

Studies and reflections on type 2 diabetes care in general practice : perspectives of patients and professionals

Citation for published version (APA):

van Dam, H. A. (2005). *Studies and reflections on type 2 diabetes care in general practice : perspectives of patients and professionals*. Universitaire Pers Maastricht.

Document status and date:

Published: 01/01/2005

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

The purpose of this thesis is to investigate some issues on type 2 diabetes care in general practice, related to the perspectives of patients and providers, and the dialectical process and dialogue between the two.

In chapter 1 a general introduction is given to the scope and impact of the condition on a person's life, family, and other parts of his personal environment. Type 2 diabetes as a chronic condition and its growing epidemic has an increasing impact on societies as well. Care, not cure, is the central focus. Although the quality of professional type 2 diabetes care has vastly improved, two out of every three patients show poor self-care, lifestyle, and treatment adherence, and one out of every three shows poor control of hyperglycemia, blood pressure, and/or blood lipids. This group is exposed to high risks, and actually suffers from avoidable complications and morbidity – despite the efforts of GPs and other professionals to deliver good diabetes care and to protect patients from those risks. This observation resulted in studies of 'doctor' and 'patient' related aspects of type 2 diabetes care, of non-attendance, of social support and the provider-patient communication, and of obstacles with regard to (self-) care and professional support. Subsequently, the idea of a dialectical process in diabetes encounters is presented, a dialogue in which patient and provider have their respective inputs – sometimes in concordance, often differing or even opposite – and try to reach new, shared arrangements.

Chapter 2 describes an explorative study on the interrelations of diabetes control, complications, comorbidity on one hand (reported by the GP: from the professional perspective), and functional status and quality of life, perceived diabetes control and professional support on the other (patient-reported: from the patient perspective). Almost half the study patients' group had poor 'objective' diabetes control, while a much greater part reported good 'subjective' control. Logistic regression analyses demonstrated the patient-oriented elements 'perceived diabetes control' and 'perceived professional support' (from GPs) to most strongly contribute to good 'objective' diabetes control. More attention of providers to elements of the patient perspective is warranted.

In chapters 3 and 4, the balance between the patients' and providers' responsibilities with regard to diabetes clinic attendance is discussed. Two studies of non-attendance are presented. A literature review shows that up to that time the phenomenon had hardly been studied in type 2 diabetes (chapter 3). The consulted diabetes experts give estimates of non-attendance rates of about 5 per cent of all G P-treated patients. In an observational study (chapter 4) in 38 Dutch G P practices, a mean of 8 (range 0-30) per cent of 960 patients showed non-attendance to G P diabetes clinics for a year or longer. Non-attendance was not related to worse diabetes control or more diabetes complications (even the contrary). The tentative conclusion is drawn that, if diabetes teams delivered good diabetes care, and recalled non-attending patients once or twice – they may then accept sustained non-attendance. This acknowledges the patient's responsibility and autonomy. Non-attendance apparently is a deliberate decision by the patient, and fits into the patient's world. Other, later studies support this view. It is advised that in later health encounters with non-attending patients the professionals could engage in discussions to find out why the patient decided not to visit the diabetes clinic, and to discuss how to support adequate self-care and attendance.

The study was criticised for methodological shortcomings, and with some cogency. But the paper's conclusions with regard to accepting non-attendance and respecting the patients' autonomy after some recalls, still stand.

Chapter 5 describes a systematic literature review of controlled trials of social support interventions in type 2 diabetes care, published in more than twenty years. Only six studies were retrieved. Traditional forms of social support (from spouse, relatives, or friends) show little or no positive influence. In men, spouse support seems to have negative effects, while in women it may have some positive effects (weight loss). Newer forms of social support had clearer positive effects: live social support groups, group consultations to doctors, and telephone or internet-based peer support. Perhaps, these forms of support reinforce the patients' active participation in diabetes care.

Chapter 6 presents a systematic literature review of controlled trials of patient-provider interaction interventions in diabetes care encounters, published in more than twenty years. Only

eight studies were retrieved. The review showed that interventions focusing directly on systematic patient activation, to enhance active participation in diabetes encounters (approach from the patient's perspective), did improve outcomes. Interventions focusing on providers to change their consulting behaviour into a more patient-centred one (approach from the professional's perspective) did not, or perhaps even worsened the situation. Clear improvements resulted from systematic, brief, assisted patient preparation to diabetes consultations, empowering diabetes education groups, empowering telephone or computer based individual feedback and support, group consultations to doctors, and negotiating realistic, personally-tailored treatment targets. These forms of patient activation reinforce active patient involvement and question asking in diabetes care.

