

# Motivating patients with heart failure to be physically active: a qualitative study

Name: A.V. Vree  
Student number: 4083482  
University: University of Utrecht, Clinical Health Sciences focus Nursing Science  
Course: Thesis, master program, final version  
Docent: Dr. J. de Man-van Ginkel, University of Utrecht, Utrecht  
Supervisor: Prof. Dr. T. Jaarsma, University of Linköping, Sweden  
Research institution: Department of Social and Welfare Studies (ISV), University of Linköping, Sweden  
Journal: European Journal of Cardiovascular Nursing  
Reporting method: COnsolidated criteria for REporting Qualitative Research (COREQ)  
Date: 1st of July 2016  
Total words: 3784  
Total words abstract: 299

## Abstract

**Title:** Motivating patients with heart failure to be physically active: a qualitative study

**Background:** Heart failure (HF) is a chronic disease with high mortality and morbidity rates and a low health-related quality of life. Although physical activity (PA) has been shown to be effective in increasing patients quality of life, adherence is still less than 50% for HF patients. Nurses have an essential role in supporting HF patient to do PA, however, no studies describing how nurses motivate HF patients were found.

**Aim:** This study aimed to describe how nurses take PA motivations and barriers into account when counselling HF patients.

**Methods:** A qualitative study was conducted in Sweden during the period of Jan-March 2016. Data was collected through fifteen semi-structured interviews and these were analysed using the qualitative content analysis method.

**Results:** Results of this study showed that nurses use different interventions to motivate HF patients to do PA. The nurses' interventions are based on what barriers prevent patients from doing PA, motivations of the patients, their knowledge of PA and the needs of a patient to be motivated. Nurses also use several supportive resources which are helpful in motivating HF patients. Factors that include nurses lack of knowledge of PA and a lack of competence are negatively influence patient motivation.

**Conclusion:** Nurses use many different interventions to motivate HF patient to do PA, however, adherence can still be improved. Nurses cite a lack of knowledge and competence as barriers to motivating their patients. Additional training for nurses might provide an opportunity to improve PA in HF patient.

**Recommendations:** Based on the findings of this study, additional training for nurses is recommended. Training should be focused on 1) improvement of knowledge about PA and 2) training in patient motivation.

**Keywords:** Nurses, heart failure, physical activity, patient motivation

## Samenvatting

**Titel:** Motiveren van hartfalen patiënten tot lichamelijke beweging: een kwalitatieve studie

**Achtergrond:** Hartfalen is een chronische aandoening die zorgt voor hoge sterfte- en ziektecijfers en een lage kwaliteit van leven. Ondanks dat lichamelijke beweging heeft aangetoond kwaliteit van leven significant te verbeteren houdt minder dan 50% van de patiënten dit op lange termijn vol. Verpleegkundigen zijn essentieel om patiënten te motiveren om actief te worden en te blijven. Het is echter onduidelijk hoe dit in de praktijk wordt toegepast.

**Doel:** Het doel van deze studie is een beschrijving te geven hoe verpleegkundige barrières en motivatie ten aanzien van lichamelijke beweging meenemen tijdens de begeleiding van hartfalen patiënten.

**Methode:** Een kwalitatieve studie is uitgevoerd in Zweden gedurende de periode van januari tot en met maart 2016. De gegevens zijn verzameld door middel van interviews die aan de hand van een inhoudsanalyse zijn geanalyseerd.

**Resultaten:** Resultaten van deze studie laten zien dat verpleegkundige verschillende interventies toepassen op basis van de informatie die ze krijgen van de patiënt over de barrières en motivaties ten opzichte van lichamelijke beweging, de kennis over lichamelijke beweging en de behoefte van de patiënt om gemotiveerd te worden tot lichamelijke beweging. Verpleegkundige maken daarnaast ook gebruik van verschillende hulpmiddelen die het mogelijk maken om patiënten te motiveren. Factoren zoals een tekort aan kennis over lichamelijke beweging evenals competenties om patiënten te motiveren hebben negatieve invloed op het motiveren van patiënten.

**Conclusie:** Ondanks dat verpleegkundige verschillende interventies toepassen om hartfalen patiënten te motiveren tot lichamelijke beweging, is verbetering nog steeds nodig om ervoor te zorgen dat meer hartfalen patiënten dit op lange termijn volhouden. Een tekort aan kennis en competenties is ervaren door de verpleegkundige waardoor aanvullende training een mogelijkheid zou kunnen zijn om lichamelijke beweging te verbeteren bij deze groep patiënten.

**Aanbevelingen:** aan de hand van de resultaten van deze studie wordt aanvullende training voor verpleegkundige geadviseerd. De training zou zich, op basis van deze resultaten, moeten richten op 1) verbeteren van kennis over lichamelijke beweging en 2) training in het motiveren van patiënten.

**Trefwoorden:** Verpleegkundigen, hartfalen, lichamelijke beweging, motiveren

## Introduction

Heart failure (HF) is the number one cause of hospitalisation in patients over the age of 65 in Europe and is, therefore, a major health problem.<sup>1</sup> This chronic, progressive condition leads to high mortality and morbidity rates and has a 10-year survival rate of only 26.7%.<sup>1-3</sup>

Patients suffer from many symptoms, such as dyspnoea, fatigue and diminished exercise capacity.<sup>2</sup> Frequent hospitalizations, poor prognoses and a high burden of symptoms lead to patients experiencing a low health-related quality of life (QoL).<sup>4,5</sup>

Improvement of physical condition is one non-pharmacological therapy that has shown to be effective for HF patients to improve mental wellbeing and QoL.<sup>6-10</sup> Terms as physical activity (PA) and exercise are used to define the concept of physical condition. PA is defined as any bodily movement produced by skeletal muscles that results in energy expenditure.<sup>11</sup>

Although, exercise is a subcategory of PA and therefore not synonymous<sup>11</sup>, both are used interchangeably which may lead to inconsistency of terminology. The European Society of Cardiology HF guideline recommends regular PA and structured exercise training.<sup>2</sup> Still, adherence to PA in HF patients is less than 50%.<sup>12,13</sup>

Barriers to PA in the healthy adult population include lack of time, ill health or changing health status, fear of injury, environmental considerations such as convenience and access, safety and cost, lack of knowledge, and lack of self-discipline or motivation.<sup>14-17</sup> Being diagnosed with a chronic disease, experiencing symptoms and side effects from medication are associated with remaining inactive or becoming less physically active.<sup>18-20</sup> Motivation is described as one of the key factors in overcoming these barriers.<sup>21,22</sup> The stronger the patient's motivation, the greater expectation they will become more active.<sup>21,22</sup> To increase QoL, maintaining a patient's motivation to do PA is important.

Murberg et al.<sup>23</sup> suggested support during counselling as an important mechanism to improve adherence in HF patients. Nurses are experienced as powerful support to patients and essential in helping patients to become active and ensuring patients stay active.<sup>24,25</sup> Several studies describe interventions, such as goal-setting, frequent and prolonged contact, feedback, and reinforce information, which support patients to maintain their motivation.<sup>26-29</sup> Lambrinou et al.<sup>30</sup> stated six areas to motivate patients and improve adherence; assessing obstacles, providing education to overcome obstacles, reinforcing information on the benefits of being active, in-hospital initiation of activity, telemedicine and regular follow-ups. Although many interventions are described, adherence to PA in HF patients is still found to be low.<sup>12,13</sup> No studies were found that describe how nurses support HF patients to overcome barriers and maintain their motivations to do PA. Their role may therefore still unclear. To increase PA to improve the QoL of HF patients, a better understanding is needed.

## Aim

This study aimed to describe how nurses take PA motivations and barriers into account when counselling HF patients.

## Methods

### Design

This qualitative study was conducted using inductive content analysis.<sup>31</sup> This approach is well-suited to the aim of the study, since content analysis is a widely used qualitative research technique in health studies, helping researchers to attain a broad description.<sup>31,32</sup>

### Development of the interview guide

Before data collection started, an interview guide was developed. First, a secondary data analysis was performed, guided by the expectation to find PA motivations and barriers that were related to the characteristics of HF patients (e.g. age, sex, education level, comorbidity, stability of HF). Quantitative data of a cross-sectional survey of 154 HF patients in Sweden<sup>33</sup> was used. From that data no significant factors were found that could guide nurses to motivate patients related to patient characteristics (results not reported). Secondly, literature was searched to define main topics. Four topics were formulated, included “therapy of PA in HF patients”, “barriers to do PA”, “motivations to do PA” and “interventions to motivate HF patients”, additionally with prompts and further questions. Before data collection started, these topics were piloted in one interview. Only one topic was added after the pilot. During the study process, the interview guide changed based on new findings. After eleven interviews, no changes were made. The final interview guide is presented in Table 1.

