

**HET PERSPECTIEF VAN  
HULPVERLENERS OVER EEN  
VERPLEEGKUNDIG SPREEKUUR IN DE  
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**  
EEN EXPLORATIEF KWALITATIEF ONDERZOEK

Aantal woorden: 6990

**Naomi Van Cleemput**

Stamnummer: 01702609

Promotor: Prof. dr. Ann Van Hecke

Copromotor: Mevr. Hanne Vandewiele en Mevr. Charlotte Pieters

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

Academiejaar: 2019 - 2020

©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.



# **HET PERSPECTIEF VAN HULPVERLENERS OVER EEN VERPLEEGKUNDIG SPREEKUUR IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

**EEN EXPLORATIEF KWALITATIEF ONDERZOEK**

Aantal woorden: 6990

**Naomi Van Cleemput**

Stamnummer: 01702609

Promotor: Prof. dr. Ann Van Hecke

Copromotor: Mevr. Hanne Vandewiele en Mevr. Charlotte Pieters

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

Academiejaar: 2019 - 2020

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

<u>ABSTRACT: NEDERLANDS.....</u>	<u>9</u>
<u>ABSTRACT: ENGELS.....</u>	<u>10</u>
<u>INLEIDING .....</u>	<u>1</u>
<u>METHODOLOGIE.....</u>	<u>4</u>
ONDERZOEKSDESIGN.....	4
SETTING EN PARTICIPANTEN .....	4
DATA-COLLECTIE .....	5
DATA-ANALYSE.....	6
KWALITEITSMATREGELEN .....	7
ETHISCHE OVERWEGINGEN.....	8
<u>RESULTATEN .....</u>	<u>9</u>
HET ALGEMEEN KADER VAN HET ONDERZOEK .....	10
INHOUD VAN HET VERPLEEGKUNDIG SPREEKUUR .....	10
DOEL VAN HET VERPLEEGKUNDIG SPREEKUUR .....	14
RANDVOORWAARDEN VOOR HET VERPLEEGKUNDIG SPREEKUUR.....	17
<u>DISCUSSIE.....</u>	<u>24</u>
BESPREKING VAN DE RESULTATEN .....	24
METHODOLOGISCHE OVERWEGINGEN.....	28
IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK .....	30
IMPLICATIES VOOR VERDER ONDERZOEK.....	31
<u>CONCLUSIE .....</u>	<u>32</u>

<u>REFERENTIELIJST .....</u>	<u>33</u>
<u>LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN .....</u>	<u>38</u>
<u>BIJLAGEN.....</u>	<u>39</u>

## WOORD VOORAF

Deze masterproef kwam tot stand in kader van de opleiding Master of Science in de Verpleegkunde en Vroedkunde. De hele opleiding en het masterproefproces heeft me uitgedaagd om te groeien als persoon en als professional. Het doorlopen van dit traject als werkstudent was een parcours met de nodige hindernissen en keuzes. Ik heb tijdens dit traject veel te danken aan verschillende personen die mij hebben ondersteund, gemotiveerd en in mij hebben geloofd op momenten dat ik even het geloof in mezelf verloor.

Het tot stand komen van de masterproef zou niet geslaagd zijn zonder betrokken personen en organisaties. Hierbij bedank ik in het bijzonder mijn promotor Prof. dr. Ann Van Hecke en copromotoren Hanne Vandewiele en Charlotte Pieters voor hun ondersteuning, betrokkenheid, warmte en constructieve feedback. Bedankt dat er altijd tijd werd gemaakt voor mij.

Bedankt aan de organisatie en alle participanten voor hun deelname aan het onderzoek. Zonder jullie was het niet gelukt om dit onderzoek uit te voeren. Deze vlotte samenwerking was essentieel om te welslagen in het masterproeftraject.

Verder wil ik mijn collega's bedanken voor hun flexibiliteit en begrip tijdens mijn opleiding. In het bijzonder wil ik mijn afdelingshoofd Lawerance Sutherland bedanken voor alle ondersteuning tijdens de opleiding en het masterproeftraject.

Als laatste wil ik mijn partner Vincent bedanken. Bedankt voor jouw geduld, begrip, geloof en liefdevolle ondersteuning tijdens dit traject.



## ABSTRACT: Nederlands

**TITEL:** Het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur in de geestelijke gezondheidszorg: een exploratief kwalitatief onderzoek.

**ACHTERGROND:** Wereldwijd nemen psychische problemen toe. België heeft meer overlijdens door suïcide dan andere Europese landen. Verschillende Europese landen zetten in op het hervormen van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Desondanks lopen de wachttijden in de ambulante zorg op en nemen gedwongen opnames in de residentiële zorg toe. Tot op heden zijn verpleegkundige spreekuren in de GGZ relatief onbekend.

**DOEL:** Exploreren van het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur in de GGZ.

**METHODE:** Een exploratieve kwalitatieve studie werd uitgevoerd met semi-gestructureerde interviews. Vijftien hulpverleners werkzaam binnen één setting op psychiatrische afdelingen namen deel. Er werd een thematische analyse uitgevoerd.

**RESULTATEN:** Drie hoofdthema's werden bekomen uit de data: (1) inhoud van het verpleegkundig spreekuur, (2) doel van het verpleegkundig spreekuur en (3) randvoorwaarden voor het verpleegkundig spreekuur. De betekenis van het leven met een psychische ziekte en hoe hier ondersteuning bij kan geboden worden staat centraal in het verpleegkundig spreekuur. De verpleegkundige functioneert als een schakelfiguur, zorgt voor continuïteit en heeft een signaalfunctie.

**DISCUSSIE & CONCLUSIE:** Het onderzoek draagt bij tot het verkennen van het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur in de GGZ. De organisatie en implementatie van een verpleegkundig spreekuur gebeurt wereldwijd op een andere manier. Het implementeren gaat gepaard met randvoorwaarden zoals de competenties en opleiding van de verpleegkundige, interprofessionele afstemming en het bekijken van organisatorische bezorgdheden.

## ABSTRACT: Engels

**TITLE:** The perspective of care-givers about nursing consultations in mental health care: an explorative qualitative research.

**BACKGROUND:** Mental health problems are increasing worldwide. Belgium has more suicide deaths than other European countries. Several European countries are reforming their mental health care program. Despite these efforts the waiting time in the outpatient care and forced hospitalizations are increasing. Hitherto, a nursing consultation in mental health care is a fairly unknown practice.

**AIM:** To examine the care-givers' point of view on a nursing consultation in mental health care.

**METHOD:** An explorative qualitative research with semi-structured interviews was conducted. Fifteen care-givers working on different mental health hospital wards were interviewed. A thematic analysis was used.

**RESULTS:** Three main topics were present: (1) content of the nursing consultation; (2) purpose of the nursing consultation; (3) conditions for the nursing consultation. The patients' quality of life when dealing with a mental illness and how support can be offered are central during the nursing consultation. The nurse functions as a mediator providing continuity and plays an important role in observing and reporting.

**DISCUSSION & CONCLUSION:** The research contributes to exploring the care-givers' perspective on nursing consultation in mental health care. The organization and implementation of a nursing consultation is carried out in different ways around the world. While implementing a nursing consultation, several conditions have to be met, such as the nurse's competences and training. Interprofessional consultation between the nurse and other professionals must take place and several organizational concerns have to be taken into account.

‘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

Wereldwijd nemen psychische problemen toe. In 2017 stegen psychische problemen en middelenafhankelijkheid met 13% en in 2014 pleegden meer dan 800 000 personen suïcide (WHO, 2019). In België heeft 33% van de bevolking psychische problemen die hun leven ernstig beperken (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2018). Zij rapporteren dat één op de tien inwoners (>15j) een vorm van depressie heeft en dat 7% wordt getroffen door een eetstoornis zoals anorexia-boulimia. Zij beschrijven ook dat 1898 personen in 2016 suïcide pleegden en dat België meer overlijdens wegens suïcide heeft dan andere Europese landen.

Wereldwijd wordt een tekort in het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ervaren (Alexander & Schnell, 2019; Barraclough, Longman, & Barclay, 2016; Beck, Page, Buche, & Gaiser, 2020). Verschillende Europese landen zetten in op het hervormen van de GGZ waarbij deïstitutionalisering en zorgcontinuïteit centraal staan. Het inzetten op zorgcontinuïteit is aangewezen voor personen met een ernstige en chronische psychiatrische problematiek. Deze personen hebben meerdere, langdurige en complexe noden (Nicaise, Dubois, & Lorant, 2014). Sinds 2002 richt België zich vanuit artikel 107 op het hervormen van de GGZ. Zo werd er onder andere financiering geregeld voor mobiele teams die interdisciplinair samengesteld zijn en als doel hebben om psychiatrische zorgverlening in de thuissituatie verder uit te bouwen (Liegeois & Eneman, 2017).

Ondanks deze hervormingen neemt de wachttijd voor ambulante diensten in de GGZ toe ten opzichte van voorafgaande jaren in Vlaanderen. In 2017 wachtte

44% van de patiënten een maand of langer op hun eerste afspraak, een verhoging van de cijfers tegenover 30% in 2009 (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2018). Zij rapporteren ook dat de residentiële GGZ een toename kent in het aantal gedwongen opnames in de periode van 2002 (n= 48 600) tot 2014 (n= 71 900). Het is duidelijk dat de huidige zorg en het huidige aanbod in de GGZ een aantal lacunes vertonen.

Het aanbieden van een verpleegkundig spreekuur kan een mogelijk antwoord zijn op bovenstaande lacunes. In vele landen is het uitvoeren van een verpleegkundig consult<sup>1</sup> een gekende en geaccepteerde rol (Yousefi, Ziaee, & Golshiri, 2019). Zij beschrijven dat het consult de dienstverlening en kwaliteit van zorg optimaliseert. Zij rapporteren ook dat het consult inspeelt op het stabiliseren of verbeteren van de toestand van de patiënt. In Amerika en Nederland worden er consulten in de ambulante GGZ aangeboden (Drew, 2014; Rookhuizen, Stringer, Huising, de Ruijter, & van Meijel, 2017). Ook vanuit liaison psychiatrie worden er consulten aangeboden in een ziekenhuis, een rust- en verzorgingstehuis, de eerstelijnszorg of een andere medische setting (Devi, 2020; Koekkoek, van Baarsen, & Steenbeek, 2016; McLeod & Simpson, 2017). Zo zien we dat een verpleegkundig spreekuur verschillend wordt ingevuld door landen.

