

worden

wie je

bent

Verpleegkundig specialisten werken(d) vanuit een breed perspectief

Friedrich Nietzsche

Filosoof

Dit in het Nederlands vertaalde citaat staat op de eerste bladzijde van het Beroepsprofiel Verpleegkundig Specialist.

Het klinkt misschien gek, maar na 30 jaar ben ik nog steeds bezig ben met mijn beroepsidentiteit. Van sociaal-psychiatrisch verpleegkundige werd ik uiteindelijk VS GGZ. Ik merkte namelijk dat ik – door de medische vragen die ik kreeg – steeds meer het medisch domein ingezogen werd, terwijl ik geen medisch specialist ben. Maar ook dat ik juist iets kan betekenen en toevoegen: door trouw te blijven aan mijn verpleegkundige roots en door de zorg vorm te geven vanuit een eigen domein van verpleegkundig specialist.

Rond de jaren 1960 ontstond in de Verenigde Staten de vraag naar een gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk en betaalbaar was. Vanwege de krapte aan artsen werd toen de Nurse Practitioner geïntroduceerd. In 1997 werd de Nurse Practitioner geïntroduceerd in het Groningse UMCG en daarna verspreidde het concept zich relatief snel over de rest van ons land. Inmiddels zijn er ruim 4000 – zoals we nu heten – verpleegkundig specialisten. En denkend aan de zin van Nietzsche op de eerste bladzijde in ons beroepsprofiel is de vraag: zijn we al geworden wie we moeten zijn? En behouden we, naast de medische kennis waarin we geschoold worden, onze verpleegkundige identiteit?

Verpleegkundigen zijn generaties lang opgeleid om met een brede holistische blik te kijken naar patiënten. De medische vooruitgang heeft ervoor gezorgd dat er veel kan en gaandeweg is de focus komen te liggen op genezen. Als verpleegkundig specialisten zijn we keihard nodig om te helpen het evenwicht te herstellen en wat meer te focussen op de mensen zelf, hun veerkracht en op dat wat hun leven waardevol maakt.

Daarom vind je in dit boekje persoonlijke verhalen van verpleegkundig specialisten die vertellen over hun vak en over hun zoektocht. We hopen dat de verhalen je inspireren om te blijven ontdekken wat de zorg én dus ook je vak betekenisvol maakt.

Geeske van der Weerd

VS GGZ en initiatiefneemster van dit boekje

Goede zorg is niet altijd het beste

'Ik was sprakeloos toen ze de deur opendeed. Ze was niet zo groot, ze had een knalrood colbert aan en droeg hippe sneakers die ik ook voor mezelf uitgezocht had kunnen hebben. Dik in de tachtig was ze. 'Wat enig dat je er bent,' zei ze energiek, 'ik heb jou zó veel te vertellen.' Ik was bij haar vanwege een onderzoek naar langlevendheid waaraan ik destijds meewerkte.

Toen had ik al heel wat ouderen gezien in het ziekenhuis waar ik werkte. En ik dacht: wat erg. We vragen ze in het ziekenhuis alleen maar naar hun ziekten en over alles wat zeer doet en niet meer functioneert. We zijn nauwelijks afgestemd op wie we tegenover ons hebben.

Zo had ik eens een preoperatief gesprek met een 86-jarige man. Hij had darmkanker en de chirurg had het plan om een stuk darm weg te halen en een stoma te plaatsen. Een ingrijpende operatie met een lange weg naar herstel, maar wel met de meeste kans op genezing. 'Ik wil liever een andere oplossing,' zei de man. Ik begreep er niks van. Hij was vitaal, fietste 30 kilometer op een dag en had voldoende herstelvermogen om deze operatie aan te gaan. En dan vertelt de man dat hij sinds kort een nieuwe liefde heeft. Met haar wil hij van het leven genieten en dat wil hij niet zes maanden uitstellen: 'Dat is namelijk héél lang op mijn leeftijd.' We zijn samen naar de chirurg gestapt. 'Natuurlijk is er een minder ingrijpend alternatief,' zei die, 'er is dan wel een kans dat de kanker terugkomt, maar dat zien we dan wel weer.'



Dat voorval heeft me enorm aan het denken gezet. Ik realiseerde me dat ik zelf het plaatje voor hem had ingevuld. Vitale man vol levenslust: die gaat natuurlijk voor de operatie met de beste perspectieven op de langere termijn. Nee dus. Sterker nog, we waren vergeten hem de belangrijkste vraag te stellen: is dit wat u wilt? Vanaf dat moment begon mijn denken te kantelen. Vaak komen ouderen het ziekenhuis binnen met een klacht of ziekte. En dan gaat de trein lopen: ze krijgen allerlei onderzoeken en de behandeling met de best mogelijke medische uitkomst. Maar is dat ook waar mensen naar vragen?

Goede zorg kunnen we allemaal bieden. Maar dat is blijkbaar niet altijd het beste. Ik denk dat we bij veel afwegingen niet de patiënten centraal stellen, maar hun ziekte. Ik zie het als mijn rol om met hen te ontdekken wat echt belangrijk voor ze is. En ook hoe ze dat kunnen bereiken of behouden. Dat is een ander doel dan genezen of de ziekte oplossen. Vooral bij ouderen is die zoektocht belangrijk, omdat juist zij van de generatie zijn: wat de dokter vertelt, dat gaan we doen.

Inmiddels werk ik als verpleegkundig specialist in een huisartsenpraktijk waar we alles organiseren rond de behoeftes van patiënten. Ik zie daar veel kansen, juist vanwege mijn medische kennis én mijn brede blik. Ik kan meebewegen en bruggen slaan tussen oplossingen die zich helemaal niet houden aan een eerste of een tweede lijn. En voor mensen die niet passen in een vakje als diabetes of COPD. Mensen zijn immers meer dan hun aandoening en meer dan de rubricering die ooit bedacht is in de zorg.

En die mevrouw op haar sneakers? Als zij hulp nodig heeft, hoop ik dat ze een collega treft die nieuwsgierig is en goed uitvraagt. Dat die creatief is en buiten de kaders denkt. En dat die verder kijkt dan wat de arts al ziet. Want pas dan voeg je echt iets toe als verpleegkundig specialist.'

'Artsen zijn vooral gericht op diagnostiek en behandeling. Verpleegkundigen hebben oog voor de hele mens. Voor alles wat er om een ziekte heen gebeurt. En voor wat de gevolgen daarvan zijn. Dat vraagt om andere kennis en kundigheid.'

