

Liever PIMmen:

Prikkelend Innoveren om te Motiveren

Lezing AnneLoes van Staa bij de Uitreiking van de LEVV Innovatieprijs 2010

UMC Utrecht 12 mei 2010

Vandaag wordt voor de 13e keer de LEVV Innovatieprijs, opgedragen aan Jan Bastiaanse, uitgereikt. Aan wie de prijs is toegekend hoort u niet van mij, maar straks van de jury. Ik ben net zo benieuwd als u allemaal.

De LEVV Innovatieprijs wordt jaarlijks uitgereikt aan een verpleegkundige of verzorgende die op succesvolle wijze een originele innovatie heeft doorgevoerd in de praktijk. Het is niet de enige prijs voor verpleegkundigen of verzorgenden, maar wel één van de belangrijkste. Het is een eerbetoon aan al die verpleegkundigen en verzorgenden die niet alleen patiëntenzorg uitvoeren, maar ook actief zijn in het initiëren van vernieuwingen in de dagelijkse zorg. De prijs bevestigt ook het nieuwe beroepsbeeld, dat verpleegkundigen en verzorgenden niet alleen “*handen aan het bed*” zijn voor de patiënt, degene die zorg behoeft, maar ook creatieve en ondernemende geesten.

Als titel heb gekozen voor **LIEVER PIMMEN**. Met Fortuyn heeft dat niets te maken. Maar toch wil ik u vandaag opwekken om morgen te gaan beginnen met PIMmen. PIMmen staat voor **PRIKKELEND INNOVEREN OM TE MOTIVEREN**. Ik heb Pimmen bedacht als een soort parodie op VIMmen, want als ik heel eerlijk ben, heb ik het niet zo op Vimmen – het fenomeen dat overal nu van overheidswege moet worden doorgevoerd in zorginstellingen. “veilig incidenten melden”, een mooi principe hoor, daar heb ik niets op tegen. Fouten die we maken moeten we beslist erkennen en daar moeten we van leren, helemaal mee eens. Een veilige omgeving (vooral voor de patiënt die ons wijst op fouten of tekortkomingen) maakt dat mogelijk. Maar wordt u daar nou warm van, van al dat vuil dat nu naar boven wordt gevimd...? In een personeelsblad van een ziekenhuis meldde de Raad van Bestuur vol trots dat er al 64 incidenten waren gemeld op één afdeling! Het gaat dus goed, stond erbij! Hoezo goed? Hoe meer incidenten gemeld, hoe beter.. Ik word daar niet blij van, want ik vraag me af of die tientallen incidentmeldingen wel leiden tot veranderingen en verbeteringen. Zouden medewerkers en patiënten niet moedeloos worden van al die incidenten? En waarom al die nadruk op incidenten? Zouden we niet veel meer aandacht moeten geven aan al die positieve, goede voorbeelden, die nu geen navolging krijgen? Zou het niet beter zijn de nadruk niet telkens leggen op wat fout gaat, maar op de **kracht** van praktijken en positieve bijdragen van professionals. Dát is nou precies mijn bedoeling met PIMmen. Met Pimmen ga je niet op zoek naar incidenten, maar naar inspiratie. Je gaat niet uit van veiligheid en

geborgenheid, maar je gaat eens iets nieuws, iets prikkelends doen. Iets waarvan je van tevoren niet helemaal weet hoe het afloopt. Kom maar uit je Comfort Zone, Vimmers. Proberen hoort bij Pimmen. Het gaat bij Pimmen niet om alleen om uitkomsten, maar ook om het proces. Dus ook mensen positief motiveren. Niet alleen je collega's, maar ook de patiënten, cliënten of bewoners. Het soort innovaties dat ik met PIMmen bepleit brengt mensen in beweging, letterlijk en figuurlijk. Het stimuleert ze om het heft in eigen hand te nemen of om iets voor een ander te doen. Het leuke van Pimmen is dat het creatief is, bij voorkeur simpel en niet al te duur. Ik heb een leuk PIM voorbeeld op You Tube gevonden. <http://www.youtube.com/watch?v=2lXh2n0aPyw>

