



ZELFMANAGEMENTONDERSTEUNING DOOR VERPLEEGKUNDIGEN IN DE CHRONISCHE ZORG

Een kwalitatief onderzoek naar de verpleegkundige competenties en faciliterende
randvoorwaarden

**Onderzoekers: Lieve Lembrechts
Ilse Ackermans**

UC Leuven-Limburg, Groep Gezondheid & Welzijn, Campus Gasthuisberg

SAMENVATTING

Patiënten zijn goede zelfmanagers als ze in staat zijn om hun chronische ziekte in te passen in hun dagelijkse leven, wat concreet inhoudt dat ze de medische kant van hun ziekte kunnen managen, maar ook de sociale en emotionele gevolgen ervan (Lorig & Holman, 2003). Omdat het voor patiënten niet steeds evident is om deze rol als zelfmanager succesvol te vervullen, hebben ze nood aan steun. Zorgverleners kunnen deze steun bieden in de vorm van zelfmanagementondersteuning: het systematisch voorzien van educatie en ondersteunende interventies met als doel de competenties en het vertrouwen van de patiënt te verbeteren in het managen van gezondheidsproblemen. Omwille van hun centrale en laagdrempelige positie spelen verpleegkundigen een bijzonder belangrijke rol in het ondersteunen van zelfmanagement. Onderzoek toont zelfs aan dat verpleegkundigen de belangrijkste bron van zelfmanagementondersteuning zijn voor chronische zieken (Coster & Norman, 2009; Elissen et al., 2013). Zelfmanagementondersteuning vraagt echter veel van verpleegkundigen, die zich niet altijd voldoende gewapend voelen om dit aan patiënten te bieden. Zo missen ze wel eens de nodige competenties en ontbreken de randvoorwaarden om zelfmanagementondersteuning te faciliteren. Het doel van dit onderzoek was dan ook om na te gaan hoe verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning invullen (onderzoeksvraag 1), en om in kaart te brengen welke competenties (onderzoeksvraag 2) en randvoorwaarden (onderzoeksvraag 3) verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagementondersteuning te bieden. De focus lag op de situatie in Vlaanderen, waar tot nu toe weinig informatie over bekend is.

Na een uitgebreide literatuurstudie verzamelden we **data** bij twee groepen verpleegkundigen. Begin 2015 organiseerden we een focusgroepgesprek waaraan acht ziekenhuis- en thuisverpleegkundigen deelnamen, elk met expertise op het vlak van zelfmanagementondersteuning binnen de chronische zorg. Vervolgens namen we individuele interviews af met 12 verpleegkundigen, met verschillende profielen, die dagelijks in contact komen met chronisch zieken.

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag naar **de invulling van zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen**, bleken volgende resultaten naar voor te komen.

Verpleegkundigen blijken amper vertrouwd te zijn met het concept zelfmanagement(ondersteuning). Vaak hebben ze zich wel een idee gevormd van wat ermee bedoeld wordt, maar verkiezen ze andere termen (die er nochtans van verschillen), zoals zelfzorg, eigenzorg en zelfredzaamheid. Niettemin vinden

verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zinvol, omwille van de tijdsbesparing en voldoening die ze eruit halen. Een patiënt die zichzelf kan managen zou ook een groter gevoel van eigenwaarde en onafhankelijkheid hebben, en financieel voordeliger zijn voor de samenleving.

Doorgaans schrijven verpleegkundigen twee doelen toe aan zelfmanagementondersteuning: de patiënt aanleren om zichzelf te verzorgen, te voeden en (in beperkte mate) te verplaatsen enerzijds, en de patiënt medisch zelfmanagement bijbrengen anderzijds. Deze ondersteuning bij medisch zelfmanagement wordt in de praktijk vrij eng ingevuld: de patiënt wordt aangeleerd om medicatie op een correcte manier in te nemen en wordt voorbereid om eenvoudige problemen op te lossen, zoals nevenwerkingen. Zelden wordt zelfmanagementondersteuning gehanteerd als tool om patiënten emotioneel en sociaal zelfmanagement bij te brengen, onder meer omdat de verpleegkundigen dit niet als hun taak beschouwen, maar eerder die van psychologen en andere zorgverleners.

Zelfmanagement ondersteunende interventies blijken vaak een kwestie van persoonlijke intuïtie en voorkeur van de verpleegkundige te zijn. Doorgaans is geen sprake van een echt instrument of model om zelfmanagement te ondersteunen, op een zeldzame verpleegkundige na die de zelfzorgtheorie van Orem (1971) of de zelfmanagementinzichten van Lorig (2001) aanhaalt. Vooral thuisverpleegkundigen beroepen zich op hun persoonlijke voorkeuren, terwijl ziekenhuisverpleegkundigen in het beste geval nog kunnen steunen op een gemeenschappelijke teamvisie.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 2 brachten we **de competenties** in kaart **die verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagement te ondersteunen**. Deze kunnen gebundeld worden in vijf clusters.

Een eerste competentiecluster kan omschreven worden als *het overdragen van informatie en kennis* over ziekte, behandeling, medische hulpmiddelen en de principes van zelfmanagementondersteuning.

Een tweede cluster omvat competenties die verwijzen naar *het aanleren van vaardigheden aan de patiënt*, zoals technische en medische vaardigheden en probleemoplossing.

Samenwerken met de patiënt en diens omgeving is een derde cluster. Samenwerking met de patiënt is alleen mogelijk als de verpleegkundige de wil van de patiënt centraal stelt en zijn keuzes respecteert. Het uitbouwen van een partnerschapsrelatie staat hierbij centraal. De verpleegkundige dient een goede relatie te onderhouden met de omgeving van de patiënt, zodat deze een aantal zelfmanagement ondersteunende taken kan overnemen of verderzetten.

Bij *samenwerken met andere zorgverleners* staat de overdracht van informatie en

kennis centraal. Deze samenwerking vraagt van de verpleegkundige competenties, zoals organiseren, coördineren, anticiperen, opvolgen, assertief zijn en bereid zijn om van elkaar te leren.

Relationele vaardigheden is een vijfde competentiecluster, die het fundament vormt van de overige vier. Sociale, educatieve en communicatieve vaardigheden zijn noodzakelijk om de boodschap efficiënt en correct over te brengen naar de patiënt en andere partijen.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 3 onderzochten we **welke randvoorwaarden een hefboom of belemmering vormen voor zelfmanagementondersteuning**. Ook de nodige randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning kunnen ondergebracht worden in vijf clusters.

Een eerste cluster van randvoorwaarden kan samengevat worden onder de noemer *gemeenschappelijk draagvlak*. Het is noodzakelijk dat het team, de organisatie en andere zorgverleners de visie op zelfmanagementondersteuning delen (bv. via opleiding en samenwerkingsverbanden).

Een aantal randvoorwaarden situeren zich op het vlak van de *medewerking van de patiënt en diens omgeving*. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld van mening dat de patiënt gemotiveerd moet zijn om aan zelfmanagement te doen en competenties te verwerven die daarvoor relevant zijn, zoals medische basiskennis. De nabije omgeving van de patiënt wordt een belangrijke rol toebedeeld, omdat ze de patiënt kan motiveren om aan zelfmanagement te doen.

Tools voor kennis- en informatieoverdracht vormen een derde cluster. Educatief materiaal, medische hulpmiddelen, ICT-uitrusting, een aangepaste ruimte (bv. om gesprekken met patiënten te houden) en goede samenwerkingsverbanden zijn in dat kader onmisbaar.

Een aantal randvoorwaarden heeft te maken met de *organisatie van de verpleegkundige zorg*. Het is noodzakelijk dat verpleegkundigen bepaalde routines achterwege kunnen laten, zodat ze meer tijd overhouden voor zelfmanagementondersteuning. De organisatie dient verpleegkundigen voldoende vrijheid te geven om hun takenpakket – inclusief zelfmanagementondersteuning – zelf te plannen.

De *organisatie van het zorgsysteem* bepaalt mee hoe de verpleegkundige zorg is afgestemd op het bieden van zelfmanagementondersteuning. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld vragende partij voor een minder prestatiegericht financieringssysteem en een soepele regulering van hun takenpakket.

Op basis van de literatuurstudie en het empirisch onderzoek formuleerden we tot slot

enkele **aanbevelingen**. Zo is het aangewezen om een aantal maatregelen te nemen die de individuele verpleegkundige aanspreken, zoals het zorgen voor een attitudewijziging en het aanbieden van (na)vorming. Andere aanbevelingen situeren zich op een niveau dat de individuele verpleegkundige overstijgt: het team en de organisatie moeten gestimuleerd worden om zelfmanagementondersteuning een meer centrale plaats te geven, waartoe ook de overheid kan bijdragen. Tot slot bevelen we aan om een ruimere en meer toegankelijke verspreiding van wetenschappelijk onderzoek naar zelfmanagementondersteuning te voorzien.

DANKWOORD

Dit onderzoek kwam er mede dankzij de feedback en input van de leden van de opvolgingscommissie. Ook wensen we de collega-onderzoekers en lectoren van de UC Leuven-Limburg en andere wetenschappelijke instellingen te bedanken voor hun constructieve feedback. Het administratief personeel van de UC Leuven-Limburg zijn we dankbaar voor zijn onmisbare praktische ondersteuning. Onze bijzondere dank gaat uit naar de verpleegkundigen die deelnamen aan onze focusgroep of toestemden in een interview. Dit onderzoek was simpelweg onmogelijk zonder hun medewerking. We hopen dan ook van harte dat zij zelf en andere verpleegkundigen zich kunnen inspireren op onze bevindingen.

INHOUD

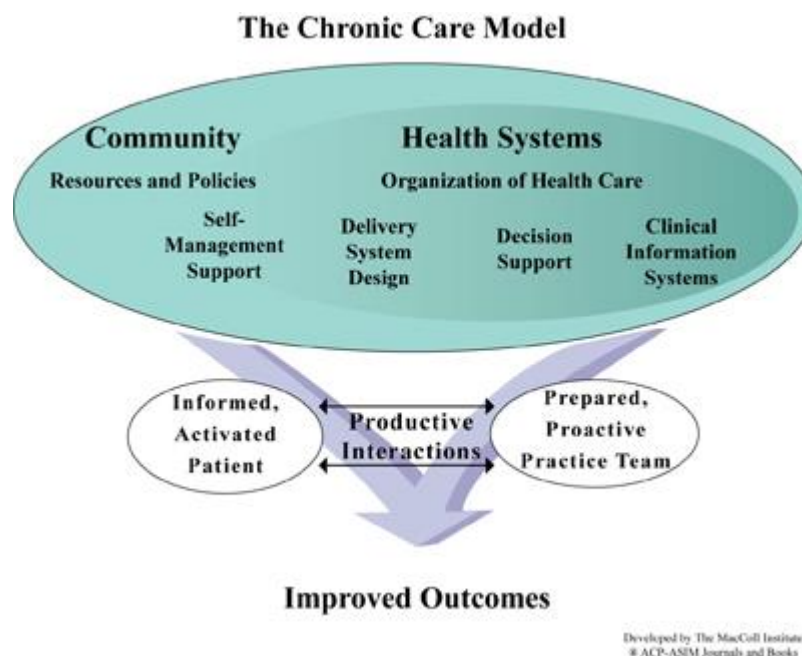
Zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen in de chronische zorg ..	9
Probleemstelling	13
Doelstelling	14
Onderzoeksvragen.....	15
Methode	17
1. Literatuurstudie	17
2. Focusgroep met verpleegkundige experts	17
2.1. Steekproef	17
2.2. Dataverzameling	18
2.3. Data-analyse	18
3. Face-to-face interviews met verpleegkundigen	19
3.1. Steekproef	19
3.2. Dataverzameling	20
3.3. Data-analyse	20
Resultaten van de literatuurstudie	21
1. Competenties samengaan met zelfmanagementondersteuning	21
1.1. Kennis	21
1.2. Vaardigheden	23
1.3. Attitudes	27
2. Randvoorwaarden van zelfmanagementondersteuning	27
2.1. Hulpmiddelen	27
2.2. Organisatie van het verpleegkundig werk	28
2.3. Opleiding, navorming en ervaring.....	29
2.4. Steun van het team (collega's en leidinggevende)	29
2.5. Steun van de organisatie.....	30
2.6. Macrofactoren	30
3. Tussentijdse conclusie	31
Resultaten van het empirisch onderzoek.....	33
1. Focusgroep met verpleegkundigen met expertise in zelfmanagementondersteuning	33
1.1. Overzicht van de genoteerde competenties en randvoorwaarden.....	33
1.2. Bespreking van de competenties en randvoorwaarden	34
1.3. Tussentijdse conclusie	51
2. Face-to-face interviews met verpleegkundigen in de chronische zorg .	53
2.1. Onderzoeksvraag 1: Hoe vullen verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zelf in?.....	53

2.2. Onderzoeksvraag 2: welke competenties hebben verpleegkundigen nodig om zelfmanagement te ondersteunen?	65
2.3. Onderzoeksvraag 3: welke randvoorwaarden dragen bij tot het bieden van zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen (hefbomen) en welke verhinderen dit (barrières)?	92
2.4. Tussentijdse conclusie	117
3. Integratie van de empirische resultaten	123
Aanbevelingen.....	130
Conclusie.....	132
Bibliografie.....	136

Zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen in de chronische zorg

Wereldwijd sterven jaarlijks miljoenen mensen aan een **chronische ziekte**. Volgens de *World Health Organization* (2014a) waren chronische aandoeningen in 2012 verantwoordelijk voor 68% van de overlijdens wereldwijd, en voor 87% van de overlijdens dat jaar in België (2014b). Ruim een vierde van de Belgische bevolking lijdt naar eigen zeggen aan een chronische aandoening (Paulus et al., 2012). De meest voorkomende chronische ziektes zijn cardiovasculaire aandoeningen, kanker, chronische ademhalingsziektes en diabetes (World Health Organization, 2014a). In België is de kans om tussen de leeftijd van 30 en 70 jaar te sterven aan één van deze chronische aandoeningen 12% (World Health Organization, 2014b). Door de toenemende vergrijzing zal het aantal chronisch zieken de komende decennia alleen maar toenemen (World Health Organization, 2014a).

De zorg voor chronisch zieken heeft een grote impact op de gezondheidszorg en vormt er een zware belasting voor. Om deze impact te ondervangen, is het noodzakelijk om de **chronische zorg** anders te organiseren. In die optiek werd in 1998 in de Verenigde Staten het *Chronic Care Model* uitgedacht (Wagner et al. 1996) (zie figuur 1).



Figuur 1. Chronic Care Model¹.

Dit model beoogt de gezondheidszorg te transformeren van een voornamelijk reactief

¹ Bron: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

naar een proactief systeem, een systeem dat niet alleen in actie treedt wanneer zich problemen voordoen maar ook preventief chronische aandoeningen bestrijdt (Wagner et al., 1996). Het betreft ook een systeem waarin patiënt en zorgverlener een ruimere rol krijgen toebedeeld. Er wordt gestreefd naar meer empowerment van de patiënt, die mee verantwoordelijk gesteld wordt voor de eigen gezondheid en een actieve rol krijgt in zijn/haar zorgproces (Wagner et al., 2001). De rol van de zorgverlener wordt niet langer beperkt tot het begeleiden van de medische kant, maar omvat bijvoorbeeld ook ondersteuning van de veranderingen die een chronische ziekte met zich meebrengt in het dagelijks leven van de patiënt (Wagner et al. 2001). Dit model werd intussen geïmplementeerd in verschillende landen (bv. Verenigde Staten, Nederland, Denemarken, Verenigd Koninkrijk, Australië) en werd effectief bevonden (Coleman et al. 2009).

Het *Chronic Care Model* vult concreet in welke **functies zorgverleners** moeten invullen om te komen tot een meer efficiënte zorg voor chronisch zieken. Eén van deze functies is zelfmanagementondersteuning (Wagner et al., 2001). Geïnspireerd door het *Chronic Care Model* wordt ook in het Belgische gezondheidszorgbeleid het belang van zelfmanagementondersteuning erkend. Zo wijst het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in zijn "Position paper: organisatie van zorg voor chronische zieken in België" (Paulus et al., 2012) op het belang van zelfmanagement en de ondersteuning ervan, net als de oriëntatienota "Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België" (X, 2013), waarin de bevordering en facilitering van zelfmanagement - wat zelfmanagementondersteuning beoogt te bekomen - als een actiepunt wordt voorgesteld.

Alvorens verder in te gaan op het concept zelfmanagementondersteuning, omschrijven we wat **zelfmanagement** precies inhoudt. Er bestaan verschillende definities van zelfmanagement. Een vaak gebruikte definitie - die we ook in dit onderzoek zullen aanhouden - omschrijft zelfmanagement, door de patiënt, als "*the individual's ability to manage the symptoms, treatment, physical and psychosocial consequences and life style changes inherent in living with a chronic condition*" (Barlow, 2001:547). Zelfmanagement houdt met andere woorden in dat chronisch zieken in staat zijn om hun ziekte in te passen in hun dagelijkse leven, niet alleen door de medische kant van hun ziekte te managen, maar ook de sociale en emotionele kant. Lorig en Holman (2003) maken in dat kader een onderscheid tussen medisch, rol- en emotioneel zelfmanagement. Medisch zelfmanagement verwijst naar de mogelijkheid van de patiënt om de medische kant van zijn of haar ziekte te managen, rolmanagement naar het managen van de gevolgen die de ziekte heeft op de diverse rollen van de patiënt en emotioneel management naar het managen van de emotionele gevolgen en veranderingen die de patiënt beleeft ten gevolge van de ziekte. Deze visie op zelfmanagement past binnen de bredere invulling die het *Chronic Care Model* geeft aan

de rol van de patiënt, namelijk als een actieve manager van de eigen gezondheid. Een goede zelf-manager heeft vertrouwen in zijn/haar capaciteit om zijn/haar leven verbeteren, en weet hoe die verbeteringen te bekomen, wat vervolgens moet leiden tot betere klinische uitkomsten (Bodenheimer et al., 2002; Hibbard et al., 2004). Van de patiënt worden specifieke competenties gevraagd om de rol als zelf-manager succesvol te vervullen, zoals probleemoplossing, besluitvorming, informatiebronnen gebruiken, onderhouden van relaties met de zorgverleners, een actieplan opstellen en passend gedrag stellen (Lorig & Holman, 2003). Omdat de patiënt vaak niet over een zo uitgebreid scala aan competenties beschikt, is zelfmanagement niet haalbaar zonder de steun van zorgverleners.

Zelfmanagementondersteuning verwijst dan naar de ondersteuning en aanmoediging die zorgverleners aan patiënten bieden zodat ze goede zelf-managers worden (Bodenheimer & Abramowitz, 2010; Bodenheimer et al., 2002). Zelfmanagementondersteuning erkent de centrale rol die de patiënt speelt in zijn/haar eigen zorg, met als doel om de patiënt te empoweren, te leren hoe beslissingen te nemen en hoe gezond te leven (McGowan, 2013). Uit onderzoek is inderdaad gebleken dat zelfmanagementondersteuning leidt tot positieve uitkomsten bij de patiënten die deze ondersteuning kregen. Zo blijkt het onder meer de *self-efficacy* en het gezondheidsgerelateerde gedrag van patiënten te verbeteren, wat vervolgens een positieve impact heeft op uitkomsten zoals hun gezondheid (Bodenheimer et al., 2002; Coleman & Newton, 2005; Heinrich et al., 2010).

Zelfmanagementondersteuning vraagt meer van een zorgverlener dan de patiënt aanleren om om te gaan met de medische kant van zijn of haar ziekte. Andere concrete taken van de zorgverlener zijn bijvoorbeeld educatie en ondersteuning, begeleiding en aanmoediging van de patiënt (Bodenheimer & Abramowitz, 2010). Dit betekent dat de zorgverleners niet langer uitsluitend medische doelen nastreeft, maar ook focust op de (gezondheids)beleving door de patiënt en de doelen die de patiënt belangrijk vindt (Zwier & van den Brink, 2013). Echter, uit onderzoek blijkt dat zorgverleners vooralsnog hoofdzakelijk focussen op de medische kant van een chronische ziekte, zoals het somatisch functioneren van de patiënt en klachtenreductie, en te weinig aandacht hebben voor psychosociale aspecten en leefstijl (Engels & Dijcks, 2010). Studies tonen bovendien aan dat de zorgverlener niet altijd de noodzakelijke vaardigheden en informatie bezit om patiënten zelfmanagementondersteuning te bieden (Cardol et al., 2012; Towle & Godolphin, 2011). Dit geldt ook voor **verpleegkundigen**. Zo toont onderzoek aan dat verpleegkundigen vaak intuïtief en gebaseerd op hun eigen ervaringen methodes ontwikkelen om zelfmanagement te ondersteunen, wat patiënten onvoldoende houvast biedt (Macdonald et al., 2008). Nochtans spelen verpleegkundigen een bijzonder belangrijke rol in het ondersteunen van zelfmanagement (van Hooft et al., 2014).

Verpleegkundigen zijn immers goed geplaatst om zelfmanagementondersteuning te bieden; ze zijn toegankelijk en hebben directe contacten met hun patiënten (Coster en Norman, 2009). Onderzoek toont aan dat verpleegkundigen de belangrijkste bron van zelfmanagementondersteuning zijn voor chronische zieken (Coster & Norman, 2009; Elissen et al., 2013). Zelfmanagementondersteuning kan inhouden dat de verpleegkundige patiënten in groep of individueel ondersteuning aanbiedt, in sessies specifiek gericht op zelfmanagement (Elissen et al., 2013). Zelfmanagementondersteuning gaat echter verder: het maakt integraal onderdeel uit van het verpleegkundig werk en dient bijvoorbeeld ook tijdens consultaties aan bod te komen (Elissen et al., 2013; Macdonald et al., 2008). Binnen de verpleegkundige zorgverlening zou zelfmanagementondersteuning dan ook een belangrijke plaats moeten innemen. De focus binnen de verpleegkunde is immers steeds meer verschoven van de oorspronkelijke *compliance* (de verwachting dat de patiënt het therapeutisch regime dat werd opgelegd, volgt) via *adherence* (overleg met de patiënt over het therapeutisch regime) naar zelfmanagementondersteuning (Grypdonck, 2013), hoewel de medische kant van het verpleegkundig werk vanzelfsprekend belangrijk blijft.

Probleemstelling

Onderzoek toont aan dat zelfmanagement een aantal voordelen heeft voor de gezondheidszorg (bv. kostenreductie), maar ook voor de chronisch zieke (bv. verbeterde gezondheidstoestand) en diens netwerk (Lorig et al., 2014). De verpleegkundige kan als spilfiguur in de zorgverlening een belangrijke bijdrage leveren aan de totstandkoming van een chronisch zorgmodel waarin zelfmanagement centraal staat (van Hooft et al., 2014). Echter, het ondersteunen van zelfmanagement krijgt niet altijd genoeg aandacht in het werkveld, binnen onderzoek en in het onderwijs (Kosmala-Anderson et al., 2010; Paulus et al., 2012; Yank et al., 2013). Nederlands onderzoek toont aan dat zorgverleners op dit moment niet steeds voldoende opgeleid zijn om zelfmanagement te ondersteunen (Zwier & van den Brink, 2013; Dwarswaard & van Hooft, 2013). Zorgverleners, in het bijzonder verpleegkundigen, zien zelfmanagementondersteuning wel degelijk als een deel van hun takenpakket, maar voelen zich vaak onvoldoende bekwaam om de patiënt te steunen bij zijn zelfmanagement (Jallinoja et al., 2007) en hebben te weinig voorkennis op dat vlak (Astin & Closs, 2007). Studies tonen aan dat zorgverleners niet steeds over de nodige competenties beschikken om zelfmanagement te ondersteunen, maar dat ook de randvoorwaarden ontbreken (Zwier & van den Brink, 2013). Onderzoek naar zelfmanagementondersteuning door de zorgverlener, en de verpleegkundige in het bijzonder, is noodzakelijk om de competenties en de randvoorwaarden van zelfmanagementondersteuning in de huidige zorgcontext in kaart te brengen en het belang van zelfmanagementondersteuning voor het werkveld te duiden.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Enerzijds beogen we na te gaan hoe verpleegkundigen **zelfmanagementondersteuning** momenteel **invullen**. Anderzijds gaan we de **competenties** en de **randvoorwaarden** in kaart brengen die samenhangen met zelfmanagementondersteuning bij verpleegkundigen in de chronische zorg. De literatuur biedt momenteel slechts fragmentaire informatie inzake de invulling, competenties en randvoorwaarden van zelfmanagementondersteuning. In het bijzonder de linken tussen de verschillende competenties en randvoorwaarden werden tot nu toe weinig belicht.

Ons onderzoek wil de basis leggen voor materiaal dat de zelfmanagement ondersteunende competenties van verpleegkundigen in de chronische zorg kan bevorderen. Uit de literatuur blijkt dat er bijvoorbeeld nood is aan vorming van zorgverstrekkers in het algemeen en verpleegkundigen in het bijzonder op het vlak van zelfmanagementondersteuning aan chronisch zieken (Kosmala-Anderson et al., 2010; Sharma et al., 2011; Yank et al., 2013; Newman et al., 2004). Ook kan ons onderzoek de aanzet vormen voor een checklist waarmee verpleegkundigen hun zelfmanagement ondersteunende competenties kunnen aftoetsen, of voor een draaiboek dat verpleegkundigen kunnen hanteren tijdens consultaties.

We focussen in ons onderzoek op zelfmanagementondersteuning in Vlaanderen. Het meeste onderzoek binnen dit domein werd in een Amerikaanse context gevoerd. Omdat zelfmanagementondersteuning en het verpleegkundig werk meer in het algemeen onlosmakelijk verbonden zijn met de specifieke maatschappelijke context waarbinnen deze zich situeren, kunnen de bevindingen die uit Amerikaans onderzoek blijken niet zomaar geëxtrapoleerd worden naar de Vlaamse situatie.

Een belangrijke kanttekening is dat we ons onderzoek beperken tot verpleegkundigen die werken met patiënten met een chronisch fysieke aandoening. We focussen op verpleegkundigen in twee types zorgsettings: ziekenhuizen en thuiszorg.

Onderzoeksvragen

Op basis van bovenstaande probleemstelling en doelstelling kunnen we drie onderzoeksvragen formuleren:

Onderzoeksvraag 1: Hoe vullen verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zelf in?

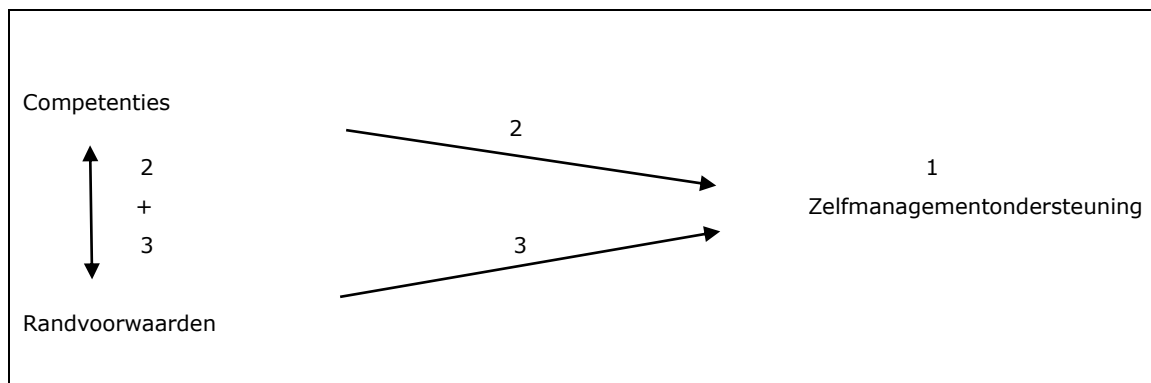
Onderzoeksvraag 2: Welke competenties hebben verpleegkundigen nodig om zelfmanagementondersteuning te bieden?

Onderzoeksvraag 3: Welke randvoorwaarden gaan samen met zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen (hefbomen) en welke verhinderen dit (barrières)?

De centrale concepten *competenties* en *randvoorwaarden* behoeven enige toelichting. Competenties en randvoorwaarden beschouwen we in dit onderzoek als twee groepen van 'determinanten' van zelfmanagementondersteuning. In navolging van de *theory of planned behavior* (Ajzen, 1988) omschrijven we determinanten als elementen die ervoor zorgen dat de intentie om zelfmanagement te ondersteunen in gedrag wordt omgezet, of er net een barrière voor vormen. De literatuur maakt een onderscheid tussen interne en externe determinanten. Interne of persoonlijke determinanten worden in dit onderzoek afgebakend tot de competenties die samengaan met zelfmanagementondersteuning. Competenties worden in de literatuur gedefinieerd als het geheel van kennis, attitude en vaardigheden. De integratie van deze drie aspecten komt tot uiting in specifiek gedrag (Baartman & de Bruijn 2011; Lizzio & Wilson 2004). Externe determinanten worden in dit onderzoek omschreven als randvoorwaarden, de aspecten die ervoor zorgen of verhinderen dat verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning kunnen bieden. Externe determinanten houden rechtstreeks verband met het stellen van zelfmanagementondersteuning, maar hangen ook nauw samen met de competenties die hiervoor nodig zijn. Zo kunnen de externe determinanten er onder meer voor zorgen dat de nodige competenties (niet) verworven worden of (niet) tot uiting komen. Hetzelfde geldt voor de interne determinanten: deze hebben op zich een impact op zelfmanagementondersteuning, maar kunnen ook de externe factoren sturen.

Onderstaande figuur vat de onderzoeksvragen samen (zie figuur 2). Onderzoeksvraag 1 focust op de invulling die verpleegkundigen geven aan zelfmanagementondersteuning,

zowel conceptueel als praktisch. De tweede onderzoeksvraag gaat in de op competenties die verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagementondersteuning te bieden, maar bekijkt ook de interactie met de randvoorwaarden die in onderzoeksvraag 3 aan bod komen. Op dezelfde manier focust de derde onderzoeksvraag op de randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning en hun interactie met verpleegkundige competenties.



Figuur 2. Schematisch overzicht van de onderzoeksvragen.

Methode

Om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden, voerden we een onderzoek uit dat drie fases omvat. In een eerste fase maakten we een literatuurstudie op om de determinanten van zelfmanagementondersteuning in kaart te brengen (1). Daarna volgde een empirisch luik, dat werd goedgekeurd door het medisch-ethisch comité van het UZ Leuven. Dit empirisch luik omvatte een focusgroepgesprek met verpleegkundigen met expertise op het vlak van zelfmanagementondersteuning (2) en face-to-face interviews met verpleegkundigen (3).

1. Literatuurstudie

De literatuurstudie had tot doel om de verschillende competenties en randvoorwaarden op te lijsten die gelinkt worden aan zelfmanagementondersteuning. Deze lijst vormde de basis voor de empirische bevraging, waarin deze lijst werd getoetst, aangevuld en uitgediept. De literatuurstudie omvatte informatie afkomstig van wetenschappelijke publicaties, grijze literatuur (voornamelijk rapporten) en websites.

2. Focusgroep met verpleegkundige experts

Het doel van het focusgroepgesprek was tweeledig. Enerzijds was het de bedoeling om de lijst met competenties die uit de literatuurstudie naar voor kwam, te confronteren met de visie van experts uit het werkveld, en bijkomende informatie hierover te verzamelen. Daarnaast beoogden we informatie te verzamelen over de specifiek 'Vlaamse' randvoorwaarden. De data die resulteerden uit het gesprek, boden met andere woorden mee aan antwoord op de tweede (competenties) en derde (randvoorwaarden) onderzoeksvraag.

2.1. Steekproef

Aan dit gesprek namen acht verpleegkundigen deel, die elk expertise hebben op het vlak van zelfmanagementondersteuning. De verpleegkundigen zijn verbonden aan twee verschillende ziekenhuizen en aan één organisatie voor thuisverpleging. Ze werken binnen verschillende domeinen van de chronische zorg, zoals de oncologie en diabetologie.

2.2. Dataverzameling

De focusgroep vond plaats in januari 2015, in een vergaderruimte van de UC Leuven-Limburg, campus Gasthuisberg. Het gesprek werd begeleid door de twee onderzoeksters en duurde twee uur.

Het gesprek was georganiseerd rond de input van de deelnemers. Na een algemene inleiding en inleidende vragen (bv. *Op welke manier krijgen jullie zelf te maken met zelfmanagement(ondersteuning)?*) werden de deelnemers uitgenodigd om te reflecteren over de determinanten van zelfmanagementondersteuning. Ze werden gevraagd om op zelfklevende blaadjes de competenties en randvoorwaarden te noteren die naar hun mening bepalend zijn voor zelfmanagementondersteuning bij verpleegkundigen. De zelfklevende blaadjes werden door de onderzoekers gegroepeerd en kregen vervolgens een categorie toegekend, gebaseerd op de literatuurstudie. Vervolgens werden de verschillende categorieën in groep besproken, aan de hand van een topiclijst. Bijvoorbeeld, wanneer de deelnemers wezen op het belang van de leidinggevende, werd gevraagd om te preciseren op welke manier de leidinggevende zelfmanagementondersteuning kan bevorderen of tegenwerken.

2.3. Data-analyse

De discussie werd woordelijk getranscribeerd en vervolgens inhoudelijk geanalyseerd via het softwareprogramma *NVivo 10 for Windows*. Beide onderzoeksters analyseerden het transcript onafhankelijk van elkaar. Codering door meerdere onderzoekers controleert de mate van consistentie van de codering, en verhoogt bijgevolg de betrouwbaarheid en validiteit van de resultaten (Richards, 2005). Het doel van deze analyse was om een bevestiging en uitdieping te bekomen van de vooraf opgestelde lijst met competenties en randvoorwaarden. Om die reden was de analyse voornamelijk deductief van aard: de geïdentificeerde categorieën vormden het vertrekpunt. De inhoudsanalyse was echter ook deels inductief in die zin dat voor elementen die niet ondergebracht konden worden onder de vooraf geïdentificeerde categorieën, nieuwe categorieën aangemaakt werden. De analyse bestond uit twee fases: eerst werden de competenties en randvoorwaarden die de deelnemers noteerden op zelfklevende blaadjes geanalyseerd en vervolgens de discussie die daarrond ontstond. De analyse van de competenties en randvoorwaarden gebeurde aan de hand van een *unconstrained matrix* (Elo & Kyngas, 2008). Deze matrix bevatte de categorieën met competenties en randvoorwaarden die vooraf geïdentificeerd werden op basis van de literatuur. De aspecten die de deelnemers noteerden op zelfklevende blaadjes, werden in deze matrix ingepast. Er werden ook nieuwe categorieën aangemaakt voor de competenties en randvoorwaarden die nog niet in de

literatuur vermeld stonden. De resultaten staan weergegeven in het volgende hoofdstuk van dit rapport.

3. Face-to-face interviews met verpleegkundigen

In een volgende fase van ons onderzoek namen we interviews af met verpleegkundigen. Het doel van deze interviews was om in kaart te brengen hoe verpleegkundigen momenteel omgaan met zelfmanagementondersteuning (onderzoeksvraag 1) en welke competenties en randvoorwaarden ze nodig hebben om zelfmanagementondersteuning te bieden (onderzoeksvraag 2 en 3). De interviews boden ons niet alleen inzicht in de determinanten die nodig zijn, maar ook in de huidige stand van zaken op dat vlak.

3.1. Steekproef

Omdat we een zo breed mogelijk antwoord wilde krijgen op onze onderzoeksvragen, selecteerden we een heterogene groep van verpleegkundigen die dagelijks in contact staan met chronisch zieken. We selecteerden een diverse groep van verpleegkundigen, gebaseerd op hun plaats van tewerkstelling (ziekenhuis of thuiszorg), expertise inzake zelfmanagementondersteuning (veel, enige expertise of geen specifieke expertise), zorgdomein, ervaring als verpleegkundige en geslacht. Deze criteria hebben betrekking op factoren die de visie van verpleegkundigen op de thema's die ons aanbelangen, mogelijk beïnvloeden. We inspireerden ons voor de keuze van deze selectiecriteria zowel op de literatuur als op de resultaten van de focusgroep. Zo kunnen we op basis van het focusgroepgesprek verwachten dat verpleegkundigen met bijzondere expertise zelfmanagementondersteuning meer centraal stellen dan verpleegkundigen zonder specifieke ervaring.

De steekproeftrekking verliep concreet als volgt. In eerste instantie namen we contact op met ziekenhuizen en organisaties voor thuisverpleging waar verpleegkundigen zorg verlenen aan chronisch zieken. De organisaties die toestemden om mee te werken, selecteerden enkele verpleegkundigen en bezorgden ons hun gegevens. Via die weg konden we in totaal 12 verpleegkundigen individueel interviewen. De geïnterviewde verpleegkundigen uit de sector van de thuisverpleging werkten voor een openbare dienst (drie geïnterviewden) en private dienst (één geïnterviewde) voor thuisverpleging. De ziekenhuisverpleegkundigen werkten in drie verschillende ziekenhuizen: een universitair ziekenhuis (drie geïnterviewden) en twee algemene ziekenhuizen (vijf geïnterviewden). De geïnterviewde thuisverpleegkundigen kwamen in contact met patiënten met uiteenlopende chronische aandoeningen, zoals diabetes en kanker. De ziekenhuisverpleegkundigen werkten onder meer met stomapatiënten, hartpatiënten en

transplantatie patiënten. We interviewden vijf mannen en zeven vrouwen. Hun ervaring als verpleegkundige varieerde tussen de drie en de veertig jaar.

3.2. Dataverzameling

Beide onderzoekers namen de interviews af tussen februari en juni 2015. De interviews vonden plaats op de werkplaats van de verpleegkundige en duurden hoogstens één uur. Elk interview werd met toestemming van de geïnterviewden op band geregistreerd. Voorafgaand aan elk interview werd het onderzoek toegelicht, een formulier 'geïnformeerde toestemming' overlopen en vervolgens ondertekend. De interviews verliepen op basis van een semigestructureerde vragenlijst, die volgende thema's bevatte: de achtergrond van de verpleegkundige (bv. *Sinds wanneer werkt u als verpleegkundige? Met welke groep patiënten werkt u zelf doorgaans? Hoe begeleiden jullie de patiënten van bij opname tot ontslag?*), algemene vragen rond zelfmanagementondersteuning (bv. *Heeft u al eens gehoord van het begrip zelfmanagement? Hoe doet u dit praktisch, zelfmanagement ondersteunen? En wat zorgt ervoor dat zelfmanagementondersteuning aan chronisch zieken minder goed loopt?*), vragen rond competenties gelinkt aan zelfmanagementondersteuning (bv. *Welke competenties heeft een verpleegkundige volgens u nodig om op een goede manier zelfmanagement te ondersteunen? Welk van deze competenties beheerst u goed, naar uw eigen aanvoelen?*), vragen rond de randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning (bv. *Hoe ondersteunt uw leidinggevende u bij het bieden van zelfmanagementondersteuning? Is er binnen het verpleegkundig werk voldoende mogelijkheid om ZMO te bieden?*) en vragen rond een opleiding gericht op zelfmanagementondersteuning (bv. *Welke thema's zouden volgens u zeker aan bod moeten komen in een opleiding rond zelfmanagementondersteuning?*).

3.3. Data-analyse

De interviews werden woordelijk uitgetypt en vervolgens inhoudelijk geanalyseerd met het softwareprogramma *NVivo 10 for Windows* door beide onderzoekers, onafhankelijk van elkaar om een hogere betrouwbaarheid en validiteit te bekomen (zie 2.3). De inhoudsanalyse was hoofdzakelijk deductief: de codering was immers gebaseerd op categorieën met competenties en randvoorwaarden die vooraf geïdentificeerd werden op basis van de literatuur. Daarnaast was de analyse ook deels inductief, in die zin dat categorieën die de literatuur niet vermeldde, toegevoegd werden.

Resultaten van de literatuurstudie

Hoewel er nog steeds onvoldoende aandacht naar uit gaat, wordt de laatste jaren steeds meer wetenschappelijk onderzoek gevoerd naar zelfmanagement en zelfmanagementondersteuning (van den Brink et al., 2013). Enkele van de onderzochte thema's zijn de competenties die ervoor zorgen dat verpleegkundigen en andere zorgverleners komen tot effectieve zelfmanagementondersteuning, en de randvoorwaarden die hiervoor een barrière of hefboom vormen. In het volgende literatuuroverzicht wordt een overzicht gegeven van de competenties die in de literatuur gelinkt worden aan effectieve zelfmanagementondersteuning (1). In een tweede punt worden de randvoorwaarden besproken (2). Doorheen beide punten wordt ook – waar mogelijk – ingegaan op de invulling die verpleegkundigen geven aan zelfmanagement(ondersteuning). De literatuur waarop dit literatuuroverzicht gebaseerd is, heeft meestal betrekking op zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen, maar soms ook op deze door zorgverleners meer in het algemeen. Sommige van deze literatuur gaat in op zelfmanagementondersteuning in het kader van specifieke chronische aandoeningen (bv. diabetes), terwijl andere zelfmanagementondersteuning op het vlak van algemene chronische zorg bespreekt. Aan het einde van dit hoofdstuk formuleren we een algemene conclusie (3).

1. Competenties samengaand met zelfmanagementondersteuning

In onderstaande bespreking wordt een overzicht gegeven van de competenties die volgens de literatuur samengaan met zelfmanagementondersteuning. Deze bespreking is gestructureerd volgens de drie elementen waaruit een competentie bestaat, namelijk kennis (1.1), vaardigheden (1.2) en attitudes (1.3). Hoewel deze opdeling enigszins artificieel is, geeft ze naar onze mening het meest gedetailleerde beeld van de competenties die relevant zijn voor zelfmanagementondersteuning.

1.1. Kennis

De literatuur preciseert dat kennis deel uitmaakt van de competenties die noodzakelijk zijn voor zelfmanagementondersteuning (McGowan, 2013). Deze kennis bestrijkt verschillende domeinen. In de eerste plaats wordt het belang van kennis van **zelfmanagement(ondersteuning)** (inclusief modellen voor gedragsverandering) benadrukt (Lawn & Schoo, 2010; McGowan, 2013). Verpleegkundigen blijken vaak uiteenlopende invullingen te geven aan zelfmanagement en

zelfmanagementondersteuning (Engels & Dijcks, 2010; Johnston et al., 2011; MacDonald et al., 2008). Zo hebben ze uiteenlopende opvattingen over het doel van zelfmanagementondersteuning (bv. goede patiëntuitkomsten versus kostenreductie), de rol van de patiënt (bv. expert versus actieve student) en diens verantwoordelijkheid en de rol van de verpleegkundige (bv. volgzaam zijn versus de leiding nemen) (Hooft et al., 2014; Jallinoja et al., 2007). Verpleegkundigen vullen zelfmanagementondersteuning bovendien vaak uitsluitend in als het aanleren van symptoommanagement. Ze laten psychosociale factoren en het sociale functioneren van de patiënt dan ook buiten beschouwing (Coster & Norman, 2009). Hoewel patiënten vinden dat verpleegkundigen het best geplaatst zijn om aan hun emotionele behoeften tegemoet te komen, zien verpleegkundigen dit zelden als een kernaspect van hun rol (Wilson et al., 2006). Soms gaan verpleegkundigen ervan uit dat zelfmanagementondersteuning niet meer is dan een nieuwe benaming voor een reeds bestaande aanpak, zoals motivatiebevordering (Wagner et al., 2001) of groepseducatie (McGowan, 2013), waardoor ze onterecht veronderstellen dat ze al zelfmanagementondersteuning bieden. Uit onderzoek bleek verder ook dat verpleegkundigen de mate van zelfmanagementondersteuning die ze bieden, al te vaak overschatten (Carryer et al., 2010).

Zelfmanagementondersteuning dient in te spelen op de specifieke behoeftes van de patiënt, rekening houdende met diens ziekte. Om die reden is kennis over de **chronische aandoening** – naast algemene kennis van anatomie en fysiologie – eveneens een belangrijke factor (Lawn & Schoo, 2010). Ook kennis over de specifieke noden van de **doelgroep** waartoe de patiënt behoort (bv. kinderen), is van belang (Engels & Arkesteyn, 2011). De verpleegkundige dient eveneens geïnformeerd te zijn over de diensten binnen de eigen organisatie en externe **voorzieningen** die mogelijk relevant zijn voor de chronisch zieken die hij/zij ondersteunt, zodat de patiënten - indien nodig - kunnen doorverwezen worden (CBO, 2012; CBO, 2014). Daarnaast is ook kennis van **hulpbronnen** voor zelfmanagement van belang, zoals documentatie (bv. online) en ICT-toepassingen (CBO, 2014).

