

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/19349>

Please be advised that this information was generated on 2019-04-21 and may be subject to change.

WHERE IS MY NURSE?
Over onderzoek en oorbare zorg

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van Hoogleraar in de Verplegingswetenschap
aan de Faculteit der Medische Wetenschappen / het UMC St
Radboud
van de Katholieke Universiteit Nijmegen
op donderdag 3 oktober 2002

door

Prof. dr. T. van Achterberg

*My poor dying health,
the ugliest curse.
I need to go find
a capable nurse.*

Copyright 2002. T. van Achterberg

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevens bestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

ISBN 90-916274-7

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Dames en Heren,*

Where is my nurse? Deze hartenkreet staat al sinds jaar en dag te lezen op een krakkemikkig schuurtje. Het schuurtje staat tussen verwaarloosde Utrechtse volkstuintjes. Wie vaak in de trein zit kent het wellicht. Het is vanuit de trein goed te zien. Als je 's ochtends Utrecht vanuit het zuiden binnenkomt kun je er soms zomaar 5 minuten stilstaan. Het schuurtje staat op de plek waar de baanvakken uit het zuiden en uit het oosten samenkomen. De treinreiziger uit Nijmegen komt dus ook langs het schuurtje, maar ziet alleen kale planken en kan niet vermoeden welke noodkreet er op de andere kant staat. Een noodkreet die nog wordt versterkt doordat het vervaarlijk hellende schuurtje op omvallen staat.

Een hopeloze gepassioneerde liefde was destijds het eerste dat in me opkwam. Verpleegkundigen zijn immers begeerlijke partners. Maar wie weet komt de noodkreet wel van een patiënt op de wachtlijst, een arts die nog wat medisch technische handelingen wil delegeren of een directeur van een opleiding verpleegkunde die dringend nieuwe studenten zoekt?

Where is my nurse? – All in the family

Waar is mijn verpleegkundige? Gestolen van een onbekende graffiti-kunstenaar, maar een beter thema voor een oratie bestaat er haast niet. In deze rede wil ik u meenemen in mijn zoektocht naar de hedendaagse verpleegkundige. Een zoektocht met vele wendingen, want de verpleegkundige van vandaag heeft vele gezichten.

Maar laten we dicht bij huis beginnen. De vier kinderen Van Achterberg zijn om nooit opgehelderde redenen allen in zorgzame bezigheden beland. Maar slechts vijftig procent

van hen is verpleegkundige. Die ene -goed voor vijftwintig procent- ben ik, dat wist u al.

Illustratie 1: Drie gezusters

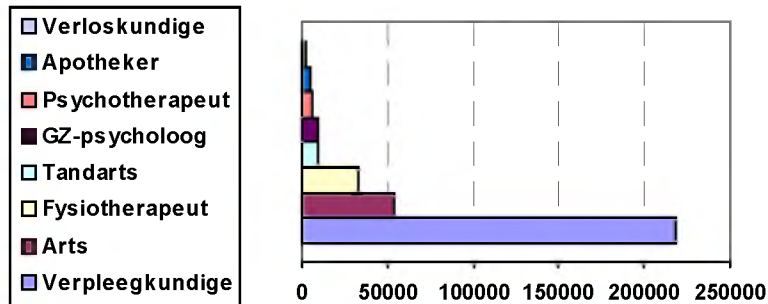


Hier ziet u mijn drie gezusters (Illustratie 1). Ik zou nu het motto 'Where is my nurse' kunnen misbruiken voor een 'Wie van de drie?' spelletje, maar zal u toch maar meteen verklappen dat het gaat om mijn zus Hannie, de middelste van de drie. Al 23 jaar aan het verplegen, waarvan 20 jaar als gediplomeerde. Verzamelde achtereenvolgens het A-diploma, de kinderaantekening en het diploma HBO-V. Mijn ervaring in de patiëntenzorg steekt erg mager af bij die van Hannie. U kunt er dus ook voor kiezen om straks bij de receptie haar en niet mij te feliciteren. Deze felicitaties zouden niet misplaatst zijn, want Nederland moet blij zijn met mensen die hun twintigjarig jubileum in de verpleging halen.

Where is my nurse? – The silent force

Anno 2002 komen we verpleegkundigen tekort. Dit heeft te maken met vergrijzing, de toename in het aantal behandel mogelijkheden, de toename van het aantal alleenstaanden en de toename van het aantal chronisch zieken in de bevolking. Een tekort aan verpleegkundigen betekent niet dat we met weinigen zijn. Nederland telde in september van dit jaar 217.927 geregistreerde verpleegkundigen (Figuur 1; BIG-register 2002). Ter vergelijking: dit is tweemaal zoveel als alle geregistreerde apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen en verloskundigen bij elkaar opgeteld. Wie verzorgenden meerekent komt met gemak boven de 400.000 (Calsbeek et al. 2001).

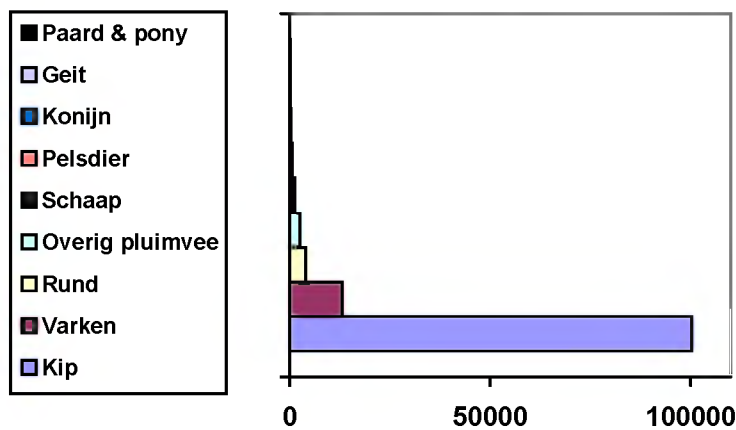
Figuur 1: Aantal BIG-geregistreerden in Nederland 2002



Ik zal u bekennen dat ik wel iets met cijfers heb. Daarom wil ik u één ander cijfer niet onthouden. Nederland telde in 2001 ruim 100.000.000 kippen (Figuur 2; CBS 2002). Een duizelingwekkend aantal. Kippen zijn zondermeer koploper in de eigen sector.

En ineens zag ik de parallel: verpleegkundigen zijn net kippen. Je hebt niet door dat er zo veel van zijn en het is verbazingwekkend dat ze nog nooit op het idee zijn gekomen om de macht te grijpen.

Figuur 2: Nederlandse veestapel in 2001 (x 1000)



Machtsblok of niet, het aantal mensen in de zorg is te klein om de vraag naar verpleging en verzorging aan te kunnen. Het aantal verpleegkundigen en verzorgenden groeide tussen 1990 en 1998 weliswaar met ruim 20%, maar de instroom van nieuwkomers in de opleidingen was jarenlang

laag. Tegelijkertijd verlieten nog steeds veel verpleegkundigen voortijdig het beroep. Hierbij speelden zaken als een te hoge werkdruk en een gebrek aan ontplooiingskansen een rol. Hoeveel verpleegkundigen we tekortkomen weten we niet eens precies, maar verpleegkundigen worden vandaag de dag wel noodgedwongen geïmporteerd vanuit exotische oorden als Polen, Zuid-Afrika en de Filippijnen. Een oplossing die met wisselend succes wordt toegepast.