### Study procedure

Nurses working in a Swedish hospital with HF patients who were able to speak English were eligible for inclusion in the study. Nurses were selected through purposive sampling. Contacts from other researchers were used even as an available list of all HF clinics in Sweden to invite nurses to participate in the study.

Contact was first made by email. All invited nurses received written information about the research, the researcher and information about the interview. The researcher introduced herself as a female Master’s student in Nursing Science and a clinical nurse with a cardiology background. Invitations were sent out twice with two weeks between the first and

second invitation. If there was still no response after two weeks the second invitation was sent, no further contact was made. Before recruitment, there was no contact between the researcher and the nurses.

Data collection and analysis were carried out interchangeably in the period of January 2016 until March 2016. All data was collected through semi-structured interviews with open-ended questions. The interviews were navigated with an interview guide and posed questions were used (Table 1). In-depth and exploratory questions were put forth, which were proportionate to the answers. The answers given were summarized to provide the possibility of adding information and/or making corrections. Transcripts and findings were not returned.

To prevent drop out by organisational barriers, nurses were free to choose the setting of the interview. All data was collected by the same interviewer at the nurses' work place during their working shifts. The interviews were conducted in a separate room outside the department to prevent interruptions during the interviews. Only the interviewer and the participant were present and there were no interruptions during data collection.

The interviews were conducted in English but nurses were allowed to use Swedish words if they were not able to express themselves. These parts were translated afterwards by a native speaker. Only one of the participants reported experiencing a language barrier, but none reported that they would have given different information if the interview had been conducted in their own language. The interviews were audio taped. No repeated interviews were carried out.

### Data analysis

All interviews were transcribed verbatim. Each interview was analysed by one researcher in three stages: 1) open coding, whereby transcripts were read and re-read to generate codes, 2) axial coding, whereby similar codes were categorised together in subcategories and 3) subcategories with similarities were grouped together in main categories. To test and confirm findings, (sub) categories were added or removed from the interview guide. No new codes and/or categories were found after eleven interviews. Four more interviews were carried out to confirm this finding. NVivo qualitative data analysis Software; QSR International Pty Ltd. Version 10 Pro for Windows, 2014 was used to store, organise and analyse data.

## Ethical considerations

This study was conducted according to the principles of the Declaration of Helsinki and good research practice.<sup>34</sup> Oral and written informed consent was obtained before the interviews started. All collected data is stored safely in an access database, which requires a password for log-in, at the department of social and welfare studies, Linköping University, Norrköping, Sweden. Primary study of the secondary data analyses was approved by the Regional Ethics Committee (Dnr 2014/292-32).<sup>33</sup>

## Results

Forty nurses from seventeen different hospitals were invited and fifteen nurses from eight different hospitals participated. Thirteen nurses did not respond after the second invitation was sent and reasons not to participate included no experience in patient motivation [n= 2], no contact with HF patients [n=2], uncomfortable being interviewed in English [n=3] and a lack of time [n=5]. The duration of the interviews ranged between 25 and 58 minutes (mean; 41 minutes).

The mean age in the sample was 48 years (range 31 to 55 years) and most of the nurses were female. Nurses working on the cardiology ward, even at the outpatient clinic, were included from county hospitals [n=5] and university hospitals [n=3]. There was a wide variation in the sample in relation to the experience nurses had in motivating HF patients to do PA, mean of 16.5 years (range 10 to 25 years). Four nurses had training in motivational interviewing and most of the nurses [n=9] combine their work with teaching, education or science. Demographic characteristics are presented in Table 2.

During data analysis, four main categories were identified, which describe how nurses motivate HF patients to do PA: 1) exploring the need for motivational interventions, 2) interventions to motivate HF patients 3) supportive recourses and 4) influencing factors (Figure 1).

### Exploring the need for motivational interventions

Nurses discussed needing information about patients in order to decide which intervention is the most suited for the patient. Three areas were mentioned; information about barriers and motivations, information about the patient's knowledge and patient's need to get motivational interventions.

*“Every patient is different so you have to talk to them. That is very important. You need all the information because you can use it.” (ID4)*

### Barriers and motivations.

Nurses stated that asking about the barriers preventing patients from being active as a tool that allowed them to explore what level of support is needed. Most nurses observed that the barriers to PA were patients experiencing symptoms, being afraid, having no activity habits before, having depressed feelings and lack of understanding about the benefits of PA. The positive results of their activities are only shown after a prolonged period and nurses also said that alternating periods of stability and instability hinder HF patients in their motivation. Other possible barriers include comorbidity, the complexity of the treatment (multiple behavioural changes at once), costs, having to travel far distance, family duties, bad weather and a lack of time.

*“Older patients never did any form of activity before. For them it is new. It is very hard for them to start something they never did before.” (ID3)*

*“You have to do it for a longer time to see the results. That is difficult because they want to see the results right now. They do not want to wait.” (ID8)*

Positive experiences, feelings of support, getting control of their HF and social interactions during activities were observed by nurses as possible motivators to do PA. A smaller burden of symptoms, prior activity habits, an active social life and an understanding of the benefits of PA are experienced as factors that simplify getting patients motivated to do PA.

### Patient’s knowledge and needs.

Providing information about PA was noted as an important way to motivate patients, both by nurses on the ward and HF nurses at the outpatient clinic. Nurses stressed the importance of providing information that is suited to the patients’ needs. Therefore, nurses explore patients’ levels of understanding to determine their needs. Patient’s needs will be asked about by the nurses, whether or not the patient wants to talk about PA. Based on the collected information, nurses then start with different interventions to motivate the patient.

*“Sometimes it is too much information to take in. Then I have to leave it because it does not make sense if they are not interested. They will not listen anyway.” (ID9)*

*“I had a patient and she got HF by the treatment of breast cancer. Other things were more important for her, so I did not talk about PA but answered all her questions.” (ID7)*

### Interventions to motivate HF patients

Nurses mentioned a variety of interventions that they use to motivate patients to do PA. These included reinforcing information, giving examples, giving options, making goals,



evaluating activities, giving positive feedback, encouraging self-care and giving recommendations.

#### Reinforcing information

Nurses described using pictures, drawings and written information to reinforce information about the benefits of PA and to increase patients' knowledge. Nurses also mentioned recommending that the patient use different sources, such as the internet or other patient experiences to achieve a better understanding, in order to get the patient motivated.

#### Giving examples

Nurses stated that they would recommend to any HF patient that they start with some form of activity. To help patients lower their PA barriers, nurses explained that they give activity examples. Nurses indicated to provide suitable examples and that these are based on patient's needs, possibilities, barriers and motivation.

*"I tell them you can do it during your day. Buy some milk, walk a little bit faster or walk your dog. I tell them to do something. So everything is good". (ID2)*

#### Giving options and recommendations

In all of the hospitals of the included nurses, HF patients have the opportunity to participate in group therapy with a physical therapist and to receive detailed information such as pull levels and training intensity. Nurses felt that the role of the physical therapist was an important last step in helping patients overcome their PA barriers and in getting patients motivated. Nurses described recommending to patients that they meet with the physical therapist at least once.

*"The contact with me and the physical therapist is very important because I do my best but sometimes it is not working. Then I can say: 'Do you want to meet her? You can meet her once.' When they go to her then they say: 'Ah I am motivated.' She can motivate them." (ID8)*

#### Encouraging self-care, making goals, evaluation and positive feedback.

Nurses explained the importance of self-care in increasing the motivation of patients to do PA, through its ability to create awareness that the patient is in charge. Nurses stressed that formulating long-term goals helped patients maintain their activities. In order to reach long-term goals, nurses said that individual and reachable smaller steps are needed to achieve positive experiences of PA. Evaluation provides insight about patients' activity levels and gives them an opportunity to adjust goals. Nurses emphasized that positive experiences,

positive feedback and the feeling of support are essential in helping patients overcome barriers and maintain their activities.

