

Onmachtsgedvoelens bij pijn

Een kwalitatief onderzoek naar onmachtsgedvoelens van wijkverpleegkundigen in de zorg voor kankerpatiënten met pijn

A.M.E. de Schepper
A.L. Francke
H. Huijer-Abu Saad

Samenvatting

Deze bijdrage betreft een kwalitatief onderzoek naar onmachtsgedvoelens van wijkverpleegkundigen in de zorgverlening aan kankerpatiënten met pijn. Uit halfgestructureerde interviews met wijkverpleegkundigen kwamen als belangrijke oorzaken van onmachtsgedvoelens naar voren: *communicatie-problemen* met de patiënt en de huisarts, *dilemma's* met betrekking tot de lichamelijke verzorging en de verstrekking van opiaten en een *discrepancie* tussen pijnbestrijdingsdoelen en -wensen enerzijds en de werkelijkheid anderzijds. Enkele belangrijke strategieën om deze onmachtsgedvoelens te verminderen waren: *de onmachtsgedvoelens delen* met de patiënt en met collega's, *vermeederen van kennis en vaardigheden*, en *afstand nemen*.

Summary

This paper is concerned with a qualitative study about feelings of powerlessness of community nurses involved in caring for cancer patients suffering pain. From semi-structured interviews the following causes of feelings of powerlessness appeared: *discommunication* with patients and the general practitioner, *dilemmas* concerning physical care and opiates and a *discrepancy* between pain management goals and reality. Main strategies for reducing feelings of powerlessness were: *sharing feelings* with the patient and colleagues, *increasing knowledge and skills* and *standing back* from the situation.

Inleiding

Kankerpatiënten lijden in de (pre-)terminale fase soms hevige pijn (Smets e.a. 1989/1990). Dit kan gepaard gaan met ernstige onmachtsgedvoelens bij verpleegkundigen. Blockmans (1989/1990) stelt: 'Bij terminaal lijden ervaart de hulpverlener vaak onmacht: het is het gevoel van machteloosheid en het niet kunnen omgaan met de situatie'.

Hoewel in de literatuur meerdere referenties zijn te vinden naar onmachtsgedvoelens (Blockmans 1989/1990; De Bruijne 1992; Fagerhaugh en Strauss 1977; Francke 1992b; Clements en Cummings 1991; Wagenaar 1993), bleek er toch weinig systematisch onderzoek te zijn gedaan waarin onmachtsgedvoelens van (wijk)verpleegkundigen in relatie tot pijn het centrale onderwerp was. Dit was aanleiding voor het in dit artikel gepresenteerde onderzoek, waarin we beoogden onmachtsgedvoelens van wijkverpleegkundigen in de zorg voor kankerpatiënten met pijn verder in kaart te brengen.

Keuze voor kwalitatief onderzoek

Bij een dergelijk emotioneel beladen onderwerp is het van belang inzicht te krijgen in de beleevingswereld van de onderzochten. Dit gegeven én het feit dat er nog weinig onderzoek gedaan was naar onmachtsgedvoelens van (wijk)verpleegkundigen, leidde tot de keuze voor een kwalitatieve onderzoeksmethode, geënt op de Grounded-Theorybenadering (Glaser & Strauss 1967; Strauss en Corbin 1990). Deze methode is bij uitstek geschikt om, vanuit het perspectief van de onderzochten, relatief onbekende fenomenen te bestuderen (De Lange 1990; Philipsen 1990).

Onderzoeksvragen

Zoals gebruikelijk in kwalitatief onderzoek hadden we in de eerste fasen van de gegevensverzameling nog geen duidelijk afgebakende onder-

zoeksvragen. Wel zijn vóór de eerste interviews als belangrijke gespreksonderwerpen gekozen: ervaringen, beleving en visie van de wijkverpleegkundige met betrekking tot de zorg voor kankerpatiënten met pijn.

In de eerste drie interviews vertelden de wijkverpleegkundigen vaak over onmachtgevoelens die te maken hadden met het niet kunnen verlichten van pijn. Ook gaven wijkverpleegkundigen veel blijk van pogingen om deze gevoelens te beheersen. Op grond hiervan zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Waaruit blijken onmachtgevoelens van wijkverpleegkundigen in de zorgverlening aan kankerpatiënten met pijn?
2. Welke oorzaken hebben die onmachtgevoelens?
3. Hoe gaan wijkverpleegkundigen met onmachtgevoelens om teneinde deze te verminderen?

Definitie

Op grond van een omschrijving van onmacht door Duistermaat (1989) is in het kader van dit onderzoek de volgende definitie ontwikkeld:

'Onmachtgevoelens zijn negatieve stemmingen, die samenhangen met het idee geen controle te hebben over een bepaalde situatie, in casu de pijn of de pijnbestrijding van kankerpatiënten.' Zoals ook blijkt uit deze definitie gaat het om het idee, de subjectieve beleving geen controle te hebben. In dit onderzoek wordt dan ook geen onderscheid gemaakt tussen onmachtgevoelens in situaties waarin feitelijk nog wel (enige) controle mogelijk is en die situaties, waarin dit niet het geval is.

Werving en onderzoekspersonen

Aan de hoofden van drie instellingen in de regio's Amsterdam, Rotterdam en Den Haag is schriftelijk toestemming gevraagd voor het benaderen van wijkverpleegkundigen. De keuze voor de genoemde regio's is gemaakt op basis van bereikbaarheid. Daarna is een wervingsbrief aan 24 wijkverpleegkundigen gestuurd, met de vraag of zij geïnterviewd wilden worden over problemen in de zorgverlening aan kankerpatiënten met pijn. In de wervingsbrief is ook gevraagd om zich voor te bereiden op het interview door

na te denken over twee casussen: een casus waarin de pijn te bestrijden was en een casus waarin de pijn niet te bestrijden was. Van de aangeschreven wijkverpleegkundigen zijn uiteindelijk drie wijkverpleegkundigen niet geïnterviewd (door privé-omstandigheden en/of moeilijke bereikbaarheid). In totaal zijn dus 21 wijkverpleegkundigen (twintig vrouwen en één man) geïnterviewd. Dit aantal bleek voldoende groot om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

Onderzoeksmethode

Methode en structuur van de interviews

In de eerste drie interviews konden de wijkverpleegkundigen ongestructureerd en zonder veel interventies van de onderzoekster (tevens eerste auteur) hun verhaal doen. De latere interviews hadden een halfgestructureerd karakter: met behulp van een topiclijst stelde de onderzoekster vragen die de wijkverpleegkundigen in eigen bewoordingen konden beantwoorden. Naast de topiclijst waren de door de wijkverpleegkundigen gekozen eigen casussen uitgangspunt van het gesprek.

In totaal zijn dertien individuele interviews en drie groepsinterviews (met twee of drie wijkverpleegkundigen tegelijk) gehouden (voor de reden van de combinatie individuele en groepsinterviews, zie paragraaf 'Betrouwbaarheid en validiteit').

Alle interviews zijn in het wijkgebouw van de geïnterviewde wijkverpleegkundige(n) afgenomen en duurden gemiddeld ruim een uur. De interviews zijn op een cassetteband opgenomen.

