Therapeutisch gedrag; helende zorg?

De effecten van therapeutisch gedrag van verpleegkundigen op het lichamelijk en psychisch welbevinden van patiënten

Drs. Anneke L. Francke Verpleegkundige-A en sociologe. Werkzaam als onderzoekster bij 'the Helen Dowling Institute for biopsychosocial medicine'. Dit instituut, dat een samenwerkingsverband heeft met de Erasmusuniversiteit Rotterdam, richt zich op de studie van heling en helingsprocessen in brede zin (rekening houdend met lichamelijke, psychologische en sociale factoren, die daarop invloed hebben).

Correspondentieadres: Mathenesserlaan 183, Postbus 25309, 3001 HH Rotterdam, tel. 010-4363977.

Samenvatting In dit artikel wordt aandacht gegeven aan het begrip 'therapeutisch gedrag' in de zin van informatieverstrekking aan en probleembegeleiding en activering van een patiënt. Verder wordt een ander, in theorie en praktijk vaak veronachtzaamd element van therapeutisch gedrag besproken: de non-verbale communicatie tussen verpleegkundige en patiënt. Tenslotte zal er ingegaan worden op de relevantie van verder onderzoek naar de effecten van therapeutisch gedrag van verpleegkundigen.[1]

Definities van 'therapeutisch gedrag'

Sinds 1960 zijn veel publikaties verschenen over de effecten van verpleegkundige zorg op het psychische én lichamelijke welzijn van de patiënt. Op grond van een aantal van deze publikaties (onder andere Johnson, 1966; Pride, 1968) komt Cassee (1971) tot de inmiddels klassieke definitie van 'therapeutisch gedrag' als 'gedrag dat de genezing van de patiënt bevordert'. Eén van de uitgangspunten van Cassee is dat ziek-zijn niet uitsluitend een somatisch, maar ook een sociaal-psychologisch verschijnsel is. Patiënten zullen naast hun behoefte aan lichamelijke verzorging een aantal niet-materiële noden hebben, waarvan de bevrediging zowel een positief effect kan hebben op de psychosociale als op de lichamelijke situatie. Hierbij dient echter de kanttekening gemaakt te worden dat onderzoekers en werkers binnen de gezondheidszorg vaak vooronderstellingen hebben over wat de niet-somatische behoeften van patiënten zijn, maar dat deze veelal (nog) niet empirisch getoetst zijn.
Met betrekking tot therapeutisch gedrag noemt Cassee een aantal zorgaspecten die zouden aansluiten bij de behoeften van een patiënt. Ten eerste, het geven van voldoende informatie aan de patiënt over de aard en de ernst van de ziekte, over de te volgen procedures en over de gang van zaken in het ziekenhuis. Ten tweede, de aanmoediging van de patiënt om over zijn angsten en problemen te praten. Bij een dergelijke open, tweezijdige communicatie heeft de verpleegkundige (of andere hulpverlener) de mogelijkheid te achterhalen wat de patiënt vindt of wil weten met betrekking tot zijn situatie. Dit is belangrijk omdat de verstrekte informatie alleen een positief effect heeft wanneer die aansluit bij de individuele behoeften van een patiënt. Tevens krijgt een patiënt de gelegenheid om enerzijds emoties, spanningen en vragen te uiten en anderzijds om betrokken te zijn bij beslissingen over de zorg en behandeling.