*“Make goals and take small steps at the time. To let them see it is not that hard to start. Give them the feeling that they can do things, that I believe in them (..) It is important to make small goals they can reach. Otherwise, it is even harder the next time to motivate them because it did not work out.” (ID4)*

### Supportive recourses in patient motivation

Nurses mentioned using a variety of recourses to motivate patients. Patient-related recourses, such as belief in the treatment and nurses having a relationship with the patient, as well as organisational recourses such as teamwork and frequent follow-up meetings with the patient are helpful.

#### Patient-related recourses

Nurses stress needing to be convinced of the benefits of PA for HF patients in order to feel self-confident enough to motivate patients to do PA. Nurses mentioned that they use their professional relationship with the patient to be able to meet patients' needs and get them motivated. Nurses also used the term “PA” instead of “exercise” in order to lower the barriers to becoming active.

*“Exercise is a big word, especially for older people who never did anything before. So I start with PA. That is easier to start with because that is something you can just do during your day.” (ID3)*

*“They see when I really believe in the treatment so that is helping. Because they believe I want the best for them.” (ID5)*

*“If I'm telling them this is good for you then I hope they believe me. Sort of follow my advice.” (ID5)*

#### Organization of HF care

Nurses stated that teamwork is important because of the repeated information underlining the benefits of PA that patients get from different professionals. Nurses also felt the ability to rely and/or consult with colleagues when needed was important. Additionally, to change HF patients' levels of activity, nurses need to have regular follow-up meetings with HF patients regarding goal making, positive feedback and evaluation.

#### Knowledge and training

Nurses found that providing suitable information, such as information from books and research, and the benefits other HF patients have experienced is useful when trying to motivate HF patients. Nurses who had training in motivational interviewing stated that they

would attempt to get deeper information. This allows them to gain a better understanding of their patients' barriers and motivations and stated the training makes them feel more confident when motivating their patients. Recommendations according to the guidelines are found to be useful when convincing HF patients that PA is beneficial.

### Influencing factors

Patient-related factors, organisational factors and knowledge of the nurses are influence patient motivation. Nurses emphasized that they only attempt to motivate HF patients if their health conditions are stable. Interventions to improve PA are, therefore, not suitable for some patients. Nurses also explained that right after the diagnoses of HF patients need other information provided to them (e.g. medication and liquid restriction). Because of this information about PA is sometimes put 'on hold'. Nurses on the ward explained that motivational interventions were not found to be suitable because the amount of other information patients receive during their hospital stay. Nurses stated that interventions to improve PA were more suitable at the outpatient clinic.

### Knowledge

Both nurses on the ward and HF nurses at the outpatient clinic described feeling that they lacked knowledge about PA and therefore they felt insecure in motivating patients to do PA. Nurses also stated that a lack of knowledge about interventions that they can use to motivate patients to do PA. Nurses underlined the need for additional training about how to motivate HF patients to do PA in order to improve PA in HF patients.

*"If a patient is not motivated, I do not know really what to do. I know it is our job to motivate patient but we never got any training to do it in a good way." (ID9)*

## Discussion

The aim of this study was to describe how nurses take PA motivations and barriers into account when counselling HF patients. More results are reported according to the aim of the study. No other studies were found that describes patient motivation to PA in HF patients and since nurses mentioned that patient motivation was important in their interventions, all the results are presented. Results of this study showed that nurses use different interventions to motivate HF patients to do PA, but choose interventions based information of the particular patient. Although different supportive recourses are helpful for nurses to use to motivate patients, factors such as a lack of knowledge about PA and a lack of competences around motivating patients are negatively influencing patient motivation.

The results of this study confirms previous findings of research about nursing interventions, with prior research showing nurses promote activity in HF patients by reinforcing information, giving examples, giving options, making goals, providing evaluation and providing positive feedback.<sup>25-29</sup> This study also showed that nurses use many different interventions, however, adherence to PA in HF patients is still less than 50%. Improvement of PA often requires adjustments in patient's daily lives<sup>29</sup> and it can, therefore, be argued that interventions focusing on behavioural change might be more suitable. Recent meta-analyses support this view, recommending cognitive-behavioural interventions to improve adherence<sup>29</sup>. These recommendations are mainly supported by expert's opinions and case studies.<sup>29</sup> No research findings were identified describing cognitive behavioural interventions in relation to improved PA in HF patients. The possibility of cognitive-behavioural intervention to improve PA, therefore, requires further research.

Various studies underlined the importance of reinforcing information and showed that engaging in dialogue with patients and empowering them with information improves adherence to PA plans.<sup>30,35-38</sup> Nurses in our study also emphasised the importance of reinforcing information about PA as part of the interventions. At the same time, other studies showed that patient knowledge is often found to be inadequate<sup>41</sup>, since reinforcing information is frequently neglected, sometimes ineffective and does not always correspond to patient needs.<sup>39,40</sup> Albert et al.<sup>42</sup> found that nurses need to have adequate and relevant knowledge in order to respond to patients' needs. Findings in our study showed that nurses often felt insecure and experiencing a lack of knowledge. Therefore, the level of adequate and relevant knowledge of nurses in this study can be discussed. Although the importance of accurate information is stressed, knowledge of PA in HF patients might need to be increased.

Findings of this study also indicate that a lack of competence in patient motivation is experienced as a barrier by nurses. The low frequency of adherence to PA supports the view that nurses ought to be well-versed in communication skills and therefore should be trained. Training in motivational interviewing would support nurses in patient motivation. Results of different studies shows that motivational interviewing offers an evidence-based approach to enhancing adherence and may result in positive results in regards to promoting PA in HF patients<sup>43-46</sup>. However, no significant differences were found when comparing this approach to other motivational interventions.<sup>46</sup> Motivational interviewing might offer the potential to improve nurses' competences, but other training in patient motivation should also be considered.

To appreciate the findings, some aspects require further consideration. Firstly, data collection and data analyses are carried out interchangeably, which is not totally in line with the content analysis and therefore may limit the rigour of the study.<sup>47,48</sup> This approach was found to be well-suited to the study, since it offered the possibility to make adjustments during data collection, ensuring that broad descriptions of patient motivation were covered. Secondly, none of the interviews were independently coded and therefore the reliability of the results could be questioned.<sup>47,48</sup> However, transcriptions have been read by two researchers and codes and categories were discussed until a consensus was reached.

The main strength of this study is the broad variation in the sample, according to nurses' experience in motivating HF patients to do PA which provided rich data. To ensure the credibility of the findings and interpretations, nurses were able to add information and to make corrections during the interviews.<sup>47,48</sup> This study is reported according to the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) checklist<sup>49</sup>, which contributes to the repeatability of the study.

## Conclusion

Nurses use different interventions to motivate HF patients to do PA, based on their patients' PA barriers and motivations, their knowledge of PA and the patients' needs to be motivated. However, a lack of knowledge of PA and competence in patient motivation limits nurses' abilities to motivate HF patients to do PA. The study results also showed that different supportive recourses are needed in order for nurses to be able to motivate HF patients.

To improve PA in HF patients, additional training of nurses might be needed. Based on the findings of this study, training should be focused on 1) improving of knowledge of PA and 2) training in patient motivation, so nurses are able to motivate HF patients to become and stay active.

## Reference

1. Seferovic PM, Stroek S, Filippatos G, Mareev V, Kavoliuniene A. et al. Organization of heart failure management in European Society of Cardiology member countries: survey of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology in collaboration with the Heart Failure National Societies/Working Group. *European Journal of Heart Failure*. 2013;15:947-959
2. Mc Murray JV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Journal of Heart Failure*. 2012;14:803-869
3. Brouwerd FP, de Boer RA, van der Harst P, Voors AA, Gansevoort RT. et al. Incidence and epidemiology of new onset heart failure with preserved vs. reduced ejection fraction in a community-based cohort: 11 years follow up of PREVEND. *European Heart Journal*. 2013;34:1424-1431
4. van der Wal MHL, Strömberg A, van Veldhuisen DJ, Jaarsma T. Heart failure patients' future expectations and their association with disease severity, quality of life, depressive symptoms and clinical outcomes. *The International Journal of Clinical Practice*. 2016;70(6):469-476.
5. Moryś JM, Bellwon J, Höfer S, Rynkiewicz A, Gruchała M. Quality of life in patients with coronary heart disease after myocardial infarction and with ischemic heart failure. *Archives of Medical Science*. 2016;12(2):326-333
6. Keteyian S, Fleg JL, Brawner CA, Piña IL. Role and benefits of exercise in the management of patients with heart failure. *Heart Failure Reviews*. 2010;15:523-530
7. Pihl E, Cider Å, Strömberg A, Fridlund B, Mårtensson J. Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life. *European Journal Cardiovascular Nursing*. 2011;10:150-158
8. Flynn KE, Pina IL, Whellan DJ, Lin MHS, Blumenthal JA. et al. Effects of exercise training on health status in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*. 2009;301(14):1451-1459
9. Vromen T, Kraal JJ, Kuiper J, Spee RF, Peek N. et al. The influence of training characteristics on the effect of aerobic exercise training in patients with chronic heart failure: a meta-regression analysis. *International Journal of Cardiology*. 2016;208:120-127