Petrie Roodbol

Emeritus hoogleraar verplegingswetenschap bij het UMCG

Gaan voor goud

‘Mijn moeder gaf les op de middelbare school waar ik als brugklasser zat. Ze had al een paar maanden buikklasten. ‘Mevrouw Van der Weerd voorlopig afwezig,’ stond er op het bord toen ik op school aankwam. Mijn hart klopte in mijn keel: afwezig, hoe kan dát nou? Ik maakte gelijk rechtsomkeert naar huis.

In het ziekenhuis bleek ze maagkanker te hebben. Het was kantje boord. Ze heeft nog 25 jaar geleefd, zonder maag. En het was haar eer te na om er níét iets van te maken. Hier zou ze mee leren leven, en ze keek voortdurend naar wat ze wel kon. Gaan voor goud, liet ze op haar rouwkaart zetten.

Ze heeft het me met de paplepel ingegoten: veerkracht zorgt ervoor dat je je leven energiek en positief kunt leven, met alles wat je in je hebt. Precies in die geest werk ik ook met mensen met psychiatrische problemen: ik help hen om hun mogelijkheden te ontdekken en te verwezenlijken. Daar ga ik voor. Oké, dan heb je die rottige kwetsbaarheid, maar wie ben je als mens? Hoe kan ik je helpen om je levensweg weer op te pakken? Eén ding weet ik zeker: het gaat beter als je niet alleen op je kwetsbaarheid gefocust bent.

Toch gebeurt dat al snel in de ggz. Mensen komen binnen met hun klachten en die gaan we diagnosticeren. Daarop plakken we vervolgens een etiket – bipolair, schizofreen, noem maar op – en we stellen daarvoor het behandelplan op. Anders krijg je de zorg namelijk niet geregeld en vergoed. Maar je doet mensen tekort als je alleen maar kijkt vanuit die termen en standaarden. Wat beter past is een zoektocht waarbij je ze de ruimte geeft om te ontdekken wat nodig is en om het vertrouwen terug te vinden.



Daarom begin ik bij de intake al met breed te kijken. Wat is écht belangrijk voor je? Wat is het eerste waar je aan wilt werken? Dan kan zomaar blijken dat therapie of antidepressiva niet de oplossing is voor nu, maar het contact herstellen met de familie. Of juist het huis opruimen dat overvol en vervuild is geraakt. Als zo'n eerste stap lukt, dan komt er beweging en groeit het vertrouwen.

Zo had ik een patiënt die per se zijn hond wilde meenemen in de beschermde woonvorm – wat niet is toegestaan. Hij was heel angstig, maar met de hond durfde hij naar buiten. Hemel en aarde heb ik moeten bewegen om het voor elkaar te krijgen. Want ik kan wel middelen voorschrijven om zijn angsten te bedwingen, maar deze man moet weer levensconditie kunnen opbouwen. En die hond helpt hem daarmee.

Mijn taak als verpleegkundig specialist zie ik heel duidelijk: de arts is van het genezen, wij focussen – met onze medische en verpleegkundige kennis – op de gevolgen van kwetsbaarheid. Ik help mensen dealen met de uitdagingen die zij daarbij tegenkomen. In de dossiers schrijf ik dan ook altijd bovenaan wat iemand zélf gaat doen: de kleine stappen. En daarna pas hoe we als hulpverlener daarbij helpen. Zo spreek je iemands veerkracht aan. Misschien hebben we wel veel te lang de suggestie gewekt dat we in de zorg alles kunnen verhelpen. Maar zo maken we mensen vooral afhankelijk.

Sommige collega's vragen wel eens, waarom stop je zo veel moeite in mensen als het waarschijnlijk toch niet veel beter wordt dan dit? Omdat ik het gewoonweg niet kan laten om ten volle de mogelijkheden van mensen te benutten. Bovendien is dat ons vak: de veerkracht van mensen zelf aanspreken. Juist dat maakt ons werk van waarde.'

'Positieve gezondheid stelt niet de ziekte, maar een betekenisvol leven van mensen centraal. Verpleegkundig specialisten richten zich op behandeling en zorg die bijdraagt aan de gezondheid, het functioneren, de kwaliteit van leven en de waardigheid van het leven van mensen met een zorgvraag. Daarom zijn positieve gezondheid en verpleegkundig specialisme onlosmakelijk met elkaar verbonden.'

Irma de Hoop

VS AGZ, Voorzitter V&VN-VS

Niet alles wat kan, moet

‘Toen ik het eerste jaar in het ivf-team werkte, kwam ik voor mijn gevoel helemaal niet uit de verf. In die tijd was ik zoekende: hoe wil ik verder met mijn vak? Ik werd uiteindelijk de eerste verpleegkundig specialist in Nederland die ivf-puncties mocht doen. Dat was het enige wat ik nog niet had gedaan in de begeleiding van mensen die moeilijk zwanger raken.

Je moet je voorstellen: het was niet ongebruikelijk dat ik op één dag twintig patiënten zag. Afhankelijk van het rooster draaide je het echospreekuur, het punctieprogramma of het intakespreekuur. Met een beetje geluk zag je dezelfde patiënt een paar keer achter elkaar – maar dat was vaak niet het geval. In hoog tempo draaide ik de spreekuren. Steeds meer verschoof mijn aandacht van het persoonlijke naar het medische. En dat was bepaald niet de invulling van de patiëntenzorg die ik voor ogen had.

Ivf is voor veel mensen de laatste kans op zwangerschap. Het is een ingrijpend traject gezien de medische, emotionele en relationele impact. Het kan dus gebeuren dat je mensen tegenover je hebt zitten waarbij je gelijk ziet dat ze het zwaar hebben. De wallen onder de ogen, de tranen die hoog zitten. Maar ik durfde mensen nauwelijks meer te vragen: hoe is het eigenlijk met u? Want je weet dat die vraag niet te beantwoorden is in de tijd die je voor ze hebt. En zo heb ik mensen soms laten gaan, zonder die vraag te stellen. Daar had ik erg veel last van.



Misschien was het de onzekerheid in mijn nieuwe rol. Misschien was het de routine die ik nog aan het ontwikkelen was. Maar op een gegeven moment ging bij mij de knop om en legde ik mijn prioriteiten anders. Zo ben ik in dossiers gaan zetten dat ik het aanspreekpunt blijf voor mensen die bij mij de intake hebben gehad. Steeds meer collega's zijn dat ook gaan doen. Ook ben ik extra ruimte gaan maken voor de gesprekken die zo belangrijk zijn.

Zo besprak ik uitgebreid dat ivf de kans op zwangerschap weliswaar vergroot, maar niet garandeert. Mensen voelen namelijk vaak de druk van het maximum aantal van drie behandelingen behandelingen waarin het moet lukken. Ook ervaren mensen het traject vaak als een trein die maar doordendert. Maar onderweg zijn er stations, waar je uit kunt stappen. Je bepaalt zelf of je weer instapt op een volgende trein en wanneer het goede moment is, gezien de impact van de behandeling. Die ruimte zorgt voor eigen regie, zodat mensen kunnen groeien in hun keuzes en verwerkingsproces.

