

# **COMMUNICATIE IN DE CHRONISCHE ZORG: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR DE PERCEPTIE VAN PATIËNTEN**

Aantal woorden: 6889

**Sarah De Coninck**  
Stamnummer: 01705311

Promotor: Prof. dr. Ann Van Hecke  
Copromotor: Dr. Veerle Duprez

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting  
Master of Science in de verpleegkunde en vroedkunde

Academiejaar: 2018 – 2019

©Copyright UGent

Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor als de auteurs is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie in verband met het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wend u tot de promotor.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor is eveneens vereist voor het aanwenden van de in de masterproef beschreven (originele) methoden, producten en resultaten voor publicatie of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.



# **COMMUNICATIE IN DE CHRONISCHE ZORG: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR DE PERCEPTIE VAN PATIËNTEN**

Aantal woorden: 6889

**Sarah De Coninck**

Stamnummer: 01705311

Promotor: Prof. dr. Ann Van Hecke

Copromotor: Dr. Veerle Duprez

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting  
master verpleegkunde en vroedkunde

Academiejaar: 2018-2019

Deze pagina is niet beschikbaar omdat ze persoonsgegevens bevat.  
Universiteitsbibliotheek Gent, 2021.

This page is not available because it contains personal information.  
Ghent University, Library, 2021.

# INHOUDSOPGAVE

<b>WOORD VOORAF</b> .....	
<b>ABSTRACT: NEDERLANDS</b> .....	
<b>ABSTRACT: ENGELS</b> .....	
<b>INLEIDING</b> .....	<b>1</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>4</b>
<b>DESIGN</b> .....	<b>4</b>
<b>SETTING</b> .....	<b>4</b>
<b>PARTICIPANTEN</b> .....	<b>4</b>
<b>DATACOLLECTIE</b> .....	<b>6</b>
<b>DATA-ANALYSE</b> .....	<b>7</b>
<b>KWALITEIT VAN DE DATA EN VAN DE INTERPRETATIE</b> .....	<b>7</b>
<b>ETHISCHE OVERWEGINGEN</b> .....	<b>8</b>
<b>RESULTATEN</b> .....	<b>9</b>
<b>ALGEMENE TEVREDENHEID</b> .....	<b>10</b>
<b>KENMERKEN VAN DE COMMUNICATIE/INTERACTIE</b> .....	<b>11</b>
<b>VERWACHTINGEN VAN PATIËNTEN</b> .....	<b>14</b>
<b>RANDVOORWAARDEN VOOR EEN BETEKENISVOLLE INTERACTIE</b> .....	<b>16</b>
<b>DISCUSSIE</b> .....	<b>23</b>
<b>CONCLUSIE</b> .....	<b>30</b>
<b>LITERATUURLIJST</b> .....	<b>31</b>
<b>TABELLEN</b> .....	<b>35</b>
<b>FIGUREN</b> .....	<b>26</b>
<b>BIJLAGEN</b> .....	<b>35</b>

## WOORD VOORAF

Deze masterproef kwam tot stand in het kader van de opleiding Master of Science in de Verpleegkunde en Vroedkunde. Het masterproeftraject was een uitdagend en leerrijk proces, dat me veel zelfstandigheid en doorzettingsvermogen heeft bijgebracht. Gedurende dit traject kon ik rekenen op de hulp en ondersteuning van verschillende personen die ik hierbij graag willen bedanken. Het tot stand komen van de masterproef zou niet geslaagd zijn zonder betrokken personen en organisaties.

In het bijzonder wil ik dank betuigen aan mijn promotor prof. dr. Ann Van Hecke en copromotor dr. Veerle Duprez voor de opvolging en begeleiding. Telkens ik bij hen aanklopte, waren zij bereid om mij met raad en daad bij te staan. Ik wil hen bedanken voor al hun tijd, geduld en moeite. Ik kon altijd op hun expertise rekenen.

Ik wil het ziekenhuis, de artsen en verpleegkundigen bedanken voor hun bereidwillige medewerking aan het onderzoek. De vlotte samenwerking was essentieel voor het welslagen van het masterproeftraject.

Ik wil graag alle bevraagde en geïnterviewde participanten bedanken, die vrijwillig hun tijd vrij maakten om deel te nemen aan het onderzoek. Hun participatie gaf me waardevolle inzichten betreffende de thematiek van deze masterproef.

Als laatste wil ik ook nog mijn familie bedanken voor hun steun, bemoediging en ondersteuning tijdens het gehele proces van de masterproef.

## ABSTRACT: Nederlands

**TITEL:** Communicatie in de chronische zorg: een kwalitatief onderzoek naar de perceptie van patiënten.

**ACHTERGROND:** Verpleegkundigen hebben een belangrijke rol in het ondersteunen van patiënten tijdens het managen van hun chronische ziekte, dit in toenemende mate tijdens verpleegkundige spreekuren. Weinig tot geen onderzoek is verricht over de wijze waarop deze counseling en de communicatie tijdens verpleegkundige spreekuren ervaren wordt door patiënten.

**DOEL:** Het doel van de studie was inzicht krijgen in de betekenis en ervaring van de interactie- en communicatiestijl gehanteerd tijdens het verpleegkundig spreekuur door patiënten met een chronische aandoening.

**METHODE:** Een exploratieve kwalitatieve studie, met het gebruik van semigestructureerde interviews met 11 diabetespatiënten op basis van video-opnames van het verpleegkundig spreekuur. Een iteratief proces van datacollectie en data-analyse, op basis van een thematische analyse.

**RESULTATEN:** Vier hoofdthema's werden bekomen uit de data (1) algemene tevredenheid, (2) kenmerken van de interactie, (3) verwachtingen van patiënten ten opzichte van de interactie met de verpleegkundige en (4) gepercipieerde randvoorwaarden om tot een betekenisvolle interactie te komen.

**DISCUSSIE & CONCLUSIE:** De wijze waarop de interactie met de verpleegkundige plaatsvindt is cruciaal in het realiseren van zelfmanagement in de chronische gezondheidszorg. Patiënten verwachten een relatie op basis van wederkerigheid en gelijkwaardigheid met de verpleegkundige om de eigen regie te kunnen nemen. Daarbij dient de verpleegkundige de ziekte in het ruimere kader van het leven te zien.



## ABSTRACT: Engels

**TITLE:** Communication in chronic care: a qualitative study of the perception of patients

**BACKGROUND:** Nurse play an important role in supporting patients during their chronic condition, increasingly during nursing consultations. Little or no research has been conducted on how patients experience this counseling and communication during nursing consultations.

**OBJECTIVES:** This study was to acquire insight in the experience and meaning of the interaction and communication styles used during nursing consultations for patients with a chronic disease.

**METHODS:** An exploratory qualitative study. Semi-structured interviews based on video-taped consultations with their nurse were held with 11 diabetes patients. Data were collected and analyzed in an iterative way and analyzed using a thematic analysis.

**RESULTS:** Four main themes were obtained from the data: (1) general satisfaction, (2) characteristics of the interaction, (3) patient expectations regarding the interaction with the nurse and (4) conditions for achieving a meaningful interaction.

**DISCUSSION & CONCLUSION:** The interaction with the nurse and the way in which this takes place are crucial in the realization of self-management. Patients expect a care relationship based on equality and reciprocity in order to be able to take ownership. In addition, the nurse should view the illness within the broader context of life.

‘DE MASTERPROEF IS IN ARTIKELVORM GESCHREVEN. DE UITGEBREIDE RAPPORTAGE VAN DE SYSTEMATISCHE LITERATUURSTUDIE MAAKT GEEN DEEL UIT VAN HET GESCHREVEN ARTIKEL. DE LITERATUURSTUDIE WERD EERDER BEOORDEELD IN HET GELIJKGENOEMDE OPLEIDINGSONDERDEEL’.

## INLEIDING

Chronische aandoeningen zijn wereldwijd verantwoordelijk voor meer dan de helft van de ziektelast (WHO, 2014). De levensverwachting van de bevolking neemt toe. In België bedroeg de bevolking boven de 60 jaar in 2002 nog 21,8%, in 2050 zal dit vermoedelijk 31,5% bedragen. Uit onderzoek blijkt dat een toename van de levensverwachting ook gepaard gaat met een toename in het aantal jaren waarin mensen met gezondheidsbeperkingen leven, vaak veroorzaakt door chronische aandoeningen (Gezondheidsraad, 2006). Deze evoluties in gezondheidskenmerken leiden tot een gewijzigde zorgvraag. De grote groep aan chronisch zieken wint aanzienlijk aan belang in de gezondheidszorg.

De uitdagingen die de patiënt (Strauss, et al., 1984) én hulpverleners te beurt vallen in de chronische zorg zijn complex. Patiënten dienen niet enkel ondersteund te worden op fysieke/ biologische factoren zoals beklemtoont in het traditioneel geneeskundig model. In dat model legt men vooral de nadruk op genezen en neemt de patiënt eerder een passieve rol in (Trappenburg, et al., 2013). Een chronisch aandoening impliceert echter een ongeneesbaar aspect. Bij gevolg ligt de focus op het waarborgen en bevorderen van de functionele status en levenskwaliteit. We zien dus een verschuiving naar een persoonsgericht model waarin de patiënt centraal staat en betrokken wordt via een partnerschap (Nolte & McKee, 2008). In diezelfde visie kadert een vernieuwende definitie van gezondheid: “het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de lichamelijke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven” (Huber, et al., 2011). De definitie benadrukt de actieve

rol van de patiënt. Vanuit dit groeiende belang van het actief participeren van patiënten in hun ziekteproces, winnen termen als zelfredzaamheid, participatie en zelfmanagement aan belang (Nolte & McKee, 2008).

Zelfmanagement is een welomschreven begrip waarbij een eenduidige definitie ontbreekt (Schulman-Green, et al., 2012; Trappenburg, et al., 2013). Sommige definities beschrijven zelfmanagement als een rol, taak of engagement die een patiënt dient op te nemen bij de behandeling van zijn ziekte (Dunbar, Jacobson, & Deaton, 1998). Andere definities bekijken het in een ruimer kader, als het geheel van het inrichten van het leven met een chronische ziekte (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002; Carryer, Budge, Hansen, & Gibbs, 2010; Ursum, Rijken, Heijmans, Cardol, & Schellevis, 2011). Grypdonck omschrijft zelfmanagement als de inspanningen die een persoon met een chronische ziekte levert om een zo goed mogelijk evenwicht te vinden tussen enerzijds de eisen van de ziekte en anderzijds de eisen van het leven (Grypdonck, 1999). Sommige mensen met een chronische ziekte slagen er beter in dan anderen om een goed compromis te vinden. Als men er in slaagt, spreekt men over adequaat zelfmanagement (Grypdonck, 2013). Vanuit patiëntenperspectief kan men zeggen dat zelfmanagement adequaat of succesvol is wanneer het leidt tot doelen die de kwaliteit van leven verhogen (Pool, 1995). Kennis, motivatie, vaardigheden en zelfvertrouwen zijn voor patiënten van belang om tot een adequaat management van hun aandoening te komen. Hierbij is er een belangrijke rol voor de verpleegkundige weggelegd.