Analyse van de interviewgegevens

Direct na ieder interview zijn de eerste indrukken opgeschreven en is het interview letterlijk uitgetypt. Daarna zijn de interviews meerdere malen doorgenomen. Alles wat relevant leek voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is in de tekst gemarkeerd. Aan relevante fragmenten zijn vervolgens codes gegeven die betrekking hadden op de inhoud van de fragmenten. Deze eerste analytische activiteiten worden door Strauss en Corbin (1990) ook wel 'open coding' genoemd. Belangrijke codes die betrekking hadden op oorzaken van onmachtgevoelens waren bijvoorbeeld: 'Een andere golflechte', 'Niet durven praten' en 'Geslotenheid'. Deze codes zijn samen-

gevc
men.
'Wel
twee
des a
ciete
hoor
Code
wijk
lens
doen
Frag
zijn
gorie
kenn
de ge
mach
weer
taten

In de
tuur l
met c

Betr
De be
baar
derd
- het
per
- het
wo
ku
dat
vie
- het
lett

De be
stemu
(Sma

Figur
deren

Cor

Dile

Dis

in casus waar-
casus waarin
e aangeschre-
eindelijk drie
vriewd (door
ilijke bereik-
verpleegkun-
nan) geïnter-
groot om de
woorden.

Interviews

in de wijkver-
1 zonder veel
tevens eerste
re interviews
ukter: met be-
onderzoekster
gen in eigen
len. Naast de
rpleegkundig-
spunt van het

interviews en
drie wijkver-
(voor de re-
en groepsin-
arheid en va-

bouw van de
e(n) afgeno-
een uur. De
opgenomen.

s
ste indrukken
terlijk uitge-
erdere malen
leek voor de
ragen is in de
gmenten zijn
eking hadden
Deze eerste
or Strauss en
g' genoemd.
dden op oor-
ren bijvoor-
t durven pra-
zijn samen-

gevoegd tot de categorie: *Communicatieproblemen*. Andere codes als: 'Wel/geen morfine' en 'Wel/niet verzorgen', vormden de basis van een tweede categorie: *Dilemma's*. Ook waren er codes als: 'Wel willen maar niet kunnen' en 'Impliciete en expliciete doelstelling'. Deze codes hoorden bij een derde categorie: *Discrepantie*. Codes die betrekking hadden op strategieën van wijkverpleegkundigen om met onmachtsgedvoelens om te gaan waren bijvoorbeeld: 'Samen doen', 'Openheid', 'Leren' en 'Terugkijken'. Fragmenten die voorzien waren van deze codes zijn ondergebracht in één van de volgende categorieën: *Delen met anderen*, *Vermeerderen van kennis en vaardigheden* en *Afstand nemen*. Hoe de genoemde categorieën zich verhouden tot onmachtsgedvoelens is in figuur 1 in een model weergegeven en wordt in het hoofdstuk 'Resultaten' verder beschreven.

In de laatste onderzoeksfase is relevante literatuur bestudeerd, ter vergelijking van en integratie met de eigen onderzoeksresultaten.

Betrouwbaarheid en validiteit

De betrouwbaarheid, in de zin van de controleerbaarheid van gegevens (Smaling 1987), is bevorderd door:

- het op cassettape opnemen en letterlijk uittypen van de interviews;
- het in de verslaglegging zoveel mogelijk bij de woorden en bedoelingen van de wijkverpleegkundigen blijven. Dit impliceert onder meer dat in het volgende hoofdstuk letterlijke interviewpassages worden gepresenteerd;
- het vermelden van de interviewnummers bij de letterlijke interviewpassages.

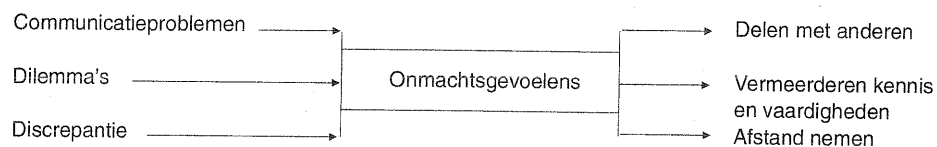
De betrouwbaarheid, in de zin van de overeenstemming tussen verschillende onderzoekers (Smaling 1987), is nagegaan door de analyses

van de onderzoekster te vergelijken met de analyses van twee onafhankelijke onderzoekers. Laatstgenoemden moesten in dit kader zes geselecteerde interviews analyseren en daarvan een samenvatting maken. Men diende zich hierbij te laten leiden door de reeds geformuleerde onderzoeksvragen en de codelijst van de onderzoekster. Daarna dienden de twee onafhankelijke onderzoekers de analytische samenvattingen van de onderzoekster te lezen en deze te vergelijken met de eigen samenvattingen. Over onderdelen van de samenvattingen van de onderzoekster moest men vervolgens een oordeel 'eens', 'oneens' of 'aanvulling' uitspreken en daarbij een schriftelijke toelichting geven. Van de zes geselecteerde interviews waren er vier waar de onafhankelijke onderzoekers het op alle onderdelen eens waren met de onderzoekster. Bij de twee andere geselecteerde interviews zijn belangrijke aanvullingen gegeven die door de onderzoekster zijn meegenomen in de laatste analyses. De analyses van vier van de zes geselecteerde interviews kwamen dus geheel met elkaar overeen en de analyses van de andere twee geselecteerde interviews behoefden slechts aanvullingen. Op grond hiervan kan men verwachten dat de analyses van de niet-geselecteerde interviews ook redelijk betrouwbaar zijn.

Onder validiteit verstaan we in dit kader de mate waarin gegevens en conclusies betrekking hebben op het bestudeerde verschijnsel (Smaling 1987). Belangrijke gebruikte strategieën om de interne validiteit te bevorderen waren:

- methodische triangulatie (het gebruiken van meerdere onderzoeksmethoden), in dit geval door groepsinterviews met individuele interviews te combineren;
- feedback op de uitgetypte interviews door de geïnterviewde verpleegkundigen ('member check', zie Lincoln & Guba 1985);
- feedback op de analyses van de onderzoekster

Figuur 1. Oorzaken van onmachtsgedvoelens en effectieve strategieën om deze gedvoelens te verminderen.



door de twee supervisors (tweede en derde auteurs) en door de leden van een werkgroep van kwalitatieve onderzoekers ('peer debriefing', zie Lincoln & Guba 1985 en Smaling 1987).

Resultaten

In het nu volgende zullen de resultaten uit het onderzoek worden weergegeven. Achtereenvolgens zullen besproken worden: de indicatoren en uitingen van onmachtsgedoevens, de oorzaken van onmachtsgedoevens en de strategieën voor het verminderen van onmachtsgedoevens.

Indicatoren en uitingen van onmachtsgedoevens

Wijkverpleegkundigen geven aan dat wanneer de pijn van kankerpatiënten moeilijk te bestrijden is, zij vaak een gevoel van onmacht ervaren. Zij nemen dit bij zichzelf waar doordat zij zich dan boos, geïrriteerd of verdrietig voelen. Deze gevoelens worden in de literatuur (bijvoorbeeld Duistermaat 1989; Blockmans 1989/1990; Clements & Cummings 1991) als indicatoren van onmachtsgedoevens genoemd.

Onmachtsgedoevens komen in het interview zelf tot uiting door middel van uitdrukkingen en metaforen als: 'Met de mond vol tanden staan', 'Met lege handen staan', 'Ik kan dat niet meer opbrengen', 'Zo iemand waar je met moeie benen naar toe gaat', 'Ik ging er met lood in mijn schoenen naar toe' en 'Telkens weer met die pijn geconfronteerd worden'.

Daarnaast noemen wijkverpleegkundigen onmachtsgedoevens vaak rechtstreeks. Vooral bij het beschrijven van hun casus waar de pijn moeilijk te bestrijden was:

'In deze casus heb ik mij zo onmachtig gevoeld' (int8)¹.

