

Verpleegkunde - May you live in interesting times.

Oratie Prof.dr. Lisette Schoonhoven

6 april 2022

Mevrouw de Rector Magnificus, Leden van het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht, Leden van de Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, Collega's, Vrienden, Familie, Zeer gewaardeerde toehoorders,

Precies 2 jaar na de oorspronkelijk geplande datum mag ik vandaag mijn oratie uitspreken. Ik ben heel blij dat ik dit live kan doen én dat u hierbij zowel live als via de livestream aanwezig bent.

1. INLEIDING

In 1989 studeerde ik af bij de HBO-Verpleegkunde in Amsterdam en ging ik werken als verpleegkundige in het VU ziekenhuis, nu AmsterdamUMC, locatie VUMC.

Het beroep van verpleegkundige is mooi. Het is het allermooiste beroep als u het mij vraagt. Verpleegkundigen vormen de ruggengraat van de gezondheidszorg. Wereldwijd zijn er ongeveer 20 miljoen verpleegkundigen, werkzaam in veel verschillende rollen en settings (1).

De zorgvraag groeit en verpleegkundigen zijn essentieel voor het opvangen van deze groeiende zorgvraag. Maar de verpleegkundige zorg staat ook onder druk. De afgelopen 2 jaar hebben dit meer dan zichtbaar gemaakt.

De titel van mijn oratie was en is daarom niet voor niets: Verpleegkunde – May you live in interesting times. Dit laatste is een Engels gezegde. Het gezegde is ironisch bedoeld: het leven is beter in “oninteressante tijden” van vrede en rust, dan in “interessante” tijden, waar vaak moeilijkheden zijn. Dat de tijden zo interessant zouden worden als de afgelopen twee jaar had niemand echter kunnen voorspellen.

De komende drie kwartier wil ik u meenemen in mijn denken over kwaliteit en veiligheid van de verpleegkunde in deze huidige interessante tijden.

2. TOENEMENDE ZORGVRAAG

De komende jaren neemt het aantal ouderen snel toe. Begin 2019 waren er bijna 3,3 miljoen 65-plussers in Nederland. In 2030 zullen dit er naar verwachting 4,2 miljoen zijn (2). Vooral het aantal 80-plussers zal toenemen, van 0,8 miljoen nu tot 1,2 miljoen in 2030. Van de mensen van 65 jaar en ouder heeft 70 procent één chronische aandoening (3). Naar verwachting zal in 2030 38% van de mensen ouder dan 75 jaar meer dan drie aandoeningen hebben (4). Hiermee neemt de zorgvraag toe.

Mensen blijven bovendien langer thuis wonen. De overheid stimuleert dit ook (5, 6). Hierdoor is er verhoudingsgewijs vraag naar meer zorg en ondersteuning thuis in plaats van in het ziekenhuis of verpleeghuis.

Maar als mensen dan naar het ziekenhuis of verpleeghuis gaan zijn de problemen vaak ernstiger, waardoor de zorg daar ook intensiever wordt.

3. TEKORTEN IN DE ZORG

Naast een stijging en verandering van de zorgvraag, is er een zorgwekkend tekort aan verpleegkundigen. Op dit moment werken ongeveer 1,4 miljoen mensen in de zorg: 1 op de 6. Bij gelijke omstandigheden moeten dat er 1 op de 4 worden in 2040 (7, 8). Er moet dus iets veranderen.

Want nu al, komen we bijna 49.000 zorgprofessionals tekort (7). Op langere termijn zal dit tekort oplopen door beperktere toename van het aanbod en stijging in het zorggebruik door vergrijzing. In 2030 wordt een tekort van 135.000 zorgprofessionals verwacht (7). Het verwachte tekort is het grootst in de verpleeghuiszorg en thuiszorg. En er zijn met name tekorten voor de zorgberoepen: verzorgende mbo 3 en verpleegkundigen, zowel mbo als hbo opgeleid.

We leiden weliswaar meer verpleegkundigen op dan er weggaan (9, 10), maar recente cijfers laten zien dat de uitstroom onverminderd groot is. Het feit dat veel verpleegkundigen de pensioengerechtigde leeftijd bereiken is slechts een deel van de verklaring hiervoor. Het is verontrustend om te zien dat ongeveer de helft van de nieuwe verpleegkundigen binnen twee jaar weer vertrokken is (10, 11).

Dit tekort aan verpleegkundigen is niet nieuw. Voor COVID was er al een verontrustend tekort. En was de urgentie om hier oplossingen voor te vinden al hoog. Die urgentie is alleen maar toegenomen. COVID heeft laten zien dat verpleegkundigen een bepalende factor zijn voor de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Zonder verpleegkundigen geen IC en ziekenhuisbedden, maar ook geen verpleeghuis en thuiszorg. Het hele systeem loopt vast.

In deze gespannen verhouding tussen vraag en aanbod staan aspecten van kwaliteit en veiligheid dus onder druk. Ik wil u vertellen hoe ik door onderzoek een bijdrage wil leveren aan kwaliteit en veiligheid van de huidige en toekomstige verpleegkundige zorg voor patiënten.

4. KWALITEIT VAN ZORG EN PATIENTVEILIGHEID

Maar wat is veilige zorg en wat is kwaliteit van zorg?

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (12) zegt dat zorgaanbieders “goede zorg” aan moeten bieden.

Hieronder wordt verstaan “zorg van goede kwaliteit en goed niveau”, die in ieder geval “veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht” is, tijdig wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Zorgverleners dienen hierbij te handelen in overeenstemming met hun verantwoordelijkheid voortvloeiend uit professionele standaarden. Tevens dienen de rechten van de patiënt in acht te worden genomen en moet de patiënt met respect worden behandeld.

Wanneer de kwaliteit van zorg onvoldoende is, kan de veiligheid van de zorg in het gedrang komen en kunnen patiënten zelfs onbedoeld schade oplopen in de gezondheidszorg.

