

Maandag

19

Uitzendbureau Actief 65-plus helpt AOW'ers aan het werk

20

Opinie: niemand vertelt voor zijn lol over ervaringen met discriminatie en seksisme

23

Martin Amis was een controversiële ster in de Londense literaire wereld

Deze 3 verpleegkundigen hebben de zorg blijvend veranderd



De rol van verpleegkundigen in de zorg verandert. Zij nemen meer initiatief en dragen bij aan de ontwikkeling van de zorg. Drie voorbeelden hoe de zorg daar beter van wordt.

Door **Michiel van der Geest** Foto's **Jiri Büller**

Het is nog maar twintig jaar geleden dat Kim Verhaegh haar opleiding deed als verpleegkundige en van haar werd verwacht dat ze in het bijzijn van een arts vooral niet als eerste begon te praten. Hem (meestal hem) koffie brengen, dat mocht/moest dan weer wel.

Het laat maar zien dat de positie van verpleegkundigen de afgelopen twee decennia snel aan het veranderen is, zegt Verhaegh, inmiddels lector verpleegkundig leiderschap in Leiden. Met nog eens een versnelling in de afgelopen jaren, zegt Cecile aan de Stegge, een verpleegkundige die gepromoveerd is op de geschiedenis van het verpleegkundig beroep en collega van Verhaegh. Met de komst van ver-

Ziekenhuizen worden door het tekort op de arbeidsmarkt gedwongen het werk van de verpleegkundige aantrekkelijker te maken

pleegkundig specialisten (een functie tussen arts en verpleegkundige in) is er ook meer wetenschappelijk onderzoek naar de werkvloer gekomen en van die extra kennis profiteren alle verpleegkundigen in een team.

En nu het arbeidsmarkttekort in alle hevigheid toeslaat, zijn ziekenhuizen gedwongen het werk van verpleegkundigen aantrekkelijker te maken. Meer carrièrekansen, meer zeggenschap in de organisatie, meer opleidingsmogelijkheden, meer invloed op het rooster. Verhaegh: 'Daar hadden ziekenhuizen veel eerder mee moeten beginnen.' Het betekent ook dat verpleegkundigen meer kansen krijgen om te innoveren, om zelf het verpleegkundig vak verder te brengen. Inspirerende rolmodellen zijn er genoeg. Drie voorbeelden.



Verpleegkundigen nieuwe stijl



MARIËL KLOS

VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST DIE DE 'RANJA-TEST' BEDACHT VOOR PATIËNTEN MET EEN NEUS-MAAG-SONDE

Het begon allemaal met een briefje op een aanplakbord bij de kantine. Mariël Klos had net geluncht en zag daar hangen 'Gezocht: voedingsverpleegkundige'. Een functie waarbij je niet beperkt bent tot één afdeling, maar waar je je als verpleegkundige met alle specialismen mag bemoeien en met iedereen moet overleggen: van huisarts tot oncoloog, van apotheker tot wijkverpleging. 'Een gave functie', dacht Klos.

'Mensen kunnen overlijden door een verkeerd geplaatste sonde'

En als voedingsverpleegkundige stuit je al snel op de problemen die patiënten ervaren bij een neus-maag-sonde; een slangetje dat voedsel de maag inbrengt als patiënten om wat voor reden ook niet meer kunnen eten. Bijvoorbeeld het probleem dat de sonde niet goed vastzit, waardoor de patiënt de hele dag bezorgd is of die er niet uit zal vallen. Of een toedien-schema dat niet is afgestemd op het dagritme van de patiënt.

Nog vervelender zijn de problemen bij het inbrengen van zo'n sonde. Klos: 'Dat is dagelijks werk voor een verpleegkundige en het lijkt gemakkelijk. Toch kan het riskant zijn, en dat realiseren verpleegkundigen zich niet altijd voldoende.' Een paar keer per jaar gaat het mis. Dan neemt het slangetje de verkeerde afslag en komt niet in de maag terecht, maar in de longen. Letterlijk levensgevaarlijk. 'Je verwacht dat je dat wel merkt als verpleegkundige. Dat een

patiënt begint te hoesten of blauw aanloopt. Dat gebeurt niet altijd, en het komt nog altijd voor dat mensen overlijden aan een verkeerd geplaatste sonde.'

Er was een manier om te controleren of de sonde goed zat. Even blazen in het slangetje en dan naar het geborrel luisteren. Een onbetrouwbare methode, zo bleek, ook in de longen kan het borrelen.

