



**'Besturen merken
steeds meer dat ze
verpleegkundigen
hard nodig hebben'**

GRENZEN STELLEN

Vijftien jaar bekleedde hij verpleegkundige functies. Totdat in 1987 zijn adviesbureau in de gezondheidszorg gestalte kreeg. Een gesprek met Johan Lambregts over onder meer de noodzaak te bepalen wat verpleegkundigen wel en niet kunnen bieden.

door MARIAN ADRIAANSEN *fotografie* STIJN RADEMAKER

CV



WERK

1987-HEDEN

EIGENAAR BUREAU
LAMBREGTS

1992-1995

STAFMEDEWERKER VER-
PLEEGHUIS AMSTELHOF

1984-1987

VERPLEEGKUNDIG AIDS-
CONSULENT AMC

1982-1984

HOOFDVERPLEEGKUNDI-
GE AMC

OPLEIDING

1992

GEZONDHEIDSWETEN-
SCHAPPEN/VERPLE-
GINGSWETENSCHAP

1980

ALGEMENE ZIEKENVER-
PLEGING

1976

PSYCHIATRISCHE ZIEKEN-
VERPLEGING

Wat vind je op dit moment de belangrijkste kwestie in de verpleging?

‘We hebben tekorten en complexe patiënten. De opdracht zal toch zijn: hoe doen we méér met minder en hoe pakken we dat dan goed aan? Verpleegkundigen zullen goed moeten nadenken over wat ze wel en niet meer kunnen doen en moeten op alle niveaus in gesprek gaan. Ik sprak een wijkverpleegkundige die op een vraag om palliatieve zorg tot haar zéér grote spijt ‘nee’ had moeten zeggen. Tegelijk kreeg zij een vraag van iemand die een gebroken arm had en ook vond dat ze recht op zorg had. Er zijn mensen die willen dat verpleegkundigen formulieren invullen, omdat hun dochter heel druk is met haar managementbaan. Over dergelijke vragen zou ik het gesprek willen voeren, met elkaar, met managers en dokters. Wijkverpleegkundigen vinden het heel moeilijk ‘nee’ te zeggen en patiënten naar elders of naar mantelzorg te verwijzen, maar er moeten grenzen worden aangegeven. Marieke Schuurmans (hoogleraar verplegingswetenschap) heeft in 2012 een visie op verpleegkunde geschreven en daarna is een aantal van die bouwstenen verder uitgewerkt, maar het zou instellingen en V&VN erg helpen als duidelijk werd wat we eigenlijk beogen. Waar liggen de grenzen? Wat kunnen we wel bieden en wat niet? En dat in een toekomstgericht perspectief.’

Vind je dat verpleegkundig specialisten op hun toekomst zijn voorbereid?

‘Ze doen het goed, de afdeling V&VN VS is een voorbeeldafdeling, met veel netwerken. In tien jaar is veel bereikt, er zijn veel goede voorbeelden. Maar in de eerste lijn, de gehandicap-

tenzorg en verpleeghuizen is veel tegenwerking. Dat vind ik onbegrijpelijk. Het gaat vaak om macht en geld, bijvoorbeeld in de geriatrie en arbozorg. Het is voor verpleegkundig specialisten een worsteling om daar hun functie neer te zetten. Ik zou wel willen dat de verpleegkundig specialisten uit de poliklinieken komen en het klinisch redeneren op de afdelingen helpen opbouwen, om zo de top van het beroepenhuis vorm te geven. In de algemene gezondheidszorg (AGZ) zou ook geregeld moeten worden dat ze regiebehandelaar kunnen worden, net als in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), want dat heeft daar zeer geholpen bij versteviging van hun positie.'

Je denkt dat, als ze regiebehandelaar zouden kunnen worden in de AGZ, ze een forse progressie kunnen maken in de richting van opwaardering van hun taken? 'Ja. Ik merk dat in ziekenhuizen nu niet altijd een lerende werkomgeving is waarin verpleegkundig specialisten kunnen floreren. Hoewel er op veel plaatsen beweging is, kan het tempo sneller, zeker in tijden van schaarste. Ik begrijp dokters niet, want als ik heel erg op mijn portemonnee ga zitten, zou ik met name verpleegkundigen in ere houden. In de samenwerking tussen beide beroepsgroepen is nog veel winst te behalen. Maar verpleegkundigen accepteren veel, dat is de andere kant. En ook zij communiceren niet altijd adequaat over wat zij nodig hebben om goed te kunnen functioneren.'

