



UNIVERSITEIT UTRECHT

“VOOR IEDEREEN IS DE ZORG UNIEK”

Een interdisciplinair onderzoek naar de
implementatie en beleving van relationele
zorg bij kinderartsen en patiënten met een
eetstoornis

MSc Medical Humanities, Universiteit Utrecht
Scriptie 2023-2024

Intervisie kinderartsen met specialisatie in eetstoornissenproblematiek
Onder begeleiding van dr. Gerwin Rodenburg en dr. Tessa van Charldorp
Iris van Haarlem (6741398)

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding	4
1.1 <i>Interdisciplinariteit</i>	7
1.2 <i>Theoretisch kader</i>	8
1.2.1 <i>Relationeel zorgverlenen</i>	8
1.2.2 <i>“Eetstoornis-zelf” en “Gezonde-zelf”</i>	12
1.2.3 <i>Relationeel zorgverlenen meten</i>	13
1.2.4 <i>Humanisme</i>	14
1.2.5 <i>Menselijkheid in de geneeskunde en de arts-patiëntrelatie</i>	15
2. Methode	16
2.1 <i>Participanten</i>	16
2.2 <i>Videobeeldanalyse</i>	16
2.3 <i>Interviews</i>	17
3. Resultaten	18
3.1 <i>Resultaten van de videobeeldanalyses</i>	18
3.2 <i>Resultaten van de interviews</i>	20
3.2.1 <i>Op een relationele manier zorgverlenen</i>	20
3.2.2 <i>Niet op een relationele manier zorgverlenen</i>	24
3.2.3 <i>Ervaring artsen</i>	25
3.2.4 <i>Ervaring patiënten</i>	27
3.2.5 <i>De rol van ouders in consulten</i>	30
4. Conclusie	32
5. Discussie	33
5.1 <i>Interpretatie van de resultaten</i>	33
5.2 <i>Bewijs van kwaliteit en punten van uitbreiding</i>	34
5.3 <i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	35
6. Literatuurlijst	37
7. Bijlagen	41
7.1 <i>Analyses video-opnames van consulten</i>	41
7.1.1 <i>Analyse video-opname 1</i>	41
7.1.2 <i>Analyse video-opname 2</i>	43
7.1.3 <i>Analyse video-opname 3</i>	45
7.2 <i>Interviewtranscripten met codering</i>	48
7.2.1 <i>Interview arts 1</i>	49
7.2.2 <i>Interview patiënt 1</i>	71
7.2.3 <i>Interview arts 2</i>	94
7.2.4 <i>Interview patiënt 2</i>	119
7.2.5 <i>Interview arts 3</i>	146
7.3 <i>Codeboom</i>	169
7.4 <i>Aantal keer voorkomen van codes in interviews</i>	170

Samenvatting

Achtergrond: In de hedendaagse medische praktijk ervaren zorgverleners en patiënten frictie tussen de snelle technologische vooruitgang en de noodzaak van empathische zorg. Een benadering die deze spanning kan verminderen door de zorg menselijker te maken, is relationeel zorgverlenen. Deze benadering focust zich op de persoonlijke dimensie van de zorg, waarbij de patiënt en de arts als unieke personen worden gezien. Dit onderzoek richt zich op de toepassing en ervaring van relationeel zorgverlenen bij de behandeling van patiënten met een eetstoornis onder begeleiding van kinderartsen.

Methode: Er is een tweedelig onderzoek uitgevoerd, bestaande uit videobeeldanalyses van consulten en interviews met artsen en patiënten, om de praktijk van relationeel zorgverlenen te beoordelen. De videobeelden werden pragmatisch geanalyseerd op kenmerken van relationeel zorgverlenen en de interviews richtten zich op de ervaringen en percepties van zowel artsen als patiënten.

Resultaten: Uit de videobeeldanalyse en de interviews bleek dat kinderartsen veel aspecten van relationeel zorgverlenen toepassen. Echter, bepaalde onderdelen kunnen verder worden verdiept en verfijnd. Dit geldt zowel voor de opgenomen consulten als voor de praktijk in het algemeen. Welke aspecten wanneer en door wie werden toegepast, verschilde. De ervaringen van de artsen en patiënten varieerden en waren afhankelijk van de situatie.

Conclusie: De bevindingen uit dit onderzoek benadrukken de complexiteit van het meten van relationeel zorgverlenen, aangezien de toepassing en ervaring ervan variëren per situatie en betrokken arts en patiënt. Het ontwikkelen van een flexibel meetinstrument is daarom essentieel om relationeel zorgverlenen effectief te evalueren en te verbeteren.

1. Inleiding

In de hedendaagse spreekkamer balanceren zorgverleners op het snijvlak van medische efficiëntie en empathische zorg (Van Engelen et al., 2018). Vanuit het zorgsysteem wordt de nadruk steeds meer gelegd op technologische vooruitgang, een trend die vaak in strijd is met de behoeften van de kwetsbare patiënt (Huisman, 2018). Volgens van Engelen, hoogleraar neuromusculaire aandoeningen en filosoof, verkeren zowel artsen als patiënten in een beknellende situatie waarin beiden zich benadeeld voelen (Maassen & Van Sante, 2018). Bij artsen ontstaat dit gevoel doordat ze de benodigde middelen missen om hun werk naar wens uit te voeren, terwijl patiënten dit ervaren omdat zij niet altijd de zorg krijgen die ze verlangen (Maassen & Van Sante, 2018).

Deze frictie in de zorg is een ontwikkeling die is begonnen vanaf de jaren '50. Vanaf toen hebben medische doorbraken voor een therapeutische revolutie gezorgd waardoor steeds meer ziektes genezen kunnen worden. Het is nu lastig voor te stellen hoe het leven voor die tijd was; toen kindersterfte door ziektes als polio, difterie en kinkhoest gebruikelijk was. Toen er geen medicijnen waren voor tuberculose, schizofrenie en vele andere aandoeningen die artsen tegenkwamen. Het was een tijdperk zonder openhartchirurgie of transplantatieoperaties. Deze en vele andere ontwikkelingen zijn van grote waarde geweest. Ze hebben mensen bevrijd van de angst voor ziekte en voortijdige dood, en hebben de chronische kwalen die bij het ouder worden horen aanzienlijk verzacht (Le Fanu, 1999, p. XV).

Ondanks deze toename van kennis en medische ontwikkelingen zijn er aanwijzingen dat er op verschillende gebieden slechtere ervaringen met de zorg worden gemeld (Huisman, 2018) (Le Fanu, 1999). Zo zou de relatie tussen artsen en patiënten verslechterd zijn (Huisman, 2018). Waar vroeger de zorg voor de patiënt als persoon centraal stond, ligt de focus nu vooral op het behandelen van enkel het lichaam van de patiënt (Huisman, 2018). Dit kan gezien worden als een verschuiving in de geneeskunde van het holisme naar het reductionisme. Het holistisch perspectief beschouwt gezondheid als een integratie van lichaam, geest en ziel die beïnvloed worden door diverse factoren (Stegenga, 2018). Het reductionisme daarentegen focust zich meer op slechts de biochemische kant van de geneeskunde (Stegenga, 2018). Voorheen was het verhaal van de patiënt een van de belangrijkste aanwijzingen voor de behandelkeuzes van artsen, nu richten artsen zich meer op de technologische aspecten van de geneeskunde (Huisman, 2018). Door deze ontwikkeling lijkt de relatie tussen arts en patiënt vervreemd. Zowel artsen als patiënten kunnen minder hun eigen identiteit en persoonlijkheid laten zien in de spreekkamer (Lombarts, 2018) (Huisman, 2018). Er klinkt dan ook vanuit verschillende hoeken dat het ontbreekt aan "menselijkheid" in de spreekkamer (Van Soest, 2017) (Van De Pol, 2022). En juist die menselijkheid is een belangrijk onderdeel van een goede arts-patiëntrelatie (Gupta, 2011).

Het verval van menselijkheid in de spreekkamer kan voortkomen uit de groeiende druk op ons zorgsysteem (Van Engelen et al., 2018). Factoren die bijdragen aan deze druk omvatten de vergrijzing, een toename van mentale problemen onder jongeren en een steeds mondiger wordende patiënt (RIVM, 2018). Bovendien leiden continu beter wordende behandeltechnieken ertoe dat zowel patiënten als zorgverleners hogere eisen stellen aan de gezondheidszorg. Het is dan ook voor beide partijen lastig te accepteren als een behandeling toch niet slaagt (RIVM, 2018). Uiteindelijk zorgen deze aspecten voor hoge zorgkosten, personeelstekorten door uitval en zorgen over de toekomst van ons zorgstelsel (Rijksoverheid, 2022). Gezien deze omstandigheden speelt efficiëntie een steeds belangrijkere rol in de zorg (Douven, Zoutenbier, & Bijlsma, 2015). Ontwikkelingen in de medische techniek spelen een cruciale rol in het verbeteren van deze efficiëntie. Ze kunnen bijdragen aan een hogere patiëntveiligheid, verbeterde doorstroming en hogere kwaliteit van de geleverde zorg, wat uiteindelijk leidt tot kostenbesparingen (Bayramzadeh & Aghaei, 2021) (Orde van Medisch Specialisten et al., 2014). Hoewel deze voordelen uit technologische ontwikkelingen voortkomen, is het volgens Kilian Kappert, technisch geneeskundige en bestuurslid van de beroepsvereniging voor Technisch Geneeskundigen en Klinisch Technologen, belangrijk om kritisch te blijven. Zij zegt dat er soms onterecht wordt aangenomen dat technologisch geavanceerde en verfijnde behandelingen altijd meer voordelen opleveren (Kappert, 2021).

Zorgmedewerkers uiten dan ook hun bezorgdheid over de zorg die steeds efficiënter en technischer wordt. Zij ervaren dat toename van werkdruk en een striktere tijdslimiet per patiënt het moeilijk maken om de gewenste mate van compassie en aandacht in de zorg te behouden. De essentiële menselijke interactie lijkt verloren te gaan door deze ontwikkelingen. Artsen hebben het idee dat dit invloed heeft op de kwaliteit van de patiëntenzorg en daarnaast hun eigen werkgeluk beïnvloedt

(Kennedy, 2016). Veel artsen zijn oorspronkelijk tot hun beroep aangetrokken, vanwege de mogelijkheid om vanuit een gevoel van medemenselijkheid te werken; echter is daar tegenwoordig dus nog maar weinig ruimte voor (Lombarts, 2018).

Ook de Patiëntenfederatie Nederland (2023) maakt haar zorgen kenbaar. Zij geeft in het meerjarenbeleidsplan aan dat zij de communicatie in de spreekkamer te eenzijdig vindt en dat er een gebrek is aan aandacht voor de persoonlijke situatie van de patiënt. Patiënten willen actief kunnen meedenken en gezien worden als een mens met een verhaal. Hun toekomstvisie luidt dan ook: “Meer mens, minder patiënt” (De Patiëntenfederatie Nederland, 2023).

Om het tij te keren, suggereren experts die kritisch staan tegenover een puur technische aanpak, dat artsen buiten de grenzen van strikte medische wetenschappen moeten denken en relationeel zorgverlenen moeten omarmen (Baart, 2018; Van Engelen et al., 2018). Bij relationeel zorgverlenen worden empathie en authenticiteit van de arts verenigt met zorg die is afgestemd op de unieke patiënt (Baart, 2018). De informele kennis van artsen, die gebaseerd is op persoonlijke ervaringen en eigen identiteit, wordt bij deze manier van zorgverlenen erkent (Timmerman & Baart, 2022). Zo wordt er zorg verleend die niet alleen technisch competent is, maar ook aansluit op de behoeften van iedere patiënt (Maassen & Van Santen, 2018). In het kader van relationeel zorgverlenen is het dus cruciaal dat zowel artsen als patiënten de vrijheid hebben om meer van hun identiteit te onthullen dan alleen hun formele rollen. Dit creëert ruimte voor menselijkheid binnen de spreekkamer, waardoor patiënten zich als geheel persoon gezien voelen, niet alleen als een verzameling symptomen (Baart, 2018). Dit alles draagt bij aan een sterkere arts-patiëntrelatie, wat leidt tot hogere patiënttevredenheid en betere gezondheidsuitkomsten. Patiënten die hun arts als een bekend en vertrouwd persoon zien, zijn namelijk vaak meer tevreden over de zorg die ze ontvangen. Artsen vinden het daarnaast makkelijker om effectieve beslissingen te nemen en psychosociale aspecten te bespreken wanneer zij een persoonlijke band hebben met patiënten (Kearley et al., 2001).

Een ziektebeeld waarbij tijdens de behandeling relationeel zorgverlenen en menselijkheid van hoge waarde zijn, zijn eetstoornissen (Howell, 2023). Eetstoornissen komen sinds de coronacrisis steeds vaker bij jonge patiënten voor. In 2020 zag het Amsterdamse UMC een toename van 33 procent in het aantal jonge mensen met een eetstoornis in vergelijking met het jaar daarvoor (Moleman, 2022). Een eetstoornis is een psychische aandoening die ernstige lichamelijke gevolgen kan hebben. De stoornissen worden gekenmerkt door ongezonde patronen in eetgedrag en een vertekend beeld van het eigen lichaam, met een angst voor gewichtstoename (GGZ, 2017). Specifiek bij de behandeling van eetstoornissen lijken factoren als menselijkheid en samenwerking in het besluitvormingsproces meer van belang. Dit komt doordat eetstoornissen chronische ziektes zijn met een complexe emotionele problematiek (GGZ Standaarden, 2017). De impact van sociologische en sociale factoren op psychische aandoeningen en de psychiatrie als geheel is onmiskenbaar. Het is daarom onpraktisch om uitsluitend aandacht te besteden aan de biologische invloeden. Een meer geïntegreerde benadering die al deze elementen omvat is essentieel voor een effectieve behandeling en begrip van psychiatrische stoornissen (Poole & Robinson, 2021). Hierom is het specifiek bij de behandeling van eetstoornissen belangrijk dat zowel patiënten als artsen hun menselijke kant tonen. Zo zegt kinderarts en voorzitter van de werkgroep Eetstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Annemarie van Bellegem, dat artsen het meest kunnen bereiken wanneer zij hun menselijkheid inzetten (Sevil, 2021). Toch stellen sommige onderzoekers dat artsen soms te veel bezig met de medisch biologische kant in plaats van de sociale en empathische kant van de zorg (zie bijvoorbeeld Sevil, 2021; Sassen, 2023).

Er wordt steeds meer aandacht gevraagd voor de (her)waardering van relationele zorgverlening, waarbij de nadruk ligt op empathie, authenticiteit en het erkennen van de hele mens achter de patiënt. Deze benadering van zorgverlening bevordert niet alleen het emotionele en lichamelijke herstel van patiënten, maar verhoogt ook de efficiëntie van de zorg door het aantal diagnostische tests en doorverwijzingen te verminderen, wat leidt tot lagere zorgkosten (Stewart et al., 2000). Dit benadrukt het belang van het ontwikkelen van relationele vaardigheden bij zorgverleners. De vraag rijst echter in hoeverre artsen vandaag de dag in staat zijn om op een relationele manier te werken binnen het huidige zorgsysteem, en hoe zowel artsen als patiënten deze benadering ervaren. Er is verder onderzoek nodig om deze aspecten te verkennen.

Dit leidt tot de onderzoeksvraag:

“In welke mate werken kinderartsen relationeel en hoe wordt dit ervaren door patiënten met een eetstoornis en artsen?”

1.1 Interdisciplinariteit

De vraag of kinderartsen op een relationele manier zorgverlenen en hoe dit wordt ervaren door kinderartsen en patiënten met een eetstoornis, vormt een complex gezondheidsvraagstuk. Om de vraag te beantwoorden is er kennis uit verschillende disciplines nodig. Dit komt door de veelzijdige aard van het probleem, die zowel medische, als interpersoonlijke elementen van zorgverlening omvat. Bovendien zijn de begrippen “relationeel zorgverlenen” en “menselijkheid”, dat nauw verwant is met relationeel zorgverlenen, geen eenvoudige concepten. Ze kunnen vanuit verschillende invalshoeken beschreven worden. Daarnaast kan door het integreren van de disciplines, in plaats van alleen naast elkaar te gebruiken, een diepgaander antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag (Newell, 2001; Repko & Szostak, 2016).

In dit onderzoek zullen er theorieën en onderzoeken vanuit de geneeskunde, de filosofie en de communicatiewetenschap betrokken worden. De geneeskunde verschaft kennis over eetstoornissen en de behandeling waarover wordt gesproken met de patiënten. Dit zal zorgen voor een breder begrip van de context waarin de consulten plaatsvinden en over hoe de gedachtes van patiënten met een eetstoornis werken. Daarnaast zal de literatuur van de filosoof Andries Baart verhelderen wat relationeel werken in de zorg precies inhoudt en hoe dit getoetst kan worden. Tot slot geeft de communicatiewetenschap diepere inzichten over hoe de communicatie tussen kinderartsen en patiënten met een eetstoornis in de spreekkamer verloopt. Deze kennis zal nodig zijn voor de reflectie op relationeel zorgverlenen vanuit videobeelden en interviews. Het is namelijk belangrijk te beseffen dat communicatie geen geïsoleerd proces is, maar dat het wordt beïnvloed door de context. De geschiedenis van de betrokken individuen, hun verwachtingen en doelen voor de toekomst, de fysieke en sociale omgeving waarin de communicatie plaatsvindt en de relatie tussen de deelnemers, spelen allemaal een rol in hoe de communicatie verloopt.

Door de kennis van deze drie disciplines te integreren zal er een diepgaande analyse gedaan kunnen worden en kan de onderzoeksvraag beantwoord worden. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht in de huidige zorgpraktijk te krijgen en de ervaring die zowel zorgverleners als patiënten hebben met relationeel werken. Dit kan uiteindelijk leiden tot een verbetering van de zorg, specifiek voor patiënten met een eetstoornis.

1.2 Theoretisch kader

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden zullen de concepten “relationeel zorgverlenen”, “humanisme” en “menselijkheid” eerst helder gedefinieerd moeten worden. Het is belangrijk dat de definities van humanisme en menselijkheid duidelijk zijn om de onderliggende principes van relationeel zorgverlenen volledig te begrijpen. Deze begrippen zijn namelijk nauw verbonden met de persoonlijke dimensies van de zorg, die fundamenteel zijn voor relationele zorgverlening. Verder zal onderzocht worden wat er bekend is over de toepassing van relationeel zorgverlenen specifiek bij de groep patiënten met een eetstoornis. Tot slot zal er worden verkend hoe relationeel zorgverlenen kan worden gemeten of geanalyseerd vanuit videobeelden van consulten. Dit leidt tot de deelvraag: *“Hoe kunnen indicatoren van relationeel zorgverlenen geïdentificeerd en gekwantificeerd worden vanuit videobeelden?”*

1.2.1 Relationeel zorgverlenen

Ziektes en zorgprocessen zijn nauw verwant met relaties (Beach & Inui, 2006). Een relatie is een dynamisch proces van wederzijdse empathie en *empowerment* tussen verschillende partijen. In een relatie zijn personen in staat om de gevoelens en gedachten van anderen te ervaren terwijl ze tegelijkertijd hun eigen gevoelens en gedachten herkennen en behouden (Miller, 1986).

Het vaststellen van een diagnose, behandelingen kiezen, informatie uitwisselen en de resultaten van zorg beoordelen vindt allemaal plaats binnen relaties. Al deze taken worden niet door één partij uitgevoerd, maar worden bemiddeld door de kwaliteiten van de vele relaties die artsen, patiënten en organisaties verbinden (Beach & Inui, 2006).

“Relationeel zorgverlenen” verschilt van de concepten “de zorgrelatie” of “de arts-patiënt relatie”. Het onderscheid lijkt klein, maar is erg belangrijk om te begrijpen als het gaat om goede zorg leveren. De zorgrelatie wordt vaak als een kwaliteitscriterium beschouwd voor goede zorg. Dit betekent dat naast bijvoorbeeld de beoordeling van de vakbekwaamheid van een arts, ook de kwaliteit van de zorgrelatie essentieel is voor goede zorg. Het is niet altijd duidelijk wanneer een relatie als hoogwaardig beschouwd kan worden, maar vertrouwen in de behandelaar en het ervaren van een persoonlijke klik lijken belangrijke indicatoren (Baart, 2018, p.69). Bij de zorgrelatie horen bovendien wel relationele aspecten, zoals vriendelijkheid, begrip, respectvolle behandeling, vertrouwen en open communicatie, maar het is niet hetzelfde als relationeel zorgverlenen (Baart, 2018, p. 68). Een respectvolle begroeting of glimlach, dingen die bij een goede zorgrelatie horen, lijken misschien eenvoudige handelingen voor een arts. Zorgverlenen wordt dan ook pas complex als er beslissingen genomen moeten worden waarbij afstemming nodig is op basis van de wensen en behoeften van de patiënt (Sassen, 2023, p. 14). Hiermee maken we de overgang van ‘de zorgrelatie’ naar ‘relationeel zorgverlenen’. De presentietheorie van Andries Baart biedt een nuttig kader om deze verschuiving te ondersteunen en om een verdere verdieping in relationeel werken te creëren. De presentietheorie kan gezien worden als een specifieke uitwerking van relationeel werken in de zorg. ‘Presentie’ betekent letterlijk effectief aanwezig zijn voor iemand (Timmerman & Baart 2022). Bij deze theorie wordt de nadruk gelegd op de relatie tussen de zorgverlener en de zorgontvanger, waarbij de zorgverlener zich afstemt op de unieke leefwereld en behoeften van de zorgontvanger binnen een praktijk (Baart, 2018, p. 25). In de volgende sectie wordt toegelicht waarom dit als kern van relationeel zorgverlenen wordt beschouwd.

Het eerste principe van relationeel zorgverlenen benadrukt dat zorgontvangers zowel algemene als unieke individuen zijn. Ze zijn algemeen, omdat ze net zoals alle andere mensen basisbehoeften hebben, dezelfde lichamelijke opbouw hebben en beïnvloed worden door gemeenschappelijke culturele elementen binnen de zorg. Dankzij deze gemeenschappelijke menselijke kenmerken begrijpen behandelaren doorgaans meteen wat gepast of ongepast is en wat een effectieve behandeling zou zijn of niet. Tegelijkertijd is ieder mens uniek, en hoewel we over het algemeen een idee hebben van wat mensen nodig hebben, is dit toch niet in ieder specifiek geval hetzelfde. Zo zijn sommige individuen meer gesteld op hun autonomie dan anderen, of kan religie een grotere of minder grote rol spelen. Vanwege de unieke eigenschappen van elke zorgontvanger, kan er niet gesproken worden van één standaard goede zorgrelatie (Baart, 2018, p. 70). Om aan de specifieke behoeften van elke unieke zorgvrager te voldoen, is het belangrijk dat zorgverleners zich steeds verdiepen in iedere patiënt.

Verlangens, behoeften en de conditie van de zorgvrager kunnen bovendien voortdurend veranderen. Daarom is het ook van belang om telkens opnieuw af te stemmen en aan te sluiten op wat de patiënt op dat moment verlangt en wat daarbij passende en zinvolle zorg is om aan te bieden (Baart, 2018, p. 71).

“Aansluiten” en “afstemmen” zijn belangrijke begrippen binnen relationeel zorggeven.

Volgens de presentietheorie betekent aansluiten dat de zorgverlener de kernthema's, verlangens en behoeftes van de zorgvrager erkent en zich ook beschikbaar stelt om deze thema's te behandelen. Dit houdt in dat de zorgverlener een actieve, empathische betrokkenheid toont en bereid is echt te begrijpen wat de zorgontvanger vertelt. Het kan zijn dat de zorgvrager het niet eens is met een bepaald thema, bijvoorbeeld “niet willen eten” bij een patiënt met een eetstoornis, toch is het essentieel dat hij of zij zich aansluit bij de patiënt. Het is daarom ook niet nodig dat een zorgvrager zich ontdoet van zijn uitdagende eigenschappen, wensen of gedachtes om toegang te krijgen tot de zorg. Dit zijn namelijk vaak juist redenen waarom zij hulp behoeven. De zorgverlener zal zich nog steeds moeten aansluiten bij deze moeilijkheden (Baart, 2018, p. 168).

Het proces van “afstemmen” is de *finetuning* die plaatsvindt nadat de aansluiting is gemaakt. Het is een doorlopend proces van evalueren en herformuleren van zorgdoelen binnen het thema van de patiënt, op basis van voortdurend overleg. De fase van afstemming stelt de zorgverlener in staat om de best mogelijke zorg te bieden die hij of zij kan en die past bij de zorgvrager.

Aansluiten en afstemmen is een dynamisch en relationeel proces waarbij de zorgverlener zich niet alleen richt op de ziekte of vraag van de zorgvrager, maar op hem of haar als geheel persoon (Baart, 2018, p. 89). De levenscontext van de zorgontvanger wordt erkend; hij of zij heeft een verleden, verweven in relaties en loyaliteiten (Baart, 2018, p. 167). In de context van relationeel zorgverlenen verwijst “loyaliteiten” naar de verplichtingen, trouw en verbondenheid die een zorgontvanger voelt ten opzichte van anderen. De zorgontvanger kan bijvoorbeeld een moeder, weduwnaar, secretaresse of fan van een sportclub zijn, naast het zijn van patiënt. Deze loyaliteiten zijn vaak diep verweven met de identiteit en het gedrag van individuen en kunnen een grote invloed hebben op hoe zij met zorg omgaan. Door inzicht te hebben in de relaties en sociale omgeving van de patiënt, kan de zorgverlener meer aangepaste zorg bieden die rekening houdt met de achtergrond van de zorgontvanger (Baart, 2018, p. 92).

Er is bij aansluiten en afstemmen *input* van beide partijen, er is dus geen sprake van *person-centered care*, waarbij de focus slechts op de kant van de zorgontvanger ligt. Bij relationeel zorgverlenen heeft de behandelaar ook inbreng in het gesprek en kan grenzen stellen over wat hij of zij verstandig acht voor de behandeling van de patiënt (Baart, 2018, p. 90). Anderzijds is het belangrijk dat zorgontvangers zich niet geïntimideerd voelen door de zorgverlener, omdat deze optreedt als expert in zijn vakgebied (Baart, 2018, p. 168). Niet enkel de zorgprofessional of enkel de patiënt domineert het consult op het gebied van kennis of gespreksvoering, beide partijen worden als gelijken gezien (Baart & Van De Vrede, 2020) (Beach & Inui, 2006). Op deze manier kunnen zowel de zorgverlener als -ontvanger elkaar voortdurend beïnvloeden en hebben beide partijen inspraak in de behandeling (Mead & Bower, 2000). Om tot een gezamenlijke besluitvorming te komen, moet er relatie opgebouwd worden tussen de patiënten en behandelaars (Baart, 2018, p. 78). Voor die relatie is het belangrijk dat de arts ook als persoon wordt gezien en zich niet enkel in zijn rol als *professional* opstelt. De zorgverlener moet zijn of haar persoonlijkheid inbrengen en authentiek zijn, hij of zij is namelijk ook een uniek individu met eigen ervaringen en perspectieven (Beach & Inui, 2006). Relationeel zorgverlenen erkent niet alleen de officiële kennis van experts, maar ook de informelere expertise, gekenmerkt door persoonlijke ervaringen en een unieke identiteit (Timmerman & Baart, 2022). Binnen deze manier van zorgverlenen worden artsen dus niet alleen gezien als werkers, maar als personen waarvan hun werkervaringen zijn ingebed in een netwerk van sociale, familiale en culturele relaties (Blustein, 2011). Zorgontvangers vinden het zelfs fijn als zorgprofessionals als een soort vriend voelen; ze zoeken niet alleen deskundigheid in een arts, maar ook iemand die oprecht het beste met hen voor heeft (Baart en vd Vrede, 2020).

Het is een misvatting te denken dat “aansluiten” binnen relationeel zorgverlenen altijd op een vredige en vriendelijke manier moet plaatsvinden. Het betekent eerder dat de zorgverlener de situatie begrijpt en bewust kiest hoe hij of zij hierop reageert (Baart, 2018, p. 88). Het niet eens zijn met elkaar gaat niet tegen relationeel werken in, het versterkt het juist. Het moeizame proces van aansluiten en afstemmen is nuttig, omdat het meestal niet meteen helder is wat zorgvragers bedoelen als ze hun behoeftes voor het eerst delen. Het vraagt geduld, begrip, betrokkenheid en inlevingsvermogen om

erachter te kunnen komen wat de zorgvrager precies wil. Dit zijn allemaal kwaliteiten die relationeel zijn (Baart, 2018, p. 91). Wanneer de zorg is afgestemd per persoon en relationeel is ingericht, is het volgens Baart goede zorg.

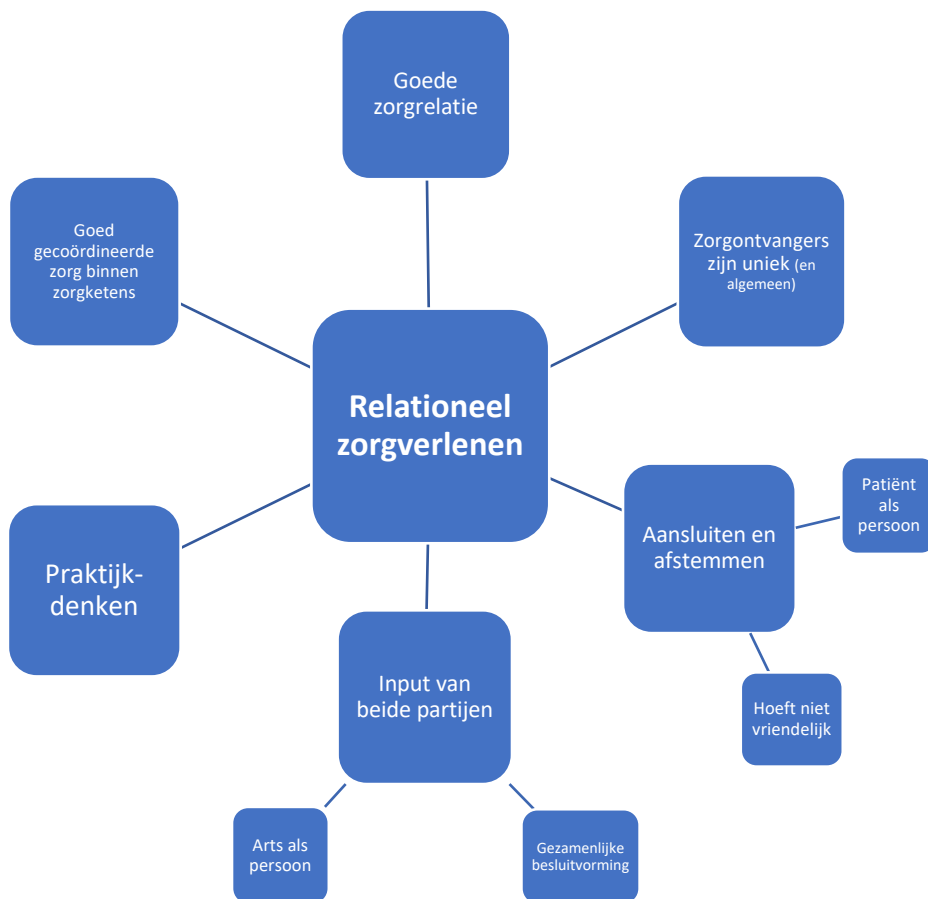
Het tweede principe van relationeel zorgverlenen is dat het nauw verwant is met het concept “praktijkdenken”, waarbij de nadruk ligt op de actieve uitvoering van zorg als een praktijk (Baart, 2018, p. 83). Het begrip “praktijk” hoeft niet het tegenovergestelde van het begrip “theorie” te betekenen, maar kan ook als tegenstelling van “eenvoud” gezien worden. Iemand die een zorghandeling vanuit de boeken heeft aangeleerd zal merken dat deze in de praktijk nooit zo eenvoudig uit te voeren is (Baart, 2018, p. 80). In een praktijk zijn namelijk de omgeving en eerdere gebeurtenissen van belang en speelt de invloed van mensen een rol (Baart, 2018, p. 82). Toch wordt zorg vaak niet als praktijk opgevat, maar als een reeks opeenvolgende, losse deelhandelingen; beginnend met de diagnostiek, gevolgd door het opstellen van een behandelplan en het uitvoeren van handelingen, als laatste wordt er een evaluatie en eventuele bijstelling van het plan gedaan. In werkelijkheid omvat zorgverlenen veel meer dan alleen deze opeenvolging van handelingen (Baart, 2018, p. 80). Beschouw bijvoorbeeld de situatie waarin een arts geconfronteerd wordt met een agressieve patiënt in de wachtkamer. Hoewel de zorgverlener geneigd zal zijn theoretische kennis toe te passen over hoe te handelen, zal al snel duidelijk worden dat bijvoorbeeld “het kalmeren van de patiënt” niet het enige is wat er moet gebeuren. Er zijn ook andere patiënten in de wachtkamer die de aandacht van de arts opeisen, zij beginnen bijvoorbeeld te klagen over het feit dat het spreekuur verder uitloopt. Hij of zij moet zich naar hen verontschuldigen over de situatie. Daarnaast vindt het kalmeren plaats in een ruimte, de wachtkamer in dit geval. Het kan hier bijvoorbeeld heel warm zijn en vol staan met banken waardoor de arts niet makkelijk bij de agressieve patiënt komt. De ruimte heeft dus een grote invloed op hoe er te werk kan worden gegaan. Bovendien kan het zijn dat het voorval plaatsvindt aan het eind van de werkdag, waardoor de zorgverlener al uitgeput is. De arts is niet onveranderlijk en kan beïnvloed worden door omstandigheden. Dit kan de handeling “het kalmeren van de patiënt” bijvoorbeeld zwaarder maken. Het kan ook zijn dat er al een keer eerder een patiënt agressief is geworden in de wachtkamer en dat er sindsdien regels gelden over hoe te handelen. Een handeling is dus ook afhankelijk van de geschiedenis en mogelijk opgestelde regels in de context waarin de handeling plaatsvindt. Er bestaan zo nog meer factoren die invloed kunnen hebben op een handeling die vanuit de theorie enkelvoudig lijkt, maar in de praktijk veel complexer is en afhankelijk van zijn context, omgeving, personen en geschiedenis (Baart, 2018, p. 81). Door niet uit te gaan van losse, eenvoudige handelingen, maar van zorghandelingen binnen hun contexten wordt het ingewikkeld, maar wel realistisch. Complexe zaken, zoals de zorg, moeten ook complex benaderd worden (Baart, 2018, p. 83). Door de focus te verschuiven van de eenvoudige handeling van de zorgrelatie naar het “praktijkdenken”, verschuift ook het begrip naar relationeel zorgverlenen (Baart, 2018, p. 83).

Relationeel zorgverlenen gaat dus om zorgverlening die nauwkeurig is aangepast aan de specifieke behoeften en situaties van een individu. Het houdt rekening met alle complexe en dynamische aspecten die elk uniek geval met zich meebrengt (Baart, 2018, p. 74). Hierdoor is de zorg niet alleen standaard, maar persoonlijk en toegespitst op de situatie. De zorgrelatie is daarentegen “al” succesvol als er bijvoorbeeld sprake is van een open communicatie, behandeling met respect en een juiste bejegening (Baart, 2018, p. 74). Bij relationeel zorgverlenen is het onjuist te denken dat goede zorg simpelweg wordt verstrekt door een goede relatie. De zorgrelatie is een vormende factor voor de zorgkwaliteit. Relationeel zorgverlenen is daarentegen niet een onderdeel of instrument van goede zorg verlenen. Het relationele brengt de zorg tot leven en laat het ontstaan (Baart, 2018, p. 88).

Een laatste aspect van relationeel zorgverlenen is de samenhang van de zorg. Zorgverleners schakelen waar nodig andere specialismen in of verwijzen patiënten door naar andere zorginstanties. Het is noodzakelijk dat er dan gezorgd wordt voor een zorgvuldige overdracht. Op deze manier is er sprake van relationeel zorgverlenen tussen professionals. Er wordt effectief samengewerkt binnen teams en zorgketens om de continuïteit van zorg te waarborgen. Dit is essentieel om te voorkomen dat patiënten onnodig belast worden met de wisseling tussen verschillende zorginstellingen. Goed gecoördineerde zorgketens waarbij er relationeel gewerkt wordt tussen de verschillende instanties verbeteren de toegankelijkheid van de zorg (Baart, 2018, p. 168). Om relationeel zorgverlenen tussen verschillende disciplines te laten werken is het wel noodzakelijk dat er respect is voor de kennis van andere gezondheidsberoepen (Tresolini et al., 1994).

Het is tot slot belangrijk om in overweging te nemen dat de uitvoerbaarheid van relationeel zorgverlenen uitdagingen kent. Gezien de huidige zorgcontext, die gekenmerkt wordt door tijdsdruk,

personeelstekorten en hoge kosten, kan het lastig zijn om ruimte te vinden voor deze manier van zorgverlenen (RIVM, 2018). Bovendien kan het emotioneel belastend voor zorgverleners zijn om zich iedere keer opnieuw aan te sluiten bij de kernthema's en gedachtes van iedere unieke patiënt (Kiers, 2017; Schmitz, 2001). Artsen worden vaak getraind om een bepaalde professionele afstand te bewaren, zodat emotionele uitputting voorkomen wordt (Schmitz, 2001). Dit roept vragen op over hoeveel een arts moet laten zien van zijn of haar eigen persoonlijkheid en hoeveel empathie en authenticiteit getoond kunnen worden, zonder dat dit ten koste gaat van het welzijn van zorgverleners. De balans bewaren tussen een goede professionele betrokkenheid en het bewaken van de persoonlijke grenzen kan uitdagend zijn (Schmitz, 2001). Echter zijn er ook aanwijzingen dat relationeel zorgverlenen uiteindelijk leidt tot een hoger werkgeluk van artsen, effectievere behandlungsbeslissingen en een hogere patiënttevredenheid met hogere gezondheidsuitkomsten (Lombarts, 2018; Kearley et al., 2001). Dit samen resulteert uiteindelijk tot tijdsbesparing en vermindering van zorgkosten.



Figuur 1. Overzicht relationeel zorgverlenen

1.2.2 “Eetstoornis-zelf” en “Gezonde-zelf”

Specifiek bij de behandeling van eetstoornissen is het van waarde om op een relationele manier zorg te verlenen. Gezien de complexiteit van eetstoornissen en hun emotionele diepgang is alleen aandacht besteden aan de biochemische kant van de ziekte niet genoeg voor een effectieve behandeling (Poole & Robinson, 2021).

Eetstoornissen zijn psychische gezondheidsproblemen die ernstige lichamelijke complicaties, zoals een te lage bloeddruk en abnormale bloedwaarden, kunnen veroorzaken (GGZ Standaarden, 2017). De kern van de psychopathologie van deze stoornissen is een obsessie met gewicht, eetpatronen en het lichaamsbeeld (GGZ Standaarden, 2017). Anorexia nervosa en boulimia nervosa zijn de meest voorkomende vormen, waarbij vooral jonge vrouwen de patiëntenpopulatie vertegenwoordigen (GGZ Standaarden, 2017; Schmidt et al., 2016). Anorexia nervosa is bovendien een van de meest voorkomende chronische ziektes onder adolescenten en toont binnen de categorie van mentale stoornissen de hoogste mortaliteitsratio (Schmidt et al., 2016; GGZ, 2017).

Bij het herstel van eetstoornissen zijn het psychologisch welzijn van de patiënt en een vertrouwelijke relatie met de zorgverlener belangrijke factoren (Chang et al., 2023). Onderzoek toont echter aan dat patiënten met anorexia nervosa vinden dat behandelaren te weinig aandacht besteden aan hun emotionele problemen en zich te sterk richten op fysiek herstel (Chang et al., 2023). Patiënten hebben het idee dat zij niet als compleet persoon gezien worden en dat er slechts aandacht is voor biomedische aspecten van de zorg. Deze benadering kan als niet empathisch worden ervaren, omdat patiënten het gevoel hebben dat zorgverleners hun echte problemen niet begrijpen (Chang et al., 2023).

Zoals eerder beschreven, wordt deze kwestie bij meerdere patiëntengroepen ervaren. Echter, bij patiënten met psychische stoornissen is het voor artsen vaak nóg lastiger om een relatie aan te gaan (Jackson & Kroenke, 1999). Het blijkt voor zorgprofessionals niet makkelijk te zijn om vanaf het eerste consult een vertrouwelijke band met patiënten met anorexia nervosa op te bouwen (Chang et al., 2017). Patiënten zijn in de eerste instantie namelijk vaak terughoudend met het delen van hun gedachten en gevoelens en ze gaan weinig sociale interactie aan (Chang et al., 2023). Bovendien manipuleren patiënten met een eetstoornis soms de waarheid over hun eetgedrag, dit verstrekt de vertrouwensband niet (Kornstein, 2017).

Om toch een relatie op te bouwen is het belangrijk dat artsen veel tijd investeren in het leren kennen en begrijpen van de patiënt. Op die manier kan er vertrouwen gecreëerd worden en kan de patiënt overtuigd worden om zijn of haar gedachten te delen (Chang et al., 2023). Zo is het voor de arts beter mogelijk om aan te sluiten bij de behoeftes van de patiënt. Daarnaast is het voor artsen verstandig om in de eerste instantie ook een goede band met de ouders van de patiënten op te bouwen, aangezien het bij eetstoornissen vaak om jonge patiënten gaat. Ouders kunnen ondersteunen in het delen van de behoeftes en wensen van de patiënt, wanneer zij dat in het begin bijvoorbeeld nog lastig vinden (Chang et al., 2023).

