de zorgverlener. Dit hoofdstuk presenteert de uitkomsten van het literatuuronderzoek naar deze aspecten. Deze uitkomsten zijn input voor de interviewvragen in het praktijkonderzoek en worden in het conclusiehoofdstuk aangehaald om verbanden te leggen tussen de resultaten van het literatuur- en praktijkonderzoek om daarmee de hoofdvraag te beantwoorden.

3.1.1 Empathisch communicatiegedrag

Wat is er bekend over patiëntvoorkeuren voor empathisch communicatiegedrag door de diëtist?

In het Methode hoofdstuk is empathisch communicatiegedrag gedefinieerd als luisterend, attent en vriendelijk gedrag (Howick et al., 2015; Whitehead et al., 2009). Ook patiënten in een diëtistische setting identificeerden deze gedragingen als communicatie die empathie en acceptatie overbrengen, zoals beschreven in het kwalitatief onderzoek van Hancock et al. (2012). Het onderzoek bedroeg interviews en focusgroepen met zeventien patiënten over hun ervaringen met diëtistische consulten in Engeland (Hancock et al., 2012). Patiënten waardeerden vriendelijkheid, toegankelijk zijn, interesse tonen in de patiëntsituatie, tijd nemen en begrip uiten voor patiëntgevoelens. Deze gedragingen droegen bij aan het vertrouwen dat patiënten ontwikkelden in de diëtist (Hancock et al., 2012). Cant et al. (2009) voerde diepte-interviews en focus groepen uit met zesenvestig diëtisten en vierendertig van hun patiënten in Australia. Het onderzoek wilde onderzoeken welke gedragingen getoond door de diëtist bijdragen aan het opbouwen van een vertrouwensrelatie. Ook hier werd gevonden dat goed luisteren naar een patiënt het gevoel van vertrouwen bevordert (Cant, 2009b).

In beide onderzoeken lijkt empathisch gedrag ook geassocieerd te zijn met begeleiding geven dat afgestemd is op het individu (Cant, 2009b; Hancock et al., 2012). Goed luisteren naar de patiënt en interesse tonen in een patiënt moet worden gevolgd door informatie bieden en een houding aannemen die rekening houdt met de situatie en de wensen van de patiënt (Cant, 2009b; Hancock et al., 2012). Ook in de eerstelijnssetting worden deze gedragingen in samenhang genoemd door patiënten (Bowling et al., 2013; Deledda et al., 2013; Ruiz-Moral, Ángel, Torres, & Jaramillo-Martin, 2007). Er wordt waarde gehecht aan zorgvuldig en persoonsgericht informeren: de juiste hoeveelheid en het juiste type dat relevant is voor de patiënt (Bowling et al., 2013; Deledda et al., 2013; Ruiz-Moral et al., 2007). Zich verdiepen in de achtergrond van de patiënt, door bijvoorbeeld kennis op te doen over de primaire cultuur van de patiënt, en hierop adviezen aan te passen wordt ook gewaardeerd (Deledda et al., 2013).

3.1.2 Factoren bij verwachtingen

Welke factoren spelen een rol bij het naar boven halen van patiëntverwachtingen bij aanvang van het behandeltraject?

Zoals besproken in de inleiding, is het inzicht krijgen in de patiëntverwachtingen een belangrijke taak voor de diëtist bij aanvang van het behandeltraject. Dit draagt bij aan een relatie gegrond in wederzijds begrip (Becker-Woudstra et al., 2012; Kenten et al., 2010; Main et al., 2010). Een uitdaging in de klinische setting is dat verwachtingen variëren per individu en tevens hoe bewust patiënten zich zijn van de eigen verwachtingen (Bowling et al., 2012, 2013; Kenten et al., 2010; Main et al., 2010; Ruiz-Moral et al., 2007). Verwachtingen voorafgaand aan de eerste consultatie kunnen variëren van die betreffende het verloop van de behandelgesprekken tot het gedrag van de zorgverlener, tot de behandeluitkomsten (Kenten et al., 2010; Ruiz-Moral et al., 2007). De uiteenlopende verwachtingen kunnen worden ondergebracht in *uitkomstverwachtingen* en *procesverwachtingen* (Kenten et al., 2010). *Uitkomstverwachtingen* gaan over de resultaten van de behandeling, bijvoorbeeld weer aan het werk kunnen, het verbeteren van conditie of een gewichtsverandering. *Procesverwachtingen* betreffen het behandelproces zelf, zoals de te ontvangen gezondheidsinformatie, de sfeer tijdens een consult of de communicatie door de zorgverlener (Bowling et al., 2012). Patiënten verschillen in de mate waarin deze verwachtingen bij hen leven en het gewicht dat zij eraan toekennen (Bowling et al., 2012, 2013). Ook omdat zij zich niet altijd bewust zijn van de eigen verwachtingen, praten patiënten niet altijd gemakkelijk over verwachtingen als er door de zorgverlener naar wordt gevraagd (Bowling et al., 2013).

Een aanvullende factor in het naar boven halen van de patiëntverwachtingen is dat deze vaak afwijken van de eigen verwachtingen van de zorgverlener. Ook in diëtistische zorg doet dit zich voor (MacLellan & Berenbaum, 2007). Op basis van een kwalitatief onderzoek onder vijftientwintig Canadese diëtisten, vonden MacLellan en Berenbaum dat dit verschil in

perspectief ertoe kan leiden dat de verwachtingen geuit door de patiënt verkeerd geïnterpreteerd worden (MacLellan & Berenbaum, 2007). De verwachtingen van de zorgverlener over de behandeling kunnen ook zo uitgesproken zijn dat de verwachtingen en daaruit voorkomende voorkeuren van de patiënt niet serieus genomen worden (MacLellan & Berenbaum, 2007). Onderzoek in eerstelijns zorg suggereert dat zowel zorgverleners als patiënten verwachten dat informatie-uitwisseling en scholing door de zorgverlener prominente onderdelen zijn van de behandeling (Bowling et al., 2012; Georgy et al., 2013). Echter, zorgverleners geven prioriteit aan de diagnose, terwijl patiënten vooral verwachten dat de zorgverlener zich empathisch opstelt door te luisteren en de zorgen van de patiënt te bespreken (Bowling et al., 2012; Georgy et al., 2013). Deze mismatch tussen patiënt- en diëtistverwachtingen, of de misinterpretatie van de patiëntverwachtingen kan leiden tot ontevredenheid met de zorgverlener (Georgy et al., 2013; MacLellan & Berenbaum, 2007).

Verschil in sociaaleconomische status of etniciteit tussen zorgverlener en patiënt is een derde factor in het vaststellen van verwachtingen. Zo vonden Willems et al. in een systematische literatuuranalyse dat artsen de informatiebehoefte van patiënten uit een lagere sociale klassen niet herkenden (Willems et al., 2005). Patiënten uit lagere klassen kregen minder informatie aangeboden door de arts dan hoogopgeleiden. Dit terwijl zij vaak net zoveel of meer informatie verlangden. Harmsen et al. vonden daarentegen geen significant verband tussen de opbouw van wederzijds begrip en verschil in sociaaleconomische status, maar wel dat etniciteit, leeftijd en taalvaardigheid effect hebben (Harmsen et al., 2005). De mate waarin de huisartsen hun advies duidelijk konden overbrengen op patiënten, werd beïnvloed door de mate van overeenkomst in deze kenmerken (Harmsen et al., 2005).

Een vierde factor in het vaststellen van patiëntverwachtingen is de bereidheid van patiënten om informatie los te laten bij aanvang van het behandeltraject, afhankelijk van de mate waarop zij zich op hun gemak voelen (Bowling et al., 2012; Kenten et al., 2010). Dit komt zelfs voor bij patiënten die wel het belang inzien van informatie-uitwisseling in dit behandelstadium, zoals vastgesteld in kwalitatief onderzoek onder twintig eerstelijns patiënten (Kenten et al., 2010). Kenten et al. concludeerden dat relevante gezondheidsaspecten en verwachtingen hierdoor niet uitgesproken werden, met implicaties voor de relatie en het verdere verloop van de behandeling. Patiënten die actief communiceren ontlokken zelf ook meer informatie bij de zorgverlener en krijgen een grotere inbreng in de behandeling (Schouten & Meeuwesen, 2006; Willems et al., 2005). De opstelling van de zorgverlener is cruciaal hierin. Wanneer de zorgverlener de indruk wekt alles 'beter te weten', kan dit ertoe leiden dat de patiënt dichtslaat (Forhan et al., 2013). In een diëtistische behandeling leidt het gevoel serieus genomen te worden en niet veroordeeld ertoe dat de patiënt eerder in staat is zich te uiten (Hancock et al., 2012).

3.1.3 Strategieën voor verwachtingen

Welke strategieën of technieken kan de diëtist inzetten bij aanvang van het behandeltraject om de patiëntverwachtingen te achterhalen?

Het vragen naar verwachtingen is een vast onderdeel van de start van een diëtistisch behandeltraject, wanneer de hulpvraag ter sprake komt (Becker-Woudstra et al., 2012; Whitehead et al., 2014). Expliciet vragen naar verwachtingen is echter geen garantie om een compleet beeld te krijgen. De verwachtingen waarover de patiënt zal spreken, hangen samen met de manier waarop deze bevraagd worden. Als reactie op vragen naar de verwachtingen over het consult, geven patiënten meestal antwoord over de gezondheids- of behandeluitkomsten (Deledda et al., 2013). Het is waardevol om dit aan te vullen met vragen naar de verwachtingen over de geboden hulp, zodat de diëtist zich bewust is van de verwachtingen over zijn/ haar inbreng en hierop kan reageren. Uit diëtistisch en ander eerstelijns onderzoek blijkt dat het effectief is om te vragen naar eerdere ervaringen met een diëtist, omdat deze vaak invloed hebben op de verwachtingen over het hulpaanbod en de communicatieve relatie (Bowling et al., 2012, 2013; Hancock et al., 2012; Kenten et al.,

2010). Om scherp te krijgen welke verwachtingen er verder bij de patiënt leven en hoe belangrijk deze zijn, dient de diëtist tevens te vragen hoe de gezondheids- of voedingsklacht die aanleiding is voor de behandeling van invloed is op hun dagelijkse leven (Becker-Woudstra et al., 2012; Kurtz, Silverman, Benson, & Draper, 1998, 2003; Whitehead et al., 2014). Deze zaken hangen namelijk nauw samen met de verwachtingen en door deze te bespreken zullen de patiënten geneigd zijn om in de breedste zin hun verwachtingen uit te spreken.