In 2017 werd Klos voorzitter van de commissie die de maag-sonde-richtlijn moet herzien. Er is dan al een nieuwe controle-werkwijze: zuig via de sonde wat maaginhoud op en meet de zuurgraad. Hoe lager die is, hoe zuurder. Is de waarde onder de 5,5, dan zit de sonde in de maag. Is de waarde hoger, dan weet je het alsnog niet, en moet er een dure röntgenfoto worden gemaakt. Dat betekent een extra inspanning voor de patiënt - er komt straling bij kijken - en al die tijd dat hij moet wachten op een plekje op de röntgenafdeling krijgt hij geen eten binnen.

Klos kwam met een even briljante als elegante oplossing. Geef patiënten wat ranja als de opzuigcontrole niet lukt en test dan opnieuw. Die ranja brengt de zuurgraad in de maag hoogst waarschijnlijk wél onder de 5,5, waardoor je duidelijker kunt zien dat de sonde niet in de longen zit. Bij onderzoek van Klos in de Gelre Ziekenhuizen, waar ze dan werkt, blijkt het succes van de truc.

Zonder ranja slaagt de ph-test bij 50 tot 60 procent van de patiënten en moet de rest dus een röntgenfoto laten maken. Met ranja slaagt de test bij 98 procent. De limonadetest is sindsdien opgenomen in de richtlijnen. Althans: zou dat moeten zijn. De weerstand op de werkvloer is soms hoog, zegt Klos. 'Verpleegkundigen die het al hun hele werkende leven op een bepaalde manier doen, waarbij nog nooit iets fout is gegaan, vinden het moeilijk om hun werkwijze te laten vallen.'

ONNO HELDER

DE EERSTE VERPLEEGKUNDIGE IN EUROPA MET EEN EIGEN INNOVATIE-AFDELING

Onno Helder omschrijft zichzelf als een vragensteller. Waarom doen we de dingen zoals we ze doen? En hoe kan het beter? Helder werkte als kinderverpleegkundige, toen hij - inmiddels ook verplegingswetenschapper - promoveerde op het gebied van infectiepreventie bij prematuur geboren baby's.

Dat zijn kwetsbare mensjes, dus elke handeling die infecties buiten de couveuse kan houden, is belangrijk. Hij deed onderzoek naar hoe vaak artsen en verpleegkundigen eigenlijk hun handen desinfecteren voordat ze een baby aanraken en of er verschil zat tussen het tijdstip van de dag. Tijdens de verdediging van zijn proefschrift kreeg hij de vraag: en wat zou u nu nog willen bereiken? Zijn antwoord: een feedbacksysteem voor handhygiëne. Oftewel, een soort stoplicht dat zorgverleners vertelt wanneer ze veilig de couveuse in kunnen met hun handen.

En omdat toeval en succes in het leven vaak onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, zat er iemand van Hogeschool Rotterdam in de zaal die hem naderhand koppelde aan Ronald van Gils, docent industrieel product ontwerpen. Het klikte tussen de twee mannen, 'en we gingen gewoon aan de slag', zegt Helder.

'We hadden geen geld, geen toestemming, geen ruimte om te werken.' Maar ze hadden allebei wel redelijke vrijheid in hun werk, en dus gingen ze op de hogeschool aan de slag, samen met studenten. Ze bouwden het zo gewenste stoplicht, dat aangaf wanneer de handen lang genoeg waren gewassen, en

wanneer de dertig verplichte seconden voorbij waren als zorgverleners alcoholhoudende ontsmettingsmiddelen hadden gebruikt (de tijd die nodig is om de alcohol zijn bacteriedodende werk te laten verrichten, 'om dat consequent vol te houden, is best ingewikkeld'). Uit onderzoek op de afdelingen in het Erasmus MC die het stoplicht nu gebruiken, blijkt de handhygiëne inderdaad verbeterd.

En ze gaan aan de slag met een ampullenbreker. Sommige geneesmiddelen komen in glazen ampullen, waaraan verpleegkundigen zich geregeld openhalen bij het afbreken van de 'ampulkop'. Helder krijgt van de ziekenhuisapotheker vijfhonderd ampullen mee om te experimenteren. Een student industrieel product ontwerpen en student verpleegkunde ontwerpen uiteindelijk ampullenbreker de Happy-Break, inmiddels gelicentieerd en in heel Europa te verkrijgen.

Het verhaal van Helder kwam in het interne magazine van het ziekenhuis terecht, waarop de raad van bestuur hem vroeg een plan te schrijven. 'Wij hebben aangetoond dat innovaties ook van verpleegkundigen kunnen komen. Dat is zeker niet gebruikelijk.'

Sinds 2019 heeft Helder nu zijn eigen afdeling in het Erasmus MC, Create4-Care. Patiënten en zorgmedewerkers die in hun dagelijks werk tegen problemen aanlopen, kunnen aankloppen. Helder gaat dan in nauw overleg met de verpleegkundigen op de vloer op zoek naar een oplossing.