Verpleegkundigen zijn essentieel voor het verlenen van “goede zorg”. In het ziekenhuis zijn zij bijvoorbeeld 24 uur per dag 7 dagen per week aanwezig. In de thuiszorg zijn zij het die “achter de voordeur” komen en zien hoe het thuis gaat.

Patiëntveiligheid

Verpleegkundigen zijn daarmee een belangrijke schakel in het bevorderen van patiëntveiligheid en het voorkómen van zorggerelateerde schade zoals bijvoorbeeld decubitus en huidschade, ondervoeding, en onveilig medicatiegebruik.

U begrijpt dat deze voorbeelden niet zomaar zijn gekozen. Het is een greep uit de onderwerpen waar het verplegingswetenschappelijk onderzoek in Utrecht zich op richt.

Allereerst doorliggen, oftewel decubitus. Dit is een beschadiging van de huid en/of het onderliggende weefsel door langdurige druk op dezelfde plaats. Decubitus is een ernstige, pijnlijke aandoening en heeft een negatieve invloed op het lichamelijk functioneren (zoals bewegen en slaap), psychisch welbevinden en het sociaal functioneren.

Het aantal mensen wat decubitus ontwikkeld wordt gezien als een kwaliteitsindicator voor de verpleegkundige zorg. De preventie van decubitus is namelijk bij uitstek gelinkt aan het handelen van de verpleegkundige.

In het kort schat de verpleegkundige het risico op decubitus in en neemt indien nodig preventieve maatregelen. Die bestaan uit het stimuleren van bewegen en waar dat niet mogelijk is, het inzetten van een drukverlagend matras en kussen en het ondersteunen van wisselhouding.

In de thuiszorg gaat het hierbij vooral over voorlichten van de cliënt en de mantelzorger over de noodzaak van preventie en zorgen dat het juiste preventiemateriaal beschikbaar is.

Decubitus en huidschade lopen als een rode draad door mijn wetenschappelijke loopbaan heen. Ik heb voor het behalen van mijn Master Verplegingswetenschap onder begeleiding van professor Mieke Grypdonck onderzoek gedaan naar decubitus die ontstaat op de operatietafel.

Aansluitend ben ik onder begeleiding van professor Erik Buskens en professor Rick Grobbee gepromoveerd op een voorspelmodel voor het ontwikkelen van decubitus in het ziekenhuis. Dit voorspelmodel, de prePURSE schaal, wordt in het UMC Utrecht nog steeds gebruikt om bij patiënten het risico op decubitus in te schatten.

Daarna heb ik met professor Tom Defloor en later met professor Dimitri Beeckman van de Universiteit Gent onderzoek gedaan naar het differentiëren tussen decubitus en incontinentie gerelateerde dermatitis. Dit zijn 2 vormen van huidschade die in de verpleegkundige praktijk vaak verward worden, maar waarbij het onderscheid zeer relevant is voor de preventie en behandeling. Onderzoek naar decubitus heeft mij naar Southampton gebracht waar ik sinds 10 jaar met professor Dan Bader en dr Pete Worsley werk aan onderzoek naar huidschade.

Lisa Ledger, een van onze promovendi, onderzoekt hoe verpleegkundigen in de thuiszorg de cliënt voorlichten over preventie, hoeveel de cliënt daarvan onthoudt en wat de cliënt aan preventie doet en waarom. Het doel is de voorlichting te verbeteren en beter af te stemmen op de individuele cliënt.

Daarnaast richt ons onderzoek zich op huidschade gerelateerd aan medische hulpmiddelen oftewel medical device related skin damage.

Dr. Hannah Liversedge heeft in haar promotieonderzoek laten zien dat bij 50% van veel te vroeg geboren babytjes huidschade ontstaat. In de helft van die gevallen hangt dit samen met het gebruik van hulpmiddelen zoals sondes en beademingsmaskers die óf niet fit for purpose zijn óf verkeerd worden toegepast. Dit komt overigens ook voor bij oudere kinderen en bij volwassenen.

Onderzoek naar decubitus heeft in de afgelopen decennia een enorme ontwikkeling doorgemaakt en de praktijk continu veranderd. Toen ik de verpleging inging was wrijven, ijzen en föhnen nog een gebruikelijke behandeling. Nu weten we dat je dat vooral niet moet doen.

Het onderzoek is het schoolvoorbeeld van interdisciplinair onderzoek op het continuüm van lab naar bed. Door het onderzoek wat aan de TU Eindhoven opgezet is door professor Carlijn Bouten, professor Cees Oomens en professor Dan Bader weten we nu veel meer over hoe weefsel onder druk reageert en hoe decubitus ontstaat. Dit werk begon in cellen, toen spieren, toen dieren en gezonde vrijwilligers. Ik heb de afgelopen jaren regelmatig in Eindhoven bij promoties de vraag mogen stellen wat de klinische relevantie van het onderzoek is.

Decubitus voorkomen vraagt inzet van materiaal en mensen, veelal verpleegkundigen. Hoe meer we dat op maat kunnen doen, hoe efficiënter we preventie in kunnen zetten. Technologie kan daarbij helpen. Dit gebruik van technologie is in de klinische praktijk overigens al niet meer de ver-van-mijn-bed-show. Zo zijn er al sensoren die kunnen detecteren hoe lang iemand bijvoorbeeld al op z'n zij ligt en geholpen moet worden bij het draaien in bed. Deze systemen sturen dan een seintje naar de verpleegkundige, waardoor wisselhouding gegeven kan worden. De frequentie van deze wisselhouding wordt nu nog ingesteld door de verpleegkundige. Wat zou het mooi zijn als dit op basis van real-time informatie over de conditie van de patiënt kan in de toekomst!

Maar terug naar patiëntveiligheid.

Een ander onderwerp waar we onderzoek naar doen is ondervoeding. Veel oudere patiënten raken tijdens een ziekenhuisopname ondervoed. Ook hier hebben verpleegkundigen bij uitstek een rol in preventie en behandeling. Door patiënten te wijzen op de noodzaak van goede voeding voor, tijdens en na de opname. Door tijdig de diëtist in consult te roepen. En door tijdens de opname in de gaten te houden dat patiënten voldoende eten en drinken.