Een wenselijke vervolgstap is dat de diëtist reflecteert op de geuite verwachtingen om te voorkomen dat sprake is van misinterpretatie, zo blijkt uit literatuur over persoonsgerichte zorg. Het is daarbij van belang vooral in te gaan op verwachtingen die schijnbaar afwijken van die van de diëtist zelf of die als niet-realistisch worden beschouwd (Dwamena et al., 2012; MacLellan & Berenbaum, 2007; Main et al., 2010; Rowe et al., 2014; Street, Makoul, Arora, & Epstein, 2009). Een dergelijke reflectie draagt ook bij aan het opbouwen van een verstandhouding, want de diëtist toont interesse om het perspectief van de cliënt te doorgronden. Bovendien kan er een constructieve interactie ontstaan gericht op een gemeenschappelijk beeld van de verwachtingen (MacLellan & Berenbaum, 2007; Main et al., 2010; Rowe et al., 2014).

Het communicatiegedrag van de diëtist zal invloed hebben op de mate waarin een patiënt zich op zijn gemak voelt om zijn verwachtingen en andere informatie te delen (Bowling et al., 2012; Cant, 2009b; Cousin, Schmid Mast, & Jaunin-Stalder, 2013; Hancock et al., 2012). Een empathische, warme en open opstelling door diëtisten stelt de patiënten op hun gemak en bevordert het uitspreken van voorkeuren (Cant, 2009b; Hancock et al., 2012). Patiënten die bij voorbaat sceptisch zijn over de behandeling, lijken nog meer baat te hebben bij een affectieve communicatiestijl. Een killere en meer afstandelijke stijl van communiceren had een negatiever effect op minder coöperatieve patiënten dan op patiënten die bij aanvang direct open stonden voor de behandeling. Dit was de uitkomst van een onderzoek onder Zwitserse huisartsenpraktijken, waarbij het effect gemeten werd in het vertrouwen in en tevredenheid met de huisarts (Cousin et al., 2013). Deze onderzoeken benadrukken dat een open en warme communicatiestijl de patiënt op zijn gemak stelt en bijdraagt aan het naar boven brengen van verwachtingen.

De inzet van communicatiehulpmiddelen die patiënten ondersteunen in het uiten van hun zorgen en voorkeuren is onderzocht, met name in de zorg voor oncologiepatiënten (Howick et al., 2015; Sansoni, Grootemaat, & Duncan, 2015; Street et al., 2009). Voorafgaand aan het eerste consult ontvingen de patiënten een Question Prompt List (QPL), waarin zij vragen selecteerden die zij aan de arts wilden voorleggen. Als alternatief wordt hen gevraagd zelf een lijstje met vragen op te stellen. Het doel is om participatie te bevorderen, door de patiënten aan te moedigen bij voorbaat op hun zorgen en voorkeuren te reflecteren. Dit stelt hen in staat om ook in het vervolg actiever en meer open te communiceren (Sansoni et al., 2015). Een review van vijftig QPL interventies door Sansoni et al. (2015) duidt erop dat het inzetten van een dergelijke tool direct voorafgaand aan het consult het stellen van vragen door de patiënt tijdens het consult bevordert. Bovendien gaf de arts na het inzetten van QPL meer informatie. Voor beiden geldt de noodzaak voor de arts om open te staan voor patiëntparticipatie – anders is het effect miniem. Deze resultaten zijn gerealiseerd met QPL's voor een specialistische medische setting. Nader onderzoek is noodzakelijk om een meer generieke QPL die effectief is voor alle patiënten te kunnen ontwikkelen (Sansoni et al., 2015). Een recente benadering die hieraan zou kunnen bijdragen stelt voor om patiënten drie of vier standaardvragen voor te leggen: "Wat zijn mijn opties?", "Wat zijn de positieve en negatieve effecten?" "Hoe waarschijnlijk zijn deze effecten?" "Wat gebeurt er als ik niets doe?". Er is vooralsnog onvoldoende bewijs van de uitwerking van dit instrument (Shepherd et al., 2011). Hulpmiddelen zoals QPL, met name de meer generieke, lijken een waardevol instrument voor de diëtist om de verwachtingen ter sprake te brengen, door de patiënten aan te moedigen hierop reeds voorafgaand aan het eerste consult te reflecteren.

3.1.4 Diëtist- vs. patiënt-gestuurde besluitvorming

Wat is er bekend over patiëntvoorkeuren voor besluitvorming gestuurd door de diëtist of gestuurd door de patiënt?

Chewning et al. voerden een systematische review uit van onderzoek naar patiëntvoorkeuren voor gedeelde besluitvorming (Chewning et al., 2012). De studie analyseerde eenenzeventig onderzoeken, gepubliceerd sinds 2000. De meerderheid van de patiënten (71%) had een voorkeur voor gedeelde besluitvormingsrollen, 16% prefereerde het overdragen van de besluitvorming aan de arts en 13% twijfelde over hun voorkeur. Gedeelde besluitvorming was vooral hoog in de oncologie setting (85%). Voor patiëntgroepen die zorg ontvingen vergelijkbaar aan de eerstelijns diëtistische zorg ("andere chronische condities" – waaronder diabetes, astma, stress, HIV, multiple sclerosis) waren er meer patiënten die de besluitvorming wilden overdragen of gemengde gevoelens hadden hierover dan in de oncologie setting (59% voorkeur voor gedeelde besluitvorming, 23% overdragen, 18% gemengde gevoelens) (Chewning et al., 2015). Daarbij moet worden opgemerkt dat patiënten die de uiteindelijke besluiten aan de zorgverlener wilden overlaten, over het algemeen wel het bespreken van de opties op prijs stelden en goed geïnformeerd wensten te worden (Chewning et al., 2012).

In onderzoek in de diëtistische zorg werden vergelijkbare uitkomsten gevonden in dertien dyslipidemie patiënten, die overwegend de voorkeur gaven aan besluitvorming die patiënt gestuurd of gedeeld was (54% patiënt-gestuurde besluitvorming, aangevuld door de mening van de diëtist; 31% gedeelde besluitvorming; 15% diëtist-gestuurde besluitvorming aangevuld met de mening van de patiënt) (Vaillancourt et al., 2015).

Kwalitatief onderzoek in de diëtistische setting over patiëntervaringen geeft inzicht in de gewenste rolverdeling tussen patiënt en diëtist en het effect op de verstandhouding (Cant, 2009b; Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014; Hancock et al., 2012). Actieve patiënt betrokkenheid, het delen van informatie met elkaar en open communicatie droegen bij aan het opbouwen van een vertrouwensband en tevredenheid over de behandeling (Cant, 2009b; Hancock et al., 2012). Een gedeelde besluitvorming houdt bijvoorbeeld in dat de diëtist de patiënt begeleidde in plaats van instrueerde en ruimte bood aan de patiënt om doelen en uitkomsten te formuleren (Hancock et al., 2012). Een minderheid van patiënten was echter ontevreden over deze aanpak en wenste meer aansturing door de diëtist (Hancock et al., 2012). Vergelijkbare uitkomsten kwamen uit diëtistisch onderzoek in Israël door Endevelt en Gesser-Edelsburg (2014). Zij organiseerden focus groepen met patiënten die ofwel niet waren komen opdagen bij de vervolgspraak of die juist minimaal drie consulten hadden bijgewoond. Hoewel de meeste patiënten een voorkeur hadden voor actieve patiëntbetrokkenheid in de behandeling, was een minderheid tevreden met alleen instructie en informatie (Endevelt & Gesser-Edelsburg, 2014).

3.2 Resultaten Praktijkonderzoek

Eenenveertig cliënten ontvingen een uitnodigingsbrief, waarvan zeventien bereid waren om deel te nemen. Uiteindelijk participeerden elf cliënten; zes vielen af omdat hun tweede consult werd uitgesteld of al voldoende resultaten waren gehaald uit eerdere interviews. Eén interview werd telefonisch afgenomen, maar wel opgenomen. Zeven deelnemers namen deel in reactie op de uitnodigingsbrief; vier na nabellen door de onderzoekster. De interviews vonden plaats tussen half oktober en eind november 2016. Negen vonden plaats direct aansluitend op het tweede consult; twee interviews drie dagen na het tweede consult. Zeven vonden plaats in een behandelkamer, drie in de bibliotheek, één in de personeelskamer van de praktijk en één telefonisch. Interviewlengte varieerde van twaalf tot achteenvijftig minuten, met een mediaan van 25 minuten.

Tabel 1 geeft de kenmerken van de deelnemers weer. Een aantal gegevens zijn niet in de tabel opgenomen om de anonimiteit te beschermen, maar worden hier kort beschreven. Cliënten van alle vier de diëtisten zijn vertegenwoordigd onder de deelnemers, in een

verdeling vier, drie, drie, één. Twee cliënten zijn van niet-Nederlandse afkomst (Ghana en Suriname).