10. Keteyian SJ, Fleg JL, Brawner CA, Pina IL. Role and benefits of exercise in the management of patients with heart failure. *Heart Failure Reviews*. 2010;15:523-530
11. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985;100(2):126–131.
12. van der Wal MH, van Veldhuisen DJ, Veeger NJ, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in heart failure patients. *European Heart Journal*. 2010;31(12):1486-1493
13. Conraads VM, Deaton C, Piotrowicz E, Santaularia N, Tierney S. Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions. *European Journal of Heart Failure*. 2012;14:451-458
14. Moschny A, Platen P, Klaaßen-Mielke R, Trampisch U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2011;8:121
15. Costello E, Kafchinski M, Vrazel JE, Sullivan P. Motivators, Barriers, and Beliefs Regarding Physical Activity in an Older Adult Population. *Journal of geriatric physical therapy*. 2011;34:138-147
16. Pettee KK, Brach JS, Kriska AM, Boudreau R, Richardson CR. et al. Influence of Marital Status on Physical Activity Levels among Older Adults. *Medicine and science in sports and exercise*. 2006;38:541–546
17. van Cauwenberg J, de Bourdeaudhuij I, de Meester F, van Dyck D, Salmon J. Relationship between the physical environment and physical activity in older adults: A systematic review. *Health and place*. 2011;17:458-469
18. Newsom JT, Huguet N, McCarthy MJ, Ramage-Morin P, Kaplan MS. et al. Health behavior change following chronic illness in middle and later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012;67(3):279-88
19. Newsom JT, Huguet N, Ramage-Morin PL, McCarthy MJ, Bernier J. et al. Health behaviour changes after diagnosis of chronic illness among Canadians aged 50 or older. *Health Reports*. 2012;23(4):49–53
20. Ramage-Morin PL, Bernier J, Newsom JT, Huguet N, McFarland BH, Kaplan MS. Adopting leisure-time physical activity after diagnosis of a vascular condition. *Health Reports*. 2012;23:17-29.

21. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9:78.
22. Weman-Josefsson K, Lindwall M, Ivarsson A. Need satisfaction, motivational regulations and exercise: moderation and mediation effects. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2015;12:67.
23. Murberg TA, Bru E, Stephens P. Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*. 2002;32:775-84
24. Kyngas H, Rissanen M. Support as a crucial predictor of good compliance of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*. 2001;10:767-774
25. Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health*. 2004;2:9
26. Strecher VJ, Seijts GH, Kok GJ, Latham GP, Glasgow R. et al. Goal setting as a strategy for health behavior change. *The Health Education Journal*. 1995;22:190-200.
27. Carels RA, Darby LA, Cacciapaglia HM, Douglass OM. Reducing cardiovascular risk factors in postmenopausal women through a lifestyle change intervention. *Journal of Women's Health (Larchmt)*. 2004;13:412-426.
28. McCarthy MM, Dickson VV, Katz SD, Chyun DA. An Exercise Counseling Intervention in Minority Adults with Heart Failure. *Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*. 2016;0:1-13
29. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L. et al. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults. A Scientific Statement From the American Heart Association Endorsed by the Preventive Cardiovascular Nurses Association and the Society of Behavioral Medicine. *Circulation Journals*. 2010;122:406-441
30. Lambrinou E, Jaarsma T, Piotrowicz E, Seferovic PM, Piepoli MF. Exercise in heart failure patients: Why and how should nurses care? *European Journal Cardiovascular Nursing*. 2014;13:198-200
31. Boeije HR. *Analysis in qualitative research*. SAGE publications: London; 2010
32. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;61(1):107-115



33. Klompstra L, Jaarsma T, Strömberg A. Physical activity in patients with heart failure: barriers and motivations with special focus on sex differences. *Patient Preference and Adherence*. 2015;9:1603-1610.
34. Weinstein MC, Hornberger J, Jackson J, Johannesson M, McCabe C. Principles of Good Practice for Decision Analytic Modeling in Health-Care Evaluation: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices--Modeling Studies. *Value in Health*. 2003;6(1)
35. Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clinic Proceedings*. 2011;86(4):304-314
36. Albert N. Improving Medication Adherence in Chronic Cardiovascular Disease. *Critical Care Nurse*. 2008;28(5):
37. Bergh AL, Persson E, Karlsson J. et al. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education - focusing on aspects of competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28:523-36.
38. Bergh AL, Karlsson J, Persson E. et al. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education – focusing on organizational, environmental and professional cooperation aspects. *Journal of Nursing Management*. 2012;20:758-770.
39. Kääriäinen M, Kyngäs H. The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24:548-556.
40. Carpenter JA, Bell SK. What do nurses know about teaching patients? *Journal for nurses in staff development*. 2002;18:157-161.
41. Albarran JW, Jones I, Lockyer L. et al. Patients' perspectives on the educational preparation of cardiac nurses. *European Journal Cardiovascular Nursing*. 2014;13:451-458.
42. Albert NM, Collier S, Sumodi V, Wilkinson S, Hammel JP, Vopat L, et al. Nurses's knowledge of heart failure education principles. *Heart Lung*. 2002;31:102-12
43. Christie D, Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in pediatric and adult populations: a clinical review. *Diabetes, Obesity and Metabolism*. 2014;16(5):381-387.
44. Östlund AS, Kristofferzon ML, Häggström E, Wadensten B. Primary care nurses' performance in motivational interviewing: a quantitative descriptive study. *BMC Family Practice*. 2015;16:89.

45. Elwyn G, Dehlendorf C, Epstein RM, Marrin K, White J. et al. Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems. *Annals of Family Medicine*. 2014;12(3):270-275.
46. Brodie DA, Inoue A. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(5):518-527
47. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. 2003;8:597-607
48. Krefting L. Rigor in Qualitative Research: The Assessment of Trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1991;45(3):215-222
49. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-357