Maar is de verpleging dan een werkveld waarin iedereen onvermijdelijk in sleur en hoge werkdruk belandt? Zijn er dan geen mogelijkheden om door te groeien of om wat variatie aan te brengen in de inhoud van het werk? Als we de vraag 'waar is mijn verpleegkundige?' letterlijk nemen, zou het antwoord kunnen zijn 'waar niet?'. Niet alleen werken verpleegkundigen over de hele aardbol, ook het soort werkplek is zeer gevarieerd. Verpleegkundigen werken op verpleegafdelingen in algemene en academische ziekenhuizen, op poliklinieken, in de jeugdgezondheidszorg, bij mensen thuis, in het verpleeghuis, in de bedrijfsgeneeskundige diensten, in het revalidatiecentrum, in de opvang van asielzoekers, binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg, in gevangenissen, in de verslavingszorg, kortom.....waar niet? De verpleegkundige is dus bijna overal, maar wat ook nog wel eens vergeten wordt: veruit de meeste verpleegkundigen werken nog altijd met veel plezier in dit beroep. En wat ook een opsteker is: het sombere beeld dat ik net schetste heeft wellicht zijn langste tijd gehad. Het jaar 2002 maakt een goede kans om het jaar te worden van meer aanmeldingen voor de verpleegkundeopleidingen, van minder ziekteverzuim en van minder mensen die het beroep verlaten. Het verpleegkundig beroep is bovendien volop in beweging. De ene verpleegkundige is al lang de andere niet meer. Daarvoor zijn er te veel verschillende opleidingen, vervolgoopleidingen en specialisaties. Iedereen zal aanvoelen dat de ambulanceverpleegkundige niet zomaar het werk van de verpleegkundige in het verpleeghuis zal kunnen overnemen of andersom. Beiden kunnen natuurlijk terugvallen op de 'basiszorg' die zij beheersen, maar beiden zullen ze ook kennis en vaardigheden tekort komen. De

verpleegkundige die een expert is op het ene terrein is dus een beginneling op een ander werkterrein (Benner 1984). De variatie in het aantal soorten verpleegkundigen houdt een gevaar van wildgroei in, maar kan voor verpleegkundigen ook inhouden dat de kansen om aan een eigen carrière te werken toenemen. Zo biedt de opkomst van de functie van nurse practitioner (Platform Advanced Nursing Practice 1999) in de ogen van veel verpleegkundigen een welkome 'doorgroeimogelijkheid'. De nurse practitioner is een verpleegkundige met een academisch denk- en werk niveau die als expert werkzaam is in de patiëntenzorg. De nurse practitioner combineert verpleegkundige taken met een aantal medische taken (Roodbol & Lolkema 2002).

Over welk type verpleegkundige we het ook hebben, we staan allen voor dezelfde uitdaging: goede zorg verlenen. Voorwaar geen eenvoudige opgave.

Goede zorg verlenen betekent om te beginnen inspelen op degene die zorg nodig heeft want standaardzorg is lang niet altijd goede zorg, daarvoor zijn mensen en hun behoeften te verschillend. Een verpleegkundige houdt hier rekening mee en past de zorg aan op de precieze behoefte van de persoon die zorg nodig heeft. Dat de verpleegkunde daarbij aandacht heeft voor de beleving van de patiënt en de betekenis van de klachten of ziekte voor deze patiënt is van het grootste belang (Grypdonck 1996).

Verpleegkundige zorg staat dikwijls niet op zichzelf. Veel patiënten of zorgvragers ontvangen tegelijkertijd zorg van anderen waaronder bijvoorbeeld familieleden, artsen, diëtisten, fysiotherapeuten, verzorgenden, psychologen of maatschappelijk werkers. Goede zorg betekent in al die gevallen dus ook zorg die aansluit bij de zorg die anderen geven, of –en dat wordt nog wel eens vergeten- andere hulpverleners doordringen van de noodzaak om aan te sluiten bij de verpleegkundige zorg.

Tenslotte betekent goede zorg verlenen dat verpleegkundigen moeten blijven leren. Wie een verpleegkundeopleiding afrondt kan geen 40, 30, 20 of 10 jaar met deze kennis het vak blijven beoefenen. Elke dag wordt nieuwe kennis beschreven die voor de beroepsuitoefening van verpleegkundigen van belang is. En die kennis komt niet alleen van verpleegkundigen zelf. Denk bijvoorbeeld alleen al aan het vele onderzoek rond voeding,

geneesmiddelen of patiëntenvoorlichting. Men kan geen goede zorg verlenen als men niet op de hoogte blijft en als men nieuwe inzichten niet in het eigen handelen toepast.

Where is my nurse? - Being a professional

Verpleegkundige is een mooi beroep. In dit korte zinnetje zijn meteen twee dingen gezegd. Ten eerste stellen we vast dat verplegen mooi is. Iedereen zal het er over eens zijn dat verpleegkundigen nodig zijn en dat ze over het algemeen nuttige dingen doen. Verpleegkundigen krijgen bevrediging uit hun werk wanneer ze zien dat het beter gaat met de patiënt of wanneer ze zien dat ze verslechtering hebben weten te voorkomen. Bovendien krijgen verpleegkundigen van patiënten en familieleden vaak veel waardering. In dat opzicht is verplegen betekenisvol en mooi.

In het korte zinnetje 'Verpleegkundige is een mooi beroep', heb ik echter ook gezegd dat verplegen een beroep is. Niet iedereen die een beetje zorgt en aardig doet is een verpleegkundige. Een jaar of dertig geleden benoemde de International Council for Nurses (1973) al vier fundamentele verantwoordelijkheden voor verpleegkundigen:

- (1) het bevorderen van gezondheid;
- (2) het voorkomen van ziekte;
- (3) het herstellen van gezondheid;
- (4) het verlichten van lijden.

Geen verantwoordelijkheden die aan ieder met wat goede bedoelingen kunnen worden overgelaten.

In Nederland werd het 'diploma voor ziekenverpleging' al in 1921 wettelijk beschermd. Hiermee mocht nog steeds iedereen verplegen, maar niet iedereen mocht zich voor gediplomeerd verpleegster uitgeven. De erkenning van de eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid van verpleegkundigen komt veel sterker naar voren in de nu geldende wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Ministerie van WVC 1994). De zogenoemde wet BIG erkent de verpleegkundige als een zelfstandige professionele beroepsbeoefenaar, die aansprakelijk is voor de kwaliteit van de eigen verpleegkundige zorg. Dit houdt ook in dat verpleegkundigen tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn voor de zorg die zij hebben verleend.

Natuurlijk kan betwist worden of verpleegkundigen in alle opzichten professionals zijn. De Raad voor de

Volksgezondheid & Zorg omschrijft professionaliteit als "de specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaald beroep te kunnen functioneren" (RVZ 2000). Zo beschouwd kan je binnen elk beroep een professional zijn. Als we professionaliteit wat concreter zien als het maken van zelfstandige keuzes vanuit de eigen deskundigheid en het daadwerkelijk kunnen uitvoeren van deze keuzes, dan lukt dat verpleegkundigen niet in alle situaties. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld vaak afhankelijk van de ruimte die zij van de organisatie en vaak ook van medisch specialisten krijgen. Die ruimte valt nog wel eens tegen. Zo vatte een niet nader te noemen medisch specialist die van lekker doorwerken houdt onlangs zijn kijk op de taak van de verpleegkundige op de polikliniek als volgt samen: "de verpleegkundige moet zorgen dat de kleedhokken vol zitten". Of het treffende citaat van de chirurg: "de verpleegkundige moet de patiënten panklaar maken".

Bij deze personen lijkt er natuurlijk iets mis met de manier waarop zij over patiënten praten, maar ook als verpleegkundige voel je je door hen weinig serieus genomen. Want wat bijvoorbeeld te denken van de bewakende, diagnostische, preventieve, begeleidende, educatieve en therapeutische taken van verpleegkundigen? 100% Professional of niet, feit is wel dat verpleegkundigen zich steeds meer tot een echte professional ontwikkelen en steeds meer een zelfstandige deskundigheid en verantwoordelijkheid bevechten. Want ruimte moet je niet alleen krijgen maar soms ook zelf maken. In die ontwikkeling past ook de aandacht voor de combinatie van wetenschap en verplegen.

Where is my nurse? – Doing research

Kennis uit wetenschappelijk onderzoek toepassen in het eigen werk is één ding, maar moeten verpleegkundigen nu ook nog zelf onderzoek doen? Kan onderzoek bijdragen aan goede zorg? Het antwoord is volmondig JA. Want met een eigen professionele verantwoordelijkheid is er ook een eigen verantwoordelijkheid om aan betere kennis over het eigen vak te werken. Bovendien is het uiterst nuttig. Er is veel dat we niet zouden hebben geweten wanneer de verplegingswetenschap niet had bestaan.