Bij Cassee ligt het accent dus vooral op informatieverstrekking binnen een open, tweezijdig communicatieklimaat. Hij maakt hierbij de aantekening, dat nader onderzoek zal moeten uitwijzen welke nuanceringen noodzakelijk zijn. Pool (1979) komt dan ook op grond van een aantal andere (ongepubliceerde) studies tot een verdere invulling van therapeutisch gedrag door de volgende twee elementen te accentueren: ten eerste de probleembegeleiding, 'Het aandacht geven aan problemen die het gevolg zijn van de ziekte, het ziekzijn of het opnameproces' en ten tweede het activeren: 'Het aanmoedigen van de patiënt om meer zelfstandig en minder passief en afhankelijk te zijn'. Door een meer actieve, participerende houding zou een patiënt zich minder angstig en bedreigd voelen en daardoor zou ook het lichamelijk functioneren kunnen verbeteren (Pool, 1979 en 1983).
Alvorens de meer non-verbale aspecten van therapeutisch gedrag te belichten, zal ik eerst een aantal experimenten op het gebied van de verpleegkunde bespreken, waarin de al genoemde elementen informatieverstrekking, probleembegeleiding en activering terug te vinden zijn. De relatie tussen omgevings- en persoonlijke kenmerken en 'therapeutisch gedrag' zal ik in dit kader buiten beschouwing laten.

Studies naar effecten van programma's op het gebied van informatieverstrekking, probleembegeleiding en/of activering

Patiënten die rondom een operatie, hartaanval of overgangssituatie op de persoon gerichte begeleiding van een verpleegkundige krijgen, kunnen dergelijke situaties in het algemeen beter doorstaan dan degenen die niet op een dergelijke wijze ondersteund worden. Dit blijkt uit een aantal publikaties die de laatste jaren onder noemers als 'patient education', 'pre-operatief onderricht', 'gezondheidsvoorlichting' verschenen zijn (zie literatuurlijst behorende bij dit artikel en Grypdonck, februari 1989). De genoemde elementen informatieverstrekking, probleembegeleiding en/of activering spelen daarbij een centrale rol. Als illustratie hiervan zal ik kort twee experimentele studies bespreken.
In een studie naar de effecten van pre-operatieve voorbereiding (Schmitt en Wooldrigde, 1973) kregen 25 patiënten op de avond voorafgaande aan de ingreep informatie over zaken als de operatie, hoe lang men op de operatiekamer en de recovery zou verblijven. Tezelfdertijd praatten deze patiënten met elkaar, onder verpleegkundige begeleiding, over de angsten, problemen en verwachtingen die men had ten aanzien van de operatie en opname. De verpleegkundige vertelde vervolgens hoe men zelf een aandeel kon hebben (door op een bepaalde manier adem te halen, op te hoesten en te bewegen in en buiten het bed) in de post-operatieve herstelfase. Deze groep patiënten werd vergeleken met een groep willekeurig geselecteerde mannen die dezelfde operatie hadden ondergaan, maar die daarbij geen speciale voorbereiding hadden gehad. De patiënten uit de experimentele groep zeiden beter te slapen en minder angstig te zijn op de morgen van de operatie. Postoperatief zag men in deze groep minder urineretentie, betere opname van oraal voedsel en vocht, ontslag in een eerder stadium (zie ook Kanters, 1988) en minder vraag naar pijnstillende middelen.
Ook bij een overgangssituatie kunnen informatieverstrekking en probleembegeleiding positieve effecten op herstel en welbevinden hebben. In een experiment (Lynch, 1985), waarbij veertien patiënten van een hartbewakingsafdeling overgebracht werden naar een afdeling voor minder intensieve bewaking, werden zeven patiënten plotseling, zonder bijzondere voorbereiding, overgeplaatst. De andere zeven patiënten werden allen tevoren uitgebreid ingelicht. Eén van de verpleegkundigen van de hartbewakingsafdeling en de 'eigen' arts bleven deze patiënten gedurende de rest van de opname begeleiden, zodat zij de patiënt konden bijstaan wanneer deze vragen of problemen had. Van de eerste groep patiënten kregen er vijf na de wisseling van afdeling ernstige cardiovasculaire klachten. Zij klaagden over depressie en het gevoel in de steek gelaten te zijn. De patiënten uit de tweede

groep vertoonden eveneens enkele emotionele reacties naar aanleiding van de overgang, echter geen van hen kreeg terugkerende lichamelijke complicaties gedurende het verdere verblijf in het ziekenhuis. Een vergelijkbaar experiment van Toth (1980) liet eveneens opmerkelijke effecten zien van de begeleiding van de verpleegkundige, bij het verlaten van de CCU, op variabelen gerelateerd aan herstel (bloeddruk en polsslag) en psychisch welbevinden (angstniveau) van patiënten.
Hoewel bij dergelijke experimentele studies vaak sprake is van een kleine, waarschijnlijk niet-representatieve steekproef, en we geen 'harde' conclusies kunnen trekken, vind ik de uitkomsten het overdenken waard, mede vanuit de tegenwoordig grote aandacht voor de continuïteit van zorg binnen dergelijke overgangssituaties.