Verpleegkundigen trachten patiënten en hun naasten bij te staan in het ziekteproces aan de hand van begeleiding en counseling, en dit in toenemende mate tijdens verpleegkundige spreekuren (Dijkstra, 2005).

Over de vaardigheden om zelfmanagement te ondersteunen is veel wetenschappelijke kennis ontwikkeld (Van Hooft, Dwarswaard, Jedeloo, Bal, & Van Staa, 2015; Duprez, Vandecasteele, Verhaeghe, Beeckman, & Van Hecke,

2017). Het bevorderen van zelfmanagement is één van de basiscompetenties voor hulpverleners (Grypdonck, 2013).

Naast de kennis en competentie, is de interactie tussen patiënt en zorgverlener cruciaal bij zelfmanagementondersteuning. De relatie tussen patiënt en zorgverlener beïnvloedt namelijk de motivatie en het eigenaarschap van patiënten in het managen van hun chronische aandoening (Duprez, Jedeloo, & Van Hecke, 2018). Er zijn verschillende stijlen die een zorgverlener kan hanteren. In de Zelf-Determinatie Theorie spreekt men van motiverende counseling stijlen, zoals autonomie-ondersteunend en structurerend werken, en van demotiverende stijlen, zoals controlerend en chaotisch werken (Ryan & Deci, 2000; Duprez et al., 2019). Bij een autonomie-ondersteunende stijl vertrekt men vanuit het perspectief van de patiënt. De verpleegkundige neemt een houding aan waarin hij vertrouwen biedt en zich open en flexibel opstelt. Een controlerende stijl daarentegen biedt weinig ruimte aan de patiënt. De verpleegkundige neemt zelf de touwtjes in handen en treedt directief op. In een structurerende interactie volgt de verpleegkundige het proces op en geeft constructieve feedback. Daartegenover staat een chaotisch interactie, de verpleegkundige neemt hierbij een afwachtende of onverschillige houding aan. De interactie kenmerkt zich door weinig of deconstructieve feedback (Ryan & Deci, 2000; Duprez, et al., 2018; Duprez, Vansteenkiste, Beeckman, Verhaeghe, & Van Hecke, 2019). Motiverende stijlen blijken een positieve invloed te hebben op het gezondheidsgedrag van de patiënt (Williams, et al., 2006; Ng, et al., 2012), op het zich competent voelen (Willams, et al., 2009) en op het welbevinden in het algemeen (Duda, et al., 2014).

Contrasterend met het aantal onderzoeken gericht op de interactiestijl van hulpverleners is er tot op heden weinig tot geen onderzoek verricht over de wijze waarop de communicatiestijl die in dit spreekuur gebruikt wordt, ervaren wordt door patiënten. Op vragen zoals “Wanneer ervaart een patiënt dat hij/zij de regie in eigen handen heeft?” en “Hoe worden interpersoonlijke interacties met hulpverleners ervaren?” blijft men op heden het antwoord schuldig.

## METHODOLOGIE

### **Design**

Om de perceptie van personen met een chronische ziekte met betrekking tot communicatie en begeleidingsstijlen met hulpverleners te begrijpen werd een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd (Holloway & Wheeler, 2010).

### **Setting**

Het onderzoek werd uitgevoerd in één algemeen ziekenhuis in Vlaanderen. Het verpleegkundig spreekuur wordt in het ziekenhuis standaard aangeboden op verschillende momenten in het zorgtraject diabetes. Het deelnemende centrum ontving een informatiebrief met het studieprotocol en mondeling volgde een toelichting over het studie-opzet.

### **Participanten**

In deze studie werd gefocust op patiënten met diabetes mellitus type 2 die via een verpleegkundig spreekuur in contact staan met verpleegkundigen. De deelnemende verpleegkundigen dienden te voldoen aan volgende inclusiecriteria: 1-op-1 consultaties voeren met chronische patiënten en minstens 50% van de jobtijd werken met chronisch zieken.

Kandidaat-deelnemende verpleegkundigen ontvingen mondelinge en schriftelijke informatie omtrent het doel, opzet en verloop van het onderzoek. Bij toestemming tot deelname werd een informatie- en toestemmingsformulier getekend door de zorgverlener en door de onderzoeker. Nadien werden de opnamemomenten in samenspraak met de onderzoeker vastgelegd. De twee verpleegkundige consulente die spreekuren houden met diabetespatiënten stemden in tot deelname. De kenmerken van de verpleegkundigen worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1: Karakteristieken verpleegkundigen

<b>Verpleegkundigen (n= 2)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Leeftijd</b>	48j	32j
<b>Geslacht</b>	V	V
<b>Beroep</b>	Verpleegkundige diabetes educator	Verpleegkundige diabetes educator
<b>Arbeidssituatie</b>	Voltijds	Voltijds
<b>Opleidingsniveau</b>	Bachelor	Bachelor
<b>Aantal jaar werkervaring in de zorg (algemeen)</b>	27 jaar	10 jaar
<b>Aantal jaar werkervaring binnen deze functie</b>	15 jaar	7 jaar
<b>Basisopleiding</b>	Bachelor in de vroedkunde	Bachelor in de verpleegkunde
<b>Bijkomende opleidingen</b>	Wondzorgverpleegkundige, Posthogeschool vorming geriatrie en Postgraduaat educator	/
<b>Training in coaching</b>	Ja	Nee

In het deelnemende centrum werden de kandidaat patiënten gerekruteerd via de verpleegkundige consulenten en/of de behandelende arts (gelegenheidssteekproef). De eerste selectie vond plaats op basis van de beschikbaarheid van de verpleegkundigen en onderzoeker. Een tweede selectie werd uitgevoerd door de verpleegkundigen op basis van de ingeschatte mogelijkheid van patiënten tot deelname aan de studie. Patiënten met een geheugen- en of mentale problematiek werden weerhouden. De geselecteerde participanten ontvingen vooraf een informatiebrief per post en werden enkele weken later opgebeld door de secretariaat medewerker van de diabeteskliniek om hun deelname te bevestigen. De participanten werden uitgenodigd om vijftien minuten voor het spreekuur aanwezig te zijn in het ziekenhuis. De onderzoeker gebruikte deze ruimte om voor de start van het spreekuur uitleg te geven over het doel van het onderzoek. Het informatie- en toestemmingsformulier werd samen overlopen. Bij toestemming werd het informatie- en toestemmingsformulier ondertekend door de patiënt, de eventuele aanwezige naaste van de patiënt en door de onderzoeker.

## Datacollectie

De datacollectie verliep in twee fasen. De eerste fase speelde zich af op de polikliniek en bestond uit een video-opname van het verpleegkundig spreekuur. Het tweede deel omvatte het gesprek met de participant over het gefilmde verpleegkundig spreekuur op een locatie naar keuze.

### Fase 1

Het verpleegkundig spreekuur werd opgenomen met behulp van videomateriaal. De onderzoekers waren fysiek niet aanwezig in de ruimte van het spreekuur. De video's werden na het spreekuur door twee onderzoekers onafhankelijk geanalyseerd. Daarbij werd gekeken naar de verbale en non-verbale interactie tussen de verpleegkundige en de patiënt. Op basis van de video werd telkens een gerichte interviewgide opgesteld per gesprek. Deze voorbereidende analyses diende als ondersteuning voor de eigenlijke interviews en werden dus niet afzonderlijk gecodeerd.

### Fase 2

De eigenlijke data werden verzameld via individuele interviews met de patiënt. Op deze manier kon verkend worden hoe patiënten de interactiestijl van hun zorgverleners ervaren. Dit gebeurde door middel van semigestructureerde interviews met open vraagstelling op basis van het videomateriaal en de gerichte interviewgide. De gesprekken vonden plaats op een moment en locatie naar keuze van de patiënt (Holloway & Wheeler, 2010). Er werd gestreefd het interview in de week na het spreekuur te laten doorgaan.

De interviews werden geleid door de video-opname van het real-life spreekuur tussen de patiënt en zijn hulpverlener. De onderzoeker exploreerde samen met de patiënt waar en hoe het spreekuur als autonomie-ondersteunend ervaren werd. Er werd daarnaast gebruik gemaakt van een interviewgide met enkele mogelijke openings- en vervolgvragen (bijlage 1: eerste versie interviewgide). De patiënten werden op een ongedwongen manier aangemoedigd om hun verhaal te vertellen. De individuele gesprekken werden opgenomen met

audioapparatuur en door middel van aantekeningen werd aangeduid welke beeldfragmenten de participant als belangrijk achtte of bij welke fragmenten er werd stilgestaan.

### **Data-analyse**

Het onderzoek verliep volgens een iteratief proces. Datacollectie en data-analyse vonden afwisselend plaats (Holloway & Wheeler, 2010). Aan de hand van een thematische analyse werd doorheen de data nagegaan welke thema's terugkwamen in de gesprekken. Zo kwam men tot grote noemers en kernervaringen. Voor de thematische analyse werden de stappen zoals beschreven door (Braun & Clarke, 2006) gehanteerd.

De interviews werden letterlijk getranscribeerd door de interviewer. Aanvankelijk werd elk interview gelezen om een algemeen beeld van het gesprek te bekomen. Om details beter te begrijpen en vertrouwd te raken met de data, werd het gesprek veelvuldig herlezen, dit in combinatie met de door de patiënt aangehaalde videofragmenten van het verpleegkundig spreekuur. De inhoud werd vervolgens lijn per lijn gecodeerd en initiële codes werden toegekend. De eerste analyse vond plaats na vijf interviews waarbij codes met dezelfde betekenis werden ondergebracht in potentiële thema's. Daarna vond een analyse plaats bij elke twee bijkomende interviews. Een tweede onderzoeker las onafhankelijk interviews en linkte wat gelezen werd aan mogelijke thema's of concepten. Op basis van de tussentijdse analyses werden de thema's in de interviews met elkaar vergeleken en indien nodig aangepast. Hoofdthema's en subthema's werden later onderscheiden en de relatie tussen beide werd verduidelijkt. Van elk thema werd opnieuw de relatie tot de code nagegaan, vervolgens werden thema's geherdefinieerd.