Dit laatste klinkt simpel maar is het in de praktijk niet. Dr. Naomi Gallant, een van mijn promovendi uit Southampton, liet zien hoe uitdagend dit is voor patiënten met dementie in het ziekenhuis. In Engeland is voor deze patiëntengroep "protected mealtime" ingevoerd. Dat betekent dat deze patiënten tijdens het eten niet gestoord mogen worden zodat ze zich volledig kunnen richten op het eten. Een van de bevindingen uit het observationele onderzoek was dat het regelmatig voorkwam dat de patiënt met dementie weliswaar niet gestoord werd, maar dat de verpleegkundigen wél tijdens de maaltijd de bloeddruk van een medepatiënt op de kamer of aan tafel kwamen meten. Daardoor raakte de patiënt met dementie toch afgeleid en vergat te eten. Zo'n mooie maatregel als "protected mealtime" werkt dus alleen als verpleegkundigen begrijpen wat de essentie is.

Uit het onderzoek van Debbie ten Cate weten we dat veel verpleegkundigen het belang van goede voeding, juist voor, tijdens en na ziekenhuisopname onderschatten. Vaak wordt gedacht dat mensen wel weer goed gaan eten als ze zich beter voelen. De impact van een slechte voedingstoestand op herstel wordt door professionals, maar ook door patiënten, onderschat.

Als laatste voorbeeld: onveilig medicatiegebruik. Ook hier hebben verpleegkundigen een belangrijke rol. In het ziekenhuis zijn zij immers degenen die medicatie toedienen en soms ook voorschrijven. Maar niet alleen in het ziekenhuis speelt onveilig medicatiegebruik. Het onderzoek van Nienke Dijkstra richt zich op de wijkverpleging. Zij heeft onder begeleiding van Dr. Carolien Sino, Dr. Rob Heerdink en mijzelf onderzoek gedaan naar hoe mensen thuis omgaan met medicatie. Veel mensen

hebben hun eigen systeem ontwikkeld voor het uitzetten van medicijnen. Op de foto ziet u een voorbeeld van de uitgezette medicijnen voor 1 week.

Hoewel apothekers erg hun best doen om medicijnen veilig aan te bieden in bijvoorbeeld baxters, kunnen sommige cliënten de kleine lettertjes niet lezen en schrijven ze in grote letters op de zakjes wanneer ze het in moeten nemen of leggen het klaar op schoteltjes met alle potentiële problemen van dien. Ook gaven cliënten aan medicijnen die ze niet meer gebruiken te bewaren voor later. Deze medicijnen zijn soms over de datum of worden doorgegeven aan anderen.

Het onderzoek van Nienke Dijkstra laat zien dat verpleegkundigen een belangrijke signalerende rol kunnen hebben. Zij komen immers bij de mensen thuis, zien en kunnen bespreken hoe mensen met de medicijnen omgaan om onveilige situaties te voorkomen.

Deze voorbeelden laten zien dat verpleegkundigen een belangrijke factor zijn in het voorkómen van zorggerelateerde schade.

Deze voorbeelden laten óók zien dat op het oog simpele interventies, niet altijd simpel uit te voeren zijn. Veel verpleegkundige interventies vragen het bewustzijn van het belang ervan. Waarbij op het oog simpele handelingen complex zijn door het systeem waarbinnen ze moeten worden uitgevoerd. Als we willen verbeteren zullen we hier rekening mee moeten houden.

Essentiële zorg

Goede zorg door verpleegkundigen leidt dus tot kwaliteit en patiëntveiligheid maar wat is verpleegkundige zorg?

In 1966 definieerde Virginia Henderson de functie van de verpleegkundige als volgt: “het verlenen van bijstand aan patiënten voor het uitvoeren van die activiteiten die zij zonder hulp zouden uitvoeren, indien zij daarvoor de benodigde kennis, kracht of wilskracht zouden bezitten” (13). Deze activiteiten zijn opnieuw beschreven door Kitson als de “fundamentals of care”, wat we in Nederland nu essentiële zorg noemen (14, 15).

Het betreft activiteiten die relevant zijn voor alle patiëntengroepen in alle zorgsettings. Deze activiteiten zijn: zorgen voor een veilige omgeving, communicatie, ademhaling, eten en drinken, uitscheiding, persoonlijke hygiëne en kleding, rust, controle van de lichaamstemperatuur, mobiliseren, werken en spelen en vrije tijd, seksualiteit, slapen en sterven.

Het onderzoek naar essentiële zorg interventies is erg mager (15, 16). Dit is in 2014 onderkend door de vakgroepen verplegingswetenschap van de Universiteit Maastricht met professor Jan Hamers, het Radboudumc, met professor Theo van Achterberg, en het UMC Utrecht met professor Marieke Schuurmans. Zij hebben gezamenlijk subsidie aangevraagd, en van het Tussen Weten en Doen II programma van ZonMw gekregen, voor het Basic Care Revisited onderzoeksprogramma. Binnen dit programma wordt onderzoek uitgevoerd naar vier essentiële zorg thema's: wassen en aankleden, communicatie, mobiliteit en voeding. In Utrecht wordt gewerkt aan de thema's mobiliteit en voeding. Vanuit Nijmegen heb ik destijds mee aan de wieg gestaan van dit onderzoeksprogramma en ik vind het geweldig om nu als hoogleraar de Utrechtse promovendi binnen deze lijn mee te begeleiden.

Debbie ten Cate doet promotieonderzoek naar voeding onder begeleiding van professor Marieke Schuurmans en dr. Roelof Ettema. Het doel van haar onderzoek is om een interventie te ontwikkelen ter preventie en behandeling van ondervoeding bij ouderen.

Uit onderzoek naar de huidige zorg in de wijkverpleegkundige en ziekenhuispraktijk bleek dat verpleegkundigen voedingszorg weliswaar als verpleegkundige zorg zien, maar er nauwelijks aandacht aan besteden bij hun cliënten. Ook patiënten en hun mantelzorgers zijn zich onvoldoende bewust van de problemen van ondervoeding. Dit betekent dat een interventie zich eerst zal moeten richten op het duidelijk maken van het belang van aandacht voor voeding als onderdeel van de verpleegkundige zorg.