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemers

	Leeftijd (jr)	Opleidingsniveau	Diagnose
Man	53	Hoog	Verminderde eetlust/ oncologie
Vrouw	17	Laag	Overgewicht
Vrouw (t)	< 60*	Middel	Overgewicht
Vrouw	32	Hoog	Zwanger + overgewicht
Man	59	Hoog	(Pre-)diabetes/ overgewicht
Man	78	Laag	Pre-diabetes/ overgewicht
Man	63	Middel	Overgewicht
Vrouw	30	Hoog	Zwanger + overgewicht
Vrouw	75	Laag	Hoge cholesterol, darmproblemen
Vrouw	42	Middel	(Pre-)diabetes/ overgewicht
Man	45	Hoog	Overgewicht

*niet gespecificeerd

De resultaten van de interviews worden hieronder gepresenteerd aan de hand van de thema's die tijdens de analyse zijn geïdentificeerd (bijlage 6). Allereerst wordt het cliëntoordeel van de verstandhouding met de diëtist beschreven (thema 1), om een beeld te geven van wat het resultaat van de onderlinge communicatie was op de verstandhouding. Vervolgens worden de andere thema's besproken die direct gekoppeld zijn aan de deelvragen: het communicatiegedrag van de diëtist, het bespreken van verwachtingen en de gewenste rolverdeling in de besluitvorming. Ter ondersteuning worden quotes gepresenteerd, inclusief een referentie code zodat de lezer kan identificeren welke cliënt het betreft. Quotes van de interviewer zijn niet schuingedrukt. Om de anonimiteit van de deelnemers te garanderen zijn persoonlijke details uit de quotes weggelaten en is de cliënt code weggelaten uit de bovenstaande tabel.

3.2.1 Cliënt oordeel verstandhouding

Tien van de elf deelnemers waren tevreden over de communicatie met de diëtist. De redenen voor dit overwegend positieve en het ene negatieve oordeel zullen aan de hand van de drie overige thema's besproken worden.

Zes cliënten spraken over de verstandhouding met de diëtist in termen van een "klik", wanneer werd gevraagd naar de eerste indruk. Wanneer de verstandhouding slecht zou zijn geweest aan het begin van het behandeltraject, noemde drie cliënten dat zij zouden zijn gestopt met de behandeling. Twee gaven aan gelijk te zijn gestopt na het eerste consult (C3, C10), terwijl de derde zou hebben gewacht om te zien of de interactie in het tweede consult beter was geweest (C1). Dit idee van het eerste consult als 'aftasten' en het eerstvolgende(n) als 'beslissend' werd ook door anderen gecommuniceerd (C4, C8, C11):

Ja, die diëtiste ziet mij ook voor het eerst dus voor haar is het ook enigszins aftasten, en maar zien wat er de tweede keer uit komt. (C8)

Voor de cliënt die de communicatie met de diëtiste als minder positief had ervaren, was het tweede consult ook bepalend (C11). De cliënt blijft doorgaan met de behandeling, omdat er een verandering was in hoe de diëtiste zich opstelde tijdens het tweede consult maar geeft aan te stoppen als blijkt dat de interactie diëtiste in het vervolg toch niet goed verloopt:

Dus u bent wel terug gekomen voor een tweede consult. Komt u ook terug voor een derde? Na het eerste consult had ik heel erg mijn twijfels, uhm en dacht ik oké ik ga naar het tweede consult, wat stom ook niet te kijken hoe het gaat zeg maar... Maar als het bij het tweede

consult slecht was gegaan, dan had ik gevraagd mag ik bij iemand anders of zoiets. Maar bij het tweede consult ging het eigenlijk een stuk beter omdat [de diëtiste] met minder afwijzingen kwam en minder heftige ideeën. (C11)

Sommigen hadden al een duidelijk oordeel na het eerste consult over hun vertrouwen in de diëtisten en de gegeven adviezen, terwijl anderen hun oordeel uitstelden. Behalve communicatiegedrag (C1, C3, C4, C7, C11) werd ook het behalen van behandeldoelen genoemd als een factor die vertrouwen gaf (C2, C5). Toch was dit niet altijd allesbepalend. Terwijl één deelnemer aangaf dat het vertrouwen in de diëtiste pas versterkt werd wanneer er concrete resultaten geboekt werden (ten aanzien van het doel: afvallen) (C2), stelde een andere dat dit niet bepalend was voor het gevoel van vertrouwen (C5). Voor deze cliënt was begrip tonen door de diëtiste en het samen uitproberen van belang:

Ik heb, ja, ik heb er vertrouwen in. Maar het is niet zeg maar het doel dat het mij teleur zou stellen als er geen hele duidelijke uitwerking zou hebben

Wat vond u van de adviezen?

Ja, ook best wel het begrip ... [op het probleem] kan je niet zo zwart wit advies op geven (C5)

3.2.2 Communicatiegedrag

Begrip tonen door de diëtiste voor gevoelens van de cliënt was een communicatiegedrag dat werd gewaardeerd (C5, C8), maar niet altijd ervaren (C11). Een ander communicatiegedrag was het tonen van interesse in de cliënt. Dit was door “tijd” en “veel notitie” te nemen (C2), beschikbaar te zijn (C4, C6), attent te zijn door een stap extra te zetten (C5) en aandacht te geven (C9) en goed te luisteren (C1, C2, C4, C6, C9, C10):

Zij begrijpt je tenminste en geeft aandacht voor wat je zegt en kan ze zich daar ook wel inleven. En kan ze daar ook een oplossing geven om dat dingetje te veranderen. (C9)

Cliënten ervaarden als individu benaderd te worden en waardeerden dit. Hierbij werd het geven van specifieke informatie, gericht op het individu, geprezen (C1, C4, C6, C10). Tevens werd het niet geven van overbodige informatie gewaardeerd (C4, C6, C9):

Gewoon dat ze wist, zeg maar, dat ik al ervaring had om op de voeding te letten, en ze vroeg ook of ik met dingen bekend was en dat soort dingen ... en ze was niet van oké nou dit is de informatie. Ze vroeg ook, zeg maar, van oh, ken je dit en dat, ken je deze site en dat is wel fijn. Niet gewoon, zeg maar, standaard het eerste consult zoals misschien bij andere mensen maar dat ze het echt gewoon op mijn situatie probeert te passen (C4)

Twee cliënten gaven aan het op prijs te stellen dat de diëtiste inzicht had in de buitenlandse keuken en voedingsgewoontes, en adviezen hierop aanpaste (C4, C6):

Zij is heel duidelijk en je kunt haar alles vragen. Je weet dat ze veel ervaring heeft. En vind ik ook, zij is niet wereldvreemd. Ze zei, ik weet van hoe het [buitenlandse] eten is. So be careful. (sic) Let op dit, dit, dit en dat. Heel veel mensen weten dat niet, ze zeggen, 'wat eten jullie?' Dus dat is ook makkelijk praten met zo iemand (C6)

3.2.3 Het bespreken van verwachtingen

Deelnemers noemden verschillende verwachtingen te hebben gehad bij aanvang van het behandeltraject. In alle elf gevallen werd al over verwachtingen nagedacht op moment van verwijzing. Gezondheid-gerelateerde uitkomsten, zoals afvallen en eetlust terug krijgen werden door vijf vermeld (C1, C2, C4, C8, C9). Deze werden op het intakeformulier ingevuld en besproken met de diëtiste tijdens het eerste consult. Voor vier cliënten waren er verwachtingen over een andere uitkomst: eigen deskundigheid, om veel te hebben geleerd (C1, C5, C6, C7):

Mijn verwachtingen? Eigenlijk dat ik meer kon leren. En dat is wel zo. Je kunt haar alles vragen en ze leert je ook heel veel. Ze zegt, kijk op deze site, kijk op die site, en dat zijn allemaal dingen waarvan je leert (C6)

Deze verwachtingen waren niet op het intakeformulier ingevuld en ook niet met de diëtiste expliciet besproken.

Zes deelnemers hadden voorafgaand aan de behandeling verwachtingen over de houding van de diëtiste. In twee gevallen werd dit op het intakeformulier ook ingevuld (C9, C10), en in andere gevallen wel besproken met de diëtiste tijdens het eerste consult (C1, C2, C3, C11). Deze verwachtingen kwamen van eerdere ervaringen met diëtisten, of van wat cliënten hadden gehoord van anderen in hun sociale netwerk. Dit waren in vijf gevallen negatieve verwachtingen, dat de diëtiste zich streng en directief zou opstellen, zonder de eigen cliëntvoorkeuren mee te nemen (C1, C2, C3, C9, C10). Doordat dit niet werd ervaren tijdens het eerste consult droeg het ontkrachten van deze verwachting bij aan een positief gevoel over de cliënt-diëtiste verstandhouding:

Ik had negatieve verwachtingen dat er iemand zou komen met een velletje met calorieën en zo, en als dat was gebeurd dan had ik gewoon gezegd van laat maar dat geeft niet. Maar dat is dus veel, veel beter, ja super is het gegaan, beter dan ik had verwacht had, veel beter dan ik verwacht had (C10)

In het laatste geval (C11), ervaarde de cliënt juist dat de houding van de diëtiste “superstreng” was, dat niet overeenkwam met de verwachting dat de diëtiste meer keuzevrijheid zou geven. Deze mismatch leidde tot een moeilijk begin van de verstandhouding.