Dergelijke verbale uitingen van onmachtsgedoevens tijdens het interview, gaan vaak gepaard met nonverbale uitdrukkingen als wanhoopgebaren, zuchten en stiltes. Soms zijn ook fysiologische reacties als blozen en transpireren te zien.

Oorzaken van onmachtsgedoevens

Communicatieproblemen met patiënten

De persoon met pijn is de enige autoriteit die iets over het bestaan en de hevigheid van de pijn kan

zeggen (McCaffery 1989). Voor wijkverpleegkundigen is het dan ook belangrijk dat de patiënt kan spreken over zijn ziekte en pijn. Helaas verloopt de communicatie tussen wijkverpleegkundige en patiënt soms moeizaam. Zo kan een patiënt bijvoorbeeld bang zijn voor sufheid of obstipatie en daarom het advies van de wijkverpleegkundige om bepaalde pijnmedicatie te gebruiken afwijzen. Wanneer deze zaken over en weer moeilijk bespreekbaar zijn, kunnen bij de wijkverpleegkundige onmachtsgedoevens ontstaan. Zij heeft het gevoel dat er in principe van alles te doen is aan de pijnlijke situatie, maar dat de patiënt dit zelf tegenhoudt:

'Zo iemand die echt niets wil, dat machteloze gevoel' (gr2).

'Tedere keer word ik weer geconfronteerd met die patiënt die ligt te verrekken van de pijn, maar hij heeft een keuze gemaakt er op zijn manier iets aan te doen (...) Die pijn is niet nodig, daar word ik zo boos over' (int3).

Daarnaast kunnen patiënten het moeilijk vinden over hun pijn te praten of er (nog) niet aan toe zijn om erover te praten. Bepaalde fasen in het ziekteproces kunnen gekenmerkt worden door ontkenning of verdringing. Een patiënt wil of kan dan niet over zijn ziekte of pijn praten (zie ook Blockmans 1989/1990). Deze geslotenheid van de patiënt kan tot onmachtsgedoevens bij de wijkverpleegkundige leiden:

'Hij was een moeilijke man en zo gesloten, dat vind ik zo moeilijk (...) die patiënt was niet te bereiken en je weet de reden niet. Daar word ik zo onzeker van, dan ga ik aan mijzelf twijfelen' (gr2).

Wanneer de pijn met de patiënt zelf niet bespreekbaar is, proberen de wijkverpleegkundigen soms informatie te krijgen via de partner of andere familieleden; er ontstaan dan soms 'keuken- en voordeurgesprekken'. De wijkverpleegkundige krijgt dan wel de informatie die ze nodig heeft, maar voelt zich daarbij toch niet prettig omdat ze het gevoel heeft achter de rug van de patiënt bezig te zijn:

'Je gaat dan zo om iemand heen praten' (gr2).

'Dat was een heel stiekem en benauwd gevoel' (int8).

De co-
worde
moeilij
gesprek
een pat
liggen.

*'Ik vi
niet c
in he*

Ook de
men ni

*'Prat
ik om
eng (
moet*

Een ge
heeft d
en beper
ander c
het 'op

Comm
Comm
huisart
aanpas
Toch g
wijkve
commu
sen aar
altijd e
geen sc

*'Het
schrij
len, v
die m
word
bij de*

De idee
juiste j
niet alt
huisart
bied va
dige h
maar h
gische
daar ze
onmac
Onmac

wijkverpleeg-
dat de patiënt
pijn. Helaas
wijkverpleeg-
n. Zo kan een
vor sufheid of
an de wijkver-
edicatie te ge-
zaken over en
kunnen bij de
evoelens ont-
n principe van
atie, maar dat

chtelozе gevoel'

onteerd met die
e pijn, maar hij
manier iets aan
daar word ik zo

moelijk vinden
g) niet aan toe
le fasen in het
t worden door
tiënt wil of kan
praten (zie ook
slotenheid van
ens bij de wijk-

esloten, dat vind
iet te bereiken en
k zo onzeker van,
2).

t zelf niet be-
verpleegkundi-
ia de partner of
dan soms 'keu-
e wijkverpleeg-
tie die ze nodig
och niet prettig
de rug van de

raten'

benauwd gevoel'

De communicatieproblemen kunnen versterkt worden, doordat wijkverpleegkundigen het moeilijk vinden het initiatief te nemen tot een gesprek over pijn. De angst om de privacy van een patiënt te schaden kan daaraan ten grondslag liggen.

'Ik vind het moeilijk om erover te beginnen, ik weet niet of dat wel of niet mag (...) je dringt dan zo binnen in het leven van die ander' (int10).

Ook de vrees een proces op gang te brengen waar men niet mee om kan gaan, werkt belemmerend:

'Praten over pijn vind ik moeilijk. Het is angst denk ik om iets los te maken, dat durf ik niet, dat vind ik eng (...) wanneer je echt over pijn gaat praten, dan moet je het wel op kunnen vangen' (gr2).

Een gedeelte van de communicatieproblemen heeft dus zeker te maken met de eigen schroom en beperkingen van de wijkverpleegkundige, een ander deel met de geslotenheid van de patiënt of het 'op een andere golflechte' zitten.

Communicatieproblemen met huisartsen

Communicatie tussen wijkverpleegkundige en huisarts is noodzakelijk voor het ontwikkelen en aanpassen van het farmacologische pijnbeleid. Toch geeft het merendeel van de geïnterviewde wijkverpleegkundigen één of andere vorm van communicatieproblemen met bepaalde huisartsen aan. Zo zijn wijkverpleegkundigen het niet altijd eens met het beleid van een huisarts, hetgeen soms moeilijk bespreekbaar is:

'Het is niet goed om op een 'zo-nodig' basis voor te schrijven. Bij die mevrouw merkte ik ook, dat twijfelen, van mag het nu wel of niet en wanneer moet ik die medicijnen nu innemen. Waarom dat zo gedaan wordt, weet ik niet. Misschien een stuk onzekerheid bij de artsen om de dosering te bepalen' (int13).

De ideeën van de wijkverpleegkundigen over de juiste pijnmedicatie en dosering monden lang niet altijd uit in een dialoog met de betrokken huisarts, omdat men bang is zich op het vakgebied van de huisarts te begeven. De verpleegkundige houdt haar mond tegenover de huisarts, maar heeft wel het gevoel dat aan het farmacologische pijnbeleid van alles mankeert en dat zij daar zelf geen invloed op heeft; een gevoel van onmacht speelt op. Onmachtige gevoelens die samenhangen met com-

municatieproblemen met de huisarts worden vaak wel met collega's besproken. Hoewel dit kan helpen bij het omgaan met deze gevoelens worden de communicatieproblemen met de arts – de oorzaak van de onmachtige gevoelens – daardoor uiteraard niet opgeheven:

'We staan open voor elkaar en proberen de onmachtige gevoelens te delen maar dat maakt de communicatie met de huisarts of ziekenhuis niet beter' (int2).