Inmiddels hebben 27 innovaties hun weg naar de ziekenhuisvloer gevonden. Van de HappyNappy, een lichtwerend tentje voor kinder-ic-bedden, tot de KoosGuard, een kabelgeleider die op de bedstang past ('het zal je verbazen, maar zelfs op een high tech-omgeving als de ic zijn verpleegkundigen geregeld met gaasjes in de weer om de verschillende kabels uit elkaar of juist bij elkaar te houden'; tot de TrulyEasy-klem, (bedacht door verpleegkundige Trudi en student-ontwerper Lise). Een klem waarmee het apparaat dat middels een bloeddruklijn in de slagader aan de patiënt vastzit gemakkelijk over een stang heen en weer kan worden verschoven. Het apparaat moet namelijk op dezelfde hoogte blijven als het hart van de patiënt. Gaat de patiënt ver zitten of liggen, dan moet ook het apparaat omhoog of naar beneden, gemiddeld vijftien keer per dienst. Maar het apparaat komt standaard met een onhandige draaiknop, de TrulyEasy is een veel simpelere klem.

Helder: 'Iedereen snapt waarom dit werkt, de kracht van een simpele oplossing. Maar het was er nog niet, en nu is het er wel. Bij het ontwerp van medische toepassingen worden verpleegkundigen vaak onvoldoende meegenomen, dat leidt tot onvrede en uitval op de werkvloer. Wij waren het eerste ziekenhuis met een verpleegkundige ontwerpafdeling, nu volgen andere ziekenhuizen. Dat verpleegkundigen de lead nemen in productontwikkeling, dat is nieuw.'

'De TrulyEasy-klem werd bedacht door verpleegkundige Trudi met Lise'



2

3



JACQUELINE BOUTS
BOUWDE HET EERSTE HOSPICE SPECIAAL
VOOR JONGEREN VAN NEDERLAND

Het Eureka-moment kwam voor Jacqueline Bouts toen ze in 2008 bij een 19-jarige patiënt thuis kwam. Ze werkte als verpleegkundige in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) met ernstig zieke jongeren en kinderen, en in die rol ging ze ook op huisbezoek.

Ze trof een familie in nood aan. Het 19-jarige meisje was terminaal ziek, moest thuis aan de beademing, en

‘De gemiddelde leeftijd in een hospice is toch al gauw 75’

haar gezinsleden zaten er helemaal doorheen. Bouts: ‘Ik ging op zoek naar palliatieve zorg voor haar, specifiek gericht op jongeren, maar die bleek tot mijn verrassing niet te bestaan. Op zich was ze van harte welkom in een hospice, maar daar is de gemiddelde leeftijd al gauw 75.’

Toen ze het thuis vertelde, zei haar man, architect van beroep: ‘Dan begin je er toch zelf één.’ En toen ook de coördinator van het palliatieve zorgnetwerk in de regio enthousiast was, besloot Bouts het erop te wagen.

Ze begon een stichting, en verzamelde al snel een netwerk om zich heen. Met de bestuursvoorzitter van het LUMC had ze nog op de afdeling gewerkt, ze kwam in contact met de burgemeester, en in een stad als Leiden kent iedereen altijd wel iemand die van pas kan komen.

Bouts: ‘Binnen je netwerk ken je veel mensen. Als verpleegkundige op een

afdeling ben je daar alleen nooit zo mee bezig. Iedereen die ik over mijn plannen vertelde, was enthousiast.’

Bouts had ook een persoonlijke reden voor haar idee. Haar zus Bernadette overleed op 30-jarige leeftijd, in het ziekenhuis, zonder palliatieve zorg. ‘Dat wat ik toen heb gemist, is nu mijn motivatie.’

Wat hielp om haar plannen ten uitvoer te brengen: ‘Als verpleegkundige ben je gewend in actie te komen. Ik ben een doener, ben gewoon begonnen, en ik ben een enorme doorzetter.’

Nu staat midden in het centrum van Leiden, op een opgeknapt binnenplaats, het gebouw van Xenia. Zes ruime kamers zijn er, en een grote gemeenschappelijke ruimte met een keuken. Terminale jongeren komen er voor de laatste fase van hun leven, of om er een weekje te logeren, zodat zijzelf en hun mantelzorgers even rust hebben.

Het is een huis, zegt Bouts, ‘waar alles bespreekbaar is. En waar onze gasten zich thuis voelen, met een warme sfeer.’ Kookvrijwilligers – van gepensioneerd tot studenten tot ‘burrito-koning’ Stan op zondag – doen boodschappen en maken het eten. ‘Dat is zo’n belangrijk moment, we bespreken veel aan deze keukentafel.’