### **Kwaliteit van de data en van de interpretatie**

Om de kwaliteit van het onderzoek te waarborgen verliep het onderzoeksproces iteratief. De vraagstelling voor de vervolginterviews werd dus aangepast aan de hand van de eerdere interviews en op basis van het gefilmde spreekuur. Kwaliteit van de data werd bewaakt door reflectie en bijsturing van de interviewstijl.



De kwaliteit van de interpretatie werd verhoogd door middel van onderzoekerstriangulatie op twee domeinen. De eerste video's van het verpleegkundig spreekuur werden door twee onderzoekers onderworpen aan een eerste analyse. De gerichte interviewvragen werden op basis van voorgaande analyse opgesteld. Een eerste onderzoeker las en codeerde de interviews. Een tweede onderzoeker volgde het proces van nabij, las eveneens de interviews en gaf eigen interpretaties en codes weer. De transcripten en memo's werden ook bezorgd aan de medeonderzoekers die deze herhaaldelijk lazen, dit om kwaliteit binnen de studie te verzekeren. Tijdens de overlegmomenten werden codes en analyses van data bediscussieerd. Zo werden ideeën uitgewisseld, reflexivity bevorderd en kon men tot een gerichtere data-analyse komen. Dit droeg bij aan de credibility van de studie, ongewenste subjectiviteit werd beperkt en interpretatie verbreed (Holloway & Wheeler, 2010).

Naast onderzoekerstriangulatie werd ook gebruik gemaakt van methodologische triangulatie, wat toelaat een beter begrip te krijgen in het te bestuderen fenomeen (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Er werden meerdere types van datacollectie uitgevoerd, wat de interpretatie van de gegevens ondersteunde. Het verpleegkundig spreekuur werd gefilmd en dit beeldmateriaal werd geanalyseerd onder toezicht van de medeonderzoeker. Op basis van de eerdere analyse van de video kon een gericht en persoonlijker interview plaatsvinden.

### **Ethische overwegingen**

Het onderzoek met Belgische registratienummer: B670201939571 werd goedgekeurd door het centraal en lokaal ethisch comité. Participanten vulden een geïnformeerde toestemming in ter goedkeuring van de deelname. De video-opnames en transcripten werden gepseudonimiseerd. Voor het gebruik van de audio- en videoapparatuur werd extra toestemming gevraagd aan de participanten en verduidelijkt op welke manier en hoe lang deze bestanden bewaard worden (tot 20 jaar na de opname). De video-opnames en transcripten worden bijgehouden in een databank van de hoofdonderzoeker, die enkel toegankelijk is voor de betrokken onderzoekers.

## RESULTATEN

In het totaal namen 11 participanten deel aan de studie waarvan zes vrouwen en vijf mannen. De leeftijd varieerde van 50 tot 74 jaar. De karakteristieken van de participanten werden weergegeven in tabel 2.

Tabel: 2 karakteristieken participanten

<b>Geslacht</b>	<b>Vrouw</b>	<b>n= 6</b>
	<b>Man</b>	<b>n= 5</b>
<b>Leeftijd</b>	50 – 59 jaar	n= 3
	60 – 69 jaar	n= 5
	70 – 79 jaar	n= 3
<b>Levensomstandigheden</b>	Alleenwonend	n=1
	Samenwonend (partner of anderen)	n =10
<b>Opleidingsniveau</b>	Lager secundair (tot 14 jaar)	n= 3
	Onderwijs tot 17 jaar	n= 4
	Bachelor (A1)	n= 4
<b>Diagnose diabetes</b>	0- 5 jaar	n= 2
	6- 10 jaar	n= 1
	11- 20 jaar	n= 5
	21- 30 jaar	n= 1
	31- 40 jaar	n= 5
<b>Duur behandeling bij ZV</b>	Range	< 1 jaar tot > 15 jaar
<b>Aantal gesprekken bij ZV</b>	Range	2 maal tot > 40 maal

Vier hoofdthema's werden bekomen uit de data: (1) algemene tevredenheid, waarbij een duidelijke nuancering gemaakt dient te worden, (2) kenmerken van de interactie, (3) verwachtingen van patiënten tijdens het spreekuur en (4) cruciale randvoorwaarden tot een betekenisvolle interactie.

## Effect methode

De videobeelden wekten bij alle participanten herinneringen over het leven met de ziekte op. Op de beelden zijn patiënten in gesprek met de verpleegkundige over het omgaan met hun ziekte; zoals bijvoorbeeld over de symptomen die de aandoening met zich meebrengt, nevenwerkingen van geneesmiddelen als aanpassingen van de levensstijl. Het herbekijken van deze beelden bracht dezelfde emoties en ervaringen teweeg.

*P1: 'Ja... sinds een jaar of twee... in 2015 heb ik in het ziekenhuis gelegen en toen ben ik weggevoerd... daar heb ik een serieuze krak... ja gevallen en alles... het is al dat ze dat weten... ik was daar alle stappen bij hé...'*

Het bekijken van de video's gaf daarnaast bij sommige patiënten ook de reactie van een verontschuldigend lachen. Patiënten vergeleken hun eigen gedrag met het advies van de verpleegkundige en lachten met zaken die niet zo goed liepen of advies dat niet helemaal correct werd opgevolgd.

*P5: 'Ik was nochtans altijd mijn handen maar ja... ik ga dat nu doen hé... je moet eigenlijk elke dag een ander naaldje nemen... ja.. en ik doe dat niet altijd hé.. ja << lacht >>'*

## Algemene tevredenheid

De data laten zien dat de meerderheid van de patiënten over het algemeen tevreden te zijn over de communicatie tijdens het verpleegkundig spreekuur. Deze tevredenheid wordt spontaan door verschillende participanten vergeleken met eerdere minder positieve ervaringen met andere zorgverleners en/of andere ziekenhuizen.

*P7: 'Ja, ja het is goed... ik kan er weinig verkeerd van zeggen... het is ook een hele vriendelijkheid... je voelt je op je gemak en dat vind ik wel belangrijk'*  
*P9: 'Goed hé... ze doet dat het fantastisch.'*

Uit de data blijkt dat patiënten het een meerwaarde vinden opgevolgd te worden doorheen hun traject. Het spreekuur biedt patiënten informatie en adviezen waarmee ze aan de slag kunnen. Verder geven patiënten aan het goed te vinden dat de verpleegkundige informeel controleert hoe het gaat en eventueel bijstuurt.

Ondanks deze expliciet benoemde algemene tevredenheid, laten de data onderliggend zien dat de respondenten een aantal zaken missen in de communicatie met de verpleegkundige. Uit de data blijkt dat patiënten soms meer van het spreekuur met de verpleegkundige verwachten. Patiënten hebben de indruk dat de nadruk in het gesprek voornamelijk op de praktische en technische aspecten gericht is, zoals bijvoorbeeld de bloedsuikerwaarden, het gewicht en het voorzien van materiaal om metingen uit te voeren. Een deel van de patiënten geven aan dat hun problematiek verder reikt dan alleen maar meetbare en tastbare zaken. Eén patiënt geeft aan dat het verpleegkundige spreekuur geen meerwaarde voor hem had ten opzichte van het contact met de huisarts. Een andere patiënt omschrijft het gesprek met de verpleegkundige als een noodzakelijk kwaad. Deze patiënten geven aan bepaalde opvolging en ondersteuning in het gesprek te missen. Patiënten verwachten meer opvang, bevestiging en erkenning van de verpleegkundige.

*P9: 'Goh ja dat gesprek voor mij is dat eigenlijk een noodzakelijk kwaad. Het is nu niet dat ik daar zo een belang aan hecht...'*

*P3: 'Bijvoorbeeld ze zeggen altijd diabetici moeten heel erg opletten voor de voeten maar mijn voeten zijn nog nooit gecontroleerd (...) en ze hebben het ook nog niet gevraagd hoe is het ermee... het enige dat telt is het gewicht en... (haalt schouders op) (...).'*

## **Kenmerken van de communicatie/interactie**

### **Warme versus kille interactie**

In de data komen twee perspectieven naar voor, namelijk een warme en een kille interactie met de verpleegkundige. De participanten benoemen dit als het ervaren van verschillen tussen verpleegkundigen. De ene is de andere niet zoals ze dat zelf aangeven. Verpleegkundigen die namelijk vriendelijk en spontaan zijn in de omgang en warmte uitstralen, worden door patiënt als aangenaam bevonden. Daartegenover geven patiënten aan dat een kille, afstandelijke en zakelijke verpleegkundige een bepaalde afstand creëert. Patiënten ervaren dat de eerst vernoemde eigenschappen vertrouwen creëren.

Patiënten noemen deze verpleegkundige menselijk. Patiënten ervaren een verpleegkundige als menselijk wanneer de verpleegkundige toelaat hun bezorgdheid te uiten en de patiënten erkenning geeft voor de moeilijkheden waar ze tegenaan lopen in het leven met de ziekte.

*P2: 'De ene verpleegkundige bij de andere ... nu ik ga liefst bij X... maar er is daar ook eentje... als ik weet dat het zij is dan uuh... ontzie ik het mij gewoon... (...)' 'Uh jaa... X is een heel stuk menselijker die andere is zakelijker en koeler... (...)' Wel dat ze ergens wel erkenning toont een zekere bezorgdheid... terwijl bij die andere heb je dat helemaal niet, dat was precies... een ijskoning waartegen dat je sprak... terwijl bij haar voel je warmte... (...)'*

### Deskundigheid = waarheid

Wat de verpleegkundige in het gesprek meegeeft en adviseert, wordt als normaal en de waarheid beschouwd. De verpleegkundige beschikt volgens patiënten over de kennis en vaardigheden om advies te geven. De verpleegkundige heeft volgens hen het recht om te zeggen wat goed voor hen is. Patiënten ervaren dat de verpleegkundige zaken vanuit een goede bedoeling aangeeft. Ze vertrouwen op hun beroepskennis.