De sfeer gecreëerd door de diëtiste werd positief ervaren, behalve in één geval (C11). Karakteristieken van de diëtisten die hierbij werden genoemd waren warm (C1), open (C1, 10), vriendelijk (C3, C7, C9), sympathiek (C2, 10) en niet veroordelend (C1, C9):

Ik werd echt open en warm ontvangen. En mijn overgewicht werd niet als een probleem gezien. Maar als een iets wat we konden gaan aanpakken (C1)

Een cliënt voelde zich wel veroordeeld (C11):

Ik vind het al zo een moeilijk onderwerp... vanuit ongeveer iedereen wordt er al zo veel schuld gelegd op jezelf van je gewicht... dat als diegene die je helpt om de oplossing te zoeken ook in zo een houding staat of zo... (C11)

De bereidheid van de deelnemers te praten over hun situatie en verwachtingen werd ook beschreven. Vijf cliënten gaven aan het belangrijk te vinden om open en eerlijk te zijn tijdens het eerste consult, om goed hun situatie in kaart te brengen voor de diëtiste (C1, C3, C4, C5, C7, C11):

Ja, sowieso moet je eerlijk zijn in je eerste gesprek. Ieder mens weet wat ie fout doet. De fouten, ik ga bijvoorbeeld buiten huis veel eten, en dat is een valkuil. Dat moet je wel eerlijk durven te zeggen. Anders hoeft je niet daar meer naartoe te gaan. (C1)

Het aanpassen van de diëtiste op de geuite verwachtingen en wensen werd door verschillende cliënten beschreven en als positief ervaren (C1, C3, C5, C7, C9, C10). Dit goed begrijpen van en inspelen op de cliëntverwachtingen waren bevorderend voor een goede relatie met de diëtiste, en meerdere cliënten voelden zich hierdoor begrepen en gehoord:

Nou, je hebt een klik met iemand of niet.. en het was gewoon goed, voelt goed en vertrouwd. Ik had wel aangegeven dat ik het belangrijk vind dat iemand zegt waar het op staat.. en zij is ook wel recht door zee dus dat waardeer ik wel. (C7)

Voor de cliënt die minder tevreden was met het eerste consult, leek er een gebrek aan wederzijds begrip te zijn ontstaan over de verwachtingen. Volgens de cliënt toonde de diëtiste juist interesse en vroeg door naar de verwachtingen en eerder ervaringen. Maar de eigen inzichten en ideeën die de diëtiste vervolgens voorstelde over de doelen en aanpak

kwamen niet overeen met de ideeën van de cliënt. Hoewel de cliënt vertelde gemotiveerd te zijn, wilde de cliënt een minder streng doel en een geleidelijke aanpak van de behandeling:

[De diëtiste] vroeg juist heel erg door hoe het ging bij ons en waar het mis ging. Maar aan de andere kant heb ik ook het gevoel dat zij te ver ging in haar ideeën. (C11)

Dit leidde tot een moeilijke verstandhouding voor het verdere loop van het traject door een kritischere kijk van de cliënt op de adviezen van de diëtiste en minder vertrouwen erin:

Had u vertrouwen in de diëtiste en haar adviezen?
... Ze kwam wel met ideeën waar ik soms ook over twijfel, ook vanwege de rest van haar problematiek. Het is denk ik, niet dat ik haar over komt komen als ze niet te vertrouwen is of dat ze niet haar expertise goed had, maar wel dat ze keuzes maakte die bij een bepaald soort dieetrichtingen of zo horen waar ik niet altijd mee achter sta of zoiets. (C11)

3.2.4 Rol diëtist in besluitvorming

Drie thema's zijn waargenomen in de onderlinge verhouding tussen cliënt en diëtiste: de voorschrijvende of niet voorschrijvende houding van de diëtiste, de diëtiste als expert en de diëtiste als bevorderaar van de zelf-effectiviteit van de cliënt.

Een meer voorschrijvende aanpak werd beschreven, waardoor duidelijke adviezen en subdoelen werden gegeven door de diëtiste. Twee cliënten gaven aan tevreden hiermee te zijn: met de "duidelijkheid" en de "logica" achter de adviezen (C5, C6):

Ze is duidelijk... als je het niet goed doet, zegt ze je moet dit veranderen, dat veranderen.. in a positive way (sic)... but it's her job, you know it's right (sic) (C6)

Voor één deelnemer werd de aanpak als te voorschrijvend ervaren (C11). In drie gevallen leek de voorschrijvende aanpak een keuze te zijn als respons op de wensen van de cliënt (C1, C2, C3).

Aan de andere kant van het spectrum heeft één cliënt de leiding genomen in het bepalen van de behandeldoelen en de aanpak voor het afvallen (C10). Deze cliënt was tevreden met hoe de diëtiste hier op in ging en de vrijheid gaf:

En hoe kwamen jullie tot die doelen of die afspraken?
Eigenlijk had ik die al [lacht]. Die had ik zelf al bedacht. Ik wist helder wat ik wilde, had ik van te voren al allemaal opgeschreven dus ik vond dat al. En zij bevestigt dat gewoon heel erg, en dat vond ik gewoon heel fijn. (C10)

Er werd tevens een samenwerkende aanpak beschreven waarbij de cliënten meer ruimte nam voor eigen initiatief en voorkeuren en de diëtiste suggesties of tips gaf vanuit hun specialistische kennis (C4, C7, C8, C9):

Nou, normaal hoe het ging, hebben we besproken... de verbeteringen die we eventueel konden doen heb ik aangekaart, en toen vond de diëtiste dat een heel goed idee en zo heeft het gesprek zich gevormd. (C9)

Meerdere cliënten gaven de rol aan van de diëtiste als "specialiste". Voor sommige cliënten betekende dit dat de diëtisten hun "kennis" over een bepaald ziektebeeld met de cliënten konden delen en "advies" geven over de voeding (C1, C2, C6, C7). Twee cliënten waardeerden dat de diëtiste kon helpen om de verschillende adviezen van kennissen, boeken of websites over voeding voor de aandoening te verduidelijken (C5, C6). Anderen zochten "oplossingen", "tips" of nieuwe "inzichten" voor problemen of dilemma's waar zij tegen aan liepen tijdens eigen pogingen om van hun klachten af te komen (C4, C5, C7, C8, C9, C10).

De rol van de diëtiste als 'voorlichter' door hun expertise te delen, en waarvan cliënten kon "leren" werd door meerdere cliënten genoemd (C1, C2, C4, C5, C6, C7). Twee cliënten waardeerden bijvoorbeeld voorlichting over de rol van voeding in diabetes en overgewicht (C1, C2). Door goed te begrijpen hoe de verschillende voedingsstoffen door het

lichaam werden gebruikt en hoe dit anders was bij insulineresistentie, stelde dit hen in staat om bewuster keuzes te maken:

Nou je krijgt nu een beter voorlichting van uh.. wat je eet, van wat het met je lichaam doet. Je leert etiketten lezen. Als je op de calorieënlijst kijkt van hoeveel energie erin zit, maar dat is niet het hele verhaal achter het product, er zit meer achter het product. De vetten, de onverzadigde vetzuren, wat doet het in je lichaam. Dat leer ik nu... Ik word onderwezen in voeding... Ik weet waarmee ik bezig ben. (C1)

De suiker en de koolhydraten, we hebben besproken wat die doen in het lichaam. Dat wist ik niet, daar had ik geen flauw idee. En nu vertelt ze je dat – als je dat eet wat het in je lichaam doet.

En dat vindt u..

Dat vind ik prettig ja... Als je weet wat suiker doet bijvoorbeeld met je, dan zal je, bijvoorbeeld voordat je een schep suiker in je yoghurt doet, denk je misschien, o je kan het met de helft doen, dus gooi ik een half schep daarin. (C2)

Eén cliënt noemde expliciet niet te willen leren (als het om etiketten lezen ging), maar was wel tevreden met de flexibiliteit die de adviezen van de diëtiste hem gaf:

De diëtiste gaf suggesties van, dit kan je doen, dat kan je doen... en dat ben ik gaan doen... Ze zegt niet van dit, en dan zus en dan dat... zij zegt gewoon dat doe je en dat eet je, maar goed – je eet een snee brood met hagelslag, je kunt de hagelslag beter weglaten en dan iets anders doen. Dat vind ik veel beter dan ja.. dan moet je om drie uur eten nou ja.. en dat kan ik het ook niet wegkrijgen, dus dat slaat nergens op dan.. (C3)

De rol van diëtiste als 'coach', werd door meerdere cliënten genoemd (C4, C7, C9, C10, C11). Cliënten waardeerden "bevestiging" door de diëtisten. Dit was bevestiging van eigen cliëntideeën (C9, C10) of hoe zij succes hadden gehad doelen te bereiken (C9, C10, C11). Eén cliënt had meer bevestiging gewild van haar eigen kunnen en wat zij al had bereikt (C11):

Ik vind dat ik het goed heb gedaan en heeft zij ook gezegd van ja.. inderdaad dat is heel goed gegaan. Dus ik moet het inderdaad wel prompten (sic) maar dan komt het in ieder geval wel (C11)

In lijn met de rol als coach, werd de diëtiste ook als "steun" of "stok achter de deur" beschreven door meerder cliënten. Hierbij gaven zij aan het zelf te moeten doen, maar het niet te kunnen zonder het partnerschap van de diëtiste: als iemand die meekijkt en stimuleert (C1, C2, C4, C7, C10, C11).

Je zou denken van joh, je hebt het allemaal zelf gedaan, maar dat is niet zo. Ik was al aan het afvallen maar de laatste kilo's lukte er niet en nu ben ik die halve kilo al kwijt en ik ben blij, dat komt echt door [de diëtiste].

Waarom denkt u dat het nu werkt? Want u was al bezig...

Ja ja, nou ja ik weet het niet. Omdat het bevestigt wordt en ik had dus bepaalde valkuilen {...} en daar heeft ze goede adviezen voor gegeven. Ze heeft wat teksten aan mij gegeven van hoe je daarmee om moet gaan. (C10)

4 Conclusie

In dit onderzoek wordt antwoord gegeven op de vraag: in hoeverre slagen de diëtisten van De Zoete Appel erin om een positieve cliënt-diëtist verstandhouding op te bouwen bij aanvang van het behandeltraject? Er is gekeken naar drie aspecten die de cliëntbeleving van de verstandhouding kunnen beïnvloeden in het beginstadium van een traject: het empathische communicatiegedrag van de diëtist, het bespreken van cliëntverwachtingen en de rolverhouding van diëtist en cliënt bij het maken van besluiten.

