

M. Habets, A.L. Francke*

Communicatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts in de terminale zorgverlening

Een kwalitatief onderzoek

Samenvatting

In dit onderzoek zijn wijkverpleegkundigen geïnterviewd over factoren die van invloed zijn op de communicatie met huisartsen in de zorg voor terminale kankerpatiënten. Wijkverpleegkundigen noemen diverse factoren die de communicatie bevorderen: onder andere 'structureel overleg' en 'hoge prioriteit geven aan overleg'. Tevens noemen zij factoren die de communicatie belemmeren: onder andere 'slechte bereikbaarheid' en 'hiërarchische werkverhoudingen'. Ook geven wijkverpleegkundigen verschillende strategieën aan die zij hanteren om met barrières in de communicatie om te gaan. Voorbeelden van strategieën die communicatiebarrières verminderen zijn 'belang van overleg benadrukken' en 'goede voorwaarden voor overleg creëren'. Voorbeelden van strategieën die barrières in stand houden zijn 'communicatie vermijden' en 'emotioneel afsluiten'.

Inleiding

Kankerpatiënten met een slechte prognose hebben veelal in toenemende mate zorg nodig. Het gaat daarbij vaak om thuiszorg die in eerste instantie uitsluitend door familieleden wordt gegeven en in latere instantie ook door de wijkverpleging. Om de zorg op de vaak complexe hulpvragen van de patiënt af te stemmen is vooral in de terminale fase een goede communicatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts van belang (Speedling, 1984). Er bestaan echter aanwijzingen dat deze communicatie – vanuit de wijkverpleegkundige gezien – niet altijd naar wens verloopt (De Schepper, Francke en Huijter Abu-Saad, 1994). In de hier gepresenteerde studie is in kaart gebracht welke factoren volgens wijkverpleegkundigen de communicatie met huisartsen positief, dan wel negatief beïnvloeden. Tevens is onderzocht welke strategieën wijkverpleegkundigen gebruiken om met barrières in de communicatie om te gaan. Alvorens over te

gaan tot de bespreking van de uitkomsten van het onderzoek, zal eerst worden stilgestaan bij de onderzoeksmethoden.

Methoden van onderzoek

Wervingsmethode en onderzoekspersonen

Voor het werven van wijkverpleegkundigen werden drie Kruisverenigingen aangeschreven met een verzoek om medewerking. Bezuinigingen en tijdgebrek werden opgegeven als redenen om niet op het verzoek in te gaan. Dit bracht de onderzoekster (de eerste auteur) er toe om verder wijkverpleegkundigen te recruter via bestaande contacten in de regio Zuid-Limburg en via de zogenaamde sneeuwbal methode. Bij de werving werd erop gelet dat het aantal wijkverpleegkundigen dat binnen een gezondheidscentrum of hometeam structureel samenwerkte met huisartsen, ongeveer gelijk was aan het aantal dat op een ad hoc basis met huisartsen

samenwerkte. De verandering was dat organisatorisch vloed kunnen zijn op de pleegkundigen met tern het algemeen en samen in het bijzonder. Uiteindelijk hebben veldigen (tien vrouwen en komstig uit Zuid-Limburg meegedaan. De werking varieerde van een t wijkverpleegkundigen ware verschillende thuiszorg wijkverpleegkundigen d het onderzoek reeds wa in een latere fase nog nomen aan de hand van specificieerde onderzoek interviews werd besloten af te sluiten, op basis va retische verzadiging (Str

Vraagstelling en definitie

Zoals gebruikelijk in werd gestart met een op en Corbin, 1990; Wester de deze:

Hoe ervaren wijkverpleegkundigen van zorg aan terminale kankerpatiënten de communicatie met huisartsen en de zorgverlening bij terminale kankerpatiënten? (zie ook De Schepper e.a., 1994) leidde tot het afbaken van de vraagstelling in de volgende

1. Welke factoren beïnvloeden de communicatie met huisartsen bij terminale kankerpatiënten?
2. Welke strategieën gebruiken wijkverpleegkundigen voor het omgaan met barrières in de communicatie?

Communicatie werd in dit onderzoek gedefinieerd als: 'Alle gedragingen van wijkverpleegkundige en huisarts die van invloed zijn op de zorgverlening aan de patiënt'. Onder strategieën werden bedoeld: 'Alle strategieën die wijkverpleegkundigen gebruiken om met barrières in de communicatie om te gaan'. Hierbij

* A.L. Francke werkte ten tijde van het schrijven van dit artikel bij het Helen Dowling Instituut in Rotterdam. Correspondentie-adres: M. Habets, Lommerlustlaan 18, 3702 BV Zeist

ge en

vloed zijn op de com-
kundigen noemen di-
' en 'hoge prioriteit ge-
' onder andere 'slechte
kundigen verschillende
'aan. Voorbeelden van
'nadrukken' en 'goede
and houden zijn 'com-

de uitkomsten van
orden stilgestaan bij

oekspersonen

wijkverpleegkundigen
ngen aangeschreven
werking. Bezuinigin-
gegeven als redenen
e gaan. Dit bracht de
teur) er toe om ver-
e recrutereren via be-
tio Zuid-Limburg en
balmethode. Bij de
het aantal wijkver-
en gezondheidscen-
ureel samenwerkte
gelijk was aan het
asis met huisartsen

samenwerkte. De veronderstelling hierachter was dat organisatorische kenmerken van invloed kunnen zijn op de ervaringen van wijkverpleegkundigen met terminale zorgverlening in het algemeen en samenwerking met huisartsen in het bijzonder.

Uiteindelijk hebben veertien wijkverpleegkundigen (tien vrouwen en vier mannen), allen afkomstig uit Zuid-Limburg, aan het onderzoek meegedaan. De werkervaring in de wijkverpleging varieerde van een tot vijftien jaar. De wijkverpleegkundigen waren afkomstig uit twee verschillende thuiszorginstellingen. Bij twee wijkverpleegkundigen die in de beginfase van het onderzoek reeds waren geïnterviewd, werd in een latere fase nogmaals een interview afgenomen aan de hand van de inmiddels meer gespecificeerde onderzoeksvragen. Na zestien interviews werd besloten de gegevensverzameling af te sluiten, op basis van het principe van theoretische verzadiging (Strauss en Corbin, 1990).

Vraagstelling en definities

Zoals gebruikelijk in kwalitatief onderzoek werd gestart met een open vraagstelling (Strauss en Corbin, 1990; Wester, 1991). In dit geval luidde deze:

Hoe ervaren wijkverpleegkundigen het verlenen van zorg aan terminale kankerpatiënten?

