



Koraal

VanDerHoef&Partners

35 JAAR

Koraal

Van Der Hoef & Partners 35 jaar

1985 - 2020

Voorwoord

Toen in 1985 ir. W. van der Hoef Management B.V. werd ingeschreven in de Kamer van Koophandel, zal Wolter van der Hoef geen flauw idee hebben gehad dat zijn initiatief 35 jaar later er zo mooi zou uitzien. Het is bijzonder dat hij getuige is van deze mijlpaal en over zijn ervaringen heeft verteld in één van de interviews in dit boek.

Toen ik, 19 jaar geleden, het bedrijf van Wolter overnam, had ik ook geen idee wat mij allemaal te wachten stond. Ik wist dat ik een grote financiële verplichting aanging en dat ik eigenlijk niet meer te bieden had dan mezelf. Zoals de bank toen zei: “U heeft nog nooit schoenen verkocht.” Er waren dan ook maar weinig mensen enthousiast over mijn plannen. Desondanks tekenden Wolter en ik op 23 oktober 2001 de koopovereenkomst. De tijden waren bepaald niet gunstig om een bedrijf te kopen. Met de aanslagen op 11 september in de Verenigde Staten was een lange periode van onzekerheden ingezet.

In die onrust én exact op de dag van het tekenen van de koopovereenkomst, stortte de beurs in. Mijn vertrouwen dat Wolter in de voorgaande jaren iets heel goeds had gecreëerd veranderde echter niet. Ook had ik de rotsvaste overtuiging dat ik zijn ambacht kon leren beheersen. Indien ik alles wat ik in mij had zou inzetten, zou alles goedkomen.

Rolmodellen helpen en ik klampte mij vast aan Steve Jobs, die namens Apple op diezelfde 23ste oktober de eerste iPod lanceerde. We weten inmiddels hoe groot het succes ervan werd en tot welke veranderingen het in ons dagelijks leven heeft geleid. Ook ik ben, zij het iets bescheidener, beloond voor mijn keuze.

De reis als zelfstandig ondernemer was begonnen. Verder bouwen aan een bedrijf dat waarde creëert. Waardecreatie, voor mijn collega's, onze kandidaten én natuurlijk de opdrachtgevers, is de drijfveer die bij me past. Door te bouwen kun je een duurzaam resultaat boeken en dat hebben we gedaan. Mijn zoektocht is het vinden van vertrouwen in elkaar en ik ben trots dat dit is gelukt.

Tien jaar geleden lanceerden wij D!scura, een discussieplatform over uitdagingen en ontwikkelingen in de zorg. D!scura werd het medium waarmee wij onze betrokkenheid bij de zorg tonen aan bestaande en aan potentieel nieuwe relaties. Het heeft ons geen windeieren gelegd en we ontdekten het unieke groeipad dat Van Der Hoef & Partners sindsdien kon inslaan. Deze weg was natuurlijk bezaaid met obstakels. Regelmatige teleurstellingen en tegenslag horen erbij. De bevrediging komt wanneer je de tegenslag te boven komt. Dat is een altijd terugkerende cyclus. Daarmee omgaan vereist wel enige stamina.

Ondernemers maken hun reis nooit alleen. Steun van familie en vrienden is nodig om zorgen te delen en oplossingen te vinden. Die steun heb ik gelukkig in overvloed gekregen. En daarnaast kon ik rekenen op een geweldig team met lieve en goede collega's als reisgezelschap. Dankzij hun inzet zijn we geleidelijk blijven groeien en houden we elkaar scherp op onze basiswaarden; Persoonlijke bemiddeling en betrouwbaar zijn in onze afspraken.

Om het jubileum te vieren hebben wij een boek uitgegeven. Het boek heet 'Koraal'. Wij zien in koraal een symbool voor groei en ontwikkeling in het grote netwerk waar wij deel van uitmaken. Korallen vormen, zo klein als zij zijn, samen formaties van kalksteen. Koraalriffen zou je ook kunnen opvatten als netwerken. En een 35-jarig jubileum wordt wel een korallen jubileum genoemd.

Dit boek wil de waardering uitspreken voor het vertrouwen dat jij ons hebt gegeven. Het bevat 35 bijdrages. We hebben een selectie gemaakt uit de vijfhonderd columns die de afgelopen tien jaar voor D!scura zijn geschreven. Er zijn ook vier interviews in opgenomen met personen die vertellen over Van Der Hoef & Partners in het verleden, het heden en de toekomst.

Er is in die 35 jaar veel gebeurd, wij zijn gegroeid naar het gezonde bedrijf dat wij nu zijn, Van Der Hoef & Partners! Het geloof in onze zakelijke toekomst is net zo groot als twintig jaar geleden. Wij hopen erop dat wij nog vele jaren samen met jou nieuwe successen mogen realiseren!

Namens het team, heel erg bedankt en we wensen je veel leesplezier.

Wouter Albersen
Directeur Van Der Hoef & Partners

Inhoudsopgave

Meest gelezen column

1. De slechtste chirurg van Nederland – Prof. dr. Willem Wisslink	8
---	---

Veel gelezen columns

1. De ontmaskerde arts – Ivan Wolffers	10
2. De taal van herstel – Dr. Jaap van der Stel	12
3. Over gevaarlijke tbs'ers – Wouter van Ewijk	14

Vernieuwing

1. Vernieuwing ggz: de professionals gaan het zelf doen – Prof. dr. Jan Derksen	16
2. Nieuwe nihilisten – Ivan Wolffers	18
3. E-health, ik geloof er niet in – Wouter van Ewijk	20
4. Het moet anders – Prof. dr. Jim van Os	22

Veiligheid

1. Veiligheid van de samenleving in gevaar door beroepsgeheim – Wouter van Ewijk	24
2. Veiligheid is meer dan naleven protocol – Malou van Hintum	26
3. Veiligheid in de zorg: weg met de onverschilligheid! – Aliëtte Jonkers	28

Ervaringsdeskundigheid

1. Ervaringsdeskundigheid: géén vak apart – Malou van Hintum	30
2. Weigerspecialisten – Aliëtte Jonkers	32
3. Doodsbang voor de patiënt – Aliëtte Jonkers	34
4. De arts-patiënt-Google-relatie – Dr. Bertho Nieboer	36

Vakmanschap

1. De zorg: geen roeping, maar universele heroïne – Aliëtte Jonkers	38
2. Richtlijnen zijn goed, ervan afwijken is soms nodig – Prof. dr. Willem Wisselink	40
3. Het protocol voorbij – Bart Berden	42
4. De holenman – Rokus Loopik	44
5. Vakmanschap gaat in laagjes – Dr. Jaap van der Stel	46

Fouten maken mag

1. Mijn grootste fout – Prof. dr. Jan Derksen	48
2. Fouten maken is mensenwerk, minder fouten maken ook – Wouter van Ewijk	50
3. Oeps! Chirurgische blunder of complicatie? – Prof. dr. Willem Wissink	52
4. Mijn medische misser – Angela Carper	54
5. Ook een goede dokter maakt fouten – Paul Wormer	57

Eenzaamheid

1. Snor – Lisette van Gurp	58
2. Vlekken – Stella Lemmens	60
3. Mist – Sonja Tigelaar	62

Leiderschap

1. Voetbal is simpel, maar simpel voetballen is moeilijk – Wouter van Ewijk	64
2. De vis rot aan de kop – Paul de Beurs	66
3. Are you with us or against us? – Nicolet Zeller	68

Interviews

1. Interview Wolter van der Hoef	70
2. Interview Wouter Albersen	72
3. Interview Steven van Ketwich Verschuur en Olivier van Abbe	74
4. Interview Godert van Walré de Bordes	76

Medewerkers

Het goede doel van Van Der Hoef & Partners

1. Ubomi Obutsha Centre - Kinderen krijgen kansen	80
---	----

Colofon

De slechtste chirurg van Nederland

Wat een nachtmerrie. Je staat levensgroot op de voorpagina van de New York Times als de slechtste hartchirurg van de stad. Het overkwam dokter Richard Dal Col, een hardwerkende collega met, althans tot op die bewuste dag, een prima reputatie. Zo'n dokter die gewoon probeerde al zijn patiënten te helpen: of ze nou rijk waren, arm, fit of juist doodziek. All comers. En inderdaad, Dal Col was niet picky en behandelde veel hele moeilijke 'gevallen'. En dan gaat het wel eens mis. De chirurg die in de krant als beste was komen bovendrijven, had alleen de fitste en dus laagrisicopatiënten geopereerd. Immers, de beste resultaten in de chirurgie worden behaald bij mensen die de operatie nauwelijks (of helemaal niet!) nodig hebben.

Prof. dr. Willem Wisselink
Hoogleraar heelkunde
en vaatchirurg in
het VU medisch centrum

6 december 2018

Onder het mom van transparantie in de zorg en onder druk van de Freedom of Information Act wordt in staten als New York en Pennsylvania al jaren zo'n beetje elk detail geregistreerd en openbaar gemaakt. Je kon wachten op een handige journalist die uit de op straat liggende databrei de sterftcijfers na hartoperaties wist te destilleren, voor iedere chirurg individueel. Hiermee werden de inmiddels beruchte New York Times Death-Rate Rankings opgesteld. Al waren de verschillen klein, eentje moet er de slechtste

zijn. Want dát verkoopt kranten, het Amerikaanse publiek smulde ervan. Arme dok Dal Col, zijn carrière was naar de knoppen en alle chirurgen werden bang. Niemand die daar nu nog een acuut zieke of fragiele hartpatiënt durft aan te raken, not with a ten-foot pole! De allerzieksten zijn nu aangewezen op New Jersey of vliegen meteen door naar de Cleveland Clinic, plaatsen waar het aantal verwijzingen uit New York exponentieel is toegenomen. En, inderdaad, alleen maar de probleemgevallen. Natuurlijk waren de bedoelingen achter de registratie nobel: de kwaliteit van de zorg moest verbeterd en het publiek kon zo een gewogen keuze maken. Ook een beetje marktwerking dus. Maar het is volledig doorgeschoten en uiteindelijk grotendeels contraproductief gebleken.

En wij? Terwijl we blijven lachen om die domme Amerikanen lopen we nog steeds als kippen zonder kop achter ze aan. De helft van de ziekenhuizen in Nederland reguleert en registreert zichzelf een ongeluk om het felbegeerde Amerikaanse JCI-keurmerk (Joint Commission International) binnen te slepen. En iedereen weet dat het JCI zijn accreditatie-eisen baseert op het oer-Amerikaanse principe: pech bestaat niet, er is altijd someone to blame. Ook bij ons spendeert inmiddels iedere dokter minimaal een dag per week aan registratie, opgelegd door een overvloed aan instanties: de Inspectie (IGZ), de zorgverzekeraars, de patiëntenverenigin-



gen, de zorg accreditatie-organen (NIAZ, JCI), de raad van bestuur, maar ook onze eigen beroepsverenigingen (door onszelf dus!). Het probleem is behalve interpretatie en publicatie van de verkregen gegevens vooral de tijd en ergernis die het kost om alles te verzamelen en in te voeren, een last die zoals gezegd in Nederland voornamelijk bij de arts ligt. En zeg nou zelf, u wordt toch ook liever geopereerd door een blijde chirurg die tussen de operaties door met het team een kopje koffie heeft gedronken dan door een dossierslaaf die gehaast de operatiekamer komt binnenstormen nadat alle details van de eerste operatie op vijf plaatsen zijn ingeklopt? Registratieplicht houdt

handen van het bed, daarover geen discussie.

En dan? Dan heb je die data. Wat gebeurt daar dan mee? Het New Yorkse voorbeeld heeft geleid tot een gedwongen exodus van de meest kwetsbare hartpatiënten. De Cleveland Clinic vaart er wel bij, zoveel is zeker. Maar is dat de beoogde kwaliteit van zorg? En hoe is het met onze sympathieke dokter Dal Col afgelopen? Naar verluidt heeft hij een nieuwe baan gevonden: inderdaad, in New Jersey! Blijft de vraag: wie is de slechtste chirurg van Nederland? Naar goed Amerikaans voorbeeld gaan we dat binnenkort lezen op de voorpagina van AD of Elsevier. Smullen!

De ontmaskerde arts

‘Ken je me nog?’ vroeg de vrouw die tijdens een signeersessie bij een boekhandel in mijn roman Broer van god een handtekening van mij wenste. Ik deed mijn best, zag het werkelijk niet en keek haar vertwijfeld aan.

‘Nathalie van de gezondheidswinkel.’

Ivan Wolffers
Schrijver, arts en hoogleraar
Vrije Universiteit Medical Centre

30 november 2017

‘Ach, nu zie ik het,’ zei ik, maar om eerlijk te zijn waren er te veel jaren overheen gegaan sinds we bij ons thuis met een groep jonge artsen discussieerden over hoe de zorg dichter bij de mensen kon worden gebracht. Het moet 1973 of 1974 geweest zijn toen we uiteindelijk een Gezondheidswinkel in de Utrechtse Vogelenbuurt openden. Daar konden mensen met hun vragen terecht als ze zich niet gehoord voelden door hun arts. Daar konden mensen hun medicijnen mee naartoe nemen, waarna we keurig uitlegden wat het was, wat het deed, maar ook welke nadelen eraan zaten. Daar gaven we patiënten trainingen hoe ze antwoord kunnen krijgen op de vraag waarmee ze naar de zorg zijn gegaan. ‘Zet het op een briefje en stel de vraag elke keer opnieuw’, zeiden we. ‘Als je het niet snapt, zeg dan dat je het niet begrijpt, maar laat je niet wegsturen zonder antwoord.’

We maakten gebruik van rollenspellen om mensen te wapenen tegen onbegrijpelijke taal en tegen de onzekerheid van een arts die simpelweg geen

antwoord kan geven, maar het niet wil toegeven.

Het is niet voor niets dat ik in mijn verdere werkzame leven ben blijven ijveren om de positie van patiënten te versterken en de zaken die artsen geheim wilden houden zichtbaar te maken. Ik heb hierover meer dan tachtig boeken geschreven, onderwijs aan medisch studenten gegeven, en honderden workshops en veel lezingen. Tegenwoordig gebruiken we termen als ‘shared decision making’ (om het toch weer te mystificeren gebruiken sommige artsen de afkorting SDM) of ‘Doctor Patient Partnership’ (jammer dat ze die twee eerste woorden in de verkeerde volgorde hebben geplaatst), maar het gaat over precies hetzelfde: het gaat om de patiënt, de arts is dienend.

Onlangs mocht ik voor een groep specialisten een workshop verzorgen over gedeelde besluitvorming – ja er bestaat wel degelijk een Nederlandse vertaling. Daarvoor had ik twee rollenspellen bedacht. Het ging om moeilijke gesprekken over beslissingen die mensen zelf moeten nemen. Mensen die op een kruispunt in hun leven zijn beland. Er zijn artsen die in zulke situaties met een natuurlijk gevoel functioneren, maar helaas is dit niet de regel. De cultuur van artsen is hier voor een deel verantwoordelijk voor.