Zo hadden we beslist minder geweten van het herkennen en effectief bestrijden van pijn bij kinderen (Hamers et al. 1995), hadden we niet geweten dat patiënten bij een onderzoek of ingreep informatie over te verwachten ervaringen belangrijker kunnen vinden dan feitelijke informatie over de ingreep of het onderzoek (Grypdonck 1989), hadden we niet geweten van effectieve methoden van valpreventie (Hill-Westmoreland 2002) en hadden we niet geweten dat fixeren van patiënten geen goed idee is als we willen proberen om ernstig letsel te voorkomen (Neufeld et al. 1999). En dat zijn zomaar een paar verwijzingen van de zeer vele waaruit ik had kunnen kiezen om de verdienste van de verplegingswetenschap te onderbouwen.

Maar moet de verpleegkundige beroepsgroep dan persé zelf alles onderzoeken of kunnen we ook gewoon toepassen wat anderen al hebben onderzocht? Toepassen moet altijd met verstand gebeuren. Toch moet de verpleegkundige beroepsgroep niet te bang zijn om over de eigen grenzen heen te kijken. Zo wordt er in vakgebieden als biologie, psychologie, geneeskunde, diëtetiek etc. veel kennis ontwikkeld die ook voor verpleegkundigen relevant is. Men zou kunnen zeggen dat de verpleegkunde in zichzelf een 'multidisciplinair' vak is. Verpleegkundigen passen immers veelvuldig kennis uit andere vakgebieden toe. Het werk van verpleegkundigen bevindt zich bovendien vaak in de 'randgebieden' van wat psychologen, artsen en paramedici doen. Verpleegkundige interventies zijn dan ook lang niet altijd uniek. Soms is het meer de samenhang tussen interventies en de keuzes die daarin worden gemaakt die uniek zijn (Frederiks 1997). Als verpleegkundigen moeten we met anderen durven samenwerken om aan relevante kennis te komen. We zijn nog met weinigen in de verplegingswetenschap dus samenwerken is alleen al daarom bittere noodzaak. Door de samenwerking met andere disciplines vaker op te zoeken, kunnen we de hoeveelheid onderzoek met relevantie voor de verpleegkundige patiëntenzorg aanzienlijk vergroten. Ook samenwerken met patiëntenorganisaties moeten we daarbij niet vergeten. Veel patiëntenorganisaties hebben de nodige expertise over het eigen ziektebeeld in huis en zijn zelf ook actief in het vergroten van kennis op het eigen terrein. Samenwerken met patiëntenorganisaties is dus niet alleen

goed voor de PR of onze subsidiekansen, maar kan het onderzoek vanuit de verpleegkunde danig versterken.

Where are the Nijmegen nurses and what will they do?

Ambitie

Als het goed is heeft u inmiddels een indruk van waar de verpleegkundige zich vandaag de dag bevindt en waar de verpleegkundige zich zoal mee bezig houdt. Wellicht begint u zich af te vragen waar die Nijmeegse types zich temidden van dit alles bevinden? Bij een oratie hoort het uitspreken van ambities en richtingen voor de toekomst.

De algemene ambitie in en vanuit Nijmegen is het academiseren van de verpleegkunde. Dit betekent niet dat alle verpleegkundigen wetenschappers moeten worden, net zo min als alle artsen onderzoekers zouden moeten zijn. Het betekent wel dat er een solide groep verpleegkundigen moet zijn die in staat is onderzoek in gang te zetten, uit te voeren en uit te dragen naar hun beroepsgenoten. Het betekent ook dat er een groep verpleegkundigen nodig is die kennis uit onderzoek in de praktijk kan brengen. Deze verpleegkundigen moeten in staat zijn om onderzoeksverslagen op hun waarde te beoordelen en om te zetten in aanbevelingen of richtlijnen voor het verplegen van alledag. Tenslotte moeten er verpleegkundigen zijn die nieuwe ontwikkelingen binnen hun eigen beroep volgen. Deze verpleegkundigen moeten met verstand met adviezen en richtlijnen kunnen omgaan. Dit betekent: richtlijnen volgen waar dit mogelijk en gepast is. Maar ook: afwijken van richtlijnen waar dit nodig is. In alle gevallen moet de verpleegkundige de gemaakte keuzes kunnen beargumenteren. Kortom: de Nijmeegse nurse bevindt zich vaak bij patiënten, soms in de klas, regelmatig in de bibliotheek, ook wel eens achter een beeldscherm en leest op een vrije dag bij een kopje cappuccino een vakblad. De Nijmeegse ambitie is om tot een juiste mix van verpleegkundigen met rollen als onderzoekers, zorgvernieuwers en uitvoerenden te komen. De vernieuwers hebben daarbij een belangrijke taak in het vertalen van onderzoeksresultaten naar de verpleegkundige praktijk en kunnen bijvoorbeeld seniorverpleegkundigen, experts, verpleegkundig specialisten of nurse practitioners zijn. Voor die ideale mix zal het soms ook nodig zijn dat verpleegkundigen twee, of alle van deze rollen op zich nemen. De afstemming tussen verpleegkundige zorg en

onderzoek is immers voor alle betrokkenen van het grootste belang.

Richtingen in het onderzoek

Natuurlijk is het naast een algemene ambitie ook belangrijk om een richting te kiezen in het verplegingswetenschappelijk onderzoek dat onder de vlag van de Nijmeegse leerstoel zal worden uitgevoerd.

Ter verduidelijking begin ik met een voorbeeld. In 1997 publiceerde een Finse onderzoekster een verslag van haar onderzoek bij een grote groep verpleegkundigen in Finland (Raatikainen 1997). De onderzoeksvraag was of verpleegkundigen mét een roeping in kennis, handelen en motivatie verschilden van verpleegkundigen zónder roeping. De uitkomsten van dit intrigerende onderzoek zijn heel grof samen te vatten als 'verpleegkundigen met een roeping zijn betere verpleegkundigen'. De verpleegkundigen die hierbij wat kromme tenen krijgen kan ik geruststellen, want op het onderzoek viel nog wel wat aan te merken. Zo is bijvoorbeeld alles in dit onderzoek opgehangen aan de zelfbeoordeling van de verpleegkundigen. Men beoordeelde zelf het hebben van een roeping, maar ook de eigen kennis en de eigen prestaties. Een nog veel groter probleem heb ik persoonlijk met de relevantie van dit onderzoek. Het onderzoek is leuk omdat het triviaal is, niet omdat iemand ooit iets met de uitkomsten van deze studie zal kunnen aanvangen. Daarvoor was ook de roeping te ongrijpbaar beschreven. De auteur formuleerde zelf dan ook geen aanbevelingen, de enige die ik zou kunnen verzinnen is sollicitanten vragen of ze een roeping hebben. Dit lijkt me ongeveer even nuttig als vragen of de verpleegkundige sollicitant graag met mensen werkt en of de sollicitant denkt dat de functie een uitdaging is.

Waarom sta ik zo lang stil bij een voorbeeld waar ik niet enthousiast over ben? Ik doe dit vooral om duidelijk te maken wat ik *niet* nastreef, namelijk: de verpleegkundige die zichzelf onderzoekt. Het gaat me dan niet om het voorbeeld van de roeping, maar ook om onderwerpen als werklasmetingen, arbeidstevredenheid of ziekteverzuim bij verpleegkundigen. Natuurlijk is het niet zo dat dit soort onderzoek geen enkel doel dient. Wel denk ik dat onderzoek naar de problemen van patiënten en de inhoud van wat je als verpleegkundige

aan zorg verleent, vele malen belangrijker is voor de verpleegkundige die zich tot een professional wil ontwikkelen. In het slagveld van de professionele gezondheidszorg wint de verpleegkundige die kan uitleggen wat zij bijdraagt aan het oplossen van de problemen van patiënten van de verpleegkundige die kan onderbouwen hoe hoog de werkdruk op de afdeling is.

Jezelf onderzoeken is voor hippies, niet voor professionals.

Wat we in Nijmegen wél gaan doen is problemen opsporen en problemen oplossen. Dat klinkt verbluffend simpel en dat is het ook.