Chapter 7 focuses on obstacles experienced by type 2 diabetes patients and the views of Dutch diabetes experts on these obstacles. A diversity of obstacles and restrictions in living with type 2 diabetes and with the professional diabetes care advises are reported, as seen from the patient's perspective. The experts recognise most of those patient obstacles, but deny some that patients connected to attitudes and communication behaviour of professionals, and add some new obstacles. Their recommendations for improvements strongly embrace the ideas of better professional adherence to guidelines, better monitoring and quality assessment of diabetes care, better structural patient education for self-care, as well as patient empowerment and patient-centred models of care. They stress that the patient perspective deserves more attention.

Chapter 8 is a paper reflecting on the changing roles of patients and providers in diabetes care: from a once doctor-centred into a now more negotiation and patient-centred model. Providers and patients may disagree on the best course of action and management of diabetes, as well as on the outcomes. In (primary) diabetes care, utilizing a dialectical approach would be useful in enhancing a true dialogue between the two perspectives: a co-centred model. This dialogue would facilitate active patient involvement and question asking in diabetes encounters, patient empowerment to make shared decisions, patient self-care, and professional satisfaction with care. Both 'objective' clinical outcomes of diabetes care such as intermediate outcomes – HbA_{1c}, blood

pressure – and ‘hard’ end points like complications or mortality rates (provider-centred), and ‘subjective’ outcomes such as patient perceived quality of life, functional status, or making personal choices and achieving personal goals (patient-centred), would then be valued as equally important outcome criteria for the quality of care. The practice implications of this approaches are briefly discussed.

Chapter 9 offers the general discussion of the thesis. It summarizes the main findings from the studies with regard to provider-patient interaction, social support, metabolic control and patient-centred outcomes, non-attendance, and obstacles. It stresses the importance of finding a true dialogue between the patient’s and the professional’s perspective. A patient-activating approach for helping the patient to become an active, asserted partner in his or her own diabetes care, is advocated. Both the views and goals of the patient and of the professional deserve a place in the encounter, and after a phase of mutual information exchange and one of dialogue, an attempt for joint action (treatment, self-care, health behaviour change) could be made. Methods from the brief Motivational Interviewing and Patient-centred models are at the professionals’ disposal. Professional diabetes care providers are challenged to study and share these views, and to start working with them. Implications and recommendations for diabetes teams’ practical work, research, and education are discussed.

Practice implications For reinforcing the patient perspective and patient empowerment in diabetes care, certain changes in the work of diabetes teams are recommended. The diagnostic and therapeutic process of diabetes encounters, both in objective and subjective terms, must tap into the daily life experiences of patients with the illness. In that way it may help patients to make choices which are recognisable to them, and reinforce their sense of personal responsibility for the management of their illness. This helps increase patient control and empowerment. One of the warranted methods for attaining this goal is to organize systematic, brief patient preparation of diabetes encounters, supported by trained and experienced diabetes patients as lay counsellors (or professional assistants/nurses), to enable patients to become more assertive, actively ask questions and get answers, and to bring in their frame of reference including emotions, cognitions, and responsibilities. Group consultations to diabetes professionals, and em-

powering group training of patients, may also be of help. Another method for patient empowerment may be to organize new forms of mutual social support ('live', internet or telephone social support groups). Inside diabetes encounters, professionals should apply a motivational and patient-centred approach to guide the dialectical process. Through a motivational approach, the professional encourages the patient to find and produce arguments for health behaviour change and ways to achieve it. Patient-centredness focuses on what is important for the patient, including his social context. In a dialectical, Freirean approach, the professional applies reflective listening, dialogue, and action, to guide the communication into a true dialogue. Both the professional and the patient should have their input of personal goals, visions, and expectations, in a mutual information exchange. Systematic negotiation of personally suiting, realistic treatment targets and methods (e.g. weight reduction, HbA1c, blood pressure, medication, or self-care) could support patients to regain the sense of control over their lives and to better utilize the professional treatment. After a discussion of concordances and differences, and a negotiation phase, joint agreements and actions are aimed for.