Ik besepte dat ik vroeger zulke rollenspellen deed met patiënten om ze mondiger te maken, nu probeerde ik hetzelfde met artsen om ze te leren

minder dominant te zijn en meer ruimte te bieden aan de inbreng van patiënten. Het is goed om aan de kant van artsen te beginnen. Zij moeten het meeste leren. Het draait immers allemaal om het leren luisteren naar wat de gebruiker van de zorg wil en het communiceren op een manier die daarbij past. Het gaat dus om de afstelling tussen oren, ogen en mond van de arts. Dat betekent dat naar eigen functioneren moet worden gekeken. Introspectie en reflectie zijn nodig om te weten wie jij denkt dat je bent in de interactie. Speel je de rol van de arts die alles weet en is de patiënt te dom om je te begrijpen of te bang om het vervelende nieuws aan te horen? Wil jij de persoon zijn die geen tijd heeft en dat als excuus gebruikt om iemand een weekend lang in de zenuwen te laten zitten? Echt, daar moet je aan werken.

Ineens herinnerde ik het me weer.

‘Nog met Kees?’ informeerde ik. Ze knikte.

Wat een lange weg, van die idealen in 1973 naar de werkelijkheid van nu. En steeds moeten we dezelfde revolutie prediken: het gaat niet om het ego van de dokter en wie de beslissingen neemt. Het gaat om samen overleggen, een proces dat geleid wordt door de vraag van de patiënt. Er zitten in de zorg nu eenmaal weeffoutjes; veel artsen begrijpen niet goed wat ze precies veroorzaken als ze de patiënt uit het oog verliezen. Lees het maar na in Broer van god. Het boek gaat over hoe wij artsen in het leven kunnen verdwalen, terwijl we toch met grote idealen begonnen.



De taal van herstel

Zorgvuldig taalgebruik is een loffelijk streven maar is in de psychische gezondheidszorg met zoveel disciplines en aparte functies moeilijk te realiseren. Vooral in grote zorgorganisaties is het lastig elkaar werkelijk te verstaan. Het zou ideaal zijn als we beschikten over een gemeenschappelijke taal die wars is van het jargon dat in en om de zorg

vaak een vervreemdend effect heeft. Hulpverleners hanteren een eigen taal. Dat doen ook mensen in het vastgoed en de ICT. Zorgverzekeraars hanteren een taal die gaat over 'productie', toezichthouders zijn meer geïnteresseerd in

accountability dan in verhandelingen over herstel. Ook ervaringswerkers bezetten in de instellingen een niche met eigen betekenissen en terminologie.

De diverse talen maken van de sector een soort Toren van Babel. Dit bemoeilijkt samenhang en samenwerking. Soms is het functioneel dat diverse groepen hun eigen taal spreken: ze kunnen elkaar, in hun eigen groep, met weinig woorden goed verstaan. Daarmee brengen ze effectief hun ervaringen en kennis onder woorden. Dialecten of jargons maken diversiteit mogelijk. In zulke talen is kennis bijeengebracht die in een gemeenschappelijke taal waarschijnlijk verloren zou gaan. Het nadeel is ook duidelijk: onverstaanbaarheid tussen groepen of segmenten en geen gedeelde definities van centrale concepten.

Veel plannen en goede voornemens gaan verloren in de vertaling van de ene taal in de andere (lost in translation). Dan hebben we het nog niet eens over bewuste tegenwerking. Dat doet zich niet alleen voor op het wereldtoneel, tussen landen en taalgemeenschappen, ook in een mini-maatschappij als een grote zorginstelling. Hiervoor bestaat geen gebruiksklare oplossing. Maar als we ons ervan bewust zijn – en het probleem hardop uitspreken of benoemen – is het wel mogelijk per onderwerp te zoeken naar oplossingen. De maatstaf daarbij is dat die voor zoveel mogelijk mensen betekenis hebben, en in het bijzonder cliënten ondersteunen in hun herstelproces.

Veel hulpverleners voelen zich vervreemd van de oorspronkelijke motieven voor de keuze van hun vak. Veel van hun bazen, vooral de bazen van hun bazen, spreken een managementtaal – herkenbaar aan een overdosis Engelse termen – die ver afstaat van die motieven. Ergens is het wel fijn dat de meeste cliënten daar niet direct mee worden geconfronteerd. Maar het is ook jammer, omdat ze daardoor de tegenstrijdige logica waar veel instellingen in verstrikt zijn geraakt, minder goed kunnen begrijpen. Het is bovendien waarschijnlijk dat de managementlogica invloed heeft op het contact met hun hulpverlener. Alle mooie verhalen over herstel die op 'de werkvloer' worden verteld ten spijt, ben je als cliënt op een iets hoger 'aggregatieniveau' gewoon een object van productie. Je medewerking daaraan levert, volgens de DBC-sys-

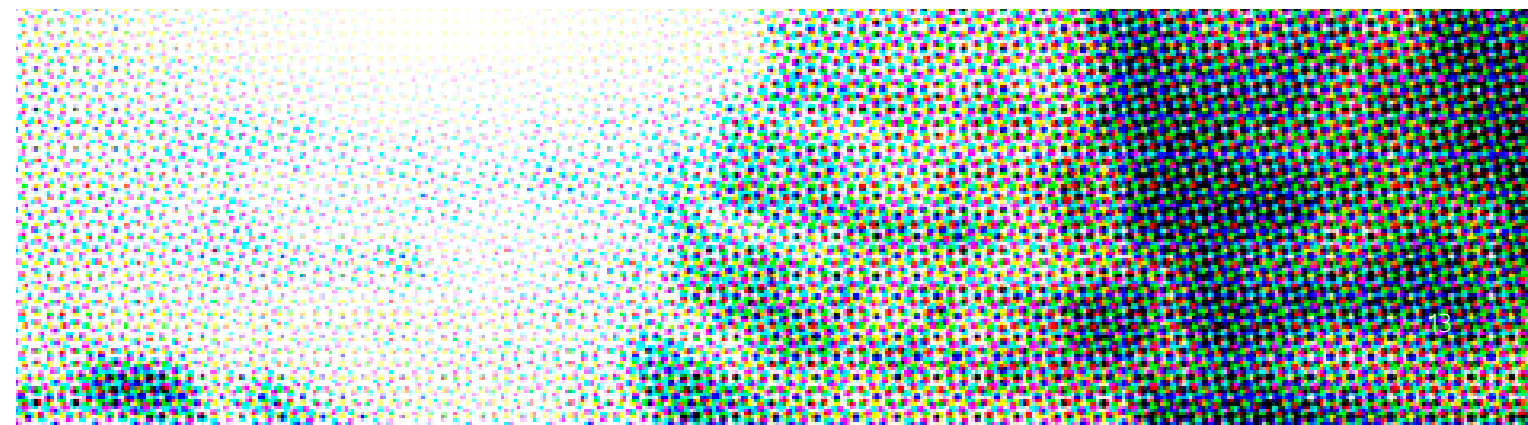
tematiek, zus en zo euro op. Dat dit tot pervers gedrag kan leiden, laat zich raden.

Is hier niks tegen te doen? Jawel, althans we kunnen een paar principes laten gelden, bij welke taal we ook spreken, in welke hoedanigheid we dat ook doen. Ik noem er drie. In de eerste plaats: laten we afspreken dat wat we ook schrijven of zeggen, we dat zo doen dat de meeste cliënten en hun verwanten ons kunnen verstaan én begrijpen. En laten we daarbij in gedachten nemen dat ze meelesen of meeluisteren. Dit voorkomt dat je afdrijft van het perspectief van de cliënt. En denk er af en toe ook aan dat het over jou had kunnen gaan.

Zet in de tweede plaats in je denken over en handelen altijd het subjectkarakter van je cliënt centraal. Zeker, mensen zijn zowel subject als – vanuit het perspectief van anderen – een object. Maar toch loont het de moeite niet alleen te roepen dat je de cliënt 'centraal' stelt, maar ook echt probeert in zijn huid te kruipen. Hoe erg de psychische toestand van iemand ook is en hoezeer je zelf als hulpverlener vaak het initiatief moet nemen, alle mensen hebben een basale behoefte tot autonome zelfregulatie. Dit is een universele wet en geldt ook voor cliënten met een ernstige psychische aandoening. Ook niet-hulpverleners moeten zich aan deze wet houden.

In de derde plaats, als consequentie van de eerste twee principes, geldt dat we in onze taal de participatie van cliënten en hun verwanten in en rondom de zorg werkelijk centraal moeten stellen – op alle niveaus van de organisatie en de sector. Ik denk hierbij aan het maken van plannen en het uitvoeren hiervan. De vraag is telkens: is de participatie een 'aspect' dat ergens wordt genoemd of wordt het daadwerkelijk gezien als de motor zonder welke de zaak niet echt gaat werken? En dus: is onze taal al geschikt om die participatie te bevorderen?

Als beoordelingscriteria voor het taalgebruik in de psychische zorg stel ik voor: verstaanbare en begrijpelijk taal, waarbij het subjectkarakter van de cliënt centraal staat en die is doordeesemd van werkelijk gemeente participatie. Let op: dit geldt voor álle betrokkenen, niet alleen voor hulpverleners. We hebben congruent werkende organisaties nodig: wat geldt voor psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en sociaal werkers, geldt ook voor hun bazen, en de bazen en toezichthouders van die bazen, hun financiers en wie dan ook. Voor herstel is natuurlijk veel meer nodig dan correct taalgebruik, maar het helpt wel.



Over gevaarlijke tbs'ers

In het Haarlems dagblad wordt elke dag een stelling geplaatst waarop kan worden gestemd. De stelling op 28 maart 2017 luidde: 'De maatschappij zou niet als proeftuin voor gevaarlijke gekken gebruikt mogen worden. Houd de tbs'er van de straat'. 98% van de mensen stemden met deze stelling in. Eén persoon zei: 'Stemmingmake-rij! Gevaarlijke tbs'ers worden niet op onbegeleid verlof gestuurd.

Deze stelling werd geplaatst, omdat een tbs'er die na zijn werk niet was teruggekeerd naar de kliniek ervan werd verdacht twee mensen te hebben vermoord. Zoals bij ieder incident waarbij een tbs'er is betrokken, ontstond veel ophef. De media buitelden over elkaar heen.

Ter verduidelijking: de tbs-maatregel is bedoeld om ernstige recidives te voorkomen, de samenleving veiliger te maken, én de tbs'er terug in de samenleving zijn leven te laten oppakken. Anders gezegd: ons stelsel is erop gericht mensen na hun straf en behandeling terug te laten keren in de samenleving en hen een kans te geven een nieuw leven op te bouwen.

Dat lukt steeds beter, maar niet altijd. Het gaat weleens mis. Wetenschappelijk onderzoek bewijst

dat het aantal recidives onder (ex-)tbs'ers veel lager is dan onder ex-gedetineerden. Vreemd genoeg maakt dit wetenschappelijke gegeven niets uit voor wat 'de burger (98%)' voelt als bij een incident een tbs'er is betrokken. Een tbs'er zal niet gemakkelijk een troetelfenomeen worden, zoals Holleeder vreemd genoeg wel was.

Wetenschappelijke onderzoek heeft in dit soort kwesties geen invloed op wat de mensen erover denken. Dat hebben we ook kunnen zien bij het Brexit-referendum in Engeland en het Oekraïne-referendum bij ons. De feiten over hoeveel immigranten er nu werkelijk het Verenigd Koninkrijk binnenkomen en hoeveel dat kost (valt allemaal wel mee) doen er niet toe. De mensen laten zich niet leiden door de waarheid, maar door wat zij waar vinden. Dat hoeft de waarheid helemaal niet te zijn. Zij stemmen vanuit de onderbuik.

Er worden in Nederland geen gevaarlijke tbs'ers losgelaten in de samenleving. Integendeel: de tbs'er wordt stap voor stap voorbereid om in de samenleving terug te keren en doet daar gemiddeld 8.7 jaar over. Iedere stap wordt zorgvuldig voorbereid en door het ministerie van Justitie en Veiligheid getoetst. Die stapjes worden heel zorgvuldig gezet en ja het is de bedoeling dat de tbs'ers hun plek vinden weer in de maatschappij: dus ook de behandelde man die veroordeeld werd

vanwege pedofilie en de vrouw die op een gruwelijke manier haar vader vermoordde. Het zijn mensen die een tweede kans verdienen.

De meesten van hen slagen erin, hoewel zij hinder en last ondervinden van hun medemensen die vergeten zijn dat zij zelf – mocht dat nodig zijn – ook graag een tweede kans zouden krijgen. Ons systeem is hypocriet. Wij gunnen de tbs'ers en de

meeste psychiatrische patiënten hun tweede kans niet. Politici moeten hier iets in veranderen. Zij moeten borg staan voor de waarden die wij zeggen te belijden, helaas gedragen zij zich zoals 98% van de burgers en durven zij niet het voortouw te nemen en ervoor te zorgen, dat er geen tweedegradersburgers bestaan.



Vernieuwing GGZ: professionals gaan het zelf doen

De hulpvraag in de ggz verdrievoudigde. Dit als gevolg van de marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) waarin nieuwe cliëntengroepen werden aangeboord. Ook verminderde het taboe op hulpvragen voor psychische aandoeningen. Bovendien delen de laatste twee generaties hun psychische kwetsbaarheden gemakkelijker met hun ouders. Ook dat helpt. De vraag neemt toe zonder dat psychische stoornissen aantoonbaar meer voorkomen. Overheid, beleidsmakers en zorgverzekeraars hebben met het oog op de kosten gereageerd met controle, transparantie en de daarbij behorende verstikkende bureaucratisering.

Eind 2015 nog leek onze ggz op een bijna dood vogeltje; uitgeput, nat en gekortwiekt, schuilend voor de regen en storm en niet meer in staat om te zingen. De studiedagen in deze sector die het

afgelopen jaar werden gehouden, gingen vooral over de eigen organisatie. Elke inhoudelijke creativiteit en vernieuwing leek uit deze noodlijdende instellingen te zijn verdwenen. De ggz kwam vooral in het nieuws door schandalen over declaratiegedrag en de enorme toename van pillenslikkende cliënten als gevolg van de medicalisering van de psychische zorg.

Prof. dr. Jan Derksen

Klinisch psycholoog-
psychotherapeut -
Psychologenpraktijk
Derksen & Klein Herenbrink
Emeritus hoogleraar klinische
psychologie en psychotherapie -
Radboud Universiteit Nijmegen

10 maart 2016

Dit tijdperk lijkt nu ten einde. De professionals nemen het heft weer zelf in handen. Komende tijd zijn er drie landelijke symposia: één over 'Professionele autonomie in de ggz', één onder de titel 'Hart voor de ggz' en als klap op de vuurpijl een grootscheeps opgezette studiedag in de Jaarbeurs onder de titel 'Goede ggz, herstel van de menselijke maat'. Voor deze laatste tekent de Universiteit van Maastricht en Mondriaan zorggroep. Tegelijk met dit symposium is een vuistdik boek over hetzelfde thema gepubliceerd. De voorbereiding hiervoor strekte zich over meerdere jaren uit. Nu worden de resultaten van deze inspanningen breed gedeeld.