Ook de opleidingsgraad van de verpleegkundige in het spreekuur wordt verschillend ingevuld per land. In het Verenigd Koninkrijk, Canada, Amerika, Australië en Nederland wordt het spreekuur vaak door een verpleegkundig specialist uitgevoerd (Wand & White, 2015; Rookhuizen et al., 2017). Zowel een verpleegkundige met een bacheloropleiding (gespecialiseerd verpleegkundige)<sup>2</sup> als een verpleegkundige met een masteropleiding (verpleegkundig specialist) kan een verpleegkundig consult uitvoeren. Hij/zij dient in het bezit te zijn van een bijzondere beroepstitel in zijn/haar specifieke expertise (Hamric, Hanson, Tracy, & O'Grady, 2014; Verhaeghe et al., 2019). Het niveau van een verpleegkundig

---

<sup>1</sup> Verpleegkundig consult is een synoniem voor verpleegkundig spreekuur

<sup>2</sup> Verpleegkundig consulent is een synoniem voor gespecialiseerd verpleegkundige

specialist wordt aangeduid als “advanced practice nursing”. Deze term is een verzamelnaam voor onder andere nurse practitioner, clinical nurse specialist, advanced practitioner, clinical nurse consultant en specialist practitioner (Van Hecke, Beeckman, Opdebeeck, & Van Bogaert, 2015). Een gespecialiseerd verpleegkundige en een verpleegkundig specialist zijn reeds jaren bekend in landen zoals het Verenigd Koninkrijk, Canada en Amerika (Wand & White, 2015; Yousefi, Ziaee, & Golshiri, 2019). Desondanks worden deze rollen internationaal niet consistent herkend en geïmplementeerd in verscheidene Europese landen (Casey et al., 2017). Rolverduidelijking is een belangrijk aandachtspunt tijdens de implementatie (Elliott, Begley, Sheaf, & Higgins, 2016; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & Dicenso, 2011).

De nood aan rolverduidelijking zien we ook in België. In april 2019 werd de functie van verpleegkundig specialist officieel erkend (Koninklijk Besluit van 22 april 2019). Desondanks is er tot op heden geen goedgekeurd functieprofiel voor een gespecialiseerd verpleegkundige en/of verpleegkundig specialist (Verhaeghe et al., 2019). Het introduceren van nieuwe rollen in de gezondheidszorg is een complex proces (Elliot, Begley, Sheaf, & Higgins, 2016). Het verkennen van de visie van stakeholders is hierbij belangrijk (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004; Dijkstra, 2011). Stakeholders worden betrokken bij de implementatie en het in stand houden van het verpleegkundig spreekuur (Dijkstra, 2011). Weinig ondersteuning van het interdisciplinair team wordt geïdentificeerd als een barrière in deze implementatie (Elliot, Begley, Sheaf, & Higgins, 2016; Casey et al., 2017).

Leden van het interdisciplinair team zijn een belangrijke stakeholder in de implementatie van een verpleegkundig spreekuur. Om het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur in de GGZ te onderzoeken wordt de volgende onderzoeksvraag gesteld: “Hoe kijken hulpverleners werkzaam op een psychiatrische afdeling naar een verpleegkundig spreekuur in de GGZ?”.

## METHODOLOGIE

### Onderzoeksdesign

Het onderzoek werd uitgevoerd bij hulpverleners die nog geen ervaring hebben met een verpleegkundig spreekuur in de GGZ. Om hun gedachten, noden en opvattingen hierover te verkennen werd gekozen voor een kwalitatief onderzoek. Het exploratieve karakter van kwalitatief onderzoek kan een onbekend domein verkennen (Vaismoradi, Turnunen, & Bondas, 2013).

### Setting en participanten

Het onderzoek werd monocentrisch uitgevoerd in één Vlaams universitair ziekenhuis. De rekrutering werd begeleid door een verpleegkundig specialist werkzaam in het ziekenhuis. Een collega verpleegkundige ondersteunde de verpleegkundig specialist. Hulpverleners werden persoonlijk door hen ingelicht over het onderzoek en een informatiebrief werd verspreid in de verpleegpost en via e-mail. Contactname met een participant verliep via deze contactpersonen.

Vanuit een doelgerichte steekproef werden artsen, psychologen en verpleegkundigen uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. De rekrutering startte op één afdeling omdat daar de vraag naar een verpleegkundig spreekuur het grootste was. De meerderheid van de participanten werden gerekruteerd op deze afdeling. De steekproeftrekking werd beïnvloed door de kennis van de twee contactpersonen over de participanten. Tussentijdse analyses zorgden voor het aanscherpen van de steekproeftrekking. Er werd opgemerkt dat de participanten weinig werkervaring hadden. Hierdoor hadden zij mogelijks te weinig zicht op wat een verpleegkundig spreekuur zou kunnen betekenen voor hun afdeling of voor een bepaalde patiëntenpopulatie. Daarom werden participanten met meerdere jaren werkervaring uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Er werden ook enkele participanten gerekruteerd die ervaring hadden met een verpleegkundig spreekuur. Het rekruteren van een beperkt aantal disciplines bood te weinig inzicht in het perspectief van leden van het interdisciplinair team. Daarom werden er meerdere disciplines uitgenodigd.

Na het rekruteren van participanten werkzaam op een behandelafdeling werd in de afsluitende fase van het onderzoek gekozen om participanten te rekruteren die op een crisisafdeling werkzaam waren. Het rekruteren van participanten werkzaam op deze afdeling gaf andere inzichten over de data. Zo werden thema's zoals de inhoud van het verpleegkundig spreekuur en waar het spreekuur zich zou kunnen bevinden in het zorgtraject van de patiënt verder uitgediept.

Bij deelname aan het onderzoek werd de informatiebrief overlopen met de participant, was er ruimte tot het stellen van vragen en werd er een informatie- en toestemmingsformulier ondertekend door de participant en de onderzoeker.

### **Data-collectie**

Data-collectie verliep via een individueel interview. Een interview duurde gemiddeld 47,50 minuten (range: 35 minuten - 69 minuten). Er werd gekozen voor een semi-gestructureerde interviewstijl. Hierdoor kwamen de thema's in de interviewgide aan bod maar werd de volgorde of inhoud bepaald door de participant. Met minimale sturing vanuit een open vraagstelling werd het perspectief van de participant geëxploreerd (Kallio, Pietila, Johnson, & Kangasniemi, 2016; Moser & Korstjens, 2018).

De eerste interviewgide (zie bijlage 1) steunde deels op literatuur maar werd vooral opgebouwd vanuit de ervaring en kennis van de verpleegkundig specialist over een verpleegkundig spreekuur en de setting. Zo werden er thema's op basis van onderzoeksnoden toegevoegd in de interviewgide. De tweede en derde interviewgide (zie bijlage 2 en 3) werden aangepast op basis van tussentijdse analyses. Zo startte de eerste vier interviews met een definitie over het verpleegkundig spreekuur waarbij participanten hun mening gaven over de definitie. De volgende interviews startten met een open vraag: "Wat denkt u bij het horen van de term verpleegkundig spreekuur?". Andere thema's in de interviewgide waren gericht op de inhoud van het spreekuur, de verhouding naar andere disciplines, de competenties/opleiding van de verpleegkundige in het

spreekuur, het opnemen van medisch gedelegeerde taken en welke plaats het spreekuur zou hebben in de transmurale zorg. Afsluitend werden demografische gegevens zoals leeftijd, functie en werkervaring bevroegd.

De interviews vonden plaats op een moment en locatie naar keuze van de participant (Holloway & Galvin, 2017). Zo gingen er twaalf van de vijftien interviews door in een gesprekslokaal op de afdeling waar de participant werkte. Door Covid-19 maatregelen werden er drie interviews telefonisch (n=1) en via Skype (n=2) uitgevoerd.

### **Data-analyse**

Het onderzoek verliep volgens een iteratief proces, waarbij data-collectie en data-analyse afwisselend plaatsvonden (Holloway & Galvin, 2017). Er werd een thematische analyse toegepast om thema's te formuleren die terugkwamen in de data. Zo werden er grote thema's gevormd met subthema's. De thematische analyse werd uitgevoerd vanuit stappen geformuleerd door Braun & Clarke (2006).

Elk interview werd letterlijk getranscribeerd door de onderzoeker en ook de context werd meegenomen in de transcriptie. Zo werden non-verbale communicatie, de omgeving van het gesprek en de reflecties van de onderzoeker beschreven in de transcriptie. Om zo volledig mogelijk te transcriberen werd het interview éénmaal zorgvuldig beluisterd en uitgetypt. Om vertrouwd te geraken met details in de data werden interviews veelvuldig herlezen. Betekenisvolle gehelen werden uit de data gehaald en initiële codes werden toegekend. De data werd georganiseerd met behulp van het softwarepakket Nvivo 12 (QSR International) dat het proces van data-analyse faciliteerde (Moser & Korstjens, 2018; Holloway & Galvin, 2017). Na zes interviews werd de eerste analyse uitgevoerd en uitgeschreven in een tussentijdse analysetekst waarbij codes en thema's werden gevormd. Tijdens het analyseproces was het nagaan van de relatie van elk thema tot de code een belangrijke stap om thema's te herdefiniëren. Vier onderzoekers lazen onafhankelijk de interviews en gaven



codes en thema's aan de data. Dit proces werd herhaald bij tien, twaalf en vijftien interviews. Op basis van deze tussentijdse analyses werden de thema's herbekeken en aangepast. De finale analyse werd gekenmerkt door het onderscheiden van hoofd- en subthema's waarbij de relatie tussen beide werd verduidelijkt. Voor een aantal hoofd- en subthema's werd data-saturatie bereikt, er kwamen geen nieuwe inzichten om het thema te beschrijven (Moser & Korstjens, 2018).

### **Kwaliteitsmaatregelen**

Het iteratief proces zorgde voor een voortdurende wisselwerking tussen de reeds verkregen data en de volgende interviews. Dit onderdeel van de masterproef wordt verder beschreven aan de hand van vier concepten uit kwalitatief onderzoek: (1) confirmability, (2) credibility, (3) transferability en (4) dependability (Holloway & Galvin, 2017; Korstjens & Moser, 2018).

#### 1. Confirmability

De onderzoeker hield een audit trail bij tijdens het onderzoek waarin alle beslissingen gedetailleerd werden beschreven. Zo werd bijvoorbeeld de aanpassing van de inclusiecriteria beschreven. Het bijhouden van een audit trail verhoogde de betrouwbaarheid van het onderzoek (Holloway & Galvin, 2017; Korstjens & Moser, 2018).

#### 2. Credibility

Tijdens de interviews nam de onderzoeker tijd om het perspectief van de participant te verkennen en werden onduidelijkheden bevroegd (Holloway & Galvin, 2017). De onderzoeker reflecteerde uitgebreid tijdens het transcriberen van een interview. Tijdens onderzoekerstriangulatie werd er stilgestaan bij de codes, analyses en de interpretatie van de data. Twee van de vier onderzoekers waren verbonden aan de setting van het onderzoek en kenden de participanten persoonlijk. Tijdens onderzoekerstriangulatie werd er uitgebreid gereflecteerd over de resultaten en mogelijke eigen interpretatie. Hierdoor werd de objectiviteit vergroot (Korstjens & Moser, 2018).