## Tables and figures

**Table 1** Final interview guide after 11 interviews

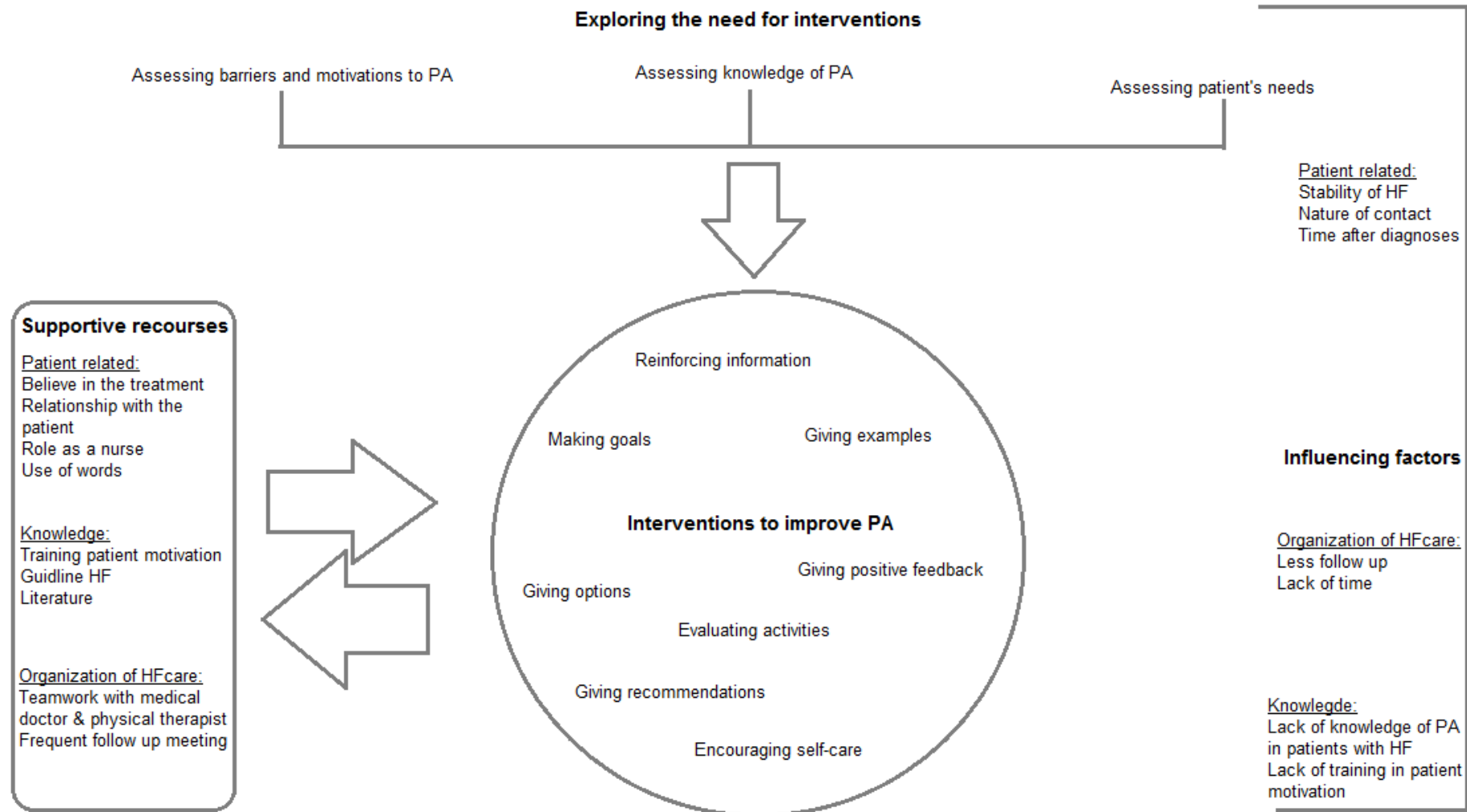
Attitude: "What are your experiences with regard to physical activity in patients with HF?"	
Prompts/further questions:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difference between exercise and PA</li> <li>- Expectations</li> <li>- Believe/faith in the treatment</li> <li>- Ability to follow recommendations</li> <li>- Knowledge about treatment</li> </ul>	
Barriers: "Which barriers you observe in patients with HF?"	
Prompts/further questions:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussing barriers during visits</li> <li>- Different barriers between patients with HF</li> </ul>	
Motivations: "What motivates patients with HF to become active?"	
Prompts/further questions:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussing motivations during visits</li> <li>- Different motivations between patients with HF</li> </ul>	
Patient motivation in HF: "Can you tell me about patient motivation in HF?"	
Prompts/further questions:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interventions to motivate patients with HF</li> <li>- Difficulties in patient motivation</li> </ul>	
Instruments: "What helps you to motivate patients with HF to become active?"	
Prompts/further questions:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tools</li> </ul>	
<b>Abbreviations:</b> HF, heart failure; PA, physical activity	

**Table 2** Demographic data of the 15 included nurses

Mean age (years)	48
Age range (years)	31 - 55
Sex	
Male	1
Female	14
Function	
HF nurse outpatient clinic	4
Nurse on cardiology department	2
Ward and outpatient clinic	4
Ward, outpatient clinic and teaching	1
Ward, outpatient clinic and PhD student	1
Ward and PhD student	1
Outpatient clinic and PhD student	2
Mean experience (years)	16,5
Experience range (years)	10 - 25
Hospital	
University hospital	3
County hospital	5
Training in motivational interviewing	
Yes	4
No	11

**Abbreviations:** HF, heart failure; PhD, philosophiae doctor

**Figure 1** Overview of patient motivation in HF patients. How nurses motivate patients to become and stay active.



**Abbreviations:** PA, physical activity; HF, heart failure

## Summary supervision interviews

### Samenvatting van de begeleiding

Vanaf het college van Dr. Janneke de Man, waarin de mogelijkheid tot afstuderen in het buitenland werd genoemd, ben ik actief bezig geweest met mijn afstudeeronderzoek. Na verschillende afspraken met haar heb ik uiteindelijk op 28 februari 2015 per mail contact opgenomen met Prof. Tiny Jaarsma.

Gedurende de periode van februari 2015 tot en met de juni 2015 is er geregeld email contact geweest over de voorbereidingen ten opzichte van het Masterjaar 2 (e-mails zijn niet weergegeven in deze samenvatting). Tijdens deze periode is er éénmaal een telefonische afspraak geweest waarvan hieronder de notulen is weergegeven.

### *Notulen kennismakingsgesprek 27 maart 2015 (telefonisch contact)*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Dr. Janneke de Man, Anna Vree

#### Algemene kennismaking

Invulling begeleiding tijdens masterjaar besproken:

- Tiny Jaarsma: heeft vragen over de mate van begeleiding die nodig is, hoe dit vergoed wordt, hoe het masterjaar eruitziet en wat er van haar wordt verwacht
- Janneke de Man: geeft uitleg over hoe het 2e masterjaar eruit gaat zien. Vorm van begeleiding die er verwacht wordt, aantal uren dat het in beslag neemt, vorm van eindproduct en grote van het afstudeerproject wordt aangegeven
- Anna Vree: geeft toelichting over haar motivatie om in het buitenland af te studeren en de manier van begeleiding zij verwacht

Bespreken afstudeeropdracht:

- Welk soort onderzoek wil ik uitvoeren en wat er mogelijk is. Tiny Jaarsma geeft een aantal mogelijkheden zoals validatie van een vragenlijst, kwalitatief onderzoek van de Wii study
- Tiny Jaarsma legt uit welke mogelijkheden er zijn binnen de Universiteit van Linköping, vragen een vergoeding aan buitenlandse studenten om gebruik te maken van de faciliteiten van het gebouw

Gemaakte afspraken:

- Verder nadenken over het afstudeerproject: wat wil ik gaan doen in Zweden?  
Leerdoelen op papier zetten en mailen

- Tijdsplanning opstellen en mailen
- Begroting financieren opstellen
- Mailcontact voor verdere vragen/ontwikkelingen. Mag in het Nederlands.

Tijdens de zomer is er verder geen contact geweest. Na de zomer begon Masterjaar 2 en is het contact weer opnieuw opgepakt. In de periode van september tot en met december 2015 is er voortdurend email contact geweest en éénmaal een geplande skype afspraak. Notulen is hieronder weergegeven.

*Notulen begeleidingsgesprek 24 sept 2015 (skype contact)*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Anna Vree

Bespreken onderzoeksvoorstel:

- Via mail was duidelijk geworden dat er miscommunicatie was ontstaan ten opzichte van de vraagstelling. Dat onderzoek was al uitgevoerd en staat klaar voor mogelijke publicatie. Zoeken naar een nieuwe vraagstelling. Het was Prof Jaarsma niet helemaal duidelijk wat de omvang van het onderzoek moest zijn. Daardoor gegeven suggesties niet bruikbaar. Zoals afgesproken per mail had Anna een nieuwe vraag geformuleerd. Deze werd besproken
- Design bij de onderzoeksvraag besproken: mixed methods met het gebruik van de kwantitatieve data van de Wii studie. Onderbouwing besproken.
- Inleiding doorgenomen. Prof Jaarsma geeft aanvullingen voor de inleiding.

Afspraken:

- Verder met deze onderzoeksvraag
- In ieder geval elke 2 weken contact over de voortgang en de mogelijkheid om vragen te stellen
- Verder met de inleiding en de opzet van de methode

Eind van 2015 werd mijn concept en definitieve versie van het onderzoeksvoorstel goedgekeurd en ben ik na de jaarwisseling naar Zweden gevolgen om daar voor een periode van 4 maanden te verblijven om alle gegevens te verzamelen. Tijdens deze periode is er per mail geregeld contact gehad. Dit contact ging met name over: transcripties van de interviews, seminars die ik kon bijwonen, contactgegevens van andere onderzoekers, college dat ik kon volgen en updates tijdens de onderzoeksperiode. In de periode van januari tot en met april heb ik mijn Professor ook geregeld gezien tijdens momenten op de Universiteit en/of andere locaties. Dit waren in geen gevallen begeleidingsgesprekken conform de normen van de

Universiteit Utrecht. Van januari tot en met mei heb ik elke maand 1 begeleidingsgesprek gehad. Notulen zijn hieronder weergegeven.

*Notulen begeleidingsgesprek 22 jan 2016*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Anna Vree

Algemeen over hoe ik Zweden en mijn verblijf ervaar tot nu toe.