Problemen opsporen

Laat ik bij het opsporen van problemen beginnen.

Willen we als verpleegkundigen de inhoud van het vak blijven verbeteren, dan moeten we allereerst genoeg weten van de problemen van patiënten en we moeten ook in staat zijn om deze problemen tijdig te herkennen. Weten dat de patiënt een beroerte (CVA) heeft gehad is een begin. Maar welke delen van zijn lichaam kan de patiënt bijvoorbeeld nog zonder problemen bewegen? Hoe is het met het taalbegrip van de patiënt? In welke mate kan de patiënt voor zichzelf zorgen? Zonder antwoorden op dit soort vragen en zonder kennis van de mogelijke gevolgen van een CVA is gepaste verpleegkundige zorg niet mogelijk. Ook op het niveau van groepen patiënten hebben we dit soort kennis nodig. Als we weten welke problemen bij groepen patiënten vaak voorkomen kunnen we gaan werken aan het ontwikkelen van zorg die voor veel van deze patiënten waardevol zal zijn.

Een goed voorbeeld van een onderzoek in dit kader is het onderzoek bij patiënten met een ulcus cruris van Maud Heinen (Heinen 2002). Een ulcus cruris is wat veel mensen beter kennen als een 'open been'. Patiënten met deze aandoening kampen vaak langdurig met open wonden aan het onderbeen, veroorzaakt door vaatproblemen en de slechte doorbloeding die hiervan het gevolg is. Wondverzorging en het aanbrengen van zwachtels en steunkousen zijn sinds jaar en dag de belangrijkste activiteiten van de verpleegkundige. Al deze activiteiten zijn gericht op het genezen van de beenwond.

Nijmeegse verpleegkundigen hadden het idee dat ze meer zouden kunnen betekenen voor deze patiënten, maar daarvoor was eerst een goed overzicht nodig van de problemen waar patiënten mee kampen. Dit overzicht was niet uit eerder onderzoek voorradig, maar kon met steun van de Nederlandse Hartstichting vanuit Nijmegen worden gemaakt. 141 Patiënten van de poliklinieken voor dermatologie van het UMC St Radboud, het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en 6 andere poliklinieken werkten aan het onderzoek mee.

De problemen van patiënten waren niet gering. Meer dan de helft van de patiënten had te maken met pijn en had problemen met het vinden van goed schoeisel. Verder hadden veel patiënten problemen met bewegen en dagelijkse activiteiten, met slapen en met de eigen lichaamsverzorging. Veel patiënten gaven aan zich machteloos, verdrietig of afhankelijk te voelen. Tenslotte viel op dat ook de leefstijl van patiënten te wensen overliet. Voor zowel een snelle wondgenezing als het voorkomen van nieuwe beenwonden is de leefstijl van patiënten van belang. Daarbij gaat het dan om zaken als voldoende beweging, een gezond gewicht, gezonde voeding en niet roken. Het onderzoek van Maud Heinen liet zien dat daar in de praktijk nog wel wat aan schort. Zo rookt een kwart van de patiënten, heeft tweederde van de patiënten overgewicht en beweegt eenderde van de patiënten naar eigen zeggen onvoldoende.

Met gegevens uit een studie als deze wordt het mogelijk om werk te maken van een goede zorgverlening. Omdat in de studie ook is gekeken naar de hulp die patiënten bij hun problemen krijgen zijn knelpunten in de zorg naar voren gekomen. Het idee van de Nijmeegse verpleegkundigen werd bevestigd: er zou voor deze patiëntengroep meer gedaan kunnen en moeten worden. Zo verdienen onder andere de pijnklachten en de leefstijl van patiënten veel meer aandacht. Daar gaan we werk van maken, maar daarover straks meer.

Het opsporen van problemen heeft nog een tweede element: het herkennen van problemen. Als we weten dat er een probleem is hebben we nog wel instrumenten nodig om het probleem te kunnen vaststellen. Ook vanuit deze gedachte zijn in Nijmegen verschillende relevante studies

uitgevoerd of nog in uitvoering. Zo is er Nijmeegs onderzoek naar het herkennen van bloeddruk dalingen bij ouderen (Vloet et al. 2002). Deze bloeddrukdalingen kunnen met name na een maaltijd en bij het gaan staan optreden. Ze zijn niet zonder gevaar. Duizeligheid kan bijvoorbeeld een valpartij tot gevolg hebben. Lilian Vloet stelde in haar studies vast dat verpleegkundigen nog niet erg goed in staat zijn om bloeddrukdalingen vast te stellen en ontwikkelde daarom richtlijnen voor een betere verpleegkundige bijdrage aan de diagnostiek (Vloet et al. 2002).

Dit is niet de enige studie waarin het goed herkennen van problemen centraal staat. Zo werkte Chel Coenen in zijn onderzoek bijvoorbeeld hard aan het herkennen van een risico op ondervoeding bij ziekenhuispatiënten (Coenen & Bökkerink 2002). Een tijdige herkenning van een risico op ondervoeding is immers nodig voor het tijdig treffen van preventieve maatregelen door verpleegkundigen en het tijdig inschakelen van de afdeling diëtetiek.

Het mag duidelijk zijn dat aan dit type van onderzoek veel behoefte is. De verpleegkundige die tijdig problemen herkent kan veel leed voorkomen. Een bloeddrukdaling hoeft dan niet in een valpartij te eindigen, een dreigende ondervoeding hoeft geen ondervoeding te worden en een beginnende ontsteking van het mondslijmvlies hoeft zo geen ernstige wond te worden.

Bij het herkennen van problemen is nog één laatste thema van belang. Vanuit een streven naar meer duidelijkheid én vanuit een achterstandspositie van verpleegkundigen ten opzichte van andere hulpverleners is de laatste decennia hard gewerkt aan een duidelijke taal voor verpleegproblemen. Een taal die we allemaal begrijpen en waarmee we zonder onduidelijkheden de problemen van patiënten kunnen benoemen. Bovendien is gewerkt aan een heldere classificatie voor de verpleging (NANDA 1990, McCloskey & Bulechek 1996, Johnson & Maas 1997). Hierbij zijn twee complicaties opgetreden. Ten eerste zijn er toch wel wat variaties op die ene taal en classificatie ontstaan. Ten tweede is een 'eigen verpleegkundige taal' steeds minder houdbaar in een tijd waarin samenwerken met andere hulpverleners steeds belangrijker wordt.

Om die reden zijn in een grootschalig project de mogelijkheden van de ICDH verkend. De ICDH stond

oorspronkelijk voor International Classification of Impairments Disabilities en Handicaps (WHO 1980). Om het iets ingewikkelder te maken is de naam recent veranderd in de International Classification of Functioning, Disability and Health en om het nog iets ingewikkelder te maken is de afkorting nu niet logischerwijs ICFDH maar ICF (WHO 2002). Dit alles is echter bijzaak. Waar het om gaat is dat de ICFDH een taal én classificatie biedt waarin men de problemen van patiënten kan vangen. De ICFDH is bovendien voor verschillende hulpverleners bruikbaar en door de World Health Organisation ontwikkeld met de nodige wereldwijde inspraak van patiëntenvertegenwoordigers. Voor ons genoeg redenen om in de ICFDH geïnteresseerd te raken (Van Achterberg et al. 2002). Het UMC St Radboud heeft samen met het Academisch Ziekenhuis Groningen, het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam en het Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging in de afgelopen twee jaar hard gewerkt aan het verkennen van de bruikbaarheid van de ICFDH voor de verpleegkundige en multidisciplinaire patiëntenzorg. De resultaten zijn positief. Natuurlijk zijn de ICFDH-taal en classificatie niet perfect en is er verbetering mogelijk. In het algemeen is de classificatie echter goed te gebruiken en lijkt het de moeite waard om op deze weg verder te gaan. Het voordeel dat ook anderen dan verpleegkundigen deze taal spreken blijft daarbij een belangrijke drijfveer.