Research Well-designed controlled trials and qualitative studies in primary diabetes care settings are recommended to research the effectivity of different ways to handle non-attendance, of different social support interventions, of patient-activating and empowering interventions, risk communication, and systematic negotiation of diabetes care management. Studies of guiding the dialectical process towards a true dialogue in diabetes (and perhaps other conditions) care encounters in primary care settings are also recommended.

Education and training Education of professionals will increasingly have to cover the learning of skills to perform motivational conversation methods, patient activation and empowerment, patient-centredness, guiding the dialectical process of dialogue in diabetes encounters, and investigation and discussion of both the provider's and the patient's personal goals, views, knowledge, and expectations regarding diabetes care. To achieve these ends, a major part of this training would involve an active examination of the provider's own personality i.e., his/her values, attitudes, and beliefs as they impact the patient's willingness to accept help and direction from

him/her. This examination could have different forms, e.g. attending courses or workshops, or interviewing professionals and patients. This training would aim at enabling professionals to create a therapeutic atmosphere within consultations and educational encounters, characterized by mutual openness and trust. It also aims at teaching professionals to guide an ongoing, dialectical decision making process in which provider and patient jointly agree on the reason for the encounter, the diagnosis, and the therapeutic or self-care sequela. Finally, training aims at helping providers anticipate the consequences of diagnostic findings, therapeutic recommendations, and decisions for the patient's daily life.

Het doel van dit proefschrift is het onderzoeken van aspecten van type 2 diabeteszorg in de huisartspraktijk, met betrekking tot de dialoog en het dialectisch proces tussen de perspectieven van patiënten en hulpverleners.

Hoofdstuk 1 geeft een algemene inleiding over de gevolgen van het hebben van type 2 diabetes op iemands dagelijks leven, zijn familie, en andere onderdelen van de persoonlijke omgeving. Type 2 diabetes als chronische aandoening en zijn aanzwellende epidemie hebben ook een steeds grotere invloed op de maatschappij als geheel. 'Zorg' en niet 'genezing' staat centraal.

De kwaliteit van de professionele type 2 diabeteszorg is sterk verbeterd. Toch vertoont gemiddeld tweederde van de groep patiënten met type 2 diabetes slechte zelfzorg, ongunstige leefstijl en ongunstige therapietrouw, en ongeveer eenderde slechte diabetesregulatie, te hoge bloeddruk en/of ongunstig lipidenprofiel. Deze patiënten staan bloot aan hoge risico's, en gaan ook feitelijk gebukt onder vermijdbare complicaties en sterfte - ondanks de inspanningen van huisartsen en andere diabeteshulpverleners om goede zorg te leveren en hen te behoeden voor die complicaties.

Evidence-based richtlijnen ontstonden – die echter maar ten dele lijken te worden nageleefd. De rol van de patiënt onderging belangrijke veranderingen en vanuit vele gezichtspunten werd en wordt gezocht naar methoden om de balans tussen de perspectieven van patiënt en hulpverlener te (her)vinden. Deze observaties leidden tot de studies. Na een eerste exploratief onderzoek van 'dokter- en patiënt-gerichte' aspecten van diabeteszorg, volgden studies van het wegblijven van diabeteszorg door patiënten, van sociale steun, en van de interactie tussen hulpverlener en patiënt, evenals een studie van de belemmeringen voor goede diabetes(zelf)zorg gezien vanuit de perspectieven van patiënten en experts. Vervolgens wordt het idee gepresenteerd van een dialectisch proces in diabetescontacten, een oprechte dialoog waarin patiënt en hulpverlener elk hun eigen inbreng hebben – soms harmoniërend, vaak verschillend of zelfs botsend – en samen tot nieuwe, gezamenlijke regelingen moeten zien te komen.