Uit de interviews lijkt het dat de diëtisten van De Zoete Appel in staat zijn een goede basis te leggen voor een positieve verstandhouding direct vanaf het begin van een

behandeltraject. Meerdere cliënten noemen een “klik” – een gevoel van een wederzijds begrip te hebben met de diëtiste tijdens het eerste consult. Anderen geven aan al vertrouwen in de diëtisten en in de adviezen te hebben. Dit komt vooral door het communicatiegedrag. De verstandhouding kan ook worden versterkt door het bereiken van doelen die samen zijn afgesproken, hoewel dit niet bepalend is voor iedereen. Er komen ook negatieve ervaringen met de verstandhouding voor, maar dit geldt voor een minderheid. Een negatieve ervaring met de communicatie tijdens het eerste consult kan ertoe leiden dat er minder vertrouwen in de diëtiste is en kan een cliënt doen stoppen met de behandeling. Wel is er ook te zien dat de diëtisten een negatieve indruk bij de cliënt kunnen aanvoelen, en erin kunnen slagen om het om te draaien in het tweede consult (waardoor een meer positief gevoel over de verstandhouding ontstaat bij de cliënt, al houdt het verminderde vertrouwen aan).

Voor veel cliënten is het empathische communicatiegedrag van de diëtist bepalend voor het positieve gevoel over de verstandhouding, en dit gedrag wordt ook ervaren. Attente gedragingen zoals vriendelijkheid, luisteren en interesse tonen spelen mee. Maar vooral het “advies op maat” versterkt een positief ervaren verstandhouding. Dit houdt in gehoor te geven aan wensen en voorkeuren van de cliënt en informatie te geven die gericht is op het individu. Dit komt overeen met uitkomsten in het literatuuronderzoek, waar ook is geïdentificeerd dat een empathische opstelling meer inhoudt dan attente gedragingen. Patiënten waarderen dat het wordt vertaald in iets. In de interviews worden deze gedragingen door velen, maar niet door iedereen genoemd als factoren die meespelen in een positief gevoel over de verstandhouding. De indruk ontstaat uit de interviews dat ook het aanpassen van adviezen op het individu (dat in de literatuur als een verlengde van empathie wordt gevonden) door vrijwel alle cliënten positief wordt gewaardeerd.

Het tonen van empathisch gedrag is echter niet genoeg voor een positieve verstandhouding, zoals uit de interviews blijkt. Zelfs als interesse wordt getoond, er wordt geluisterd en er pogingen wordt gedaan adviezen op een individu te richten, kan dit toch een negatieve ervaren verstandhouding niet voorkomen. Het bespreken van cliëntverwachtingen speelt een belangrijke rol. Als de cliëntverwachtingen verkeerd worden geïnterpreteerd door de diëtist of als de eigen verwachtingen/ideeën van de diëtist de overhand hebben, ontstaat er een negatieve verstandhouding. Het goed ontwikkelen van een wederzijds begrip over de verwachtingen is dus van belang; dit was ook een van de uitkomsten van het literatuuronderzoek. De diëtisten van De Zoete Appel lijken wel in de meeste gevallen een wederzijds begrip te kunnen creëren met de individuele cliënten. Cliënten formuleren verwachtingen over het behandeltraject – bewust of onbewust – al bij moment van verwijzing. Op het intakeformulier geven cliënten voornamelijk gezondheidsverwachtingen (zoals beschreven in literatuur) weer. Echter, zij hebben ook over procesverwachtingen – voornamelijk hoe de diëtiste zich op zou stellen – die zij niet in het formulier hebben beschreven. Deze komen naar voren tijdens het eerste consult, wanneer er naar eerder ervaringen met een diëtist wordt gevraagd. De diëtisten van De Zoete Appel nemen de eerdere ervaringen van de cliënt mee in hun eigen houding of gedrag. In het literatuuronderzoek kwam ook naar voren dat een sceptische opstelling door de cliënt kan worden omgebogen door een positieve opstelling door de behandelaar waardoor een goede interactie ontstaat over de verwachtingen. Ook uit de interviews blijkt dat eerdere negatieve ervaringen geneutraliseerd kunnen worden door de diëtist door een open sfeer te creëren.

Uit de interviews komt naar voren dat cliënten willen samenwerken met de diëtiste in het nemen van besluiten. Sommigen hebben een uitgesproken voorkeur voor patiënt-gestuurde besluitvorming. Maar een rol van de diëtist als coach, specialist (oplossing geven) wordt door hen hierin als wenselijk gezien. Cliënten die een voorkeur hebben voor diëtiste-gestuurde besluitvorming willen wel een inbreng hebben en goed geïnformeerd worden. De diëtist acteert voor hen idealiter als iemand die hen kennis bijbrengt en daarmee gelegenheid geeft om actief deel te nemen aan de besluitvorming. Dit in tegenstelling tot medisch onderzoek, zoals besproken in het literatuuronderzoek, waarin ook een voorkeur van uitsluitend door de arts geleide besluitvorming voorkomt.

Hieruit kan geconcludeerd worden dat de diëtisten van De Zoete Appel over het algemeen een positieve verstandhouding weten op te bouwen met cliënten bij aanvang van de behandeling. Zij voelen aan wat voor communicatiegedrag ervan hen verlangd wordt door de cliënt, soms in tweede instantie.

5 Discussie en Aanbevelingen

5.1 Discussie

5.1.2 *Nieuwe inzichten huidig onderzoek*

Dit onderzoeksrapport duidt erop dat de communicatiefactoren die de verstandhouding beïnvloeden niet op zichzelf staan, maar dat er belangrijke dwarsverbanden bestaan. Dit impliceert ook dat zij in combinatie met elkaar moeten worden bestudeerd om tot strategieën die bijdragen aan een goede verstandhouding te komen.

Allereerst lijkt uit de interviews dat empathie en verwachtingen met elkaar in verband staan. Empathisch of attent gedrag wekt de indruk dat de diëtiste geïnteresseerd is in de persoonlijke situatie en beleving van de cliënt. Dit roept bij cliënten de verwachting op dat de diëtiste advies op maat geeft en haar houding aanpast aan de cliëntbeleving. De nauwe relatie tussen empathie en verwachtingen is ook het onderwerp van nieuw klinisch onderzoek door Howick et al. (Howick et al., 2015). Zij stellen voor dat een bredere definitie van empathie gehanteerd moet worden. Empathie draait om meer dan attente gedragingen door de behandelaar alleen; het gaat om diens kundigheid om: 1) de situatie van de patiënt, diens perspectief en gevoelens te doorgronden; 2) na te gaan of het patiënt perspectief correct is begrepen; 3) handelen naar dit inzicht (Howick et al., 2015; Mercer & Reynolds, 2002). In dit onderzoeksrapport is in vergelijkbare termen gesproken over verwachtingen. Dit illustreert de nauwe band tussen empathie en verwachtingen.

Ten tweede is er een relatie tussen verwachtingen en de rolverdeling. Cliënten van De Zoete Appel hebben vaak verwachtingen over de rol of opstelling van de diëtist. Dit gaat om de mate waarin de diëtist leidend is, als coach optreedt of als onderwijzer. Ook Hancock, Mazzi en andere onderzoekers hebben voorgesteld dat het belangrijk is voor de verstandhouding om procesverwachtingen naar boven te halen (Hancock et al., 2012; Mazzi et al., 2015; Rimondini, Mazzi, Deveugele, & Bensing, 2015). Uit de interviews bij De Zoete Appel blijkt dat velen deze verwachtingen niet uiten in het intakeformulier, maar wel tijdens de eerste twee consulten en dit belangrijk achten voor de verstandhouding.

Los van de dwarsverbanden, werpt dit onderzoeksrapport ook een interessant discussiepunt op over de rol van de diëtist in het faciliteren van de zelfeffectiviteit van cliënten. In Engelstalige literatuur wordt hierover gesproken in termen van “patient empowerment”. Uit de cliënt interviews komen verschillende gedragingen door de diëtisten naar voren die de cliënten helpen om vertrouwen te hebben in eigen kunnen en om een actieve rol te spelen in de behandeling. Instructie die leidt tot kennisuitbreiding bij de cliënt, bevestiging van eigen ideeën, keuzes bieden, complimenten geven voor het behalen van doelen zijn voorbeelden van deze gedragingen. Ander diëtistisch onderzoek benadrukt het belang “patient empowerment” te overwegen als onderdeel van een goede verstandhouding en voorkomen van uitval (Spikmans et al., 2003).

5.1.2 *Evaluatie van methode*

Literatuuronderzoek

Hoewel een zorgvuldige zoekstrategie is toegepast, was deze beperkt tot Engelstalige literatuur. Hierdoor is mogelijk onderzoek specifiek over de Nederlandse zorgsetting ten onrechte niet meegenomen in het literatuuronderzoek. Daarnaast zijn voor onderzoek naar verwachtingen, weinig studies geïdentificeerd die specifiek betrekking hebben op de diëtistische setting. Wellicht dat er specifieke kenmerken zijn voor verwachtingen in deze setting, die hierdoor over het hoofd gezien zijn. Ten slotte waren veel van de diëtistische studies die zijn onderzocht op kleine schaal. Het is mogelijk dat hierdoor de uitkomsten niet opgaan voor alle diëtistische praktijken.

Praktijkonderzoek

Hoewel verzadiging is bereikt, in de zin dat er in de laatste twee interviews geen nieuwe thema's meer geopperd werden door de cliënten, is het mogelijk dat een ander type respondent wel nieuwe inzichten zou geven. De meeste deelnemers waren overwegend positief over De Zoete Appel en daarmee niet representatief voor de onderzoekspopulatie afgaande op het klanttevredenheidsonderzoek (Captein, 2014). Als de onderzoekster zelf meer cliënten had nagebeld (na het ontvangen van de brief), zouden er mogelijk meer cliënten zijn bereid gevonden om deel te nemen die negatief waren over de behandeling. De ene negatieve respondent was ook telefonisch geworven. Een andere groep die onvoldoende is bereikt zijn laaggeletterden, omdat een criterium voor deelname Nederlands- of Engels-geletterdheid was. Juist in de delen van Amsterdam waar De Zoete Appel haar diensten aanbiedt wonen relatief veel laaggeletterden en zij zijn een risicogroep voor diabetes en overgewicht (GGD Amsterdam, 2012). Ook mensen van niet-Nederlandse afkomst zijn een risicogroep en zijn ondervertegenwoordigd onder de respondenten. Dit zou de uitkomsten van het praktijkonderzoek hebben kunnen veranderen, aangezien onderzoek heeft aangetoond dat mensen van niet-Westerse achtergronden een voorkeur hebben voor meer directieve zorgverleners (Bowling et al., 2013; Meeuwesen et al., 2009; Schouten & Meeuwesen, 2006).