Kwantitatieve data-analyse:

- Data eindelijk gekregen. Was niet te openen in mijn versie van SPSS. Nu geregeld op de Universiteit.
- Code boek gemaakt, Zweedse data vertaald naar Engels om het werkbaar te maken
- Nagedacht over welke analyse er uitgevoerd moet worden. Besproken met Leonie. Advies was t-testen en een regressieanalyse. Voor mij onduidelijk hoe ik die data kon combineren om een regressie uit te voeren aangezien het niet allemaal dezelfde soort data was. Vraag of het nodig was voor mijn vraagstelling. Besproken: je hoeft geen significante verschillen te weten of de richting van het verschil. Dit ga je niet uitvragen bij de verpleegkundige. Je wilt weten of er een verschil is, meer niet. Motivatie en barrières in zijn algemeenheid bekijken. Advies Prof. Jaarsma om een univariate analyse te doen.

Kwalitatieve data:

- Lijst met verpleegkundige samengesteld aan de hand van de contacten van andere onderzoekers. Deze verpleegkundige zijn gemaïld. Aantal interviews staan ingepland. Data en verpleegkundige doorgenomen die ingepland staan.
- Plannen om meer verpleegkundige te includeren: kijken bij VIK en na het interview vragen of er mogelijk nog collega's zijn die bereid willen zijn om mee te doen.
- Topiclijst besproken: zorg voor open vragen. Geef de ruimte om te vertellen. Mogelijk vragen nog iets aanpassen. Focus op de interventies om HF patiënten te motiveren
- Vraag of het pilot interview meegenomen kan worden. Ondanks extreme case misschien wel, nog niet duidelijk aangezien er nog weinig data verzameld is, wel bruikbare informatie. Misschien niet meteen leidend laten zijn maar mogelijk wel bruikbaar voor je analyse.

Afspraken

- Nieuwe begeleidingsafspraken plannen, over 2 a 3 weken
- Kwantitatieve data-analyse uitvoeren voor eerste interview
- Verpleegkundige mailen via VIK

- Topiclist iets aanpassen
- Verder met data verzameling

*Notulen begeleidingsgesprek 15 feb 2016*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Anna Vree

Algemeen:

- Besproken of er voldoende leermomenten zijn; vak scientific methodology meekijken met de lessen in april maar geen examen doen.
- Hoe het bevalt Zweden en mijn verblijf
- Blok afstuderen, Universiteit Utrecht:

Introductie nieuw blok met nieuwe afspraken:

- Handleiding wordt gemaïld naar Prof. Jaarsma.
- Belangrijke data besproken: 31 mei concept, 17 juni presentatie, 1 juli definitief inleveren
- Publicatieplan besproken: hoogstaand tijdschrift, misschien niet helemaal realistisch maar niet onmogelijk gezien de scope van het onderzoek. Mogelijk nog docenten, mede studenten en onderzoekers hier toevoegen. Dit gaat Anna overleggen met de betreffende personen. Beter later weghalen dan later toevoegen (advies Prof. Jaarsma).
- Opgaveformulier onderzoeksstage overhandigd.

Verpleegkundige geïnccludeerd in de studie:

- Totaal nu 9 geïnccludeerd, streven naar 15. Ook haalbaar binnen de tijd maar niet noodzakelijk conform de afspraken van de UU.
- Plannen om meer verpleegkundige te includeren: Lisa vragen voor de lijst van alle HF-verpleegkundigen in Zweden. Vanuit daar nieuwe verpleegkundige benaderen. Niet allemaal maar selectief kijken, anders zijn er straks 80 interviews ingepland of moet je alsnog afzeggen. Verder nog een optie om te kijken en te vragen binnen het CESARnetwerk.

Interviews:

Transcriptie besproken om te kijken of er genoeg diepgang is en of er rijke data wordt verkregen. Interview is wel sturend, maar ook noodzakelijk gezien de vraagstelling. Toch kijken naar een mogelijkheid om ze meer te laten vertellen. Vragen kunnen zijn bijvoorbeeld: How do you motivate differently? Are there other things that make a difference in the way



you motivate patients? Opening beginnen met motivation en niet met physical activity. Verder was het niet te sturend, je wilt immers ook je kwantitatieve data controleren en je vraag beantwoorden. Voldoende diepgang, rijke data. Nog geen data saturatie

Data-analyse:

Mogelijk nog gedacht aan analyse met behulp van een theorie. Dit zou dan directed content analysis bijvoorbeeld zijn. Na bestuderen van de literatuur, niet passend bij deze vraagstelling. Geen validatie van een theorie.

Analyse:

Content analysis. Het formuleren van concepten en categorieën. Mogelijk de resultaten bespreken aan de hand van een theorie in de discussie.

Afspraken

- Nieuwe begeleidingsafpraak plannen, over 2 a 3 weken
- Mailen van de studiehandleiding
- Lisa mailen voor de lijst van verpleegkundige
- CESARnetwerk nogmaals benaderen
- Verder met data verzameling

*Notulen begeleidingsgesprek 14 maart 2016*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Anna Vree

Datamanagement plan:

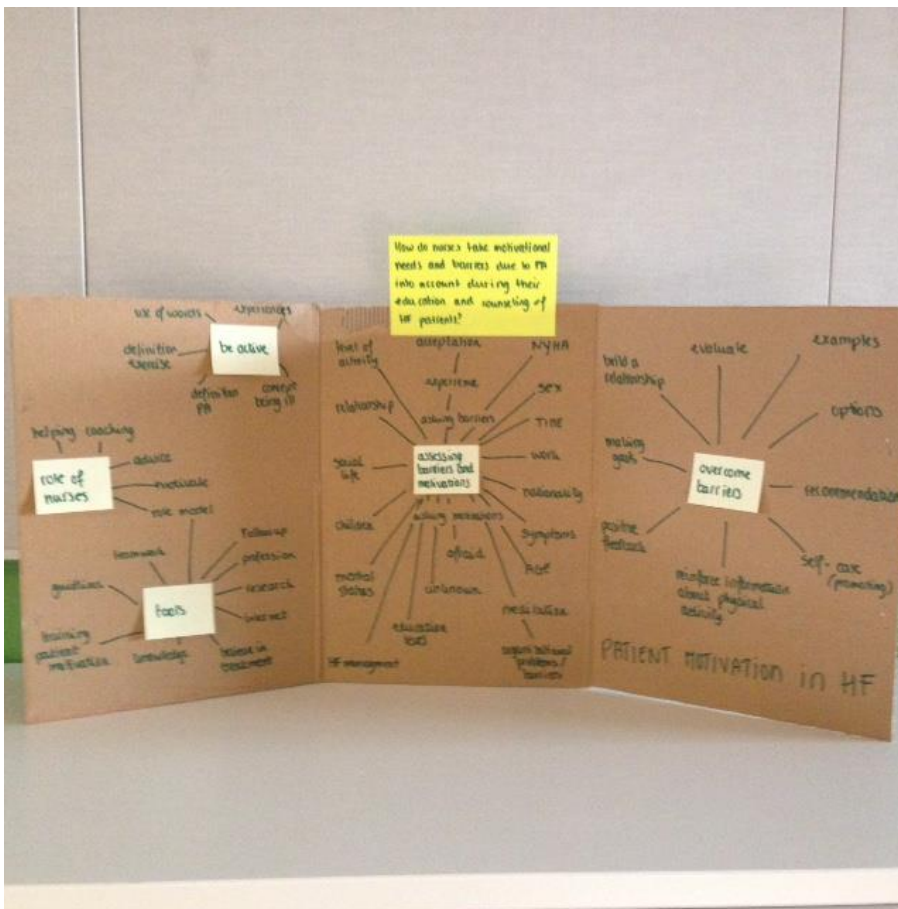
- Feedback aangepast
- Niet helemaal doorgelopen. Geprinte versie aan Prof. Jaarsma gegeven.

Ondertekenen verklaring onderzoeksstage & opzet publicatieplan

Geïnccludeerde verpleegkundige

- Totaal nu 15 verpleegkundigen, is genoeg.
- Eind maart hopelijk data verzameling afgerond.