Deze innovatie is niet alleen slim, positief en inspirerend. Het verleidt mensen om hun gedrag te veranderen. Ik vind het idee simpel, al is de uitvoering natuurlijk niet goedkoop. Maar niet alle prikkelende innovaties kosten veel geld. Soms kan je voor goede ideeën subsidies krijgen.... Eigenlijk had ik zelf ook een inzending willen sturen voor de LEVV Innovatieprijs, maar toen het LEVV mij uitnodigde om deze lezing te houden heb ik er maar van af gezien. Maar eigenlijk vind ik ons nieuwe spel SeCZ TaLK dat we twee weken geleden hier op de mytylschool en in het UMC Utrecht hebben gelanceerd, ook een mooie illustratie van de kracht van Pimmen. Het is zinnenprikkelend en motiverend. Jongeren en zorgverleners vinden het leuk om te spelen. Als je met jongeren met chronische aandoeningen werkt, kan je het spel nog gratis krijgen ook...

Maar ik ben hier natuurlijk niet gevraagd om mijn eigen handeltje te verkopen, maar om u serieus te onderhouden over innovaties & verpleegkundigen en verzorgenden. Dit jaar is het 100 jaar geleden dat Florence Nightingale stierf, wiens geboortedag (190 jaar geleden!) we vandaag gedenken. Florence Nightingale was beslist geen lieverdje, zoals een recente biografie van Mark Bostridge (2008) over haar onthult, en in haar tijd was PIMmen helemaal niet vanzelfsprekend. Ik geloof niet dat Florence van de Fun Theory was. Maar ik denk toch dat veel Nederlandse verpleegkundigen Florence verkeerd begrepen hebben. Bij haar strelende naam hoort een engelachtige verschijning die het koortsige voorhoofd van de gewonde soldaat verkoelt, zijn pijn verlicht en hem bijstaat in zijn stervensuur. In werkelijkheid bezat Nightingale een ijzeren wil. Zij was dus geen verpleegkundige van alleen maar "handen aan het bed" of een patiëntenknuffelaar: iemand met alleen maar "hart voor de patiënt" zoals vreemd genoeg nog steeds wordt gedacht. Ten onrechte wordt er op internet gesproken over de *Florence Nightingale mentaliteit*, waar werkgevers maar al te gretig gebruik weten te maken van verpleegkundigen die zich belangeloos en onvoorwaardelijk inzetten voor de patiënt. Maar dat is een mythe: Florence Nightingale was geen onbaatzuchtige engel. Zij was zeer gedreven om misstanden in de zorg aan te pakken, maar deed dat zeker niet alleen met haar 'hart', maar VOORAL met haar hoofd. Volgens haar nieuwste biograaf Mark Bostridge was zij 'one of the greatest analytical minds' van haar

tijdperk. Laten we het begrip *Florence Nightingale mentaliteit* dus liever reserveren voor verpleegkundigen die de zorg niet alleen uitvoeren, maar haar ook analyseren en initiatieven nemen de kwaliteit ervan te verhogen.

Florence praktiseerde wetenschappelijk onderzoek en voerde heftige wetenschappelijke debatten voerde met collega's. In tegenstelling tot de meeste verpleegkundigen en verzorgenden vandaag was Florence heel goed onderlegd in de statistiek en wiskunde. Wist u dat zij heeft zelfs een nieuwe vorm van grafische weergave van onderzoeksdata, het zogenaamde *polar area diagram* ontwikkeld. Dat was nog eens evidence based innovatie! Verpleegkundigen en verzorgenden zijn dus, geheel in de geest van *The Lady with The Lamp*, veel meer dan "handen" aan het bed en mensen die "met hart en ziel voor de patiënt werken": zij moeten ook **hun hoofd** inzetten. Dat laatste wordt volgens mij systematisch onderschat, niet in de laatste plaats door verpleegkundigen en verzorgenden zelf. Toen ik mijn opleiding tot A-verpleegkundige deed midden jaren tachtig was het helemaal niet de bedoeling dat verpleegkundigen nadachten over wat zij deden of daar vragen bij stelden. Sterker nog, dat werd zwaar ontmoedigd door mijn opleiders. Op vragen kreeg je steevast te horen "*dat hoef jij niet te weten*". Kritische vragen over het waarom van bepaalde handelingen waren helemaal niet welkom. En ik deed mijn opleiding in een academisch ziekenhuis! Zou het nu zoveel anders zijn? Ik hoop het maar, maar ik ben er niet helemaal gerust op. Ik hoor van HBO-v en MBO-v studenten dat al die theorie in de praktijk niet nodig is, ik hoor dat zij zelden wetenschappelijke literatuur hoeven te lezen, dat ze nauwelijks iets leren over wetenschappelijk onderzoek. Ook nu nog oordelen studenten dat zij veel te weinig les krijgen over anatomie en fysiologie, ziektebeelden enzovoort. Bij de opleiding voor verzorgenden zal dit beeld zeker niet beter zijn terwijl zij te maken hebben met complexe oudere patiënten die vaak meerdere aandoeningen tegelijkertijd hebben.