Dilemma's in de verzorging

Hulpverleners kunnen bij patiënten die lichamelijk totaal 'verzorgingsafhankelijk' zijn en waarbij de pijn een hoofdrol speelt, voor moeilijke keuzes komen te staan. Er zijn vaak ernstige dilemma's, dat wil zeggen situaties waarin men moet kiezen tussen meerdere mogelijkheden die men alle als bezwaarlijk of onaangenaam ervaart (Borgesius e.a. 1989). Zo kan de wijkverpleegkundige zich afvragen of de wasbeurt, de wondverzorging, de wisselgigging wel (volledig) moeten worden uitgevoerd:

'In het laatste stadium kom je voor het dilemma te staan van wel of niet verzorgen. Je vraagt je af wat heeft het nog voor zin? Maar aan de andere kant weten dat, wanneer ik niet verzorg, dit gigantische pijnen kan veroorzaken, of zich een decubitus kan ontwikkelen. Die keuze heb ik altijd het moeilijkste gevonden' (int2).

De wijkverpleegkundige moet, als dit nog kan, samen met de patiënt kiezen tussen meerdere mogelijkheden die alle duidelijke voor- en nadelen hebben. Wel verzorgen impliceert dat de patiënt schoon en verzorgd in bed ligt, maar ook dat dit tijdelijk extra pijn geeft bij draaien in bed of bij kleren uittrekken:

'Ik wil het zo goed mogelijk doen, zodat iemand zo min mogelijk pijn heeft, maar dat gaat niet, daar voel ik mij heel onmachtig bij en ook weten dat ik dat niet kan veranderen' (gr1).

Niet verzorgen heeft als voordeel dat een patiënt deze tijdelijke, extra pijn niet heeft, maar heeft als duidelijk nadeel dat de decubitus (en daardoor ook de pijn) er veelal erger door wordt. Zo'n dilemma tussen wel of niet verzorgen, geeft een gevoel van onmacht, omdat men beseft dat wat men ook kiest het altijd gepaard zal gaan met pijn.

Bij het maken van een keuze wordt uiteraard rekening gehouden met de wensen van de patiënt. Deze wensen krijgen meestal voorrang. Toch impliceert dit niet dat de wijkverpleegkundige dan geen enkele bedenking meer heeft. Wanneer een patiënt bijvoorbeeld zegt: 'Laat mij maar liggen', of juist het tegenovergestelde: 'Ik wil me wassen', beseft de wijkverpleegkundige terdege wat daarvan de risico's en nadelen zijn.

Dilemma's bij het gebruik van opiaten

Een taak van de wijkverpleegkundige is toezien of de pijnbestrijding effectief is en de informatie hierover doorgeven aan de huisarts. Helaas brengt deze rol ook dilemma's met zich mee. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt regelmatig hoge doses van een morfinepreparaat krijgt, is het een groot voordeel dat de pijn meestal wordt verlicht. Maar, vragen wijkverpleegkundigen zich af, weegt dit wel op tegen de nadelen? Angst voor verslaving of snelle gewenning, die men (meestal onterecht, zie Francke 1992a; NVBP 1990) nogal eens heeft bij andere patiënten, staat in de zorg voor kankerpatiënten met een zeer kort levensperspectief niet centraal. Veel meer speelt mee dat wijkverpleegkundigen moeite hebben met het 'suffig' worden van de patiënt en met de daarmee gepaard gaande communicatieproblemen:

'Als er maar genoeg morfine wordt gespoten dan is voor een tijdje de pijn verlicht, maar echt aanspreekbaar waren ze dan niet meer. Dan weet ik niet of dat wel goed is. De pijn is wel weg, maar je kan niet meer met ze praten' (int 10).

Dat een wijkverpleegkundige zelf niet meer alles kan bespreken met een 'suffe patiënt' is vervelend, maar dat een patiënt met zijn naaststaanden in die laatste, zo belangrijke dagen moeilijker kan communiceren is een groter nadeel:

'Op een gegeven moment zijn ze met morfine-injecties gestart. Die mevrouw raakte direct na de eerste injectie subcomateus, zodat er geen contact meer mogelijk was. Dat laatste vond de echtgenoot heel moeilijk. Die had zo iets van, ik had dat liever niet gehad. Hij had spijt dat hij niet meer met haar heeft kunnen spreken' (int 13).

Ook zo'n dilemma kan een gevoel van onmacht geven; men heeft immers het idee dat waar men ook voor kiest de patiënt niet in alle opzichten

optimaal geholpen kan worden. Daarnaast vinden veel wijkverpleegkundigen het ook moeilijk om te zien dat een duidelijk beleid rondom morfineverstrekking soms achterwege blijft. Hiaten in de kennis van huisartsen over de juiste doseringen van opiaten, lijken er mede debet aan te zijn dat men vaak pas in een zeer laat stadium voor een morfinepreparaat durft te kiezen, als de pijn echt niet meer uit te houden is:

'Ik heb het idee dat morfine zo'n laatste redmiddel is, we geven het maar een uur eerder of zo, wat moeten we anders dus geef maar wat meer. Ik vind dat onmacht' (int 11).

De wijkverpleegkundigen – van wie sommigen aangeven ook niet goed op de hoogte te zijn van de werking en bijwerkingen van opiaten – ervaren weliswaar de dilemma's, maar de uiteindelijke beslissingen rondom toediening van opiaten worden genomen door de (huis)arts en patiënt. De meeste wijkverpleegkundigen geven hierbij een gevoel van onmacht aan; men heeft het gevoel weinig invloed te hebben op de keuzes die worden gemaakt.

Dilemma's bij epidurale of spinale pijnbestrijding

In de thuiszorg blijkt epidurale of spinale toediening van opiaten nogal wat consequenties te hebben. Zo vraagt deze vorm van pijnbestrijding van de wijkverpleegkundige extra tijd. Soms is het inschakelen van familie een mogelijkheid. Hier kleven echter nogal wat bezwaren aan. Niet alleen missen de meeste familieleden hiervoor de professionele deskundigheid, het betekent ook nog meer (emotionele) belasting.

Een andere mogelijkheid is dat de wijkverpleegkundige, ondanks haar beperkte tijd, zelf meehelpt aan de epidurale of spinale toediening van opiaten. Hoewel wijkverpleegkundigen sinds kort wettelijk bevoegd zijn om dergelijke medisch-technische handelingen uit te voeren, zijn zij vaak nog niet bekwaam op dat gebied. Weigeren actief mee te werken aan epidurale en spinale pijnbestrijding is voor wijkverpleegkundigen zelf de meest veilige weg, maar ze voelen zich bij deze keuze veelal niet prettig. Het kan voor de patiënt betekenen dat hem een effectieve vorm van pijnbestrijding wordt onthouden of dat hij er speciaal voor naar het ziekenhuis moet:

'Die n
pleiste
dan vo

Discrep
werkeli
In de ve
doelen
geëxpli
wijkver
door. V
sterven
moet zi
mogelij
belangr
gaan, z
wordt c
reikt. Z
leidt no
wijkver

'Wam
dan is
tig bij

'Je re
blijve
heen,

Het be
reikt, c
haar e
soms n

'Dat
(gr1)

'Je k
niet'

Wanne
pijn w
bijgest
vervan
brenge
pleegk
wat ze
heden

'Elke
staat
wegr
je ge

In de

Daarnaast vindt ook moeilijk rondom mor- blijft. Hiaten le juiste dose- e debet aan te r laat stadium kiezen, als de s:

atste redmiddel der of zo, wat at meer. Ik vind

nie sommigen gte te zijn van opiaten – erva- de uiteindelijk van opiaten arts en patiënt. geven hierbij heeft het ge- de keuzes die

spinale toedie- nsequenties te pijnbestrijding a tijd. Soms is mogelijkheid. varen aan. Niet len hiervoor de betekent ook

wijkverpleeg- tijd, zelf mee- oediening van undigen sinds dergelijke me- te voeren, zijn t gebied. Wei- r epidurale en kverpleegkun- naar ze voelen rettig. Het kan een effectieve thouden of dat nhuis moet:

'Die meneer moest toen naar het ziekenhuis om een pleister te vernieuwen. Het was wel erg vervelend en dan voel je je daar weer schuldig over' (int11).