Inspelen op persoonlijke behoeften

Informatieverstrekking, probleembegeleiding en activering zullen pas 'therapeutisch gedrag' worden als de verpleegkundige inspeelt op de persoonlijke behoeften en problemen van een patiënt (Cassee, 1971; Pool, 1979). Dit vraagt een bepaalde 'betrokkenheid' (Boschma, 1984) van de verpleegkundige. Deze komt tot uiting in het tijd nemen voor en het stimuleren van vragen en opmerkingen van een patiënt. Als dit gepaard gaat met het inleven van de verpleegkundige in de situatie van een patiënt en men bij het verpleegkundig handelen hiervan uitgaat, zal dit invloed hebben op de wijze van informatieverstrekking, probleembegeleiding en activering. Zo zal een verpleegkundige soms bewust gedetailleerde informatie achterwege laten: bijvoorbeeld in de omgang met een patiënt die zijn ziekte nog ontkent en die uitgebreide uitleg over een operatie of over de gevolgen van een hartaanval als zeer belastend ervaart. Dezelfde verpleegkundige zal echter bij een patiënt die de confrontatie met zijn ziekte wil aangaan een volstrekt andere benadering kunnen kiezen (zie ook Grypdonck, februari 1989; Mumford e.a., 1982).

Non-verbale communicatie als element van 'therapeutisch gedrag'

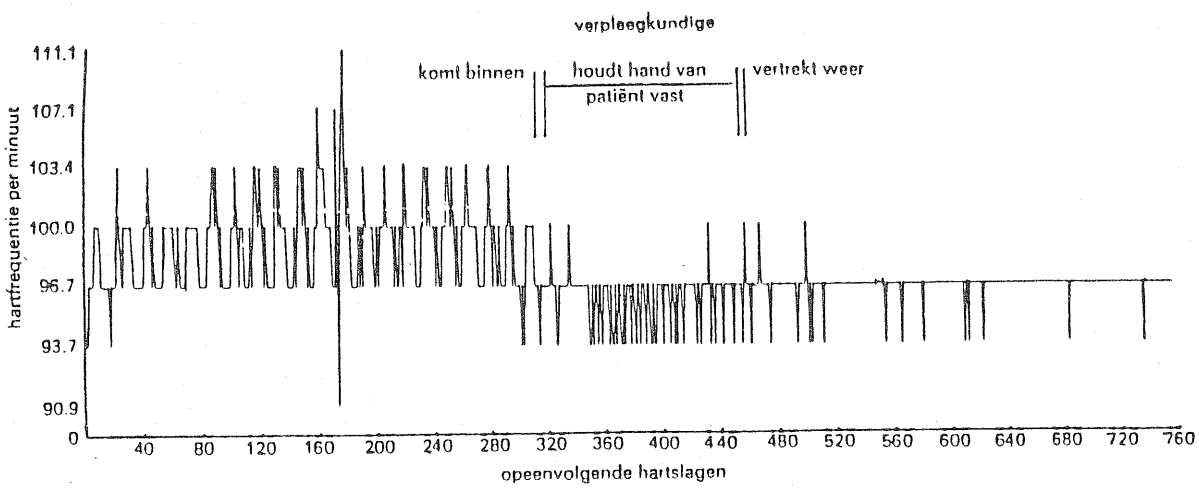
Dit pleidooi voor het afstemmen van de zorg op de persoonlijke behoeften van een patiënt brengt me bij het volgende.
In de eerste fasen van het helingsproces (Francke, 1989; De Vries, 1985) zal tweezijdige verbale communicatie, met het accent op informatieverstrekking, probleembegeleiding en activering, niet altijd mogelijk of wenselijk zijn. Volgens dit helingsmodel worden de fasen die een patiënt doormaakt gekenmerkt door verschillende zorgbehoeften, die daardoor ook andere eisen aan de verpleegkundige zorg stellen. Hoewel het activeren en het bevorderen van een autonome houding van patiënten een meer centraal element van de verpleegkundige zorg zou moeten zijn, zullen veel patiënten in bepaalde fasen van het helingsproces vooral behoefte hebben aan ondersteuning, bescherming en rust.[2] (Hierbij ben ik me ervan bewust dat ook deze behoeften verondersteld worden, maar dat er tot nu toe nog weinig empirisch onderzoek naar de behoeften van vooral ernstig zieke patiënten is gedaan.) In de zorg voor comateuze of stervende patiënten zou aan deze behoeften tegemoet gekomen kunnen worden door non-verbaal (of eenzijdig-verbaal) contact.
Dit sluit aan bij de ervaringen van Kübler-Ross, die in haar werk met ernstig zieke patiënten ontdekte dat veel, door haar als waardevol ervaren, momenten gekenmerkt werden door non-verbaal contact tussen haar en een patiënt. Zij observeerde daarbij ook dat, als patiënten hun terminale ziekte hebben geaccepteerd, de middelen om te communiceren meer non-verbaal werden. Anderen (o.a. McCorcle, 1974; Lynch, 1985) wijzen op het belang van non-verbaal contact met patiënten binnen hoog-technologische afdelingen, waar in 'the struggle for life' het personeel sterk gericht is op de verpleegtechnische zorgaspecten. Toch zou juist in levensbedreigende situaties, waarin een patiënt vaak geïsoleerd is van familie en medepatiënten, en hij zich dikwijls niet verbaal kan