Die jaren op de poli zijn voor mij een goede leerschool geweest om te ontdekken wat me te doen staat. Mijn vak draait om het begeleiden van mensen in de wereld van ziekenhuizen en behandelingen. Ik kan ze bij de hand nemen om hun eigen keuzes te maken. We kunnen immers zó veel in de zorg. Maar niet alles wat kan, moet.

Sinds kort ben ik manager bij het Centrum voor Zwangeren. Ik heb echt moeten nadenken: ga ik dit doen, stap ik uit de patiëntenzorg? Maar ik heb gezien dat belangen van patiënten en zorgorganisaties niet altijd parallel lopen. Om iets voor elkaar te krijgen, is het handig om mee te kunnen sturen. En dat kun je in de managementlaag. Hier ben ik op mijn plek om de vertaalslag te maken tussen wat ik zie op de werkvloer en de besluiten die worden genomen. De belangrijkste les die ik uit alles meeneem? Blijf de mens zien, want daar gaat het om. Altijd.'

'Ik ben het meest tevreden over mijn ontwikkeling in de rol van verpleegkundig specialist, de invulling van de functie, niet als halve dokter, maar echt een eigen invulling en daar ook de ruimte voor krijgen.'

Quote van een deelnemer aan het onderzoek naar positionering en professionele identiteitsontwikkeling van de verpleegkundig specialist, 2016

Yvonne ten Hoeve

Gezondheidswetenschappen - Verpleegkundig Onderzoek UMCG



Het goede
is niet
altijd het
medische
oplossen

'Wenny was 13. Hij was mijn vriendje. We zouden samen naar school fietsen en hadden afgesproken op een bospad waar we elkaar altijd tegenkwamen. Het werd steeds later en Wenny kwam niet. Ik weet nog goed hoe ik daar stond. 's Avonds vertelde mijn vader dat Wenny in het ziekenhuis lag. Hij had een ongeluk gehad, hij zou het niet gaan redden. Ik kan het nog voelen: de pijn, de onmacht.

Een paar jaar terug was ik op een congres over Positieve Gezondheid. Naast me zat een huisarts uit Meppel. Ze hoorde blijkbaar mijn Brabantse tongval en vroeg: 'Ga jij straks ook carnaval vieren?' Dat is een rare vraag voor iemand uit Meppel. Ze bleek uit het Brabantse dorp te komen van mijn overleden vriendje. Sterker nog, het was haar broertje.

Hoe raar moet het leven soms lopen om te duiden waarom je een bepaalde weg hebt afgelegd. Tussen Wenny's dood en de ontmoeting met zijn zus zat veertig jaar. De onmacht die ik toen voelde, is de onmacht die ik nu bij patiënten wil wegnemen. Maar dat wist ik toen nog niet. Die woorden kwamen later. Op het congres kwam alles samen. Alles wat ik had meegemaakt: als verpleegkundige en als Bert. En ineens wist ik wat de waarde was van die weg en wat me te doen stond.

In het medische is onze leidraad lange tijd geweest: je mankeert iets en dat gaan we voor je fiksen. Ik heb vaak meegemaakt dat je door die smalle blik één probleem oplost, maar dat je er talrijke voor in de plaats krijgt. Laatst nog meldde zich een oudere man met een liesbreuk. De arts zei: 'Die kunnen we zo voor u verhelpen.' Maar toen ik met de man in gesprek ging, bleek dat hij af en toe wat warrig was. En ik vroeg me af: wat betekent de narcose voor hem? Zal het hem lukken om rekening te houden met wat er even niet mag na de operatie? Moeten we deze man wel opereren nu? Het kan dan zijn dat je door het gesprek op een andere beslissing uitkomt.

Sommige collega's zeggen: maar ik stel toch persoonlijke vragen? Ik heb toch aandacht voor de patiënt en voor wie er naast hem staat? Maar dit gaat verder dan informeren of iemand bijvoorbeeld kinderen heeft en getrouwd is. Je wil weten wat ze voor hem betekenen en hoe het eerder is gelukt om problemen in het leven op te lossen – omdat die ervaringen helpen om ook de nieuwe situatie het hoofd te bieden.

We hadden laatst te maken met een echtgenoot van een vrouw met blaaskanker. Hij liet het afweten, terwijl hij zo hard nodig was. De irritatie begon te groeien op de afdeling waar ze lag. Maar niemand die aan hem vroeg: waarom ben je er nooit? Toen ik hem die vraag stelde, begon hij te huilen. Hij wilde niks liever dan er zijn. Maar ze hadden grote schulden en zijn vrouw kon nu niets bijverdienen. Dus reed hij als vrachtwagenchauffeur extra diensten om het hoofd boven water te houden. In het dossier staat nu wat er speelt. Iedereen houdt daar sindsdien zo veel mogelijk rekening mee. En het beeld van een afzijdige echtgenoot veranderde naar iemand voor wie hun bewondering en respect groeide.

Artsen zeggen vaak verbaasd: Bert, ik lees over mijn patiënten verhalen die ik helemaal niet ken. Ze zijn blij met die verhalen, omdat het goede niet altijd zit in medische oplossingen. Taal geven aan wat er speelt, aan wat belangrijk is, kan onmacht voorkomen. Alleen dan kunnen we duiden wat ons kwetsbaar maakt en wat we nodig hebben. Als patiënt, maar ook als professional.'



Trudy van Wijnen

VS AGZ – palliatieve zorg, Stichting Zorgcentra Rivierenland

Ik ben er voor de trage vragen

‘Sterven gaat niet altijd even mooi. Evenmin als geboren worden. Het gaat zoals het gaat. Het is dan ook best lastig om aan te geven wanneer ik mijn rol als verpleegkundig specialist goed heb vervuld. Als ik het sterven draaglijk heb kunnen maken. Als ik echt nabij was in wat iemand wenste. En als de nabestaanden verder kunnen met hoe het is gegaan. Ja, dat allemaal.

Laatst overleed in onze hospice een man van rond de zestig met prostaatanker. Hij had door een bijkomende heupfractuur heel veel pijn en die kregen we maar moeilijk onder controle. Je wilt dan weten wat die pijn zo erg maakt. Je weet ook: dat is vaak niet alleen het fysieke. Wat is bijvoorbeeld van invloed op hoe de man zijn pijn beleeft? Ziet hij nog kleur aan zijn dag? Of is er alleen het lijden?