Alle drie de initiatieven wijzen in de dezelfde revolutionaire richting: er moet snel een einde komen aan hoe de ggz nu zowel inhoudelijk als organisatorisch is vormgegeven. De dagen van de managers in de grote instelling en de ondernemers die in het kader van de marktwerking de zorg zijn binnengeslopen, zijn geteld. Het beleid van de overheid en zorgverzekeraars heeft gefaald en kan worden opgeruimd. De professionals krijgen zelf weer de lead en schakelen drempelloze eCommunity's, online platforms, webwinkels voor zorg, ervaringsdeskundigen en lotgenotencontacten in, met een sterke gerichtheid op zelfmanagement en eigen regie. Het klassieke een-op-eencontact

tussen professional en cliënt verdwijnt niet helemaal, maar komt achteraan in de rij. De DSM – de bijbel voor classificatie die inmiddels als cultuurproduct gemeengoed is geworden – kan voor al deze professionals die naar vernieuwing streven, op de schroothoop. De meer dan 300 DSM-etiketten die allemaal vertrouwen op de hersenen als uiteindelijke oorzaak van al deze aandoeningen, hebben afgedaan.

De neurowetenschappen hebben de psychiatrie en klinische psychologie niet verder kunnen helpen. Het vertrouwen hierin is opgezegd door veel psychiaters en klinisch psychologen. Het aantal syndromen wordt beperkt zoals die met stemming (bv. depressie) te maken hebben, met angst, met psychose en met lichamelijke klachten. De hulpvraag van de cliënt komt na 40 jaar weer in het centrum van de aandacht en de interventies worden afgestemd op persoon-omgeving-interacties in plaats van op geïsoleerde symptomen. De talloze behandelprotocollen en richtlijnen gemaakt door onderzoekspsychologen op basis van de magere DSM-etiketten en verkocht als 'evidence based' en 'transparant' aan managers van zorginstelling, hebben in deze vernieuwingsbeweging geen lang leven meer.

De inspanningen van de professionals om tot vernieuwing te komen, sluiten aan bij de herziene definitie van wat gezondheid is door de Gezondheidsraad uit 2009: het vermogen zich aan te passen en zelf de regie te voeren, gegeven psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen. De professional is vanuit dit perspectief geen autoriteit meer die als technicus met een protocol een symptoom behandelt, maar iemand die de cliënt helpt de regie over zijn eigen klachten en sociale omgeving te herwinnen. Voorop bij deze hulp staan de laagdrempelige mogelijkheden van het internet en de ict-technologie, gecombineerd met inschakeling van ervaringsdeskundigen en lotgenoten.

De schrijvers van het boek 'Goede GGZ' steken hun nek uit en dat verdient navolging. Er ligt nog wel veel terrein braak: het lijkt me noodzakelijk nog meer fundamenteel te beginnen en vanuit de psychologie helder te analyseren wanneer we van een stoornis kunnen spreken. En dus ook wat in dit opzicht 'normaal' is en waar verzekerde zorg begint.

Het boek ademt vooral de ervaring van de Maastrichtse groep met de psychose; deze ernstige aandoening wordt als een paradigma gebruikt voor veel mildere neurotische stoornissen en dat kan beter. De generalistische basis ggz krijgt nog te weinig aandacht en het model 'huisarts samen met POHGGZ' in stand houden, zoals de auteurs voorstellen, lijkt me geen goed idee. Het lijkt me beter er aan de poort voor te zorgen dat er een echte goed opgeleide klinisch psycholoog meekijkt en werkt, zodat verderop kan worden bespaard. Dit laat onverlet dat de ggz is gediend met alle nieuwe initiatieven om de professional weer zelf aan het woord te krijgen. Dat er veel gaat veranderen met al deze initiatieven lijkt gegarandeerd. Hier wil geen werker in de ggz buiten blijven.

Nieuwe nihilisten

Ivan Wolffers Schrijver, arts en hoogleraar Vrije Universiteit Medical Centre

Transitie? Plus ça change, plus c'est la même chose. Hoe vaak kan de geneeskunde zichzelf opnieuw uitvinden, vernieuwen, andere paradigma's omarmen, zich afzetten tegen zijn voorgangers?

5 maart 2015

Er zijn heel wat omwentelingen in de geneeskunde geweest, vaak samenhangend met nieuwe wetenschappelijke inzichten. Nieuwe inzichten hoefden echter niet onmiddellijk samen te hangen met betere behandelmethoden. Voor artsen die dag in dag uit patiënten zagen, waren die inzichten bovendien niet altijd belangrijk. Die gingen meestal – ongeacht wat hun middelen waren – voort met wat ze dachten dat goed was. In de negentiende eeuw hadden artsen bijvoorbeeld hoofdzakelijk het aderlaten en laxeren ter beschikking en dat pasten ze bij vrijwel elke patiënt toe, maar dat deed vaak meer kwaad dan goed. Uit die tijd stamt het beroemde citaat van de Amerikaanse arts Oliver Wendell Holmes (1809-1894): 'Als alle medicijnen in de oceaan gegooid zouden worden, zou dat veel beter zijn voor de mensheid, maar een stuk slechter voor de vissen.' Holmes' inzichten waren vernieuwend en zijn goede pen droeg bij aan een grote verandering in de geneeskunde van die tijd. Men moest minder kijken naar de beschikbare behandeling en meer naar de patiënt. Dat moest vooral gebeuren door

betere lichamelijk onderzoek. Bovendien moest een arts de zieke mens begrijpen in de omgeving waarin deze leeft.

Niet alleen in de Verenigde Staten was die ontwikkeling te zien. In Europa en met name in het centrum van de toenmalige wereld – Wenen – keerden jonge artsen zich af van de behandelingen die niet effectief waren. Ze zagen het als hun taak de natuur meer haar gang te laten gaan. Een arts moest daar volgens hen alleen maar bij helpen. Ze werden nihilisten genoemd, omdat ze afzagen van bestaande behandelingen, maar – terugkijkend in de twintigste eeuw – werden ze vooral geassocieerd met alternatieve geneeswijzen en kreeg het begrip negatieve connotaties.

De uitdaging van nu is de explosieve toename van niet-overdraagbare chronische aandoeningen, die nauw verbonden is met moderne leefwijzen. Gebrek aan beweging, te veel zitten, andere voedingspatronen, overconsumptie, onregelmatige slaaptijden en te weinig slaap, roken, forse alcoholconsumptie, stress.

Tot voor kort hebben we geprobeerd dat aan te pakken met cholesterolverlagers, middelen tegen hoge bloeddruk, medicijnen om het glucose te reguleren, tranquillizers, stemmingsverbeteraars en vrijblijvende adviezen. Daarop terugkijkend



mag je ondertussen concluderen dat we gefaald hebben. Ja, we zijn goed in staat gebleken mensen in leven te houden, het chronisch lijden daarmee te verlengen en ja, dat kost steeds meer geld want de kosten van nieuwe medicijnen blijven stijgen en goedkope innovaties bestaan niet meer. De kosten zijn tijdelijk een paar jaar af te remmen, maar het volume neemt toe en op langere termijn stijgen ze. Uiteindelijk gaat de zorg zoals die nu functioneert failliet.

Je kunt je in gezondheidszorg niet langer blijven concentreren op de uitkomst van het ziekmakende proces. Alle vernieuwingen van nu hangen samen met innovaties om leefwijzen te veranderen, maar de schaal waarop het gebeurt is nog onvoldoende. Minder focus op medicijnen dus en meer op

gezonder leven. Wat we nodig hebben zijn nieuwe nihilisten, artsen met andere vaardigheden. Ze hoeven hun arsenaal aan medicijnen niet weg te gooien, preventie moet juist de kerntaak van de geneeskunde worden en volledig in de medische praktijk worden geïntegreerd. Stap één is preventief te leren denken en gedrag en gedragsverandering te leren begrijpen. Stap twee: er moet meer geld naar onderzoek om te begrijpen wat we doen met onze vernieuwingen.

Als we nu de omslag niet kunnen maken naar een zorg die preventie als prioriteit stelt, gaan we het in de toekomst niet redden en worden we pas echt nihilisten.

E-health, ik geloof er niet in

Het is 43 april in het jaar 2031. De heer Blaauw ligt aan zijn bed gekluisterd. Het netwerk van Talpa-all-for-Talpa, de grootste internetprovider van Nederland, heeft te maken met een grote storing die al dagen aanhoudt. De zorgrobot, Florence staat in elkaar gezakt in de hoek van zijn kamer. Zij is niet meer in staat haar taken uit te voeren. Wat de heer Blaauw vooral mist, zijn de lieve woordjes die zij tijdens het wassen en plassen tegen hem zegt. Alle domotica zijn uitgevallen, waardoor zijn zorgmanager Guru die hem vanuit Hyderabad in India in de gaten houdt, niet meer kan ingrijpen. Met hem had de heer Blaauw via Snapchat de laatste dagen juist veel contact, maar die gesprekken gingen zo snel dat hij niet heeft onthouden wat Guru hem allemaal probeerde bij te brengen.

Wouter van Ewijk

24 januari 2019

U begrijpt het wel: de heer Blaauw vervuilde en een aantal dagen later werd hij door het ingrijpen van een alerte buurvrouw in het ziekenhuis opgenomen. Hier kon hij ondanks zijn ernstige decubitus slechts voor twee dagen worden opgenomen. Hij moest terug naar huis. De storing was inmiddels opgelost en Florence was weer helemaal berekend op haar taken. De heer Blaauw woonde nog lang, eenzaam en ongelukkig in zijn kleine huisje in de Javastraat.

e-Healthtoepassingen bieden ondersteuning of

zorg aan ouderen, cliënten met een chronische ziekte en een beperking en bevorderen het thuis wonen nog meer. Zorgprofessionals zouden door slimme inzet van e-health meer tijd kunnen overhouden voor de goede ondersteuning en zorg voor mensen.

Iedereen die wel eens in de zorg heeft gewerkt (als zorgprofessional) weet natuurlijk dat het echt decimeren van de bureaucratie veel meer zoden aan de dijk legt. Het is allang duidelijk dat onder dit kabinet de bureaucratie alleen maar zal toenemen (neem bijvoorbeeld de gevolgen van de wet AVG). De vlucht vooruit wordt gezocht in zogenaamd innovatieve oplossingen.

Terug naar die enorme voordelen van de e-healthtoepassingen. Een voorbeeld: met e-health kan een mantelzorger volgens de minister op afstand in de gaten houden hoe het met zijn naaste met dementie gaat. Dat is mooi, maar dan moet het huis natuurlijk wel vol camera's hangen en zij moeten het ook doen. Even terzijde: meer dan 900.000 Nederlanders zitten niet op internet, en ik vermoed dat veel mensen met dementie niet heel goed kunnen omgaan met dat internet. Maar goed al die fantastische e-healthmogelijkheden worden volgens de minister nu te weinig benut en daar moet echt verandering in komen.

Een andere toepassing. Dimence, de ggz-instelling van Zwolle en Deventer en omgeving stelt psychiatrische behandeling beschikbaar via Skype met een Nederlands sprekende psychiater die zich bevindt in India. Een patiënt reageerde vol wantrouwen. Zij wil een psychiater die 'ze de hand kan schudden en kan lezen. Ze wil weten met wie ze van doen heeft'.

Dimence biedt deze alternatieve vorm van therapie aan vanwege het grote gebrek aan psychiaters die bereid zijn in deze ggz-instelling te werken. Je zou denken: in Nederland zijn genoeg psychiaters (3700 op 17 miljoen mensen). Antwoord op de vraag of psychiaters in Nederland de goede dingen doen en hoe zij bewogen kunnen worden om te gaan werken voor patiënten met de meest complexe problemen, lijkt me belangrijker dan deze 'oplossing' aanbieden. Ik zal niet ontkennen dat e-healthondersteuning van nut kan zijn bij een behandeling, maar het nuttige effect wordt schromelijk overschat. Hoe lang wordt er niet al beweerd dat die mogelijkheden zo groot zijn? Voor wie zijn ze geschikt? En wat is er van terechtgekomen?

Jaap van der Stel is in zijn column voor Discura bijzonder positief over de mogelijkheden. 'Computers hebben geen moeite met nachtdiensten, wachtlijsten zijn niet aan de orde, ze registreren automatisch alles wat ze doen. Hulp door computers is bovendien goedkoper, de hulp is tot in alle uithoeken van de wereld toegankelijk. We zijn al zover dat computers kunnen leren van hun ervaringen. Op termijn leveren ze mogelijk betere prestaties dan waar menselijke therapeuten toe in staat zijn. Ik denk dat allerlei modules voor cognitieve gedragstherapie nu al prima met behulp van computers kunnen worden toegepast'.

Ik betwijfel of hij daar gelijk in heeft. Ik weet bijvoorbeeld zeker dat het niet mogelijk is echte 'empathie en compassie met behulp van algoritmes in te bouwen in een robot'. Ik geloof nog steeds onvoorwaardelijk in het nuttige effect van een goede relatie tussen hulpverlener en patiënt en geloof niet dat die vervangen kan worden door e-healthtoepassingen. Het zal ouderwets zijn, maar dat moet dan maar.



Het moet anders

Wetenschappelijk onderzoek suggereert dat training van specifieke groepen (bv studenten, politie) of brede landelijke mediacampagnes impact heeft op het verminderen van negatieve stereotypering van mensen met psychische aandoeningen. Ook openhartige getuigenissen van bekende mensen kunnen die invloed hebben. In Nederland en elders – het Verenigd Koninkrijk misschien uitgezonderd – komt dit nog maar moeizaam op gang. De reden hiervoor is een interne paradox: de taal en de concepten die we gebruiken om over psychische problemen te denken en te communiceren staan zelf bol van de negatieve verwachtingen en stereotyperingen.

Prof. dr. J.J. van Os

Nederlandse hoogleraar in de psychiatrie en voorzitter van de Divisie Hersenen van het Universitair Medisch Centrum Utrecht

22 september 2014

Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat psychisch lijden het best kan worden geconceptualiseerd als menselijke variatie: iedereen heeft op zijn tijd psychische kwetsbaarheden die een proces van aanpassing vergen in combinatie met de capaciteit om weerbaarheid te ontwikkelen. Met name op jonge leeftijd worden mensen voor het eerst geconfronteerd met hun psychische kwetsbaarheid en een significant deel van de populatie ontwikkelt symptomen die het functioneren belemmeren.