### 3. Transferability

Er werd gebruik gemaakt van thick description tijdens het schrijven van de masterproef. Hierbij werd een uitgebreide omschrijving gegeven over de participanten hun karakteristieken, de setting en het proces van het onderzoek om een volledige beschrijving van het onderzoek mee te geven aan de lezer. Hierdoor werd de kwaliteit van het onderzoek vergroot (Korstjens & Moser, 2018).

### 4. Dependability

De onderzoeker schreef een referentiekader uit voor de start van het onderzoek. Dit referentiekader bevat gegevens die persoonlijk en professioneel van aard zijn. Daarnaast schreef de onderzoeker ook een antwoord op de onderzoeksvraag, vanuit eigen perspectief. Reflexivity vergrootte de betrouwbaarheid van het onderzoek (Holloway & Galvin, 2017).

### **Ethische overwegingen**

Het onderzoek met Belgisch registratienummer: B670201940657 werd goedgekeurd door het ethisch comité. De informatiebrief werd met de participanten overlopen voor de start van het interview en er werd tijd gemaakt om eventuele vragen te beantwoorden. Participanten vulden de geïnformeerde toestemming in bij deelname aan het onderzoek. Participanten hun goedkeuring om het interview op te nemen op een audio-recorder werd voor de start van het interview bevraagd. Transcripties werden gepseudonimiseerd.

## RESULTATEN

In totaal namen vijftien participanten deel aan het onderzoek waarvan tien vrouwen en vijf mannen. De leeftijd varieerde van 23 tot 60 jaar. Tijdens hun deelname waren alle participanten werkzaam op een psychiatrische afdeling in hetzelfde Vlaams universitair ziekenhuis. De participanten werden gerekruteerd uit één behandelafdeling, één dagbehandeling, één crisisafdeling en één mobiel team acute zorg. De karakteristieken van de participanten wordt weergegeven in tabel 1.

*Tabel 1: karakteristieken van de participanten*

<b>Geslacht</b>	Vrouw	n= 10
	Man	n=5
<b>Leeftijd</b>	20-29 jaar	n=2
	30-39 jaar	n=6
	40-49 jaar	n=5
	>50 jaar	n=2
<b>Functie</b>	Verpleegkundige	n=7
	Hoofdverpleegkundige	n=1
	Zorgmanager	n=1
	Non-verbaal therapeut	n=2
	Psycholoog	n=2
	Psychiater/ASO	n=2
<b>Werkervaring</b>	0-4	n=2
	5-9	n=2
	10-14	n=3
	15-19	n=5
	>20	n=3

In dit onderdeel wordt eerst het algemeen kader van het onderzoek besproken en daarna de thema's en subthema's uit de data. Er werden drie thema's weerhouden uit de data: (1) inhoud van het verpleegkundig spreekuur, (2) doel van het verpleegkundig spreekuur en (3) randvoorwaarden voor een verpleegkundig spreekuur. Een overzicht van de thema's en subthema's wordt gegeven in figuur 1.

### **Het algemeen kader van het onderzoek**

Participanten geven over het algemeen aan dat ze niet vertrouwd zijn met een verpleegkundig spreekuur. Sommige participanten horen voor het eerst van het spreekuur. Anderen weten iets over het spreekuur omdat het thema leeft op sommige afdelingen. Het onderzoek brengt voor de participanten vele vragen met zich mee. Participanten geven over het algemeen aan niet te weten wat ze nu en in de toekomst mogen verwachten van een verpleegkundig spreekuur.

*Participant 10:*

*“Wel ik dacht eigenlijk aan niet veel, ik dacht vooral van: “Ik weet eigenlijk niet zo goed wat dat inhoudt”. Ik weet dat daar al een hele tijd over gesproken wordt in de zin van: “We zouden dat wel eens moeten hebben”, dat is zo een begrip dat af en toe al eens de revue gepasseerd is. Maar ja ik wist dan dat je kwam en toen dacht ik zo van pff, geen flauw idee eigenlijk waar beginnen daaraan.”*

### **Inhoud van het verpleegkundig spreekuur**

Participanten vergelijken de inhoud van het spreekuur met het werk van een verpleegkundige op een psychiatrische afdeling. Participanten benoemen dat een verpleegkundig spreekuur gekleurd moet worden door enerzijds de betekenis van het leven met een psychische ziekte en hoe de verpleegkundige daar concrete ondersteuning in kan bieden. Anderzijds is er ook ruimte voor verpleegtechnische handelingen met aandacht voor het somatische aspect van een behandeling.

### *Betekenis van het leven met een psychische ziekte*

Participanten benoemen hoe dagelijkse thema's in zelfzorg zoals slaaphygiëne, voeding, werken, relaties en sociale contacten worden beïnvloed door de aanwezigheid van psychopathologie. Hierdoor krijgt het dagelijks leven hindernissen zoals het omgaan met eigen diagnose en ziekte, medicatie- en therapietrouw, het omgaan met verstoorde emoties en het organiseren en behouden van een dagstructuur. De connectie tussen een verpleegkundige en patiënt wordt door vele participanten benoemd als een therapeutisch contact omdat de verpleegkundige functioneert als een veilige haven voor de patiënt. De verpleegkundige in het spreekuur maakt tijd voor de ervaring van de patiënt met zijn psychische ziekte.

#### *Participant 11:*

*“Ja, je krijgt een bepaalde diagnose of je krijgt een bepaald ja (...) tgh ik kan niet zeggen een stempel maar hoe heb je dat nu eigenlijk opgenomen en hoe ga je daar nu mee om.”*

### *Ondersteuning van het dagelijks leven met een psychische ziekte*

Een verpleegkundige kan volgens de participanten snel inspelen op wat een patiënt ervaart in het leven. Een verpleegkundige gaat in gesprek met de patiënt en exploreert samen met de patiënt wat er moeilijk loopt. De patiënt kan zelf thema's aanbrengen waarbij hij moeilijkheden ervaart. De verpleegkundige kan aan de hand van gespreksmethodieken zoals een motivationeel gesprek ondersteuning bieden aan de patiënt. Participanten benoemen dat een verpleegkundige advies kan verlenen en/of samen met de patiënt op zoek kan gaan naar hoe hij kan omgaan met een situatie. Participanten benoemen dat deze ondersteuning belangrijk is voor patiënten om stabiliteit te bieden en de coping te versterken. Slaap- en eetproblemen, relationele moeilijkheden, zelfmoordgedachten en craving naar middelen zijn voorbeelden van thema's die aan bod kunnen komen. De verpleegkundige maakt tijd voor het evalueren van de zorg en gemoedstoestand van de patiënt, zoals het bevragen van zelfmoordgedachten.

*Participant 14:*

*“Om dan uiteindelijk tot een aantal thema’s te komen waar dat iemand vrij concreet rond wil bezig zijn, bijvoorbeeld: “Wat met tijd die vrijgekomen is omdat ik niet meer gebruik, hoe kan ik die zinvol invullen?” of “Wat met het moment dat ik craving en zin heb om toch opnieuw te gebruiken en hoe kan ik daar tegen in gaan?”. Dus dat zijn eigenlijk al wat concrete gesprekken.”*

### *Familie en betekenisvolle anderen*

Niet alle participanten dachten meteen aan deze doelgroep. Vaak dachten participanten pas aan deze doelgroep wanneer de onderzoeker deze doelgroep introduceerde tijdens het interview. Hoe de patiënt in relatie treedt met familie en betekenisvolle anderen en hoe deze relatie wordt ervaren door zowel de patiënt als zijn familie, is voor participanten belangrijk in het verpleegkundig spreekuur. Volgens de participanten heeft de familie vaak vragen in het omgaan met de patiënt. Huidige initiatieven zoals familieavonden nemen al een grote rol op maar daar komen persoonlijke vragen niet aan bod. Enkele participanten geven aan dat het veel kan betekenen voor familie om te weten dat er een verpleegkundige tijd wil en kan maken voor hen. Dit lukt tijdens een residentiële opname niet altijd. Participanten vinden het belangrijk om zicht te hebben op de dynamiek die thuis afspeelt zodat de zorgafstemming geoptimaliseerd wordt.

*Participant 5:*

*“Nou ja, wat je nu ook wel wat merkt is dat familie met veel vragen zit en ja dat die ook niet altijd bij iedereen terecht kunnen zeg maar, want ja de patiënt is opgenomen maar de partner, de ouders of de soms ook de kinderen, die zitten ook met heel veel vragen. En hoe moet je daar nu mee omgaan en als iemand zijn boterhammen niet op eet, moet je daar dan juist iets over zeggen of juist niets zeggen, dat soort dingen meer.”*

### *Verpleegtechnische handelingen*

De meerderheid van de participanten benoemen dat een verpleegkundige in het spreekuur parameters kan opvolgen zoals het meten van de bloeddruk, wegen en glycemie controle. De verpleegkundige kan ook inspuitingen geven en wondzorg uitvoeren. Het uitbreiden van deze taken kwam niet spontaan aan bod tijdens de interviews. Participanten benoemen een begrenzing in de taken van de verpleegkundige in het spreekuur. Het opnemen van medisch gedelegeerde taken, zoals het voorschrijven van psychofarmaca is voor de meerderheid van de participanten verbonden aan risico's. Het opstarten van nieuwe psychofarmaca is voor hen een grote verantwoordelijkheid die ze liever bij de arts zien. Participanten hebben schrik dat er suïcide wordt gepleegd of dat patiënten afhankelijk worden van de psychofarmaca. Participanten benoemen een verschil tussen het opstarten van nieuwe psychofarmaca of bestaande voorschriften verlengen. Een bestaand voorschrift verlengen kan volgens meerdere participanten zonder risico's. Het informeren over bijwerkingen en het bevragen van de ervaring met de medicatie zou wel aan bod kunnen komen in het spreekuur, wat nu bij de psychiater te weinig gebeurt. Participanten benoemen gelijkaardige voorwaarden in het opvolgen van laboresultaten. Enerzijds zouden patiënten minder lang moeten wachten op hun resultaten. Anderzijds zien ze ook risico's verbonden aan het opnemen van deze taak. Zo geven participanten aan dat niet iedere verpleegkundige voldoende kennis heeft en/of zichzelf competent voelt om dit op te nemen.

#### *Participant 9:*

*“Mijn idee is dat je met psychofarmaca wel heel wat mis kan doen en ja, ik denk dan aan suïcide en ja, ik denk dat mensen wel heel wat misbruik kunnen maken daarvan of zo de verslavingsgevoelige medicatie denk ik dat, dat ook wel een gevaar kan doen.”*

## Doel van het verpleegkundig spreekuur

Het verpleegkundig spreekuur heeft verschillende doelstellingen. Dit thema bevat vier subthema's. Zo verwachten de participanten dat het spreekuur laagdrempelig beschikbaar is en voor continuïteit zorgt. De verpleegkundige in het spreekuur functioneert als een schakelfiguur en heeft een belangrijke signaalfunctie in de behandeling van de patiënt.