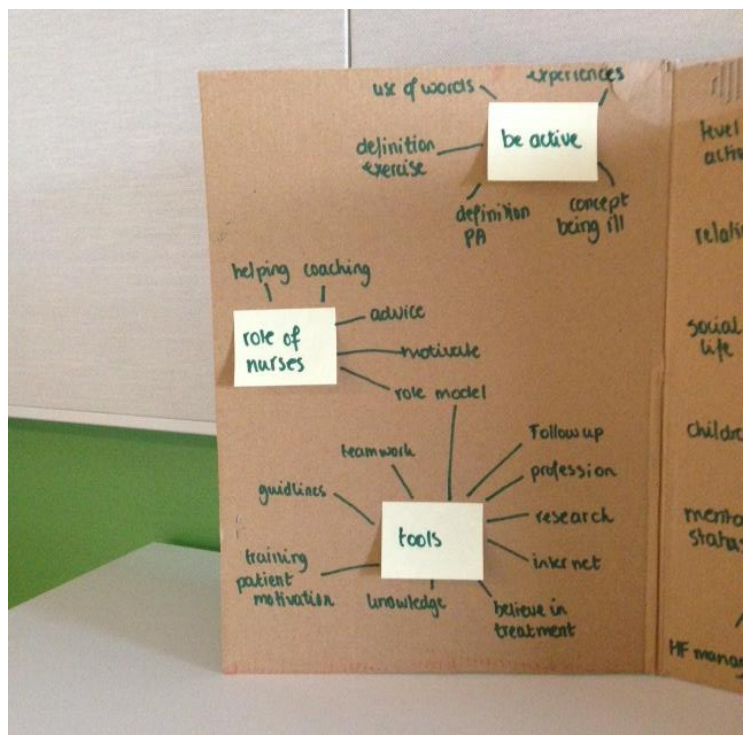
Kwalitatieve analyse

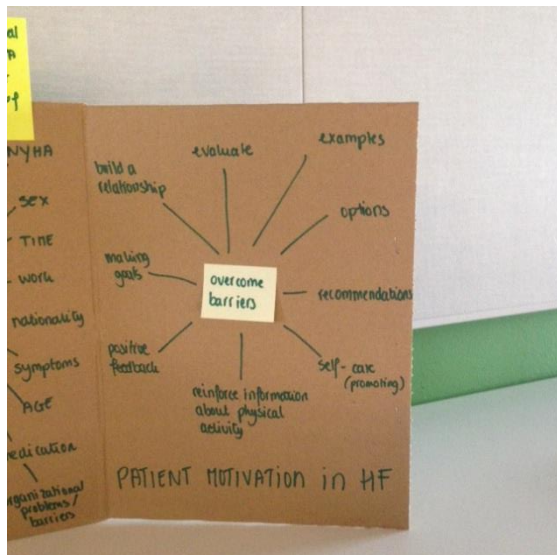


Analyse van NviVo uitgetekend

Analyse tot nu toe besproken. Interventies die verpleegkundige echt uitvoeren (overcome barriers), het zien/vragen/in kaart brengen van de motivaties en barrières tot lichamelijke beweging (assessing barriers and motivations), de rol van de verpleegkundige zelf, de handvaten die ze gebruiken om te kunnen motiveren en het concept actief zijn met HF.

Onderzoeksvraag is "How do nurses take motivational needs and barriers due to physical activity into account



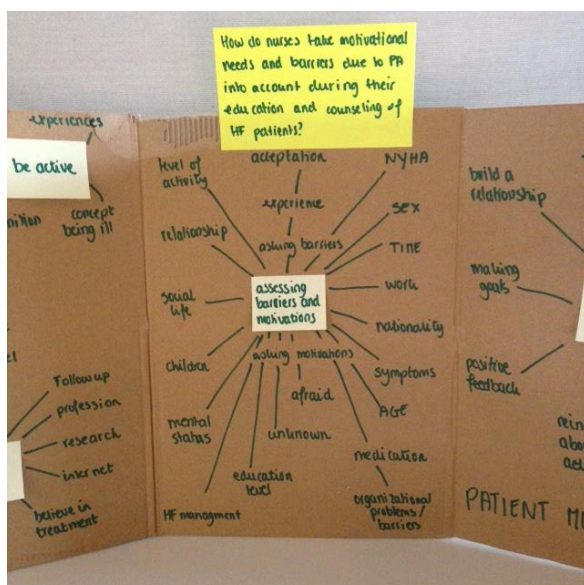


during their education and counseling of HF patients?” Gekregen feedback van medestudenten: denken dat het over de opleiding van HF-verpleegkundigen gaat. Is voor te stellen maar word niet bedoeld. Nagedacht om vraagstelling mogelijk aan te passen naar: “How do nurses take motivational needs and barriers due to physical activity into account during their patient education and counseling of HF patients?” Niet voor gekozen aangezien 1) de vraag dan hele lang wordt en 2) 2x patiënt achter elkaar benoemd. Vraagstelling zo laten staan.

Dan deze kant besproken. Mogelijk valt de categorie be active nog weg aangezien het geen antwoord geeft op de vraagstelling. Nu wel in de analyse apart benoemd aangezien er wel een duidelijk verschil is. Het concept “use of words” mogelijk andere benaming geven en daarmee verplaatsen naar tools of overcome barriers? Word misschien later in de analyse nog duidelijk.

Tools staat nou in verband met wat de verpleegkundige daadwerkelijk doen. Mogelijk in de resultaten uiteindelijk een connectie laten zien door bijvoorbeeld paraplu of cirkel constructie. Moeilijk dat motivational interviewing echt andere activiteiten laat zien maar dat je dat niet goed kan vangen in je analyse. Mogelijk wel hier iets over zeggen in je resultatensectie en mogelijk als aanbeveling doen. Geen aparte analyse voor gaan uitvoeren.

Assessing barriers and motivations geef je al aan dat ze daarnaar vragen. Mogelijk



misschien anders benoemen. Het gaat vooral over barrières, moeilijke begrippen motivaties en barriers aangezien ze niet hetzelfde zijn maar wel overlap hebben. De genoemde concepten zijn zowel barrières als motivaties. Overcome barriers, waarom gekozen voor barriers? Misschien anders noemen. Het aspect fysieke activiteit komt eigenlijk alleen naar voren in de soort informatie en voorbeelden maar echt motiveren zoals doelen stellen etc. blijft algemeen zoals dat

ook bij andere onderwerpen van de behandeling wordt gedaan.

Hoe komt nieuwe data bij de huidige analyse. Het loslaten van concepten en mogelijk ontwikkelen van nieuwe concepten besproken.

De plek van de kwantitatieve data besproken. Niet echt een mixed methods meer namelijk aangezien de data elkaar niet aanvullen tot een uiteindelijk resultaat. De kwantitatieve analyse is gedaan en gebruikt voor het opstellen van de topiclist. Echter kwam eruit de interviews dat de verpleegkundige hier niks mee doen. De focus is toen verandert en richting patient motivation gegaan. Daardoor meer focus op kwalitatieve gedeelte. Meer triangulation onderzoek geworden.

Wel benoemen dat er verschillende bronnen van data zijn gebruikt. Kort toelichten dat de focus veranderde. In je resultatensectie dan vooral focus op het kwalitatieve gedeelte.

Aangepaste inleiding:

Aangegeven zelf nog niet tevreden te zijn over mijn inleiding dus dat ik die heb herschreven op basis van nieuwe literatuur die ik heb gevonden. Niet doorgenomen maar Prof. Jaarsma gaat ernaar kijken voor feedback.

Algemene evaluatie:

- Hoe gaat het in Zweden, nu al over de helft
- Welke begeleiding krijg ik vanaf de UU
- Heb ik genoeg leermomenten

Bespreken huidige begeleiding:

Wat wil ik hier verder nog doen? Besproken niet meer inzicht te hoeven krijgen in de hart zorg in Zweden. Wel op het gebied van onderzoek. Het blijven volgen van de seminars. Mogelijkheid tot zelf indienen van een stuk voor een seminar besproken. Voorstel 26 april wordt gedaan voor goedkeuring. Mogelijkheid tot opsturen van transcripties. Dinsdag 5 april Wii investigators dag en 18 maart promotie bijwonen

Nieuwe afspraken:

- Nieuwe datum voorstellen voor volgende bijeenkomst. Elke twee weken is voldoende.
- Eind maart data verzameling afgerond
- April ruimte voor schrijven methode en resultaten
- Feedback op nieuwe inleiding
- Terugkoppeling goedkeuring seminar

*Notulen begeleidingsgesprek 27 april 2016*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Anna Vree

**Algemeen:**

- Hoe heb ik het seminar zelf ervaren, wat heb ik geleerd?
- Hoe heeft Prof. Jaarsma het seminar ervaren

**Algemene feedback per onderdeel bespreken:****Titel**

- De verpleegkundige mist: hoeft niet worden toegevoegd, word de titel te lang
- Patiënten met hartfalen en niet hartfalen patiënten, de patiënt eerst: is aangepast

**Inleiding**

- Bronvermelding klopt niet. Opnieuw naar kijken. Alleen de bron vermelden die dit beschrijft in de resultaten. Terug naar de originele bron
- Feedback: education, counseling and support worden nu gebruikt in de inleiding maar richt je je wel op education? Besproken: alleen counseling te gebruiken en verhelderen het soort support verpleegkundige geven
- Feedback: kwaliteit van leven wordt de 1<sup>e</sup> alinea mee afgesloten maar is niet gekoppeld aan de aim van de studie. Besproken: tijdens de inleiding weer terug op komen en aan het einde koppelen aan de aim. Waarom is het van belang dat je dit onderzoek hebt gedaan. Wat hebben de patiënten eraan?

