

Jeroen Hendriks over zijn lezing op CarVasZ 2024

‘Integrated care vormt het hart van de gezondheidszorg, nu en in de toekomst’

Op een nazomerse middag spreek ik in Roermond met Jeroen Hendriks, de voormalige voorzitter van de NVHVV en tegenwoordig hoogleraar Cardiovascular Nursing in Adelaide, Australië. Aanleiding voor onze ontmoeting is het komende CarVasZ-congres, waar hij de openingslezing zal verzorgen. Die gaat over zijn grote passie, de Integrated Care en de rol van verpleegkundigen daarin. “Zij spelen een cruciale rol, naast de artsen maar zeker ook de patiënten en hun naasten. Die driehoek moet nauw samenwerken.”

Maja Haanskorf, eindredacteur Cordiaal

CV Jeroen Hendriks



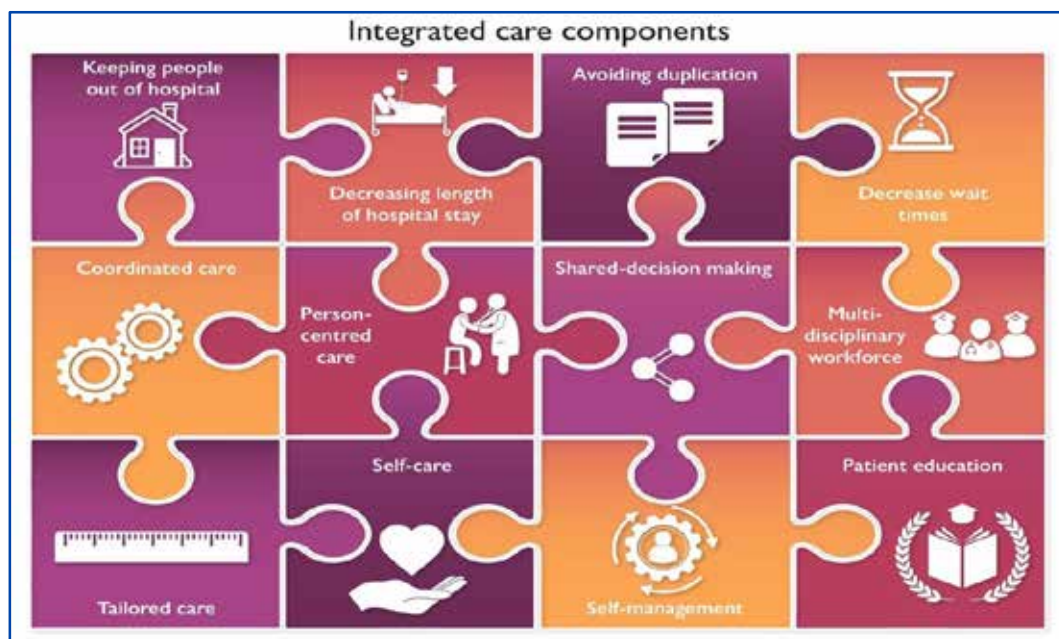
1998: HBO-V, Sittard
2003: Gezondheidswetenschappen, Universiteit Maastricht
2007: Post-HBO opleiding hart- en vaatverpleegkundige, Hogeschool Utrecht
2013: Promotie: integrated care voor patiënten met atriumfibrilleren, Maastricht UMC