Daarom ben ik ook zo positief over nieuwe ontwikkelingen in de opleiding van verpleegkundigen en verzorgenden, ik bedoel beslist NIET het competentiegericht leren of die malligheid met al die P's: POP's, PAP's en portfolio's. Maar ik bedoel die veranderingen waarbij 2 andere P's: Praktijkgericht onderzoek en Professionaliteit centraal staan. Ik bedoel de leerwerkafdelingen in ziekenhuizen en andere zorginstellingen waar MBO- en HBO-studenten samen leren en aan praktijkprojecten werken. Ik bedoel de werkplaatsen, zoals de Ac Werkplaats Dementie, waar onderzoekers, studenten en verplegenden en verzorgenden uit diverse thuiszorginstelling samen werken aan betere signalering en ondersteuning voor mensen met dementie thuis. Ik bedoel de lectoraten die binnen diverse HBO-v's in Nederland een kleine revolutie hebben ontketend door praktijkgericht onderzoek binnen te brengen in het hbo en waar studenten en docenten samen kennis ontwikkelen, toepassen en verspreiden. Bij ons lectoraat (en ook bij andere lectoraten!) zijn studenten betrokken in alle projecten, leren ze onderzoek te doen naar ervaringen en beleving van patiënten, kijken ze

naar praktijken en testen ze interventies op kleine schaal. Ze ontdekken het nut en de noodzaak van innoveren, en ook wat voor een moeite het kost zelf iets nieuws te doen. Het is nog maar een bescheiden begin, maar ik ben ervan overtuigd dat verpleegkundigen en verzorgenden die in hun opleiding zijn uitgedaagd te proberen te innoveren, dat later ook meer en beter zullen doen.

Innovatie: het is niet iets dat verpleegkundigen en verzorgenden met de paplepel wordt ingegoten. Integendeel! Toen ik in de jaren tachtig mijn intrede deed in het ziekenhuis, moest je vooral niet zelf denken, maar doen wat je gezegd werd. Als je deed zoals *“wij het altijd doen”*: dan was je een goede leerling. Kritische vragen werden door de hoofdzusters van toen niet aangemoedigd. Op mijn eerste afdeling kreeg ik te horen dat ik mij opstelde als een “vierdejaars leerling” en dat was niet als compliment bedoeld! Ik had namelijk een voorstel gedaan om de verpleegkundige zorg anders in te richten en dat was ongehoord. Ik vrees dat de cultuur van je conformeren aan de norm in de zorgsector nog heel sterk is. Hoe kan het anders verklaard worden dat zoveel verpleegkundigen (en niet in de laatste plaats haar eigen collega's) Lucia de Berk als een baksteen hebben laten vallen omdat zij “anders was”, “buiten de groep viel”. Lucia is door verpleegkundigen massaal veroordeeld, terwijl ze onschuldig was. Roddel, achterklap en conformisme – de doodsteek voor innovatie, als je het mij vraagt. En die cultuur waarin je *“je kop niet boven het maaiveld mag uitsteken”* heeft veel goede verpleegkundigen het beroep uit gejaagd. Zelf ben ik ook verder gaan studeren omdat ik het wereldje te benauwend vond, terwijl ik de zorg een prachtig werkveld vond (en nog steeds vind).

Toch hebben we **“great analytical minds”** in verpleging en verzorging hard nodig in deze tijd: er zullen in de zorg veel meer slimme oplossingen bedacht moeten worden voor hardnekkige en complexe vraagstukken. De Nederlandse gezondheidszorg - daar wordt vaak negatief over gedaan maar terecht is dat niet. De prijs kwaliteit verhouding is zo slecht nog niet en er zijn maar weinig landen ter wereld waar het aanbod van zorg zo goed is als bij ons. Ja, u hoort het goed! Ik vind de NL gezondheidszorg zo slecht nog niet, hoewel er veel, heel veel, beter kan - vooral klantvriendelijker en efficiënter. Maar als we het goede willen behouden en de zorg nog beter willen maken, dan moeten we die veranderen!