*P10: 'Dat mag... als ze daar voor opgeleid is mag ze dat doen... maar de dokter heeft het ook gezegd... ze mag dat [patiënt kreeg het advies van de verpleegkundige om wekelijks een dagmeting uit te voeren] doen hé ze is diabetesverpleegkundige dus ze mag dat doen hé...'*

Patiënten vinden het dan ook hun taak om de adviezen van de verpleegkundige op te volgen. Eén patiënt geeft aan dat wanneer je niet naar de verpleegkundige luistert, je beter niet op afspraak bij de verpleegkundige kan komen. Wanneer patiënten het advies niet opvolgen, geven ze aan dat de verpleegkundige gerechtigd is om hen op de vingers te tikken. Patiënten vinden het zelfs goed dat de verpleegkundige hen er als het ware op wijst en dit benadrukt. Uit de data blijkt dat patiënten bepaalde zaken in de aanpak niet waarderen; zoals wanneer de verpleegkundige hen schuldgevoelens aanpraat, bestraffend optreedt, hen te kindse of te zeer uit de hoogte benadert. Patiënten vinden het belangrijk dat tijdens het gesprek niet alleen het negatieve wordt benadrukt. Patiënten willen horen wat goed gaat en geven aan het dan minder vervelend te vinden als de verpleegkundige hen op iets wijst.

*P7: 'Ik vind ja ze geeft ook niet aan van je doet dat verkeerd.... Dat het jouw schuld is zo... (...) Ja inderdaad en ook niet dat schooljufferouwachtig zijn... ze zegt niet van ja je controleert te weinig of... je doet dat of dat verkeerd'*

*P11: 'Ja wel die positiviteit zo... dat je zegt gow alé... en zelfs al is het verkeerd dan nog de manier waarop (5)'*

### Inspraak

Patiënten ervaren voldoende inspraak te krijgen tijdens het verpleegkundig spreekuur. Wanneer patiënten gevraagd werden om inspraak te definiëren, formuleren ze dit als ruimte krijgen om vrijuit te spreken tijdens het gesprek, de mogelijkheid tot het stellen van vragen, zaken uit het privéleven met de verpleegkundige te kunnen delen zonder onderbroken te worden.

*P4: 'Ja, ja ze heeft me ook laten praten, ze heeft niet gezegd stop of dit of dat... dat heeft ze ook gedaan... ja (...) voor mij was het goed (...)'*

*P1: 'Jaah (zucht) hoe moet ik dat nu zeggen ... (...) Wel ja we spreken van de hond en over dat en dat ... dat is volgens wat ik zeg en hoe het gaat... Dat hangt ervan af...'*

### Vluchtige communicatie

Uit de data blijkt dat patiënten een verpleegkundige willen die tijd voor hen neemt. Tijd is een cruciale factor voor het hebben van een goed gesprek. De verpleegkundige dient de tijd te nemen om iets uit te leggen en te luisteren. Patiënten vinden dat de verpleegkundige tijd neemt wanneer hun noden en wensen aan bod komen tijdens het verpleegkundig spreekuur. Daartegenover staat dat wanneer de verpleegkundige vluchtig communiceert, patiënten zich niet voldaan voelen over het gesprek. Vluchtig communiceren betekent dat enkel de hoogst noodzakelijke dingen besproken worden zonder dat de verpleegkundige de tijd neemt om te luisteren of te polsen naar het verhaal van de patiënt.

*P4: 'Wel dat ze bezig is met mijn persoon... dat het niet vlug, vlug moet zijn...dat ze eigenlijk echt tijd maakt voor de mensen die voor haar zitten... (...)'*

## Verwachtingen van patiënten

### Bereidheid tot eigen regie

Patiënten geven aan bereid te zijn heel wat aspecten van hun zorg zelf te dragen, maar ze wensen in dit verhaal niet alleen te staan. Patiënten willen dus slechts tot op een bepaalde hoogte verantwoordelijk gesteld worden voor hun eigen ziekte-traject. Patiënten willen hun verantwoordelijkheid delen met de verpleegkundige. De verpleegkundige dient volgens hen tijdens het gesprek nog steeds de touwtjes in handen te nemen. Zo vinden patiënten het gebruikelijk dat de verpleegkundige het gesprek leidt en grotendeels aan het woord is. Sterker nog, sommige patiënten vinden het niet hun taak om bepaalde zaken in het gesprek aan te halen. In het kader van opvolging valt het te verwachten dat de verpleegkundige het woord neemt. Het is normaal, het hoort zo te zijn volgens patiënten want de verpleegkundige is op de hoogte van de thema's die essentieel zijn. Patiënten vinden ook dat de verpleegkundige het gesprek moet leiden omdat net zij kennis heeft van hun persoonlijk dossier.

*P6: 'Ja, ja dat jij zou tegenover de verpleegkundige staan zo van ja... nee dat gaat niet hé... jij bent patiënt hé... zij moeten de vragen laten komen en moeten zeggen van wat kan je eraan doen... en tips geven, een gesprek en de discussie eventueel aangaan maar zij leiden hoofdzakelijk omdat ze moeten je dossier volgen... jij zit niet elke dag op de computer je eigen dossier te volgen hé... dus ik vind dat zij wel moeten de touwtjes in handen hebben...'*

*P10: 'Ja, ja ze is zij baas hé...'*

Volgens patiënten gaat het dus om een gedeelde verantwoordelijkheid. Patiënten voelen zich verantwoordelijk om de gekregen adviezen op te volgen; dit uit eigen belang maar ook omdat dit volgens hen is wat van hen verwacht wordt. Patiënten willen dit ook doen uit respect voor de verpleegkundige. Daarnaast vinden patiënten dat ze zo goed als mogelijk de vragen van de verpleegkundige dienen te beantwoorden. Patiënten voegen hier ook aan toe dat de verpleegkundige het gesprek dient te leiden om een vlotte organisatie van het spreekuur te garanderen. Wachttijden zouden volgens hen anders te sterk oplopen.

Patiënt geven aan zelf initiatief te willen nemen in het gesprek door bepaalde onderwerpen zelf aan te geven of voor te stellen aan de verpleegkundige, maar verwachten ook dat de verpleegkundige hen daarin tegemoetkomt. Eén patiënt geeft uitdrukkelijk aan dat de verantwoordelijkheid om een bepaalde zorgnood aan te kaarten ongewenst bij haar werd gelegd.

*P2: “Eigenlijk vind ik het haar taak om Dr. X door te geven van misschien moet je er eens voor kijken ... eigenlijk is dat niet mijn taak... want eigenlijk legt ze de verantwoordelijkheid bij mij... en als ik dan bij de arts er naar vraag dan komt dat over als dat ik dat wil... terwijl dat het misschien nodig is... en dat zij dat aanraadt...”*

### Randvoorwaarden om de regie op te kunnen nemen

Om de eigen regie in handen te kunnen nemen, zijn er een aantal randvoorwaarden zijn. In de data blijkt dat patiënten een wisselwerking verwachten met de verpleegkundige. Volgens hen worden de beste resultaten bekomen door te luisteren en te spreken met elkaar. Ze willen samen tot een resultaat komen.

Patiënten geven aan voldoende kennis nodig te hebben om samen tot een resultaat te kunnen komen en de regie te kunnen nemen. De verpleegkundige speelt hierin een cruciale rol. Zij dient hen te voorzien van informatie en kennis om hun eigen zorg te kunnen opnemen. Daartegenover verwachten patiënten ook ruimte te krijgen om hun eigen kennis en ervaring in het leven met de ziekte in te brengen. De verpleegkundige bekijkt de situatie volgens hen vanuit een eerder theoretisch standpunt terwijl zij het ondervinden. Patiënten geven aan naar hun eigen lichaam te luisteren, dit soms tegen het advies van de verpleegkundige in. Patiënten personaliseren de gekregen adviezen naar eigen wensen en noden tot wat zij haalbaar en nodig achten.

*P3: ‘Ja je moet goh ja... je moet kunnen oordelen wat je zelf ondervindt hé... zij zitten met hun theorieën... en wij zijn de praktijk... Wij voelen het.’*



## Begrenzing regie

De minderheid van de patiënten ervaren dat er grenzen zijn aan het opnemen van de eigen regie. Eén patiënt geeft duidelijk weer dat haar inspraak of zeggenschap in het gesprek begrensd wordt door de wijze waarop de verpleegkundige met haar omgaat. Er werden volgens haar geen andere mogelijkheden of alternatieven geboden tijdens het gesprek. Er werd bijgevolg niet volledig vertrokken vanuit het perspectief van de patiënt. Op deze manier ervaart zij weinig ruimte te krijgen om de eigen zorg vorm te geven.

*P2: 'Naar inspraak toe ze vraagt gewoon wat je doet hé... het is niet van wil je het doen of ... ze biedt ook geen andere mogelijkheden aan om te zeggen van ik wil dit of ik wil dat... (...).'*

## Dossierkennis

Patiënten verwachten allereerst dat de verpleegkundige op de hoogte is van zijn/haar persoonlijk dossier. Het stelt patiënten gerust wanneer de verpleegkundige kennis heeft genomen van het dossier. Patiënten vinden dat er op basis van eerdere verslagen moet verder gebouwd worden in het gesprek. Een aantal patiënten geven aan zich niet goed te voelen als ze de indruk hebben dat de verpleegkundige niet op de hoogte is van hun persoonlijke situatie. Eén patiënt benoemt het zelfs als een fout van de verpleegkundige. Een andere patiënt vindt dat hij mag eisen dat het dossier gekend is.

*P10: 'Ja dat was ja... ja ik vind er wordt toch nog niet genoeg... ja ik vind ze hebben toch de mogelijkheid met de computer... er wordt daar precies nog niet veel naar gekeken hé... het wordt wel veronderstelt dat er gekeken wordt en het wordt misschien wel gepromoot dat je volledig opgevolgd wordt... eigenlijk kon ze dat weten dat het met zijn nieren niet echt... maar ze wist het dus niet hé...'*

## Randvoorwaarden voor een betekenisvolle interactie

De data laten zien dat patiënten nood hebben aan een aantal randvoorwaarden om tot een betekenisvol gesprek te kunnen komen met de verpleegkundige.

## Meer dan informeren

Het krijgen van informatie en de manier waarop de verpleegkundige die informatie geeft, is van belang. Het grootste deel van de patiënt ervaren voldoende informatie te ontvangen terwijl een andere deel van de patiënten duidelijk aangeven bepaalde informatie te missen. Deze patiënten ervaren geen nieuwe informatie te hebben verkregen in het gesprek met de verpleegkundige. Wat hen werd verteld, is reeds gekend. Deze patiënten geven aan meer afgestemde informatie te verwachten. Ook patiënten die de informatie reeds voldoende vonden, ervaren het als positief wanneer de verpleegkundige nieuwe en noodzakelijke zaken aanbrengt.