In de eerste interviews bleek dat de communicatie met huisartsen een belangrijk aspect was van de ervaringen van wijkverpleegkundigen in de zorgverlening bij terminale kankerpatiënten (zie ook De Schepper e.a., 1994). Deze bevinding leidde tot het afbakenen en verfijnen van de vraagstelling in de volgende deelvragen:

1. *Welke factoren werken volgens wijkverpleegkundigen bevorderend en welke belemmerend voor de communicatie met huisartsen in de zorgverlening aan terminale kankerpatiënten?*
2. *Welke strategieën gebruiken wijkverpleegkundigen voor het hanteren van barrières in de communicatie?*

Communicatie werd in dit onderzoek gedefinieerd als: *'Alle gedrag dat tussen wijkverpleegkundige en huisarts plaatsvindt en waarbij sprake is van overbrenging van informatie in de ruimste zin van het woord'*.

Onder strategieën werd verstaan: *'Activiteiten die een wijkverpleegkundige verricht om met barrières in de communicatie met de huisarts om te gaan'*. Hierbij kan het zowel gaan om

doelgerichte methoden die communicatiebarrières verminderen, als om activiteiten die 'noodgrepen' zijn om met barrières in de communicatie om te kunnen gaan.

Gefundeerde Theoriebenadering

Bij de verzameling en analyse van de onderzoeksgegevens is gebruik gemaakt van procedures uit de Gefundeerde Theorie benadering (GT-benadering) (Glaser en Strauss, 1967; Strauss en Corbin, 1990; Wester, 1991). De vraagstelling van het onderzoek is bepalend geweest voor de keuze van de GT-benadering. Binnen deze benadering sluit de onderzoeker namelijk zoveel mogelijk aan bij de subjectief beleefde ervaring en het perspectief van de onderzochten. Om de leefwereld van de onderzochten te leren kennen moet er direct contact zijn met de onderzochten en moeten de onderzoeksprocedures en de onderzoeksvra(a)g(en) een open karakter hebben. Vanwege deze methodische eisen wordt binnen de GT-benadering vaak gebruik gemaakt van diepte-interviews, al dan niet gecombineerd met andere dataverzamelingstechnieken. Binnen de GT-benadering kent men een aantal door onder meer Strauss en Corbin (1990) uitgewerkte analyseprocedures. De wijze waarop deze procedures in dit onderzoek zijn gebruikt zal in de paragraaf 'Analyse van de interviews' worden besproken.

Afname van de interviews

In de eerste drie interviews konden de wijkverpleegkundigen ongestructureerd en zonder veel interventies van de onderzoekster hun verhaal vertellen. De latere interviews hadden een half-gestructureerd karakter: met behulp van een topiclijst stelde de onderzoekster vragen die de wijkverpleegkundigen in eigen bewoordingen konden beantwoorden. Gedurende het onderzoek werden op grond van inzichten uit tussentijdse analyses vragen en onderwerpen aan de topiclijst toegevoegd en andere aangepast of verwijderd. Op deze wijze konden in de nog volgende interviews bevindingen geverifieerd, verworpen of aangevuld worden. Om meer diepgang in de interviews te brengen werd vanaf het vijfde interview aan de wijkverpleegkundigen gevraagd zich op het interview voor te bereiden door over twee eigen casussen na te denken: één waarin de communicatie met de huisarts naar tevredenheid was verlopen en één waarin dat niet het geval was. Het bleek dat op deze ma-

Rotterdam.

nier dieper op de ervaringen van de wijkverpleegkundigen kon worden ingegaan.

Analyse van de interviews

Een kenmerk van de GT-benadering dat ook in ons onderzoek gestalte kreeg, is het cyclische proces van data verzamelen, coderen en analyseren. Om recht te doen aan dit cyclische proces werden steeds na één of twee interviews de letterlijk uitgetypte interviews doorgenomen en geanalyseerd. Aan relevante fragmenten werden codes (= trefwoorden of afkortingen van trefwoorden) of categorienamen (= classificaties van codes) toegekend die direct betrekking hadden op de inhoud van de fragmenten. Deze analytische activiteiten worden door Strauss en Corbin (1990) aangeduid met 'open coding'. Bij de latere interviews werd niet alleen open gecodeerd, maar werd ook 'axial coding' toegepast. Dat wil zeggen dat werd gezocht naar verbanden tussen de categorieën die uit het interviewmateriaal naar voren kwamen (Strauss en Corbin, 1990). Zo werd bijvoorbeeld nagegaan welke strategieën van wijkverpleegkundigen gerelateerd waren aan welke barrières in de communicatie. De GT-benadering kent daarnaast nog 'selective coding' (Strauss en Corbin, 1990), dat wil zeggen het selecteren van een kerncategorie waaraan alle overige categorieën gerelateerd zijn. Ons onderzoek wijkt in die zin enigszins van de GT-benadering af. We konden in het materiaal geen duidelijke kerncategorie ontdekken, maar wel een aantal aan elkaar gerelateerde hoofd- en subcategorieën. In figuur 1 zijn deze hoofd- en subcategorieën alle opgenomen.

Gebruik van literatuur

Samenhangend met de 'open' benadering van het onderzoeksthema, die kenmerkend is voor GT-onderzoek (Strauss & Corbin, 1990), is in de voorbereidende onderzoeksfases slechts globaal kennis genomen van relevante literatuur. Rond het tiende interview werd de literatuur intensiever bestudeerd en vergeleken met tussentijdse resultaten. Na alle zestien interviews werd de literatuur nogmaals in ogenschouw genomen, teneinde de resultaten te presenteren in de context van andere onderzoeken.

Procedures ten behoeve van kwaliteit

Om de kwaliteit van kwalitatief onderzoek te bevorderen kunnen verschillende procedures worden gevolgd, onder meer 'member checking',

'peer debriefing' en 'triangulation' (Lincoln en Guba, 1985; Wester, 1991). In dit onderzoek vond een 'member check' plaats door de geïnterviewde wijkverpleegkundigen tussentijdse resultaten toe te sturen en hen daarop te laten reageren. 'Peer debriefing' is toegepast door bevindingen intensief te bediscussiëren met twee onderzoeksbegeleiders en in een intercollegiale werkgroep van kwalitatieve onderzoekers. Triangulatie van onderzoekers is toegepast door in totaal vier aselekt gekozen interviews te laten analyseren door twee externe onderzoekers. Deze analyses werden vergeleken met die van de onderzoekster. Uit de voornoemde procedures bleek dat de bevindingen van de onderzoekster in hoge mate spoorden met hetgeen onderzochten, begeleiders en collega-onderzoekers als belangrijke thema's naar voren zagen komen. In die zin fungeerden de voornoemde procedures als een bevestiging dat men op een goed spoor zat. Daarnaast waren die procedures – en de daaruit voortvloeiende discussies – aanleiding tot nadere toetsing, verfijning en aanpassing van het onderzoeksmodel (voor het definitieve model zie figuur 1). Meer gedetailleerd zijn de gebruikte procedures ten behoeve van de kwaliteit van het onderzoek beschreven in Habets (1993).

Bevindingen

Figuur 1 laat zien welke factoren volgens wijkverpleegkundigen van invloed zijn op hun communicatie met huisartsen en welke strategieën gebruikt worden om met barrières in de communicatie om te gaan. In het nu volgende zullen we ingaan op deze factoren en strategieën.