Discrepantie tussen doelen, wenselijkheid en werkelijkheid

In de verpleegplannen worden lang niet altijd de doelen die wijkverpleegkundigen zich stellen geëxpliciteerd, maar in de opmerkingen van wijkverpleegkundigen klinken de doelen wel door. Veel wijkverpleegkundigen vinden dat een stervende patiënt eigenlijk helemaal pijnvrij moet zijn. Anderen vinden dat wanneer het niet mogelijk is om een patiënt pijnvrij te maken, het belangrijk is om de patiënt met de pijn om te leren gaan, zodat het toch is 'uit te houden'. Toch wordt de gewenste pijnverlichting niet altijd bereikt. Zo'n discrepantie tussen willen en kunnen leidt nogal eens tot gevoelens van onmacht bij wijkverpleegkundigen:

'Wanneer het niet lukt die pijn draaglijk te maken dan is dat zo frustrerend, daar voel ik mij zo onmachtig bij' (gr1).

'Je rent je rot en je probeert goed te doen en ze blijven maar pijn houden en je komt er niet doorheen, daar word ik zo machteloos van' (gr2).

Het besef dat het gewenste doel niet wordt bereikt, confronteert de wijkverpleegkundige met haar eigen begrensde mogelijkheden. Dat is soms moeilijk:

'Dat je iets niet kan doen, kan ik niet accepteren' (gr1).

'Je loopt tegen je grenzen aan en die zie ik liever niet' (int11).

Wanneer het ondanks alle inzet niet lukt om de pijn weg te nemen, worden doelen niet altijd bijgesteld. 'Pijnvrij zijn' wordt bijvoorbeeld niet vervangen door 'op een aanvaardbaar niveau brengen van de pijn'. Hierdoor blijft de wijkverpleegkundige er steeds pijnlijk op gewezen dat wat ze zo graag wil, niet binnen haar mogelijkheden valt:

'Elke keer word je er weer op gewezen dat je niet in staat bent dat te veranderen. Die pijn kan je niet wegnemen. Elke keer wordt er weer een beroep op je gedaan en je kunt het niet oplossen' (int3).

In de vakliteratuur (o.a. McCaffery & Beebe

1989) wordt erop gewezen dat interventies zoals massage en het gebruik van ontspannings- en afleidingstechnieken, het effect van pijnmedicatie kunnen versterken. Wensen en doelen van wijkverpleegkundigen (pijnvrij maken of tot een aanvaardbaar niveau brengen) zouden daardoor dichterbij kunnen komen en onmachtige gevoelens minder kunnen worden. De benodigde kennis en vaardigheden ontbreken echter soms:

'Ik weet helemaal niet hoe dat moet (...) ik heb dat niet geleerd (...) ik weet helemaal niet wat er allemaal aan pijnbestrijding is' (int2).

Wanneer er wel enige kennis met betrekking tot aanvullende, niet-farmacologische interventies aanwezig is, wordt deze toch niet altijd gebruikt. Sommige wijkverpleegkundigen geven aan dat in de praktijk genoemde interventies toch wat buiten het 'blikveld' vallen.

'Ik denk er nooit aan om ontspannings- of massage- technieken toe te passen. Het helpt wel, weet ik' (int11).

Zelfs als wijkverpleegkundigen wel verder gaan dan het geven van een goede lichamelijke verzorging en pijnmedicatie, blijkt dit – bijvoorbeeld bij botmetastasen – soms nog niet voldoende effectief. De discrepantie tussen wensen, doelen en werkelijkheid blijft en ook de wijkverpleegkundige die weet dat ze alles in het werk heeft gesteld, blijft soms zitten met een gevoel weinig controle te hebben over de pijnlijke situatie, een gevoel van onmacht:

'We hebben veel gedaan, het is denk ik wat we hebben kunnen doen en toch heb ik bij haar een heel machteloos gevoel over hoe het allemaal verlopen is (...) ik vond het zo moeilijk om aan te zien hoe ze uitmergelde en zoveel pijn had' (int13).

Men kan dan tegen de zorgverlening gaan opzien en de gang naar de patiënt wordt haast 'loodzwaar'.

'Voordat ik aanbelde moest ik altijd eerst diep zuchten' (int8).

'Je gaat weg, net zo naar en leeg, als dat je gekomen bent' (gr2).

Strategieën voor het verminderen van onmachtige gevoelens

In het algemeen willen de geïnterviewde wijk-

verpleegkundigen graag voor kankerpatiënten blijven werken. De zorgverlening wordt weliswaar als intensief en zwaar getypeerd, maar ook als boeiend en bevredigend. Om het werk vol te houden, moet men met de onmachtsgedvoelens om kunnen gaan. De strategieën die de wijkverpleegkundige bewust of onbewust ontwikkelt teneinde onmachtsgedvoelens te verminderen noemen we in dit kader onmachtstrategieën. Uit de interviews zijn twee soorten onmachtstrategieën te distilleren. Ten eerste 'effectieve' strategieën; strategieën die inderdaad de onmachtsgedvoelens reduceren en waarvan men mag verwachten dat zij direct of indirect ten goede komen aan de patiënt. Ten tweede 'niet-effectieve' strategieën; strategieën die op korte termijn misschien wel de verpleegkundige helpen, maar die de patiënt hoogstwaarschijnlijk niet ten goede komen. Voorbeelden van laatstgenoemde strategieën zijn het zich psychologisch afsluiten en het fysiek mijden van een patiënt (zie ook Blockmans 1989/1990; Fagerhaugh & Strauss 1977; Weekers e.a. 1990):

'Elke keer word je er weer op gewezen dat jij niet in staat bent de pijn van de patiënt weg te nemen (...) je gaat voor jezelf iets bedenken om ermee om te blijven gaan. Dat houdt weleens in dat je je afsluit' (int2).

'Ik ga er niet meer naar toe, dat breng ik niet op' (int5).

In het nu volgende zullen we wat langer stilstaan bij de andere onmachtstrategieën; de effectieve strategieën.

Delen met patiënt

Het delen van onmachtsgedvoelens met de patiënt is een belangrijke effectieve strategie. Door deze gedvoelens aan elkaar te vertellen blijkt vaak dat beide partijen hetzelfde ervaren en krijgt men het gevoel niet alleen te staan (zie ook Blockmans 1990; De Jonge 1991). Het kan de relatie versterken en het kan tevens een vermindering van onmachtsgedvoelens geven:

'Je kan daar gewoon je emoties aan elkaar laten zien, je kan je dan heel ontspannen voelen op dat moment (...) ik had dit bij haar ook. Ik zou je zo graag willen helpen, maar ik kan het gewoon niet. Dan zei ze nee. Dat kan je ook niet. Dat is iets van mijzelf. Dan is het goed dan ben je het kwijt (...) het is dan zoveel opener en eerlijker' (int6).

'Ik heb haar gezegd dat het heel moeilijk is en dat ik het ook niet meer weet (...) ik kan daar heel goede gedvoelens van over houden' (int9).

Om te kunnen delen wordt het aanwezig zijn van een goede relatie met de patiënt als een belangrijke conditie aangegeven:

'Om te kunnen delen moet je een stuk gezamenlijkheid hebben en dat voelde ik bij die mevrouw heel duidelijk' (int6).