Hoofdstuk 2 beschrijft een exploratieve studie naar de relatie tussen diabetesregulatie, complicaties en comorbiditeit enerzijds (gerapporteerd door de huisarts: 'dokter'gericht'), en functionele toestand en ervaren kwaliteit van leven, ervaren

diabetesregulatie en professionele steun anderzijds (door de patiënten gerapporteerd: 'patiënt-gericht'). Bijna de helft van de studiepopulatie had een slechte objectieve diabetesregulatie terwijl bijna tweederde de regulatie subjectief als goed bestempelde. Logistische regressie-analyses toonden dat de patiëntgerichte elementen 'ervaren diabetesregulatie' en 'ervaren professionele steun' (van de huisarts) het sterkst bijdroegen aan goede objectieve diabetesregulatie. Meer aandacht van de hulpverleners voor elementen uit het patiëntperspectief wordt aangeraden.

Hoofdstukken 3 en 4 richten zich op de afbakening van verantwoordelijkheid tussen professionele hulpverleners (artsen, verpleegkundigen) en patiënten ten aanzien van de terugkomst. Een tweetal studies naar het wegblijven wordt gepresenteerd. Een literatuuroverzicht (hoofdstuk 3) laat zien dat tot dan toe het fenomeen van wegblijven in huisartspraktijken niet of nauwelijks onderzocht was. De geraadpleegde experts geven schattingen van wegblijven door gemiddeld 5% van het aantal behandelde patiënten. In het observationeel onderzoek in 38 Nederlandse huisartspraktijken (hoofdstuk 4) blijkt gemiddeld 8% (spreiding 0-30% per praktijk) van de 964 patiënten een jaar of langer weg te blijven van diabetescontroles. Wegblijven bleek in deze studie niet gerelateerd aan slechtere diabetesregulatie of meer complicaties, misschien juist integendeel. De voorzichtige conclusie wordt getrokken dat wanneer diabetesteams goede diabeteszorg leverden en wegblijvende patiënten enkele malen actief hebben opgeroepen, zij wegblijven daarna wellicht kunnen accepteren. Verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt worden dan voldoende gerespecteerd. Het lijkt een bewuste keuze van de patiënt en past in de wereld van de patiënt. Andere, latere studies ondersteunen dit. Geadviseerd wordt dat in latere contacten met wegblijvende patiënten de professional het onderwerp aansnijdt om te horen waarom de patiënt besloot geen gebruik meer te maken van de professionele diabeteszorg, en hoe hij of zij gesteund kan worden voor goede zelfzorg en terugkomst.

De studie werd met enig recht gekritiseerd op methodologische tekortkomingen, maar de conclusies ten aanzien van het accepteren van wegblijven en respecteren van het patiëntenperspectief staan nog overeind.

Hoofdstuk 5 beschrijft het resultaat van een systematisch literatuuronderzoek van gecontroleerde trials van sociale steuninterventies in de zorg voor mensen met type 2 diabetes, gepubliceerd in een periode van meer dan twintig jaar. Slechts zes van zulke trials worden gevonden. Traditionele vormen van sociale steun lijken weinig of geen positieve effecten te hebben. Bij mannen lijkt steun van de partner eerder negatieve effecten te hebben; bij vrouwelijke patiënten positieve (op gewichtsreductie). Nieuwe vormen van steun toonden positievere effecten (sociale steungroepen, gezamenlijke consulten, onderlinge internet- of telefoonsteun). Zulke nieuwe steunvormen versterken misschien de actieve rol van de patiënt in zijn diabeteszorg.

Hoofdstuk 6 presenteert een systematisch literatuuronderzoek van gecontroleerde trials van interventies in de interactie tussen hulpverlener en patiënt in diabetescontacten, eveneens gepubliceerd in meer dan twintig jaar. Slechts acht van zulke trials werden gevonden. Review van die studies toont dat interventies die zich richten op de professionals om hun consultgedrag meer 'patiëntgericht' te maken (benadering vanuit het professioneel perspectief) geen positieve invloed hebben op patiëntenzelfzorg en andere uitkomsten van diabeteszorg - maar dat systematisch activeren van patiënten om hun deelname aan diabetesconsulten te vergroten (benadering vanuit het patiëntperspectief) wel positief effect heeft. Duidelijke verbeteringen werden gevonden in de studies die interventies toepasten als: systematische, korte, ondersteunde voorbereiding van patiënten op diabetesconsulten, empowerende groepseducatie, empowerende individuele telefoon- en computerterugkoppeling met ondersteuning, groepsconsulten, en onderhandelen over haalbare, op maat gesneden individuele behandeldoelen. Waarschijnlijk versterken dergelijke patiënt-activerende methoden de actieve betrokkenheid van patiënten in hun diabeteszorg.