Hier begint de paradox: zij die hulp zoeken voor hun psychische problemen worden in eerste instantie geconfronteerd met een systeem van stereotypering in de vorm van pseudo-diagnostische labels, waarin de (wetenschappelijk kwetsbare) pessimistische visie van neurobiologische determinatie en 'hersenziekten' verborgen zit. Dit label wordt vervolgens het fundament onder het systeemdenken van elkaar beconcurrerende zorgverzekeraars die psychisch lijden vooral als schadelast zien, in plaats dat ze de gezondheid van hun verzekerden vooropstellen. Zorgverzekeraars beweren te sturen op kwaliteit van de zorg, in de werkelijkheid proberen ze met steeds straffere systemen de door politiek geïnspireerde marktwerking beheersbaar te houden.

De bovengeschetste systeemwereld is een belangrijke oorzaak van het voortdurende onbegrip en stereotypering van psychisch lijden. Alle partijen stereotyperen op hun eigen manier, de patiënt en zijn behandelaar hebben het nakijken.

Het moet anders. Er is behoefte aan een perspectief op de langere termijn in het kader van een nieuw 'conceptueel akkoord'. De zeer hoge prevalentie van psychische stoornissen, de enorme maatschappelijke impact ervan, de relatief jonge

leeftijd waarop zij optreden en de grote variatie in expressie en beloop – zowel tussen als binnen mensen – maakt dat het denken over psychisch lijden zich meer dan nu het geval is dient te baseren op de taal en de concepten van de publieke gezondheidszorg, de gewone mensen met hun diagnose, met aandacht voor zelfmonitoring, eigen regie en ervaringsdeskundigheid.

Het is verstandig dit alles te bezien vanuit het grotere perspectief van de epidemiologie in de regio en de financiering (met accountability op het niveau van epidemiologische parameters in relatie tot de bronpopulatie). De oprichting van een gratis, centrale, excellente, professioneel gestuurde voorziening voor mHealth en eHealth met minimale face-to-face begeleiding (als publieke voorziening) levert waarschijnlijk een grotere bijdrage aan het reduceren van het stigma in Nederland dan enige andere maatregel. Dit zal naar verwachting niet duurder zijn dan de 20 miljoen euro die nu jaarlijks wordt uitgegeven aan de Stichting Benchmark GGZ, een stichting zonder duidelijk haalbaar doel.

Wat denkt U hiervan? En over 10 jaar?



Veiligheid van de samenleving in gevaar door beroepsgeheim

'Ik zal, wat ik bij de uitoefening van mijn beroep ook zal horen of zal zien, of ook daarbuiten over het leven van mensen te weten kom aan dingen, die nooit bekend mogen worden, in stilzwijgen bewaren, en het beginsel hooghouden, dat dingen die mij zo bekend worden vallen onder geheimhouding.'

Deze zin is onderdeel van de Eed van Hippocrates en richt zich op de veiligheid, integriteit en privacy van het individu. De laatste

Wouter van Ewijk

11 juli 2019

Als er – anders gezegd – meer oog was geweest voor de belangen en de veiligheid van de samenleving.

In de Eed van Hippocrates komt dat aspect van de veiligheid van de samenleving niet aan de orde. Het staat dan ook op gespannen voet met het boven beschreven beginsel. Een voorbeeld: recent hebben medewerkers van een ggz-instelling hun vermoeden dat een van hun patiënten de moordenaar was van drie willekeurige wandelaars, niet gedeeld met de politie. Ze gebruikten het voor de hand liggende argument van het beroepsgeheim en het recht op privacy. Daardoor hebben ze de

samenleving in gevaar gebracht.

Onlangs hebben verpleegkundigen van een Duits ziekenhuis hun vermoeden dat hun collega systematisch patiënten vergiftigde om daarna de held te kunnen uithangen, niet gemeld aan hun leidinggevende. Zo hebben ze de opgenomen patiënten in gevaar gebracht. Sterker nog, er overleden meer dan tachtig patiënten.

In het eerste voorbeeld werd het ziekenhuis gedwongen de gegevens van de patiënt vrij te geven, in het tweede voorbeeld werden drie collega's van de moordende verpleegkundige in staat van beschuldiging gesteld omdat zij hun vermoedens niet deelden met anderen en daardoor niet ingegrepen kon worden. Kort en goed, er is een kentering gaande.

Uit elk onderzoek naar aanleiding van een groot incident komt naar voren dat de beschikbare informatie door de verschillende partijen niet werd gedeeld en dus onvoldoende werd samengewerkt. De niet zo lang geleden geïntroduceerde wet AVG maakt het delen van informatie nog moeilijker, omdat het recht op privacy prioriteit heeft. Wat de gevolgen daarvan zijn weten wij uit de treurige lotgevallen van Anne Faber. Haar moordenaar had het kennelijke recht om zijn dossier niet te laten overdragen aan de afdeling waar hij zou worden



geresocialiseerd. Zij wisten hierdoor te weinig van zijn seksueel delinquent verleden.

Iedereen vroeg zich af hoe dit kon gebeuren, maar binnen de vigerende wetgeving kan dit. Laten we niet vergeten dat zo'n wet er komt omdat de burgers het recht op privacy als hoog(st) goed beschouwen. Dat is het ook, maar toch is de vraag gewettigd of die wet van Hippocrates niet aangepast moet worden en er een afweging mogelijk is tussen het belang van het individu en dat van de samenleving. Strikt genomen is dat nu ook al mogelijk, maar de balans slaat meestal uit naar een beroep op de geheimhouding en de weigering van een medewerker van een ggz-instelling of de instelling zelf om die informatie te verstrekken. Met alle gevolgen van dien. Ik herinner mij een film van Alfred Hitchcock waarin een priester verdacht wordt van de moord die gepleegd werd door een

persoon die bij hem te biecht ging. Zijn geheimhoudingsplicht noopte hem ertoe te zwijgen. Zo moet het natuurlijk niet gaan.

Een van de eerste dingen die je als geneeskundestudent leert is 'primum non nocere', geen schade toebrengen. Dat geldt wat mij betreft niet alleen de individuele patiënt, maar ook – en misschien wel juist – de samenleving. Ik bepleit op basis van de incidenten geen reacties die de privacy van alle burgers bedreigen, zoals het niet meer naar buiten laten gaan van vrijwillig opgenomen patiënten. Ik vind wel dat de balans tussen het recht op privacy van de individuele burger en de veiligheid van de samenleving, dus die van alle burgers, moet worden herijkt. Gegevens die nodig zijn om die veiligheid te kunnen borgen, moeten gemakkelijker kunnen worden gedeeld.

Veiligheid is meer dan naleven protocol

Malou van Hintum.

Dagvoorzitter en wetenschapsjournalist gespecialiseerd in psyche & gezondheid, onderwijs & wetenschap

1 augustus 2013

Veiligheid heeft te maken met de kwetsbaarheid van patiënten die is overgeleverd aan de zorg en inzichten van medische professionals die zich om hen bekommeren. Maar veiligheid heeft ook te maken met de kwetsbaarheid van de medische professionals. Die moeten niet bang zijn om elkaar vragen te stellen en om zelf bevraagd te worden.

Werkklimaat

Het is zinvol om protocollen te ontwikkelen die de veiligheid bevorderen in een ziekenhuis of andere setting waarin (medische) zorg wordt verleend. Protocollen zijn een noodzakelijk, niet een voldoende middel. Iets ongrijpbaars als 'het klimaat' op een werkplek of afdeling is minstens zo belangrijk. Want het maakt nogal uit of dat klimaat een 'afrekencultuur' is of een coöperatieve cultuur. Een cultuur waarin je wordt afgebrand als je een fout maakt of iets niet weet of een cultuur waarin ruimte is voor twijfels en vergissingen.

Blufpoker

Psychologisch onderzoek laat zien dat patiënten die met een klacht bij een arts komen, méér vertrouwen hebben in de arts die zonder blikken of blozen een diagnose stelt dan in de arts die zegt 'Ik denk dat dit-en-dat aan de hand is, maar

ik zoek het even na' en vervolgens een naslagwerk uit de kast pakt. De eerste arts ervaren patiënten als 'deskundig', de tweede niet. En dat terwijl de eerste arts best blufpoker kan spelen en de tweede zich realiseert dat zijn kennis beperkt is en liever het zekere voor het onzekere neemt.

Twijfel

Wij mensen hebben in het algemeen moeite met twijfel. Twijfel is de meest vruchtbare manier van werken is – hoe zouden we vooruitgang kunnen boeken als we niet voortdurend vragen zouden opwerpen en waarheden ter discussie stellen? Maar in de dagelijkse praktijk hebben we behoefte aan stevige ankers en vaste waarden. Daarom maken we protocollen. Werk je volgens protocol, dan valt je niets te verwijten als er iets misgaat. Je hebt je toch aan de regels gehouden? Een protocol geeft zekerheid. Maar geeft het ook voldoende zekerheid? Nee.

Teamwork

Alle werk is mensenwerk. Ja, dat is een dooddoe-ner. Maar toch. Werk is dus géén monopolie van betweters, van macho's, van ik-sta-hiërarchisch-gezien-boven-jou-en-daarom-hoef-ik-niet-naar-jou-te-luisteren. Mensenwerk betekent teamwork, betekent elke schakel in de keten waarderen. Mensenwerk betekent je eigen zwaktes en sterktes onderkennen. Mensenwerk betekent je eigen



ego opzijzetten en dienstbaar zijn aan een hoger, gezamenlijk doel. Niet op elkaar afschuiven, maar bij elkaar aanschuiven.

Vertrouwen

Mensenwerk in de zorg betekent ook: de patiënt centraal stellen. En dan niet als het object van handeling waar iedereen zijn eigen specialisme op loslaat, maar als het honderd procent menselijke

subject om wie het draait. Veiligheid heeft niet alleen te maken met het goed naleven van regels, maar ook met het creëren van vertrouwen. Een patiënt die zich gehoord en gezien weet, voelt zich veilig. Dat krijg je met een technisch protocol niet voor elkaar, daar moet je gewoon voor gaan zitten. Een arts die dat tijdverspilling vindt, zou in mijn protocol ontslag krijgen.

Veiligheid in de zorg: weg met de onverschilligheid!

Laatst was ik op een congres voor praktijkverpleegkundigen. Een longarts die een workshop gaf over longauscultatie vroeg wie na elk patiëntencontact de handen waste. Een derde van de verpleegkundigen die werkten in een huisartsenpraktijk, stak de hand op. Nog veel minder handen gingen omhoog op de vraag: 'En wie maakt het membraam van de stethoscoop schoon na elk patiëntencontact?' Dat is zorgwekkend: juist in de steeds complexere eerstelijnszorg, met een groeiend aantal kwetsbare ouderen in de patiëntenpopulatie, is infectiepreventie van cruciaal belang.

Doe je microbiologisch onderzoek in huisartsenpraktijken, dan vind je in een groot deel daarvan ESBL-vormende bacteriën. Het zijn bijzonder resistente micro-organismen die vaak 'ziekenhuisbacteriën' worden genoemd, maar ook buiten het ziekenhuis voorkomen.

Aliëtte Jonkers
Medisch Journalist
dagvoorzitter – Aliëtte
Jonkers Journalistieke
Producties

10 oktober 2013

Op membranen van stethoscopen vinden we vaak *escherichia coli* en *klebsiella pneumoniae*, maar ook wel de *enterococcus faecalis*. Darmbacteriën dus die in een gezonde gastheer geen schade aanrichten, maar gevaarlijk kunnen zijn voor zieke mensen of kwetsbare ouderen. Daarnaast wordt op stethoscopen regelmatig de *staphylococcus aureus* gevonden. Deze bacterie kan tot 20 uur op het membraan van het

instrument kan overleven. En dan hebben we het nog maar over één veelgebruikt instrument in de zorgpraktijk.

In Nederland doen we het nog relatief goed ten opzichte van andere landen, maar de dreiging neemt toe. Je zou daarom denken dat de bewustwording om goede (hand)hygiëne toe te passen toeneemt. Helaas is dat niet het geval. In ziekenhuizen is het niet veel beter dan in huisartsenpraktijken. De mediane compliance voor handhygiëne bedraagt 40%. Op de IC is het met 30 à 40% zelfs nog slechter gesteld. Opmerkelijk, omdat op de intensive care per definitie ernstig zieke patiënten liggen. Verpleegkundigen (48% houdt zich aan de regels voor handhygiëne) zijn iets gewetensvoller met handhygiëne bezig dan medisch specialisten (32%).

Hoe komt dat? Is die laissez faire-mentaliteit van artsen en verpleegkundigen te wijten aan de onzichtbaarheid van micro-organismen? Met het bloete oog zie je ze immers niet. Door de jaren heen is het ene na het andere implementatietraject voor betere handhygiëne in zorginstellingen geïntroduceerd. Daar kostte veel tijd en energie. Tot nu toe is het, voor zover ik weet, met geen enkel traject gelukt om het gedrag van artsen en verpleegkundigen structureel te veranderen. Er komt even een aha-erlebnis bij een nieuwe feedbacktraining, een



nieuwe procedureafspraken, een nieuwe workshop of weer een nieuw leiderschapsprogramma waar het gaat over open dialoog. Maar zodra de hectiek van alledag zich weer aandient, verdampen de goede voornemens bijkans nog sneller dan de – te weinig gebruikte – handalcohol.

Opvallend is dat veel verpleegkundigen hetzelfde zeggen als het over het niet naleven van de regels voor handhygiëne gaat. Zij zeggen dan: artsen zijn nog veel erger dan wij. Daar hebben ze gelijk in, maar het geeft ook iets anders aan: er is niemand die verantwoordelijk gesteld kan worden voor falend hygiënebeleid – behalve dan de raad van bestuur als het écht faliekant misgaat, zoals in het Maasstad Ziekenhuis gebeurde. Maar excessen wil je natuurlijk voorkomen. Om in de dagelijkse praktijk structureel iets te veranderen, moeten we niet simpel regels opvolgen, maar er ook met hart en ziel ervan overtuigd zijn dat ander gedrag noodzakelijk is. De kunst is om een perspectief te bieden waardoor zorgverleners het gevoel krijgen dat hun inzet en acties ertoe doen, zodat zij eigenaarschap gaan voelen.

In Amerikaanse Magnet ziekenhuizen wordt dat ook gedaan. Deze ziekenhuizen hebben de hoogste en meest prestigieuze internationale onderscheiding ontvangen die een zorginstelling of ziekenhuis kan krijgen voor excellente zorg. Daar wordt het scoren van indicatoren niet gezien als 'weer een bureaucratische regel boven op de zorg', maar als een kans om de kwaliteit van de zorg te verhogen. Vol trots worden die resultaten vervolgens gebenchmarkt. Dat mes snijdt aan twee kanten. Want verantwoordelijkheid nemen maakt de zorg niet alleen veiliger, maar je werk ook leuker. Weg met de onverschilligheid!

Ervaringsdeskundigheid: géén vak apart

Ruim vier op de tien Nederlanders tussen 18 en 64 jaar heeft in zijn leven een psychische aandoening. De meesten van ons herstellen er weer van of leren ermee leven. Veel mensen dragen dus ervaringsdeskundigheid met zich mee. Toch houden ze die kennis meestal voor zichzelf. Uit schaamte? Uit angst dat ze niet voor vol te worden aangezien?