Communicatie bevorderende en belemmerende factoren

Structureel versus ad hoc overleg

In veel gezondheidscentra en hometeams is het gebruikelijk dat wijkverpleegkundigen wekelijks een bespreking hebben met huisartsen. Op die manier krijgt men de ruimte om frequent en regelmatig situaties te bespreken, hetgeen door de wijkverpleegkundigen als zeer positief wordt ervaren. Door aan structureel overleg deel te nemen expliciteren beide partijen ook hun bereidheid en motivatie tot contact, wat de drempel tot overleg – ook buiten de vaste overleguren – lager maakt.

BEVORDERENDE

- structureel overleg
- hoge prioriteit
- goede bereikbaarheid
- gelijkwaardige samenwerking
- elkaar goed kennen
- rolduidelijkheid
- reacties
- vertrouwen in collega's
- onzekerheid domein
- domein niet strikt afgegrensd
- positieve ervaringen

STRATEGIEËN OM MET BARRIÈRES OM TE GAAN

- belang overleg
- goede voorwaarde
- voorbereiden

Figuur 1 Factoren en strategieën

'Je kon ook heel makkelijk pakken (...) je nam contact door de telefoon te pakken, dat verliep altijd heel prettig, maar afstemde.'

Katzman en Roberts hebben neer overleg slechts dit de communicatie met huisartsen ernstig bel ervaren van de wijkverpleegkundigen die benaderd werden.

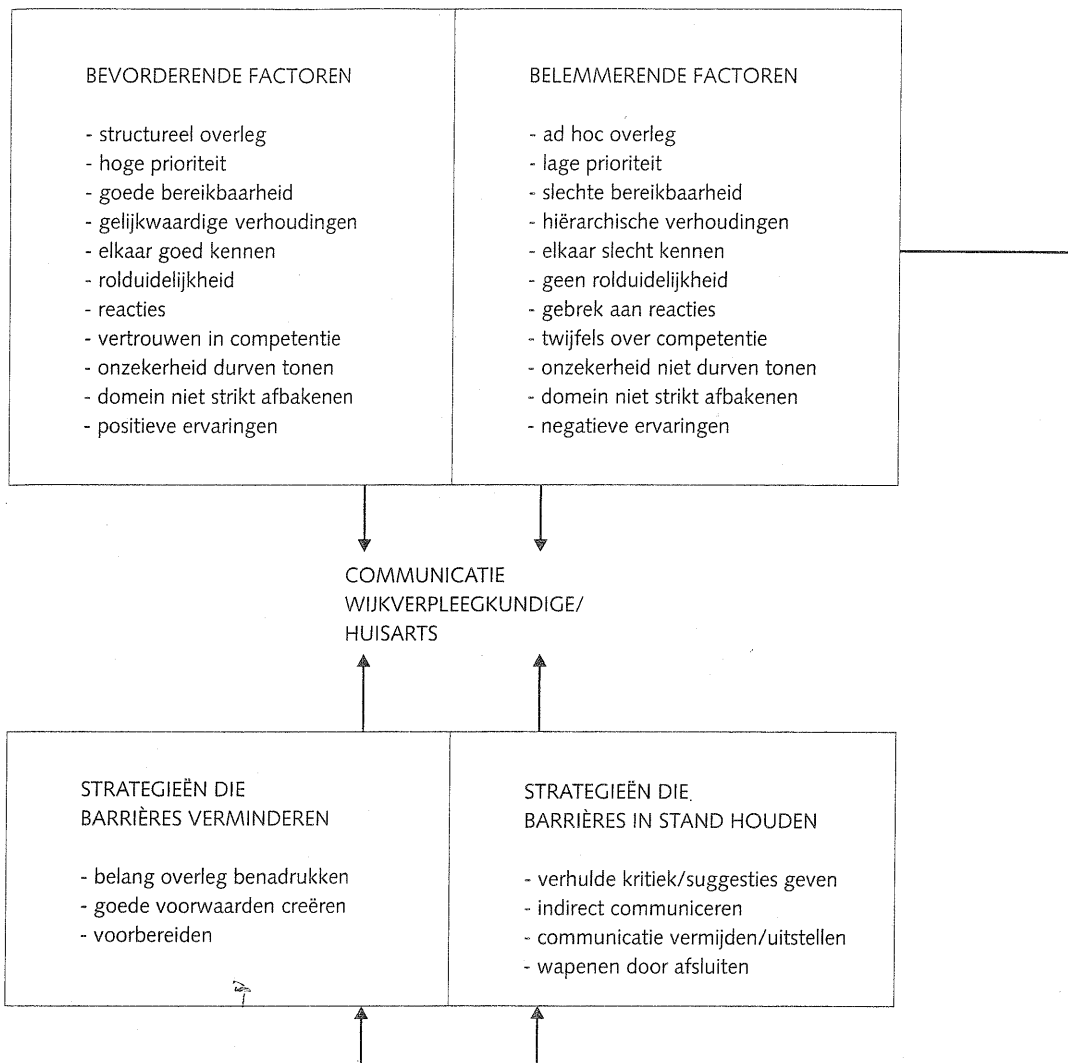
angulation' (Lincoln en 1991). In dit onderzoek eek' plaats door de gegkundigen tussentijdse en hen daarop te laten ig' is toegepast door beediscussiëren met twee n in een intercollegiale ievende onderzoekers. Triers is toegepast door in zen interviews te laten externe onderzoekers. ergeleken met die van e voornoemde proceduagen van de onderzoeklen met hetgeen onderollega-onderzoekers als voren zagen komen. In oornoemde procedures nen op een goed spoor ie procedures – en de liscussies – aanleiding ning en aanpassing van or het definitieve moedetailleerd zijn de gehoeve van de kwaliteit even in Habets (1993).

factoren volgens wijkloed zijn op hun comen welke strategieën : barrières in de comhet nu volgende zuloren en strategieën.

e en belemmerende

erleg

en hometeams is het pleegkundigen weken met huisartsen. Op uimte om frequent en spreken, hetgeen door ls zeer positief wordt eel overleg deel te netijen ook hun bereidact, wat de drempel e vaste overleguren –



Figuur 1 Factoren en strategieën die de communicatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts beïnvloeden

'Je kon ook heel makkelijk de situatie weer even terugpakken (...) je nam ook heel gemakkelijk contact op door de telefoon te pakken als er vragen waren (...) dat verliep altijd heel prettig (...) dat je toch die zorg op elkaar afstemde.'

Katzman en Roberts (1985) beschrijven dat wanneer overleg slechts op ad hoc basis plaatsvindt, dit de communicatie tussen verpleegkundigen en artsen ernstig belemmert. Dit sluit aan bij de ervaringen van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen die benadrukken dat, wanneer overleg

niet structureel is, vaak pas overlegd wordt wanneer er zeer ernstige problemen zijn.