*P9: 'Goed... ze geeft alles mee wat ik eigenlijk al weet maar wat ze nu nog eens benadrukt inderdaad...'*

## Kenmerken van de gewenste informatie

Patiënten verwachten allereerst afgestemde informatie. Eén patiënt heeft de indruk dat de verpleegkundige een set-standaard antwoorden hanteert. Patiënten geven aan dat de verpleegkundige niet zomaar 'het boekje' moet volgen. Eén patiënt vindt dat informatie in die mate persoonlijk is dat wat voor de ene als goed ervaren wordt voor de andere onvoldoende blijkt te zijn.

Naast afgestemde informatie verwachten patiënten duidelijke en correcte informatie te krijgen in gesprek met de verpleegkundige, in die mate dat het hen handvaten biedt om zelf de regie in handen te nemen. Patiënten wensen niet alleen te weten wat, maar ook hoe en waarom iets dient te gebeuren. Patiënten willen uitleg en verduidelijking in het gesprek. Informatie alleen is dus onvoldoende men wil de achterliggende redenen/ motieven kennen. Patiënten geven aan dat die verduidelijking voor vertrouwen in de relatie zorgt.

Wanneer patiënten echter geen antwoord krijgen van de verpleegkundige, voelen ze zich 'verlaten'. Eén patiënt geeft aan in het ongewisse te blijven na het gesprek en een andere patiënt geeft aan op haar 'honger te blijven zitten'.

*P10: 'Ja zoals we zeiden al dat wanneer je een vraag stelt dat ze reageert en verder werkt... je staat een beetje in de kou... ja het is toch wel...'*

Patiënten ervaren het als onaangenaam wanneer het gesprek onduidelijk of foutieve informatie bevat, zoals bijvoorbeeld tegenstrijdige informatie tussen de verpleegkundigen of tussen arts en verpleegkundige. Patiënten ervaren dit als verwarrend. Wanneer men opties aanreikt die niet binnen de mogelijkheden blijken te liggen, geeft één patiënt aan dat de verpleegkundige valse verwachtingen of valse hoop creëert.

*P2: 'ze moet ook geen valse hoop creëren... zo van misschien kan een podoloog oplossing bieden en dan kom je bij de arts en dan is de podoloog geen oplossing... dus ook daar geeft ze op dat moment eigenlijk valse hoop (...) Wel op dat moment voel je je een stukje bedrogen hé (...) zoiets van ja zwijg dan liever als je het niet weet... en dan creëer je ook geen verwachtingen of hoop bij mensen naar oplossingen toe... zeg dan gewoon we hebben geen oplossing ... en ok, dat komt hard aan maar dan zijn ze wel eerlijk... en ik verwacht eerlijkheid van de mensen. Ik heb liever dat ze zeggen waar het op staat dan weet je ook waar je zelf staat... maar er doekjes rond winden... ja .... Nee << zucht >> dat komt harder aan bij mij dan de waarheid...'*

#### *Betekenis van de informatie*

Patiënten geven aan dat informatie hen helpt hun aandoening in eigen handen te nemen. Het draagt als het ware bij tot nieuwe inzichten over hoe en waarom ze hun behandeling het best kunnen aanvatten of hoe ze complicaties kunnen vermijden en indien ze optreden hoe ermee om te gaan. Het schept duidelijkheid, biedt een houvast en helpt hen ook zaken te herinneren. Patiënten zien de informatie van de verpleegkundige ook als een waarschuwing. Het maakt hen attent om bepaalde zaken terug aan te vatten of brengt zaken aan het licht waar ze extra aandacht dienen voor te hebben.

*P2: 'Nu het loopt ook allemaal vlot bij mij... uhm... Ik heb blijkbaar zelf ook voldoende inzicht om goed alles zelf bij te regelen en ik heb zelf ook dieetleer gehad in mijn opleiding dus... in die zin ken ik wel vrij veel van de materie waar ik rekening mee moet houden... (...)'*

*P11: 'Die werking van die alcohol ook bijvoorbeeld 's nachts... dat je zegt alé ik wist dat niet... ik heb veel bijgeleerd eigenlijk moet ik zeggen...'*

## Vertrouwen

Eerlijkheid, openheid en ruimte voor een informeel gesprek worden door patiënten ervaren als factoren die cruciaal zijn voor het scheppen van vertrouwen. Het bevordert het gesprek en helpt hen deel te nemen aan het beslissingsproces.

Uit de data blijkt dat patiënten enerzijds vanuit een eerlijke en open houding in gesprek willen gaan met de verpleegkundige. Sterker nog één patiënt drukt eerlijkheid tegenover de verpleegkundige uit als een voorwaarde om de gepaste zorg te kunnen krijgen. Anderzijds verwachten ze dat de verpleegkundige ook met hen in alle eerlijkheid omgaat. Wat de verpleegkundige meegeeft, dient correct te zijn. De verpleegkundige wordt verondersteld de waarheid te vertellen. De data geven een verdeeldheid weer. Bepaalde patiënten geven aan dat de verpleegkundige eerlijk met hen omgaat, bijvoorbeeld wanneer de verpleegkundige aangeeft dat ze het antwoord op een vraag niet kent. Een open en eerlijke communicatie brengt volgens patiënten het gesprek op gang en zorgt voor meer vertrouwen in de verpleegkundige.

Een aantal patiënten geven aan dat er te weinig eerlijk met hen wordt omgegaan tijdens het gesprek. Patiënten willen weten waar het op staat. Wanneer dit niet gebeurt, hebben patiënten het gevoel dat de waarheid wordt verbloemd om hen te sussen. Patiënten voelen zich zelfs 'bedrogen' wanneer ze de verkeerde of onvolledige informatie krijgen. Eén patiënt geeft duidelijk aan niet te willen dat de verpleegkundige informatie achterhoudt. Als de verpleegkundige niet eerlijk is, geeft men aan minder vrijuit te kunnen spreken. Het heeft volgens patiënten een negatieve invloed op het vertrouwen dat ze in de verpleegkundige hebben.

*P4: 'Ja, ja... je moet daar niet voor liegen hé... als je weet van wat je waarden hoog staan dan moet je dat ook zeggen hé... anders kunnen ze een verkeerde conclusie nemen hé...'*

Eén patiënt zegt geen vertrouwen te hebben in de zorg geboden door de verpleegkundigen omdat de verpleegkundige niet tegemoetkomt aan zijn/ haar noden. Vragen blijven onbeantwoord en dit breekt volgens de patiënt de

vertrouwensband. De patiënt geeft zelfs aan zich te hebben gedistantieerd van hulpverleners.

*P2: 'In de tussentijd heb ik leren een muur optrekken... vroeger voelde ik mij in de kou gezet en nu heb ik zoiets van sukkelaars... je kan het zelf niet... en ik probeer me er van te distantiëren en ja... ik probeer ik eigenlijk een stuk mijn eigen weg te gaan daarin. Ja... (...).'*

### Gepersonaliseerd

Een verpleegkundige moet volgens patiënten kennis hebben van de persoon die ze voor zich hebben. Op de hoogte zijn van het persoonlijk dossier in zijn totaliteit is een voorwaarde tot persoonlijke zorg. Zorg op maat geeft de patiënt een goed gevoel. Patiënten geven aan dat wanneer de verpleegkundige het dossier niet kent, ze zich eerder een nummer voelen. Patiënten geven duidelijk aan zich geen nummer te willen voelen tijdens het gesprek. Uit de data blijkt ook dat wanneer de verpleegkundige een standaard-set vragen hanteert tijdens het gesprek, dit patiënten de indruk heeft minder persoonlijk benaderd te worden.

Patiënten wensen dat de verpleegkundige bezig is met hen als persoon. Dit kan wanneer de verpleegkundige volgens hen oprecht een gesprek voert en hiervoor de tijd neemt. Meerdere patiënten geven duidelijk aan dat de verpleegkundige 'de mens' niet mogen vergeten tijdens het gesprek. Patiënten willen gezien en begeleid worden als persoon, niet als een zieke. Uit de data blijkt dat patiënten verwachten dat de verpleegkundige de zorg in het ruimer kader van het leven ziet. Patiënten verwachten aandacht voor het leven en afstemming daarop.

*P6: 'Ja ze mogen je niet zien als een nummer... maar dat gevoel had ik daar ook niet... (...).'*

*P11: 'Uuh... ze nemen de tijd... je bent niet meneer nummer 504 die om 15u30... en je moet zeker kwart voor vier weg want er zitten er nog 4 te wachten... nee ze nemen de tijd en je bent geen nummer... je bent X begrijp je het? Persoonlijk met u als patiënt bezig zijn... niet met nummers het is precies of mevrouw kent me al 30 jaar ...'*

### Zich begrepen voelen

De data laten een verdeeldheid zien wat betreft het krijgen van erkenning in het gesprek met de verpleegkundige.

Eenzijds zijn er een aantal patiënten die aangeven dat er voldoende aandacht is. Ze voelen zich begrepen door de verpleegkundige. Anderzijds zijn er een aantal patiënten die aangeven dat er te weinig aandacht wordt gespendeerd aan de erkenning van hun eigen gevoelens/ ervaringen in het leven met de ziekte. Patiënten ervaren erkenning van cruciaal belang om tot een betekenisvol gesprek te komen.

*P2: 'Goh niet noodzakelijk want eigenlijk wil ik niet gewoon dat ze zegt dat het lastig is. Ik wil dat ze mee denkt of meekijkt van... wat kunnen we er aan doen om het te verlichten of om dat op te vangen of ja... is dat effectief wel... of gewoon ja weer gaan kijken van is het effectief zo erg als ik het beleef of niet? ... omdat ik dat zelf soms moeilijk vind... ik ga door tot ik val... altijd veel te lang en... ik heb dat in alles al ondervonden...'*

Erkenning wordt door patiënten omschreven als een vorm van aandacht/ gehoord worden. Anderen benadrukken dan weer het feit dat ze wensen serieus genomen te worden. Door nog anderen wordt het benoemd als een vorm van meeleven. Patiënten voelen zich gesterkt wanneer de verpleegkundige hen begrijpt en begrip toont voor wat patiënten doormaken. Eén patiënt geeft duidelijk aan dat meeleven en erkenning op zich onvoldoende is. Patiënten verwachten daarbovenop ook een antwoord op hun vragen.