Debbie heeft een instrument ontwikkeld wat de kennis van verpleegkundigen over voeding bij ouderen vergroot. Zij heeft gedurende zes weken, per mail, dagelijks 1 vraag gesteld aan wijkverpleegkundigen en ziekenhuisverpleegkundigen. De deelnemers kregen directe feedback op hun antwoord en uitleg over het juiste antwoord.

Deelnemers waren enthousiast over deze manier van leren. Debbie schrijft momenteel aan de laatste artikelen voor haar proefschrift. Het ontwikkelde instrument is mogelijk ook inzetbaar bij andere onderwerpen.

De andere onderzoekslijn binnen Utrecht richt zich op mobiliteit, om precies te zijn Function Focussed Care. Dit is een verpleegkundige aanpak die zich richt op het stimuleren van lichamelijke activiteit van patiënten in het ziekenhuis tijdens de dagelijkse activiteiten. Onder begeleiding van dr. Janneke de Man en professor Marieke Schuurmans, is deze aanpak ontwikkeld en in een trial onderzocht. Hoewel de aanpak haalbaar is, bleek de implementatie in de praktijk uitdagend. Zorgverleners vallen gemakkelijk terug op hun gebruikelijk routines, waarin ze zorg van patiënten overnemen. Selma Kok analyseert momenteel de gegevens en schrijft aan de artikelen voor haar proefschrift.

Dit onderzoek krijgt inmiddels een vervolg. In 2018 kreeg het Essentiële zorgconsortium namelijk de kans een voorstel in te dienen bij het programma Langdurige Zorg van ZonMw om de ontwikkelde interventies verder uit te rollen naar de langdurige zorg en thuiszorg.

We doen daarom, samen met verplegingswetenschap Nijmegen en Maastricht, onderzoek naar Function Focussed Care in het verpleeghuis en de thuiszorg. Ook doen we onderzoek naar Verzorgend Wassen in het verpleeghuis.

Ik ben blij dat ZonMw de noodzaak van onderzoek naar essentiële zorg onderkent en binnen het programma Verplegen & Verzorgen subsidies hiervoor beschikbaar maakt.

Cliëntgerichtheid

Ik wil één aspect van essentiële zorg nog in het bijzonder benadrukken en dat is cliëntgerichtheid en cliëntbetrokkenheid. Dit is een onmisbaar element van alle zorg en daarmee ook van essentiële zorg. In Southampton hebben we bij de aanvang van ons onderzoek naar essentiële zorg alle betrokkenen, inclusief burgers, patiënten en hun mantelzorgers, gevraagd wat de prioriteiten moesten zijn in het onderzoek (17).

De top 5 die hieruit kwam was:

- verpleegkundige bezetting,
- patiëntgerichte zorg,
- communicatie door zorgprofessionals,
- attitude van verpleegkundigen ten opzichte van patiënten, en
- informatie over zorg.

Deze prioriteiten zijn minder gefocust op specifieke zorgproblemen zoals decubitus of op specifieke zorgactiviteiten. Ze gaan over effectieve zorgverlening, bijvoorbeeld bezetting en communicatie. En

over factoren die relevant zijn voor zorgverlening bij alle essentiële zorgactiviteiten, namelijk individuele en patiëntgerichte zorg die aansluit bij wat de patiënt nodig heeft. Dat betekent dat essentiële zorg pas als veilig en goed ervaren zal worden wanneer het aansluit bij de behoeften van de individuele patiënt.

Ik vertel u natuurlijk niets nieuws. Cliëntgerichtheid staat al lang overal op de agenda en velen zullen vast zeggen dat we dat allang doen.

Maar ons onderzoek in Southampton laat een ander beeld zien.

In een onderzoek naar de impact van een interventie gericht op het betrekken van patiënten bij de essentiële verpleegkundige zorg vonden we grofweg drie stijlen van verpleegkundige interactie met patiënten: betrokken, afgeleid en niet betrokken. Deze stijlen weerspiegelen hoe open verpleegkundigen stonden voor de individuele behoeften van de patiënt met betrekking tot essentiële zorg. En bepaalden daarmee hoe makkelijk patiënten het vonden om om hulp te vragen, wanneer en hoe ze het vroegen en of zorg verleend werd. Deelnemers vertelden dat ze alleen om hulp vroegen als verpleegkundigen echt “betrokken” leken bij hun zorg of als ze heel hard zorg nodig hadden. Vaak werd echter ervaren dat verpleegkundigen “afgeleid” waren en soms ook “niet betrokken”. Patiënten waren zich erg bewust van hoe druk verpleegkundigen zijn, merkten dat verpleegkundigen dan taakgericht gingen werken en pasten hun gedrag aan. Ze vermeden het vragen om hulp en gaven aan te wachten op meer betrokken verpleegkundigen, ook al waren die er pas in de volgende dienst. Bij zowel “afgeleide” als “niet betrokken” verpleegkundigen werd de cliëntgerichte aanpak en zorg gemist.

Ik moet u teleurstellen dat dit niet een specifieke UK bevinding is.

In het eerder genoemde onderzoek van Debbie ten Cate, gaven patiënten aan dat de dagindeling van de ziekenhuisafdeling leidend was, waardoor er vaak niet voldoende tijd was om te eten. Onderzoeken, metingen, het schema van de verpleegkundige en de arts verstoorden regelmatig de maaltijd. En als patiënten dan terugkwamen van een onderzoek was de maaltijd vaak alweer weggehaald.