Hoofdstuk 7 richt zich op de door patiënten met type 2 diabetes ervaren belemmeringen en onderzoekt de visie van diabetesexperts op die belemmeringen. Patiënten rapporteerden diverse obstakels en beperkingen in het leven met type 2 diabetes en in het omgaan met de aanbevelingen vanuit de professionele diabeteszorg (patiëntenperspectief). Experts erkennen de meeste patiënten-belemmeringen wel, maar ontkenden enkele die patiënten juist toeschreven aan het professio-

neel en communicatief functioneren van hulpverleners, en ze voegden eigen belemmeringen toe. Hun aanbevelingen gaan in hoge mate in de richting van beter volgen en uitvoeren van richtlijnen, betere toetsing en kwaliteitsbewaking (effect-/ resultaatmeting) en betere, structurele patiënteneducatie, maar ook in de richting van integrale, patient-empowerende en patient-centred modellen van diabeteszorg. Zij vinden dat het perspectief van de patiënt meer aandacht verdient.

Hoofdstuk 8 is een artikel dat reflecteert op de veranderende rollen van patiënten en hulpverleners in de eerstelijns diabeteszorg, van vroeger een 'arts-gericht' naar nu een meer onderhandelings- en patiëntgericht model. Hulpverleners en patiënten zullen het vaak oneens zijn over de beste aanpak en aansturing van diabeteszorg, evenals over de interpretatie van de uitkomsten. Het toepassen van een dialectische benadering in de eerstelijnsdiabeteszorg zou een oprechte dialoog tussen die twee perspectieven kunnen bevorderen (een 'co-centred model'). Dat zou op zijn beurt de actieve betrokkenheid van de patiënt en het actief vragen stellen in diabetesconsulten, de macht van patiënt om zelf mee te beslissen, de zelfzorg, en de professionele tevredenheid over de zorg, kunnen versterken.

'Objectieve' klinische uitkomsten van diabeteszorg zoals getalsmatige zaken – HbA_{1c}, bloeddruk, en complicaties- en mortaliteitscijfers – (hulpverlener-gericht), en 'subjectieve' uitkomsten zoals kwaliteit van leven, functionele toestand of het maken van persoonlijke keuzen en bereiken van eigen doelen (patiënt-gericht), zouden dan als even belangrijke criteria voor de kwaliteit van zorg gebruikt kunnen worden.

Hoofdstuk 9 geeft de algemene discussie van dit proefschrift en presenteert de belangrijkste conclusies van de studies. Het benadrukt het belang van het streven om een echte dialoog tussen het perspectief van de patiënt en dat van de professional tot stand te brengen. Een patiëntgerichte aanpak – met als doel de patiënt te helpen een actieve, assertieve partner in de eigen diabeteszorg te worden – wordt aanbevolen. Zowel de visie en doeleinden van de patiënt als die van de professional dienen aan de orde te komen, en na een fase van informatie-uitwisseling en dialoog daarover kan een volgende fase leiden tot pogingen om gezamenlijke actie te formuleren (behandeling, zelfzorg en leefstijlverandering). Methoden afkomstig uit de concepten van beknopte Motiverende Gespreksvoering

en Patient Empowerment staan de professionals ter beschikking. Het hoofdstuk eindigt met de uitdaging aan professionele diabeteshulpverleners om deze visie te bestuderen en te delen, en hun inspanningen te vergroten om ermee te werken. De mogelijke implicaties voor de dagelijkse praktijk van de diabeteszorg, voor verder onderzoek, en voor de opleidingen van professionals worden genoemd.