### *Laagdrempelige beschikbaarheid*

Participanten beschrijven verpleegkundigen als een discipline die de patiënt zien op elk moment van de dag tijdens hun verblijf op een residentiële afdeling. Ze zijn bereikbaar voor een gesprek wanneer het moeilijk gaat en observeren de hele dag. Verpleegkundigen hebben volgens participanten een vertalende functie van wat er tijdens de consultaties bij de arts wordt besproken. Participanten benoemen dat een verpleegkundig spreekuur laagdrempelig beschikbaar moet zijn voor de patiënt. Zo kunnen ze dagelijkse gebeurtenissen en/of hun behandeling bespreken. Ook onduidelijkheden vanuit de consultatie met een arts en/of psycholoog kunnen besproken worden in het spreekuur. Een luisterend oor is volgens de participanten belangrijk.

#### *Participant 9:*

*“Het laagdrempelig aanwezig kunnen zijn, geen hoge drempel om in contact te komen met mensen, ik denk dat dat zeker binnen zo een spreekuur, het zou heel belangrijk zou kunnen zijn dat mensen gewoon er kunnen zijn voor iemand die.... Ik vind dat trouwens één van de hoofdfuncties van een verpleegkundige in het algemeen van er te zijn, laagdrempelig aanwezig te zijn, iemand te zijn waar ze terecht kunnen.”*

### *Continuïteit*

De verpleegkundige wordt reeds bij het begin van de opname in de behandeling betrokken. Participanten benoemen een vertrouwensband tussen de verpleegkundige en de patiënt. Deze vertrouwensband is vaak gekoppeld vanuit de individuele begeleiding tussen één verpleegkundige en een patiënt tijdens de



opname. De patiënt en de individuele begeleider bewandelen samen een intensief traject tijdens de opname. Participanten, voornamelijk werkend op een behandelafdeling, ervaren dat het moeilijk is om patiënten los te laten. Bij het beëindigen van de behandeling op de residentiële afdeling stopt ook de individuele begeleiding. Vele participanten benoemen dat ze het moeilijk vinden dat dit proces plots stopt. Participanten geven aan dat verpleegkundigen graag verder willen werken aan de behandeling met de patiënt. Sommige participanten vermoeden dat patiënten dit ook moeilijk vinden omdat er soms nog contact wordt opgenomen via telefoon of e-mail met de individuele begeleider of andere verpleegkundigen. Participanten merken ergens een bepaalde nood aan verdere begeleiding op bij de verpleegkundigen maar weten niet of dit ook voor de patiënten geldt. Participanten zien het spreekuur als een extra stap in de afbouw van de behandeling waarbij de continuïteit van de verpleegkundige begeleiding wordt gegarandeerd.

*Participant 12:*

*“Je hebt een bepaalde band opgebouwd met je patiënt, de patiënten vinden dat ook wel jammer van: “Ik ga u niet meer zien, mag ik u nog eens bellen”. En dikwijls zeggen we wel van: “Bel maar een keer of spring nog eens binnen”. Maar door de wisselende uren ben je hier soms niet. En eigenlijk in principe mag het ook niet omdat we daar geen tijd voor hebben of krijgen.”*

Enkele participanten, voornamelijk werkzaam op een crisisafdeling, benoemen dat het spreekuur ook ondersteunend kan zijn voor patiënten die na een crisisopname wachten op een doorverwijzing naar een behandelafdeling of ambulante hulp. Nu melden deze patiënten zich vaak terug aan op de crisisafdeling of escaleert de situatie thuis door de lange wachttijd. De participanten zien het verpleegkundig spreekuur als een kans om de patiënt op te volgen en de voorafgaande zorg niet verloren te laten gaan.

*Participant 15:*

*“Er is wel een grote of een lange wachttijd voor het gewone mobiel team. Misschien dat iemand... Dat het verpleegkundig spreekuur daar wel mensen zou kunnen opvangen. Dan is de crisis eigenlijk gepasseerd is, waarbij het mobiel crisisteam eigenlijk geen meerwaarde zou kunnen... Waarbij het mobiel crisisteam het gewoon stop zet, de crisis is gedaan. Maar dan komen die vaak op een wachtlijst ergens of terwijl voor een opname voor een behandeling ofwel voor het mobiel team.”*

De meerderheid van de participanten zijn ervan overtuigd dat het verpleegkundig spreekuur een opname op een psychiatrische afdeling kan vermijden. De meerderheid van de participanten zien het spreekuur ambuland en voornamelijk binnen een nazorgtraject.

*Participant 2:*

*“Wij hebben hier redelijk veel heropnames en sommige momenten denk ik van als die mensen de kleine stap kunnen zetten naar in de groep komen en dat daar bespreken, dat dit kan voorkomen worden.”*

### *Schakelfiguur*

Participanten zien een verpleegkundige in het spreekuur samenwerken met de leden van het interdisciplinair team. Weinig participanten denken tijdens het interview na over welke rol een verpleegkundig spreekuur in de transmurale zorg zou kunnen opnemen. Bij het introduceren van dit thema begrijpen enkele participanten het concept van transmurale zorg niet. Wanneer dit concept verduidelijkt wordt zien de meeste participanten het spreekuur eerder intramuraal. Enkele participanten zien ook een rol voor het verpleegkundig spreekuur in de transmurale zorg. Zo zou de eerstelijnszorg meer betrokken kunnen worden in de behandeling van de patiënt, zoals een huisartsenpraktijk en thuisverpleegkundigen. Het verpleegkundig spreekuur draagt volgens participanten bij aan zorgcontinuïteit.

*Participant 6:*

*“Ik denk dat verpleegkundigen daar ook wel rol in kunnen spelen, in het thuiszorg stuk met de huisarts. Als het daar niet bijzonder is voor een psychiater te betrekken dat de verpleegkundige dan een voorstel kan maken van afbouw van zorg of van... Ja, dat denk ik wel. Dus ik zou het breder zien dan ook in opname, dan het ziekenhuis ik zal het zo zeggen en dan ambulante en residentiële, op het termijn dan hé.”*

### **Signaalfunctie**

Klinisch redeneren is voor de participanten belangrijk in het verpleegkundig spreekuur. Een verpleegkundige kan tijdens het spreekuur psycho-educatie geven. Zo kan er bijvoorbeeld educatie gegeven worden over psychopathologie, psychofarmaca, lichaamsbeweging, zelfzorg en gezonde voeding. Participanten vinden het belangrijk dat een verpleegkundige in het spreekuur aan risico inschatting doet en alarmsignalen opvangt. Deze alarmsignalen kunnen bijvoorbeeld gewichtstoename of afname, toenemende zelfmoordgedachten en afwijkende parameters zoals een verhoogde bloeddruk betekenen. Voor hen is het belangrijk dat de verpleegkundige hier tijdig op anticipeert en contact opneemt met de leden van het interdisciplinair team. Zo kan er tijdig een afspraak geregeld worden bij de betrokken discipline, zoals een psychiater of een psycholoog.

*Participant 6:*

*“Naar gewichtsovervolging, naar andere somatische parameters omdat ze toch in een medisch beroep staan. Dat het dan wel een signaalfunctie kan hebben tussendoor van: “Oei, jij moet dan eens sneller naar de arts want dat loopt hier niet”. Ik denk dat dat ook wel een belangrijke taak kan zijn.”*

### **Randvoorwaarden voor het verpleegkundig spreekuur**

Een verpleegkundig spreekuur implementeren gaat samen met drie randvoorwaarden volgens de participanten. Zo is het voor hen belangrijk dat de verpleegkundige in het spreekuur de juiste competenties en opleiding bezit, dat

er interprofessioneel wordt afgestemd en dat organisatorische bezorgdheden worden meegenomen.

### *Competenties en opleiding*

De verpleegkundige in het spreekuur moet volgens de participanten meerdere competenties bezitten. De basisvaardigheden van een psychiatrisch verpleegkundige zoals empathisch optreden, gesprekstechnieken beheersen en kennis van psychopathologie zijn voor participanten essentieel in een verpleegkundig spreekuur. Participanten verwachten verpleegkundige expertise maar vinden het over het algemeen moeilijk om deze expertise te beschrijven. Sommige participanten beschrijven het als een soort voeling met een ziektebeeld en/of doelgroep. Voor hen is het belangrijk dat een verpleegkundige ervaring heeft met de doelgroep van het spreekuur. De meerderheid van de participanten ervaren verpleegkundigen werkzaam op de psychiatrische afdelingen als competent genoeg om een spreekuur te leiden. Klinisch redeneren is voor vele participanten belangrijk om een evenwicht te vinden in het werken in een interdisciplinair team en het autonoom werken als verpleegkundige in het spreekuur. Hierbij vinden participanten het belangrijk dat de focus van het verpleegkundig spreekuur bewaakt wordt door de verpleegkundige.

#### *Participant 7:*

*“Zelfstandig kunnen werken, autonoom kunnen werken. Sowieso ook maar dat is geen competentie, de kennis hebben. Ik denk niet dat je kan afstuderen en zeggen van: “Ik ga nu met een verpleegkundig spreekuur beginnen”. Je moet het wel wat in de vingers hebben. Je moet kunnen klinisch redeneren, je moet weten wat er gebeurt als je antipsychotica neemt en ook weten wat de symptomen zijn van pathologieën en linken kunnen leggen.”*

Zowel de graad van competenties als de mate en inhoud van opleiding is voor vele participanten verbonden met de inhoud van het verpleegkundig spreekuur. Wanneer er een uitbreiding van het takenpakket plaats vindt, zoals het voorschrijven van psychofarmaca en interpreteren van laboresultaten

verwachten participanten een hoger gehalte aan expertise. Participanten maken zich de bedenking of verpleegkundigen hier voldoende in opgeleid zijn. Naast de basisopleiding tot psychiatisch verpleegkundige wordt er niet meteen verwezen naar een bepaalde opleidingsgraad zoals bijvoorbeeld master. Het benoemen van de juiste opleiding voor het opnemen van deze taken is voor vele participanten moeilijk. Niet-verpleegkundige participanten geven aan weinig zicht te hebben op het opleidingsaanbod. Verpleegkundige participanten geven wisselende opvattingen. Enkele van hen verwachten een minimum scholing als bachelor of master. De meerderheid van de participanten denken eerder aan een opleiding intern of extern waarbij verpleegkundigen kunnen groeien in hun kennis.