Het is voor verpleegkundigen niet steeds eenvoudig om kennis te verwerven over bovenstaande domeinen en - meer in het algemeen - om op de hoogte te blijven van de laatste wetenschappelijke ontwikkelingen in hun domein. Onderzoek toont aan dat verpleegkundigen te weinig tijd denken te hebben om zich te informeren over nieuwe ontwikkelingen en om deze te implementeren op de werkvloer. Bovendien weten ze vaak niet goed welke literatuur relevant is en ervaren ze moeite met de vertaling van onderzoek naar praktijk (Carroll et al., 1997; Dunn et al., 1998).

1.2. Vaardigheden

De literatuur bespreekt tal van vaardigheden die verpleegkundigen nodig hebben om effectieve zelfmanagementondersteuning te bieden. Hieronder bundelen we de verschillende vaardigheden die vermeld worden.

Adviseren en informeren

De verpleegkundige vormt een belangrijke bron van advies en informatie voor de patiënt. Verpleegkundigen zien informatieverstrekking ook zelf als één van hun centrale taken (Jallinoja et al., 2007). Hoewel ze informatieverstrekking een belangrijk aspect van hun takenpakket vinden, blijkt uit onderzoek dat ze zich hier onvoldoende op toeleggen (Jallinoja, 2007). Behalve de nodige kennis bezitten, is het overdragen ervan nochtans een noodzakelijke competentie (CBO, 2012; CBO, 2014; Engels & Arkesteyn, 2011). Verpleegkundigen moeten onder meer informatie kunnen verstrekken over de ziekte (bv. symptomen en gevolgen), de mogelijke behandelingen en eventuele risico's ervan en over het belang en de invulling van zelfmanagement (Kosmala-Anderson et al., 2011; Nishigaki et al., 2012). Behalve de patiënt zelf dient de verpleegkundige mogelijk ook diens familie en ruimere omgeving te adviseren en te informeren, zodat deze bijvoorbeeld kan ingrijpen bij problemen en het medicatiegebruik mee kan opvolgen. Optimale informatieoverdracht en adviesverstrekking zijn alleen mogelijk wanneer een aantal vereisten in acht genomen worden. Grofweg komt het erop neer dat de verpleegkundige dient te communiceren op maat van de patiënt. Dit impliceert onder meer dat de verpleegkundige dient na te gaan waarover de patiënt graag geïnformeerd wordt, de informatie overbrengt in een voor de patiënt toegankelijke taal, abstracte informatie vertaalt naar de praktijk, technische handelingen demonstreert en laat imiteren door de patiënt (*role modeling*), informatie regelmatig herhaalt, nagaat of de patiënt de informatie correct begrepen heeft en misverstanden corrigeert (Blakeman et al. 2010; CBO, 2014; Kennedy et al., 2014; Kosmala-Anderson et al., 2011; Lorig & Holman, 2003; Nishigaki et al., 2012; Yank et al., 2013). Degelijke advies- en informatieverstrekking is bovendien alleen mogelijk als de verpleegkundige over voldoende kennis beschikt (zie 1.1.1) en over de juiste gespreksvaardigheden (zie hieronder) (CBO, 2014; Jallinoja, 2007).

Aanleren van vaardigheden

Zelfmanagementondersteuning veronderstelt dat verpleegkundigen patiënten vaardigheden aanleren, zodat ze zelfstandig hun ziekte kunnen managen. Onderzoek heeft inderdaad uitgewezen dat het niet volstaat om patiënten alleen informatie te verstrekken. Ze moeten ook de nodige vaardigheden aangeleerd krijgen, zodat ze deze

informatie in de praktijk kunnen omzetten (Coster & Norman, 2009). Vaardigheden die van de patiënt vereist zijn, zijn bijvoorbeeld besluitvorming, probleemoplossing, gebruik van bronnen, aangaan van een partnerschap, actieplanning, toedienen van medicatie en monitoren van gezondheidsparameters (bv. bloeddruk) (ElZarrad et al., 2013; Lorig & Holman, 2003). Sommige van deze vaardigheden zijn ziekte-overkoepelend, zoals het herkennen van problemen (Nishigaki, 2012) en probleemoplossing (Kosmala-Anderson et al., 2010; Kosmala-Anderson et al., 2011). Andere vaardigheden zijn eerder ziekte specifiek, zoals het toedienen van medicatie en het monitoren van gezondheidsparameters. Ook hier is het noodzakelijk dat de verpleegkundige gericht inspeelt op de behoeftes die de patiënt ervaart (CBO, 2014).

Samenwerken en doorverwijzen

De literatuur geeft aan dat samenwerken een belangrijke vaardigheid is op het vlak van zelfmanagementondersteuning. In de eerste plaats dient de verpleegkundige samen te werken met de patiënt. Het is immers essentieel dat beslissingen die de patiënt aanbelangen (bv. inzake diens ziekte en de behandeling ervan), ook zoveel mogelijk in overleg met de patiënt gebeuren. Deze gedeelde verantwoordelijkheid bij het nemen van beslissingen is een noodzakelijke stap in het empoweren van de patiënt (Engels & Arkesteyn, 2011; Kosmala-Anderson et al., 2011). Dit impliceert dat de verpleegkundige in staat moet zijn om bepaalde beslissingen minstens deels uit handen te geven en de keuze aan de patiënt te laten. Zo dient de patiënt te kunnen kiezen wie zijn/haar traject begeleidt, hoe zijn/haar behandeling eruit ziet en welke andere instanties eventueel betrokken worden (Kosmala-Anderson et al., 2011). Samenwerken houdt ook in dat gezamenlijk doelstellingen vastgelegd worden en samen gezocht wordt naar een oplossing wanneer het behalen van deze doelstellingen belemmerd wordt (Engels & Arkesteyn, 2011; Kosmala-Anderson et al., 2010; Kosmala-Anderson et al., 2011, Schulman-Green et al., 2006). De samenwerking tussen de verpleegkundige en de patiënt moet de vorm aannemen van een partnerschap, waarin de verpleegkundige de patiënt ondersteunt bij het behouden van gewenst gedrag en het wijzigen van ongewenst gedrag.

De verpleegkundige dient niet alleen samen te werken met de patiënt, maar ook met de omgeving van de patiënt, collega's, leidinggevend en andere zorgverleners en instanties (Kosmala-Anderson et al., 2011; Nishigaki, 2012). In het bijzonder multidisciplinair overleg zou een noodzakelijke stap zijn in het succesvol ondersteunen van zelfmanagement (Engels & Arkesteyn, 2011). Een vaardigheid die hier nauw bij aansluit, is doorverwijzen. Het is belangrijk dat de zorgverlener doorverwijst naar andere instanties en de zorg hieraan overlaat, wanneer men zelf niet de nodige expertise heeft (Engels & Arkesteyn, 2011) of als aanvulling op de eigen zorg (Kosmala-Anderson et al.,

2011). Om door te kunnen verwijzen, is het hebben van kennis van relevante en toegankelijke voorzieningen een essentiële competentie (zie 1.1.1).

Organiseren en coördineren

Om zelfmanagement effectief te ondersteunen, dient de verpleegkundige een goede organisator en coördinator te zijn. Verpleegkundigen staan onder meer in voor het inplannen en opvolgen van consultaties, het bijhouden van informatie en het opvolgen van medicatie. Daarnaast maken ze vaak afspraken voor de patiënt, binnen de eigen organisaties of met andere instanties waarnaar de patiënt doorverwezen wordt (Kosmala-Anderson et al., 2011).

Opvolgen

Effectieve zelfmanagementondersteuning vereist dat verpleegkundigen hun patiënten ondersteunen en opvolgen. Zo monitoren ze of patiënten hun doelstellingen halen, remediëren ze wanneer er problemen zijn, volgen ze op hoe patiënten omgaan met de lopende behandeling of wijzigingen hieraan en waken ze over de continuïteit van de zorg (Kosmala-Anderson et al., 2010; Kosmala-Anderson et al., 2011). Zelfmanagementondersteuning vereist dus een actieve *follow-up* door de zorgverlener. Verpleegkundigen dienen ook hun eigen activiteiten op het vlak van zelfmanagementondersteuning op te volgen, bijvoorbeeld door deze te registreren (Engels & Arkesteyn, 2011).

Gespreksvaardigheden bezitten

Verpleegkundigen dienen bepaalde gespreksvaardigheden te beheersen om zelfmanagement doeltreffend te ondersteunen. Een gebrek aan gespreksvaardigheden kan er onder meer toe leiden dat de patiënt onvoldoende geïnformeerd wordt (Poskiparta et al., 2006). Gespreksvaardigheden die herhaaldelijk in de literatuur vermeld worden, zijn motivationeel interviewen, vraag gestuurd werken, positieve feedback geven, actief luisteren en wisselen van communicatiestijl naargelang de persoon of situatie (Engels & Arkesteyn 2011; Lorig et al., 2005; Matthias et al., 2010; McGowan, 2013; Nishigaki et al., 2012). Ook non-verbaal gedrag (bv. oogcontact, intonatie) wordt vermeld als een belangrijk element, omdat het de patiënt kan geruststellen en indirect diens zelfmanagement verbeteren (Mulder et al., 2014). Uit onderzoek is gebleken dat sommige verpleegkundigen zich onzeker voelen over hun gespreksvaardigheden, terwijl anderen deze eenvoudigweg niet beheersen. Verpleegkundigen zouden soms ook door de omstandigheden (bv. tijdsdruk) gedwongen worden om hun gesprekken inefficiënt te voeren (Mulder et al., 2014).

Sociale en interpersoonlijke vaardigheden bezitten

De literatuur vermeldt een aantal sociale vaardigheden die noodzakelijk zijn voor het ondersteunen van zelfmanagement. Frequent wordt verwezen naar het belang van empathie en inlevingsvermogen (Engels & Arkesteyn, 2011; Kosmala-Anderson, 2011). Zo dient de verpleegkundige zich te kunnen inleven in de emoties van de patiënt, respect te hebben voor diens wil en begrip te tonen voor de moeilijkheden die hij/zij ervaart (Nishigaki et al., 2012). Een verpleegkundige dient ook om te kunnen gaan met de verschillende emoties die patiënten en hun omgeving kunnen ervaren (Engels & Arkesteyn, 2011), en hier begrip voor op te brengen (Nishigaki et al., 2012). Het is belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt goed aanvoelt (bv. of deze bepaalde angsten heeft) en kan inspelen op deze emoties, bijvoorbeeld door hem/haar gerust te stellen (Kosmala-Anderson, 2011; Nishigaki et al., 2012). Het is ook belangrijk dat de verpleegkundige een rustige omgeving creëert en een vertrouwensrelatie met de patiënt uitbouwt (Kosmala-Anderson et al., 2011; Nishigaki et al., 2012). Een goede zelfmanagementondersteuner is daarnaast ook enthousiast, inspirerend en heeft respect voor de keuzes van de patiënt (Engels & Arkesteyn, 2011).

(Zelf)kritisch zijn

Het is van belang dat verpleegkundigen (zelf)kritisch zijn om tot effectieve zelfmanagementondersteuning te komen. Zelfkritiek houdt in dat een verpleegkundige reflecteert op het eigen functioneren op het vlak van zelfmanagementondersteuning, en de eigen beperkingen bespreekt met collega's (Engels & Arkesteyn 2011; Kosmala-Anderson et al., 2011). De verpleegkundige wordt ook verwacht kritisch te zijn naar de organisatie en het team toe, bijvoorbeeld door eventuele barrières te identificeren die zelfmanagementondersteuning in de weg staan (Kosmala-Anderson et al., 2011).

Coachen

Onderzoek benadrukt dat coaching een noodzakelijke vaardigheid is om zelfmanagement bij chronisch zieken te ondersteunen (CBO, 2012; CBO 2014; Engels & Arkesteyn, 2011). Coaching heeft als doel om de patiënt te begeleiden zodat deze de doelen kan bereiken die in gezamenlijk overleg bepaald werden (Kosmala-Anderson et al., 2010). Ook hier staat de patiënt centraal: het is essentieel dat de verpleegkundige vertrekt vanuit de doelen die samen met de patiënt opgesteld werden. De verpleegkundige werkt samen met de patiënt naar deze doelen toe, begeleidt het proces, identificeert sterktes en zwaktes, geeft feedback en remedieert indien nodig (CBO, 2014; Engels & Arkesteyn, 2011; Engels & Dijcks, 2011). Coaching kan beschouwd worden als een 'containervaardigheid' die meerdere van de hierboven besproken vaardigheden omvat. Zo dient de verpleegkundige bepaalde gesprekstechnieken goed te beheersen (bv.

motivationaleel interviewen) en in staat te zijn om de patiënt vaardigheden aan te leren, zoals probleemoplossing en doelen stellen (Yank et al., 2013). Ook dient de verpleegkundige een goed zicht te hebben op de zelfmanagementstrategieën en de mate waarin de patiënt deze al beheerst (Yank et al., 2013).

1.3. Attitudes

Naast kennis en vaardigheden maken ook attitudes deel uit van de competenties die nodig zijn voor zelfmanagementondersteuning (Lawn & Schoo, 2010). Zo is het noodzakelijk dat de zorgverlener het **belang van zelfmanagement(ondersteuning)** inziet en dit beschouwt als een integraal en permanent onderdeel van de zorgverstrekking (Engels & Dijcks 2010; Kennedy et al., 2014; Kosmala-Anderson et al., 2011). Dat de verpleegkundige het belang van zelfmanagement(ondersteuning) dient in te zien, betekent echter niet dat hij/zij de patiënt moet opdringen om aan zelfmanagement te doen. Het is immers een fundamentele keuze van de patiënt om al dan niet tot zelfmanagement over te gaan (Lawn et al., 2011).

Verpleegkundigen moet ook **geïnteresseerd zijn in hun patiënten** en zelfmanagement willen vorm geven op hun maat. Dit impliceert dat verpleegkundigen moeten openstaan voor verandering en bereid moeten zijn om continu bij te leren (Engels & Arkesteyn, 2011). Het is ook noodzakelijk dat verpleegkundigen patiënten niet bij voorbaat in een bepaalde rol duwen (bv. die van 'ongemotiveerde patiënt') (Thille et al., 2014) of het welslagen van zelfmanagement uitsluitend in handen leggen van de patiënt (Bower et al., 2011; Johnston et al., 2011). **Geloof in de mogelijkheid tot zelfmanagement** is dan ook een noodzakelijke voorwaarde om goede zelfmanagementondersteuning te bieden (Kennedy et al., 2014; Wilson et al., 2006).

2. Randvoorwaarden van zelfmanagementondersteuning

De literatuur bespreekt ook de randvoorwaarden van zelfmanagementondersteuning. Deze randvoorwaarden kunnen ondergebracht worden in een aantal categorieën: hulpmiddelen (2.1), organisatie van het verpleegkundig werk (2.2), opleiding, navorming en ervaring (2.3), steun van het team en de leidinggevende (2.4), steun van de organisatie (2.5) en macrofactoren (2.6).

2.1. Hulpmiddelen

De literatuur preciseert dat zelfmanagementondersteuning gefaciliteerd wordt door een

degelijke technische omkadering, voornamelijk op het vlak van ICT (Lawn, 2010). Aangepaste ICT kan op verschillende manieren bijdragen tot een meer efficiënte zelfmanagementondersteuning.

In de eerste plaats is aangepaste ICT een nuttig hulpmiddel voor de verpleegkundige, die door allerlei informatie te registreren het overzicht behoudt op het zelfmanagementproces van de chronische zieke. Deze informatie kan bij elke opvolging opgeroepen en aangevuld worden (Engels & Dijcks 2010). ICT-toepassingen bieden de mogelijkheid om frequenter contact te houden met de patiënt (en kunnen zelfs een deel van of de volledige opvolging door de verpleegkundige overnemen (ElZarrad et al., 2013). Zo is het mogelijk om per e-mail een aantal zelfmanagementopdrachten aan de patiënt te bezorgen, eventueel ter voorbereiding van een face-to-face consultatie (Allen et al., 2008; McMahon et al., 2005). Ook kunnen patiënten via internet hun ziekte monitoren en op regelmatige basis informatie doorsturen, zoals gezondheidsparameters. Op die manier kan de verpleegkundige ingrijpen bij problemen en van op afstand een zicht houden op het zelfmanagementproces.

Daarnaast kunnen verpleegkundigen via elektronische weg hun patiënten informatie op maat te bezorgen (Engels & Dijcks 2010), wat volgens de literatuur belangrijk is om zelfmanagement te ondersteunen (zie 1.1.2, adviseren en informeren). In dat kader wordt ook het belang van papieren educatief materiaal vermeld, dat voor sommige patiëntengroepen toegankelijker is dan elektronische bronnen (CBO, 2012; CBO, 2014; Coster & Norman, 2009; Engels & Arkesteyn, 2011). Meer in het algemeen kan de verpleegkundige dankzij een goede elektronische informatie-uitwisseling tussen de verschillende zorgverleners een zicht krijgen op de patiënt en diens reeds doorlopen traject binnen de gezondheidszorg (CBO, 2014; Engels & Dijcks, 2010).

De literatuur wijst wel op een aantal grenzen waarop het gebruik van ICT in het kader van zelfmanagementondersteuning kan botsen, zowel aan de kant van de verpleegkundige als aan de kant van patiënt (bijvoorbeeld gebrekkige computerkennis, voorkeur voor direct contact) (Koopman et al., 2014). Een deel van de oplossing hiervoor ligt in het hanteren van de principes van *user centered design* om dergelijke ICT-toepassingen te ontwerpen (Yu et al., 2014).

2.2. Organisatie van het verpleegkundig werk

De literatuur wijst erop dat zelfmanagementondersteuning meer kans op slagen heeft als het integraal deel uitmaakt van het verpleegkundig werk (Lawn, 2010). Nochtans vinden verpleegkundigen het moeilijk om zelfmanagementondersteuning in te passen in hun dagelijks takenpakket. Het wordt nogal eens ervaren als een taak die boven op het andere werk komt en waarvoor moeilijk bijkomend tijd kan vrijgemaakt worden in hun al

drukke schema (Bower et al., 2011; Jallinoja et al., 2007; Johnston et al., 2011; Kennedy et al., 2014; Lawn, 2010). Bovendien zien sommige verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning als een nieuwe taak, wat maakt dat deze moeilijk ingang vindt in de taakgerichte verpleegkundige routines (Kennedy et al., 2014). Onderzoek toont aan dat zelfmanagementondersteuning een centrale plaats verdient en vast deel zou moeten uitmaken van – bijvoorbeeld – de consultaties en spreekuren die de verpleegkundige begeleidt (CBO, 2012). Dit betekent dat ook de invulling en timing van de consultaties en spreekuren dient aangepast te worden (Engels & Dijcks, 2010).

2.3. Opleiding, navorming en ervaring

Onderzoek wijst uit dat verpleegkundigen grondig opgeleid dienen te worden op het vlak van zelfmanagementondersteuning. In de eerste plaats is het belangrijk dat zelfmanagementondersteuning een centrale plaats krijgt in de **basisopleiding** (Engels & Dijcks, 2010). Verder is het essentieel dat verpleegkundigen die reeds aan het werk zijn, regelmatig professionele **vorming** op het vlak van zelfmanagementondersteuning krijgen, zowel inzake de theorie als praktijk ervan (CBO, 2014; Engels & Dijcks 2010; Kosmala-Anderson et al., 2010; McGowan, 2013). Idealiter is deze training *evidence based* (Glasgow et al., 2002; McGowan, 2013). Onderzoek toont inderdaad aan dat verpleegkundigen die een training volgden, zelfmanagement beter ondersteunen. De reden hiervoor is dat ze zich door de opleiding zelfzeker en bekwaam voelen om zelfmanagement te ondersteunen (Kosmala-Anderson et al., 2010; Sharma et al., 2011).

Verpleegkundigen moeten hetgeen ze in een opleiding aanleerden, ook kunnen onderhouden en oefenen (Lawn, 2010). In die zin vormt het opdoen van **ervaring** een belangrijke randvoorwaarde om zelfmanagementondersteuning te bieden. Onderzoek toont inderdaad aan dat zorgverleners die beroepsmatig veel in contact komen met chronisch zieken meer zelfmanagementondersteuning bieden (Kosmala-Anderson et al., 2010). Toch geven ervaren verpleegkundigen ook vaker aan dat ze naar hun eigen aanvoelen niet alle nodige vaardigheden bezitten om zelfmanagementondersteuning te bieden (Jallinoja et al., 2007). Het is dan ook zinvol om verpleegkundigen op te volgen, bijvoorbeeld in de vorm van mentoring (Lawn, 2010).

2.4. Steun van het team (collega's en leidinggevende)

De literatuur vermeldt een aantal teamaspecten die invloed hebben op zelfmanagementondersteuning.

In de eerste plaats blijkt het belangrijk dat zorgverleners samen met hun

collega's een gemeenschappelijke visie op zelfmanagementondersteuning ontwikkelen, zodat zelfmanagementondersteuning een centrale taak wordt van alle teamleden (Engels & Arkesteyn, 2011; Engels & Dijcks, 2010; Lawn, 2010). Ook kunnen collega's (binnen en buiten het eigen team) met een voorbeeldfunctie als rolmodel voor zelfmanagementondersteuning naar voor geschoven worden (Lawn, 2010). Bovendien is een goede samenwerking tussen teamleden essentieel om tot zelfmanagementondersteuning te komen (Lawn, 2010). De literatuur vermeldt in dat kader dat het zinvol kan zijn om het team zo samen te stellen dat de teamleden complementaire competenties hebben, waardoor niet alle verantwoordelijkheid inzake zelfmanagementondersteuning bij een enkele zorgverlener terecht komt (Kosmala-Anderson et al., 2010). Onderzoek toont aan dat ook de **leidinggevende** een belangrijke rol heeft, in die zin dat hij/zij als rolmodel en mentor kan motiveren om zelfmanagementondersteuning te bieden en de basis kan leggen van een gedeelde teamvisie (Lawn, 2010).

2.5. Steun van de organisatie

Uit het bovenstaande moet blijken dat de organisatie mogelijke barrières of hefbomen voor zelfmanagementondersteuning mee kan sturen. Onder meer de ICT-infrastructuur, het aanbieden van opleidingen, de mogelijkheid geven om ervaring op te doen met zelfmanagementondersteuning, de organisatie van het verpleegkundig werk en het stimuleren van samenwerking binnen teams zijn minstens deels in handen van de organisatie (Engels & Dijcks, 2010; Kosmala-Anderson et al., 2010; Lawn, 2010). Daarnaast dient de organisatie zelfmanagementondersteuning duidelijk naar voor te schuiven als een belangrijk aspect. Dit kan bijvoorbeeld door het management mee te laten reflecteren over de inhoud van zelfmanagementondersteuning - al mag dit niet betekenen dat zorgverleners een visie op zelfmanagementondersteuning opgedrongen krijgen - en te laten deelnemen aan trainingen (McGowan, 2013). De organisatie moet er ook voor zorgen dat er samenwerkingsverbanden ontstaan met andere organisaties, waarnaar de patiënt eventueel kan doorverwezen worden, en dat zelfmanagementondersteuning structureel en financieel wordt ingebed (Lawn, 2010).

2.6. Macrofactoren

De literatuur bespreekt een aantal elementen die verder afstaan van de verpleegkundige, maar niettemin een invloed kunnen hebben op zelfmanagementondersteuning.

Een eerste aspect is de **organisatie van de zorg**. De focus op individuele ziektes

en het gebrek aan aandacht voor co- en multimorbiditeit binnen de huidige gezondheidszorg zou weinig stimulerend zijn voor zelfmanagementondersteuning (Bower et al., 2011; Johnston et al., 2011). Hierbij aansluitend benadrukt de literatuur het belang van samenwerking tussen de eerste en tweede lijnszorg en multidisciplinair werken (Engels & Dijcks, 2010). Ook samenwerking tussen organisaties wordt vermeld (Lawn, 2010).

In dat kader wordt ook vermeld dat de gezondheidszorg **financiële steun** dient te voorzien voor zelfmanagementondersteuning (CBO, 2014; Engels & Dijcks 2010). Vaak wordt immers geen geld uitgetrokken voor zelfmanagementondersteuning (Kennedy et al., 2014). Ook aangepaste **regelgeving** is nodig (CBO, 2014). Een **kwaliteitskeurmerk** (CBO, 2014; Engels & Dijcks, 2010) en **onderzoek** naar de effectiviteit van zelfmanagement(ondersteunende) programma's (CBO, 2014; Engels & Dijcks, 2010) worden eveneens aangehaald als een noodzakelijke randvoorwaarde.

3. Tussentijdse conclusie

Uit de literatuur komt naar voor dat verpleegkundigen bepaalde **competenties** nodig hebben om effectieve zelfmanagementondersteuning te bieden aan chronisch zieken. Competenties bestaan uit kennis, vaardigheden en attitudes. In de eerste plaats wijst de literatuur op het belang van kennis inzake zelfmanagement(ondersteuning), chronische aandoeningen, de patiënt, relevante interne/externe diensten en voorzieningen en hulpbronnen. Daarnaast wordt een scala aan vaardigheden vermeld, die als volgt kunnen samengevat worden: adviseren en informeren, aanleren van vaardigheden, samenwerken en doorverwijzen, organiseren en coördineren, opvolgen, hebben van gespreksvaardigheden, hebben van sociale en interpersoonlijke vaardigheden, (zelf)kritisch zijn en coachen. Ook de attitude van verpleegkundigen is belangrijk: ze dienen het belang van zelfmanagement(ondersteuning) in te zien, geïnteresseerd te zijn in hun patiënten en te geloven in de mogelijkheid tot zelfmanagement.

De literatuur bespreekt ook de **randvoorwaarden** van zelfmanagementondersteuning. Een effectieve zelfmanagementondersteuning hangt af van hulpmiddelen, de organisatie van het verpleegkundig werk, opleiding en navorming voor en ervaring van verpleegkundigen, steun van het team en de leidinggevende, steun van de organisatie en macrofactoren (bv. organisatie van de zorg).

Om een helder zicht te krijgen op de verschillende determinanten van zelfmanagementondersteuning, werd in bovenstaand literatuuroverzicht een opsplitsing gemaakt tussen competenties en randvoorwaarden. Deze opsplitsing stemt echter niet helemaal overeen met de realiteit. De vermelde competenties en randvoorwaarden interageren immers vaak met elkaar. Zo gaven we reeds aan dat de steun vanwege de

organisatie op zich een randvoorwaarde is voor zelfmanagementondersteuning, maar dat de organisatie ook steun kan bieden door andere randvoorwaarden te sturen, zoals de ICT-infrastructuur, het aanbieden van opleidingen en de organisatie van het verpleegkundig werk. In diezelfde zin gaven we aan dat coaching een aantal van de andere vaardigheden omvat, zoals het hebben van gespreksvaardigheden en het aanleren van vaardigheden. Ook hangen kennis, vaardigheden en attitudes onderling samen. Bijvoorbeeld, een verpleegkundige die kennis heeft van de voorzieningen in het werkveld, zal meer bekwaam zijn om adequaat door te verwijzen (vaardigheid), terwijl een verpleegkundige die een goede kennis heeft van het doel van zelfmanagementondersteuning, hiervan ook het belang zal inzien (attitude). Omgekeerd staat een verpleegkundige die geïnteresseerd is in zelfmanagementondersteuning (attitude) ook meer open om vaardigheden en kennis op dat vlak bij te schaven.

Resultaten van het empirisch onderzoek

In dit deel bespreken we de resultaten van ons empirisch onderzoek. In een eerste punt wordt het focusgroepgesprek besproken, waaraan acht verpleegkundigen deelnamen die beschouwd kunnen worden als experts op het vlak van zelfmanagementondersteuning (1). In een volgend punt bespreken we de face-to-face interviews die we hielden met twaalf verpleegkundigen met verschillende profielen (2). We sluiten af met een integratie van de empirische resultaten om de onderzoeksvragen te beantwoorden (3).

1. Focusgroep met verpleegkundigen met expertise in zelfmanagementondersteuning

In dit punt worden de resultaten besproken van de inhoudsanalyse die werd uitgevoerd op het focusgroepgesprek. Het doel van deze analyse was om een bevestiging, uitdieping en eventuele uitbreiding te bekomen van de lijst met competenties en randvoorwaarden, die vooraf werd opgemaakt op basis van de literatuur. De resultaten vormden vervolgens de basis van de face-to-face interviews. De analyse bestond uit twee fases: eerst werden de competenties en randvoorwaarden die de deelnemers noteerden op zelfklevende blaadjes, ondergebracht onder vooraf opgestelde categorieën (1.1) en vervolgens werd de discussie die daarrond ontstond, geanalyseerd (1.2). We sluiten af met een conclusie (1.3).

1.1. Overzicht van de genoteerde competenties en randvoorwaarden

De deelnemers lijkten elk drie competenties en drie randvoorwaarden op die verpleegkundigen naar hun mening nodig hebben om zelfmanagement te ondersteunen. Deze competenties en randvoorwaarden werden door de onderzoekers ondergebracht in categorieën, die vooraf geïdentificeerd werden op basis van de literatuur. Voor deze classificatie werd gebruik gemaakt van een *unconstrained matrix* (Elo & Kyngas, 2008): een matrix bestaande uit vooraf geïdentificeerde categorieën (competenties en randvoorwaarden die vooraf geïdentificeerd werden op basis van de literatuur) die aangevuld kon worden met nieuwe categorieën. De aspecten die de deelnemers noteerden op zelfklevende blaadjes, werden in deze matrix ingepast. Er werden ook nieuwe (sub-)categorieën aangemaakt voor de competenties en randvoorwaarden die nog niet in de literatuur vermeld stonden.

De drie **competenties** die door de meeste deelnemers vermeld werden, zijn:

- 1) het hebben van sociale en interpersoonlijke vaardigheden, voornamelijk empathisch zijn (vermeld door zeven deelnemers);
- 2) het beheersen van gespreksvaardigheden, voornamelijk motivationeel interviewen, maar ook actief luisteren en open vragen gebruiken (vermeld door vijf deelnemers) en
- 3) het hebben van kennis relevant voor zelfmanagementondersteuning, voornamelijk medische en technische kennis (vermeld door vier deelnemers).

Verder beschouwden drie deelnemers het aanleren van vaardigheden aan de patiënt, zoals probleemoplossing, als een belangrijke competentie. Twee deelnemers benoemden coaching als een belangrijke competentie. Telkens één deelnemers gaf aan toegankelijke adviesverlening en informatieverstrekking, samenwerking en doorverwijzing, en organisatie en coördinatie belangrijk te vinden.

De drie meest vermelde **randvoorwaarden** waren:

- 1) de nodige tijd voor zelfmanagementondersteuning ter beschikking hebben (vermeld door zeven deelnemers);
- 2) de steun krijgen van de collega's, leidinggevende, de organisatie en het beleid meer in het algemeen, in de vorm van een gemeenschappelijke visie op zelfmanagementondersteuning en het creëren van een draagvlak op deze niveaus (vermeld door zes deelnemers) en
- 3) een grondige permanente vorming en intervisies (vermeld door vijf deelnemers).

Ook vermeldden drie deelnemers het belang van een hulpmiddelen, zoals ICT, didactisch materiaal en de beschikbaarheid van lokalen. Twee deelnemers benadrukten dat zelfmanagementondersteuning een andere invulling van de verpleegkundige taken noodzaakt. Verder vermeldde telkens één deelnemer dat het belangrijk is dat de verpleegkundige zelfstandigheid krijgt en dat hij/zij voldoende achtergrondinformatie heeft over de patiënt.

1.2. Bespreking van de competenties en randvoorwaarden

Op basis van de competenties en randvoorwaarden die de deelnemers noteerden op de zelfklevende blaadjes werd vervolgens een groepsgesprek gehouden. Dit gesprek werd opgenomen en getranscribeerd. De transcriptie werd vervolgens inhoudelijk geanalyseerd via het softwareprogramma *NVivo 10 for Windows*. Aan de basis van deze inhoudsanalyse lag een codelijst, vooraf samengesteld aan de hand van codes voor de

competenties en de randvoorwaarden die de literatuur vermeldt. De codering verliep als volgt: de onderzoekers namen de getranscribeerde tekst door en kenden codes toe aan tekstfragmenten die informatie bevatten inzake één of meerdere competenties of randvoorwaarden. Sommige tekstfragmenten konden niet ondergebracht worden onder de opgelijste codes, maar bevatten wel relevante informatie. In dergelijke gevallen werden bijkomende codes aangemaakt. Binnen deze codes werd vervolgens een verfijning aangebracht via subcodes. Bijvoorbeeld, de code 'hulpmiddelen' omvatte uiteindelijk de subcodes 'educatief materiaal', 'ICT' en 'ruimte'. Hieronder worden achtereenvolgens de competenties (1.2.1) en randvoorwaarden (1.2.2) besproken.

1.2.1. Competenties

Kennis

Volgens de experts dienen verpleegkundigen kennis te hebben van een aantal domeinen om zelfmanagementondersteuning te kunnen bieden. Vooral belangrijk is medische kennis, zoals kennis over de pathologie waaraan de patiënten lijden waarmee ze in contact komen. Deze kennis verwerven ze tijdens hun vooropleiding of navormingen, maar ook gaandeweg, door het uitoefenen van hun functie:

"Ik denk dat het vooral belangrijk is om als specifieke verpleegkundige echt je volledige kennis rond de pathologie te hebben. Dat is ook iets dat je eigenlijk echt maar leert ... je leert dat ook door je opleiding, maar ook vooral door je ervaring die je dan ondervindt met de patiënt."

Daarnaast wijzen de experts op het belang van technische en praktische kennis (bv. het toedienen van injecties). Ook theoretische kennis is naar hun mening essentieel, bijvoorbeeld inzake groepsdynamiek en contextuele hulpverlening, hoewel verpleegkundigen dergelijke theoretische kennis vooral in de praktijk moeten kunnen omzetten.

Adviseren en informeren

Naast het hebben van kennis wordt ook het overdragen ervan als een belangrijke competentie aangehaald. De informatie die overgedragen wordt, dient soms eerder medisch te zijn en soms meer praktisch (bv. wijze van aanvragen van medicatievoorschriften). Vaak gaat het om zeer voor de hand liggende en concrete informatie. Dergelijke informatie is misschien voor de verpleegkundige vanzelfsprekend, maar lang niet voor alle patiënten.

De experts wijzen erop dat kennisoverdracht geen eenrichtingsverkeer mag zijn, waarbij de patiënt passief de informatie absorbeert. Kennisoverdracht moet immers tot doel hebben dat de patiënt tot actie overgaat en tot zelfmanagement komt met behulp

van de verpleegkundige. Het is dan ook noodzakelijk dat verpleegkundigen de kennis overdragen op een voor de patiënt begrijpelijke manier. Dit vereist van de verpleegkundige de nodig educatieve en communicatieve vaardigheden, die volgens de experts onlosmakelijk verbonden zijn met zelfmanagementondersteuning. Communicatie op maat van de patiënt blijkt hierbij centraal te staan:

"Als je inderdaad zelfmanagementondersteuning wil doen bij je patiënten... je moet ook dingen kunnen overbrengen, je moet je patiënten kunnen motiveren, maar je moet ook zodanig dingen uitleggen dat je patiënt het ook verstaat."

Dit betekent ook dat de verpleegkundige herhaaldelijk dient af te toetsen of de patiënt de informatie inderdaad begrepen heeft. Als dat niet het geval blijkt, dan dient de informatie zo vaak als nodig herhaald te worden, wat van de verpleegkundige het nodige geduld vraagt.

De experts preciseren dat niet alleen de patiënt zelf geïnformeerd moet worden, maar dat in sommige situaties beter ook de omgeving (bv. partners en kinderen) betrokken wordt, in het bijzonder wanneer de omgeving kan bijdragen tot het zelfmanagement van de patiënt. Verpleegkundigen blijken de naasten van de patiënt meestal informeel aan te spreken. Soms echter wenst de omgeving niet betrokken te worden, wat de verpleegkundigen alleen maar kunnen respecteren. De experts vinden het niet opportuun om de omgeving te verplichten om de patiënt bij te staan.

Aanleren van vaardigheden

Volgens de experts spelen verpleegkundigen een belangrijke rol in het aanleren van vaardigheden die de patiënt nodig heeft voor zelfmanagement. Ook hiervoor zijn educatieve en communicatieve vaardigheden van belang. Ze vermelden dat verpleegkundigen de patiënt technische en praktische vaardigheden moeten aanleren, zoals het toebrengen van inspuitingen. Daarnaast hebben verpleegkundigen ook een belangrijke rol bij het aanleren van probleemoplossend gedrag. Zo leren ze de patiënt om te anticiperen op mogelijke probleemsituaties door op voorhand samen te reflecteren over gepaste oplossingen:

"Probleemoplossende vaardigheden [aanleren], dat is al meer zo situaties schetsen voor uw patiënt. Bijvoorbeeld, je hebt je medicatie genomen en je moet een kwartier later overgeven, wat ga je doen in zo een situatie? Dat je je patiënt daar zelf over laat nadenken en dat je dus niet de oplossing voorkauwt, maar dat je mensen op voorhand daarover laat nadenken. Als de situatie zich dan voordoet, dat ze beter voorbereid zijn om op zo een situaties correct te reageren. En waar dan ook misschien niet altijd één juiste oplossing voor is."

Samenwerken en doorverwijzen

De experts geven aan dat samenwerken een belangrijke competentie is om zelfmanagementondersteuning te bieden. Samenwerken doen verpleegkundigen in de eerste plaats met de patiënt zelf. Zoals hieronder (bij 'attitude') verder besproken zal worden, dient de verpleegkundige de patiënt dan ook als een partner te beschouwen. Gezien het de patiënt is die finaal beslist welke richting hij/zij uit wil, dient de verpleegkundige de patiënt zoveel mogelijk te ondersteunen bij het nemen van beslissingen, veeleer dan deze beslissingen te sturen. Ook met de omgeving van de patiënt, bijvoorbeeld diens familie, werken verpleegkundigen nauw samen. De omgeving wordt vooral ingeschakeld om de patiënt te motiveren en te ondersteunen, wat zelfmanagement ten goede komt:

"Zeker bij dat zelfmanagement, je werkt niet alleen met je patiënt, gans zijn netwerk speelt een enorme rol, zijn familie, zijn professioneel leven. Ik vind dat eigenlijk wel iets belangrijk, dat we [...] meer moeten rekening houden met: wat speelt allemaal in die thuisomgeving en hoe kan ik dat in mijn hulpverlening steken?"

Verder wordt vermeld dat verpleegkundigen goede *teamplayers* moeten zijn, die kunnen samenwerken met hun collega's en met andere interne en externe instanties. Verpleegkundigen moeten ook in staat zijn om gericht door te verwijzen naar instanties die de patiënt of diens omgeving kunnen bijstaan om zelfmanagement te bevorderen of verbeteren:

"Kunnen doorverwijzen, dat is ook iets ... dat is een beetje teamplayer. Teamplayer, je team is niet alleen je team binnen deze muren. Je moet ook linken maken met huisartsen, verpleegkundigen, de sociale werkers her en der, vluchtelingencentra,"

Organiseren en coördineren

Volgens de experts moeten verpleegkundigen ware organisatietalenten zijn om zelfmanagement goed te kunnen ondersteunen. Zelfmanagementondersteuning houdt immers heel wat organisatie en coördinatie in. Zo moeten verpleegkundigen constant de behoeften van de patiënt monitoren en inspelen op diens wensen:

"Dat je [...] zowat meer als verpleegkundige - daarjuist is ook gezegd organisatietalent - gaat kijken van: wat zijn de behoeften van een patiënt? Zowel naar: wat moet hij leren van vaardigheden en kennis? Maar ook om die dingen te gaan toepassen of coachen: wat heeft hij nodig? Maar ook: weet hij waar hij terecht kan om met zijn ziekte om te gaan?"

Ook de samenwerking met andere instanties in het kader van zelfmanagement vergt heel wat coördinatie en organisatie. In dat kader verwijzen de experts naar het belang van

contextuele hulpverlening, wat betekent dat verpleegkundigen met ander voorzieningen en/of disciplines afstemmen om in te spelen op de specifieke noden van de patiënt. Een dergelijke afstemming is niet steeds eenvoudig, te meer omdat sommige zorgverleners tegenstrijdige informatie geven aan de patiënt, of de ondersteuning onvoldoende op elkaar laten aansluiten.

Opvolgen

Volgens de experts spelen verpleegkundigen een belangrijke rol in de opvolging van zelfmanagement(ondersteuning) bij chronisch zieken. Ze benadrukken dat verpleegkundigen het begeleiden van zelfmanagement als een proces moeten beschouwen en niet als een eenmalig moment. Dit betekent dat de invulling van de opvolging niet voor eens en voor altijd vastligt, maar dient in te spelen op de (veranderende) noden die de patiënt ervaart:

"Ik vind het belangrijk dat je een langdurige relatie aangaat met je patiënt als het om zelfmanagement gaat. Het is niet met één gesprek dat je dat oplost, maar je moet toch wel zorgen dat er wat opvolging is, dat je blijft inpikken op die thema's die voor de patiënt belangrijk zijn."

Chronisch zieken brengen bovendien vaak slechts een heel beperkt deel van hun tijd in het ziekenhuis door. De verpleegkundige zou de opvolging ook na deze periode moeten verderzetten, bijvoorbeeld door deze over te dragen naar andere zorgverleners. Dit sluit echter niet uit dat de patiënt nog steeds opgevolgd wordt door de verpleegkundige wanneer hij of zijn begeleid wordt door andere hulpverleners:

"Uw team is niet alleen uw team binnen deze muren [...] Vooral omdat die ondersteuning continu moet zijn en dat dat niet moet stoppen tijdens uw consultatie of zo, dat dat blijft doorlopen."

Hebben van gespreksvaardigheden

Zoals hierboven al vermeld werd, linken de experts gespreksvaardigheden vaak aan kennisoverdracht. Optimale kennisoverdracht is naar hun mening alleen mogelijk als de verpleegkundige een aantal gespreksvaardigheden beheerst, zoals communiceren op maat van de patiënt, uitgaan van de patiënt en met als doel om de patiënt tot actie te doen overgaan. Een gespreksvaardigheid die de experts vaak aan bod laten komen, is motivationeel interviewen. Motivationeel interviewen omvat naar hun mening een aantal andere communicatieve vaardigheden, zoals actief luisteren, communiceren met een niet-autoritair stijl, niet veroordelend spreken en open vragen stellen, wat vaardigheden zijn die ook buiten het motivationeel interviewen van belang zijn.

De experts voegen hieraan toe dat verpleegkundigen dergelijke specifieke vaardigheden, zoals motivationeel interviewen, vaak onvoldoende beheersen. Ze geven

aan dat ze vanuit hun opleiding wel getraind zijn in algemene gespreksvaardigheden:

"Ik vind eigenlijk zo, de basis communicatieve vaardigheden, dat daar wel voldoende aandacht aan besteed wordt tijdens de opleiding. Ik heb zelf het gevoel, toen dat ik op de hogeschool zat, dat dat er echt werd ingedramd."

Sociale en interpersoonlijke vaardigheden bezitten

Wanneer het over sociale vaardigheden gaat die belangrijk zijn voor zelfmanagementondersteuning, dan krijgt empathie een bijzonder centrale plaats. Bijna alle experts benoemen empathie als een belangrijke competentie van verpleegkundigen in het kader van zelfmanagementondersteuning. Empathie wordt ook gelinkt aan andere competenties. Zo vermeldt één van de experts dat sommige gespreksvaardigheden, zoals motivationeel interviewen, een hoge mate van empathie vereisen:

"Je moet je een beetje kunnen vinden in al die motivationele technieken die er zijn. Je moet je ook een beetje kunnen inleven in: 'wat zegt een patiënt je, waarom zegt hij dat?'."

Sommige experts beschouwen empathie als een attitude (zie hieronder), als een houding die aan de basis ligt van de gelijkwaardigheid waarmee een verpleegkundige de patiënt dient te behandelen:

"Dat zit voor mij toch wel een beetje in empathie ook, dat je je open stelt, dat je je niet boven maar ook niet onder [de patiënt stelt], op basis van gelijkwaardigheid. En dat moet je van aan de basis al hebben. Als verpleegkundige moet je dat ook hebben, een open houding."

Coachen

De experts beschouwen coaching als een essentiële vaardigheid om zelfmanagementondersteuning te bieden. Coaching is naar hun mening een competentie die er andere omvat, zoals gespreksvaardigheden en begeleiden bij probleemoplossing. Ook bij coaching is het essentieel dat de verpleegkundige ervaringsgericht werkt en vertrekt vanuit de behoeftes van de patiënt:

"Je vertrekt vanuit het verhaal van de patiënt. Ik denk dat dat wel een belangrijke voorwaarde is voordat je tips geeft naar zelfzorg toe, van: wat speelt er bij de patiënt? Dat je eigenlijk eerst de ervaringen en beleving moet kennen van de patiënt."