Hoge versus lage prioriteit

Huisartsen die een hoge prioriteit geven aan overleg, maken voldoende tijd en ruimte vrij en nemen indien nodig zelf ook het initiatief tot overleg. Dit betreft vaak huisartsen binnen een structureel samenwerkingsverband en/of huisartsen die uitgaan van een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie (zie ook Tellis-Nayak en Tellis-Nayak, 1984). Wanneer een huisarts laat

blijken overleg belangrijk te vinden, is dit voor een wijkverpleegkundige een teken dat zij serieus wordt genomen. Zij voelt zich dan erkend als volwaardige overlegpartner, van wie de mening zeker meetelt. Dit komt de communicatie ten goede.

'Dan krijg je toch meer het idee van, hij heeft evengoed advies van jou nodig als jij van hem. En ik denk, het zijn twee eigen beroepen en van elkaars deskundigheid kun je gebruik maken en in die zin zou je je ook zelf meer gewaardeerd voelen.'

Wanneer huisartsen een lage prioriteit aan overleg geven en daar weinig tijd en energie voor over hebben, worden wijkverpleegkundigen in praktische zin ernstig belemmerd om met vragen en problemen aan te kloppen. Ook heeft de wijkverpleegkundige dan het gevoel dat haar deskundigheid niet erkend wordt (zie ook Katzman en Roberts, 1985), zij de verantwoordelijkheid voor overleg alleen draagt en zij door de ander niet serieus wordt genomen.

'Maar als iemand dus helemaal geen tijd heeft, dat vind ik naar, dat vind ik vervelend. Dat hij het zo'n beetje affraffelt, terwijl jij het eigenlijk heel belangrijk vindt.'

Goede versus slechte bereikbaarheid

Uit de interviews blijkt dat wanneer wijkverpleegkundigen huisartsen regelmatig tegenkomen of gemakkelijk aan de telefoon krijgen, dit ten goede komt aan de communicatie. De wijkverpleegkundige kan dan snel overleg plegen met de huisarts, waardoor de zorg optimaal afgestemd kan worden (zie ook Seysener, 1994).

'Als je bijvoorbeeld de huisarts nodig hebt of je hebt raad nodig of je vindt, dit moet de huisarts óók weten, dan kun je het direct doen (...) dat je het gewoon kwijt kunt (...) voornamelijk met medicijnen. Daar moet je toch de huisarts voor hebben, wil je daar enigszins verandering in kunnen aanbrengen.'

Vooraf buiten structurele samenwerkingsverbanden krijgt men echter de huisarts vaak slechts met zeer veel moeite 'te pakken'. Dit is vooral een probleem wanneer wijkverpleegkundigen urgente vragen hebben.

'En, ik krijg ze wel te pakken, maar je moet er veel moeite voor doen. En dat vind ik wel eens dat dat frustrerend is. En dan is het van potverdome, nou weet ik nóg niks, kan ik nóg niet verder.'

Gelijkwaardige versus hiërarchische werkverhoudingen

Wijkverpleegkundigen vinden het heel belangrijk dat huisartsen hen als een gelijkwaardig persoon benaderen. Zij voelen zich dan meer op hun gemak en hebben het gevoel dat hun mening gewicht in de schaal legt en gerespecteerd wordt.

'En dat gaat gewoon heel prettig. En die vragen je ook meer: Wat vind jij ervan, wat zou jij hier doen? Die stellen zich ook wat gelijkwaardiger op. En dat is gewoon heel prettig om mee samen te werken.'

Vooraf de wijkverpleegkundigen die niet binnen gezondheidscentra of hometeams werken hebben echter soms te kampen met hiërarchische werkverhoudingen. Kenmerkend hiervoor zijn huisartsen die zich afstandelijk gedragen, aangeven dat er niet aan hun beleid kan worden getornd, in opdrachtvorm communiceren, steevast medisch jargon gebruiken of onleesbaar schrijven. Een gevolg hiervan kan zijn dat wijkverpleegkundigen zich niet gerespecteerd voelen en minder snel contact opnemen. In de literatuur wordt dit probleem eveneens onderkend (Sixma, 1991; Tellis-Nayak en Tellis-Nayak, 1984).

Elkaar goed versus slecht kennen

Seysener (1994) beschrijft dat naarmate wijkverpleegkundigen en huisartsen elkaar beter kennen, overleg meestal makkelijker en eerder tot stand komt. Ook de geïnterviewde wijkverpleegkundigen geven aan sneller contact op te nemen met huisartsen die ze persoonlijk kennen en bij wie ze inzicht hebben in werkwijze en opvattingen. Ze voelen zich bij die huisartsen veelal meer op hun gemak, omdat ze beter kunnen inschatten wat men aan de ander heeft.

'Ik merk dat het elkaar wat beter kennen, omdat je elkaar regelmatig treft, dat dat zó drempelverlagend werkt, dat dat gewoon veel prettiger is. Dat je veel makkelijker spreekt en ook weet dat je serieus genomen wordt, voor vol wordt aangezien.'

Buiten de gezondheidscentra en hometeams komt het soms voor dat een wijkverpleegkundige een bepaalde huisarts nog nooit in levenden lijve heeft gezien. De drempel om contact op te nemen is dan hoog en alleen wanneer de situatie dit echt noodzakelijk maakt, neemt de wijkverpleegkundige contact op. Zij kan zich dan echter onzeker voelen, omdat ze niet weet hoe de huisarts zal reageren.

'Ik pak dan de telefoon en reageren? Daar stap je toch je wél kent. Het is wat me

Rolduidelijkheid versus g

Onderzoek van Ruijter: uit dat tevredenheid van de samenwerking met den verklaard uit de m Dit sluit aan bij de erva kundigen; wanneer er c stemming is over elkaa delijkheden, verloopt d naar tevredenheid (zie Rolonduidelijkheid vor riëre voor een goede gen, 1991; Prescott er Clark, Rogers en Deets interviewde wijkverplee meest voor als men sl menwerkt en elkaar ni geïnterviewden blijkt der meer uit het feit niet beseffen dat zij o zaken als wondverzorg bepaalde huisartsen bli vens uit een gebrek aa psychosociale begeleid van de wijkverpleegku van blijft soms een gro spoken.

'Ik heb toch het idee da verpleegkundige puur de hebt en daar omheen eig municatie gaat daarover beert (...) dat hij dan vaa het niet over.'