uiten, aandacht voor de niet-somatische behoeften van een patiënt belangrijk kunnen zijn. Men kan hierbij denken aan contact in de vorm van het maken van een troostend gebaar, het vasthouden van de hand van een patiënt, een bepaalde blik, het stil naast iemands bed gaan zitten óf door het praten tegen de patiënt zonder dat er antwoord kan worden gegeven, enzovoort.
In de volgende paragraaf zal ik in het kort enige studies bespreken waarin de effecten van dit element van therapeutisch gedrag (*het non-verbale contact tussen verpleegkundige en patiënt*) gemeten zijn.

Studies naar de effecten van non-verbaal contact[3]

'Toen duidelijk werd dat deze man niet in leven kon blijven, verplaatste de zorg van het medisch personeel zich naar het zoveel mogelijk verzachten van de dood. Wij zagen de hartslag van deze man plotseling veranderen als een verpleegster zijn hand vasthield. Zij was rustig, troostend aanwezig toen hij in diep coma lag, kort voor hij stierf... Hij kon slechts ademen met behulp van een beademingsapparaat. En toch was, ondanks of misschien juist door zijn ernstige toestand, de verandering van de hartslag (zie afb. 1) van deze comateuze patiënt wanneer de verpleegster hem troostte, treffend... (Lynch, 'Het gebroken hart', p. 84).

Dit fragment betreft een observatie van de non-verbale communicatie tussen een individuele, comateuze patiënt en een verpleegkundige. Ook in andere, meer kwantitatieve studies keken Lynch e.a. (o.a. 1985a en 1985b) naar dergelijke, vaak-ongeplande en niet-rationele, interactieprocessen tussen patiënten, verpleegkundigen en artsen. Men was daarbij gericht op vragen als: 'Hangt een toename van de bloeddruk en polsslag samen met voornamelijk fysiologische processen of spelen sociaal-psychologische factoren ook een rol?' Deze studies vonden allen plaats binnen hoog-technologische afdelingen. De patiënten waren hier sterk geïsoleerd van verwanten en medepatiënten en werden frequent en intensief geobserveerd. Een dergelijke omgeving roept enerzijds vragen op over de invloed van de aan/afwezigheid van intermenselijk contact en creëert anderzijds interessante onderzoeks-