De man miste zijn dochter. Dertig jaar geleden had hij haar voor het laatst gezien, toen het gezin na een scheiding uit elkaar viel. Door zijn alcoholgebruik was hij haar – en nog heel veel meer in het leven – kwijtgeraakt. Door breed te kijken, kregen we een steeds beter beeld van deze man en van wat voor hem van waarde was. Uiteindelijk is het ons gelukt om zijn dochter te vinden. Ze kon het niet opbrengen te komen, maar ze stuurde een kaart, met foto's van haar en de kleinkinderen die hij nog nooit had gezien. Ze schreef hem dat zij hem ook miste en dat ze hem niks kwalijk neemt.

Hadden we alleen klinisch gekeken, dan hadden we zijn zielenpijn over het hoofd gezien. Dan waren we de medicatie gaan ophogen, steeds meer en meer. Die zou niet alleen de pijn afvlakken, maar ook de emoties die de pijnbeleving verergerden. Maar door de kaart van zijn dochter kwam er rust: het was voor hem goed zo. En dat had veel invloed op hoe hij zijn pijn beleefde.

Juist in de palliatieve zorg moet je de mens in zijn totaliteit kunnen zien om het goede te doen. Daarom is iedereen ook zo hard nodig in het team. De verpleegkundige en verzorgende die de dagelijkse zorg dragen en zodoende heel veel signaleren. De arts met zijn klinische blik. En ik met mijn klinische én verpleegkundige achtergrond. Met elkaar komen we tot een effectieve behandeling. Zo help ik uitzoeken wat er speelt. Ik geef er de woorden aan en vertaal die naar wat er nodig is voor de medische behandeling en voor de verpleging.

Zoals laatst. We droegen zorg voor een breekbare, oudere man. Vanwege een luchtweginfectie wilde ik antibiotica voorschrijven. 'Nou,' zei de verzorgende tegen me, 'moet dat nou echt?' In dat soort situaties zijn trage vragen van grote waarde. Wat maakt dat de verzorgende dat zegt? Wat ziet zij en is nog niet eerder besproken? En dan blijkt dat de man tijdens het wassen steeds vaker zegt: ach meisje, ik ben zo moe, ik kan niet meer, het hoeft voor mij niet meer. Terwijl de verzorgende me dat vertelt, wordt me duidelijk waar de man is in zijn proces. In plaats van het recept uit te schrijven, ben ik bij hem gaan zitten: 'We maken ons wat zorgen over u.' En zo praten we over hoe hij denkt dat het de komende tijd verder moet gaan.

Het is bijzonder om iemand bij te kunnen staan in de laatste levensdagen. Je kunt dat stukje nooit meer overdoen. Ik denk vaak na over wat dit werk met mij doet. Het is vervullend, het is mooi. Sterven gaat niet alleen over de dood, het leert je ook veel over het leven.'

'Voor optimale patiëntgerichte zorg is het van belang dat we als professionals goed leren 'mentaliseren': hierbij interpreteren en verklaren we het gedrag van patiënten vanuit achterliggende 'mentale toestanden', zoals gedachten, gevoelens, verlangens, overtuigingen, motieven en behoeften. En natuurlijk passen we dit mentaliseren ook op onszelf toe! Zo kunnen we de communicatie en interactie met de patiënten verder verbeteren en ontstaat er goed begrip over en weer. Met betere uitkomsten van zorg tot gevolg.'

Berno van Meijel

Lector en bijzonder hoogleraar GGZ-verpleegkunde

Hogeschool Inholland, Amsterdam UMC (VUmv), Parnassia Groep



Jezelf de ruimte gunnen om meer te zien

'Ik begrijp wel waarom aanstormend verpleegkundig specialisten vaak in de medische modus schieten. Dat medische is nieuw, daar gaat hun aandacht naartoe. Bovendien denken ze meer gewaardeerd te worden om dat medische – want dat verpleegkundige konden ze al. Ik denk dat het andersom is. Het is de empathie en je aandacht voor de patiënt – in de meest brede zin – die maken dat je betekenisvol bent. Het medische is een bijzaak, waardoor je al dat andere veel beter kunt doen. Vaak gebruik ik voorbeelden uit de praktijk om studenten dat verschil te laten proeven.

Neem Rob. Zijn situatie ziet er niet goed uit: vanwege een zeldzame longziekte heeft hij niet lang meer te leven. Rob is getrouwd met Janneke en beiden zijn laagbegaafd. Hij heeft geen vertrouwen in de wijkverpleegkundige die in de gaten houdt of hij bijvoorbeeld wel de voorgeschreven pillen slikt – wat ik vanuit het ziekenhuis niet kan controleren. Ook het contact met de longarts is moeizaam. Rob leeft langer dan gedacht en dat geeft onrust. Hij zegt steeds: 'Ik zou toch dood gaan? Ze doen maar wat daar in het ziekenhuis.' Die onrust wordt gevoeld door Janneke. Ze is voortdurend verdrietig omdat hij straks doodgaat, terwijl hij er elke dag weer blijkt te zijn.

Tegen alle protocollen in ben ik op huisbezoek gegaan bij Rob, samen met de wijkverpleegkundige. Dat is heel ongebruikelijk als je in het ziekenhuis werkt. Wat bleek: Rob wist niet dat verpleegkundigen buiten het ziekenhuis ook echte verpleegkundigen zijn. Sindsdien doe ik samen met haar de begeleiding. Tijdens de afspraken die ik normaal gesproken telefonisch met

hem zou voeren, laat ik Rob en Janneke komen, omdat ze mijn uitleg anders moeilijk begrijpen. Ik neem de tijd, we drinken koffie. En ik vraag: wat is voor jullie belangrijk en waar kan ik jullie mee helpen? Inmiddels hebben we Rob en Janneke in een benedenwoning weten te plaatsen, omringd door een groot sociaal vangnet.

Dat brede kijken zit gewoon in me. Ik ben zelf opgegroeid in een achterstandswijk, ik weet hoe verschillende levensaspecten elkaar kunnen raken. Toen ik als wijkverpleegkundige op huisbezoek ging, ben ik voor een patiënt eerst brood gaan kopen. Want wie honger lijdt, moet eerst eten voor je samen iets kunt bereiken. Misschien moeten we wel veel vaker het ziekenhuis uit en op huisbezoek gaan om goed aan te sluiten op wat voor patiënten belangrijk is. Laatst liep er tijdens een beeldbelconsult een kat over het toetsenbord van de patiënt. Toen ik ernaar vroeg, werd ik gelijk aan de andere vier én de hond voorgesteld. Je weet dan gelijk wat belangrijk is in dat leven.