Reacties versus een gebr

Wijkverpleegkundigen af en toe een reactie v: gen of handelen te kri persoonlijk, via het lo legbijeekkomsten - scl de verwachtingen van mogelijkheden voor v: catie. Vooral buiten c kingsverbanden bereil sen de wijkverpleegkt tellen de geïnterviewd tijd op opmerkingen e reageren. Ook geven

ing

rarchische

inden het heel belangrijk en gelijkwaardig persoon dan meer op hun gevoel dat hun mening gerespecteerd wordt.

prettig. En die vragen je ook 'at zou jij hier doen? Die steldiger op. En dat is gewoon te werken.'

undigen die niet binnen hometeams werken hebben met hiërarchische merkend hiervoor zijn nadelijk gedragen, aangebeleid kan worden gecommuniceren, steebruiken of onleesbaar rvan kan zijn dat wijkniet gerespecteerd voect opnemen. In de liteveneens onderkend yak en Tellis-Nayak,

ennen

dat naarmate wijkvertsen elkaar beter kenkelijker en eerder tot eïnterviewde wijkvertsneller contact op te ie ze persoonlijk kenhebben in werkwijze n zich bij die huisartemak, omdat ze beter en aan de ander heeft.

beter kennen, omdat je eldat zó drempelverlagend prettiger is. Dat je veel geet dat je serieus genomen ien.'

ntra en hometeams n wijkverpleegkundiog nooit in levenden pel om contact op te en wanneer de situaaakt, neemt de wijkp. Zij kan zich dan dat ze niet weet hoe

'Ik pak dan de telefoon en denk dan, hoe zal hij daarop reageren? Daar stap je toch anders in als bij iemand die je wel kent. Het is wat meer aftasten denk ik.'

Rolduidelijkheid versus geen rolduidelijkheid

Onderzoek van Ruijters en Stevens (1992) wijst uit dat tevredenheid van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen het best kan worden verklaard uit de mate van rolduidelijkheid. Dit sluit aan bij de ervaringen van wijkverpleegkundigen; wanneer er duidelijkheid en overeenstemming is over elkaars taken en verantwoordelijkheden, verloopt de communicatie meestal naar tevredenheid (zie ook Van Thiel, 1995). Rolonduidelijkheid vormt daarentegen een barrière voor een goede communicatie (Van Beugen, 1991; Prescott en Bowen, 1985; Chaska, Clark, Rogers en Deets, 1990). Volgens de geïnterviewde wijkverpleegkundigen komt dit het meest voor als men slechts op ad hoc basis samenwerkt en elkaar niet goed kent. Volgens de geïnterviewden blijkt deze onduidelijkheid onder meer uit het feit dat sommige huisartsen niet beseffen dat zij ook verstand hebben van zaken als wondverzorging en pijnbestrijding. Bij bepaalde huisartsen blijkt rolduidelijkheid tevens uit een gebrek aan besef of erkenning dat psychosociale begeleiding een belangrijke taak van de wijkverpleegkundige is. Als gevolg daarvan blijft soms een groot deel van de zorg onbesproken.

'Ik heb toch het idee dat een huisarts denkt dat je als verpleegkundige puur de curatieve zorg van een patiënt hebt en daar omheen eigenlijk niks (...). De meeste communicatie gaat daarover en als je dan weleens iets probeert (...) dat hij dan vaak zoiets heeft van ja, daar gaat het niet over.'

Reacties versus een gebrek aan reacties

Wijkverpleegkundigen vinden het belangrijk om af en toe een reactie van huisartsen op hun vragen of handelen te krijgen. Zichtbare reacties – persoonlijk, via het logboek of op speciale overlegbijeenvakkomsten – scheppen duidelijkheid over de verwachtingen van de huisarts en dit geeft mogelijkheden voor verbetering van communicatie. Vooral buiten de structurele samenwerkingsverbanden bereiken reacties van huisartsen de wijkverpleegkundige vaak niet. Zo vertellen de geïnterviewden dat huisartsen niet altijd op opmerkingen en vragen in het logboek reageren. Ook geven huisartsen niet altijd res-

pons wanneer wijkverpleegkundigen – achteraf gezien – een medisch probleem goed hebben ingeschat.

'En, ja, toen inderdaad na twee weken toen had hij inderdaad wel gezien dat Duoderm en zo wel werkte en werd toen wel gewoon het recept ... Maar ja, dat krijg je niet zo te horen van ja, dat had je toch goed gezien, nee.'

Een gebrek aan reacties van de zijde van de arts is nadelig voor de communicatie (zie ook Gregson, Cartlidge en Bond, 1991). De geïnterviewde wijkverpleegkundigen geven aan dat wanneer zij geen reacties van artsen krijgen, zij de bevestiging van hun deskundige inbreng missen en de eenzijdigheid in de communicatie wordt versterkt.

Vertrouwen in versus twijfels over competentie

Wijkverpleegkundigen die tevreden zijn over hun deskundigheid en ervaring, vinden dat ze voldoende bagage hebben voor een dialoog met de huisarts. Bij twijfels over de eigen competentie – veelal aan het begin van de loopbaan of bij bepaalde weinig voorkomende technische handelingen – vindt men het vaak moeilijker om met vragen en opmerkingen bij de arts te komen (zie ook Katzman en Roberts, 1985). Ook vindt men het soms lastig om aan te geven dat men niet voldoende deskundig is op een bepaald gebied en dat de arts de betreffende handelingen dan maar moet verrichten. Sommige artsen kunnen dan namelijk nogal geagiteerd reageren.

'Vooral als je handelingen moet uitvoeren die niet zoveel voorkomen in de thuissituatie (...) of dat je niet precies weet van nou, wat zijn daar de gevaren van. Ja, en als ik dat niet zeker weet of me daar inderdaad niet voor in staat voel, dan vind ik dat de huisarts het maar moet doen. En dat wordt niet altijd in dank afgenomen.'

Onzekerheid wel/niet durven tonen

Wijkverpleegkundigen waarderen het als de huisarts in moeilijke situaties zijn onzekerheid en menselijke beperkingen durft te tonen. Hierdoor wordt de afstand kleiner en de wijkverpleegkundige durft dan zelf ook beter haar onzekerheden te tonen, vragen te stellen en met suggesties te komen.

'... omdat ik dan het gevoel krijg van hij is ook een mens met zijn twijfels en onzekerheden en zijn vragen, net als ik. En dat maakt je gelijkwaardig. In plaats van

iemand die het altijd beter zou weten, is hij ook iemand die iets van zichzelf laat zien, die ook bereid is om open te staan voor mijn ideeën.'

Met name de huisartsen die wijkverpleegkundigen als ondergeschikten benaderen, laten vaak weinig van zichzelf zien. Bij deze artsen is het voor een wijkverpleegkundige moeilijker om zich te uiten en met vragen of opmerkingen te komen.

Medisch domein niet/wel strikt afbakenen

De beroepsdomeinen van huisartsen en wijkverpleegkundigen lopen in elkaar over. Wanneer de huisarts het 'eigen domein' niet al te strikt afgrenst maakt dit het voor de wijkverpleegkundige gemakkelijker om te communiceren. Zij voelt dan dat haar deskundigheid wordt erkend en dat het uiten van haar mening op prijs wordt gesteld. Het wordt wijkverpleegkundigen echter vaak niet in dank afgenomen wanneer zij hun mening geven over wondverzorging, pijnbestrijding of andere aspecten van zorg, waarvan sommige huisartsen vinden dat die vooral binnen hun eigen deskundigheidsgebied vallen. Dit belemmert een open bespreking van ideeën en mening(sverschillen).