Afb. 1. Effect van menselijk contact op de hartslag van een comateuze man onder curare (Lynch, 1985).

mogelijkheden. Dit resulteerde onder andere in de volgende studie (1974).
Veertig patiënten die het middel curare hadden gekregen (curare laat de patiënt bij bewustzijn, maar verlamt tijdelijk elke dwarsgestreepte spier in het lichaam, zodat de patiënt niet kan bewegen, spreken, zijn ogen openen of op eigen kracht ademen) werden met de hartmonitor geobserveerd. Men bestudeerde ten eerste alledaagse spontane interacties, zoals de 'artsenvisite' waarbij noch de patiënt, noch de artsen en verpleegkundigen wisten dat zij op dat moment geobserveerd werden. Binnen het tweede type interactie telde een geïnstrueerde verpleegkundige de pols van een patiënt, maakte een troostend gebaar óf sprak de patiënt geruststellend toe, zoals bijvoorbeeld in het volgende fragment:
'Mr. X., my name is A. and I am a nurse. I know you can't answer me when I talk to you. You're receiving a drug called curare which hass temporarily paralysed you so that you are unable to respond in any way. The ffect will only be temporary and once the drug is discontinued, you wille be able to move, speak and breath as before... There is always a doctor or nurse at your bedside, so please try not to worry (verkort fragment).
De conclusie uit deze studie was dat communicatie door middel van een simpele aanraking of het geruststellend toespreken zoals in het hiervoor vermelde fragment, fysiologische reacties bij de patiënt veroorzaakt. Daarbij viel het Lynch op dat de reactie van de hartslag op menselijk contact in extreme levensbedreigende situaties lijkt toe te nemen, waarschijnlijk versterkt door het sociale element, waarin ernstig zieken vaak verkeren (Lynch, 1985a en 1985b; Wysmans, 1987).
Eigenlijk tonen dergelijke studies niet meer aan dan wat iedere verpleegkundige uit eigen ervaring al weet: met name bij het polstellen of het bloeddrukmeten ziet men vaak een duidelijke, zij het in dat geval vaak negatieve, invloed uitgaan van menselijk contact op het bloedcirculatiesysteem. Toch kunnen publikaties op dit gebied fungeren als een 'reminder', waardoor men (opnieuw) gaat beseffen hoe bijvoorbeeld van een simpel gebaar of gezegde al invloed uitgaat op een patiënt. Dergelijke kennis kan geïntegreerd worden in de zorg voor ernstig zieken, waardoor het gevoel van de verpleegkundige, dat men in bepaalde fasen alleen maar lichamelijke zorg kan verlenen en men in psychosociaal opzicht 'met lege handen staat', zal afnemen.

Relevantie van verder onderzoek naar de effecten van therapeutisch gedrag

Bij de rechtvaardiging van het gebrek aan therapeutisch gedrag in de vorm van informatieverstrekking, probleembegeleiding, activering en/of non-verbale communicatie, wordt vaak het argument van tijdgebrek aangevoerd. Een andere reden zou echter kunnen zijn dat verpleegkundigen vinden dat een dergelijke zorg niet tot hun takenpakket behoort, óf dat men zich niet capabel of deskundig genoeg voelt om aan de niet-somatisch ebehoeften van een patiënt tegemoet te komen. Onderzoeksresultaten kunnen van invloed zijn op de waardering voor en het inhoud geven aan de niet-somatische zorg voor een patiënt. Deze resultaten kunnen meer inzicht geven in de relatie tussen therapeutisch gedrag van verpleegkundigen en de psychische én lichamelijke situaties van een patiënt. De verpleegkundigen zouden naar aanleiding hiervan een training kunnen krijgen in sociale vaardigheden. Deze vaardigheden zijn noodzakelijk voor een goede begeleiding van een patiënt. Maar ook de ziekenhuisorganisatie en/of cultuurveranderingen kunnen het in praktijk brengen van deze vaardigheden mogelijk maken.
Uit wetenschappelijk oogpunt is onderzoek naar de effecten van therapeutisch gedrag eveneens van belang. Genezingbevorderende of genezingbelemmerende factoren kunnen tevens invloed hebben op het ontstaan van een ziekte. Dergelijk onderzoek kan belangrijk zijn voor het verkrijgen van verder inzicht in de psychische en sociale determinanten op het gebied van de etiologie van ziekten (Cassee, 1971).

