**'We mogen
kritischer zijn
over het nut
van onder-
zoeksthema's'**

LOF DER VERPLEEGKUNST

Monique van Dijk heeft jarenlang pijnonderzoek verricht. Als hoogleraar verplegingswetenschap beweegt ze zich tegenwoordig op een breder veld. Slaap en technologie zijn voorbeelden van nieuwe thema's.

door MARIAN ADRIAANSEN fotografie STIJN RADEMAKER

CV

WERKZAAMHEDEN

2020

HOOGLERAAR VERPLE-
GINGSWETENSCHAP
ERASMUS MC

2017-2020

BIJZONDER HOOG-
LERAAR VERPLE-
GINGSWETENSCHAP
ERASMUS MC

1995-2011

ONDERZOEKER ERAS-
MUS MC-SOPHIA
KINDERZIEKENHUIS

1986-1990

VERPLEEGKUNDIGE
THUISZORG

OPLEIDING

1987

PSYCHOLOGIE,
AFSTUDEERRICHTING
METHODEN &
TECHNIEKEN

1982

INSERVICE B
DIJKZIGT ZIEKENHUIS

1978

INSERVICE A
DIJKZIGT ZIEKENHUIS

J Je komt als hoogleraar uit het pijnonderzoek. 'Ik wilde altijd de zorg in en had ook hbo-v kunnen doen. Toch koos ik voor de inservice-opleiding in een academisch ziekenhuis, omdat ik graag snel in de praktijk wilde gaan werken. Na mijn verpleegkunde-opleidingen ben ik uit interesse psychologie gaan studeren. Ik ben in 2001 gepromoveerd op pijnmeting bij pasgeborenen en heel jonge kinderen na operaties. Ik heb lang in het pijnonderzoek gezeten en in de farmacologische hoek, dus na mijn benoeming tot hoogleraar verplegingswetenschap heb ik een inhaalslag moeten maken en me moeten inlezen in de verpleegkundige wereld. Als hoogleraar zit ik nu in het ziekenhuis bij interne geneeskunde en dicht bij de afdelingen. Ik heb mijn BIG-registratie opnieuw gehaald en loop regelmatig mee met verpleegkundigen, omdat ik graag binding houd met mensen van de werkvloer.'

En stellen verpleegkundigen het op prijs dat je meeloopt? 'Ja, dat vinden ze meestal leuk. Ik deel in coronatijd soep en sap uit om contact te houden en iets te doen voor de mensen op de werkvloer, samen met vrijwilligers. Netwerken met de werkvloer, dat is echt van meerwaarde. Er zijn nog steeds verpleegkundigen die niet weten dat er een hoogleraar verplegingswetenschap is en dat begrijp ik ook. Sinds ik hoogleraar ben, ben ik beter in netwerken geworden. Je moet een soort middenweg vinden waarbij je beseft dat het belangrijk is om af en toe je neus te laten zien en dat je een groep vertegenwoordigt.'

Verpleegkundigen houden zich over het algemeen weinig bezig met strategische kwesties. ‘Dat herken ik wel. Er zijn ook mensen die zeggen dat verpleegkundigen van de werkvloer niet de taal van de manager spreken en dat ze die taal moeten leren spreken, omdat ze dan begrepen en geaccepteerd worden. Maar dan zeg ik: waarom zouden zij deze taal moeten leren? Natuurlijk moeten er verpleegkundigen zijn die overstijgend denken, maar ik vind niet dat zij zich dan maar zouden moeten aanpassen qua taalgebruik. Ik zit in het dagelijks bestuur van de VAR omdat ik daarmee verbonden wil zijn. Onze invloed is toegenomen in de afgelopen jaren. We worden voor verschillende onderwerpen om advies gevraagd en we hebben een actieve voorzitter. En onze ongevraagde adviezen worden zeker serieus genomen. Het ideaal dat onze VAR alle 2200 verpleegkundigen zou moeten kunnen bereiken is lastig en ik weet niet of het per se erg is dat niet iedereen op de hoogte is.’

Je bent een voorstander van gecombineerde carrièrepaden onderzoek en praktijk. Werkt dat? ‘We hebben twee verpleegkundigen die verplegingswetenschap hebben gedaan. Zij werken halftijds op de werkvloer en volgen daarnaast een promotietraject. Ze combineren kennis over de werkvloer met wetenschappelijke interesse. Dat is van toegevoegde waarde. Dit model is ook op enkele IC's uitgetoetst, bijvoorbeeld op de neonatologie. Daar werkten onderzoekers een dag per week op de afdeling, maar dat bleek te weinig voor het bijhouden van hun dagelijkse vaardigheden. Je moet denk ik minimaal twee dagen in de praktijk werken om ook daar voldoende ervaring te blijven opdoen, zeker op een IC. Er is op de volwassenen-IC wel een gepromoveerde verpleegkundige die ook is blijven werken aan bed. Dus de combinatie kan wel, maar vraagt flexibiliteit om die omschakeling steeds te kunnen maken. Het is moeilijk vol te houden.’