Als laatste is het voor patiënten met een eetstoornis en hun behandelaren ook moeilijker om een relatie op te bouwen, omdat er bij de patiënt sprake kan zijn van twee botsende *mindsets* ten aanzien van de controle op eten en gewicht. Het onderscheiden van deze twee gedachtestromen wordt als onderdeel van de (narratieve) therapie van eetstoornissen gezien. Een vorm van deze therapie die veel wordt gebruikt bij eetstoornissen is externalisatie (Heywood et al., 2022). Bij externalisatie wordt het probleem, de eetstoornis in dit geval, buiten de persoon gepositioneerd (Lock, Epston, Maisel, & de Faria, 2005). Dit betekent dat de eetstoornis als object kan worden gezien, dat gescheiden is van de identiteit van de persoon (Lock et al., 2005). Zo spreken sommige patiënten van een zogenaamde “Eetstoornis-zelf” en een “Gezonde-zelf” (Foreich et al., 2020). Deze tegenstrijdige gedachtestromen laten verschillende denk- en handelwijzen binnen de patiënt zien. De “Eetstoornis-zelf” is een apart, verstoord zelfbeeld dat patiënten met een eetstoornis dwingt obsessief bezig te zijn met het controleren van hun gewicht. Deze “zelf” zorgt voor negatieve gedachten en ongezonde gedragingen gericht op voeding en gewichtscontrole. Bij externalisatie wordt deze gedachtestroom dus behandeld als iets dat losstaat van de persoon (Foreich et al., 2020). De “Gezonde-zelf” daarentegen, streeft naar herstel en gezondheid. Deze “zelf” probeert los te komen van de negatieve relatie met eten en werkt aan een positiever zelfbeeld en gezondere levensstijlkeuzes. Naarmate deze mentaliteit sterker wordt, neemt de kans op herstel van de eetstoornis toe (Foreich et al., 2020). Behandelend artsen staan voor de uitdaging om in de spreekkamer met beide gedachtestromingen van patiënten aansluiting te vinden en op een

relationele manier te werken. Annemarie van Bellegem, kinderarts en voorzitter van de werkgroep Eetstoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, zegt dat dit complex kan zijn. Het is voor de arts namelijk soms onduidelijk met welke “zelf” hij of zij op dat moment te maken heeft (Sevil, 2021).

1.2.3 Relationeel zorgverlenen meten

Voor dit onderzoek zal er vanuit video-opnames die gemaakt zijn tijdens consulten tussen kinderartsen en patiënten met een eetstoornis, gereflecteerd worden op relationeel zorgverlenen. Het scoren van relationeel zorgverlenen vanuit videobeelden is complex, omdat er op dit moment nog geen tools zijn om dit concept te meten. Het meten van de kwaliteit van de zorgrelatie is wel mogelijk, hier bestaan al verschillende instrumenten voor (Baart, 2018, p. 83). Echter, deze tools zijn te kortzichtig om relationeel zorgverlenen te toetsen (Baart, 2018, p.84). Ze richten zich bijvoorbeeld op het scoren van de communicatie of de professionaliteit van de zorggever (Baart, 2018, p.84). Bovendien erkennen ze niet dat we in de zorg te maken hebben met een praktijk, die afhankelijk is van context, ruimte, personen en geschiedenis (Baart, 2018, p. 83). Zoals in de vorige sectie al uiteengezet is, bestaat er een belangrijke nuance tussen de zorgrelatie en relationeel zorgverlenen. Er kan dus niet verwacht worden dat voor beide concepten dezelfde meetinstrumenten gebruikt worden. In ‘De ontdekking van Kwaliteit’ (Baart, 2018) geeft Baart enkele redenen waarom de bestaande meetinstrumenten tekortschieten voor het evalueren van relationeel zorgverlenen. Hij identificeert een aantal problemen die de effectiviteit van de instrumenten beperken:

Ten eerste, de huidige meetinstrumenten worden doorgaans van buiten de zorg geïntroduceerd, waardoor ze niet echt onderdeel van de zorgpraktijk zijn (Baart, 2018, p. 86). De instrumenten worden vaak niet door zorgverleners zelf gebruikt, maar door externe partijen, zoals onderzoekers. Hierdoor ontstaat er een scheiding, waarbij degenen die de zorg beoordelen los komen te staan van de praktiserende zorgverleners (Baart, 2018, p. 87). De meetinstrumenten worden in dit geval veelal achteraf gebruikt, nadat de zorg al is verleend. Zo worden ze niet ingezet op het moment dat zorgverleners in de praktijk bezig zijn (Baart, 2018, p. 87). Buitenstaanders kunnen dan ook maar tot op zekere hoogte beoordelen wat er voor relatie gelegd is. Wanneer er bijvoorbeeld slechts één gesprek in de spreekkamer wordt geobserveerd en van daaruit relationeel zorgverlenen wordt gescoord, wordt er niet erkent dat relationeel zorgverlenen plaatsvindt in een continuüm. De observator weet niet wat er vooraf gegaan is aan het geobserveerde gesprek en wat er nog volgt na het gesprek. De relatie tussen arts en patiënt kan dieper zijn dan wat er op het eerste gezicht lijkt.

Bovendien hebben veel bestaande meetinstrumenten de vorm van een *survey*, zoals interviews of enquêtes (Baart, 2018, p. 87). Dit soort instrumenten zijn vaststaand, omdat er van tevoren al bepaald is waar erop getoetst gaat worden. Ze worden daarentegen gebruikt om een veranderlijke situatie, de zorg, te meten. (Baart, 2018, p.86). Voordat de specifieke situatie is bekeken, zijn er met het gebruik van deze instrumenten al beslissingen genomen over wat belangrijk is en waar de aandacht naar uitgaat (Baart, 2018, p.87). De meetinstrumenten kijken op deze manier niet naar de specifieke situatie die op dat moment plaatsvindt in de zorg, waarbij iedere patiënt en omstandigheid weer anders is. De tools zijn bepaald door algemene ideeën en richten zich op algemene toepassingen, terwijl de zorg niet algemeen is (Baart, 2018, p. 87).

Daarnaast worden de huidige tools tijdelijk en naar behoefte ingezet om specifieke situaties in kaart te brengen. Ze worden gebruikt in een afgebakende periode en omgeving, terwijl relationeel zorgverlenen in een praktijk plaatsvindt (Baart, 2018, p. 86). In een praktijk zijn de omgeving, context, eerdere gebeurtenissen en de invloed van mensen ook belangrijk (Baart, 2018, p.82). De bestaande meetinstrumenten erkennen praktijkdenken niet, iets wat juist een belangrijk onderdeel is van relationeel zorgverlenen.

Als laatste richten de bestaande instrumenten zich voornamelijk op de zorgrelatie of op specifieke onderdelen daarvan, zoals de interactie of bejegening. Er wordt weinig aandacht besteedt aan de complexe context waarin zorg wordt verleend en waarin relationeel zorgverlenen dus plaatsvindt (Baart, 2018, p.87).

Na het bekritisieren van de huidige instrumenten doet Baart (2018) enkele voorstellen hoe relationeel zorgverlenen beter geanalyseerd of gescoord zou kunnen worden.

Het eerste voorstel is dat zorgverleners zelf het instrument worden om relationeel zorgverlenen te meten. Hiermee voorkom je dat de meetinstrumenten van buiten de zorg komen en de analyse door externe observators gedaan wordt. Relationeel zorgverlenen wordt op deze manier ook gemeten tijdens het verlenen van zorg, in plaats van achteraf. Bovendien wordt er zo een continue analyse gedaan, in plaats van dat er slechts een momentopname wordt beoordeeld. Daarnaast kan de meting hiermee aangepast worden op de specifieke situatie van de zorg, in plaats van gebruik te maken van vaststaande meetinstrumenten (Baart, 2018, p.99)

Het volgende wat Baart stelt is dat relationeel zorgverlenen niet beoordeeld kan worden op basis van vooraf vastgestelde ideeën over wat goede zorg zou zijn. In plaats daarvan moet het beoordeeld worden aan de hand van echte resultaten en ervaringen van de zorg zoals die wordt gegeven. Iedere patiënt is uniek, met eigen behoeftes en wensen. Daarom moet de zorg zich aanpassen aan wat de patiënt echt nodig heeft, in plaats van alleen te voldoen aan algemene regels of verwachtingen. Dit betekent dat wat wordt beschouwd als “goede” relationele zorgverlening, kan variëren per situatie en patiënt (Baart, 2018, p.99). Hierop moeten de meetinstrumenten zich dus ook aanpassen.

Het derde voorstel benadrukt dat de evaluatie van relationeel zorgverlenen verder moet gaan dan het beoordelen van individuele zorgverleners. Het is belangrijk dat de volledige praktijk van relationeel zorgverlenen onder de loep wordt genomen. Het is dus niet van belang of een individuele zorgverlener op een relationele manier handelt, maar wel of de gehele zorgpraktijk deze benadering volgt. Deze brede scoringsmethode erkent dat zorg een complexe, dynamische, veranderende praktijk is, die afhankelijk is van contexten, omgevingen en interacties tussen mensen (Baart, 2019, p. 100).

Het laatste idee is dat tools die de zorgrelatie kunnen meten deels gebruikt kunnen worden om relationeel zorgverlenen te scoren. Zoals eerder aangegeven zegt de kwaliteit van de zorgrelatie op zich niet genoeg over de kwaliteit van relationeel zorgverlenen. Toch is het niet geheel onbelangrijk. De zorgrelatie is immers een belangrijk onderdeel van relationeel zorgverlenen. De meetinstrumenten die de zorgrelatie beoordelen moeten echter wel flexibel en contextgevoelig zijn (Baart, 2018, p.99).

Met bovengenoemde bevindingen is de deelvraag *“Hoe kunnen indicatoren van relationeel zorgverlenen geïdentificeerd en gekwantificeerd worden vanuit videobeelden?”* deels beantwoord. Er kan geconcludeerd worden dat er nog geen goede meetinstrumenten ontwikkeld zijn om relationeel zorgverlenen te meten. In de methodesectie zal er uitgebreider ingegaan worden op hoe er in dit onderzoek toch, tot op zekere hoogte, een analyse is gedaan van relationeel zorgverlenen vanuit videobeelden.

1.2.4 Humanisme

Een van de kernpunten binnen relationeel zorgverlenen is dat patiënt als geheel mens wordt gezien, in plaats van alleen als patiënt met een ziekte. Het is daarom nuttig om het begrip “humanisme”, dat hier nauw mee samenhangt, verder uit te diepen. Humanisme wordt gedefinieerd als elk systeem, denkwijze of handeling waarin menselijke belangen, waarden en waardigheid overheersen. Humanisme is een filosofische stroming die begon in de Renaissance als tegenreactie op het theïsme uit de Middeleeuwen. Er werd nu in plaats van god als het centrum van alles, mensen en de menselijke ervaring als het centrum van alles gezien (Thibault, 2019). De geneeskunde is altijd beschouwd als een humanistische discipline. De ethische principes van de eed van Hippocrates uit de 5^e eeuw voor Christus waren al humanistisch, omdat ze oproepen om de belangen van patiënten voorop te stellen. Vanaf de Renaissance bestond er het ideaal van de arts die zowel in de geesteswetenschappen als in de wetenschappen geleerd was (Thibault, 2019). Verschillende ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals een toenemende afhankelijkheid van technologie, verminderde tijd voor klinische ontmoetingen en vercorporatisering van de zorg hebben echter gezorgd voor dehumanisering van de gezondheidszorg (Thibault, 2019). Critici zeggen dat er te veel focus ligt op alleen de biomedische kant van het zorgsysteem, met alleen aandacht voor de ziekte van de patiënt (Marcum, 2008). Dit heeft geleid tot een afname van zowel de patiënt- als artsen tevredenheid (Thibault, 2019). Vanaf het eind van de 20^e eeuw kwam daarom het fenomeen op om de link tussen het humanisme en de geneeskunde te herstellen. Er moest weer meer aandacht voor de patiënt als geheel persoon komen, in plaats van alleen op de ziekte. Bij humanisme

worden zorgverleners niet alleen gezien als behandelaren van fysieke aandoeningen, maar als partners in een relatie van wederzijds respect en gelijkwaardigheid met hun patiënten. Deze visie streeft ernaar om zowel patiënten als artsen te zien als volledige individuen die samenwerken aan gezondheidszorg (Bakker, 1976).

1.2.5 Menselijkheid in de geneeskunde en de arts-patiëntrelatie

Een van de belangrijkste kwaliteiten van zorgverleners is interesse in menselijkheid, omdat het bij goede zorg leveren draait om het zorgen voor de patiënt en niet alleen de ziekte van de patiënt (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Menselijkheid kan omschreven worden als de kwaliteiten of eigenschappen die kenmerkend zijn voor menselijke wezens (Cambridge University Press, n.d.) In de geneeskunde heeft menselijkheid een diepe connectie met de arts-patiëntrelatie (Gupta, 2011). Een goede arts-patiëntrelatie is weer een belangrijk onderdeel van relationeel zorgverlenen. Daarom is het belangrijk om het concept van menselijkheid uit te diepen.

Kaba en Sooriakumaran (2007) beschrijven aan de hand van vijf principes hoe een effectieve arts-patiëntrelatie kan worden opgebouwd door middel van patiëntgerichte geneeskunde. Deze benadering van de geneeskunde biedt zorgverleners methoden en technieken om de menselijke aspecten te verweven binnen de relatie met de patiënt.

Het eerste principe is het biopsychosociale perspectief. Dit wil zeggen dat artsen bereid moeten zijn om betrokken te zijn bij het volledige scala aan moeilijkheden die patiënten presenteren, niet alleen bij hun biomedische problemen (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Dit is ook een van de kenmerken die hoort bij relationeel zorgverlenen.

Het tweede principe gaat uit van de patiënt als geheel persoon zien, dit concept kennen we uit het humanisme en relationeel zorgverlenen. Iedere persoon ervaart een ziekte op een andere manier, omdat iedere patiënt uniek is en een eigen context heeft buiten zijn of haar ziekte. Om de juiste behandeling te kiezen moet dus het gehele verhaal van de patiënt als persoon begrepen worden (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Bij het derde principe komt naar voren dat het belangrijk is dat er een gelijkgestemde relatie tussen de zorgverlener en -ontvanger is. Het is hierbij van belang dat de arts de patiënt aanmoedigt om mee te denken over de behandeling en dat er wordt geluisterd naar de patiënt. Er is dus geen sprake van een machtsverhouding waarbij de arts domineert (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Ook dit principe kennen we vanuit het relationeel zorgverlenen.

Het vierde principe gaat over de persoonlijke relatie tussen de arts en patiënt. Wanneer er een goede band is tussen beide partijen, is het waarschijnlijk dat de patiënt het behandelplan beter volgt en de arts een beter behandelplan op kan stellen. Het is hierbij belangrijk dat er empathie en positieve waardering richting de patiënt wordt getoond (Kaba & Sooriakumaran, 2007). Dit zien we bij relationeel zorgverlenen terug als de zorgrelatie, die een belangrijk onderdeel vormt van relationeel zorgverlenen.

Het laatste principe gaat ervan uit dat de arts ook als persoon wordt gezien. Opnieuw is dit een aspect van relationeel zorgverlenen. Het is hierbij belangrijk dat er erkend wordt dat een arts ook normen, waarden, ervaringen en keuzes kan delen met de patiënt. Op deze manier kan de arts onderdeel uitmaken van overleg over de behandeling (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Wanneer er van al bovengenoemde principes gebruik wordt gemaakt zal er meer menselijkheid binnen de ars-patiënt relatie gecreëerd worden. Dit draagt weer bij aan zorgverlenen op een relationele manier. Het is hierbij wel belangrijk te beseffen dat we niet kunnen spreken van één arts-patiëntrelatie, omdat zowel artsen als patiënten unieke personen zijn. Bovendien ontstaat een arts-patiëntrelatie in een praktijk en is dus van een context afhankelijk is (Huisman, 2018). Een arts-patiëntrelatie is dus situationeel en afhankelijk van de deelnemende personen.

2. Methode

Om de hoofdvraag “*In welke mate werken kinderartsen relationeel en hoe wordt dit ervaren door patiënten met een eetstoornis en artsen?*” te beantwoorden, is er een tweedelig kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Eerst is er een analyse gedaan van videobeelden van consulten tussen kinderartsen en patiënten met een eetstoornis. Dit was bedoeld om te bepalen in hoeverre er sprake was van relationele zorgverlening. In het tweede deel van het onderzoek zijn er interviews afgenomen met zowel de artsen als patiënten die op de videobeelden te zien waren. Deze interviews hadden als doel een reflectie te genereren op de ervaring van het relationeel zorgverlenen tijdens de opgenomen gesprekken en op de ervaring met relationeel zorgverlenen in bredere zin. Bovendien kon er tijdens de interviews getoetst worden of er in het algemeen op een relationele manier zorg werd verleend door de artsen, buiten het opgenomen consult om. Voor het onderzoek werd niet-WMO toetsing (nr. W24.069) bij de METC van het St. Antonius Ziekenhuis verkregen.

2.1 Participanten

Voor dit onderzoek was het doel om drie kinderartsen en drie patiënten met een eetstoornis te interviewen. De participanten voor de interviews moesten overeenkomen met de deelnemers in de video-opnames, dus er was maar een selecte groep die als participant kon dienen. De beelden waarin de participanten voorkwamen, waren al beschikbaar voor onderzoeksdoeleinden. De artsen, patiënten en hun ouders hadden dus al eerder toestemming gegeven om het consult op te laten nemen. De begeleider van deze scriptie heeft contact opgenomen met de betrokken artsen, patiënten en hun ouders om toestemming te vragen voor het hergebruik van de video-opnames. Tegelijkertijd heeft hij hun bereidheid bevestigd om aan de interviews deel te nemen. Gezien de gevoelige aard van het onderwerp werd zorgvuldig overwogen welke patiënten het meest geschikt waren voor een interview. Er werden vijf patiënten benaderd, waarvan er drie aangaven niet deel te willen nemen aan de interviews vanwege diverse redenen. Uiteindelijk is het gelukt om drie artsen en twee patiënten, die onder behandeling waren bij deze artsen, te interviewen. De kinderartsen zijn in verschillende ziekenhuizen in Nederland werkzaam en hun patiënten zijn allemaal onder behandeling voor eetstoornisproblematiek.

2.2 Videobeeldanalyse

Zodra bevestigd was welke patiënten en artsen aan het onderzoek zouden deelnemen, zijn er door de scriptiebegeleider drie video's van opgenomen consulten vrijgegeven voor de analyse. Het gaat om gesprekken in de spreekkamer tussen kinderartsen en patiënten met een eetstoornis. De video-opnames zijn vanuit twee hoeken in de spreekkamer gefilmd, zodat zowel de arts als patiënt te zien is.

De videobeelden zijn geanalyseerd om te bepalen in welke mate er sprake was van relationeel zorgverlenen tijdens de opgenomen consulten. In het theoretisch kader is onder het kopje “1.2.3 Relationeel zorgverlenen meten” al naar voren gekomen dat er nog geen goede meetinstrumenten bestaan om relationeel zorgverlenen te identificeren of meten als externe observator. Toch is dit geprobeerd aan de hand aspecten die volgens het theoretisch kader belangrijke onderdelen zijn van relationeel zorgverlenen. Daarnaast geeft Baart (2018) aan dat de zorgrelatie wel een belangrijk onderdeel is van relationeel zorgverlenen, dus kunnen onderdelen van een goede zorgrelatie ook geïdentificeerd worden. In Tabel 1 (te vinden in bijlage 7.1) zijn de kenmerken die zijn gebruikt voor de analyse van de filmbeelden opgenomen.

Eerst zijn de videobeelden stuk voor stuk bekeken om een algemene indruk van het consult te krijgen. Opvallende fragmenten die mogelijk blijk gaven van relationele zorgverlening werden genoteerd. Vervolgens zijn de videobeelden nog een aantal keer grondig geanalyseerd en zijn ze beoordeeld op basis van de aspecten uit Tabel 1. Aangezien deze aspecten onderdelen vormen van relationeel zorgverlenen, is er gesteld dat hoe meer van deze kenmerken terug te zien waren in een opname, hoe meer er sprake was van relationele zorgverlening tijdens dat consult. De volledige analyses van de video-opnames zijn opgenomen in bijlage 7.1.

De analyse van de opnames was, naast de beoordeling op relationeel zorgverlenen, ook bedoeld als voorbereiding op de interviews met de participanten. Tijdens de interviews werden namelijk specifieke delen van de inhoud van de opnames besproken. Tijdens het bekijken van de videobeelden werden er meteen een aantal interessante fragmenten geselecteerd voor interviews. Deze fragmenten werden geselecteerd op basis van kenmerken die mogelijk wezen op relationeel zorgverlenen, of juist het ontbreken ervan, conform het theoretisch kader. Daarnaast werd er aandacht besteed aan de emoties van artsen of patiënten, zodat hier dieper op in kon worden gegaan tijdens de interviews.

2.3 Interviews

Nadat de participanten hadden aangegeven te willen deelnemen aan het onderzoek, werden de data en locaties voor de interviews vastgesteld. De participanten konden bepalen wanneer en waar de interviews plaatsvonden. De interviews werden *face-to-face* afgenomen. Voorafgaand aan de interviews met de patiënten werden zij gevraagd een *informed consent* formulier te ondertekenen. Ouders mochten bij het interview aanwezig zijn als de participanten dat wensten, maar dit werd liever niet gedaan om beïnvloede antwoorden te voorkomen. Als laatste werd er aan zowel de deelnemende artsen als patiënten gevraagd of zij het goed vonden dat de interviews werden opgenomen en getranscribeerd.

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews. Dit houdt in dat er vooraf onderwerpen met mogelijke vragen zijn opgesteld, maar ter verdieping of verduidelijking kon er afgeweken worden van deze vragen (Genau, 2023). Er zijn voor de patiënten en de artsen andere vragen opgesteld die zijn aangepast op hun unieke ervaringen en behoeften.

De vragenlijst voor de patiënten werd vanwege de gevoeligheid van het onderwerp en de kwetsbare participantenpopulatie gecontroleerd door de scriptiebegeleider voordat de interviews werden afgenomen. In de interviews kwamen uiteindelijk zeven onderwerpen aan bod (zie Tabel 2 in bijlage 7.2). Deze onderwerpen zijn vooral gebaseerd op de bevindingen benoemd in het theoretisch kader. Daarnaast zijn er geselecteerde fragmenten uit de video-opnames aan de participanten getoond tijdens de interviews en zijn aan de hand daarvan ook vragen gesteld. Deze fragmenten toonden momenten waarop relationele zorg werd verleend of juist niet, of andere situaties die relevant konden zijn om een vraag over te stellen. Soms haalden participanten interessante onderwerpen aan die niet in de vooraf bepaalde lijst waren opgenomen. Deze onderwerpen zijn genoteerd en meegenomen in de volgende interviews.

Na het afnemen van de interviews zijn deze getranscribeerd en vervolgens geanalyseerd volgens de zes stappen van een thematische synthese (Clarke & Braun, 2014). Hierbij zijn de interviewantwoorden eerst meerdere keren zorgvuldig gelezen. Opvallende en belangrijke uitspraken hebben een initiële code gekregen. Vervolgens is er gekeken of er overlap in de codes was en of er terugkerende thema's te vinden waren. Hieruit zijn de volgende thema's naar voren gekomen: "op een relationele manier zorgverlenen", "niet op een relationele manier zorgverlenen", "ervaring van artsen", "ervaring van patiënten". Onder deze thema's werden subcodes verdeeld (zie bijlage 7.2 voor de volledige transcripties en coderingen van de interviews en bijlage 7.3 voor de codeboom). Als laatste is er gekeken hoe vaak deze subcodes per thema voorkwamen (zie bijlage 7.4 voor de aantallen). De meest opvallende en vaakst voorkomende onderwerpen zijn gepresenteerd in de resultaten.

3. Resultaten

In de eerste sectie van de resultaten worden de belangrijkste uitkomsten uit de analyse van de videobeelden gepresenteerd. Vervolgens worden de resultaten van de interviews besproken. Uiteindelijk vormen de gecombineerde resultaten van beide analyses een antwoord op de onderzoeksvraag.

3.1 Resultaten van de videobeeldanalyses

De volledige analyses van de drie opgenomen consulten zijn te vinden in bijlage 7.1. Deze analyses bieden waardevolle inzichten in hoe aspecten van relationeel zorgverlenen tijdens deze consulten in de praktijk werden gebracht. Hieronder worden de belangrijkste en meest terugkerende thema's die tijdens de analyses geïdentificeerd zijn, besproken.

Goede zorgrelatie

In alle video-opnames waren kenmerken zichtbaar die duiden op een goede arts-patiëntrelatie, wat een belangrijk onderdeel is van relationeel zorgverlenen. Ten eerste was er te zien dat de artsen zich netjes en vriendelijk gedroegen in de omgang met de patiënten en hun ouders. Een arts vroeg bijvoorbeeld of haar uitleg helder was en een ander benadrukte dat de patiënt zich taai moest houden. Daarnaast spraken twee artsen expliciet hun hoop op herstel voor de patiënten uit, wat veel empathie aantoont. Als laatste werd in alle drie de opnames begrip getoond voor de patiënten. Een arts sprak bijvoorbeeld haar medeleven uit over de aanhoudende lichamelijke klachten van de patiënt, dit benadrukte haar begrip voor de ongemakkelijke fysieke toestand van de patiënt. Echter, kwam er maar in één consult een teken van een persoonlijke klik tussen de arts en patiënt naar voren. Dit was het geval toen beiden aangaven dat ze het niet prettig vonden om de hele dag binnen te zitten. Verder was dit kenmerk van een goede arts-patiëntrelatie niet terug te zien in de consulten.

Aansluiting bij de patiënt

Het aansluiten en afstemmen op de leefwereld en kernthema's van de patiënt is een belangrijk onderdeel van relationeel zorgverlenen. In alle drie de consulten kwam duidelijk naar voren dat dit werd toegepast. In twee consulten gingen de artsen specifiek in op gedachten van patiënten over situaties die zij als onprettig ervoeren. Er werd bijvoorbeeld gesproken over de noodzaak om in een rolstoel te zitten en over de beperking van meedoen met gym op school. De artsen erkenden in beide gevallen dat dit voor de patiënten niet leuk is en sloten zich hiermee aan op de gedachten en leefwereld van de patiënt. In een ander consult werd aan de patiënt gevraagd wat zij het meest mist in het leven. Hiermee probeerde de arts de behoeftes en verlangens van de patiënt te achterhalen en begrijpen, zodat hij zich hierbij kon aansluiten. Toen de patiënt hier geen antwoord op wist, bood de arts haar handvaten door voorbeelden aan te halen die de patiënt bij een vorig consult had benoemd. Hierdoor kwam hij echter niet te weten hoe de patiënt op dat moment over deze situatie dacht. Dit is een voorbeeld van een mindere aansluiting van een arts bij zijn patiënt.

Individuele zorgaanpassing

De aanpassing van de zorg aan de individuele, unieke behoeftes van de patiënt kwam duidelijk naar voren in alle consulten. In twee van de drie video-opnames vroegen de artsen naar de voorkeuren en behoeftes van hun patiënten op het gebied van de behandeling. Vervolgens gaven de artsen ook aan dat ze de zorg hierop zouden aanpassen, wat een belangrijk onderdeel is van relationeel zorgverlenen. In een van de video's sprak de arts bijvoorbeeld over de aversie van een patiënt tegen drinkvoeding en stelde voor om naar alternatieve oplossingen te zoeken die comfortabeler zouden zijn voor de patiënt. Dit voorbeeld benadrukt hoe de zorg werd afgestemd op de persoonlijke voorkeuren van de unieke patiënt. Daarentegen werd in een ander consult niet expliciet gevraagd naar wat de patiënt zou helpen om te herstellen. De arts sprak dus ook niet uit hoe ze de zorg zou kunnen aanpassen op de specifieke behoeftes van deze patiënt. In één consult kwam het aspect "individuele zorgaanpassing" binnen relationeel zorgverlenen op dat moment dus niet duidelijk naar voren.

Aansluiting eetstoornisgedachtes van patiënt

In alle geanalyseerde consulten toonden de artsen begrip voor de interne conflicten waarmee de patiënten worstelen. Ze erkenden zowel de gezonde als de door de eetstoornis beïnvloede gedachtes van de patiënten. Twee van de drie artsen benoemden tijdens de opgenomen consulten zelfs expliciet tegen de patiënten dat er sprake kon zijn van twee botsende gedachtes. Zo vroeg een arts bijvoorbeeld aan de patiënt of haar acties voortkwamen uit een gezonde motivatie of uit de dwang van de eetstoornis. Bovendien werd in twee van de drie consulten duidelijk dat de artsen de patiënten niet veroordeelden op hun eetstoornisgedachten, wat veel erkenning en steun kan bieden voor de patiënten. In één consult preees een van de artsen de inspanningen van een patiënt om te herstellen, waarmee ze de moeilijkheden erkende die de eetstoornis met zich meebrengt. In een ander consult maakte de arts duidelijk dat de ziekte de patiënt was overkomen en dat ze er niet zelf voor had gekozen. Over het algemeen werd dit onderdeel van relationeel zorgverlenen, dat specifiek is voor eetstoornissen, in deze consulten veel toegepast. Er was echter één moment in een consult waarbij niet volledig werd aangesloten bij de eetstoornisgedachtes van de patiënt. Dit was wanneer de patiënt aangaf dat het zien van haar gewicht haar een dubbel gevoel gaf, maar de arts hier verder niet op in ging. Bovendien werd bij dezelfde patiënt meerdere keren besproken hoe zij benaderd wilde worden door de arts in gesprekken over haar eetstoornis: streng of juist hoopvol. Hoewel de patiënt niet expliciet aangaf dat dit invloed kon hebben op haar eetstoornisgedachtes, liet zij dit wel doorschemeren. Echter werd niet duidelijk welke benadering ze prefereerde, waardoor de arts zich hier ook niet op kon aansluiten.

De persoonlijke dimensie van de zorg

In één van de consulten gaf een arts een stukje van zijn eigen persoonlijkheid bloot door een mening te geven die los stond van zijn professionele rol. Dit soort momenten waren echter zeldzaam in de opgenomen consulten, terwijl dit wel een belangrijk onderdeel is van relationeel zorgverlenen. Daarentegen vroegen de artsen wel een aantal keer naar zaken buiten de ziekte van de patiënt. Zo werd er in twee consulten gevraagd of de patiënten nog dingen wilden bespreken, los van hun ziekte. Ook werd in een van de consulten bijvoorbeeld specifiek gevraagd naar de studie van de patiënt en in een ander naar de gevoelens over haar gewichtsverlies. Dit toont aan dat er erkenning was voor de personen als geheel. Bij het laatste voorbeeld ging de arts echter snel door op het lichamelijke aspect van het gewichtsverlies van de patiënt, zonder af te wachten hoe zij zich hier als persoon over voelde. Daarnaast gingen de artsen ook niet dieper in op privé-zaken wanneer een patiënt daar iets over vertelde; het bleef vaak bij een enkele vraag. Hierdoor leek de echte interesse naar de persoon achter de patiënt niet altijd even sterk.

Gezamenlijke besluitvorming en gelijkwaardige relatie

In alle drie de consulten werden de patiënten betrokken bij de besluitvorming over de zorg. De artsen stelden vragen over de voorkeuren van de patiënten en integreerden deze in het behandelplan. In een van de consulten werd zelfs expliciet een gezamenlijk behandeldoel uitgesproken. Tijdens een ander consult draaide de arts het computerscherm naar de patiënt toe om samen uitslagen te bespreken, met deze handeling betrok hij de patiënt actief in het gesprek. Bovendien kregen alle drie de patiënten de mogelijkheid om zelf onderwerpen, die nog niet besproken waren, in te brengen. Dit zorgde ervoor dat de patiënten veel autonomie en regie in het gesprek kregen, wat kan bijdragen aan een gelijkwaardige relatie. Opvallend is dat in twee van de drie consulten dit initiatief nooit door de patiënt zelf werd genomen, wat de vraag oproept hoe gelijkwaardig de relatie was. In een van de consulten nam de patiënt wel zelf meer initiatief door bijvoorbeeld te vragen om meer uitleg over de bloedsuikerslagen. Als laatste was er in twee consulten te zien dat artsen duidelijk hun grenzen stelden met betrekking tot hun behandeladviezen. Hierdoor bleven de relaties gebalanceerd, niet alleen de patiënt of de arts was dominant in de besluitvorming van de zorg. Er was hier dus niet uitsluitend sprake van *person-centered care*, wat kenmerkend is voor relationeel zorgverlenen.

Conflict

Opmerkelijk is dat er in geen een van de consulten frictie of discussie tussen de arts en patiënt te zien was. Relationeel zorgverlenen biedt echter wel ruimte voor meningsverschillen, omdat deze kunnen bijdragen aan een beter wederzijds begrip tussen arts en patiënt. Dit aspect van relationeel zorgverlenen werd dus niet waargenomen in deze opnames.

Coördinatie van de zorg

De aandacht voor de coördinatie en continuïteit van de zorg kwam duidelijk naar voren tijdens de opgenomen consulten. In alle drie de opnames werd er gesproken over de overname naar een nieuwe zorginstelling, waarbij alle drie de artsen duidelijk maakten dat zij zouden zorgen voor een goede overdracht van patiënteninformatie. Dit zorgt ervoor dat de patiënten niet alle details opnieuw hoeven te vertellen en zo weinig mogelijk last zullen hebben van de overnames. Bovendien waren twee van de drie artsen goed op de hoogte van het gehele zorgteam van de patiënt en wisten zij wanneer ze afspraken hadden met andere zorgondersteuners. Er werden in alle consulten dus kenmerken gezien die horen bij relationeel zorgverlenen binnen het zorgsysteem.

De aspecten uit Tabel 1 (te vinden in bijlage 6.1), die belangrijke onderdelen van relationeel zorgverlenen weergeven, werden overwegend teruggezien in de onderzochte consulten. De gezamenlijke besluitvorming en het aansluiten bij de leefwereld en eetstoornisgedachtes van de patiënten waren goed vertegenwoordigd in deze consulten. Ook werd er over het algemeen een goede arts-patiëntrelatie, met veel empathie en begrip waargenomen. Echter werden er ook momenten in de opnames gezien waar bepaalde onderdelen van relationeel zorgverlenen verder verdiept en verfijnd hadden kunnen worden. De aandacht voor de persoon achter zowel de arts als de patiënt zou groter kunnen zijn. Bovendien zouden er ook meer meningen naar voren mogen komen, wat tot meningsverschillen kan leiden en een diepere relatie kan bevorderen. Als laatste is het twijfelachtig hoe gelijkwaardig de relaties waren tijdens deze consulten, aangezien de patiënten zelf amper *input* gaven.

3.2 Resultaten van de interviews

De volledige transcripten met coderingen van de interviews zijn terug te vinden in bijlage 7.2. De antwoorden die in de interviews terugkwamen geven een goed beeld van welke aspecten van relationeel zorgverlenen door de artsen worden toegepast en hoe zij en hun patiënten deze manier van zorgverlenen ervaren. De belangrijkste resultaten van de thematische synthese, uitgevoerd op basis van de interviews, worden hieronder gepresenteerd. Deze zijn georganiseerd aan de hand van de vier hoofdthema's met bijbehorende subthema's, die uit de interviews naar voren zijn gekomen

3.2.1 Op een relationele manier zorgverlenen

Goede zorgrelatie

In alle interviews kwam het subthema “goede zorgrelatie” meermaals aan bod. Twee artsen gaven bijvoorbeeld aan dat ze hun patiënten herstel toewensen, wat hun empathie voor de patiënten duidelijk aantoont. Deze houding werd ook teruggezien in de videobeelden van de consulten. Daarnaast benadrukten alle artsen dat ze willen zorgen voor een vertrouwelijke omgeving in de spreekkamer. Dit is een aanpak die ze consequent zeiden toe te passen, niet alleen tijdens de opgenomen consulten. Beide patiënten bevestigde dat dit streven gerealiseerd werd en dat er inderdaad sprake was van een vertrouwelijke sfeer bij deze artsen. Daarnaast gaf arts 1 aan dat zij haar patiënten altijd wil helpen en motiveren tot herstel door ondersteunend te zijn en hoop te blijven uitstralen. Dit was ook duidelijk zichtbaar tijdens het opgenomen consult. Bovendien bevestigde patiënt 1 tijdens haar interview dat de arts haar consistent steun heeft geboden. Dit zijn allemaal aspecten van een goede zorgrelatie, wat een essentieel onderdeel is van relationeel zorgverlenen.

Aansluiting bij de patiënt

“Aansluiting bij de patiënt” was het meest voorkomende subthema in de interviews. Alle drie de kinderartsen lieten weten dat zij tijdens consulten altijd achter de kernthema's, behoeftes en wensen van hun patiënten proberen te komen, zodat ze zich hierop kunnen aansluiten en afstemmen. Dit is

bijvoorbeeld terug te zien in het volgende fragment, waar arts 2 een reactie geeft op een passage uit het opgenomen consult:

Fragment van interview met arts 2

Participant: Dan wil ik graag horen welke toon, welke aanvliegroute helpt jou. Dus ik ben hier inderdaad gewoon op zoek. Misschien weer een beetje van ik ken jou nog niet zo goed, ik weet niet wat jij nodig hebt. Dus helpt het jou om een schop onder je kont te krijgen? Helpt het bij jou om het heel strak en duidelijk voorgeschoten te krijgen? Of moet ik je een beetje ruimte geven?

Uit dit fragment blijkt dat de arts er tijdens het opgenomen consult achter wilde komen wat de behoeftes van zijn patiënt waren. Uit de interviews bleek dat dit een gebruikelijke werkwijze is voor de artsen tijdens alle consulten. Bovendien gaven niet alleen de artsen aan dat ze zich aansluiten bij hun patiënten, ook de twee patiënten bevestigden dat dit in ieder geval gebeurde tijdens de opgenomen consulten:

Fragment van interview met patiënt 1

Interviewer: En voel je je dan hier wel ook gehoord?

Participant: Ja.

Interviewer: Je had niet het idee dat ze jou niet begreep in wat jouw behoeftes waren?

Participant: Nee, ik dacht wel dat ze dat begreep

Fragment van interview met patiënt 2

Participant: Maar ik denk ook dat ik het even niet echt goed kon uitrukken, denk ik. Maar hij deed wel echt zijn best om het te begrijpen.

Interviewer: Je hebt niet het idee dat er aan je voorbij werd gegaan?

Participant: Nee, zeker niet. (...)

De inzichten van de patiënten uit de interviews ondersteunen de resultaten uit de videobeeldanalyse, die aantoonde dat de artsen op veel momenten bij de behoeftes en leefwereld van de patiënten aansloten.

Individuele zorgaanpassing

Alle drie de artsen en één patiënt gaven meerdere keren aan dat de zorg, ook buiten de opgenomen consulten om, aangepast wordt aan de unieke patiënt. Dit onderwerp werd bij alle interviews door de interviewer aangekaart en niet door de participanten zelf ingebracht. Uit het volgende fragment komt duidelijk naar voren dat er sprake is van individuele zorgaanpassing en dat er daarnaast ook nog aangesloten wordt bij behoeftes van de patiënt:

Fragment van interview met arts 1

Participant: (...) En dat is ook iets wat we bij ons heel speciaal doen, dat we echt een persoonlijke eetlijst maken met de diëtist en daarmee geef je ook aan van ik heb jou gehoord, ik zie je als persoon, je bent niet een nummertje die op eetlijst A of B of C staat. We luisteren echt naar jouw behoeftes en jouw gewoontes. (...) Je gaat ook kijken, waar word jij nou blij van? Wat zou jij nou graag willen? Nou, al gaan ze een keer in de rolstoel, weet ik veel, pony's aaien, prima.

Uit de videobeeldanalyse bleek dat de uitvoering van zorgaanpassing aan de specifieke patiënt tijdens de opgenomen consulten wisselde, terwijl de interviews redelijk consistent aantoonde dat artsen deze benadering toepassen.

Aansluiting eetstoornisgedachtes

Het subthema “aansluiting bij de eetstoornis gedachtes van de patiënt”, specifiek relevant voor de patiëntengroep van dit onderzoek, kwam opvallend vaak naar voren in de interviews. Twee van de drie artsen brachten dit onderwerp zelf ter sprake, terwijl het bij één arts door de interviewer werd geïntroduceerd. Bij beide patiënten is het thema ook door de interviewer opgebracht en is er uitgelegd wat het inhoudt. Dat gebeurde bijvoorbeeld op de volgende manier:

Fragment van interview met patiënt 1

Interviewer: (...) bij mensen die problemen hebben met eten, dat ze een soort gezonde gedachtestroom hebben en daartegen in een gedachtestroom die een soort eet stem of beweeg stem heeft. En dat die wel eens botsen en dat de ene soms meer aan het woord is dan de ander. Ervaar jij dat wel eens?

Participant: Ja.

Interviewer: En had je het daar dan ook wel eens met de arts over?

Participant: Ja, ze noemde het wel, maar ze wist het nog niet.

Interviewer: En vond je dat zij, als zij het erover had, dat ze ook erkenning gaf aan die verschillende botsende gedachtes?

Participant: Ja.

Er is hier terug te zien dat deze patiënt vond dat haar arts over het algemeen wel erkenning gaf aan haar eetstoornisgedachtes. Ook uit de antwoorden van alle drie de kinderartsen kwam naar voren dat zij tijdens consulten uitleggen dat er sprake kan zijn van eetstoornisgedachtes. Bovendien gaven de artsen aan dat ze zich aansluiten bij deze gedachtes, ook al zijn ze het hier niet mee eens. Dit sluit aan bij de resultaten uit de videobeeldanalyse, waaruit bleek dat alle artsen zich tijdens deze consulten over het algemeen aansloten bij de eetstoornisgedachten van de patiënt, met uitzondering van een kort moment in een van de consulten. Voortbouwend op dit thema, vertelde kinderarts 3 tijdens het interview uit zichzelf dat ze de “eetstoornis-zelf” van haar patiënten vaak externaliseert, wat een onderdeel is van de narratieve behandeling van eetstoornissen. Ze zei daar het volgende over:

Fragment van interview met arts 3

Participant: Ik zeg ook wel eens: ik heb je pas twee keer gezien. Volgens mij ben je een supertof mens. Maar die eetstoornis, die haat ik per definitie.

Ze voegt hier later nog aan toe:

Fragment van interview met arts 3

Participant: Ze heeft het niet bedacht, het is haar overkomen. Je moet het echt zien als een soort stem in je hoofd die gewoon opdrachten geeft.