Ook moet het delen met de patiënt door de wijkverpleegkundige zinvol gevonden worden:

'Ik weet dat als ik het (onmachtsgedvoel) tegen haar zou zeggen, dat dit dan geen effect heeft. Deze patiënt heeft er niets aan en zou er ook niets mee doen' (int9).

Het idee dat een patiënt er te veel door belast zou worden, of zich er opgelaten bij zou voelen, kan het delen van onmachtsgedvoelens eveneens in de weg staan:

'Ik denk dat de patiënt het het moeilijkste heeft en om nu te zeggen dat ik het ook moeilijk vind, dat doe ik niet gauw. Hij heeft aandacht nodig en niet ik' (int11).

'Ik denk dat ze zich heel opgelaten zou hebben gevoeld, wanneer ik zou zeggen dat ik het ook niet meer wist' (int8).

Delen met collega's

Het delen met de naaste collega's is waarschijnlijk de meest gebruikte strategie om met de onmachtsgedvoelens om te gaan. Bij de collega's kunnen de wijkverpleegkundigen zich 'ontladen':

'Ik kan uitzazen, ik kan mijn ei kwijt' (int7,8).

'Ik heb een goede ondersteuning van het team hier, je krijgt je feedback en ik kan uitgallen' (int9).

Het vertellen alleen is niet altijd voldoende, men wil een weerwoord. Daarvoor moeten anderen de situatie wel kennen:

'Je kan het wel zeggen maar ze komen er zelf niet, ze kennen die mevrouw niet en dat mis je dan wel. Dat vond ik het zware eraan, het kost je toch veel energie' (int12).

Om er minder alleen voor te staan wordt de zorgverlening van een patiënt soms over twee

wijkv
sprek
sterke

'He
verc
drag
zijn
of zo

Door
colleg
voork
Onma
veel b
aange

'Ik c
gezu
hetz
moe
krijt

Ook
waari
den t
geeft
ooit h
dag ei
gaan
meer
midde
inzicht
heeft

'Je
acc
wor
niet
naa
wat
mak

Verm
Door
kunne
bespr
wordt
gelijk
verlic
men
effect

ilijk is en dat ik
aar heel goede

vezig zijn van
s een belang-

ik gezamenlijk-
: mevrouw heel

door de wijk-
worden:

oel) tegen haar
heeft. Deze pa-
niets mee doen'

loor belast zou
ou voelen, kan
eveneens in de

ilijkste heeft en
lijk vind, dat doe
odig en niet ik'

ten zou hebben
ut ik het ook niet

is waarschijn-
om met de on-
ij de collega's
n zich 'ontla-

jt' (int7,8).

an het team hier,
allen' (int9).

oldoende, men
eten anderen de

omen er zelf niet,
it mis je dan wel.
kost je toch veel

staan wordt de
oms over twee

wijkverpleegkundigen verdeeld. Door het bespreken van de gegeven zorg voelt men zich sterker:

'Het is wel altijd zo dat er een eerste en een tweede verantwoordelijke is. Zodat je makkelijker kan overdragen en makkelijk kan bespreken van, waar loop jij nu tegen aan, wat vind je moeilijk en heb je ideeën of zou jij het anders doen' (int6).

Door het vinden van herkenning bij een naaste collega worden gevoelens van onmacht soms voorkomen of verminderd.

Onmachtgevoelens worden daarentegen niet veel besproken in werkvergaderingen. Wel wordt aangegeven dat ook dat belangrijk kan zijn.

'Ik denk dat je onmacht kan verminderen door er een gezamenlijk iets van te maken. Hetzij met je team, hetzij met de huisarts. Je zou er iedere week over moeten praten en proberen er aandacht voor te krijgen' (int9).

Ook themadagen voor wijkverpleegkundigen waarin onmacht, emoties en eigen grenzen worden besproken lijken vrij uitzonderlijk. Toch geeft één wijkverpleegkundige aan dat zij zelf ooit het initiatief heeft genomen tot zo'n themadag en daardoor meer haar eigen beperkingen is gaan accepteren. Haar onmachtgevoelens zijn meer hanteerbaar geworden, doordat zij door middel van het delen met anderen, een beter inzicht in eigen gevoelens en mogelijkheden heeft verkregen:

'Je kan niet alles en dat hoeft ook niet (...) je moet accepteren en leven met dat wat niet veranderd kan worden (...) je moet je verwachtingen bijstellen en niet van die hoge eisen stellen (...) Wanneer ik nu naar een patiënt ga, ga ik eerst zitten en ik ga kijken wat haalbaar is, ik kan niet alles (...) ik durf het ook makkelijker tegen een patiënt te zeggen' (int6).

Vermeerderen van kennis en vaardigheden

Door themadagen, bijscholingen en dergelijke kunnen niet alleen onmachtgevoelens worden besproken maar ook kennis en vaardigheden worden uitgebreid. Men kan daardoor meer mogelijkheden in eigen handen krijgen om pijn te verlichten, wat onmachtgevoelens kan voorkomen of verminderen. Dit kan een uitstralend effect hebben naar collega's:

'Ik kan als verpleegkundige nu veel meer dingen doen als ontspanningsoefeningen en afleidingsmethoden en zo, maar daar heb je echt tijd voor nodig, ook om het de mensen aan te leren. Ik ben nu zelf met bijscholingen bezig. Ik merk dat die machteloosheid die ik zelf heb ervaren ook bij anderen aanwezig is. Niemand vindt het leuk om iemand te zien pijn lijden en je wilt dat er iets aan gedaan wordt. Iedereen is erg geïnteresseerd' (int1).

Afstand nemen

Onder afstand nemen wordt in dit geval verstaan 'stilstaan bij de gevoelens en ervaringen die opgeroepen zijn teneinde deze te kunnen loslaten' (zie ook Bosch 1990). Afstand en betrokkenheid zijn twee begrippen die bij elkaar horen (zie ook Borgesius e.a. 1989). Ook de wijkverpleegkundigen geven aan dat afstand nemen belangrijk is om daarna weer betrokken te kunnen zijn. Door het afstand nemen kan men de situatie die zo verweven is geraakt met eigen gevoelens weer overzien:

'De pijn nam steeds meer toe en was moeilijk te onderdrukken (...). Ik denk hier achteraf meer over na. Wanneer ik weer weg ben is het makkelijker om over alle klachten na te denken en ze uit elkaar te halen dan wanneer ik bij de patiënt ben. Je kunt het dan los van elkaar zetten. Wanneer je daar bent dan ben je zo betrokken' (int12).

Om afstand te kunnen nemen moet men de tijd krijgen. Deze tijd kan de wijkverpleegkundige door haar collega's worden gegund, door haar even geen kankerpatiënten meer in zorg te laten nemen:

'Even vandaag er niet naar toe (...) even die confrontatie vandaag niet' (int5,6).

'Je moet niet te veel van deze mensen in zorg hebben en daarom proberen we tot een eerlijke verdeling te komen. We zeggen dan, we kunnen het nu niet, dan neemt een ander dit over. Dit is prima geregeld' (int12).

Wanneer men grote moeite heeft met het zelf afstand nemen, komt het soms zover dat men min of meer wordt gedwongen (doordat men overspannen wordt) om structureel afstand te nemen. In sommige thuiszorginstellingen kan de wijkverpleegkundige dan voor een ander aandachtsgebied dan de oncologie kiezen.