Problemen oplossen

Ik heb u beloofd dat we ook problemen zullen oplossen. In dat kader zijn drie dingen van belang:

- het ontwikkelen van nieuwe verpleegkundige zorg;
- het toetsen van verpleegkundige zorg;
- het bevorderen van het daadwerkelijke gebruik van ontwikkelde, getoetste en waardevol bevonden verpleegkundige zorg.

Nieuwe vormen van verpleegkundige zorg, of nieuwe verpleegkundige interventies zo u wilt, moeten vooral ontwikkeld worden wanneer verpleegkundigen voor de problemen van patiënten nog geen of geen effectieve zorg kunnen bieden. Dit kan aan de orde zijn wanneer nieuwe situaties zich voordoen, bijvoorbeeld wanneer verpleegkundigen worden geconfronteerd met nieuwe ziektebeelden, nieuwe behandelmethoden of patiënten uit onbekende culturen. De noodzaak om nieuwe verpleegkundige zorg te ontwikkelen kan ook optreden wanneer er meer inzicht ontstaat in de problemen van patiënten, ook al gaat het om bekende patiëntengroepen en zijn behandelwijzen niet wezenlijk veranderd.

In dit kader kom ik nog even terug op het voorbeeld van patiënten met een ulcus cruris. Ons onderzoek bij patiënten leverde onder andere het inzicht op dat de leefstijl van veel patiënten te wensen overliet. Door onvoldoende beweging, slechte voedingsgewoonten, overgewicht, roken en een onvoldoende lichaamsverzorging genezen wonden daardoor onnodig langzaam en wordt de kans op nieuwe beenwonden vergroot. Tegelijkertijd kon worden vastgesteld dat er in de huidige poliklinische zorg geen of geen systematische aandacht is voor het verbeteren van de leefstijl van patiënten. Of in simpel Nederlands: de verpleegkundige heeft een onvoldoende antwoord op het probleem van de slechte leefstijl. Een probleem dat nog wordt bemoeilijkt door de kenmerken van de patiëntengroep: een hoge leeftijd en een lage sociaal economische status. Met name bij een lage sociaal economische status is de leefstijl vaak minder gezond en moeilijk te veranderen (Peters 2001). Een goed voorbeeld dus van een situatie die vraagt om het ontwikkelen van nieuwe verpleegkundige zorg. Met een subsidie uit het ZonMw-programma Gezond Leven gaan wij de komende twee jaar daarom hard werken aan het ontwikkelen van een

leefstijlprogramma voor ulcus cruris-patiënten. In het project met de werktitel Lively Legs zullen verpleegkundigen van vier ziekenhuizen samen met patiënten, medici, paramedici en psychologen het nieuwe leefstijlprogramma ontwikkelen. Kennis uit relevant onderzoek en inzichten uit relevante theorieën worden volgens de methodiek van 'Intervention Mapping' (Bartholomew et al. 2001) in het programma verwerkt. Verpleegkundigen krijgen in het kader van het nieuwe leefstijlprogramma een belangrijke rol die nog het meest zal lijken op die van 'counselor': een flexibele gezondheidsadviseur die geen standaard programma afdraait, maar inspeelt op de patiënt en de patiënt begeleidt in het planmatig aanpassen van de eigen leefstijl.

Het toetsen van de effecten van verpleegkundige zorg is in Nijmegen tot nu toe op beperkte schaal gebeurd, maar is een belangrijke richting voor de toekomst. In het onderzoek van Erik de Laat wordt gekeken naar de effecten van het aanscherpen van de decubituszorg in het ziekenhuis in het algemeen en op de intensive care in het bijzonder. Door het vastleggen van het voorkomen en de ernst van decubitus bij patiënten zowel voor- als na de invoering van nieuwe decubitusrichtlijnen, wordt bekeken of bij het werken met deze richtlijn meer decubitus voorkomt dan in de nu gangbare zorg. Het onderzoek is op dit moment nog volop in uitvoering.

Naast het doen van origineel onderzoek is het echter ook van belang kennis te nemen van het onderzoek van anderen. Het doen van literatuurreviews kan vaak al veel kennis over de effectiviteit van interventies opleveren. Een goede review vraagt veel tijd en deskundigheid, maar is noodzakelijk alvorens zelf een studie op te zetten. Het grote aantal 'state of the art studies' dat door ZonMw werd mogelijk gemaakt in het kader van het programma 'Tussen weten en doen' helpt de kennis van effecten van verpleegkundige zorg een grote stap voorwaarts. Bovendien raakt een groot aantal verpleegkundigen in één klap bedreven in het uitvoeren van goede reviews. Dat levert ervaring op waaraan ook in de toekomst nog veel behoefte zal zijn.

In het kader van 'problemen oplossen' is tenslotte van belang dat effectieve zorg ook daadwerkelijk in de praktijk wordt verleend. Om die reden is onderzoek naar de implementatie

van effectieve verpleegkundige interventies van belang. De deskundigheid op het terrein van implementatie is met name bij de collega's van de Nijmeegse Werkgroep Onderzoek Kwaliteit groot. Een goed voorbeeld van een dergelijke studie wordt dan ook door Monique van Eijken in samenwerking met deze afdeling en met de afdeling Geriatrie uitgevoerd. In deze studie staat de haalbaarheid van een Geriatric Intermediate Care Programma (GIP) centraal. Dit programma is gericht op het verbeteren van het functioneren van geriatrische patiënten, waarbij de anamnese met het Elderly Assessment Instrument, kortweg EASY (Philp 1996) een belangrijke plaats inneemt. Kern van het programma is dat een verpleegkundige de geriatrische patiënten thuis bezoekt en samen met de patiënt vaststelt op welk gebied de patiënt beter zou willen functioneren. Concreet kan het bijvoorbeeld gaan om meer zelfstandigheid, een betere mobiliteit of het beter kunnen omgaan met symptomen van een ziekte. Hoewel de verpleegkundige de centrale hulpverlener in dit model is, wordt intensief samengewerkt en wordt de verantwoordelijkheid gedeeld met zowel de huisarts als de geriater.

In het onderzoek wordt vooral de haalbaarheid van het programma verkend bij toepassing door wijkverpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten geriatrie. Het verloop van de zorg wordt geëvalueerd met patiënten, mantelzorgers en hulpverleners. De haalbaarheid wordt daarbij uitgebreid in kaart gebracht. De precieze inhoud van de zorg, de tijdsinvestering en deskundigheid van verpleegkundigen, de inzet van andere hulpverleners en opgetreden knelpunten zijn een paar concrete voorbeelden van gegevens die in dit kader worden verzameld.

Een Chinese verpleegkundige die ik twee jaar geleden sprak snapte weinig van al dat implementatieonderzoek. "In China is een richtlijn écht een richtlijn", aldus deze verpleegkundige, "als de leiding vindt dat het zo moet dan doe je het zo". In Nederland en in heel veel andere landen is de praktijk weerbarstiger. We zullen nog wel even zien of die richtlijn ons bevalt, zeker als we er niet zelf om hebben gevraagd. En dus is onderzoek op dit vlak voorlopig nog van groot belang, want te veel goedbedoelde initiatieven stranden nog in de praktijk van alledag.

Schema 1: de Nijmeegse verplegingswetenschappelijke focus

Problemen opsporen	<ul style="list-style-type: none">* patiëntproblemen beschrijven* problemen herkennen* eenduidige taal gebruiken
Problemen oplossen	<ul style="list-style-type: none">* ontwikkelen verpleegkundige zorg* toetsen verpleegkundige zorg* bevorderen gebruik ontwikkelde/getoetste zorg

De Nijmeegse focus in het verplegingswetenschappelijk onderzoek is in een eenvoudig schema samen te vatten (schema 1). Vanuit deze focus zal de Nijmeegse groep Verplegingswetenschap het nodige bijdragen aan drie van de vijf onderzoeksprioriteiten uit het recente Advies Onderzoek Verpleging & Verzorging van de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO 2001). Ik bedoel dan met name de prioriteiten 'afstemming en continuïteit van zorg', 'doeltreffendheid en doelmatigheid van zorg' en 'ontwikkelen en implementeren van richtlijnen en evidence based practice'.