De kinderarts gaf met deze uitspraken duidelijk aan dat het niet de schuld van patiënten is dat ze ongezonde gedachtes hebben en dat de stoornis los van de patiënten als persoon staat. In het opgenomen consult was ook te zien dat deze arts de patiënt duidelijk maakte dat de ziekte haar was overkomen.

Persoonlijke dimensie van de zorg

Uit zowel de interviews met de artsen als met de patiënten kwam naar voren dat artsen aandacht hebben voor de persoon achter de patiënten, wat belangrijk is om aan te kunnen sluiten bij de kernthema's van patiënten. Er werd niet alleen gesproken over de opgenomen consulten, maar de participanten gaven aan dat dit een algemene benadering was die artsen hanteren. Dit onderwerp werd door geen enkele participant zelf opgebracht, maar werd door de interviewer aangekaart, zoals in het volgende voorbeeld is te zien:

Fragment uit interview met patiënt 1

Interviewer: En had je dan ook het idee dat zij buiten hoe het met jou lichamelijk en geestelijk gaat, daarbuiten ben je ook natuurlijk nog een heel persoon, wist ze daar ook iets van?

Participant: Ja, af en toe vroeg ze dat ook wel.
Interviewer: Wat dan bijvoorbeeld?
Participant: "Wat zijn je hobby's?" En dat soort dingen.

Uit dit fragment wordt duidelijk dat de arts tijdens consulten, ook buiten het opgenomen consult om, naar persoonlijke zaken van de patiënt vroeg. Daarentegen werd, wanneer de interviewer ernaar vroeg, niet vaak benoemd dat de arts zich als persoon opstelt in de spreekkamer. Dit sluit aan bij de resultaten uit de opgenomen consulten, waaruit bleek dat artsen wel tot op zekere hoogte informeerden naar aspecten van het leven van de patiënt buiten de ziekte om, maar zelf nauwelijks uit hun professionele rol stapten. Uit de interviews is niet duidelijk geworden hoe diep artsen ingaan op aspecten die betrekking hebben op de patiënt als geheel persoon, terwijl de videobeelden aantoonde dat artsen hier een redelijk oppervlakkige benadering in hadden tijdens de opgenomen consulten.

Gezamenlijke besluitvorming en gelijkwaardige relatie

De onderwerpen "gelijkwaardige relatie" en "gezamenlijke besluitvorming" werden vaak gezamenlijk besproken tijdens de interviews. Alle participanten spraken over gezamenlijke besluitvorming, een dynamiek die ook naar voren kwam in de videobeelden van de opgenomen consulten. Er werd benadrukt dat zowel de artsen als patiënten inspraak hebben in de behandeling en dat niet één partij de dominantie heeft, wat hoort bij relationeel zorgverlenen. Het volgende fragment geeft hier een voorbeeld van:

Fragment van interview met arts 1

Interviewer: En als het gaat over besluitvorming van het hele behandelproces. Hoe zorgt u dat de patiënt daarin betrokken is? Zorgt u daar überhaupt voor?
Participant: Dat is iets wat je van tevoren afstemt, want het is *teamwork*. (...) Dat ik die kaders schep. Dus je probeert heel erg ieders positie uit te leggen en je geeft haar ook steeds de mogelijkheid waarin je zegt van: "We spreken elkaar weer, heb jij nog dingen waarvan je vindt dat het anders moet of die je in wil brengen?"

Het antwoord van de arts laat duidelijk zien dat zij in haar manier van zorgverlenen haar behandelgrenzen aan geeft, maar dat ze haar patiënten ook inspraak in de behandeling geeft. Daarop aansluitend gaven alle artsen aan dat ze de regie van consulten proberen te verplaatsen naar hun patiënten. Een van de twee patiënten bevestigde dit door te vertellen dat zij vaak de kans krijgt om een eigen inbreng te doen tijdens een gesprek. Dit sluit aan bij de resultaten van de videobeeldanalyse, die aantoonde dat artsen vaak de regie aan patiënten overdroegen, maar patiënten amper zelf dit initiatief namen.

(Stille) frictie

Tijdens de interviews gaven alle drie de artsen aan dat er wel eens discussies of meningsverschillen in de spreekkamer voorkomen. Dit was echter in geen van de opgenomen consulten terug te zien. Patiënt 2 zei ook dat zij wel eens frictie had ervaren tijdens een consult, maar niet met de arts die in dit onderzoek betrokken is. Opvallend genoeg kwam uit het interview met patiënt 1 naar voren dat er tijdens het opgenomen consult onopgemerkte frictie was. De patiënt had haar problemen met eten tijdens dat consult namelijk nog niet openlijk besproken. Hierdoor ontstond er een soort schijnrelatie, waarbij de arts te maken had met een patiënt die niet geheel open was. Deze situatie werd op de video-opname niet direct waargenomen. De stille frictie valt mogelijk ook onder het thema "niet op een relationele manier zorgverlenen", omdat de terughoudendheid van de patiënt het voor de arts moeilijker maakte om relationele zorg te verlenen.

3.2.2 Niet op een relationele manier zorgverlenen

Geen aansluiting bij patiënt

Hoewel er vaker werd gesproken over “aansluiting bij de patiënt”, merkten twee artsen en beide patiënten op dat er niet altijd wordt aangesloten bij de kernthema’s van de patiënten. De patiënten gaven aan dat hun artsen soms niet op de hoogte zijn van hun behoeftes en gedachtes, waardoor ze hier lastig op kunnen aansluiten. Zij vermoedden dat dit deels komt doordat ze zelf niet altijd in staat zijn om hun wensen en gedachten duidelijk te uiten. De videobeeldanalyse bevestigde dit: er was een moment waarop een arts niet kon aansluiten bij de behoeftes van de patiënt, omdat de patiënt zelf niet wist wat deze waren. Een van de artsen deed ook een interessante uitspraak over waarom zij zich soms niet optimaal aan kan sluiten bij haar patiënten:

Fragment van interview met arts 1

Participant: Je kan je kan nog meer stilstaan bij: wat voelde je toen en wat voelde je toen? Maar die tijd heb je ook gewoon niet, dus het is ook soms een beetje uit nood geboren dat je denkt, ja, ik heb 10 minuten, ik moet wel mijn punt maken, dus we gaan even doorpakken.

Deze kinderarts geeft aan dat het praktisch gezien niet altijd mogelijk is om alle gedachtes en kernthema’s van een patiënt te bespreken vanwege de beperkte tijd per consult. In de videobeelden is dit niet terug te zien, de arts sprak niet uit dat ze niet doorvroeg op bepaalde onderwerpen vanwege tijdsdruk.

Geen aansluiting bij eetstoornisgedachtes

Het onderwerp “geen aansluiting bij de eetstoornis gedachtes van patiënten” kwam relatief weinig naar voren uit de interviews. Toen de interviewer ernaar vroeg sprak enkel patiënt 2 hierover:

Fragment van interview met patiënt 2

Interviewer: (...) Heb je het idee dat jouw arts zich daarop kan aansluiten of kan inleven?

Participant: Waarop precies?

Interviewer: Op die twee gedachtestromen.

Participant: Ja, dat is wel een beetje lastig, omdat die tweede soms conflicteren. Dat is dan misschien ook meer wat ik net zei over dat hele hoopvolle van: “Het gaat goed” en “Je kan dit best doen”, of “Dit is niet zo erg” dat bedoelt hij niet letterlijk zo, maar dat maakte ik dan in mijn hoofd. En dat is dan natuurlijk voor die niet gezonde gedachtestroom best wel lastig. Die denkt dan: “Het gaat eigenlijk helemaal niet zo slecht” en “Het valt eigenlijk best wel mee” en “Het is niet zo erg en je kan best wel meer”. Die gaat daar dan natuurlijk best wel op aan eigenlijk. Maar voor die gezonde stem is het natuurlijk ergens, ergens ben je natuurlijk ook wel blij dat hij niet zegt van: “Je moet nu naar het ziekenhuis.” Maar ergens voelt dat dan ook weer van: “Dan valt het wel mee en is dat eigenlijk ook een beetje slap”. En dat is natuurlijk ook gewoon heel moeilijk om op in te spelen als arts.

Uit dit fragment blijkt dat deze patiënt tijdens het opgenomen consult soms vond dat de arts bepaalde uitspraken deed die niet volledig aansloten bij het begrijpen van haar eetstoornisgedachtes. Ze erkende dat het ook moeilijk zou zijn voor de arts om dit wel helemaal goed te doen. In het opgenomen consult werd vaak gesproken over de manier waarop de arts de patiënt het beste kon benaderen, of dat hoopvol of juist streng moest zijn. Daar gaf de patiënt echter niet openlijk aan dat de manier van benaderen haar eetstoornisgedachtes zou kunnen *triggeren*, dit kwam pas in het interview naar voren.

Patiënt stelt zich niet open

Wat opvallend vaak naar voren kwam onder het thema “niet op een relationele manier zorgverlenen”, was dat patiënten zich niet openstelden. Het bleek dat aspecten die horen bij relationeel zorgverlenen niet altijd aan de orde kunnen komen tijdens consulten, omdat patiënten bijvoorbeeld niet de intentie hebben om een relatie aan te gaan en zich niet openstellen. Zoals eerder vermeld, vertelde een van de patiënten tijdens het interview dat zij tijdens het opgenomen consult bijvoorbeeld nog niet openlijk sprak over haar eetproblemen. Bovendien gaf ze aan dat ze tijdens elk consult zo snel mogelijk weg wilde en dat ze niet bezig was met hoe de relatie tussen haar en haar arts verliep. Dit is in het volgende fragment terug te zien:

Fragment van interview met patiënt 1

- Interviewer: Ik ben er toch gewoon meer benieuwd naar hoe jij daarnaar kijkt, of zij echt jouw behoeftes begreep?
- Participant: Ik vind het lastig, omdat ik hier alles een beetje bij elkaar aan het zeggen was en wat eigenlijk allemaal niet waar was.
- Interviewer: Dus vanuit jou was er ook geen intentie om een connectie te leggen met je arts?
- Participant: Nee.

Hieruit blijkt dat de patiënt helemaal niet open was tijdens het geanalyseerde consult en dat ze ook niet de intentie had om een relatie met de arts aan te gaan. Dat is iets wat niet terug te zien was op de video-opname. Bovendien heeft haar arts dit ook niet benoemd tijdens het interview.

Arts in professionele rol

Door de interviewantwoorden van beide patiënten werd duidelijk dat de artsen meestal in hun professionele rol blijven, ook buiten de opgenomen consulten om. Patiënt 1 zegt hierover:

Fragment van interview met patiënt 1

- Interviewer: En gaf ze dan bijvoorbeeld wel eens een mening buiten het arts zijn om?
- Participant: Nee dat niet.
- Interviewer: Dus je had niet dat je haar echt persoonlijk kende?
- Participant: Nee.

Arts 1 geeft hier eenzelfde reflectie op:

Fragment van interview met arts 1

- Interviewer: En heeft u dan het idee dat u zich ook buiten de rol als arts een beetje kan opstellen in zo'n gesprek, of moet dat echt wel heel strikt van ik ben arts?
- Participant: Nee, je probeert wel, je blijft in je rol als arts. Je wordt niet haar vriendin of haar personal coach of wat dan ook. (...)

Deze resultaten komen overeen met de analyse van de videobeelden; de artsen traden in de opgenomen consulten nauwelijks tot niet buiten hun professionele rol.

3.2.3 Ervaring artsen

Uitdaging als patiënt niet open is

In alle drie de interviews gaven de artsen aan dat ze het moeilijk vinden als patiënten tijdens consulten niet open zijn. Dit maakt het voor hen ingewikkeld om aan te sluiten bij de gedachten van de patiënt; ze weten dan niet goed wat de patiënt verlangt of wat er in hun leven speelt. Arts 2 zei hierover:

Fragment van interview met arts 2

Participant: Dat er veel meer speelt in een gezin en dat bij een kind de problemen soms veel groter zijn dan dat ik denk. Of dat ik dus maar één stukje te zien krijg, daar kom ik wel regelmatig achter. En dat is best irritant, omdat je wel gevraagd wordt om beleid te maken en best ingrijpende beslissingen moet maken soms. En dan niet zo goed weet of je het juiste dan doet of het goed toegepaste doet.

Uit dit citaat wordt duidelijk dat wanneer een patiënt niet helemaal open is, het voor artsen moeilijk is om volledig aan te sluiten bij de leefwereld van de patiënt en passende zorg te bieden. Dit sluit aan bij de ervaring van de patiënten, die in interviews aangaven soms niet precies te weten wat hun voorkeuren zijn op het gebied van de zorg die ze krijgen.

Functioneel om patiënt te kennen

Alle drie de artsen gaven logischerwijs aan dat het functioneel is voor de zorg is wanneer zij hun patiënten wél goed kennen, buiten het medische aspect om. Het volgende fragment geeft hier een voorbeeld van:

Fragment van interview met arts 2

Participant: Voor mij maakte het wat diepgaander, omdat ik opeens bedacht; ik ben jou inderdaad op een bepaalde manier misschien nu antwoord aan het geven. Zij liet zichzelf als het ware net wat meer zien daardoor, van: "U ben me op dit moment niet zo goed aan het helpen". En dat gaf mij handvatten om haar wel beter te kunnen helpen. Dus dat maakt dat, als iemand zichzelf wat meer laat zien, dan helpt mij dat om meer relatie te maken en dus ook beter aan te kunnen sluiten.

Uit dit citaat blijkt dat de arts het makkelijker vindt om zich aan te sluiten bij een patiënt als hij of zij zich wel openstelt. Door inzicht te hebben in de ideeën, wensen en behoeftes van de patiënten kan de arts beter gepersonaliseerde zorg leveren.

Leuk om patiënt te kennen

Alle drie de kinderartsen vermeldden dat het persoonlijk kennen van hun patiënten het werk ook nog is leuker maakt. Kinderarts 1 geeft in het volgende fragment duidelijk de dubbele waarde van het persoonlijk kennen van de patiënt aan:

Fragment van interview met arts 1

Participant: Het maakt het leuker om iemand een beetje te kennen. En soms is het ook handig om een beter zorgplan op te stellen, omdat je weet hoe iemands leven er een beetje uitziet.

Eigen persoonlijkheid inbrengen

Bij het bespreken van het naar voren brengen van de eigen persoonlijkheid tijdens consulten, deelden de artsen verschillende ervaringen tijdens de interviews. Artsen 2 en 3 gaven aan dat ze het idee hebben dat patiënten het waarderen als zij zich niet enkel in hun rol als arts, maar ook als persoon, opstellen. Echter, arts 1, en verrassend genoeg ook arts 2, brachten daartegen in dat zij denken dat het belastend voor patiënten kan zijn als ze veel persoonlijke informatie delen. Zo zegt kinderarts 1:

Fragment van interview met arts 1

Interviewer: (...)Brengt u daarin dan ook u eigen persoonlijkheid en identiteit naar voren?

- Participant: Daar ben ik wel voorzichtig mee. Ook omdat, het is misschien ook belastend voor die patiënt. Weet je, want ja, zitten zij erop te wachten over dat ik wel 4 keer in de week kan sporten en 4 kinderen heb en nou ja, weet je dat er ook een geneeskunde studeert? Ik probeer het een beetje aan te voelen, een beetje luchtig te houden en een beetje in het algemeen en meer de interesse in haar. Als ze vragen aan mij stellen krijgen ze altijd antwoord hoor. Maar verder hou ik het wel een beetje op de oppervlakte.
- Participant: Ik denk niet dat het per se nodig is om heel veel van jezelf te delen. Dat dat het voor hen makkelijker maakt.

Ondanks dit, zegt één arts wel duidelijk dat hij het leuk vindt om zijn eigen persoonlijkheid in te brengen tijdens consulten:

Fragment van interview met arts 2

- Participant: Ik vind het wel leuk en fijn als het er een beetje kan zijn. Dat merk ik wel. Het geeft mijzelf wat ontspanning, omdat ik dan gewoon een stukje van die *rolplaying* dokter zijn en even neer kan leggen.

Frictie

Alle drie de artsen gaven aan dat zij het als nuttig ervaren wanneer er frictie of een meningsverschil ontstaat in de spreekkamer. Zij vertelden, wanneer de interviewer ernaar vroeg, dat een moment van frictie de relatie met hun patiënten kan versterken. Dit komt doordat ze dan vaak meer duidelijkheid krijgen over de behoeftes en wensen van hun patiënten. Twee van de drie artsen merkten echter ook op dat zij het soms lastig vinden als er discussie is tijdens een consult. Arts 2 zei hier bijvoorbeeld over:

Fragment van interview met arts 2

- Participant: Ja, juist. Voor een deel, zou je kunnen zeggen, daar wordt het beter van. Wat ik wel alleen merk is, als het dat hele intensieve contact is, dat ik soms wel zelf een beetje afstand neem. Dus dat ik het wel soms wat functioneler ga doen, als er de hele tijd conflicten zijn. Dus dat ik wat minder.... Ik soms mezelf wel een beetje op afstand meer zet. Omdat het anders, als je ze twee keer per week ziet, of op de afdeling de hele dag, en er is strijd, trek ik dat qua intensiviteit niet. Dus dan zet ik mezelf wel iets meer op afstand.

Uit deze uitspraak van de arts is op te maken dat het voor een arts ook intensief kan zijn om iedere keer een discussie aan te gaan met patiënten. Deze arts geeft aan dat hij er dan soms voor kiest om de zorg functioneler te houden, in plaats van de persoonlijke dimensie van de zorg veel naar voren te brengen.

3.2.4 Ervaring patiënten

Goede zorgrelatie is fijn

Tijdens de interviews zeiden beide patiënten dat ze het fijn vinden als hun arts positief is en vertrouwen heeft in het herstel van de patiënt. Daarnaast gaven allebei de patiënten meerdere keren aan dat ze hun arts of de manier waarop de arts handelt aardig of lief vinden. Bij de ervaringen van de artsen werd veel minder over emotie gesproken, zij gaven meer functionele antwoorden. De patiënten spraken meer in relationele termen.

Aansluiting van arts fijn

Beide patiënten gaven aan dat ze het waarderen als artsen zich aansluiten bij hun wensen, behoeften en ideeën. In het volgende fragment is te zien hoe de patiënt het waardeerde dat de arts zich tijdens een consult aansloot op haar gedachte:

Fragment van interview met patiënt 2

- Participant: (...) Er is wel een ding dat ik me herinner, dat ik wel positief vond. Mijn moeder was erbij en toen op gegeven moment vroeg hij wat dingen en toen ook dingen die iets gevoeliger lagen of zo. En dat ik toen een beetje twijfelde of zo en hij zag dat. Toen ging mijn moeder even weg en dat hij het toen nog een keer vroeg van: "Ik zag je twijfelen, wil je dat niet zeggen waar je moeder bij is? Je kan het wel nu zeggen." En er was niks aan de hand, maar vroeg hij wel nog een keer. Dat was wel zorgvuldig, vond ik.
- Interviewer: Dat hij had goed aan gevoeld dus?
- Participant: Dat was inderdaad wel even twijfelen. In dit geval was het niet nodig, maar als het wel geweest was, dan was hij wel goed aan het opletten.
- Interviewer: Dus in die situatie vond jij toen dat hij zich wel inleefde in jou? In jouw hoofd, hoe jij je had kunnen voelen? Het was in deze situatie niet.
- Participant: Ja, dat ging dan specifiek over wat ik allemaal deed en of ik deed aan zelfbeschadiging. Toen twijfelde ik even een beetje, ik moest even nadenken. Toen zei ik "Nee". En dat was in dit geval ook nee, maar dat hij het toen mijn moeder weg was nog even een keer voor de zekerheid vroeg of ik het misschien niet fijn vond om dat met mijn ouders erbij te doen. Dat vond ik wel zorgvuldig

Daarnaast zeiden beide patiënten in de interviews dat ze het prettig vinden wanneer artsen de gedachtegang achter de eetstoornis benoemen. Zij krijgen dan het idee dat de artsen deze gedachtes begrijpen en zich hier ook op kunnen aansluiten.

Balans tussen persoonlijke aandacht en medische zorg

Er kwam in alle interviews herhaaldelijk naar voren dat patiënten het waarderen als ze gezien worden als volledige personen, niet alleen als patiënten met een ziekte. Naast dat de twee patiënten dit aangaven, dachten ook alle drie de kinderartsen dat hun patiënten deze perceptie hebben. Daarentegen benadrukten beide patiënten dat zij het ook prettig vinden om uitsluitend over lichamelijke aspecten te spreken met hun arts. Zij voelen niet de behoefte om zaken buiten hun ziektebeeld te bespreken. Dit is tegenstrijdig met de uitspraken die aangaven dat de patiënten het fijn vinden om als geheel persoon gezien te worden. Hun meningen waren dus niet geheel eenduidig. Dit is terug te zien in de volgende fragmenten:

Fragment van interview met patiënt 1

- Interviewer: En hoe kijk je daar dan nu op terug?
- Participant: Ja op zich had ik dat wel meer gewild, maar ik was daar ook zeg maar alleen voor dat.
- Interviewer: Dus jij zegt van ik was er ook gewoon om mijn eetproblemen te bespreken, dus waarom zou je het dan over andere dingen hebben?
- Participant: Ja.

Fragment van interview met patiënt 2

- Interviewer: (...) Maar heb je dan zoiets van vraag maar niet, ik hoef het niet over al die privé dingen te hebben?
- Participant: Ik denk neutraal, ik vind het ook niet heel erg, maar ik zat daar in principe ook wel met het idee van: ik zit hier om het over andere dingen te laten gaan. Als we bij wijze van spreken de helft van de afspraken ervoor

zouden gebruiken, zou ik een beetje denken: hiervoor zat ik hier niet. Maar dat is natuurlijk ook overdreven.

Uit beide fragment blijkt dat patiënten het enerzijds als positief ervaren als er naar persoonlijke zaken gevraagd wordt, maar anderzijds geven ze aan dat het niet noodzakelijk is. Ze bezoeken de arts voornamelijk voor hun lichamelijke aandoening. Ze geven niet een hele sterke voorkeur in hun mening weer, maar blijven redelijk neutraal.

Arts hoeft niet buiten professionele rol te stappen

In lijn met het voorgaande subthema benadrukten beide patiënten in de interviews dat zij het ook niet nodig vinden dat artsen buiten hun professionele rol treden. Ze zijn bij de arts voor hun lichamelijke problemen en gaven aan niet de neiging te voelen om te vragen naar persoonlijke aspecten van de arts. Patiënt 2 gaf bovendien aan dat het inbrengen van de persoonlijkheid van de arts kan leiden tot verwarring of een extra ruis in haar toch al botsende gedachtes:

Fragment van interview met patiënt 2

Participant: Ik denk misschien in deze situatie dat ik dat lastig zou vinden. Ook omdat er al in mijn hoofd al best wel tweestrijd was. Behandelaren voor mijn gevoel verschillende dingen zeiden en andere mensen verschillende dingen zeiden. Ik was ergens wel heel blij dat ik een arts had die ik soort van echt kon vertrouwen, van wat hij zegt klopt op dit gebied. Dis misschien als er dan een beetje subjectieve meningen doorheen komen, dat ik dat zelf eerder lastig zou vinden. Van: "Maar klopt dit dan? En hoezo?" Ik denk dat zelf lastig zou vinden.

Dit sluit aan bij de ervaringen van de artsen over het inbrengen van hun eigen persoonlijkheid; zij dachten dat dit belastend kon zijn voor patiënten.

Inspraak in behandeling en regie in gesprek

Beide patiënten gaven aan een positief gevoel te hebben wanneer zij inspraak hebben in hun behandelplan. Patiënt 1 zei zelfs dat wanneer er sprake is van gezamenlijke besluitvorming, dat haar therapietrouw dan mogelijk beter zou zijn. Daarop aansluitend kwam uit de interviews met beide patiënten naar voren dat ze een prettige ervaring hebben wanneer artsen hen tijdelijk de regie over het gesprek geven. Ze kunnen dan zelf aangeven wat ze willen bespreken. Daarentegen gaven ze bijna even vaak aan dat ze het waarderen wanneer de arts de leiding van het gesprek weer over nam, vooral als ze vastliepen in hun antwoorden of gedachtes.

Patiënt weet niet wat ze fijn vindt

Uit de antwoorden van beide patiënten bleek dat ze moeite hadden om te bepalen welke benadering van de arts zij het prettigst vinden tijdens een consult. De patiënten gaven vaak aan dat ze niet wisten wat ze precies vonden of wilden en gaven ook aan dat hun mening kon veranderen over de tijd. Het subthema "patiënt weet niet wat ze fijn vindt" kwam dan ook vaak naar voren uit de interviews. Patiënt 1 gaf bijvoorbeeld een wisselende mening aan:

Fragment van interview met patiënt 1

Interviewer: (...) Heb je het idee dat je toen wel had kunnen zeggen hoe je erover zou voelen? Of deed je dat zelf niet?

Participant: Ja, ik deed het zelf ook niet, dus dan vind ik dat lastig.

Interviewer: En zou je dat wel willen op zo een moment, of denk je dat hoeft ik niet bij mijn arts.

Participant: Ik weet niet, toen wilde ik dat niet, nee, maar achteraf wel, dus dat is een beetje.....

Hieruit blijkt dat de patiënt, terugkijkend op het opgenomen consult, nu andere voorkeuren heeft dan destijds.

3.2.5 De rol van ouders in consulten

In een aantal interviews kwamen nevenbevindingen naar voren over de betrokkenheid van ouders in de zorg voor patiënten met een eetstoornis. Zo merkte arts 2 op dat het in sommige situaties nuttig kan zijn om de wensen of behoeften van een patiënt via de ouders te achterhalen, vooral wanneer de patiënt zelf moeite heeft deze te benoemen. Daarentegen gaf arts 3 aan dat zij het lastig vindt wanneer ouders het gesprek in de spreekkamer overnemen van de patiënt. Dit maakt het lastiger voor de arts om het eigen gevoel van het kind helder te krijgen. In het volgende fragment is dit terug te zien:

Fragment van interview met arts 3

Participant: Ja, in mijn vak als kinderarts heb je wel ook natuurlijk ook te maken met ouders. Dus als ouders makkelijk zijn, heb je ook wel vaak goed contact met het kind. Als die ouders heel moeilijk zijn, dan merk je dat daar de focus ook meer naartoe gaat. Dat je meer alleen maar bezig bent met het opbouwen van een goede relatie met die ouders dan dat je... Verliest dat zo de aandacht van het probleem waar het kind mee komt.

Interviewer: Dus ouders hebben grote invloed in dat opzicht?

Participant: Ja.

Participant: (...) En sommige ouders die zijn alleen maar aan het woord voor hun kinderen. Of die vinden het probleem groter dan het kind. Dus het is vaak wel een spel in de spreekkamer.

Bovendien was bij het interview met patiënt 1 de moeder van de patiënt aanwezig, die halverwege het interview ook begon met het geven van antwoorden. Dit illustreert de mate van betrokkenheid die ouders bij de zorg voor hun kind kunnen hebben.

Uit de interviews blijkt dat artsen over het algemeen een goede zorgrelatie onderhouden, wat door patiënten als prettig wordt ervaren en ook wordt bevestigd door de videobeeldanalyse. Daarnaast is duidelijk geworden dat artsen vaak aansluiten bij de leefwereld en eetstoornisgedachtes van patiënten, hoewel dit soms verfijnd kan worden, zoals ook uit de videobeelden bleek. Een ander belangrijk punt uit de interviews is dat patiënten niet altijd volledig open zijn, iets wat niet direct waarneembaar was in de opgenomen consulten. Artsen merkten hierbij op dat, wanneer patiënten zich wel openstellen, zij betere zorg kunnen verlenen en dat hun werkervaring positiever is.

Verder werd duidelijk dat artsen, net zoals in de opgenomen consulten, de zorg in het algemeen aanpassen aan de individuele behoeften van patiënten. Hierbij erkennen ze de patiënten als geheel persoon, omdat artsen het idee hebben dat patiënten dit waarderen. Patiënten gaven echter aan dat zij het niet altijd nodig vinden om zaken buiten hun ziekte te bespreken en ook geen sterke behoefte hebben om hun arts persoonlijk te kennen. Artsen treden dan ook niet vaak buiten hun professionele rol, zoals ook niet in de video-opnames gebeurde, omdat sommigen denken dat dit belastend kan zijn voor patiënten.

Het werd eveneens duidelijk dat artsen streven naar gezamenlijke besluitvorming en een gelijkwaardige relatie, wat door patiënten wordt gewaardeerd. Tegelijkertijd vinden patiënten het echter prettig als de arts de regie van het gesprek weer overneemt. Patiënten waren vaker niet eenduidig in hun mening over de zorgverleningsstijl, wat in de videobeelden zelden naar voren kwam. Tot slot werd duidelijk dat er wel eens frictie voorkomt tijdens consulten, dit wordt echter niet

ondersteunt door de videobeeldanalyse. Artsen zien deze frictie soms als functioneel omdat het hen dieper inzicht geeft in de wensen van de patiënt, maar het kan ook als uitdagend en belastend worden ervaren.

4. Conclusie

In dit onderzoek is er gezocht naar een antwoord op de vraag: “In welke mate werken kinderartsen relationeel en hoe wordt dit ervaren door patiënten met een eetstoornis en artsen?” Dit is gedaan aan de hand van videobeeldanalyses van consulten en interviews met zowel artsen als patiënten.

In het theoretisch kader is aangetoond dat er geen gevalideerde meetmethode bestaat om relationeel zorgverlenen vanuit een momentopname, zoals een videobeeld, door een externe observator te beoordelen. Deze analyse is daarom uitgevoerd met een pragmatische meetmethode, waaruit bleek dat de artsen in de opgenomen consulten veel aspecten van relationeel zorgverlenen in praktijk brachten. Er werden echter ook mogelijkheden tot uitbreiding of verfijning van relationeel zorgverlenen in deze consulten waargenomen.

De resultaten van de interviews bieden aanvullende inzichten in de implementatie en ervaring van relationeel zorgverlenen buiten de opgenomen consulten. Ze bevestigen dat veel kenmerken van deze manier van zorgverlenen door artsen worden toegepast, inclusief elementen die niet in de opgenomen consulten werden waargenomen. Echter, uit de interviews kwam ook naar voren dat volgens artsen en patiënten bepaalde aspecten van relationeel zorgverlenen minder worden toegepast. Sommige van deze aspecten werden in de videobeelden juist weer wel waargenomen. De inzet van aspecten die horen bij relationeel zorgverlenen blijkt dus afhankelijk te zijn van het specifieke consult en van de betrokken arts en patiënt.

Verder bleek uit de interviews dat de ervaringen met aspecten van relationeel zorgverlenen van zowel patiënten met een eetstoornis als artsen variëren van positief tot negatief en dat deze ook verschillen tussen de twee groepen. De ervaring van patiënten wisselt bovendien afhankelijk van de situatie. Dit benadrukt de complexiteit van het meten van relationeel zorgverlenen, omdat zowel de toepassing als de ervaring ervan situationeel bepaald zijn. Het is daarom noodzakelijk dat er een flexibel meetinstrument ontwikkeld wordt om deze vorm van zorgverlening correct te kunnen evalueren.

5. Discussie

5.1 Interpretatie van de resultaten

In deze sectie worden de belangrijkste en opvallendste bevindingen uit de interviews en videobeeldanalyses besproken, met een focus op hoe artsen relationeel zorgverlenen en hoe zij en hun patiënten dit ervaren.

Ten eerste kwamen uit de interviews soms andere resultaten naar voren dan uit de videobeeldanalyse. Bijna alle participanten meldden bijvoorbeeld dat er wel eens discussies of meningsverschillen in de spreekkamer voorkomen, iets wat in geen een van de opgenomen consulten zichtbaar was. Dit verschil kan te wijten zijn aan het bewustzijn van de deelnemers van de aanwezige camera, of aan toevallige omstandigheden. Opvallend was dat een patiënt tijdens het interview onthulde dat er tijdens het opgenomen consult wel degelijk een verborgen conflict speelde; ze had haar problemen met eten nog niet openlijk gedeeld. Dit resulteerde in een soort schijnrelatie, waarbij het leek alsof de arts en patiënt geen meningsverschil hadden. Deze situatie illustreert hoe een momentopname een vertekend beeld kan geven van zorgverlening en dat een externe observator niet altijd de nuances van de interactie tussen twee partijen kan beoordelen vanuit een videobeeld. Volgens Baart (2018, p.99) moet relationeel zorgverlenen daarom beoordeeld worden door direct betrokkenen van de relatie, zodat er een continue analyse van binnenuit de zorg gedaan kan worden.

Daarnaast bleek uit de interviews dat patiënten wisselende voorkeuren hebben wat betreft de manier van zorgverlenen. Dit is waarom Baart (2018, p.99) stelt dat een goede meetmethode voor relationeel zorgverlenen flexibel moet zijn en zich moet aanpassen aan iedere unieke situatie. Bovendien is de ervaring van iedere patiënt uniek en kan er dus ook geen standaard meetinstrument gebruikt worden dat gebaseerd is op vooraf vastgestelde ideeën over wat goede zorg zou zijn (Baart, 2018, p.99).

Verder is het opmerkelijk dat de patiënten in de interviews veel meer in relationele termen spraken over hun ervaringen met relationeel zorgverlenen dan de artsen. Patiënten beschreven bijvoorbeeld over hoe aardig ze hun artsen vinden of hoe ze bepaalde acties van een arts lief vonden. Ook merkten ze op dat relationeel zorgverlenen uitdagender was wanneer zij zich tijdens consulten niet volledig openstellen. Dit toont hun bewustzijn van de wederkerigheid van relaties aan. Artsen daarentegen spraken veel functioneler over de zorg, zij benadrukten bijvoorbeeld hoe nuttig het is om een patiënt goed te kennen.

Ook is het opvallend dat de artsen tijdens de interviews aangaven dat zij denken dat patiënten als geheel persoon gezien willen worden, terwijl patiënten zeiden die behoefte niet altijd te hebben. Het kan zijn dat artsen een verkeerde inschatting maken van wat hun patiënten prettig vinden en dus zorg leveren die niet aansluit op de wensen van patiënten. Het roept de vraag op of artsen dit onderdeel van relationeel zorgverlenen wel moeten toepassen, als patiënten hier mogelijk geen positieve ervaring mee hebben.

Bovendien gaven artsen aan dat ze dachten goed aan te sluiten bij de kernthema's en eetstoornisgedachtes van hun patiënten. In een interview gaf een patiënt echter aan dat haar arts zich niet volledig aansloot bij haar eetstoornisgedachtes. Volgens Baart (2018, p.168) vereist goed aansluiten dat een arts de gedachtes van een patiënt echt erkent en zich openstelt om deze te behandelen, ook al is hij of zij het er niet mee eens. Dit betekent dat de arts de patiënt als geheel persoon moet zien en soms zelf ook buiten zijn professionele rol moet treden (Baart, 2018, p.89; Beach & Inui, 2006). Dit gebeurde blijkbaar niet genoeg in deze situatie. Ook uit de videobeeldanalyse bleek dat de artsen vaak slechts oppervlakkige interesse toonden in zaken buiten de ziekte van de patiënt. Zo vroegen ze bijvoorbeeld wel naar hobby's, maar gingen hier niet dieper op in en deelden ook geen persoonlijke ervaring of mening. Wanneer ze dit wel zouden doen, zou dit meer blijk geven van werkelijke interesse of zelfs van een relatie aangaan. Er zou dan meer op een relationele manier zorg verleend worden.

Maar één van de artsen gaf aan dat hij het leuk vindt om buiten zijn professionele rol te stappen. Het theoretisch kader maakt echter duidelijk dat het een belangrijk onderdeel van relationeel zorgverlenen is dat artsen zich ook als persoon opstellen (Timmerman & Baart, 2022). Dit idee vindt

een parallel in het onderwijs, bij het concept “subjectificatie van de leraar”. Hierbij worden leraren niet alleen gezien als informatieoverdragers, maar als actieve deelnemers van het onderwijs die zich aanpassen aan de dynamiek van een klas (Biesta, 2020). Dit houdt in dat leraren openstaan voor de invloeden van hun studenten en reageren op hun behoeften. Bovendien benadrukt Biesta (2020) dat het onderwijs een wederkerig proces is, waarbij zowel leraren als studenten zich ontwikkelen en inbreng hebben. Dit sluit nauw aan bij de theorie van Baart (2018) over relationeel zorgverlenen, waarbij zorgverleners en patiënten beide inbreng hebben in consulten en artsen zich niet alleen als kennis overdragende professionals hoeven op te stellen. In het onderwijs wordt dit concept al doorgevoerd, de zorg zou hier dus een voorbeeld aan kunnen nemen.

Tot slot gaf een van de artsen tijdens het interview aan dat zij, vanwege de beperkte tijd per consult, niet altijd diep in kan gaan op de behoeften van patiënten. Een andere arts merkte op dat hij het soms intensief vindt om voortdurende discussies met patiënten te hebben. Deze bevindingen zijn interessant, aangezien de huidige zorgcontext, met tijdsdruk en personeelstekorten, het moeilijk maakt om relationeel zorgverlenen toe te passen (RIVM, 2018). Hoewel deze benadering op lange termijn kan bijdragen aan betere patiëntuitkomsten en efficiëntie, vereist het in de eerste instantie emotionele en praktische investering van artsen (Stewart et al., 2020). Uit de interviewresultaten blijkt echter dat zij dit niet altijd haalbaar vinden.

5.2 Bewijs van kwaliteit en punten van uitbreiding

Dit onderzoek biedt een diepgaande en interdisciplinaire kijk op relationeel zorgverlenen door het combineren van literatuuronderzoek, videobeeldanalyse en interviews. De directe betrokkenheid van kinderartsen en patiënten met een eetstoornis in de videobeelden en interviews heeft gezorgd voor een rijke en diepgaande dataverzameling. Vooral de interviews bieden waardevolle eerstehands informatie van participanten die direct te maken hebben met relationeel zorgverlenen of juist met niet-relationeel zorgverlenen. Dit zorgt voor genuanceerde inzichten over de ervaring met relationeel zorgverlenen van zowel kinderartsen als patiënten met een eetstoornis. Bovendien kon er door de interviews een breder begrip worden verkregen van hoe artsen relationeel zorgverlenen in het algemeen toepassen, aangezien er bij de videobeeldanalyses slechts momentopnames zijn onderzocht. Het is hierbij gunstig dat dezelfde participanten uit de video-opnames ook aan de interviews deelnamen.

Ondanks deze sterke punten, kent dit onderzoek ook limitaties. Ten eerste is de steekproef, die bestaat uit drie videobeelden en interviews met drie artsen en twee patiënten, relatief klein. De beperkte hoeveelheid data kan de generaliseerbaarheid van de bevindingen beperken. Dit betekent dat de resultaten van de onderzochte groep niet noodzakelijkerwijs voor andere settings representatief zijn. Daarnaast is het mogelijk dat alleen de meer toegankelijke en minder complexe patiënten bereid of in staat waren om deel te nemen aan dit onderzoek. Dit kan wijzen op een selectiebias. Bovendien is er met een van de patiënten uit de videobeelden geen interview afgenomen. Er is in dat geval dus alleen het perspectief en de ervaring van de arts uitgevraagd, wat een eenzijdig beeld van de interactie kan geven.

Verder vertegenwoordigen de videobeeldanalyses slechts momentopnames van de interactie tussen de artsen en patiënten. De volledige complexiteit van zorgverlenen op een relationele manier, dat plaatsvindt in een continuüm en ontwikkelt binnen een specifieke praktijkcontext, kan niet worden gescoord op basis van één enkel consult (Baart, 2018). Daarnaast is de videobeeldanalyse gedaan door een externe observator, terwijl Baart (2018, p.99) voorstelt dat bij het meten van relationeel zorgverlenen de deelnemers van de relatie zelf het meetinstrument moeten zijn. De subtiele aspecten van de connectie tussen twee partijen, die over de tijd veranderen, kunnen niet gevat worden uit een video-opname van één consult door een externe observator. Bovendien moet er volgens Baart (2018, p.100) bij het scoren van relationeel zorgverlenen niet gekeken worden naar hoe één enkele zorgverlener dit doet, maar hoe de gehele praktijk deze manier van zorgverlenen inbrengt. In dit onderzoek is er echter steeds naar individuele zorgverleners gekeken. Als laatste stelt Baart (2018, p.99) voor dat er bij het meten van relationeel zorgverlenen gebruik gemaakt moet worden van een flexibel meetinstrument en dat er niet vooraf vastgesteld kan worden wat goede zorg zou zijn. In dit onderzoek is wel aan de hand van vooraf vastgestelde aspecten geprobeerd om relationeel zorgverlenen te identificeren. Kortom, het ontbreken

van een gevalideerd meetinstrument om relationeel zorgverlenen uit videobeelden te scoren verlaagt validiteit van het onderzoek.

Ook bij de interviews is relationeel zorgverlenen gescoord aan de hand van vooraf opgestelde criteria, wat volgens Baart (2018) dus niet de juiste manier is. Bovendien bestaat er bij de interviews de mogelijkheid dat bepaalde onderwerpen niet zijn aangesneden door de interviewer of niet zijn verteld door de participanten. Dit kan betekenen dat ervaringen of aspecten van (niet) relationeel zorgverlenen onvolledig zijn belicht. Zulke omissies kunnen leiden tot een vertekend beeld. Ook werden de interviews steeds gehouden met één individu die onderdeel is van de arts-patiëntrelatie. Hierdoor is bij ieder interview een analyse gedaan van antwoorden van een enkel persoon, terwijl relationeel zorgverlenen plaatsvindt tussen meerdere partijen. In de huidige methode zijn deze twee partijen in de interviews gescheiden van elkaar benaderd.

Tot slot zijn zowel de videobeeldanalyses, de interviews als het coderen slechts door één onderzoeker uitgevoerd. Hierdoor kan persoonlijke bias de interpretatie van de data vertekenen, wat de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek verlaagt.