'Je moet toch voorzichtig zijn, want je begeeft je dan toch op het medische vlak. En dan kun je wel zeggen van, ja, daar heb ik toch meer verstand van, daar heb je je in feite niet mee te bemoeien.'

Positieve versus negatieve ervaringen

Wanneer men in het verleden goed met een huisarts heeft kunnen samenwerken, heeft dit een positieve invloed op de communicatie in het heden. Bijvoorbeeld doordat een wijkverpleegkundige dan wat makkelijker contact opneemt. Negatieve ervaringen beïnvloeden de huidige communicatie in negatieve zin, aldus de geïnterviewden.

'Want ik weet als ik iemand dus in zorg krijg, dat ik het eerste kijk, wie is de huisarts. Dan weet je al dit wordt een prettige verzorging, als je kijkt dan met het contact met de huisarts, of je weet, het wordt moeizaam.'

Er lijkt vaak sprake te zijn van een soort 'self fulfilling prophecy': de wijkverpleegkundige gaat ervan uit dat het contact weer op dezelfde moeizame manier zal verlopen, wat vervolgens ook het geval is. Deze bevinding sluit aan bij Prescott en Bowen (1985) die beschrijven dat meningsverschillen en problemen tussen ver-

pleegkundigen en artsen vaak niet echt worden uitgesproken en dat herhaling van de problemen dan haast onvermijdelijk is.

Strategieën die barrières verminderen

Belang van overleg benadrukken

Prescott en Bowen (1985) beschrijven tevens verschillende strategieën van verpleegkundigen om met communicatiebarrières om te gaan. Eén daarvan is het belang van overleg binnen de organisatie en naar de individuele arts toe benadrukken. Deze strategie wordt ook door de geïnterviewde wijkverpleegkundigen genoemd.

'Dat je daar dan met z'n tweeën over praat (...) ja, dat werkt heel goed, vind ik. Dat is waar ik voor pleit (...) binnen je eigen organisatie om toch de waarde te benadrukken.'

Wijkverpleegkundigen hanteren deze strategie bijvoorbeeld wanneer structureel overleg ontbreekt en men regelmatig overleg wel heel belangrijk vindt. Soms leidt dit pleidooi van wijkverpleegkundigen inderdaad tot de gewenste overlevorm.

Goede voorwaarden creëren

Een andere strategie is goede voorwaarden voor communicatie scheppen, onder meer door duidelijke afspraken over taken te maken. Dit is vooral belangrijk bij rolonduidelijkheid. Wanneer men elkaar nog niet persoonlijk kent, kunnen goede voorwaarden ook gecreëerd worden door een ontmoeting te arrangeren. Daarnaast kunnen goede voorwaarden gecreëerd worden door evaluaties te initiëren. Bij het afronden van een zorgsituatie komt het bijvoorbeeld wel eens voor, dat wijkverpleegkundigen contact opnemen met de huisarts om te evalueren. Dit schept volgens wijkverpleegkundigen een goede uitgangspositie voor een volgende overlegssituatie.

'(...) nadat de zorg was afgesloten nog even contact met elkaar gehad, juist om aan te geven dat het inderdaad heel prettig verlopen was (...) ik hoop dan ook dat het in de volgende keren dat het dan weer van het begin af aan heel soepel verloopt.'

Voorbereiden

Bij twijfels over de eigen competentie worden gesprekken met de huisarts vaak extra goed voorbereid. De eigen voorstellen en vragen zijn

dan beter onderbouwd. Het voelt, wat de dokter goede komt. Soms voor, andere keren wordt overlegd over de beste huisarts kan benaderd zich voelt, hoe meer er

'Dat ligt eraan hoe zeker ik onzeker ben dan schriker ben dan hoeft ik ze ni

Strategieën die barrières

Verhulde kritiek of suggestie
Binnen hiërarchische de wijkverpleegkundig slachtige kritiek of su op die manier kan zij t maken.

'Er zijn huisartsen die ku en je hebt er ook, vooral dicatie uitkomt, dat je da dere tactische manier he iets moet gebeuren, ma ven dat het van hém uitk

Verhulde kritiek geven strategie die communi maar meer een noodgr catieproblemen om t maakt onderdeel uit ' Howel (1990) het 'doc open meningsverschill de verpleegkundige ste dergeschikt op.

Indirect communiceren
Een andere strategie (men niet echt vermin moet worden als een n ren via patiënt, familie sistente (zie ook Prescott strategie hanteren wij neer huisartsen slecht lage prioriteit geven a rarchische werkverho varingen in het verleden

'Na het conflict heb ik h gebeld. Gewoon omdat dingen toch maar via d dringend is. Simpel beste dat je dat via het logboek

ning

n vaak niet echt worden aling van de problemen k is.

verminderen

trukken

85) beschrijven tevens n van verpleegkundigen arrières om te gaan. Eén in overleg binnen de or- luiduele arts toe bena- wordt ook door de geïn- undigen genoemd.

veeën over praat (...) ja, dat Dat is waar ik voor pleit (...) om toch de waarde te bena-

anteren deze strategie ructureel overleg ont- ig overleg wel heel be- t dit pleidooi van wijk- laad tot de gewenste

n ede voorwaarden voor onder meer door dui- ken te maken. Dit is onduidelijkheid. Wan- persoonlijk kent, kun- ook gecreëerd worden arrangeren. Daarnaast len gecreëerd worden a. Bij het afronden van bijvoorbeeld wel eens ndigen contact opne- m te evalueren. Dit egkundigen een goede olgende overlegsitua-

esloten nog even contact n te geven dat het inder- s (...) ik hoop dan ook dat het dan weer van het be- :'

competentie worden rts vaak extra goed tellen en vragen zijn

dan beter onderbouwd, waardoor men zich zekerder voelt, wat de onderlinge communicatie ten goede komt. Soms bereidt men zich alleen voor, andere keren wordt er eerst met collega's overlegd over de beste manier waarop men de huisarts kan benaderen. Hoe onzekerder men zich voelt, hoe meer er soms wordt voorbereid.

'Dat ligt eraan hoe zeker of hoe onzeker ik zelf ben. Als ik onzeker ben dan schrijf ik de vragen op en als ik zeker ben dan hoef ik ze niet op te schrijven.'

Strategieën die barrières in stand houden

Verhulde kritiek of suggesties geven

Binnen hiërarchische werkverhoudingen geeft de wijkverpleegkundige soms verhulde, wat omslachtige kritiek of suggesties aan de huisarts, op die manier kan zij toch haar mening kenbaar maken.

'Er zijn huisartsen die kun je in feite gewoon opbellen en je hebt er ook, vooral als je dan weer bij die pijnmedicatie uitkomt, dat je dan weet, je moet op een of andere tactische manier hem toch duidelijk maken dat er iets moet gebeuren, maar je moet hem het gevoel geven dat het van hém uitkomt zo'n beetje.'