Er is getracht om de betrouwbaarheid te vergroten door een zorgvuldige analyse van de volledige dataset, door 'frequency counts' te doen van de geïdentificeerde thema's en door de thema's transparant te rapporteren (bijlage 6) (Green & Thorogood, 2014). De validiteit is bevordert door bewijs uit de data te presenteren voor elke bewering en door afwijkende meningen te zoeken in de data en te rapporteren.

5.2 Aanbevelingen

5.2.1 Aanbevelingen literatuur

De nauwe relatie tussen de drie communicatiefactoren (empathisch communicatiegedrag, verwachtingen en besluitvorming) impliceert dat ook vervolgonderzoek dat deze factoren bundelt waardevol zou zijn. Aangezien deze factoren belangrijke onderdelen zijn van persoonsgerichte zorg, zou ook een bijdrage kunnen worden geleverd aan de kennis over en praktijk in deze nieuwe richting in de zorg.

5.2.2 Aanbevelingen praktijk

Een tool – zelfreflectie vragenlijst – die cliënten in staat stelt om voorafgaand aan het eerste consult hun verwachtingen en doelstellingen vast te stellen zou zeer waardevol zijn voor De Zoete Appel en andere eerstelijns diëtistenpraktijken. Dit zou een aanpassing zijn van het huidige intakeformulier, waardoor meer nadruk wordt gelegd op de procesverwachtingen en het activeren van de eigen ideeën van de cliënt als basis van een goede verstandhouding. Dergelijke intakeformulieren zijn in ontwikkeling, bijvoorbeeld door de *Vilans* voor chronische eerstelijns zorg (Vilans, n.d., 2016).

Literatuurlijst

- Bean, M. K., Mazzeo, S. E., Stern, M., Bowen, D., & Ingersoll, K. (2011). A values-based Motivational Interviewing (MI) intervention for pediatric obesity: study design and methods for MI values. *Contemporary Clinical Trials*, 32(5), 667–674.
- Becker-Woudstra, G., Havinga, M., Van Kuijeren, R., Leibbrandt, A., Linden-Wouters, E., Pensaert, L., ... Verweij, M. (2012). *Het Diëtistische Consult* (4e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Bowling, A., Rowe, G., Lambert, N., Waddington, M., Mahtani, K. R., Kenten, C., ... Francis, S. A. (2012). The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. *Health Technology Assessment*, 16(30).
- Bowling, A., Rowe, G., & McKee, M. (2013). Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106, 143–149.
- Cant, R. P. (2009a). Communication competence within dietetics: Dietitians' and clients' views about the unspoken dialogue - The impact of personal presentation. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22, 504–510.
- Cant, R. P. (2009b). Constructions of competence within dietetics: Trust, professionalism and communications with individual clients. *Nutrition and Dietetics*, 66(2), 113–118.
- Cant, R. P., & Aroni, R. A. (2008). Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21, 502–511.
- Captein, I. (2014). *Clïënt tevredenheidsonderzoek bij diëtistenpraktijk De Zoete Appel*. (Afstudeeronderzoek). Hogeschool van Amsterdam.
- Chewning, B., Bylund, C., Shah, B., Arora, N. K., Gueguen, J. A., & Makoul, G. (2012). Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9–18.
- Cousin, G., Schmid Mast, M., & Jaunin-Stalder, N. (2013). Finding the right interactional temperature: do colder patients need more warmth in physician communication style? *Social Science and Medicine*, 98, 18–23.
- Daly, J., Willis, K., Small, R., Green, J., Welch, N., Kealy, M., & Hughes, E. (2007). A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 43–49.
- De Zoete Appel. (2016). De Zoete Appel. Retrieved December 1, 2016, from <http://www.dezoeteappel.nl/>
- Deledda, G., Moretti, F., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 90(3), 297–306.
- Desroches, S., Gagnon, M.-P., Tapp, S., & Légaré, F. (2008). Implementing shared decision-making in nutrition clinical practice: a theory-based approach and feasibility study. *Implementation Science*, 3, 48.
- Dwamena, F., Holmes-Rovner, M., Gaulden, C. M., Jorgenson, S., Sadigh, G., Sikorskii, A., ... Beasley, M. (2012). Intervention for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003267.
- Endevelt, R., & Gesser-Edelsburg, A. (2014). A qualitative study of adherence to nutritional treatment: perspectives of patients and dietitians. *Patient Preference and Adherence*, 8, 147–154.
- Farin, E., Gramm, L., & Schmidt, E. (2012). Taking into account patients' communication preferences: Instrument development and results in chronic back pain patients. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 41–48. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.012>
- Forhan, M., Risdon, C., & Solomon, P. (2013). Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. *Primary Health Care Research and*

- Development*, 14(4), 367–372.
- França, S. L. G., Sahade, V., Nunes, M., & Adan, L. F. (2013). Adherence to nutritional therapy in obese adolescents; a review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 988–998.
- Georgy, E. E., Carr, E. C. J., & Breen, A. C. (2013). Back pain management in primary care: development and validity of the Patients' and Doctors' Expectations Questionnaire. *Quality in Primary Care*, 21, 113–122.
- GGD Amsterdam. (2012). Gezondheidsmonitor 2012. Retrieved January 14, 2017, from <http://www.ggd.amsterdam.nl/beleid-onderzoek/gezondheidsmonitors/amsterdamse/>
- Green, J., & Thorogood, N. (2014). *Qualitative methods for health research* (3e ed.). London: Sage.
- Gucciardi, E. (2008). A systematic review of attrition from diabetes education services: strategies to improve attrition and retention research. *Canadian Journal of Diabetes*, 32(1), 53–65.
- Gucciardi, E., Demelo, M., Offenheim, A., & Stewart, D. E. (2008). Factors contributing to attrition behavior in diabetes self-management programs: a mixed method approach. *BMC Health Services Research*, 8, 33.
- Hancock, R. E. E., Bonner, G., Hollingdale, R., & Madden, A. M. (2012). "If you listen to me properly, I feel good": a qualitative examination of patient experiences of dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25(3), 275–284.
- Harmsen, J. A. M., Bernsen, R. M. D., Meeuwesen, L., Pinto, D., & Bruijnzeels, M. A. (2005). Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting. *Patient Education and Counseling*, 59(2), 171–181.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359–64.
- Howick, J., Fanshawe, T. R., Mebius, A., Lewith, G., Heneghan, C. J., Bishop, F., ... Roberts, N. W. (2015). Effects of changing practitioner empathy and patient expectations in healthcare consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD011934.
- Kelley, J. M., Kraft-Todd, G., Schapira, L., Kossowsky, J., & Riess, H. (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS One*, 9(4), e94207.
- Kelly, M., McCarthy, S., & Sahm, L. J. (2014). Knowledge, attitudes and beliefs of patients and carers regarding medication adherence: a review of qualitative literature. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(12), 1423–1431.
- Kennisplein Chronische Zorg. (2016). Persoonsgerichte zorg. Retrieved January 13, 2017, from <http://www.kennispleinchronischezorg.nl/eerstelijnpersoonsgerichte-zorg.html>
- Kenten, C., Bowling, A., Lambert, N., Howe, A., & Rowe, G. (2010). A study of patient expectations in a Norfolk general practice. *Health Expectations*, 13(3), 273–284.
- Kruizenga, H., & Wierdsma, N. (2014). *Zakboek diëtetiek* (3e ed.). Amsterdam: VU University Press.
- Kurtz, S. M., Silverman, J. D., Benson, J., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Kurtz, S. M., Silverman, J. D., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides. *Academic Medicine*, 78(8), 802–809.
- Légaré, F., Ratté, S., Stacey, D., Kryworuchko, J., Gravel, K., Id, G., ... Turcotte, S. (2014). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD006732. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD006732.pub2>. Copyright
- MacLellan, D., & Berenbaum, S. (2007). Canadian dietitians' understanding of the client-centered approach to nutrition counseling. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(8), 1414–1417.