Voor hulpverleners in de ggz (en daarbuiten) gold lange tijd de regel dat ze afstand móesten houden van hun cliënten. Dat was profes-

Malou van Hintum

Dagvoorzitter en wetenschapsjournalist gespecialiseerd in psyche & gezondheid, onderwijs & wetenschap

25 januari 2018

sioneel. Het waren – en zijn nog vaak – ervaringsdeskundigen die wel over hun achtergrond spreken; om hulpverleners een extra perspectief te geven en – vooral – om cliënten te helpen. Deze ervaringsdeskundigen zijn vaak 'herstelde cliënten': mensen die een kwartiertje spreektijd krijgen tijdens een dag bomvol 'experts'. De variant op 'is er wel een vrouw bij?' en 'is er wel een allochtoon bij?' Nu is het: 'is er wel een ervaringsdeskundige bij?' Er wordt beleefd geluisterd naar het cliëntperspectief, daarna gaat iedereen weer back to business. Maar dat is aan het veranderen.

De nieuwe ervaringsdeskundige heeft een opleiding gevolgd en is geen ervaringsdeskundige as such, maar een ervaringsdeskundige hulpverlener.

Anders gezegd: niet het delen van persoonlijke ervaringen staat voorop, maar het inzetten van ervaringskennis bij het helpen van anderen. Aan de Hogeschool van Windesheim is het mogelijk de afstudeerrichting ervaringsdeskundigheid te volgen, bedoeld voor studenten die zelf hebben geworsteld met armoede, verslaving, geweld, verwaarlozing of misbruik.

Lector en ervaringsdeskundige Alie Weerman promoveerde cum laude op het onderwerp 'ervaringsdeskundige zorg- en dienstverleners'. Zij ziet ervaringsdeskundigheid als een complementaire deskundigheid binnen reguliere opleidingen, de zorg en de sociale sector. En dus niet als een vak apart. In het Tijdschrift voor Sociale Vraagstukken (zomer 2017) zegt Weerman: 'Een apart beroep kan ertoe leiden dat ervaringsdeskundigheid van (andere) professionals als social workers en sociaal-psychiatrisch hulpverleners onbesproken en onbenut blijft, terwijl onderzoek uitwijst dat een groot deel van hen zelf ervaring met psychisch lijden heeft.'

Dankzij studenten die afstuderen op de specialisatie ervaringsdeskundigheid, komen er begeleiders, sociaal werkers en hulpverleners met een grote plus de hulpverlening binnen. Professionals die ook als zodanig erkenning krijgen. Helaas heeft zo'n nieuw type hulpverlener ook potentieel nega-



tieve kanten. De keerzijde van herkenning en steun kan een gevoel van schaamte en falen bij cliënten zijn, omdat zijzelf blijkbaar (nog?) niet zo sterk in hun schoenen staan. Een ander risico is een té geslaagde integratie van ervaringsdeskundige hulpverleners in het op oude leest geschoeide systeem, waardoor op den duur opnieuw een grote afstand kan ontstaan tussen hulpverlener en cliënt.

Weerman vindt daarom dat er een kritische cliëntenbeweging moet blijven buiten het reguliere hulpverleningscircuit. Voor de nodige correctie en tegenspraak. Daar heeft ze vast helemaal gelijk in, maar voorlopig lijken ervaringsdeskundige hulpverleners me vooral een zegen voor hun cliënten.

Weigerspecialisten

Aliëtte Jonkers

Medisch Journalist

Dagvoorzitter

Aliëtte Jonkers

Journalistieke Producties

17 juni 2015

Ik geloofde het eerst niet, toen ik de kop voor het eerst zag: een derde van de medisch specialisten wil behandeling weigeren bij ongezonde leefstijl. Het nieuws werd gebracht door Brandpunt, dat een onderzoek had laten uitvoeren onder medisch specialisten.

Natuurlijk lag het allemaal genuanceerder, maar toch: 40 procent van de specialisten zou graag het recht hebben om een behandeling te weigeren aan ongezond levende mensen. Dat is nogal wat.

Een behandeling weigeren? Dat is niet des dokters, schreef collega-journalist Malou van Hintum al. En inderdaad: nog niet eerder spraken artsen zich zo duidelijk uit over zogenaamd ongezond leven en dan ook nog in relatie tot de steeds maar stijgende kosten in de gezondheidszorg.

Ik heb er even de Eed van Hippocrates op nageslagen. De eed die alle jonge artsen afleggen. Daarin staat: ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Er staat niet: ik waak bij de keuze voor het starten van een behandeling over de uitgaven in de gezondheidszorg. Er staat ook niet: ik stel het belang van minister Schippers voorop en eerbiedig haar niet aflatende voorstellen om de laatste splinter solidariteit uit ons zorgstelsel te slopen.

Of de kosten door een ongezonde leefstijl echt zo vreselijk zullen stijgen is verre van glashelder. In de praktijk is het recht om behandelingen te kunnen weigeren niet gemakkelijk te verwezenlijken. Want wat is ongezond gedrag? Ga dat maar eens definiëren. Dat is minder gemakkelijk dan het klinkt. Sporters die op zaterdagmiddag met hun blessure op de spoedeisende hulp belanden, doen dat vanuit gezond gedrag, maar voeren de kosten van de acute zorg behoorlijk op. En, zoals medisch ethicus Ghislaine van Tiel onlangs op Twitter scherp opmerkte: Kijken de artsen ook naar hun eigen ongezonde stress of worden alleen de rokers en de dikkerds bestraft? Over eigen verantwoordelijkheid gesproken.

Stigma op ziekte: we moeten het gewoon niet willen. Iemand die dat heel goed heeft begrepen is Marcel Canoy, de kersverse voorzitter van Longkanker Nederland. Hij lanceerde in dezelfde week dat de weigerspecialisten hun stem roerden de campagne Niemand verdient longkanker. De campagne is opgezet omdat 55 procent van de Nederlanders vindt dat longkankerpatiënten de ziekte over zichzelf hebben afgeroepen. Harder kan niet: je zal maar longkanker hebben en steeds de vraag moeten beantwoorden of je gerookt hebt. Ja, en wat dan nog? Niemand vraagt erom ziek te worden.

Rokers en mensen met obesitas krijgen al genoeg voor hun kiezen: ze hebben niet alleen een slechte re gezondheid, maar schamen zich ook waardoor depressie en een sociaal isolement op de loer liggen. Eigen-schuld-dikke-bult-denken, bedacht door VVD-achtige types die het eigen verantwoordelijkheidsmantra prediken, hoort niet thuis in de gezondheidszorg. Dan kunnen we ook die 40 procent artsen met burn-outklachten blijven behandelen. Deal?

Doodsbang voor de patiënt

Geen kinderen nemen. Pillen slikken tot aan je dood. Betaald werk? Nee, die ambitie moet je maar vergeten. Nog steeds zijn er hulpverleners in de ggz, psychiaters en psychologen, die deze adviezen geven aan mensen die een psychose hebben doorgemaakt.

De ggz is hard bezig om stigma te bestrijden, met mooie congressen en speciale campagnes. Alleen binnen de eigen gelederen wil het nog niet zo lukken. Een student psychologie die voor haar opleiding een leertherapeut zocht, kreeg te horen dat ze 'te kwetsbaar' was voor het vak. Ik sprak

met een psychiatrisch verpleegkundige met de diagnose ADHD.

Aliëtte Jonkers

Medisch Journalist
Dagvoorzitter
Aliëtte Jonkers
Journalistieke Producties

3 december 2015

Zij had een spreekverbod van haar werkgever gekregen: onder geen beding mocht ze patiënten vertellen dat zij een psychiatrische diagnose had. Een psychiater vertelde dat bezorgde collega's hem op het hart hadden gedrukt niemand iets te vertellen over zijn zus, die psychoses had. Want stel dat hij erfelijk belast was? Dan was hij dus óók kwetsbaar. Openheid daarover was nergens goed voor. Dat zou maar leiden tot stigmatisering. Met zulke vrienden heb je geen vijanden meer nodig, wil ik maar zeggen.

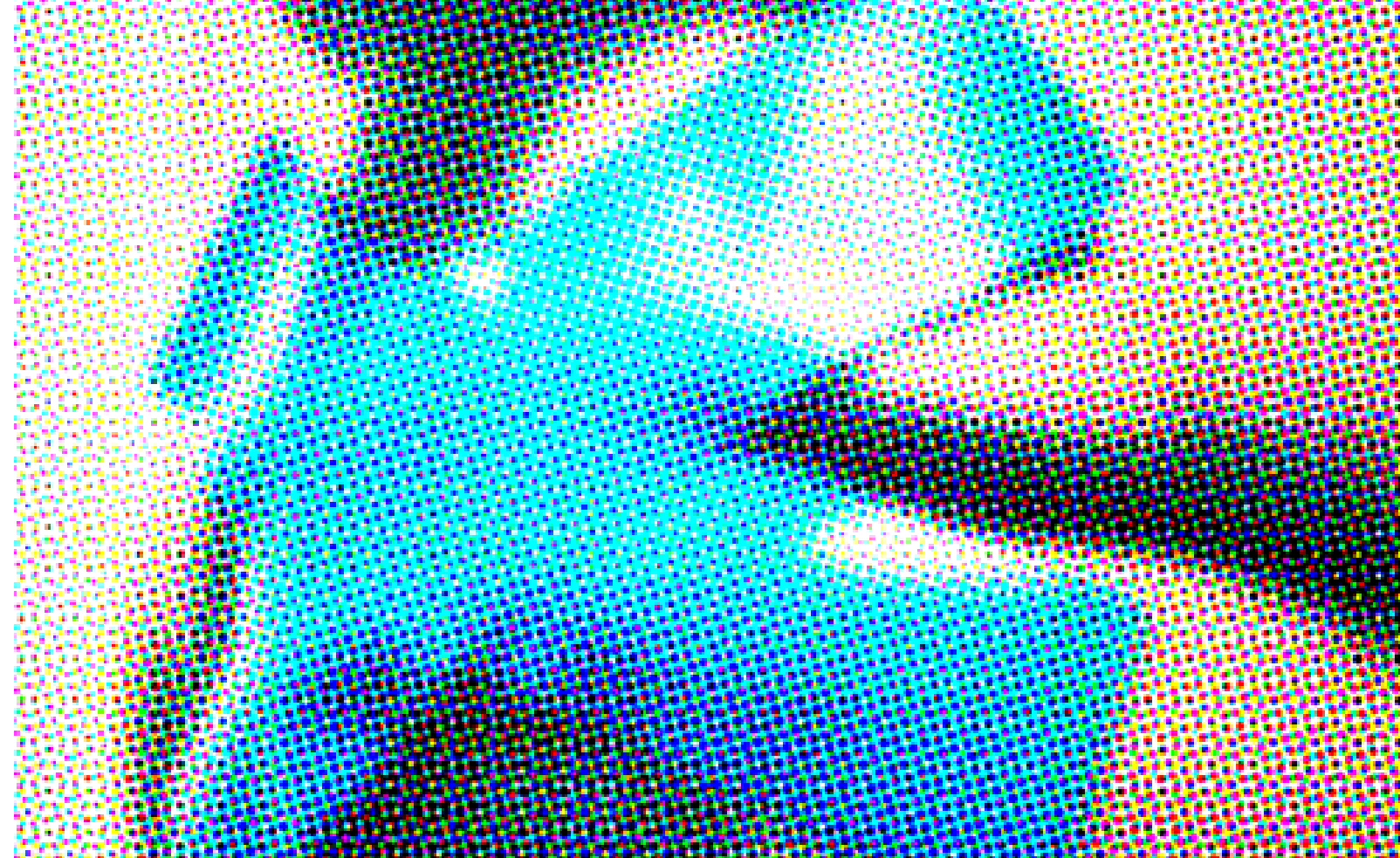
In 1988 publiceerde P.C. Kuiper, hoogleraar psychi-

atrie, het boek Ver heen, over zijn vier jaar durende depressie met angsten en waanvoorstellingen. Een oud-leerling brengt hem een bezoek en zegt: 'Wanneer je nou twee leerboeken hebt geschreven over de psychiatrie en je wordt zelf in het gekkenhuis opgenomen, dan sta je toch ook voor aap.' Kuiper was met stomheid geslagen: 'Mijn gewone vaardigheid van repliek dienen liet mij volkomen in de steek, ik was perplex, mompelde iets van: 'Dokters kunnen toch ook wel ziek worden of iets dergelijks.'

In zijn boek legt Kuiper de vinger precies op de zere plek. Artsen houden de mythe van de onwankelbare dokter in stand, omdat ze doodsbang zijn voor hun patiënten. Hij verbaasde zich over 'het vreemde, gedistantieerde gedrag van sommige psychiaters'. Dat diende, zei hij, de angst op een afstand te houden.

Dat zinde hem niet. 'Zo schep je innerlijke afstand. Je kunt je ook met ziel én lichaam uit de voeten maken, wanneer mensen aan iets lijden dat je angstig maakt, zoals aids, kanker, psychose. Iedere dokter geeft zijn autogas als hij langs het kerkhof komt, placht mijn leermeester in de interne geneeskunde te zeggen. Geven velen van ons ook niet vaak gas als we het huis van een zieke vriend of ziek familielid passeren?

Natuurlijk is er sinds 1988 veel gebeurd. Er zijn



bijvoorbeeld steeds meer ervaringsdeskundigen bij ggz-instellingen in dienst. Maar juist die term kan stigmatisering in de hand werken, zeggen sommige deskundigen, omdat je opnieuw een wij-zij-tegenstelling schept. Ervaringsdeskundigen in dienst nemen binnen een ggz-instelling impliceert bijna automatisch dat de psychologen, psychiaters en andere hulpverleners die al in dienst waren, níet ervaringsdeskundig zijn.

Malou van Hintum schreef voor Stichting Samen

Sterk zonder Stigma het rapport Te gek voor woorden – Stigma en media. Daarin stelt psychiater Jan Mokkenstorm dat psychiaters zelf actiever moeten zijn en beter hun best moeten doen om de beeldvorming over mensen met psychische aandoeningen te verbeteren. De kloof tussen dokters en patiënten is kunstmatig, zegt hij: 'Drie van de vijf psychiaters en psychologen hebben zelf met psychische problemen te maken gehad.'