Integratie met de literatuur en conclusies

Uit de interviews komt naar voren dat veel wijkverpleegkundigen in de zorgverlening aan kankerpatiënten met pijn onmachtsgedvoelens ervaren.

Communicatieproblemen met de patiënt en met de huisarts blijken hier vaak aan ten grondslag te liggen. Dergelijke problemen worden ook door Ferrell e.a. (1991 en 1993), Weekers e.a. (1990), Ullrich en Fitzgerald (1990), Seale (1992) en Sparks (1988/1989) beschreven. Een duidelijke aanvulling van ons onderzoek is dat er meer inzicht is verkregen in het verband tussen deze communicatieproblemen en onmachtsgedvoelens.

Een andere belangrijke oorzaak van onmachtsgedvoelens blijken dilemma's te zijn. Fagerhaugh en Strauss (1977) hebben beschreven hoe de verpleegkundige, de patiënt en de arts ieder de voor- en nadelen van een interventie vanuit hun eigen achtergrond beoordelen. Het door ons geschetste dilemma rondom wel/geen morfine is een voorbeeld hiervan. Ook diverse andere auteurs hebben gerefereerd aan de moeilijke keuzen die men moet maken met betrekking tot morfinepreparaten (bijvoorbeeld McCaffery & Beebe 1989; Seale 1992; Ferrell e.a. 1993).

Als derde oorzaak van onmachtsgedvoelens komt in de interviews de discrepantie tussen pijnbestrijdingsdoelen enerzijds en de werkelijkheid anderzijds naar voren. We hebben laten zien dat een gebrek aan kennis en vaardigheden en een min of meer negatieve attitude met betrekking tot farmacologische en niet-farmacologische pijnbestrijding vaak mede debet zijn aan het niet bereiken van pijnbestrijdingsdoelen. In zeer veel andere studies wordt eveneens gerefereerd aan hiaten in de kennis en vaardigheden van verpleegkundigen op het gebied van pijnbestrijding (bijvoorbeeld Dalton 1989; Ferrell e.a. 1991; McCaffery e.a. 1990a, 1990b en 1992; Paice e.a. 1991; Schuurmans e.a. 1993). Een aanvulling van onze studie is dat deze hiaten niet alleen 'pijnlijke' gevolgen kunnen hebben voor de patiënt, maar ook voor diens wijkverpleegkundige. Dit laatste komt tot uiting in onmachtsgedvoelens. In de literatuur (Blockmans 1989/1990; Sparks 1988) hebben we ook ondersteuning gevonden voor onze bevinding dat het delen van onmachtsgedvoelens met de patiënt of met collega's een effectieve onmachtstrategie is. Blockmans (1989/1990) noemt hierbij een 'luisterende aanwezigheid' en 'tonen van eigen verdriet en emoties'. Het delen met collega's in de vorm van 'zich ontladen' wordt door Chavasse (1992) 'blowing off steam' genoemd.

Het vermeerderen van kennis en vaardigheden als strategie om onmachtsgedvoelens te verminderen wordt in de literatuur niet expliciet beschreven. Uit ons onderzoek blijkt echter dat dit voor sommige wijkverpleegkundigen toch een effectieve manier is om meer vat op de pijn en daardoor ook op hun eigen gedvoelens te krijgen. Afstand nemen (in samenhang met betrokkenheid) komt naar voren als een andere manier om met de onmachtsgedvoelens om te gaan. Blockmans (1989/1990) spreekt in dit kader van 'parkeertijd', 'op adem komen'. De wijkverpleegkundige moet zich soms even kunnen distantieren, om zich daarna weer betrokken te kunnen voelen.

Praktijkaanbevelingen

Onmachtsgedvoelens van wijkverpleegkundigen bij het verzorgen van kankerpatiënten met pijn kunnen ons inziens verminderd worden door:

1. de oorzaken van onmachtsgedvoelens (i.c. communicatieproblemen, dilemma's en discrepantie tussen doel en werkelijkheid) weg te nemen of te reduceren;

2. door op individueel of collegiaal niveau op een adequate manier met onmachtsgedvoelens om te gaan (met andere woorden: door gebruik te maken van de effectieve strategieën).

Het eerste aspect vraagt naast intermenselijke en individuele oplossingen en strategieën, veelal ook structureel-organisatorische veranderingen binnen de organisatie. In enkele eerdere artikelen (De Schepper & Francke 1993a en 1993b, 1994) hebben we hier aandacht aan besteed. Op het tweede aspect, het op individueel of collegiaal niveau omgaan met onmachtsgedvoelens, zullen we ter afsluiting van dit artikel nog wat dieper ingaan.

Wijkverpleegkundigen die aangeven zich bewust te zijn van hun eigen onmachtsgedvoelens en ook naar manieren zoeken om daar mee om te gaan, lijken in het algemeen goed in staat de zware zorgverlening vol te houden. Met name de

effecti
van k
worde
onmac
te zier
ervare
oploss
lustre
pleeg
herke
over c
Hoew
effect
ook u
strate
voor
moete
men r
de op
alles
word
belan
gaan
inher
den. I
kundi
ven n
de lei
creëe
gen z
zetter

Aanv

A.M.
Rotte
A.L.
dam
H. H

Corn
A.M.
Math

Noo

1. Ci
de re

t collega's een
s. Blockmans
aisterende aan-
erdriet en emo-
1 de vorm van
avasse (1992)

1 vaardigheden
ens te vermin-
t expliciet be-
t echter dat dit
figen toch een
t op de pijn en
lens te krijgen.
net betrokken-
lere manier om
e gaan. Block-
kader van 'par-
wijkverpleeg-
nnen distantië-
ken te kunnen

pleegkundigen
ënten met pijn
vorden door:
elens (i.c. com-
en discrepantie
g te nemen of te

al niveau op een
evoelens om te
gebruik te ma-
).

ermenselijke en
tegieën, veelal
veranderingen
erdere artikelen
n 1993b, 1994)
eesteed. Op het
el of collegiaal
voelens, zullen
nog wat dieper

geven zich be-
ntsgevoelens en
laar mee om te
bed in staat de
n. Met name de

effectieve strategieën 'delen' en 'vermeerderen van kennis en vaardigheden' lijken gebruikt te worden door die wijkverpleegkundigen die hun onmachtsgedvoelens duidelijk onder ogen durven te zien. Duistermaat (1989) noemt dit het 'intern ervaren van onmacht'. Daarna kunnen er pas oplossingen gevonden worden. Dit wordt geïllustreerd door het interview met de wijkverpleegkundige die zelf haar gevoel als onmacht herkende en een themadag had georganiseerd over onmachtsgedvoelens.

Hoewel het delen van onmachtsgedvoelens een effectieve strategie lijkt te zijn is het, zo blijkt ook uit de interviews, niet altijd eenvoudig deze strategie tot uiting te brengen. Zo zal de angst voor het tonen van emoties eerst overwonnen moeten worden (Sontag 1980). Ook het idee dat men met te delen de ander automatisch belast en de opvatting dat men als wijkverpleegkundige alles maar moet kunnen, dienen opgegeven te worden (Blockmans 1989). Verder lijkt het ons belangrijk dat onmachtsgedvoelens meer gezien gaan worden als een gevoel dat in zekere zin inherent is aan de confrontatie met ernstig lijden. Daarom is het belangrijk dat wijkverpleegkundigen onmachtsgedvoelens bespreekbaar durven maken en dat daarvoor in de organisatie door de leidinggevendenden mogelijkheden worden gecreëerd. Daarnaast zouden wijkverpleegkundigen zelf bijvoorbeeld werkgroepen op kunnen zetten om elkaar te adviseren en te ondersteunen.

