

Op 16 september neemt prof. dr. Mieke Grypdonck afscheid van Verplegingswetenschap Utrecht. Zij was sinds 1991 verbonden aan de Universiteit Utrecht, eerst als gasthoogleraar en vanaf 1995 als hoogleraar. Zij vertelt over 'een boeiende periode, vaak spannend en soms droevig ook', maar die veel ruimte heeft gegeven om te doen wat zij zinvol, uitdagend en stimulerend vond.



Foto: Stijn Rademaker

Omzien in tevredenheid

Gevraagd naar een eigen definitie van verplegen waarin haar uitgesproken visie op het vak tot uiting komt, antwoordt Mieke Grypdonck dat dat bijzonder moeilijk is. Want het gaat over zoveel verschillende terreinen, een definitie kan eigenlijk nooit op al die terreinen passen. 'En overigens heb ik het niet zo met definities. Wat ik altijd heel belangrijk gevonden heb is dat als mensen lijden er in de zorg geen lijden aan dat lijden wordt toegevoegd. Dat geeft een heel andere kijk op wat we doen. Eigenlijk ben ik op zoek naar de plaatsen waar dat dreigt te gebeuren om precies dat te voorkomen.' Na de middelbare school, 17 jaar oud, moest ze kiezen: wiskunde, filosofie, geneeskunde of klassieke talen. Ze koos voor de hbo verpleegkunde en daarna voor een universitaire studie ziekenhuiswetenschappen in Leuven. 'Ik was er achter gekomen dat er heel veel in de verpleegkunde niet goed liep en dat als je daar

iets aan wilde doen je hoog de hiërarchie in moest.'

Na een aantal jaren studeren en werken in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië werd Mieke Grypdonck wetenschappelijk assistent, buitengewoon docent en vervolgens hoogleraar aan het Centrum voor Ziekenhuiswetenschap van de Katholieke Universiteit Leuven.

In 1980 was ze aan de Universiteit van Manchester (UK) gepromoveerd op het proefschrift *Theory and Research in a Practice Discipline: The Case of Nursing*. Ze zet daarin haar opvatting over wetenschapsbeoefening in de verpleging uiteen. Centraal staat daarbij de wetenschappelijke praktijkvoering, ofwel het Systematisch Verpleegkundig Handelen. De praktijkbeoefenaar is de sleutelfiguur, die door een methodische werkwijze het eigen handelen voortdurend kritisch volgt en verbetert. Onderzoekers ondersteunen de praktijkbeoefenaars

hierin. Verpleegkundigen die op een wetenschappelijke manier werken, weten dat uit de ervaring met patiënt A. geleerd kan worden voor het geval zich een probleem van dezelfde aard voordoet bij een andere patiënt. Als ze hun bevindingen onderling doorgeven, uitwisselen en analyseren, zou op een snelle wijze veel kennis over verpleegkundige interventies ontstaan. De verpleegkunde zal moeten kiezen, betoogt Grypdonck. Ofwel kan ze als wetenschap het model van de theoretische wetenschappen volgen, ofwel kan ze een methodologie ontwikkelen die het praktijkkarakter van de discipline als uitgangspunt neemt en dan zal een eigen vorm van wetenschapsbeoefening ontwikkeld moeten worden. En ten slotte: De waarde van de verpleegkundige wetenschap wordt bepaald door de mate waarin verpleeg-

kundigen in het veld erin slagen met grote trefzekerheid gewenste situaties tot stand te brengen.

Nu, een kwart eeuw later, dringt zich de vraag op of Mieke Grypdonck haar opvatting van verplegingswetenschap nog steeds zo zou formuleren.

'Ik sta er nog steeds achter als idee, alleen zou ik het niet meer zo als programma formuleren omdat het te ver afstaat van wat andere wetenschappen, met name de geneeskunde en de epi-

demiologie, willen. Ik denk dat als de verpleegkunde die weg was gevolgd er bijvoorbeeld wat implementatie

betreft heel wat minder problemen zouden zijn geweest, maar dat tegelijkertijd haar positie in de academie nog veel zwakker zou zijn dan ze al is.'

'Er zitten ook ideeën in die door andere wetenschappers, dat heb

'In Nederland is te veel tolerantie en te weinig intellectuele discussie'

ik ook in Leuven ervaren, niet begrepen zijn. Een van de uitgangspunten bijvoorbeeld is dat als we willen weten of iets goed is of niet, we niet moeten vergelijken met een andere situatie maar moeten proberen een vooropgestelde norm te halen. Bij bijvoorbeeld onderzoek over decubituspreventie kun je proberen uit te zoeken of een bepaalde methode beter is dan de gangbare, maar ook kun je nagaan of je met de betreffende methode bereikt dat niet meer dan 3 procent van de patiënten decubitus heeft. Als dat zo is dan is de methode goed.'