Where is my nurse? – Final thoughts

Nu u iets meer zicht heeft op wat u van de groep Verplegingswetenschap in Nijmegen kunt verwachten zijn nog twee belangrijke kanttekeningen op zijn plaats. Vraag het een willekeurige verpleegkundige en men zal beamen dat verpleegkundigen echte 'praktijkmensen' zijn. Het stereotype is dan ook dat verpleegkundigen vooral doeners zijn. Van onderzoek wordt vooral verwacht dat het lekker concreet is: 'Jan aan het bed' moet het kunnen begrijpen, het moet het liefst direct tot verbeteringen in de zorg leiden en laten we vooral niet theoretisch doen. Met het eerste ben ik het grotendeels eens. Als een onderzoeker niet kernachtig en eenvoudig kan uitleggen wat een onderzoek inhoudt, dan is er iets mis. Het tweede ligt iets ingewikkelder, want soms moet een onderzoek eerst meer inzicht geven voordat er direct problemen opgelost kunnen worden. Bij het laatste deel van de opmerking zit echter mijn grootste probleem. Als mensen van de praktijk moeten we niet bang zijn voor theorieën. Theorieën zijn immers niets anders dan modellen voor de werkelijkheid en bieden verklaringen voor die werkelijkheid. Verklaringen voor het ontstaan van problemen bij patiënten en verklaringen voor het wel of niet goed

werken van verpleegkundige interventies. Zonder theorie wordt verplegen een doodvermoeiend goochelnummer. Doodvermoeiend omdat we steeds worden geconfronteerd met problemen waarvan we geen idee hebben hoe ze zijn ontstaan. Een goochelnummer omdat we een geslaagd kunstje toepassen, maar niemand snapt hoe het werkt. Ook a-theoretisch onderzoek is een hachelijke zaak. We kunnen wel onderzoeken of een interventie werkt, maar met een goede theoretische inbedding kunnen we ook proberen te begrijpen waarom de interventie werkt. Op die manier voegen we ook echt iets toe aan de kennis binnen de beroepsgroep.

Vanuit de eigen verpleegkundige discipline is al veel aan theorieontwikkeling gedaan. In het verleden is vaak wel krampachtig en misplaatst aan deze eigen theorieën vastgehouden. Menig patiënt vreesde verwaarlozing omdat hem bij de draaideur al werd verteld dat hij volgens de zelfzorgtheorie van Orem zou worden verpleegd (Orem 1991). Het deed Orem's theorie geen goed, want veel oneigenlijk gebruik betekende dat veel mensen geen nut ervoeren. De theorie raakte daardoor in de laatste jaren als 'niet meer hip' wat in de vergetelheid.

Uit de 'rise and fall of Orem's theory' valt te leren dat één theorie niet voor alle vragen en oplossingen moet worden gebruikt. Verschillende vraagstukken vragen input vanuit verschillende theorieën. Deze kunnen ook heel goed vanuit andere disciplines zijn ontwikkeld. Want net zo min als één theorie alles oplost, kunnen theorieën uit één discipline de hele wereld verklaren. Tot zover mijn eerste kanttekening.

Mijn tweede kanttekening heeft alles te maken met het gebruik van kennis uit onderzoek in de praktijk.

Verpleegkundigen hebben een zelfstandige verantwoordelijkheid voor de zorg die zij aan patiënten geven. Patiënten kunnen met recht vragen om de best mogelijke zorg. Daarom hebben verpleegkundigen de professionele en ethische plicht om op de hoogte te zijn van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek. De verpleegkundige die deze kennis negeert zal niet in staat zijn om de eigen zorg met goede argumenten te onderbouwen. Deze verpleegkundige loopt bovendien het risico dat de eigen zorg niet meer te verdedigen valt omdat er inmiddels betere alternatieven bekend en beschikbaar zijn.

Heeft de verpleegkundige dan de plicht om alles toe te passen wat bewezen effectief is?

'Ja', zult u wellicht zeggen. Maar zo eenvoudig is het niet. Verschillende *barrières* maken dat verpleegkundigen niet alles *kunnen* toepassen dat we vanuit de uitkomsten van goed onderzoek zouden willen aanbevelen. Ik noemde net al een paar voorbeelden van *barrières*. Verpleegkundigen werken bijvoorbeeld zelden alleen en zijn voor het verlenen van goede zorg vaak afhankelijk van hun verpleegkundige collega's die voor of na hen dienst hebben. Zelf je best doen geeft dus maar heel beperkt succes als deze collega's niet op hetzelfde spoor zitten. Bovendien kan men verpleegkundige zorg vaak niet isoleren. Een interventie door een verpleegkundige is vaak afhankelijk van de interventies van andere hulpverleners. Zo wisten veel verpleegkundigen al lang dat de patiënt scheren voor een operatie meestal geen goed idee is omdat het de kans op infecties na de operatie vergroot. Maar verpleegkundigen die met chirurgen werkten die van netjes geschoren patiënten hielden (of houden!) konden weinig met deze kennis.

Ook lopen verpleegkundigen tegen reële beperkingen van tijd en geld aan. De verpleegkundige kan wel goed op de hoogte zijn van geschikte materialen, maar kan weinig met deze kennis als de instelling het materiaal niet wil aanschaffen of wanneer de ziektekostenverzekeraar deze materialen niet vergoedt. Beperkingen in tijd komen vooral voort uit zaken als personele bezetting, werkdruk en het feit dat men voor meer dan één patiënt verantwoordelijkheid draagt. Het is immers ook slecht te verdedigen om één patiënt de best mogelijke zorg te geven en er drie tekort te doen. Naast tijd, geld en de medewerking van anderen kunnen ook de beperkingen van de verpleegkundige zelf een rol spelen. Zo kan de verpleegkundige wel lezen dat blaastraining wordt aanbevolen bij patiënten met 'urige incontinentie', een vorm van ongewild urineverlies (Habets 1999), maar de verpleegkundige kan zichzelf niet bekwaam achten om patiënten hierbij te begeleiden. In zo'n geval is de kennis en kunde van de verpleegkundige een beperkende factor. Al deze factoren van medewerking, tijd, geld, kennis en kunde zijn natuurlijk te beïnvloeden, maar kunnen maken dat de praktijk achterloopt bij wat volgens actuele kennis de best mogelijke zorg is.

Naast het niet kunnen, hebben verpleegkundigen soms goede redenen om niet volgens de laatste effectieve aanpak voor een probleem te *willen* handelen. Waar wetenschappelijke studies vaak oplossingen voor een probleem onderzoeken, zijn verpleegkundigen er niet voor problemen maar voor mensen. Dit houdt in dat een verpleegkundige altijd naar de hele mens zal kijken. De verpleegkundige kan er voor kiezen om minder effectieve interventies toe te passen als deze voor de patiënt ook minder ongemak opleveren of meer acceptabel zijn. Veel mensen hebben bovendien meer dan één probleem. In dat geval kan de verpleegkundige er samen met de patiënt voor kiezen om aan één van deze problemen even niets te doen. Zo zou het goed te verdedigen kunnen zijn om het loopprobleem van de patiënt te laten voor wat het is, tot de chronische pijnklachten van de patiënt naar een acceptabele pijn zijn teruggebracht. In dat geval doet de verpleegkundige dus bewust even niets met dat programma voor effectieve looptraining waar ze net alles over heeft gelezen.