Caroline Otter doet onderzoek naar hoe verpleegkundigen zelfmanagement van patiënten ondersteunen in het ziekenhuis. Verpleegkundigen vertelden haar dat ze het moeilijk vinden om verantwoordelijkheid met betrekking tot de gezondheid van patiënten te delen of over te dragen aan patiënten, omdat ze bang zijn dat ze het overzicht verliezen over de verpleegkundige zorg en zich zorgen maken dat patiënten mogelijk niet kiezen voor de beste of haalbare optie. Ze gaven aan geneigd te zijn vaker dan nodig de zorg over te nemen en te beslissen voor patiënten. Gebrek aan tijd voor de andere zorgopties en de overtuiging dat het de beste optie is voor de patiënt werden als redenen hiervoor aangevoerd.

Ik heb u tot nu toe laten zien dat de zorg die verpleegkundigen geven essentieel is voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, maar ook dat de aansluiting van deze zorg bij de behoeften van de individuele patiënt niet altijd vanzelfsprekend is. Hierdoor worden ook de mogelijkheden die patiënten zelf hebben om bij te dragen aan hun herstel, onvoldoende benut.

Zeker in het licht van de toekomstige uitdagingen is de rol van patiënten en de samenwerking tussen patiënten en professionals van groot belang.

5. FUNCTIEDIFFERENTIATIE/ANDERS WERKEN (HOE DAN WEL)

Vaak wordt gedacht dat de enige manier om de verpleegkundige zorg te verbeteren ligt in het aannemen van meer verpleegkundigen. Onderzoek laat inderdaad zien dat er een samenhang is tussen de verpleegkundige bezetting en de kwaliteit van de interactie tussen verpleegkundigen en patiënten. Hoe lager de verpleegkundige bezetting, hoe meer kans op een negatieve interactie (18).

En natuurlijk is voldoende verpleegkundige inzet belangrijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Eind 2019 meldde RTL nieuws dat het tekort aan verpleegkundigen in ziekenhuizen leidt tot onveilige situaties (19). Deze boodschap was toen al niet nieuw. In Engeland concludeerde een rapport over ernstige misstanden in een zorginstelling – The Francis enquiry (20) – dat er een tekort was van 120 FTE verpleegkundigen, bijna 13%. Ook RN4Cast en veel daarmee vergelijkbare studies (21-23) laten zien dat er een duidelijke relatie is tussen de verpleegkundig bezetting en sterfte bij patiënten. Het lijkt er bovendien op dat een tekort aan verpleegkundigen impact heeft op de prioriteiten die verpleegkundigen stellen. Een analyse van missed care in het ziekenhuis laat zien dat als de verpleegkundige bezetting laag is, verpleegkundigen prioriteit geven aan de medische behandeling, zoals op tijd medicatie toedienen en pijnbehandeling. De zorg die er het meest frequent bij inschiet is geruststellen van of praten met patiënten, in de gaten houden van de patiënt en het bespreken en plannen van de zorg met patiënten (24).

Meer handen aan het bed is dan ook een veelgehoorde oplossing. Hoe vaak hebben we in de afgelopen 2 jaar niet gehoord dat we meer IC bedden nodig hadden en daarom meer verpleegkundigen.

Maar het maakt uit wat voor soort “handen” je toevoegt. In Engeland is onderzocht wat de invloed is van het toevoegen van nurse assistants aan ziekenhuisteam om het tekort aan verpleegkundigen op te vangen. Dit onderzoek laat zien dat een stijging in het aantal verpleegkundige zorguren per patiënt samenhangt met een daling van de sterfte (22). Voor nurse assistants is dit verband echter anders. Het risico op sterfte nam toe als patiënten blootgesteld werden aan minder uren zorg van de assistants dan het gemiddelde, maar ook aan meer uren zorg van de assistants dan het gemiddelde. Dit suggereert dat simpelweg meer nurse assistants aannemen de zorg niet verbetert. Een verklaring ligt mogelijk in het feit dat meer verschillende professionals in de directe zorg leidt tot een verdeling van taken, oftewel taakgericht verplegen, waardoor verpleegkundigen minder tijd bij de patiënt zijn.

Eerder gaf ik al aan dat dit leidt tot minder cliëntgerichte zorg. Hierdoor nemen echter ook mogelijkheden voor monitoring, risico-inschatting en evaluatie buiten de geplande observatiemomenten af. Onderzoek naar het missen van patiëntverslechtering laat zien dat dit ook samenhangt met verpleegkundige bezetting, maar niet met de bezetting van nurse assistants (25).

Het verbeteren van kwaliteit en veiligheid is dus niet op te lossen door het simpelweg aannemen van meer “handen aan het bed”. We zullen ook na moeten denken over skillmix. Maar alleen dat is ook niet voldoende om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen.

Eerder noemde ik al de maatschappelijke uitdagingen waar we voor staan. Het groeiend aantal ouderen en chronisch zieken verandert de zorgvraag. Mensen willen graag zo lang mogelijk thuis blijven, waardoor de behandeling en zorg in toenemende mate thuis geleverd wordt en de zorg in het ziekenhuis intensiever wordt. Er is ook schaarste aan mensen die in de zorg werken.

Tegelijkertijd groeit het bewustzijn dat gezondheidszorg niet alleen gaat over ziekte, naar dat het gaat over vermogen tot aanpassen, eigen regie, veerkracht, zelfredzaamheid en zelfmanagement van mensen. Ook de rol van technologie in de zorg neemt toe. Deze ontwikkelingen vragen om andere rollen, competenties en vaardigheden van professionals. De Wereld Gezondheidszorg Organisatie benoemt daarom naast workforce planning en skillmix de volgende prioriteiten voor het versterken van de verpleegkundige beroepsgroep (26):

- het opschalen en transformeren van het onderwijs,
- stimuleren van evidence based practice en innovatie, en
- verzekeren van een positieve werkomgeving.

Dit is geen keuzemodel, het zal allemaal moeten gebeuren. Ik wil u vertellen hoe wij in Utrecht willen bijdragen aan deze prioriteiten.