- Main, C. J., Buchbinder, R., Porcheret, M., & Foster, N. (2010). Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Practice and Research Clinical Rheumatology*, 24(2), 219–225.
- Matthews, S. M., Peden, A. R., & Rowles, G. D. (2009). Patient-provider communication: understanding diabetes management among adult females. *Patient Education and Counseling*, 76(1), 31–37.
- Mazzi, M. A., Rimondini, M., Deveugele, M., Zimmermann, C., Moretti, F., van Vliet, L., ... Bensing, J. (2015). What do people appreciate in physicians' communication? An international study with focus groups using videotaped medical consultations. *Health Expectations*, 18(5), 1215–1226.
- Meeuwesen, L., van den Brink-Muinen, A., & Hofstede, G. (2009). Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? *Patient Education and Counseling*, 75(1), 58–66.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52.
- Parchman, M. L., Flannagan, D., Ferrer, R. L., & Matamoras, M. (2009). Communication competence, self-care behaviors and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 55–59.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451–1458.
- Rimondini, M., Mazzi, M. A., Deveugele, M., & Bensing, J. M. (2015). How do national cultures influence lay people's preferences toward doctors' style of communication? A comparison of 35 focus groups from an European cross national research. *BMC Public Health*, 15, 1239.
- Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 600–607.
- Rowe, R. J., Kellam, C., & Stott, E. (2014). Understanding provider/patient expectations of care in clinical encounters. *Home Health Care Management and Practice*, 26(1), 34–38.
- Ruiz-Moral, R., Ángel, L., Torres, P. De, & Jaramillo-Martin, I. (2007). The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *Society of General Internal Medicine*, 22, 86–91.
- Sansoni, J. E., Grootemaat, P., & Duncan, C. (2015). Question Prompt Lists in health consultations: a review. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1454–1464.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 64, 21–34.
- Shepherd, H. L., Barratt, A., Trevena, L. J., McGeechan, K., Carey, K., Epstein, R. M., ... Tattersall, M. H. N. (2011). Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 379–385.
- Sloots, M., Dekker, J. H. M., Bartels, E. A. C., Geertzen, J. H. B., & Dekker, J. (2010). Reasons for drop-out in rehabilitation treatment of native patients and non-native patients with chronic low back pain in the Netherlands: A medical file study. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 46(4), 505–510.
- Spikmans, F. J. M., Brug, J., Doven, M. M. B., Kruizenga, H. M., Hofsteenge, G. H., & Schueren, M. A. E. V. B. Der. (2003). Why do diabetic patients not attend appointments with their dietitian? *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(3), 151–158.
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301.
- Swenson, S. L., Zettler, P., & Lo, B. (2006). "She gave it her best shot right away": Patient experiences of biomedical and patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 200–211.
- Tol, J., Leemrijse, C. J., Veenhof, C., & Swinkels, I. C. S. (2016). Omvang en kenmerken

- diëtistische zorg bij patiënten met diabetes 2012, trendcijfers 2008-2012. Retrieved November 25, 2016, from www.nivel.nl/node/4322
- Tol, J., Swinkels, I. C., Spreeuwenberg, P. M., Leemrijse, C. J., de Bakker, D. H., & Veenhof, C. (2012). Factors associated with the number of consultations per dietetic treatment: an observational study. *BMC Health Services Research*, 12, 317.
- Vaillancourt, H., Légaré, F., Gagnon, M. P., Lapointe, A., Deschênes, S. M., & Desroches, S. (2015). Exploration of shared decision-making processes among dietitians and patients during a consultation for the nutritional treatment of dyslipidaemia. *Health Expectations*, 18(6), 2764–2775.
- van Dillen, S. M. E., Hiddink, G. J., Koelen, M. A., de Graaf, C., & van Woerkum, C. M. J. (2006). Identification of nutrition communication styles and strategies: A qualitative study among Dutch GPs. *Patient Education and Counseling*, 63, 74–83.
- van Dillen, S. M. E., Hiddink, G. J., Koelen, M. A., & van Woerkum, C. M. J. (2005). Nutrition communication styles of family doctors: results of quantitative research. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59, S47-55.
- Verberne, L., & Koppes, L. (2015). *Zorg door de diëtist: Jaarcijfers 2014 en trendcijfers 2010-2014*. Utrecht: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.
- Verberne, L., & Koppes, L. (2016). *Zorg door de diëtist - Body Mass Index*. Retrieved November 25, 2016, from www.nivel.nl/node/4714
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4e ed.). Den Haag: Boom Lemma.
- Vernooij, J. M., & Spikmans, F. J. M. (2015). Motivational Interviewing voor Diëtisten. In *Informatorium voor Voeding en Diëtetiek* (pp. 1–15). <http://doi.org/10.1007/978-90-368-0898-9>
- Vilans. (n.d.). *Gesprekshandleiding Samenbeslissen voor patiënten*. Retrieved January 14, 2017, from http://www.kennispleinchronischezorg.nl/docs/KCZ/Samen_beslissen_gesprekshandleiding_patient.pdf
- Vilans. (2016). *Toolkit Persoonsgerichte zorg*. Retrieved January 13, 2017, from <http://www.vilans.nl/docs/vilans/publicaties/toolkit-persoonsgerichte-zorg-vilans.pdf>
- Vlek, H., Driessen, S., & Hassink, L. (2014). *Persoonsgerichte zorg*. Utrecht.
- White, R. O., Eden, S., Wallston, K. A., Kripalani, S., Barto, S., Shintani, A., & Rothman, R. L. (2015). Health communication, self-care, and treatment satisfaction among low-income diabetes patients in a public health setting. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 144–149.
- Whitehead, K. A. (2015). Changing dietary behaviour: the role and development of practitioner communication. *Proceedings of the Nutrition Society*, 74(2), 177–184.
- Whitehead, K. A., Langley-Evans, S. C., Tischler, V. A., & Swift, J. A. (2014). Assessing communication skills in dietetic consultations: The development of the reliable and valid DIET-COMMS tool. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 27(SUPPL2), 321–332.
- Whitehead, K. A., Langley-Evans, S. C., Tischler, V., & Swift, J. A. (2009). Communication skills for behaviour change in dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(6), 493–500.
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling*, 56(2), 139–146.

Bijlagen

Bijlage 1 Intakeformulier De Zoete Appel



Vorbereiding afspraak met de diëtist.

Binnenkort heeft u een afspraak met de diëtist. Wilt u voorafgaand aan deze afspraak deze vragenlijst invullen?

Neem de ingevulde vragenlijst mee naar uw eerste afspraak.

Naam : _____

Adres : _____

: _____

Tel. Nummer : _____

E-mail : _____

Mogen wij uw e-mailadres gebruiken om informatie van De Zoete Appel toe te sturen? : JA / NEE

Geb. datum : _____

BSN nummer : _____

Naam huisarts/specialist die u verwezen heeft:

Wat is de reden dat u begeleid wilt worden door een diëtist?

Sinds wanneer heeft u deze klachten? _____

Wat verwacht u van de begeleiding door de diëtist?

Bent u eerder begeleid geweest door een diëtist? ☐ Nee, ☐ Ja

Hoe was de ervaring met deze diëtist? _____

Heeft u maag- of darmproblemen? ☐ Nee ☐ Soms ☐ Ja regelmatig

Heeft u last van vermoeidheid? ☐ Nee ☐ Soms ☐ Ja regelmatig

Bent u somber en/of verdrietig? ☐ Nee ☐ Soms ☐ Ja regelmatig

Gebruikt u dagelijks medicijnen? ☐ Nee ☐ Ja (noteer welke)

Rookt u? ☐ Nee ☐ Soms ☐ Ja regelmatig

Gebruikt u alcohol? ☐ Nee ☐ Soms ☐ Ja regelmatig

Heeft u een goede nachtrust? ☐ Nee ☐ Soms ☐ Ja regelmatig

Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld dagelijks aan extra lichaamsbeweging?

☐ 15 min ☐ 30 min ☐ 45 min ☐ 60 minuten of meer

Waaruit bestaat die dagelijkse extra beweging? _____

Wat is uw beroep? _____

Uit hoeveel personen bestaat uw huishouden? _____

Kookt u voor uzelf? ☐ Nee ☐ Soms ☐ Ja regelmatig

Koopt u zelf uw eten en drinken? 0 Nee 0 Soms 0 Ja regelmatig

Andere relevante gegevens: _____

Bijlage 2 Elektronische zoekstrategie

In CINAHL, werd combinaties binnen de volgende zoekterm gebruikt:

((MH "Professional-Patient Relations") OR (MH "Physician-Patient Relations")) AND ("communic* AND behavio*rs") OR communicat* OR experiences OR perceptions OR ("patient" AND "cent*red") OR expect* OR question* OR tool* OR strategies OR instrument* OR information* OR decision* AND role* OR ("communic* AND style") OR (shared* AND decision*) OR participation OR biomedical OR psychosocial AND (diet* OR nutrition OR "primary AND care" OR "doctor*" OR "physician*" OR "patient*" OR "client*").

1. Eerst werd de zoekstrategie beperkt tot artikelen gerelateerd aan de patiënt-zorgverlener relatie:
 - a. Professional-Patient Relations OR
 - b. Physician-Patient Relations
2. AND Toen werd de zoekstrategie specifiek gemaakt voor de verschillende literatuurvragen, door een combinatie van verschillende zoektermen te gebruiken:

Vraag 1 (over communicatiestijlen/ communicatiegedrag):

 - a. Communicat* AND behavio*rs (vangt: communication and communicative behaviors and behaviours) OR
 - b. Communicat* (vangt: communicates, communication) OR
 - c. Experiences OR
 - d. Perceptions OR
 - e. Patient AND Cent*red (vangt: patient-centred, patient-centered)

Vraag 2 en 3 (over verwachtingen en technieken om verwachtingen te achterhalen)

 - f. Expect* (vangt: expects, expectation, expectations) OR
 - g. Question* (vangt: question, questions) OR
 - h. Tool* (vangt: tool, tools) OR
 - i. Strategies OR
 - j. Instrument* (vangt: instrument, instruments)
 - k. Information* (vangt: information, information-giving)

Vraag 4 (over de rolverhouding tijdens besluitvorming)

 - l. Decision AND
 - m. Role OR
 - n. Shared* AND decision* (vangt: shared decisions, shared decision making) OR
 - o. Participation OR
 - p. Communicat* AND style (vangt: communication style, communicative style)
 - q. Communicat* (vangt: communicates, communication) OR
 - r. Biomedical OR
 - s. Psychosocial OR
 - t. Patient AND Cent*red (vangt: patient-centred, patient-centered)
3. AND Toen werd gezocht naar artikelen die betrekking hadden op patiëntervaringen in de eerste lijn:
 - c. Diet* (vangt: diet, dietetic, dietitian(s), dietician(s)) OR
 - d. Nutrition OR
 - e. Primary AND care OR
 - f. GP* (vangt: GP, GPs) OR
 - g. Physician* (vangt: physician, physicians) OR
 - h. Patient* (vangt: patient, patients) OR
 - i. Client* (vangt: client, clients)

Bijlage 3 Topiclijst

Doel van de interviews: Meningen van cliënten van De Zoete Appel verkennen over de communicatie tussen cliënt en diëtiste gedurende het eerste stadium van het behandeltraject. Hoe ervaren cliënten het bespreken van verwachtingen, de rolverdeling en de interpersoonlijke/-communicatievaardigheden van de diëtisten? Hoe slagen de diëtisten erin om een positieve patiënt-diëtist verstandhouding op te bouwen?