Als ik patiënten voor het eerst zie, doe ik altijd een voorstelrondje. Wie ben jij? Wie ben ik? Daar schrikken ze weleens van. Mijn studenten ook. Iemand als Rob komt dan wel als patiënt binnen, maar is ook gewoon mens. En daar wil je mee in gesprek zijn. Ik denk dat studenten het best spannend vinden om het persoonlijke aan te gaan. Ze moeten namelijk leren om binnen tijdkaders te werken. Als je dan iemand vraagt naar wat voor hem belangrijk is, kan je planning uit de hand lopen.

Ik geef studenten dan ook vaak mee: gun jezelf de tijd om die brede blik uit te proberen. Maak er eens een leerdoel van, en hou de afspraak voor ogen die je met jezelf daarover maakte. Experimenteren is juist leuk. En natuurlijk zal het misschien niet gelijk helemaal gaan zoals je wilt. Geen probleem. Zolang je de ander er niet mee schaadt. Ik heb ervaren dat je met die brede blik veel waardering van patiënten krijgt. En dat geeft enorm veel energie.'

'De
verpleegkundig
specialist?
Die denkt in
mogelijkheden
in plaats van in
beperkingen.'

Marieke J. Schuurmans

Hoogleraar Verplegingswetenschap, UMC Utrecht

Ook horen wat er niet wordt verteld

‘Het balletje begon te rollen door wat onze medisch manager van de ambulancedienst zei: ‘Ik kan wel verpleegkundig specialisten gebruiken, er komt zó veel op ons af.’ Dat was een paar jaar terug. We zagen in die tijd de spoedvraag enorm veranderen. Steeds vaker belden mensen 112 terwijl hun zorgvragen niet acuut waren. Ze konden bijvoorbeeld niet direct bij de huisarts terecht. Of ze belden omdat ze na ontslag uit het ziekenhuis complicaties hadden gekregen.

Ik werkte toen als ambulanceverpleegkundige en ik dacht: hier ligt een kans. Ik was al even op zoek naar hoe ik verder wilde in mijn vak. Ik miste de diepgang. Toen ben ik de opleiding voor verpleegkundig specialist gaan doen, en daar werd ik gegrepen. In al het acute en medische was ik bijna ‘vergeten’ hoe breed gezondheid en ziekte is. Hiér was ik naar op zoek.

Als verpleegkundig specialist word ik als vliegende keep ingezet bij acute situaties én in situaties die minder acuut zijn. Die vragen dan ook om een andere benadering. Zoals gisteravond, toen een vrouw in flink beschonken toestand was gevallen op straat. Daar had ik louter medisch naar kunnen kijken: intoxicatie alcohol, ontzuurden, ontwateren, klaar. Maar ik probeer dan contact met haar te krijgen en te achterhalen wat er aan de hand is. Zijn er mensen in de buurt die zich over haar kunnen ontfermen? Is ze misschien bekend bij de verslavingszorg of de politie? Alle informatie die relevant kan zijn, verzamel ik om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen.



Toen ik thuiskwam, merkte ik dat het voorval me nog even bezighield. Het ging om een hoogopgeleide vrouw die totaal aan lagerwal was geraakt. Je vraagt je af wat er mis is gegaan in dat leven. Steeds meer word ik me bewust van de vele factoren waardoor iemand in de problemen kan raken. En er zijn dus ook veel factoren die kunnen helpen om er weer uit te komen. Zonder brede blik zul je die oplossingen niet zien. Ik weet nu ook beter waar ik naar moet kijken, zonder gehinderd te worden door de protocollen waaraan ik als ambulanceverpleegkundige gehouden was.

Ik neem dan ook zo veel mogelijk de rust om bij de patiënt te gaan zitten en hem te vragen: wat is voor jou nu belangrijk, wat wil je? Ik vind het belangrijk om contact te maken, de mensen even in de ogen te kijken. Om door te vragen en ze echt goed te verstaan. Om tussen de regels door te horen wat juist niet wordt verteld. En om ruimte te maken voor mensen zodat ze zelf kunnen duiden wat ze nodig hebben. Steeds ben ik op zoek: waarom speelt dit, waarom speelt dit nú, en wat kan ik doen om aan te sluiten bij wat juist voor deze persoon belangrijk is?

Met wat ik zie, kan ik de huisarts helpen om zicht te krijgen op wat er schuilgaat achter complexe vraagstukken. Ik kan problemen wegvangen die anders bij de spoedeisende hulp terechtgekomen zouden zijn. Daarbij is het soms zoeken: hoe breed of diep vraag je door? Want met de informatie die je ophaalt, moet je ook iets. Dat is altijd opnieuw je afweging maken. Zo was ik laatst bij een jonge vrouw thuis die niet meer aanspreekbaar was, maar wel ademde. De sfeer in het gezin was beladen en alles wees op een paniekaanval. Wat speelde er dat zij zo in paniek was geraakt? Was hier meer aan de hand?

De verantwoordelijkheid die je draagt is groot. In deze rol ben ik nog alerter, zodat ik meer zie. En dat heeft mijn werk mooier en betekenisvoller gemaakt.'

'In de zorg mogen we nog meer uitgaan van de wensen van onze patiënten. Wat is belangrijk en hoe kan behandeling hieraan bijdragen? Verpleegkundig specialisten zijn bij uitstek degenen die "samen beslissen" in de zorg verder kunnen brengen.'

Bianca M. Buurman

Hoogleraar Acute Ouderenzorg, Lector Transmurale Ouderenzorg HVA



Nooit
genoegen
nemen
met wat je
denkt te
zien

'Op de forensische polikliniek waar ik werk, komen mensen die veroordeeld zijn en bij wie de rechter een behandelverplichting heeft opgelegd. Je kunt je voorstellen dat daar gelijk het spanningsveld zit. Hoe werk je met een cliënt die zelf geen hulpvraag heeft? En die vaak alleen maar met je komt praten omdat hij anders de gevangenis in moet. Dat doe ik door zo veel mogelijk zonder oordeel het gesprek aan te gaan. Ik stap binnen als mens, waardoor ik eerder de mens achter de misdaad of stoornis ontmoet.

Dit is zoals ik ertegenaan kijk: iedereen wordt als baby geboren en vanaf dat moment ontwikkelt zich gedrag – en mogelijk ook een stoornis. De mensen die ik behandel, zijn vaak in de kern heel angstig of onzeker. Ze hebben zichzelf allerlei manieren aangeleerd om de wereld op afstand te houden – soms op een heel gewelddadige manier. Anderen vinden dat ze zich van alles kunnen toe-eigenen omdat hen in het leven al zoveel ontnomen is.