De experts wijzen erop dat verpleegkundigen niet altijd bekwame coaches zijn. Dit heeft naar hun aanvoelen te maken met het feit dat coaching geen centrale plaats krijgt in de basisopleiding enerzijds, maar ook de nodige ervaring vereist anderzijds:

"Ik denk dat dat inderdaad een stap verder is, om een goeie coach te zijn. [...] We leren inderdaad actief luisteren: wat is dat? Wat is empathie? Maar zo echt een goeie coach zijn [...] dat is toch ook wel... dat vergt heel veel oefening om dat goed te kunnen."

Daarnaast zouden sommige verpleegkundigen coaching niet steeds als compatibel ervaren met hun basistaken. Het vergt met andere woorden een mentale switch om coaching integraal deel te laten uitmaken van het verpleegkundig werk:

"Ik denk dat dat nog in veel verpleegkundigen zit, zo van: alles willen oplossen en voorkauwen voor je patiënt. Dat zit zo in onze natuur en dat wordt niet aangeleerd om dat te laten."

Attitude

De experts geven aan dat de attitude van verpleegkundigen belangrijk is om zelfmanagementondersteuning te doen slagen. In de eerste plaats wordt vermeld dat verpleegkundigen een **open houding** moeten hebben. Dit is echter niet alleen van belang voor zelfmanagementondersteuning, maar voor het verpleegkundig werk in het algemeen:

"Dat moet je van aan de basis al hebben. Als verpleegkundige moet je dat ook hebben, een open houding".

Verder wordt vermeld dat verpleegkundigen het **belang** van zelfmanagementondersteuning moeten inzien. Ze moeten bereid zijn om zelfmanagement een centrale plaats te geven en de daarvoor nodige veranderingen door te voeren. Deze **veranderingsbereidheid** houdt in dat verpleegkundigen een andere rol moeten willen aannemen, één waarbij de nadruk verschuift van het verzorgen van patiënten naar het coachen ervan. Daarnaast moeten ze ook bereid zijn om veranderingen van heel praktische aard toe te laten. Een voorbeeld van een dergelijke verandering situeert zich op het niveau van de invulling en aanpak van een consultatie, waarbinnen de nodig tijd voor zelfmanagementondersteuning moet voorzien worden. Vaak stoot vernieuwing echter op weerstand. Volgens de experts heeft dit gebrek aan veranderingsbereidheid op zich niet te maken met onwil van de verpleegkundigen, maar eerder met het feit dat het verpleegkundig werk al zo vaak aan verandering onderhevig is:

"Ik vind [...] dat dat heel moeilijk is, bij een groep verpleegkundigen iets anders invoeren. Dat is altijd protest [...] De verpleegkundigen zijn nogal ... elke roulement verandert, bijvoorbeeld. En dat is misschien ook omdat ze veel moeten veranderen, dat wordt ook altijd veel gevraagd, [...] en ik snap dat dan ergens ook wel, dat ze op een gegeven moment zoiets hebben van: 'how, nu wil ik wat stabiliteit'."

Verpleegkundigen moeten bovendien **geloven in de capaciteit van de patiënt** om aan

zelfmanagement te doen en (indien nodig herhaaldelijk) de nodige inspanningen leveren om hem/haar hierbij te steunen:

"Ja, dat je niet opgeeft, dat je blijft geloven dat die mensen dat kunnen. Dat je het belang ziet van: het moet nog eens uitgelegd worden of misschien nog op een andere manier."

Wat niet steeds eenvoudig maar wel belangrijk blijkt, is om de patiënt **niet te veroordelen** als zelfmanagement niet onmiddellijk lukt en hem /haar weer op weg te helpen:

"Sommige andere hulpverleners bij ons zijn snel veroordelend, bijvoorbeeld als een patiënt terug is beginnen roken [...]. Tegenover, als je in deze context zit en zelfmanagement wil ondersteunen, dan is het belangrijk dat je dat niet gaat veroordelen, maar dat je juist je patiënt gaat helpen om terug te stoppen met roken."

De experts geven aan dat een dergelijke niet-veroordelende houding vaak ontbreekt en dat het belang ervan onvoldoende wordt benadrukt tijdens de basisopleiding. Ook zou een verpleegkundige de patiënt niet mogen veroordelen als hij/zij keuzes maakt waar men het niet mee eens is:

"Hoe dat je over iets denkt, dat speelt geen rol. Je moet samen met je patiënt proberen om het beste ervan te maken. Ook al ben je daar volledig tegen dat een patiënt bijvoorbeeld rookt. Als die beslist om te roken, is dat zijn fundamenteel recht."

Ook mag de verpleegkundige zichzelf niet beschouwen als een 'allesweter'. Zoals hierboven al vermeld werd, moet hij/zij de **patiënt als een evenwaardige partner** zien en op basis van gelijkwaardigheid met hem of haar omgaan. De verpleegkundige moet de **behoeftes** van de patiënt als vertrekpunt nemen en accepteren dat deze zelf beslist over de zorg die hij/zij krijgt:

"Wij moeten ons niet opstellen van: wij gaan hier zeggen hoe het moet. Maar dat je de patiënt eigenlijk als partner ziet, dat die evenwaardig is en wat hij aanbrengt, dat dat zelfs beter is. Omdat hij dan een gepaste oplossing voor zichzelf kan vinden."

Essentieel voor zelfmanagementondersteuning is inderdaad dat de verpleegkundige de prioriteiten van de patiënt volgt, zelfs als deze niet overeenstemmen met wat men zelf als prioritair beschouwt:

"Soms heeft de patiënt andere prioriteiten, maken ze zich bezorgd van: hoe ga ik dat thuis doen? En vindt de verpleegkundige het belangrijk dat alle dagen die voeten gewassen worden, bijvoorbeeld. Dat zijn die kleine veranderingen die zo moeilijk zijn."

Een dergelijk attitude ten aanzien van de patiënt vereist een specifieke communicatiestijl en empathische houding, zoals hierboven reeds beschreven werd.

1.2.2. Randvoorwaarden

In dit punt bespreken we de randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning die tijdens het focusgroepgesprek aan bod kwamen. Enkele experts geven aan dat de aanwezigheid van de hierna vermelde randvoorwaarden de eerste noodzakelijke stap vormt. Pas als deze randvoorwaarden voldoende aanwezig zijn, zou gefocust kunnen worden op de competenties voor zelfmanagementondersteuning.

In de eerste plaats vermelden de experts dat verpleegkundigen de noodzakelijke **tijd** moeten kunnen uittrekken om zelfmanagement te ondersteunen. Naar hun mening hebben verpleegkundigen doorgaans te weinig tijd om zelfmanagement te ondersteunen, omdat hun takenpakket al zo overladen is:

"Dat is gewoon de moeilijkheid. Ik heb het hier ook opgeschreven: tijd om naast patiëntenzorg zaken uit te bouwen. Maar je kan maar het één of het andere doen en dat is gewoon jammer."

Verpleegkundigen zouden dan ook vaak moeten kiezen of ze inzetten op zelfmanagementondersteuning, of eerder op andere taken. Als ervoor gekozen wordt om zelfmanagement te ondersteunen, dan betekent dit volgens de experts dat automatisch minder tijd beschikbaar blijft voor de zorg voor patiënten:

"Als je een hele hoop patiënten moet zien en bloed trekken en stollingsfactoren geven en er wordt dan ook nog verwacht dat je tussen vier consultaties [...], dat je daar ook nog een motivationeel interview of gesprek mee hebt... Dat gaat gewoon niet. Het is ofwel dat je praktisch uitvoerend werk doet en dan komt dat motivationeel er niet, ofwel andersom. Je kan niet op vijf minuten tijd een motivationeel interview of gesprek voeren. Ik kan dat niet."

De tijd die verpleegkundigen kunnen besteden aan zelfmanagementondersteuning is minstens deels gelinkt aan de **financiering** die ervoor voorzien wordt. Financiering vormt volgens de experts de erkenning die zelfmanagementondersteuning nodig heeft om structureel deel uit te maken van het verpleegkundig werk. De experts geven aan dat dergelijke financiering doorgaans ontbreekt. Als verpleegkundigen toch tijd proberen te maken voor zelfmanagementondersteuning, dan valt dit dus in sommige gevallen buiten hun officiële planning. Nochtans worden sommige aspecten inzake zelfmanagementondersteuning wel degelijk gefinancierd. Experts uit de thuisverpleging

preciseren bijvoorbeeld dat educatie inzake wondzorg en diabetes wel gefinancierd wordt, maar niet de taken die daarmee samengaan. Dit betekent dat sommige thuisverpleegkundigen zelfmanagementondersteuning minstens deels bieden zonder dat hun organisatie of zichzelf er financieel voor vergoed worden:

"We hebben daar een nomenclatuurnummer voor. Dat is dan voor de educatie. Maar alles wat daarrond zit, dat is dan in je vrije tijd, eigenlijk. Dus administratie, verslagen ... eigenlijk dient die nomenclatuur enkel voor de tijd die je aan educatie besteedt. [...] We pakken die tijd echt om educatie te, doen want het is nog kort [...], dus het bellen naar het ziekenhuis, naar de dokter, naar de mutualiteit, naar de apotheker, vergaderen of zo, dat is allemaal gratis dan. En als je dat goed wilt doen, dan doe je dat daarbij."

Bovendien wordt educatie voor andere aspecten niet vergoed, wat opnieuw betekent dat thuisverpleegkundigen zelfmanagementondersteuning moeten bieden bovenop hun officiële takenpakket:

"Alleen wettelijk bestaat de referentieverpleegkundige diabetes en de referentieverpleegkundige wondzorg. Alle anderen bestaan niet, dus educatie die gegeven wordt rond een andere pathologie, dat is gratis."

Tijd voor zelfmanagementondersteuning kan volgens de experts voor een deel vrijgemaakt worden door **het verpleegkundig werk anders in te vullen**. Zo zouden verpleegkundigen moeten vermijden om de patiënten volledig te ontzorgen, of meer moeten openstaan voor een flexibele invulling van de zorgtaken. Door patiënten een deel van hun zorg op zich te laten nemen, zouden verpleegkundigen meer tijd vrij kunnen maken voor andere taken. Nochtans blijken verpleegkundigen zich over het algemeen te verzetten tegen een andere rol- en taakinvulling (zie hierboven: attitude):

"Dat is inderdaad zo een beetje dat wij gewoon zijn om dingen op te lossen en te doen, die zorg gewoon. Terwijl ik denk dat ook op alle hospitalisatieafdelingen, zeker waar patiënten met chronische zorg liggen ... ze kunnen tijdens die zorg ook wel gaan mee nadenken van: hoe ga je dat thuis doen?"

Een andere oplossing om meer tijd voor zelfmanagementondersteuning beschikbaar te maken, is om een beperkte groep **gespecialiseerde verpleegkundigen** rond zelfmanagement te laten werken. Op die manier worden andere verpleegkundigen niet bijkomend belast:

"Het zou ideaal zijn moest er iemand zijn die alles kan uitbouwen en dat de rest zich dan gewoon bezighoudt met de patiëntenzorg."

Volgens de experts moet het inzetten van dergelijke gespecialiseerde verpleegkundigen wel aansluiten bij een duidelijke **visie** die de organisatie hanteert rond zelfmanagementondersteuning om kans tot slagen te hebben. Een duidelijke visie betekent ook dat de organisatie de nodige steun levert, niet alleen door een dergelijke functie te voorzien, maar ook door deze in te bedden in de organisatie, een duidelijk profiel te geven en er de nodige financiële middelen en tijd voor te voorzien:

"De directie moet daar ook een visie hebben, van: 'we zetten verpleegkundig expertfuncties in om rond zelfmanagement te werken'. En dat dat ook bestendigd wordt in de organisatie, dat dat belangrijk is, dat je daar je tijd krijgt, dat je wat ruimte krijgt, dat je je werk materiaal krijgt, je budget om zaken te doen. Dat gaat over uw mandaat. Er zijn heel wat verpleegkundig expertfuncties die worden losgelaten vanuit de visie van 'wij moeten een expert hebben', maar die eigenlijk dienen als: 'we moeten iemand hebben die alle telefoontjes doet' [...] Maar je mandaat moet duidelijk zijn: dit doen we. Het is inderdaad geen veredelde secretaresse om attesten te regelen."

Belangrijk is dat de visie op zelfmanagement(ondersteuning) meer in het algemeen gedeeld wordt binnen een organisatie. De experts merken hierbij op dat het ook naar de patiënt toe belangrijk is dat de visie op zelfmanagementondersteuning gedragen wordt door het ganse team, en liefst ook door de diensten waarmee samengewerkt wordt. Een coherente visie op zelfmanagementondersteuning zou de patiënt immers vertrouwen geven om aan zelfmanagement te doen en maken dat hij/zij de geboden ondersteuning geloofwaardig acht. Deze gedeelde visie zou zowel op formele wijze (bv. tijdens vergaderingen, in documenten, bij interne vormingen) als in de dagelijkse werking van de organisatie tot uiting moeten komen. Momenteel zouden de visies die binnen de verschillende geledingen van één en dezelfde organisatie gehanteerd worden, soms sterk uiteenlopen:

"Ik denk dat je ook eerst moet groeien naar een gedeelde visie. Ik denk dat dat ook vaak een probleem is, want als je nu gaat kijken ... vraag bijvoorbeeld directie, hoofdverpleegkundige, arts ...: 'wat is zelfmanagement voor u?'. Je krijgt evenveel definities, denk ik, als dat er personen zitten."

Bovendien wijzigt volgens de experts de visie op zelfmanagement(ondersteuning) momenteel nog al te vaak, waardoor geen gemeenschappelijk draagvlak bij de verpleegkundigen kan gecreëerd worden:

"Ik denk dat de directie ook moet mee zijn in die visie [...]. Het mag ook niet te dikwijls veranderen. [...] Hier bij ons in huis is dat toch al vaak veranderd en dat je niet goed meer weet: hoe is het nu? Gaan we nu naar het westen of gaan we naar het oosten?. Tegen dat het een beetje kan vorm krijgen, vind ik, verandert het vaak."

Hoewel ze wel verwachten dat er binnen het team (en zelfs de ganse organisatie) een gedeelde en stabiele visie op zelfmanagement(ondersteuning) wordt gehanteerd, verduidelijken de experts dat verpleegkundigen nog steeds de nodige **zelfstandigheid** moeten kunnen hebben om deze ondersteuning te bieden. Een te gestandaardiseerde aanpak werkt naar hun mening contraproductief.

Naast een gedeelde en stabiele visie op zelfmanagement(ondersteuning) zijn volgens de experts ook praktische **hulpmiddelen** nodig om verpleegkundigen de mogelijkheid te bieden om zelfmanagement te ondersteunen. Zo wordt verwezen naar de noodzaak om over een voldoende en aangepast aanbod aan educatief materiaal te beschikken, zoals folders en Dvd's. Ook meer interactieve vormen van educatie worden zinvol geacht, zoals stappentellers:

"Dat motiveert mensen soms in een beginfase om iets nieuw uit te proberen. Als je zegt van: 'kijk, we kunnen je zo een stappenteller meegeven voor 6 maand, probeer dat eens'."

Enkele experts halen aan dat hun organisatie op zoek is naar innovatieve manieren om de patiënt te ondersteunen op het vlak van zelfmanagement. Zo wordt overwogen om consultaties op te nemen zodat de patiënt deze thuis opnieuw kan beluisteren, waar blijkbaar niet alle verpleegkundigen voorstander van zijn:

"Maar onze arts die wil nu momenteel opnames maken om met de patiënt mee te geven. Maar binnen het team zijn er ook die zeggen: 'nee, dat zie ik echt niet zitten'. Terwijl dat dat gewoon is, omdat we weten het moet herhaald worden. Want mensen vatten maar een heel klein beetje. Of ze hebben één ding gehoord en over de rest niets. En dan kunnen ze thuis opnieuw gaan kijken."

Een ander probleem is dat verpleegkundigen en hun organisatie soms afhankelijk blijken van externe sponsors om dergelijk educatief materiaal aan te bieden:

"Wij hebben vaak zo medicatiedoosjes die we gelukkig door een sponsor of door één of andere farmaceutische firma hebben bekomen. Of je hebt ook zo van die activiteitsmonitors of zo, stappentellers. Het zou interessant zijn moest je dat gewoon via het ziekenhuis kunnen aankopen of zo."

Verder wordt ICT vermeld als een noodzakelijk hulpmiddel. In de eerste plaats is aangepaste ICT noodzakelijk om informatie inzake de patiënt en diens zelfmanagement te registreren, bij voorkeur in een elektronisch dossier waartoe ook andere zorgverleners toegang hebben. Volgens de experts stroomt dergelijke informatie doorgaans slecht

door, en wordt bijvoorbeeld nergens vermeld welke actie reeds ondernomen werd op het vlak van zelfmanagementondersteuning. De experts merken op dat in het beste geval vlotte informatiedoorstroming mogelijk is tussen zorgverleners binnen dezelfde organisatie, maar dat informatie-uitwisseling met externen vaak moeilijk blijft:

"Het is heel mooi, van die ontwikkelingen [...], maar dat stroomt niet door. Als je met verschillende partners zit, dan krijg je dat niet waar het moet zijn. Dat is wel het spijtige. Er zijn heel veel stappen al gezet, maar het is er nog altijd niet. En ieder werkt met zijn eigen systeem. En het is niet compatibel."

ICT is voor de verpleegkundige ook een handig hulpmiddel om de patiënt bewust te maken van diens vorderingen op het vlak van zelfmanagement. Zo kunnen verpleegkundigen met behulp van bepaalde softwareprogramma's resultaten visueel aanschouwelijk maken, waardoor de patiënten duidelijke feedback krijgen op hun zelfmanagement:

"Sinds kort zijn wij ook meer bezig met bloedwaarden te laten zien aan patiënten of grafieken enzo. En je merkt dat dat veel meer effect heeft, bijvoorbeeld, maar heel, niet bedreigend. [...] Doordat ze het zien, objectief, beginnen ze toch wat meer na te denken en dan zijn ze ook een stuk meer gemotiveerd om volgende keer terug binnen de streefwaarden eigenlijk te geraken."

Daarnaast blijkt ICT ook zinvol om patiënten zelf informatie te laten verzamelen die de verpleegkundigen kunnen gebruiken bij het ondersteunen van hun zelfmanagement. Bijvoorbeeld, door patiënten via hun *smartphone* informatie te laten registreren, krijgt de verpleegkundige informatie op basis waarvan het zelfmanagementproces gericht bijgestuurd kan worden. De voorwaarden zijn wel dat de verpleegkundige toegang heeft tot de resultaten en dat hij/zij samen met de patiënt effectief terugkoppelt naar dergelijke registraties:

"Je bent niks met apps die niet gelinkt zijn met een dossier. Als een patiënt iets bijhoudt, dan moet jij met hetgeen hij bijhoudt ook iets kunnen doen. Want anders, als dat gevangen zit op zijn toestelletje of zijn computer, dan kan je er niks mee doen."

Een reëel probleem is wel dat niet alle patiënten over een *smartphone* beschikken, waardoor een grote patiëntengroep uitgesloten wordt van dergelijke benaderingen van zelfmanagementondersteuning:

"Ze moeten een smartphone hebben en ze moeten een app hebben. Hoeveel mensen hebben momenteel een smartphone? Alleen de

bovenste laag, de jonge mensen die vertrouwd zijn met informaticoestanden, die doen dat."

Ook blijken sommige toepassingen niet gebruiksvriendelijk genoeg te zijn, of vooral patiënten aan te spreken die al goede zelfmanagers zijn en op zich minder behoefte hebben aan bijkomende tools. Een probleem dat hiermee samenhangt, is dat sommige patiënten niet steeds correct gebruikt maken van de aangeboden toepassing (ICT en andere), waardoor de verpleegkundige een vertekend beeld krijgt:

"Of je hebt mensen en die zijn dat [dagboek] vergeten in te vullen en vlak voor ze op de consultatie komen, vullen ze heel dat dagboek in. Gewoon om dat toch maar te kunnen laten zien van: 'kijk, ik heb dat goed ingevuld'. Maar eigenlijk klopt dat dan totaal niet."

De ontwikkeling van *apps* en andere technologische toepassingen is vaak in handen van externe commerciële bedrijven. Naar de mening van de experts houdt dit het risico in dat dergelijk bedrijven bepaalde toepassingen ontwikkelen en uittesten, maar niet verder implementeren, waardoor de reeds verzamelde gegevens verloren gaan:

"Bij ons merk ik vaak dat er veel dingen getest worden in studieverband maar dat dat dan stopt, dat dat niet echt tot in de praktijk komt nadien. [...] Ik heb altijd het gevoel dat veel van die technologische snufjes, dat dat uiteindelijk niet landt op ... echt in de praktijk."

Sommige experts vermelden dat ziekenhuizen soms zelf toepassingen ontwikkelen, om niet meer afhankelijk te zijn van externe organisatie:

"Wij hebben alle externe spullen achterwege gelaten, want als de firma die dat sponsort stopt met de sponsoring, zijn we al die gegevens weer kwijt. En [naam van dienst] heeft iets ontwikkeld [...] dat de gegevens direct inlaadt. En dat is niet zo sexy en blits als hetgeen wat de industrie maakt. Maar het is zowat een Trabant. Maar het rijdt wel en het wordt ... het geraakt niet meer verloren, het wordt ingeladen in het dossier."

Een aangepaste **ruimte** is ook van belang om zelfmanagement te kunnen ondersteunen. Zo geven de experts aan dat in het ziekenhuis een geschikt lokaal beschikbaar dient te zijn, waar de gesprekken in alle rust kunnen verlopen. De beschikbaarheid van een degelijk lokaal is naar hun mening ook noodzakelijk om patiënten het gevoel te geven dat ze gerespecteerd worden:

"De verpleegkundige ruimte, [...] dat is ook een ruimte [...]. Ik bedoel ook het lokaal. Ja, ja, dat je ergens zit, die patiënt kunt zien en je degradeert je van lokaal, lokaal, lokaal ... totdat je in de gang zit te praten met een patiënt. Dan voelt een patiënt zich ook niet ernstig genomen. En dat gebeurt af en toe, helaas. Ik zit nu in een berghok en

ik ben daar heel blij mee, maar voor een patiënt die daar binnen moet komen, en daar hangt dan zo nog een verbodsteken, je communiceert daarmee, he."

In de thuiszorg, waar zelfmanagementondersteuning bij de patiënt thuis gebeurt, kan volgens de experts deze **thuisomgeving** een barrière vormen. Zo kan de aanwezigheid van derden verhinderen dat bepaalde zelfmanagementaspecten aan bod komen:

"Als er nu bezoek is van een broer of zus of zo, dan gaan ze geen dingen vertellen tegen mij. Geen persoonlijke dingen, want die broer die hoort dat dan ook. Dan zijn de gesprekken heel anders. Dan kun je toch niet tot in de kern doordringen, dikwijls."

De experts vermelden verder dat zelfmanagementondersteuning gemakkelijker verloopt als verpleegkundigen **achtergrondinformatie** hebben over de patiënt, bijvoorbeeld over de steun die de omgeving van de patiënt biedt:

"Aandacht voor netwerk en de familie daarrond, vind ik heel belangrijk. [...] van waar krijgt die patiënt op dat moment steun, welke soort steun, is dat vooral praktisch, is dat emotionele steun, ook. [...] het is heel belangrijk dat je die context daarrond weet [...] dat is zoiets dat we soms te weinig doen. We zijn bezig met de patiënt, maar wat speelt er allemaal rond."

Wat tijdens de focusgroep ook aan bod kwam, is het belang van opleiding en navorming, vooral omdat deze volgens experts samenhangen met de kennis die verpleegkundigen hebben over zelfmanagementondersteuning en de verschillende facetten hiervan.

In de eerste plaats geven de experts aan dat het belangrijk is om zelfmanagementondersteuning en de competenties die hiervoor nodig zijn, een plaats te geven in de **basisopleiding**. Naar hun mening wordt weinig specifieke aandacht besteed aan zelfmanagementondersteuning. Vaak komen wel basiscompetenties aan bod, maar gaat de opleiding voorbij aan meer gevorderde gespreksvaardigheden (zie hierboven, gespreksvaardigheden bezitten) en de vorming van een attitude die nodig is om zelfmanagement te ondersteunen (zie hierboven, attitude).

Daarnaast wordt gewezen op het belang van **permanente vorming**. Verpleegkundigen hebben nood aan levenslang leren inzake zelfmanagementondersteuning, maar zouden moeilijk een geschikte opleiding vinden. Soms proberen de verpleegkundigen zelf intern een vorming te organiseren:

"We willen een stapje verder gaan dan gewoon het louter geven van educatie, maar we willen ook zelfmanagement ondersteunen. En zo zijn we eigenlijk via die werkgroep gestart met motivationeel interviewen aangeleerd te krijgen. We hebben dan ook een psycholoog bij in de groep die ons de theoretische basis heeft meegegeven."

De weinige geschikte opleidingen focussen bovendien meestal op slechts een aantal aspecten die relevant zijn voor zelfmanagementondersteuning (bijvoorbeeld gesprekstechnieken). Het kost veel moeite om een opleiding te vinden die integraal ingaat op zelfmanagementondersteuning, en vaak moet hiervoor naar het buitenland gegaan worden (bijvoorbeeld naar Nederland). Bovendien vermoeden experts dat niet alle verpleegkundigen de kans krijgen om een bijscholing te volgen:

"Ik denk in grote centra wel, dat wij meer kansen krijgen om die dingen te volgen, maar ik denk in kleinere ziekenhuizen, dat dat toch iets minder is."

In dat kader wijzen de experts ook op het belang van **interviews** met en **feedback** van de collega's. Door met collega's te overlopen hoe het gesprek met de patiënt verliep, kunnen verpleegkundigen moeilijke cases bespreken en inzicht krijgen in eventuele persoonlijke werkpunten:

"Je reflecteert zelf na uw gesprek: wat ging er goed, wat ging er niet goed. Of desnoods met twee of zo. Dan gingen wij bij mekaar volgen op de consultatie om dat dan zo van elkaar te zien en daaruit te leren."

Eén van de experts geeft aan dat de collega's ook een deel van de taken op het vlak van zelfmanagementondersteuning kunnen overnemen:

"Bij ons is dat ook zo, dat ondersteunend team. Dan bedoel ik: wij kunnen zo afspreken in onze groep met de sociaal verpleegkundige, de psychologe en één van de consultants om bijvoorbeeld iemand die het moeilijk heeft, regelmatig te contacteren en op te volgen."

De collega's buiten het eigen team spelen een gelijkaardige rol, in die zin dat ze als klankbord kunnen fungeren. Enkele experts halen aan dat het bij wijze van interview zinvol is om consultaties te filmen en nadien in groep te bespreken, zodat verpleegkundigen zich bewust worden van hun sterktes en zwaktes op het vlak van zelfmanagementondersteuning:

"Daarin worden een aantal gesprekken opgenomen [...] en dat wordt achteraf [...] besproken. [...] Dat vind ik heel leerrijk. Omdat je dan echt bewust bent van jezelf. In gesprekken ben je je niet altijd bewust van je houding of je ziet jezelf niet echt bezig. Terwijl dat je dan wel eventjes een spiegel voor je gezet krijgt."

Ook al bestaat veel weerstand ten aanzien van een dergelijke aanpak, toch biedt ze de mogelijkheid om in een vertrouwde groep situaties te bespreken waarmee ze in

werkelijkheid te maken kregen, wat niet het geval is bij rollenspelen en andere oefeningen:

"Je kan een rollenspel spelen in de school, maar dat is allemaal zodanig geforceerd dat dat toch niet de realiteit is. Dan kan je wel zoveel casussen aanbrengen als je wil, maar dat blijft niet hetzelfde. Hier heb je wel heel veel aan omdat dat reële situaties zijn."

Al bij al blijkt het echter moeilijk om intervisies te organiseren, omdat deze doorgaans onvoldoende begeleid kunnen worden:

"Ik vind er wordt weinig of niets aangeboden [qua bijscholing]. Terwijl eigenlijk, dat hoeft soms niet veel te zijn en dat gaat over intervisiegroepen, maar je hebt iemand nodig die dat wat coacht en begeleidt."

De experts geven aan dat verpleegkundigen niet alleen bijleren over zelfmanagementondersteuning tijdens hun basisopleiding, navormingen of intervisies, maar ook door **ervaring** op te doen. Ze preciseren dat het leren ondersteunen van zelfmanagement een continu proces is, dat veel oefening en perfectionering vergt:

"Je merkt dat dat zo echt ... dat is iets dat je niet op één, twee, drie kunt leren. Dat heeft echt veel oefening nodig en eigenlijk blijvende reflectie en daar blijven op terugkomen. En zelfs na een aantal jaren heb je nog niet altijd het gevoel dat dat allemaal perfect loopt ofzo."

In dat kader wordt ook gepreciseerd dat ervaring soms de noodzakelijke stap vormt om meer diepgaande kennis op te doen (bv. inzake de ziekte) en specifieke vaardigheden te verwerven (bv. coaching), waarvan men tijdens de opleiding al een basis meekreeg:

"Ik denk dat het vooral belangrijk is om als specifieke verpleegkundige echt uw volledige kennis rond de pathologie te hebben. Dat is ook iets dat je eigenlijk echt maar leert, je leert dat ook door je opleiding, maar ook vooral door je ervaring die je dan ondervindt met de patiënt. Maar niet enkel de pathologische kennis maar ook de kennis rond coaching en hoe ga je daarmee om. En dat leer je ook gaandeweg in de gespreksvoering met je patiënt"

Volgens de experts is het dan ook belangrijk dat verpleegkundigen verder ervaring opdoen over wat ze tijdens hun opleiding aanleerden. Een opleiding alleen volstaat meestal niet om (aspecten van) zelfmanagementondersteuning grondig te assimileren, zoals coaching en motivationeel interviewen:

"Zo echt een goeie coach zijn of motivationeel interview, dat is toch ook wel ... dat vergt heel veel oefening om dat goed te kunnen."

1.3. Tussentijdse conclusie

Het doel van het focusgroepgesprek was om de lijst met competenties die uit de literatuurstudie naar voor kwam, te confronteren met de visie van experts uit het werkveld, en bijkomende informatie hierover te verzamelen. Daarnaast beoogden we de leemte in te vullen die in de literatuur bestaat op het vlak van de randvoorwaarden. Om het focusgroepgesprek te analyseren, baseerden we ons dus op de lijst met competenties en randvoorwaarden die uit de literatuur naar voor kwam. Het gesprek gaf vooral de mogelijkheid om deze lijst verder te verfijnen en aan te vullen.

In een eerste fase werd de deelnemers gevraagd om te brainstormen over de competenties en randvoorwaarden die verpleegkundigen toelaten om zelfmanagement te ondersteunen. De **competenties** die de experts het vaakst vermeldden bij deze initiële brainstorm, waren het hebben van sociale en interpersoonlijke vaardigheden, het beheersen van gespreksvaardigheden en het hebben van kennis relevant voor zelfmanagementondersteuning.

In het gesprek dat daarop volgde, werd verder inhoud gegeven aan deze en andere relevante competenties. Zo preciseerden de experts dat verpleegkundigen vooral nood hebben aan medische, technische, theoretische en praktische kennis om zelfmanagement te kunnen ondersteunen. Op het vlak van vaardigheden vermeldden de experts dat het essentieel is dat de verpleegkundige advies en informatie verstrekt aan de patiënt (en eventueel diens omgeving), op een begrijpelijke manier zodat deze tot gewenste actie overgaat. Ze achtten het ook noodzakelijk dat verpleegkundigen patiënten technische en praktische vaardigheden en probleemoplossend gedrag aanleren in het kader van zelfmanagementondersteuning. Bovendien zouden verpleegkundigen goede *teamplayers* moeten zijn: ze moeten immers samenwerken met de patiënt, diens omgeving, hun collega's en andere interne/externe diensten. Hiermee samenhangend vermeldden de experts dat verpleegkundigen organisatietalenten moeten zijn, omdat ze heel wat coördinatie verrichten om het zelfmanagement van de patiënt mee vorm te geven. Omdat het begeleiden van zelfmanagement bij chronisch zieken een proces vormt en geen eenmalig moment, is opvolging van de patiënt ook een noodzakelijke competentie. De experts verwezen verder naar het belang van gespreksvaardigheden, zoals communiceren op maat van patiënt en met een niet-autoritaire stijl, actief luisteren, niet veroordelend spreken en open vragen stellen, maar ook meer gevorderde gespreksvaardigheden, zoals motivationeel interviewen. Op het vlak van sociale en interpersoonlijke vaardigheden gaven de experts aan dat empathie onmisbaar is. Zoals ook in de literatuur het geval is, beschouwden de experts coaching als een competentie die er andere omvat, zoals communicatieve vaardigheden. Vaak is coaching voor

verpleegkundigen een onwennige bezigheid, omdat ze eerder gewoon zijn om problemen op te lossen dan patiënten te begeleiden bij het zelf oplossen ervan. Tot slot werd gepreciseerd welke attitude verpleegkundigen zouden moeten aannemen om zelfmanagement te ondersteunen. De experts vermeldde de noodzaak van een open houding, inzicht in het belang van zelfmanagementondersteuning, bereidheid om de nodige veranderingen door te voeren (bv. in hun manier van werken), geloof in de capaciteit van de patiënt om aan zelfmanagement te doen, een niet-veroordelende houding en het beschouwen van de patiënt als een evenwaardige partner.

Vervolgens bespraken de experts de **randvoorwaarden** die naar hun mening noodzakelijk zijn voor zelfmanagementondersteuning. De drie randvoorwaarden die het meest vermeld werden tijdens de brainstormsessie, waren het ter beschikking hebben van tijd voor zelfmanagementondersteuning, de steun van de collega's, de leidinggevende, de organisatie en het beleid meer in het algemeen (in de vorm van een gemeenschappelijke visie op zelfmanagementondersteuning en het creëren van een draagvlak op deze niveaus) en een grondige permanente vorming en intervisies.

Tijdens de discussie die daarop volgde, bleek inderdaad dat het gebrek aan tijd voor veel verpleegkundigen een barrière vormt om zelfmanagement grondig te ondersteunen. Volgens de experts hangt de beschikbaarheid van tijd vaak samen met de financiering van zelfmanagementondersteuning. Financiering geeft immers de mogelijkheid om structureel tijd uit te trekken voor zelfmanagementondersteuning. Dergelijke financiering wordt bijvoorbeeld voorzien voor educatie rond diabetes en wondzorg in de thuiszorg. Wanneer geen financiering voorzien wordt, wordt ook minder geïnvesteerd in zelfmanagementondersteuning of vormt dit een bijkomende belasting die de verpleegkundige of diens organisatie op zich moet nemen. Ook kan tijd vrijgemaakt worden voor zelfmanagementondersteuning door het verpleegkundig werk anders in te vullen of door alleen een selecte groep van gespecialiseerde verpleegkundigen (in plaats van alle verpleegkundigen) in te zetten voor zelfmanagementondersteuning. De experts achtten het verder noodzakelijk dat de organisatie een duidelijk visie op zelfmanagementondersteuning hanteert, die gedeeld wordt door alle betrokken actoren en stabiel blijft. Daarnaast heeft de organisatie naar hun mening ook haar verantwoordelijkheid op het vlak van het aanbieden van hulpmiddelen die verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagement te ondersteunen. Voorbeelden van dergelijke hulpmiddelen zijn educatief materiaal en ICT, die ingezet kan worden om informatie te delen met collega-zorgverleners en patiënten, maar ook als tool om patiënten te ondersteunen bij hun zelfmanagement. Ook wezen de experts op de noodzaak om over een geschikt lokaal te beschikken waarin de gesprekken rond zelfmanagement kunnen plaatsvinden. Voor thuisverpleegkundigen is de beschikbaarheid

van een dergelijk lokaal minder relevant; in hun geval vormt de thuisomgeving soms een barrière, in die zin dat de aanwezigheid van derden de patiënt kan remmen. Tot slot wezen de experten erop dat het belangrijk is om zelfmanagementondersteuning een centrale plaats te geven in de basisopleiding van verpleegkundigen. Ook een goed aanbod aan navormingen is noodzakelijk, wat momenteel lijkt te ontbreken. Intervisies met en feedback van collega's en andere zorgverleners wordt ook als een essentiële stap beschouwd om effectieve zelfmanagementondersteuning te bieden, net als de mogelijkheid om ervaring op te doen (bv. met motivationeel interviewen).

2. Face-to-face interviews met verpleegkundigen in de chronische zorg

In dit deel bespreken we de resultaten van de face-to-face interviews met twaalf verpleegkundigen. In onderstaande bespreking richten we ons op het beantwoorden van de drie onderzoeksvragen. Een eerste punt gaat dan ook in op de manier waarop verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning invullen (2.1). In de volgende punten wordt gepreciseerd welke competenties (2.2) en randvoorwaarden (2.3) volgens de geïnterviewde verpleegkundigen nodig zijn om zelfmanagement te ondersteunen. Er zijn steeds pseudoniemen gebruikt wanneer we de geïnterviewde verpleegkundigen citeren. We sluiten af met een conclusie (2.4).

2.1. Onderzoeksvraag 1: Hoe vullen verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zelf in?

In dit punt wordt op basis van de face-to-face interviews met verpleegkundigen een antwoord geformuleerd op de eerste onderzoeksvraag: hoe vullen verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zelf in? Deze onderzoeksvraag delen we op in twee deelonderzoeksvragen, waarbij een eerste deelvraag ingaat op de betekenis die verpleegkundigen verlenen aan zelfmanagementondersteuning (2.1.1.) en de tweede op de manier waarop verpleegkundigen in de praktijk zelfmanagementondersteuning bieden (2.1.2.).

2.1.1. Wat betekent zelfmanagementondersteuning voor verpleegkundigen?

Vertrouwdheid met het begrip zelfmanagement(ondersteuning) en gebruik van alternatieve termen

Uit de interviews blijkt dat voor een deel van de verpleegkundigen

zelfmanagement(ondersteuning) een **onbekend begrip is**. Één van de geïnterviewden vat het als volgt samen:

"Ik had eigenlijk nog nooit van het zelfmanagement gehoord." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Een ander deel van de geïnterviewden heeft wel notie van het begrip, maar geeft aan het zelf als dusdanig **niet te gebruiken**. Ze blijken vooral begrippen te hanteren die wel aansluiten bij het begrip zelfmanagement(ondersteuning), maar er niettemin van verschillen, zoals zelfzorg, eigenzorg en zelfredzaamheid. Sommige geïnterviewden zijn van mening dat zelfmanagement(ondersteuning) specifieke connotaties oproept, die vooral patiënten niet altijd weten te appreciëren:

"Waarom moet dat weeral management noemen? Het is een woord dat iedereen gebruikt. Iedereen is manager, iedereen is voorzitter, of je hebt een hoge functie als er manager in het woord komt. Ik moet zeggen dat er in het begin bij mij ook een beetje een weerstand was voor dat woord. Leg dat maar eens uit aan een patiënt. Ofwel voelt hij zich vereerd ofwel totaal omgekeerd." (Tine, thuisverpleegkundige)

Uitsluitend verpleegkundigen die er specifieke expertise rond opbouwden, bijvoorbeeld door een masteropleiding of navorming te volgen – wat slechts weinige verpleegkundigen deden -, spreken spontaan van **zelfmanagementondersteuning**.

Invulling van het begrip zelfmanagement(ondersteuning)

Uit de interviews blijkt dat verpleegkundigen die minstens in enige mate vertrouwd zijn met het begrip zelfmanagement(ondersteuning), er uiteenlopende invullingen aan geven. Deze invullingen hebben gemeenschappelijk dat ze omschrijven welk doel verpleegkundigen moeten bereiken door zelfmanagement te ondersteunen. Doorgaans wordt benadrukt dat zelfmanagementondersteuning erop gericht moet zijn om chronisch zieken bij te staan om zo **zelfstandig** mogelijk te functioneren met hun ziekte:

Ik denk dat ik onder dat begrip gewoon versta om mensen terug een beetje meer het heft in eigen handen te nemen, om dat terug wat aan te leren. (Peter, ziekenhuisverpleegkundige)

Het bevorderen van het zelfstandig functioneren van patiënten wordt doorheen de interviews geregeld omschreven als het ondersteunen van **zelfredzaamheid** of **zelfzorg**, waartoe de verpleegkundigen zelfmanagement vaak blijken af te bakenen:

"Voor zover als ik het voor mezelf zou durven invullen, denk ik dat het vooral gaat om patiënten zo ver mogelijk zelfredzaam te krijgen". (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

"Voor mij, als ik dat woord (zelfmanagement) hoor - want het is een nieuw woord voor mij -, maar dan gaat dat eigenlijk over: hoe doe je aan zelfzorg als patiënt?". (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Volgens sommige geïnterviewden moeten verpleegkundigen zelfredzaamheid, zelfzorg of zelfstandig functioneren bij patiënten slechts op een beperkt aantal domeinen nastreven. Zo zouden ze patiënten vooral moeten aanleren om **zichzelf** te **verzorgen** (bv. zich wassen, zich aankleden), te **verplaatsen** en te **voeden**, wat een zeer enge invulling geeft aan het begrip zelfmanagementondersteuning.

"'s Morgens begint dat toch met het wassen, hen proberen zoveel mogelijk zelf te stimuleren, proberen tips te geven in functie van mobiliteit waar ze moeten op letten, hoe ze uit de zetel moeten opstaan..." (Peter, ziekenhuisverpleegkundige)

Een groot deel van de geïnterviewden vult het begrip zelfmanagementondersteuning ruimer in. De meerderheid van de geïnterviewden is inderdaad van mening dat zelfmanagementondersteuning tot doel moet hebben om het **medisch zelfmanagement** bij de patiënt te bevorderen, wat staat voor het managen van de medische kant van de ziekte. Dit medisch management houdt bijvoorbeeld in dat een patiënt zichzelf op een correcte manier medicatie moet kunnen toedienen of kan ingrijpen bij (kleine) medische problemen:

"Voor mij houdt dat [zelfmanagement] eigenlijk in dat patiënten zichzelf bekwaam voelen om zichzelf thuis te redden, zeg maar, zonder dat zij bij de minste twijfel of probleem een derde moeten raadplegen, zijnde arts of ziekenhuis of verpleging. En dat zij ook op problemen kunnen inspelen, [...] dat ze zelf gaan anticiperen door eventueel medicatie aan te passen als dat mag van de arts ofwel tijdig naar de huisarts te stappen voordat er ernstige complicaties zijn." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Slechts heel uitzonderlijk vermelden de geïnterviewden het bevorderen van **rolmanagement** (het managen van de gevolgen die de ziekte heeft op de diverse rollen van de patiënt) en **emotioneel management** (het managen van de emotionele gevolgen en veranderingen ten gevolge van de ziekte) spontaan als onderdeel van zelfmanagementondersteuning. Volgende geïnterviewde licht bijvoorbeeld toe dat zelfmanagementondersteuning niet alleen medisch management inhoudt, maar ook als doel heeft om patiënten te begeleiden om hun ziekte te matchen met hun dagelijkse bezigheden:

"Zelfzorg gaat niet alleen over het stomamateriaal aanbrenge. Dat gaat ook over naar buiten komen en terug deelnemen aan activiteiten, aan alles eigenlijk een beetje." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Volgens één van de geïnterviewden betekent het feit dat verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning hoofdzakelijk definiëren als het ondersteunen van medisch management, niet automatisch dat ze hier uitsluitend op zouden inzetten. Onbewust zouden verpleegkundigen in de praktijk ook zorgen voor de ondersteuning van rol- en emotioneel management:

"Ik denk niet dat er een groot onderscheid gemaakt wordt [tussen de verschillende vormen van zelfmanagement]. Ik denk dat ze [verpleegkundigen] eigenlijk gewoon onbewust het totale plaatje wel kennen [...]. Ik denk dat het, zonder dat ze het benoemen toch wel... Dat probeer ik toch, en ik heb toch wel het gevoel dat ze mee zijn in het verhaal. Ik benoem het ook niet op deze manier." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

Op de praktische invulling van zelfmanagementondersteuning komen we hieronder terug (zie 2.1.2).