*Participant 13:*

*“Maar om daar nu al een opleiding aan te... Iedereen heeft een basisopleiding verpleegkunde, van daaruit kan je al veel maar dan ja een keer als het concreet wordt moet dat eens bekeken moeten worden denk ik, welke vorming ja, bepaalde vorming op maat dat er dan kan gemaakt worden.”*

#### *Interprofessionele afstemming*

Ook de verhouding van het verpleegkundig spreekuur tegenover de andere disciplines van het interdisciplinair team is begrensd. Voornamelijk niet-verpleegkundige participanten benoemen de noodzaak tot interprofessionele afstemming in het verpleegkundig spreekuur. De verpleegkundige taken moeten duidelijk vastgelegd worden en de grenzen moeten hier in gerespecteerd worden. Zo geven meerdere participanten aan dat het niet de bedoeling is dat verpleegkundigen therapeutisch werk op zich nemen. Dit is voor hen een domein voor een psycholoog. Wat therapeutisch werken als verpleegkundige inhoudt en welke grenzen hierbij verbonden zijn kunnen participanten moeilijk benoemen. Meerdere participanten benoemen dat de verpleegkundige in het spreekuur geen onderliggende psychologische mechanismen moet exploreren zoals een traumatische gebeurtenis uit het verleden. Participanten verwachten dat de

verpleegkundige in het spreekuur deze grens zelf aanvoelt. De focus moet voor hen op dagelijkse thema's in het leven met een psychische ziekte blijven.

Vooraf niet-verpleegkundige participanten zien het verpleegkundig spreekuur als een kans tot het afbakenen en optimaliseren van hun eigen taakhoud. Zo kan een verpleegkundige in het spreekuur bijvoorbeeld gewichtscontrole doen bij een patiënt met een eetstoornis en hoeft dit niet meer bij de psychiater en/of psycholoog gebeuren. De participanten benoemen een verschuiving in de inhoudelijke organisatie van de ambulante zorg, waardoor zij meer ruimte zien voor hun eigen focus. Volgens meerdere participanten kunnen hulpverleners in de ambulante zorg zich te weinig richten op hun eigen focus waardoor er te weinig tijd is om patiënten voldoende te begeleiden.

*Participant 10:*

*“Dan lijkt het mij wel fijn dat er gewoon kan gebeld worden van: “Ik zou het wel leuk vinden als die naar jouw spreekuur kan komen met die focus”. En ook omgekeerd als mensen tijdens zo'n spreekuur merken van: “Ik merk dat ik op dat thema toch heel veel bots dat dat ook kan teruggekoppeld worden”.”*

#### *Organisatorische bezorgdheden*

De meerderheid van de participanten zijn bezorgd over de organisatie van het verpleegkundig spreekuur. Ze maken zich zorgen over de praktische uitrol van het spreekuur, de financiering en de personeelsbezetting. Participanten geven aan een richtinggevend kader te missen. Sommige participanten twijfelen aan de haalbaarheid van het spreekuur. Sommige participanten maken zich ook zorgen over hoe het spreekuur aangerekend zal worden aan de patiënt. Eén participant geeft aan schrik te hebben dat er veel zal verwacht worden van de verpleegkundige in het spreekuur, zowel door de organisatie als door de patiënt. Enkele participanten benoemen dat verpleegkundigen zelf moeten kiezen of ze de rol van verpleegkundige in het spreekuur willen opnemen.

*Participant 12:*

*“Ja ik vind dat wel een extra druk die daaraan vastligt, niet dat ik daar mijn best... Ik ga evengoed mijn best doen nu ook maar naar de patiënt toe heb je toch een zekere ja de effectiviteit moet toch, dat moet niet maar dat komt zo over van: “Ik moet hier effectief zijn en dat gesprek moet hen serieus vooruit helpen want zij betalen hier wel geld voor dat gesprek”.”*

Enkele participanten merken op dat het verpleegkundig spreekuur een duidelijke plaats in de GGZ nodig heeft. Een aandachtspunt volgens de participanten is dat het spreekuur zich moet onderscheiden van andere zorginstanties. Het is voor hen niet de bedoeling dat het spreekuur de huidige ambulante hulpverlening vervangt. Zo zou een verpleegkundig spreekuur kunnen inspelen op de wachttijden in zowel de ambulante als residentiële zorg door patiënten een kortdurende ambulante behandeling aan te bieden, in afwachting van de geplande zorg. Anderzijds zien sommige participanten het spreekuur als een middel om wat geleerd werd tijdens een opname te bestendigen, doordat patiënten in nazorg komen.

*Participant 13:*

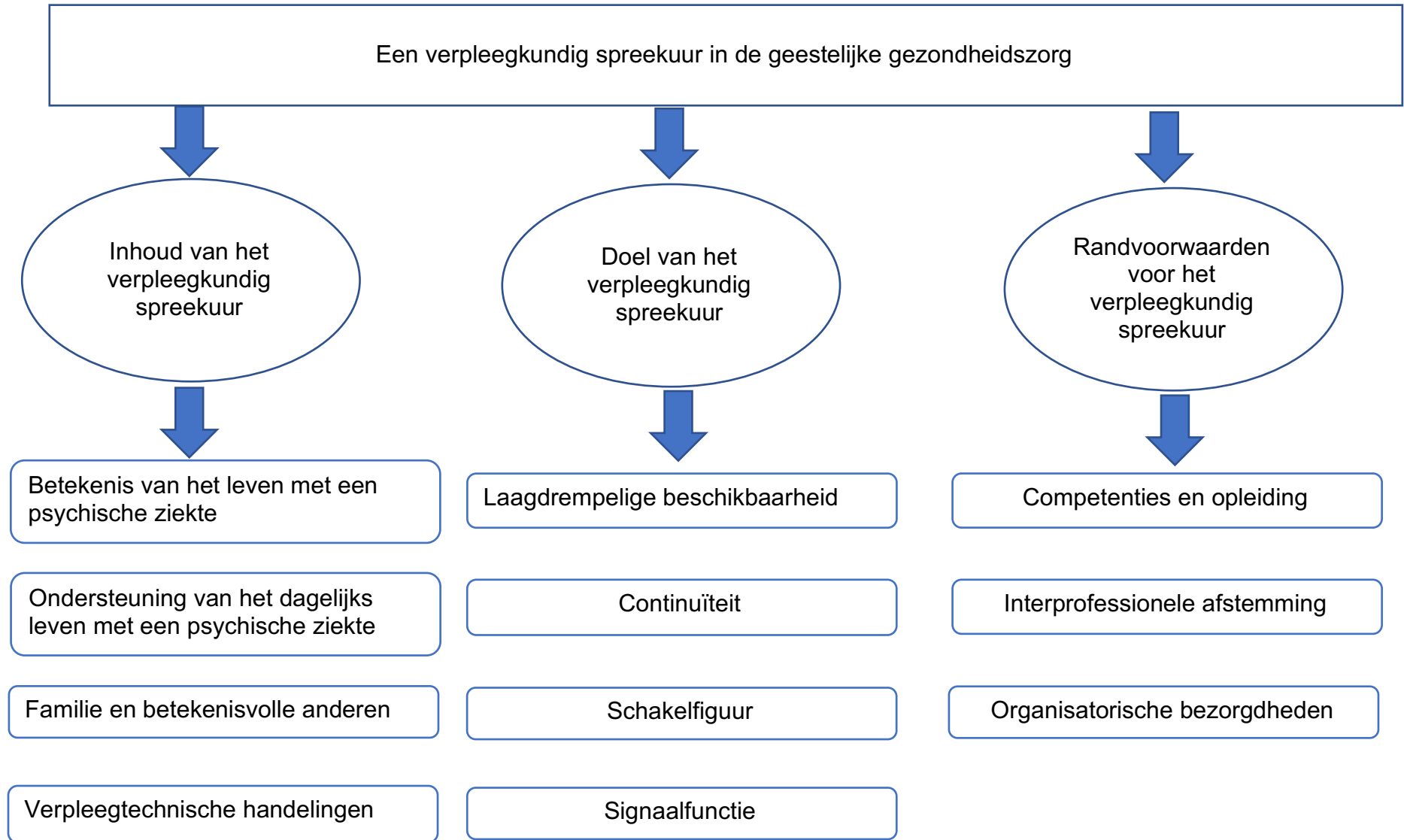
*“Je moet ergens specificeren met hetgene wat er al is denk ik. Bijvoorbeeld psychologen die al mensen ambulant zien, het mobiel crisisteam bijvoorbeeld in navolging van ons wordt er heel vaak het mobiel crisisteam opgestart. Die komen dan dagelijks langs voor een gesprek. Ik denk dat je een beetje moet kijken dat je niet in het vaarwater zit van andere disciplines, dat het wel specifiek genoeg is om te tellen zeg maar”.*

De meerderheid van de participanten zien het verpleegkundig spreekuur als een individueel moment tussen de patiënt en de verpleegkundige. De minderheid van de participanten maakt zich de bedenking dat groepssessies meer haalbaar zijn dan individuele gesprekken. Deze participanten ervaren groepssessies als efficiënt werken omwille van het tijdsparend karakter en omdat patiënten van elkaar leren tijdens de sessies. Een alternatief zoals een telefonisch consult geeft

gemengde reacties bij de participanten. Algemeen lijkt een telefonisch consult gemakkelijk om snel advies te kunnen geven maar er wordt toch eerder gekozen voor een individueel face-to-face gesprek waarbij er ruimte is om in gesprek te gaan met elkaar.



Figuur 1: overzicht thema's



## DISCUSSIE

Het onderzoek wil een antwoord bieden op de volgende onderzoeksvraag: “Hoe kijken hulpverleners werkzaam op een psychiatrische afdeling naar een verpleegkundig spreekuur in de GGZ?”. In dit onderdeel worden de resultaten en methodologische overwegingen besproken en implicaties voor de praktijk en verder onderzoek toegelicht.

### **Bespreking van de resultaten**

Participanten ervaren het verpleegkundig spreekuur als een onbekend domein. Ze geven aan dat ze een richtinggevend kader missen. Dit kan te maken hebben met het ontbreken van een wettelijk kader. In België zijn er tot op heden nog geen erkende functieprofielen voor zowel een gespecialiseerd verpleegkundige als een verpleegkundig specialist (Verhaeghe et al., 2019). In vele landen waar een verpleegkundig spreekuur wordt opgenomen door een verpleegkundig specialist is deze functie vaak wettelijk erkend en beschermd (Lowe & Plummer, 2019).

De huidige gezondheidszorg in België focust zich voornamelijk op ziekte-specifiek management en acute zorg (De Ridder, Bourgeois, Van den Bogaert, & Van der Brempt, 2017). Dit wordt ook opgemerkt door de participanten. Onze resultaten geven een hiaat weer in de begeleiding na opname op een psychiatrische afdeling. Voor de participanten zou er meer graduele afbouw van de zorg aanwezig mogen zijn. Onze resultaten tonen aan dat er veel patiënten in heropname komen terwijl dit voorkomen zou kunnen worden door het creëren van meer ambulante begeleiding zoals het verpleegkundig spreekuur. Onze resultaten hebben een gelijkenis met het onderzoek van Smith et al., (2019) waar gerapporteerd wordt dat de overgang van de residentiële naar de ambulante zorg in de GGZ de nodige aandacht vraagt.