Verhulde kritiek geven is een voorbeeld van een strategie die communicatiebarrières niet opheft, maar meer een noodgreep is om met communicatieproblemen om te gaan. Deze strategie maakt onderdeel uit van wat Stein, Watts en Howel (1990) het 'doctor-nurse-game' noemen; open meningsverschillen worden vermeden en de verpleegkundige stelt zich afhankelijk en ondergeschikt op.

Indirect communiceren

Een andere strategie die communicatieproblemen niet echt vermindert, maar meer gezien moet worden als een noodgreep, is communiceren via patiënt, familie, logboek, collega's of assistente (zie ook Prescott en Bowen, 1985). Deze strategie hanteren wijkverpleegkundigen wanneer huisartsen slecht bereikbaar zijn of een lage prioriteit geven aan overleg en ook bij hiërarchische werkverhoudingen en negatieve ervaringen in het verleden.

'Na het conflict heb ik hem ook niet meer zo frequent gebeld. Gewoon omdat je toch wat langer wacht of dingen toch maar via de familie doet als het niet zo dringend is. Simpel bestellen van zalfjes of medicijnen, dat je dat via het logboek doet of via de familie.'

Communicatie vermijden/uitstellen

Een andere strategie die wel gehanteerd wordt bij oude conflicten of hiërarchische werkverhoudingen, is communicatie zoveel en zo lang mogelijk uit de weg gaan. Daarnaast wordt deze strategie soms ook gehanteerd in situaties waarin men onzeker is.

'En als ik dan zo'n situatie heb waarbij ik denk ik weet niet goed wat ik hiermee aan moet, dan stel ik dat heel gemakkelijk uit ... dan denk je snel, dan zal er wel gezegd worden: weet ik ook niet en wat wilt u nou eigenlijk?'

Door deze strategie gaan verpleegkundigen om artsen heen werken, wat niets verandert aan de oorzaak van de communicatieproblemen en de afstemming van de zorg negatief beïnvloedt.

'Wapenen' door afsluiten

Wijkverpleegkundigen wapenen zich soms tegen een autoritaire houding of desinteresse van een huisarts, door negatieve, autoritaire of ongeïnteresseerde reacties zoveel mogelijk te negeren en zich emotioneel af te sluiten.

'Maar op het moment dat ik toch vind dat het nodig is, dan zal ik wel m'n harnas aantrekken of zo van, ik moet hem gewoon bellen.'

'Ik doe net alsof dat statusverschil er niet is, en doe precies hetzelfde als wat ik ook met andere huisartsen doe. Als hij "jij" tegen mij zegt, zeg ik "jij" tegen hem.'

Deze emotionele afsluiting geeft geen ruimte voor het tonen van onzekerheden en voor het uitwisselen van minder urgente informatie of vragen, en de communicatieproblemen worden hierdoor niet opgelost.

Discussie en aanbevelingen

Veel van de factoren die de communicatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts beïnvloeden (zie figuur 1) blijken nauw verbonden te zijn met het samenwerkingsverband tussen wijkverpleegkundige en huisarts. Binnen de context van een gezondheidscentrum of home-team is overleg vaak structureel geregeld, wordt er veelal ook door huisartsen een hoge prioriteit gegeven aan overleg, krijgen wijkverpleegkundigen vaker reacties van huisartsen, kent men elkaar persoonlijk, kan men elkaar wat makkelijker bereiken en zijn er veelal redelijk gelijk-

waardige werkverhoudingen. Dit alles komt de communicatie ten goede. Uit de interviews blijkt echter dat ook wanneer men niet in een structureel samenwerkingsverband samenwerkt, er verschillende mogelijkheden zijn om de communicatie te bevorderen. Zo kan men onderlinge afspraken maken over frequentie, vorm en plaats van overleg. Daarnaast kan, wanneer men elkaar nog niet persoonlijk kent een ontmoeting worden gearrangeerd (bijvoorbeeld bij de patiënt thuis). Deze ontmoeting kan, behalve voor persoonlijke kennismaking, gebruikt worden om afspraken over taken en bevoegdheden te maken. Verder kan communicatie bevorderd worden door evaluatiemomenten af te spreken. Dit kan voorkomen dat slechte ervaringen niet worden uitgesproken en toekomstige contacten negatief worden beïnvloed. Daarbij is het belangrijk dat de wijkverpleegkundige tijdens een gesprek haar mening goed motiveert, en -indien nodig- zich daarop voorbereid.

Er zijn veel raakvlakken tussen de factoren en strategieën die uit ons onderzoek naar voren komen en die in andere publikaties worden genoemd (zie o.a. Chaska e.a., 1990; Gregson e.a., 1991; Ruijters en Stevens, 1992; Seysener, 1994; Sixma, 1991; Tellis-Nayak en Tellis-Nayak, 1984; Van Beugen, 1991). Studies van Katzman en Roberts (1985) en van Campbell en Pollock (1987) suggereren dat sekseverschillen tussen artsen en verpleegkundigen een barrière in de communicatie vormen. In ons onderzoek hebben we daar geen ondersteuning voor kunnen vinden. De ervaringen van de geïnterviewde mannelijke wijkverpleegkundigen onderscheiden zich niet duidelijk van die van vrouwelijke wijkverpleegkundigen.

Ondanks het feit dat de interviews met de wijkverpleegkundigen op de terminale zorgverlening betrekking hadden, hebben we de indruk dat de beschreven factoren en strategieën niet exclusief geldig zijn voor de terminale zorgverlening, maar daar wel de grootste rol spelen. Door de vaak complexe hulpvragen (bijvoorbeeld op het gebied van euthanasie of pijnbestrijding) van terminale kankerpatiënten, is het aannemelijk dat juist daar overleg en een goede communicatie met de huisarts voor de wijkverpleegkundige het meest belangrijk is. Toekomstig onderzoek kan ook meer inzicht geven in de juistheid van deze aanname.

In het gepresenteerde onderzoek is aangesloten

bij het perspectief van de wijkverpleegkundige. Tot nu toe is er in de (onderzoeks)literatuur weinig aandacht besteed aan de perspectieven van huisartsen op communicatie bevorderende c.q. belemmerende factoren. Onderzoek naar die perspectieven is dus eveneens aan te bevelen. Hierdoor zal uiteindelijk meer inzicht worden verkregen in de wijze waarop de communicatie tussen huisarts en wijkverpleegkundige (nog) beter kan worden.