Gepercipieerde zin van zelfmanagement(ondersteuning)

We vroegen de geïnterviewden om aan te geven welk het mogelijke nut is van zelfmanagement(ondersteuning). De geïnterviewden zijn van mening dat zelfmanagementondersteuning in de eerste plaats voordelen heeft voor de **patiënt**. Patiënten die zichzelf kunnen managen, zouden een groter gevoel van eigenwaarde hebben en daardoor positiever in het leven staan:

"Ik vind dat [zelfmanagement] zeer nuttig, omdat het juist ook wel wat meer levensinhoud - of hoe moet je het noemen - geeft aan de patiënten. Als ze weten wat ze kunnen, dan heeft het leven ook meer zin." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

Bovendien geeft zelfmanagementondersteuning patiënten een gevoel van zelfstandigheid, wat volgens één van de geïnterviewde thuisverpleegkundigen de meeste patiënten net nastreven:

"Ik denk dat elke mens van nature liefst zijn plan trekt. Al dat vreemd volk in huis [...]. Ik denk, als je jezelf een beetje in de patiënt verplaatst, dat dat niet moeilijk is om te begrijpen dat de meeste mensen wel zelf hun plan willen trekken." (An, thuisverpleegkundige)

Verder heeft zelfmanagementondersteuning financiële voordelen voor de patiënt, omdat dit de nodige tools aanreikt om zo lang mogelijk zelfstandig te wonen. Hoe langer patiënten zelfstandig kunnen blijven wonen, hoe langer ze gespaard blijven van de hoge prijzen van rust- en verzorgingstehuizen. Volgende geïnterviewde voegt hieraan toe dat zelfmanagementondersteuning niet alleen zinvol is om de hoge kosten van rust- en verzorgingstehuizen te ondervangen, maar ook om het beperkte sociale vangnet van sommige patiënten te compenseren:

"Mensen gaan langer thuis blijven omdat het te duur wordt in een rusthuis. Familieleden hebben ook niet meer zoveel tijd of de mogelijkheden om te zorgen voor hen, dat ze toch meer zelf hun plan gaan moeten trekken". (Eva, ziekenhuisverpleegkundige)

Verder wijzen de geïnterviewden op een aantal voordelen die zelfmanagementondersteuning kan hebben voor de **verpleegkundige** zelf. Zo wordt vermeld dat een geslaagde zelfmanagementondersteuning veel voldoening geeft en zelf voor een herwaardering van het verpleegkundig beroep kan zorgen. Doordat zichzelf managende patiënten een aantal taken zelfstandig kunnen aanpakken, bespaart dit verpleegkundigen bovendien heel wat tijd. Thuisverpleegkundigen beschouwen deze tijdsbesparing echter niet altijd als een voordeel, omdat dit voor hen financiële implicaties kan hebben (zie 2.3).

Tot slot wijzen de geïnterviewden op het **maatschappelijk** voordeel van zelfmanagementondersteuning. Zo zou zelfmanagement leiden tot een reductie van de kosten die uitgaan naar gezondheidszorg:

"Dat is een van de economische problematieken vandaag de dag [...] Want uiteindelijk kosten-baten enzovoort, economisch, maatschappelijk heb je maar één weg te gaan, dat is de weg van: hoe kunnen we onszelf het best verzorgen." (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Perceptie van zelfmanagementondersteuning als verpleegkundige taak

Over het algemeen blijkt dat verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning beschouwen als een belangrijk onderdeel van hun takenpakket:

"Ik heb het altijd als een heel belangrijk verpleegkundig aspect gevonden om mensen naar goede zelfzorg te leiden en me af te vragen van: wat hebben ze nodig om aan goede zelfzorg te kunnen doen?" (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Één van de geïnterviewde thuisverpleegkundigen voegt hier zelfs aan toe dat het hun

plicht is om zelfmanagement te ondersteunen, te meer omdat hun organisatie deze visie voorstaat:

"Eigenlijk is dat de filosofie die achter heel ons ding zit. Want wat is ons doel? Dat is dat de mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving thuis blijven. Dus we zijn eigenlijk verplicht ... dat is onze filosofie, van de mensen hetgeen te laten kunnen doen, zelf laten doen, wat ze kunnen. Ik vind dat heel belangrijk." (An, thuisverpleegkundige)

Dezelfde geïnterviewde voegt hieraan toe dat zelfmanagementondersteuning niet alleen centraal moet staan omdat de organisatie dit oplegt, maar ook omdat het aansluit bij de essentie van het werk van een thuisverpleegkundige, namelijk patiënten bijstaan om zo lang mogelijk zelfstandig te leven:

"Het is onze taak om de mensen thuis te kunnen houden en van ze toch zelf nog iets te laten doen [...]. Als je een uur bij een patiënt binnen zit [...] dan heeft de dag nog 23 andere uren waar de mensen het sowieso zelf moeten doen, dus eigenlijk ben je wel moreel verplicht om hulpmiddelen aan te reiken en om ze te stimuleren om dingen zelf te doen. Je kan niet bij de patiënt gaan wonen." (An, thuisverpleegkundige)

Zelfs al zijn de geïnterviewden het erover eens dat zelfmanagementondersteuning een belangrijke verpleegkundige taak is, toch betekent dit niet dat verpleegkundigen dit ook effectief centraal stellen in hun dagelijks denken en doen. Zo zal verderop toegelicht worden dat zelfmanagementondersteuning vaak een taak is die bovenop het andere verpleegkundige werk komt, omwille van tijdsgebrek (zie 2.3):

"Ik vind: dat is de corebusiness van verpleegkunde. Maar ik merk dat ik dat al die jaren altijd gedaan heb als verpleegkundige, maar dat is een taak die zo tussen de soep en de patatten altijd is". (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Bovendien valt op dat er wel eensgezindheid is over het ondersteunen van medisch management, dat inderdaad als een centrale verpleegkundige taak gezien wordt, terwijl dit anders is voor het ondersteunen van rol- en emotioneel management. Enkele geïnterviewden geven immers aan dat ze het ondersteunen van deze vormen van zelfmanagement niet als de taak van verpleegkundigen beschouwen, maar eerder van andere partners, waarnaar ze patiënten indien nodig dan ook doorverwijzen:

"Je kunt ze daar een beetje in ondersteunen, maar ik denk dat vooral de ergo en de patiëntenbegeleiding zich daar meer op baseren. Wij geven dat wel door en eventueel aan een psychologische dienst, dat ze zich daar mentaal ook wat meer kunnen naar schikken en kunnen beredderen." (Eva, ziekenhuisverpleegkundige)

2.1.2. Hoe bieden verpleegkundigen ZMO in de praktijk?

Waar het bovenstaande inging op de betekenis die verpleegkundigen verlenen aan zelfmanagement(ondersteuning), bespreekt dit punt hoe verpleegkundigen in de praktijk aan zelfmanagementondersteuning doen.

Concrete zelfmanagement ondersteunende taken

Een deel van de verpleegkundigen geeft aan zelfmanagement te bevorderen door patiënten zeer **praktische vaardigheden** aan te leren die hen helpen om zelfstandig te functioneren, zoals hygiënische verzorging. Ook menen de geïnterviewden zelfmanagement te ondersteunen door een aantal **praktische voorbereidingen** te treffen die ervoor zorgen dat de patiënt minder afhankelijk wordt van externe hulp, zoals het klaarzetten van medicatie:

"Pilletjes klaarzetten of pilletjes juist innemen is een heel groot probleem. Daar zijn hulpmiddelen voor. Dus 1 keer per week bijvoorbeeld zetten wij in een box voor 7 dagen met een indeling alles klaar. Dat is voor veel mensen al een hulp, dan kunnen ze voor de rest van de week al hun plan trekken." (An, thuisverpleegkundige)

Daarnaast benadrukten we hierboven al dat verpleegkundigen vooral investeren in het ondersteunen van **medisch zelfmanagement**. Uit de interviews blijkt duidelijk deze medische zelfmanagementondersteuning hoofdzakelijk op twee domeinen focust. Enerzijds worden patiënten medische kennis en vaardigheden bijgebracht. De klemtoon ligt vooral op de correcte inname van medicatie in het kader van therapietrouw:

"We hebben ook een kleine groep pas getransplanteerde patiënten die wij tijdens hun postoperatieve periode intensief begeleiden in zelfmanagement eigenlijk. Dat gaat dan vooral gericht op medicatie, dat zij weten waarvoor iets dient, het belang van tijdstip van inname, het belang van gebruik van bepaald voedsel, wat wel mag of niet mag, of het interfereert met hun medicatie en dan wordt er ook een soort kennistest afgenomen voor ontslag. Het is voornamelijk gericht op therapietrouw naar medicatie toe." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Ook het aanbrengen van medisch materiaal komt in dat kader aan bod. Volgende verpleegkundige licht toe dat hij een specifieke techniek hanteert om patiënten aan te leren om zelf een stoma aan te brengen, namelijk door vanuit het perspectief van de patiënt te werken:

"Binnen de stomazorg promoot ik eigenlijk al jaren de zorg doorheen de handen van de patiënt. Dus ik ga niet voor mijn patiënt werken, maar ik werk achter mijn patiënt. Door mijn handen worden zijn handen actief. Dat is een heel andere basisvisie naar educatie bij uw patiënt." (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Anderzijds wordt patiënten aangeleerd om de symptomen van hun ziekte te herkennen en in te grijpen bij eventuele problemen. Doorgaans gebeurt dit door patiënten eerst te informeren en vervolgens probleemoplossende vaardigheden bij te brengen, bijvoorbeeld door middel van casussen:

"Eerst moet ik de patiënt sowieso informatie geven, maar dan, dat het eigenlijk uit henzelf komt. Dat zij thuis eigenlijk het zelf gaan moeten doen en dat ik hen niet de antwoorden ga voorschotelen, maar hen wel de technieken ga aanleren [...] Ik probeer zo de probleemoplossende vaardigheden aan te leren. Meestal stel ik eerst casussen voor ...". (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Het ondersteunen van rol- en emotioneel management neemt een veel meer bescheiden plaats in. Volgende geïnterviewde licht bijvoorbeeld toe dat ze niet alleen medisch zelfmanagement ondersteunt, maar ook **rolmanagement** stimuleert door patiënten te begeleiden om de gevolgen van hun ziekte te ondervangen:

"We leggen uit wat een stoma is, hoe ze daarmee kunnen leven, [...], het dagdagelijkse leven... Dus zowel wat een impact dit heeft op hun relatie, op hun voeding, op hun gewone verzorging, op hun vrije tijd, seksualiteit ... Dus alles komt aan bod eigenlijk." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Een andere geïnterviewde voegt hieraan toe dat **emotioneel management** een weliswaar klein, maar belangrijk onderdeel vormt van de zelfmanagementondersteuning die ze in de praktijk biedt:

"Bij ons hebben ze een heel klein stukje over het emotionele dat er in staat. En meestal is dat dan dat ze een brief kunnen schrijven naar hun donor om te bedanken. Ik zeg dat dat niet verplicht is maar dat dat sommige mensen wel helpt. Dat ze moeten leren omgaan met de angst voor infecties. [...] Nu stel ik hen gerust." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Ondanks de enkele tegenvoorbeelden, blijkt de overgrote meerderheid van de geïnterviewden geen of amper ondersteuning te bieden aan rol- en emotioneel management. Zoals we hierboven al vermeldden (zie X), beschouwt een deel van de geïnterviewden het ondersteunen van rol- en emotioneel management immers niet als de taak van verpleegkundigen, maar eerder van andere partners. Bovendien worden rol- en emotioneel management doorgaans gekoppeld aan de ondersteuning medisch

zelfmanagement, bijvoorbeeld door te bespreken hoe de patiënt medische problemen kan aanpakken wanneer hij of zij op vakantie is. Één van de geïnterviewden voegt hieraan toe dat hij rol- en emotioneel management in de praktijk niet ondersteunt, omdat patiënten hier zelden moeilijkheden mee zouden ervaren:

"Ik kan me niet echt dadelijk zo een voorbeeld voorstellen. Als concreet zo een vraag zich stelt, denk ik wel dat wij gaan proberen om tips te geven. Maar ik denk niet dat dat al echt in die mate is gebeurd. Het is alleszins niet systematisch." (Peter, ziekenhuisverpleegkundige)

Verloop van zelfmanagementondersteuning

Een deel van de geïnterviewden vindt het belangrijk om de mogelijkheden en wensen van de **patiënt als vertrekpunt** te nemen om zelfmanagement te ondersteunen. Uit volgend citaat blijkt bijvoorbeeld dat de geïnterviewde het noodzakelijk vindt om in samenspraak met de patiënt doelen vast te leggen en middelen te selecteren om hieraan tegemoet te komen:

"En dan een tweede aspect is dat dat [zelfmanagementondersteuning] ook heel erg ad hoc is. Op maat van: waar komt een patiënt mee, wat zijn die zijn noden en hoe kan ik daar dan op inspelen? Dus dat ook wel een heel interactief gebeuren." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Dit betekent ook dat verpleegkundigen specifieke thema's meer diepgaand aan bod moeten laten komen als de patiënt hieraan behoefte heeft. Volgend citaat verduidelijkt dat bij sommige patiënten meer tijd uitgetrokken wordt om vaardigheden te oefenen, terwijl dit bij anderen minder noodzakelijk is:

"Wij hadden een patiënt, die stond op de markt [...] en die wou eigenlijk zo rap mogelijk terug kunnen gaan werken en dan vond hij dat heel moeilijk om afhankelijk te blijven van een thuisverpleegkundige. En dan heeft hij eigenlijk in het ziekenhuis, zelfs al tevoren aangegeven van: 'kijk, ik heb geen thuisverpleegkunde nodig, er gaat niemand bij mij moeten komen'. Dan geven wij ook meer aandacht, ik bedoel: dan krijgt die patiënt meer oefenmomenten, dat hij het zelf kan doen hier op de afdeling." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Een verpleegkundige voegt hieraan toe dat zelfmanagementondersteuning gedoemd is om te mislukken als de patiënt onvoldoende centraal staat:

"Soms steken we heel veel energie in dingen die tot niks leiden omdat de fundamentele eerste vraag niet gesteld is: wat wil iemand nog, of wat wil iemand absoluut niet?" (Isabel, thuisverpleegkundige)

In punt 2.2.3 wordt verder besproken hoe belangrijk het volgens de verpleegkundigen is om te vertrekken vanuit de patiënt.

Uit de interviews blijkt verder dat zelfmanagementondersteuning op verschillende **momenten** in het zorgproces en op uiteenlopende **locaties** plaatsvindt. Thuisverpleegkundigen bieden logischerwijs vooral ondersteuning in de thuiscontext, onder meer wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft. Ziekenhuisverpleegkundigen blijken dan weer aan zelfmanagementondersteuning te doen bij de intake, tijdens het verblijf in het ziekenhuis en bij controlemomenten na het ontslag uit het ziekenhuis. Ook buiten de officiële contactmomenten blijken ziekenhuisverpleegkundigen echter aan zelfmanagementondersteuning te doen, bijvoorbeeld door deel te nemen aan zelfhulpgroepen voor patiënten met een specifieke chronische aandoening of door patiënten telefonisch te woord te staan:

"Een ziekenhuisopname is ook maar een heel kort momentje in het omgaan met dat proces. Je merkt dat patiënten thuis ook nog met vragen zitten, dus ja, telefonisch contact wordt ook wel belangrijker, merk ik. Er wordt heel veel opgebeld door patiënten." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

De **tijd** die verpleegkundigen uittrekken voor de ondersteuning van zelfmanagement, blijkt ook te variëren. Sommige verpleegkundigen trekken specifiek tijd uit om zelfmanagementondersteuning te bieden en voorzien hiervoor een apart gesprek. Andere verpleegkundigen integreren zelfmanagementondersteuning dan weer in de dagelijkse verzorging, wanneer de patiënt is opgenomen in het ziekenhuis of bij de thuisverpleging. Soms ook worden beide benaderingen gecombineerd:

"Eigenlijk alles wat in onze brochure aan bod komt naar ontspanning, vrije tijd. Een patiënt heeft heel veel vragen, die zitten hier een uur bij ons, we leggen dat allemaal uit. [...] Eigenlijk is het ook het doel dat de verpleegkundige gewoon aan het bed terwijl die patiënt zijn voeten wast, bij wijze van spreken, dat die nog niet zijn stoma aan het verzorgen is, daar al op inspeelt of iets over zegt." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Bovendien behoeven patiënten op sommige momenten meer informatie dan op andere, bijvoorbeeld wanneer ze al wat hersteld zijn van hun operatie:

"De eerste dagen dat die patiënt bij ons is, is die drie of vier dagen daarvoor geopereerd, dus dan is dat eerder tijdens hygiënische zorgen of wondzorg dat we dat doen. Nadien als die wat mobieler is en wat zelfstandiger is qua hygiëne en zo maken we echt tijd om eventjes bij de patiënt te gaan zitten, dat we face-to-face daarover kunnen praten." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Uit het volgende punt zal bovendien blijken dat verpleegkundigen uiteenlopende **instrumenten** hanteren om zelfmanagementondersteuning vorm te geven.

Instrumenten voor zelfmanagementondersteuning

Het merendeel van de verpleegkundige interventies gericht op zelfmanagementondersteuning blijkt gebaseerd op **niet-wetenschappelijke benaderingen**. Waar thuisverpleegkundigen doorgaans elk een persoonlijke techniek ontwikkeld lijken te hebben om zelfmanagement te ondersteunen, kunnen ziekenhuisverpleegkundigen vaker steunen op de benaderingen die binnen het team gedeeld worden. Doorgaans is geen sprake van een echt instrument of model om zelfmanagement te ondersteunen. Wel blijken sommige teams te werken aan de hand van een specifiek stappenplan, dat vooral vastlegt welke thema's verpleegkundigen aan bod moeten laten komen in het kader van zelfmanagementondersteuning. Verpleegkundigen blijken doorgaans zelf te mogen kiezen op welke manier ze deze thema's aanbrengen:

"Op de hospitalisatieafdelingen hebben we zo een pakket dat we moeten proberen aan de patiënt aan te leren en zien dat die dat begrijpt en het kan toepassen op zijn eigen situatie. En dan vult iedereen dat zo een beetje zelf in hoe hij dat wil aanbrengen [...] Iedereen brengt het op zijn manier aan. Sommige mensen vertellen het gewoon en dan vragen ze of ze het begrepen hebben en als die dan ja zeggen dan is het OK. Terwijl anderen gaan echt zo een reële situatie schetsen en dan vragen aan de patiënt wat zou jij nu doen. Maar we zijn er vrij in om te doen wat we willen eigenlijk." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Een dergelijk stappenplan zorgt ervoor dat zelfmanagementondersteuning een voor de patiënt voorspelbaar verloop geeft, wat hem of haar motiveert om zich te laten ondersteunen. Een stappenplan zorgt er bovendien voor dat collega-verpleegkundigen die mee instaan voor de zelfmanagementondersteuning van de patiënt een overzicht behouden van de aspecten die nog aan bod moeten komen:

"Er is een systeem in [...] het elektronisch patiëntendossier waar we kunnen aanduiden over welk item we het gehad hebben [...]. Dan kunnen we aanduiden of die het niet begrepen heeft of gedeeltelijk of volledig. En iets dat niet of gedeeltelijk begrepen is, kunnen we dan nog terug opnemen nadien." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

In de enkele gevallen dat wel sprake is van een 'echt' instrument ter ondersteuning van zelfmanagement, blijkt dit instrument slechts een enkel deelaspect ervan te omvatten. Zo preciseert volgende ziekenhuisverpleegkundige dat zijn team een instrument heeft

uitgewerkt om therapietrouw – als een specifiek aspect van zelfmanagement – te meten, dat door alle teamleden gebruikt wordt:

"Dan hebben we zo een basisinstrument heet dat [...] één van mijn collega's heeft dat mee uitgewerkt en dat gebruiken we dan om te peilen naar hoe belangrijk ze iets vinden om therapietrouw te zijn en om zo dan op problemen uit te komen." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

In de marge is ook de KATZ-schaal – een meetinstrument dat de zorgbehoevendheid van de patiënt bij dagelijkse activiteiten registreert (bv. toiletbezoek, eten en zich wassen) - relevant voor zelfmanagementondersteuning. Uit de interviews blijkt dat nogal wat ziekenhuisverpleegkundigen deze schaal afnemen vooraleer de patiënt het ziekenhuis verlaat, al is dit doorgaans omdat de afname hiervan verplicht is door de overheid. De ingevulde schaal wordt vervolgens bezorgd aan de thuisverpleegkundige die de zorg voor de patiënt overneemt, of eventueel aan het rust- en verzorgingstehuis waar de patiënt gaat verblijven. Wanneer de patiënt niet in het ziekenhuis verbleef, overlopen sommige thuisverpleegkundigen zelf de KATZ-schaal bij de intake:

"Waar we altijd mee werken, is de KATZ-schaal. Het allereerste wat we doen als we een nieuwe patiënt opstarten, dat is een intakegesprek, meestal een gesprek vóór dat de zorg eigenlijk start [...]. Meestal spreken we dan ook af met de patiënt en iemand van de familieleden. Dan vullen we samen de KATZ-schaal in om te kijken welke score ze hebben." (Lucas, thuisverpleegkundige)

Enkele geïnterviewden verduidelijken dat ze het belangrijk vinden dat het ondersteunen van zelfmanagement gestoeld is op **wetenschappelijk modellen**. Zij inspireren zich dan ook op wetenschappelijke inzichten om zelfmanagementondersteuning vorm te geven. In dat kader wordt een enkele keer verwezen naar de inzichten van Lorig (2001) rond zelfmanagement(ondersteuning), en vaker naar het zelfzorgmodel van Orem (1971):

"Algemeen als verpleegkundige, tijdens mijn opleiding, ben ik heel erg geboeid geweest door de zelfzorgtheorie van Orem. Dat is eigenlijk altijd mijn kapstok geweest van waaruit handel ik. [...] Dat is altijd zo mijn corebusiness als verpleegkundige geweest. Dat is waar ik voor sta, wat ik belangrijk vind. Ook in mijn jobkeuzes heb ik daar altijd rekening mee gehouden, om dat te kunnen doen." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

De moeilijkheid bestaat er volgens enkele geïnterviewden wel in om een - vaak theoretisch opgesteld - wetenschappelijk model te vertalen naar de praktijk. Een verpleegkundige voegt hieraan toe dat verpleegkundigen wetenschappelijke modellen die wel degelijk praktisch toepasbaar zijn – zoals het Oremmodel – te veel laten hangen op een theoretisch niveau:

"En Orem, ik spreek vandaag over Orem, maar verpleegkundigen kennen Orem niet meer. Nergens in geen enkele school, van alles is er ondertussen uitgevonden [...] wat doet de verpleging daarmee? Niks. Ik weet hoe het gaat, het moet allemaal zijn weg krijgen op de universiteit, maar denk eens concreet. Uw patiënt moet geen universitair hebben, die moet wel iemand hebben die meegaat in zijn zorg." (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Bovendien blijken zelfs verpleegkundigen die hun zelfmanagementondersteuning inspireren op wetenschappelijke inzichten, deze vaak te combineren met persoonlijke 'intuïtieve' benaderingen:

"Voor een stuk kijken we vanuit een theoretisch model, [...]. Wat is volgens ons en volgens wetenschappelijk onderzoek goed management daarrond. [...] En als een combinatie van: wat hebben we aan evidentie daarover beschikbaar, maar dat is ook een stuk mijn eigen intuïtie, van: wat voel ik aan als..." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

2.2. Onderzoeksvraag 2: welke competenties hebben verpleegkundigen nodig om zelfmanagement te ondersteunen?

De geïnterviewden bespreken uitgebreid welke competenties verpleegkundigen nodig hebben om effectieve zelfmanagementondersteuning te bieden. Opvallend vaak vertellen ze dat een verpleegkundige pas goed kan zijn in zelfmanagementondersteuning als hij of zij een goede verpleegkundige meer in het algemeen is. Toch komen doorheen de interviews heel wat competenties aan bod die specifiek zijn voor zelfmanagementondersteuning. In wat volgt focussen we in de eerste plaats op de competenties die verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagement te ondersteunen, maar bijkomend lichten we ook toe welke competenties verpleegkundigen naar eigen zeggen (onvoldoende) beheersen. We bespreken deze competenties volgens de driedeling die we ook hanteerden voor de opmaak van het literatuuroverzicht en bij de analyse van de focusgroep, namelijk kennis (2.2.1), vaardigheden (2.2.2) en attitude (2.2.3). We zijn ons ervan bewust dat het op die manier opdelen van competenties artificieel is. Wanneer we de empirische bevindingen integreren, zullen we de competenties dan ook weer in hun geheel bespreken.

2.2.1. Kennis

De geïnterviewden zijn duidelijk van mening dat verpleegkundigen zelfmanagement pas kunnen ondersteunen als ze voldoende kennis hebben van een aantal domeinen.

In de eerste plaats geven ze aan dat verpleegkundigen voldoende kennis dienen te hebben van **zelfmanagementondersteuning**, zowel theoretisch (bv. definiëring, wetenschappelijke stand van zaken) als praktisch (bv. instrumenten). Uit de interviews blijkt dat zelfmanagementondersteuning zelf, maar ook hiermee gerelateerde technieken, zoals motivationeel interviewen, voor veel verpleegkundigen onbekende begrippen zijn (zie ook hierboven, onderzoeksvraag 1). Behalve dat de effectieve ondersteuning van zelfmanagement hierdoor verhinderd wordt, leidt het gebrek aan kennis volgens de geïnterviewden tot een aantal problemen, die verderop meer in detail besproken zullen worden. Zo zou voldoende kennis rond zelfmanagementondersteuning een noodzakelijke voorwaarde zijn om binnen teams een gedeelde visie rond zelfmanagement te creëren. Kennis zou bijvoorbeeld ook de individuele attitude van verpleegkundigen ten aanzien van het belang van zelfmanagementondersteuning positief beïnvloeden en hen stimuleren om verdere opleidingen hierrond te volgen.

Verder dienen verpleegkundigen kennis te hebben van de menselijke anatomie en van de **chronische aandoening** waaraan de patiënten lijden waarmee ze in contact komen. Hierbij aansluitend wordt gewezen op de noodzaak om inzicht te hebben in de **therapie** die de chronisch zieke volgt. Over de mate waarin verpleegkundigen kennis dienen te hebben over de aandoening en bijhorende therapie lopen de meningen wel uiteen. Het merendeel van de geïnterviewden vindt dat een eerder basale kennis van de chronische aandoening volstaat, in die mate dat verpleegkundigen in staat moeten zijn om de patiënt bij te staan bij eenvoudige of dringende vragen. Meer specifieke informatie kan opgezocht of nagevraagd worden (bv. bij de huisdokter). Vooral van thuisverpleegkundigen zou een brede parate kennis moeilijk verwacht kunnen worden, omwille van de brede patiëntengroep waarmee ze in contact komen:

"Soms komen we tot de conclusie dat we het zelf eigenlijk niet altijd goed weten. In een ziekenhuis werken ze zo met een bepaald soort patiënten, orthopedische of allemaal soorten darmoperaties. Maar wij [thuisverpleegkundigen] moeten alles [weten], dus soms moet je aan jezelf wel eens toegeven dat je er eerst zelf moet gaan achter zoeken of eens gaan opfrissen. Want er zijn zoveel verschillende dingen". (An, thuisverpleegkundige)

De geïnterviewde ziekenverpleegkundigen die met een zeer specifieke patiëntengroep in contact komen, vinden een meer diepgaande kennis van de pathologie en bijhorende therapie vaak wél noodzakelijk, al vinden ze het niet steeds evident om zelf dergelijke kennis te verwerven:

"[Kennis van de chronische aandoening,] dat is heel belangrijk. En dat is ook rap gezegd, maar dat is niet zo evident. Ik ben nu in januari begonnen en ik vroeg aan mijn [leidinggevende] dat ik graag zou inlezen in wat [specifieke ziekte] is. Die stuurt mij dan per mail 15

studies door, wetenschappelijke studies. Dat is allemaal in het Engels, dat is allemaal onderzoek. Dus ik heb daar toch wel al een hele brok aan om dat allemaal te kennen, in te studeren.” (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Ook **psychologische** kennis wordt belangrijk geacht. Vooral het motiveren van patiënten om aan zelfmanagement te doen, het detecteren van problemen in het zelfmanagementproces en hieraan remediëren vergt volgens de geïnterviewden psychologisch inzicht:

“Ook het mentale, dat ze [verpleegkundigen] daar wat zicht op hebben [...] Een beetje inzicht in de mens zijn gedachtengoed”. (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

Vervolgens vermelden de geïnterviewden dat verpleegkundigen een goed zicht dienen te hebben op de eigen **afdeling** en de inbedding ervan in het **ziekenhuis**, in functie van een gerichte samenwerking en doorverwijzing (zie: samenwerken en doorverwijzen). In diezelfde lijn is een grondige kennis noodzakelijk van de interne en externe **diensten** die complementair zijn aan het verpleegkundig werk in het ziekenhuis (bv. diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten en thuisverpleegkundige). In het bijzonder de geïnterviewde thuisverpleegkundigen vinden een goede kennis van relevante diensten belangrijk, maar ervaren naar eigen zeggen een grote leemte op dat vlak, waarmee ziekenhuisverpleegkundigen – zo vermoeden ze – minder problemen zouden hebben:

“Die hoeveelheid informatie is zo groot. In het kader van ons elektronisch verpleegdossier zit daar ook een bibliotheekfunctie in, dat zij echt op tablet bij een patiënt ook hebben. Dat is soms al iets om sneller door te verwijzen. Maar anders gaat er soms ook wel wat tijd overheen als zij op zoek zijn naar een bepaalde contactpersoon of telefoonnummer. [...] Als je met zijn allen binnen de muren van een instelling werkt, gaat dat misschien al iets gemakkelijker.” (Isabel, thuisverpleegkundige)

Uit de interviews blijkt inderdaad dat ziekenhuisverpleegkundigen minder moeilijkheden op dat vlak ervaren. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat in ziekenhuizen de concrete doorverwijzing van patiënten naar interne en externe instanties vaak centraal gecoördineerd wordt en dus niet aan de individuele verpleegkundige toekomt, waardoor hun kennis van relevante diensten minder noodzakelijk is dan in de thuisverpleging.

Hierbij aansluitend vermelden de geïnterviewden dat het belangrijk is om als verpleegkundige een zicht te hebben op de **hulpmiddelen** die ingezet kunnen worden om zelfmanagement te ondersteunen, de manier waarop dit materiaal kan aangekocht of gehuurd worden en de eventuele tegemoetkomingen waar de patiënt in dat kader recht

op heeft. Deze kennis is vooral belangrijk om patiënten wegwijs te maken. Vooral thuisverpleegkundigen vinden zich over het algemeen goed geïnformeerd over de bestaande hulpmiddelen:

"Ik denk dat wij daar toch al een routine in opgebouwd hebben van: hier moet een ziekenhuisbed komen, hier moet een roulator komen. Ik denk dat wij goed op de hoogte zijn van de hulpmiddelen die uiteindelijk er zijn." (An, thuisverpleegkundige)

Wel blijft kennis van eventuele tegemoetkomingen en voorzieningen waarmee de verpleegkundige niet frequent in contact komt, een knelpunt. Indien de patiënt hierover vragen heeft wordt dan ook vaak doorverwezen naar andere instanties:

"Waar ik van mezelf vind dat ik niet genoeg van op de hoogte ben, dat is van welke voorzieningen buiten de sector waar we zelf in zitten, waar de mensen nog overal een beroep kunnen op doen, van premies die ze kunnen krijgen. Als ik zo een moeilijke situatie heb, dat ik het niet goed weet, dan stuur ik de sociaal assistent van de mutualiteit daar eigenlijk op af. [...] Het verandert ook te dikwijls." (An, thuisverpleegkundige)

Verder wijzen de geïnterviewden erop dat kennis van de **gezondheidszorg** ook cruciaal is om zelfmanagement te ondersteunen, wat vaak blijkt te ontbreken. Één van de geïnterviewden geeft bijvoorbeeld aan dat ziekenhuisverpleegkundigen zich vaak beperken tot het verzorgen van patiënten en hen te weinig voorbereiden op hun ontslag uit het ziekenhuis, wat haaks staat op de principes van zelfmanagementondersteuning:

"Soms denk ik dat verpleegkundigen te weinig weten rondom de structuur, het wettelijk kader, organisatorisch kader van de gezondheidszorg in Vlaanderen. En eigenlijk vaak bezig zijn ... - als ik het algemeen in het ziekenhuis zo merk - vaak bezig zijn met de patiënt te verzorgen, alles te geven en als hij weg is, zijn ze hem kwijt. Ze zeggen het zo niet, maar daar stopt het voor veel verpleegkundigen." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

2.2.2. Vaardigheden

Adviseren en informeren

Zoals ook al tijdens de focusgroep besproken werd (zie 2.1.), is het hebben van kennis gelinkt aan vaardigheden, in de eerste plaats aan adviseren en informeren. Immers, een goede informatieverstrekking en adviesverlening is alleen mogelijk als verpleegkundigen over de nodige kennis beschikken waaruit ze deze informatie of dit advies kunnen putten.

Uit de interviews blijkt dat verpleegkundigen patiënten over een aantal domeinen dienen te adviseren en informeren. Volgens sommigen dienen verpleegkundigen hun

patiënten in te lichten over het belang van **zelfmanagement** en het verloop van de ondersteuning ervan. Een dergelijke toelichting zou niet alleen noodzakelijk om de patiënt te motiveren en duidelijkheid te geven over wat hem of haar te wachten staat, maar zou ook moeten vermijden dat patiënten het gevoel krijgen dat ze plots aan hun lot overgelaten worden door de verpleegkundige(n). Eén van de geïnterviewden merkt inderdaad op dat patiënten soms de indruk hebben dat verpleegkundigen zelfmanagement stimuleren om zelf minder werk te hebben:

"Ik denk dat dat al een essentiële is, het kunnen uitleggen: waarom willen wij dit doen of waarom denken we dat dat voor u interessant kan zijn. [...] Dat is niet om onszelf er rapper vanaf te maken [...] of omdat we geen tijd hebben. Soms komt dat bij patiënten heel ... als dat niet goed wordt uitgelegd, komt dat soms heel slecht over. [...] Sommigen hebben echt het gevoel van: het heeft hier lang genoeg geduurd en nu willen ze maar rap van mij af." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Andere geïnterviewden vinden zelfmanagementondersteuning dan weer eerder iets dat subtiel moet gebeuren, zonder dat de patiënt expliciet hoeft ingelicht te worden over het doel of de aanpak ervan:

"De patiënt die heeft dat niet door, dat is gewoon een techniek die je toepast. Je gaat niet zeggen tegen een patiënt dat je nu even de zelfmanagementtechnieken gaat aanleren. Je begint gewoon." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Hoewel dit in de eerste plaats aan de arts toekomt, dienen verpleegkundigen patiënten ook tot op zekere hoogte te informeren over hun **aandoening**, de behandeling ervan, inclusief medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen, en een gezonde levensstijl in het algemeen. Sommige verpleegkundigen vooral werken op vraag van de patiënt, terwijl anderen - vooral dezen die werken met een patiëntengroep met een specifieke chronische aandoening - standaard bepaalde informatie overlopen (bv. toelichting bij medicatie). Dat verpleegkundigen patiënten over dergelijke aspecten dienen te informeren, is volgens één van de geïnterviewden te wijten aan het feit dat (huis)artsen dit te weinig doen, in het bijzonder wanneer de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt:

"Mensen die ontslagen worden uit het ziekenhuis, die komen thuis met een zakje met pillen en een brief. En dan mogen wij zorgen voor de medicatie en dan is het zo van: 'oei, dat pilletje heb ik nog nooit gezien, voor wat dient dat?'. Dan kan je beginnen met het een beetje uit te leggen. En vaak gebeurt het ook dat wij het zelf niet weten, dat we het ook moeten gaan opzoeken in het compendium, waarvoor die medicatie juist dient." (Lucas, zelfstandige thuisverpleegkundige)

Volgens enkele geïnterviewden moeten verpleegkundigen ook met de patiënt bespreken welke implicaties de ziekte kan hebben op zijn of haar dagelijks leven:

"Wij doen de hele preoperatieve begeleiding, op psychosociaal vlak [...]. We leggen uit wat een stoma is, hoe ze daarmee kunnen leven, dus hoe ze daarmee staan, het dagdagelijkse leven. Dus zowel wat een impact het heeft op hun relatie, op hun voeding, op hun gewone verzorging, op hun vrije tijd, seksualiteit, ... dus alles komt aan bod eigenlijk, preoperatief." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Tot slot wijzen vooral de geïnterviewde thuisverpleegkundigen erop dat het hun taak is om patiënten te adviseren en informeren over **hulpmiddelen** die zelfmanagement kunnen vereenvoudigen, zoals medisch hulpmateriaal. Zoals reeds vermeld (zie 'kennis') vinden thuisverpleegkundigen het ook hun taak om patiënten te informeren over eventuele financiële tegemoetkomingen en relevante **diensten**, maar beschikken ze naar hun aanvoelen over te weinig kennis op dat vlak.

Aanleren van vaardigheden

Een groot deel van de geïnterviewde verpleegkundigen geeft aan patiënten vooral **praktische vaardigheden** aan te leren die voor zelfmanagement relevant zijn. Welke vaardigheden concreet aangeleerd worden, wordt vooral bepaald door de chronische aandoening van de patiënt in kwestie. Wanneer het gaat om patiënten met een chronische aandoening die grote fysieke gevolgen heeft, richten verpleegkundigen – en vooral ziekenhuisverpleegkundigen – zich hoofdzakelijk op praktische vaardigheden die het dagelijkse zelfstandig functioneren van de patiënt bevorderen, zoals persoonlijke hygiëne (bv. zichzelf wassen, zichzelf aankleden,) en beweging (bv. het bevorderen van mobiliteit). Uit de interviews blijkt wel dat sommige ziekenhuisverpleegkundigen minder investeren in het aanleren van dergelijke praktische vaardigheden. Ze veronderstellen immers dat thuisverpleegkundigen heel wat van dergelijke taken uit handen nemen van de patiënt, waardoor het naar hun aanvoelen overbodig is om dergelijke vaardigheden aan te leren. Thuisverpleegkundigen zelf geven toe ze inderdaad wel eens geneigd zijn om hun patiënten taken uit handen te nemen, maar zouden daarnaast wel degelijk praktische vaardigheden aanleren, enerzijds omdat dit de patiënt ten goede komt, en anderzijds omdat dit hen tijd kan besparen:

"Voor hygiënische zorg, een beetje meer tijd insteken omdat de mensen sommige dingen zelf kunnen doen en dat je dat op den duur een beetje uit handen kan geven". (An, thuisverpleegkundige)

Bij andere chronische patiënten wordt eerder gefocust op **medische vaardigheden**. Zo krijgen diabetici een correct voedingspatroon aangeleerd (bv. het opvolgen van

dieetrichtlijnen, de combinatie van voeding en medicatie). Sommige patiënten worden ook aangeleerd om bepaalde gezondheidsparameters te monitoren (bv. bloeddruk), zodat hun gezondheidstoestand vanop afstand opgevolgd kan worden. Hoewel tijdens hun verblijf in het ziekenhuis patiënten doorgaans onder toezicht van de verpleegkundige medicatie innemen, leren verpleegkundigen patiënten ook aan hoe ze medicatie thuis correct moeten innemen (bv. tijdstip van inname, combinatie met andere medicatie). Omwille van de specifieke patiëntengroep waarmee ze in contact komen, blijken thuisverpleegkundigen vaak de medicatie klaar te zetten en in hun bijzijn te laten innemen:

"Bij de meeste patiënten zetten wij een keer per week een medicatiedoos klaar. En dan, telkens als we langskomen, nemen we samen met de patiënt de medicatie in. Dan zijn we zeker dat het genomen is." (Lucas, zelfstandige thuisverpleegkundige)

Volgens de geïnterviewden leren verpleegkundigen sommige patiënten ook **technische vaardigheden** aan, zoals het verzorgen van de eigen wonden, het aanbrengen van medisch materiaal (bv. stoma's) of het zichzelf inspuitingen toedienen. Onder meer omdat patiënten doorgaans te kort in het ziekenhuis verblijven om bepaalde technische vaardigheden grondig onder de knie te krijgen, zorgen ziekenhuisverpleegkundigen ervoor dat patiënten technische handelingen verder kunnen inoefenen na de opname (bv. in een 'lotgenotengroep' of tijdens een volgende consultatie). Sommige geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen geven aan dat ze – omwille van de moeilijkheid van sommige technische handelingen – deze niet alleen met de patiënt, maar ook met diens familie en thuisverpleegkundige inoefenen. Als de technische handeling te complex blijkt voor de patiënt, dan wordt deze overgelaten aan thuisverpleegkundigen:

"Patiënten leren medicatie optrekken, steriel werken, een Hickmankatheter manipuleren, die gaan daarmee naar huis. [...] Een spuit ontluchten, dat zijn eigenlijk ... dat gaat al ver eigenlijk. Zelf een pijnpomp manipuleren. In eerste stap leren we een patiënt dat zelf aan. Als we merken dat dat niet lukt, kunnen we thuisverpleging inschakelen." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Thuisverpleegkundigen proberen op hun beurt om patiënten zoveel mogelijk technische vaardigheden aan te leren. Wanneer ze het niet mogelijk achten dat patiënten zelf bepaalde technische vaardigheden onder de knie krijgt, nemen ze het wel van hen over:

"En als je ziet dat het iemand is die aan zelfzorg kan doen, je ziet dat die in staat is om zichzelf in te spuiten, dan krijgt die zo een opleidingssessie, dan gebeurt dat in meer dan 1 huisbezoek zelfs. Maar als dat mensen zijn ... echt chronische en oude zieken die niet meer in staat zijn om dat materiaal te hanteren, dan gaat het initiatief eigenlijk

meer van ons uit.” (An, thuisverpleegkundige)

De geïnterviewden preciseren dat is het **leren herkennen van problemen** en hiermee samenhangend het aanleren van **probleemoplossend vaardigheden** (gaande van zelf ingrijpen tot het raadplegen van een arts) ook een noodzakelijke verpleegkundige competentie is, op het vlak van zelfmanagementondersteuning. Zo zouden verpleegkundigen diabetici leren inschatten in welke mate symptomen mogen voorkomen en hoe ze hierop kunnen ingrijpen:

“Heel simpel bijvoorbeeld bij diabetes: een patiënt moet weten van: wat kan ik zelf van afwijkingen corrigeren en wanneer is het belangrijk dat ik naar een dokter ga? Dat zijn dingen die een verpleegkundige aan een patiënt leert.[...] Maar dat is toch waar ik de voldoening uit haal, wat ik als een belangrijk aspect van mijn taak zie. Ook aan bed, absoluut.” (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Het aanleren van probleemoplossend gedrag gebeurt vaak door concrete praktijkvoorbeelden aan te halen, in het bijzonder door situaties te bespreken waarvoor de patiënt in het dagelijks leven te staan komt of mogelijk zal komen.

Samenwerken en doorverwijzen

De geïnterviewden benadrukken dat samenwerken en doorverwijzen belangrijke verpleegkundige competenties zijn in het kader van zelfmanagementondersteuning. Uit de interviews blijkt dat de grens tussen samenwerken en doorverwijzen doorgaans erg dun is. In onderstaande bespreking trachten we niettemin beide competenties afzonderlijk te bespreken.

In de eerste plaats verwijzen de geïnterviewden naar het belang van **samenwerking** met de **patiënt**. Essentieel onderdeel van deze samenwerking is dat de verpleegkundige een partnerschap aangaat met de patiënt. Dit partnerschap houdt in dat de patiënt als een gelijkwaardige gesprekspartner behandeld wordt, die inspraak krijgt in de beslissingen die hem of haar aanbelangen (zie 2.2.3):

“Als ik er nu zo over nadenk, nemen we een patiënt eigenlijk heel erg mee in ons eigen beslissingsproces en in onze eigen vragen. En is dat eigenlijk altijd die [patiënt] als gelijkwaardige partner mee aan tafel nemen.” (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Een noodzakelijke voorwaarde om tot dit partnerschap te komen, is dat de verpleegkundige een vertrouwensrelatie uitbouwt met de patiënt (zie ook attitude). Dit vertrouwen dient wederzijds te zijn. Vertrouwen vanwege de verpleegkundige in de patiënt zorgt er bijvoorbeeld voor dat de verpleegkundige de controle over de patiënt

grotendeels kan loslaten, wat in het bijzonder voor thuisverpleegkundigen geen gemakkelijke opgave is:

"Je bent er even binnen maar een dag duurt 24 uur, dus je moet toch een stukje die controle ... je moet mekaar wat vertrouwen. Die patiënt moet ons vertrouwen, maar wij moeten ook een beetje de mensen vertrouwen. Zo van, als ik mijn rug gedraaid heb, gaat die dat wel goed doen?" (An, thuisverpleegkundige)

Vertrouwen vanwege de patiënt in de verpleegkundige is bijvoorbeeld noodzakelijk om tot een open communicatie te komen, zodat de patiënt kan uitkomen voor zijn of haar twijfels of 'mislukkingen'.