Zijn we geslaagd in de opzet bachelors in 2020 als generalist op te leiden? Is er uitgekomen wat we voor ogen hadden? 'Ik denk dat het project Bachelor Verpleegkunde 2020 bij hogescholen veel in beweging heeft gezet, ook in samenwerking met de praktijk. De rol van zorgverlener staat centraal, maar die moet nog beter worden verbonden met onderzoek. Nu gaat onderzoek vaak over de hoofden van zorgverleners heen als iets exclusiefs. Dat draagt niet bij aan een beter begrip. Ook evidence based practice moet dichterbij de centrale rol van zorgverlener komen. Ik vind wel dat hogescholen te veel op het onderzoek zitten. Natuurlijk is onderzoekend vermogen belangrijk, maar we leiden geen onderzoekers op.'

De huidige studenten verpleegkunde zien er tegenop in de wijk te gaan werken, omdat ze de verantwoordelijkheid niet aandurven en een team missen. Dus zou de wijk soortgelijke traineetrajecten als het ziekenhuis moeten aanbieden, met een stevige begeleiding. 'Het is de bedoeling dat dit expertisegebied van de wijkverpleegkundige indaalt in de opleiding. Ik zou er inderdaad vóór zijn dat in alle settings en aan alle afgestudeerden *traineeships* worden aangeboden. De wijk komt kennelijk nu ingewikkelder over dan in de tijd dat alleen maar steun-

kousen werden aangetrokken. Leerwerkplaatsen bieden mogelijkheden. Ik hoop verder dat docenten aanstellingen krijgen, zowel in de praktijk als binnen de opleiding. Het is goed om studenten in vier jaar op te leiden als generalist, dat is al ingewikkeld genoeg. Individuele studenten hebben nog steeds de mogelijkheid te differentiëren; ze kiezen bijvoorbeeld een minor en een stage in de GGZ en doen daar ook onderzoek. Het is juist positief dat studenten zelf zo'n route vinden van individuele differentiatie. Dan hoeft een opleiding geen GGZ-variant hbo te maken, want dat is ook weer niet de bedoeling.'

Waar zou kennisontwikkeling binnen verpleegkunde zich op moeten richten? 'Vanzelfsprekend blijft er behoefte aan nieuwe kennis, maar de worsteling hoe we bestaande kennis in gebruik nemen vergt veel meer aandacht. Verpleegkundigen verrichten nog steeds handelingen die op de Beter Laten-lijst staan. We hebben het dan over de-implementeren en niet over nieuwe kennis. Er is veel behoefte aan inzicht in implementatiemethodieken. De methode *micro-teaching* kan in tijden van schaarste heel effectief kan zijn. Verpleegkundigen ontmoeten elkaar op gezette tijden en geven in tien minuten een overzicht van nieuwe kennis en inzichten op een bepaald terrein. Verpleegkundigen houden niet zo van lezen, dus we moeten echt naar andere methoden zoeken, met filmpjes, video's en e-learning. Ik zou langzamerhand het leren anders aanpakken en het meer laten plaatsvinden aan de hand van casuïstiek in ziekenhuizen of in de wijk, zodat mensen geen dagen weg moeten om een opleiding te volgen. Het is overigens vreemd dat verpleegkundigen pas blij zijn wanneer ze een specialistische opleiding hebben gedaan. Terwijl ze het vak moeten leren op de afdeling in de praktijk. We moeten terug naar de waardering van de initieel opgeleide verpleegkundige!'

Maar de praktijk is soms helemaal niet aantrekkelijk om in te leren, omdat er veel werkdruk is en de waan van de dag heerst 'De lerende werkomgeving staat zeker onder druk, maar soms lukt het wel, dus het is de moeite waard om te kijken wat

**'DE WIJK IS
INGEWIKKELDER DAN
IN DE TIJD DAT ALLEEN
STEUNKOUSEN WERDEN
AANGETROKKEN'**

'VORM DE VAR OM TOT EEN STAFCONVENT MET WERKELIJKE INVLOED OP HET BELEID'

de voorwaarden zijn om het te laten slagen. Als in de werkomgeving geen aandacht besteed wordt aan leren en ontwikkelen, raak je veel verpleegkundigen kwijt. Soms is de beroepsgroep zelf daar debet aan, omdat die weinig bezig is met leren en reflecteren. Als het leuk wordt om je te ontwikkelen, vind je het prettig om even bij elkaar te gaan zitten en de vraag te stellen wat je van deze patiënt geleerd hebt. We moeten kijken hoe de lerende omgeving dichter bij de patiënt gebracht moet worden. Dokters kunnen dat beter, die zijn veel meer gericht op combinaties van leren, praktijk en onderwijs. In de verpleging zijn leerwerkplaatsen daar een voorbeeld van, bijvoorbeeld in de wijk, maar dat zou ook kunnen op afdelingen binnen het ziekenhuis.'