Workforce planning en skillmix

In voorbereiding op de wet BIG II zijn zorginstellingen in Nederland de afgelopen jaren gaan nadenken over en experimenteren met functiedifferentiatie en het optimaliseren van de skill mix in verpleegkundige teams. De nadruk lag hierbij vooral op het differentiëren tussen MBO en HBO opgeleide verpleegkundigen. Inmiddels groeit het besef dat er aandacht moet komen loopbaanontwikkeling in bredere zin, dus ook de inzet en positionering van master-opgeleide verpleegkundigen (onder andere verpleegkundig specialist en verplegingswetenschapper) en gepromoveerde verpleegkundigen. En dat hierbij ook aandacht moet zijn voor de leidinggevendenden Binnen RN2BLEND, een samenwerkingsverband van het Radboudumc, de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Fontys Hogeschool, het Spaarne Gasthuis en het UMC Utrecht doen we onderzoek naar deze ontwikkeling.

Stimuleren van evidence based practice en innovatie

In deze gedifferentieerde verpleegkundige teams is aandacht voor het stimuleren van evidence based practice en innovatie belangrijk. In Utrecht willen we met onderzoek naar kwaliteit en veiligheid van de verpleegkundige zorg hier een bijdrage aan leveren. Hierbij is onderzoek naar essentiële verpleegkundige zorg en naar zelfmanagement en zelfzorg leidend. De veranderende zorgvraag waarbij omgaan met de ziekte, eigen regie en zelfmanagement van patiënten steeds belangrijker worden, vraagt om ontwikkeling en onderbouwing van andere kennis en vaardigheden van verpleegkundigen, die nauw samenhangen met de al eerder genoemde cliëntgerichtheid. Over het onderzoek naar zelfmanagement en zelfzorg bij patiënten met een chronische aandoening, zal professor Tiny Jaarsma tijdens haar oratie ongetwijfeld meer vertellen.

Tenslotte is ook de rol van technologie in de zorg niet meer weg te denken. Technologische mogelijkheden bieden een deel van de oplossing waardoor we met minder mensen toch in de zorgvraag van de toekomst kunnen voorzien. Een voorbeeld is hier het meten en monitoren van vitale functies zoals hartslag en ademhalingsfrequentie, bloeddruk en temperatuur. Dit is een belangrijke verpleegkundige taak in het ziekenhuis. Onderzoek laat zien dat het meten en monitoren van deze vitale functies het mogelijk maakt om verslechtering van een patiënt tijdig te detecteren en een rapid response team in te schakelen om te voorkomen dat een patiënt op de IC terechtkomt of overlijdt.

Hoe vaak de vitale kenmerken gemeten moeten worden hangt samen met hoe het met iemand gaat. Hoe meer afwijkingen, hoe vaker er gemeten moet worden. Onderzoek laat echter zien dat de

protocollen voor het monitoren van vitale functies slechts gedeeltelijk gevolgd worden (27) en dat er vooral 's nachts afgeweken wordt van protocollen omdat verpleegkundigen patiënten willen laten slapen (28).

Hier biedt technologie nu een prachtige oplossing. Er zijn tegenwoordig tal van makkelijk door de patiënt draagbare producten beschikbaar, die een aantal vitale functies meten en deze doorsturen naar het elektronisch patiëntendossier. Hierdoor hoeven verpleegkundigen de meting niet meer uit te voeren en hoeven ze alleen nog de alarmen of trends van het systeem in de gaten te houden. Dit laatste klinkt simpel, maar verpleegkundigen moeten wel geschoold worden in het gebruik van de technologie en de interpretatie van de resultaten. Zeker ook als deze gebruikt gaan worden voor bewaking van patiënten thuis bij ontwikkelingen zoals hospital at home, telemonitoring en zorg op afstand, waarbij specialistische expertise vanuit het ziekenhuis steeds meer in de zorg thuis wordt ingezet. Job Leenen doet in Isala promotie onderzoek naar de bruikbaarheid van deze systemen in de dagelijkse praktijk, onder begeleiding van dr. Gijs Patein, professor Cor Kalkman en mijzelf.

Opschalen en transformeren van het onderwijs

De continue veranderingen in de maatschappij en de gezondheidszorg vragen ook om opschalen en transformeren van het onderwijs om een leven lang leren mogelijk te maken. Ik kijk uit naar de samenwerking met dr. Carolien Sino die binnen het UMCU als opleidingsdirecteur professionals in de zorg met deze complexe vraagstukken aan de slag gaat.

Academische werkplaats

De kunst van het verbeteren van de patiëntenzorg ligt in de verbinding van praktijk, onderwijs en onderzoek. Om te zorgen dat we de relevante vragen beantwoorden en dat patiënten profiteren van de uitkomsten van het onderzoek is het verbinden van zorg, onderwijs en onderzoek in de praktijk essentieel. Dat de omslag niet van vandaag op morgen zal plaatsvinden moge duidelijk zijn.

Uit onderzoek van het Nivel blijkt dat ruim een derde van de ondervraagde zorgverleners (37%) het gebruik van bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek niet relevant vindt voor hun werk (29). En ruim de helft (54%) zegt die competentie ook niet te beheersen en er is weinig belangstelling om het te leren (15%).

Academische werkplaatsen bieden de mogelijkheid om te onderzoeken hoe de praktijk, onderwijs en onderzoek elkaar kunnen versterken. In 2019 is de academische werkplaats verpleegkunde in de eerstelijns van start gegaan. Verplegingswetenschap van het UMC Utrecht is een van de partners hierin, samen met Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra, de Hogeschool Utrecht, Axioncontinu, Careyn en de Rijnhoven.

Inmiddels lopen studenten van de HBO-V van de Hogeschool Utrecht stage in de eerstelijns en geven docenten van de Hogeschool Utrecht les in de praktijk. Er zijn verplegingswetenschappers aangenomen als consulent op de thema's ouderenzorg en zelfmanagement en er wordt gewerkt aan subsidievoorstellen om het onderzoek vorm te geven. Inge Wolbers zal onder begeleiding van dr. Nienke Bleijenberg, dr. Pieterbas Lalleman en mijzelf promotieonderzoek doen naar de academische werkplaats. Ik verheug me er op om de academische werkplaats samen met dr. Nienke Bleijenberg en de andere partners verder vorm te geven.