Implicaties voor de praktijk Voor het versterken van het patiëntperspectief en de macht (invloed) van de patiënten in hun diabeteszorg worden bepaalde veranderingen in het werk van diabetesteams aanbevolen. Het diagnostisch en therapeutisch proces in diabetesconsulten moet zowel in objectieve als in subjectieve termen aansluiten bij de dagelijkse levenservaringen van de patiënt met de ziekte. Op die manier kan het de patiënt helpen om keuzes te maken die voor hem of haar herkenbaar zijn en het gevoel van persoonlijke verantwoordelijkheid voor het hanteren van de aandoening versterken. Dit vergroot invloed en empowerment van de patiënt. Een van de aanbevolen methoden om dit doel te bereiken is het organiseren van systematische, korte voorbereiding van patiënten op hun diabetesconsulten. Getrainde en ervaren medepatiënten zouden daarbij als leken-begeleiders een rol kunnen spelen – of eventueel professionele assistenten of verpleegkundigen - om de patiënten in staat te stellen assertiever te zijn, actief vragen te stellen en antwoorden te krijgen, en om hun referentiekader in te brengen (waaronder hun doelen, gevoelens, ideeën en verantwoordelijkheden). Groepsconsulten bij diabetesprofessionals, en empowerende patiëntengroepstrainingen, zouden ook overwogen kunnen worden. Een andere methode voor patient empowerment kan het organiseren van nieuwe vormen van sociale steun zijn ('live', telefoon- of internet-steungroepen). Binnen diabetescontacten zouden professionals het best een motiverende en patiëntgerichte aanpak kunnen toepassen om het dialectisch proces te leiden. Door een motiverende benadering moedigt de professional de patiënt aan om zelf argumenten voor eventuele verandering van zijn gezondheidsgedrag te zoeken en te noemen, en manieren om dit te realiseren. Patiëntgerichtheid richt zich op dat wat belangrijk is voor de patiënt, inclusief diens sociale context. In een dialectische, Freireaanse aanpak past de professional de methode van achtief luisteren, dialoog en gezamenlijke actie toe, om de communicatie richting oprechte dialoog te voeren. Zowel professional als patiënt

moeten hun inbreng kunnen hebben van persoonlijke doelen, visies en verwachtingen, in een wederkerige uitwisseling van informatie. Het systematisch onderhandelen over bij de persoon passende, realistische behandeldoelen en methoden (zoals gewichtsreductie, HbA_{1c}, bloeddruk, medicatie of zelfzorg) zou patiënten kunnen helpen om hun gevoel van controle over hun leven terug te winnen en beter gebruik te maken van de professionele behandeling.

Verder onderzoek Goed opgezette gecontroleerde trials in de eerstelijns diabeteszorg worden aanbevolen om de effecten te bestuderen van verschillende manieren om met wegblijvende patiënten om te gaan, van sociale steuninterventies, van patiënt-activerende, motiverende en empowerende interventies, en van systematisch onderhandelen over op de persoon toegesneden behandeldoelen. Ook wordt interventieonderzoek aanbevolen van het bewust leiden van het dialectisch proces om in de zorg voor mensen met diabetes of andere (chronische) aandoeningen in de eerstelijnszorg een echte dialoog tot stand te brengen.

Opleiding en training De opleidingen van professionals zullen in toenemende mate vaardigheden moeten aanleren om motiverende gespreksmethoden toe te kunnen passen, alsmede patiëntenactivering en empowerment, patiëntgerichtheid, het leiden van het dialectisch proces van de dialoog in diabetescontacten, en het onderzoeken en bespreken van de persoonlijke doelen, visie, kennis en verwachtingen van zowel de hulpverlener als de patiënt met betrekking tot de diabeteszorg. Om deze doelen te bereiken kan in de opleiding een actieve kennismaking met het perspectief van hulpverleners (studenten) en patiënten belangrijk zijn, bijvoorbeeld van de eigen waarden, houdingen en opvattingen, omdat die grote invloed hebben op de bereidheid van patiënten om in de interactie de hulp en aanwijzingen van de professional te aanvaarden. Die kennismaking zou kunnen gebeuren in de vorm van cursussen, werkgroepen of interviews met hulpverleners en met patiënten. Zo'n training is erop gericht de professionals in staat te stellen om binnen consulten en educatiebijeenkomsten een therapeutische sfeer te creëren die openheid en vertrouwen biedt. Ze is er ook op gericht de professionals te leren hoe zij het continue, dialectische besluitvormingsproces kunnen leiden – op zo'n manier dat hulpverlener en patiënt het samen eens worden over, of tenminste de

wederzijdse visies erkennen op de reden voor het consult, de diagnose of het probleem, en de therapeutische en zelfzorgconsequenties. Tenslotte richt de training zich erop de professionals te helpen beter voorbereid te zijn op de gevolgen van bepaalde diagnostische bevindingen, therapeutische adviezen, en beslissingen voor het dagelijks leven van de patiënt.