<i>Topics</i>	<i>Functie</i>	<i>Verdieping</i>	<i>Interviewvragen</i>
Clientverwachtingen	Geïnterviewden op gemak stellen Verwachtingen over rol diëtiste	Wat waren de verwachtingen van cliënten op moment van verwijzing en waar komen deze verwachtingen vandaan? Zijn cliënten bewust van hun verwachtingen?	Zou u me kunnen vertellen over hoe u bij De Zoete Appel terecht bent gekomen? Wat voor gedachten had u op dat moment over wat een diëtiste voor u zou kunnen betekenen? Wat waren uw verwachtingen toen?
Communicatie over verwachtingen van cliënt	Communicatie over verwachtingen	Verwachtingen vaststellen wordt als lastig ervaren door de diëtisten. Heeft de diëtiste de verwachtingen naar boven kunnen halen? Heeft de cliënt de verwachtingen kunnen uiten? Zijn cliënten bewust van hun verwachtingen? Heeft de diëtiste op de verwachtingen gereflecteerd tijdens het consult?	Wanneer had u voor het eerst nagedacht over uw verwachtingen van de consulten? Wat heeft u ingevuld op de vraag over verwachtingen in het intakeformulier? Wat waren uw verwachtingen? Had u ook verwachtingen over de diëtist? Hoe vond u de manier waarop de diëtiste deze met u heeft besproken? Hoe heeft u uw verwachtingen met de diëtiste besproken? Wat vond u daarvan?
Communicatie over doelen	Rol van diëtiste in besluitvorming Ervaringen cliënt over opstelling diëtiste	Houding van diëtiste tegenover cliënt: samenwerken of meer voorschrijven – welk voorkeur heeft cliënt – heeft diëtiste dit kunnen peilen en hierop in kunnen spelen? Waren cliënten in staat om aan de slag te gaan met de dieetaanpassingen?	Welke afspraken hebben jullie gemaakt tijdens de consulten? Aan welke veranderingen zou u gaan werken? Hoe kwamen jullie tot deze doelen of afspraken? Hoe vond u de manier waarop deze werden besproken? Toen u na het consult thuis kwam, waren de doelen nog duidelijk voor u? Wist u toen hoe u aan de doelen kon werken?
Informatie geven	Afstemming van informatie op individuele cliënt	Was de informatie goed overgebracht? Sloot het aan op persoonlijke wensen/ situatie?	Tijdens de consulten heeft u informatie van de diëtisten gekregen, bijvoorbeeld over gezondheid, voeding, beweging. Wat vond u van de informatie die zij gaven? Heeft u het gevoel dat de informatie aansloot op uw persoonlijke situatie en wensen?
Cliëntoordeel over de	Ervaringen cliënt over	Hoe beschrijven cliënten de verstandhouding met	Kunt u me iets vertellen over uw indruk van de diëtiste tijdens de

verstandhouding	opstelling diëtiste Gevoel cliënt over verstandhouding	de diëtiste? Is het een positieve of negatieve beschrijving? Roept de interactie een gevoel van vertrouwen op bij de cliënt in de zorgverlener en zijn/ haar adviezen?	eerste twee consulten? Hoe verliep de interactie tussen u tweeën?/ Hoe ontwikkelde de band/ het contact zich? Wat vond u prettig aan het contact? Wat vond u lastiger? Had u het gevoel dat u de diëtiste kon vertrouwen? Wat versterkte uw gevoel van vertrouwen of gebrek daaraan?
Communicatie gedrag van diëtiste	Meningen cliënt over communicatie Empathische communicatie-eigenschappen	Tonen diëtisten persoonsgerichte communicatie-eigenschappen?	Wat vond u van de manier waarop de diëtiste naar u luisterde? Had u de indruk dat de diëtiste geïnteresseerd was in uw persoonlijke situatie en deze situatie goed begreep?

Bijlage 4 Uitnodiging Onderzoek

Beste Cliënt,

De Zoete Appel streeft ernaar om uitstekende zorg te bieden. Op dit moment wil de praktijk meer inspelen op de persoonlijke wensen van verschillende cliënten. Samen met *De Zoete Appel* voer ik een onderzoek uit voor mijn afstuderen in de opleiding Voeding en Diëtetiek. Doel is om de ervaringen van de huidige cliënten met de geboden zorg vast te stellen. Op basis hiervan zal ik aanbevelingen doen aan de praktijk en mijn afstudeerscriptie schrijven.

Ik nodig u uit voor een informeel gesprek met mij over uw persoonlijke ervaringen bij de consulten met de diëtisten van *De Zoete Appel*. Het gesprek duurt ongeveer 30 minuten. Graag zou ik het gesprek willen voeren direct aansluitend op uw tweede consult of op een ander moment en locatie naar uw voorkeur. Tijdens uw eerste consult zult u met de diëtist bespreken of u inderdaad een tweede consult nodig heeft.

Het gesprek zal van oktober tot half-november plaatsvinden – op een maandag, dinsdag of donderdag – en wordt door mij opgenomen en anoniem verwerkt. U wordt geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek. Als dank voor uw bijdrage aan mijn afstudeerproject zal ik onder alle deelnemers (ca. 15 à 20) een inspirerend kookboek van het Voedingscentrum verloten.

Neem deze brief alstublieft mee naar uw eerste consult.

Alvast hartelijk dank voor uw hulp!

Met vriendelijke groet,

Vidhi van Manen



34-jarige studente Voeding en Diëtetiek. Hiervoor werkzaam in zorg voor ouderen in Engeland. Moeder van twee jonge kinderen, ik woon sinds vijf jaar met plezier in Amsterdam en kijk ernaar uit om als diëtiste te werken!

Aanmeldstrook (in te vullen tijdens eerste consult):

Ik wil graag mee helpen bij het onderzoek van De Zoete Appel.

[Gegevens hieronder invullen:]

Naam:

Emailadres:

Telefoonnummer:

[Optie 1 óf Optie 2 hieronder omcirkelen:]

Optie 1: ***Het interview zal direct na het tweede consult plaatsvinden.***

Gegevens tweede consult *[door diëtiste in te vullen]:*

Datum:

Tijdstip:

Locatie:

Optie 2: ***Ik wil liever op een ander moment afspreken en wordt hierover door Vidhi gecontacteerd.***

Bijlage 5 Deelnemer Informatiebrief en Toestemmingsformulier

Deelnemer informatie brief

"Ervaringen van de communicatie met de Zoete Appel":

U bent uitgenodigd om deel te nemen aan een informeel gesprek over uw persoonlijke ervaringen bij de consulten met de diëtisten van *De Zoete Appel*. Het gesprek wordt opgenomen en anoniem verwerkt. U wordt geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek. Als dank voor uw bijdrage wordt onder alle deelnemers een kookboek van het Voedingscentrum verloot.

De onderzoeker (Vidhi van Manen):

Samen met *De Zoete Appel* voer ik een onderzoek uit voor mijn afstuderen in de opleiding Voeding en Diëtetiek. Doel is om de ervaringen van de huidige cliënten over de communicatie met de diëtisten vast te stellen. Op basis hiervan zal ik aanbevelingen doen aan de praktijk en mijn afstudeerscriptie schrijven. Hartelijk dank voor uw medewerking!

Vragen?:

Als u nog vragen heeft na het gesprek, neem contact met Vidhi op via De Zoete Appel.

Deelnemer toestemmingsformulier

Ik vind het goed om deel te nemen aan een gesprek over mijn ervaringen als cliënt van diëtistenpraktijk, De Zoete Appel. Ik begrijp dat ik niet verplicht ben vragen te beantwoorden en dat ik op elk moment kan kiezen om te stoppen met het gesprek, zonder redenen te hoeven geven. Ik heb de informatie in de Deelnemer Informatie Brief gelezen en begrepen. Ik begrijp dat mijn persoonlijke gegevens vertrouwelijk zullen blijven.

DEELNEMER:

Naam: _____

Handtekening: _____ *Datum:* _____

Naam en handtekening interviewer:

Ik heb de bovengenoemde persoon over het interview geïnformeerd en ik ben ervan overtuigd dat zij de inhoud van dit Deelnemer Toestemmingsformulier en van de Deelnemer Informatie Brief begrijpen.

Bijlage 6 Thema's voortkomend uit data-analyse

Thematisch analyse van cliëntervaringen over het cliënt-diëtiste verstandhouding bij de Zoete Appel

1. *Oordeel over verstandhouding met de diëtiste*
 - 1.1. Positief vs. negatief
 - 1.2. Klik
 - 1.3. Doorgaan of stoppen behandeling
 - 1.4. Betekenis eerste vs. tweede consult
 - 1.5. Vertrouwen in diëtiste
2. *Communicatiegedrag diëtiste*
 - 2.1. Begrip tonen
 - 2.2. Interesse tonen
 - 2.3. Benadering patiënt als individu
3. *Bespreken van verwachtingen*
 - 3.1. Type verwachtingen
 - 3.2. Moment van formuleren van verwachtingen
 - 3.3. Invloed van eerder patiëntervaringen
 - 3.4. Sfeer gecreëerd door de diëtiste
 - 3.5. Bereidheid cliënt om te praten
 - 3.6. Het creëren van een wederzijds begrip
4. *Rol diëtiste in besluitvorming*
 - 4.1. Leiding door diëtist vs. door cliënt
 - 4.2. Diëtist als expert
 - 4.3. Diëtist als onderwijzer
 - 4.4. Diëtist als coach