*P2: 'Ja, dat je erkenning krijgt terwijl ervoor had ik het gevoel, ze blazen het weg... terwijl dat het eigenlijk wel een belangrijk iets is zeker bij diabetespatiënten.'*

*P4: 'Goed, alé ja... ze verstaat het allemaal goed hoor... maar ze kan zij ook niet meer doen als dat er is hé... (...)'*

Naast erkenning blijken patiënten nood te hebben aan bevestiging van de verpleegkundige. Wanneer patiënten het gewenste resultaat bereiken, wensen ze hierin bevestigd te worden door de verpleegkundige. Patiënten geven aan dat het krijgen van positieve feedback, schouderklopjes en bekrachtigende woorden hen motiveren om hun eigen zorg aan te vatten en zelf verder te zetten.

*P8: 'Ik vind echt dat doet deugd, dat ze zegt doe zo voort, je bent goed bezig...'*

## Onvoorwaardelijke acceptatie

Patiënten wensen indien nodig ruimte te krijgen om zaken te rechtvaardigen en rekenen hiervoor op begrip van de verpleegkundige. Een patiënt geeft bijvoorbeeld aan dat wanneer zij op de hoogte is dat haar bloedsuikerwaarden niet goed zijn, ze de ruimte wil krijgen om hier een verklaring voor te geven zonder dat de verpleegkundige hierover zomaar een 'oordeel velt'.

*P4: 'Dat ze geen veroordelingen geeft hé... ze zegt niet je moet dit of dat doen alé... uuh dat doet ze niet... ze verstaat mijn probleem...'*

## Bereikbaarheid

Patiënten geven aan dat de bereikbaarheid van de verpleegkundige van belang is. Hoe toegankelijker de verpleegkundige, hoe aangenamer de patiënt het contact ervaart. De telefonische of fysieke bereikbaarheid van de verpleegkundige geeft hen de kans om hun vragen te stellen en dit stelt patiënten gerust. Niet elke verpleegkundige wordt als even bereikbaar ervaren. Wanneer de patiënt niet meteen een antwoord krijgt op zijn vraag, wordt dit als onaangenaam ervaren. Men heeft het gevoel niet op de verpleegkundige te kunnen steunen. De onbereikbaarheid van de verpleegkundige heeft een invloed op de wijze waarop patiënten naar het spreekuur kijken. Patiënten die zich niet geholpen voelen door de verpleegkundige, zien op tegen het contact met de verpleegkundige.

*P5: 'Ze zeggen altijd je mag binnenkomen als er iets is... je mag altijd aankloppen.. (...) nu ook weer moet ik maandag van dokter X... ook weer naar de verpleegkundige komen met de uitslag van dat weekje... en ja ze zegt ik ga dat dan bekijken... en ik ga dan in de namiddag bellen... ja dat is goed hé...'*

## DISCUSSIE

Het onderzoek had als doel inzicht krijgen in de betekenis en ervaring van patiënten met de interactie- en communicatiestijl tijdens het verpleegkundig spreekuur. De belangrijkste resultaten worden hieronder uitgelicht. Een grafische weergave van de resultaten wordt weergegeven in figuur 1.

### **Persoonsgerichte zorg**

Patiënten willen benaderd worden als een persoon. Er wordt verwacht van de verpleegkundige dat ze aandacht heeft voor het ruimer kader van het leven. Deze bevindingen kunnen gekaderd worden onder persoonsgerichte zorg (McCormack & McCance, 2006). Doorheen de data komen verschillende thema's als zich begrepen voelen, erkenning, afstemming, vertrouwen en openheid naar voor die zich kunnen situeren binnen dit kader. Patient-centeredness of persoonsgerichte zorg is gericht op geïndividualiseerde en respectvolle zorg, gebaseerd op wederzijds vertrouwen, empathie en gedeelde kennis (Castro, Van Regenmortel, Vanhaecht, Sermeus, & Van Hecke, 2016).

### **De begeleidingsstijl ervaren tijdens het verpleegkundig spreekuur**

De bevinding dat patiënten erg tevreden zijn over het contact met de verpleegkundige strookt met eerder onderzoek en tevredenheidsmetingen (Eicher, Marquard, & Aebi, 2006; Laurant, et al., 2008). Eerder negatieve ervaringen met zorgverleners blijken een invloed te hebben op de huidige perceptie van het spreekuur (Chapple, Rogers, Macdonald, & Sergison, 2000).

De communicatie wordt volgens het verhaal van patiënten sterk gekenmerkt door het verstrekken van informatie. Het krijgen van informatie wordt volgens patiënten gezien als een manier om kennis te verwerven en als een voorwaarde om de regie te kunnen voeren. De studie van Mead et al. (2010) benoemt het over onvoldoende informatie beschikken als het belangrijkste obstakel om de regie te nemen (Mead, Andres, Ramos, Siegel, & Regenstein, 2010). In andere studies wordt het gelijkaardig beschreven als een barrière (Costantini, et al.,



2008; Luhr, Holmefur, Theander, & Eldh, 2018). Dit gegeven versterkt inzichten uit eerder onderzoek waarbij verpleegkundigen rapporteren dat ondersteuning aan chronisch zieken zich voornamelijk focust op het adviseren (Duprez et al., 2018). In tegenstelling tot een hoge mate van adviseren, leert het patiëntenperspectief ons dat de gegeven informatie afstemming mist. Patiënten wensen informatie die concreet, duidelijk en ook persoonsgericht is. Gelijkaardig aan de studie van Aweko et al. (2018) wezen patiënten er op dat de informatie die ze ontvingen van hun zorgverleners niet expliciet of te weinig toepassingsgericht was (Aweko, et al., 2018). In de studie van Duprez et al. (2018) werd vastgesteld dat adviseren aan kracht kan winnen door het meer afgestemd op de patiënt aan te bieden (Duprez, et al., 2018). Deze bevindingen stroken met wat patiënten aangeven in de studie.

De houding van de verpleegkundig beïnvloedt volgens patiënten de wijze waarop het spreekuur ervaren wordt. Patiënten wensen een verpleegkundige die vriendelijk, spontaan en warm is. Deze eigenschappen creëren volgens patiënten vertrouwen. Deze resultaten zijn gelijklopend met eerdere studies (Ronse, 2008; Vandenberghe, Grypdonck, & Decoene, 2009). Het onderzoek van Vandenberghe et al. (2009) geeft aan dat bovenop vertrouwen de verpleegkundige openheid creëert in het gesprek door vriendelijkheid, spontaniteit en zachtheid uit te stralen. Uit het onderzoek blijkt dat patiënten een verpleegkundige wensen die de tijd neemt. Het vluchtig en snel communiceren van een verpleegkundige tijdens het gesprek zorgt voor ontevredenheid bij patiënten. In het onderzoek van Williams et al. (2006) benoemen patiënten het krijgen van tijd als een van de grootste voordelen van een verpleegkundige consultant. Het laat patiënten toe om hun probleem ten volle te bespreken (Williams & Jones, 2006).

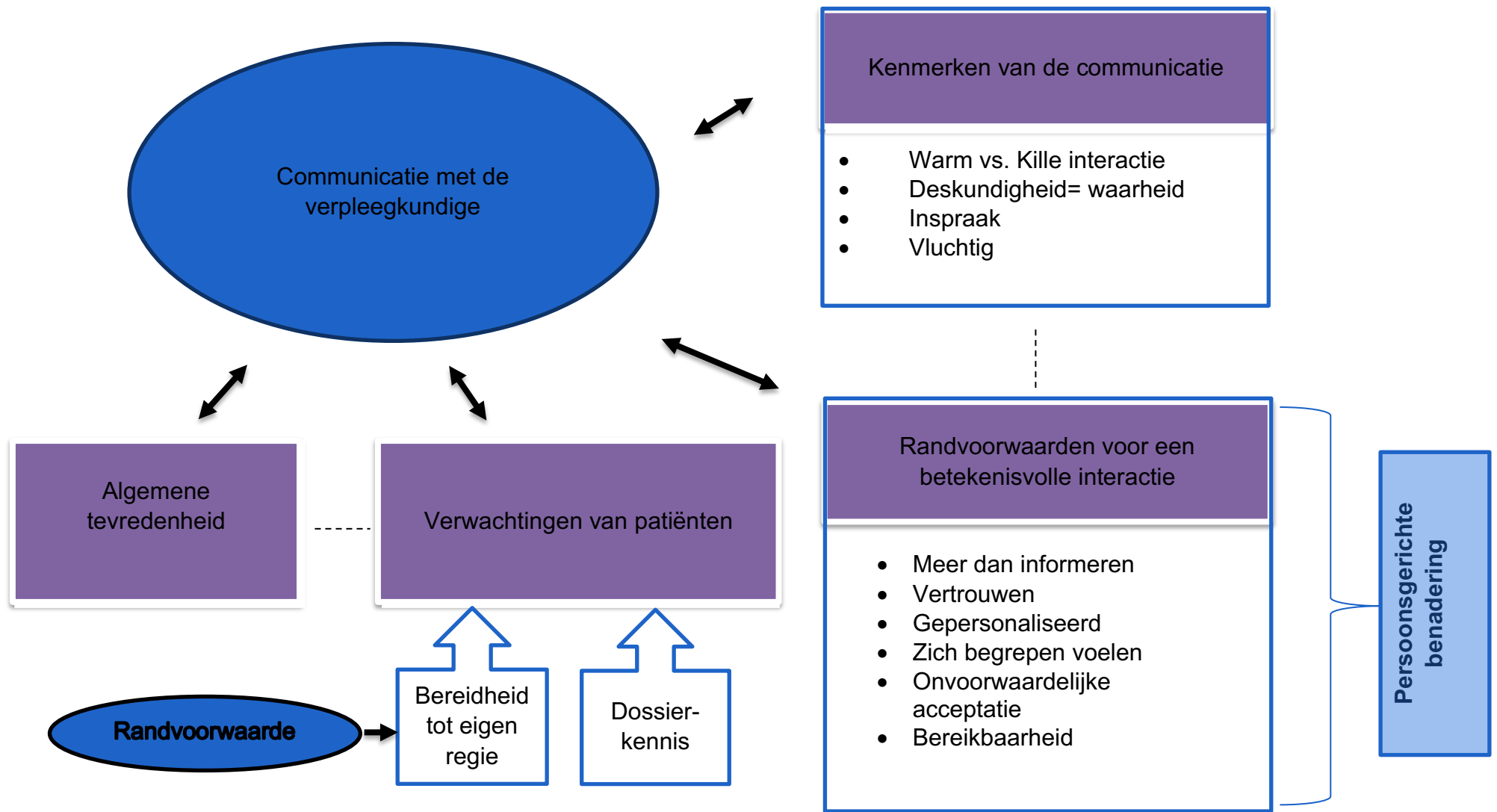
### **Gedeelde regie**

Patiënten geven aan de verantwoordelijkheid met de verpleegkundige te willen delen. Het gaat volgens hen om een gedeelde verantwoordelijkheid, waarbij de patiënt niet zo centraal blijkt te willen staan.