Verder blijkt de **omgeving** van de patiënt – in het bijzonder diens partner en familie – een zeer belangrijke bondgenoot te zijn in het ondersteunen van zelfmanagement, in de eerste plaats omdat deze de morele steun biedt om zelfmanagement vol te houden:

"Ik zeg altijd: als je een partner hebt, ben je een stapje vooruit. Een partner of iemand kort bij de patiënt [staat], dan ben je een stap vooruit. Dat is onze eerste steungever. Die is fundamenteel belangrijk." (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

De omgeving van de patiënt kan bepaalde praktische aspecten van zelfmanagementondersteuning ook deels overnemen van de verpleegkundige, bijvoorbeeld door de patiënt te begeleiden bij het nemen van medicatie, het opvolgen van voedingsrichtlijnen en het stimuleren van een gezonde levensstijl. Om die reden kan het aangewezen zijn dat familie of kennissen aanwezig zijn wanneer de verpleegkundige de patiënt informatie geeft die belangrijk is voor zijn of haar zelfmanagement. Door eventuele problemen te signaleren aan de verpleegkundigen of arts, kan de omgeving zorgen voor een informele monitoring van het zelfmanagementproces. Het ontbreken van dergelijke morele en praktische steun vormt volgens de geïnterviewden een grote barrière om zelfmanagementondersteuning vlot te laten verlopen.

Verder omschrijven de geïnterviewden de samenwerking met **collega's** als een cruciaal aspect om zelfmanagementondersteuning te doen slagen. In de eerste plaats is een nauwe samenwerking noodzakelijk om te zorgen dat de ondersteuning die de patiënt krijgt, op één lijn zit:

"Als ik dan heel erg intern kijk, is [het cruciaal] dat iedereen rond een bepaalde patiënt dezelfde visie heeft. Van: welk aspect in die zorg willen we absoluut beter krijgen of waar willen we de patiënt absoluut beter laten omgaan met zijn ziekte? Want iedereen heeft dat dan wel in zijn eigen hoofd maar verstaan we daar allemaal hetzelfde onder [...]? Dan is

het belangrijk dat wij goed van elkaar weten waar we naartoe aan het werken zijn.” (Isabel, thuisverpleegkundige)

In diezelfde zin is samenwerking noodzakelijk om afspraken te maken over de concrete aanpak van zelfmanagementondersteuning. Zo een afspraken kunnen betrekking hebben de verdeling van individuele taken en de omschrijving van gemeenschappelijke taken. Een individuele taak is bijvoorbeeld het stimuleren van de patiënt om te bewegen, terwijl het motiveren van de patiënt om aan zelfmanagement te doen als een collectieve taak beschouwd kan worden.

Collega's kunnen ook een zinvolle bijdrage leveren aan zelfmanagementondersteuning door problemen of aandachtspunten vanuit een andere invalshoek te bekijken en daardoor nieuwe inzichten aan te reiken. Zo geven de thuisverpleegkundigen aan dat ze systematisch patiëntendossiers – inclusief aspecten relevant voor zelfmanagementondersteuning - bespreken tijdens een collectief overleg:

“Als je ergens zo dag in dag uit komt, dan verlies je soms dingen uit het oog die een ander dan wel ziet. En dat is dikwijls wel interessant, dat die andere zegt van: 'die kan dat of dat toch, ik heb die dat al zien doen. Of als we dat nu zo aanpakken?'. Er komen dikwijls vanuit de groep dan voorstellen”. (An, thuisverpleegkundige)

Sommige van de geïnterviewde verpleegkundigen hebben bijzondere expertise inzake zelfmanagementondersteuning. Zij blijken voor collega's vaak als aanspreekpunt te fungeren.

Volgens de geïnterviewden is het wel belangrijk dat een dergelijke samenwerking samengaat met een vlotte informatieoverdracht (zie randvoorwaarde: informatieoverdracht), bijvoorbeeld via het elektronisch patiëntendossier. Eén van de geïnterviewden wijst erop dat collega's bijvoorbeeld geïnformeerd dienen te worden over de successen en mislukkingen op het vlak van zelfmanagementondersteuning:

“Het is ook belangrijk dat het goed gerapporteerd wordt. Dat is dan een soort communicatie met collega's. Dan zit je al via het elektronisch patiëntendossier voornamelijk. Het is belangrijk dat het ergens gerapporteerd wordt wat er al geprobeerd is en wat misschien een andere optie zou zijn bij die persoon”. (Tine, ziekenhuisverpleegkundige)

Hoewel verpleegkundigen het belangrijk vinden om samen te werken met allerlei partners, blijkt uit onze interviews dat deze samenwerking grotendeels beperkt blijft tot de patiënt, zijn of haar omgeving en de collega's van verpleegkundige. Samenwerken – gedefinieerd als een competentie die een interactief proces inhoudt, waarbij in onderling overleg gewerkt wordt aan zelfmanagementondersteuning – met andere personen of instanties komt doorheen de interviews inderdaad amper aan bod.

In sommige gevallen blijkt de verpleegkundige het zelfmanagement ondersteunend aspect zelfs uit handen te geven aan een andere partner, zonder dat er verdere wisselwerking tussen beide is. Deze partner wordt met andere woorden belast met (een deel van) de zelfmanagementondersteuning, zonder verder overleg. Dit blijkt in het bijzonder het geval te zijn voor **multidisciplinaire partners**. Voorbeelden van dergelijke partners zijn de sociale dienst, psychologen, logopedisten, kinesisten, diëtisten of diabeteseducatoren, al dan niet verboden aan hun eigen organisatie. De geïnterviewden benadrukken nochtans wel degelijk behoefte te hebben aan een 'echte' samenwerking met multidisciplinaire partners, alleen al maar omdat zelfmanagement meer kans heeft op slagen als alle betrokken partijen op eenzelfde lijn zitten:

"Dat multidisciplinaire is ook cruciaal. [...] Als we niet van elkaar weten waar we naartoe aan het werken zijn, als die patiënt ook heel veel verschillende signalen krijgt ... [...]. Op den duur weten die mensen niet meer waar dat wij naartoe willen en dan wordt het ook moeilijk."
(Isabel, thuisverpleegkundige)

In andere gevallen blijft de samenwerking in het kader van zelfmanagementondersteuning beperkt tot oppervlakkige contacten tussen de verpleegkundige en de partner. Dit blijkt in het bijzonder zo te zijn wat de samenwerking met de **artsen** betreft. Thuisverpleegkundigen hebben vooral contact met huisartsen om informatie op te vragen en – minder vaak – om problemen (bv. met medicatie) te melden. Over het algemeen verlopen deze contacten vlot, aldus de geïnterviewden. Ziekenhuisverpleegkundigen komen eerder in contact met gespecialiseerde artsen (al dan niet verbonden aan het eigen ziekenhuis). Op dat vlak zijn hun ervaringen zeer wisselend: sommige artsen blijken zeer toegankelijk, terwijl anderen moeilijk bereikbaar zijn en hun patiënten minder vaak in het ziekenhuis komen opzoeken. Zowel de thuis- als ziekenhuisverpleegkundigen geven wel aan dat ze doorgaans zelf proactief contact opnemen met de arts, en dat het zelden omgekeerd is.

Hoewel ze dit belangrijk vinden, vinden nogal wat geïnterviewden dat er te weinig samenwerking is met **externe instanties**, zeker op het vlak van zelfmanagementondersteuning. Zo zouden verpleegkundigen en rusthuizen, maar ook ziekenhuis- en thuisverpleegkundigen onderling, niet steeds goed samenwerken. Eén van de geïnterviewde thuisverpleegkundigen geeft aan dat patiënten soms ontslagen worden uit het ziekenhuis zonder enige terugkoppeling naar de betrokken thuisverpleegkundige, bijvoorbeeld omdat hiervoor geen tijd is:

"Maar soms sturen ze op vrijdagavond toch nog iemand, dat heb ik vorige week nog meegemaakt, dan sturen ze zo echt iemand op een vrijdagavond naar huis, [...]. Dat is eigenlijk niet verantwoord zonder dat

er overleg is, dat is een beetje de tijdsdruk. Het financiële dat daar achter zit in de ziekenhuizen, het weekend dat voor de deur staat. Soms dat de mensen het ook zelf willen. Een overleg dat is dikwijls wel gewenst maar niet altijd aanwezig.” (An, thuisverpleegkundige)

Een competentie die deels aansluit bij samenwerken, is **doorverwijzen**. Doorverwijzing houdt in dat de verpleegkundige de patiënt in contact brengt met andere personen of instanties en de ondersteuning van zelfmanagement (of een aspect hiervan) aan hen overlaat. De grens tussen samenwerken en doorverwijzen is soms dun, in het bijzonder wanneer samenwerking in de praktijk neerkomt op het uit handen geven van aspecten inzake zelfmanagementondersteuning. Toch komen doorheen de interviews duidelijke gevallen van doorverwijzing aan bod. Zo verwijzen verpleegkundigen vaak door wanneer ze zelf niet over de nodige expertise beschikken. Bepaalde aspecten worden bijvoorbeeld automatisch overgelaten worden aan de diabeteseducator of diëtiste. Andere aspecten komen aan de sociale dienst of de dienst patiëntenbegeleiding toe. Dit is onder meer het geval wanneer de patiënt administratieve en financiële vragen heeft:

“Waar ik van mezelf vind dat ik niet genoeg van op de hoogte ben, dat is [...] waar de mensen nog overal een beroep kunnen op doen, van premies die ze kunnen krijgen. Als ik zo een moeilijke situatie heb, dat ik het niet goed weet, dan stuur ik de sociaal assistent van de mutualiteit daar eigenlijk op af.” (An, thuisverpleegkundige)

Sommige verpleegkundigen krijgen te maken met patiënten met een chronisch ziekte die gepaard gaat met psychische problemen, zoals een depressie. In dergelijke gevallen wordt doorverwezen naar psychologen, die al dan niet deel uitmaken van het eigen team. Deze begeleiding is niet alleen zinvol naar het verhelpen van de psychische aandoening toe, maar ook voor het ondersteunen van zelfmanagement, omdat psychische problemen hiervoor een barrière kunnen vormen:

Wat ik merk de laatste jaren [...] dat is dat het aspect 'emotionele ondersteuning', 'coping', ook belangrijk wordt. Omdat je merkt dat mensen soms omwille van angst of depressie niet goed aan zelfzorg kunnen doen. En doorheen de jaren ben ik ook veel nauwer gaan samenwerken met psychologen bijvoorbeeld.” (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Soms verwijzen verpleegkundigen hun patiënten door naar een zelfhulpgroep. Een zelfhulpgroep kan helpen bij het bevorderen van zelfmanagement, door steun te geven bij de praktisch aspecten van het chronisch ziek zijn, maar ook door morele steun te bieden. Zo vertelt één van de verpleegkundigen hoe het contact met lotgenoten een patiënte stimuleerde om aan zelfmanagement te doen:

"Dat heb ik goed genoeg gezien, dat dat erg belangrijk is in deze zorg en naar heel veel zorgen toe, dat je dus die kans kan geven aan patiënten om in dat lotgenotenverhaal mee te stappen. En wat ik heb gezien dat is dat die dame doorheen het feit dat ze terecht kwam bij andere lotgenoten, is die ook een stukje aan zichzelf gaan werken. [...] Ik heb haar daar een totaal andere vrouw zien door worden. [...] Ik denk dat dat echt gekomen is, ze is dus naar die eigenzorg gegroeid maar dus ook naar dat contact, die wereld is terug ruimer geworden." (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Een belangrijke precisering is dat de geïnterviewde verpleegkundigen - en zeker de thuisverpleegkundigen - het gevoel hebben dat ze hun patiënten niet mogen verplichten om de doorverwijzing te aanvaarden:

"Dat heb ik al verschillende keren gedaan, diensten opbellen, problemen aankaarten en dat lukt wel. De patiënt moet wel akkoord zijn en de patiënt moet wel meewillen. We kunnen zomaar geen gegevens doorgeven." (Tine, thuisverpleegkundige)

Organiseren en coördineren

Uit de interviews blijkt duidelijk dat verpleegkundigen goede organisatoren en coördinatoren dienen te zijn om zelfmanagement te ondersteunen. Dit zou vooral belangrijk zijn naar de samenwerking met andere partners toe. Zo zijn verpleegkundigen vaak verantwoordelijk voor de informatiedoorstroom naar andere voorzieningen die de zorg voor de patiënt overnemen (bv. rusthuis, thuisverpleegkundige) of een deel van het zelfmanagementproces op zich nemen (bv. psycholoog). Ook het maken van afspraken met andere diensten (intern en extern) zou in sommige gevallen gezien worden als een taak van de verpleegkundige (zie: doorverwijzen).

Verpleegkundigen zorgen er daarnaast voor dat informatie relevant voor zelfmanagement intern geregistreerd wordt, bijvoorbeeld in een gedeeld patiëntendossier. Hoewel doorgaans slechts een beperkt deel van de geregistreeerde informatie specifiek betrekking heeft op zelfmanagement, blijken sommige geïnterviewden voor een meer uitvoerige registratie te zorgen, bijvoorbeeld door te noteren aan welke kennis de patiënt een tekort heeft:

"Dat kan je afklicken in de computer, of het begrepen is of niet begrepen, of gedeeltelijk begrepen. En als je dan de volgende dag kijkt dat het er nog altijd in staat - want als het begrepen is valt dat eruit -, dan weet je dat je daar nog wat informatie moet over geven." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Organisatie en coördinatie impliceert eveneens dat verpleegkundigen in staat moeten zijn om te anticiperen. Deze vooruitziendheid is volgens de geïnterviewden in de eerste plaats van praktische aard. Zo zouden ziekenhuisverpleegkundigen de opname van nieuwe

patiënten zoveel mogelijk op voorhand moeten voorbereiden (bv. afspraken maken, dossier samenstellen, medicatie aanvragen). Ook thuisverpleegkundigen kunnen enkele voorbereidingen treffen waardoor het zelfmanagement van de patiënt vereenvoudigd wordt, zoals het ondersteunen bij de aanvraag van medisch hulpmateriaal:

"Ik denk dat wij heel flexibel kunnen zijn en dat wij wel rap zien welke mogelijkheden er zijn, niet alleen lichamelijk maar ook de situatie in huis. Ik denk dat wij daar toch al een routine in opgebouwd hebben van hier moet een ziekenhuisbed komen, hier moet een roulator komen."
(An, thuisverpleegkundige)

Hierbij aansluitend wordt vermeld dat verpleegkundigen eventuele problemen moeten kunnen voorzien en voorbereid zijn op mogelijke oplossingen hiervoor:

Toch ook wel het inschatten van potentiële risico's [is een nodige competentie]. Een beetje verder vooruit kijken. Ik denk nog altijd in actuele verpleegproblemen en potentiële, dus ook dat onderscheid goed kunnen maken van wat er zou kunnen fout lopen bij een patiënt en proberen dat wat proactief in te schatten. (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Volgens één van de geïnterviewden zijn er grenzen aan de mate waarin verpleegkundigen moeten kunnen coördineren en organiseren, onder meer omdat dit het al overladen takenpakket van verpleegkundigen nog verzwaart. In die optiek zouden coördinatie en organisatie dan ook voor een groot deel aan anderen toekomen, zoals huisartsen en sociaal assistenten:

"Echt het ganze plaatje rond een patiënt coördineren, [dat kan] niet onze rol zijn. Ik denk dat we dat ook niet altijd waarmaken en daarom... Wat daar de juiste oplossing voor is, is een zorgcoach of een casemanager of weet ik veel wat" (Isabel, thuisverpleegkundige)

Zoals hierboven al aangeven, vermelden sommige van de geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen dat hun ziekenhuis beschikt over een dienst patiëntenbegeleiding, die standaard instaat voor een groot deel van de coördinatie en organisatie van wat de patiënt aanbelang.

Opvolgen

Zelfmanagementondersteuning dient als een continu proces beschouwd te worden, dat doorloopt wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft, of wanneer de thuisverpleegkundige niet aanwezig is. De interviews tonen aan dat verpleegkundigen erover moeten waken dat zelfmanagementondersteuning deze continuïteit krijgt, ook

wanneer verpleegkundige niet (meer) aanwezig is. Volgens de geïnterviewden mag zelfmanagementondersteuning inderdaad niet beperkt blijven tot een eenmalige interventie. Van verpleegkundigen wordt dan ook verwacht dat ze zelfmanagement aan bod laten komen tijdens zoveel mogelijk contactmomenten met de patiënt. Dergelijke contactmomenten bieden de verpleegkundigen en de patiënt dan ook de kans om het zelfmanagementproces bij te stellen, indien nodig:

"Mensen doorheen heel dat traject meenemen. Soms ook lukt er ook iets niet. Om dan op een bepaald moment ook te kunnen een bepaalde poging af te ronden en eventueel kijken waar kunnen we nog wel verbetering of verandering in krijgen." (Isabel, thuisverpleegkundige)

De geïnterviewden verduidelijken echter wel dat het vaak onmogelijk is om op te volgen of de patiënt ook in afwezigheid van de verpleegkundige aan zelfmanagement doet. Wel kunnen verpleegkundigen opvolgen of de patiënt bepaalde zelfmanagementaspecten voldoende beheerst (bv. kennis van medicatie), zodat deze hiermee naderhand zelfstandig kan verdergaan.

Het merendeel van de zelfmanagementaspecten die verpleegkundigen opvolgen, zou van medische aard zijn. Zo volgen ze op of de patiënt voldoende geïnformeerd is over de aandoening en medicatie correct inneemt. Sommige verpleegkundigen zouden ook focussen op het ondersteunen van emotioneel zelfmanagement of rolmanagement, al blijft dit marginaal:

"[we] zien hen terug 14 dagen na ontslag. [...] Dan komt dat opnieuw aan bod, van: heb je al een bad genomen of heb je je al gedoucht? Hoe gaat het met eten? Het gewicht wordt gecontroleerd. Meestal zijn ze dan nog niet bezig met hun vrije tijd na 14 dagen, en zo zien we ze dan 7 weken na ontslag nog eens terug en dan nog eens 12 weken na ontslag. En telkens worden die items opnieuw aangehaald." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

De geïnterviewden geven verder aan dat een aantal instrumenten nodig zijn om een degelijke opvolging mogelijk te maken, waar we later op terugkomen (zie 2.2.3). Zo wordt herhaaldelijk verwezen naar het belang van informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld via een elektronische dossier waarin de stappen inzake zelfmanagementondersteuning geregistreerd staan. Hoewel de anderen zich hier niet over uitspreken, gebeurt volgens één van de geïnterviewden de opvolging van het ganse zelfmanagementproces idealiter door één en dezelfde verpleegkundige, wat voor een betere evaluatie van de vorderingen zou zorgen.

Het is soms moeilijk om opvolgen te onderscheiden van andere vaardigheden. Het opvolgen van een patiënt impliceert bijvoorbeeld ook dat de verpleegkundige ervoor moet zorgen dat andere partners de nodige informatie ontvangen om de zorg over te

nemen (zie: organiseren en coördineren). Ook is het niet eenvoudig om een grens te trekken tussen opvolgen en controleren (zie: coaching). Vooral de geïnterviewde thuisverpleegkundigen geven aan dat het - in het belang van de patiënt - soms nodig is om de patiënt van heel nabij op te volgen, wat te maken heeft met de specifieke doelgroep waarmee thuisverpleegkundigen in contact komen.

Gespreksvaardigheden bezitten

De geïnterviewden geven aan dat gespreksvaardigheden onmisbaar zijn om een goede verpleegkundige te zijn in het algemeen, en om zelfmanagement te ondersteunen in het bijzonder. In het kader van zelfmanagementondersteuning zijn goede gespreksvaardigheden in de eerste plaats noodzakelijk in functie van samenwerking, namelijk om vlot te communiceren met collega's en andere betrokken partijen, zowel mondeling als schriftelijk (bv. via het patiëntendossier). Daarnaast zijn communicatievaardigheden ook essentieel voor de contacten met patiënten.

Hoewel een enkele geïnterviewde meent dat zelfmanagementondersteuning geen specifieke gespreksvaardigheden vereist, geeft het merendeel aan dat er toch een aantal belangrijke aandachtspunten zijn. Zo geven de geïnterviewden aan dat verpleegkundigen in staat moeten zijn om op een **toegankelijke** manier te communiceren met hun patiënten. Toegankelijk communiceren betekent bijvoorbeeld dat verpleegkundigen waar mogelijk gebruik maken van praktijkvoorbeelden en casussen. Dit houdt ook in dat het gebruik van medisch en ander jargon binnen de perken blijft. Sommige geïnterviewden geven aan zelf veel moeite te doen om jargon om te zetten in toegankelijke taal:

"Dat doe ik ongelooflijk graag, omzetten in patiëntentaal. [...] Daar ben ik eigenlijk heel vaak mee bezig, met na te denken van: wat heb ik nu in het Engels gelezen, wat zeggen ze daar nu in en hoe leg ik dat nu uit op patiëntenmaat?" (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Wat ook belangrijk is om toegankelijk te communiceren, is dat een consequent taalgebruik gehanteerd wordt. Dit betekent bijvoorbeeld dat steeds dezelfde terminologie gebruikt wordt wanneer verwezen wordt naar meer technische aspecten, zoals medisch hulpmateriaal. Voor patiënten die het Nederlands minder machtig zijn, zijn soms anderstalige brochures beschikbaar. Ook bestaat de mogelijkheid om een tolk op te roepen, al geven de geïnterviewden toe dat dit bij hun weten hier zelden een beroep op gedaan wordt, omdat ze er naar hun eigen aanvoelen meestal wel in slagen om de boodschap over te brengen naar de patiënt:

"Soms met gebarentaal. Ik was zo eens bij Iraniërs, en met die ouders kon je echt niet communiceren. Maar dan sprak ik met iemand van de kinderen af die al wel wat Nederlands kon. Die functioneerden dan als tolk. Soms is dat moeilijk." (An, thuisverpleegkundige)

Mogelijk volstaat een dergelijke basale of indirecte vorm van communicatie om de dagelijkse verpleegkundige zorgen te verstrekken. We stellen ons echter wel de vraag in welke mate een dergelijke communicatie volstaat als het gaat om meer complexe thema's, zoals zelfmanagementondersteuning.

Het is verder noodzakelijk dat verpleegkundigen een **situationele aanpak** hanteren en in staat zijn om in te spelen op het communicatieniveau van de patiënt. Sommige patiënten kunnen bijvoorbeeld meer complexe boodschappen: zij kunnen abstracte informatie verwerken en weten hoofdzaak van bijzaak te onderscheiden. Aan andere patiënten wordt de boodschap dan weer best zo direct en beknopt mogelijk overgebracht:

"Je moet een boodschap heel klaar en duidelijk kunnen overbrengen. En situationele aanpak ... je altijd heel goed afvragen: wat is het communicatieve niveau dat mijn patiënt aankan? En je daar aan aanpassen." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Daarnaast wordt vermeld dat verpleegkundigen een evenwicht moeten zoeken tussen **luisteren** en spreken. Om tot zelfmanagement te komen, is het immers belangrijk dat de patiënt voldoende aan het woord komt, zodat de verpleegkundige kan inspelen op wat de patiënt vertelt. Om de patiënt voldoende aan het woord te laten komen, is het belangrijk dat de verpleegkundigen zo veel mogelijk open vragen stellen. Luisteren is ook een competentie die toelaat om na te gaan of de patiënt aspecten die relevant zijn voor zelfmanagement goed begrijpt, zoals informatie inzake medicatie, dieetrichtlijnen of levensstijl.

Een geïnterviewde die meer vertrouwd is met de theorie van zelfmanagementondersteuning, geeft aan dat **motivationale interviewtechnieken** belangrijk zijn. Nochtans zouden volgens de geïnterviewden weinig verpleegkundigen deze goed beheersen.

De analyses bevestigen trouwens wat ook al bleek uit de literatuurstudie en de focusgroep, namelijk dat gespreksvaardigheden noodzakelijk zijn voor tal van andere vaardigheden, zoals informeren, adviseren, samenwerken en coachen.

Sociale en interpersoonlijke vaardigheden bezitten

De sociale en interpersoonlijke vaardigheid die de geïnterviewden het vaakst aanhalen, is **empathie**. Empathie wordt niet alleen omschreven als een onmisbare competentie om zelfmanagement te ondersteunen, maar ook als een belangrijke verpleegkundige basisvaardigheid meer in het algemeen:

"Een goeie verpleegkundige moet minstens een goed mens zijn. Met empathie..." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

De geïnterviewden verduidelijken herhaaldelijk wat ze precies verstaan onder empathie. Naar hun mening betekent empathie vooral dat een verpleegkundige zich kan inleven in de gevoelens van de patiënt en inspeelt op zijn of haar behoeftes op dat vlak:

"Ik denk empathie, [dat is] goed voeling houden met waar die patiënt op dit moment aan toe is, hoe die zich daarbij voelt, of die het begrepen heeft." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Dit betekent dat empathie niet alleen inhoudt dat de verpleegkundige zich moet kunnen inleven in de gevoelens van de patiënt, maar dat de deze ook bereid moet zijn om – indien mogelijk – concrete oplossingen aan te bieden:

"Aan sommige dingen kun je niks doen en dan is luisteren het enige dat je kan doen. Maar ik denk dat hier de meesten wel empathie hebben om te zeggen dat - als ze er iets kunnen aandoen -, dan zullen ze dat ook proberen te doen, natuurlijk. (An, thuisverpleegkundige)

Hierbij aansluitend wordt vermeld dat het inschatten van de mogelijkheden van de patiënt op het vlak van zelfmanagement een belangrijke sociale en interpersoonlijke eigenschap is:

"Dat is ook weer uw sociale vaardigheid. Inschatten van lukt het of lukt het niet. Wat kan een patiënt, wat kan niet. Heel situationeel werken eigenlijk." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Behalve empathie worden ook andere sociale en interpersoonlijke vaardigheden vermeld. Zo preciseren de geïnterviewden dat verpleegkundigen een goede **relatie** met de patiënt moeten aangaan, en meer bepaald een relatie die gebaseerd is op wederzijds vertrouwen en respect, waarbinnen de patiënt zich veilig voelt:

"[De patiënten weten dat,] als er iets is, dat ze kunnen bellen. En dat ze fouten gaan maken, dat dat menselijk is, dat zeg ik ook altijd, dat is heel belangrijk om dat te zeggen. Niemand is perfect. Ik denk dat ze dan een veilig gevoel eigenlijk krijgen. Nu stel ik hen gerust. [...] Dat geeft hen, denk ik, ook wel een veilig gevoel." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Ook **assertiviteit** blijkt een belangrijke competentie te zijn. Het vergt immers de nodige wilskracht om patiënten te overtuigen om hun zelfmanagementparcours vol te houden, op te komen voor de patiënt of bij collega-zorgverleners de nodige informatie te achterhalen:

*"Assertiviteit [...] is voor mij echt belangrijk. Weten wat je waard bent, dus zelf je vak kennen maar ook dat durven verkopen, dat durven aanhalen. Artsen eens aan hun jas durven trekken, er achter zitten".
(Karel, ziekenhuisverpleegkundige)*

Verder wordt aangehaald dat verpleegkundigen zowel **zelfstandig** als in **team** moeten kunnen werken. Ze moeten enthousiast zijn en hun werk met plezier doen, wat ook motiverend kan zijn voor patiënten om hun zelfmanagement vol te houden (zie: coaching). Het is belangrijk dat ze **verantwoordelijkheid** opnemen, bijvoorbeeld voor de beslissingen die ze samen met de patiënt nemen in het kader van zijn of haar zelfmanagementproces.

Sociale en interpersoonlijke vaardigheden gaan opnieuw samen met andere competenties. Zo is luisteren als competentie (zie: gespreksvaardigheden) onmisbaar voor empathie, terwijl het belang van een goede relatie tussen de verpleegkundige en de patiënt essentieel is om tot een partnerschap te komen (zie: samenwerken). Assertiviteit is dan weer belangrijk zowel voor samenwerking als coaching.

Coaching

De geïnterviewden benadrukken dat coaching een belangrijke competentie is, maar geven weinig concrete voorbeelden van coaching in de context van zelfmanagementondersteuning.

Zoals uit ons literatuuroverzicht blijkt, is coaching erop gericht om de patiënten te ondersteunen om de **doelen** te bereiken die in gezamenlijk overleg bepaald werden. Essentieel is dat het stellen van deze gezamenlijke doelen gebeurt op basis van de behoeftes die de patiënt ervaart (zie 2.2.3). Coaching vangt dus reeds aan bij het samen vastleggen van concrete doelen, wat het een competentie maakt die tijdens het ganse proces van zelfmanagementondersteuning centraal staat. Uit de interviews blijkt dat deze cruciale stap – het samen vastleggen van doelen – niet steeds gezet wordt:

"Ik denk dat dat [doelen stellen] een hele belangrijke is, maar dat dat nog niet ingebakken zit in alles wat wij doen. Maar wij proberen nu ook in ons elektronisch verpleegdossier, [...] van eigenlijk bij elk probleem dat je benoemt, van daar een doel aan te hangen. Een doel dat wel met de patiënt is afgetoetst. Het zit nog niet standaard in ieder van ons ingebakken, we werken er hard aan." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Als dan toch gezamenlijke doelen gesteld worden, dan is het een belangrijke taak van de verpleegkundige om ervoor te zorgen dat de gestelde doelen haalbaar zijn, zodat de patiënt gemotiveerd blijft om hiernaar toe te werken. Zo haalt één van de verpleegkundigen aan hoe ze een patiënt begeleidde om naar een haalbaar gewichtsverlies te streven:

"Dan maakten we afspraken tegen de volgende keer dat we hem terugzagen. We, maakten een realistisch doel van, bijvoorbeeld binnen 3 maanden, [...] min 5 kilo. [En we vroegen] of dat hij dat zag zitten. En door realistische doelen te stellen, heeft hij dat kunnen altijd verder zetten. [...] Wij vroegen altijd wat hijzelf als realistisch zag. Hij zei dan meestal een redelijk hoog cijfer, maar wij probeerden dat dan wat bij te sturen, dat we er ook wel een goed oog in hadden dat dat haalbaar was." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Hierbij aansluitend dient de verpleegkundige oog te hebben voor elementen die de patiënt potentieel kunnen hinderen om tot zijn of haar doelen te komen. Sommige van deze barrières liggen volgens de geïnterviewden bij de patiënt zelf. Deze elementen bespreken we verderop (zie: 2.3). Andere elementen liggen buiten de patiënt, zoals het gebrek dat hij of zij ervaart vanwege de thuisomgeving (zie: 2.3). Ook de verpleegkundige zelf kan een barrière vormen die de patiënt verhindert om tot zijn of haar doelen te komen. Zo preciseren de geïnterviewden dat elke patiënt een andere aanpak behoeft om tot zijn of haar doelen te komen (zie: didactische vaardigheden). Omdat de ene verpleegkundige beter dan de andere kan inspelen op de uiteenlopende behoeftes van patiënten, zouden sommigen dan ook betere coaches zijn:

"Dan zie je soms dat bepaalde collega's daar dan wel in slagen, terwijl iemand anders dat al een week aan het proberen kan zijn en we geraken geen stap vooruit." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Het merendeel van de geïnterviewden laat verstaan dat coaching een positieve vorm van begeleiding bij zelfmanagement inhoudt. In die optiek is het **motiveren** van patiënten een essentiële deelcompetentie van coaching:

"Coachen: patiënten motiveren en stimuleren als het goed gaat en niet afbreken als het eens niet lukt." (Tine, ziekenhuisverpleegkundige)

Heel wat geïnterviewden vermelden inderdaad spontaan dat motivatiebevordering als een centrale verpleegkundige competentie beschouwd moet worden om zelfmanagement te ondersteunen. Ook zonder dat ze expliciet de link leggen met coaching, benadrukken de geïnterviewden frequent het belang van motivatiebevordering. Naar hun mening is motivatie een noodzakelijke stap om patiënten te laten geloven in zichzelf en vervolgens te doen laten slagen in de verschillende stappen van hun zelfmanagement, zoals therapietrouw, het opvolgen van voedingsadvies of het weer opnemen van hun dagelijks leven meer in het algemeen:

"Ik denk dat een patiënt altijd moet overtuigd zijn van zijn eigen mogelijkheden, beperkingen, maar vooral van zijn mogelijkheden. Ik

heb het gevoel dat heel veel patiënten vooral weten waarin ze beperkt zijn, maar niet wat hun mogelijkheden zijn. Ik denk dat het belangrijk is dat je patiënten motiveert, steunt, ondersteunt om die mogelijkheden nog te zien. Dat ze niet alleen maar ... want toch wel vaak zeggen ze dat ze alleen maar tot last zijn, dat dat net niet altijd zo is.” (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

Nochtans is het voor verpleegkundigen niet steeds eenvoudig om patiënten te motiveren. Het vraagt van de verpleegkundige de nodige dosis geduld en doorzettingsvermogen (zie: 2.2.3). Het komen tot een attitudeverandering bij de patiënt wordt dan ook als één van de moeilijkste aspecten van coaching te ervaren:

“De wil van mensen [ontbreekt] soms. Je wilt ze helpen en vooruit helpen eigenlijk, maar zolang ze dat zelf niet willen, dan sta je met je rug tegen een muur. [...] Dan kun je blijven praten, maar als ze het niet inzien dan heeft het geen zin” (Eva, ziekenhuisverpleegkundige)

Ondanks de nadruk op positieve vormen van begeleiding, merken we hier en daar op dat de geïnterviewden coaching een meer negatieve invulling geven. Zo preciseren vooral de thuisverpleegkundigen dat **controle** een essentieel onderdeel uitmaakt van coaching, in het bijzonder de controle van medicatie-inname:

“Daar hebben we absoluut een coachende functie in. We hebben redelijk wat mensen waar we eigenlijk gewoon dagelijks langsgaan om te zorgen dat ze hun medicatie nemen, [...]. Gewoon om een oogje in het zeil te houden.” (Lucas, zelfstandige thuisverpleegkundige)

Opnieuw zijn tal van andere competenties van belang voor coaching, zoals sociale en interpersoonlijke vaardigheden, gespreksvaardigheden, educatieve vaardigheden en de attitude van de verpleegkundige.

Didactische vaardigheden

Een laatste type vaardigheden die volgens de geïnterviewden noodzakelijk zijn voor zelfmanagementondersteuning, zijn didactische vaardigheden.

Didactisch vaardigheden zouden vooral van belang zijn om de patiënt de nodige **informatie** en het gepaste **advies** te verstrekken om tot zelfmanagement te komen (zie: informeren en adviseren). Zoals uit de literatuurstudie en focusgroep ook al bleek, is het noodzakelijk dat adviseren en informeren op een specifieke manier gebeuren om zelfmanagement effectief te ondersteunen, waarvoor didactische vaardigheden onmisbaar zijn.

De informatie moet in de eerste plaats afgestemd zijn op de behoeftes van de patiënt (zie: 2.2.3). Dit houdt een cyclisch en interactief proces in: de verpleegkundige

dient te peilen naar de noden van de patiënt, op deze noden in te spelen en na te gaan of de informatie hieraan voldoende tegemoet komt. Indien dit niet het geval is, dan wordt het proces opnieuw doorlopen. Zoals één van de geïnterviewden preciseert, kunnen deze noden in sterke mate variëren:

"Ik denk dat je ook moet kijken welke patiënt je voor je hebt. Als je bij sommige patiënten die paar topics al kunt geven, mag je echt al blij zijn, dan moet je niet alles, dat gaat gewoon niet. Dus je moet echt zien wie is je patiënt voor je.[...] Je hebt patiënten die heel veel informatie nodig hebben en je hebt patiënten die heel weinig informatie nodig hebben." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

De afstemming op de noden van de patiënt dient niet alleen inhoudelijk, maar ook vormelijk te zijn. De interviews illustreren duidelijk dat patiënten vaak uiteenlopende voorkeuren of methodes hebben om informatie te verwerven. Hoewel vooral ziekenhuisverpleegkundigen standaard met de patiënt een (al dan niet zelf opgestelde) informatiefolder overlopen, is het aangewezen om patiënten daarnaast ook via andere wegen te informeren:

"Ik [wil] eigenlijk educatie op zoveel mogelijke verschillende manieren aanbieden, omdat een patiënt daar dan kan uitpikken wat het meeste bij hem past. Ik heb een aantal patiënten bevroegd van: 'hoe gaat u op zoek naar informatie?'. En een patiënt zei van: 'ik zou eigenlijk liefst een boekje in mijn handtas willen hebben wat ik kan pakken als ik het nodig heb', en een andere patiënt zei van: 'ik ga eigenlijk volledig elektronisch te werk. Voor mij is internet de bron'. Dat zijn twee verschillende insteken". (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Bovendien moet de verpleegkundige ervoor zorgen dat de patiënt actief aan de slag kan gaan met de verkregen informatie. Om de vertaalslag van theorie naar praktijk te bevorderen, werken veel verpleegkundigen met praktijkvoorbeelden. Toegankelijk taalgebruik is eveneens een vereiste. Dit laatste werd hierboven al besproken (zie: gespreksvaardigheden).

Omdat de patiënt uiteindelijk zelfstandig tot zelfmanagement moet kunnen overgaan, blijkt het bovendien noodzakelijk dat verpleegkundigen opvolgen of patiënten de verstrekte informatie begrijpen. In sommige ziekenhuizen wordt in het (elektronisch) patiëntendossier geregistreerd welke van de verstrekte informatie de patiënt al dan niet begrepen heeft. Wat niet begrepen werd, kan dan naderhand (opnieuw) aangebracht worden. Eén van de ziekenhuisverpleegkundigen geeft aan standaard een kennistest af te nemen wanneer de patiënt ontslagen wordt, vooral om na te gaan of deze voldoende op de hoogte is van de medicatierichtlijnen. De geïnterviewden merken daarnaast op dat het nodig is om belangrijke informatie regelmatig te herhalen, en dit om meerdere redenen. Sommige informatie is bijvoorbeeld zo complex dat één informatiesessie niet volstaat.

Patiënten krijgen daarnaast zoveel informatie te verwerken dat een deel ervan verloren dreigt te gaan. Om die reden stellen sommige verpleegkundigen voor om patiënten gefaseerd te informeren, in functie van de specifieke fase van de behandeling waarin dezen zich bevinden:

"Wij vragen ons eigenlijk af: is het niet haalbaarder of beter om onze info op te splitsen in verschillende stukjes, waar we dat nu op een heel uur eigenlijk doen? Dus bijvoorbeeld een keer als ze komen voor een chemo iets zeggen over vrije tijd of zo." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Wel blijken verpleegkundigen moeilijk te kunnen inschatten of een patiënt de informatie grondig begrepen heeft, wat bovendien sterk afhankelijk is van de persoonlijke interpretatie van de individuele verpleegkundige. Dit kan vooral problemen opleveren wanneer verschillende verpleegkundigen instaan voor de inschatting hiervan:

"Als mijn collega bijvoorbeeld vindt dat dat begrepen is en ik vind eigenlijk dat dat niet begrepen is, dan zit je al in de problemen. Er is geen continuïteit. Dat is niet altijd dezelfde [verpleegkundige], het kunnen altijd verschillende zijn". (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Verder merken de verpleegkundigen op dat patiënten op een vrijblijvende manier geïnformeerd moeten worden. Dit impliceert onder meer dat patiënten de keuze moeten hebben om de verstrekte raadgevingen al dan niet op te volgen. Zo verwijzen thuisverpleegkundigen naar het feit dat de aanschaf van medische hulpmiddelen - die het zelfmanagement van de patiënt kunnen vergemakkelijken - voor de patiënt een grote financiële last kan vormen en dus niet opgedrongen mag worden. Uit de interviews blijkt wel dat verpleegkundigen sommige informatie als minder vrijblijvend beschouwen, zoals medicatierichtlijnen. Verpleegkundigen blijken de opvolging van dergelijke richtlijnen dan ook vaak te controleren.

Daarnaast zijn didactische vaardigheden belangrijk om de juiste context te creëren waarbinnen de informatie en het advies verstrekt worden. Uit de interviews komt naar voor dat verpleegkundigen doorgaans ofwel één of meerdere specifieke informatiemomenten voorzien om zelfmanagementaspecten te bespreken, ofwel opteren voor een informele aanpak (vaak tijdens verzorgingstaken). Beide benaderingen blijken voor- en nadelen in te houden. Wanneer geopteerd wordt voor een informele aanpak, dan bestaat volgens de geïnterviewden het risico dat patiënten minder gefocust zijn op de informatie, terwijl patiënten doorgaans beter voorbereid zijn bij specifieke informatiemomenten:

"Het zijn wel gerichtere vragen die ze dan stellen [tijdens een specifiek informatiemoment]. Vaak ben je iets anders aan het doen [tijdens een

informeel informatiemoment], bijvoorbeeld een wondzorg, en dat doen dan een beetje pijn. Dus dan zijn ze door die pijnprikkels afgeleid en dan merk je wel dat ze minder ervan opsteken dan dat je alleen maar over therapietrouw bezig bent.” (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Een andere geïnterviewde verkiest om zelfmanagementondersteuning zo veel mogelijk te plannen tijdens de dagelijkse zorg, omdat dit een meer vrijblijvende indruk nalaat:

“Ik denk dat je toch wel best ook aan het bed staat. Dan heb je al direct een andere band en dan hebben ze niet het gevoel dat ze ondervraagd worden. Veel patiënten zeggen dikwijls: ‘ik heb huiswerk’, ‘ik heb mijn huiswerk gedaan’, ‘oei ik moet nog wat studeren’. [...] Als je nu wondzorg doet, dan vertel ik soms ook een beetje en dan is dat, denk ik, een ander gevoel dat ze soms krijgen.[...] Ik heb dikwijls dat patiënten zeggen: ‘je komt altijd zo een beetje vertellen, ik vind dat eigenlijk heel tof’ [...] en dat wordt, denk ik, echt wel geapprecieerd. (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Volgens sommige verpleegkundigen is een combinatie van beide dan weer de beste optie om de informatie goed tot de patiënt te laten doordringen:

“Een patiënt heeft heel veel vragen, die zitten hier een uur bij ons, we leggen dat allemaal uit. Maar je weet ook daar blijft maar heel weinig van hangen. Dus als we dat dikwijls herhalen, dan blijft dat wel hangen. Dus eigenlijk is het ook het doel dat de verpleegkundige gewoon aan het bed - terwijl die de patiënt zijn voeten wast, bij wijze van spreken - [...] daar al op inspeelt of er iets over zegt.” (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Daarnaast vermelden de geïnterviewden dat didactische vaardigheden belangrijk zijn om de patiënt **vaardigheden** aan te leren die relevant zijn voor zelfmanagementondersteuning. Ook bij het aanleren van vaardigheden moeten de behoeften van de patiënt centraal staan. Dit betekent onder meer dat in samenspraak met de patiënt bepaald wordt welke vaardigheden precies aangeleerd worden en in welke mate hierop gefocust wordt. Sommige verpleegkundigen organiseren dan ook bijkomende oefensessies voor patiënten die verkiezen om zo zelfstandig mogelijk te functioneren:

“Wij hadden een patiënt, die stond op de markt [...] en die wou eigenlijk zo rap mogelijk terug kunnen gaan werken. En dan vond hij dat heel moeilijk om afhankelijk te blijven van een thuisverpleegkundige en dan heeft hij eigenlijk in het ziekenhuis - zelfs al tevoren - aangegeven van : ‘kijk, ik heb geen thuisverpleegkunde nodig, er gaat niemand bij mij moeten komen’. Dan geven wij ook meer aandacht ... ik bedoel dan krijgt die patiënt meer oefenmomenten, dat hij het zelf kan doen hier op de afdeling.” (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Ook de manier waarop de vaardigheden aangeleerd worden, zou moeten variëren in

functie van de behoeften van de patiënt. Zo is het voor sommige patiënten zinvol dat de vaardigheden worden aangeleerd in het bijzijn van de partner of familie. Uit de interviews blijkt wel dat verpleegkundigen over het algemeen de nodige didactische vaardigheden missen om de patiënt vaardigheden aan te leren. Volgens de geïnterviewden worden verpleegkundigen immers vooral opgeleid om zelf technische handelingen uit te voeren, en niet om deze aan patiënten aan te leren. In bepaalde gevallen werken verpleegkundigen dan ook samen met andere zorgverleners om de patiënt vaardigheden aan te leren. Sommige verpleegkundigen baseren zich bijvoorbeeld op de tips van kinesisten om patiënten mobieler te maken (zie: samenwerken en doorverwijzen).

Tot slot preciseren de geïnterviewden dat educatieve vaardigheden noodzakelijk zijn om patiënten te **coachen** bij hun zelfmanagement. Educatieve vaardigheden zouden vooral essentieel zijn om patiënten te motiveren om tot zelfmanagement te komen. Opnieuw wordt in dat kader vermeld dat verpleegkundigen educatieve tools moeten kunnen selecteren in functie van de behoeftes van de patiënt. Een voorbeeld dat wordt aangehaald, is het gebruik van visuele hulpmiddelen (zoals gewichtscurves) die patiënten kunnen motiveren doordat ze hun vorderingen duidelijk in beeld brengen.