Hiermee kom ik uiteindelijk op het thema uit de subtitel want de verpleegkundige heeft de taak om *oorbare* zorg te geven. Daarbij staat oorbare voor wat gepast en te verdedigen is. Hierin speelt actuele kennis uiteraard een belangrijke rol, maar wordt de toepassing van actuele kennis gezien in het licht van de omstandigheden. Kern van de zaak is dat verpleegkundigen keuzes in de zorg vanuit zowel actuele kennis als kenmerken van de patiënt en de omstandigheden kunnen verantwoorden. McSherry en anderen (2002) spreken in dit kader van 'evidence informed nursing' in plaats van het meer gangbare 'evidence based nursing'. Met deze nuance willen zij benadrukken dat de uitkomst van een mooi gerandomiseerd onderzoek nooit het enige kan zijn waar de verpleegkundige rekening mee heeft te houden. De verpleegkundige moet wel op de hoogte zijn van inzichten uit onderzoek, maar kan er soms met goede redenen voor kiezen om niet volgens deze inzichten te handelen. Aan verpleegkundigen iedere dag weer de uitdaging om voor zichzelf vast te stellen wat oorbare zorg is in concrete situaties bij concrete patiënten. Op het wat hogere niveau van groepen patiënten en veel voorkomende situaties is het voor verpleegkundigen een

collectieve uitdaging om een eigen professionaliteit te claimen en vast te stellen wat oorbaar is en wat niet. Natuurlijk zal dat soms niet stroken met de mening van andere professionals. En het professionele perspectief is niet het enig mogelijke perspectief. Het epidemiologisch perspectief, het politiek-economisch perspectief, het management perspectief en het juridisch-etische perspectief kunnen steeds weer een andere kijk geven op wat oorbare zorg moet inhouden (Grol 1999). De verpleegkundige die vaststelt welke zorg minimaal nodig is wil men van oorbare zorg kunnen spreken kan bijvoorbeeld botsen met de politicus die vindt dat er vooral meer mensen moeten worden geholpen. En zo zullen verpleegkundigen vaak moeten balanceren maar ook moeten protesteren wanneer de grenzen aan wat oorbaar is in zicht komen.

De uitdaging ligt niet alleen bij de verpleegkundigen, maar ook bij de onderzoeker. De waarde van studies is vaak te beperkt omdat in studies een enkel probleem wordt bestudeerd bij een sterk geselecteerde patiëntengroep, ook in de geneeskunde speelt dit probleem (Knottnerus & Dinant 1997). 'In het wild' zijn patiënten niet geselecteerd en staan problemen niet op zich. Sidani en Braden stellen daarom voor om juist de variatie in patiënten, de omgeving, de interventie en de uitkomsten daarvan binnen het onderzoek te halen. Dit kan niet alleen meer zicht geven op de werking van interventies, maar ook de praktijkwaarde van studies vergroten (Sidani & Braden 1998).

"Where is my nurse?", zal na vandaag nog vaak door het hoofd spoken van de patiënt die al tweemaal op de bel drukte. "Where is my nurse?", zal ook de patiënt denken die om 11 uur nog in haar pyjama op de thuiszorg wacht. Tja, waar was ik eigenlijk? En vooral: waarom? Het is even wennen, maar de moderne verpleegkundige zal zich steeds meer moeten verantwoorden, naar managers, naar collega's, naar andere disciplines, maar vooral naar patiënten toe. De verplegingswetenschap kan verpleegkundigen hiervoor middelen in handen te geven. Maar wetenschap belooft geen amazing discoveries. Wetenschap kan mede bepalen welke zorg 'oorbaar' is en kan verpleegkundigen helpen in het debat met anderen, maar kan de zorg nooit dicteren. Ook met gedegen

wetenschappelijke kennis in de bagage zal de verpleegkundige nog veel keuzes zelf moeten maken.

A nurse's second youth...

In elk mensenleven komt er een moment waarop je je afvraagt wanneer je van 'jij' in 'u' bent veranderd, waarop de veroudering zich zichtbaar heeft ingezet en waarop je jezelf ook begint af te vragen waar de grens tussen jong, niet meer jong en oud eigenlijk ligt. Sommigen van u hebben dit al ruim achter de rug en sommigen van u zegt dit nog helemaal niets. Maar voor al die anderen, die hier middenin of tegenaan zitten zou ik willen zeggen: word hoogleraar! Ik kan u verzekeren: zelfs toen ik nog luiers droeg werd ik minder jong gevonden dan nu. Sinds mijn benoeming hebben ontelbare mensen naar mijn leeftijd gevraagd en hebben even veel mensen bevestigd dat ik jong ben. Al deze mensen wil ik hartelijk danken, want sportauto, abtronic, melkzuurinjecties, motorrijbewijs, solarium en andere tweede jeugd-oplossingen, ik zal ze voorlopig niet nodig hebben.

Dames en heren,

U begrijpt het al, ik ben aangekomen bij het dankwoord, want hoogleraar worden doe je niet zonder dat anderen je steunen of hebben gesteund.

In de eerste plaats wil ik het College van Bestuur van de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud danken voor het vertrouwen dat bij mijn aanstelling werd gegeven. Deze aanstelling is niet alleen voor mij, maar vooral ook voor de beroepsgroep van groot belang. In Nederland is het aantal mensen dat de verplegingswetenschap bedrijft nog altijd beperkt. Met het opnieuw aanstellen van een hoogleraar dragen Universiteit en UMC in Nijmegen bij aan een versterking en dit wordt binnen en buiten de beroepsgroep gewaardeerd. Een aantal mensen heeft zich voor de verplegingswetenschap in Nijmegen bijzonder ingezet. Jos van der Meer, Bart van Bergen, Jacqueline LeGrand, in het verleden Dick Herfst en nu Emmy Janssen, allen hebben jullie je ten volle ingezet en uitgesproken voor de deze zaak. Jullie steun was en is onontbeerlijk.

Naast deze voortrekkers zijn er in Nijmegen bij het UMC St Radboud, de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis velen met wie het goed samenwerken is. Ik heb het dan niet alleen over een kleine kring van onderzoekers, maar ook over verpleegkundigen, docenten, artsen, paramedici, stafmedewerkers en andere functionarissen. Jullie zijn met te veel om te noemen, maar jullie weten wie jullie zijn. Ik heb van jullie allemaal geleerd en hoop dat te mogen blijven doen.

De mensen met wie ik de laatste jaren intensief samenwerkte wil ik toch even met naam noemen. Dit zijn Annemiek Hoeben, Ilse van Engelshoven, Erik de Laat en Marian Adriaansen. Annemiek en Ilse, ik heb jullie leren kennen als uiterst loyaal aan onze goede zaak. Annemiek is inmiddels van baan veranderd, maar wat zij nog niet weet is dat wij ook in haar nieuwe functie een beroep op haar gaan doen. Ilse, ik hoop van jouw creativiteit en volhardendheid nog lang te kunnen profiteren.

Erik, dank voor je gedrevenheid en werklust. Je hebt me ooit bekend dat ik je met een combinatie van één opgetrokken wenkbrauw en een geamuseerde glimlach uiterst onzeker kan maken, alsof je alles verkeerd doet. Je begrijpt dat ik deze plooi nu probeer te cultiveren om jou op de rails te houden.

Marian tenslotte, jouw enthousiasme wordt allen door K3 geëvenaard. Als ik met jou in de auto naar Utrecht afreis weet ik meteen weer alles over je onderzoek en trouwens ook over je verwaarloosde kinderen, alle Nijmeegse collega's en de rest van de wereld. Onder die extroverte act gaat een gedreven en uiterst serieuze vakvrouw schuil. Dank voor al je inzet van de laatste en in de nog komende jaren.

En dan de naaste collega's van de gang. Ans, Wilma, Monique, Maud: onder jullie geen zwakke zusters. Nou ja, één zwakte dan, maar een gedeelde snoepverslaving is maar een halve snoepverslaving. Bovendien verklaart het jullie inzet, soms tegen de verdrukking van de netwerkstoringen in, dank daarvoor.

Carla Frederiks, ik profiteer nog dagelijks van de door jou gebaande paden. Bij je afscheid mocht ik al uitleggen hoe kleurrijk je bent. Ik wil nu alleen nog even benadrukken hoe verstandig je bent. Het is een eer om 'jouw opvolger' te

mogen zijn. Ik weet me nog altijd door je gesteund, want een beroep op het orakel uit Enkhuizen is nooit tevergeefs. Marianne Oudenhuisen, secretaresse van twee bijzondere bazen. Ik weet niet of je me ooit helemaal in het gareel zult krijgen, maar ik doe mijn best. Ik dank je voor je humor, je kwaliteiten op de gymnastiekmat en je betrouwbaarheid. Anke Persoon, in de laatste twee jaar heb ik veel aan je te danken gehad. Ik verving Carla en jij verving mij, zo begon het ongeveer. Je werd de onvervangbare vervanger. Woorden als élan, enthousiasme en onvermoeibaarheid zijn voor jou uitgevonden.