5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Toekomstig onderzoek zou kunnen profiteren van een grotere en meer diverse steekproef, om de bevindingen te bevestigen en de generaliseerbaarheid te vergroten. Verder zou een langdurige observatie of *follow-up* met de participanten kunnen zorgen voor een diepgaandere en meer valide analyse van de mate waarin artsen relationeel zorgverlenen. De zorg en relaties vinden namelijk plaats in een continuüm en moeten dus niet beoordeeld worden aan de hand van een momentopname (Baart, 2018). Relaties veranderen steeds en omvatten veel meer dan wat zichtbaar is in de ontmoeting op een video-opname.

Daarnaast zou het waardevol zijn om een aanvullende methode in te zetten in vervolgonderzoek. Vragenlijsten, die op meerdere momenten gedurende een langere periode ingevuld worden, zouden kunnen helpen om de veranderingen in perceptie en ervaringen van zowel artsen als patiënten te meten. Bovendien zou het nuttig zijn om tijdens de interviews precies dezelfde videofragmenten aan zowel de artsen als de patiënten te tonen. Hiermee kan er een nauwkeurige vergelijking van hun reflecties verkregen worden. Met deze benadering zouden de subjectieve ervaringen beter worden getrianguleerd met de objectieve observaties uit de videobeelden. Ook zou het doen van een conversatieanalyse een goede aanvulling zijn voor toekomstig onderzoek. Dit zou de observator in staat kunnen stellen om in detail te kijken naar hoe relationeel zorgverlenen zich manifesteert in de communicatie tijdens de consulten.

Het zou bovendien waardevol zijn om verdiepend onderzoek te doen naar een gevalideerde meetmethode die relationeel zorgverlenen kan identificeren en scoren. Er is nu namelijk gebruik gemaakt van een pragmatische meetmethode, waardoor de validiteit van de resultaten niet optimaal is. Vervolgonderzoek kan zich ook richten op de rol van ouders in consulten tussen kinderartsen en patiënten met een eetstoornis. Uit de resultaten van de interviews bleek namelijk dat ouders een belangrijk onderdeel zijn van de zorg bij jonge patiënten. Uit bestaand onderzoek komt naar voren dat ouders een cruciale rol spelen in de interacties tussen zorgverlener, ouder en kind. Ouders hebben vaak de controle over de beurtwisseling tijdens consulten en zorgen dan ook dat hun kind deelneemt aan gesprekken (Woerden et al., 2023). Bovendien spelen ouders een centrale rol in de besluitvorming omtrent de behandeling van hun kinderen (Jenkins et al., 2024). Verder onderzoek is echter nodig om te achterhalen welke rol ouders specifiek vervullen in het kader van relationeel zorgverlenen. Als laatste zou er een verdiepingsonderzoek gedaan kunnen worden naar de rol van de arts in relationeel zorgverlenen. Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat patiënten het niet nodig achten dat artsen buiten hun professionele rol stappen en dat artsen dit ook nauwelijks doen. Er kan afgevraagd worden wat artsen dan wel voor rol zouden moeten aannemen in een zorgpraktijk waarin relationele zorg wordt verleend.

6. Literatuurlijst

- Baart, A. (2018). *De ontdekking van kwaliteit: Theorie en praktijk van relationeel zorg geven* (2e editie). SWP.
- Bakker, F. R. (1976). Humanistische geneeskunde: een geneeskunde, die de gehele mens betreft. *Huisarts en Wetenschap*, 19, 368-373.
- Bayramzadeh, S., & Aghaei, P. (2021). Technology integration in complex healthcare environments: A systematic literature review. *Applied Ergonomics*, 92, 103351. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103351>
- Beach, M. C., & Inui, T. S. (2006). Relationship-centered care. A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine*, 21(S1), S3-S8. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x>
- Biesta, G. (2020). Risking Ourselves in Education: Qualification, Socialization, and Subjectification revisited. *Educational Theory*, 70(1), 89–104. <https://doi.org/10.1111/edth.12411>
- Blustein, D. L. (2011). A relational theory of working. *Journal of Vocational Behavior*, 79(1), 1–17. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.10.004>
- Cambridge University Press. (n.d.). Humanity. In *Cambridge Dictionary*. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/humanity>
- Clarke, V., & Braun, V. (2014). Thematic Analysis. *Encyclopedia of Critical Psychology*, 1947–1952. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_311
- Douven, R., Zoutenbier, R., & Bijlsma, M. (2015). *Betere zorg | Betaalbare zorg: Vijf aanknopingspunten voor doelmatigheid in de curatieve zorg*. Centraal Planbureau. <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-policy-brief-2015-12-vijf-aanknopingspunten-voor-doelmatigheid-de-curatieve-zorg.pdf>
- Foreich, F. V., Ratcliffe, S. E., & Vartanian, L. R. (2020). Blind versus open weighing from an eating disorder patient perspective. *Journal of Eating Disorders*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00316-1>
- Genau, L. (2023, January 23). Semigestructureerde of half-gestructureerde interviews in je scriptie. Scribbr. <https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/semigestructureerd-interview/>
- Gupta, P. (2011). Humanity in medicine. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 4(3). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3714107/>
- GGZ Standaarden (2017). *Eetstoornissen*. Geraadpleegd op 24 maart 2024, van: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/eetstoornissen/over-eetstoornissen/wat-zijn-de-gevolgen>
- Heywood, L., Conti, J., & Hay, P. (2022). Paper 1: a systematic synthesis of narrative therapy treatment components for the treatment of eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00635-5>

- Howell, A. (2023, June 26). *Person-centred care vital in treatment of eating disorders*. InSight+. Medical Journal of Australia. <https://insightplus.mja.com.au/2023/23/person-centred-care-vital-in-treatment-of-eating-disorders/>
- Huisman, F. G. (2018). De arts-patiëntrelatie. Medische geschiedenis: Ziekte Kennis Dokter en patiënt Gezondheidszorg en maatschappij, 163-177.
- Jackson, J. L., & Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: Clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 159(10), 1069-1075. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.10.1069>
- Jenkins, L., Ekberg, S., & Wang, N. C. (2024). Communication in Pediatric Healthcare: A State-of-the-Art Literature Review of Conversation-Analytic Research. *Research on Language and Social Interaction*, 57(1), 91–108. <https://doi.org/10.1080/08351813.2024.2305046>
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International journal of surgery*, 5(1), 57-65.
- Kappert, K. (2021, April 14). Wat levert het de patiënt op? *Medisch Contact*. <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/column/wat-levert-het-de-patient-op>
- Kearley, K. E., Freeman, G. K., & Heath, A. (2001). An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice*, 51(470), 712-718.
- Kiers, B. (2017, April 3). *Artsen ervaren hoge werkdruk door emotionele zwaarte*. Zorgvisie. <https://www.zorgvisie.nl/artsen-ervaren-hoge-werkdruk-door-emotionele-zwaarte/>
- Kornstein, S. G. (2017). Epidemiology and recognition of binge-eating disorder in psychiatry and primary care. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(Suppl. 1), 6543.
- Le Fanu, J. (1999). *The rise and fall of modern medicine*. Little, Brown and Company.
- Lock, A., Epston, D., Maisel, R., & de Faria, N. (2005). Resisting anorexia/bulimia: Foucauldian perspectives in narrative therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(3), 315-332. <https://doi.org/10.1080/03069880500179459>
- Lombarts, M. J. M. H. (2018). Vertrouwen in de dokter: Professional performance in tijden van verzakelijking, versnelling en verharding. *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena*, 133-142.
- Marcum, J. A. (2008). Reflections on humanizing biomedicine. *Perspectives in biology and medicine*, 51(3), 392-405.
- Maassen, H., & Van Santen, H. (2018, November 16). ‘Het wringt in de spreekkamer tussen meetbare en merkbare zorg’. Medischcontact. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/het-wringt-in-de-sprekkamer-tussen-meetbare-en-merkbare-zorg>
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Miller, J. B. (1986). What do we mean by relationships? *Work in progress*, 22, 1-13. https://growthinconnection.org/wp-content/uploads/2021/03/WhatDoWeMean_-Miller.pdf

- Moleman, L. (2022, mei, 26). Steeds meer jonge eetstoornispatiënten, nog jaren drukte in zorginstellingen. *NU.nl*. <https://www.nu.nl/coronavirus/6202783/steeds-meer-jonge-eetstoornispatiënten-nog-jaren-drukke-in-zorginstellingen.html>
- Newell, W. H. (2001). A Theory of Interdisciplinary Studies. *Issues in Integrative Studies*, (19), 1-25 https://web.mit.edu/jrankin/www/interdisciplinary/interdisc_Newell.pdf
- Nicolini, D. (2012). *Practice theory, work, and organization: An introduction*. OUP.
- Orde van Medisch Specialisten, Zorginstituut Nederland, Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten, & Schalij, M. J. (2014). LEIDRAAD NIKP Nieuwe Interventies in de Klinische Praktijk. <https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/Leidraad%20Nieuwe%20interventies%20in%20de%20klinische%20praktijk%20def.pdf>
- Patiëntenfederatie Nederland (2023). *Meerjarenplan 2023 - 2025*. <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/organisatie/1388-samenvatting-meerjarenplan-voor-2023-tot-2025/file>
- Poole, R., & Robinson, C. (2021). Social Theory, psychiatry and mental health services. In Cambridge University Press eBooks (pp. 32–40). <https://doi.org/10.1017/9781911623793.006>
- Repko, A. F., & Szostak, R. (2016). *Interdisciplinary Research: Process and Theory* (3rd ed.). SAGE Publications.
- RIVM (2018). *Belangrijkste ontwikkelingen | Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. <https://www.vtv2018.nl/belangrijkste-ontwikkelingen#zorgvraag-toekomst>
- Sassen, B. (2023). Nursing and relationship-based nursing: Improving person-centered innovation of nursing care leadership for change. In B. Sassen (Ed.), *Improving Person-Centered Innovation of Nursing Care* (pp. 11-16). Springer.
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzackers, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M. J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., Van Elburg, A., . . . Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet. Psychiatry*, 3(4), 313–315. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00081-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00081-x)
- Schmitz, M. (2001). Intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid. *Huisarts en Wetenschap*, (12), 555-558. <https://www.henw.org/artikelen/intelligent-balanceren-tussen-distantie-en-betrokkenheid>
- Schouteten, R., & Jansen, L. (2019). De implementatie van 'Samen beslissen' in het ziekenhuis en de werkdruk van zorgprofessionals. *Gedrag & Organisatie*, 32(4).
- Sevil, M. (2021, juli, 1). Deze kinderarts praat dagelijks over eetstoornissen en mishandeling: ‘Mijn werk is nooit luchtig’. *Het Parool*. <https://www.parool.nl/ps/deze-kinderarts-praat-dagelijks-over-eetstoornissen-en-mishandeling-mijn-werk-is-nooit-luchtig~ba9cb707/>
- Stegenga, J. (2018). *Care and cure: An introduction to philosophy of medicine*. University of Chicago Press.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11032203/>

- Thibault, G. E. (2019). Humanism in medicine: What does it mean and why is it more important than ever? *Academic Medicine*, 94(8), 1074–1077. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002796>
- Timmerman, G., & Baart, A. (2022). Presentieonderzoek: Een kritische blik op innoverend onderzoek vanuit relationeel zorg verlenen. *Innoverend onderzoeken- veranderkundige grondslagen*. <https://www.marnixacademie.nl/sites/default/files/2023-07/Presentieonderzoek%20-Andries%20Baart%20en%20Guus%20Timmerman.pdf>
- Tresolini, C. P., Pew-Fetzer Task Force, Inui, T. S., Candib, L. M., Cunningham, A. J., England, S., Frankel, R., Guerra, F. A., McWhinney, I. R., Remen, R. N., Rennie, D., Roter, D., Selker, L. G., Watson, M. J., Fetzer Institute, Lehman, R. F., Sluyter, D., Waletzky, J., Pew Health Professions Commission, . . . Shugars, D. A. (1994). *Health professions education and relationship-centered care*. https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/RelationshipCentered_02.pdf
- Van De Pol, R. (2022, juni 16). “Een goede arts is eerst mens en dan dokter” Huisartsgeneeskunde. <https://huisarts.bsl.nl/een-goede-arts-is-eerst-mens-en-dan-dokter/>
- Van Engelen, B., van der Wilt, G. J., & Levi, M. (2018). Wat is er met de dokter gebeurd? Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Soest, A. (2017, juli, 17). Goed luisteren in de spreekkamer. *Nederlands Dagblad*. <https://www.nd.nl/nieuws/nederland/580931/goed-luisteren-in-de-sprekkamer>
- Woerden, C. S. van, Vroman, H., & Brand, P. L. P. (2023). Child participation in triadic medical consultations: A scoping review and summary of promotive interventions. *Patient Education and Counseling*, 113, 107749. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107749>

7. Bijlagen

7.1 Analyses video-opnames van consulten

Tabel 1

Aspecten van relationeel zorgverlenen voor videobeeld analyse

1.	Een goede zorgrelatie (onder andere: begrip, vriendelijkheid, nette bejegening, open communicatie, persoonlijke klik, vertrouwen)
2.	De zorggever sluit zich aan en stemt af op de behoeftes, verlangens, gedachtes en kernthema's van de patiënt
3.	De zorgontvanger wordt als uniek gezien, de zorg wordt aangepast aan de unieke patiënt
4.	Specifiek voor dit ziektebeeld: aansluiting bij eetstoornisgedachtes en gezonde gedachtes
5.	Zorgontvanger wordt als geheel persoon gezien
6.	Arts stelt zich op als persoon, gaat buiten de professionele rol
7.	Gelijkwaardige relatie en gezamenlijke besluitvorming (geen <i>person-centered care</i> en geen dominantie van de zorggever)
8.	Zorggever en zorgontvanger kunnen het oneens zijn
9.	Effectief schakelen tussen zorginstanties

7.1.1 Analyse video-opname 1

Aspect 1: De kinderarts toont begrip voor de patiënt wanneer er tijdens het consult wordt gepraat over het extra gewichtsverlies. Ze zegt dan: “*We waren daar allemaal een beetje van geschrokken, jij ook.*” Later voegt ze hier nog aan toe: “*Mama is ook geschrokken, zie ik.*” Hiermee toont ze naast begrip voor de patiënt ook begrip voor de ouder. Bovendien geeft de arts aan dat ze het niet zo gek vindt dat de patiënt nog geen stabiel gewicht heeft bereikt en zegt dat dit misschien een geruststelling voor de patiënt is. Hiermee creëert ze vertrouwen voor de patiënt in haar herstel. Tot slot, wanneer de patiënt de spreekkamer verlaat zegt de arts heel vriendelijk: “hou je taai weer, hè!” Uit de opname komt niet echt

naar voren dat er sprake is van een persoonlijke klik tussen de arts en patiënt, omdat er niet wordt gesproken over persoonlijke zaken.

Aspect 2: Er wordt door de arts gesproken over de rolstoel waarin de patiënt is gekomen. De arts geeft dan aan het fijn vindt is dat ze daarin zit, omdat ze zo min mogelijk mag bewegen. De kinderarts sluit zich vervolgens aan bij de gedachtes en leefwereld van de patiënt door te zeggen: *“Vorige keer zou je er nog over nadenken dat mensen iets kunnen vragen.”* Hiermee geeft de arts aan dat ze begrijpt dat het voor de patiënt een hele stap is om in de rolstoel te komen, omdat ze hier de vorige keer nog moeite mee had. Daarentegen zegt ze vervolgens: *“Het is even niet anders.”* Hiermee toont de arts wat minder aansluiting bij de gedachtes van de patiënt.

Aspect 3: De arts is ervan op de hoogte dat de patiënt drinkvoeding niet prettig vindt. Hier komt ze een paar keer in het consult op terug. Door dat te doen laat ze merken dat ze deze unieke voorkeur van de patiënt erkent. Zo zegt ze bijvoorbeeld: *“Die drinkvoeding dat vind je heel naar, daar word je misselijk van. Dus dan moet er iets anders zijn.”* De arts geeft hiermee aan dat ze specifiek voor deze patiënt iets anders moeten vinden dan de drinkvoeding, omdat zij dat niet fijn vindt. In een ander fragment zegt de arts: *“...het is altijd een beetje aanvoelen bij iemand, hoe reageert jouw lichaam. En nu zien we jouw lichaam reageert nog niet goed genoeg, dus er moet gewoon wat bij.”* Hiermee toont de arts aan dat iedere patiënt uniek is en dat in dit geval bij deze patiënt het huidige beleid nog niet goed genoeg werkt. Ze geeft aan dat de zorg hier specifiek op aangepast moet worden. Tegen het einde van het consult zegt de kinderarts tegen de patiënt: *“Ik vind je wel nog witjes en moe, maar dat is ook niet zo gek. Je hebt wel vrolijke ogen. Ik ben blij om dat te zien.”* Hiermee erkent de arts de patiënt ook als uniek, ze beschrijft iets wat voor haar kenmerkend is en wat nu misschien anders aan haar is dan tijdens andere consulten.

Aspect 4: Wanneer er wordt gesproken over het gewichtsverlies van de patiënt en over hoe het behandelplan bijgesteld moet gaan worden, zegt de kinderarts: *“En hoe we dat gaan doen daar ben je zelf onwijs voor aan het vechten en dat is superknap. Je wilt heel graag beter worden, gelukkig.”* De arts geeft aan dat ze het knap vindt hoe de patiënt vecht om beter te worden. Hiermee laat ze blijken dat ze begrijpt hoe uitdagend dit kan zijn voor de patiënt, die kampt met eetstoornisgedachten. In een ander fragment zegt de arts *“Wauw”*. Ze geeft hier een reactie op het feit dat de patiënt zelf had besloten dat ze meer moest gaan eten, de arts vindt dit dus een bewonderingswaardig. Ze toont met deze reactie opnieuw aan dat ze begrijpt dat het moeilijk kan zijn voor de patiënt, die mogelijk worstelt met eetstoornisgedachtes, om zelf meer te gaan eten. Daarnaast toont de kinderarts haar waardering voor de gezonde gedachtes van de patiënt door haar blijdschap te uiten over het feit dat de patiënt beter wil worden. De arts benoemt echter nergens in het consult expliciet dat er sprake zou kunnen zijn van botsende gedachtes.

Aspect 5: De kinderarts begint het consult met de vraag: *“Heb jij speciale vragen voor vandaag, die je eerst wilt stellen voordat we het gewone lijstje langslopen?”* Hiermee geeft de arts de patiënt de mogelijkheid om onderwerpen aan te snijden die buiten het ziektebeeld vallen. Ze erkent dat de patiënt meer is dan alleen haar ziekte. Later vraagt de arts naar de gevoelens van de patiënt over het onverwachte gewichtsverlies. Hiermee lijkt het alsof de arts wil achterhalen hoe de persoon achter de patiënt zich hierover voelt. Voordat de patiënt echter kan antwoorden, vraagt de arts al of ze het gewichtsverlies kan verklaren en of er misschien dwang was om te bewegen. Dit verschuift de focus weer terug naar het ziektebeeld, zonder ruimte te geven aan de persoonlijke beleving van de patiënt. Daarnaast vraagt de arts ook niet naar zaken uit het privéleven van de patiënt, dit los staan van haar ziekte. In dit gesprek komt er dus niet naar voren dat de arts de persoon achter de patiënt.

Aspect 6: In dit consult is er geen moment naar voren gekomen dat de arts haar eigen persoonlijkheid of identiteit duidelijk naar voren bracht. De arts bleef voornamelijk in haar professionele rol.

Aspect 7: De vraag waarmee de kinderarts het consult begint, past ook bij aspect 7. De vraag luidde: *“Heb jij speciale vragen voor vandaag, die je eerst wilt stellen voordat we het gewone lijstje langslopen?”* Hiermee geeft de arts meteen bij het begin van het consult de regie in handen van de

patiënt. De vraag stelt de patiënt in staat om zelf te bepalen welke thema's er besproken worden, in plaats van dat de arts de agenda direct bepaalt. Wanneer het gesprek zich vervolgens richt op het gewichtsverlies van de patiënt, vraagt de kinderarts: *“Wat was er de vorige keer met je afgesproken? Was er iets veranderd aan het beleid of aan de eetlijst?”* Hiermee betreft ze de patiënt actief in het zorgplan en ontstaat er een gelijkwaardige relatie. Zowel de *input* van de arts als die van de patiënt wordt gewaardeerd en is belangrijk. Het is wel opvallend dat de arts iedere keer de patiënt actief moet betrekken om haar ook inspraak te geven, de patiënt doet dit niet uit haarzelf. Wanneer er over het behandelplan wordt gesproken, zegt de kinderarts: *“We hebben een gezamenlijk doel, we gaan ervoor. Wij zijn er om jou daarbij te helpen”*. Hiermee wordt benadrukt dat het behandelplan een gezamenlijke onderneming is, ze staan samen achter een behandel doel. De arts stelt hierna echter ook duidelijke grenzen en benadrukt de noodzaak voor meer voeding. Dit laat zien dat er geen sprake is van *person-centered care*, waarbij de hele zorg om de patiënt draait, maar dat ook de arts inspraak heeft in het zorgplan. Ze spreekt de patiënt wat strenger toe door te benadrukken dat er dus echt meer voeding bij moet.

Aspect 8: In dit consult was er geen frictie, discussie of een meningsverschil tussen de arts en patiënt te zien.

Aspect 9: Halverwege het consult informeert de kinderarts of de patiënt binnenkort een afspraak heeft met de diëtiste. Hiermee toont ze aan dat ze goed op de hoogte is van het zorgteam van de patiënt. Uit het gesprek blijkt verder dat de patiënt doorverwezen wordt naar een nieuwe zorginstelling. De kinderarts verzekert dat ze een zorgvuldige overdracht zal doen van alle relevante informatie, zodat de zorgverleners bij de nieuwe zorginstelling hierop voort kunnen bouwen. Er is tijdens dit consult dus sprake van relationeel werken binnen het zorgsysteem. Voor de patiënt is het prettig dat er goed gecommuniceerd wordt tussen beide instellingen, zodat zij een soepele overgang ervaart.

7.1.2 Analyse video-opname 2

Aspect 1: Na het uitleggen van enkele testuitslagen vraagt de arts of alles duidelijk is voor de patiënt, wat een nette bejegening en goede communicatie van de arts aantoont. De patiënt antwoordt dan door te vragen wat de uitslagen precies zeggen over hoe slecht het nu met haar gaat. Hier is sprake van een open communicatie, aangezien de patiënt kon aangeven wat ze niet snapte. Daarnaast geeft de patiënt aan ze het idee heeft dat de arts misschien bepaalde dingen zegt, omdat zij dit zo zou willen horen. De arts geeft aan dat hij dit begrijpt, maar dat hij dit echt niet op deze manier communiceert. Dit toont ook weer een open communicatie aan en zorgt ervoor dat er een vertrouwelijke sfeer gecreëerd kan worden. Aan het einde van het consult benadrukt de arts dat hij hoopt dat de patiënt herstelt en dat hij haar dat ook gunt. Dit is een uiting van diepe empathie voor de patiënt. Hij vertelt dan bovendien dat hij er ook op vertrouwt dat ze zal herstellen, omdat het merendeel van de patiënten dat doet. Dit kan ervoor zorgen dat de patiënt vertrouwen in de behandelaar krijgt. Op een paar momenten tijdens het consult lijkt er kort sprake te zijn van een persoonlijke klik tussen de arts en patiënt. Bijvoorbeeld wanneer ze beide aangeven dat ze het niet prettig vinden om de hele dag binnen te blijven.

Aspect 2: De kinderarts vraagt de patiënt tijdens het consult hoeveel ze wandelt en wat het wandelen op mentaal vlak met haar doet. Hij doet dit om de voorkeuren en gedachten van de patiënt te begrijpen en zich daarbij aan te sluiten. Later vraagt de arts: *“Zijn er bepaalde dingen die je heel graag wilt doen? Waarvan je denkt dit is het zwaarste wat ik niet kan doen.”* Hiermee probeert hij opnieuw te ontdekken wat de patiënt werkelijk wil en welke gedachten zij hierover heeft. Als reactie geeft de patiënt aan dat ze het moeilijk vindt en niet goed weet wat ze wil, omdat ze geen ideaalbeeld voor zich ziet. De patiënt is hier zelf wel open over. De kinderarts herinnert zich vervolgens dat ze in een eerder consult aangaf dat ze graag een goed functionerend lichaam wilde hebben en dat ze graag naar school wilde gaan, omdat ze het gevoel had dat ze veel miste. Dit zou de patiënt kunnen helpen om zich haar eigen wensen te herinneren. Hij lijkt haar handvatten te willen geven om haar gedachten te ordenen en daar dan bij aan te kunnen sluiten. Echter komt hij dus niet echt achter het antwoord van de patiënt op dit moment,

maar haalt slechts voorbeelden van de vorige keer aan. Hij toetst niet echt of patiënt er nu nog zo hetzelfde over denkt. Op dat moment sluit hij zich wat minder goed aan bij de kernthema's van de patiënt. Later in het consult uit de patiënt haar frustratie over de tegenstrijdige adviezen die ze krijgt van verschillende behandelaren over haar gezondheidstoestand en de hoeveelheid beweging die ze zou mogen doen. De arts reageert hierop door te zeggen: *“Aan de ene kant is het ernstig en aan de andere kant wil ik juist dat je niet in een soort paniek raakt. Dat zeg ik juist uit vertrouwen, je bent goed bezig, neem je tijd om jezelf te leren kennen, wat zegt dit over mij.”* Hij probeert hiermee de verschillende perspectieven te verklaren en haar te ondersteunen in haar begrip van deze informatie. Hij sluit zich aan bij de gedachten van de patiënt, die het lastig vinden om dit te begrijpen. Tegen het einde van het consult geeft de arts ook nogmaals aan dat hij graag wil dat het hele zorgteam van de patiënt consistent is in wat ze haar vertellen. Dit toont zijn inlevingsvermogen in haar situatie en zijn aansluiting bij de complexiteit van haar gedachten.

Aspect 3: Tijdens de bespreking over de betekenis van de bloedwaarden zegt de arts: *“Mijn advies daarin hangt heel erg af van waar een jonge vrouw of jonge man mee bezig is in zijn leven en of die aan het herstellen is of niet.”* Hiermee geeft de arts aan dat iedere patiënt of persoon uniek is en dat zijn adviezen afhangen van hoe bij deze patiënt het herstel nu verloopt. In een volgend fragment wordt er gesproken over hoeveel de patiënt zou mogen bewegen op dit moment. De kinderarts zegt hierover: *“Dan kijk ik vooral ook even wat is belangrijk voor je lichaam, maar ook hoe zit je erbij. En wat is voor jou helpen om het in je hoofd het bij te benen.”* Hiermee erkent hij opnieuw dat de patiënt uniek is, omdat hij de zorg op haar behoeftes en belangen wil aanpassen. Hierna zegt de arts: *“Blijkbaar ben jij heel langzaam iets aan het doen, wat jouw lijf een klein beetje laat herstellen. Dat doe jij nu ook met een beetje bewegen, wat voor jou helpend is. Dan zou ik zeggen, als dat helpend is, doe dat.”* De arts benadrukt dat de patiënt mag blijven bewegen zolang dit haar herstel ondersteunt en voor haar goed voelt. Hiermee laat hij zien dat hij de zorg afstemt op haar als unieke patiënt. Hij vraagt ook herhaaldelijk wat deze patiënt specifiek helpt in haar herstelproces. Zo kan hij de zorg leveren die nauwkeurig aansluit bij wat voor deze patiënt het meest effectief is.

Aspect 4: Tijdens het consult bespreekt de arts het gewicht van de patiënt en vraagt dan: *“Wat dacht je? Dacht je het is okay?”* Hij informeert verder of ze tevreden was met haar gewicht, of dat het stress veroorzaakte, of dat ze er gemengde gevoelens over had. Door deze vragen te stellen erkent de arts dat het zien van haar gewicht mogelijk stressvol kan zijn, hij laat blijken dat hij de gedachten van de “eetstoornis-zelf” erkent. De patiënt antwoordt hierop dat het voor haar een dubbel gevoel gaf. De arts gaat daar vervolgens verder niet op in en vraagt ook niet door. Dit geeft weer minder blijk van aansluiting bij de eetstoornisgedachten van de patiënt. Bovendien werd er een aantal keer tijdens het consult gesproken over hoe de patiënt benadert zou willen worden door de arts over de eetstoornis, streng of juist hoopvol. Hierbij werd er niet expliciet uitgesproken dat dit in invloed kon hebben op de eetstoornisgedachten bij de patiënt, maar zij liet dit wel doorschemeren. Echter werd niet duidelijk welke benadering ze liever had en dus kon de arts zich hier ook niet op aansluiten. Later vraagt de kinderarts of de motivatie van de patiënt om te bewegen voortkomt uit een gezonde instelling of uit dwingende gedachten gerelateerd aan haar eetstoornis. Hiermee benoemt de arts expliciet het mogelijke bestaan van de botsende gedachten. De patiënt geeft vervolgens aan dat het vanuit beide gedachten komt. Doordat de arts deze vraag stelt geeft hij aan dat hij begrijpt dat het bewegen voort kan komen uit de eetstoornisgedachten van de patiënt. Vervolgens zegt de kinderarts ook: *“Als je merkt, met de week dat ik beweeg, worden steeds die beweeg gedachten sterker. Of eigenlijk doet het me in psychisch opzicht niet goed, maar voedt het eerder de eet stem. Dan moet je het daar over hebben.”* Hier erkent hij dus de eetgedachten van de patiënt opnieuw en geeft hij daar ook meteen advies over. Door niet te oordelen laat hij blijken dat hij bij deze gedachten van de patiënt kan aansluiten. De patiënt vraagt zich hierna af of haar huidige aanpak voldoende is voor herstel. De arts reageert hierop: *“Het gaat erom dat jij een weg vindt om te herstellen.”* Hij voegt toe dat als de tegenstrijdige gedachten over eten blijven bestaan, opname in een kliniek een optie zou kunnen worden. Dit toont aan dat de arts de complexiteit van haar eetstoornisgedachten begrijpt en erkent dat ze er zijn.

Aspect 5: De kinderarts brengt naar voren dat er tijdens de vorige afspraak enkele tests zijn uitgevoerd, waarvan hij de resultaten nu zal bespreken. Hij vraagt vervolgens of er los daarvan nog andere dingen

zijn die de patiënt wil bespreken. Hiermee toont hij aan dat hij de patiënt als geheel persoon ziet, en niet alleen focust op de ziekte van de patiënt. Hij biedt de patiënt ruimte om zaken buiten het ziektebeeld te bespreken. Later vraagt de arts naar de studie van de patiënt, wat zijn interesse in de mens achter de patiënt benadrukt. Hij informeert ook naar andere aspecten van haar leven, zoals of ze nog naar school gaat, waarmee hij een vollediger beeld van haar als mens probeert te krijgen. Echter vraagt de arts hier niet diep op door, waardoor de interesse wel oppervlakkig blijft.

Aspect 6: Wanneer de patiënt vraagt hoeveel beweging is toegestaan, antwoordt de kinderarts met een persoonlijke opmerking: *“Want als ik mezelf alleen maar opsluit op een kamer en niks meer doe, ben ik binnen een week zo depressief als een ui.”* De patiënt reageert hierop: *“Ja dat gebeurt bij mij ook echt.”* Beiden partijen laten in dit stukje hun persoonlijkheid zien. De kinderarts stapt tijdelijk uit zijn rol als arts en deelt een persoonlijke mening. De patiënt geeft aan dat ze het eens is met deze mening. Dit creëert een moment van menselijke verbinding tussen arts en patiënt. Verder laat de arts weinig tot niks van zijn eigen identiteit of persoonlijkheid naar voren komen tijdens het consult.

Aspect 7: Aan het begin van het consult stelt de arts voor om te starten met het bespreken van de bloedsuitslagen. Hij vraagt of de patiënt hiermee akkoord gaat, waarmee hij de patiënt actief betreft bij het bepalen van de gespreksrichting en geen dominante rol hierin aanneemt. De arts draait ook het computerscherm naar patiënt toe, zodat ze samen de resultaten kunnen bekijken. Deze handeling versterkt de betrokkenheid van de patiënt en bevordert een gelijkwaardige relatie. Later in het consult merkt de arts op: *“Je bent bijna 18, je bent ook wel zelf in staat om dat voor jezelf, met je ouders samen, uit te puzzelen.”* Hiermee refereert hij aan de patiënt haar vermogen om mee te beslissen over het herstelplan. Door de patiënt aan te moedigen zelf keuzes te maken, legt hij de verantwoordelijkheid deels bij haar, wat haar opnieuw meer bij de besluitvorming betreft. Tegen het einde van het consult vraagt de arts: *“Zijn er nog dingen die we niet hebben besproken?”* Door dit te vragen geeft hij de patiënt de mogelijkheid om de regie in het gesprek te nemen. Dit bevestigt opnieuw de gelijkwaardige aard van de relatie en de actieve rol van de patiënt in de behandeling. Daarnaast kan de arts tijdens dit consult ook duidelijk zijn behandelgrenzen aangeven, er is dus geen sprake van *person-centered care*. Hij zegt bijvoorbeeld dat de patiënt echt nog niet intensief kan sporten, want haar ondergewicht is nog fors. Hierin is hij redelijk streng. Los van dat de arts de patiënt een aantal keer de regie geeft, doet ze dit ook zelf wel eens. Zo vraagt ze bijvoorbeeld wat de bloedsuitslagen precies betekenen, ze durft dus om verduidelijking te vragen. Bovendien geeft ze aan dat ze het lastig vindt dat verschillende behandelaren, verschillende adviezen geven, hier is ze erg open over.

Aspect 8: In dit consult was er geen frictie, discussie of een meningsverschil tussen de arts en patiënt te zien.

Aspect 9: Aan het einde van het consult komt de overdracht naar een andere zorginstelling ter sprake. De patiënt vraagt of de informatie die nu bekend is bij deze arts, doorgestuurd kan worden naar de nieuwe instelling. De arts bevestigt dat hij ervoor zal zorgen dat alle relevante gegevens zullen worden overgedragen. Daarnaast vraagt hij wanneer het intakegesprek bij de andere instelling zal plaats vinden. Met deze uitspraken laat de arts blijken dat hij zich bewust is van de overdracht naar een nieuwe zorginstelling en wilt dit zo goed mogelijk laten verlopen voor de patiënt.

7.1.3 Analyse video-opname 3

Aspect 1: Gedurende het consult toont de arts herhaaldelijk begrip voor de situatie van de patiënt. Zo zegt ze bijvoorbeeld over de lichamelijke klachten van de patiënt: *“Dat koude, of dat je ook een beetje moe was, dat is natuurlijk ook helaas niet opeens weer voorbij.”* Het gebruik van het woord “helaas” benadrukt de empathie en het medeleven van de arts over de aanhoudende ongemakken van de patiënt. Bovendien spreekt de kinderarts de patiënt consequent op een vriendelijke toon aan. Zo zegt ze bijvoorbeeld: *“Dat vind ik heel knap”*, wanneer de patiënt aangeeft dat ze probeert alternatieven te eten te eten als een bepaald product niet in huis is. Tegen het einde van het consult geeft de arts aan dat ze er

vertrouwen in heeft dat het de patiënt lukt om beter te worden. Dit kan voor een vergroting van het vertrouwen bij de patiënt zorgen. Daarentegen komt een persoonlijke klik tussen de arts en patiënt niet duidelijk naar voren tijdens dit consult.

Aspect 2: Gedurende het consult toetst de arts herhaaldelijk de behoeften, wensen en voorkeuren van de patiënt. Zo vraagt ze bijvoorbeeld of de patiënt het prettig vindt dat er minder discussie aan tafel is nu ze zich beter aan de eetlijst houdt. De patiënt krijgt hier de mogelijkheid om haar tevredenheid hierover uit te spreken. In een ander fragment reflecteert de arts op haar eigen strenge houding tijdens een vorig consult, ze vraagt of de patiënt dat ook zo ervaren heeft. De arts legt dan uit: *“Ik doe dat niet om jou te pesten, maar om je te helpen. Ik kan me voorstellen dat dat voor jou op dat moment voor jou niet zo voelde, dat ik juist probeerde te helpen.”* Hiermee erkent ze de mogelijke gevoelens van de patiënt over haar aanpak. Ook geeft ze aan dat ze had bedreigd dat de patiënt misschien niet meer mocht gymmen. Door nu te erkennen dat dit een vervelende restrictie kan zijn voor de patiënt sluit de arts zich aan bij de gedachten en wensen van de patiënt. Verder in het gesprek stelt de arts voor om een adviesbrief aan de school te schrijven over de activiteiten die de patiënt nog kan ondernemen op school. Hiermee benadrukt ze haar begrip voor de behoefte van de patiënt om betrokken te blijven bij het onderwijs, maar dat dit wel aangepast moet worden naar de mogelijkheden van de patiënt. De arts bespreekt ook de mogelijke ziekenhuisopname als de patiënt niet genoeg eet. Ze geeft hierbij aan dat dit gelukkig niet nodig zal zijn als het herstel doorgaat zoals het nu doet. Hiermee sluit ze zich opnieuw aan bij de leefwereld van de patiënt, die niet opgenomen wilt worden. Vervolgens informeert de arts naar de gevoelens van de patiënt over een aanstaand intakegesprek bij een andere zorginstelling, wat opnieuw aantoont dat ze de gedachten van de patiënt wil begrijpen. De arts geeft daarnaast aan dat fijn zal zijn als de patiënt bij de andere zorginstelling in behandeling komt, omdat het hele gezin daar dan mee in de therapie zal kunnen. Dit toont aan dat de kinderarts de complexe gezinssituatie erkent en zich inleeft in hoe lastig dit ook voor de patiënt kan zijn.

Aspect 3: De patiënt vertelt dat ze op school haar vriendinnen niet heeft gevraagd om ondersteuning te geven op het gebied van eten. De arts geeft aan dit te begrijpen en erkent dat het voor deze patiënt het beste werkt om dit alleen aan te pakken. Hier benadrukt de arts dat de patiënt een aanpak moet kiezen die voor haar het prettigst is. Verder vraagt de arts tijdens dit consult niet op een open manier wat de patiënt zou helpen om te herstellen. Later in het consult vraagt de arts hoe het slapen gaat en of de patiënt nog last heeft van piekeren. Hiermee speelt ze specifiek in op problemen die bij deze patiënt spelen. Vervolgens informeert de arts naar hoe de broertjes en zusjes van de patiënt omgaan met haar eetstoornis. De kinderarts erkent hier de specifieke thuissituatie van de patiënt, die weer invloed kan hebben op de zorg of het behandelplan. De patiënt is bovendien zelf erg open over hoe haar broertjes en zusjes thuis omgaan met haar ziekte.

Aspect 4: De arts erkent dat de patiënt de wens heeft om beter te worden en zich bewust is dat haar huidige situatie niet ideaal is. Ze voegt hieraan toe dat het moeilijk kan zijn als een patiënt niet erkent ziek te zijn, omdat dit kan leiden tot conflicterende gedachten tussen een ‘gezonde-zelf’ en een ‘eetstoornis-zelf’. Hiermee geeft de arts dus erkenning dat er sprake kan zijn van twee gedachtestromen en ze benoemt ze ook expliciet. Later verduidelijkt de arts haar begrip door te zeggen: *“Ik weet natuurlijk ook hoe dat in jouw hoofd werkt. Jij denkt: ‘mijn bloed is nog goed, zie je wel niks aan de hand.’ Daarom heb ik in die mail gezet, je bloedwaardes zijn NOG goed. Want als die ophoging niet lukt, dan op een gegeven moment zijn ze natuurlijk niet meer goed.”* Hiermee sluit de arts direct aan bij de eetstoornis-gedachtestroom van de patiënt. Ze toont aan dat ze de complexiteit van deze gedachten begrijpt en serieus neemt, maar veroordeelt deze niet. Ze geeft namelijk ook duidelijk tijdens het consult aan dat de eetstoornis de patiënt is overkomen en dat het niet een soort keuze is.

Aspect 5: De arts toont haar bewustzijn van de persoonlijke omstandigheden van de patiënt door te vermelden dat ze weet dat de patiënt vandaag weer begint met school. Dit laat zien dat ze niet alleen aandacht heeft voor het ziektebeeld, maar ook voor de patiënt als persoon buiten haar ziekte om. De patiënt merkt bovendien op dat ze nooit had verwacht op deze manier te gaan denken, verwijzend naar haar strijd met eetstoornisgedachten, wat een diepgaand inzicht geeft in haar persoonlijke ervaring. Hier toont de patiënt dus zelf een stukje van haar identiteit, zonder dat de arts hiernaar vroeg. Verder heeft

de arts het vooral over hoe het lichamelijk met de patiënt gaat, dat is wat ze voornamelijk aan de patiënt vraagt. Er wordt in dit consult verder niet gevraagd naar dingen uit het leven van de patiënt buiten de ziekte om.

Aspect 6: In dit consult is er geen moment naar voren gekomen dat de arts haar eigen persoonlijkheid of identiteit duidelijk naar voren bracht. De arts bleef voornamelijk in haar professionele rol.

Aspect 7: Tijdens het consult is de arts duidelijk over haar voedingsadviezen, maar ze benadrukt ook dat de patiënt inspraak heeft in de behandeling. Zo zegt ze: *“Zij kan natuurlijk wel meedenken over vervangende dingen, die qua voedingswaarde hetzelfde zijn.”* Hierdoor wordt de patiënt actief betrokken in de besluitvorming, wat de dominantie van de arts vermindert. Vervolgens zegt ze: *“We moeten je natuurlijk helpen, het moet natuurlijk niet tegen gaan staan. Maar het weigeren is ook geen optie.”* Met deze laatste zin laat de arts duidelijk merken dat zij ook haar eigen grenzen kan aangeven en dat er dus geen sprake is van *person-centered-care*, waar alleen de patiënt bepaalt. Beide partijen hebben hier inspraak in de zorg. Tegen het einde van het gesprek vraagt de arts of er dingen zijn die de patiënt nog wil bespreken. Hiermee verlegt ze de regie weer naar de patiënt. Het is wel opvallend dat de arts iedere keer actief de regie naar de patiënt moet overdragen, de patiënt doet dit niet uit haarzelf. Maar wanneer er gevraagd wordt hoe de patiënt ergens over denkt geeft ze wel veel *input*.