2.2.3. Attitude

Als laatste onderdeel van de competenties, beschrijven de geïnterviewden de attitude die passend is voor een effectieve zelfmanagementondersteuning.

In de eerste plaats wordt vermeld dat verpleegkundigen **het belang van zelfmanagement** moeten **inzien** – voor de patiënt, maar ook voor de maatschappij (bv. in termen van economische voordelen), wat naar hun mening nog te weinig het geval is. Dat verpleegkundigen het belang van zelfmanagement niet steeds inzien, zou onder meer te maken hebben met het feit dat sommigen meer interesse hebben in de strikt verzorgende aspecten van het verpleegkundig werk, zoals wondzorg. Eén van de geïnterviewden geeft aan dat ze via de theoretische kaders die ze kreeg aangereikt tijdens haar opleiding het belang van zelfzorg en zelfmanagement is gaan inzien, wat ze in haar job blijvend centraal tracht te stellen:

"Als verpleegkundige tijdens mijn opleiding ben ik heel erg geboeid geweest door de zelfzorgtheorie van Orem. Dat is eigenlijk altijd mijn kapstok geweest van waaruit handel ik. [...] Als mens leef je, en door ziekte [...] moet je je manier van zelfzorgen aanpassen. Sommige mensen kunnen dat alleen, sommige mensen hebben daar ondersteuning bij nodig. Dat is altijd zo mijn corebusiness als verpleegkundige geweest. Dat is waar ik voor sta, wat ik belangrijk vind. Ook in mijn jobkeuzes heb ik daar altijd rekening mee gehouden, om dat te kunnen doen. (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Het is om tal van redenen noodzakelijk dat verpleegkundigen het belang van zelfmanagementondersteuning inzien. Zou kan verwacht worden dat verpleegkundigen die die hieraan belang hechten, bijvoorbeeld meer investeren in de ontwikkeling van hun sociale/interpersoonlijke competenties en coaching vaardigheden, en meer informatie geven op maat van de patiënt. Wat herhaaldelijk wordt aangehaald, is dat verpleegkundigen die zelfmanagementondersteuning belangrijk vinden, eerder bereid zijn om hun takenpakket in te vullen in functie van wat zelfmanagementondersteuning noodzaakt. Deze aanpassing houdt onder meer in dat de verpleegkundige patiënten niet langer allerlei taken uit handen neemt, maar zelf zo veel mogelijk zelfstandig laat opnemen. Dit blijkt echter niet steeds een eenvoudige opgave, omdat het uit handen geven van taken vaak meer tijd kost dan deze zelf af te handelen:

*"Ik denk wel dat ik moeite steek om mensen zelf iets bij te laten leren, zelf dingen te doen, daar spendeer je wel meer tijd aan dan dat je het zelf zou doen. Altijd zelf onze stem gebruiken om ze te zeggen hoe ze iets zelf moeten doen, in plaats van het te doen voor hen. Je kan snel zelf heffen, heffen, heffen. Maar daar bereik je geen meerwaarde mee".
(Peter, ziekenhuisverpleegkundige)*

Een andere element dat de geïnterviewden aanhalen, is dat de verpleegkundige moet **overtuigd zijn van de capaciteit van de patiënt om aan zelfmanagement te doen**. Uit de interviews blijkt dat dit het nodige geduld en doorzettingsvermogen vereist van de verpleegkundige, in de eerste plaats omdat sommige patiënten zich blijven verzetten tegen de ondersteuning die ze krijgen op het vlak van zelfmanagement. Andere patiënten falen dan weer onopzettelijk en zelfs na herhaaldelijke inspanningen van de verpleegkundige om tot zelfmanagement te komen (zie 2.3). Ook patiënten die wel tot zelfmanagement komen beleven af en toe moeilijke periodes, waarin het zelfmanagement minder vlot loopt. De volgende geïnterviewde vermeldt dat ze het moeilijk vindt om patiënten op dergelijke momenten aan te sporen om aan zelfmanagement te doen:

Zelfs als een patiënt het misschien die dag zo wat minder ziet zitten, dat terug oppakken [...]. Dat volhouden, ik durf dat wel van ... [...] als mensen soms al eens afhaken in een verhaal op een bepaald moment, ik denk dat ik daar soms zo een beetje in meega. (Isabel, thuisverpleegkundige)

Uit de interviews blijkt dat de grens tussen geduld en doorzettingsvermogen enerzijds, en frustratie anderzijds, soms dun is. Ongemotiveerde patiënten blijken ervoor te zorgen dat verpleegkundigen gedemotiveerd worden. Verpleegkundigen ervaren het vooral als frustrerend wanneer hun inspanningen om een patiënt tot zelfmanagement te brengen,

niet het gewenste resultaat hebben. In het slechtste geval kan het falen van zelfmanagement leiden tot een heropname van de patiënt:

"Mensen die herhaaldelijk toch moeten opgenomen worden omdat je merkt dat ze door hun zelfmanagement er toch niet komen ... dat is een beetje frustrerend, omdat je weet dat er heel veel energie wordt ingestoken en om de één of andere reden lukt het dan toch niet." (Tine, ziekenhuisverpleegkundige)

Wat hierbij aansluit, is dat verpleegkundigen de patiënt **niet** mogen **veroordelen** wanneer deze niet (onmiddellijk) tot zelfmanagement komt. Een dergelijke houding zou een noodzakelijke voorwaarde zijn voor het uitbouwen van een vertrouwensrelatie, wat bijvoorbeeld essentieel is om tot een partnerschap met de patiënt te komen (zie 2.2.2: samenwerken).

Verpleegkundigen moeten ook kunnen **aanvaarden** dat patiënten er eventueel voor kiezen om niet of slechts tot op bepaalde hoogte aan zelfmanagement te doen:

"Heel veel hangt af van hoe de patiënt het zelf wil. Wij hebben wel heel graag dat een patiënt zichzelf kan beredderen naar die zorg toe, maar hij moet dat ook zelf willen. [...] En je hebt ook patiënten die zeggen: nee, ik wil dat niet [...]'. Dan moeten we dat zo aannemen. (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

De geïnterviewden hebben de indruk dat thuisverpleegkundigen - meer dan ziekenhuisverpleegkundigen - automatisch gedwongen worden om te aanvaarden wat de patiënt wil. Thuisverpleegkundigen ontmoeten patiënten immers vaak in hun thuiscontext, waar de patiënt 'het voor het zeggen' heeft:

"Een verpleegkundige in een ziekenhuis ... de mensen in een ziekenhuis geven zich gemakkelijk over en ze luisteren. Maar thuis zijn de mensen baas. Soms kom je daar aan en je wil dat op een ideale manier veranderen [...]. Maar als de mensen niet willen... Soms weet je wel wat goed is voor de mensen maar je zit in die thuissituatie, je krijgt niet altijd gedaan wat je eigenlijk zou willen. Dat je nochtans weet dat dat beter is voor die mensen, om die veiliger thuis te houden, zodat die zelfredzaam kunnen blijven". (An, thuisverpleegkundige)

Een andere attitude die tijdens de interviews aan bod komt (en bovenvermelde attitudes deels omvat), is dat de verpleegkundige de **behoeftes** van de patiënt centraal moet stellen. Dat de wensen van de patiënt het uitgangspunt moeten zijn van zelfmanagementondersteuning, kwam al aan bod bij de bespreking van andere verpleegkundige competenties, zoals adviseren/informereren, aanleren van vaardigheden, gespreksvaardigheden (communiceren op maat) en coaching (het stellen van doelen). Zo is het bijvoorbeeld noodzakelijk om het type informatie aan te passen aan de behoeftes

van de patiënt en alleen die vaardigheden aan te leren die hij of zij wenst aan te leren

Het detecteren van deze behoeftes is een noodzakelijke, maar geen eenvoudige opgave, onder meer omdat er geen standaardbenadering voor bestaat. Essentieel is dat de verpleegkundige niet bij voorbaat uitgaat van bepaalde behoeftes op basis van ervaringen met andere patiënten. Zo vermeldt één van de geïnterviewden dat niet automatisch mag verondersteld worden dat oudere patiënten geen technische vaardigheden (bv. zichzelf inspuiten) willen aangeleerd krijgen.

Hoewel het moeilijk is om een zicht te krijgen op de individuele behoeftes van elke patiënt, zijn er volgens de geïnterviewden toch verschillende bronnen die hiertoe toegang geven. In de eerste plaats kan veel informatie rechtstreeks bij de patiënt gehaald worden, zowel tijdens specifieke gesprekken gericht op zelfmanagementondersteuning als tijdens de dagelijkse zorg.

"Wij kunnen een idee hebben van: kijk, met wat die patiënt aan de hand heeft, zou die dit of dat toch nog wel moeten kunnen, of moeten we die zo ver krijgen of bepaalde dingen aanleren, dat die daar terug wat zelfstandiger rond is. Maar dan begint het met eens af te toetsen of dat die patiënt dat ook echt zo ziet. Die heeft misschien een heel andere verwachting dan wat wij hebben." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Ook kunnen verpleegkundigen zich baseren op informatie afkomstig van de omgeving van de patiënt, zoals familie en de huisarts (zie 2.2.2).

- 2.3. Onderzoeksvraag 3: welke randvoorwaarden dragen bij tot het bieden van zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen (hefbomen) en welke verhinderen dit (barrières)?

Voortbouwend op de literatuurstudie en het focusgroepgesprek zijn we aan de hand van face-to-face interviews nagegaan welke randvoorwaarden volgens verpleegkundigen noodzakelijk zijn om zelfmanagementondersteuning te bieden, en welke randvoorwaarden dit net verhinderen. Voor zover de geïnterviewden dit aan bod laten komen, worden niet alleen de (on)gewenste randvoorwaarden besproken, maar wordt ook ingegaan op de actuele toestand. Achtereenvolgens wordt ingegaan op volgende randvoorwaarden: de organisatie van het verpleegkundig werk, de steun van het team, de organisatie, multi- en interdisciplinaire partners en de omgeving van de patiënt, de rol van de patiënt, hulpmiddelen, ervaring en opleiding, informatieoverdracht en tot slot macrofactoren.

Organisatie van het verpleegkundig werk

In de eerste plaats komt uit de interviews naar voor dat zelfmanagementondersteuning integraal deel dient uit te maken van het verpleegkundig werk om een kans op slagen te hebben. Nochtans omschrijft de meerderheid van de geïnterviewden zelfmanagementondersteuning als een belangrijke, maar bijkomstige taak. Dat verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning niet centraal stellen, is naar hun mening vooral uit noodzaak zo. Het komt er doorgaans op neer dat ze wel aan zelfmanagementondersteuning kunnen en willen doen, maar niet in voldoende mate. Ze zouden naar eigen zeggen immers over te weinig **tijd** beschikken om hieraan veel aandacht te besteden:

"Tijd, tijd hebben en dat is natuurlijk het hekelpunt in elke thuiszorg. Meer tijd met de patiënt om zelfredzaamheid te doen, dat is een hekelpunt." (Tine, thuisverpleegkundige)

Dit gebrek aan tijd heeft tal van oorzaken, die gerelateerd zijn aan de manier waarop het verpleegkundig werk georganiseerd is. De geïnterviewden geven bijvoorbeeld aan dat verpleegkundigen over het algemeen zouden lijden onder een hoge **werkdruk**, waardoor weinig tijd overblijft voor patiëntencontacten in het algemeen en zelfmanagementondersteuning in het bijzonder. De verhoogde werkdruk is minstens ten dele – aldus de geïnterviewden – te wijten aan de vele administratieve taken die ze moeten afhandelen en bepaalde verplichtingen van overheidswege, waarop we later terugkomen (zie macrofactoren). Bovendien zou deze werkdruk in de hand gewerkt worden door een tekort aan verpleegkundig personeel:

"... ik denk dat we vandaag de dag met te weinig verpleegkundigen zijn. Als we dat [zelfmanagementondersteuning] dus binnen verpleegkunde houden, zijn we met te weinig verpleegkundigen om dat echt te doen." (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Een aantal geïnterviewden wijzen erop dat ze er – omwille van de hoge werkdruk - soms bewust voor kiezen om de patiënt zoveel mogelijk taken uit handen te nemen. Het zou hen immers soms veel moeite kosten om te investeren in zelfmanagementondersteuning, meer dan zelf dergelijke taken af te handelen. Nochtans zijn de geïnterviewden zich ervan bewust dat zelfmanagementondersteuning verpleegkundigen op termijn heel wat tijd doet besparen, doordat hierdoor een aantal taken verschuiven van de verpleegkundige naar de patiënt:

"Dat gaat niet alle dagen [tijd uittrekken voor zelfmanagementondersteuning], want soms is iets vlugger gedaan als je het zelf doet dan als de mensen het doen. Soms is dat een beetje een conflictsituatie. Maar het uiteindelijke doel is dan ons een beetje overbodig maken." (An, thuisverpleegkundige)

Bovendien zouden de organisaties (ziekenhuizen en thuisverpleging) in de **werkplanning** van hun verpleegkundigen amper tijd voorzien om aan zelfmanagementondersteuning te doen, zowel tijdens consultaties en huisbezoeken als bij de opnames. In de interviews wordt dan ook herhaaldelijk vermeld dat zelfmanagementondersteuning een taak is die vaak bovenop alle werk komt:

"... een taak die er zo tussen de soep en de patatten altijd is. Je hebt heel veel andere taken, je bent een stuk ook bezig met diagnostiek en behandeling, dat is ook heel belangrijk. Het stuk educatie komt altijd op de tweede plaats." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Sommige geïnterviewden geven aan dat hun organisatie wel tijd laat uittrekken om zelfmanagement te ondersteunen, maar dat verpleegkundigen verwacht worden om andere (soms ongeplande) taken voorrang te geven:

"We hebben de tijd ervoor, maar onze agenda staat soms zo propvol dat wij dikwijls elk half uur een patiënt hebben. En soms neemt die stomazorg op zich al een kwartier [in beslag] en dan schiet er weinig over". (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

De teneur is anders bij zelfstandige thuisverpleegkundigen. Zij zouden meer tijd kunnen maken voor zelfmanagementondersteuning, omdat ze hun eigen planning beheren. Dat zelfstandige thuisverpleegkundigen hun tijd meer flexibel kunnen indelen, zou voor patiënten ook een reden zijn om te kiezen voor de private thuisverpleging, aldus één van de geïnterviewden:

"Dat is zeker zo als je zelfstandige bent, je bepaalt je tijd zelf. [...] Maar dat is het grote verschil, denk ik, met een dienst voor thuisverpleging. Daar zitten ze qua tijdsdruk veel hoger dan wij. Daar zijn ze boos als je een half uur langer werkt. [...] Op dat vlak is er inderdaad veel verschil. Dat merken we heel hard aan de patiënten die we overnemen van diensten voor thuisverpleging. Dat is ook vaak de reden waarom mensen eerder overschakelen naar zelfstandige verpleging." (Lucas, zelfstandige thuisverpleegkundige)

Slechts uitzonderlijk blijken organisaties buiten de zelfstandige thuisverpleging hun verpleegkundigen expliciet voldoende tijd te geven om aan zelfmanagementondersteuning te doen, bijvoorbeeld door specifieke consulente functie in te richten. Sommige geïnterviewden zien het aanstellen van dergelijke verpleegkundigen gespecialiseerd in zelfmanagementondersteuning als een oplossing voor het tijdsgebrek waarmee verpleegkundigen te kampen hebben. Één van de geïnterviewden die zelf verpleegkundige een gespecialiseerde consulente functie opneemt, is echter van mening dat het afbakenen van zelfmanagementondersteuning tot

specifieke verpleegkundigen niet alleen voor de patiënt verwarrend is, maar ook de functie van verpleegkundigen uitholt:

"Ik merk dat men nu in het ziekenhuis naar consulente functies grijpt, dus dat men een verpleegkundige met de jaren uit de zorg haalt om die dan apart daar tijd voor te geven. Maar ik weet niet of dat het ideale is want dan zit je met een verpleegkundige aan bed en dan ik nu die zowat op het tweede spoor werk ... Want kan krijgt de patiënt nog een gezicht erbij in de eerste plaats. En in de tweede plaats: is dat dan wel boeiend voor de verpleegkundige aan bed, als zij voor haar 8 patiënten voor elke pathologie een andere consultant heeft?" (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Volgens enkele geïnterviewden kunnen verpleegkundigen door relatief eenvoudige verschuivingen in hun takenpakket zelf tijd kunnen vrijmaken voor zelfmanagementondersteuning. Zo wijzen enkele thuisverpleegkundigen erop dat ze de huisbezoeken aan sommige patiënten inkorten zodat ze meer tijd overhouden om andere patiënten te ondersteunen op het vlak van zelfmanagement. Eén van de geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen geeft aan specifieke consultaties in te plannen voor patiënten die technische zelfmanagementvaardigheden moeten aangeleerd worden.

Steun van het team (collega's en leidinggevende)

Uit de interviews blijkt duidelijk dat de collega's en leidinggevende een belangrijke rol spelen in het faciliteren of bemoeilijken van zelfmanagementondersteuning.

In de eerste plaats wordt vermeld dat een team kan zorgen voor de totstandkoming van een gemeenschappelijke **visie** rond zelfmanagementondersteuning. Een deel van de geïnterviewde verpleegkundigen – en dan vooral de ziekenhuisverpleegkundigen – geeft inderdaad aan te werken binnen een team dat investeert in het uitwerken van een gedeelde visie rond zelfmanagementondersteuning. Hoewel de literatuur doorgaans de organisatie een belangrijke rol toeschrijft wat betreft het mee vorm en richting geven van een gedeelde visie op zelfmanagementondersteuning, blijkt uit de interviews dat een gemeenschappelijke visie vooral in teamverband ontstaat, bijvoorbeeld onder stimulans van de hoofdverpleegkundige:

"Wat voor mij heel frappant is, denk ik, dat binnen onze dienst nogal wat afspraken zijn rondom die zelfzorg en zelfmanagement, ..." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

Deze gedeelde visie wordt vaak heel praktisch vertaald. Zo worden de taken omschrijven die verpleegkundigen verwacht worden te vervullen om zelfmanagement te ondersteunen en de thema's die aan bod horen te komen, al is deze omschrijving niet steeds even concreet:

"Het is niet dat dat een afspraak is dat je minstens drie keer per dag de bloeddruk controleert, dat we ook een afspraak hebben van je moet een probleem zo bespreken of je moet daar echt tijd voor uittrekken om aan, het wordt wel verwacht maar het is eerder vaag omschreven". (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Doorgaans wordt aan de verpleegkundigen de vrijheid gelaten om zelf een methodiek te kiezen om tot zelfmanagementondersteuning te komen:

"Op de hospitalisatieafdelingen hebben we zo een pakket dat we moeten proberen aan de patiënt aan te leren en zien dat die dat begrijpt en het kan toepassen op zijn eigen situatie. En dan vult iedereen dat zo een beetje zelf in hoe hij dat wil aanbrengen." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

In bepaalde gevallen wordt de visie niet zozeer door het ganse team gedeeld, maar eerder door de leidinggevende en een deel van diens team (bijvoorbeeld door verpleegkundigen met een consulentfunctie). Een ander deel van de geïnterviewden stelt echter dat er geen sprake is van een gedeelde visie op zelfmanagementondersteuning binnen hun team. Het ontbreken hiervan wordt bijvoorbeeld toegeschreven aan het feit dat verpleegkundigen doorgaans weinig basis hebben op het vlak van zelfmanagementondersteuning, maar ook aan de passieve rol van de leidinggevende (bv. hoofdverpleegkundige):

"[interviewer:] Heeft het team een gemeenschappelijke visie op zelfmanagementondersteuning? [Geïnterviewde:] Dat zou ik niet zeggen, nee. [...] En ook omdat er nog niet echt zo concreet bij stilgestaan wordt. Vanuit de leidinggevenden dan." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Uit de interviews blijkt inderdaad dat de leidinggevende doorgaans een belangrijke rol toegeschreven wordt om tot een gedeelde visie op zelfmanagementondersteuning te komen. De geïnterviewden merken wel op dat dit niet noodzakelijk betekent dat de leidinggevende opvolgt of deze gedeelde visie effectief geïmplementeerd wordt binnen het team. Dit kan betekenen dat gehospitaliseerde patiënten uit het ziekenhuis ontslagen worden zonder al te veel zelfmanagementervaring opgedaan te hebben:

"Als ze medicatie niet kunnen klaarzetten, dan mogen ze niet naar huis. Als we geen tijd hebben gehad voor de rest, dan hebben ze pech. Dan mogen ze wel naar huis en dan hebben wij door tijdsdruk niet kunnen doen." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

We merken op dat verpleegkundigen bij gebrek aan een gedeelde visie zelfmanagementondersteuning veelal individueel vorm geven vanuit hun eigen

ervaringen, zonder dat hun aanpak door het team gedeeld wordt. Verpleegkundigen die werken in een team waarbinnen een dergelijke gedeelde visie ontbreekt, ervaren wel meer moeilijkheden om hun patiënten aan te zetten tot zelfmanagement. Een gedeelde visie is immers een noodzakelijke voorwaarde om te komen tot een aanpak van zelfmanagementondersteuning waarbinnen patiënten een duidelijk doel herkennen, wat hen motiveert om aan zelfmanagement te werken:

"In denk een cruciale, als ik dan heel erg intern kijk, is dat iedereen rond een bepaalde patiënt dezelfde visie heeft van welk aspect in die zorg willen we absoluut beter krijgen of waar willen we de patiënt absoluut beter laten omgaan met zijn ziekte. [...] Dat we dat intern van elkaar goed weten. Als ik de patiënt elke dag stimuleer om iets bepaald zelf te doen en mijn collega, die denkt het is veel rapper gedaan als ik het zelf doe, ik bedoel dan zijn patiënten, dan kunnen ze op den duur ook niet volgen." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Het standaardiseren van zelfmanagementondersteuning via een gedeelde visie zou niet alleen voordelen hebben voor de patiënt, maar ook voor verpleegkundigen. Standaardisering zou bijvoorbeeld leiden tot meer uniforme, gestructureerde en efficiënte aanpak, wat een tijdsbesparing oplevert. Bovendien zou een standaardbenadering beginnende verpleegkundigen toelaten om zich snel inwerken:

"Wat natuurlijk ook wel belangrijk is, is ... naarmate ik erin slaag om meer te standaardiseren, kan ik ook standaardeducatieplannen aanbieden, kan ik een verpleegkundige leren van: op dat moment komt een patiënt, neem je die op en geef je hem die educatie." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Het is wel zo dat de geïnterviewden geen voorstander lijken van een doorgegeven standaardisering van zelfmanagementondersteuning, omdat individuele verpleegkundigen de nodige flexibiliteit moeten kunnen behouden om hun eigen accenten te leggen.

Collega's bieden ook op een andere manier steun dan via het uitbouwen van een gemeenschappelijke visie. De geïnterviewden geven bijvoorbeeld aan dat ze van hun collega's **emotionele steun** krijgen, bijvoorbeeld door hun frustraties te delen wanneer de zelfmanagementondersteuning niet goed loopt.

Collega's bieden ook **praktische steun**. Zo vermeldt één van de ziekenhuisverpleegkundigen dat ze steeds de hulp kan inroepen van een collega-verpleegkundige die vertrouwd is met motivationeel interviewen. Vaak halen verpleegkundigen ook veel tips uit de overlegmomenten met hun collega's, en vooral uit patiëntenbesprekingen:

"Wat ik denk dat misschien ook belangrijk is, dat ze [de verpleegkundige] samen met haar collega's kan werken, dat ze dus probleemsituaties samen kunnen aanpakken en niet alleen. Dat is heel belangrijk, denk ik, zeker ook naar de ontwikkeling van eigenzorg" (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Enkele verpleegkundigen geven aan dat ze wel eens een collega langs laten gaan bij hun patiënten als de begeleiding niet goed loopt, om een andere aanpak uit te proberen:

Dingen die het faciliteren of gemakkelijker maken is, vind ik wel [...] collega's waarbij je kan gaan vragen van hoe zij het zouden aanpakken. Als je problemen hebt, die je kan vragen of zij eens langsgaan. Een andere aanpak kan een beter resultaat geven. (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

De leidinggevende zou praktische steun bieden door zijn of haar teamleden te stimuleren om opleidingen te volgen rond zelfmanagementondersteuning, of door zelfmanagementondersteuning als vaste rubriek aan bod te laten komen tijdens functioneringsgesprekken. In uitzonderlijke gevallen blijkt de leidinggevende ervoor gekozen te hebben om te investeren in zelfmanagementondersteuning door consulente functies in te richten:

"Ik heb nu heel veel geluk dat ik een prof heb leren kennen die dat heel erg aanvoelt en die zegt van: 'zelfmanagement is naar mortaliteit ongelooflijk belangrijk in mijn patiëntenpopulatie, dus ik ga daar budgetten voor vrijmaken en daar iemand voor aannemen'. Maar je ziet dat dat nog altijd wel vanuit eigen initiatief is." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Steun van de organisatie

Uit de interviews komt duidelijk naar voor dat de organisatie een belangrijke invloed heeft op de zelfmanagementondersteuning die verpleegkundigen aan patiënten kunnen bieden.

De geïnterviewden blijken het in de eerste plaats noodzakelijk te vinden dat de organisatie zelfmanagementondersteuning een duidelijke en centrale plaats geeft.

"Het eerste is een organisatie die zegt: 'wij vinden dat belangrijk'". (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Een organisatie kan op verschillende manieren laten blijken dat ze zelfmanagementondersteuning belangrijk vindt. Zo vermeldden we hierboven dat de organisatie een impact heeft op de **tijd** die verpleegkundigen kunnen uittrekken voor zelfmanagementondersteuning, bijvoorbeeld door patiëntencontacten een centrale plaats te geven binnen het verpleegkundig werk. In dat kader wordt vermeld dat patiënten die in het ziekenhuis verbleven erbij gebaat zouden zijn om opgevolgd te worden op het vlak

van zelfmanagement na hun ontslag, bijvoorbeeld wanneer ze op controle komen. Nochtans blijkt de begeleiding op het vlak van zelfmanagement vaak te stoppen wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat.

Het voorzien van tijd voor zelfmanagementondersteuning vereist dat de organisatie een aantal **financiële inspanningen** doet, bijvoorbeeld door bijkomend personeel te voorzien. De geïnterviewden voegen hier wel aan toe te begrijpen dat hun organisatie niet steeds de nodige financiële marges heeft om te investeren in zelfmanagementondersteuning, bijvoorbeeld omdat ze budget moet vrijmaken om het personeelstekort te ondervangen:

"Maar je zit ook met een verpleegkundig departement dat met grote tekorten zit in de zorg, dat aan bed noden heeft, dus ik snap dat spanningsveld wel. En ik voel dat ook wel. Geven we nu prioriteit aan het acute bestaffingsprobleem of gaan we werken aan [zelfmanagementondersteuning]?" (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Daarnaast vereist zelfmanagementondersteuning ook andere investeringen van de organisatie, zoals een aanbod aan navormingen en de aankoop van educatief materiaal en medische hulpmiddelen (zie hieronder). Organisaties beschikken echter niet over een oneindig budget. De financiën waarover een ziekenhuis of organisatie voor thuisverpleging beschikt, worden minstens deels bepaald door de overheid, wat maakt dat de steun die de organisatie biedt aan zelfmanagementondersteuning niet los kan gezien worden van bepaalde macrofactoren (zie hieronder).

De organisatie kan ook zelfmanagementondersteuning bevorderen door te zorgen voor een duidelijke **visie** hierrond. Nochtans blijkt uit de interviews met de ziekenhuisverpleegkundigen dat een gedeelde visie doorgaans in teamverband tot stand komt, en niet zozeer op een meer overkoepelend organisatieniveau. Uit de interviews blijken hoofdzakelijk twee tendensen: ofwel is er - behalve een vage omschrijving van zelfmanagementondersteuning - geen organisatievisie, ofwel zijn de verpleegkundigen niet op de hoogte van het eventuele bestaan van een dergelijke visie. Dit laatste sluit natuurlijk niet uitsluit dat een dergelijke visie mogelijk wel bestaat, zoals uit het volgende citaat ook blijkt:

"Door het feit dat er zo een opleidingen georganiseerd worden, merk ik wel dat ze [de organisatie] het belangrijk vinden. Ik ben er niet van op de hoogte dat daar een bepaald standpunt of een doelstelling van gemaakt wordt. Dat weet ik niet. Waarschijnlijk is die er wel, maar ik weet het niet." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

In tegenstelling tot de ziekenhuisverpleegkundigen, vinden de thuisverpleegkundigen dat hun organisatie wel een expliciete visie op zelfmanagementondersteuning hanteert, al geven ze toe dat deze breed en vaag blijft. De geïnterviewde thuisverpleegkundigen

ervaren een expliciete visie op organisatieniveau trouwens niet steeds als een hefboom voor zelfmanagementondersteuning. Zo tonen de interviews aan dat een strakke invulling van het begrip zelfmanagementondersteuning op organisatieniveau de flexibiliteit van de individuele verpleegkundigen en hun team kan inperken, wat de patiënt niet steeds ten goede komt:

"Ik vind dat het allemaal zo nogal, dat het te hard gestructureerd is. [...] Ik vind dat de mensen soms andere behoeften hebben en ik vind dat die zorg die dan geboden wordt dikwijls niet aansluit op de behoefte van de patiënt. [...] Ik vind dat het te weinig aangepast is echt aan de behoefte van de patiënt. Teveel gestructureerd." (An, thuisverpleegkundige)

Steun van inter- en multidisciplinaire partners

De interviews benadrukken het belang van inter- en multidisciplinaire samenwerking voor zelfmanagementondersteuning.

In dat kader geven de geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen aan veel steun te ervaren vanuit **multidisciplinaire teams** – teams van zorgverleners en anderen die betrokken zijn bij de patiëntenzorg, zoals verpleegkundigen, artsen, diëtisten, kinesisten en maatschappelijk assistenten. Dergelijke teams komen op regelmatige basis samen en bieden verpleegkundigen de kans om problemen – bijvoorbeeld op het vlak van zelfmanagementondersteuning – te bespreken.

De geïnterviewde thuisverpleegkundigen maken geen melding van het bestaan van dergelijke teams, maar blijken wel systematisch contact te hebben met inter- of multidisciplinaire **partners**. Zo vinden ze het belangrijk om paramedici met een specifieke expertise in te kunnen schakelen die hen kunnen helpen bij het ondersteunen van zelfmanagement, zoals diëtisten en diabeteseducatoren:

"Wij hebben hier een diëtiste en mensen kunnen daar een beroep op doen. [...] We hebben ook diabeteseducatoren. Dat wil zeggen dat die de mensen echt gaan opleiden, dat is dus niet alleen over de voeding maar ook eventueel hoe ze zichzelf moeten leren inspuiten". (An, thuisverpleegkundige)

Ook de ziekenhuisverpleegkundigen doen buiten de multidisciplinaire teams om een beroep op andere zorgverleners om zelfmanagementondersteuning mee vorm te geven. In de meeste gevallen is echter geen sprake van een samenwerking, maar gaat het er veeleer om dat de patiënt wordt doorverwezen naar de partner in kwestie, eventueel via een centraal aanspreekpunt, zoals een maatschappelijk assistent of dienst voor patiëntenbegeleiding:

"Het is vooral onze patiëntenbegeleidingsdienst die die contacten legt. [...] dat we vandaaruit een dossier, een bundel samenstellen wat dan mee naar huis gaat met de ontslagbrief van de arts." (Karel,

ziekenhuisverpleegkundige)

Hierbij aansluitend wijzen de geïnterviewden erop dat het belangrijk is dat ziekenhuis- en thuisverpleegkundigen onderling vlot kunnen samenwerken. Uit de interviews blijkt bijvoorbeeld dat sommige ziekenhuisverpleegkundigen de indruk hebben dat thuisverpleegkundigen zelfmanagement te weinig stimuleren. Zo wordt er bijvoorbeeld op gewezen dat thuisverpleegkundigen patiënten taken uit handen durven nemen die ze zelf nog aankunnen:

"Ik denk dat er in Vlaanderen teveel thuisverpleegkundigen gaan wassen en plassen voor heel veel patiënten, die dat zelf zouden kunnen doen [...] dat gaat veel rapper dan te helpen met wassen.." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

De geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen geven toe dat ze zich soms minder inspanssen om zelfmanagement te ondersteunen, vanuit de veronderstelling dat thuisverpleegkundigen veel van de zelfmanagementtaken uit handen nemen na ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Eén van de thuisverpleegkundigen geeft trouwens aan zelf te worstelen met het evenwicht tussen ondersteunen en uit handen nemen:

"Het moeilijkste vind ik hoe ver kan je gaan. Ik had het daar vooral in het begin moeilijk mee, toen ik pas thuisverpleging deed omdat je ... het is je werk, je komt er om de mensen te helpen. Dus langs de ene kant zou je denken dat je alles voor die mensen doet, maar dat is eigenlijk hetgeen je net niet mag doen. Dus soms zo de barrière tussen wat laat ik nog iemand doen, forceer ik daardoor de patiënt niet teveel? En langs de andere kant of je nu niet te veel doet voor die patiënt, voor die persoon. Die barrière, die lijn van wat oké is en wat niet oké is, dat is soms heel moeilijk." (Lucas, zelfstandige thuisverpleegkundige)

Ook de medewerking van de arts wordt als belangrijk ervaren om zelfmanagement te ondersteunen (vooral naar het informeren van de patiënt toe), maar soms ook als problematisch:

"Daarnaast vind ik de tijd die artsen aan dit soort patiënten besteden is véél te kort. Zo ervaren wij dat hier, wij moeten te vaak artsen blijven bellen om toch te komen kijken.[...] Wij moeten vaak vragen of opmerkingen die patiënten, familieleden hebben, zoals 'wij hebben de dokter al drie dagen niet gezien'. Wij krijgen dat deksel dan op onze neus. Dat zijn diegenen die er rechtstreeks bij betrokken zijn. Dat zijn wij. De communicatie naar patiënt en familie van artsen schiet eigenlijk nogal te kort..." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

De interviews wijzen erop dat het belangrijk is dat verpleegkundigen dezelfde **visie** hebben op zelfmanagementondersteuning als hun multi- of interdisciplinaire partners. Dit blijkt echter niet steeds het geval te zijn. Zo gebeurt het volgens de geïnterviewden

nogal eens dat de partner focust op een specifiek aspect van zelfmanagement, zoals medicatiegebruik, terwijl verpleegkundigen zelfmanagement ruimer willen ondersteunen. Ook wordt vermeld dat sommige partners zelfmanagementondersteuning ronduit niet zinvol vinden, bijvoorbeeld vanuit de verwachting dat thuisverpleegkundigen veel taken overnemen van de patiënt:

Ik denk wel dat vooral binnen de verpleegkundigen het opzet is, [...] dat het de bedoeling is dat die patiënt terug naar huis kan en zo goed mogelijk voor zichzelf kan zorgen. En waar we dan af en toe ook wel eens een beetje in conflict geraken met een van onze eigen therapeuten die soms de mening toegedaan is dat: 'ja maar, als daar al een thuisverpleegkundige komt, moet ik daar met het dagelijks toilet nog mijn energie insteken?'. Dat wij dan zeggen: 'waarom niet?'. (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

Zoals we al aangaven, is een visie op zelfmanagementondersteuning die ook gedeeld wordt met anderen dan de eigen teamleden nochtans zeer belangrijk om de patiënt tot zelfmanagement te brengen. Een gedeelde visie zorgt er immers voor dat doelen kunnen gesteld worden waarnaar gemeenschappelijk toegewerkt wordt:

" Dat multidisciplinaire is ook cruciaal. [...] Als iemand anders in het verhaal een heel andere agenda heeft dan ben je soms een hele tijd bezig en heb je het gevoel dat er niks marcheert in het kader van verbetering van die mogelijkheden. [...] Als we niet van elkaar weten waar we naar aan het werken zijn, als die patiënt ook heel veel verschillende signalen krijgt, van je moet veel rusten, de ene persoon zegt rust maar voldoende iemand anders stimuleert net tot meer beweging. [...] Op den duur weten die mensen niet meer waar dat wij naartoe willen en dan wordt het ook moeilijk. (Isabel, thuisverpleegkundige)

Steun van de omgeving van de patiënt

De geïnterviewde verpleegkundigen geven verder aan dat patiënten de nodige steun uit hun **omgeving** moeten krijgen, om zelfmanagementondersteuning te doen slagen. Vooral de rol van de partner wordt benadrukt:

"Ik zeg altijd als je een partner hebt, ben je een stapje vooruit. Een partner of iemand kort bij de patiënt, dan ben je een stap vooruit. Dat is onze eerste steungever. Die is fundamenteel belangrijk." (Marc, ziekenhuisverpleegkundige).

Zo kan het zinvol zijn dat de partner of een familielid de patiënt begeleidt op consultaties, om morele steun te bieden, maar ook om het advies van de verpleegkundigen mee op te volgen, bijvoorbeeld op het vlak van verzorging. Ook na het ontslag uit het ziekenhuis speelt de omgeving een belangrijke rol, bijvoorbeeld om de patiënt te motiveren om aan zelfmanagement te doen.

De omgeving kan echter ook een struikelblok voor zelfmanagementondersteuning vormen. Soms beschouwt de omgeving de patiënt immers onterecht als hulpeloos en niet in staat om aan zelfmanagement te doen, waardoor de ondersteuning van de verpleegkundige haar doel mist:

"Ik denk dat het moeilijkste is het soort dualiteit dat er vaak is bij diegenen die de patiënt omringen, heel vaak familieleden, [...], die eigenlijk - ze noemen dat compassie - wat medeleven hebben met de patiënt. En die dan eigenlijk zeggen dat ze toch zwak of dit of dat is, en die eigenlijk het doel of de bedoeling van dat zelfmanagement niet goed zien [...] Daar heb ik het vaak het moeilijkste mee, dat je niet altijd de familie overtuigd krijgt van de zin of zingeving van dat zelfmanagement. (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

In dergelijke gevallen dreigt de omgeving te veel over te nemen en op die manier de zelfstandigheid van de patiënt te beknotten:

"Er zijn mensen die het niet willen of dat de familie het niet echt ondersteunt of het uit handen neemt. Dat maakt het natuurlijk ook wel moeilijk. Als ze niet willen dan kan je doen wat je wilt, dan gaat het toch niet. Ze moeten wel ondersteunend zijn van thuis ook wel." (Eva, ziekenhuisverpleegkundige)

In andere gevallen verwacht de omgeving dan weer dat het ondersteunen van zelfmanagement beperkt blijft tot het ziekenhuis. De omgeving beschouwt in dergelijke gevallen zelfmanagementondersteuning als een taak waartoe zij niet bij te dragen heeft, maar die uitsluitend aan de verpleegkundigen toekomt:

"De samenleving, de maatschappij is veeleisend geworden, verwacht ook dat verpleegkundigen dat maar oplossen. Tegen dat ma of pa naar huis gaat moeten ze alles zelf kunnen. Op deze dienst kunnen ze daar wel efkens over gaan, maar het is niet de bedoeling dat de mensen hier blijvend gehospitaliseerd zijn." (Eva, ziekenhuisverpleegkundige)

In deze context vermeldt één van de geïnterviewden dat contact met lotgenoten eveneens van belang is, zeker indien de thuisomgeving niet de nodige steun kan bieden.

"Zeker vooral bij de blijvende stoma's stimuleren wij eigenlijk dat ze contact hebben met een patiënt die ook een stoma heeft. Dus dan regelen wij die afspraak, doen wij een mailtje naar [naam zelfhulpgroep] [...]. Soms kennen mensen ook iemand in de omgeving die een stoma heeft, dat is ook even goed dat ze daar eens mee babbelen, het lotgenotencontact is heel belangrijk." (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Rol van de patiënt

Uit de interviews blijkt dat niet alleen steun van externen noodzakelijk is om zelfmanagementondersteuning mogelijk te maken. Verpleegkundigen achten eveneens een aantal randvoorwaarden noodzakelijk die zich hoofdzakelijk bij de patiënt situeren.

In de eerste plaats geven de verpleegkundigen aan dat de patiënt specifieke **competenties** behoeft om zelfmanagementondersteuning een kans op slagen te geven. Zo is het noodzakelijk dat de patiënt bepaalde vaardigheden beheerst of aanleert. Bijvoorbeeld, om zichzelf te kunnen wassen, te verplaatsen of inspuitingen toe te dienen dient een patiënt over de nodige motorische basisvaardigheden te beschikken.

"Naar het praktische toe, naar eigenlijk de zorg zelf kunnen doen, moeten ze ... iemand met stijve vingers of met reuma die heeft het moeilijker of iemand die slecht ziet. Die heeft het moeilijker". (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Verder dient de patiënt een bepaalde basiskennis te hebben of te verwerven. Verpleegkundigen vinden het vooral noodzakelijk dat de patiënt enige notie heeft van zijn of haar ziekte en de behandeling ervan. Zelfmanagementondersteuning koppelt immers vaak terug naar dergelijke veronderstelde kennis, waardoor het voor verpleegkundigen moeilijk werken is als deze kennis ontbreekt:

"Ik denk in eerste instantie al begrijpen wat dat zijn problematiek is, of die problematiek al kennen, voldoende op de hoogte zijn wat hij eigenlijk aan de hand heeft. Dat vind ik toch cruciaal om een gesprek te kunnen verder zetten en soms ontbreekt dat wel. Dat die eigenlijk niet goed weten of mogen weten dan wat ze aan de hand hebben en dat maakt het verhaal dan wat moeilijker." (Isabel, thuisverpleegkundige)

De geïnterviewden koppelen het hebben of verwerven van kennis soms aan intelligentie:

"Hij [de patiënt] moet toch wat alert kunnen zijn. Ik bedoel, je moet daar niet slim voor zijn, maar je moet toch een beetje weten waar het over gaat. Iets kunnen begrijpen". (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

Ook een gepaste **attitude** is van belang. Logischerwijs beschikken niet alle patiënten al over de nodige competenties wanneer ze zelfmanagementondersteuning aangeboden krijgen. Bereidheid om deze te verwerven is dan ook een belangrijke voorwaarde. Meer in het algemeen is motivatie om zich te laten ondersteunen op het vlak van zelfmanagement een essentiële vereiste, wat volgens de geïnterviewden vaak begint bij het inzien van het belang ervan.