2014: Post-Doc, Linköping University, Linköping, Zweden

2015: Verhuizing naar Adelaide, Australië

2020: Hoogleraar Cardiovascular Nursing, Adelaide, Australië

“Een verpleegkundige in de huidige tijd is op de toekomst voorbereid”, zo luidt de titel van de lezing waarmee Jeroen Hendriks (1975) dit jaar het CarVasZ-congres opent. En die toekomst staat in het teken van ‘Integrated Care’, daar laat Hendriks geen misverstand over bestaan. In zijn lezing zal hij ingaan op innovaties waar hij in zijn werk als hoogleraar Cardiovascular Nursing in Adelaide, Australië bij betrokken is. En natuurlijk neemt de rol van de verpleegkundige een centrale plaats in, want “daar liggen mijn wortels, ik ben immers ooit als verpleegkundige in Maastricht begonnen”, zegt hij met onmiskenbare trots in zijn stem. “Verpleegkundigen zijn zo belangrijk, ik zie het als mijn taak om hen te enthousiasmeren, vooral degenen die in hun vak gedemotiveerd zijn geraakt of dat dreigen te worden, omdat bijvoorbeeld de werkdruk te hoog is geworden.” Die taak is Hendriks op het lijf geschreven.



Figuur 1. Integrated Care

In het Roermondse etablissement waar we elkaar spreken, veert hij rechtop in zijn stoel. “Er zijn tegenwoordig veel meer mogelijkheden voor verpleegkundigen om zich verder te ontwikkelen en juist integrated care kan daaraan bijdragen. Durf ook je kansen te pakken, zeg bijvoorbeeld tegen een arts dat je een idee hebt dat je wel zou willen uitvoeren en vraag hoe je dat samen, multidisciplinair kunt aanpakken. Of dat nu om onderzoek gaat of een kwaliteitsverbeterproject op de afdeling, want artsen en verpleegkundigen hebben elkaar nodig”, zegt hij stellig. En hij kan het weten, want als er nou iemand het levende voorbeeld is van een verpleegkundige carrière, dan is het Hendriks wel. (met een brede lach) “Na mijn CITO-toets kreeg ik destijds te horen ‘waar gaat dat naartoe’. Blijkbaar heb ik daarna ergens het licht gezien en dat is niet meer gedoofd.” Het leidde tot een promotie in de gezondheidswetenschappen over het thema integrated care binnen het Maastricht Medisch Centrum en vervolgens tot zijn hoogleraarschap aan de Flinders University en het Royal Adelaide Hospital, waar hij onderzoek en praktijk op een unieke manier combineert. En passant was hij ook nog voorzitter van de NVHVV en redactielid van de *Cordiaal*.

Voel je je nog verbonden met de NVHVV en het beroepsveld in Nederland?

“De *Cordiaal* blader ik altijd door als ik voor vakantie thuis ben in Sittard. Ik merk wel dat ik na tien jaar Australië minder goed op de hoogte ben. Hoewel, met mensen die ik ken uit mijn tijd bij de NVHVV, heb ik al afgesproken voor een soort reunitie tijdens CarVasZ, daar verheug ik me erg op. En ik vind het fantastisch om daar de openingslezing

‘Het idee van ‘mag ik een kijkje nemen in je keuken’ leert je relativeren en verruimt je blik’

te mogen verzorgen. Ook al klagen we wat af, per slot is de gezondheidszorg in Nederland goed geregeld. Daar ben ik me juist door mijn verblijf aan de andere kant van de wereld sterk van bewust geworden. Ik denk dat het voor iedereen goed zou zijn om eens in een andere omgeving te kijken en werken, of dat nu in een ander land of andere stad in eigen land is. Het idee van ‘mag ik een kijkje nemen in je keuken’ leert je relativeren en verruimt je blik.”

Je bent intussen een expert op het terrein van de integrated care. Wat is de kern hiervan?

“Het is een veelomvattende, holistische kijk op zorg, waarbij vier pijlers met elkaar verbonden zijn. De eerste pijler draait om de patiënt, de persoonsgerichte zorg. De tweede gaat over het multidisciplinair samengestelde team van professionals en de derde over de toepassing van technologie, zowel voor de patiënt als de professional. De vierde pijler is de zogenaamde ‘comprehensive care’ die veelomvattend is, want daaronder vallen zaken als leefstijl, comorbiditeiten en risicofactoren.”

Laten we de pijlers eens doornemen. Hoe zou persoonsgerichte zorg eruit moeten zien?