Patiënten geven duidelijk aan dat ze wensen dat de verpleegkundige de touwtjes in handen houdt, omdat ze de verpleegkundige beschouwen als expert die op de hoogte is van hun persoonlijk dossier. Vanuit de gepercipieerde deskundigheid van de verpleegkundige zetten patiënten als het ware hun eigen ervaringskennis opzij. Er is evenwel een duidelijke dualiteit te merken. Enerzijds schuiven patiënten hun eigen ervarenkennis opzij, anderzijds geven patiënten in gesprekken ook aan ruimte te willen krijgen om hun eigen ervaring en kennis te delen.

Opmerkelijk is dat patiënten wat de verpleegkundige hen meegEEft, beschouwen als de waarheid. De verpleegkundige is volgens hen de deskundige. Patiënten vinden het goed dat de verpleegkundige hen terecht wijst wanneer ze het advies niet opvolgen. Het geven van deze feedback dient wel op een bepaalde manier te gebeuren. De resultaten van de studie worden versterkt door wat wordt beschreven in de Zelf-Determinatie Theorie (Ryan & Deci, 2000). Patiënten ervaren een controlerende interactiestijl bij het geven van advies of feedback als onaangenaam. Het aanpraten of oproepen van schuldgevoelens of het gebruik van dwingende en beoordelende taal wordt door patiënten uitdrukkelijk benoemd als een hekelpunt. Patiënten ervaren dit als een verpleegkundige die uit de hoogte doet of kinds met hen omgaat. Volgens Vansteenkiste et al. (2015) is dit een vorm van onderdrukking (Vansteenkiste & Soenens, 2015).

Patiëntenparticipatie betekent dat er ruimte is om mee beslissingen te maken of om deze te beïnvloeden. Het gaat om een actieve betrokkenheid van patiënten (Castro, et al., 2016). In tegenstelling tot wat conceptueel onder patiëntenparticipatie verstaan wordt, zien patiënten in de studie participatie als het krijgen van ruimte om te vertellen over privé zaken zonder onderbroken te worden.



Figuur 1: Weergave resultaten

## Methodologische afwegingen

Er werden verschillende aspecten in acht genomen om de validiteit en betrouwbaarheid van de data te ondersteunen. Het proces verliep inductief, de onderzoeker ging uit van een open houding en was ontvankelijk voor het standpunt en de leefwereld van de participant. Er werd in het kader van reflexivity een referentiekader uitgeschreven bij aanvang van het onderzoek om bewust te worden van de eigen visie en de mogelijke invloed als onderzoeker. Een gedetailleerde audit trail werd opgesteld waarin alle keuzes en beslissingen in het onderzoeksproces werden geregistreerd. Dit verhoogt de transparantie en confirmability van de studie (Holloway & Wheeler, 2010).

Er moet bij de interpretatie van dit onderzoek een aantal methodologische zwaktes in acht genomen worden. De interviews kenden een moeizame start, participanten hadden het moeilijk om hun gedachten en ervaring tijdens het bekijken van de video-opname te uiten. Na het verlenen van meer uitleg over de focus en doelstelling bij de start van het gesprek, samen met de doorgemaakte groei als onderzoeker, verliepen de interviews vlotter. De video-opnames zorgen voor een risico op sociaal wenselijk gedrag van de verpleegkundige. Dit werd zo veel als mogelijk beperkt door de opnameapparatuur zo onopvallend mogelijk te plaatsen. Om de credibility van de studie verder te verhogen had aan de hand van een membercheck de bevindingen van de onderzoeker vergeleken kunnen worden met de perceptie van de betrokken participanten. Omwille van het gebruik van videomateriaal werd besloten dit niet uit te voeren.

Het onderzoek heeft enkel betrekking op twee diabetesverpleegkundigen die werkzaam zijn binnen éénzelfde setting. De studie heeft zich gefocust op patiënten met diabetes type 2. Dit mag echter niet als een beperking ervaren worden. Een autonomie-ondersteunende communicatie, waarvan het perspectief van de patiënt en de zorgrelatie als een samenwerking tussen patiënt en hulpverlener kenmerkend zijn, is breed toepasbaar bij allerhande patiëntengroepen (Duprez, et al., 2018). Een chronische ziekte gaat bovendien vaak gepaard met comorbiditeit (Pel-Littel, Vlek, Mahler, & Driessen, 2011). Hoe de communicatie ervaren werd bij patiënten met diabetes mellitus type 2 kan met

hoge waarschijnlijkheid ook getransfereerd worden naar patiënten met andere chronische aandoeningen.

De verpleegkundige consulenten stonden in voor de selectie van de participanten, wat aanleiding kan geven tot selectiebias. De onderzoeksresultaten hebben betrekking op wie volgens de verpleegkundige een goede kandidaat bleek voor het onderzoek. De onderzoeker had geen invloed op de rekrutering van de participanten. Om de kwaliteit van de studie te waarborgen kon het waardevol zijn om een selectieve rekrutering te laten plaatsvinden op basis van de vertegenwoordigde kenmerken bij de participanten. De studie beschikt echter op basis van toeval over een natuurlijke evenwicht in homogeniteit en heterogeniteit.

Het gegeven omtrent de rekrutering samen met de setting, het beperkt aantal interviews en het feit dat datasaturatie niet kon worden bereikt, laten moeilijk toe de resultaten te generaliseren. Wat bij de deelnemende patiënten werd aangegeven, kan slechts gezien worden als een deel van de werkelijkheid.

### **Implicaties voor de praktijk**

Vanuit de resultaten van dit onderzoek kunnen enkele aanbevelingen voor de verpleegkundige praktijk gegeven worden.

Om de regie te kunnen nemen, verwachten patiënten een wisselwerking met de verpleegkundige. Patiënten willen initiatief nemen in het gesprek, maar ze verwachten dat de verpleegkundige daarin tegemoet komt. De verpleegkundige dient enerzijds het voortouw te nemen tijdens het spreekuur. Anderzijds verwachten patiënten dat er tijd en ruimte is om hun persoonlijk verhaal te doen. Volgens Andersen et al. (2008) dient er sprake te zijn van wederkerigheid in de dialoog. Patiënten willen niet enkel begrijpen wat hen verteld wordt, maar willen ook ruimte om hun ervaringen te delen en zich zo begrepen te voelen (Andersen, Thomsen, Bruun, Bodtger, & Hounsgaard, 2017). Uit de studie van Fox & Chesla (2008) bleek dat patiënten een relatie verwachten waarin geven en nemen centraal staat. Beide dienen bereid te zijn om hun verantwoordelijkheid op te

nemen. Dit gegeven laat ruimte tot het bespreken van bezorgdheden (Fox & Chesla, 2008).

Verpleegkundigen dienen volgens patiënten een open, eerlijke en spontane houding aan te nemen. De verpleegkundige dient zich als het ware als een gelijkwaardige op te stellen. Uit eerder onderzoek is gebleken dat gelijkwaardigheid voor patiënten een voorwaarde is om in interactie te kunnen treden met zorgverleners (Luhr, et al., 2018). Een niet-oordelende houding, beschreven in de studie als onvoorwaardelijke acceptatie, is daarbij van belang (Luhr, et al., 2018).

Zorg vanuit een persoonsgerichte visie is noodzakelijk. Verpleegkundigen dienen te vertrekken vanuit het perspectief van de patiënt. Wat aangegeven wordt, dient op maat en gepersonaliseerd te zijn. Bevestiging kan daarbij een voorwaarde zijn. Uit onderzoek van Edwall et al. (2008) blijkt dat bevestiging betekent dat de patiënt gezien wordt als een uniek persoon. Bevestiging en erkenning zijn noodzakelijke voorwaarden om vertrouwen, openheid en samenwerking met de verpleegkundige te kunnen opbouwen (Edwall, Hellström, Öhrn, & Danielson, 2008).

Het is aangewezen dat de verpleegkundige een uitnodigend taalgebruik hanteert in plaats van een eerder dwingend of controlerend taalgebruik. De verpleegkundige hanteert bijvoorbeeld beter 'kunnen' en 'proberen' in plaats van 'moeten' of 'verwachten' (Duprez, et al., 2018). Dit laat patiënten toe zelf inspraak in het gesprek te hebben. Deze aanbeveling wordt ook bevestigd vanuit de Zelf-Determinatie theorie (Duprez, et al., 2019).

Tot slot kan worden gesteld dat het communiceren met patiënten om bepaalde vaardigheden vraagt. Het lijkt aangewezen dat verpleegkundigen getraind en geëduceerd worden om de juiste begeleidingsstijl in het contact met patiënten te hanteren.

## Verder onderzoek

Het onderzoek vond plaats in één setting in Vlaanderen. Bijkomend onderzoek in verschillende settings, bij verschillende verpleegkundigen in Vlaanderen lijkt dan ook aangewezen. Meer onderzoek is nodig om de resultaten te bevestigen, te versterken of te verdiepen voor andere groepen van patiënten. Volgend onderzoek vraagt ook om een gerichtere sampling. Men dient op zoek te gaan naar patiënten waarin het contact met de verpleegkundige moeizamer verloopt. Het is noodzakelijk om die algemene tevredenheid te doorprikken.

## CONCLUSIE

De studie draagt bij tot het verkrijgen van inzicht in hoe de communicatie en interactiestijl tijdens het verpleegkundig spreekuur ervaren wordt door patiënten met diabetes type 2. Chronisch zieken managen hun ziekte niet alleen. De manier waarop de interactie met de verpleegkundige plaatsvindt is van belang. Warmte, deskundigheid, inspraak en voldoende tijd nemen zijn elementen die positief bijdragen tot het gesprek met de verpleegkundige. De mate van betrokkenheid, persoonsgerichtheid en vertrouwen zijn cruciale factoren in de relatie tussen de patiënt en de verpleegkundige. Daarbij dient de verpleegkundige de ziekte binnen het ruimer kader van het leven te zien. Deze factoren dragen bij tot het realiseren van zelfmanagement in de chronische gezondheidszorg.