Er zou dus meer dan één methode als goed aangemerkt kunnen worden. Dat is in tegenspraak met evidence-based practice waar gestreefd wordt naar het ontdekken van de (een) beste methode, die vervolgens in een richtlijn wordt vastgelegd.

'Ja, dat is een vreemd idee. Om te beginnen zijn er heel veel methodes die werken, heel vaak is het een combinatie van dingen die werkt en heel vaak is het zo dat bepaalde methodes in bepaalde situaties goed zijn en in andere situaties minder goed. Een methode kan bijvoorbeeld zeer effectief zijn bij hooggeschoolde mensen en helemaal niet tot de gewenste resultaten leiden bij laaggeschoolden. Als je uitgaat van het idee dat er een beste methode is, leg je iets op waarvan je niet weet of het in een gegeven situatie wel helpt en ook zet je in zekere zin de cliënt/patiënt buitenspel. Het is namelijk niet meer mogelijk om samen na te gaan wat voor de patiënt het beste is. In onze richtlijn voor valbeperking hebben we geprobeerd een dialogaal kader te scheppen. Dat wil zeggen dat de verpleegkundige in samenspraak met de patiënt kan kiezen uit een aantal moge-

lijkheden waarvan bewezen is dat ze werken.'

Daarvoor dienen verpleegkundigen dan wel over adequate kennis te beschikken.

'In een studie van Irene Jongerden over richtlijnen voor isolatie op een kinderafdeling hebben we vastgesteld – ontstellend vond ik dat – dat een groot deel van de verpleegkundigen geen noties meer heeft van besmettingswegen. Ze weten niet wat direct contact is bijvoorbeeld. Ze doen wat in de richtlijn staat en redeneren absoluut niet meer over dingen. Maar als je niet weet hoe iets in elkaar zit, weet je bijvoorbeeld ook niet wanneer je te maken hebt met een situatie die niet volgens de richtlijn aangepakt moet worden. Een goede richtlijn begint met uiteen te zetten wat de wetenschappelijke principes ervan zijn. De Belgische richtlijn voor decubitus bijvoorbeeld, begint met uit te leggen dat decubitus een probleem is van druk en schuifkrachten en dat die druk verminderd kan worden door drukreductie of drukspreiding. En dan kun je begrijpen dat over een drukverlagende matras waar mensen inzakken het laken niet strak gespannen mag worden. Richtlijnen zijn nodig om de bestaande kennis te bundelen zodat de verpleegkundige ermee kan werken. Ze moeten nooit enkel aanwijzingen voor het handelen bevatten, die geen beroep meer doen op of plaats laten voor het toepassen van eigen kennis.'

Het is bekend dat jij de nodige kanttekeningen hebt bij de evidence-based practice. Kun je dat toelichten?

Behalve dat veel in de evidence-based practice in wetenschappelijk opzicht niet te verdedigen is, past het ook niet bij mijn visie op zorg. Natuurlijk ben ik voorstander van het gebruik van we-

tenschappelijke kennis door verpleegkundigen in hun praktijk, maar die kennis moet op meer gebaseerd zijn dan op systematische reviews en randomized controlled trials. Evidence-based practice wordt heel sterk verengd tot feitjes die bewezen zijn. En we kunnen onmogelijk werken met een mand vol afzonderlijke pakketjes van dingen die bewezen zijn. Over driekwart van wat we op een dag in de praktijk moeten doen is niets bewezen. Wat moeten we dan doen? Zeggen "dat weten we niet, doe maar"? En wat moet je doen als in een review 41 procent van de artikelen aantoont dat systematische voorbereiding van patiënten niet helpt en 59 procent aangeeft dat het wel helpt?'

Wat zou jij doen?

'Proberen te verstaan waarom iets wel helpt of niet helpt. Welke omstandigheden een rol spelen. Nader onderzoeken dus, en analyseren. We moeten wel opletten wat het betekent als een trial aantoont dat "iets niet werkt". Vaak wordt een systematische interventie vergeleken met wat in de praktijk (al) gebeurt. Dat heeft tot gevolg dat hoe beter mensen het in de praktijk al doen, die als controlepraktijk gebruikt wordt, hoe minder kans een interventie heeft om daar boven uit te steken. Dan zou een interventie "niet werken" omdat ze vergeleken wordt met een praktijk waar men het al heel goed doet, terwijl een andere interventie wel "werkt" omdat ze vergeleken is met een situatie waar men het heel slecht doet.'