Participanten beschouwen het therapeutisch contact tussen de verpleegkundige en een patiënt als een veilige haven. De betekenis van het leven met een psychische ziekte wordt gedeeld tussen de verpleegkundige en een patiënt. Het

nastreven van dit therapeutisch contact wordt door één studie in de GGZ en twee in de somatische zorg bevestigd, waaronder één systematische review (Cook, McIntyre, Recoche, & Lee, 2019; Karimi-Shahanjarini et al., 2019; McLeod & Simpson, 2017). Zo ervaren oncologisch vrouwelijke patiënten het contact met de gespecialiseerd verpleegkundige als hecht en therapeutisch omdat er tijd wordt gemaakt om te luisteren (Cook, McIntyre, Recoche, & Lee, 2019). De therapeutische relatie tussen een verpleegkundige en een patiënt tijdens het spreekuur uit zich in persoonsgerichte zorg, waarbij de patiënt in zijn totaliteit wordt betrokken in de behandeling (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; McLeod & Simpson, 2017). De patiënt wordt aangespoord om meer initiatief te nemen in zijn behandeling (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). Persoonsgerichte zorg is respectvol en gericht naar de individuele noden, voorkeuren en waarden van de patiënt (Soltis-Jarrett, 2016). Het dagelijks leven staat volgens participanten centraal in het verpleegkundig spreekuur. Zo bekijkt de verpleegkundige samen met de patiënt thema's uit het dagelijks leven en biedt ondersteuning. Het versterken van de coping en bestendigen van de stabiliteit is voor hen belangrijk. Yousefi, Ziaee, & Golshiri (2019) beschrijven hoe een verpleegkundig spreekuur patiënten met een chronische ziekte kan ondersteunen in hun coping en hoe de eigen controle op de ziekte vergroot wordt.

Onze resultaten beschrijven dat familie en betekenisvolle anderen een belangrijke plaats hebben in het spreekuur. Cook, McIntyre, Recoche, & Lee (2019) rapporteren dat interesse hebben in het verhaal van de patiënt en diens familie belangrijk is voor de behandeling van de patiënt. Participanten benoemen dat een verpleegkundige een vertaalfunctie heeft naar de patiënt en diens familie. Hierbij worden onduidelijkheden vanuit consultaties bij andere disciplines zoals een psychiater verhelderd (Soltis-Jarrett, 2016).

Participanten vinden het belangrijk dat een verpleegkundige in het spreekuur de juiste competenties en opleiding bezit. Dit is voor hen een randvoorwaarde om een verpleegkundig spreekuur te implementeren. Klinisch redeneren wordt door de participanten benoemd als een belangrijke competentie van een

verpleegkundige in het spreekuur. McLeod & Simpson (2017) beschrijven dat risico inschatting en opvolging belangrijk is in het klinisch redeneren. Dit is een gelijkenis met onze resultaten.

Het opnemen van medisch gedelegeerde taken zoals het voorschrijven van psychofarmaca en het opvolgen van laboresultaten verontrusten participanten. Zij benoemen dit als een groot risico en betwijfelen of de kennis van verpleegkundigen voldoende is om deze verantwoordelijkheid te dragen. Onze resultaten tonen een begrenzing in het spreekuur. McLeod & Simpson (2017) beschrijven dat psychiatrisch liaison verpleegkundigen medicamenteus advies geven terwijl Saraiva et al., (2020) beschrijven dat psychiatrisch liaison verpleegkundigen minder vaak het medicamenteus beleid op zich nemen dan psychiaters. Kelly (2016) beschrijft dat de huidige opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige onvoldoende voorbereiding biedt op het voorschrijven van medicatie. Dit is een gelijkenis met wat participanten benoemen. Voor hen is bijkomende opleiding nodig wanneer taken uitgebreid worden. Een Nederlandse studie beschrijft het voorschrijfgedrag van verpleegkundig specialisten in de GGZ (Rookhuizen et al., 2017). De verpleegkundig specialisten volgen allemaal een bijscholing rond psychofarmaca en er is steeds een psychiater aanwezig voor supervisie. Indicaties voor een nieuw te starten geneesmiddel worden gesteld door de psychiater maar de verpleegkundig specialisten stellen het medicatiebeleid voor (Rookhuizen et al., 2017). Twee systematische reviews beschrijven een verpleegkundig spreekuur in de eerstelijnszorg, de doelgroep is ruimer dan patiënten met psychische problemen (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Laurant et al., 2018). Laurant et al., (2018) rapporteren dat er weinig tot geen verschil is in het aantal voorschriften door een verpleegkundige of een arts. Karimi-Shahanjarini et al., (2019) beschrijven dat het verpleegkundig spreekuur complementair is aan het spreekuur bij de arts, wat een gelijkenis is met onze resultaten. Participanten ervaren verpleegkundigen competent in het uitvoeren van minder medisch getinte taken. Deze taken worden beschreven als preventie, het opvolgen van de patiënt na het krijgen van een diagnose, inspuitingen, wondzorg, parameters en het opvolgen van consultaties bij de arts (Karimi-

Shahanjarini et al., 2019). Een gelijkenis met onze resultaten is dat de verpleegkundige in het spreekuur informatie kan geven over medicatie, zoals mogelijke bijwerkingen (Kelly, 2016; McLeod & Simpson, 2017)

Participanten benoemen interprofessionele afstemming als een randvoorwaarde om het verpleegkundig spreekuur te implementeren. Participanten benoemen dat het terrein van een verpleegkundige in het spreekuur afgebakend moet worden. Onze resultaten beschrijven dat de grens in therapeutisch werken moeilijk te bepalen is en dat participanten schrik hebben dat een verpleegkundige in het spreekuur deze grens niet zou aanvoelen. Enerzijds benoemen participanten een therapeutische contact tussen een verpleegkundige en een patiënt. Anderzijds benoemen participanten dat therapeutische gesprekken plaats moeten vinden bij psychologen. Het lijkt alsof er een zekere schrik is voor terreinstrijd tussen bepaalde disciplines. Rolverduidelijking en het afbakenen van het terrein van de verpleegkundige en andere professionals is belangrijk om deze schrik weg te nemen (Elliot, Begley, Sheaf, & Higgins, 2016; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wambold, & DiCenso, 2011).

Onze resultaten vertonen organisatorische bezorgdheden. Zo zijn er bezorgdheden over de praktische uitrol van het spreekuur, de impact op de personeelsbezetting en het financiële aspect zoals budgettering en hoe het spreekuur zal worden aangerekend aan de patiënt. De financiële bezorgdheid voor de patiënt lijkt samen te hangen met de huidige fee-for-service cultuur in onze gezondheidszorg. In deze cultuur wordt de zorgverlener betaald per prestatie, wat leidt tot hoge zorgfragmentatie (De Ridder, Bourgeois, Van den Bogaert, Van der Brempt, 2017). Zij rapporteren dat er sinds oktober 2015 een reorganisatie plaats vindt van de huidige gezondheidszorg, waarbij er wordt ingezet op de integratie van zorg. Het integreren van zorg gaat samen met het herbekijken van de huidige fee-for-service cultuur. Een alternatief zou bundled payment kunnen zijn waarbij de patiënt de zorg betaalt per ziekteperiode en niet per prestatie (Conrad, 2016). Hij rapporteert dat deze bundel van zorg kan opgenomen worden door verschillende zorgverleners waarbij zij allen streven

naar efficiënte zorg. Dit zorgt voor de bedenking of een verpleegkundig spreekuur meer een plaats zou hebben in een dergelijk gezondheidszorgsysteem dan de huidige fee-for-service cultuur.

### **Methodologische overwegingen**

Er werden verscheidene kwaliteitsmaatregelen genomen om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen (Holloway & Galvin, 2017). Onderzoekerstriangulatie was één van deze kwaliteitsmaatregelen. De onderzoekerstriangulatie vond plaats bij elke analyse waardoor er ruimte gemaakt werd voor reflexiviteit en bewustwording van de eigen interpretatie over de data. De rekrutering verliep via twee contactpersonen die ook lid waren van deze onderzoekerstriangulatie. Dit heeft mogelijks het selectieproces beïnvloed omdat ze de participanten kennen. Anderzijds zorgde deze voorkennis voor een gerichtere steekproeftrekking en het bereiken van participanten (Holloway & Galvin, 2017). Doordat de andere twee leden van de onderzoekerstriangulatie geen connectie hebben met de setting of de participanten werd de objectiviteit van de data zoveel mogelijk bewaard en eigen interpretatie verkleind. Ook het referentiekader voor de start van het onderzoek en het bijhouden van beslissingen in een audit trail heeft hier aan bijgedragen.

Het onderzoek werd monocentrisch uitgevoerd. Dit zorgt voor een concrete bruikbaarheid van onze resultaten voor de implementatie van een verpleegkundig spreekuur in deze en vergelijkbare settings. Anderzijds kan dit ook een beperking zijn voor de transfereerbaarheid naar andere settings, zoals een psychiatrisch ziekenhuis. Het universitaire karakter van de setting speelt hier in een belangrijke rol. Universitaire ziekenhuizen nemen onderwijs en onderzoek op in hun opdracht (Van Hecke, Beeckman, Verhaeghe, & Decoene, 2017). Hierdoor kunnen zij meer ervaring hebben met dergelijke evoluties zoals een verpleegkundig spreekuur.

Het onbekende onderwerp dat werd bestudeerd brengt zowel sterktes als zwaktes met zich mee. Zo werden participanten uitgedaagd om na te denken

zonder enige achtergrond. Vele participanten vonden dit moeilijk en zochten hierdoor achtergrond bij de onderzoeker. Hierdoor kan de interactie beïnvloed worden en kan er een verschuiving gebeuren in de focus van het interview. Er ontstaat een zekere machtsverhouding omdat de participant denkt dat de onderzoeker kennis heeft over het thema (Raheim et al., 2016). Het was voor de onderzoeker een voortdurend afwegen van welke informatie wel of niet beïnvloedend kon zijn. Door reflexivity en onderzoekerstriangulatie werd de invloed hiervan beperkt.

Een sterkte van het onbekend thema is dat het participanten aan het denken heeft gezet. Dit uitte zich tijdens de afronding van het interview of doordat ze nog contact zochten na het onderzoek en vroegen om op de hoogte gehouden te worden over de bevindingen van het onderzoek. Het delen van de resultaten met participanten wordt aangemoedigd door Purvis et al., (2017) omdat participanten zich eigenaar voelen over wat ze verteld hebben.

Een beperking van het onderzoek is dat er niet bij alle thema's data-saturatie werd verkregen. Vooral de dynamieken die spelen in therapeutisch werken en de rolafbakening bij interprofessionele afstemming werden niet voldoende verhelderd en/of benoemd.

Omwille van Covid-19 maatregelen werd besloten de laatste drie interviews te laten doorgaan vanuit een digitale communicatievorm. De onderzoeker ervaarde meer fysieke en emotionele afstand tijdens de interviews waardoor er minder diepgang werd gecreëerd. De interviews verliepen hierdoor op een meer gestructureerde manier dan wanneer ze face-to-face werden uitgevoerd (Novick, 2008). De literatuur is niet eenduidig of digitaal interviewen een lagere kwaliteit aflevert dan de gebruikelijke manier van interviewen (Lo Iacono, Symonds, & Brown, 2016; Novick, 2008). De onderzoeker ervaarde technologische hindernissen tijdens het gebruik van Skype, zoals het wegvallen van de verbinding. Het herstarten verliep hierdoor moeilijk (Lo Iacono, Symonds, & Brown, 2016).