Aanvaard januari 1994

A.M.E. de Schepper, Helen Dowling Instituut, Rotterdam

A.L. Francke, Helen Dowling Instituut, Rotterdam

H. Huijjer-Abu Saad, RUL Maastricht.

Correspondentieadres:

A.M.E. de Schepper, Helen Dowling Instituut, Mathenesserlaan 183, 3014 HA Rotterdam.

Noot

1. Citaten worden gevolgd door het nummer van de respondent.

Literatuur

Blockmans, I. (1989/1990). *Omgaan met onmacht: een literatuurstudie over hulpeloosheid van professionele hulpverleners bij terminaal lijden*. Ongepubliceerde eindverhandeling. Centrum voor Ziekenhuiswetenschap, Leuven.

Borgesius, E., J. de Lange & M. Donker (Red.) (1989). *Dilemma's in de B*. Utrecht: Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid.

Bosch, C.F.M. (1989). Betrokkenheid. Kernelement in de psycho-sociale zorgverlening in het algemene ziekenhuis. *Verpleegkunde*, 4, 3, 115 - 124.

Bruijne, M.H. de (1992). *Verpleegkundigen, kanker en pijn*. Ongepubliceerde scriptie. Rijksuniversiteit Limburg.

Chavasse, J.M. (1992). Quest editorial. New dimensions of empowerment in nursing-and challenges. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1 - 2.

Clements, S. & S. Cummings (1991). Helplessness and powerlessness: caring for patients in pain. *Holistic Nursing Practice*, 6, 1, 76 - 85.

Dalton, J.A. (1989). Nurses' perceptions of their pain assessment skills, pain management practices, and attitudes toward pain. *Oncology Nursing Forum*, 16, 2, 225 - 231.

Duistermaat, H. (1989). *Onmacht in het werk van de huisarts. Een empirische verkenning*. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.

Fagerhaugh, S.Y. & A. Strauss (1977). *Politics of pain management: staff-patient interaction*. California: Addison-Wesley Publishing Company.

Ferrell, B.R., M.T. Eberts, M. McCaffery & M. Grant (1991). Clinical decision making and pain. *Cancer Nursing*, 14, 6, 289 - 297.

Ferrell, B.R., E. Johnston Taylor, M. Grant, M. Fowler & R.M. Corbisiero (1993). Pain management at home: struggle, comfort, and mission. *Cancer Nursing*, 16, 3, 169 - 178.

Francke, A.L. (1992a). *Pijn als verpleegprobleem*. Dwingeloo: Uitgeverij Kavanah.

Francke, A.L. (1992b). Wat doen verpleegkundigen bij pijn? *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 13, 7, 460 - 463.

Glaser, B.G. & A.L. Strauss (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

Jonge, M. de (1991). Gedeelde machteloosheid: de visie van de cliënt. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 13, 7, 440 - 444.

Lange, J. de (1990). Verpleegkundigen zonder uniform. In Francke, A.L. (Red.) *Kwalitatief onderzoek in de verpleegkunde*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 23 - 41.

Lincoln, Y. & E. Guba (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.

McCaffery, M. & A. Beebe (1989). *Pain: clinical manual for nursing practice*. The C.V. Mosby Company. McCaffery, M., B.R. Ferrell, E. O'Neil Page, M. Les-

ter & B. Ferrell (1990a). Nurses knowledge of opiate analgesics and addiction. *Cancer Nursing*, 13, 1, 21 - 27.

McCaffery, M. (1990b). Nursing approaches to non-pharmacological pain control. *International Journal of Nursing Studies*, 27, 1, 1 - 5.

McCaffery, M. & B.R. Ferrell (1992). Opioid analgesics. Nurses' knowledge of doses and psychological dependence. *Journal of Nursing Staff Development*, 8, 2, 77 - 85.

Nederlandse Vereniging ter Bestudering van Pijn (1990). *Pijn en pijnbehandeling bij de patiënt met kanker*. Leiden.

Paice, J.A., S.M. Mahon & M. Faut-Callahan (1991). Factors associated with adequate pain control in hospitalized postsurgical patients diagnosed with cancer. *Cancer Nursing*, 14, 6, 298 - 305.

Philipsen, H. (1990). Kwalitatief onderzoek: een plaatsbepaling. In: A.L. Francke (Red.) *Kwalitatief onderzoek in de verpleegkunde*. Lisse: Swets & Zeitlinger, 9 - 21.

Schepper, A.M.E. de & A.L. Francke (1993a). Het maakt het zoveel makkelijker als mensen open praten. (Dis)communicatie en onmacht in de zorg voor kankerpatiënten met pijn. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 21, 5, 48 - 51.

Schepper, A.M.E. de & A.L. Francke (1993b). Ik weet niet of we dat wel mogen doen. Dilemma's en onmacht in de zorg voor kankerpatiënten met pijn. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 21, 12, 40 - 44.

Schepper, A.M.E. de & A.L. Francke (1994). En ze blijven maar pijn houden. Het verschil tussen doelen, wensen en werkelijkheid in pijnbestrijding bij kankerpatiënten. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 22, 4, 40-42.

Schuurmans, J., A. Wulferink & H. Boer (1993) Pijn bij kanker: opvattingen van verpleegkundigen. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 15, 3, 97 - 100.

Seale, C. (1992). Community nurses and the care of the dying. *Social Science and Medicine*, 34, 4, 375 - 382.

Smaling, A. (1987). *Methodologische objectiviteit en kwalitatief onderzoek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Smets, E.M.A., F.S.A.M. van Dam, K.L. Dorrepaal & F. Lapré (1989/90). De wijkverpleegkundige en de kankerpatiënt met pijn: Een studie naar de rol van de wijkverpleegkundige in de zorg voor kankerpatiënten met pijn. *Verpleegkunde*, 4, 2, 85 - 94.

Sontag, S. (1980). *Ziekte als spookbeeld*. Bruna

Sparks, T.F. (1988). Coping with the psychosocial stresses of oncology care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 1/2, 165 - 178.

Spencer, J. (1991). Caring for a terminally ill person with pain, at home. *Cancer Nursing*, 14, 1, 55 - 58.

Strauss, A. & J. Corbin (1990). *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, London: Sage Publications.

Ullrich, A. & P. Fitzgerald (1990). Stress experienced by physicians and nurses in the cancer ward. *Social Science and Medicine*, 31, 9, 1013 - 1022.

Wagenaar, M.J. (1993). Goed tegen je verlies kunnen. Rouw en machteloosheid bij oncologieverpleegkundigen. In: *Verslagboek 12e congres van de Vereniging voor Oncologieverpleegkundigen*, 22 september 1993, 93 - 95.

Weekers, M., M. Kiezebrink, J. Pruyn, A. Heltzel & T. Mandemaker (1990) Wijkverpleging en kanker: Knelpunten in de zorg. *Maatschappelijke Gezondheidszorg*, 18, 5, 22 - 26.

Correlate

*De relatie tus
stressbelevir
anderzijds*

**M.M.G. van de
N.P.G. Bouman
J.A. Landeweel**

Same

Om ve
jaren e
'kwali
grotere
verzek
zorgst
In deze
de kw
ning (j
de stre
ten en
(result
In dit c
tussen
de kw
ning) e
naast i
twee d
kundig
mensie
denhei
Tot slc
tieve r
nische
pleegk

Sumr

For dif
lity of
One of
the pa
for qu
system
In this
the nu