Aanvaard februari 1996

Literatuur

- Beugen, M. van. Positie wijkverpleegkundige onbetwist: onderzoek naar het functioneren van home-teams. *Maatschappelijke Gezondheidszorg. Tijdschrift voor Thuiszorg en Preventie*, 1991, 19, 6, 46-47.
- Campbell-Heider, N., D. Pollock. Barriers to physician-nurse collegiality: an anthropological perspective. *Social Science and Medicine*, 1987, 25, 421-425.
- Chaska, N.L., D. Clark, S. Rogers, C.A. Deets. Nurses' and physicians' expectations and perceptions of staff nurse role performance as influenced by status consistency. In: Chaska, N.L. (red.) *The nursing profession: turning points* (289-303). The C.V. Mosby Company, St. Louis, Missouri, 1990.
- Glaser, B. & A. Strauss. *De ontwikkeling van gefundeerde theorie*. Samsom, Alphen aan de Rijn, 1967.
- Gregson, B.A., A.M. Cartlidge, J. Bond. Development of a measure of professional collaboration in primary health care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1991, 46, 48-53.
- Habets, M. *Ja dokter, nee dokter: een kwalitatief onderzoek naar de communicatie van de wijkverpleegkundige met de huisarts rondom de zorg voor terminale kankerpatiënten*. Ongepubliceerde scriptie. Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht, 1993.
- Katzman, E.M., J.I. Roberts. Nurse physician conflicts as barriers to the enactment of nursing roles. *Western Journal of Nursing Research*, 1985, 10, 5, 576-590.
- Lincoln, Y. & E. Guba. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Newbury Park, 1985.
- Prescott, P.A., S.A. Bowen. Physician-nurse relationship. *Annals of Internal Medicine*, 1985, 103, 127-133.
- Ruijters, R.F.M., F.C.J. Stevens. Organisatiestructuur, rolduidelijkheid, arbeidssatisfactie en het oordeel van verpleegkundigen over de samenwerking met artsen. *Verpleegkunde, Nederlands-Vlaams Wetenschappelijk Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 1992, 6, 106-114.
- Schepper, A.M.E. de, A.L. Francke, H. Huijter Abu-Saad. Onmachtgevoelens bij pijn. *Verpleegkunde, Nederlands-Vlaams Wetenschappelijk Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 1994, 6, 2, 59-70.

- Seysener, M. De waarde wordt onderschat. *Extensive samenwerking arts-praktijkgericht vgen. MGZ*, 1994, 22, 111-116.
- Sixma, H. De huisarts: denklaster? *Huisart* 111-116.
- Speedling, E.J. Nurse-view of some barrier *the New York Acade*. 818.
- Stein, L.I., D.T. Watts, game revisited. *Nur*. 268.

Summary

In this study district nursing doctors in caring for communication, e.g. 's mention factors which be reached' and 'hierarchy for handling barrier instance, 'emphasizing tion'. Examples of 'emotional withdrawal.

Call for Abstracts

Leuven, 7 tot en met 5th International Self-De Katholieke Universiteit Orem met als titel: 'Self-De organisatie van deren voor dit internationale voordracht de praktijk van het bruikt. Inzenden van Informatie: Prof.dr nenvoer 35, B 3000

ing
de wijkverpleegkundige.
e (onderzoeks)literatuur
d aan de perspectieven
nunicatie bevorderende
toren. Onderzoek naar
eveneens aan te beve-
lelijk meer inzicht wor-
te waarop de communi-
n wijkverpleegkundige

- Seysener, M. De waarde van direct persoonlijk contact wordt onderschat. Kruiswerk Oost-Groningen intensiveert samenwerking met huisartsen door huisarts-praktijkgericht werken van wijkverpleegkundigen. *MGZ*, 1994, 22, 10, 10-13.
- Sixma, H. De huisarts: van 'heer van stand' tot 'mid-denklasser'? *Huisarts en Wetenschap*, 1991, 34, 111-116.
- Speedling, E.J. Nurse-physician collaboration: a review of some barriers to its fulfillment. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1984, 60, 811-818.
- Stein, L.I., D.T. Watts, T. Howell. The Doctor-nurse game revisited. *Nursing Outlook*, 1990, 38, 264-268.

- Strauss, A.L. & J. Corbin. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications, Newbury Park, California, 1990.
- Tellis-Nayak, M., V. Tellis-Nayak. Games that professionals play: the social psychology of physician-nurse interaction. *Social Science and Medicine*, 1984, 18, 1063-1069.
- Thiel, E. van. Cliënt vaart wel bij goede werkafspraken tussen wijkverpleging en huisarts. *MGZ*, 1995, 23, 6, 58-59.
- Wester, F. *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Coutinho, Muiderberg, 1991.

Summary

In this study district nurses are interviewed about facilitators and barriers in the communication with family doctors in caring for terminal cancer patients. District nurses mention various factors which facilitate communication, e.g. 'structural communication' and 'giving priority to communication'. Furthermore they mention factors which impede communication, e.g. 'situations in which general practitioners are hard to be reached' and 'hierarchical professional relations'. District nurses also indicate they employ various strategies for handling barriers in communication. Strategies that can decrease communication barriers are, for instance, 'emphasizing the importance of communication' and 'creating good conditions for communication'. Examples of strategies that merely maintain communication barriers are 'avoiding contact' and 'emotional withdrawal'.

wijkverpleegkundige onbe-
functioneren van home-
Gezondheidszorg. *Tijd-
Preventie*, 1991, 19, 6, 46-

lock. Barriers to physi-
ciantopological perspective.
ne, 1987, 25, 421-425.

ogers, C.A. Deets. Nurses'
ons and perceptions of
e as influenced by status
.L. (red.) *The nursing pro-
'9-303*). The C.V. Mosby
uri, 1990.

ontwikkeling van gefun-
lphen aan de Rijn, 1967.
e, J. Bond. Development
l collaboration in prima-
*Epidemiology and Com-
3-53*.

okter: een kwalitatief on-
icatie van de wijkver-
rts rondom de zorg voor
. Ongepubliceerde scrip-
rg, Maastricht, 1993.

nurse physician conflicts
t of nursing roles. *Wes-
earch*, 1985, 10, 5, 576-

ilistic Inquiry. Sage Pu-
985.

ysician-nurse relations-
ine, 1985, 103, 127-133.

s. Organisatiestructuur,
sfactie en het oordeel
de samenwerking met
erlands-Vlaams Weten-
or Verpleegkundigen,

mcke, H. Huijer Abu-
ij pijn. *Verpleegkunde*,
chappelijk Tijdschrift
, 6, 2, 59-70.

Call for Abstracts

Leuven, 7 tot en met 9 augustus 1997

5th International Self-Care Deficit Nursing Theory Conference

De Katholieke Universiteit Leuven organiseert in samenwerking met onder andere The International Orem Society for Nursing Science and Scholarship deze internationale conferentie met als titel: 'Self-Care: A Challenge for Nursing and Society'.

De organisatie van het congres beoogt de deskundigheid op dit gebied in Nederland en Vlaanderen voor dit internationaal forum te brengen. Geïnteresseerden worden daarom opgeroepen om een voordracht te houden op dit congres. Bijdragen zijn welkom over innovatieprojecten in de praktijk of het onderwijs, of over onderzoeksprojecten waarbij deze zelfzorg-ideeën zijn gebruikt. Inzenden vóór 1 september 1996.

Informatie: Prof.dr. G. Evers, Centrum voor Ziekenhuis- en verplegingswetenschap, Kapucijnenvoer 35, B 3000 Leuven, tel. 00 32 16336977, fax 00 32 16336970.