Binnen het UMC Utrecht komen de eerder genoemde prioriteiten van de wereld gezondheidszorg organisatie voor de ontwikkeling van de verpleegkunde sinds een jaar samen in het programma

Toekomstbestendige Verpleegkunde. Een ambitieus programma waarin we de inrichting van de verpleegkundige zorg in lijn willen brengen met de complexe zorgvraag, carrière-mogelijkheden voor verpleegkundigen willen verbeteren, zeggenschap van verpleegkundigen in de multidisciplinaire samenwerking op alle niveaus willen versterken en onderzoek en innovatie in het verpleegkundig domein willen verankeren. Ik kan nog wel een uur doorpraten over dit programma, wat me zeer na aan het hart ligt, maar daarvoor ontbreekt hier de tijd. Ik wil de Raad van Bestuur bedanken voor haar visie waardoor dit programma tot stand is gekomen.

6. ONDERWIJS

In alle tot nu toe geschetste ontwikkelingen is de opleiding Verplegingswetenschap onmisbaar. Verplegingswetenschap houdt zich overwegend bezig met toegepast wetenschappelijk onderzoek waarbij vragen uit de klinische praktijk centraal staan. Dit jaar is het 32 jaar geleden dat Verplegingswetenschap in Utrecht van start ging met een onderwijs- en onderzoeksprogramma. De opleiding wordt vanuit de Universiteit Utrecht als richting binnen Klinische Gezondheidswetenschappen aangeboden en is uniek in Nederland. Het onderwijs binnen de opleiding wordt verzorgd door een enthousiaste groep onderzoekers. De opleiding groeit en onze studenten stromen uit naar allerlei functies binnen de gezondheidszorg: verpleegkundige, beleids- en managementfuncties, en uiteraard naar het onderzoek en onderwijs. Ik ben er trots op dat we met deze opleiding een belangrijke bijdrage leveren aan de gezondheidszorg van de toekomst.

7. TOT BESLUIT

Aan het begin van deze oratie vertelde ik u dat het leven in interessante tijden moeilijk kan zijn. Ik hoop dat ik u overtuigd heb dat interessante tijden ook veel kansen bieden. De gezondheidszorg verandert snel en de rol van verpleegkundige is essentieel voor de zorg van de toekomst. Ik verheug me er op in Utrecht met onderzoek en onderwijs bij te dragen aan het vormgeven van deze zorg van de toekomst.

8. DANKWOORD

Dames en heren, hierbij ben ik aangekomen bij mijn dankwoord.

Hoogleraar worden doen je niet zonder dat anderen je steunen. Velen van jullie zijn er vandaag bij en ik wil iedereen dan ook bedanken voor jullie steun.

Er zijn een aantal mensen die ik in het bijzonder wil bedanken.

Dank aan het bestuur van de Universiteit Utrecht en de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht voor het in mij gestelde vertrouwen.

Het UMC Utrecht heeft in 2016 de ambitie geformuleerd om het aantal leerstoelen Verplegingswetenschap uit te breiden en de inbedding in het UMC Utrecht te versterken.

In 2018 zijn mijn collega professor Tiny Jaarsma en ik mede in het kader van de Westerdijk talent impuls benoemd. Inmiddels is per 1 februari jl. ook Nynke Boonstra benoemd tot hoogleraar Verplegingswetenschap in de geestelijke gezondheidszorg. Hiermee is het UMC Utrecht het eerste UMC in Nederland met vijf hoogleraren op het terrein van de verpleegkunde. Ik wil jullie bedanken voor het vertrouwen in ons vakgebied.

Dank aan de divisieleiding en het leiderschapsteam van het Julius Centrum. Het is fijn om deel uit te maken van een collegiaal team wat samen richting wil geven aan de toekomst van de divisie en het UMC Utrecht.

Zoals ik al aangaf is mijn eigen wetenschappelijke ontwikkeling in Utrecht begonnen, tijdens de studie Verplegingswetenschap onder begeleiding van de hooggeleerde Grypdonck. Beste Mieke, dank voor uw inspiratie, ik heb veel van u mogen leren.

Daarna heb ik mijn promotieonderzoek uitgevoerd bij het Julius Centrum onder begeleiding van de hooggeleerden Buskens en Grobbee. Beste Erik en Rick, dank voor het vertrouwen, de stimulans om er voor te gaan en alleen met excellent genoeg te nemen. Dat ik nu in Utrecht, bij het Julius Centrum hoogleraar Verplegingswetenschap ben en programmaleider van de opleiding Verplegingswetenschap maakt de cirkel rond.

Hooggeleerde van Achterberg, beste Theo, onder jouw leiding mocht ik in Nijmegen verder groeien en mijn onderzoek ontwikkelen. Dank voor alle kansen, je vriendschap en je humor. We hebben heel wat gelachen en ik denk met veel plezier terug aan onze samenwerking in Nijmegen. Ik ben blij dat we elkaar nog regelmatig tegenkomen.

Hooggeleerde Bader, dear Dan. You brought me to Southampton and I want to thank you for your confidence in me and for the opportunity to expand my horizon and get re-involved in skin health research.

Hooggeleerde Schuurmans, beste Marieke. Jij hebt mij vanaf het moment dat we elkaar ontmoetten het gevoel gegeven dat ik het kan. Toen je me 5 jaar geleden belde over de vacature in Utrecht, heb ik niet lang na hoeven denken over solliciteren. Ik vond het geweldig om met je samen te werken en leer nog steeds heel veel van je.

Hooggeleerde Jaarsma, beste Tiny. Hoewel de pandemie maakte dat je weinig in Utrecht kon zijn de laatste jaren, ben ik blij om met je samen te werken.

Dank beiden voor jullie vriendschap.

Mijn dank gaat uit naar veel meer mensen. Team VW, leden van het lectoraat proactieve zorg voor thuiswonende ouderen en Instituut Verpleegkundige Studies aan de HU, kortom *Nursing Utrecht*. Samen bouwen we aan de toekomst van verpleegkunde.

En het is duidelijk: In Utrecht moet je zijn als het om Verpleegkunde gaat!