## LITERATUURLIJST

- Andersen, I., Thomsen, T., Bruun, P., Bodtger, U., & Hounsgaard, L. (2017). The experience of being a participant in one's own care at discharge and at home, following a severe acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal study. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1), 137-1994.
- Aweko, J., De Man, J., Abetz, P., Östenson, C., Swartling Peterson, S., Mölsted Alvensson, H., & Daivadanam, M. (2018). Patient and provider dilemmas of type 2 diabetes self-management: A qualitative study in socioeconomically disadvantaged communities in Stockholm. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1810.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.
- Bekhet, A., & Zauszniewski, J. (2012). Methodological triangulation: An approach to understanding data. *Nurse researcher*, 20(2).
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Carryer, J., Budge, C., Hansen, C., & Gibbs, K. (2010). Providing and receiving self-management support for chronic illness: Patients and health practitioners assessments. *Journal of Primary Health Care*, 2(2), 124-129.
- Castro, E., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939.
- Chapple, A., Rogers, A., Macdonald, W., & Sergison, M. (2000). Patients' perceptions of changing professional boundaries and the future of nurse led services. *Primary health Care Research and Development*, 1(1), 51-59.
- Costantini, L., Beanlands, H., McCay, E., Cattran, D., Hladunewich, M., & Francis, D. (2008). The self-management experience of people with mild to moderate chronic kidney disease. *Nephrology Nursing Journal*, 35(2), 147-156.
- Dijkstra, A. (2005). *Het verpleegkundig spreekuur: van idee naar werkelijkheid*. Dwingeloo: Kavanah.
- Duda, J., Williams, G., Ntoumanis, N., Daley, A., Eves, F., Mutrie, N., & et al. (2014). Effects of a standard provision versus an autonomy supportive exercise referral programme on physical activity, quality of life and well-being indicators: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11(1), 10.



- Dunbar, S., Jacobson, L., & Deaton, C. (1998). Heart failure: strategies to enhance patient self-management. *AACN Advanced Critical Care*, 9(2), 244-256.
- Duprez, V., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2018). Are person-related and socio-structural factors associated with nurses' self-management support behavior? A correlational study. *Patient education and counseling*, 101(2), 276-284.
- Duprez, V., Jedeloo, S., & Van Hecke, A. (2018). Communicatie, de basis van zelfmanagementondersteuning. In *Verpleegkundige ondersteuning bij zelfmanagement en eigen regie* (pp. 57-76). Bohn Stafleu van Loghum.
- Duprez, V., Vandecasteele, T., Verhaeghe, S., Beeckman, D., & Van Hecke, A. (2017). The effectiveness of interventions to enhance self-management support competencies in the nursing profession: a systematic review. *Journal of advanced nursing*, 73(8), 1807-1824.
- Duprez, V., Vansteenkiste, M., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2019). Capturing motivating versus demotivating self-management support: Development and validation of a vignette-based tool grounded in Self-determination Theory. *International journal of nursing studies*. (in press).
- Edwall, L., Hellström, A., Öhrn, I., & Danielson, E. (2008). The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of clinical nursing*, 6(17), 772-781.
- Eicher, M., Marquard, S., & Aebi, S. (2006). A nurse is a nurse? A systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *European journal of cancer*, 42(18), 3117-3126.
- Fox, S., & Chesla, C. (2008). Living with chronic illness: A phenomenological study of the health effects of the patient-provider relationship. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(3), 109-117.
- Gezondheidsraad. (2006). *De toekomst van het gezondheids(zorg) beleid in Vlaanderen, met bijzondere aandacht voor de eerstelijnszorg*. België.
- Grypdonck, M. (1999). *Het leven boven de ziekte uittillen. De opdracht van de Verpleegkunde en de Verplegingswetenschap voor chronisch zieken*. Amsterdam: SMD.
- Grypdonck, M. (2013). *Zelfmanagement. Ruimte voor Regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg*. 21-32.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*. USA: Wiley-Blackwell.
- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343:d4163.
- Laurant, M., Hermens, R., Braspenning, J., Akkermans, R., Sibbald, B., & Grol, R. (2008). An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of clinical nursing*, 17(20), 2690-2698.

- Luhr, K., Holmefur, M., Theander, K., & Eldh, A. (2018). Patient participation during and after a self-management programme in primary healthcare-The experience of patients with chronic obstructive pulmonary disease or chronic heart failure. *Patient education and counseling*, 101(6), 1137-1142.
- McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- Mead, H., Andres, E., Ramos, C., Siegel, B., & Regenstein, M. (2010). Barriers to effective selfmanagement in cardiac patients: the patient's experience. *Patient education and counseling*, 1(79), 69-76.
- Mead, H., Andres, E., Ramos, C., Siegel, B., & Regenstein, M. (2010). Barriers to effective selfmanagement in cardiac patients: the patient's experience. *Patient education and counseling*, 79(1), 69-76.
- Ng, J., Ntoumanis, N., Thogersen-Ntoumani, C., Deci, E., Ryan, R., Duda, J., & et.al. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.
- Nolte, E., & McKee, M. (2008). *Caring for People with Chronic Conditions: A Health Perspective*. Berkshire: McGraw-Hill International.
- Pel-Littel, R., Vlek, H., Mahler, M., & Driessen, S. (2011). Multimorbiditeit anders benaderen. *Medisch Contact*, 66(20), 1250-1253.
- Pool, A. (1995). *Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening*. Lemma.
- Ronse, J. (2008). *De betekenis van het verpleegkundig spreekuur voor patiënten met borstkanker*. Niet gepubliceerde scriptie. Master in de Verpleegkunde en de Vroedkunde. Universiteit Gent.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., & Whittemore, R. (2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144.
- Strauss, A., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B., Maines, D., Suczek, B., & et al. (1984). *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis: The C.V.: Mosby Company.
- Trappenburg, J., Jonkman, N., Jaarsma, T., Van Os-medendorp, H., Kort, H., De Wit, N., & Schuurmans, M. (2013). Self-management: One size does not fit all. *Patient Education and Counseling*, 92(1), 134-137.
- Ursum, J., Rijken, M., Heijmans, M., Cardol, M., & Schellevis, F. (2011). *Zorg voor chronisch zieken*. Organisatie van zorg, zelfmanagement, zelfredzaamheid en participatie. Utrecht.
- Van Hooft, S. M., Dwarswaard, J., Jedeloo, S., Bal, R., & Van Staa, A. (2015). Four perspectives on self-management support by nurses for people with chronic conditions: A Q-methodological study. *Elsevier Science*, 52(1), 157-166.

- Vandenbergh, D., Grypdonck, M., & Decoene, E. (2009). Het verpleegkundig spreekuur voor borstkankerpatiënten en hun naasten. Een kwalitatief onderzoek naar de ervaringen en opvattingen van de borstverpleegkundigen. Ongepubliceerde scriptie. Universiteit Gent.
- Vansteenkiste, M., & Soenens, B. (2015). Vitamines voor groei. Ontwikkeling voeden vanuit de Zelf-Determinatie theorie. Leuven: Acco.
- WHO. (2014). Global status report on Noncommunicable Diseases. Attaining the Nine Global Noncommunicable Diseases Targets; a Shared Responsibility. World Health Organization, Geneva.
- Williams, G., Patrick, H., Niemiec, C., Williams, L., Divine, G., Lafata, J., & et. al. (2009). Reducing the health risks of diabetes: How self-determination theory may help improve medication adherence and quality of life. *Diabetes Educator*, 35(3), 484-492.
- Williams, A., & Jones, M. (2006). Patients' assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 188-195.
- Williams, G., McGregor, H., Sharp, D., Levesque, C., Kouides, R., Ryan, R., & et. al. (2006). Testing a Self-Determination Theory intervention for motivating tobacco cessation: Supporting autonomy and competence in a clinical trial. *Health Psychology*, 25(1), 91-101.

## LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN

Tabel 1: Karakteristieken verpleegkundigen.....	5
Tabel 2: Karakteristieken participanten.....	9
Figuur 1: Weergave resultaten.....	26

## BIJLAGEN

### Bijlage 1: eerste versie interviewgide

<b>ONDERZOEK NAAR MOTIVERENDE BEGELEIDINGSSTIJLEN IN DE CHRONISCHE ZORG</b>
---

De vragenlijst (of interviewgide) zoals opgesteld, weerspiegelt de aard en de focus van de vragen die in het interview aan bod zullen komen. De volgorde van de vragen en de wijze waarop de vragen tijdens het interview geformuleerd worden, hangen af van het verloop van het gesprek. Op basis van tussentijdse analyses kan de vragenlijst in de loop van het onderzoek aangevuld worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

*Er worden een aantal demografische variabelen verzameld die van belang zijn voor het onderzoek om een duidelijk zicht te krijgen op de populatie: Leeftijd, leefsituatie, arbeidssituatie, geslacht, opleiding, diagnose, datum van diagnose, soort behandeling*

#### **Introductie**

##### **Algemene vragen**

- Zijn er zaken die u na het gesprek met de zorgverlener zijn bijgebleven?
- Zijn er zaken die u me al wil/kan vertellen met betrekking tot het consult?
- Als u tijdens de video-opname iets ziet dat voor u een belangrijk moment was, kunt u me dan aangeven om daarbij te stoppen?

**Hoofdvraag:** Hoe heeft u het contact met de zorgverlener tijdens het consult ervaren?

##### **Mogelijke deelvragen**

- Wat betekent het gesprek met de zorgverlener voor u?
- Wat betekent het contact met de zorgverlener voor u tijdens uw traject?
- Waar hecht je belang aan tijdens een gesprek met de zorgverlener?
- Welke zaken hebt u in het gesprek als aangenaam ervaren?
- Welke zaken hebt u als minder of eerder onaangenaam ervaren?
- Ervaart u de mogelijkheid om inbreng te hebben in het gesprek? Waaraan ervaart u dit? Of juist niet?
- In welke mate vindt u het gesprek ondersteunend?
- In welke mate heeft u het gevoel betrokken te zijn bij het gesprek?
- Had u het gevoel dat er naar u geluisterd wordt? Wanneer was dit?
- Had u het gevoel dat u zelf iets hebt kunnen inbrengen? Wanneer was dit?
- Had u het gevoel dat u instructies kreeg? Wanneer was dit?
- Wat betekent het voor u om zeggenschap te hebben in het gesprek met de zorgverlener?
- Door welke zaken bent u verwonderd op de videobeelden omdat u ze anders ervaren had tijdens het consult?

**Afronding**

- Zijn er nog zaken die u me wilt vertellen? Hoe heeft u het gesprek ervaren?