Toegespitst op de verpleegkunde kunnen studies naar de effecten van therapeutisch gedrag ons inzicht geven in hoe informatieverstrekking, probleembegeleiding, activering en non-verbale interacties tussen verpleegkundige en patiënt, van invloed kunnen zijn op het lichamelijk en psychisch welbevinden van een patiënt.

Aanvaard mei 1989

Noten

1. Ik maak een onderscheid tussen therapeutisch gedrag van verpleegkundigen, artsen en andere hulpverleners. Zo kunnen patiënten naar verpleegkundigen toe andere behoeften hebben dan naar artsen. Dit kan gevolgen hebben voor de effecten van een bepaalde benadering.

2. Hiermee wil ik overigens niet beweren dat iedere patiënt fasen heeft waarin therapeutisch gedrag in de zin van informatieverstrekking, probleembegeleiding en activering niet mogelijk en/of wenselijk zijn. Het helingsproces dat een patiënt doorloopt heeft een individueel karakter.

3. Over de effecten van non-verbaal contact tussen verpleegkundige en patiënt is tot nu weinig gepubliceerd. Toch merkten Pool en Schadee (1981) al eerder op dat sommige non-verbale gedragingen (een hand op de schouder, een knikje of een aanraking bij het wassen) zeker een therapeutische waarde hebben. Binnen hun participerende observatieperiode in een algemeen ziekenhuis bleek het echter niet mogelijk om non-verbale aspecten van therapeutisch gedrag systematisch vast te leggen. Als belangrijkste oorzaken hiervoor werden de complexiteit en niet-rationaliteit van dergelijke gedragingen genoemd.

Literatuur

Bosch, C.F.M., *Betrokkenheid op de verpleegafdeling.- Onderzoek naar de interactie tussen verpleegkundigen, patiënten en artsen op verpleegafdelingen door middel van participerende observatie. Lochem/Gent, De Tijdstroom, 1984.*

Cassee, E.Th., Communicatie en therapeutisch gedrag. *Mensen in het Ziekenhuis.* Nieuwe vormen van leidinggeven en communicatie. Cassee, E.Th., Lammers, C.J., Wolters-Noordhoff, Groningen, 1971.

Devine, E.C., Cook T.D., A Meta-analytic analysis of effects of psycho-educational interventions on length of postsurgical hospital stay. *Nursing Research,* 1983, vol. 32, 267-274.

Devine, E.C., Cook, T.D., Clinical and cost-saving effects of psycho-educational interventions with surgical patients: a meta-analysis. *Research in Nursing and Health,* 1986, p. 89-105.

Felton, G., Huss, K., Payne, E.A. et al., Preoperative nursing intervention with the patient for surgery: outcomes of three alternative approaches. *Internationale Journal for Nursing Studies,* 1976, 13, 11-24.

Fortin, F., Kirouac, S., A randomized controlled trial of preoperative patient education. *International Journal for Nursing Studies,* 1976, 13, 83-96.

Francke, A.L., Een helingsmodel: verpleegkundige zorg in nieuw perspectief. *Verpleegkunde,* vol. 3, nr. 4 (februari 1989), 187-194.

Grypdonck, M., Voorbereiding van volwassen patiënten op chirurgische ingrepen. *Verpleegkunde,* vol. 3, nr. 4 (februari 1989), 171-186.

Hatthaway, D., Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nursing Research,* 1986, no. 35, 269-275.

Hendriksen, J..S., Nurse attendance versus use of analgesic medication in the first stage of labor. *Nursing Research,* 15, p. 88, 1966.