Een groep in Nijmegen kan niet al die dingen doen waar binnen de patiëntenzorg en binnen de verpleging grote behoefte aan is. Hoewel we dus nog met te weinig zijn, is het goed om ons deel te weten van een van een groter geheel waarin met name ook onderzoekers en staf- of beleidsmedewerkers van het LCVV, de AVVV, het NIVEL het AZG, de Rijksuniversiteit Groningen, het UMC Utrecht, het AMC en de Universiteit Maastricht zich inzetten. Gelukkig wordt er met velen van jullie al samengewerkt rond concrete projecten. Ik hoop dat we deze samenwerking mogen uitbouwen, want hoewel samenwerken ook tijd en inzet vraagt ben ik overtuigd van het nut en de meerwaarde ervan.

De samenwerking met Verplegingswetenschap Utrecht krijgt al op verschillende manieren vorm. Mieke Grypdonck, met onze soms verschillende achtergronden en belangstelling ervaar ik steeds weer dat we zonder voorbehoud of kanttekeningen voor dezelfde zaak pleiten. Het is een eer je een collega te mogen noemen en ik hoop dat Nederland en Vlaanderen nog lang van jouw kennis en inzet gebruik mogen maken.

Op deze plek is ook dank aan de mensen in wiens schaduw ik mocht leren op zijn plaats. Verplegen in het kielzog van een super nurse als Greetje Doornbos was meer dan leerzaam. Dat geldt ook voor leren onderzoeken van Hans Philipsen, Harry Crebolder en Fred Stevens. Met hen wil ik ook al die Maastrichtse oud-collega's met wie ik jaren mocht samenwerken bedanken. Een speciale vermelding is natuurlijk nodig voor mijn nimfen Annemie Courtens en Atefrans de Bruin. Jarenlang waren wij partners in wetenschap en

achterklap. Ik hoop dat ons verbond nog lang stand mag houden.

Groeien doe je natuurlijk ook en vooral te midden van familieleden en vrienden. Ik bezit van beide veel dierbare en trouwe exemplaren. Ik prijs me uiterst gelukkig met jullie en straks gaan we weer knuffelen.

Vandaag is ook de dag van mijn ouders. Theo senior, mijn vader, kan met een hoogleraar in het gezin eindelijk zijn oudste zuster aftroeven die hem er steeds aan herinnert dat ze vijf maal zoveel kleinkinderen heeft. Madeleine, mijn moeder blijft onbetwist de grootste aanhanger van de paus, maar met deze toga mag ik nu bijna bij hem in de pausmobiel. Lieve ouders, van jullie kreeg ik drie prachtige zussen. Jullie onvoorwaardelijke steun en betrokkenheid lopen als een rode draad door mijn leven. Ik ben jullie alles verschuldigd.

Tenslotte bedank ik mijn wederhelft, die mij uitlacht en in mij gelooft. Gerjo, zonder jou is heel veel mogelijk maar is het lang zo leuk niet.

Ik heb gezegd.

Verwijzingen

Bartholomew LK, Parcel GS, Kok GJ & Gottlieb NH. Intervention Mapping: designing theory and evidence based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield 2001.

BIG-register. Stand van Zaken, www.bigregister.nl, 8 september 2002.

Calsbeek H, Hingstman L, Talma H, Van der Windt W. Verpleging en verzorging in kaart gebracht 2001. Jubileum uitgave Elsevier/De Tijdstroom, LCVV, Utrecht 2001.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Landbouwtellingen 1980-2001. www.cbs.nl, 15 augustus 2002.

Coenen C & Bökkerink S. Vaststellen van de validiteit en betrouwbaarheid van het screeningsinstrument Risico op Ondervoeding bij Ziekenhuispatiënten (SROZ). UMC St Radboud, Nijmegen 2002.

Frederiks CMA. En nu naar bed! Oratie Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen 1997.

Grol RPTM. Effectieve en doelmatige zorg. Feit of fantasie? Oratie Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen 1999.

Grypdonck M. Voorbereiding van volwassenen op chirurgische ingrepen. Verpleegkunde 1989, 4, 171-184.

Grypdonck MH. Het leven boven de ziekte uittillen. De opdracht van de verpleegkunde en de verplegingswetenschap voor chronisch zieken. Oratie Universiteit Utrecht, Utrecht 1996.

Habets HPJM. Incontinentie. In: Van Achterberg T, Eliëns AM & Strijbol NCM (red.). Effectief Verplegen 1. Leerboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen. KAVANAH, Dwingeloo 1999.

Hamers JPH, Huijjer Abu-Saad H, Van Hout MA & Halfens RJG. Krijgen kinderen postoperatief te weinig pijnstillers? Verpleegkunde 1995, 10, 3-10.

Heinen M, Van Achterberg T & Persoon A. Patiënten met een ulcus cruris: een inventarisatie van algemene patiëntkenmerken, patiëntproblemen, zorgbehoefte en ervaren knelpunten in de zorgverlening. UMC St Radboud, Nijmegen 2002.

Hill-Westmoreland E, Soeken K & Spellbring AM. A meta analysis of fall prevention programs for the elderly. How effective are they? Nursing Research 2002, 51, 1-8.

International Council for Nurses (ICN). Code of professional conduct. ICN, Geneva 1973.

Johnson M & Maas M (Eds.). Nursing Outcome Classification (NOC). Mosby, St Louis 1997.

Knottnerus J & Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. British Medical Journal 1997, 315, 1109-1110.

Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC). De wet BIG. Hoofdlijnen beroepen in de individuele gezondheidszorg. WVC, Rijswijk 1994.

McCloskey J & Bulechek G. Nursing Intervention Classification (NIC). Mosby, St Louis 1996.

McSherry R, Simmons M & Abbott P (Eds.). Evidence Informed Nursing. A guide for clinical nurses. Routledge, London 2001.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Taxonomy I, revised 1990. NANDA, St Louis 1990.

Neufeld RR, Libow LS, Foley WJ, Dunbar JM, Cohen C & Breuer B. Restraint reduction reduces serious injuries among nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 1999, 47, 1202-1207.

Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. Mosby, St Louis 1991.

Peters L. Determinanten van BRAVVO-gedragingen. In: ZorgOnderzoek Nederland, Programma Preventie. Leefstijlcampagnes in Nederland: analyse en aangrijpingspunten voor kwaliteitsverbetering. ZON, Den Haag 2001.

Philp I. Can a medical and social assessment be combined? J R Soc Med 1996, 90, 11-13.

Platform Advanced Nursing Practice. Advanced Nursing Practice – Actief Naar Perspectief. Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, Utrecht 1999. Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer 2000.

Raatikainen R. Nursing care as a calling. Journal of Advanced Nursing 1997, 25, 1111-1115.

RGO (Raad voor Gezondheidsonderzoek). Advies Onderzoek Verpleging & Verzorging. Den Haag 2001.

Roodbol PF & Lolkema WF. De functie nurse practitioner. Het verschil met de gespecialiseerde verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. TvZ Tijdschrift voor Verpleegkundigen 2002, 112 (8), 26-27.

Sidani S & Braden CJ. Evaluating Nursing Interventions. A theory driven approach. SAGE, Thousand Oaks CA 1998.

Van Achterberg T, Frederiks C, Thien N, Coenen C & Persoon A. Using ICDH-2 in the classification of nursing diagnoses: results from two pilot studies. Journal of Advanced Nursing 2002, 37, 135-144.

Van Kampen S. BIG-register gaat gegevens uitventen. VWS-Bulletin, 3 september 1999, p. 20-21.

Vloet LCN, Smits R, Frederiks CMA, Hoefnagels WHL & Janssen RWMM. Evaluation of skills and knowledge on

orthostatic blood pressure measurements in elderly patients. *Age and Ageing* 2002, 31, 211-216.

World Health Organisation (WHO). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. World Health Organisation, Geneva 1980.

World Health Organisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health. www.who.int/classification/icf, 15 augustus 2002.