“Om te beginnen moet de patiënt centraal staan. Wat heeft die nodig, wat zeggen de richtlijnen erover en hoe kun je dit



voor iedere patiënt persoonlijk maken. Voor de ene patiënt is wellicht de keuze voor medicatie het meest geschikt, terwijl voor een andere patiënt een operatieve ingreep beter is. Voorop staat dat het geen eenrichtingsverkeer is, van arts/verpleegkundige naar de patiënt, maar dat het een interactief proces is, waarin samen besluiten worden genomen. In dit proces moeten ook risicofactoren en leefstijl aan bod komen, en in de aanpak hiervan dient de patiënt een actieve rol te hebben om te komen tot goede resultaten.”

Wat betekent dit voor het team van professionals, de tweede pijler?

“Er zijn significante rollen voor verpleegkundigen en allied professionals, zoals fysiotherapeuten, diëtisten en apothekers. Samen met de patiënt kunnen ze de beste zorg voor hem of haar inrichten. Vraag bijvoorbeeld eens aan een patiënt die veel medicijnen tegelijk slikt of het zou helpen als hij eens met de apotheker ging praten. Je moet altijd alert zijn op de wensen van de patiënt.”

Dat klinkt mooi, maar je gaat dan wel uit van een mondige patiënt en niet iedere patiënt is dat.

“Nee, maar toch probeer ik altijd iedere patiënt aan boord te krijgen. Een gesprek begin ik steevast met de vraag ‘hoe gaat het met je’. En dan niet als het terloopse ‘how are you’, maar als een oprechte vraag. Je krijgt dan bijvoorbeeld als antwoord ‘het gaat wel, maar ik heb pijn in mijn knieën’. Het is voor die patiënt belangrijk om daarover te kunnen praten, want dat is blijkbaar op dat moment zijn hoofdprobleem. Pas daarna kun je het hebben over zaken die je samen wilde bespreken. Geletterdheid speelt ook een rol, niet iedereen begrijpt alles. Je kunt dan familie/mantelzorgers erbij betrekken. Meestal lukt het wel de patiënt tot iets te



Andersom spraken verpleegkundigen met patiënten die uit Amsterdam kwamen in Limburgs dialect. Dat werkte evenmin. Het beleid werd toen om patiënten altijd eerst te benaderen in het Nederlands en alleen dialect te gebruiken bij Limburgse patiënten. Die vonden dat fijn, ze kwamen 'op visite'."

Voor deze aanpak is meer tijd nodig. Hoe doen we dat?

"Dat is zo, maar je moet kijken naar de langere termijn. De komende vijftien jaar zullen er meer patiënten komen en minder personeel. De prevalentie schiet omhoog, onder andere door comorbiditeiten, en personeel wil minder werken of is gewoonweg niet beschikbaar. Daar moet je iets op verzinnen. Mijn visie is dat we patiënten moeten 'opleiden', zodat ze meer zelfzorg kunnen verrichten en zelf verantwoording kunnen nemen voor hun ziekte. Denk aan patiënten met atriumfibrilleren, ze moeten leren inzien dat bijvoorbeeld roken en weinig bewegen niet goed zijn en dat ze dat moeten aanpakken. Door aanpassingen in leefstijl investeren patiënten zelf in het verminderen en voorkómen van comorbiditeiten, en dus ook het atriumfibrilleren. Het eindresultaat is dat een patiënt alleen nog naar het ziekenhuis komt als hij met echte vragen en problemen zit en niet bij ieder pijntje."

Wat betekent deze aanpak voor zorgverleners?