Johnson, J.E., The influence of porposefull nurse-patient interaction on the patients' postoperative course. *Exploring Progress in Medical-Surgical Nursing Practice,* New York, American Nursing Association, 1966, 16-22, 1966.

Kanters, H.W., De effectiviteit van patiëntenvoorlichting. In: *Effectiviteit van G.V.O.,* R. Jonkers e.a. Rijswijk, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1988.

King, I.M., Tarsitano, B.J., The effect of structured and un-

structured preoperative teaching: a replication. *Nursing Research,* 1982, 31, 324-329.
Kübler-Ross, E., *On death and dying.* New York, MacMillan Co., 1969.
Lynch, J.J., Flaherty, L., Emrich, C., Mills, M.E., Katcher, A., Effects of human contact on the heart activity of curarized patients in a shock-trauma unit. *American Heart Journal,* 1974, vol. 88, no. 2, 160=169.
Lynch, J.J., *Het gebroken hart.* De medische gevolgen van eenzaamheid. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht/Antwerpen, 1985a.
Lynch, J.J., Thomas, S.A., Paskewitz, D.A., Katcher, A.H., Weir, L.O., Human contact and cardiac arrhythmia in a coronary care unit. *Psychosomatic Medicine,* 1977, vol. 39, no. 3, 188-192.
Lynch, J.J., Thomas, S.A., Paskewitz, D.A.., Malinow, K.L., Long, J.M., Interpersonal aspects of blood pressure control. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 1982, vol. 170, no. 3, 143-151.
Lynch, J.J., *The language of the heart.* The body's response to human dialogue. New York, 1985b.
McCorkle, R., Effects of touch on seriously ill patients. *Nursing Research,* 1974, 23, 2, 125-132.
Mogan, J. et al., Effects of Preoperative teaching on postoperative pain: a replication and expansion. *International Journal of Nursing Studies,* 1985, 22, 267-280.
Mumford, E., Schlesinger, H.J., Glass, G., The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: an analysis of the literature. *American Journal of Public Health,* 1982, vol. 72, no. 2, 141-151.
Pool, J.J., Schadee, G.R., *Observatie op verpleegafdelingen.* Een methodologische studie. Amsterdam, Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit, 1981.
Pool, J.J., *Observatie van therapeutisch gedrag.* Een valideringsstudie. Amsterdam, Vakgroep Sociale Psychologie, 1979.
Pool, J.J., *Sociaal-therapeutisch gedrag van verpleegkundigen.* Verslag van onderzoek en interventie. VU/boekhandel en uitgeverij, Amsterdam, 1983.
Putt, A.M., One experiment in nursing adults with peptic ulcers. *Nursing Research,* 1970, vol. 19, no. 6, 484-494.
Reading, A.E., The short term effects of psychological preparation for surgery. *Social Science & Medicine,* 1979, 13A, 641-654.
Schmitt, F.E., Wooldridge, P.J., Psychological preparation of surgical patients. *Nursing Research,* 1973, vol. 22, no. 2, 108-116.
Thomas, S.A., Lynch, J.J., Mills, M.E., Psychosocial influences on heart rhythm in the coronary care unit. *Heart & Lung: The Journal of critical care,* 1975, vol. 4, no. 5, 746-750.
Toth, J.C., Effeft of structured preparation for transfer on patient anxiety on leaving coronary care unit. *Nursing Research,* 1980, vol. 29, no. 1, 28-34.
Vries, M.J. de, *het behoud van leven: ziekte en heling in nieuw perspectief.* Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1985.
Wysmans, W.M., Als het hart kon spreken. Een nieuw boek over de effecten van verbale en non-verbale communicatie op hart en bloedvaten. *Cardiaal,* juni 1987, 43-47.

Rectificatie

In *Verpleegkunde* nr. 2, augustus 1989, heeft het artikel van drs. A.J. van der Schaft een foute titel gekregen.
De correcte titel is: Evaluatie van *methodische* zorgverlening in de psychiatrie.
Onze excuses voor deze onzorgvuldigheid.

De uitgever