Aspect 8: In dit consult was er geen frictie, discussie of een meningsverschil tussen de arts en patiënt te zien.

Aspect 9: Tijdens het consult informeert de kinderarts naar de datum van het intakegesprek bij de nieuwe zorginstelling waar de patiënt naar zal worden overgeplaatst. Dit toont aan dat ze goed op de hoogte is van de aanstaande verandering in zorgverlening. Bovendien maakt ze een notitie in het dossier, wat duidt op een goede voorbereiding op de overdracht. Aan het einde van het consult controleert de arts ook de geplande afspraken van de patiënt met de diëtiste en andere zorgondersteuners. Hiermee laat ze zien dat ze een compleet beeld heeft van het zorgteam van de patiënt. Al deze actief laten zien dat de kinderarts betrokken is bij de integrale benadering van de zorg van de patiënt.

7.2 Interviewtranscripten met codering

Tabel 2

Onderwerplijst interviews

1.	Relatie met de arts/patiënt
2.	Patiënt als geheel persoon
3.	Iedere patiënt is uniek
4.	Aansluiten en afstemmen
5.	Eetstoornisgedachtes en gezonde gedachtes
6.	Besluitvorming
7.	Arts als persoon, buiten professionele rol
8.	Videobeelden (per interview andere fragmenten)
9.	Overige aanvullingen

Kleurenlegenda thema's:

Geel: Op een relationele manier zorgverlenen

Blauw: Niet op een relationele manier zorgverlenen

Groen: Ervaring artsen

Roze: Ervaring patiënten

7.2.1 Interview arts 1

Datum: 28-05-2024

Locatie: Bij arts thuis

Interviewer: Iris van Haarlem

Participant: Kinderarts

Interview	Code	Thema
<p>Interviewer: Oké, nou dan gaan we beginnen. Ik ga dus een paar korte fragmenten laten zien. En dan komt daar een vraag over.</p> <p><i>Fragment 1 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Als je hiernaar kijkt, wat voor gevoel krijg je dan bij die eerste vraag die je stelt aan de patiënt?</p> <p>Participant: Ik moet even heel hard nadenken wat de eerste vraag is. Of zij vragen heeft, hè, denk ik?</p> <p>Interviewer: Ja</p> <p>Participant: Nou dat ik probeer te openen dat zij echt, dat zij ook de lead heeft in het gesprek. Dat zij ook kan aangeven waar ze het over wil hebben.</p> <p>Interviewer: En bedoelt u dat dan vooral op medisch gebied of ook daarbuiten?</p> <p>Participant: Juist ook denk ik daarbuiten. Dat ik niet alleen maar een lijstje afloop, maar ook haar de gelegenheid geef om te vertellen wat haar bezighoudt.</p>	<p>Gelijkwaardige relatie</p> <p>Patiënt als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>Interviewer: Oké, en, wilt u dat dan doen om een soort gelijkwaardigheid in het gesprek te creëren dat u niet inderdaad wat u zegt de overhand alleen maar heeft?</p> <p>Participant: Ja, maar ook om haar op haar gemak te stellen, want ik weet dat patiënten met dit soort problematiek ontzettend zenuwachtig altijd zijn om naar het ziekenhuis te komen, omdat het heel confronterend voor ze is. Vanwege het ziektebeeld.</p> <p>Interviewer: Oké, ja duidelijk. En wat doet dat dan met de patiënt?</p> <p>Participant: Die voelen zich dan ook wel meer op een veilige, vertrouwde plek denk ik. Ja, ze voelen zich dan wel meer op hun gemak hoop ik.</p> <p>Interviewer: Bedankt. We gaan we naar een volgend fragmentje.</p> <p><i>Fragment 2 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Er gebeurt best veel in dit stukje. Hoe vindt u dat u hier erkenning geeft aan het gevoel van zowel de patiënt als de ouder? Want u zegt zelf ook van “We zijn allemaal een beetje geschrokken” Kunt u daar meer over vertellen?</p>	<p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--------------------------	---

<p>Participant: Nou, ik zat meer met, ik vraag haar eerst van, hé, hoe is het met je buikpijn? En daar ga ik eigenlijk heel snel overheen. Zij zegt, nee, en dan ga ik al door naar het afvallen en dat volgens mij ging dat best wel een beetje snel. Dat zie je ook aan haar, omdat zij eigenlijk helemaal geen antwoord geeft. En volgens mij weet zij ook niet meer zo goed, hè welke vraag heb ik nou gesteld gekregen. En dan haakt moeder er wel op in. En bij haar snap ik dat nu ook wel als ik het van een afstandje bekijk, want er worden inderdaad meerdere vragen tegelijk gesteld. En zij, door haar ondervoeding denkt ze ook niet zo snel, dus ik denk dat ik hier te snel ging voor haar.</p>	<p>Geen aansluiting bij patiënt</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Oké, dus dat ziet u nu achteraf terug in van ik had even dat antwoord moeten afwachten?</p>	<p>Geen aansluiting bij patiënt</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja, of moeten vragen of ze mijn vraag had begrepen, zodat ze niet naar mama hoeft te kijken.</p>		
<p>Interviewer: En dan over dat gedeelte dat u wel zegt, goh, we zijn allemaal een beetje geschrokken. Vond u dat wel een manier om te laten zien dat u zich inleeft in de situatie van de patiënt?</p>		
<p>Participant: Ja, want ik probeer het daarmee gewoon in het midden te laten van dat het niet haar schuld is, maar dat het ons allemaal</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>wat doet en wij allemaal als team om haar heen staan om haar te helpen.</p> <p>Interviewer: Ja, oké.</p> <p>Participant: Niet zo van jij hebt je best niet gedaan, maar alleen god, we zijn er allemaal van geschrokken en dan oordeel je niet over hoe het komt dat ze afgefallen is, want dat wil zij zelf ook niet.</p> <p>Interviewer: Ja. En op een gegeven moment zegt u ook, als moeder aangeeft dat de patiënt zelf echt zei, want nu ben ik er klaar mee, zegt u “wauw”. Wat wilde u daarmee bereiken?</p> <p>Participant: Nou dat het haar dus lukt om dat weer hardop te zeggen. De eetstoornis, die maakt vaak het brein zo afgevlakt, die meisjes worden zo begrensd in hun gedachtegang, omdat het helemaal overgenomen is door de eetstoornis. Dus als ze dan toch zelf kan zeggen, nou ben ik er klaar mee, dan laat je eigenlijk weer de echte persoon zien van ik wil sterk zijn, ik wil blijven vechten, ik ben niet helemaal ingenomen door die eetstoornis hè. Dus daarmee benadruk ik haar eigen ik en niet de eetstoornis.</p> <p>Interviewer: Heel mooi, dankjewel.</p> <p><i>Fragment 3 uit video-opname consult</i></p>	<p>Goede zorgrelatie</p> <p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p> <p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--	---

<p>Interviewer: Ik was hier eigenlijk wel benieuwd, eigenlijk wat u bij het vorige fragment aangaf viel mij hier een beetje op. U vraagt: “Hoe denk je er zelf over het afvallen?” En dan is het al snel. “Hoe denk je dat het kon?” Dus het gaat dan weer snel over op het lichamelijke aspect meer, heb ik het idee, de lichamelijke klachten. Heeft u dan hier het idee dat u te snel afstapte van de vraag “hoe voel je je erover?” En meteen zei “heb je niet te veel bewogen?”</p> <p>Participant: Nou, dat is echt, dat is grappig dat je het zegt, want “Hoe voel je je erover” daar dat is een vraag die wel zijdelings bij mij ook komt. Maar dat is iets wat je als kinderarts wel een beetje meeneemt, maar waar je niet eindeloos zo doorgaat. Omdat dat traject doet zich uit psychiater en bij de psycholoog, dus expres ga ik niet heel diep op haar gevoel in, maar ik probeer ik het echt bij dat somatische stuk zeg maar te houden, waarvoor ze ook bij mij is. En dat geeft haar ook veiligheid van die dingen bespreek je daar en die dingen zijn bij mij. Alleen, weet je, we moeten daar wel heel concreet in zijn. We moeten daar afspraken over kunnen maken, ik moet je grenzen bewaken, hè, ik ben zeg maar even jouw bewaker van je gezondheid. En hoe het allemaal komt en hoe je ervan afkomt, dat ligt meer bij de psycholoog en de psychiater. Dus ik denk dat</p>	<p>Geen aansluiting bij patiënt / patiënt niet als persoon</p> <p>Fijn om slechts over lichamelijke te praten</p> <p>Gezamenlijke besluitvorming / arts geeft grenzen aan</p> <p>Geen aansluiting bij patiënt / patiënt niet als persoon</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	--	---

<p>dat het is dat je daar kort op ingaat, maar vervolgens wel al met de voorbeelden komt heel concreet: hoe komt het hè? Is er iets niet ingegaan of is er meer uitgegaan?</p> <p>Interviewer: Ja oké, duidelijk.</p> <p>Participant: Maar dat weten zij van tevoren, hè. Zij weet van tevoren echt van ik kijk naar dat lichamelijke stuk en heb het wel wat over je gevoelens, maar dat uitpluizen waarom je je zo voelt, daar ga ik niet te diep op in.</p> <p>Interviewer: En dan is van tevoren dan algemeen bekend?</p> <p>Participant: Ja, dat is bij de eerste kennismaking dat je dat zo neerzet.</p> <p>Interviewer: En vinden patiënten dat ook juist fijn om te scheiden?</p> <p>Participant: Ja. Ook dat ze weten dat ze niet met hun hele hebben en houden ook nog eens bij mij of het verhaal dubbel hoeven doen of dat je daar gewoon weer iemand anders voor hebt. Ja, die ook mee uit de spreekkamer gaat, want ik ben soms een beetje een boeman, is een beetje vervelend woord, maar ik schep de kaders. En vervolgens moet zij daar thuis met haar gezin en met haar psychologische ondersteuning mee aan de</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p> <p>Fijn om slechts over lichamelijke te praten</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverlenen)</p>
---	---	---

<p>kennen. En dat komt denk ik toch, omdat ze weet dat dat ik die kaders ga scheppen. Dus ik ben heel direct en duidelijk, maar probeer wel ook wat empathisch te zijn en steunend. En leg ook uit waarom ik dat doe en dat dit wel de manier is om haar er doorheen te slepen, want als we samen in een hoekje gaan zitten huilen, dan komen we nergens.</p>	<p>Arts geeft grenzen aan</p> <p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: En, heeft u dan het idee dat u zich ook ja buiten de rol als arts een beetje kan opstellen in zo'n gesprek of moet dat echt wel heel strikt van ik ben arts.</p>	<p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Nee, je probeert wel, je blijft in je rol als arts, hè. Je wordt niet haar vriendin of haar personal coach of wat dan ook. Maar je probeert dat wel op een hele steunende en open manier te doen, en goed uit te leggen waarom je het zo doet. En er ook, je hoopt te blijven uitstralen, dat ze beter kan worden. Ze heeft gewoon iemand nodig die haar erdoorheen sleept op deze manier. En dat hoor je vaak ook achteraf wel terug, dat patiënten zeggen: "ja, weet je, jij ging altijd maar door en jij zei altijd ik kan beter worden." Dat willen ze. Dan zeg ik vaak ook van: "luister ik weet dat je beter kan worden, want anders zou ik dit toch niet allemaal doen."</p>	<p>Goede zorgrelatie</p> <p>Positiviteit en vertrouwen van arts is fijn</p> <p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Ja oh ja, dat is heel mooi wel.</p>		

<p>Participant: Dus dat krijg je nog wel eens achteraf terug. “Ja, jij was altijd zo positief en dat het wel goed kwam en dat het niet makkelijk was, dat weet ik, maar dat heeft wel geholpen.”</p>	<p>Positiviteit en vertrouwen van arts is fijn</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Interviewer: Ja, fijn dus dan naast de rol van arts.....</p>		
<p>Participant: Ja je probeert iemand ook een erdoorheen te slepen en naast hem te gaan staan. Maar ook heel duidelijk te zijn tegen de eetstoornis. Dus zeg maar streng voor de eetstoornissen en lief voor de persoon. Lief en steun voor de persoon.</p>	<p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
<p>Interviewer: Iedere patiënt is natuurlijk anders en uniek. Wat maakt deze patiënt zo uniek of anders dan andere patiënten? Zou je haar een beetje kunnen omschrijven, zeg maar?</p>	<p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf” en “gezonde-zelf”</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
<p>Participant: Ik denk dat deze patiënt heel veel overeenkomsten met heel veel andere eetstoornis patiënten heeft. Zij is voor mij uniek, omdat zij een wat dat betreft “simpele eetstoornis patiënt” is. Met een goed steunsysteem, die graag wil, die zich bescheiden opstelt, die zich probeert open te stellen. Dus Ik vind haar eigenlijk een makkelijke, toegankelijke patiënt. En, dat komt omdat ik in een setting werk waar we echt hele ingewikkelde psychiatrische patiënten krijgen die er ook nog eens een eetstoornis bij hebben. Dus doe mij een heleboel</p>	<p>Iedere patiënt is uniek</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>

<p>zoals deze meisjes, dan ben ik heel blij.</p> <p>Interviewer: Past u dan ook de zorg die u biedt aan op haar specifieke behoeftes en haar leefwereld?</p> <p>Participant: Zeker. Je probeert je ook te verdiepen in het meisje zelf. "Hoe was je nou toen je niet ziek was?" "Wat waren je hobby's, waar werd je blij van?" Daar vraag ik direct naar. "Als jij een wens mocht doen, wat zou je dan willen?" "Wat zou je dan morgen willen doen?" Weet je, de gewone dingen ook nog. En, dat is ook wat de patiënt helpt, want die is zo opgeslokt door de ondervoeding en de eetstoornis, dat er vaak zoveel aandacht daarvoor is dat ja het is ook gewoon een meisje. En, ze vinden het dan leuk als je zegt van "hey, wat heb je je nagels mooi gedaan!" Of er is er één die heel veel van tennis houdt, dat je het dan even hebt over de laatste wedstrijden die op tv waren. Even de gewone dingen buiten het ziek zijn ook aanhalen en dat creëert een heleboel vertrouwen. En ook zo van ze ziet me niet alleen maar als patiënt en als gekkie. Want zo voelen de patiënten zich, eenzaam en gek.</p> <p>Interviewer: Maar dus toch dan als u ze als een geheel persoon ziet, wat achter die patiënt zit, dat vinden ze fijn.</p>	<p>Patiënt als persoon</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden</p> <p>Patiënt als persoon</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden</p> <p>Patiënt als persoon</p> <p>Positiviteit en vertrouwen van arts is fijn</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
---	--	---

<p>Interviewer: Ik zal even nog een algemene vraag stellen. Kunt u omschrijven op wat voor manier u zich inleeft in de leefwereld en de gedachtes van de patiënt?</p> <p>Participant: Ik stel daar vragen over. En ze vinden het vaak ontzettend moeilijk om daar eerlijk antwoord op te geven. Maar dan geef je vaak voorbeelden van, zoals ik bij haar zeg ook van ja weet je, heel vaak is het toch heel erg lastig om dingen te eten zoals ze zijn of op de eetlijst staan. Of het gebeurt toch dat je door de eetstoornis gedwongen wordt om heel veel workouts in je kamer te doen. “God, hoe lang heb jij dat gisteren eigenlijk niet moeten doen hè?” Dus dat je niet vraagt een ja of een nee, of heb je een workout gedaan of heb je iets gedaan wat niet mocht? Dat zijn veel te ingewikkelde vragen. Maar dat je eigenlijk al het invult alsof het gebeurd is, en dan checkt in hoeverre speelt dat bij jou een rol.</p> <p>Interviewer: Om een soort van al aan te geven dat u dat gevoel snapt dat ze dat doet?</p> <p>Participant: Precies. Ik weet wel hoe het zit bij jou. Dat hoeft je mij niet op te biechten. Maar ik kan je wel helpen als ik een beetje weet in welke range we zitten.</p> <p><i>Fragment 4 uit video-opname consult laten zien</i></p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Lastig als patiënt niet open is</p> <p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p> <p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (op relationele manier zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	---	---

<p>Interviewer: Nou ja, hier gaat het over de rolstoel en ik begrijp een beetje door wat u zegt over “de vorige keer zou ze nog zeggen, wat zouden mensen wel niet denken?” Dus daar zal denk ik iets aan vooraf gegaan zijn. Hoe vindt u dat u hier aan haar duidelijk maakt dat u nou eigenlijk meeleeft met hoe lastig dat voor haar zou kunnen zijn?</p> <p>Participant: Nou, ik zeg een paar keer van hé. Moeder zegt “We schopten er zo tegen aan”. “Nou, ik begrijp het.” En ook terugkomen op vorige keer, hè? Van “je schaamde je wat, wat zou je dan zeggen?” Toen hebben we het erover gehad, je zegt gewoon dat je weet ik veel iets aan je benen hebt bij wijze van spreken. Je hoeft mensen niet uit te leggen waarom je nu in die rolstoel zit. Of je zegt ja, dat moet nu van de kinderarts, hè? Dus we hebben dat vorige gesprek een aantal scenario's met elkaar doorgenomen en toen heb ik haar de opdracht gegeven van denk er maar na waar jij het prettigst bij voelt, ga dat maar gewoon een beetje oefenen thuis. Dus ook die stelligheid van het is nu even niet anders, maar laten we dan samen kijken naar de manier waarop. Ja en daar wel ja, ik hoop wel dat ik daarin begrip uitstraal naar haar, hoe lastig het is.</p> <p>Interviewer: Ik denk</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Arts geeft grenzen aan</p> <p>Gezamenlijke besluitvorming</p> <p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	--	---

<p>inderdaad dat het mooi is dat het is van: “het is niet anders”, maar toch ook van “de vorige keer zou je nog...” en “wat goed dat je dit nu toch doet.”</p> <p>Participant: Ja dat ze inderdaad weet van ze heeft me gehoord. Zich gehoord voelen dat ze er de vorige keer nog zo tegen aan zat.</p> <p>Interviewer: Ja oké, dan ook een beetje aansluitend op wat ik hiervoor vroeg. Ja inleven in de leefwereld van een patiënt. Bij patiënten met een eetstoornis is het, zoals ik het een beetje heb begrepen, wel eens zo dat er een beetje twee gedachten stromen zijn in hun hoofd. De gezonde gedachtstroom, die beter wil worden en die botst enorm met eigenlijk de eetstoornis gedachte. Hoe gaat u als u merkt dat een patiënt ermee te maken heeft, hoe sluit u dan toch bij die beide persoonlijkheden aan? En ook vaak, wie heb je op dat moment voor je?</p> <p>Participant: Ik leg dat uit. Dat wat ik net ook tegen jou zei van “lief voor de persoon en hard voor de eetstoornis”. Dus ik leg dat ook uit, dat het een enorm druk gevoel in het hoofd is en dat het soms lijkt alsof er een duiveltje in het hoofd zit die de eetstoornis, die dus allerlei dingen verbiedt of dwingt. En daar vraag ik dan ook naar. En soms krijg je dan hele grappige gesprekken dat patiënten ook zeggen, ja, dat heb ik</p>	<p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--------------------------	---

<p>ook en mijn eetstoornis heeft zelfs een naam. Nou, dan probeer ik het een beetje te visualiseren. En dan en soms komen er opmerkingen en dan zeg ik, maar is dit nou het meisje of is dit heeft stoornis die nu heel erg hard tekeergaat? Dus gewoon benoemen wat je ziet. En dat vinden ze vaak heerlijk, want dan hebben ze het gevoel van ze snapt me echt. Want eigenlijk snappen ze zichzelf niet. Dus je ordent hun gedachten op dat moment. En kunnen dan ook wel zeggen, ja, dat is inderdaad wel een beetje een eetstoornis gedachte. Ja, de diëtist doet daar ook veel mee.</p> <p>Interviewer: Ja, interessant. En heeft u dan ook het idee dat u wel ook erkenning geeft aan die eetstoornis gedachtestroom? Zo van die begrijp ik ook tot op zekere hoogte?</p> <p>Participant: Ja, die geef ik ook, die heeft in het begin een hele grote stem. En ik leg ook uit van die gaat nu nog enorm tegen jou tekeer. En hoe slechter jij zeg maar er lichamenlijk aan toe bent, hoe ondervoeder jouw hersenen zijn, hoe harder die eetstoornis stemt te keer kan gaan tegen jou, hoe meer last je daarvan dan hebt. En ik raak je steeds verder in die vicieuze cirkel verstrikt. En ik wil je graag helpen om weer je gezonde gedachtes naar boven te brengen. En daar heb je eten als medicijn voor nodig, want als jij wat</p>	<p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf” en “gezonde-zelf”</p> <p>Fijn als arts eetstoornisgedachte snapt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
---	--	--

heb ik hier nog een klein stukje over.

Fragment 5 uit video-opname consult

Interviewer: Ja, hoe vindt u in dit stuk dat u aansluit bij die twee verschillende gedachten stromen? Ik zie zelf heel duidelijk bijvoorbeeld dat u best streng hier de eetstoornis kant aanspreekt. En aan de andere kant is het weer heel mooi dat u zegt wat knap dat je beter wil worden. Is dit dan zo een moment waarop u beide gedachtestromen aanspreekt?

Participant: “Ja hartstikke goed, je bent super goed bezig, maar de getallen liegen er niet om. Er moet toch nog wat.” “Hoe kan ik jou helpen om daar toch te gaan komen?” “Kwarkjes, zelf proberen?” “Ja, je hebt zelf geopereerd hartstikke leuk maar ik zie geen moer op die weegschaal, dus nu zit zullen we toch die volgende stap moeten nemen.” Tenminste, dat zeg ik niet hardop, maar dat denk ik natuurlijk wel. Ja, dus dat je toch streng, duidelijk en dan hier en daar toch een reflectie probeert te geven van nou super knap gedaan. We zijn er voor je om je hier doorheen te helpen. Je kan je kan nog meer stilstaan bij: wat voelde je toen en wat voelde je toen? Maar die tijd heb je ook gewoon niet, dus het is ook soms een beetje uit nood geboren dat je denkt, ja, ik

Aansluiten bij “eetstoornis-zelf” en “gezonde-zelf”

Gezamenlijke besluitvorming

Goede zorgrelatie

Geen aansluiting bij patiënt / Patiënt niet als persoon

Op een relationele manier zorgverlene

Op een relationele manier zorgverleners

Op een relationele manier zorgverleners

Niet op een relationele manier zorgverleners

heb 10 minuten, ik moet wel mijn punt maken, dus we gaan even doorpakken.

Interviewer: Komt daar dan ook gewoon de praktische kant bij kijken?

Participant: Ja

Interviewer: Dus dan maar het belangrijkste eruit halen?

Participant: Ja. En je zegt niet: "nou je bent niet aangekomen, hier de verpleegkundige geeft je nu die kwarkjes, volgende week is het beter." Je probeert nog wel die tussenstap te maken met die uitleg en een stukje valideren en een stukje nou ja motiveren.

Interviewer: Nee, mooi stukje inderdaad. We hadden het er net al een beetje over, hoe zich naast een soort van rol als arts toch ook een beetje als persoon opstelt. Kunt u daar wat meer over vertellen? Hoe je zeg maar toch echt relatie legt met die patiënt, ook als een persoon en niet alleen als arts.

Participant: Ja, ik denk ook om inderdaad ruimte te geven voor niet alleen de zieke dingen. Gewoon: "wie ben jij?" Gewoon interesse. Die je ook in een vriendin zeg maar zou tonen van: "hoe is het?" En dan niet alleen maar op medisch gebied maar ja ook "wat houd je verder bezig?"

Goede zorgrelatie

Op een relationele manier zorgverlenen

Patiënt als persoon

Op een relationele manier zorgverlenen

<p>Interviewer: En wat vindt u daarvan, om dat te doen?</p>		
<p>Participant: Het maakt het leuker om iemand een beetje te kennen. En soms is het ook handig om een beter zorgplan op te stellen, omdat je weet hoe iemands leven er een beetje uitziet.</p>	<p>Leuk om patiënt te kennen</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Interviewer: En brengt u daarin dan ook u eigen persoonlijkheid en identiteit naar voren?</p>	<p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Participant: Daar ben ik wel voorzichtig mee. Ook omdat, het is misschien ook belastend voor die patiënt. Weet je, want ja, zitten zij erop te wachten over dat ik wel 4 keer in de week kan sporten en 4 kinderen heb en nou ja, weet je dat er ook een geneeskunde studeert? Ja, weet je. Probeer een beetje aan te voelen, een beetje luchtig te houden en een beetje in het algemeen en meer de interesse in haar als ze vragen aan mij stellen, krijgen ze altijd het antwoord, hoor. Maar verder hou ik het wel een beetje op de oppervlakte.</p>	<p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p> <p>Te belastend voor patiënt als arts buiten professionele rol stapt</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverleners)</p>
<p>Interviewer: In belang van de patiënt niet voor uw eigen belang?</p>		
<p>Participant: Nee, ik denk niet dat het per se nodig is om heel veel van jezelf te delen. Dat dat het voor hen makkelijker maakt. Wel een andere patiënt wilde heel graag ook geneeskunde doen en daar heb ik ooit een keer mee afgesproken van luister</p>	<p>Te belastend voor patiënt als arts buiten professionele rol stapt</p>	<p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverleners)</p>

<p>op het moment dat jij geen sonde meer hebt, mag jij een dagje met me meelopen en daar ben ik steeds op teruggekomen. Dus dan ga je een ander soort relatie met iemand aan. En geef ik ook aan haar perspectief wat daarvoor nodig was.</p>		
<p>Interviewer: Dus verschilt dat enorm per patiënt?</p>		
<p>Participant: Ja. Maar ik zal verder niet heel veel privé zeg maar als persoon delen. Behalve als ze daar een vraag over stellen van: "Hoe ben je hier in dit vak terecht gekomen?" "Heb je zelf kinderen?"</p>	<p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: En zou u wel zeg maar vanuit een mens bijvoorbeeld een mening geven, of houdt u dat ook vaker professioneel? Dus niet per se informatie over uzelf delen, maar bijvoorbeeld meer van: "ik zou me ook zo voelen".</p>	<p>Arts als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Zeker. Ook over social media enzo, dan weet je, daar heb je het natuurlijk wel meer als persoon over wat je voorbij ziet komen en wat het met je kan doen. Of over alternatieve geneeswijze weet je, dat zijn een beetje van die onderwerpen waar je natuurlijk veel meer als mens een mening over kan uiten dan dat je dat per se als professional moet doen. Of bijvoorbeeld over het nieuws ofzo, daar mag je natuurlijk best wat over zeggen. En dat maakt voor</p>	<p>Leuk om buiten professionele rol te gaan</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>

<p>mij een dag ook leuker en het contact leuker.</p>		
<p>Interviewer: En als het gaat over besluitvorming van het hele behandelproces. Hoe zorgt u dat de patiënt daarin betrokken is? Zorgt u daar überhaupt voor?</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Dat is ook iets wat je van tevoren afstemt, want je het is teamwork. En ik zeg altijd, teamwork makes the dream work. Dus</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming is fijn</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Dus ik leg ook echt uit wat we met zijn allen nodig hebben om haar goed te kunnen helpen. Nou, de patiënt zelf en ouders, zeg maar de psychologische ondersteuning met natuurlijk een heel team wat erbij komt kijken, de lichamelijke ondersteuning, daar ben ik dan bij en de diëtist die eigenlijk overal ook zit en meedenkt. En dat we ook eens In de zoveel tijd overleg met elkaar hebben over de voortgang, dat we zo goed mogelijk met elkaar proberen af te stemmen, dat als er vragen zijn vanuit thuis over hoeveel mag je bewegen en hoeveel keer per dag mag je dan die rolstoel dan een blokje maken? Dat ik die kader schep. Dus je probeert heel erg ieders positie uit te leggen en je geeft haar ook steeds de mogelijkheid waarin je zegt van: "we spreken elkaar weer, heb jij nog dingen waarvan je vindt dat het anders moet of die je in wil brengen?" Komt bijna elk consult ook wel ter sprake, linksom of rechtsom.</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p></p>	<p>Gelijkwaardige relatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p></p>	<p>Gelijkwaardige relatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>Interviewer: En heeft de patiënt daar dus dan echt een stem in?</p> <p>Participant: Ja. En dat is ook iets wat we bij ons heel speciaal doen, dat we echt een persoonlijke eetlijst maken met de diëtist en daarmee geef je ook aan van ik heb jou gehoord, ik zie jou als persoon, je bent niet een nummertje die op eetlijst A of B of C staat. We luisteren echt naar jouw behoeftes en jouw gewoontes. Ja, daarmee probeer je heel erg, dus het gezonde meisje er weer bij te halen. Ook het opbouwen van leuke dingen doen, want dat is vaak heel erg op de achtergrond geraakt. Je ook gaat kijken, waar word jij nou blij van? Wat zou jij nou graag willen? Nou, al gaan ze een keer in de rolstoel, weet ik veel, pony's aaien, prima. Dan ga je dat weer als eerste op die lijst zetten.</p> <p>Interviewer. Wat interessant. We zijn eigenlijk qua wat ik wilde vragen aan het einde. Ik weet niet of u zelf nog dingen hebt die u kwijt wilt? Of kon u alles wel kwijt?</p> <p>Participant: Nee, ik denk het wel. Inderdaad het onderscheid tussen het zieke en de gezonde kant van de gedachtes. Er voor de patiënt zijn, uitstralen dat je erin gelooft en dat je ervoor gaat. Dat hebben ze nodig. De eenzaamheid erkennen. Ik denk dat dat misschien nog niet genoeg aan bod is</p>	<p>Iedere patiënt is uniek</p> <p>Patiënt als persoon</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Aansluiten bij “eetstoornis-zelf” en “gezonde-zelf”</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	---	---

<p>gekomen. Meisjes die zo ondervoed zijn en zo in de penarie zitten, die voelen zich onwijs eenzaam. En vaak dat benoemen en bespreken van: “wat zal je je eenzaam voelen, klopt dat?” Geeft ook een soort band al, en erkenning. En voor de rest komen er natuurlijk heel veel emoties bij kijken. En hoe weet je nou welke emotie de juiste is? Ja, dan neem ik altijd de beeldspraak: je speelt gewoon darts en je gooit een heleboel pijltjes en een van die pijltjes blijft wel hangen. En dan probeer je daar dan weer op door te borduren van: “hey, dit was iets wat jou triggerde wat je pakte, hier kunnen we samen op door.” Ik vind het altijd wel een uitdaging. Ik vind het ook heel leuk om te doen.</p> <p>Interviewer: Nou, dat is in ieder geval goed, denk ik. Anders is het ook niet vol te houden.</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Leuk om patiënt te kennen</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>
--	--	---

7.2.2 Interview patiënt 1

Datum: 29-05-2024

Locatie: Bij patiënt thuis

Interviewer: Iris van Haarlem

Participant: Patiënt met een eetstoornis

Interview	Code	Thema
<p>Interviewer: Oké, nou, de opname is gestart, dan gaan we beginnen. Ik ga dus eerst wat stukjes laten zien van het opgenomen consult en dan vraag ik daarna daar wat over.</p>		

<p><i>Fragment 1 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Nou, eigenlijk begint de arts hier meteen dus met een eerste vraag of jij vragen voor haar hebt. Wat vind je daarvan, dat ze zo begint?</p> <p>Participant: Wel goed, als je vragen hebt kan je die gelijk stellen.</p> <p>Interviewer: Dus voel je je daar wel prettig bij, of krijg je een ander gevoel?</p> <p>Participant: Nee, ik vind het fijn dat ze meteen mij aan het woord laat.</p> <p>Interviewer: Heb je dan het idee dat je alles kwijt zou kunnen?</p> <p>Participant: Hmmm...</p> <p>Interviewer: Dus daarmee bedoel ik bijvoorbeeld ook ja dingen buiten het patiënt zijn om. Dat je ook die dingen zou kunnen vertellen, dingen in het algemeen.</p> <p>Participant: Nou, ik denk het niet.</p> <p>Interviewer: Nee?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Dat idee krijg je niet dan, dat je alles kwijt kan?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Oké, en waarom dan niet?</p> <p>Participant: Nou, ik ben niet zo open, dus ik zou niet zo snel bij een arts dat dan gaan zeggen.</p>	<p>Fijn om regie te krijgen in gesprek</p> <p>Fijn om regie te krijgen in gesprek</p> <p>Geen gelijkwaardige relatie / patiënt niet als persoon</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p>
---	---	---

<p>Interviewer: Dus je hebt meer zelf het idee van ik zou dat niet doen?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Maar je denkt wel dat zij dat misschien met die vraag bedoelt?</p> <p>Participant: Hmmm....</p> <p>Interviewer: Of denk je dat ze echt doelt op "Hoe gaat het met je lichamelijk?"</p> <p>Participant: Ja, dat denk ik.</p> <p>Interviewer: Oké, duidelijk.</p> <p>Interviewer: En vind je dat vervelend of vind je het wel oké om het alleen daarop [op het lichamelijke aspect] te richten met je dokter?</p> <p>Participant: Ik vind dat wel oké.</p> <p>Interviewer: Oké nou, dan gaan we naar een volgend stukje.</p> <p><i>Fragment 2 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Ja, dit is best een lang stukje. Maar, hoe vind je dat de arts hier meeleeft met jou, maar dus ook met mama? Want ze zei hier: "we zijn allemaal een beetje geschrokken". Kan je daar wat meer over vertellen, wat voor gevoel je dat geeft of gaf?</p> <p>Participant: Ja, wel fijn dat ze zeg maar ook wel om je geven, terwijl je ze eigenlijk niet echt kent.</p> <p>Interviewer: Ja, dus dat vind je fijn dat ze dat dan aangeeft?</p> <p>Participant: Ja.</p>	<p>Patiënt niet als persoon</p> <p>Fijn om slechts over lichamelijke te praten</p> <p>Begrip van arts is fijn</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
---	---	--

<p>Participant: Ja, dat wel, maar ik zou het gewoon niet zo snel zeggen.</p> <p>Interviewer: Nee, precies. Maar zou je vinden, nu achteraf, is helemaal niet beoordelend, zou je denken, daar moet wel meer eigenlijk ruimte voor gegeven worden?</p> <p>Participant: Nee, op zich is dat wel beter denk ik.</p> <p>Interviewer: Wel prima zo hoe het gaat?</p> <p>Participant: Nee, dus wel iets langer ja, maar ze hoeft er ook niet heel lang bij stil te staan als iemand zeggen nee, dan vind ik ook niet dat ze heel lang door hoeft te gaan.</p> <p>Interviewer: Oké. Dan gaan we over naar iets meer algemene vragen. Vragen dus los van de beelden. Hoe zou je jouw relatie met je met je arts beschrijven? Hoe ervaar je die over het algemeen?</p> <p>Participant: Wel goed. Ik vond deze arts eigenlijk heel aardig.</p> <p>Interviewer: En hoe zou je het nog meer kunnen omschrijven? Hoe ging dat tussen jullie bijvoorbeeld?</p> <p>Participant: Weet niet, ze kwam altijd wel positief over enzo.</p> <p>Interviewer: Oké en dan was daar dan nog een soort speciale band tussen jullie of bleven het best wel oppervlakkig?</p> <p>Participant: Ja, het bleef wel als een arts, denk ik.</p>	<p>Fijn om slechts over lichamelijke te praten</p> <p>Vindt arts aardig</p> <p>Positiviteit en vertrouwen van arts is fijn</p> <p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p>	<p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p>
--	---	--

<p>Interviewer: Dat is niet dat je precies zou kunnen zeggen van we hadden een raakvlak ofzo?</p>		
<p>Participant: Nee.</p>		
<p>Interviewer: Oké. Ieder mens is natuurlijk anders en uniek en iedere patiënt ook weer. Heb je het idee dat jouw arts je echt als een uniek persoon zag, die weer heel anders is dan de volgende patiënt die de spreekkamer inkomt?</p>	<p>Iedere patiënt is uniek</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja</p>		
<p>Interviewer: Hoe dan precies?</p>		
<p>Participant: Nou ze had altijd wel gewoon het dingetje over je klaar. Ze had wel gewoon zich ingelezen en zo.</p>	<p>Iedere patiënt is uniek</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Ja, dus ze wist wel wie ze voor zich had?</p>		
<p>Participant: Ja.</p>		
<p>Interviewer: En wat vond je daarvan?</p>	<p>Fijn om als unieke patiënt gezien te worden</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Wel fijn.</p>		
<p>Interviewer: En had je dan ook het idee dat zij buiten hoe met jouw lichamelijk en geestelijk gaat, daarbuiten ben je ook natuurlijk nog een heel persoon, wist ze daar ook iets van?</p>		
<p>Participant: Ja, af en toe vroeg ze dat ook wel.</p>		
<p>Interviewer: Wat dan bijvoorbeeld?</p>	<p>Patiënt als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: "Wat zijn je hobby's", en dat soort dingen.</p>		
<p>Interviewer: En wist ze dat dan de keer daarna ook nog bijvoorbeeld?</p>		

<p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Ja oké, dus dat daar kwam ze op terug dan wel?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: En hoe vond je dat ze de zorg of het zorgplan specifiek aangepast was op jou? Of vond je überhaupt dat het meer volgens vaste richtlijnen ging?</p> <p>Participant: Ik weet niet, dat vind ik lastig.</p> <p>Interviewer: Vind je lastig? Ja, dat snap ik. Misschien is dat een moeilijke vraag. Had je het idee als jij zou zeggen: “ik vind dit niet prettig”, dat dat dan aangepast werd op jou?</p> <p>Participant: Nee dat denk ik niet.</p> <p>Interviewer: Zou je dat wel meer zo willen zien? Dat dat dan fijner zou zijn?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Oké, duidelijk.</p> <p>Interviewer: Weet de arts ook een beetje hoe jouw sociale situatie is? Wat ik natuurlijk zei over dat je ook een heel mens gewoon op jezelf. Dus een beetje wat jouw beleving is en wat jouw gedachtes waren. Was ze daar een beetje van op de hoogte?</p> <p>Participant: Nee, dat denk ik niet.</p> <p>Interviewer: Nee oké. Omdat zij er niet naar vroeg, of omdat jij er ook minder over los liet?</p> <p>Participant: Ik liet er ook niet</p>	<p>Geen aansluiting bij patiënt</p> <p>Fijn om als unieke patiënt gezien te worden</p> <p>Geen aansluiting bij patiënt</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	--	---

<p>zoveel over los. Ik denk dat een beetje van twee kanten kwam.</p> <p>Interviewer: En ging werd er dan soort van wel soms meer op door gehamerd van vertel nou eens iets of nee?</p> <p>Participant: Ook niet nee.</p> <p>Interviewer: En hoe kijk je daar dan nu op terug?</p> <p>Participant: Ja op zich had ik dat wel meer gewild, maar ik was daar ook zeg maar alleen voor dat.</p> <p>Interviewer: Dus jij zegt van ik was er ook gewoon om mijn eetproblemen te bespreken, dus waarom zou je het dan over andere dingen hebben?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: En dat vond je wel oké?</p> <p>Moeder participant grijpt even in: Zelfs dat eetprobleem wisten we toen nog niet eens. We zaten daar echt omdat ze afviel, omdat wij echt dachten dat ze heel goed at. Ik zat daar gewoon de kinderarts door de mand te halen dat ze haar binnenstebuiten moesten keren. Dat hele eetprobleem, dat wisten we toen nog niet eens.</p> <p>Interviewer: Oké. Het ging echt om het lichamenlijk screenen van “hoezo val je af?”</p> <p>Moeder participant: Ja en is je hart nog goed en wat is je bloeddruk en je bloedsuikers. Gewoon wekelijks werd alles gewoon alle vitale organen begaven het.</p> <p>Interviewer: Oké, ja duidelijk.</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Mag langer stilgestaan worden bij emoties van patiënt</p> <p>Fijn om slechts over lichamenlijke te praten</p> <p>(Stille) frictie / patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverleners)</p> <p>(Niet) op een relationele manier zorgverleners</p>
---	--	--

<p>Moeder participant: Ja en eigenlijk pas in februari hals over kop werd opgenomen, toen brak ze. Toen moest ze natuurlijk wel wat zeggen. Zij zal ongetwijfeld een vermoeden hebben gehad, want zij is echt heel goed, maar daar was dat nog helemaal niet aan de orde.</p> <p>Interviewer: Oké nee, goed dat je dat zegt, daar was ik niet van op de hoogte.</p> <p>Moeder van participant: Laat ik het zo zeggen, niemand wist daar dat ze niet at. Dus daarom zij zei natuurlijk ook niks. Zij dacht dat is mijn geheimpje en dat gaat mooi niemand weten.</p> <p>Interviewer: Nee precies. Maar ik bedoel ook niet per se dat moest of had kunnen vertellen. Maar ik bedoel ook gewoon los van dat je daar komt als patiënt, ben je ook een heel persoon achter dat. Of dat een beetje naar voren kwam in jullie gesprekken?</p> <p>Participant: Ik wilde daar ook gewoon zo kort mogelijk zijn, dus ik zei ook niet zoveel.</p> <p>Moeder participant: Je was ook gewoon suf.</p> <p>Interviewer: Ja, dus dan kwam er ook minder uit?</p> <p>Moeder participant: Ze zat de hele dag in een hoekje of in die rolstoel en er kwam geen boe of baa uit. Dit was voor haar echt een beproeving, iedere week.</p> <p>Interviewer: En jij wilde daar zo snel mogelijk weg zijn?</p> <p>Moeder participant: Zij had van ik moet hier weg.</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open /stille frictie</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	---	--