Op welke onderzoeksthema's richt jij je vooral? ‘In 2018 zijn we naar de nieuwbouw verhuisd en we hebben veel onderzoek gedaan naar verschillende aspecten daarvan. Er zijn 100 procent-éénpersoonkamers. Verpleegkundigen bleken minder het gevoel te hebben dat ze hun patiënten goed konden monitoren. Er is geen sociale controle van andere patiënten. Nu loopt er een studie naar de toegevoegde waarde van continue monitoring van vitale functies. Dat zou verpleegkundigen de rust moeten geven om patiënten die vitaal bedreigd zijn tijdig te kunnen signaleren op verslechtering. Een kwart van de patiënten voelt zich soms eenzaam. Het ideaal van de architecten was dat patiënten zelf naar de lounge-ruimten op de afdeling zouden gaan om elkaar te ontmoeten. Maar patiënten blijven over het

algemeen op hun kamer en worden mogelijk juist inactiever wanneer ze daar zijn en vaak op bed blijven liggen. We hebben ook naar de slaapkwaliteit van patiënten gekeken, met het idee dat ze beter zouden slapen. De subjectieve slaapkwaliteit is wel enigszins verbeterd, maar niet zo sensationeel als we hadden verwacht. Dat is wel te verklaren, want ze nemen hun eigen zieke lijf én zorgen mee met klachten van pijn of angst. Die klachten zijn misschien veel belangrijker voor de kwaliteit van slaap dan de kamer zelf. Bovendien bleek dat patiënten soms om zes uur 's morgens wakker worden gemaakt voor controles, omdat de artsen om acht uur visite lopen en de vitale kenmerken willen weten. Ik ga dan in discussie door de vraag te stellen of we zo met persoonsgerichte zorg bezig zijn of met efficiency. Dat botst soms met elkaar.’

Een ander aandachtsgebied is technologie. ‘We zijn graag met technologie bezig, waarbij het belangrijk is om de zorg voor verpleegkundigen te vergemakkelijken. Ik heb zelf in de nieuwbouw onderzocht hoe vaak verpleegkundigen op zoek zijn naar dingen, en het is schokkend hoeveel tijd we daarmee kwijt zijn. De voor de hand liggende oplossing om bij grotere apparaten met *track en trace*-systemen te werken, bleek ingewikkelder en duurder dan ik had verwacht. In het ziekenhuis staan nieuwe bedden met detectiemogelijkheden, zodat bijvoorbeeld gesignaleerd wordt wanneer de patiënt uit bed komt. Het bed heeft ook een weegfunctie. We kijken nu hoe deze technologische mogelijkheden geïmplementeerd kunnen worden. Een van mijn postdocs doet onderzoek naar implementatie. We zien dat het moeilijk is voor verpleegkundigen, maar ook voor artsen, om gedrag te veranderen en op een nieuwe manier te gaan werken. Een klinische les daarover is echt niet voldoende.’

Je richt je ook op essentiële zorg. ‘Samen met Lisette Schoonhoven en Evelyn Finnema doe ik onderzoek naar essentiële zorg. De gedachte is dat er alleen iets kan worden verbeterd in complexe zorg door op verschillende gebieden kleine stapjes te zetten. Dit idee komt van professor David Richards, met wie Lisette heeft samengewerkt in Engeland. Als ik een patiënt help met wassen, doe ik dat dan op de

‘PATIËNTEN OM ZES UUR WAKKER MAKEN IS GEEN PERSOONSGERICHTE ZORG’

'WAAROM Zouden VERPLEEGKUNDIGEN DE TAAL VAN DE MANAGER MOETEN SPREKEN?'

automatische piloot? Of kijk ik ondertussen naar hoe mobiel hij of zij is, of de huidskleur oké is, of er sprake is van decubitus en in hoeverre mijn hulp nodig is? Maar ook onderzoeken we infuusbeleid. Want bijna iedere patiënt heeft een infuus, maar zowel arts als verpleegkundige heeft gebrekkige kennis van infusen. Wanneer we een infuus geven, kijken we niet altijd of iemand zelf al voldoende drinkt; er is ook geen stopbeleid. Verpleegkundigen worden nu uitgenodigd binnen bepaalde richtlijnen mee te denken of het infuus nog nodig is en wanneer het kan worden afgebouwd. Dit vind ik mooi onderzoek. Het idee voor het infuusonderzoek komt van een collega: internist acute geneeskunde dr. Jelmer Alsma. Er kan bijvoorbeeld ook onderzoek gedaan worden via een trial naar onderwerpen als overdracht aan bed en visites. Laat óf de verpleegkundige óf de arts in de lead zijn bij de visite en maak een vergelijking tussen deze beide vormen met betrekking tot het proces zelf. Kijk ook hoe snel en efficiënt het gaat en hoe tevreden iedereen is. Ik ben er vóór om meer op deze wijze te onderzoeken.'