**Methode**

- Feedback design: het lijkt nu alsof het design is gebaseerd op de twee artikelen die erbij zijn vernoemd maar dan krijg je een heel vreemd design. Alsof ik beide heb gecombineerd. Opnieuw naar kijken. Besproken: bronnen weglaten. Content analysis en dan onderbouwen waarom je hiervoor hebt gekozen.
- Feedback: over het algemeen onduidelijk wat er nou is gebeurd. Niet herhaalbaar. Besproken: het te schrijven als één lopend verhaal bijvoorbeeld als studie procedure. Dan is het beter te volgen
- Feedback: data saturatie niet noemen. Besproken: woord weglaten
- Feedback: maximale variatie heb je niet op geselecteerd dus niet benoemen. Besproken: omschrijven als een brede variatie in de sample ipv maximale variatie
- Feedback: volgens content analyse moet je eerst data verzamelen, dan analyseren. Dat is hier niet gebeurd. Je noemt daarom het woord constant comparison maar dat

past niet bij dit design en je hebt het ook niet gedaan. Besproken: benoemen dat het tegelijk werd gedaan zonder constant comparison te noemen.

- Feedback: refuse to participate: ander woord gebruiken, het was vrijwillige deelname. Besproken: redenen om niet mee te willen doen.
- Feedback: niet alleen de tabel noemen maar wel een toelichting geven. Besproken: korte omschrijving van de studiepopulatie geven en dan verwijzen naar de tabel. Kan ook bij je resultaten als eerste alinea
- Feedback: ontwikkeling van de interviewgide is onduidelijk: welke toetsen op welke variabele heb je gedaan, je mag jezelf meer credits geven hier, welke resultaten heb je gevonden en hoe is dit uiteindelijk omgezet in de topics die je hebt ontwikkeld. Besproken: stuk herschrijven waarbij het vooral duidelijk wordt hoe je van de data-analyse naar de topics bent gekomen. Het moet herhaalbaar zijn.
- Feedback ethische overwegingen: niet de interviews maar de data/transcripties waren anoniem verwerkt. Declaration of Helsinki toevoegen. Ethische goedkeuring van de studie die je hebt gebruikt voor de kwantitatieve data-analyse. Besproken: Prof. Jaarsma twijfelt of Declaration of Helsinki in dit geval van toepassing is. Toch maar toevoegen voor de zekerheid. Verder bewoording aanpassen en code van de eerste studie toevoegen.

## Resultaten

- Feedback: geen conclusies formuleren in je resultaten. Besproken: gaat met name over de manier van het opschrijven van de resultaten. Opnieuw naar kijken.
- Feedback: nadenken of die beïnvloedende factoren in het figuur moeten. Besproken: eerst opnieuw je resultaten opschrijven en dan kijken wat meer passend is. Misschien 2 losse figuren, misschien weglaten uit het figuur of het toch 1 figuur te laten maar dit wel specifiek is voor deze populatie maken. Nu nog te algemeen.
- Feedback; resultaten misschien wel te breed als je kijkt naar de vraagstelling. Niet besproken.
- Figuur aan het einde van de resultaten en titel aanpassen

## Afspraken:

- Vrijdag voor vertrek terug naar NL nog een kopje koffiedrinken
- Feedback nu gaan verwerken
- Nieuwe afspraak gepland 17 mei
- Als er eerder vragen zijn, per mail contact houden

*Notulen begeleidingsgesprek 17 mei 2016 (Skype contact)*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Anna Vree

**Bespreken conceptversie:**

- Inleiding: laatste 2 alinea's doorgenomen → relatie tot de aim.
- Methode: als studie procedure. Waar het kopje ontwikkeling interviewgide moest komen.
- Resultaten: feedback verwerkt, figuur nog niet aangepast
- Discussie: samenvatting van de gevonden resultaten besproken. Punten ter discussie ten aanzien van nieuwe literatuur besproken. Plaats van kritische beoordeling methodologie besproken: einde van de discussie zonder aparte kop. Beperkingen van het onderzoek besproken. Uitkijken om niet het hele stuk af te schieten. Je hebt veel dingen niet gedaan maar je resultaten zijn wel heel bruikbaar. Sterke punten van het onderzoek doorgenomen.
- Conclusie: verifiëren dat de conclusie zich richt op training en scholing en niet op verder onderzoek

**Afspraken:**

- Afspraken rondom het inleveren conceptversie doorgenomen: toesturen van de documenten + bijgevoegd de beoordelingsformulieren en de instructies over de procedure.

*Notulen begeleidingsgesprek 16 juni 2016 (Skype contact)*

Aanwezig: Professor Tiny Jaarsma, Anna Vree

**Doornemen feedback conceptversie:**

- Beoordelingen lagen veel op 1 lijn
- Schrijfstijl: erg korte zinnen wat soms moeilijk lezen is. Probeer zinnen te koppelen.
- Titel: motivering misschien niet goed engels. Verpleegkundige wordt gemist in de titel. Andere opties worden besproken. Uiteindelijk besloten om de titel zo te laten.
- Abstract: background moet korter, resultaten meer uitbreiden want dit zegt de lezer te weinig. Je zegt dat het nodig is to improve adherence maar dat heb je niet onderzocht. Anders verwoorden bijvoorbeeld to improve PA. Recommendations maak je een te grote sprong, anders verwoorden
- Inleiding: ziet er prima uit alleen het toespitsen naar de aim. Je hebt aim en RQ. Weglaten en voor aim gaan.

- Methode: voornamelijk feedback op de ontwikkeling van de interview guide. Tabel 1 weglaten. Het is onduidelijk wat je bedoeld met differences. Welke? Waar heb je precies op getoetst? Wat heb je nou precies gedaan. Hebben de resultaten van die kwantitatieve analyse echt geleid tot je topics; nee. Hoe ben je aan je topics gekomen? Door het lezen van artikelen. Oke, dan dat beschrijven. Bijvoorbeeld: first we set out sec. data-analyses that would help us to .. we did not find any...after that of the next step was.. use literature to define main topic areas.
- Resultaten schrijven in de tegenwoordige tijd
- Discussie: betere samenvatting geven van je gevonden resultaten, mag uitgebreider. Methodologische discussie moet opnieuw: grote sample doet niet ter zake. Recall bias is niet echt van toepassing. Wat bedoel je met perception bias? Je zwakke punten ook weer weerleggen. Sterker de sterke punten weergeven, je leest er bijna overheen.
- Conclusie: meer woorden gebruiken bij het weergeven van de resultaten. Niet te grote sprong maken bij de uiteindelijke aanbeveling
- Meer resultaten gepresenteerd dan je zou verwachten: Prof. Jaarsma legt 3 verschillende mogelijkheden uit om daarmee om te gaan: aim aan te passen (niet wenselijk in dit stadium van het onderzoek), resultaten weglaten of herschrijven (zonde van de resultaten die je hebt gevonden die je dan niet presenteert), het aankaarten in de discussie. Laatste optie wordt voor gekozen. Plek in de discussie: eerste alinea, niet bij zwakke punten aangezien het juist hele goede resultaten is.

#### Afspraken:

- Feedback aanpassen
- Stukken waar de meeste feedback op was nog opsturen (abstract, development interviewguide, discussie en conclusie) voor laatste feedback/controle de maandag voor het inleveren van de definitieve versie.
- Afspraken rondom het inleveren definitieve versie doorgenomen: toesturen van de documenten + bijgevoegd de beoordelingsformulieren en de instructies over de procedure