Neem Gerard. Hij is veroordeeld en heeft – psychiatrisch gezien – een heel waansysteem ontwikkeld. Hij wordt voortdurend gevolgd, overal hangen camera's. Hij voelt zich constant opgejaagd. Na een aantal gesprekken blijkt dat hij een gewoon leven had, zoals jij en ik. En dan ontspoord het gaandeweg. Zijn ouders overlijden. Zijn huwelijk spat uit elkaar. Zijn steunpilaren vallen weg. Hij raakt angstig en eenzaam. Dan komt er gedoe over de kinderen – die hij vervolgens ook kwijtraakt.

Medicijnen wil hij niet, want hij is niet gek, zegt hij. En het bijzondere is: terwijl je hem hoort praten, krijg je een heel ander beeld van zijn stoornis. Je begrijpt dan dat hij voortdurend alert moet zijn omdat alles hem is afgepakt. Als mensen hem in zijn wanhoop niet begrijpen, wordt hij gelijk agressief. En alles wat hij doet, doet hij om zichzelf te beschermen en overeind te houden. Vooral op de momenten dat hij overspoeld wordt door het gemis van zijn kinderen en zijn enorme eenzaamheid.

We kunnen Gerard natuurlijk weer vastzetten omdat hij mensen bedreigt en de behandelrelatie verstoort. We kunnen hem medisch gezien diagnosticeren met een waanstoornis. Maar we kunnen ook meer verpleegkundig kijken. In hoeverre wordt zijn stoornis gevoed door dagelijkse gebeurtenissen, zoals gebrek aan zingeving? We kunnen hem vragen: wat is er met je gebeurd, Gerard? En wat is voor jou belangrijk nu? Want door oog te hebben voor zijn wensen en voor de bouwstenen waarop zijn leven zich heeft ontwikkeld, lukt het beter zijn verhaal te begrijpen. En om samen te zoeken naar hoe hij het leven veilig en betekenisvol kan leven.

Sommigen vragen me: hoe kun je de mens zien achter moord en doodslag? Omdat hij – buiten alles – ook mens is. Een mens die tot daden is gekomen doordat het leven te complex bleek, om welke reden ook. Zo sta ik in het leven. Samen met de cliënt zoek ik naar wat belangrijk is, wat het leven zo complex maakt, wat hem raakt en waar zijn kracht ligt. Zo heb ik een fors getraumatiseerde man in behandeling die al 25 jaar cocaïneverslaafd is. Hij wil toch een goede vader kunnen zijn voor zijn zoon. Dus kijken we met hem: hoe hanteer je de pijn in je leven en je cocaïnegebruik, zonder je vaderrol te verliezen?

Ik ben altijd op zoek naar mogelijkheden, binnen de grenzen. De verpleegkundigen die ik opleid tot verpleegkundig specialist ggz, geef ik ook altijd mee: neem nooit genoegen met wat je denkt te zien. Kijk verder. Het is als een caleidoscoop. Steeds als je de moeite neemt om te draaien, zie je door de veranderende lichtinval in iedereen ook iets moois.'

Het beste in mensen naar boven halen

‘Mijn ouders hadden al vaker een balletje opgegooid: waarom kom je niet bij óns werken? Ze hadden een arbodienst en ik dacht: no way. Ik kon met geen mogelijkheid bedenken wat ik dáár te zoeken had.

Toch kwam er een moment dat ik het moest uitproberen van mezelf. Dat was toen de rode draad in mijn leven zichtbaar werd. Overal waar ik werkte, zag ik hoe de zorg beter en doelmatiger kon, maar steeds voelde ik me daarin tegengehouden. Al binnen een week viel alles op zijn plek. Ik word er blij van om mensen verder te helpen die vanwege gezondheidsklachten uit het arbeidsproces dreigen te vallen.

Zelf heb ik ooit op hun stoel gezeten en ervaren hoe zo’n gesprek kan gaan. Het gaat al snel over medische zaken en over wat er moet gebeuren. Maar er is zoveel meer om te bekijken en te bespreken. Dat hoor ik ook vaak terug van mensen die op mijn spreekuur zijn geweest. Dat het fijn is om in alle openheid en kwetsbaarheid op zoek te gaan naar wat er speelt en naar wat kan helpen. Ik kan tegen mensen zeggen: ‘Ik zie dat je het moeilijk hebt. Wat komt er allemaal op je af? Kun je het er thuis over hebben? Red je je financieel? Wat is voor jou nu het allerbelangrijkste?’ Die vragen maken het verschil.

Het belangrijkste in zo’n gesprek is niet oordelen. Dat heb ik uit de verslavingszorg meegenomen waar ik werkte. Daar heb ik ervaren hoe snel je een mening kunt hebben over iemand en hoe feilloos mensen het aanvoelen als je ze ziet als gefaald. De samenwerking is dan kansloos. Zonder respect kan je de ander niet helpen.



Zelf werk ik het liefst met mensen die te kampen hebben met ernstige gezondheidsproblemen en mensen die zichzelf zo voorbijgelopen zijn dat ze hun leven niet meer op de rit krijgen. Door mijn medische kennis kan ik in kaart brengen wat er speelt en wat er kan. Terwijl mijn verpleegkundige achtergrond helpt de juiste dingen te vragen en te doen. Daardoor kunnen zij zelf ontdekken wat hen helpt in deze lastige situatie. Als je geen oog hebt voor de hele mens, blijven ze langer ziek. Zo simpel is het.

Verpleegkundig specialisten hebben in de arbowereld geen eenvoudige positie. Wij vallen onder de arbowet, waarin alleen de bedrijfsarts staat genoemd. Voor je het weet ben je dan – als verlengde arm – alleen uitvoerend bezig. Maar je hebt als verpleegkundig specialist alles in huis om op het snijvlak van medisch en verpleegkundig het voortouw te nemen. Jij kan je juist het hoofd breken over wat er aan de hand is. Jij kan juist de zoektocht met mensen aangaan, zodat zij hun situatie kunnen verbeteren – binnen wat er medisch mogelijk is.

Wat ik nooit had kunnen bedenken: ik heb de arbodienst overgenomen van mijn ouders. Acht mensen heb ik inmiddels in dienst. Mijn ouders zijn supertrots, vooral ook omdat ik er op mijn eigen manier invulling aan geef. Zo vind ik het belangrijk om me in te zetten voor de verbeteringen in de arbozorg, zodat mensen die uitvallen alle kansen krijgen te ontdekken wat goed voor ze is.

Een paar weken geleden heb ik een tatoeage laten zetten, aan de binnenkant van mijn onderarm. Het is het verpleegkundig symbool. Ik wist al jong dat ik verpleegkundige wilde worden; iemand die het goede in mensen naar boven haalt. Ik word daar gelukkig van, dit werk doe ik met mijn hart. De tatoeage helpt me daaraan herinneren. Elke dag weer.'