Hebben verplegingswetenschappers ook nog een rol in de kennisontwikkeling?

'Ik ben blij dat het masterprogramma Verplegingswetenschap aan de Universiteit Utrecht niet is omgevallen, hoewel dat wel dreigde. En inmiddels floreren heel veel verschillende masters, maar ik zou wel kritisch willen kijken waar echt maatschappelijk behoefte aan is. We moeten als beroepsgroep Verplegingswetenschap in Utrecht koesteren; gelukkig is er inmiddels veel belangstelling voor. In de toekomst werkt de verplegingswetenschapper ook in de patiëntenzorg, náást de onderzoeksactiviteiten. Hoewel duobanen niet gemakkelijk zijn, moeten we daar uiteindelijk wel naar toe. Waar zoveel vrouwen werken, zou ik als werkgever ook meer kijken naar hoe we hen kunnen behouden. Vrouwen krijgen kinderen en draaien vaak voor hun zorg op, dus ik zou veel meer doen aan goede kinderopvang. Ze zijn bovendien vaak centrale mantelzorger, dus daar zou ook veel meer aandacht aan moeten worden besteed. Ook hun fysieke overgang is vaak onderbelicht. Daar zou ik meer specifiek beleid op gaan maken.'

Je verbindt onderzoek ook aan de lectoraten

'Recent heeft lector AnneLoes van Staa van de Hogeschool Rotterdam de Deltapremie gewonnen als erkenning voor excellente resultaten. Er is wel verschil in lectoraten; zo is er een aantal voortrekkers. Maar we weten eigenlijk niet wat onze maatstaf is.

Goede lectoraten moet je in elk geval koesteren. Hoogleraren hebben een Wetenschappelijk College Verpleegkunde opgericht en dat is prima, maar dat zou ook toegankelijk moeten zijn voor een aantal lectoraten met veel wetenschappelijke productie in goede tijdschriften. Ik zou vanuit dat college veel meer de verbinding maken met de lectoraten die zich echt op verpleegkunde richten, om zo de slagkracht te vergroten. We hebben nu een groot aantal bijzondere leerstoelen, wat heel kwetsbaar is. Dus ik zou een pleidooi willen houden elkaar op te zoeken om zo elkaar te versterken. Met de lectoraten kunnen bovendien veel meer studenten worden gemobiliseerd en in leerlijnen worden gebracht. Dit geldt ook voor practoraten. Het is belangrijk elkaar te vinden en kennis te delen in regio's rond die leerstoelen. V&VN zou hierin een goede rol kunnen spelen.'

Krijgen we als verpleegkundigen weer meer behoefte aan zeggenschap?

'De commissie Werner heeft destijds de VAR aanbevolen. Het is goed dat deze er gekomen is, maar het is niet genoeg, omdat ze vaak niet verder komt dan een adviesfunctie. En adviezen kunnen worden genegeerd door een bestuur. Besturen merken gelukkig steeds meer dat ze verpleegkundigen hard nodig hebben. Het heeft mijn voorkeur om de VAR om te vormen tot een stafconvent, net zoals bij de medici, met werkelijke invloed op het beleid. Het blijft bijzonder dat verpleegkundigen nauwelijks meer deel meer uitmaken van besturen. Wanneer verpleegkundigen zich verenigen, kunnen ze zeker kracht ontwikkelen. Ze vervullen met 180.000 mensen een cruciale rol in de gezondheidszorg, maar eigenlijk hebben ze er weinig over te zeggen. Wanneer we als verpleegkundigen rollebollend over straat gaan in bijvoorbeeld de Wet BIG II-kwestie, zal ons dat niet vooruithelpen. Bij deze verdeeldheid spinnen zowel artsen als managers garen.'

Dit probleem lijkt niet te spelen bij de wijkverpleegkundigen

'De staatssecretaris heeft de wijkverpleegkundige toentertijd een positie als het centrale aanspreekpunt in de wijk gegeven en die boodschap is overal in het land duidelijk uitgedragen. Vervolgens werden wijkverpleegkundigen in de gelegenheid gesteld hun positie te versterken, ondersteund door VWS. Ik zie ook dat iedereen aan de wijkverpleegkundige trekt, van ActiZ tot de zorgverzekeraar en de beroepsvereniging. Maar een stevige positionering lijkt te lukken en ik denk dat we over tien jaar nog veel verder kunnen zijn. Zorgorganisatie Sensire maakt inmiddels individuele contracten met wijkverpleegkundigen, met afspraken over verantwoordelijkheid voor bepaalde groepen patiënten, kosten en opbrengsten. Het is dus zeker niet allemaal kommer en kwel, maar er zit wel dynamische hectiek in.'