Wat ook helemaal weg is uit de evidence-based practice is het idee van de praktijk als vindplaats van kennis. Als normale verstandige mensen hebben we voorstellingen van wat werkt en

waarom mensen op een bepaalde manier reageren. Het is belangrijk deze voorstellingen voortdurend uit te zuiveren op grond van zaken die manifest worden.'

Hoe ben je, eenmaal in Utrecht, omgegaan met de diverse ontwikkelingen en wat bracht je uit Leuven mee voor de Nederlandse verpleegswetenschap?

'Ik had meer dan vijftientig jaar op het Centrum voor Ziektehuiswetenschap in Leuven gewerkt. Het was vele jaren een heerlijke plaats om te werken

met een heel goed intellectueel klimaat. Van Jan Blainpain had ik

onder meer geleerd nooit iets te zeggen omdat iedereen het roept. Hij was allergisch voor algemeen bekende waarheden die dat bij nader onderzoek niet bleken te zijn. Op het Centrum leerde je heel kritisch te denken. Van Gerard Koene, met wie ik vele dagen gediscussieerd heb in het kader van de ontwikkeling van Integreerend Verpleegkunde, heb ik de stiel van hoogleraar geleerd. Vooral hoe je wetenschappelijke normen met menselijkheid moet verbinden, niet alleen in het onderzoek over de verpleegkunde, maar ook in de relatie met studenten. En ik had natuurlijk een lange geschiedenis met de verpleegswetenschap voor ik naar Utrecht kwam. Dat laat je ook toe dingen in perspectief te zien. Neem nu de verpleegkundige diagnosebeweging, of evidence-based medicine. De geneeskunde heeft al eerder een dergelijke golf gekend. Maar weinigen blijken dat te weten. Ik vond in Utrecht een Noord-Amerikaanse hoogleraar die anders was dan diegenen die ik in Leuven had ontmoet. Lillie Shortridge had de zaak heel goed op poten gezet,

gebaseerd op een analyse van de situatie en aansluitend bij waar de mensen in Utrecht mee bezig waren, en niet vanuit haar eigen beeld van hoe het zou moeten. Er was een heel gemotiveerd team dat er veel zin in had om iets nieuws te realiseren. Een decaan die herkende en ook erkende, dat jij op dat gebied meer deskundig was dan hij. En veel meer mogelijkheden dan in België om geld te krijgen voor onderzoek. In het begin heb ik me heel sterk ingevoegd in wat er was, geen eigen lijnen neergelegd. Lillie Shortridge was trouwens de verantwoordelijke, ik kwam als

'Ik wil geen producent van wetenschappelijke artikelen zijn'

tweede om de zaak mee uit te bouwen. Op een gegeven ogenblik heeft Lillie beslist dat wij van plaats moesten wisselen op onze tandem omdat ik er veel meer was dan zij. Vanaf het begin hebben we wel – en daar was ik heel blij om – onder invloed van Aart Pool chronisch zieken als thema genomen, wat in die tijd niet echt een populair onderwerp was. Het was toen in Nederland wel een thema, gezien ook de Nationale Commissie Chronisch Zieken. Tot dan was de zorg voor chronisch zieken toch ook een beetje een terrein waar je eigenlijk niet veel kennis voor nodig hebt. Ik

vind dat we in Utrecht toch wel op een eigen manier ertoe hebben bijgedragen om deze zorg, die gekenmerkt wordt door een belevingsgerichte benadering, in Nederland op de kaart te zetten.'

Doel je met 'belevingsgerichte benadering' op de dialoog met de patiënt?