'De verpleegkundig specialist heeft het helemaal waargemaakt als spil in de gezondheidszorg. Heel bijzonder om te zien hoe goed ze zijn, hoe ze alles overzien en de patiënt als een totaal en volledig mens beschouwen. Ze zijn het ontbrekende puzzelstukje dat de zorg zoveel beter maakt.'

Marian J. Kaljouw

Voorzitter raad van bestuur Nederlandse Zorgautoriteit



Kijken naar wat
iemand zelf kan
doen om zijn
situatie te
doorbreken

'Toen ik als verpleegkundige stage ging lopen in de psychiatrie, voelde ik gelijk de nieuwsgierigheid. Al die verschillende mensen met hun verhalen. Hoe zijn ze geworden wie ze zijn? Hoe gaan ze om met wat ze op hun levenspad tegenkomen? Die verwondering is nooit verdwenen.

Jongeren doen me veel. En dan vooral de jongeren met verslavingsproblematiek. Niet alleen omdat zij vastlopen op zo'n jonge leeftijd. Maar ook omdat je weet dat zij later als ouder hun verslaving kunnen 'overdragen' aan een volgende generatie. Ik wil dat helpen voorkomen door op een zo vroeg mogelijk moment te doen wat hen het meest krachtig en weerbaar maakt.

Toch is het best een puzzel om te ontdekken waarin zij vastgelopen zijn en waar je ze het best mee kunt helpen. Je moet bij hen vooral niet aankomen met oplossingen die niet van henzelf zijn. Juist hun intrinsieke motivatie om het anders te doen, vergroot de kans dat ze uit hun situatie komen. Het beste wat ik kan doen, is hen helpen hun eigen keuzes te maken. Maar het spannende is: op die leeftijd is hun identiteit vaak niet goed ontwikkeld en belemmert de verslaving hun ontwikkeling. Ze weten vaak nog niet goed wie ze zijn en wat ze willen. Dus moet je daar met elkaar naar op zoek en samen een plan trekken.

Zo heb ik Martin van 22 in behandeling. Hij was verslaafd aan harddrugs, en het is hem gelukt om te stoppen. Mooi, doel bereikt! Zou je denken. Maar als we voorbij de verslaving kijken, hoe gaat het dan écht met hem? Zo bleek dat hij zich had teruggetrokken in een klein wereldje. Al pratende kwamen we op het spoor wat hij echt wil en wat hem gevangen houdt in zijn situatie. Er bleek een angststoornis onder te zitten. We zetten nu samen stappen naar een gezonde leefstijl. Inmiddels laat hij weer de hond

uit. Hij helpt zijn vader in de zaak. Werkt aan zijn conditie door te gaan hardlopen. En hij oriënteert zich op een studie. Op allerlei levensterreinen vindt hij gaandeweg zichzelf verder uit.

Omdat ik als verpleegkundig specialist ook medicatie mag voorschrijven, zie ik dat mijn collega's daarvoor geregeld een consult bij mij inplannen. Ze zetten er bijvoorbeeld bij: 'graag met cliënt in gesprek gaan over slaapmedicatie'. Dat maakt het voor mij lastig, omdat dit gelijk verwachtingen schept. Natuurlijk heb ik medicamenteuze opties, maar ik zie het als mijn taak om te kijken of er voorliggende interventies zijn en wat iemand zelf kan doen om zijn situatie te doorbreken. Dus ga ik op zoek naar de puzzelstukken die daarbij een rol spelen. Zeker bij jongeren en hun verslavingsgevoeligheid is dat belangrijk. Middelen maskeren emoties en weerstanden die bij het leven horen.

Ik kan me niet voorstellen dat ik níét breed zou kijken. Ons klinisch redeneren beziet namelijk alle leefgebieden. Dat is ons vak. In het leven van deze jongeren is er vaak veel gedoe. Er speelt van alles thuis, op school of in de vriendenkring. Herstellen doe je in die context, dus wil je weten waar zich risico's voordoen en welke kansen er liggen. Ook het stigma rond hun verslaving en psychische problemen helpen niet mee. Zo vinden ouders het dikwijls lastig om onze instelling binnen te lopen. Want daarmee bevestigen ze wat ze liever niet weten: mijn kind is verslaafd. Ook daar moet je wat mee.

Het mooie van dit vak is dat je veel kan en veel mag, juist omdat je de verbinding kunt leggen tussen het medische, verpleegkundige en psychologische. Eigenlijk had ik destijds niet kunnen bedenken dat ik hierop zou uitkomen. Maar dit werk past bij mij. Naadloos.'

Het mooiste
wat je
kunt geven
is de ander
écht zien



'Zo zag ik Renate: stoer en stevig, met haar te vroeg geboren kindje in de armen. Ze was voortdurend vrolijk en deed enorm haar best. Maar ik weet dat veel moeders zich schuldig voelen omdat ze het kind niet lang genoeg bij zich konden dragen. Dus ik vroeg Renate: 'Hoe gaat het met je? We weten van andere moeders hoe groot de impact kan zijn van een vroeggeboorte.' Toen zag ik het verdriet dat ze me eerder niet kon laten zien. En gaandeweg kwamen de woorden: 'Ik voel me onzeker. Alles in me is zo onrustig. Doe ik het wel goed?'

In dit ziekenhuis vinden elk jaar 3.500 bevallingen plaats. Als baby's in de problemen raken, geef ik verpleegkundige én medische zorg: de meerwaarde zit in die combinatie. Zo kan ik een baby reanimeren. Maar ik heb tegelijkertijd ook oog voor de moeder die haar borstvoeding op gang moet zien te krijgen na zo'n stressvolle gebeurtenis. Ik leg de baby na de reanimatie dan ook zo snel mogelijk bloot op de huid van de moeder. Want ik weet uit onderzoek: dat is goed voor hen allebei.

Vaak zeg ik: ik ben er voor de baby, maar het hele gezin is mijn patiënt, want daarin is dit kind geboren. De ouders zijn de experts, al is het kindje nog maar een dag oud. Ik wil dat zij zich vrij voelen om te doen wat zij belangrijk vinden, terwijl ik ze door deze moeilijke ziekenhuisperiode help. Je moet je voorstellen dat het kind zich in het ziekenhuis al volop aan het ontwikkelen is. Daar komt bij dat de meesten hier voor het eerst vader en moeder worden. Ze kijken dan voor advies al snel naar de artsen en verpleegkundigen om zich heen. Ik vraag dan: 'Hoe ga je uit verschillende adviezen dat ene pikken dat bij jou en jouw kindje past?' Die vraag maakt hen sterker.