<p>Participant: Ja fijn dat ze dat snapt en ook zegt.</p> <p>Interviewer: Oké dat vond ik zelf ook wel. Dan voel jij je misschien gezien.</p> <p>Interviewer: En los van deze beelden, heb je dat vaker wel eens gehad dat ze zoiets zei? Of dat je misschien een ander moment kan omschrijven dat ze jouw gedachtes tegemoetkwam of zich daarin inleeft?</p> <p>Participant: Ik weet het eigenlijk niet zo goed meer.</p> <p>Interviewer: Dat is ook lastig.</p> <p>Moeder participant: Ik heb geen specifiek voorbeeld, maar zij gaf je altijd wel het gevoel dat ze je ook echt wel begreep.</p> <p>Participant: Dat vind ik ook.</p> <p>Moeder participant: En net zoals in dit specifieke geval, zij begrijpt heel goed dat ze het niet wil. Maar ze benoemt vervolgens ook dat het wel gaat gebeuren. En dat vond ik aan haar wel fijn. En zo waren er nog wel meer dingen hoor.</p> <p>Interviewer: Wat vond je daar dan van als ze het toch ook een beetje streng is?</p> <p>Participant: Ja uiteindelijk ook wel goed, want ja het moet wel.</p> <p>Interviewer: En je voelde je niet gepasseerd in je gevoel?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Nee, duidelijk. Dan daarop aansluitend, ik heb het er gister ook met je arts over gehad. Dat er soms bij mensen die er toch tegenaan lopen met eten dat ze soms een</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Arts geeft grenzen aan</p> <p>Aansluiting van arts is fijn</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring patiënt (relationeel zorgverleners)</p>
--	--	---

<p>Interviewer: Op wat voor manier dan? Of vind je dat moeilijk om uit te leggen?</p> <p>Participant: Ja, zij legde dat ook een soort van uit.</p> <p>Interviewer: Voelde je je dan begrepen daarin?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Was dat fijn?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Oké, goed zo even kijken, dan hebben we nog een fragmentje. Dat is de laatste hoor van de beelden.</p> <p><i>Fragment 5 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Ja nou in dit stukje vind ik eigenlijk vind ik in ieder geval dat ze best wel gehoor geeft aan die twee misschien botsende gedachten stromen die je zou kunnen hebben. Enerzijds zegt ze we zijn er met zijn allen aan het werk en ik vind het heel knap dat je beter wil worden. Dat is spreek ze eigenlijk jou als gezond meisje toe. Daartegenin is ze weer best streng en zegt ze: "Nou, er moet wat bij." En ze zegt ook dat je die drinkvoeding vervelend vindt, dus dan "moeten we iets anders", om dat zeg maar te voorkomen.</p> <p>Hoe zie jij dat wat ze hier doet?</p> <p>Participant: Ja wel als echt goed, omdat ze het weer aan alle twee, de gedachtes, eigenlijk hetzelfde als net, dat ze er wel gehoor aan geeft. Maar uiteindelijk zegt ze wel hoe het moet.</p> <p>Interviewer: Vind je dat fijn?</p>	<p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf" en "gezonde-zelf"</p> <p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf" en "gezonde-zelf"</p> <p>Fijn als arts eetstoornis gedachte snapt</p> <p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf" en "gezonde-zelf"</p> <p>Arts geeft grenzen aan</p> <p>Fijn als arts eetstoornis gedachte snapt /</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënt (relationeel zorgverlenen)</p>
--	---	---

<p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: En voel je je dan hier wel ook gehoord?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Je had niet het idee dat ze jou niet begreep in wat jouw behoeftes waren?</p> <p>Participant: Nee, ik dacht wel dat ze dat begreep</p> <p>Interviewer: Dat is fijn. Heel goed.</p> <p>Interviewer: Ik ben er toch gewoon meer benieuwd naar hoe jij daarnaar kijkt, of zij echt jouw behoeftes begreep?</p> <p>Participant: Ik vind het lastig, omdat ik hier alles een beetje bij elkaar aan het zeggen was en wat eigenlijk allemaal niet waar was.</p> <p>Interviewer: Maar ook los van dit fragment, het hoeft niet alleen maar over deze beelden te gaan. Gewoon in het algemeen.</p> <p>Moeder participant: Maar zij zat natuurlijk bij elk polibezoek alles aan elkaar te liegen uiteindelijk. Dus het was natuurlijk ook wel gewoon een beetje, als ik dit nu zie denk ik, wat een heks ben jij.</p> <p>Interviewer: Een soort gespeeld gesprek allemaal?</p> <p>Moeder participant: Alles was gespeeld, dus dat maakte het voor de kinderarts natuurlijk ook eigenlijk heel lastig. Ze ziet dat ze 1 kilo per week afvalt. Ik denk dat zij echt wel een onderbuikgevoel had, maar wij bleven natuurlijk zeggen hè....</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	--	---

<p>Interviewer: En, vond je dan toch dat ze dan, misschien ondanks dat je een beetje alles bij elkaar zat te liegen, vind je dan toch dat ze dat bleef begrijpen bij jou?</p> <p>Participant: Zeker. Ze heeft echt wel totdat ik in het ziekenhuis lag, had zeg gewoon wel altijd mij geloofd. Een beetje dan.</p> <p>Interviewer: Vond je dat fijn?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Gaf jou dat ook vertrouwen?</p> <p>Moeder participant: Ze heeft nooit een seconde het gevoel gegeven "je zit te liegen". Dat heeft ze echt nooit gedaan. Ongetwijfeld heeft ze iets gevoeld, maar ze is eigenlijk altijd achter haar blijven staan.</p> <p>Interviewer: Achter jou als persoon?</p> <p>Moeder en participant: Ja, als persoon.</p> <p>Interviewer: En wat vond je daarvan?</p> <p>Participant: Heel fijn wel.</p> <p>Interviewer: Kreeg je daardoor ook het gevoel dat je meer bij haar juist misschien wel kwijt zou kunnen?</p> <p>Participant: Jawel.</p> <p>Interviewer: Want bijvoorbeeld toen ik gisteren je arts sprak, zei ze ook zoals bijvoorbeeld in dat andere fragmentje dat ik liet zien. Daar ging ze bijvoorbeeld zeggen hoe zou het kunnen dat je bent afgevallen. "Ben je meer gaan bewegen?" Dan geeft ze je eigenlijk allemaal</p>	<p>Goede zorgrelatie / aansluiten bij "eetstoornis-zelf" en "gezonde-zelf"</p> <p>Positiviteit en vertrouwen van arts is fijn</p> <p>Goede zorgrelatie</p> <p>Positiviteit en vertrouwen van arts is fijn</p> <p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	--	---

<p>opties die zouden kunnen [hoe je bent afgevallen], zonder je te beoordelen.</p> <p>Heb je dan het idee dat ze daar jou al een soort opstapje probeert te geven om het toch aan haar kwijt te kunnen?</p> <p>Participant: Achteraf wel.</p> <p>Interviewer: Maar was het dan denk ik op dat moment niet genoeg om het te zeggen?</p> <p>Participant: Maar het kwam ook niet over. Dus dat ligt niet aan haar.</p> <p>Interviewer: Dus als je nu terugkijkt, denk je dan wel dat gaf me een heel vertrouwelijk gevoel?</p> <p>Participant: Ja zeker.</p> <p>Interviewer: Zou je kunnen zeggen dat jullie relatie zo open was dat je het kwijt had gekund.</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Had je dingen die je buiten het ziek zijn om, buiten het afvallen om, had je dingen die in je leven speelde? Die je had gewild dat de arts die wist of lag alles altijd wel op tafel? Wat je hobby's waren of wat je leuk vond om te doen?</p> <p>Participant: Ik denk het wel. Op zich had ze daar ook wel wat tijd aan besteed. Elke keer begon ze daarmee.</p> <p>Interviewer: Wat voor gevoel gaf je dat?</p> <p>Participant: Ja wel fijn dat ze ook een soort van daar nog interesse in had.</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Goede zorgrelatie</p> <p>Goede zorgrelatie</p> <p>Patiënt als persoon</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
--	--	---

<p>Interviewer: Ja, want soms gaat de focus anders zo erg naar alleen maar dat, terwijl je bent natuurlijk veel meer dan dat, toch?</p>		
<p>Participant: Ja</p>		
<p>Interviewer: Dus je had niet het gevoel van het gaat alleen maar over getalletjes en over waardes die slecht gaan?</p>	<p>Patiënt als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Nee.</p>		
<p>Interviewer: Oké.</p>		
<p>Interviewer: En dan wat nog wel een grappig ding is; de arts is natuurlijk de arts, een soort professional die alles weet. Maar vond je dat de arts zich ook wel eens gewoon opstelde als persoon? Dat klinkt misschien beetje raar, want het is natuurlijk een persoon. Maar dus als in een soort andere rol, buiten het professionele van arts zijn om. Gewoon als een mens waar je mee aan het praten was over dus bijvoorbeeld andere dingen buiten het...</p>	<p>Arts als persoon</p>	
<p>Participant: Ja, ik vond haar wel ook een beetje luchtig ook.</p>		<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: En gaf ze dan bijvoorbeeld wel eens een mening buiten het arts zijn om?</p>		
<p>Participant: Nee dat niet.</p>	<p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p>	
<p>Interviewer: Dus je had niet dat je haar echt het persoonlijk kende?</p>		<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Nee.</p>		
<p>Interviewer: Daar was misschien ook dan op dit moment de ruimte niet voor. Maar had je dat soms wel eens gewild? Bijvoorbeeld dat het meer als een soort, ze hoeft</p>		

<p>natuurlijk niet je vriendin te zijn, maar als een soort moeder die bijvoorbeeld zegt: “ik zou me ook zo goed kunnen voorstellen dat ik me dan zo voel.” Of zou je zeggen nee?</p> <p>Participant: Ja op zich wel. Dat zou ook op zich wel fijn zijn, maar ik vind ook niet dat het moet of zo, want je bent daar wel voor....</p> <p>Interviewer: Ja dat zeg je nu zo, maar het zou ook kunnen dat dat wel een soort extra dimensie, kan dat geven aan je... [relatie]</p> <p>Participant: Ja, nu zou ik dat wel willen. Maar toen ook niet. Toen wilde ik, als ik er was, zo snel mogelijk weer weg.</p> <p>Interviewer: Precies. Terwijl nu zou je misschien denken, ik hoef het niet meer alleen maar over die feitelijke dingetjes te hebben?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Dus dat hangt ook weer misschien voor jou dan af in welke staat jij bent?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: En was het ook niet dat je arts zelf ging vertellen over haar persoonlijkheid of identiteit of zo?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Oké, duidelijk.</p> <p>Interviewer: En je gaat dan op een gegeven moment natuurlijk een beetje samen... Je arts zei ook al: “We werken er met zijn allen aan, we hebben een heel</p>	<p>Arts hoeft zich niet buiten professionele rol op te stellen</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden</p> <p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p>	<p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p>
--	---	---

<p>team; de diëtist en we hebben een gezamenlijk plan.”</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p>	
<p>Had je het idee je inspraak had in de behandeling? In hoe je beter ging worden, had je daar iets in te zeggen?</p>		<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Jawel, zeker wel.</p>		
<p>Interviewer: Hoe dan?</p>		
<p>Participant: Bijvoorbeeld bij die drinkvoeding, zei ze niet: “Je moet dat nemen”, maar ze zei: “Als je dat niet wil, moet je iets anders.” Dus het was wel dat ik zelf kon kiezen. Een beetje hoe ik het binnenkreeg.</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Had je vaker dat het idee dat ze dat dan ook bij jou neerlegde?</p>	<p>Gelijkwaardige relatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja</p>		
<p>Interview: Dus je voelde je wel betrokken? In het besluiten van wat de volgende stap was.</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja.</p>		
<p>Interviewer: En hoe voelde je je daarover? Dat je daarin mee mocht praten?</p>	<p>Fijn om regie te krijgen in gesprek</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Ja wel fijn.</p>		
<p>Interviewer: Dus je had niet zoiets van zij moet maar voor mij beslissen?</p>		
<p>Participant: Nee.</p>		
<p>Interviewer: En voelde je daardoor ook weer juist meer gezien?</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja.</p>		
<p>Interviewer: Had je het idee dat je dan uiteindelijk de zorgadviezen ook beter zou opvolgen of had het geen invloed?</p>	<p>Fijn om inspraak in behandeling te hebben</p>	

<p>Participant: Ja, ik denk het wel.</p> <p>Interviewer: Heb je nog iets van aanvulling of zo? Of dat je iets hebt van zo dit gebeurde er altijd bij ons in gesprekken?</p> <p>Participant: Nee, eigenlijk niet.</p> <p>Moeder participant: Ik was heel blij met deze dokter. Het is natuurlijk voor ons heel lastig, want zij wist iets wat wij niet wisten.</p> <p>Interviewer: Nee, precies.</p> <p>Moeder participant: En ik maakte het de dokter ook niet makkelijk, want ik dacht, doe een MRI, een scan en haal haar maar helemaal ondersteboven. Ze heeft iets dus.... Het is natuurlijk nu achteraf heel anders. We zouden er nu denk ik ook anders zitten.</p> <p>Interviewer: Precies. Daarom probeer ik het ook een beetje los van de beelden aan jou te vragen...</p> <p>Moeder van participant: Zij was natuurlijk zo duf, nou echt letterlijk op sterven na dood. Het was niet veel meer.</p> <p>Interviewer: Dus vanuit jou was er ook geen intentie om een connectie te leggen met je arts?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Dat probeert zij misschien wel?</p> <p>Participant: Ja, Ik vind wel dat ze het probeerde.</p> <p>Moeder participant: Maar zij dacht alleen maar, ik moet hier weg.</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p>
--	-------------------------------------	---

<p>Interviewer: Je dacht niet eens na over “hoe wordt er naar mij gekeken buiten dit om”?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Nee, dat begrijp ik nu ik dit hoor ook wel echt.</p> <p>Moeder participant: Het was natuurlijk een heel bijzondere tijd voor ons. We zitten nu heel anders bij een kinderarts.</p> <p>Interviewer: Want hoe zit je er bijvoorbeeld nu dan? Hoe zou je nu, dus niet meer met deze kinderarts, wat we net een beetje hebben besproken, zou je dat kort kunnen zeggen? Hoe je dan dat ervaart, die communicatie en relatie met een arts? Geef je je dan meer bloot?</p> <p>Participant: Ja, dat denk ik wel.</p> <p>Interviewer: Nu wel?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: En je krijg dus ook het gevoel dat dat kan?</p> <p>Participant: Ja</p> <p>Interviewer: Kan je dan een beetje, misschien heel moeilijk hoor, of je dingen kan benoemen die dat maken, dat je je gedachtes kwijt kan? Je behoeftes kwijt kan? Wat zijn dingetjes die daarvoor zorgen?</p> <p>Participant: Ze zijn daar allemaal wel vriendelijk, heel aardig en ik weet niet, zij zijn wel heel lief.</p> <p>Interviewer: Vind je dat belangrijk?</p> <p>Participant: Ja.</p>	<p>Goede zorgrelatie</p> <p>Vindt arts aardig</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
--	---	--

<p>Moeder participant: En je hebt geen geheim meer op je schouders. Dat scheelt denk ik de helft. Iedereen weet het nu, dus ja, zeg het dan ook maar hoe je je voelt. Dat kon ze gewoon niet zeggen, want dan kwamen we erachter.</p>		
<p>Interviewer: Dus dat was toen gewoon niet mogelijk en nu wel?</p>		
<p>Moeder participant: Dat was voor haar echt niet mogelijk.</p>		
<p>Interviewer: Ja en nu dus dan iedereen dat weet, dan gaan er natuurlijk meer andere dingen besproken worden, wat wil jij, wat zijn wensen die jij wil, waar wil jij naartoe werken misschien? Dat was toen niet eens aan de orde, denk ik?</p>		
<p>Moeder participant: Nu zeggen ze van: "jij wilt weer naar school, weer voetballen", dan gaan we eerst naar zoveel kilo. Nu ben je vooruit aan het denken en kan ze op tafel leggen wat zij graag wil. "Ik wil heel graag weer een uurtje naar school." Nou, doen we dat eerst.</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: En je krijgt wel die mogelijkheid? Ze geven dan echt jouw wensen, daar ga je naartoe werken?</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	
<p>Participant: Ja.</p>		<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Dat is wel heel fijn, toch?</p>	<p>Aansluiting van arts is fijn</p>	
<p>Participant: Ja.</p>		
<p>Interviewer: Dus niks meer kwijt wil je?</p>		<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Nee.</p>		

Interviewer: Helemaal goed, dan gaan we hem denk ik af afzetten.		
--	--	--

7.2.3 Interview arts 2

Datum: 30-05-2024

Locatie: Ziekenhuis waar de arts werkzaam is

Interviewer: Iris van Haarlem

Participant: Kinderarts

Interview	Code	Thema
<p>Interviewer: Nou we beginnen gewoon even opnieuw. Hoe ervaar je over het algemeen de relatie met deze patiënt?</p> <p>Participant: Ik denk op zich goed. Het is een meisje dat ik drie keer heb gezien, dus niet heel vaak heb gezien. En, ik vond haar moeilijk te lezen. Dus ik heb niet een heel persoonlijk contact met haar gehad voor mijn gevoel. Dus ik heb niet echt een hele diepgaande relatie met haar. Ik had het gevoel dat ze over het algemeen het wel waardeerde wat ik deed.</p> <p>Ik zit even te denken. Wat zou je graag willen weten over de relatie?</p> <p>Interviewer: Hoe was deze relatie bijvoorbeeld anders dan met andere patiënten? Want je hebt natuurlijk heel veel patiënten.</p> <p>Participant: Wat ik heel leuk vond is dat zij mij vrij actief tegenwicht bood. Zij bevroeg wat ik deed. Ik zei iets en daar was het niet helemaal mee eens is, kan ik me herinneren. En dat vond ik wel leuk, want dat doen de meeste patiënten niet zo duidelijk. Dus ze zei: "Wat u nou zegt, dat snap ik niet helemaal", of "Dat is anders dan dat de anderen zeggen". En</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Idee dat patiënt waardeert wat arts doet</p> <p>Gelijkwaardige relatie / frictie</p> <p>Leuk als patiënt tegenwicht biedt</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>

<p>ik verwoordde het op een bepaalde manier, toen zei ze: “Ja, maar nu klinkt het net alsof u dingen zo zegt om mij te helpen, maar ik wil het echt weten.” Dus ze gaf duidelijk wat weerwoord. Dat vond ik wel leuk.</p> <p>Interviewer: En hoe beïnvloedde dat dan jullie relatie? Kon dat het juist misschien stroever maken of maakte dat het dan juist misschien wel wat diepgaander?</p> <p>Participant: Voor mij maakte het wat diepgaander, omdat ik opeens bedacht; ik ben jou inderdaad op een bepaalde manier misschien nu antwoord aan het geven. Zij liet zichzelf als het ware net wat meer zien daardoor, van: “U ben me op dit moment niet zo goed aan het helpen”. En dat gaf mij handvatten om haar wel beter te kunnen helpen. Dus dat maakt dat, als iemand zichzelf wat meer laat zien, dan helpt mij dat om meer relatie te maken en dus ook beter aan te kunnen sluiten.</p> <p>Interviewer: Oké, interessant. Dan kunnen we daar wel een beetje op inhaken. Je zegt ook: “Ze liet zichzelf misschien wat meer zien.” Ik heb een soort klein stukje daarover, als een soort introductie.</p> <p><i>Fragment 1 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Dit was eigenlijk een klein stukje dat je ook weer een beetje opgefrist wordt, hoe dat gesprek nou ook alweer ging. Hier stel je dus de vraag: “Wat voor studie deed je ook alweer?” Stel je vaker van dit soort vragen aan patiënten?</p>	<p>Gelijkwaardige relatie Leuk als patiënt tegenwicht biedt</p> <p>Leuk als patiënt tegenwicht biedt</p> <p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p> <p>Patiënt als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	---	--

<p>Participant: Ja, dat doe ik wel vaker.</p> <p>Interviewer: En met wat voor doel is dat dan?</p> <p>Participant: En dan bedoel je dit soort vragen van...?</p> <p>Interviewer: Buiten het patiënt zijn om. Dus meer over haar eigen leven.</p> <p>Participant: Nou, dat helpt mij om een beetje te weten wat... Ik vind het één leuk, om te weten wat een meisje interessant vindt of waar ze mee bezig is. Eén om beetje gevoel te krijgen met het kind, om een beetje gevoel te krijgen van wat voor type kind is dit. Maar ook om in mijn uitleg en in mijn metaforen of als ik dingen wil verduidelijken, dat ik dat dan soms kan gebruiken. Dus als iemand heel erg van hardlopen houdt, kan ik uitleg geven aan de hand van hardloop voorbeelden. Als iemand van paarden houdt, zou ik dat eerder doen. Of als iemand heel erg in sport geïnteresseerd is dan doe ik het liever op die manier. Ook wel eens iemand die heel erg van dieren houdt en veel met haar konijnen is, dan kan ik dat ook gebruiken. Eén in de uitleg, misschien als tweede, ook om te begrijpen, wat zou het het meisje brengen als ze bijvoorbeeld beter wordt. Dus ook in de doelen van de behandeling of in wat zij misschien als doelen ziet.</p> <p>Interviewer: Dus is dat dan echt wel voor de patiënt om aan te sluiten bij haar of zijn identiteit of hobby's?</p> <p>Participant: Ja.</p>	<p>Leuk om patiënt te kennen</p> <p>Patiënt als persoon</p> <p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Aansluiting bij patiënt / patiënt als persoon</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	---	---

<p>Interviewer: En op wat voor manier heeft dat dan invloed op jullie relatie, als je dat wel doet?</p>		
<p>Participant: Nog als laatste; ik vind het ook gewoon leuk.</p>	<p>Leuk om patiënt te kennen</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Interviewer: Dus ook voor jezelf, aan de andere kant is dat?</p>		
<p>Participant: Ja. Ik vind het ook gewoon wel leuk. Ik ben ook gewoon wel nieuwsgierig. Wie zit daar eigenlijk tegenover me en wat voor een kind, wie ben je? Los van dat je moeite hebt met eten. Wat was je vraag?</p>	<p>Leuk om patiënt te kennen</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Interviewer: Ja, want eigenlijk geef je dan nu aan het is en een beetje voor mijn eigen interesse, dat is denk ik gewoon een goede eigenschap. En daarnaast dat het misschien voor die patiënt het in een gesprek wat leuker kan maken, als je uitleg geeft over dingen. Wat doet dat? Merk je dat dat iets doet tussen jullie band, als je dat wel doet? Of misschien soms wel minder doet?</p>	<p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Participant: Jazeker. Ik heb het idee dat dat wat doet en dat het uitmaakt. Wat ik het laatste jaar doe, is dat ik regelmatig patiënten vraag om iets van zichzelf mee te nemen in de spreekkamer als twee keer heb gezien of zo. Dan vraag ik wel eens: "zou je de volgende keer iets mee willen nemen wat iets over jezelf vertelt en het hoeft helemaal niets te maken te hebben met je ziekte." Dat wat ze dan meenemen kan een gebreide muts zijn, of een plaatje van een hond, of een tekening die ze hebben gemaakt. Maar wat dat doet is dat ze, volgens mij, het ook leuk vinden om iets van zichzelf te laten zien. En dat</p>	<p>Patiënt als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
	<p>Fijn om als persoon gezien te worden</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p>

<p>maakt automatisch dat er ook een soort vertrouwensrelatie meer komt. Als het over die makkelijkere onderwerpen, als ik daarin geïnteresseerd ben, en daarop connectie is, kan ik het ook over de moeilijke onderwerpen hebben. Dus daarin werkt het voor mij ook.</p>	<p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Interviewer: Uit ervaring heb je, is dat gebleken?</p> <p>Participant: Voor mijn ervaring wel.</p> <p>Interviewer: Oké, dat is mooi.</p>		
<p>Participant: Dus als je een soort van vertrouwensband opbouwt en interesse toont in dat soort dingen, dan zijn mensen ook eerder geneigd, of in ieder geval een patiënten, eerder geneigd om ook gewoon open te staan voor de moeilijker dingen. Dus het wordt wat minder functioneel dan ook.</p>	<p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Interviewer: Dus je hebt wel het idee dat ze dan eerder ook open zouden zijn over hun eet gedachtes, in dit geval?</p> <p>Participant: Ja dat denk ik wel. Of in ieder geval open staan voor wat ik zeg ook.</p>		
<p>Interviewer: Dat is interessant. En heb je het idee dat patiënten daar ook voor openstaan, om dus hun persoonlijkheid naast het patiënt zijn dan te uiten? Nemen ze vaak iets mee bijvoorbeeld?</p>		
<p>Participant: Ja, dat doen ze wel. Ik heb het idee dat ze het heel erg waarderen. Ik heb het denk ik bij deze patiënt niet gedaan. Ik heb het idee dat ze dat wel waarderen. Ja en het is dus deels functioneel; het helpt me om dokter te zijn. Maar als tweede is het ook gewoon een</p>	<p>Fijn om als persoon gezien te worden</p> <p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent/ Leuk om patiënt te kennen</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>

soort van: zo wil ik graag werken. Ik vind het leuker om zo te werken, om ook gewoon mensen te helpen in plaats van patiënten te helpen.

Interviewer: Het heeft twee voordelen eigenlijk?

Participant: Ja. Het maakt mijn werk ook gewoon een stuk leuker. Het is, wat je zei, het is ook voor jezelf. Ja, dat klopt. Het is ook iets waarin ik in geloof of zo. Ik wil graag wel echt contact hebben met mensen, het liefst. In plaats van het alleen maar een patiënt met een ziekte.

Interviewer: En hoe zou jij dan, want iedere patiënt is natuurlijk weer heel anders, wat maakt deze patiënt dan, naast dat ze misschien iets mondiger is dan andere patiënten, heeft zij nog meer dingen die de zorg op haar hebben beïnvloed? Omdat zij uniek is. Hoe, hoe zou je dat kunnen omschrijven? Of is dat moeilijk?

Participant: Ja, want eigenlijk ken ik haar dus niet zo heel erg goed en heb ik het maar kort gezien. Dus dan zou ik niet zeggen dat ik heel veel unieks op haar heb kunnen aanmerken. Ik vond haar vooral ook moeilijk leesbaar. En ik weet dat ik het echt opvallend vond, en dan heb ik dus ook het idee, ik ken jou echt heel weinig, dat zij studeerde en dat zij helemaal, of nou gestopt is met haar studie, maar wel in ieder geval bij haar ouders weer is gaan wonen vanwege de eetproblemen. En als 17, 18 jarige ook de volledige regie van het eten weer bij haar ouders is te komen te liggen. En dat ze dat wel accepteerde. En dat zie ik niet zo heel vaak bij 17, 18 jarige meiden. En

Leuk om patiënt te kennen

Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)

Iedere patiënt is uniek

Op een relationele manier zorgverlenen

<p>dan heb ik ook het idee, er is een hele wereld van jou en van je ouders en wie je bent, waar ik eigenlijk helemaal niet zoveel van weet. Ik had ook de vraag gekregen of ik een brugfunctie zou kunnen zijn tot dat Rintveld zou starten. En ook het feit dat zij nu opgenomen is geweest verraste mij wel, want ik schatte het minder ernstig in als ik haar zo meemaakte. Dus dan denk ik: "hè, mis ik nou een hele wereld die ik niet ken?"</p>	<p>Geen aansluiting bij patiënt / patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Heb je dat wel eens vaker? Want nu is dit specifiek voor deze patiënt. Maar dat je dan toch opeens denkt: "ik dacht dat wij wel een vertrouwensband hadden, waarin ik dus veel wist en ik mis toch blijkbaar een deel." Gebeurt dat toch vaker?</p>	<p>Geen aansluiting bij patiënt / patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja. Dat er veel meer speelt in een gezin en dat bij een kind en dat de problemen soms veel groter zijn dan dat ik denk. Of dat ik dus maar één stukje te zien krijg, daar kom ik wel regelmatig achter. En dat is best irritant, omdat je wel gevraagd wordt om beleid te maken en best ingrijpende beslissingen moet maken soms. En dan niet zo goed weet of je het juiste dan doet of het goed toegepaste doet. Dus je bent een beetje aan het varen in de mist ofzo, zo voelt het soms.</p>	<p>Geen aansluiting bij patiënt / patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: En heb je het idee dat daar wel in verbeterd zou kunnen worden, als dan die relatie misschien nog beter zou zijn en dat je wel de hele achtergrond ook zou weten, of is dat eigenlijk te veel gevraagd?</p>	<p>Lastig als patiënt niet open is</p>	<p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Ik denk wel dat het me zou helpen om een schets te</p>		

<p>hebben meer nog van iemand en nog beter iemand te kennen. Ja, dat zou zeker helpen. Nog los van of dat praktisch mogelijk is en hoe je dat dan zou moeten doen. Maar het zou mij wel helpen in mijn betoog en taal en in de zorg.</p> <p>Interviewer: Ik zou dan willen vragen, hoe dan? Hoe zou je dat dan zorgen dat dat tot uiting komt?</p> <p>Participant: Hoe zou dat beter kunnen?</p> <p>Interviewer: Ja, want je geeft al aan dat je probeert die relatie dan te beginnen met vertrouwen op te bouwen. Dat zijn allemaal al stappen daar naartoe. Of zou je dan de nieuwe Nobelprijswinnaar zijn?</p>	<p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
<p>Participant: Voor een deel zijn dit ook gewoon hele praktische dingen die je niet weet. “Hoe gaan de schoolprestaties?” “Wat is iemands voorgeschiedenis?” “Wat heeft iemand eerder meegemaakt?” “Zijn er problemen bij moeder of bij vader?” En je probeert dat wel uit te vragen. “Zijn er schulden thuis?” “Is er seksueel misbruik in de voorgeschiedenis?” En voor een deel hoef je dat niet te weten. En aan de andere kant zou dat praktisch wel kunnen, als die informatie al bekend is bij de SGGZ behandelaren, is dat op zich vrij eenvoudig om tot je te nemen.</p>	<p>Patiënt als persoon / aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
<p>Interviewer: Maar vanuit de patiënt zelf, zeg maar?</p> <p>Participant: Ik zou dan denk ik het meeste behoefte hebben aan wat zij zelf als meest belangrijk vinden, of wat zij het meest</p>	<p>Aansluiting bij de patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>

<p>hopen of wat zij het meest verlangen.</p> <p>Interviewer: Oké, ja nou, Ik heb daar misschien ook wel een leuk stukje over dan toevallig.</p> <p><i>Fragment 2 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Ik vond dit ook wel een interessant stukje vooral. De vraag staat hier nog open: “Wat helpt jou nou het meest om te herstellen?” Wat is je doel met zo'n vraag?</p> <p>Participant: Het doel van deze vraag voor mij was om... Ik tast op dat moment een beetje in het duister. “Wat maakt dat dus een andere behandelaar een SGGZ partij op een bepaalde manier heeft gehandeld.” En dat het meisje me teruggeeft: “Ik hoor twee verschillende manieren”. En dat ik ook niet weet wat de beste toon is bij haar. En dat ik het liefste van haar dan zou willen horen: “Wat doet dit met je of hoe helpt dit jou?” Wat ik heel ingewikkeld vind, is dat dit meisje het zelf ook niet zo goed weet.</p> <p>Interviewer: Nee, want zij geeft natuurlijk ook aan van: “Ik heb soms het idee dat ik krijg te horen wat ik moet horen om beter te worden.” En dan probeer jij dat toch los te krijgen van “Wat helpt jou?”</p> <p>Participant: Ja. Dan wil ik graag horen welke toon, welke aanvliegroute helpt jou. Dus ik ben hier inderdaad ook gewoon op zoek. Misschien weer een beetje van ik ken jou nog niet zo goed, ik weet niet wat jij nodig hebt. Dus, helpt het bij jou om een schop onder je kont te krijgen. Helpt het bij jou om</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Lastig als patiënt niet open is</p> <p>Aansluiting bij patiënt / iedere patiënt is uniek</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--	--

<p>het heel strak en duidelijk voorgeschoten te krijgen? Of moet ik jou een beetje ruimte geven?</p>		
<p>Interviewer: Dus je probeert hier wel haar wensen, daarop aan te sluiten?</p>	Aansluiting bij patiënt	Op een relationele manier zorgverlenen
<p>Participant: Ja.</p>		
<p>Interviewer: Dat is wel je idee daarachter van wat wil jij? Hoe wil jij dat?</p>		
<p>Participant: Ja, hoe kunnen we het beste bij jou aansluiten.</p>	Aansluiting bij patiënt	Op een relationele manier zorgverlenen
<p>Interviewer: Hier was het dus niet helemaal duidelijk wat zij wilde. Is dat vaker zo?</p>		
<p>Participant: Ja, best wel vaak. Tijdens de eetstoornis, als die heel erg actief is, raken meiden de weg kwijt, het gezin de weg kwijt, weten ze het allemaal niet meer. En dan weten ze soms ook niet zo goed meer van: "Wat helpt me nu?" "Wat heb ik nodig?" Dan is het alleen maar heel erg veel paniek en angst en het gaat niet goed. Dus dan is het voor mijn gevoel ook wel veel trial en error of uitproberen. We gaan dit proberen: "Wat doet dit met jou?"</p>	Aansluiting bij patiënt	Op een relationele manier zorgverlenen
<p>En dan moet ik zeggen, dan moet je dus wel heel bewust zijn dat je die check ook doet. "Wat doet het met jou?" "Helpt het jou?" En dan nog vind ik dat best ingewikkeld. Dan zegt het kind vanuit de eetstoornis: "Het helpt mij helemaal niet", of "Het gaat helemaal niet".</p>	Lastig als patiënt niet open is	Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)
<p>Dan is het echt zoeken van, welke weg gaan we toch in? Welke weg is toch de juiste toon? Kiezen we voor nog strikter, kiezen we voor nog meer begrenzing of kiezen we voor juist meer vrijheid en meer autonomie.</p>	Aansluiting bij "eetstoornis-zelf" en "gezonde-zelf"	Op een relationele manier zorgverlenen
	Aansluiting bij patiënt	Op een relationele manier zorgverlenen

<p>Interviewer: Zijn dit dan de manieren waarop je dus aansluit bij die gedachtes of de wensen van de patiënt? Eigenlijk een beetje proberen, kijken of dat het is, als ze het zelf ook niet weten, de manier waarop je doet?</p> <p>Participant: Ja je probeert dat intuïtief te doen op basis van je ervaring. Dit kind heb ik vaker gehoord, wat ze vertelt en hoe ze met dingen omgaan; “Is het vooral gebaseerd op angst? Is het vooral gebaseerd op controle?” En wat ik probeer te doen, het tweede is, dat ik ouders als informatiebron vraag: “Wat zien jullie wat bij jullie kind helpend is?” “Wat hebben jullie tot nu toe gedaan?” of “Hoe is afgelopen week gegaan?” en “Wat waren ingrediënten die werkend waren en welke niet?” “Helpt het nog om juist naar school te gaan, of geef het school superveel stress?”</p> <p>Interviewer: Dus dat is toch makkelijker bij de ouders te halen?</p> <p>Participant: Ja. Soms is het makkelijker bij de ouders te halen, omdat het kind het even echt allemaal niet meer weet. En het ligt ook een beetje aan de leeftijd. Dat is nog een laatste, ik denk dat het ook ligt aan de leeftijd. Een kind van 12 of 11 of een kind van 18, denk ik dat ik een kind van 18 sneller autonoom zie.</p> <p>Interviewer: Sneller kan aansluiten of erachter komen wat zij wil?</p> <p>Participant: Ja. Of in ieder geval sneller dat zoek bij het kind en bij een twaalfjarige zal ik het sneller zoeken bij ouders.</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	--------------------------------	---

<p>Interviewer: En komt er dan gedurende zo'n, dit waren dan maar 3 keer dat je haar hebt gezien, maar stel het is vaker, komt er dan wel uiteindelijk meer naar boven wat de patiënt haar wensen zijn of gedachten?</p> <p>Participant: Nou in ieder geval wat werkt. En ook gedachtes en wensen. Ik weet ook eigenlijk niet zo goed hoe erg dat wisselt door de tijd. Dus of het dan verandert. Ik zie een kind maar een half uur of een kwartier in twee weken tijd. En die hele twee weken worden samengevat in twee minuten; "Het gaat wel goed, of het gaat wel." Soms heb ik wel het idee van, ik krijg wel een hele erge selectie terug. Dan kom je toch weer een beetje terug in die mist, waarop je niet helemaal goed weet waarop je aan het sturen bent. Er is heel veel wat je niet weet.</p> <p>Interviewer: En hoe probeer je dat dan toch te pakken? Van hoe sluit ik nu echt aan bij deze patiënt wat die nodig heeft, wat die wil?</p> <p>Participant: Dat doe je dan wel door echt er expliciet naar te vragen. En even nog een keer te checken als je dat beantwoord krijgt: "Klopt dit dan een beetje?" "Wat denk je?" Dat soort dingen. Ik weet niet of ik hier heb gedaan.</p> <p>Interviewer: Ik heb daar een stukje van.</p> <p><i>Fragment 3 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Ik vond dit wel op zich een fragment wat erbij aansluit waar we het nu over hebben, toch? Hoe kijk je hier dan op terug?</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Geen aansluiting bij patiënt</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Lastig als patiënt niet open is</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--	--

<p>Participant: Nou, dan hoor ik dus inderdaad een meisje dat nu vier, vijf keer zegt: “Ik weet het niet.” En dat niet weten, maakt dan ook dat je als behandelaar het voor een deel dus ook niet weet, wat passend is.</p> <p>Interviewer: En snap jij die gedachten dan wel echt? Probeer je dan wel echt je daarin helemaal in te leven, dat zij dat niet snapt? Of is dat dan heel moeilijk?</p>	<p>Lastig als patiënt niet open is</p>	<p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Dat is wel lastig ja. Eén, ik hou er niet zo van. En twee, van in een in een mist zitten, om de hele tijd te zeggen “Ik weet het niet”. Dan heb ik in ieder geval als dokter de neiging om haar te helpen om het wel te weten, bij wijze van spreken, of te lossen.</p> <p>Interviewer: Want jij haal ook dingen van vorige keer aan.</p> <p>Participant: Je ziet mij dus dan ook dingen van de vorige keer erbij halen. En dan zeg ik uiteindelijk voor, nu zijn die twee dingen misschien ook wel genoeg in deze fase, zoiets.</p> <p>Interviewer: Is dat dan een manier waarin je haar tegemoet wil komen?</p>	<p>Lastig als patiënt niet open is</p>	<p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Je wil haar helpen om eruit te komen en haar hoop en licht gunnen van daar kan ik hem toelopen, dan heb ik weer perspectief. De vraag is even of dat per se ook hetgeen is waar zij behoefte aan heeft bij mij als dokter, maar die behoefte die voel ik dan wel. Ook omdat ik denk dit meisje moet natuurlijk wel beter worden. Dan is het ook fijn als ze een perspectief heeft om naar toe te werken.</p>	<p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>Participant: Ja, dat denk ik wel. Ik denk dat deze patiënt wel veel gedachtes heeft over eten en “Hoe moet ik het nou doen?” Ze zegt ook bij sommige dingen van: “Ik weet het dan niet zo goed. Ik wil wel bewegen, maar het wordt snel moeten zijn.” Toch heb ik ook wel het idee dat, als ik aan het praten ben in de spreekkamer, het soms niet helemaal representatief is voor hoe het thuis is. Dus ik kan redelijk soms het contact maken met voor mijn gevoel het gezonde deel van het kind, kan redelijk een gesprek hebben. En dat ik soms juist wel eens een beetje op zoek ben van, waar zit nou het probleem precies?</p> <p>Interviewer: Alsof die persoon even niet naar voren komt?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Dat is dan dus moeilijk daar connectie mee leggen?</p> <p>Participant: Ja, of in ieder geval om daar een inschatting van te maken. Als een kind wel gaat schreeuwen of bij mij ook duidelijk de eetstoornis problematiek laat zien. Dan maakt het het voor mij, aan de ene kant vind ik dat natuurlijk ingewikkeld, van hoe ga ik daar dan mee om. Maar ik vind het soms ook wel fijn, omdat ik anders een contact heb met een kind die lacht en zegt: “Ja” en “Dat is goed”. In ieder geval dat ik het gevoel heb van dat hele moeilijke stuk, dat krijg ik niet echt te zien, dus een goede inschatting van de eetproblematiek dan maken is soms ook ingewikkeld.</p> <p>Interviewer: Heb je dan het idee dat dat je voor de gek gehouden wordt?</p>	<p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p> <p>Lastig als patiënt niet open is</p> <p>Lastig als patiënt niet open is</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverleners)</p>
--	---	--

<p>ook wel de wat meer verborgen dingen te horen.</p> <p>Interviewer: Kan dat dan dat de ouders even [weggaan]? Ook bij minderjarige meisjes?</p> <p>Participant: Ja, vaak wel.</p> <p>Interviewer: Dus dat is een manier om het toch [te achterhalen]?</p> <p>Participant: Dat is voor mij een manier.</p> <p>Interviewer: Je zei net: “ik ben het er soms niet mee eens”. Je hebt zelf geen last van een eetgedachte, hoop ik, die zegt: “Je mag niet eten, je moet bewegen.” Laat je dat dan ook merken, dat je dat jij daar niet zo over denkt?</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
<p>Participant: Voor het kind? Ja, zeker. Ik denk dat ik dat geleerd heb om het steeds explicieter uit te spreken. “Die gedachtes of wat jij nu doet, daar ben ik het niet mee eens, want ik denk dat dat niet hetgeen is waar jij écht gezond van wordt.” “Ik zie dat het je te veel kost. Ik ben het daar niet mee eens, wat je nu doet.” Dat is nog iets heel anders dan dat ik er invloed op heb of controle op heb, dat het kind het helemaal niet meer wil doen. Maar ze moet in ieder geval weten dat ik het er niet mee eens ben.</p>	<p>Frictie in de spreekkamer</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
<p>Interviewer: Maar je erkent het wel, dat het er is, begrijp ik? Zoals je net zegt, je wilt niet veroordelen.</p> <p>Participant: Nee. In elk geval niet dat het er niet is. Ja hoe zeg je dat goed?</p> <p>Interviewer: Ik vraag me af, als je dat zo doet, kan er dan ook</p>	<p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>