Ik denk dat er naast een praktische en positieve instelling, een verstandig hoofd en een analytische geest, ook veel **moed** voor nodig om als verpleegkundige of verzorgende in je dagelijkse praktijk nieuwe dingen te gaan ontwikkelen. Je moet de moed hebben om je niet te conformeren aan het adagium “zo doen wij het hier altijd” en “doe maar gewoon dan doe je al gek genoeg”. En ook om niet mee te huilen met de wolven in het bos en met die eeuwige klagers over hoe slecht het allemaal is.

Daarom is het zo geweldig om te zien dat er zoveel verpleegkundigen en verzorgenden zijn die, dwars tegen die negatieve stroom in, innovatieve projecten opstarten. In de

aanmeldingsformulieren voor de LEVV Innovatieprijs zeggen veel e verpleegkundigen zelf vaak dat hun project laat zien: “*dat je als individuele verpleegkundige of verzorgende veel kunt doen aan verbetering van de zorg!!!*” Daar zetten ze dan 3 uitroeptekens achter omdat het hen zelf verbaast: “*het is verrassend dat het moeilijk lijkt, maar het wel is gelukt*”. Individuen kunnen het verschil maken tussen goede of middelmatige zorg, daar geloof ik echt in. Ook vertellen inzenders dat hun eigen vooroordelen en ideeën over cliënten zijn veranderd. Dat lijkt me een enorme winst! De afgelopen jaren waren er jaarlijks telkens tussen de 50 en 75 aanmeldingen zijn voor de LEVV innovatieprijs. Dat laat wel zien dat er in NL dappere voorlopers zijn, die hun nek durven uitsteken om te experimenteren om de patiëntenzorg te verbeteren. Hulde dus voor alle inzenders!

Iedereen die iets nieuws wil proberen krijgt te maken met de JA MAAR cultuur, de ultieme KILLER van elk creatief plan. Ik ga betogen dat ook hier PIMmen de oplossing is. Er zijn altijd 1001 redenen te bedenken waarom een initiatief zal mislukken. Iedereen zal deze doodoeners herkennen en u weet er zelf vast nog wel een paar aan toe te voegen. Ik weet er nog eentje: “*is daar wel onderzoek naar gedaan, is het wel evidence based*”? Want laten we eerlijk zijn: heel veel goede ideeën worden tegenwoordig de nek omgedraaid met het argument dat “het nog niet voldoende onderzocht is” of dat er nog niet genoeg ‘evidence’ is. Helaas is de waarde van zorginnovaties niet zo goed aan te tonen. Dat is ook de eerste reactie die we van onderzoekers krijgen op het spel SeCZ TaLK: is het wel evidence-based? Tja, dat weten we nog niet, maar laten we blij zijn dat er nu een spel is om het uit te proberen. De vraag of het wel evidence-based is wordt ook nooit gesteld aan al die standaard zorg. Vraag iemand zich wel eens af wat de nut is van al die routine consulten waar het altijd over dezelfde onderwerpen gaat?

Er is ook helemaal geen tijd en geld om alles dat nieuw ontwikkeld wordt in de zorg uitvoerig te onderzoeken, en volgens mij is dat ook helemaal niet altijd nodig. Natuurlijk wil niemand een geneesmiddel gebruiken waarde niet is vastgesteld in gerandomiseerd klinisch onderzoek. Maar voor veel innovaties voor de dagelijkse zorgpraktijk hoeft het bewijs helemaal niet zo ‘hard’ te zijn.

Hoe zorgen we voor ‘Hard Bewijs’ op ‘Zachte Zorginnovaties’?

- **Patiënt:** wordt die er beter van? *zelfredzaamheid en participatie, gezondheid, zelfmanagement, kwaliteit van leven, ontzorgen*
- **Implementatie:** *kunnen we het idee overplanten naar andere settings?*
- **Medewerkers motiveren:** *is de innovatie eenvoudig, uitvoerbaar en stimulerend voor de zorgverleners? Wat is de menselijke maat van een verandering?*

Natuurlijk moeten we onderzoeken of een interventie noodzakelijk is, en of hij wel wat toevoegt aan de bestaande praktijk. Maar dat laat dat geen rem zijn op het ontwikkelen van nieuwe zorg. En de toetssteen is voor mij de patiënt en de medewerkers. En of een

projectidee zo simpel en aantrekkelijk is dat u het morgen in uw instelling wilt gaan uitproberen.