De arts-patiënt-Google-relatie

'Goedemorgen dokter, ik heb op basis van de beoordelingen op ZorgkaartNederland.nl voor uw afdeling gekozen en ik las in een interview dat u graag per e-mail met uw patiënten communiceert. Dat komt goed uit, want ik werk 48 uur per week en ben veel onderweg, dus zo'n telefonisch consult loopt bij mij meestal in de soep. Heel onhandig hoor; ook de assistente van mijn huisarts heeft me wel eens verzocht tussen 11 uur 's morgens en 3 uur 's middags stand-by te zijn, omdat de huisarts kon bellen over zoiets futiels als de uitslag van mijn schildklierfunctie. Weet u wat ik in die vier uur allemaal aan het doen ben? Ik kan toch niet

Dr. Bertho Nieboer

Hoofdredacteur Medisch Contact, gynaecoloog (focus op menstruatiestoornissen/endometriose), spreker en dagvoorzitter

18 september 2014

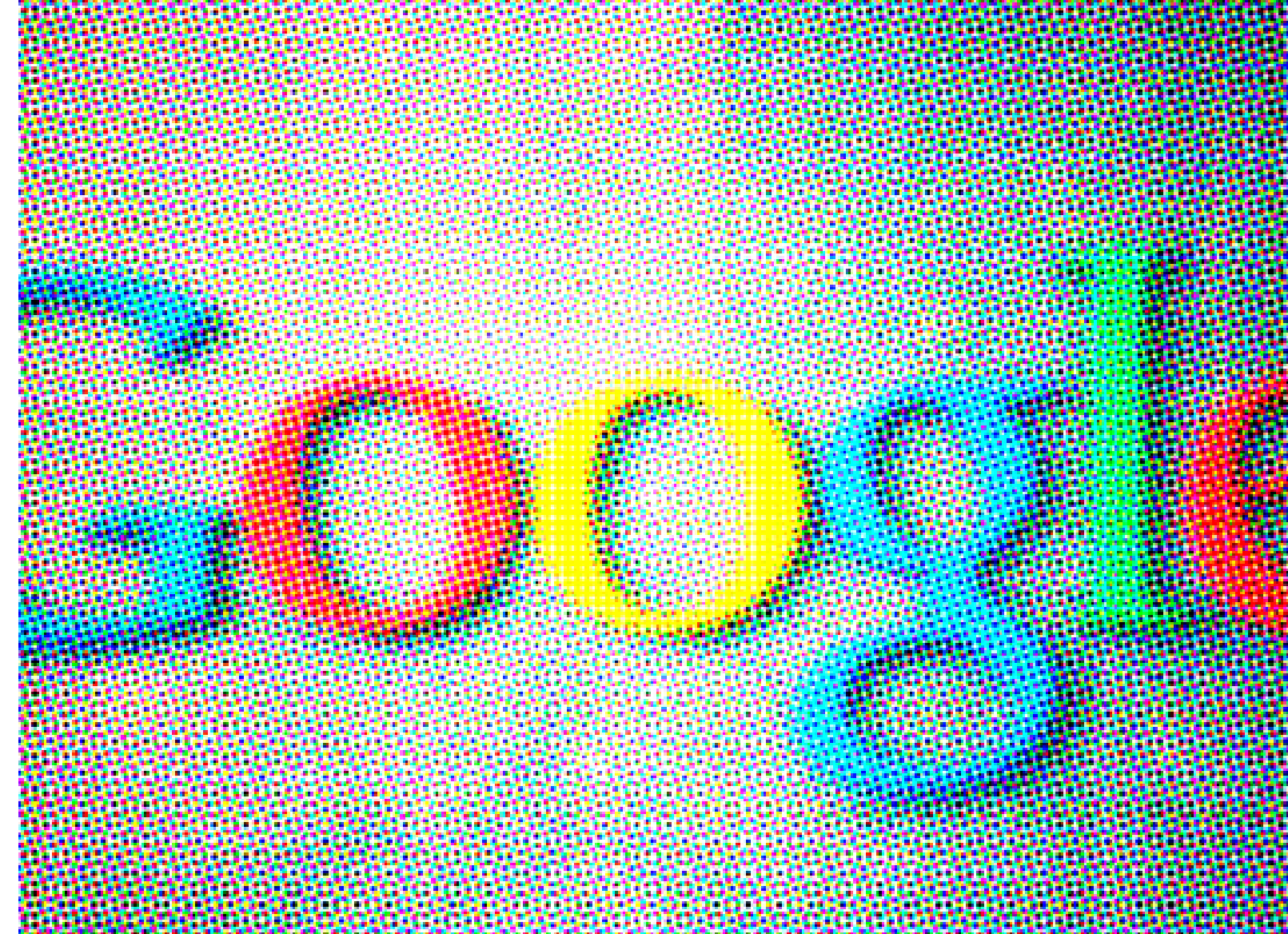
continu naast mijn telefoon gaan zitten wachten tot die beste man belt, als hij überhaupt al belt. Hopeloos ouderwets allemaal. Anyway, waar ik dus voor kom is een sterilisatie, niet zo een waarbij je onder narcose moet, nee, mijn beste vriendinnetje heeft laatst haar eileiders laten pluggen met van die veertjes. Gewoon even tussendoor, in haar lunchpauze! Dat sprak me meteen enorm aan. Ik ben inmiddels 42, heb een schat van een man maar twee draken van pubers, dus no way dat daar nog een kleintje bijkomt. Sowieso, alleen de gedachte al om weer terug te moeten naar die luiers doet me wankelen op mijn benen. Zou wat zijn zeg, begint eindelijk dat glazen

plafond in mijn carrière wat barsten te vertonen, zou ik weer drie stappen teruggeworpen worden. Dat gaan we dus niet doen dokter. Enfin, u liep al wat uit dus inmiddels heb ik nog een minuut of zeven voor u om een en ander aan noodzakelijk kwaad te regelen. Dus zeg het maar: wat moeten we nog doen?'

Nog even bijkomend van dit wat ongebruikelijke begin van een consult leg ik patiënte uit hoe de procedure in elkaar steekt en de mogelijke complicaties die erbij kunnen optreden. Ik bespreek pro forma de alternatieven, stel wat aanvullende gezondheidsvragen en doe een gynaecologisch onderzoek om geen onverwachte afwijkingen te missen. Vervolgens meld ik dat een sterilisatie voor de vrouw niet in het basispakket zit, maar dat er aanvullende verzekeringen zijn die dit wel tot een bepaald bedrag vergoeden. Ik adviseer haar met haar zorgverzekeraar te overleggen en noem de prijs van de behandeling in ons ziekenhuis. Patiënte vraagt of ze me per e-mail op de hoogte kan houden van de uitkomst. Uiteraard kan ik niet meer terug en geef ik haar mijn e-mailadres.

Drie dagen later verschijnt een e-mail van haar.

'Beste dokter, nogmaals dank voor uw alleraardigste ontvangst en prima bejegening. Ik heb u een online beoordeling gegeven maar het volgende is



het geval: in het ziekenhuis X is de procedure €180 goedkoper. Wilt u alstublieft mijn gegevens naar hen toesturen en vragen of ze mij willen inplannen voor de procedure? Zeg er dan meteen even bij dat ik het liefst de tweede helft van week 39 wil, ergens aan het eind van de middag. Alvast bedankt!'

Deze enigszins gechargeerde en geanonimiseerde casus schetst de transitie naar een nieuwe tijd, waarin de patiënt niet alleen mondiger maar ook grondiger wordt. Het internet zorgt voor patiënt empowerment in optima forma. Bent u er al klaar voor?

De zorg: geen roeping, maar universele heroïne

In het boek *Dokter worden*, een essaybundel van Arko Oderwald en drie andere auteurs (2005), staat: Laten we elkaar niets wijsmaken over naastenliefde, hulpverlening is een benigne vorm van machtsuitoefening. Daarom is het zo leuk. Universele heroïne! Kijk, daar kun je wat mee. Zo'n uitspraak getuigt van intelligentie, zelfspot, nuchterheid en eerlijkheid.

De afgelopen jaren komt er nieuwe aandacht voor het belang van 'roeping' in de zorg, onder meer van Evelien Tonkens, hoogleraar Burgerschap en

Humanisering van de Publieke

Aliëtte Jonkers

Medisch Journalist

Dagvoorzitter

Aliëtte Jonkers

Journalistieke Producties

Sector aan de Universiteit voor Humanistiek in Utrecht. In haar oratie sprak ze over 'de morele uitholling door marktdenken'. Het zijn grote, bombastische woorden, hoewel Tonkens zich haast te zeggen dat een nieuwe omarming van

17 mei 2018

'roeping' wel gepaard moet gaan met een fatsoenlijke betaling, humor en zelfspot. Veel mensen, aldus Tonkens, worden door idealen gedreven, niet door de 'zielloze, beledigende taal van productie en prikkels'. Daar zit wat in. Toch verlangen we te veel als we van professionals gaan verlangen dat hun vak, waarvoor ze bewust hebben gekozen en waarin professionaliteit en zelfontplooiing belangrijke waarden zijn, devalu-

eert naar dat van een 'roeping'.

Eeuwenlang werden allerlei beroepen, voornamelijk het werken binnen de gezondheidszorg, gezien als een roeping van God, waaraan je zonder morren moest gehoorzamen. Het bekendste voorbeeld is Florence Nightingale. Nog altijd wordt 'de vrouw met de lamp' geëerd vanwege haar grenzeloze toewijding en grote deskundigheid. Een romantisch plaatje: historici ontdekten recentelijk dat Nightingale niet zozeer werd geleid door idealen, maar eerder door koppigheid en een meedogenloze eierzucht. Het dodental in haar ziekenhuis was volgens sommige bronnen hoger dan welk ander ziekenhuis tijdens de Krimoorlog. De mannen sneuvelden er bij bosjes – en niet aan hun oorlogswonden. Ze overleden aan tyfus, dysenterie of cholera, op elkaar gestapeld in een niet-geventileerde barak met een defecte riolering. Een half jaar na haar komst stuurde de Britse regering een vers hulpverlenersteam naar het ziekenhuis van Nightingale om orde op zaken te stellen en de omstandigheden te verbeteren. En voilà, het sterftecijfer in het ziekenhuis van Nightingale daalde drastisch. Toch bleef Nightingale halsstarrig volhouden dat het dodental onder haar leiding zo hoog was door gebrek aan materialen en voeding. Kortom: niets menselijks was haar vreemd.

'Iets helemaal voor een ander doen', altruïsme

in zuivere vorm: dat is een mythe die nog graag in stand wordt gehouden. Arts en columnist Bert Keizer zegt dat zowel zorgverleners als priesters in een bewierookte ontkenning leven dat zij macht hantieren. 'Ouders, artsen, leraren, priesters, psychotherapeuten, turncoaches en kinderrechters zijn allemaal bezig met een enigszins herderlijk aandoende sturing van mensen die in zeker opzicht hun mindere zijn', schrijft hij in een column in *Medisch Contact*. Alleen durft niemand dat woord macht te noemen, want dat heeft een negatieve klank. Ten onrechte, schrijft Keizer, want ik denk dat er meer goede dan slechte machtsuitoefening op aarde plaatsvindt, maar ik kan me vergissen.

De zorg is dus geen roeping, maar een beroep. Een eerzaam beroep, zeker. En toch: zonder persoonlijke prikkels geen professionaliteit. Niets mis met een ambitieuze arts die aan de top van de apenrots wil staan en binnen zijn specialisme de beste wil worden. Of met een zelfbewuste verpleegkundige of verzorgende die staat op een betere beloning en riant arbeidsvoorwaarden. Mag het? Graag zelfs. Idealen geen bezwaar. Het woord naastenliefde mag ook blijven. Maar roeping? Dat mag het vergeetwoordenboek in.



Richtlijnen zijn goed, ervan afwijken is soms nodig

Prof. Dr. Willem Wisselink

Hoogleraar heelkunde
en vaatchirurg in het
VU medisch centrum

Shared Medical Decision Making
en Evidence Based Medicine;
waardevolle verdieping of
betweterige doctrine?

Bovengenoemde theorema's worden van iedere congreskansel gepredikt. Ze moeten de kennelijk nog steeds aanmatigende medisch specialist laten begrijpen dat de patiënt zelf ook wat te vertellen heeft en dat evidence de behandelkeuze bepaalt en niet de eigen ervaring en expertise.

Komt een man bij de vaatchirurg. Zestig jaar. Vrouw en dochter aan zijn zijde. CD-rom in de handtas met daarop een buikaneurysma van – hoe je het ook meet – niet meer dan 4,9 cm in doorsnede. Hij vertelt. Vader en oudere broer overleden aan de zelfde kwaal. Hij reist veel en is bang. Op mijn vraag of hij goed kan traplopen meldt de dochter dat hij vorige maand nog de Dam tot Dam liep binnen de anderhalf uur. In een naburig academisch ziekenhuis was hem verteld dat er geen wetenschappelijk bewijs is voor operatie bij een buikaneurysma kleiner dan vijf en halve centimeter. Hij kon terugkomen voor een echo over zes maanden, exact gelijk aan het eerdere advies van zijn lokale STZ. Consequent, dat wel. En op bewijs gebaseerd.

Maar fout natuurlijk. Onze assertieve 60 jarige atleet wordt hier op één hoop gegooid met de zeventigjarige, stevig doorrookte en iets te zware gemiddelde trial-patiënt voor wie een operatiemortaliteit geldt van een op twintig en eenzelfde jaarlijkse ruptuurkans. Dat laatste bij de magische grens van vijf en halve centimeter en die was hier nog niet bereikt.

Hoe is het afgelopen? Natuurlijk, bewijs of geen bewijs, meneer moest geopereerd worden. Kennelijk scheuren aorta's in zijn familie en, echt, de kans op dood bij operatie is in zijn geval te verwaarlozen. Maatwerk over evidence. Opgelucht vroeg hij wanneer? De wachttijd van twee maanden was onacceptabel en een paar weken later las ik op een aardig kaartje dat hij door mijn vriend in België met succes was geopereerd.

Hoezo shared decision making? En waar blijft de evidence bij vragen als: hoe vaak doet u dit nou per jaar? Wat is uw persoonlijk succespercentage? Wat is in uw ziekenhuis de kans op wondinfectie? Op infectie van de prothese? Op longontsteking? Afstervende darm? Impotentie? Wondbreuk? Heroperatie? Op etalagebenen? Welke stent gaat u gebruiken? Of deze: verdient u meer geld als u



vaker opereert? Om maar eens wat vragen te noemen van patiënten die steeds beter hun weg op Google weten te vinden. Betweterige doctrine dus? Niet alleen. Natuurlijk, de patiënt verdient alle informatie. Bewijs uit de recente literatuur is hier een klein maar niet onbelangrijk onderdeel van. Evidence guided medicine misschien, hooguit. Om vervolgens zélf een beslissing te nemen. Patiënt decision making dus, altijd. Ook als uiteindelijk besloten wordt dat de dokter het mag zeggen.

Het protocol voorbij

Bart Berden Hoogleraar organisatieontwikkeling Radboudumc
8 augustus 2013 De afgelopen decennia was er veel aandacht voor de ontwikkeling en het gebruik van protocollen, standaarden en richtlijnen. Niet onbegrijpelijk: het komen tot uniformiteit vermindert onterechte willekeur en faciliteert achteraf het afleggen van verantwoording en vraagt erom vooraf goed na te denken.