Essentiële zorg heeft vaak betrekking op basiszorg. Krijgen professionals buiten de verpleegkunde zo niet een beeld van verpleegkundigen die weinig complexe dingen onderzoeken? '80 procent van het verpleegkundig onderzoek is observationeel, studenten van de hogeschool doen voornamelijk interviews. Ik kwam uit de kwantitatieve hoek van de randomised controlled trials, die overigens ook niet zaligmakend zijn. Ik twijfel weleens over het belang van thema's die onderzocht werden door verpleegkundigen. Er zijn zeker onderwerpen die relevant zijn en onderzocht moeten worden, maar dat zou in multicenterverband moeten worden gedaan en veel vaker in het ketenverband van ziekenhuis naar thuis. We zitten vaak nog op ons eigen gebied, we mogen wat kritischer zijn over het nut van de thema's.'

Is het onderzoek naar pijn nu naar de achtergrond verschoven? 'Ik mis het onderzoek naar pijn, dus dat zoek ik weer op. Zolang de helft van onze patiënten pijn heeft is het nog een belangrijk thema. Sinds 2005 kom ik twee keer per jaar in Kaapstad, waar ik associate professor ben. Studenten

geneeskunde doen daar vanuit onze universiteit onderzoek naar onder andere pijn bij brandwonden op de trauma-unit. Dat heeft me veel geleerd over een heel ander perspectief, omdat daar veel armoede is en geen onderzoeksinfrastructuur. Een vrouw gaf succesvol massages aan kinderen met brandwonden. We hebben onderzoek gedaan naar deze interventie en ook gekeken naar de effecten van muziektherapie. Die onderwerpen zijn lastig te onderzoeken, omdat de effecten invoelbaar maar niet altijd meetbaar zijn en lastig in het keurslijf van RCT's passen. We hebben onlangs een Europese subsidie gekregen om te kijken naar wat studenten in het hbo-v-curriculum daarover zouden moeten leren. De rol van die 'zachtere' therapieën, dat vind ik interessant onderzoek.'

Je lijkt op zoek te zijn naar verdere aanscherping van je hoofdaandachtsgebieden. 'Mijn huidige onderzoekslijnen zijn breed en ik kan me natuurlijk niet beperken tot alleen onderzoek waar ik zelf ook echt warm van word, want we moeten ook subsidies binnenhalen. Het onderzoek naar de nieuwbouw heeft me veel gebracht, omdat ik zelf kon bepalen wat ik zou gaan meten en daar ook een gevolg aan kon geven. We blijven daarom slaaponderzoek doen bij mensen met kanker en *rooming-in* bij volwassen patiënten. Technologie als hulpmiddel blijft eveneens een thema. Ik vind het ingewikkeld om echt hard core verpleegkundig onderzoek te bedenken, waarbij je werkelijk een verschil kunt maken. De valkuil van een meer algemene leerstoel is dat ik vaak voor alles gevraagd word. Ik word in deze regio ook betrokken bij de rol van verpleegkundigen bij zelfmanagement van patiënten in samenwerking met lector Anneloes van Staa. In het ziekenhuis moet je realistisch zijn en kom je vaak niet toe aan het ondersteunen van zelfmanagement. Hoe dit wel is te realiseren, is iets waar we nu over nadenken. We verwachten soms van verpleegkundigen ook wel erg veel.'

Je bent ook betrokken bij Lof der Verpleegkunst. Wat houdt dat in? 'Lof der Verpleegkunst was ook de titel van mijn oratie. Johan Lambregts en ik hebben in 2018 een stichting opgezet (zie: www.lofder-verpleegkunst.nl) met als doel het beroep positief te profileren. Dit doen we onder andere met een jaarlijks terugkerend evenement in Rotterdam. We wilden van mijn oratie een leuke en leerzame dag maken voor verschillende soorten verpleegkundigen. Dit jaar was het derde jaar van deze bijeenkomst, nu vanwege COVID-19 helaas virtueel. We nodigen sprekers uit met een afwijkende kijk op de dingen, zoals dit jaar Teun Toebees. We proberen er een traditie van te maken.'