Denk niet dat de meeste jongeren aankomen met een enorme bucketlist, of met elke dag andere bezoekers. Ze trekken juist naar de mensen die hen het meest nabij zijn.

Dit huis staat er nu, zegt Bouts. En sinds kort er tegenover: vier appartementen waar jongeren met een spierziekte zelfstandig kunnen wonen. Verpleegkundigen van Xenia leveren de noodzakelijke zorg. Maar Bouts wil meer. Een locatie in Tilburg opent over enkele jaren, Zwolle staat op de verlanglijst. ‘Ik zoek altijd weer een nieuwe uitdaging.’

DE CONSUMENT

TEUN VAN DE KEUKEN

AH doet proef met ‘echte’ prijzen. Maar waarom betaalt de super zelf niet gewoon eerlijke prijzen?



Bij drie AH to go's kun je nu kiezen of je voor je kopje koffie de gewone prijs of de *true* (echte) *price* betaalt. Een diep existentiële vraag: wilt u echt of wilt u gewoon? Het antwoord van de gemiddelde Nederlander kan ik wel raden: ‘Echt? Doe maar gewoon, dan doe je al gek genoeg.’ Echt is trouwens een inflatoir begrip. Zodra klanten er niet meer in geloven, moet de retailer zijn prijzen echt echt noemen en daarna echt echt. Heilloos.

Wat is *true*? Voor veel producten die in de supermarkt liggen, worden mensen uitgebuit en het milieu belast. In de Albert Heijn stikt het van de oneerlijke producten die goedkoop zijn. Nu heeft de grootgrutter laten onderzoeken wat een eerlijk en schoon kopje koffie moet kosten: de *true price*. Klanten kunnen kiezen of ze die hogere prijs of de gewone, lagere betalen.

Waarom eigenlijk? Waarom kunnen bedrijven werknemers en leveranciers niet gewoon betalen waar ze recht op hebben? Ik vroeg het Anita Scholte op Reimer, directeur duurzaamheid en kwaliteit van de supermarktketen. Er volgde een lang, onnavolgbaar gesprek waarin het ging over handelsperspectief beetpakken, inzichten in de hele keten, secundaire data, stappen zetten en bewegen, maar wel in de goede richting. Dat verliep ongeveer zo:

‘Kun je niet gewoon iedereen eerlijk betalen? Dan komt de eerlijke prijs toch vanzelf? Nu bepalen supermarkten van tevoren wat een product mag kosten en moeten leve-



We vinden het kennelijk normaal dat mensen worden uitgebuit, zodat wij hun producten goedkoop kunnen kopen

ranciers maar zien dat ze het daarvoor kunnen produceren.’

‘Als je naar de voedselketens kijkt, blijkt uit analyses dat niemand in de keten veel marge maakt en dat er zelfs producten zijn waar niemand iets verdient.’

‘Precies. Maar als je eerst de arbeider goed betaalt en zorgt dat alles netjes en veilig wordt geproduceerd, dan kom je uiteindelijk toch bij een redelijke prijs uit?’

‘Ik wil het toch op *true price* houden. Dat vind ik echt een prachtige methode om inzichten te krijgen.’

‘Waarom betaalt Albert Heijn dit niet zelf uit de grote winstuitkeringen aan aandeelhouders en fikse bonussen voor topmanagers?’

‘Dit is een experiment waarbij we op vele assen willen leren en dit is de manier om met elkaar in de hele waardeketen te zorgen dat ketens duurzamer worden ingericht.’

‘In hoeverre is dat een antwoord op mijn vraag?’

‘Ik denk dat iedereen een verantwoordelijkheid heeft. Wij pakken ook onze verantwoordelijkheid. Dat is wat ik erop kan zeggen, Teun.’

‘Waarom krijgen klanten de keuze voor hun koffie minder te betalen dan hij in feite kost?’

‘We willen onze klanten geen verplichting opleggen. We moeten ze aan de hand meenemen, anders gaan ze elders boodschappen doen.’

Uiteindelijk vinden we het kennelijk normaal dat arbeiders aan de andere kant van de wereld worden uitgebuit, zodat wij hun producten goedkoop kunnen kopen. Bedrijven verkopen massaal spullen onder de kostprijs. Ze nemen daar geen verantwoordelijkheid voor, maar besteden de ethiek in deze neoliberale markteconomie uit aan de klanten. Wanneer ik haar vraag wat de supermarkt gaat doen als veel klanten voor de uitbuitkoffie kiezen, antwoordt de woordvoerder van Albert Heijn: ‘Daar zijn we over aan het nadenken en is onderdeel van het experiment.’ Je zou als bedrijf toch eens zelf morele afwegingen maken