'De dialoog en vooral ook de aandacht. Bij belevingsgerichte zorg realiseer je je goed dat iemand een chronische ziekte heeft die zijn hele leven beïnvloedt en dat er niet alleen aandacht moet zijn voor die ziekte, maar ook voor de wijze waarop die patiënt het leven met zijn ziekte beleeft. Daar hebben we vooral veel onderzoek naar gedaan. Een chro-

nische ziekte is een existentieel probleem, iets wat het leven van mensen in zijn wortels aantast en waar ze een antwoord op moeten vinden. Als je alleen naar de ziekte- en de technische kant kijkt vind je niet de aansluiting bij de existentiële problematiek en ook niet bij de patiënt. Je gaat kijken hoe deze persoon met zijn ziekte omgaat, hoe hij ermee wil omgaan en daar probeer je bij aan te sluiten. Je moet daarvoor een analyse maken van die persoon en die analyse eigenlijk onmiddellijk ook weer terugleggen; dus afstand nemen om de analyse te maken en dan weer terug naar die persoon gaan. Ik denk dat het ook een zekere volwassenheid vraagt om dat te kunnen en mensen moeten ook de tijd krijgen om dat te leren. Het heeft veel te maken met de mogelijkheid om zich bewust te zijn van wat er in die relatie gebeurt aan de ene kant en de mogelijkheid om het perspectief van de ander in te nemen, zonder dat je het gevoel hebt dat je daardoor je eigen positie prijsgeeft.'

Hoe gingen jullie om met het onderzoek?

'We moesten als een van de eerste in de Nederlandse verpleegwetenschap een onderzoeksprogramma maken. We hebben toen geleidelijk aan chronisch zieken als bindend thema gekozen en dat versmald en verdiept. Wat ik nog altijd een memorabel moment vind is de bekendmaking van het besluit van Lillie en mij dat al onze studenten over onze onderwerpen moesten werken. Dat betekende dat er een aantal promovendi waren die aan bepaalde thema's uit het programma werkten en dat studenten met de promovendi rond diezelfde thema's werkten. Daarvoor waren twee belangrijke redenen. De eerste was dat de begeleiding veel intensiever kan zijn

als je studenten begeleidt over iets waar je zelf mee bezig bent. De tweede reden was dat deze werkwijze ons in staat zou stellen de kennis te synthetiseren. Een groot aantal studenten hebben op deze wijze bijgedragen aan het werk van de promovendi, waardoor beide een grotere betekenis kregen. Ook hebben studenten in Nederland en Vlaanderen allemaal kleine onderzoekjes gedaan die bij elkaar een verdedigbaar beeld geven over waar mensen in het verpleeghuis droevig van zijn. Toen het besluit genomen werd vond niet iedereen het even prettig, maar na een jaar was iedereen overtuigd, en uiteindelijk heeft deze wijze van werken veel opgeleverd. In mijn afscheidscollege laat ik daar ook wat van zien.'

Op welke manier werd gewerkt aan kennisontwikkeling?

'In het onderzoeksprogramma was vastgelegd dat we de verschillende fasen van de kennis-cyclus moesten behartigen: vaststellen van behoeften, formuleren van nieuwe concepten en zorgvies, ontwikkelen en toetsen van interventies en onderzoek naar de effecten van implementatie. Soms is de kennis al heel ver ontwikkeld zodat je met het toetsen van interventies kunt beginnen, maar soms moet je het hebben van de concepten. Er kan ook een wisselwerking zijn. Berno van Meijel heeft bijvoorbeeld het concept van de vroegsignalering van psychosen bij schizofrenie toegepast op andere terreinen, zoals depressie, en agressieve incidenten bij TBS'ers. Concepten die in een interventie besloten liggen kunnen weer in andere interventies toegepast worden.'

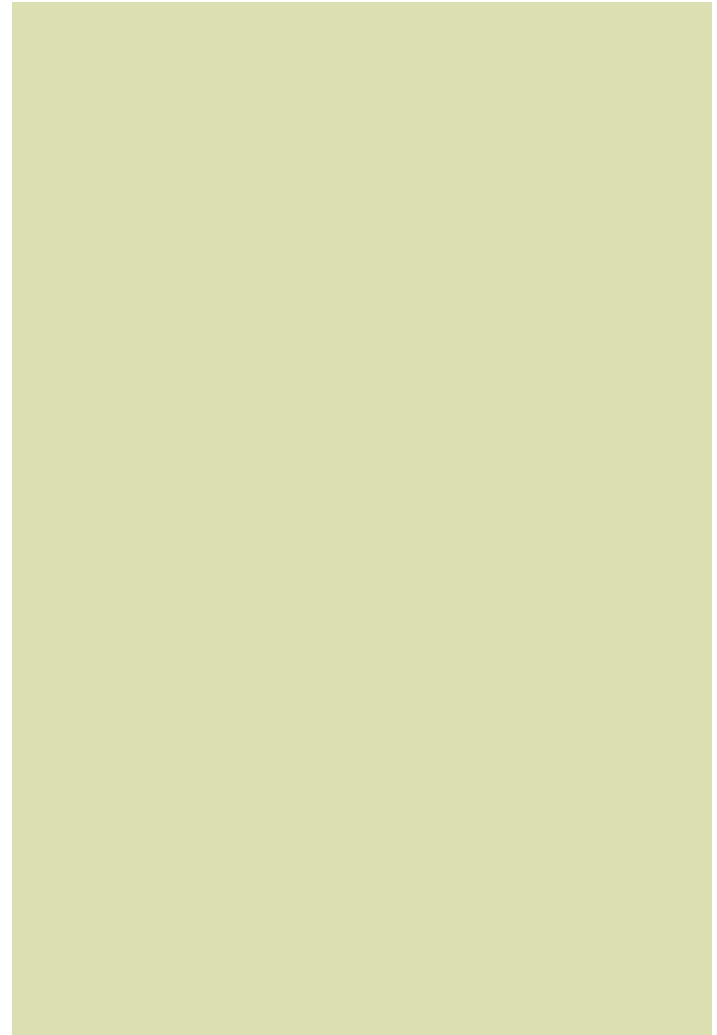
Wat zie je als belangrijke bijdragen van 'Utrecht' aan de verpleging in Nederland?