"Het personeel moet worden meegenomen in deze nieuwe manier van denken. Anders loopt het over vijftien jaar fout. Ik las dat de wachttijden voor een pacemaker al zo lang zijn, dat je het dan bijna niet meer nodig hebt en de gevolgen desastreus kunnen zijn. Dat kan natuurlijk niet, dus we moeten nu iets doen. Als patiënten 'opgeleid' zijn, moet je ook de vraag stellen of een patiënt nog thuishoort in het ziekenhuis of dat preventie wellicht kan plaatsvinden in de huisartsenpraktijk. Dat pleit er ook voor om thuiszorg te betrekken bij de integrated care: samen kijken wanneer een patiënt over kan stappen naar thuiszorg."

Welke rol speelt de technologie en hoe zal die zich ontwikkelen?

"De patiënt heeft nu al te maken met smartphones en telemetrie. Die zijn behulpzaam bij zaken als leefstijl en een goed dieet. Voor zorgverleners is er zogenaamde 'decision support technology', zoals een app met in het kort de richtlijnen. We moeten ons richten op wat de zorgverlener nodig heeft om de patiënt goed te kunnen begeleiden. We zitten eigenlijk nog in het beginstadium, de technologische ontwikkeling gaat zeker nog door, het is geen 'ver van mijn bed show' meer. Ook verpleegkundigen moeten ermee leren werken. Dat kost in het begin wellicht meer tijd en werk, maar dat wordt later minder."

Heb je hier al een voorbeeld van?

"Ja, de 'TeleCheck-AF' is een mooi voorbeeld. Geboren uit nood tijdens de coronaperiode, waarin patiënten niet naar het ziekenhuis konden komen. Die is ontwikkeld in het Maastricht UMC en daar geïntegreerd in de dagelijkse praktijk. Patiënten kunnen zelf hun hartritme meten via een app op hun mobiele telefoon, en de behandeling wordt vervolgens via telehealth aangeboden. Het VGZ heeft het gebruik ervan gehonoreerd, zodat het wordt vergoed door de verzekeraar. Intussen is het ook in Adelaide geïmplementeerd."

activeren, in begrijpelijke taal, zoals 'je hebt maar weinig beweging, misschien kun je eens een rondje lopen'."

Wat heb je wat dat betreft in Australië geleerd?

"Dat het bij integrated care van groot belang is om dezelfde taal te spreken en je aan te passen aan de cultuur van de ander. Bij aboriginals, de inheemse bewoners van Australië, moet je geen moeilijk taal gebruiken en procedures beschrijven, maar praten in beelden. Zij tekenen bijvoorbeeld een hartje en dat staat dan voor het echte hart. Met behulp van die tekening kun je dan communiceren over wat er

'We moeten patiënten opleiden, zodat ze meer zelfzorg kunnen verrichten en verantwoording kunnen nemen voor hun ziekte'

aan de hand is en welke oplossingen er zijn. Zo'n werkwijze kun je in Nederland ook gebruiken voor migranten en laaggeletterden. Qua cultuurverschil herinner ik nog uit mijn tijd van verpleegkundige in Maastricht dat er een nieuwe verpleegkundige kwam uit Rotterdam. Haar 'directheid' werd niet geapprecieerd, want zo praten Limburgers niet.

Dan de vierde pijler, de comprehensive care. Hoe ziet die eruit?

“ In feite hebben we het dan over een holistische manier van kijken naar de patiënt. Het gaat niet alleen over de primaire diagnose. Je kunt het vergelijken met een ijsberg: de diagnose is het topje van de ijsberg, de reactie op de klacht. Maar onder dat topje, in het water, zit nog een hele last die de patiënt met zich meedraagt. Die bestaat onder andere uit comorbiditeiten, leefstijl en psychosociale factoren. De verpleekundige heeft hier een belangrijke rol om educatie te geven, waar nodig in samenwerking met andere professionals. Het is duidelijk dat ook de zorgverleners moeten worden opgeleid in deze holistische kijk. In de opleiding leer je dat niet. Wat daar ook ontbreekt is leren hoe je als arts, verpleegkundige en patiënt samenwerkt. Terwijl het om die driehoek draait.”