We hoeven namelijk helemaal niet altijd zelf vernieuwend te zijn. De jury van de LEVV innovatieprijs worstelt daarmee. In de juryrapporten is mij opgevallen, dat het moeilijk is om “echt innovatief” te zijn. Veel van de projecten die worden aangemeld zijn volgens de jury “goed maar niet echt vernieuwend”. De jury lijkt bovendien een fan van een eenzame Willy Wortel die geheel op eigen kracht, in de eigen garage kijk tot nieuwe ontdekkingen komt. Maar innovaties werken beter als ze in teamverband worden bedacht en uitgevoerd.

Bovendien:

Moeten verpleegkundigen en verzorgenden telkens het wiel uitvinden om tot innovaties in hun praktijk te komen? Wordt het niet eens tijd om meer nadruk te leggen op het *implementeren en leren van elkaar* dan op de eis steeds maar vernieuwend te zijn? Want hoe gek het ook is, goede voorbeelden verspreiden zich niet vanzelf. Er zijn zoveel goede voorbeelden van zorgvernieuwing, die nooit verder komen dan één afdeling of instelling dat we ons moeten afvragen of het niet veel meer zou lonen om de LEVV Innovatieprijs om te vormen in de Prijs voor de Beste Verspreiding en Implementatie! Beter goed gejat dan slecht bedacht, dat geldt tegenwoordig overal, behalve voor de LEVV Innovatieprijs... Neem als voorbeeld de projecten die vorig jaar de LEVV Innovatieprijs hebben gewonnen: het project Sneller en Beter Thuis van het UMC Utrecht samen met het lectoraat 'Verpleegkundige en Paramedische zorg voor mensen met chronische aandoeningen' van de Hogeschool Utrecht en CC Net (Care & Connect) van de Zorggroep Hof en Hiem. Allebei schitterende projecten die wijd en zijd navolging verdienen: immers, in alle ziekenhuizen is meer aandacht voor de oudere patiënt en het voorkomen van functieverlies en delier een speerpunt voor verpleegkundige zorg; en in verpleeg- en verzorgingshuizen is betere communicatie tussen zorgverleners en familieleden middels ICT zeker de moeite waard. Maar hoeveel ziekenhuizen en verpleeghuizen hebben deze prachtige projecten overgenomen? Zijn er al andere instellingen aan het proberen (delen van) deze innovatieve interventies over te nemen? Ik hoop het maar. Voorbeeld uit mijn eigen praktijk. Daarom is het Actieprogramma Op Eigen Benen Vooruit! gestart. Daarbij worden teams van zorgverleners ondersteund door adviseurs van de hogeschool en het CBO bij de verbetering van hun eigen praktijk: met behulp van een toolkit van interventies. Interventies met een belangrijke rol van verpleegkundige als projectleider, transitiecoördinator, enzovoort. De nadruk ligt op delen van ervaringen en goede voorbeelden, op proberen, testen wat werkt in je eigen praktijk. Het blijkt dat interventies die goed werken in de revalidatiesector, ook interessant zijn voor diabetesteams, en dat wat ontwikkeld is in het Catharina ziekenhuis Eindhoven ook bruikbaar is in het Maasstadziekenhuis. Alle teams die meedoen aan het Actieprogramma brengen binnen een jaar aanzienlijke veranderingen tot stand en juist die snelheid motiveert

teams enorm. Als onderzoeker moest ik daar wel aan wennen: niet wij bepalen hoe de interventies eruit komen te zien, maar dat doen de zorgverleners zelf. Daarbij bewaken de teams ook de menselijke maat: wat is nog wel te behappen en wat wordt te veel van het goede. Ondertussen ben ik er van overtuigd geraakt dat dit juist de kern van de zaak is. Implementatie van interventies die ergens anders zijn bedacht en uitgevoerd mag nooit rigide mag zijn maar moet juist flexibel zijn. Anders werkt het demotiverend ipv motiverend. Dit zijn allemaal kernkwaliteiten van het PIMmen (zie dia).

Dames en Heren: mijn devies is: PRIKKELEND INNOVEREN OM TE MOTIVEREN. Probeer eens wat anders in uw praktijk, kijk naar een ander en laat u inspireren. Lang leve het PIMmen. Ik dank u wel.