Niet alle patiënten beschikken echter van begin af aan over een dergelijke attitude. Volgens de geïnterviewden bestaat een belangrijke taak van verpleegkundigen er dan ook in om met de patiënt te werken aan een attitudewijziging, zodat hij of zij wel

ontvankelijk wordt voor zelfmanagementondersteuning. Bij sommige patiënten houdt dit vooral in dat de verpleegkundige de patiënt zelfvertrouwen en een gevoel van eigenwaarde bijbrengt, waardoor hij of zij gemotiveerd wordt om aan zelfmanagement te doen:

"Ik denk dat een patiënt altijd moet overtuigd zijn van zijn eigen mogelijkheden, beperkingen, maar ook vooral zijn mogelijkheden. Ik heb het gevoel dat heel veel patiënten vooral weten waarin ze beperkt zijn maar niet wat hun mogelijkheden zijn. Ik denk dat het belangrijk is dat je patiënten motiveert, steunt, ondersteunt om die mogelijkheden nog te zien. Dat ze niet alleen maar, want toch wel vaak zeggen ze dat ze alleen maar tot last zijn, dat dat net niet altijd zo is." (Karel, ziekenhuisverpleegkundige)

Bij andere patiënten bestaat de taak van verpleegkundigen er vooral in om hen af te leren om alles uit handen te geven. Toch blijven sommige patiënten liever in een passieve of hulpeloze rol vervallen en zich verzetten tegen zelfmanagementondersteuning:

"Ja, natuurlijk, dat kom je zeker tegen, patiënten die niet mee willen. [...] dat die zegt: 'ik doe dat niet'. Dus dat is het frustrerende. Dan weet je die kan perfect zichzelf verzorgen, [...] een patiënt en die zegt: 'nee, dat ga ik niet doen, want dan komen die verpleegsterkes niet meer'. [...] Maar daardoor komt hij ook niet tot die eigenzorg, tot dat gevoel van ik kan mezelf terug controleren. En dat is toch het hoogste doel. (Marc, ziekenhuisverpleegkundige)

Hoewel het verpleegkundigen frustreert dat sommige patiënten niet tot zelfmanagement komen, voegen sommigen van hen toe dat het de vrije keuze van de patiënt moet zijn om zich al dan niet te laten ondersteunen op het vlak van zelfmanagement. Verpleegkundigen zouden zich er dan ook bij neer moeten leggen als de patiënt dit weigert:

"Maar ook heel veel hangt af van hoe de patiënt het zelf wil. Wij hebben wel heel graag dat een patiënt zichzelf kan beredderen naar die zorg, maar hij moet dat ook zelf willen. [...] En je hebt ook patiënten die zeggen "nee, ik wil dat [stoma]niet vervangen", dan moeten we dat zo aannemen". (Linda, ziekenhuisverpleegkundige)

In het bijzonder de geïnterviewde thuisverpleegkundigen geven aan dat ze verplicht voelen om te aanvaarden dat de patiënt geen zelfmanagementondersteuning wil. De thuisomgeving blijkt op dat vlak een belangrijke rol te spelen, in die zin dat thuisverpleegkundigen het gevoel hebben dat ze patiënten in hun eigen huis niets kunnen opleggen:

"Een verpleegkundige in een ziekenhuis, de mensen in een ziekenhuis geven zich gemakkelijk over en ze luisteren. Maar thuis zijn de mensen baas. Soms kom je daar aan en je wil dat op een ideale manier veranderen [...] Maar als de mensen niet willen. Soms weet je wel wat goed is voor de mensen maar je zit in die thuissituatie, je krijgt niet altijd gedaan wat je eigenlijk zou willen. [...] Je weet wat goed is voor die mensen en je weet wat die zouden moeten doen, maar als ze het niet doen, dan doen ze het niet." (An, thuisverpleegkundige)

Hoewel dit volgens de geïnterviewden vaak te wijten is aan pure onwil van de patiënten, zijn er naar hun mening ook patiënten die om andere redenen amper of niet in staat zijn om zich te laten ondersteunen op het vlak van zelfmanagement. Zo wordt herhaaldelijk verwezen naar de moeilijkheid om patiënten met zware psychische problemen te ondersteunen, omdat deze problemen zelfmanagementondersteuning in de weg staan:

"Als je echt psychische patiënten hebt, of puur verwarde patiënten, die ze op andere afdelingen liever kwijt zijn en dan komen die ook naar hier. Welke meerwaarde kan je daar op dat moment aan bieden? Die zijn hier niet echt op de juiste plaats dan..." (Peter, ziekenhuisverpleegkundige)

Ook patiënten met een depressie vormen een moeilijke doelgroep, omwille van hun gebrek aan motivatie:

"Ze zijn zwaar ziek geweest, sommigen zijn depressief. Dan is het heel moeilijk om ze gemotiveerd te krijgen. Die liggen soms een jaar bij ons, dan gaan ze naar huis maar ik denk niet dat die de zelfmanagementvaardigheden hebben. Dan moet je echt je informatie aanpassen tot het hoogstnodige, en hopen dat ze weten als ze ziek zijn wat ze moeten doen". (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Dementerende patiënten hebben doorgaans weinig inzicht in hun ziekte en vinden daardoor zelfmanagementondersteuning niet of weinig belangrijk:

"Mensen die beginnend dementerend zijn, vooraleer die dikwijls inzien... dat is een moeilijke categorie van mensen. Mensen die zelf nog niet beseffen dat ze geestelijk aan het achteruit gaan zijn maar dat wij toch wel duidelijk ondervinden... die staan daar niet voor open of die zitten nog zo meer strakker dan iemand die goed beseft wat er aan de hand is." (An, thuisverpleegkundige)

Ook voor palliatief zieken achten de geïnterviewden zelfmanagementondersteuning vaak niet of weinig zinvol:

"Soms krijgen we hier patiënten om te sterven. Echt een meerwaarde kan je dan eigenlijk niet geven." (Peter, ziekenhuisverpleegkundige)

Hoewel sommige patiënten tot een als moeilijke geziene doelgroep behoren, betekent dit niet dat verpleegkundigen geen inspanningen zouden leveren om hen zelfmanagementondersteuning te bieden, al is het soms maar in heel beperkte mate. Zo wordt in bepaalde gevallen de familie ingeschakeld om dementerende patiënten te begeleiden, of wordt gespecialiseerde hulp ingeroepen voor de begeleiding van psychiatrische patiënten:

"Onlangs hadden we een patiënt, psychiatrisch patiënt, waar therapietrouw en zelfzorg een heel groot probleem is. Dus dan is de vraag van: hoe kunnen we dat toch bereiken, zoveel mogelijk? Die man had een heel verwaarloosde thuisomgeving [...] en dan hebben we heel nauw samengewerkt met de sociale assistent, maar dan hebben we ook beslist van er een liaison-psychiater bij te halen..." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Opleiding, navorming en ervaring

Over het algemeen blijkt dat de principes van zelfmanagementondersteuning weinig aan bod gekomen zijn tijdens de basisopleiding van de geïnterviewde verpleegkundigen. Een enkele verpleegkundige vindt wel voldoende basis meegekregen te hebben, maar schrijft dit vooral aan zichzelf toe:

"De theorie van verpleegkunde herinner ik mij [...]. Daar heb ik dat toch heel fel in meegekregen. Ik weet dat ik toen mijn eindwerkje heb geschreven over maaltijdgebeuren op een geriatrische afdeling en dat dat daar ook al wel een stukje in aan bod kwam. Dus ik ben wel altijd blijven voortgaan op mijn interesses van die tijd, dat is zo blijven groeien en als ik educatie koos, ben ik mij daarin blijven ontwikkelen." (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Ook op het vlak van specifieke (bv. communicatieve en sociale) vaardigheden toegepast op zelfmanagementondersteuning voelen de geïnterviewden zich tekort schieten. Wel leeft het gevoel dat verpleegkundigen in opleiding tegenwoordig beter geschoold worden op het vlak van zelfmanagementondersteuning. Wel zouden sommige verpleegkundige opleidingen verpleegkundigen minder dan andere zelfmanagementondersteuning centraal stellen:

Ik merk wel, als ik dat mag zeggen, zonder daar pretentius in te willen klinken, de beroepsopleiding - dus wat wij de A2 [...] noemen - daar komt dat, denk ik, heel weinig aan bod. En dat vind ik persoonlijk wel wat een probleem. (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Uit de interviews komt naar voor dat voor elke verpleegkundige de mogelijkheid om (interne of externe) permanente vormingen te volgen een absolute voorwaarde is om zelfmanagement grondig te kunnen ondersteunen. De meeste geïnterviewden volgen

bijscholingen die in de marge ook relevant zijn voor zelfmanagementondersteuning, zoals vormingen rond voeding en beweging. Slechts enkele geïnterviewden blijken een specifiekere opleiding rond zelfmanagementondersteuning gevolgd te hebben, bijvoorbeeld rond motivationeel interviewen. Een navorming waar zelfmanagementondersteuning in het geheel bekeken wordt, is zeldzaam. Uit de interviews is moeilijk op te maken of verpleegkundigen over het algemeen zo weinig navormingen volgen omdat ze hierin niet geïnteresseerd zijn, omdat de organisatie hen niet motiveert of niet de kans geeft om hieraan deel te nemen of omdat er eenvoudigweg weinig of geen geschikte opleidingen bestaan. Aansluitend bij dit laatste blijkt alleszins dat verpleegkundigen een tekort ervaren aan toegepaste, praktische cursussen waarin zelfmanagementondersteuning centraal staat.

Sommige verpleegkundigen trachten het gebrek aan navormingen op te vangen door intern een vorming op de werkvloer uit te werken, al dan niet in samenwerking met medewerkers van buiten de eigen dienst. Zo vermelden enkele geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen dat kinesisten hen op regelmatige basis tips geven:

"Als we met de kinesisten mee gaan en zien hoe ze de patiënten opzetten, de tips die zij kunnen geven... we leren aan mekaar een beetje, kinesisten naar ons toe. [...] Kinesisten sowieso denk ik dat heel duidelijk is dat die een grote bijdrage kunnen leveren naar ons toe, waardoor we veel kunnen oppikken om het onszelf gemakkelijker te maken en de patiënt ook sterker te laten worden." (Peter, ziekenhuisverpleegkundige)

Andere verpleegkundigen delen met hun collega's wat ze tijdens een bijscholing geleerd hebben:

"Als we rond dingen bezig zijn, dan proberen wij ook zoveel mogelijk, in vormingen die wij krijgen, om die aan alle collega's door te geven, te zoeken van hoe kunnen we dat nu waarmaken, effectief toepassen bij een patiënt of proberen." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Uit de interviews blijkt eveneens dat het ondersteunen van zelfmanagement de nodige verpleegkundige ervaring vereist. Om die reden zouden startende (en dus meestal jonge) verpleegkundigen – volgens de geïnterviewden – over het algemeen minder bedreven zijn in zelfmanagementondersteuning, in vergelijking met hun meer ervaren collega's. Ervaren verpleegkundigen zouden immers sneller hun andere taken kunnen afhandelen, waardoor meer tijd overblijft voor zelfmanagementondersteuning:

"... die hebben nog zo weinig routinehandelingen dat tijd maken voor zelfmanagement een heel moeilijke is voor startende verpleegkundigen. Ik denk dat je dat daar moeilijk van kan verwachten, omdat die nog zodanig met andere dingen bezig zijn... [...] ik denk, als je op een

afdeling start, moet je je nog zo hard inwerken dat het moeilijk is.” (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

Nochtans wordt dit beeld doorheen de interviews grondig genuanceerd. Eén van de geïnterviewden preciseert dat het minder ervaren verpleegkundigen misschien wel meer moeite kost om tot zelfmanagementondersteuning te komen, maar dat ze hier ook meer doordacht aan werken:

“Ik heb zo de indruk dat eerder de jongere collega’s er meer voor open staan en dat iets nuttig voor de patiënten vinden, terwijl dat de oudere collega’s zo meer gewoon zijn van uitleg geven en dat de patiënt het maar moet aanvaarden dat het zo is. En dat ze zich daar strikt moeten aan houden en dat de kous dan af is.” (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Minder ervaren verpleegkundigen zouden ook meer gemotiveerd zijn om zich bij te scholen, in vergelijking met meer ervaren collega’s:

“En ook, jongere verpleegkundigen zijn sneller geneigd om naar extra opleiding te gaan dan oudere collega’s. Bij mij op dienst toch, heb ik de indruk.” (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Hulpmiddelen

De geïnterviewden preciseren dat de nodige hulpmiddelen aanwezig moeten zijn om effectieve zelfmanagementondersteuning te kunnen bieden.

Deze hulpmiddelen betreffen in de eerste plaats technologische hulpmiddelen, voornamelijk **ICT**. Aangepaste ICT zijn een noodzakelijke tool om het zelfmanagementproces te monitoren, bijvoorbeeld om een overzicht te houden op de vorderingen van de patiënt. Zo vermeldt één van de ziekenhuisverpleegkundigen dat elektronisch wordt geregistreerd welke informatie de patiënt reeds gehad heeft en nog dient te krijgen in het kader van zijn of haar zelfmanagementondersteuning, waardoor collega-verpleegkundigen op elkaars werk verder bouwen:

“Dat kun je afklikken in de computer, of het begrepen is of niet begrepen, of gedeeltelijk begrepen. En als je dan de volgende dag ziet dat het er nog altijd in staat - want als het begrepen is, valt dat eruit - dan weet je dat je daar nog wat informatie moet over geven. (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Hierbij aansluiten geven de geïnterviewden herhaaldelijk aan dat ICT cruciaal is voor een vlotte overdracht van informatie tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij het zelfmanagement van de patiënt (zie verderop). Een gedeeld patiëntendossier wordt in dat kader als onmisbaar gezien, zeker wanneer meerdere verpleegkundigen zich ontfermen over de patiënt:

"Het gedeelde patiëntendossier is eigenlijk het belangrijkste werkinstrument, dat je kan zien van wie doet wat. Ook omdat een verpleegkundige aan bed ... idealiter is dat een hele week dezelfde, maar dat wisselt heel vaak". (Els, ziekenhuisverpleegkundige)

ICT kunnen eveneens een nuttig instrument zijn om de patiënt te motiveren, bijvoorbeeld door zijn/haar vorderingen visueel voor te stellen:

"Een patiënt die echt al jaren zwaarlijvig was en eigenlijk steeds toekwam in gewicht, hebben we, mijn collega's en ik verder opgevolgd, [...] Hij had ook een curve waar hij zijn gewicht moest op aanduiden en in samenwerking met de diëtiste is hij dan toch fors afgevallen en nog altijd blijvend op gewicht. [...]. Die man had daar ook een goed gevoel bij met die curve en zo dat hij dat echt visueel zag dat hij gewicht verloor. [...] Dat heeft blijkbaar gewerkt. [...]. Het heeft jaren geduurd voordat hij er echt iets aan gedaan heeft. Sinds dat gebruikt werd, is het wel gelukt". (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

De geïnterviewden vermelden vervolgens dat **educatief materiaal** een belangrijk hulpmiddel is om zelfmanagement te ondersteunen. Enkele ziekenhuisverpleegkundigen die instaan voor de begeleiding van specifieke patiëntengroepen, ontwikkelden zelf educatief materiaal op maat, met onder meer informatie over ziekte en behandeling en de impact op het dagelijks leven. Eén van de geïnterviewde thuisverpleegkundigen wijst erop dat veel kant-en-klaar materiaal bestaat, maar dat verpleegkundigen hiervan vaak het bestaan niet kennen of hier moeilijk toegang toe hebben:

"Soms is het wel wat zoeken in een kluwen van dingen dat er zijn en dan kan ik snappen dat mensen al eens afhaken. Als elke individuele thuisverpleegkundige dat voor haarzelf moet beginnen zoeken, dat je daar op den duur op afhaakt. [...] Er [bestaan] wel heel veel tools al die ontwikkeld zijn ook voor patiënten om bepaalde dingen aan te leren of mee om te gaan [...] maar dat is iets waar basisverpleegkundigen nog helemaal niet in thuis zijn, wat er zo aan dingen allemaal bestaat". (Isabel, thuisverpleegkundige)

Verder wijst één van de geïnterviewden erop dat **medisch hulpmateriaal** – zoals dozen waarin medicatie op voorhand kan gedoseerd worden of glucometers – bijzonder belangrijk kan zijn om zelfmanagement te ondersteunen, zeker bij bepaalde patiëntengroepen.

Wat ook al uit de focusgroep naar voor kwam, is het belang van een aangepaste **ruimte**. Zo moeten verpleegkundigen in ziekenhuizen over een apart lokaal kunnen beschikken om patiënten te ontvangen, of minstens de mogelijkheid krijgen om gehospitaliseerde patiënten die een kamer delen, apart te spreken.

Informatieoverdracht

Een cruciaal punt om zelfmanagementondersteuning te doen slagen, bestaat volgens de geïnterviewden in de overdracht van informatie tussen de verschillende partijen die hierbij betrokken zijn.

In de praktijk wordt vooral informatie uitgewisseld over **thema's** die relevant (kunnen) zijn voor zelfmanagementondersteuning, maar er op zich niet de kern van uitmaken, zoals de medische toestand van een patiënt en diens persoonlijke achtergrond. Occasioneel wordt informatie uitgewisseld die wel nauwer gerelateerd is aan zelfmanagementondersteuning, zoals de doelstellingen die de betrokken zorgverleners stellen:

"Het is belangrijk dat wij goed van elkaar weten waar we naartoe aan het werken zijn. [...] Als ik de patiënt elke dag stimuleer om iets bepaald zelf te doen en mijn collega, die denkt: 'het is veel rapper gedaan als ik het zelf doe'... [...] Hetzelfde verhaal: stel, er komt kine en die oefenen rond iets, dan is het ook cruciaal of belangrijk dat we weten van die is daarrond bezig, dan kunnen wij dat ook in onze zorg een stukje gebruiken." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Bij de overdracht van informatie zijn verschillende **partijen** betrokken. Het vaakst gaat het om informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen binnen hetzelfde team of dezelfde organisatie. Deze uitwisseling gebeurt vaak mondeling in een een-op-een gesprek, maar ook het (elektronische) patiëntendossier is een belangrijk hulpmiddel. Zo blijkt uit volgend citaat dat het elektronisch dossier gebruikt wordt om bij de houden welke zelfmanagementthema's al besproken werden met de patiënt en welke eventueel herhaald moeten worden:

"Er is een systeem in het patiëntendossier, in het elektronisch patiëntendossier waar we kunnen aanduiden over welk item we het gehad hebben [...]. Dan kunnen we aanduiden of die [de patiënt] het niet begrepen heeft of gedeeltelijk of volledig. En iets dat niet of gedeeltelijk begrepen is, kunnen we dan nog terug opnemen nadien." (Tom, ziekenhuisverpleegkundige)

Hoewel enkele geïnterviewden aangeven dat ze hun collega's specifiek informeren over zelfmanagementthema's, blijkt de meeste elektronische communicatie betrekking te hebben op informatie die zijdelings te maken heeft met zelfmanagement. Bijvoorbeeld, uit volgend citaat blijkt dat verpleegkundigen informatie registreren en uitwisselen over de zorgafhankelijkheid van patiënten:

"In onze registratie wordt ook wel aangeduid wat [de patiënt] wel kan en niet kan. Of ze zelf hun rug kunnen wassen of bovenlichaam wassen of afdrogen, voeten wassen, wat wij moeten doen of wat niet, dat wordt daarin aangeduid. Dat wordt ook mondeling gedaan, maar elke shift moet dat invullen dus daar

zie je dan ook wel wat de mensen zelf kunnen en wat niet.” (Eva, ziekenhuisverpleegkundige)

Eén van de geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen voegt hieraan toe dat de informatie die haar team doorkrijgt van andere afdelingen, niet steeds correct is:

“Dat is soms moeilijk als mensen van andere diensten overkomen, dan word je niet altijd heel juist gebriefd. Er staat soms bijvoorbeeld dat ze niet zelf op hun benen kunnen staan. Je moet ze bij wijze van spreken dragen. Wij proberen dan wel ze te laten stappen en dan zie je dat dat eigenlijk toch wel gaat.” (Eva, ziekenhuisverpleegkundige)

De geïnterviewde thuisverpleegkundigen voegen hieraan toe dat ze op regelmatige tijdstippen overlegmomenten organiseren waaraan alle verpleegkundigen deelnemen die instaan voor de zorg voor een patiënt:

“Terug in dat patiëntenteam worden alle weken de nieuwe patiënten overlopen, met hun mogelijkheden, de KATZ-score, de behoeften, die zorgen geven wij daar, Familiehulp komt daar al, de poetsdienst komt daar al... Daar wordt dat allemaal zo wel overlopen.” (An, thuisverpleegkundige)

Verder wordt informatie die relevant kan zijn voor zelfmanagementondersteuning ook elektronisch uitgewisseld. Deze informatie kunnen thuisverpleegkundigen dan raadplegen via hun tablet:

“We hebben allemaal een tablet bij. Daar staan alle gegevens in: gewoon administratieve gegevens, de KATZ-score, wie de huisarts is, waar we kunnen contact opnemen bij problemen, weten wie de mantelzorgers zijn, observaties van suiker, gewicht, bloeddruk. (An, thuisverpleegkundige)

Daarnaast wisselen verpleegkundigen informatie uit met andere partijen binnen de eigen organisatie (ziekenhuis of thuisverpleging), zoals artsen, diëtisten, kinesisten en psychologen. Een deel van de geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen geeft bijvoorbeeld aan dat op regelmatige basis interdisciplinaire overlegmomenten ingepland worden. Omdat doorgaans niet alle verpleegkundigen hieraan deelnemen, is het belangrijk dat de informatie die tijdens dergelijke besprekingen aan bod kwam, een elkaar doorgegeven wordt. Ook buiten de interdisciplinaire overlegmomenten is een goede informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen en anderen noodzakelijk. Zo wordt benadrukt hoe belangrijk het is dat verpleegkundigen voldoende geïnformeerd worden door de arts, onder meer omdat ze zichzelf als de schakel tussen arts en patiënt beschouwen.

Tot slot blijkt uit de interviews dat informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen en diensten buiten de organisatie (ziekenhuis of thuisverpleging) van belang is voor zelfmanagementondersteuning. Zo geven de geïnterviewde ziekenhuisverpleegkundigen aan op regelmatige basis informatie uit te wisselen met de thuisverpleging, rust- en verzorgingstehuizen en de huisarts van de patiënt. Deze informatieoverdracht gebeurt doorgaans op het moment dat de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt, meestal via een ontslagbrief. Uit verdere analyses blijkt echter dat deze informatie doorgaans zelden betrekking op het zelfmanagement van de patiënt. Vaak moet de externe instantie het dan ook doen met louter medische informatie (bv. medicatielijst, behandelingen bij kinesist). Aan rust- en verzorgingstehuizen (maar ook andere instanties die hiernaar vragen) wordt een ingevulde KATZ-schaal bezorgd – een meetinstrument dat de zorgbehoefte van de patiënt bij dagelijkse activiteiten registreert (bv. toiletbezoek, eten en zich wassen). De KATZ-schaal kan wel relevant zijn voor zelfmanagementondersteuning, omdat via deze schaal de instantie die de zorg overneemt, een zicht krijgt op de vaardigheden die ze de patiënt kan aanleren of verfijnen.

Ook de geïnterviewde thuisverpleegkundigen geven aan contact op te nemen met andere instanties – opnieuw vooral over thema's die slechts zijdelings relevant zijn voor zelfmanagementondersteuning -, in de eerste plaats met het ziekenhuis waar de patiënt verbleven heeft. Hoewel dit volgens de geïnterviewden verre van altijd het geval is, trachten thuisverpleegkundigen de toestand van hun patiënten die in het ziekenhuis verblijven, zoveel mogelijk ter plaatse te bespreken:

"Een keer om de 14 dagen gaat er een verpleegkundige van hieruit de mensen die in het ziekenhuis liggen, bezoeken, die wij al in de zorg hadden bijvoorbeeld. Die dan in het ziekenhuis liggen, om dat contact te blijven hebben, om te zien hoe dat evolueert. Komen die rap naar huis of is die zorg veranderd? Moeten daar eerst aanpassingen gebeuren voor dat die naar huis kunnen komen, bijvoorbeeld een ziekenhuisbed of een ziekenoplichter of er zijn zo van alle dingen?" (An, thuisverpleegkundige)

De thuisverpleegkundigen wijzen erop dat de informatie-uitwisseling veel beter kan, zowel met ziekenhuizen als met anderen, zoals de huisarts en apotheker:

"Wat ik soms een beetje mis, is een soort verzameling van alle informatie. Ik heb soms het gevoel dat er wat informatie bij de huisarts zit, de apotheek is van een deel op de hoogte, wij zijn van een deel op de hoogte. [...] Nu is dat allemaal nog een beetje solowerk dat wij doen als hulpverleners, maar het zou veel beter zijn als we het allemaal centraliseren." (Lucas, zelfstandige thuisverpleegkundige)

Tot slot blijken verpleegkundigen informatie uit te wisselen met de omgeving van de

patiënt, zoals de partners en familieleden, maar doorgaans alleen op vraag van de omgeving zelf. Wel blijkt uit de interviews dat verpleegkundigen de omgeving nogal eens als informatiebron gebruiken, bijvoorbeeld de patient niet vlot tot zelfmanagement komt:

"Als ik merk dat er iets niet goed gaat thuis of zo, dan zal ik al rap eens even iemand in de gang aanspreken van de familie en eens vragen van: 'hoe gaat dat eigenlijk thuis?', zonder dat de patiënt daar dan vanaf weet." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Macrofactoren

De geïnterviewden wijzen op een aantal macrofactoren die een belangrijke hefboom of hindernis kunnen vormen, factoren die zich alle situeren op een niveau dat de organisatie (ziekenhuis of thuisverpleging) overstijgt.

In de eerste plaats wordt indirect verwezen naar de impact van de **financiering** van ziekenhuizen en organisaties voor thuisverpleging op zelfmanagementondersteuning. Deze financiering heeft immers een impact op de organisatie van de zorg, die niet steeds blijkt te stroken met de noden op het vlak van zelfmanagementondersteuning. Hierboven werd al vermeld dat het tijdsgebrek dat verpleegkundigen ervaren door de hoge werkdruk een belangrijk obstakel is voor zelfmanagementondersteuning. Tijd kan echter ook op een andere manier een hinderpaal vormen, in het bijzonder de duurtijd die zorgprocessen in beslag (mogen) nemen, wat minstens deels door de overheid bepaald is. Zo vermelden enkele geïnterviewden dat de beperkte duurtijd dat patiënten doorgaans opgenomen worden in het ziekenhuis niet steeds voldoende is om zelfmanagement te ondersteunen:

" [...] gewoon de tijd. Je hebt iets uitgelegd of je hebt iets willen doen, dan heb je die patiënt niet meer of dan is die al naar huis. En dan heb je daar niet kunnen aan verder werken." (Mieke, ziekenhuisverpleegkundige)

Daarnaast zijn er soms problemen die idealiter eerst opgelost worden vooraleer echt aan zelfmanagementondersteuning gewerkt kan worden, zoals depressies, maar ook daarvoor is de opnametijd in een ziekenhuis doorgaans te kort. In dat kader wijzen enkele thuisverpleegkundigen erop dat de financiële tegemoetkoming die ze krijgen voor zelfmanagementondersteuning beperkt is tot diabeteseducatie. Dit betekent dat hun andere inspanningen op dat vlak niet financieel gecompenseerd kunnen worden. Meer nog: één van de geïnterviewde thuisverpleegkundigen preciseert dat het ondersteunen van zelfmanagement perverse effecten kan hebben. Patiënten die goed zijn in zelfmanagement, hebben immers minder vraag naar (en recht op) hulp van thuisverpleegkundigen, waardoor deze groep verpleegkundigen er financieel aan inboet:

"Eigenlijk snij je daarmee in je eigen vinger, als je dat [zelfmanagementondersteuning] op een goeie manier probeert te doen [...] Ik vind dat dan ons ganse systeem er niet op georganiseerd is om dat soort dingen te stimuleren om te doen. Des te afhankelijker en des te zeker dat je een patiënt kunt houden, financieel gezien dan, des te beter. [...] Uiteindelijk in ons prestatiegerichte financieringssysteem is het veel simpeler van het allemaal niet te doen en bijna alles over te nemen van de patiënt en eigenlijk daar niet rond te werken, dan het wel te doen" (Isabel, thuisverpleegkundige)

Zelfmanagementondersteuning heeft niet alleen voor de verpleegkundigen, maar ook voor patiënten financiële implicaties. Het is immers zo dat de patiënt geacht wordt om in het kader van zelfmanagement bepaalde – vaak dure – medische hulpmiddelen zelf aan te schaffen, waarvoor geen of een beperkte tegemoetkoming voorzien wordt. Volgens de geïnterviewden houdt de hoge kostprijs patiënten tegen om dergelijke hulpmiddelen aan te schaffen, omdat ze deze prijs niet kunnen of willen betalen:

"Als je de prijs van een aantal hulpmiddelen soms opsomt ... [...] een aantal dingen die je aankoopt zijn, dat zijn op zich heel banale dingen, maar waarschijnlijk omdat die relatief weinig verkocht worden, kost dat relatief veel voor wat het is. [...] Ik denk dan aan bepaalde kussens of draaischijven of zo'n dingen, dat je denkt: het zou je leven veel simpeler maken of een aantal transfers vereenvoudigen of zo. Dat mensen dat dan toch moeilijk vinden." (Isabel, thuisverpleegkundige)

Hierbij aansluitend wordt gewezen op een aantal **verplichtingen van de overheid** (eventueel gekoppeld aan financiering) die zelfmanagementondersteuning kunnen belemmeren. Hoewel dit niet veralgemeend kan worden, merken enkele ziekenhuisverpleegkundigen op dat ze soms patiënten moeten opvangen die in feite niet thuis horen op hun afdeling, maar bijvoorbeeld om administratieve redenen een andere afdeling moeten verlaten. Dit betekent dat sommige afdelingen terminale patiënten of patiënten met psychische problemen dienen op te vangen, waarvoor ze niet uitgerust zijn. Verpleegkundigen vinden het niet alleen moeilijk om dergelijke patiënten te ondersteunen op het vlak van zelfmanagement, maar geven aan dat deze patiënten veel tijd en energie opsorpen – tijd en energie die ze niet kunnen investeren in zelfmanagementondersteuning bij andere patiënten:

"Alleen [is het] vaak ook dat we niet de juiste patiëntenpopulatie soms krijgen [...] Zoals ook aan de ligdagduur wordt gedacht. Als deze om is, moeten ze weg op de andere afdeling. [...] en dat is soms toch wel een beetje frustrerend omdat je eigenlijk al de mensen wilt helpen, maar die mensen kan je niet helpen." (Peter, ziekenhuisverpleegkundige)

De geïnterviewde thuisverpleegkundigen verwijzen dan weer naar het feit dat bepaalde verplichtingen kostbare tijd innemen die niet aan zelfmanagementondersteuning besteed

kan worden. Zo geven ze aan dat de overheid hen verplicht om structureel patiëntenbesprekingen te houden, onder de noemer van verpleegkundig consult:

"[Ze] brengen de info mee naar het teamoverleg en vandaaruit wordt dan gekeken: wat gaan we aanpakken, wat gaan we voorstellen? En dan wordt dat terug gekoppeld naar de patiënt toe [...]. Verpleegkundig consult noemt dat dan, die manier van daar eens even over na te denken. [...] Eigenlijk is het de bedoeling dat je daar continu over nadenkt, natuurlijk en die dingen komen ook continu aan bod, maar in het kader van een verpleegkundig consult wordt dat eigenlijk een keer per jaar ook door het RIZIV vergoed, mits een aantal voorwaarden."
(Isabel, thuisverpleegkundige)

Hoewel de thuisverpleegkundigen dergelijke besprekingen zinvol vinden, zijn ze geen voorstander van een verplichting om verpleegkundige consulten te houden. Ze behouden graag de vrijheid om patiënten te bespreken op de manier waarop ze het zelf wensen. Bovendien wordt naar hun mening sowieso op regelmatige basis overleg gepleegd:

"En ook verpleegkundige consulten van patiënten, dat is verplicht van de overheid. Maar soms vinden wij dat zo... om de zoveel tijd moet de patiënt besproken worden, maar wij vinden van: je bespreekt de problemen als ze zich voordoen en niet als die 2 maanden om zijn, als die patiënt terug aan bod moet komen. [...] Als wij hier samenzitten en er is een probleem bij een patiënt dan wordt dat op tafel gelegd. En soms heb je het gevoel dat je dat allemaal maar voor en na in je vrije tijd moet oplossen en dan met een collega contact opnemen, want hier is daar precies niet zoveel tijd meer voor. (An, thuisverpleegkundige)

Vervolgens verwijzen de geïnterviewden naar de gebrekkige **verankering** van zelfmanagementondersteuning in de keten van de gezondheidszorg. Zo vindt één van de geïnterviewden het noodzakelijk om een maatschappelijke draagvlak voor zelfmanagementondersteuning te creëren, waarbij de principes hiervan via verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers, zoals huisartsen, kunnen doorsijpelen naar de patiënten. Een andere geïnterviewde voegt hieraan toe dat de overheid navormingen en erkende opleidingen zou moeten inrichten zodat verpleegkundigen de principes en methodieken van zelfmanagementondersteuning kunnen aanleren.

Tot slot blijkt uit de interviews dat verpleegkundigen nood hebben aan een praktische vertaling van wetenschappelijk **onderzoek** naar zelfmanagementondersteuning en aan praktische modellen rond zelfmanagement meer in het algemeen. Volgens de geïnterviewden is het noodzakelijk om dergelijke informatie niet alleen in de vorm van bijscholingen aan te bieden, maar te integreren in de basisopleidingen verpleegkunde.

2.4. Tussentijdse conclusie

Op basis van de face-to-face interviews zochten we een antwoord op de drie onderzoeksvragen die in dit onderzoek centraal staan. Voor onderzoeksvraag 2 en 3 bouwden we verder op de bevindingen die uit de focusgroep naar voren kwamen.

De eerste onderzoeksvraag is de volgende: **hoe vullen verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zelf in?** Deze onderzoeksvraag deelden we op in twee deelonderzoeksvragen, waarbij een eerste deelvraag inging op de betekenis die verpleegkundigen verlenen aan zelfmanagementondersteuning en een tweede op de manier waarop verpleegkundigen in de praktijk zelfmanagementondersteuning bieden.

Verpleegkundigen blijken amper vertrouwd te zijn met het concept zelfmanagement(ondersteuning). Vaak hebben ze zich wel een idee gevormd van wat ermee bedoeld wordt, maar verkiezen ze andere termen (die er nochtans van verschillen), zoals zelfzorg, eigenzorg en zelfredzaamheid. Niettemin vinden verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zinvol, omwille van de tijdsbesparing en voldoening die ze eruit halen. Een patiënt die zichzelf kan managen zou ook een groter gevoel van eigenwaarde en onafhankelijkheid hebben, en financieel voordeliger zijn voor de samenleving.

Doorgaans schrijven verpleegkundigen twee doelen toe aan zelfmanagementondersteuning: de patiënt aanleren om zichzelf te verzorgen, te voeden en (in beperkte mate) te verplaatsen enerzijds, en de patiënt medisch zelfmanagement bijbrengen anderzijds. Deze ondersteuning bij medisch zelfmanagement wordt in de praktijk vrij eng ingevuld: de patiënt wordt aangeleerd om medicatie op een correcte manier in te nemen en wordt voorbereid om eenvoudige problemen op te lossen, zoals nevenwerkingen. Zelden wordt zelfmanagementondersteuning gehanteerd als tool om patiënten emotioneel en sociaal zelfmanagement bij te brengen, onder meer omdat de verpleegkundigen dit niet als hun taak beschouwen, maar eerder die van psychologen en andere zorgverleners.

Zelfmanagement ondersteunende interventies blijken vaak een kwestie van persoonlijke intuïtie en voorkeur van de verpleegkundige te zijn. Doorgaans is geen sprake van een echt instrument of model om zelfmanagement te ondersteunen, op een zeldzame verpleegkundige na die de zelfzorgtheorie van Orem (1971) of de zelfmanagementinzichten van Lorig (2001) aanhaalt. Vooral thuisverpleegkundigen beroepen zich op hun persoonlijke voorkeuren, terwijl ziekenhuisverpleegkundigen in het beste geval nog kunnen steunen op een gemeenschappelijke teamvisie. De algemene teneur luidt dat verpleegkundigen het belangrijk vinden om te vertrekken vanuit de mogelijkheden en wensen van de patiënt om zelfmanagement te ondersteunen. Deze

ondersteuning gebeurt op verschillende momenten in het zorgproces en op uiteenlopende locaties (doorgaans thuis of in het ziekenhuis). Sommige verpleegkundigen maken zelfmanagementondersteuning integraal onderdeel van de dagelijkse verzorging, terwijl anderen er aparte sessie voor voorzien.

Met de tweede onderzoeksvraag beoogden we **de competenties in kaart te brengen die verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagementondersteuning te bieden**. De interviews brachten grotendeels dezelfde competenties aan het licht als de focusgroep, maar gaven er wel een vollediger en meer gedetailleerd zicht op. We bespraken deze competenties volgens de driedeling die we ook hanteerden voor de opmaak van het literatuuroverzicht en bij de analyse van de focusgroep, namelijk kennis, vaardigheden en attitude. We waren ons op voorhand ervan bewust dat het op die manier opdelen van competenties artificieel is. Wanneer we de empirische bevindingen integreren (zie 3), zullen we de competenties dan ook weer in hun geheel bespreken. Opvallend vaak vertelden de geïnterviewden dat een verpleegkundige pas goed kan zijn in zelfmanagementondersteuning als hij of zij een goede verpleegkundige meer in het algemeen is. Toch kwamen doorheen de interviews heel wat competenties aan bod die specifiek zijn voor zelfmanagementondersteuning.

De geïnterviewden zijn in de eerste plaats van mening dat verpleegkundigen zelfmanagement pas kunnen ondersteunen als ze voldoende kennis hebben van een aantal domeinen. Zo wordt gewezen op het belang van kennis van zelfmanagementondersteuning (theoretisch, maar ook praktisch, bv. van motivationeel interviewen), de menselijke anatomie en de chronische aandoening waaraan de patiënten lijden waarmee ze in contact komen, de therapie die de chronisch zieke volgt, psychologische kennis en kennis van de eigen afdeling en de inbedding ervan in het ziekenhuis, de interne en externe diensten die complementair zijn aan het verpleegkundig werk in het ziekenhuis (bv. diëtisten, ergotherapeuten, logopedisten en thuisverpleegkundige), de hulpmiddelen die ingezet kunnen worden om zelfmanagement te ondersteunen, de manier waarop dit materiaal kan aangekocht of gehuurd worden en de eventuele tegemoetkomingen waar de patiënt in dat kader recht op heeft. Verder wijzen de geïnterviewden erop dat kennis van de gezondheidszorg als systeem ook cruciaal is om zelfmanagement te ondersteunen.

Wat vaardigheden betreft, vermeldden de geïnterviewden het belang van advies- en informatieverstrekking. Zo zouden verpleegkundigen hun patiënten moeten inlichten over het belang van zelfmanagement en het verloop van de ondersteuning ervan, over hun aandoening, de behandeling ervan, inclusief medicatiegebruik en eventuele bijwerkingen, de implicaties van de ziekte voor het dagelijks leven en een gezonde levensstijl in het algemeen. Ook zouden de hulpmiddelen die zelfmanagement kunnen

vereenvoudigen, besproken moeten worden, net als eventuele financiële tegemoetkomingen en relevante diensten. Verpleegkundigen zouden patiënten ook vaardigheden moeten aanleren die voor zelfmanagementondersteuning relevant zijn, zoals praktische vaardigheden die de zelfstandigheid en het dagelijkse functioneren van de patiënt bevorderen, medische vaardigheden (bv. correcte inname van medicatie), technische vaardigheden (bv. het aanbrengen van medisch materiaal), het leren herkennen van problemen en hiermee samenhangend het aanleren van probleemoplossend vaardigheden. Samenwerken met de patiënt, diens omgeving, collega's, multidisciplinaire partners, artsen en externe partners is eveneens een belangrijke verpleegkundige competentie in het kader van zelfmanagementondersteuning. Uit de interviews blijkt dat de grens tussen samenwerken en doorverwijzen doorgaans erg dun is. Verder blijkt duidelijk dat verpleegkundigen goede organisatoren en coördinatoren dienen te zijn om zelfmanagement te ondersteunen, bijvoorbeeld om informatie te registreren, problemen op te lossen en samen te werken met andere partners. Omdat zelfmanagementondersteuning als een continu proces beschouwd dient te worden, is opvolgen ook een belangrijke verpleegkundige competentie, waarvoor verpleegkundigen bepaalde instrumenten nodig hebben, zoals een elektronisch dossier. Goede gespreksvaardigheden zijn onmisbaar om zelfmanagement te ondersteunen, in functie van contacten met patiënten maar ook voor de samenwerking met collega's en andere betrokken partijen. Zo wordt gepleit voor een toegankelijke manier van communiceren, die inspeelt op het communicatieniveau van de patiënt en een evenwicht tussen luisteren en spreken biedt. Kennis van gevorderde gesprekstechnieken, zoals motivationeel interviewen, wordt als een extra troef gezien. Gespreksvaardigheden zijn trouwens noodzakelijk voor tal van andere vaardigheden, zoals informeren, adviseren, samenwerken en coachen. De sociale en interpersoonlijke vaardigheid die de geïnterviewden het vaakst aanhalen, is empathie. Ook het inschatten van de mogelijkheden van de patiënt op het vlak van zelfmanagement, het aangaan van een goede relatie met de patiënt, assertiviteit, de capaciteit om zelfstandig maar ook in teamverband te werken en het opnemen van verantwoordelijkheid worden vermeld. Sociale en interpersoonlijke vaardigheden hangen opnieuw samen met andere vaardigheden, zoals samenwerken en het hebben van gespreksvaardigheden. Ze zijn ook gerelateerd aan coaching, hoewel de geïnterviewden weinig concrete voorbeelden geven van coaching in de context van zelfmanagementondersteuning. Coaching houdt onder meer in dat de verpleegkundige de patiënt ondersteunt om de doelen te bereiken die in gezamenlijk overleg bepaald werden en hem of haar hierbij motiveert. Ondanks de nadruk op positieve vormen van begeleiding, merkten we hier en daar op dat de geïnterviewden coaching een meer negatieve invulling geven, door de nadruk te leggen op controle. Opnieuw zijn tal van andere competenties van belang voor coaching, zoals

sociale en interpersoonlijke vaardigheden, gespreksvaardigheden, educatieve vaardigheden en de attitude van de verpleegkundige. Een laatste type vaardigheden dat volgens de geïnterviewden noodzakelijk is voor zelfmanagementondersteuning, zijn didactische vaardigheden. Didactische vaardigheden zouden vooral van belang zijn om de patiënt de nodige informatie en het gepaste advies te verstrekken om tot zelfmanagement te komen, vaardigheden aan te leren en te coachen. Steeds zouden de behoeftes van de patiënt hierbij centraal moeten staan, zowel naar inhoud als naar vorm toe.

Tot slot beschreven de geïnterviewden de attitude die passend is voor een effectieve zelfmanagementondersteuning. Verpleegkundigen zouden het belang van zelfmanagement moeten inzien, voor zichzelf, de patiënt en de maatschappij in het algemeen. Ook zou de verpleegkundige moeten overtuigd zijn van de capaciteit van de patiënt om aan zelfmanagement te doen, de patiënt niet mogen veroordelen wanneer deze niet (onmiddellijk) tot zelfmanagement komt en moeten kunnen aanvaarden dat de patiënt er eventueel voor kiest om niet of slechts tot op bepaalde hoogte aan zelfmanagement te doen. Meer in het algemeen zou de verpleegkundige de behoeftes van de patiënt centraal moeten stellen.

De derde onderzoeksvraag betrof het **in kaart brengen van de randvoorwaarden die bijdragen tot het bieden van zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen (hefbomen) en de randvoorwaarden die dit verhinderen (barrières)**.

In de eerste plaats kwam uit de interviews naar voor dat zelfmanagementondersteuning integraal deel dient uit te maken van het verpleegkundig werk om een kans op slagen te hebben. Dit betekent dat verpleegkundigen tijd moeten kunnen (bv. doordat de organisatie zelfmanagementondersteuning als deel van de werkplanning beschouwt) en willen (bv. doordat ze zelf hun takenpakket anders invullen) vrijmaken om aan zelfmanagementondersteuning te doen.

Ook blijkt duidelijk dat de collega's en leidinggevende een belangrijke rol spelen in het faciliteren of bemoeilijken van zelfmanagementondersteuning, bijvoorbeeld omdat ze kunnen zorgen voor de totstandkoming van een gemeenschappelijke visie rond zelfmanagementondersteuning en emotionele en praktische steun bieden.

De steun die uitgaat van de organisatie is eveneens van groot belang. Zo zou de organisatie een duidelijke en centrale plaats moeten geven aan zelfmanagementondersteuning. Dit kan onder meer door verpleegkundigen de nodige tijd te geven om aan zelfmanagementondersteuning te doen en hiervoor financiële inspanningen te doen (al worden de financiële marges ook op overheidsniveau bepaald), bijvoorbeeld door het volgen van navormingen te stimuleren en educatief materiaal en

medische hulpmiddelen aan te kopen. De organisatie kan ook zelfmanagementondersteuning bevorderen door te zorgen voor een duidelijke visie hierrond.

De interviews benadrukken het belang van inter- en multidisciplinaire samenwerking voor zelfmanagementondersteuning. Multidisciplinaire teams – teams van zorgverleners en anderen die betrokken zijn bij de patiëntenzorg, zoals verpleegkundigen, artsen, diëtisten, kinesisten en maatschappelijk assistenten - zouden een bijzonder centrale rol spelen, omdat ze de mogelijkheid bieden om probleemgevallen te bespreken.

De geïnterviewde verpleegkundigen geven verder aan dat patiënten de nodige steun uit hun omgeving moeten krijgen, om zelfmanagementondersteuning te doen slagen. Vooral de rol van de partner en dichte familie wordt benadrukt. In deze context wordt eveneens aangehaald dat contact met lotgenoten van belang is, zeker indien de thuisomgeving niet de nodige steun kan bieden.

Uit de interviews blijkt dat niet alleen steun van externen noodzakelijk is om zelfmanagementondersteuning mogelijk te maken. Verpleegkundigen achten eveneens een aantal randvoorwaarden noodzakelijk die zich hoofdzakelijk bij de patiënt situeren. Zo zou de patiënt specifieke competenties behoeven om zelfmanagementondersteuning een kans op slagen te geven, zoals medische basiskennis en motivatie en bereidheid om zich in te spannen om aan zelfmanagement te doen. Een belangrijke taak van verpleegkundigen bestaat erin om – indien noodzakelijk - met de patiënt te werken aan een attitudewijziging, zodat hij of zij ontvankelijk wordt voor zelfmanagementondersteuning. Wel zijn er volgens de geïnterviewden bepaalde patiëntengroepen die moeilijk tot zelfmanagement gebracht kunnen worden, zoals dementerenden.