Ik vind het fijn om dat medische en verpleegkundige met elkaar te verbinden. Zo doe ik lichamelijk onderzoek en beluister ik hart en longen van het kind. Maar vroeggeboren baby's zijn niet gewend aan prikkels in hun omgeving. Dus als je de stethoscoop op het huidje zet, raakt het kind onmiddellijk in de stress. Ik leer de moeders dan wat ik zelf ook heb geleerd door goed te kijken. 'Kom,' zeg ik dan, 'maak eerst je baby eens voorzichtig wakker.' Dan vraag ik haar om haar handen stevig om de billetjes en rond het hoofd te leggen. Pas in de veiligheid van de moeder onderzoek ik het kind. En voelt zij tegelijkertijd hoe ze haar kind kan koesteren.

Renate zei op een gegeven moment: 'Mijn hoofd zit zo vol, ik kan niet meer voelen.' Toen liet ik Renate haar kindje vasthouden, huid op huid, zodat het tobben stopte en het hart kon voelen. Ik zal niet snel een moeder pushen om iets te doen. Het zal haar ongemakkelijk maken, en ook dat voelt het kind. De kans neemt dan ook toe dat ouders onzeker raken en zich minder goed weten te redden als ze weer thuis zijn.

Ik vraag me weleens af waarom ik de dingen zo vol overgave doe. Uit ervaring weet ik hoe belangrijk het is om in een moeilijke situatie echt gezien te worden. De ander werkelijk zien is het mooiste wat je de ander kunt geven. Juist in die verbinding kunnen mensen helen. Daar geloof ik echt in, ik zie het gebeuren.'

Nawoord

Laatst hoorde ik een oudere dame in het ziekenhuis zeggen: 'Iedereen is de hele dag met mij bezig, maar niemand ziet mij.' Na het lezen van deze prachtige verhalen weet ik zeker dat zij niet jullie, de vertellers, heeft ontmoet in de zorg. Want hoe vaak komt in jullie verhalen niet juist dit 'iemand écht zien' voor! Vaak noemen jullie het zelfs letterlijk.

Écht gezien worden is een diepe behoefte van ieder mens en als je echt gezien wordt, is dat een geschenk. In het gezien worden, word je geraakt in iets centraals in jezelf, namelijk in 'wie je in wezen bent'. Daarom is de titel van dit boekje zo goed gekozen: *Worden wie je bent*.

Toch vond ik deze titel ook even wat gewaagd. Want Nietzsche heeft volgens mij niet bedoeld of je een goede verpleegkundig specialist (in jullie geval) wordt, maar of je jouw individualiteit als mens ontwikkelt. Jij met je unieke identiteit, die vervolgens een vak kiest, omdat dat vak jouw hart aanspreekt. Omdat je in dat vak lichtjes in je ogen krijgt.

Wat mij betreft hebben jullie dat wat Nietzsche voor ogen had in je verhalen meer dan waargemaakt. Een aantal keren komt een vraag die bij de titel hoort – namelijk of je op je plek en op je spoor zit – letterlijk aan de orde. En neemt de betreffende verteller ook besluiten die passen. Een gewaagde titel dus, die vervolgens prachtig tot uitdrukking is gebracht.

Er is nog een andere reden waarom deze titel mij zo aanspreekt. Door je basis te vinden in je eigen individualiteit en te gaan voor wat voor jou van waarde is, boor je ook een sterk gezondmakende kracht in jezelf

aan. Zelf blijf ik onder de indruk van de verhalen van psychiater Viktor Frankl, die in het concentratiekamp met eigen ogen zag hoeveel invloed het wel of niet gaan voor de persoonlijke zingeving had op de veerkracht en de overlevingskansen van mensen. Het alléén bepaald zijn door hun beroepsidentiteit bleek mensen kwetsbaar te maken. Na de oorlog ontwikkelde Frankl een therapie om mensen te helpen hun persoonlijke zingeving te vinden.

En dat is nu precies waar jullie, vertellers, in je werk op uit zijn: de aandacht opbrengen om te horen wat voor déze patiënt belangrijk is. En daarmee de patiënt dus écht te zien. Zo in je werk staan maakt jezelf gezond, en doordat je de patiënt echt ziet, versterk je ook haar of zijn gezondheid.

Een laatste verzuchting moet ik nog wel kwijt. Ik lees dat jullie deze kwaliteit – aandacht kunnen geven, náást werken met je medische kennis – bij uitstek vinden passen bij het beroep van verpleegkundige. Ik herken dat ook echt. Maar ik ben van mening dat deze kwaliteit van aandacht, die jullie zo mooi beschrijven, eigenlijk zorgbreed volstrekt vanzelfsprekend zou moeten zijn. Ik hoop dat jullie, en nu bedoel ik álle verpleegkundigen, willen meehelpen om anderen hiertoe te inspireren. Dit boekje draagt hieraan in ieder geval zeer krachtig bij!

Machteld Huber

Grondlegger van het gedachtegoed Positieve Gezondheid

Colofon

Initiator

Geeske van der Weerd, Paterswolde

11 persoonlijke verhalen

Cecile Vossen, Buren

Fotografie

Robroek Photography, Born

Grafisch ontwerp

Hermen Grasman Ontwerp, Haren

Druk

Zalsman, Groningen

Uitgave

V&VN VS

Utrecht, januari 2021

Teksten overnemen uit deze publicatie is toegestaan, mits je de bron duidelijk vermeldt.

Dank

Deze uitgave is tot stand gekomen dankzij de financiële steun van:

V&VN VS

Opleidingsinstelling GGZ-VS, Utrecht

Hogeschool InHolland, Domein GSW, Masteropleiding ANP, Amsterdam

Fontys Hogeschool Mens en gezondheid, Eindhoven en Tilburg

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Masteropleiding ANP, Nijmegen

Hogeschool Leiden, faculteit gezondheidszorg, Leiden

En dankzij de inzet van:

Bert van Rixtel, VS AGZ, UMC Utrecht

Elfi Rookhuizen, VS GGZ, opleider VS, Arkin

Pascale Rollé, VS GGZ, criminoloog, opleider VS, GGZ-Eindhoven

Suzanne Willems, VS AGZ – ouderenzorg, huisartsenpraktijk AlettaZorgt

Guus Pauka, vakfotograaf en productiebegeleider

worden wie je bent

Het beroep verpleegkundig specialist is relatief nieuw. Dus is het niet zo verwonderlijk dat ons vak zich gestaag verder ontwikkelt. Maar waar ligt ons hart? Wat is onze toegevoegde waarde? En waarom zijn we zuinig op onze brede blik en verpleegkundige identiteit? Lees het in de persoonlijke verhalen van elf collega's.