In deze Cordiaal staat een artikel over Value Based Healthcare, jou ongetwijfeld bekend. Zie je raakvlakken met Integrated Care?

“Die hebben zeker raakvlakken. De patiënt centraal stellen en uitgaan van de waarde die de zorg heeft voor de patiënt om zo de best mogelijke uitkomst van die zorg te realiseren. En dan de kosten van de zorg meenemen, in termen van de relevantie van de behandelingen voor die specifieke patiënt. Het sluit perfect bij elkaar aan. Voor het European Journal of Cardiovascular Nursing heb ik met collega's een stuk uitgewerkt voor de zogenaamde Methods Corner, dat kijkt naar de specifieke methodiek van Patient Journey Mapping, waar Value Based Healthcare zich mee bezighoudt.”

Nog even terug naar je missie om verpleegkundigen aan te sporen zich verder te ontwikkelen. Welke raadgevingen heb je?

“Het is nu vaak zo dat de rol van verpleegkundigen bij onderzoek beperkt blijft tot het verzamelen van data, terwijl de arts het onderzoek uitvoert. Maar de verpleegkundige kan ook zelf onderzoek doen. Je bent immers de hele tijd bezig met het observeren van de patiënt op allerlei gebieden, wat data oplevert, die je vervolgens analyseert

'Bij integrated care draait het om een holistische manier van kijken naar de patiënt'

en interpreteert. Daarna stap je ermee naar de arts om te bepalen wat de verdere strategie is. Dit proces is vrijwel identiek in wetenschappelijk onderzoek. De laatste stap van deze cyclus zou zijn: publiceren. Maar die blijft doorgaans achterwege in de verpleegkunde.”

Hoe valt dat te verklaren?

“Dat kan te maken hebben met onbekendheid en onervarenheid. Ik raad altijd aan om bij het verkrijgen van resultaten, bijvoorbeeld van een verbeterproject, een abstract te maken en dat buiten de muren van het ziekenhuis te presenteren en bekend te maken. Daarna kun je het proberen te publiceren in een wetenschappelijk tijdschrift. Het is trouwens heel gecompliceerd om in een internationaal magazine te publiceren, daar heb je hulp



bij nodig. Je kunt beginnen met publicatie in vakbladen zoals Cordiaal. Dit geldt met name voor verpleegkundig specialisten, maar je kunt andere verpleegkundigen ook aanmoedigen die weg te bewandelen. In Adelaide heeft een verpleegkundige hartrevalidatie een poster gepresenteerd op een congres en die is als beste beoordeeld en heeft daarvoor een award ontvangen.”

Wat valt er verder te doen om het vak van verpleegkundige aantrekkelijk te maken?

“Het is absoluut nodig een carrièreperspectief te bieden. Niet iedereen wil alleen op de afdeling blijven werken, hoe zinvol het werk op zich ook wordt ervaren. Sommigen willen verder om zich heen kijken. Dat heb ik onlangs ook ingebracht op het ESC-congres in Londen. Kijk naar mogelijkheden en laat bijvoorbeeld ervaren verpleegkundigen drie dagen op de afdeling werken en daarnaast iets anders doen, zoals onderzoek verrichten. Dat zorgt ervoor dat ervaren personeel behouden blijft voor de zorg en voor het vak verpleegkunde. Het staat ook goed op je CV.”

Als we naar de toekomst van de gezondheidszorg kijken, wat stemt je dan bezorgd en wat hoopvol?

“Ik maak me vooral bezorgd over de personele bezetting. Als die laag is, en ervaren verpleegkundigen besluiten het vak te verlaten, dan gaat dat ten koste van de kwaliteit. Hoopvol ben ik over de zelfzorg van patiënten en de toenemende technologie die ons ten dienste staat. Er komt een nieuwe generatie ouderen die al langer gewend is aan het gebruik van technologie. We gaan op weg naar een 'slimme patiënt', want ook een patiënt in de huidige tijd is op de toekomst voorbereid.”