## Implicaties voor de praktijk

Het onderzoek functioneerde als een veldonderzoek bij stakeholders. Het thema werd binnengebracht op de psychiatrische afdelingen en zette participanten aan het denken. De randvoorwaarden zijn belangrijk om mee te nemen naar de praktijk. De inhoud van het verpleegkundig spreekuur bepaalt de graad van competenties en de mate en inhoud van de opleiding volgens participanten. Wanneer een verpleegkundig spreekuur complementair werkt, zoals de participanten verwachten in dit onderzoek, wordt er geen specifieke opleidingsgraad naast hun basisopleiding tot psychiatrisch verpleegkundige verwacht. Het volgen van een extra (interne) opleiding is voor hen een meerwaarde, zeker wanneer ze denken aan het voorschrijven van medicatie en/of opvolgen van laboresultaten. Kelly (2016) beschrijft de meerwaarde van extra farmacologische opleiding. In sommige landen doet een verpleegkundig spreekuur aan substitutie waarbij het vervangend wordt gezien voor het spreekuur van de arts (Karimi-Shahanjarini et al., 2019). In Nederland neemt een verpleegkundig specialist taken over van een psychiater (Rookhuizen et al., 2017; van Dusseldorp & de Niet, 2004). Het wordt aangeraden stakeholders te betrekken in de implementatie van het verpleegkundig spreekuur. Het opstellen van een implementatieplan is belangrijk om de ontwikkeling van een spreekuur gefaseerd te laten verlopen (Dijkstra, 2011). Een hulpmiddel zoals het PEPPA-framework kan ondersteuning bieden tijdens de implementatie (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004).

De implementatie van een verpleegkundig spreekuur gaat gepaard met interprofessionele afstemming. Hierbij is het belangrijk dat de rol van de verpleegkundige in het spreekuur duidelijk wordt omschreven. Het verduidelijken van de rol wordt door meerdere studies bevestigd en is een belangrijk onderdeel voor de implementatie (Brimblecombe et al., 2019; Elliott, Begley, Sheaf, & Higgins, 2016; Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & Dicenso, 2011; Wand & White, 2015).



Samenwerken in een interdisciplinair team en supervisie worden als facilitatoren voor de implementatie beschreven (Karimi-Shahanjarini et al., 2019; Kelly, 2016; McLeod & Simpson, 2017; Wand & White, 2015). Een hechte arts-verpleegkundige relatie waar vertrouwen en wederzijds respect aanwezig is, helpt om verpleegkundigen te ontwikkelen in hun rol (Karimi-Shahanjarini et al., 2019).

### **Implicaties voor verder onderzoek**

Doordat het onderzoek plaats vond in één setting in Vlaanderen lijkt bijkomend multicentrisch onderzoek aangewezen. Vooral het exploreren van andere settings zoals een psychiatrisch ziekenhuis kunnen andere inzichten brengen. Naast andere settings te verkennen, is er onderzoek nodig bij verschillende doelgroepen zoals patiënten met een psychotische kwetsbaarheid of een persoonlijkheidsstoornis. De focus van het onderzoek was gericht op volwassenen. Het kan een meerwaarde zijn om het perspectief van hulpverleners werkzaam in de kinder- en jeugdpsychiatrie te verkennen. Er is meer onderzoek nodig om de transfereerbaarheid van de resultaten te toetsen en bijkomende resultaten te verkrijgen. Zo verdienen therapeutisch werken en de rolafbakening bij interprofessionele afstemming verdere exploratie wegens het niet bereiken van data-saturatie. Het implementatieproces en evaluatie van een verpleegkundig spreekuur vraagt de nodige aandacht, het kan aangewezen zijn om andere onderzoeksmethodieken te hanteren zoals kwantitatief onderzoek.

## CONCLUSIE

Het onderzoek draagt bij tot het verkennen van het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur in de GGZ. Het onderzoek functioneerde als een veldonderzoek bij hulpverleners werkzaam op een psychiatrische afdeling. Hulpverleners botsten op de relatieve onbekendheid van het thema maar het zette hen aan tot nadenken. Het verpleegkundig spreekuur focust zich op de betekenis van het leven met een psychische ziekte en hoe hier ondersteuning bij kan geboden worden, zowel voor de patiënt als voor de familie en betekenisvolle anderen. Een verpleegkundige kan verpleegtechnische handelingen op zich nemen in het verpleegkundig spreekuur. Hij/zij functioneert als een schakelfiguur, zorgt voor continuïteit en heeft een belangrijke signaalfunctie. Het implementeren van een verpleegkundig spreekuur gaat gepaard met randvoorwaarden. Een verpleegkundige dient de juiste competenties en opleiding te bezitten. Er is nood aan interprofessionele afstemming en het bekijken van organisatorische bezorgdheden.

## REFERENTIELIJST

- Alexander, D., & Schnell, M. (2019). Just what the nurse practitioner ordered: Independent prescriptive authority and population mental health. *J Health Econ*, 66, 145-162. doi:10.1016/j.jhealeco.2019.04.004
- Barraclough, F., Longman, J., & Barclay, L. (2016). Integration in a nurse practitioner-led mental health service in rural Australia. *Aust J Rural Health*, 24(2), 144-150. doi:10.1111/ajr.12233
- Beck, A. J., Page, C., Buche, J., & Gaiser, M. (2020). The Distribution of Advanced Practice Nurses Within the Psychiatric Workforce. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 26(1), 92-96. doi:10.1177/1078390319886366
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brimblecombe, N., Nolan, F., Khoo, M. E., Culloty, L., O'Connor, K., & McGregor-Johnson, L. (2019). The nurse consultant in mental health services: A national, mixed methods study of an advanced practice role. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(5-6), 117-130. doi:10.1111/jpm.12533
- Bryant-Lukosius, D., & Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 530-540. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x
- Casey, M., O'Connor, L., Nicholson, E., Smith, R., O'Brien, D., O'Leary, D., . . . Egan, C. (2017). The perceptions of key stakeholders of the roles of specialist and advanced nursing and midwifery practitioners. *Journal of advanced nursing*, 73(12), 3007-3016. doi:10.1111/jan.13359
- Cook, O., McIntyre, M., Recoche, K., & Lee, S. (2019). "Our nurse is the glue for our team" - Multidisciplinary team members' experiences and perceptions of the gynaecological oncology specialist nurse role. *Eur J Oncol Nurs*, 41, 7-15. doi:10.1016/j.ejon.2019.05.004
- De Ridder, R., Bourgeois, J., Van den Bogaert, S., & Van der Brempt, I. (2017). Implementing integrated Care in Belgium: a nationwide mobilization. *International Journal of Integrated Care*, 17(5).

- Devi, A. M. (2020). LIAISON PSYCHIATRIC NURSING: MODELS AND ROLES IN MATERNAL AND CHILD HEALTH NURSING. *Global Journal For Research Analysis (GJRA)*, 9(1).
- Dijkstra, A. (2011). *Het verpleegkundig spreekuur en de toepassing van e-Health in het werkproces*. Verpleegkunde modulair (2e herziene druk ed.). Dwingeloo: KAVANAH.
- Dusseldorp, L., & de Niet, G. (2004). Advanced Nursing Practice in de psychiatrie. *Psychopraxis*, 6, 5-8. doi:10.1007/BF03072124
- Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018. Brussel, België : Sciensano; Rapportnummer: D/2020/14.440/4. Beschikbaar op: [www.gezondheidsenquête.be](http://www.gezondheidsenquête.be)
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An Integrative Approach*: Elsevier Health Sciences.
- Holloway, I., & Galvin, K. (2017). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (Fourth edition ed.): John Wiley & Sons.
- Kallio, H., Pietila, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954-2965. doi:10.1111/jan.13031
- Karimi-Shahanjarini, A., Shakibazadeh, E., Rashidian, A., Hajimiri, K., Glenton, C., Noyes, J., . . . Colvin, C. J. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, Cd010412. doi:10.1002/14651858.CD010412.pub2
- Kelly, N. (2016). Prescribing by mental health nurses in acute general hospitals. *British Journal of Mental Health Nursing*, 5(2), 68-72.
- Koekkoek, B., van Baarsen, C., & Steenbeek, M. (2016). Multidisciplinary, Nurse-Led Psychiatric Consultation in Nursing Homes: A Pilot Study in Clinical Practice. *Perspectives in psychiatric care*, 52(3), 217-223. doi:10.1111/ppc.12120

- Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *The European journal of general practice*, 24(1), 120-124. doi:10.1080/13814788.2017.1375092
- Laurant, M., van der Biezen, M., Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & van Vught, A. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7). doi:10.1002/14651858.CD001271.pub3
- Liegeois, A., & Eneman, M. (2017). [An ethical reflection on outreaching mental health care]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59(2), 103-110.
- Lo Iacono, V., Symonds, P., & Brown, D. (2016). Skype as a Tool for Qualitative Research Interviews (<http://journals.sagepub.com/doi/full/10.5153/sro.3952>). *Sociological Research Online*, 12. doi:10.5153/sro.3952
- Lowe, G., & Plummer, V. (2019). Advanced Practice in Nursing and Midwifery: The Contribution to Healthcare in Australia. In (pp. 51-63).
- McLeod, K., & Simpson, A. (2017). Exploring the value of mental health nurses working in primary care in England: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(6), 387-395. doi:10.1111/jpm.12400
- Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *The European journal of general practice*, 24(1), 9-18. doi:10.1080/13814788.2017.1375091
- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 115(2-3), 120-127. doi:10.1016/j.healthpol.2014.02.007
- Novick, G. (2008). Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Research in nursing & health*, 31(4), 391-398. doi:10.1002/nur.20259

- Purvis, R. S., Abraham, T. H., Long, C. R., Stewart, M. K., Warmack, T. S., & McElfish, P. A. (2017). Qualitative study of participants' perceptions and preferences regarding research dissemination. *AJOB Empir Bioeth*, 8(2), 69-74. doi:10.1080/23294515.2017.1310146
- Raheim, M., Magnussen, L. H., Sekse, R. J., Lunde, A., Jacobsen, T., & Blystad, A. (2016). Researcher-researched relationship in qualitative research: Shifts in positions and researcher vulnerability. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 11, 30996. doi:10.3402/qhw.v11.30996
- Rookhuizen, E. D., Stringer, B., Huising, M. S., de Ruijter, E., & van Meijel, B. (2017). [Prescribing psychotropic medication by the nurse practitioner in mental health care: an explorative study]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 59(4), 229-233.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & Dicenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 67(6), 1178-1190. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05571.x
- Saraiva, S., Guthrie, E., Walker, A., Trigwell, P., West, R., Shuweidi, F., . . . House, A. (2020). The nature and activity of liaison mental services in acute hospital settings: a multi-site cross sectional study. *BMC health services research*, 20(1), 308. doi:10.1186/s12913-020-05165-x
- Smith, P., Nicaise, P., Giacco, D., Bird, V. J., Bauer, M., Ruggeri, M., . . . Lorant, V. (2019). Predictors of personal continuity of care of patients with severe mental illness: A comparison across five European countries. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 69-74. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.12.003
- Soltis-Jarrett, V. (2016). Patient-Centered Homes and Integrated Behavioral Health Care: Reclaiming the Role of "Consultant" for Psychiatric-Mental Health Nurse Practitioner. *Issues Ment Health Nurs*, 37(6), 387-391. doi:10.3109/01612840.2016.1172686
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405. doi:10.1111/nhs.12048