De geïnterviewden vinden het belangrijk dat zelfmanagementondersteuning een plaats krijgt binnen de basisopleiding en navormingen. Omdat de principes van zelfmanagementondersteuning weinig aan bod lijken te komen tijdens de basisopleiding, vinden ze de mogelijkheid om (interne of externe) permanente vormingen te volgen een absolute voorwaarde om zelfmanagement grondig te kunnen ondersteunen. Uit de interviews blijkt eveneens dat het ondersteunen van zelfmanagement de nodige verpleegkundige ervaring vereist, of minstens bereidheid om hierin ervaring op te doen.

De nodige hulpmiddelen moeten aanwezig zijn om effectieve zelfmanagementondersteuning te kunnen bieden. Deze hulpmiddelen betreffen in de eerste plaats technologische hulpmiddelen, voornamelijk ICT, bijvoorbeeld om het zelfmanagementproces te monitoren en de patiënt te motiveren. Ook (bestaand of zelf ontwikkeld) educatief materiaal is een belangrijk hulpmiddel om zelfmanagement te ondersteunen, net als medisch hulpmateriaal (zoals dozen waarin medicatie op voorhand

kan gedoseerd worden). Een aangepaste ruimte om zelfmanagement ondersteunende gesprekken te voeren, is ook aangewezen.

Een cruciaal punt om zelfmanagementondersteuning te doen slagen, bestaat volgens de geïnterviewden in de overdracht van informatie tussen de verschillende partijen die hierbij betrokken zijn. Zowel informatie-uitwisseling tussen verpleegkundigen binnen hetzelfde team of dezelfde organisatie als tussen verpleegkundigen en andere partijen binnen de eigen organisatie (bv. artsen, diëtisten, kinesisten en psychologen) en verpleegkundigen en diensten buiten de organisatie (bv. rust- en verzorgingstehuizen en de huisarts van de patiënt), is van belang is voor zelfmanagementondersteuning. Ook blijken verpleegkundigen informatie uit te wisselen met de omgeving van de patiënt, zoals de partners en familieleden, en deze wel eens als informatiebron te gebruiken.

De geïnterviewden wijzen tot slot op een aantal macrofactoren die een belangrijke hefboom of hindernis kunnen vormen, factoren die zich alle situeren op een niveau dat de organisatie (ziekenhuis of thuisverpleging) overstijgt. Zo wordt verwezen naar de impact van de financiering van ziekenhuizen en organisaties voor thuisverpleging op zelfmanagementondersteuning. Zo beperkt deze financiering de duurtijd van zorgprocessen, waardoor zelfmanagementondersteuning – wat doorgaans wat tijd vraagt – te weinig plaats kan krijgen. Ook zorgt deze financiering ervoor dat de financiële tegemoetkoming die thuisverpleegkundigen krijgen voor zelfmanagementondersteuning, beperkt wordt tot diabeteseducatie. Zelfmanagementondersteuning heeft niet alleen voor de verpleegkundigen, maar ook voor patiënten financiële implicaties, bijvoorbeeld omdat ze geacht worden om bepaalde – vaak dure – medische hulpmiddelen zelf aan te schaffen. Hierbij aansluitend wordt gewezen op een aantal verplichtingen van de overheid (eventueel gekoppeld aan financiering) die zelfmanagementondersteuning kunnen belemmeren, zoals de verplichte opvang van patiënten die moeilijk tot zelfmanagement gebracht kunnen worden of de verplichte organisatie van patiëntenbesprekingen. De gebrekkige verankering van zelfmanagementondersteuning in de keten van de gezondheidszorg vormt eveneens een knelpunt, onder meer omdat verpleegkundigen hierdoor weinig gestimuleerd zouden worden om zich bij te scholen op het vlak van zelfmanagementondersteuning. Tot slot geven de verpleegkundigen aan dat ze nood hebben aan een praktische vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar zelfmanagementondersteuning en aan praktische modellen rond zelfmanagement meer in het algemeen.

3. Integratie van de empirische resultaten

Om een antwoord te formuleren op de drie centrale onderzoeksvragen, voerden we een empirisch onderzoek uit, gebaseerd op de literatuurstudie. Dit empirisch onderzoek bestond uit twee fases. Eerst hielden we een focusgroepgesprek met acht verpleegkundigen, gespecialiseerd in zelfmanagementondersteuning, om de competenties en randvoorwaarden nodig voor zelfmanagementondersteuning in kaart te brengen. Vervolgens verfijnden we de bevindingen die uit deze focusgroep naar voor kwamen aan de hand van twaalf face-to-face interviews met verpleegkundigen die dagelijks in contact komen met chronisch zieken, maar niet noodzakelijk bedreven zijn in het ondersteunen van zelfmanagement. Doel was om via deze interviews een zicht te krijgen op de nodige competenties en randvoorwaarden, maar ook op de huidige stand van zaken, en dus op de manier waarop verpleegkundigen momenteel omgaan met zelfmanagementondersteuning. In dit deel integreren we de resultaten die de focusgroep en de face-to-face interviews aan het licht brachten.

De eerste onderzoeksvraag naar **de invulling van zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen** werd hoofdzakelijk beantwoord op basis van de face-to-face interviews. Deze onderzoeksvraag deelden we op in twee deelonderzoeksvragen, waarbij een eerste deelvraag inging op de betekenis die verpleegkundigen verlenen aan zelfmanagementondersteuning en een tweede op de manier waarop verpleegkundigen in de praktijk zelfmanagementondersteuning bieden.

Verpleegkundigen blijken amper vertrouwd te zijn met het concept zelfmanagement(ondersteuning). Vaak hebben ze zich wel een idee gevormd van wat ermee bedoeld wordt, maar verkiezen ze andere termen (die er nochtans van verschillen), zoals zelfzorg, eigenzorg en zelfredzaamheid. Niettemin vinden verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zinvol, omwille van de tijdsbesparing en voldoening die ze eruit halen. Een patiënt die zichzelf kan managen zou ook een groter gevoel van eigenwaarde en onafhankelijkheid hebben, en financieel voordeliger zijn voor de samenleving.

Doorgaans schrijven verpleegkundigen twee doelen toe aan zelfmanagementondersteuning: de patiënt aanleren om zichzelf te verzorgen, te voeden en (in beperkte mate) te verplaatsen enerzijds, en de patiënt medisch zelfmanagement bijbrengen anderzijds. Deze ondersteuning bij medisch zelfmanagement wordt in de praktijk vrij eng ingevuld: de patiënt wordt aangeleerd om medicatie op een correcte manier in te nemen en wordt voorbereid om eenvoudige problemen op te lossen, zoals nevenwerkingen. Zelden wordt zelfmanagementondersteuning gehanteerd als tool om patiënten emotioneel en sociaal zelfmanagement bij te brengen, onder meer omdat de

verpleegkundigen dit niet als hun taak beschouwen, maar eerder die van psychologen en andere zorgverleners.

Zelfmanagement ondersteunende interventies blijken vaak een kwestie van persoonlijke intuïtie en voorkeur van de verpleegkundige te zijn. Doorgaans is geen sprake van een echt instrument of model om zelfmanagement te ondersteunen, op een zeldzame verpleegkundige na die de zelfzorgtheorie van Orem (1971) of de zelfmanagementinzichten van Lorig (2001) aanhaalt. Vooral thuisverpleegkundigen beroepen zich op hun persoonlijke voorkeuren, terwijl ziekenhuisverpleegkundigen in het beste geval nog kunnen steunen op een gemeenschappelijke teamvisie. De algemene teneur luidt dat verpleegkundigen het belangrijk vinden om te vertrekken vanuit de mogelijkheden en wensen van de patiënt om zelfmanagement te ondersteunen. Deze ondersteuning gebeurt op verschillende momenten in het zorgproces en op uiteenlopende locaties (doorgaans thuis of in het ziekenhuis). Sommige verpleegkundigen maken zelfmanagementondersteuning integraal onderdeel van de dagelijkse verzorging, terwijl anderen er aparte sessie voor voorzien.

De tweede en derde onderzoeksvraag betrof **het in kaart brengen van de competenties en randvoorwaarden die nodig zijn voor zelfmanagementondersteuning**. Deze onderzoeksvragen kunnen we beantwoorden door de resultaten van de focusgroep en de face-to-face interviews samen te leggen.

We kwamen tot een uitgebreide lijst van competenties (bv. gespreksvaardigheden, didactische vaardigheden, informeren, vaardigheden aanleren, coachen) en randvoorwaarden (bv. steun van verschillende partijen, financiering door de overheid, beschikbaarheid van hulpmiddelen). Uit de analyses blijkt duidelijk dat verschillende competenties en randvoorwaarden nauw met elkaar verbonden zijn. Zo zouden gespreksvaardigheden onder meer gelinkt zijn aan adviesverlening en informatieverstrekking, empathie, coaching en een gepaste attitude. Wat de randvoorwaarden betreft, bleek de steun van de organisatie een element te zijn dat herhaaldelijk terugkomt, bijvoorbeeld bij het vormen van een gemeenschappelijke visie rond zelfmanagementondersteuning, het voorzien van tijd voor zelfmanagementondersteuning en het aanbieden van hulpmiddelen en een gepaste infrastructuur. Omwille van de sterke samenhang tussen competenties en randvoorwaarden hebben we ervoor gekozen om deze te integreren in clusters van competenties enerzijds en clusters van randvoorwaarden anderzijds. Hierbij verlaten we ook de artificiële driedeling (in kennis, vaardigheden en attitude) die we om pragmatische redenen hanteerden om de competenties te analyseren.

De specifieke competenties die verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagement te

ondersteunen, kunnen gebundeld worden in vijf clusters.

Een eerste competentiecluster kan omschreven worden als *het overdragen van informatie en kennis*, naar de patiënt, maar ook naar andere partijen, zoals andere zorgverleners. Informatie- en kennisoverdracht begint bij de informatie en kennis die verpleegkundigen hebben, bijvoorbeeld over ziekte, behandeling en medische hulpmiddelen, maar ook over de principes van zelfmanagementondersteuning. Sociale, educatieve en communicatieve vaardigheden zijn noodzakelijk om de boodschap efficiënt en correct over te brengen. De verpleegkundige moet hierbij inspelen op de behoeftes van de patiënt.

Een tweede cluster omvat competenties die verwijzen naar *het aanleren van vaardigheden aan de patiënt*, zoals technische en medische vaardigheden en probleemoplossing. Ook hier is het noodzakelijk dat de verpleegkundige de nodige kennis, sociale, communicatieve en educatieve vaardigheden bezit. Dit vraagt van de verpleegkundige de nodige dosis geduld en geloof in het kunnen van de patiënt.

Samenwerken met de patiënt en diens omgeving is een derde cluster. Verpleegkundigen dienen over de juiste sociale (bv. empathie) en communicatieve vaardigheden te beschikken om patiënten te coachen en te motiveren om tot de gezamenlijk gestelde doelen te komen, liefst in samenwerking met hun omgeving. Indien nodig, verwijst de verpleegkundige de patiënt door naar interne of externe partners. Een goede opvolging van het zelfmanagementproces is dan ook nodig. Samenwerking is alleen maar mogelijk als de verpleegkundige de wil van de patiënt centraal stelt en zijn of haar keuzes respecteert. Het uitbouwen van een partnerschapsrelatie met de patiënt staat hierbij centraal.

Bij *samenwerken met andere zorgverleners* staat de overdracht van informatie en kennis centraal. Deze samenwerking vraagt van de verpleegkundige dan ook de competenties die we in dat kader vermelden, maar ook competenties, zoals organiseren, coördineren, anticiperen, opvolgen, assertief zijn en bereid zijn om van elkaar te leren.

Relationele vaardigheden is een vijfde competentiecluster, die het fundament vormt van de overige vier. Sociale, educatieve en communicatieve vaardigheden zijn noodzakelijk om de boodschap efficiënt en correct over te brengen naar de patiënt en andere partijen.

De nodige randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning kunnen eveneens ondergebracht worden in vijf clusters.

Een eerste cluster van randvoorwaarden kan samengevat worden onder de noemer *gemeenschappelijk draagvlak*. Het is noodzakelijk dat het eigen team en de eigen organisatie, maar ook andere zorgverleners, de visie op zelfmanagementondersteuning delen. Dit kan door zelfmanagementondersteuning voldoende te integreren in de

verpleegkundige basisopleiding en navormingen, de team- en organisatievisie hierop te expliciteren (bv. door verpleegkundigen te stimuleren om opleidingen te volgen), samenwerkingsverbanden op te zetten en zelfmanagementondersteuning op overheidsniveau beter te integreren in de gezondheidszorg.

Een aantal randvoorwaarden situeren zich op het vlak van de *medewerking van de patiënt en diens omgeving*. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld van mening dat de patiënt gemotiveerd dient te zijn om aan zelfmanagement te doen en competenties te verwerven die daarvoor relevant zijn, zoals medische basiskennis. De partner en nabije omgeving van de patiënt wordt een belangrijke rol toebedeeld, omdat ze de patiënt kunnen motiveren om aan zelfmanagement te doen.

Tools voor kennis- en informatieoverdracht vormen een derde cluster van randvoorwaarden. Educatief materiaal, medische hulpmiddelen, ICT-uitrusting en een aangepaste ruimte (bv. om gesprekken met patiënten te houden) zijn in dat kader onmisbaar. Ook goede samenwerkingsverbanden met partners van de eigen en andere organisaties zijn cruciaal.

Een aantal randvoorwaarden heeft te maken met de *organisatie van de verpleegkundige zorg*. Zo is het noodzakelijk dat verpleegkundigen bepaalde routines achterwege kunnen laten, zodat ze meer tijd overhouden voor zelfmanagementondersteuning. De organisatie dient verpleegkundigen voldoende vrijheid te geven om hun takenpakket – inclusief zelfmanagementondersteuning – zelf te plannen.

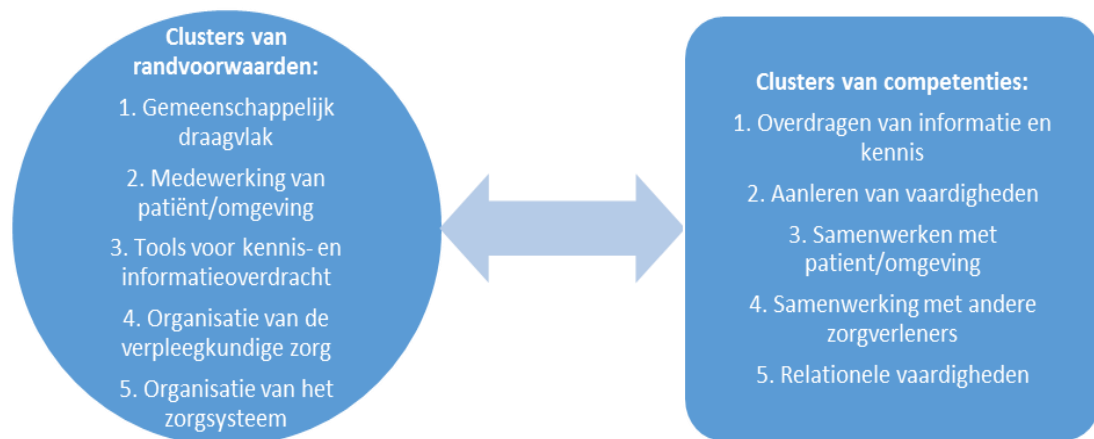
De *organisatie van het zorgsysteem* zou ervoor kunnen zorgen dat de organisatie van de verpleegkundige zorg beter afgestemd is op het bieden van zelfmanagementondersteuning. Door voldoende financiering te voorzien kan het personeelstekort opgevangen worden, zodat verpleegkundigen voldoende tijd overhouden om aan zelfmanagementondersteuning te doen. Verpleegkundigen zijn vragende partij voor een minder prestatiegericht financieringssysteem en een soepele regulering van hun takenpakket.

Niet alleen de verschillende competenties en de verschillende randvoorwaarden zijn met elkaar verbonden, maar ook de competenties en randvoorwaarden onderling. Zo wijzen de resultaten erop dat de aanwezigheid van de randvoorwaarden de eerste noodzakelijke stap vormt om zelfmanagementondersteuning te bieden. Pas als deze randvoorwaarden voldoende aanwezig zijn, zou gefocust kunnen worden op de competenties voor zelfmanagementondersteuning. Bijvoorbeeld, het informeren van de patiënt zou pas ten volle mogelijk zijn als verpleegkundigen over de nodige didactische materialen beschikken en een aparte gespreksruimte kunnen gebruiken. De impact is ook omgekeerd: competenties hebben namelijk een invloed op de randvoorwaarden.

Bijvoorbeeld, het beschikbaar maken van tijd voor zelfmanagementondersteuning ligt deels in handen van de verpleegkundige zelf, die bereid moet zijn om een andere invulling te geven aan zijn/haar takenpakket. Meer nog dan uit de literatuur bleek, toont de analyse dus duidelijk aan dat het een complexe zaak is om de competenties en randvoorwaarden in kaart te brengen die verpleegkundigen nodig hebben voor zelfmanagementondersteuning, onder meer omwille van de sterke samenhang tussen de verschillende competenties en randvoorwaarden.

Onderstaande figuur geeft een schematisch overzicht van de geïdentificeerde clusters en de interactie tussen randvoorwaarden en competenties.

Figuur 3. Overzicht van de geïdentificeerde clusters van competenties en randvoorwaarden



Hoewel dit niet tot de kern van de tweede en derde onderzoeksvraag behoorde, bood het empirisch onderzoek ook informatie over de huidige stand van zaken op het vlak van competenties en randvoorwaarden (en niet alleen over de *nodige* competenties en randvoorwaarden). Opvallend is het grote verschil dat blijkt te bestaan tussen de competenties en randvoorwaarden die nodig zijn enerzijds en de actuele toestand ervan anderzijds. Hierna lichten we een aantal van de interessantste bevindingen op dat vlak toe.

Wat de competenties betreft, stelden we in de eerste plaats vast dat samenwerken met andere zorgverleners zeer belangrijk gevonden wordt, maar in de praktijk vaak neerkomt op het uit handen geven van de patiënt en diens zelfmanagement. Van een echte samenwerking – waarbij het gaat om een wisselwerking tussen de verschillende partijen – is vaak geen sprake. Uit de analyses blijkt ook dat verpleegkundigen de patiënt onvoldoende centraal stellen (wat bijvoorbeeld blijkt uit feit dat het gezamenlijk stellen van doelen zelden spontaan als competentie vermeld wordt), ook al vinden ze dit heel belangrijk. Ook zijn ze van mening dat patiënten een ruim scala aan vaardigheden moet bijgebracht worden, zoals probleemoplossing, maar in de praktijk blijkt de nadruk te liggen op het aanleren van symptoommanagement. Sommige competenties, in het bijzonder coachen, motiveren en het stellen van doelen, worden wel belangrijk gevonden, maar kwamen niet spontaan bij de verpleegkundigen op. Het was pas nadat we zelf vroegen naar het belang van dergelijke competenties dat ze hierop ingingen. Bovendien blijkt uit verdere analyses dat coaching vaak zeer eng (en in oneigenlijke betekenis) wordt ingevuld, namelijk als het uitoefenen van controle op de patiënt. Bepaalde randvoorwaarden, zoals het gebrek aan tijd om aan zelfmanagementondersteuning te doen, werden dan weer heel frequent spontaan vermeld. In bepaalde gevallen haalden de verpleegkundigen elementen aan die ze als randvoorwaarden identificeerden, maar volgens verdere analyses sterk samen bleken te hangen met de verpleegkundige competenties. Een voorbeeld: verpleegkundigen zagen de organisatie van het verpleegkundig werk – waarbinnen weinig tijd over zou blijven voor zelfmanagementondersteuning – vaak als een randvoorwaarde die zelfmanagementondersteuning belemmert. Nochtans kan een meer zelfkritische attitude – een attitude die inhoudt dat verpleegkundigen openstaan voor het achterwege laten van bepaalde routines – de negatieve impact van deze randvoorwaarde doen afnemen. Ook op andere vlakken blijkt de attitude een belemmering te vormen voor zelfmanagementondersteuning, zelfs al schrijven verpleegkundigen dit toe aan het gebrek aan andere competenties of randvoorwaarden. Een attitude van openheid ten aanzien van zelfmanagementondersteuning, bereidheid om het ruimer te zien dan de ondersteuning van medisch zelfmanagement, geloof in de mogelijkheden van de patiënt en aanvaarding van diens keuzes zou bijvoorbeeld de basis kunnen vormen voor andere

noodzakelijke competenties, of verpleegkundigen kunnen aansporen om zich bij te scholen in competenties waar ze zich minder sterk in voelen.

Aanbevelingen

In het laatste deel van dit rapport formuleren we enkele aanbevelingen voor de praktijk, het beleid en het wetenschappelijk onderzoek.

1. 'Aanspreken' van de individuele verpleegkundige

Uit ons onderzoek blijkt dat het ontbreken van competenties en randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning soms (gedeeltelijk) te maken hebben met de houding van de verpleegkundige ten aanzien van zelfmanagementondersteuning. Belangrijk is dan ook dat verpleegkundigen de juiste attitude bijgebracht wordt, een attitude van openheid ten aanzien van zelfmanagementondersteuning, bereidheid om het ruimer te zien dan de ondersteuning van medisch zelfmanagement, geloof in de mogelijkheden van de patiënt en aanvaarding van diens keuzes. Omdat zelfmanagementondersteuning gestoeld is op samenwerking met de patiënt en andere partners, is het noodzakelijk om ook hen bewust te maken van de betekenis en het belang ervan. Een dergelijke attitude legt naar onze mening de basis voor andere noodzakelijke competenties, of spoort verpleegkundigen aan om zich bij te scholen in competenties waar ze zich minder sterk in voelen.

2. Voorzien van (na)vorming

Om verpleegkundigen de kans te geven om zich bij te scholen, is een geschikt aanbod aan vormingen vanzelfsprekend cruciaal. Ons onderzoek heeft uitgewezen dat verpleegkundigen behoefte ervaren aan specifieke (na)vorming gericht op zelfmanagementondersteuning. Blijkbaar vinden ze moeilijk hun weg naar de bestaande vormingen, die bovendien vaak slechts focussen op een deelaspect van zelfmanagementondersteuning (bv. motivationeel interviewen). We bevelen dan ook aan om zelfmanagementondersteuning integraal deel te laten worden van de verpleegkundige basisopleiding en toegankelijke navormingen te voorzien. We nemen deze aanbeveling alvast zelf ter harte door in de nabije toekomst een navorming uit te werken, gebaseerd op dit onderzoek, en de nodige stimulans te bieden om zelfmanagementondersteuning een duidelijke plaats te geven binnen de verschillende opleidingsonderdelen van de opleiding verpleegkunde.

3. Stimuleren van zelfmanagementondersteuning in team en op organisatieniveau

Zelfmanagementondersteuning is niet alleen een taak van de individuele verpleegkundige, maar ook van dienst team of organisatie. Het team en de organisatie moeten gestimuleerd worden om zelfmanagementondersteuning een centrale plaats te geven (bv. door visievorming hierrond te stimuleren), wat ook individuele verpleegkundigen zal aansporen om in te zetten op zelfmanagementondersteuning. Teamleden hebben trouwens mogelijk complementaire competenties, waardoor niet alle verantwoordelijkheid inzake zelfmanagementondersteuning bij een enkele zorgverlener terecht komt. Teams en organisaties kunnen ook een aantal randvoorwaarden helpen verbeteren. Het tijdsgebrek dat verpleegkundigen ervaren, kan ingeperkt worden door tijdrovende taken, zoals hygiënische zorgen, door te schuiven naar andere functieprofielen. Ook het gebruik van meer gestandaardiseerde instrumenten ter ondersteuning van zelfmanagement en het afstemmen van zelfmanagement ondersteunende taken binnen het team zouden tijdswinst kunnen opleveren.

4. Het betrekken van de overheid

Zelfmanagementondersteuning houdt niet alleen financiële voordelen in voor de maatschappij, maar heeft ook een belangrijke menselijke impact. Gebaseerd op de bevindingen van ons onderzoek formuleren we dan ook de aanbeveling om zelfmanagementondersteuning beter te integreren in de gezondheidszorg in het algemeen. Dit moet ertoe leiden dat niet alleen verpleegkundigen, maar ook andere zorgverleners en partners betrokken bij de zorg voor de patiënt, samen kunnen werken aan een geïntegreerde zelfmanagementondersteuning.

5. Toegankelijkheid en verspreiding van onderzoek naar zelfmanagementondersteuning

Ons onderzoek wijst op de noodzaak van een ruimere verspreiding van onderzoeksresultaten inzake zelfmanagementondersteuning. De verpleegkundigen wezen ook op de nood aan modellen die praktisch geïmplementeerd kunnen worden, of alleszins aan een betere verspreiding hiervan. Hierbij pleiten we dan ook voor een betere toegankelijkheid van de wetenschappelijke literatuur, waar verpleegkundigen niet steeds vlot hun weg in vinden.

Conclusie

Patiënten zijn goede zelfmanagers als ze in staat zijn om hun chronische ziekte in te passen in hun dagelijkse leven, wat concreet inhoudt dat ze de medische kant van hun ziekte kunnen managen, maar ook de sociale en emotionele gevolgen ervan (Lorig & Holman, 2003). Omdat het voor patiënten niet steeds evident is om deze rol als zelfmanager succesvol te vervullen, hebben ze nood aan steun. Zorgverleners kunnen deze steun bieden in de vorm van zelfmanagementondersteuning: het systematisch voorzien van educatie en ondersteunende interventies met als doel de competenties en het vertrouwen van de patiënt te verbeteren in het managen van gezondheidsproblemen. Omwille van hun centrale en laagdrempelige positie spelen verpleegkundigen een bijzonder belangrijke rol in het ondersteunen van zelfmanagement. Onderzoek toont zelfs aan dat verpleegkundigen de belangrijkste bron van zelfmanagementondersteuning zijn voor chronische zieken (Coster & Norman, 2009; Elissen et al., 2013). Zelfmanagementondersteuning vraagt echter veel van verpleegkundigen, die zich niet altijd voldoende gewapend voelen om dit aan patiënten te bieden. Zo missen ze wel eens de nodige competenties en ontbreken de randvoorwaarden om zelfmanagementondersteuning te faciliteren. Het doel van dit onderzoek was dan ook om na te gaan hoe verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning invullen (onderzoeksvraag 1), en om in kaart te brengen welke competenties (onderzoeksvraag 2) en randvoorwaarden (onderzoeksvraag 3) verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagementondersteuning te bieden. De focus lag op de situatie in Vlaanderen, waar tot nu toe weinig informatie over bekend is.

Na een uitgebreide literatuurstudie verzamelden we **data** bij twee groepen verpleegkundigen. Begin 2015 organiseerden we een focusgroepgesprek waaraan acht ziekenhuis- en thuisverpleegkundigen deelnamen, elk met expertise op het vlak van zelfmanagementondersteuning binnen de chronische zorg. Vervolgens namen we individuele interviews af met 12 verpleegkundigen, met verschillende profielen, die dagelijks in contact komen met chronisch zieken.

Ter beantwoording van de eerste onderzoeksvraag naar **de invulling van zelfmanagementondersteuning door verpleegkundigen**, bleken volgende resultaten naar voor te komen.

Verpleegkundigen blijken amper vertrouwd te zijn met het concept zelfmanagement(ondersteuning). Vaak hebben ze zich wel een idee gevormd van wat ermee bedoeld wordt, maar verkiezen ze andere termen (die er nochtans van verschillen), zoals zelfzorg, eigenzorg en zelfredzaamheid. Niettemin vinden

verpleegkundigen zelfmanagementondersteuning zinvol, omwille van de tijdsbesparing en voldoening die ze eruit halen. Een patiënt die zichzelf kan managen zou ook een groter gevoel van eigenwaarde en onafhankelijkheid hebben, en financieel voordeliger zijn voor de samenleving.

Doorgaans schrijven verpleegkundigen twee doelen toe aan zelfmanagementondersteuning: de patiënt aanleren om zichzelf te verzorgen, te voeden en (in beperkte mate) te verplaatsen enerzijds, en de patiënt medisch zelfmanagement bijbrengen anderzijds. Deze ondersteuning bij medisch zelfmanagement wordt in de praktijk vrij eng ingevuld: de patiënt wordt aangeleerd om medicatie op een correcte manier in te nemen en wordt voorbereid om eenvoudige problemen op te lossen, zoals nevenwerkingen. Zelden wordt zelfmanagementondersteuning gehanteerd als tool om patiënten emotioneel en sociaal zelfmanagement bij te brengen, onder meer omdat de verpleegkundigen dit niet als hun taak beschouwen, maar eerder die van psychologen en andere zorgverleners.

Zelfmanagement ondersteunende interventies blijken vaak een kwestie van persoonlijke intuïtie en voorkeur van de verpleegkundige te zijn. Doorgaans is geen sprake van een echt instrument of model om zelfmanagement te ondersteunen, op een zeldzame verpleegkundige na die de zelfzorgtheorie van Orem (1971) of de zelfmanagementinzichten van Lorig (2001) aanhaalt. Vooral thuisverpleegkundigen beroepen zich op hun persoonlijke voorkeuren, terwijl ziekenhuisverpleegkundigen in het beste geval nog kunnen steunen op een gemeenschappelijke teamvisie.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 2 brachten we **de competenties** in kaart **die verpleegkundigen nodig hebben om zelfmanagement te ondersteunen**. Deze kunnen gebundeld worden in vijf clusters.

Een eerste competentiecluster kan omschreven worden als *het overdragen van informatie en kennis* over ziekte, behandeling, medische hulpmiddelen en de principes van zelfmanagementondersteuning.

Een tweede cluster omvat competenties die verwijzen naar *het aanleren van vaardigheden aan de patiënt*, zoals technische en medische vaardigheden en probleemoplossing.

Samenwerken met de patiënt en diens omgeving is een derde cluster. Samenwerking met de patiënt is alleen mogelijk als de verpleegkundige de wil van de patiënt centraal stelt en zijn keuzes respecteert. Het uitbouwen van een partnerschapsrelatie staat hierbij centraal. De verpleegkundige dient een goede relatie te onderhouden met de omgeving van de patiënt, zodat deze een aantal zelfmanagement ondersteunende taken kan overnemen of verderzetten.

Bij *samenwerken met andere zorgverleners* staat de overdracht van informatie en

kennis centraal. Deze samenwerking vraagt van de verpleegkundige competenties, zoals organiseren, coördineren, anticiperen, opvolgen, assertief zijn en bereid zijn om van elkaar te leren.

Relationele vaardigheden is een vijfde competentiecluster, die het fundament vormt van de overige vier. Sociale, educatieve en communicatieve vaardigheden zijn noodzakelijk om de boodschap efficiënt en correct over te brengen naar de patiënt en andere partijen.

Ter beantwoording van onderzoeksvraag 3 onderzochten we **welke randvoorwaarden een hefboom of belemmering vormen voor zelfmanagementondersteuning**. Ook de nodige randvoorwaarden voor zelfmanagementondersteuning kunnen ondergebracht worden in vijf clusters.

Een eerste cluster van randvoorwaarden kan samengevat worden onder de noemer *gemeenschappelijk draagvlak*. Het is noodzakelijk dat het team, de organisatie en andere zorgverleners de visie op zelfmanagementondersteuning delen (bv. via opleiding en samenwerkingsverbanden).

Een aantal randvoorwaarden situeren zich op het vlak van de *medewerking van de patiënt en diens omgeving*. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld van mening dat de patiënt gemotiveerd moet zijn om aan zelfmanagement te doen en competenties te verwerven die daarvoor relevant zijn, zoals medische basiskennis. De nabije omgeving van de patiënt wordt een belangrijke rol toebedeeld, omdat ze de patiënt kan motiveren om aan zelfmanagement te doen.

Tools voor kennis- en informatieoverdracht vormen een derde cluster. Educatief materiaal, medische hulpmiddelen, ICT-uitrusting, een aangepaste ruimte (bv. om gesprekken met patiënten te houden) en goede samenwerkingsverbanden zijn in dat kader onmisbaar.

Een aantal randvoorwaarden heeft te maken met de *organisatie van de verpleegkundige zorg*. Het is noodzakelijk dat verpleegkundigen bepaalde routines achterwege kunnen laten, zodat ze meer tijd overhouden voor zelfmanagementondersteuning. De organisatie dient verpleegkundigen voldoende vrijheid te geven om hun takenpakket – inclusief zelfmanagementondersteuning – zelf te plannen.

De *organisatie van het zorgsysteem* bepaalt mee hoe de verpleegkundige zorg is afgestemd op het bieden van zelfmanagementondersteuning. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld vragende partij voor een minder prestatiegericht financieringssysteem en een soepele regulering van hun takenpakket.

Op basis van de literatuurstudie en het empirisch onderzoek formuleerden we tot slot

enkele **aanbevelingen**. Zo is het aangewezen om een aantal maatregelen te nemen die de individuele verpleegkundige aanspreken, zoals het zorgen voor een attitudewijziging en het aanbieden van (na)vorming. Andere aanbevelingen situeren zich op een niveau dat de individuele verpleegkundige overstijgt: het team en de organisatie moeten gestimuleerd worden om zelfmanagementondersteuning een meer centrale plaats te geven, waartoe ook de overheid kan bijdragen. Tot slot bevelen we aan om een ruimere en meer toegankelijke verspreiding van wetenschappelijk onderzoek naar zelfmanagementondersteuning te voorzien.

Bibliografie

- Ajzen, I. (1988) *Attitudes, Personality and Behavior* Buckingham: Open University Press.
- Allen, M., Iezzoni, L.I., Huang, A., Huang, L., Leveille, S.G. (2008). Improving Patient-Clinician Communication About Chronic Conditions: Description of an Internet-Based Nurse E-Coach Intervention. *Nursing Research*, 57 (2), 107-112.
- Astin, F. & Closs, S. (2007). Chronic disease management and self-care support for people living with long-term conditions: is the nursing workforce prepared? *Journal of Clinical Nursing*, 16, 105-106.
- Baartman, L.K.J. & de Bruijn, E. (2011). Integrating knowledge, skills and attitudes: Conceptualizing learning processes towards vocational competence. *Educational Research Review*, 6, 125-134.
- Barlow J. (2001). How to use education as an intervention in osteoarthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 15, 545-558.
- Blakeman, T., Bower, P., Reeves, D. & Chew-Graham, C. (2010). Bringing self-management into clinical view: a qualitative study of long-term condition management in primary care consultations. *Chronic Illness*, 6 (2), 136-150.
- Bodenheimer, T. & Abramowitz, S. (2010). *Helping patients help themselves: how to implement self-management support*. California Healthcare Foundation.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association*, 19, 2469-2475.
- Bower, P., Macdonald, W., Harkness, E., Gask, L., Kendrick, T., Valderas, J.M., Dickens, C., Blakeman, T., Sibbald, B. (2011). Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: a qualitative study. *Family Practice*, 28 (5), 579-587.
- Cardol, M., Rijken, M., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. (2012). Attitudes and dilemmas of caregivers supporting people with intellectual disabilities who have diabetes. *Patient Education and Counseling* 87 (3), 383-388.
- Carroll, D.L., Greenwood, R., Lynch, K., Sullivan, J.K., Ready, C.H., Fitzmaurice, J.B. (1997). Barriers and facilitators to the utilization of nursing research. *Clinical Nurse Specialist*, 11 (5), 207-212.
- Carryer, J., Budge, C., Hansen, C. & Gibbs, K. (2010). Providing and receiving selfmanagement support for chronic illness: Patients' and health practitioners' assessments. *Journal of Primary Health Care*, 2 (2):124-129.
- CBO (2012). Z-scan: een zelfdiagnose instrument zelfmanagementondersteuning voor zorgprofessionals. Utrecht: CBO.

- CBO (2014). *Zorgmodule zelfmanagement 1.0. Het ondersteunen van eigen regie bij mensen met één of meerdere chronische ziekten*. Utrecht.
- Coleman, M.T. & Newton, K.S. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*, 72 (8), 1503–1510.
- Coster, S. & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 508-528.
- Dunn, V., Crichton, N., Roe, B., Seers, K. & Williams, K. (1998). Using research for practice: a UK experience of the barriers scale. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 1203–1210.
- Dwarswaard, J. & van Hooft, S. (2013). Zelfmanagementondersteuning in de opleiding van verpleegkundigen. In: R. van den Brink, H. Timmermans, J. Havers & H. van Veenendaal (eds). *Ruimte voor Regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg* (pp. 321-332). Utrecht: Kluwer.
- Elo, S. & Kyngas, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Elissen, A., Nolte, E, Knai, C., Brunn, M., Chevreur, K., Conklin, A., Durand-Zaleski, A, Erler, A, Flamm, M, Froelich, A, Fullerton, B, Jacobsen, R, Saz-Parkinson, Z, Sarria-Santamera, A., Soennichsen, A, Vrijhoef, H. (2013). Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*, 13, 117-125.
- ElZarrad, M.K., Eckstein, E.T & Glasgow, R.E. (2013). Applying chronic illness care,, implementation science, and self-management support to HIV. *American Journal of Preventive Medicine*, 44 (1S2), 99-107.
- Engels, J. & Arkesteyn, S. (2011). *Ondersteun zelfmanagement van chronisch zieken. In tien stappen zet uw team zelfmanagement blijvend centraal*. Utrecht: Vilans
- Engels, J. & Dijcks, B. (2010). *Zelfmanagement: verkenning en agendasetting*. Utrecht: Vilans.
- Glasgow, R.E., Funnell, M.M. & Bonomi, A.E., Davis, C, Beckman, V, Wagner, E.H. (2002). Self-management aspects of the improving chronic illness care breakthrough series: implementation with diabetes and heart failure teams. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (2), 80-87.
- Grypdonck, M. (2013). Zelfmanagement. In: R. van den Brink, H. Timmermans, J. Havers & H. van Veenendaal (eds). *Ruimte voor Regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg* (pp. 21-32). Utrecht: Kluwer.
- Heinrich, E., Schaper, N.C. & De Vries, N.K. (2010). Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. *European Diabetes Nursing*, 7, 71–76.
- Hibbard J.H., Stockard, J., Mahoney, E.R. & Tusler, M. (2004). Development of the Patient

- Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research*, 39 (4), 1005–1026.
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, A. (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25, 244-249.
- Johnston, S.E., Liddy, C.E. & Ives, S.M. (2011). Self-management support: a new approach still anchored in an old model of health care. *Canadian Journal of Public Health*, 102, 68-72.
- Kennedy, A., Rogers, A., Bowen, R., Lee, V., Blakeman, T., Gardner, C., Morris, R., Protheroe, J. & Chew-Graham, C. (2014). Implementing, embedding and integrating self-management support tools for people with long-term conditions in primary care nursing: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 1103-1113.
- Koopman, R.J., Petroski, G.F., Canfield, S.M., Stuppy, J.A. & Mehr, D.R. (2014). Development of the PRE-HIT instrument: patient readiness to engage in health information technology. *BMC Family Practice*, 15 (1), 18.
- Kosmala-Anderson, J. Wallace, L.M. & Turner, A. (2010). Does the professional and the working context of United Kingdom clinicians predict if they use practices to support patients with long term conditions to self manage? *Archives of Medical Science*, 6 (5), 815-821.
- Kosmala-Anderson, J. Wallace, L.M. & Turner, A. & Barwell, F. (2011). Development and psychometric properties of a self report measure to assess clinicians' practices in self management support for patients with long term conditions. *Patient education and counseling*, 85, 475-780.
- Lawn, S. (2010). Top tips for embedding chronic condition self-management support into practice. *Australian Journal of Primary Health*, 16, 334-343.
- Lawn, S. & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: Common approaches. *Patient Education and Counseling*, 80, 205-211.
- Lizzio, A. & Wilson, K. (2004). Action learning in higher education: An investigation of its potential to develop professional capability. *Studies in Higher Education*, 29 (4), 469-88.
- Lorig, K., Hurwicz, ML., Sobel, D., Hobbs, M. & Ritter, P.L. (2005). A national dissemination of an evidence-based self-management program: a process evaluation study. *Patient Education and Counseling*, 59, 69-79.
- Lorig, K. (2001). *Patient education. A practical approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Lorig, K. & Holman, H.R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), 1-7.
- Lorig, K., Ritter, P.L., Pifer, C. & Werner, P. (2014). Effectiveness of the chronic disease

- self-management program for persons with a serious mental illness: A translation study. *Community Mental Health Journal*, 50 (1), 96-103.
- Macdonald, W., Rogers, A., Blakeman, T. & Bower, P. (2008). Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (2), 191-199.
- Matthias, M.S., Bair, M.J., Nyland, K.A., Huffman, M.A., Stubbs, D.L. & Damush, D.M. (2010). Self-management support and communication from nurse care managers compared with primary care physicians: a focus group study of patients with chronic musculoskeletal pain. *Pain Management Nursing*, 11, 26-34.
- McGowan, P. (2013). The challenge of integrating self-management support into clinical settings. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, 45-50.
- McMahon, G.T., Gomes, H.E., Hickson, H.S., Hu, T.M., Levine, B.A., Conlin, P.R. (2005). Web-based care management in patients with poorly controlled diabetes. *Diabetes Care*, 28, 1624- 1629.
- Mulder, B.C., Lokhorst, A.M., Rutten, G.E.H.M. & van Woerkum, C.M.J. (2014). Effective nurse communication with type 2 diabetes patients: a review. *Western Journal of Nursing Research*, 37 (8), 1100-1131.
- Newman, S., Steed, L. & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364, 1523-1537.
- Nishigaki, M., Shimizu, Y., Kuroda, K., Mori, K., Ohara, Y., Seto, N., Yoneda, A., Miyatake, Y., Kazuma, K. & Masaki, H. (2012). Development of a support skill scale in insulin therapy: a nationwide study in Japan. *Nurse Education Today*, 32, 892-896.
- Orem, D.E. (1997). *Nursing: concepts of practice*. New York: Mc Graw-Hill.
- Paulus, D., Van den Heede, K. & Mertens, R. (2012). *Position paper: Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Poskiparta, M., Kasila, K. & Kiuru, P. (2006). Dietary and physical activity counseling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24, 206-210.
- Richards, L. (2005). *Handling Qualitative Data. A Practical Guide*. London: Sage Publications.
- Schulman-Green, D., Naik, A., Bradley, E., McCorkle, R. & Bogardus, S. (2006). Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Education and Counseling*, 63(1), 145-151.
- Sharma, S., Wallace, L.M., Kosmala-Anderson, J., Realpe, A. & Turner, A. (2011). Perceptions and experiences of co-delivery model for self-management training for clinicians working with long-term conditions at three healthcare economies in U.K.

- World Hospitals and Health Services*, 47 (2), 22-24.
- Thille, P., Ward, N. & Russell, G. (2014). Self-management support in primary care: enactments, disruptions and conversational consequences. *Social Science & Medecine*, 108, 97-105.
- Towle, A. & Godolphin, W. (2011). The neglect of chronic disease self-management in medical education: involving patients as educators. *Academic Medicine*, 86 (11), 1350.
- van den Brink, R., Timmermans, H., Havers, J. & van Veenendaal, H. (eds). (2013). *Ruimte voor Regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg*. Utrecht: Kluwer.
- van Hooft, S.M., Dwarswaard, J., Jedeloo, S., Bal, R. & van Staa, A. (2014). Four perspectives on self-management support by nurses for people with chronic conditions: a Q-methodological study. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (1), 157-166.
- Wagner, E.H., Austin, B.T. & von Korff, M. (1996). Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Quarterly*, 74 (4), 511-544.
- Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsch, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Affairs (Millwood)*, 20 (6), 64-78.
- Wilson, P.M., Kendall, S. & Brooks, F. (2006). Nurses' responses to expert patients: the rhetoric and reality of self-management in long-term conditions: a grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 803-818.
- World Health Organization (2014a). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Zwitserland: Genève.
- World Health Organization (2014b). *Noncommunicable diseases country profiles 2014*. Zwitserland: Genève.
- X. (2013). *Oriëntatienota. Geïntegreerde visie op de zorg voor chronisch zieken in België*. Nationale conferentie Zorg voor chronisch zieken, 28 november 2013.
- Yank, V., Laurent, D., Plant, K. & Lorig, K. (2013). Web-based self-management support training for health professionals: a pilot study. *Patient Education and Counseling*, 90, 29-37.
- Yu, C.H., Parsons, J.A., Hall, S., Newton, D., Jovicic, A., Lottridge, D., Shah, B.R. & Straus, S.E. (2014). User-centered design of a web-based self-management site for individuals with type 2 diabetes – providing a sense of control and community. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14, 60.
- Zwier, M. & van den Brink, R. (2013). Ervaringen van zorgverleners. In: R. van den Brink, H. Timmermans, J. Havers & H. van Veenendaal (eds). *Ruimte voor Regie. Pioniers over zelfmanagement in de zorg* (pp. 125-134). Utrecht: Kluwer.