Collega's van Klinische Gezondheidswetenschappen, studenten Verplegingswetenschap, collega's van het Wetenschappelijk College Verpleegkunde, Lectoren, huidige en ex-promovendi, collega's van de Verpleegkundig Adviesraad, collega's van Toekomstbestendige Verpleegkunde, verpleegkundigen en patiënten. Dank voor de samenwerking en de inspiratie.

Maar ook mijn familie en vrienden wil ik bedanken. Ronald & Astrid, Erlgard, en Anke, Jacqueline, Minke en Elle, oftewel de wilde wijven club. Dank voor de vele etentjes, jullie verhalen, luisterend oor en relativering.

Papa, mama, pa, Bert en Huug. Helaas zijn jullie er niet meer. Dank voor alles.

Nel, Paul, Taika, Guido, Arlen, Joost, Rutger en Kim. Wat hoop ik dat we kerst 2022 weer een keer live kunnen doen. Fijn dat jullie er zijn.

Esther en Hermine, lieve zussen. Ik ben zo blij en rijk met jullie. En natuurlijk René, Ruben, Tim, Rens, Dominique, en Jip, Jeanine, Sophie en Hugo. Dat we nog maar vaak met elkaar in de keuken in Zandvoort mogen rondhangen en ik verheug me alweer op de formule 1.

Lieve Kees, jij bent al 34 jaar mijn maatje. Je steunt me, stimuleert me en trekt me aan mijn jas als ik te hard werk. Of ik luister is een tweede. En omdat je me nu niet kunt tegenspreken: Ik heb gewonnen.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES

1. 2020: unleashing the full potential of nursing. Editorial. The Lancet. 2019;394(10212).
2. CBS. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/51/prognose-18-miljoen-inwoners-in-2029>.
3. Volksgezondheidszorg.info. Available from: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-multimorbiditeit-naar-aantal-chronische-aandoeningen>.
4. Zorg voor Beter. Available from: <https://www.zorgvoorbeter.nl/veranderingen-langdurige-zorg/cijfers-vergrijzing>.
5. Taskforce Zorg op de juiste plek. De juiste zorg op de juiste plek. 2018. Rapport. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/06/rapport-de-juiste-zorg-op-de-juiste-plek>.
6. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Programma Langer Thuis. 2018. Rapport. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/15/programma-langer-thuis>.
7. Helder C. Kamerbrief over nieuwe prognose verwachte personeelstekort. In: Ministerie van Volksgezondheid WeS, editor. Den Haag, 2022. p. 5.
8. ABF research. Arbeidsmarktprognoses zorg en welzijn 2021-2035. 2022. Available from: <https://abfresearch.nl/publicaties/arbeidsmarktprognoses-zorg-en-welzijn-2021/>.
9. Rijksoverheid. Nieuwsbericht 23 feb 2020. Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2019/05/23/aanpak-personeelstekort-zorg-werkt>.
10. Commissie werken in de zorg. Rapportage commissie werken in de zorg 2019 - behoud en innovatie als dé opgave. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjdk7vcxdD3AhXEt6QKHXXyD5IQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.tweedekamer.nl%2Fdownloads%2Fdocument%3Fid%3D2973a827-8968-4133-8d34-6e5739e4dd07%26title%3DRapportage%2520commissie%2520Werken%2520in%2520de%2520Zorg%25202019.pdf&usg=AOvVaw2Z9lh91wcqXXBYg-6x00fT>.
11. Regioplus. Landelijk doorlopend uitstroomonderzoek. 2020. Available from: <https://regioplus.nl/arbeidsmarktinformatie/landelijk-uitstroomonderzoek/>.
12. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Den Haag: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden; 2015.
13. Henderson V. The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillan; 1966.
14. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. Int J Nurs Pract. 2010;16(4):423-34.
15. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Metzelthin SF, Ettema R, Heinen M, de Man-Van Ginkel JM, et al. Basic nursing care: The most provided, the least evidence based - A discussion paper. J Clin Nurs. 2018;27(11-12):2496-505.
16. Richards DA, Hilli A, Pentecost C, Goodwin VA, Frost J. Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. J Clin Nurs. 2018;27(11-12):2179-88.
17. Ball J, Ballinger C, De longh A, Dall'Ora C, Crowe S, Griffiths P. Determining priorities for research to improve fundamental care on hospital wards. Res Involv Engagem. 2016;2:31.
18. Bridges J, Griffiths P, Oliver E, Pickering RM. Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study. BMJ Qual Saf. 2019;28(9):706-13.
19. RTL. Personeelstekort ziekenhuis leidt tot gevaarlijke situaties. 2020. Available from: <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4961181/zorg-verpleegkundigen-personeelstekort-ongekwalificeerd>.
20. Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Inquiry. London; 2013.

21. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz S, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *N Engl J Med* 2011;364:1037-45.
22. Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J, et al. Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf*. 2018.
23. Griffiths P, Ball J, Drennan J, James L, Jones J, Recio-Saucedo A, Simon M. Safe nurse staffing of adult wards in acute hospitals evidence review. Report. 2014. University of Southampton.
24. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(2):116-25.
25. Smith GB, Redfern O, Maruotti A, Recio-Saucedo A, Griffiths P, The Missed Care Study Group. The association between nurse staffing levels and a failure to respond to patients with deranged physiology: A retrospective observational study in the UK. *Resuscitation*. 2020.
26. World Health Organisation. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. Report 2016.
27. Hands C, Reid E, Meredith P, Smith GB, Prytherch DR, Schmidt PE, et al. Patterns in the recording of vital signs and early warning scores: compliance with a clinical escalation protocol. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(9):719-26.
28. Recio-Saucedo A, Maruotti A, Griffiths P, Smith GB, Meredith P, Westwood G, et al. Relationships between healthcare staff characteristics and the conduct of vital signs observations at night: Results of a survey and factor analysis. *Nurs Open*. 2018;5(4):621-33.
29. Verest W, de Veer A, de Groot K, Francke A. Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten: Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg. Utrecht: Nivel; 2019.