- Van Hecke, A., Beeckman, K., Opdebeeck, S., & Bogaert, P. (2015). Advanced practice nursing: Clinical nurse specialists in Flemish university hospitals. *71*, 1533-1542. doi:10.2143/TVG.71.23.2002008
- Van Hecke, A., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Decoene, E. (2017). Verpleegkundig specialisten in Vlaamse algemene en universitaire ziekenhuizen : hun functie-inhoud. *Tijdschrift voor geneeskunde*, *73*(17), 1036–1048.
- Verhaeghe, R., Van Hecke, A., De Keyser, T., Vandebuerie, S., Kellens, R., Vlerick, I., . . . Kruse, V. (2019). *Het Verpleegkundig consult. Draaiboek.: Verpleegkundige Expertisecentrum (VEC)*.
- Wand, T., & White, K. (2015). Building a Model of Mental Health Nurse Practitioner-led Service Provision in Australia. *The Journal for Nurse Practitioners*, *11*(4), 462-465. doi:10.1016/j.nurpra.2015.01.008
- Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen 2015*. (2015, 10 mei). Geraadpleegd op 25 mei 2020, van <http://www.ejustice.just.fgov.be/>
- World health organization (WHO) (2019). Mental disorders via <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, geraadpleegd op 10 mei 2020.
- Yousefi, H., Ziaee, E. S., & Golshiri, P. (2019). Nurses' consultative role to health promotion in patients with chronic diseases. *J Educ Health Promot*, *8*, 178. doi:10.4103/jehp.jehp\_146\_19

## LIJST VAN TABELLEN EN FIGUREN

Tabel 1: karakteristieken van de participanten.....	9
Figuur 1: overzicht thema's.....	23



## BIJLAGEN

### Bijlage 1: eerste versie interviewguide

#### **Interview / topic guide voor**

Het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur op een Universitaire dienst Psychiatrie

De vragenlijst (of interviewguide) 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 aangepast worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

#### **Functie binnen het interdisciplinair team:**

Dit onderzoek wil het perspectief van hulpverleners exploreren om de implementatie van het verpleegkundig spreekuur te onderbouwen.

Het navragen van de functie van de participant en de afdeling waar de participant werkzaam is, kan zorgen voor verduidelijking van de verkregen data.

#### **Verpleegkundig spreekuur/verpleegkundig consult:**

De onderzoeker zal peilen naar het begrip waarmee de participant vertrouwd is en de definitie van het verpleegkundig spreekuur duiden.

#### **Thema's/vragen:**

##### Thema: doelstelling(en) van het verpleegkundig spreekuur

*De onderzoeker zal de definitie van het verpleegkundig spreekuur meegeven in de informatiebrief maar ook nogmaals benoemen alvorens te starten met het interview*

- Als u de definitie leest, wat vindt u dan van de omschrijving van het verpleegkundig spreekuur?

- Wat zou een verpleegkundige moeten opnemen binnen een verpleegkundig spreekuur?
- Wie kan gebruik maken van het verpleegkundig spreekuur? *(belangrijk: hier kan het zowel over patiënten als personeel gaan zoals collega verpleegkundigen, de onderzoeker zal hierbij verdiepende vragen stellen om doelgroep(en) te definiëren).*

Thema: het verpleegkundig spreekuur specifiek voor een patiëntenpopulatie

- Welke hiaten ziet u in de (huidige) zorg waar een verpleegkundig spreekuur een antwoord op zou kunnen bieden?
- Waar in het zorgtraject van de patiënt of zorgpad ziet u het vpk spreekuur?
- Waar zou voor u voornamelijk de focus op moeten liggen? *(Bijvoorbeeld: nazorg, behandeling, ondersteuning van hulpverleners)*
- Hoe ziet u het vpk spreekuur in verhouding met consulten bij andere disciplines? *(Wat vult het verpleegkundig spreekuur aan of wat neemt het over van andere disciplines?)*
- Welke competenties/opleiding verwacht u van de verpleegkundige die het spreekuur voert? *(Welke verpleegkundige zou dit moeten opnemen?)*

## Bijlage 2: tweede versie interviewguide

### **Interview / topic guide voor**

Het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur op een Universitaire dienst Psychiatrie

De vragenlijst (of interviewguide) 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 aangepast worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

#### **Functie binnen het interdisciplinair team:**

Dit onderzoek wil het perspectief van hulpverleners exploreren om de implementatie van het verpleegkundig spreekuur te onderbouwen.

Het navragen van de functie van de participant en de afdeling waar de participant werkzaam is, kan zorgen voor verduidelijking van de verkregen data.

#### **Verpleegkundig spreekuur/verpleegkundig consult:**

De onderzoeker zal peilen naar het begrip waarmee de participant vertrouwd is en de definitie van het verpleegkundig spreekuur duiden.

#### **Thema's/vragen:**

- Aan wat denkt u bij het lezen van de term 'verpleegkundig spreekuur?'
- Welke hiaten ziet u in de (huidige) zorg waar een verpleegkundig spreekuur een antwoord op zou kunnen bieden?
- Waar in het zorgtraject van de patiënt of zorgpad ziet u het vpk spreekuur?
- Waar zou voor u voornamelijk de focus op moeten liggen? (*Bijvoorbeeld: nazorg, behandeling, ondersteuning van hulpverleners*)

- Wie kan gebruik maken van het verpleegkundig spreekuur? (*belangrijk: hier kan het zowel over patiënten als personeel gaan zoals collega verpleegkundigen, de onderzoeker zal hierbij verdiepende vragen stellen om doelgroep(en) te definiëren*).
- Hoe ziet u het vpk spreekuur in verhouding met consulten bij andere disciplines? (*Wat vult het verpleegkundig spreekuur aan of wat neemt het over van andere disciplines?*)
- Wat zou een verpleegkundige moeten opnemen binnen een verpleegkundig spreekuur?

→ Exploreren van specifieke rollen en taken zoals: medische voorschriften, de vorm van consulten, het opnemen van medische gedelegeerde taken, de rol van het spreekuur binnen de transmurale zorg.

■ Wat denkt u over het voorschrijven van medische voorschriften binnen het spreekuur?

- Wat zou een verpleegkundige mogen opnemen op dit vlak?

■ Wat denkt u over het uitvoeren van medisch gedelegeerde taken?

- Welke taken? Hoe?

■ Hoe zou een consult eruit moeten zien?

- Wat denkt u over een telefonisch consult?

■ Wat denkt u over de plaats van een verpleegkundig spreekuur binnen de transmurale zorg?

- Hoe ziet u de rol van een verpleegkundige in kader van transmurale zorg?

→ Exploreren naar kansen en aandachtspunten hierbij.

- Welke competenties/opleiding verwacht u van de verpleegkundige die het spreekuur voert? (*Welke verpleegkundige zou dit moeten opnemen?*)
- Als u de definitie leest, wat vindt u dan van de omschrijving van het verpleegkundig spreekuur?

### Bijlage 3: derde versie interviewguide

#### Interview / topic guide voor

Het perspectief van hulpverleners over een verpleegkundig spreekuur op een Universitaire dienst Psychiatrie

De vragenlijst (of interviewguide) 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 aangepast worden. Het thema en de aard van de vragen blijven doorheen het onderzoek gelijk.

#### **Functie binnen het interdisciplinair team:**

Dit onderzoek wil het perspectief van hulpverleners exploreren om de implementatie van het verpleegkundig spreekuur te onderbouwen.

Het navragen van de functie van de participant en de afdeling waar de participant werkzaam is, kan zorgen voor verduidelijking van de verkregen data.

#### **Verpleegkundig spreekuur/verpleegkundig consult:**

De onderzoeker zal peilen naar het begrip waarmee de participant vertrouwd is en de definitie van het verpleegkundig spreekuur duiden.

#### **Thema's/vragen:**

- Aan wat denkt u bij het lezen van de term 'verpleegkundig spreekuur?'
- Waar in het zorgtraject van de patiënt of zorgpad ziet u het vpk spreekuur?
- Hoe zou zo'n verpleegkundig spreekuur er moeten uitzien?
- Wie kan gebruik maken van het verpleegkundig spreekuur? (*belangrijk: hier kan het zowel over patiënten als personeel gaan zoals collega verpleegkundigen, de onderzoeker zal hierbij verdiepende vragen stellen om doelgroep(en) te definiëren*).

→ Wanneer dit niet spontaan aan bod komt bevragen naar de betekenis van het spreekuur voor de familie van de patiënt

- Op welke terreinen heeft het spreekuur mogelijkheden voor de familie?
- Wat zou het spreekuur kunnen betekenen voor de familie?
- Welke hiaten ziet u in de (huidige) zorg waar een verpleegkundig spreekuur een antwoord op zou kunnen bieden?

→ *Exploreren naar de noden, verhelderen van de noden, komen deze noden vanuit de patiënten of eerder vanuit de hulpverleners?*

- Hoe ziet u het vpk spreekuur in verhouding met consulten bij andere disciplines? *(Wat vult het verpleegkundig spreekuur aan of wat neemt het over van andere disciplines?)*
- Over welke kwaliteiten zou een verpleegkundige die het spreekuur uitvoert moeten beschikken?
  - Bepaalde competenties?
  - Opleiding?

Bijlage 4: geïnformeerde toestemming

**Betreft:** Het perspectief van hulpverleners op een Universitaire Dienst Psychiatrie over een verpleegkundig spreekuur in de GGZ

**Geïnformeerde toestemming tot medewerking**

- Ik verklaar hierbij op een duidelijke wijze zowel mondeling als schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode, het doel en (indien aanwezig) de risico's en de belasting van het onderzoek. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.
- Ik stem geheel vrijwillig in met deelname.
- Ik heb het recht om op elk moment zonder het opgeven van redenen mijn deelname aan het onderzoek te beëindigen.
- Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan dit onderzoek geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.
- Mijn identiteit en mijn deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld.
- Ik ben ervan op de hoogte dat het gesprek opgenomen wordt.

*(\*aankruisen door de deelnemer indien akkoord)*

Gelezen en goedgekeurd,

Naam + voornaam deelnemer:

.....

Datum: .....