<p>een manier ontstaan dat ze het er niet meer over durven hebben?</p> <p>Participant: Dus wat je wil hebben, is dat je in ieder geval haar niet veroordeeld als mens, dat ze dat doet. Maar haar gedrag en wat ze doet, daar ben ik het niet mee eens.</p> <p>Interviewer: Ontstaat er dan ook wel eens... Het is natuurlijk niet altijd... Relaties in het leven buiten spreekkamer daar ontstaat ook wel eens discussie. En soms maakt dat je daarna juist sterker. Is dat wel eens het geval, en hoe gaat dat dan? Bijvoorbeeld als jij zou aangeven van: "Het moet toch, of ik ben het hier niet mee eens." Gewoon iets waar de patiënt het misschien niet mee eens zou kunnen zijn, kan ik me best voorstellen.</p> <p>Participant: Ja, dat komt best regelmatig voor. Uiteindelijk over het algemeen lukt het me wel om contact te houden met het kind of het om het weer goed te maken. Of om wel het lijntje te houden.</p> <p>Interviewer: En maakt dat het vaak sterker, dieper, dat je haar beter begrijpt?</p> <p>Participant: Ja. Ik vind ruzie, of onenigheid, als je dat kan uitspreken van: "Hé joh, jij denkt er anders over dan ik, maar ik wil je wel volgende week terugzien." Ikzelf heb daar niet het gevoel bij van dat verstoort heel erg de relatie ofzo.</p> <p>Interviewer: Dat het het juist beter maakt, of dat ook niet? Misschien dat er dan wel naar boven komt wat een patiënt wil.</p>	<p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf" en "gezonde-zelf"</p> <p>Frictie in de spreekkamer</p> <p>Goed dat er frictie is</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
---	--	--

<p>Participant: Ja, juist. Voor een deel, zou je kunnen zeggen, daar wordt het beter van. Wat ik wel alleen merk is, als het dat hele intensieve contact is, dat ik soms wel zelf een beetje afstand neem. Dus dat ik het wel soms wat functioneler ga doen, als er de hele tijd conflicten zijn. Dus dat ik wat minder... Ik soms mezelf wel een beetje op afstand meer zet. Omdat het anders, als je ze twee keer per week ziet, of op de afdeling de hele dag, en er is strijd, trek ik dat qua intensiviteit niet. Dus dan zet ik mezelf wel iets meer op afstand.</p> <p>Interviewer: Voor je eigen energie batterijtje, zeg maar. Dan daarop inhakend; we hebben het nu de hele tijd over de patiënt, maar je ben natuurlijk ook een persoon in die arts- patiëntrelatie en in dat relationeel werken. Hoe stel jij je op als persoon die dan even ook arts is, hoe doe je dat?</p> <p>Participant: Ik denk dat ik in principe wel echt de dokter ben. Dus niet zoveel... En dat ik soms mijn eigen persoonlijkheid daar even een beetje doorheen laat schijnen. Maar voor het grootste deel niet. Wel dat ik er ben gewoon als mens.</p> <p>Interviewer: Ik heb een klein stukje namelijk waarvan ik dacht volgens mij zit ik dat hier.</p> <p>Participant: Ik vind het wel leuk en fijn als het er een beetje kan zijn. Dat merk ik wel.</p> <p>Interviewer: Voor jezelf of ook voor de patiënt?</p>	<p>Goed dat er frictie is</p> <p>Lastig als er frictie is</p> <p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p> <p>Leuk om buiten professionele rol te gaan</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>
--	--	--

<p>Participant: Het geeft mijzelf wat ontspanning, omdat ik dan gewoon een stukje van die rolplaying dokter zijn even neer kan leggen en bij wijze van spreken even mijn voeten op tafel kan doen. Dat doe je niet, maar de hele tijd in je rol blijven, vind ik best intensief. Helemaal met dit soort intensieve dingen. En ten tweede is dat het dus ook wel wat, je geeft daarmee ook de ander wat. Het doet ook recht aan de ander. Dus ik was op mijn mond gevallen afgelopen vakantie en toen was mijn tand gebroken. En doordat de even te benoemen en te vertellen: “Ik was verstoep je aan het doen met de kids. Toen ben ik op mijn mond gevallen.” Je zag dat dat ook wat deed in het contact. Dat idee had ik bij de andere.</p> <p>Interviewer: Daar doe je dat ook wel voor, om connectie te leggen?</p> <p>Participant: Ja, maar ik wil dan niet zeggen, dan wordt het weer zo functioneel, het is een trucje dat niet. Maar ik heb wel het idee dat dat eerder juist, waar ik eerder bang was om dat in te brengen of het wordt ook een beetje spannender, want je weet niet wat die andere personen ermee doet. Ik merk dat ik het wel leuker vind.</p> <p>Interviewer: Maakt het het werk leuker?</p> <p>Participant: Ja maakt ook het werk leuker. En ik denk dus ook dat het de ander wel helpt.</p> <p>Interviewer: Ja en zijn het dan vaak van dit soort kleine dingetjes, of geef je ook echt je eigen identiteit in gesprekken mee? Persoonlijkheden?</p>	<p>Leuk om buiten professionele rol te gaan</p> <p>Patiënt vindt het leuk als arts buiten professionele rol gaat</p> <p>Patiënt vindt het leuk als arts buiten professionele rol gaat</p> <p>Leuk om buiten professionele rol te gaan</p> <p>Leuk om buiten professionele rol te gaan Patiënt vindt het leuk als arts buiten professionele rol gaat</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen) Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>
--	---	--

<p>Participant: Wat bedoel je daarmee?</p> <p>Interviewer: Dit is natuurlijk dan bijvoorbeeld een klein dingetje van, dit is vorige week gebeurd met mijn tand. Maar je zou ook kunnen zeggen in een gesprek dat je echt zegt: “Ik zou me ook zo voelen.” Dan geef je iets meer een mening. Of zeg je, daar blijf ik ver van weg?</p> <p>Participant: Mijn eigen emoties, die laat ik heel weinig zien, denk ik. Dus wat dingen met mij doen, zoals: “Ik voel me ook wel echt een beetje onmachtig als ik jullie zo hoor” of “Ik voel me ook knel zitten”. Daarin mezelf laten zien, in mijn emoties, dat zou ik echt niet zo snel doen. Dan wordt het wel heel spannend. Zo voelt dat dan. Dan wordt het misschien ook, voor de patiënt heel spannend, weet ik niet, maar dat lijkt me.</p> <p>Interviewer: Dan belast je misschien de ander?</p> <p>Participant: Ja, zoiets. Of dan wordt het ook wel van, dan zitten we hier met zijn allen onmachtig te zijn.</p> <p>Interviewer: Dan denk je toch weer, ik moet toch een beetje die artsen rol in?</p> <p>Participant: Ja. Dus dat is iets wat ik niet zo snel van mezelf laat zien. Heel soms doe ik het wel, als een kind bijvoorbeeld angsten heef, dat ik benoem van: “Ik vind sommige dingen ook wel eens eng.”</p> <p>Interviewer: Dat is wel een stukje persoonlijkheid. Nou, ben, benieuwd wat jij ervan vindt?</p>	<p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p> <p>Te belastend voor patiënt als arts buiten professionele rol stapt</p> <p>Te belastend voor patiënt als arts buiten professionele rol stapt</p> <p>Arts als persoon</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--	--

Fragment 4 uit video-opname consult

Participant: Dit is wel inderdaad waar ik bewust “ik” kies, omdat het iets universeels is. Zo werkt het bij mij namelijk ook echt. Dan is het bijdragend, dat stukje jezelf laten zien, is dan bij dragend voor de ander. “Bij mij is dat ook zo, dus zo gek is dat niet.”

Interviewer: Dat gevoel wil je haar dan geven, want ik ben ook een mens?

Participant: En jij ook. En dit is volledig menselijk.

Interviewer: Dat doe je wel vaker?

Participant: Ja, dit doe ik vaker.

Interviewer: En is dat dan meer voor de patiënt of meer voor jezelf?

Participant: Nee, dit is echt wel voor de patiënt. Hier gebruik ik dit, dit is wel een self-exposure om de patiënt te helpen.

Interviewer: Dan nu het laatste fragmentje.

Participant: Ik zit nog even te denken andere zelf exposure om mezelf te helpen, bijvoorbeeld dat je echt zegt: “Zware dag” Ja, dat soort dingen. Dat doe ik eigenlijk nooit. Ik weet niet of dat zou helpen.

Interviewer: Dus dan denk je aan het belang van de patiënt?

Participant: Ja. Ik zit ook even te denken, wat zou er gebeuren als ik de patiënt zou vragen: “Hoe gaat het met je?” En ze

Arts als persoon

Op een relationele manier zorgverlenen

Te belastend voor patiënt als arts buiten professionele rol stapt

Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)

Aansluiting bij patiënt

Op een relationele manier zorgverlenen

<p>zegt “Goed, hoe gaat het met jou?”</p> <p>Interviewer: Gebeurt dat wel eens, dat ze het terugvragen?</p> <p>Participant: Ik heb heel soms wel gehad... Nee, dat nooit. Ik heb wel eens gehad: “Hoe was je vakantie?” En ik zeg heel snel: “Echt fijn, goed.” Ik ben benieuwd als ik zou zeggen: “Ik heb wel eens betere vakanties gehad, want het was toch niet zo heel lekker weer en ik ben niet zo heel erg uitgerust. Ik zou benieuwd zijn wat het dan zou gebeuren. Terwijl aan de andere kant is dat wel wat ik van haar vraag.</p> <p>Interviewer: Dat zou wel grappig zijn. Ik laat nu ook even een klein stukje van het begin van het gesprek zien.</p> <p><i>Fragment 5 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Hoe vind je dat je hier het gesprek opent?</p> <p>Participant: Ja, zo doe ik dat. Wat zou je vraag zijn?</p> <p>Interviewer: Hoe vind je hier dat je de patiënt betreft?</p> <p>Participant: Ik heb een agendasetting mijn hoofd, dus ik wil weten hoe gaat het met eten, hoe gaat het met... En wat ik probeer te doen, is in ieder geval de agendasetting met haar af te stemmen. “We hebben dit, we hebben dat.” “Waar wil jij mee beginnen? Wat vind je prettig?” Dus ik wil haar eigenlijk sowieso een beetje daarin regie geven, in de agendasetting.</p> <p>Interviewer: Doe je dat sowieso vaak in zo’n behandel setting?</p>	<p>Gelijkwaardige relatie / gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
---	---	--

<p>Participant: Dat probeer ik wel ja. Helemaal bij meisje dat wat ouder is. Dit meisje studeert, dan wil ik eigenlijk haar zoveel mogelijk zelf achter het stuur Laten zitten. "Wat wil je graag? Wat heb je nodig? Wat heb je te bespreken?"</p>	<p>Gelijkwaardige relatie / gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: En dan echt alleen de patiënt bepaalt of is dat meer gelijkwaardig?</p>	<p>Geen gelijkwaardige relatie</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja, als ik het zo zie, dan denk ik eigenlijk vooral dat ik het bepaal en het even toets bij haar, of ze me wil volgen of dat er nog aanvullingen zijn.</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Omdat je wel begint met: "Heb jij nog dingen te vertellen?" Dan kan het gesprek natuurlijk een hele andere kant op gaan.</p>		
<p>Participant: Ja, dat klopt.</p>		
<p>Interviewer: Maar je hebt eigenlijk wel een idee in je hoofd hoe jij het wil?</p>	<p>Geen gelijkwaardige relatie</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja. Dit en dat en dat. En nog bloed en weten hoe het met je is gegaan de laatste 4 weken. Ja, dus ik heb wel een duidelijke agenda. En ik ben ook wel benieuwd of zij als ze nog meer ruimte zou krijgen, zelf nog andere dingen zou vinden of dat het is "Ik ben er en de dokter en ik volg ja."</p>		
<p>Interviewer: Dat is interessant. Doe je dat wel heel erg, de patiënt betrekken bewust in het hele zorgplan of behandelplan? Heeft iemand daar echt inspraak in?</p>	<p>Gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja, dat probeer ik wel zo veel mogelijk.</p>		
<p>Interviewer: Hoe dan?</p>		

<p>Participant: Nou bijvoorbeeld door te kijken naar, als er meer ruimte is om te bewegen, of überhaupt het kind is redelijk in balans en er zou... Dat je dan bespreekt: "Wat zou je willen?"</p> <p>of "Als we al iets meer gingen bewegen, wat zou je dan als eerste stapje willen?" "Wil je dan meer naar school?" Dus ik denk dat ik daarin dat wel probeer. En ik probeer het, denk ik vooral in de in het gesprek zelf telkens haar het initiatief te geven om dingen bespreekbaar te maken. Ik probeer telkens wel de bal bij haar terug te leggen om haar het gesprek te laten doen. Als ik dit nu zo zie, denk ik nou, ze krijgt even de mogelijkheid, maar als ze hem niet pakt, dan zit ik ook vrij snel weer aan het stuur.</p> <p>Interviewer: Toch misschien een beetje het idee dat je die dominantie hebt?</p> <p>Participant: Ik heb automatisch de dominantie ja.</p> <p>Interviewer: Ja duidelijk, denk ik. Ik weet niet of jij verder zelf dingen hebt waarvan je zegt, dit moet ik nog echt even kwijt?</p> <p>Participant: Ik ben dus vooral heel benieuwd hoe dit meisje het gesprek dan heeft ervaren of het contact.</p> <p>Interviewer: Ik ook.</p> <p>Participant: Of dat zou helpen als ze mij meer zou kennen of eigenlijk helemaal niet. Dat denkt, dit contact met deze dokter is zo kort, dat hoeft helemaal niet.</p>	<p>Aansluiting patiënt</p> <p>Gezamenlijke besluitvorming</p> <p>Gelijkwaardige relatie</p> <p>Geen gelijkwaardige relatie</p> <p>Geen gelijkwaardige relatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	---	---

<p>Interviewer: Ik ben ook wel ook benieuwd naar van die kleine specifieke stukken, heeft ze daar dan wel het idee dat ze die ruimte kreeg om te zeggen: “Nee, ik wil dit zeggen en hoefde ze dat oprecht niet, of heeft iemand dan echt het idee van die vraagt hij en ik zeg maar gewoon “ja””.</p> <p>Participant: Ja, leuk.</p> <p>Interviewer: Dan rond ik hem af.</p>		
---	--	--

7.2.4 Interview patiënt 2

Datum: 30-05-2024

Locatie: Bij patiënt in de kliniek

Interviewer: Iris van Haarlem

Participant: Patiënt met een eetstoornis

Interview	Code	Thema
<p>Interviewer: Ik begin gewoon meteen met een fragmentje dat je dan even ook weer een beetje feeling hebt van welk gesprek was dit nou ook alweer.</p> <p><i>Fragment 1 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Hoe vind je dat de arts het gesprek hier opent?</p> <p>Participant: Ja wel goed, volgens mij gewoon.</p> <p>Interviewer: Vind je dat een fijne manier hoe die hier het gesprek begint?</p> <p>Participant: Ja, denk het wel. Ik had er niet heel veel gevoel bij daar. Niet dat ik dacht: dat is super fijn of dat is super vervelend. Gewoon prima, gewoon goeie inleiding.</p> <p>Interviewer: Want valt je iets op, kan je iets benoemen? Wat</p>	<p>Neutraal gevoel</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p>

<p>je dan er prima of goed aan vindt?</p> <p>Participant: Nou hij begon gewoon meer met hoe lang geleden het was dat we elkaar gezien hadden, dat was gewoon redelijk zakelijk of zo denk ik. Ja wel, dat hij vroeg waar ik het fijn vond om mee te beginnen. Dus dat was wel fijn om die mogelijkheid te hebben.</p> <p>Interviewer: Dus dat vind je een fijne manier dat hij aan dat aan jou vraagt?</p> <p>Participant: Ja, ergens wel.</p> <p>Interviewer: En jij gaf aan: “Nee, Ik heb niet per se iets verder wat ik wil vertellen.”</p> <p>Participant: Het is dan ook wel fijn dat hij zelf doorpraat. Als het echt volledig bij jou wordt gelegd van “Wat wil je doen ofzo?” Dan is het soms ook een beetje...</p> <p>Interviewer: Dus je vindt het ook wel weer fijn dat hij de regie weer terugneemt. En heb je op zo'n moment wel het idee dat jij de ruimte krijgt om gewoon... Je had op dat moment het gevoel dat je iets kon zeggen of zeg je nee, dat had ik niet?</p> <p>Participant: Nee, ik denk het wel. Ik vond hem ook sowieso gewoon een aardig persoon overigens, dus dat was wel fijn.</p> <p>Interviewer: Nee duidelijk, je vindt het een goede start. Dan heb ik een volgend stukje.</p> <p><i>Fragment 2 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Ik begreep, dat jij het hier moeilijk vond dat de ene dit zei, je arts zei weer dit.</p>	<p>Gelijkwaardige relatie</p> <p>Fijn dat patiënt regie krijgt in gesprek</p> <p>Fijn dat arts regie in gesprek overneemt</p> <p>Vindt arts aardig</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
---	--	---

<p>Hij zegt op een gegeven moment ook: “Ik wil jou uit het ziekenhuis houden.” Hoe vind je dat hij hier toespreekt?</p> <p>Participant: Nou ja, dit is altijd wel een beetje moeilijk, Maar dat is misschien ook omdat je... Nou ja. Toen ik hier zat, weet ik ook dat ik nog best wel in mijn hoofd zat met of het nou erg was of niet, dat ik ergens het idee dat het niet erg zou zijn, ook wel heel lastig vond of dat allemaal wel mee zou vallen. En dat vond ik ook een beetje lastig. En dat is natuurlijk ook dat je ook dingen anders opvangt, als je daar zo zit en dat dat soms dingen anders uitvallen dan dat hij ze bedoelt. Misschien het feit dat hij dus inderdaad wel zo was van: “Als jij maar blijft herstellen, dan is een rondje natuurlijk niet erg.” Misschien als dat zo terug hoor, dat ik me afvraag of dat verstandig is. Dan ga je wel een beetje voorbij aan het mentale misschien ook. Ik heb er zelf niet echt verstand van, maar zo pak je het natuurlijk wel een beetje op van: “Je mag best zoveel bewegen, want als je maar niet meer afvalt en niet in het ziekenhuis komt, dan is het allemaal prima.” En zo bedoelt hij het niet, maar zo kan het wel een beetje overkomen.</p> <p>Interviewer: Nu je het achteraf terug ziet?</p> <p>Participant: En ik weet ook nog zelf wel dat ik daar teleurgesteld was ergens misschien bijna. Dat het voor mijn gevoel soort van zo goed ging en eigenlijk helemaal niet zo erg was en dat ik dat wel lastig vond. En dat mijn moeder dat heel anders zag en</p>	<p>Geen aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p>
---	--	---

<p>wel mee. Die waren helemaal niet zo erg. Ook als hij dit zei, dan kom ik echt niet in het ziekenhuis. Dus in die zin kwam het niet echt hard binnen of zo. Ook omdat ik toen wel in behandeling zat en ik was al wat aangekomen.</p>	<p>Neutraal gevoel</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Interviewer: Voelde je dan gezien? Fijn dat hij me wil ondersteunen dat ik niet in het ziekenhuis kom of helemaal niet over nagedacht op die manier?</p>		
<p>Participant: Nee, ik denk dat het niet per se heel erg binnenkwam. Maar ook zoals gezegd, omdat ik dacht: Het is echt niet erg genoeg dat ik in het ziekenhuis kom.</p>	<p>Neutraal gevoel</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Interviewer: En vind je dat dat daar genoeg gehoor aan werd gegeven, of is dat helemaal niet naar boven gekomen?</p>		
<p>Participant: Waar precies aan?</p>		
<p>Interviewer: Aan dat jij dus eigenlijk dacht van: “Het zit toch wel goed, ik kom niet in het ziekenhuis.”</p>		
<p>Participant: Ik weet ook niet of ik het allemaal zo... Ik weet niet meer precies wat ik wel en niet had gezegd. Maar dat is misschien ook meer achteraf dat het zo binnenkwam.</p>	<p>Patiënt weet niet wat ze fijn vindt</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Interviewer: Dat je misschien ook niet alles op tafel legt op zo'n moment?</p>		
<p>Participant: Nee. Soms moet ik het dan ook van mezelf even bedenken wat ik ervan vind voor je dat direct kan uitspreken. Ik weet meer dat achteraf was dat ik dan meer dacht van ja is het eigenlijk wel zo erg. En dat mijn moeder dat</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>mens is natuurlijk uniek en anders en iedere patiënt is anders. Hoe vond jij dat je arts, en deed hij dat überhaupt, jou als een uniek persoon zag?</p> <p>Participant: Ja deed hij op zich wel. Ik weet nog de eerste keer dat hij toen ook echt nadrukkelijk vroeg van omdat ik iets over mezelf vertelde, dat hij mij wel beter wilde leren kennen, dus dat deed hij wel.</p> <p>Interviewer: Wat vind je daarvan?</p> <p>Participant: Ja, ergens wel fijn. Denk voor mij was het niet perse echt nodig, denk ik, maar ik vond het ook niet erg of zo en wel sympathiek dat hij daar rekening mee houdt.</p> <p>Interviewer: En vroeg hij dan naar dingen gewoon uit je eigen leven?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: En waarom vond jij dat niet perse nodig?</p> <p>Participant: Ik zat daar natuurlijk voor dat probleem dus had ik het ook niet perse heel erg had gevonden om het alleen daarover te hebben. Maar wederom ik vond het ook niet erg. Ik vind het ergens ook wel sympathiek dat het zo werd gedaan. En ik kan me voorstellen dat anderen dat wel fijn vinden natuurlijk.</p> <p>Interviewer: Maar je had zelf misschien een beetje van, ik kom hier voor mijn eet gedachtes, laten we het daarbij houden. Omdat je weer bij andere mensen het over het mentale had? Praatte je misschien met een psychiater of psycholoog?</p>	<p>Patiënt als persoon</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden / fijn om slechts over lichamelijke te praten</p> <p>Fijn om slechts over lichamelijke te praten / vindt arts aardig</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
--	---	---

<p>Participant: Ja. En het was misschien ook meer de verwachting die ik had, ik ging naar de dokter, dus dan gaat het daar over.</p> <p>Interviewer: Dat is misschien ook het beeld wat je hebt?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Interessant. Je zegt ook dat hij jou beter wilde leren kennen. Verdiepte hij zich dan nog meer in wat jij...? Je bent natuurlijk ook een persoon naast dat je voor hem patiënt bent. Wist hij veel van jouw omgeving, sociale contacten, thuissituatie?</p> <p>Participant: Nee, niet heel veel nee. We hebben elkaar uiteindelijk ook maar 3 keer gezien, dus dat was in die zin redelijk kortlopend. Het was even dat het inderdaad daar even snel over ging.</p> <p>Interview: En had je wel het idee dat je het had kunnen zeggen, als je binnenkwam of gedurende gesprekken?</p> <p>Participant: Ik weet niet meer precies wat, maar hij vroeg wel gewoon naar algemeen van: "wat vind je leuk?" En "Wat doe je?" En ik weet inderdaad niet meer welke dingen ik dan precies gezegd heb en welke niet. Dus het zou best kunnen dat het daarover gegaan is.</p> <p>Interviewer: Paste hij dan de zorg die hij bood op jou aan? Op jouw wensen, behoeftes, hij jij in het leven staat.</p> <p>Participant: Ja, dat vind ik lastig. Ik weet niet hoe ik daar goed mee kan helpen. Omdat we elkaar eigenlijk te kort gezien hebben om elkaar echt te leren kennen en het daarop</p>	<p>Fijn om slechts over lichamelijke te praten</p> <p>Geen aansluiting bij patiënt</p> <p>Patiënt als persoon</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	---	---

<p>aan te passen. Er is wel een ding dat ik me herinner, dat ik wel positief vond. Mijn moeder was erbij en toen op gegeven moment vroeg hij wat dingen en toen ook dingen die iets gevoeliger lagen of zo. En dat ik toen een beetje twijfelde of zo en hij zag dat. Toen ging mijn moeder even weg en dat hij het toen nog een keer vroeg van: "Ik zag je twijfelen, wil je dat niet zeggen waar je moeder bij is? Je kan het wel nu zeggen." En er was niks aan de hand, maar vroeg hij wel nog een keer. Dat was wel zorgvuldig, vond ik.</p>	<p>Aansluiting van arts is fijn</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Dat hij had goed aangevoeld dus?</p> <p>Participant: Dat was inderdaad wel even twijfelen. In dit geval was het niet nodig, maar als het wel geweest was, dan was hij wel goed aan het opletten.</p>	<p>Aansluiting van arts is fijn</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Interviewer: Dus in die situatie vond jij toen dat hij zich wel inleefde in jou? In jouw hoofd, hoe jij je had kunnen voelen? Het was in deze situatie niet.</p> <p>Participant: Ja, dat ging dan specifiek over wat ik allemaal deed en of ik deed aan zelfbeschadiging. Toen twijfelde ik even een beetje, ik moest even nadenken. Toen zei ik "Nee". En dat was in dit geval ook nee, maar dat hij het toen mijn moeder weg was nog even een keer voor de zekerheid vroeg of ik het misschien niet fijn vond om dat met mijn ouders erbij te doen. Dat vond ik wel zorgvuldig.</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Had je daardoor ook het idee van we hebben een soort vertrouwensband?</p>	<p>Aansluiting van arts is fijn</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Ik denk dat het wel had kunnen zeggen, als het wel</p>	<p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>het geval was. Ik denk dat ik me ook een beetje opgelaten voelde van, misschien gaf ik dat idee. Maar dan zocht ik het meer bij mezelf.</p> <p>Interviewer: Ja fijn dat je dit ook zo deelt. Dan gaan we nog even een stukje kijken.</p> <p><i>Fragment 3 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Wat vind je van zo'n vraag dat hij zegt: "Wat doe je ook alweer voor studie?"</p> <p>Participant: Ja toont wel interesse denk ik.</p> <p>Interviewer: Krijg je vaker van dat soort vragen?</p> <p>Participant: Sorry dat vind ik lastig. Ik heb gewoon niet zo heel veel contact gehad met dokters, dus op dat gebied kan ik niet echt helpen.</p> <p>Interviewer: Precies, dat is gewoon net te weinig geweest. Dan over alleen deze vraag nu. Je vindt dat het interesse toont?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Dus dat vind je wel leuk of wat zou je daar over zeggen?</p> <p>Participant: Ja, wel positief.</p> <p>Interviewer: Heb je het idee dat de arts op zo'n moment jou ook ziet als persoon buiten patiënt zijn? Iets over wat buiten de spreekkamer in jouw leven speelt?</p> <p>Participant: Ja, denk het wel. Het is meer dat ik meestal daar wel heen ga, met het idee dat ik daar patiënt ben bij de dokter. Dus misschien niet per se de neiging voel om daarnaast nog</p>	<p>Fijn om als persoon gezien te worden</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden</p> <p>Patiënt als persoon</p> <p>Fijn als er slechts over lichamelijke gepraat wordt</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p>
---	---	--

<p>een soort band op te bouwen. Maar dat is misschien dus ook meer een houding daarin.</p> <p>Interviewer: Die behoefte heb jij gewoon niet?</p> <p>Participant: Nee.</p> <p>Interviewer: Überhaupt niet? Hoe de arts dat ook probeert, zou jij dat zelf gewoon niet echt hebben denk je?</p> <p>Participant: Nee, ik vind het niet per se erg... Misschien is het ook anders als het echt een langdurig contact zou zijn. Misschien had dat ook wel uitgemaakt.</p> <p>Interviewer: Ja, en dat zal vast verschillen per persoon. Maar heb je dan zoiets van vraag maar niet, ik hoef het niet over al die privé dingen te hebben?</p> <p>Participant: Ik denk neutraal, ik vind ook niet heel erg, maar ik zat daar in principe ook wel met het idee van: ik zit hier om het over andere dingen te laten gaan. Als we bij wijze van spreken de helft van de afspraken ervoor zouden gebruiken, zou ik een beetje denken: hiervoor zat ik hier niet. Maar dat is natuurlijk ook overdreven.</p> <p>Interviewer: Heb je wel het idee dat je er een betere band door krijgt? Het is natuurlijk wel iemand waar je toch ook op een bepaalde manier een relatie mee opbouwt. Je hebt daar een gesprek mee een aantal keer. Heb je het idee dat dat soort dingen daaraan bijwerken?</p> <p>Participant: Ja op zich denk ik wel vooral als je het gevoel</p>	<p>Fijn als er slechts over lichamelijke gepraat wordt</p> <p>Neutraal gevoel / Fijn als er slechts over lichamelijke gepraat wordt</p> <p>Neutraal gevoel / Fijn als er slechts over lichamelijke gepraat wordt</p> <p>Fijn om als persoon gezien te worden</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p>
--	--	---

<p>hebt dat het ook wel onthouden wordt.</p> <p>Interviewer: Omdat hij er hier bijvoorbeeld op terugkomt?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Jij hebt natuurlijk ook je eigen behoeftes, wensen, “ik wil het zo”. Dat heeft iedereen weer net anders zowel in de rest van je leven als het patiënt zijn. Vind je dat daar goed op aangesloten wordt, op ook wat jij wil jouw wensen en behoeftes?</p> <p>Participant: Ja, ik denk het wel. Ik denk dat ik er zelf vooral zat en heel graag uitleg en duidelijkheid wilde. Dat vind ik heel fijn.</p> <p>Interviewer: En werd dat erkend dat je dat wilde?</p> <p>Participant: Hij gaf dus wel uitleg, als ik ernaar vroeg. En in hoeverre dat altijd voor mij helemaal duidelijk was, dat was niet altijd zo. Maar dat was misschien ook omdat verschillende behandelaren weer iets anders zeggen en in mijn hoofd ook weer conflicterende dingen zitten dus...</p> <p>Interviewer: Had je dan wel het idee dat daarvoor open gestaan werd? Dat jij had kunnen zeggen: “Ik begrijp dit toch niet”.</p> <p>Participant: Misschien niet in dit gesprek, maar volgens mij was er wel een keer een beetje... Niet echt een discussie, maar wel dat ik doorvroeg, dus die ruimte was er wel denk ik.</p> <p>Interviewer: Had je wel wat je het idee dat je die kon pakken?</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Aansluiting van arts is fijn</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Verschillende adviezen van behandelaren lastig</p> <p>Frictie in de spreekkamer</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen.</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--	---

<p>Participant: Ja. Volgens mij ook wel een beetje als ik dingen niet begreep dat hij dan wel doorvroeg of daar wel op in ging.</p> <p>Interviewer: Dat vond je fijn of niet?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: We kijken nog een stukje.</p> <p><i>Fragment 4 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Best wel lang stukje. De arts vraagt: “Wat wil je?” “Wat zou je het liefst weer willen doen?” Wat vind je van zo'n vraag?</p> <p>Participant: Ik weet nog wel dat ik die vraag lastig vond, omdat ik het zelf niet zo goed wist.</p> <p>Interviewer: Ja, dat reageer je ook.</p> <p>Participant: Ja, als ik mezelf hier zo zie hakkelen denk ik ook: “oh god”.</p> <p>Interviewer: Nee, dat is helemaal niet gek dat je niet wist wat je wilde. Maar ik ben benieuwd wat zo'n vraag met je doet?</p> <p>Participant: Nou ja, dus op dat moment inderdaad vooral een beetje stress van help, ik weet het even niet.</p> <p>Interviewer: En wat vind je er dan van, als hij gaat terugzoeken wat je de vorige keer zei? Dan biedt hij je een soort optie van: “vorige keer wilde je dit” Vind je dat fijn?</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Aansluiting van arts is fijn</p> <p>Patiënt weet niet wat ze fijn vindt</p> <p>Patiënt weet niet wat ze fijn vindt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
--	--	--

<p>Participant: Ja, dat vond ik lastig inderdaad. Dan twijfel ik van: "klopt het dan wel wat ik zei de vorige keer?" Dan ga je daar weer een beetje aan twijfelen. Maar het is natuurlijk wel fijn dat je een soort handvatten hebt. Maar het kan natuurlijk ook een beetje voelen alsof je vastgepind wordt op wat je toen zei. Maar het kan ook natuurlijk een soort opfrisser zijn. Dus dat weet ik niet zo goed.</p>	<p>Patiënt weet niet wat ze fijn vindt</p> <p>Aansluiting van arts is fijn</p> <p>Patiënt weet niet wat ze fijn vindt</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Interviewer: Nee. Voelde je je wel begrepen?</p>		
<p>Participant: Ergens denk ik dat ik het zelf toen even niet zo goed wist. Dus dan voel je je misschien ook niet begrepen, als je het zelf even niet begrijpt.</p>	<p>Patiënt weet niet wat ze fijn vindt</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Interviewer: Nee. Misschien wist de arts ook niet wat hij moest begrijpen, omdat jij het ook niet wist.</p>		
<p>Participant: Maar denk ook dat ik het even niet echt goed kon uitdrukken, denk ik. Maar hij deed wel echt zijn best om het te begrijpen.</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Je hebt niet het idee dat er aan je voorbij werd gegaan?</p>		
<p>Participant: Nee, zeker niet. Gewoon dat ik het zelf even moeilijk vond om het uit te leggen en uit te drukken.</p>	<p>Patiënt stelt zich niet open</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Had je het idee, je uit dat weet dat je het niet weet, maar had je het idee dat je echt dat gevoel kwijt kon? Of wordt daar dan toch snel, dat het toch weer gaat over de somatische kant bijvoorbeeld?</p>		
<p>Participant: Nee, dat niet per</p>		

<p>se. Ik had wel echt het gevoel dat hij er wel echt voor open stond. Ik had niet het gevoel dat ik het kwijt kon, maar dat lag meer bij mezelf dat ik gewoon echt niet wist en niet wist hoe ik het moest verwoorden. Maar dat lag niet aan hem. Dan vind ik soms ergens ook wel fijn als je dan weer daarover gaat, dat niet eindeloos ingezoomd op dat je het niet weet of zo. Maar dat vind ik meer zelf lastig.</p> <p>Interviewer: Dus je vindt het fijn dat hij het dan weer oppakt, even, het gesprek?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Dan heb ik een beetje aansluitend op dat je een beetje zit te conflicteren in je hoofd. Dat heeft je arts mij in ieder geval verteld, bij mensen die problemen hebben met eten, dat ze een soort gezonde gedachtestroom hebben en daartegen in een gedachtestroom die een soort eet stem of beweeg stem heeft. En dat die wel eens botsen en dat de ene soms meer aan het woord is dan de ander. Ervaar jij dat wel eens?</p> <p>Participant: Ja, ik denk het wel. Ik moet zeggen, hier maak ik ze ook echt een heel hard onderscheid tussen inderdaad die gezonde stemmen niet gezonde stem. Ik vind het zelf lastig, want voor mijn gevoel zit we allemaal gewoon in mijn hoofd, dus dan vind ik het lastig om er zo hard in te onderscheiden.</p> <p>Interviewer: Ik bedoel ook niet echt zo dat het twee personen zijn, want jij bent gewoon een persoon. Maar ja, zo wordt het inderdaad wel eens omschreven.</p>	<p>Goede zorgrelatie</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Fijn dat arts de regie in gesprek overneemt</p> <p>Fijn dat arts de regie in gesprek overneemt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
--	--	--

<p>Heb je het idee dat jouw arts zich daarop kan aansluiten of kan inleven?</p> <p>Participant: Waarop precies?</p> <p>Interviewer: Op die twee gedachten stromen.</p> <p>Participant: Ja, dat is wel een beetje lastig, omdat die tweede soms conflicteren. Dat is dan misschien ook meer wat ik net zei over dat hele hoopvolle van: “Het gaat goed” en “Je kan dit best doen”, of “Dit is niet zo erg” dat hij niet zo letterlijk zo, maar dat maakte ik dan in mijn hoofd. En dat is dan natuurlijk voor die niet gezonde gedachtestroom best wel lastig. Die denkt dan: “Het gaat eigenlijk helemaal niet zo slecht” en “Het valt eigenlijk best wel mee” en “Het is niet zo erg en je kan best wel meer”. Die gaat daar dan natuurlijk best wel op aan eigenlijk. Maar voor die gezonde stem is het natuurlijk ergens, ergens ben je natuurlijk ook wel blij dat hij niet zegt van: “Je moet nu naar het ziekenhuis.” Maar ergens voelt dat dan ook weer van: “Dan valt het wel mee en is dat eigenlijk ook een beetje slap”. En dat is natuurlijk ook gewoon heel moeilijk om op in te spelen als arts.</p> <p>Interviewer: Heb je wel het idee dat hij in ieder geval mee relatie aan wil gaan met ook de eet stem? Ook al is dat Misschien voor de arts iets moeilijker om te begrijpen? Heb je het idee dat hij dat toch doet?</p> <p>Participant: Ik had het op dat moment nog niet echt uitgesproken. Ik was er later nog wel op teruggekomen en toen ging die er wel iets dieper</p>	<p>Geen aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p> <p>Patiënt stelt zich niet open</p> <p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p>	<p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
---	--	--

<p>op in. In de zin van, er zijn ook wel dingen die niet goed gaan. Maar ik weet niet helemaal wat ik me moet voorstellen bij een relatie aan gaan met die...</p> <p>Interviewer: Of hij zich daar ook bij aansluit, ook al is hij het er misschien niet altijd mee eens? Dat hij toch dat erkent. Is dat lastig?</p> <p>Participant: Ja, dat is een lastige.</p> <p>Interviewer: Dan gaan we even een fragmentje kijken, dan is het misschien wat meer te bevatten.</p> <p><i>Fragment 5 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Het ging eigenlijk even om dat stukje. Hoe vind je dat hij dat hier doet?</p> <p>Participant: Ik denk inderdaad op zich wel met het aansluiten bij die andere stem, dan doet hij hier natuurlijk wel. Dat hij ook wel de mogelijkheid openlaten dat het helemaal niet fijn is. Ik vond het hier gewoon even lastig. Ik zat hier ook echt dat ik het gewoon even niet meer wist wat ik van dingen vond.</p> <p>Interviewer: Dat is ook logisch. Maar misschien nu weer met een andere blik of nu je terugziet, hoe je er nu bijvoorbeeld over zou denken? Vind je dat fijn dat ie dat zo vraagt?</p> <p>Participant: Ik denk dat het opzich wel goed is, dat hij de mogelijkheid daarvoor openhoudt. Ik hoor van andere in de kliniek ook vaak dat mensen zijn die alleen maar zeggen: "Wat fijn dat je bent aangekomen" of "Hartstikke</p>	<p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf"</p> <p>Patiënt weet niet wat ze fijn vindt</p> <p>Fijn als arts eetstoornis gedachte snapt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
---	--	---

<p>goed". En dat dat niet altijd fijn is, dus een mogelijkheid openhouden van misschien is het wel helemaal niet fijn, dat is wel goed dat er wel bij stil wordt gestaan.</p> <p>Interviewer: Ja, want hij zegt hier dan inderdaad: "Krijg je er stress van?" of "Ben je blij?" Beetje die opties af.</p> <p>Participant: Maar niet automatisch van: "Je bent aangekomen en dat is goed". Want dat is natuurlijk somatisch gezien wel, maar dat daar wel even bij stil wordt gestaan. Dat is wel prettig ja.</p> <p>Interviewer: Dit is eigenlijk een korter stukje, dat gaat er ook nog over.</p> <p><i>Fragment 6 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Wat vind je van die vraag: "Wat doet dat wandelen met je?" Hoe voel je je daar dan over? Ook weer een beetje in het kader van die twee gedachtes.</p> <p>Participant: Ja, het is denk ik wel verstandig om te vragen. De meeste vragen daar voel ik me vooral een beetje gespannen bij, omdat ik het antwoord niet weet. Dus soms zijn de goede vragen dan ook wel juist de lastigste vragen. Maar het is natuurlijk wel goed om dat in kaart te hebben. Of het vooral gaat inderdaad omdat het fysiek fijn voelt, of omdat je het moet van jezelf.</p> <p>Interviewer: En voelde het dan wel of je dat kwijt kon op dat moment? Ook als je dat toch meer deed uit een ongezonde motivatie om te bewegen?</p>	<p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf"</p> <p>Fijn als arts eetstoornis gedachte snapt</p> <p>Fijn als arts eetstoornis gedachte snapt</p> <p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf"</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	---	---

<p>moesten we toch weer door, want dat was wat er was.</p> <p>Interviewer: Dus dat hielp niet om de relatie een diepere dimensie ofzo te geven?</p> <p>Participant: Nee, dat niet. Maar dat was misschien ook omdat ik de uitleg dan niet echt bevredigend vond uiteindelijk. Maar dat ligt ook bij mij. Ik merk dat ik dat vaker, dat ik dat hier ook heb.</p> <p>Interviewer: Dat kan. Dan moet er misschien beter uitgelegd worden. Het wordt juist slechter dan beter eigenlijk dan de relatie?</p> <p>Participant: Ik denk als het uiteindelijk voor je gevoel nog steeds niet echt duidelijk is, of onbevredigend uitgelegd, dan is het niet goed. Denk als het wel ergens klopt, dan helpt het wel op zich.</p> <p>Interview: Oké, dat kan ik me voorstellen. We hebben nu hele tijd gehad over eigenlijk jou, maar de arts is natuurlijk ook een persoon, los van dat hij arts is. Hoe zou je je arts daarin kunnen omschrijven? Of, heb jij hem echt alleen gezien in zijn artsen rol?</p> <p>Participant: Ik heb hem wel voornamelijk gezien als arts. Ik had ook niet echt per se de neiging had om te vragen naar persoonlijke dingen. Wel op zich dat ik, ik let natuurlijk wel gewoon op het contact en hoe die met mij omging en over het algemeen dingen zei. En dat vond ik wel prettig, dus ik had wel een gevoel bij hem als persoon in die zin. Maar ik zag hem wel voornamelijk als arts.</p> <p>Interviewer: En hijzelf, stelde</p>	<p>Frictie in de spreekkamer hielp niet</p> <p>Frictie in de spreekkamer hielp niet</p> <p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p> <p>Vindt arts aardig</p> <p>Arts niet buiten professionele rol gaan</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p>
---	--	---