'In de eerste plaats de aandacht

voor de beleving van chronisch zieken, dat hebben we echt wel neergezet. Een andere bijdrage, die ook internationaal van belang is, is de methodiek voor het ontwikkelen van interventies. Belangrijk is ook ons aandeel in het vermijden van de vertechnisering van de zorg. En dan hoop ik, maar daar heb ik minder zicht op, dat we een aantal verplegingswetenschappers hebben gevormd die iets meer kunnen dan nazingen wat anderen voorzingen.'

Hoe kijk je naar de verplegingswetenschap in Nederland?

'In Nederland is naar mijn idee te veel tolerantie en te weinig intellectuele discussie. Dat vind ik heel jammer en een groot gebrek. Men wil steeds wel alle standpunten aan bod laten komen, maar confronteert deze niet. Waar ik verder met een zekere jaloersheid naar kijk is hoe Nijmegen op het ogenblik zijn verplegingswetenschap in de instelling op de kaart zet. Nog altijd hangt dit in Nederland af van personen en daarom is de verplegingswetenschap ook zo kwetsbaar. Op een of andere manier raakt de verplegingswetenschap niet structureel verankerd. Terugkijkend vind ik ook dat er ondanks alles nog aanzienlijke anti-intellectuele tendensen zijn in de verpleegkunde, en een zeker scepticisme tegenover de intellectuele opleiding van de verpleegkundige. Ik denk dat de wijze waarop de HBO-V destijds begonnen is daar ook wel wat mee te maken heeft. Die HBO-V'ers "kenden" weinig van de praktijk, maar kregen ook geen kans om die praktijkkennis te ontwikkelen. Terwijl ze dat in een minimum van tijd kunnen doen. Destijds heb ik dat precies zo gezien bij de bachelor opgeleide verpleegkundigen in de Verenigde Staten. Ook speelt naar mijn idee



mee dat de ziekenhuismanagers de dingen graag in handen hebben. Je ziet nu overal weer de neiging om ziekenhuis specifieke hbo-opleidingen op te zetten. Als men vindt dat men te weinig invloed heeft op de opleiding dan is het beter die opleiding onder druk te zetten om de dialoog aan te gaan in plaats van een eigen opleiding te beginnen.'

Geeft het geen vreemd gevoel om dit alles achter te laten?

'Ik had het mijzelf beloofd: omdat ik er niet in slaagde minder te werken, besloot ik even hard door te gaan, maar er vroeger mee op te houden. Daarbij speelt ook sterk mee dat de spanning tussen wat ikzelf belangrijk

vind en wat het UMCU van een hoogleraar verwacht te groot is geworden. Ik wil geen producent van wetenschappelijke artikelen zijn, en mijn leven niet wijden aan de positie van het UMCU, maar wil een hoogleraar zijn die al haar talenten aanwendt om het lot te verbeteren van diegenen die op de zorgzaamheid en de deskundigheid van verpleegkundigen zijn aangewezen. Een ander punt is dat je je marginaliseert wanneer je je afzet tegen zo'n landschap dat helemaal beheerst wordt door evidence-based medicine. Als persoon vind ik dat niet erg, ik kan daar best tegen, maar het wordt anders als je de verantwoordelijkheid voor een groep draagt.'