De heilige graal? Nee, geleidelijk aan wordt duidelijk dat de protocollering meer voorwaarde is dan garantie. Zo is het hebben van protocollen niet hetzelfde is als het gebruiken ervan. Daar is implementatie voor nodig en dat is geleidelijk aan uitgegroeid tot een groot thema. Terecht, want de zogenaamde compliance, het volgen van protocollen, is nog steeds teleurstellend laag.

Maar er is meer. Niet elke patiënt is gelijk en niet elke patiënt is gebaat bij dezelfde behandeling. Dat klinkt logisch, maar is dat niet altijd in de praktijk. In de afgelopen jaren wordt toenemend aandacht gevraagd voor het belang van de context, de omgeving. Neem zaken als de sociale kaart, de concurrerende verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld afkomstig uit het werk), vaardigheden van de patiënt, emotionele status, cultuur, geloof en ziektebeleving. Ze zijn allemaal van invloed en bepalen in hoge mate hoe

een behandeling er het best uitziet.

Dit noemen we contextuele geneeskunde of patient-centered decisionmaking (PCDM) en is in opkomst is. De onderbouwing spreekt aan. Diverse artsen melden contextuele fouten, zoals het voorschrijven van alleen maar meer medicijnen bij een patiënt wiens diabetes verslechtert door cognitieve achteruitgang en therapieontrouw.

De groep van Weiner bestudeerde zo'n 400 gestandaardiseerde patiëntbezoeken aan ongeveer 100 artsen. Bij 73% van de patiënten werden de inhoudelijke evidence based protocollen correct gevolgd. In slechts 22% van de gevallen werd adequaat rekening gehouden met de context. Hier lijkt veel verbeterpotentieel aanwezig. Dezelfde groep onderzoekers beschreef vorig jaar dat de contextuele fouten meer (financiële) verspilling veroorzaken dan het niet volgen van inhoudelijke protocollen. Nog recenter onderzoek toont aan dat het betrekken van contextuele factoren lagere kosten én betere uitkomsten voor de patiënt oplevert.

Deze inzichten zijn additioneel en beconcurreren protocollering niet. Kennis en gebruik van protocollen blijft de basis. Maar wel: het betrekken van de contextuele factoren is onmisbaar bij het kiezen van de juiste diagnostiek en therapie. Sterker

nog, bij voortschrijdend gebruik van protocollering zou dit nog wel eens een meer doelmatige manier kunnen zijn om de uitkomst van de behandeling verder te verbeteren. Dit geldt overigens ook voor kwaliteit en veiligheid. Het is des te meer relevant nu in het landelijke zorgakkoord aandacht wordt gevraagd voor gepaste zorg en bestrijding van overconsumptie.

Met het pleidooi voor contextuele aandacht is de era van het protocol niet voorbij, maar weer wat minder exclusief en zaligmakend. De concrete en vitale vraag 'wat voor deze patiënt de volgende stap moet zijn?' krijgt er geleidelijk een dimensie bij en dat is waardevol in onze tocht naar betere kwaliteit.



De holenman

'De holenman van Amsterdam-Noord' werd hij door het politiebureau Waddenweg genoemd. Op aanvraag van de GG&GD bezocht ik hem in een bosje tussen twee uitvalswegen van de snelweg. Volgens de politie woonde hij er al een jaar of drie. Hij was niemand tot last geweest, maar de Holenman had in voorgaande jaren tientallen kuilen gegraven. Eén van de wijkagenten was tijdens een inspectie van het talud in een van de afgedekte gaten gevallen.

Bij het betreden van het bos stuitte ik op een bouwsel, opgetrokken uit zwart landbouwplastic.

Rokus Loopik

Directeur - The Living
Museum Netherlands
Herstelcoach, Columnist,
Trainer van Evidence
Based Practise,
Moderator en Motivational
Speaker

21 februari 2019

Een mooie, gewelfde, van takken gevlochten tunnel, waar je slechts in gebukte houding doorheen kon lopen, gaf toegang tot de compound. Uit het dak stak een schoorsteenpijp, gemaakt van op elkaar gestapelde emmers Remia fritessaus. Ik maakte mijn aanwezigheid op luide toon kenbaar, zoals het een geoefend outreach worker betaamt. De bewoner was niet thuis. In het bouwwerk hing een penetrante rooklucht. Het onderkomen was volgestouwd met straatvuil, rottend fruit, lege pakken yoghurt. Er stonden talloze open gevouwen parasols tegen elkaar,

waar overheen het landbouwplastic was gespannen. Hier woonde een moderne Robinson Crusoe, onder de rook van Amsterdam.

Bij het verlaten van de wildernis liep ik de man tegen het lijf. Hij zag zwart van het roet en zijn grijze haren stonden recht overeind. Hij ontstak in woede. 'Ik weet door wie je gestuurd bent! Krenknagel, poetsgluiper, wens Krocht! Maak dat je wegkomt! Je hoort bij de vijand, fascist!'

Ik deed nog een schamele poging met hem in gesprek te komen. 'Ik ga mijn messen halen!', brulde hij en stoof woest het woud in. Ik koos het hazenpad.

Tot enige rede heb ik hem nooit kunnen bewegen. Het Stadsdeelkantoor had laten weten dat er een einde moest komen aan deze alternatieve woonvorm. De man had door het uitgraven van het talud de uitvalswegen ondergraven. Het asfalt was daardoor gaan golven en bij een heftige regenbui zou het asfalt weldra gaan breken. Hij werd vanwege het gevaar dat hij had veroorzaakt, gedwongen in een psychiatrische kliniek opgenomen. Het lukte mij niet een alternatief te bedenken.

Bij mijn bezoeken zag ik een aimabele, lieve man. Hij was geen schim meer van de man die ik eerder ontmoette. Door het medicijngebruik waren zijn

vechtlust en survival-instincten vervangen voor totale apathie.

Soms belde de kliniek met de mededeling dat de patiënt was weggelopen. Dan fietste ik naar Noord, want ik wist dat zijn talud lonkte en zorgde ervoor dat hij weer werd opgenomen.

En weer zie ik veel mensen doelloos op straat rondlopen en kommervol verblijven. Natuurlijk bied ik regelmatig mijn diensten aan, maar een kliklijn of de politie bellen, nee, daar kun je mij nooit meer op betrappen. We geven nu huizen, geld en liefde weg. Dat helpt.

Tijdens een van mijn laatste bezoeken aan de kliniek keek hij mij doordringend aan en lispelde mij de volgende empathische woorden toe: 'Ik reken het je niet aan Rokus.'

Ik heb er nachtenlang van wakker gelegen. Uit schaamte en wroeging.



Vakmanschap gaat in laagjes

Afgelopen zomer bezocht ik in Carré de theatervoorstelling War Horse. Een van oorsprong Engelse productie waarin de liefde tussen man en paard centraal staat. Bijzonder aan deze voorstelling was dat de paarden levensechte 'poppen' waren waarin acteurs schuilgaan. Na een paar minuten vergeet je de acteurs en zie en hoor je paarden op het toneel. Heel knap. En boeiend? Voor het eerst van mijn leven sprak ik in de pauze niet met mijn vrouw over de voorstelling. En na afloop waren we het ook snel vergeten. Hoe kwam dat?

Niet lang daarna was er een relletje nadat het NRC op de voorpagina een kritische recensie plaatste

Dr. Jaap van der Stel

Lector geestelijke
gezondheidszorg
Hogeschool Leiden

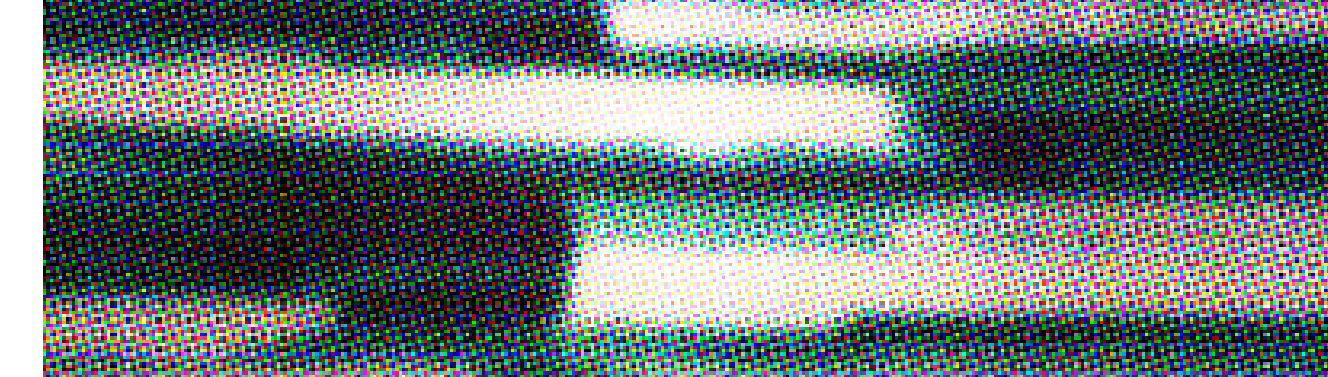
19 februari 2015

over de voorstelling Anne. Mist gelaagdheid, was het commentaar. Het kwam wat pedant over, maar het zette me wel aan het denken. Wellicht zat daarin ook wel een verklaring waarom War Horse mij niets deed. Gelaagdheid, zoals ook dramaturgen en docenten aan toneelacademies die van acteurs verlangen, is een wezenlijk onderdeel van het acteren. Zonder dat blijft het werk, de voorstelling, zo plat als een dubbelkje. Saai en oninteressant, leuk staat gelijk aan leeg. Het zet je niet aan het denken en laat niets aan de verbeelding van de toeschouwer over. Bij beeldende kunst is dat net zo. Gelaagdheid is het onderscheidende criterium tussen kunst en kitsch.

In de psychische zorg geldt hetzelfde. Het is toe te juichen dat psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en sociaal werkers goed weten wat ze doen, kundig zijn en zich keurig houden aan de richtlijnen en protocollen. Zeker als ze ook nog de veranderingen binnen hun professie en die van collega's op de voet volgen en zich kritisch opstellen – niets zomaar van een ander aannemen. Maar als de methoden en technieken perfect worden uitgevoerd – net zoals die War Horse-acteurs zo voortreffelijk deden – is er toch kraak noch smaak aan.

Het is goed, maar het boeit niet, althans: het is niet voldoende. Ik denk dat het ermee te maken heeft dat technische perfectie het risico in zich heeft dat het zielloos is, dat het geen ruimte maakt voor passie, eigen initiatief en menselijke maat. En dat het anderen daardoor niet echt raakt.

Het beheersen van de methodische en technische grondslagen is de absolute basis van ons werk – zonder lopen we het risico op gepruts, kwakzalverij. Maar het moet daar niet bij blijven. Ik pleit voor extra dimensies, gelaagdheid dus. Ik denk dat vakmanschap in de psychische zorg tenminste deze vier lagen behelst:



- Allereerst het geheel aan theoretische en technisch-methodische kennis, dat we verwachten dat aanwezig is bij iemand die zijn of haar vak beheerst. Die daarmee respect afdwingt.
- In de tweede plaats het vermogen om een context te scheppen: verwachtingen, hoop, een goede werrelatie met de patiënt, kunnen tonen van empathie en compassie als de patiënt hiermee gebaat is. We duiden deze essentiële factoren traditioneel aan als de 'aspecifieke' factoren. Eigenlijk een achterhaalde term want er is inmiddels kennis genoeg die deze factoren specifiek maakt.
- De derde laag is er het vermogen relevant te zijn, werkelijk betrokken te zijn op de samenleving en zo nodig maatschappelijk actief te zijn. Dit is iets waar veel professionals pas in de loop van hun carrière aan toekomen. Een vakman die zich niet expliciet verhoudt tot de samenleving en zich maar matig bewust

is van de eigen rol daarin, laat potenties onbenut. Maar de sjeu zit wat mij betreft vooral in de vierde laag: het kunnen tonen van de eigen kwetsbaarheid en het – uiteraard wanneer dat gepast is – blijk kunnen geven van twijfel en onzekerheid. Beroeps krachten die in persoonlijk opzicht gegroeid zijn, weten voor hun patiënten, collega's en buitenstaanders betekenisvolle vragen op te roepen. Dat kan verwarring stichten. Maar het is een kenmerk van vakmanschap dat dat functioneel blijft – dat het mensen aan het denken zet en ruim baan maakt voor nieuwe opties.

Deze vier lagen moet je denk ik ook in deze volgorde zien. Het is een rijpingsproces dat geworteld moet zijn in het laagste niveau. En zolang je werkt, heeft die onderhoud. Maar als het daar bij blijft, creëer je een War Horse-syndroom: de rol wordt perfect gespeeld maar het mist relevantie. Vakmanschap gaat in laagjes.

Mijn grootste fout

We schrijven tweede helft jaren tachtig. Het speelt zich af in de psychologenpraktijk die we in 1978 waren gestart. Ik hielp plattelanders met psychische aandoeningen en werkte hard aan een eerste Nederlands handboek over persoonlijkheidsstoornissen. Door de aparte as voor persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-III uit 1983 kregen deze nu extra aandacht van psychologen en kwam er veel onderzoek op gang. Geïnspireerd door Otto Kernberg en Theodore Millon werkte ik zo hard aan het thema persoonlijkheidsstoornissen dat ik deze aandoeningen overal in mijn werk tegenkwam. Zoals het een kind vergaat zodra het een

hamertje krijgt: de hele wereld gaat op een spijker lijken.

Prof. dr. Jan Derksen

Klinisch psycholoog-
psychotherapeut
Psychologenpraktijk
Derksen & Klein Herenbrink
Emeritus hoogleraar
klinische psychologie en
psychotherapie - Radboud
Universiteit Nijmegen

28 februari 2019

Een mevrouw, tweede helft dertig, vroeg mijn hulp. Na uitgebreide psychologische diagnostiek stelde ik een obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis vast. Indicatie: procesgerichte psychotherapie met gebruikmaking van gedrags- en cognitieve technieken, wekelijks. Dit hielden we samen zeker twee jaar vol, ook al zei ze keer op keer:

‘Dr. Derksen het helpt niet, het werkt niet, ik heb er niks aan.’

Ze was boos op me en huilde ook veel. ‘Ik kan niks weggooien, de oude tappijnen liggen nog steeds in

huis, ik kan niks nieuws kopen. Als ik het toch doe, moet ik het de volgende dag terugbrengen.’ Ze vroeg me bij haar thuis te komen. Als huispsycholoog was dat een kleine moeite. Een paar honderd meter van mijn praktijk vandaan werd mij duidelijk dat ze niet overdreef. Haar zoon had ook klachten, ik dacht aan een gedragsstoornis. Haar broer sprak nooit. Haar man stortte zich op zijn sport.

Met de kennis van nu is de rivaliserende hypothese: autisme spectrum aandoening, ook bij haar broer en ook bij haar zoon. Alles goed en wel, maar in de jaren tachtig bestonden er geen hoog-functionerende patiënten bij wie we aan autisme dachten. Wat was dan mijn grote fout?