<p>gebied. Dis misschien als er dan een beetje subjectieve meningen doorheen komen, dat ik dat zelf eerder lastig zou vinden. Van: “Maar klopt dit dan? En hoezo?” Ik denk dat zelf lastig zou vinden.</p> <p>Interviewer: Duidelijk. Ik heb hier ook een klein fragmentje van.</p> <p><i>Fragment 7 uit video-opname consult</i></p> <p>Interviewer: Wat vind je van dat stukje? Ik doel dan specifiek op dat hij zegt: “Ik zou ook zo depressief als een ui worden, als ik alleen maar binnen zit. En niet even een blokje om doe.”</p> <p>Participant: Ik denk dat het in dit geval herkende ik me er wel in, dus dat is fijn. Ik denk dat het ook wel een risico met zich meebrengt, eigenlijk. In die zin dat, als je je er niet in herkent, dan voel je je niet echt begrepen. En dat is wederom misschien ook weer die andere, verkeerde stem, die dan ook best wel snel kan denken.... Misschien een voorbeeld: als ik hier mensen in de kliniek hoor van: “Ik zou echt zoveel stress krijgen als ik dat moet eten. Ik zou echt niet aankunnen om even niet naar buiten te kunnen.” En jij had daar niet zoveel last van, dan kan je daar zelf ook weer een mening en oordeel over hebben van. “Dit is dus blijkbaar wel goed om te doen of niet goed om te doen.” Dus ik merk dat ik zelf dan best wel snel heel erg een oordeel.... Als iemand anders iets zegt van: “Dit vind ik, of dit doe ik altijd, of zo voel ik me hierbij.” Dat je dat, in ieder geval ik en volgens mij best wel veel anderen ook, best wel in hoofd kunnen omzetten naar</p>	<p>Arts hoeft zich niet buiten professionele rol op te stellen</p> <p>Arts hoeft zich niet buiten professionele rol op te stellen</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p>
--	---	---

<p>een negatieve draai hoe je dat zelf doet of voelt.</p> <p>Interviewer: Jij zegt: hier herkende ik me gelukkig in, maar als dat niet zo is of als het toch verkeerd opgevat wordt, kan het gevaarlijk zijn dat hij hier zijn eigen mening geeft?</p> <p>Participant: Dat denk ik eigenlijk wel, ja.</p> <p>Interviewer: Ook al doet hij dat hier voor mijn idee een beetje als gewoon persoon, los van dokter.</p> <p>Participant: Ja, zeker. Het is ook niet alsof dat slecht is van die persoon. Het is meer dat ik merk dat mijn hoofd, en vooral andere hier ook, dat heel snel een verdraaien zo'n opmerking.</p> <p>Interviewer: Dus het kan ook gevaarlijk zijn om je eigen gewoontes en identiteit in te brengen?</p> <p>Participant: Ja, ik denk het wel eigenlijk.</p> <p>Interviewer: Maar het kan dus ook fijn zijn?</p> <p>Participant: Ja, als je je erin herkent wel. Maar het kan dus ook weer soort van extra ruis geven, in die zin van nog een extra mening. En die dan een beetje botst met iets anders.</p> <p>Interviewer: En als hij dat nou niet zou doen over het bewegen, maar bijvoorbeeld zou zeggen: "Ik vind die broek zo leuk. Ik draag ook altijd dat soort broeken." Heb je dan wel meer het idee van we hebben een soort overeenstemming?</p> <p>Participant: Ja, dat zou wel neutraler zijn, denk ik. Natuurlijk nog steeds lastig.</p>	<p>Arts hoeft zich niet buiten professionele rol op te stellen</p> <p>Arts hoeft zich niet buiten professionele rol op te stellen</p> <p>Arts hoeft zich niet buiten professionele rol op te stellen</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p>
--	--	---

<p>Participant: Uiteindelijk is het dus wel in die zin goed gekomen ofzo.</p> <p>Interviewer: Maar dat is wel vervelend. En had je dat wel graag gezien, dat je daar meer onderdeel van was? Dat zij niet alles bepaalde, dat jij daar meer inspraak in had?</p> <p>Participant: Ja. Of sowieso dat ze meer uitleg hadden gegeven in het begin. En dat is ergens ook lastig, omdat ze heel erg zeiden van: "Je zat nog zo erg in je eetstoornis dus het had niet echt zin gehad." En ik vind dat lastig, want ik vond dat toen heel vervelend, maar achteraf... Zij weten daar natuurlijk wel het meeste van, dus misschien als ze ergens ook wel gelijk. Maar dat kan ik dus zelf ook een beetje moeilijk inschatten.</p> <p>Interviewer: Maar voelde je gehoord?</p> <p>Participant: Nee daar niet helemaal.</p> <p>Interviewer: Nee, lastig.</p> <p>Participant: Maar dat heeft dus inderdaad niet echt betrekking op de dokter hier, omdat hij dus niet echt een beslissing had daarin.</p> <p>Interviewer: Maar deze gesprek gaan ook helemaal niet om het beoordelen van hun. Het gaat meer over een behandelrelatie het algemeen. Dus daarom was ik benieuwd hoe dat dan als dat een beetje verkeerd liep. Hoe dat dan invloed had, of je wel graag inspraak zou willen in je zorgplan of dat je liever zou zeggen bepaal het maar voor mij?</p> <p>Participant: Ja, Ik denk wel</p>	<p>Fijn om inspraak in behandeling te hebben</p> <p>Geen aansluiting bij patiënt</p> <p>Fijn om inspraak in behandeling te hebben</p>	<p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverleners)</p> <p>Niet op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring patiënten (niet relationeel zorgverleners)</p>
---	---	---

<p>inspraak. Of in elk geval dat ze de verschillende ideeën erachter uitleggen, als je iets moet ondergaan, als zij iets aanbieden.</p> <p>Interviewer: Als het maar onderbouwd wordt, dan zeg je?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Heb je vaak het idee dat zo'n behandelrelatie wel gelijkwaardig is, of dat er aan een bepaalde kant dominantie ligt? Misschien bij jou of juist bij de behandelaar?</p> <p>Participant: Bij mijn kinderarts had ik dat niet zozeer, dat was wel gewoon gelijkwaardig.</p> <p>Interviewer: Daar kon je allebei evenveel kwijt, zowel hij als jij?</p> <p>Participant: Ja, zeker.</p> <p>Interviewer: Heb je zelf verder nog dingen die nog moeten toegevoegd worden aan het gesprek?</p> <p>Participant: Nee, volgens mij niet.</p> <p>Interviewer: Dan ga ik hem gewoon stopzetten.</p>	<p>Gelijkwaardige relatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	-------------------------------	---

7.2.5 Interview arts 3

Datum: 04-06-2024

Locatie: Café Delphine, Amsterdam

Interviewer: Iris van Haarlem

Participant: Kinderarts

Interview	Code	Thema
<p>Interviewer: We beginnen een beetje met een algemene vraag. Hoe ervaar je over het algemeen je relatie met deze patiënt?</p>		

<p>Participant: Deze patiënt ken ik relatief kort. Sinds de kerstvakantie. Althans, dat is voor mij kort. De meeste eetstoornis patiënten zie ik drie, vier jaar. Dus ik ken haar nu een half jaar, waarbij het in het begin wat intensiever was. Een keer per week, een keer per twee weken. En nu omdat het beter met haar gaat, één keer per maand of zo. Maar mijn relatie met haar is heel goed. Die ouders zijn ook hele prettige ouders en dat maakt ook wel dat de samenwerking goed is.</p> <p>Interviewer: En is deze patiënt dan in dat opzicht een makkelijke patiënt om een relatie mee te leggen?</p> <p>Participant: Ja, in mijn vak als kinderarts heb je wel ook natuurlijk ook te maken met ouders. Dus als ouders makkelijk zijn, heb je ook wel vaak goed contact met het kind. Als die ouders heel moeilijk zijn, dan merk je dat daar de focus ook meer naartoe gaat. Dat je meer alleen maar bezig bent met het opbouwen van een goede relatie met die ouders dan dat je... Verliest dat zo de aandacht van het probleem waar het kind mee komt.</p> <p>Interviewer: Dus ouders hebben grote invloed in dat opzicht?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Logisch, bij jonge kinderen natuurlijk.</p> <p>Participant: Ja, maar ook soms bij oudere kinderen.</p> <p>Interviewer: Hoe verschilt die relatie dan met andere patiënten? Want je hebt dus</p>	<p>Goede zorgrelatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
---	--------------------------	--

<p>heel veel patiënten die je langere periode ziet.</p> <p>Participant: Alles valt en staat natuurlijk ook wel op zo'n kind plaats. Sommige kinderen praten helemaal niet. Dat is natuurlijk heel vervelend. Sommige kinderen praten zelf weinig, dus dan merk je op een moment dat je zelf heel veel aan het woord bent. Terwijl je eigenlijk wilt dat een kind praat. Dat kan natuurlijk ook eraan liggen dat ik die verkeerde vraag stel. En sommige ouders die zijn alleen maar aan het woord voor hun kinderen. Of die vinden het probleem groter dan het kind. Dus het is vaak wel een spel in de spreekkamer.</p> <p>Interviewer: Zou het dan makkelijker zijn als de ouders bijvoorbeeld er niet bij zouden zijn?</p> <p>Participant: Ja, dat vraag ik ook soms wel eens. Sowieso bij de oudere kinderen. Natuurlijk ook omdat ze dan wat vrijer kunnen spreken. En soms dan zeg ik ook wel eens een beetje voor de grap van, kijk ik een beetje zo naar mijn computerscherm zeg ik: "Hè, ze is uit 2007, volgens mij kan ze het prima zelf verwoorden." Dat ik ook die moeder een beetje in een hoekje duwen. Zo van: "Hou jij je mond even, dat kind is 14, 15 jaar die kan best uitleggen wat zij mankeert."</p> <p>Interviewer: Dus je hebt wel het liefst dat een kind zoveel mogelijk zelf zegt?</p> <p>Participant: Ja, dat is wel fijn.</p> <p>Interviewer: Is dat ook om te weten wat het kind wil of waarvoor is dat precies?</p>	<p>Lastig als patiënt niet open is</p>	<p>Ervaring artsen (niet relationeel zorgverleners)</p>
---	--	---

<p>Participant: Ja of wat de klacht is, toch? Want hij of zij kan het het beste zelf verwoorden. En dat merk je ook soms dat ouders het dan gaan verwoorden. Nu heb ik het natuurlijk weer over het algemeen niet over deze patiënt, is dat erg?</p> <p>Interview: Nee, dat is prima.</p> <p>Participant: Soms zijn ouders dan in geval van buikpijn, dan kunnen ze zeggen: “Hij heeft altijd buikpijn na het eten.” En dan zie je die kinderen soms een beetje zo kijken van “Dat is helemaal niet waar.” Dan zeggen ze: “Hij heeft altijd buikpijn dan en dan of als hij dit eet.” Dan kan je ook echt denken van, het is gewoon meer een soort ruis wat die ouders vertellen. Haat het kind het zelf vertellen wanneer die buikpijn heeft. Sommige ouders vinden het zo erg als ze hun kind een keer per week buikpijn heeft. Terwijl dat het kind denkt: ik heb een keer per week buikpijn, punt. Ik had hiervoor niet eens naar de dokter hoeven.</p> <p>Interviewer: Je hebt het nu vooral over de lichamelijke klachten die ze hebben, maar een patiënt is natuurlijk ook een heel persoon met een familie en hobby's en een eigen leven. Hoe Laat je dat terugkomen In de spreekkamer? En doe je dat überhaupt?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Op wat voor manier dan?</p> <p>Participant: Sowieso als kinderartsen willen het systeem weten waar het kind opgroeit.</p>	<p>Patiënt als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	----------------------------	---

<p>Het is altijd bij ons een vast onderdeel in de anamnese, dus in het hele vraaggesprek. Dus je vraagt altijd naar iemands voorgeschiedenis, we bespreken of diegene ziektes heeft gehad in het verleden, operaties en dergelijke. Je vraagt naar de familieanamnese, dus dat betekent of er bepaalde relevante ziektes in de familie voorkomen. Maar je vraagt ook naar de sociale anamnese. Je vraagt ook van: "Waar zit je op school?" Ik vraag altijd aan kleine kinderen, jonge kinderen op de basisschool van: "Hoe heet je juf of meester?", "Hoe is je gezinssamenstelling?" Zodat je meteen weet of ze broertjes of zusjes hebben, of de ouders nog bij elkaar zijn. Als ouders niet bij elkaar zijn, vraag ik hoe vaak ze de andere ouder zien of die ook in Amsterdam woont, of dat die elders woont of dat er misschien helemaal geen contact meer mee is. Ik vraag ook altijd of die andere ouder dan misschien een nieuw gezin heeft, dus misschien stiefbroertjes of stiefzusjes. Hobby's, voetbal, tennis, clubs, weet ik veel, dat soort dingen. Om wel een indruk te krijgen.</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Dat is de reden om voor jou zeg maar indruk te krijgen?</p>	<p>Patiënt als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Participant: Ja. Omdat we ook weten dat sommige ziektes... En dan heb je het natuurlijk niet over puur, niet over het lichamelijke, maar meer zoals dat dan heet: psychosomatisch. Of welke naam je er dan ook aan wilt geven. Dat er ook onderhoudende factoren in het systeem kunnen zijn, die dus houden dat iemand zich ziek blijft voelen. Terwijl als je dan weet, die ouders zitten in een</p>	<p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>

<p>En je hebt het idee dat patiënten het een fijne ervaring vinden, om dat soort dingen te kunnen delen bij jou?</p> <p>Participant: Ja. Ik heb wel het idee dat als mensen feedback moeten geven op ziekenhuizen of artsen of wat dan ook, dat ze wel altijd naar intermenselijke dingen kijken. En niet alleen maar: die spreekkamer zag er schoon uit. Ze vinden het ook echt wel, volgens mij, belangrijk hoe hun dokter is. Ik heb natuurlijk al die kwetsbare meiden met die eetproblemen, die ook bij mij in hun onderbroek moeten staan, wat ze natuurlijk ook niet fijn vinden. Dus je probeert het ook wel een beetje vertrouwelijk te maken. Als je dan ook die dingen meeneemt, die voor mij deels nuttig zijn om te weten, maar waarvan ik het ook fijn vind om ze te weten, omdat je er ook rekening mee kan houden. En ik schrijf het ook allemaal op in het dossier, maar ook als ze bijvoorbeeld toetsweek hebben of zo. En dan komen ze drie weken later weer, en dan zie ik in mijn vorige notitie heeft toetsweek, en dan kan ik zeggen: "Hoe was je toetsweek?" En dan zeggen ze: "Wat goed dat je dat nog weet." Ik denk dan, ik heb het natuurlijk wel opgeschreven. Ik kan ook niet van 200 meiden een toetsweek gaan onthouden.</p> <p>Interviewer: Maar is voor hun wel erkenning.</p> <p>Participant: Ja, en ik en ik vind het ook leuk. En soms zeg je dan: "Ging scheikunde goed?" Dan zeggen ze: "Scheikunde vond ik echt heel moeilijk." Het is gewoon leuk, dan ben je niet alleen maar...</p>	<p>Fijn om als persoon gezien te worden</p> <p>Goede zorgrelatie</p> <p>Functioneel voor de zorg als je patiënt kent</p> <p>Patiënt als persoon</p> <p>Leuk om patiënt te kennen</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverleners)</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p>
--	--	---

<p>Interviewer: Voor jezelf maakt dat gesprek leuker?</p> <p>Participant: Ja, ik vind het zelf ook leuker om zo mijn dag in te delen, in plaats van dat je alleen maar problemen bespreekt.</p> <p>Interviewer: Nee, dat snap ik. Dan heb je ook nog een beetje normale gesprekken.</p> <p>Interviewer: En je had het net over, dat je het een beetje vertrouwelijk wilt maken. Heb je het idee dat patiënt je dan ook meer vertrouwen? Als je ook over die normale dingen in het leven kan praten. Omdat het natuurlijk wel over misschien wat gevoelig problemen soms kan gaan, zeker op het gebied van eetstoornissen. Heb je het idee dat, omdat die basis is gelegd, dat dat dan ook beter bespreekbaar is?</p> <p>Participant: Ik denk het wel. Ja.</p> <p>Interviewer: Nou iedere patiënt is natuurlijk ook weer heel anders. Zou jij kunnen omschrijven, als je deze patiënt goed genoeg kent, op wat voor manier zij uniek is als patiënt of persoon? Of is dat heel moeilijk?</p> <p>Participant: Ja dat vind ik wel. Omdat het zo specifiek over deze patiënt is. Ik denk dat iedere patiënt of iedere persoon uniek is. En dus ook deze. Nou, wat haar uniek maakt, wat ik heel grappig vind. Dat zie je natuurlijk in deze tijd niet zo heel erg veel meer, is dat zij zeven broers en zussen heeft van dezelfde ouders die ook alle 9 bij elkaar wonen. En ik heb ze ondertussen allemaal wel een keer gezien. En dat maakt het dus een mega</p>	<p>Leuk om patiënt te kennen</p> <p>Goede zorgrelatie</p> <p>Iedere patiënt is uniek</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	--	---

grappig gezin. Dat was dus ook de reden waarom zij gewoon geen tijd hadden voor dit gesprek, want zij moeten gewoon neven ballen hooghouden.

Interviewer: Toevallig had ik hier ook een stukje over geselecteerd waarin jullie het hier over hebben, dus dat kunnen we misschien wel even meteen bekijken.

Participant: Ik mailde dus Gerwin van: dat gezin, die zijn mega enthousiast, die zeggen meteen “wat leuk”, dat doen we wel. En toen was het van een uur een interview, praktisch kan dat niet. Zij moesten ook met het hele gezin bij de start van die eetstoornis behandeling bij de systeemtherapeut komen, omdat die natuurlijk ook het hele systeem wil leren kennen. Dus dit was gewoon een onmogelijke opdracht voor hen. Geen onwil, maar gewoon onmogelijk. De een heeft eindexamen, de ander moet naar logopedie les, de ander moet dit, de andere dat.

Interviewer: allemaal onder de 18 jaar?

Participant: Ja of eentje net boven de 18.

Interviewer: Wat bizar.

Fragment 1 uit video-opname consult

Participant: Wij moeten dus af en toe ook typen. Want anders als ik een uur lang met iemand praat, maar dat dat weten zij ook allemaal. Dat ziet er nu een beetje gek uit, maar dat is dan misschien twee of drie minuutjes. Ik zet altijd wat steekwoorden neer.

<p>Interviewer: Bij haar is dit dan specifiek, die broer en zussen. Maar iemand kan natuurlijk weer iets anders bijzonders hebben. Stel je vaker van dat soort vragen?</p> <p>Participant: Met name bij die eetstoornis vraag ik ook wel altijd hoe die andere gezinsleden ermee omgaan. Want daar kan dus zo'n onderhoudende factor bij zitten, juist bij dat soort problematiek. Ik vraag altijd hoe die vaders ermee omgaan. Die zien het toch wat zwart witter dan moeders. Die hebben zoiets van: begin gewoon met eten weer. Dus dan vraag ik altijd: "Hoe gaat je vader ermee om?" En ook als ik merk dat het bijvoorbeeld heel stroef loopt, zeg ik: "Je komt altijd met je moeder, zou je ook je vader een keer willen meenemen, dan wil ik het ook graag aan hem uitleggen."</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Je past dan de zorg wel specifiek aan op zo een situatie?</p> <p>Participant: Ja. De eetstoorniszorg is echt op maat. Er is natuurlijk wel iets protocollair aan, maar er is ook heel veel...</p>	<p>Iedere patiënt is uniek</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Dus specifiek wat bij die persoon, in die situaties geldt?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Is dat heel moeilijk, of?</p> <p>Participant: Ik vind het niet moeilijk. Ik vind het eigenlijk heel dynamisch. Misschien is het deels intuïtief, maar je reageert gewoon wat je hoort. Dus dat bedoel ik met het niet</p>	<p>Iedere patiënt is uniek</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>protocollair. Je bent gewoon bezig, je hebt gewoon een gesprek, je hoort gewoon dingen. Je denkt: dit werkt in dit gezin zo, dan gaan we daar op die manier mee om.</p> <p>Interviewer: Dus je sluit je dan helemaal aan bij die situatie?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Vind je dat moeilijk om bij de wensen of gedachtes of ideeën van zo een patiënt je aan te sluiten of in te leven?</p> <p>Participant: Nee. Want ik merk ook dat als je het juist heel erg protocollair benadert... Stel ze hebben dan 10 minuten intake gehad, en dan begint bijvoorbeeld de diëtisten meteen met: Dit is de eetlijst. Dan denk ik, alsof ze dat dan nu vanaf morgen zo gaan doen. Je moet ook kijken waar je de aansluiting vindt en dan is misschien iemand pas over 4 weken bij de volledige eetlijst, in plaats van morgen. Ik luister veel meer van: wat hoor ik en waar kunnen we iets bereiken, waar gaat er een klein deurtje open en waar kunnen we stappen gaan zetten? Dan dat je alleen maar denkt: je eet te weinig, je gewicht is te laag, er moeten zoveel kilocalorieën in, per morgen. Dat gaat niet lukken als je het op die manier wil doen. Vind ik.</p> <p>Interviewer: Nee, dat begrijp ik. En hoe kom je er dan achter wat wel aansluit bij zo'n patiënt?</p> <p>Participant: Vragen: "Wat past wel bij jou?"</p> <p>Interviewer: Op de man af?</p>	<p>Iedere patiënt is uniek</p> <p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Iedere patiënt is uniek</p> <p>Iedere patiënt is uniek / aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
--	---	---

<p>Participant: “Wat past bij jou, wat past bij jullie gezin?” Er zijn ook gezinnen die zeggen: “Wij hebben gewoon geen vaste eetpatronen, of we eten nooit aan tafel.” Dus dan ga je zeggen: “Dat begrijp ik, maar het is wel zaak dat we dat we aan gewichtsherstel gaan werken, dus vertellen jullie maar hoe we dat dan gaan doen, ook al zit je niet 6 keer per dag aan tafel.” Ik ben ook wel duidelijk. Ik kan bijvoorbeeld wel zeggen: “De manier waarop het nu gaat, is niet helpend. Dus we moeten iets zoeken wat helpend is.” Maar dat het niet bij iedereen volgens dezelfde principes gaat, dan moeten we het anders doen.</p>	<p>Iedere patiënt is uniek / aansluiting bij patiënt</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: Hoe heb je het idee dat zo'n patiënt of het gezin eromheen dat ervaart?</p>	<p>Fijn om als unieke patiënt gezien te worden</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Participant: Die vinden dat heel fijn, dat weet ik honderd procent zeker. Waar je natuurlijk met zo'n eetstoornis altijd alert op moet zijn. Is dat het... Ik weet niet of je in die materie zit van die eetstoornissen?</p>		
<p>Interviewer: Ja een beetje. Ze kunnen ook wel een beetje manipulatief zijn, toch?</p>		
<p>Participant: Ja. Je moet dus oppassen dat je niet de afspraken maakt met de eetstoornis, zeg maar. Want je moet het een beetje externaliseren. Je denkt nu dat je een goede deal hebt en dan komt ze 1,5 week later bij je met weer een kilo gewichtsverlies. Dan denk je, dit was dus blijkbaar niet de juiste afspraak. Dat is dus een beetje het leren kennen van met wie maak ik nu de afspraak. Maak ik die echt daadwerkelijk</p>	<p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

omdat zij ziekte-inzicht heeft. Die meiden die ziekte-inzicht hebben, die denken: ze probeert die eetstoornis klein te krijgen door strikt te zijn. Ik zeg ook wel eens: “Ik heb je pas twee keer gezien. Volgens mij ben je een supertof mens. Maar die eetstoornis, die haat ik per definitie. Dus ik vind jou hartstikke lief en ik wil ook dat je ouders zo naar je kijken. Ze vinden jou lief, maar ze vinden de eetstoornis verschrikkelijk. Maar dat is wel een onderdeel van jou, maar die kunnen wel klein krijgen.” Dus op die manier probeer je ook die meiden die nog niet helemaal precies weten wat hen overkomt wel een beetje te vertellen van: dit is jou overkomen. Dat zeg ik ook altijd: “Je hebt dit niet zelf bedacht.” Want zo leuk is het niet. Dus het is je overkomen.

Interviewer: Er wordt dan inderdaad wel eens gesproken van een eetstoornis gedachtestroom en gezonde gedachten stroom. Jij geeft dus dan wel echt erkenning aan ook aan die eetstoornisgedachtes?

Participant: Ja.

Interviewer: Je geeft aan dat je wel laat merken dat je het niet helemaal eens bent met die gedachtestroom. Geeft dat dan wel eens een soort frictie in spreekkamer?

Participant: Ja zeker. Want vaders, meestal, die kunnen af en toe zoiets hebben van: “Ik vind het echt bullshit, dat je het zo externaliseert. Het is gewoon één kind, en die heeft dit bedacht.” En dan zeg ik: “Ze heeft het niet bedacht, het is haar overkomen.” Je moet het echt zien als een soort stem in je hoofd die gewoon

Frictie in de spreekkamer

Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”

Op een relationele manier zorgverlenen

Op een relationele manier zorgverlenen

<p>opdrachten geeft. Dus met ouders kan het frictie geven en dan met name vaders. En met die jongeren zelf, met die meiden zelf, meestal zijn het meiden. Als zij geen ziekte-inzicht hebben, kunnen die ook denken: “Wat zeg je?” Dan zeg ik ook: “Je kijkt me aan alsof ik onzin zit te lullen.” Ik gebruik ook gewoon dit soort woorden. Het zijn natuurlijk allemaal meisjes van 15 en 16, dus ik probeer toch een beetje met hun taal mee te gaan. Dan zeg ik ook wel eens: “Je kijkt me aan alsof ik allemaal bullshit zit je te vertellen. Maar ik heb er wel verstand van, maar waarschijnlijk is er nu ook iemand die tegen jou zegt dat dit allemaal onzin is. De volgende keer ga ik het weer zo vertellen, want ik wil je er wel van overtuigen dat je ziek bent.” Soms moet je het ook gewoon even benoemen. Dat is dat stukje wat ik dan check van, ik was streng, maar ik wil duidelijk maken dat we het hier niet over niks hebben</p> <p>Interviewer: Is er dan ook wel eens echt hevige discussie?</p> <p>Participant: Ja, of dat ze weglopen.</p> <p>Interviewer: En merk je dan uiteindelijk... Soms kan in het echte leven een soort discussie daarna juist zorgen voor meer diepgang van de relatie, omdat je elkaar bijvoorbeeld wel beter begrijpt of dat er meer uitleg komt. Is dat in dit soort gevallen ook zo of drijft dat jullie uit elkaar?</p> <p>Participant: Eigenlijk komt het altijd goed. Ze lopen ook wel eens weg, maar dan is het ook zo dat ze misschien te veel in die eetstoornis zaten. En als ze daar dan weer als het ware,</p>	<p>Aansluiting bij patiënt</p> <p>Aansluiting bij “eetstoornis-zelf”</p> <p>Goed dat er frictie is</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring artsen (relationeel zorgverlenen)</p>
--	--	---

<p>Interviewer: Benoem je het dan toch wel?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Dus ook dan geef je wel erkenning van ze zijn er beide en ze mogen er beide zijn?</p> <p>Participant: Ja. Ik benoem het dan ook gewoon inderdaad, dat ik zie dat het er is. Dat wij dat een ziekte vinden waar we ze bij kunnen helpen. Daarmee probeer je een beetje dat ziekte inzicht... Dat ze zich bewust worden dat ze ziek zijn, want op dat moment... Iemand zal niet de therapie aangaan als je vindt dat je niet ziek bent. Want dan denk je: "Wat doe ik hier bij een psycholoog? Ik ben helemaal niet ziek." Je moet dat punt bereiken waarop ze zich realiseren dat het niet gezond is.</p> <p>Interviewer: Dus dat probeer je hier haar te laten realiseren?</p> <p>Participant: Ik denk dat ik dat daar probeer ja.</p> <p>Interviewer: We hebben nu de hele tijd over patiënt, maar jij bent natuurlijk ook gewoon een persoon met een achtergrond en een persoonlijkheden en hobby's. Uit je dat wel eens in de spreekkamer?</p> <p>Participant: Ja zeker. Niet bij een eerste ontmoeting. Soms trouwens. Het ligt er een beetje aan.... Maar ik probeer wel altijd in te laten zien dat ik inderdaad niet alleen dokter ben, maar ook mens en moeder en vrouw en dat soort dingen. En bovendien kom ik ook heel veel patiënten tegen, ook omdat ik hier in OLVG Oost 10 jaar heb gewerkt voordat de</p>	<p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf"</p> <p>Aansluiting bij "eetstoornis-zelf"</p> <p>Arts als persoon</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	---	---

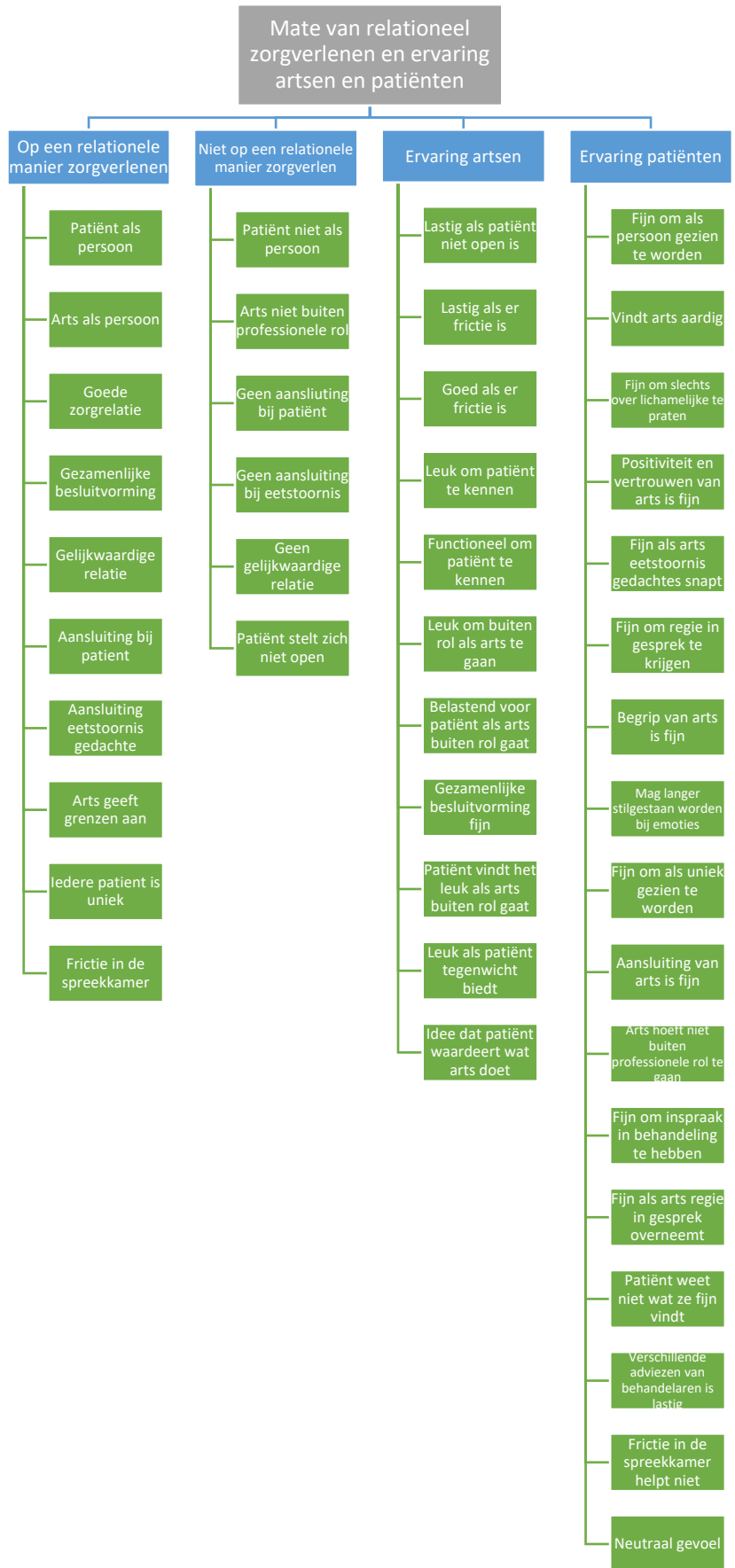
<p>fusie er was. Ik kwam ze hier letterlijk in de Albert Heijn, bij de school van de kinderen, bij de voetbalclub tegen. Dus als ik inderdaad in die sociale anamnese altijd vraag: “Naar welke school ga je, naar welke voetbalclub?” En stel ze zeggen de voetbalclub waar mijn kinderen ook zitten, dan zeg ik: “Dan zie ik je zaterdag wel.” Dat je een beetje ook laat zien van, ik ben niet alleen maar die persoon die hier staat.</p> <p>Interviewer: Heb je het idee dat dat wat doet bij patiënten?</p> <p>Participant: Ik heb het idee van wel, ja. Ook als je op school ziet of op de voetbal dan is het: “Kijk de dokter.” Dat vind ik altijd heel irritant natuurlijk. Ik vind het niet erg om ze te zien natuurlijk. Maar dat sommige moeders dan helemaal: “Oh kijk eens Pietje je dokter.”</p> <p>Interviewer: Maar je brengt dus wel je eigen persoonlijkheid in? En geef je ook wel eens een soort mening buiten doktersadvies als een soort persoon? Of is dat gevaarlijk?</p> <p>Participant: Nee, ik doe het wel eens. Want ik zie bijvoorbeeld ook tieners die op de spoedeisende hulp zijn geweest met een alcoholintoxicatie of drugs intoxicatie. Die zie ik dan daarna nog terug op de polikliniek één of twee weken later. En dan soms als zo een jongen of meisje, heel dwars of nors of zo: “Ik mag ook niks van mijn moeder of altijd gezeik dit en dat.” Dan kan ik wel eens gewoon uit mijn rol stappen, dan zeg ik: “Ik kan me best goed voorstellen dat je moeder zich zorgen maakt als ze tot 5 uur 's ochtends geen contact met je kan krijgen. Ik ben zelf ook moeder. Ik zou dat</p>	<p>Patiënt vindt het leuk als arts buiten professionele rol gaat</p> <p>Arts als persoon</p>	<p>Ervaring artsen (relationeel zorgverleners)</p> <p>Op een relationele manier zorgverleners</p>
---	--	---

<p>dat ze zeggen: “Ik vergeet het altijd.” Dan zeg ik: “Leg je het naast je tandenborstel neer of op je wekker. Bedenk maar iets, waar ga je het neerleggen om het niet te vergeten. Of mag je moeder je helpen herinneren, zonder dat jij iedere ochtend zegt ‘niet zeggen’?” Ik zeg altijd dan: “Zeg jij het maar, want zo werkt het niet.” Dan leg ik het juist bij hen en zeg ik: “Het heeft ook geen zin dat ik nu weer ga zeggen hoe je het moet doen, want dat werkt niet, dus bepaal jij het maar.”</p>	<p>Gelijkwaardige relatie</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
<p>Interviewer: En vinden patiënten dat fijn?</p> <p>Participant: Ja, ik heb het idee van wel. Soms schrikken ze er een beetje van. Maar ik vind het altijd wel duidelijk. En ik zit ook altijd van: “Anders hoef ik niet meer te komen. Dat is zonde van ieders tijd; van jouw tijd, van mijn tijd.”</p>	<p>Fijn om inspraak in behandeling te hebben</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p>
<p>Interviewer: Vind jij dat ook handig dat de patiënt dan even vertelt hoe die het voor zich ziet?</p> <p>Participant: Ja. Dan schrijf ik het ook op in het dossier. Dan zeg ik: “Kijk, ik schrijf het nu op in het dossier, dat jij hebt bedacht dat we het zo gaan doen. De volgende keer gaan we het weer evalueren. En als het niet werkt, dan gaan we weer iets anders bedenken. Maar je bent slim genoeg om nu te kunnen bedenken... Want als ik zou zeggen, je mag iedere dag € 100 bij me op komen halen, zou je ook een systeem bedenken. Weet ik zeker dat je het niet zou vergeten. Dus je bent slim genoeg om iets te bedenken waardoor je dit ook niet gaat vergeten.” Zoals bijvoorbeeld medicijnen innemen of zo.</p>	<p>Gelijkwaardige relatie / gezamenlijke besluitvorming</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>

<p>Interviewer: En heb je het idee dat de patiënt wanneer je bijvoorbeeld vraagt: “Waar wil jij het nog over hebben? Heb je nog vragen?” of de patiënt dan wel de dominantie in het gesprek durft te pakken?</p> <p>Participant: Ja wel. En ik denk ook wel dat ze dat leuk vinden. Dus dat doe ik inderdaad ook altijd van: “Nou waar wil je het vandaag over hebben?” Ik probeer ze wel altijd ook een beetje die autonomie te geven. Omdat anders ben jij ook degene die het allemaal fout doet. Dan krijg jij ook terug van: “Ja, maar jij zei dat ik het bij mijn tandenborstel moest neerleggen, maar ik vergeet ook ‘s ochtends mijn tanden te poetsen.” Of “Jij zei dat ik het in mijn school laatje moest doen, maar we mochten geen medicijnen op school.” Ik noem maar iets. Dus dan denk ik: “Nee, kom jij maar met het voorstel”. Want dan ligt het ook niet altijd aan mij. Als je 100 patiënten per week ziet, dan heb je ook soms helemaal geen zin dat jij altijd degene ben die het niet goed doet.</p> <p>Interviewer: Dus dan trek je die relatie gelijk, in plaats van dat jij een soort overhand hebt?</p> <p>Participant: Ja. Hetzelfde doe ik ook met ouders. Dan zeg ik: “Je bent wel 5 kg aangekomen in een half jaar tijd, dat vind ik wel veel. Daar wil ik het eigenlijk ook nog even over hebben.” Dan zegt zo’n moeder: “Maar hij snoept ook veel te veel.” Dan zeg ik: “Maar wie koopt het snoep? Dat is ook niet eerlijk. Laten we dan daar ook afspraken over maken.” Dan stel ik me ook weer op als mens. Dan zeg ik: “Ik hou ook van chips, maar ik</p>	<p>Fijn dat patiënt regie in gesprek krijgt</p> <p>Gelijkwaardige relatie</p>	<p>Ervaring patiënten (relationeel zorgverlenen)</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p>
---	---	--

<p>weet wel dat het niet handig is om dat iedere dag te eten. Je kunt ook met jezelf afspreken, dat doe ik in het weekend.”</p> <p>Interviewer: Dus dan breng je dat ook weer in?</p> <p>Participant: Ja. Dan zeg ik: “Ik zou ook iedere dag paprika chips willen eten, maar het lijkt me gewoon niet heel gezond om dat te doen.” Of het allemaal zijn vruchten afwerpt weet ik niet, maar je probeert het. Maar ik ben niet een dokter die alleen maar staat voor: dit wel en dit niet. Ik geef ze altijd wat mee en dan...</p> <p>Interviewer: En dan wordt wel gewaardeerd dan?</p> <p>Participant: Ja.</p> <p>Interviewer: Heb je zelf nog dingen waarvan je zegt, dat vind ik interessant om toe te voegen?</p> <p>Participant: Ik ben al heel veel aan het woord geweest. Nee, eigenlijk niet. Heb jij alles kunnen vragen?</p> <p>Interviewer: Ja hoor.</p>	<p>Arts als persoon</p> <p>Gelijkwaardige relatie / gezamenlijke besluitvorming</p> <p>Fijn om inspraak in behandeling te hebben</p>	<p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Op een relationele manier zorgverlenen</p> <p>Ervaring patiënten</p>
---	--	---

7.3 Codeboom



7.4 Aantal keer voorkomen van codes in interviews

Hieronder is terug te vinden hoe vaak de codes uit de interviews per thema voorkomen.

Op een relationele manier zorgverlenen

- Patiënt als persoon: 20 keer
- Arts als persoon: 6 keer
- Goede zorgrelatie: 23 keer
- Gezamenlijke besluitvorming: 17 keer
- Gelijkwaardige relatie: 19 keer
- Aansluiting bij patiënt: 45 keer
- Aansluiting bij eetstoornis gedachte: 29 keer
- Arts geeft grenzen aan: 8 keer
- Iedere patiënt is uniek: 12 keer
- (Stille) frictie in de spreekkamer: 9 keer

Niet op een relationele manier zorgverlenen

- Patiënt niet als persoon: 5 keer
- Arts niet buiten professionele rol: 9 keer
- Geen aansluiting bij patiënt: 14 keer
- Geen aansluiting bij eetstoornis gedachte: 2 keer
- Geen gelijkwaardige relatie: 4 keer
- Patiënt stelt zich niet open: 20 keer

Ervaring artsen

- Lastig als patiënt niet open is: 12 keer
- Lastig als er frictie is: 3 keer
- Goed als er frictie is: 3 keer
- Leuk om patiënt te kennen: 9 keer
- Functioneel om patiënt te kennen: 8 keer
- Leuk om buiten rol als arts te gaan: 2 keer
- Te belastend voor patiënt als arts buiten professionele rol gaat: 5 keer
- Gezamenlijke besluitvorming is fijn: 1 keer
- Patiënt vindt het leuk als arts buiten professionele rol gaat: 3 keer
- Leuk als patiënt tegenwicht biedt: 3 keer
- Idee dat patiënt waardeert wat arts doet: 1 keer

Ervaring patiënten

- Fijn om als persoon gezien te worden: 15 keer
- Vindt arts aardig: 7 keer
- Fijn om slechts over lichamelijke te praten: 12 keer
- Positiviteit en vertrouwen van arts is fijn: 7 keer
- Fijn als eetstoornis gedachte snapt: 7 keer
- Fijn om regie in gesprek te krijgen: 5 keer
- Fijn om regie in gesprek te krijgen: 5 keer
- Begrip van arts is fijn: 4 keer
- Mag langer stilgestaan worden bij emoties van de patiënt: 3 keer
- Fijn om als unieke patiënt gezien te worden: 3 keer

- Aansluiting van arts is fijn: 8 keer
- Arts hoeft niet buiten professionele rol te treden: 9 keer
- Fijn om inspraak in behandeling te hebben: 5 keer
- Fijn als arts regie in gesprek overneemt: 4 keer
- Patiënt weet niet wat ze fijn vindt: 10 keer
- Verschillende adviezen van behandelaren is lastig: 3 keer
- Fricie in de spreekkamer helpt niet: 3 keer
- Neutraal gevoel: 7 keer