Ik ging maar door en liet haar lijden aan een behandeling die niet hielp. Ik had moeten stoppen en kunnen zeggen dat deze behandeling geen zin had. Dat we niet goed wisten waarom het niet hielp. Ik had haar voor een second opinion kunnen verwijzen. In plaats daarvan vroeg ik aan de huisarts de psychologische behandeling aan te vullen met een antidepressivum, toen nog clomipramine, 120 mg. Er waren nog geen milde SSRI's, Prozac was nog maar net in de USA verschenen. Ze werd er dik van werd, kreeg nare bijwerkingen kreeg, zoals droge mond, hartkloppingen, misselijkheid, maar ook dit hielp niet.

Zelf was ze eigenlijk tegen medicatie maar ik overtuigde haar dit uit te proberen. Als ik de behandeling had gezien als een toetsing van een diagnostische hypothese (obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis), had ik kunnen constateren dat de hypothese ondeugdelijk was. De interventies hadden namelijk geen effect op de persoonlijkheidspatronen waarop ik ze richtte. Anders dan fysiologisch bepaalde autismepatronen komen psychologisch bepaalde patronen en processen namelijk in beweging als er adequate interventies op worden gericht: verheving van klachten, verminder of verandering van klachten.

Daar zat mijn grootste fout. Ik had de conclusie moeten trekken dat mijn diagnostische hypothese niet klopte en dus de hypothese moeten bijstellen en zonder alternatief moeten stoppen in plaats van doorgaan met oogkleppen op. In plaats van ervan overtuigd blijven dat de behandeling op enig moment effect zou sorteren. Uiteindelijk stopte ze er zelf mee – het was in de tijd dat veel patiënten hun eigen behandeling moesten betalen. Ze had het geld er niet meer voor over. Terecht.



Fouten maken is mensenwerk, minder fouten maken ook

In zijn column leder dokter zijn eigen kerkhof behandelt Jilles Heringa het omgaan met fouten in de gezondheidszorg en in het bijzonder het voorstel van twee Kamerleden om voortaan artsen bij missers standaard op non-actief te stellen zolang de Inspectie onderzoek doet naar die misser. De pers verzoon direct het wildersiaanse woord 'knoei-arts'. Ik vermoed om de prijs voor het 'woord van het jaar' te winnen. De suggestie is dat iedere fout het gevolg is van geknoei en disfunctioneren. Dat is niet het geval.

Uiteraard zijn er artsen die onder de ogen van anderen jarenlang kunnen disfunctioneren, zoals in het verleden een neuroloog uit Enschede, maar dat komt weinig voor. Iedereen in de gezondheidszorg weet dat ondanks alle protocollen, ondanks alle veiligheidssystemen, ondanks implementatie van HKZ en NIAZ dagelijks fouten worden gemaakt. Grote en kleine fouten. Het is tenslotte mensenwerk.

Bijvoorbeeld: een patiënt is depressief en is ervan overtuigd dat hij in zonde heeft geleefd en in de hel zal komen. Verschillende malen heeft hij impulsief en onhandig geprobeerd een einde aan zijn leven te maken. Een keer werd hij met een zak over zijn hoofd aangetroffen, een andere keer met

een touw om zijn nek, maar de pogingen bleven pogingen. Om te voorkomen dat hij zich zou suïcideren, sprak de behandelend arts af dat de patiënt hand-in-handbegeleiding zou krijgen. Hij werd de hele dag nauwlettend in de gaten gehouden. Maar hand-in-handbegeleiding is een indiscrete maatregel. Dus sluipen er snel onnauwkeurigheden in de uitvoering, bijvoorbeeld als iemand naar het toilet moet, wil douchen of even op bed wil gaan liggen. Hoe stringent de afspraak ook is, in de praktijk kunnen verpleegkundigen het moeilijk opbrengen met een patiënt die moet poepen het toilet in te gaan. Tijdens zo'n onbewaakt ogenblik sprong de man uit het raam. Het was dus fout gegaan bij de uitvoering van het behandelbeleid. Gevoelens van verslagenheid, schuld en spijt overheersten. Een aantal verpleegkundigen meldde ziek, het duurde lang voor er weer gewoon gewerkt kon worden.

Was hier sprake van opzettelijk geknoei? Was hier sprake van disfunctioneren? Deugde het ingestelde beleid niet? Zouden de verpleegkundige en de arts op non-actief gesteld moeten worden? Mij dunkt van niet, maar we leven in een maatschappij waarin wordt geleefd van incident naar incident, van verontwaardiging naar verontwaardiging, van claim naar claim. De overheid reageert bij iedere fout of misstand steeds op dezelfde manier: er volgt een repressieve maatregel die in het alge-

meen slecht uitvoerbaar is, maar de illusie wekt dat het (publieke) leven maakbaar is.

We staan elkaar geen fouten meer toe, maar iedereen maakt fouten. We kunnen er hoogstens voor zorgen dat het steeds moeilijker wordt fouten te maken. Het is dus belangrijk naar aanleiding van de suïcide van deze melancholische patiënt de gevoelens en andere zaken die een goede uitvoering van dit beleid in de weg staan, te bespreken en de schroom te overwinnen. Hetzelfde geldt voor de mors in tabula tijdens een chirurgische ingreep, omdat de chirurg per ongeluk een groot vat aansnijdt en de patiënt overlijdt. Ook in dat geval is het nodig na te gaan waarom dat kon gebeuren. Of er omstandigheden waren die de fout als het ware uitlokten. Het opleggen van weer nieuwe eisen zal niet helpen, tenzij een fout in het systeem wordt ontdekt.

Artsen zijn er in het algemeen op uit het goede te doen voor hun patiënten (primum non nocere), maar maken fouten. Deze fouten zijn inherent aan het complexe

moeilijke werk dat zij doen. Voorkomen dat er fouten worden gemaakt kan door zorgvuldig overwogen (metaprotocollair) te werken, door open te zijn, door toe te geven dat je een fout hebt gemaakt en door bereid te zijn van fouten te leren.

Laten we eerlijk zijn: het is niet nodig dat het verkeerde been van een patiënt wordt afgezet. Het is niet nodig dat patiënten vanaf de SEH zonder paspoort en polsbandje naar de OK gaan, maar om dit soort fouten te voorkomen moet wel samengewerkt worden. Ik denk dat veiligheid in de patiëntenzorg alleen geborgd kan worden als werkers in de gezondheidszorg samenwerken en dus goed met elkaar communiceren. Ik weet dat de praktijk weerbarstig is en dat er nog wel het een ander overwonnen moet worden, maar nog strakkere repressieve maatregelen zullen dit niet bevorderen. Integendeel. Mensen reageren nu eenmaal beter op complimenten dan op straf. Daar zijn het mensen voor.



Oeps! Chirurgische blunder of complicatie?

De sfeer op de operatiekamer is goed op de maandagochtend. Muziekje aan, mooie week-endverhalen. Er wordt een dialyse shunt geconstrueerd in de arm van een patiënt met nierfalen: een subtiel maar routineklusje, niets aan de hand. Een kunststof slangetje, 25 cm lang en 6 mm in doorsnee, wordt op de slagader gehecht, onder de huid getunneld en aan het andere eind op een ader aangesloten. De hoge bloedstroom die zo ontstaat maakt het mogelijk om in enkele keren per week het bloed schoon te spoelen met een dialyseapparaat.

We hechten eerst met een fijn draadje de buis op de slagader. Als dat klaar is staat

Prof. dr. Willem Wisselink
Hoogleraar heelkunde en
vaatchirurg in het VU
medisch centrum

28 maart 2019

ook de buis onder slagaderlijke druk en moet een tijdelijk klemmetje voorkomen dat het bloed eruit stroomt. Mijn chirurgische bril maakt met factor twee-en-half vergroting de fijnste naadjes mogelijk, maar dit gaat wel ten koste van het gezichtsveld. De patiënt is wakker, alleen de arm is verdoofd. We praten met haar en leggen steeds uit wat er gebeurt. Plotseling wordt ze onrustig en de anesthesist vraagt wat we in godsnaam aan 't doen zijn. De patiënt heeft bijna geen bloeddruk meer! Ik scan het operatieterrein met mijn kokervisie-bril en zie dat er een grote hoeveelheid bloed uit het afhangende shuntslangetje van de tafel stroomt, via de schoot van de

coassistent op de grond. Het klemmetje blijkt er af gegleden. Onmiddellijk zetten we de klem terug waarna de situatie langzaam stabiliseert. De patiënt wordt weer wakker. We kunnen de operatie afmaken en komen allemaal – de patiënt voorop – met de schrik vrij.

Na afloop vraag ik aan de doorweekte coassistent waarom hij niet meteen aan de bel getrokken had. Natuurlijk had ik eerst tegenover het team de volledige verantwoordelijkheid voor het gebeurde op me genomen en probeerde ik mijn verbazing over de passiviteit van de coassistent te verbergen. De co vertelde dat hij mij niet had willen (durven?) storen. Hij dacht dat ik de bloeding zelf ook wel gezien had.

Ik schrok me rot. Kennelijk was deze jonge collega zo onder de indruk van het hele gebeuren dat hij bevroor. Volledig dichtklapte. En dat was mijn fout. Want als leider van het team moet je zorgen voor een sfeer waarin iedereen zijn mond durft open te doen. Crew resource management. In de luchtvaart weten ze dit al jaren.

Inmiddels is veel verbeterd op de operatiekamer, toch zijn flagrante missers in communicatie nog steeds aan de orde van de dag. Met name chirurgen en anesthesisten, met hun feitelijk tegenstrijdige belangen – wij verstoren, zij handhaven

het evenwicht – kunnen ongelooflijk langs elkaar heen werken. De anesthesist uit het voorbeeld trok adequaat aan de bel bij de chirurg, maar niet zelden wordt in een dergelijk geval vanachter het groene doek een eenzame strijd gevoerd om met medicatie en vulling de bloeddruk te herstellen zonder de chirurg te informeren en te zoeken naar een betere en snellere oplossing: het stoppen van de bloeding. Andersom 'vergeten' chirurgen vaak tijdig cruciale handelingen te melden zodat de anesthesist onnodig achter de feiten aanloopt.

Hoe kan het beter? Laten we lessen leren uit de luchtvaart. In Canada is ervaring opgedaan met een zwarte doos op de operatiekamer. Hierin werden video- en geluidsopnames opgeslagen. Temperatuur en gegevens van patiëntenmonitors met hartslag en bloeddruk werden continu bijgehouden. De onderzoekers vonden in 38 van de 54 operaties die ze analyseerden kleine on-

regelmaticheden. Opgeteld leidde dit tot 66 incidenten: variërend van onverwachte bloedingen tot oponthoud door slechte communicatie tot het dienst weigeren van het nietapparaat om wonden te hechten. De meeste incidenten waren achteraf vermijdbaar. Er werd veel geleerd van de geregistreerde beelden en gegevens.

Elk serieus sportteam gebruikt videoanalyses om te verbeteren. Het is hoog tijd dat deze technologie ook gebruikt wordt in de operatiekamer. Laten we ophouden met tegenstribbelen, want dat gebeurt, bijna niemand wil het! De patiënt uit het voorbeeld was geschrokken, uiteraard is het hele voorval uitgebreid en eerlijk met haar en haar familie besproken. De coassistent en ik hebben het uitgepraat en er allebei veel van geleerd. Een vermijdbare blunder die gelukkig geen grote gevolgen kreeg.



Mijn medische misser

Nog niet zo heel lang geleden heb ik iemand – bijna – naar ‘gene zijde’ geholpen. Ik gaf een man in een cel onterecht methadon.

Dagelijks bezoeken mijn collega's en ik alle opiaat-afhankelijke arrestanten; in geval van onthouding verstrekken we methadon. Verstrekken van methadon aan iemand die geen opiaten gewend is, kan desastreus kan zijn. Daarom zijn vele veiligheidsregels aan de verstrekking verbonden. Zo doseren we onder andere de eerste gift bij een 'opiaatclaimer' altijd laag, ongeacht wat de persoon in kwestie nodig zegt te hebben of claimt te gebruiken. Daarnaast moet er sprake zijn van objectieve afkickverschijnselen. Ondanks deze en

nog vele andere veiligheidsmaatregelen verstrekke ik methadon aan een man die het niet nodig had.

Angela Carper

Medical Doctor (Indicatie & Advies) at GGD Amsterdam

13 mei 2015

De man in kwestie stond op mijn 'verslaafdenlijst'. Op deze lijst staan de namen van arrestanten die te kennen geven aan drank of drugs verslaafd te zijn. Ik bezocht de man. Hij oogde ziek: zweterig, ongemakkelijk, met een rommelende buik. Desgevraagd zei hij heroïne te gebruiken. De hyperperistaltiek – een typisch objectief onthoudingsverschijnsel van opiaten – gaf voor mij de doorslag. Ik verstrekke methadon. Toch ging ik met een vreemd gevoel weg. Een paar dagen later hoorde ik dat een collega de door mij ingezette 'behandeling' had gestaakt: de

man in kwestie werd niet beter, maar suffer van mijn methadon. Dankzij de alertheid van mijn collega en de vele veiligheidsregels rond verstrekken van methadon, was er niets fout gegaan. Althans, niet in tweede instantie.

Hoe kon dit misgaan?

Ik bleek een alcoholonthouding voor een opiaat-onthouding te hebben aangezien. De rommelende buik interpreteerde als hyperperistaltiek. Dat hij drugsgebruik claimde, hielp uiteraard niet, maar daar horen we in ons vak beducht op te zijn. Het gebeurt vaker dat een arrestant denkt even lekker rustig te worden van een paar tabletten methadon, bij gebrek aan benzodiazepinen.

Ik besloot mijn verhaal te delen met mijn collega's en hield een presentatie over mijn – potentieel lethale – misser. Dit viel in goede aarde. Ik heb geleerd om nooit meer dat wringende onderbuikgevoel (niet-pluis!) te negeren. Volgens mij is dat toch het sterkste 'instrument' dat je in het medische arsenaal tot je beschikking hebt.

Luister naar dat niet-pluisgevoel! Bespreek fouten onderling. Leer ervan. Verbeter elkaars medisch handelen. Leer van mijn verhaal dat het gevoel in een situatie te 'moeten' handelen niet leidend moet zijn. Beoordeel bij twijfel een patiënt later nogmaals. Dat is een stuk veiliger.

Laat mijn medische misser niet de uwe te zijn.



Ook een goede dokter maakt fouten

Voor onze bundel 'Captains of Medicine', waarvoor journaliste Lynette Wijgergangs en ik twaalf toonaangevende dokters interviewden, spraken we ook Johan Lange, chirurg in Rotterdam. 27 jaar na mijn afstuderen als arts maakte hij me iets duidelijk, waarvan ik me al die tijd niet zo bewust van was geweest: tijdens zijn studie verinnerlijken toekomstige artsen het bewustzijn dat zij hun best gaan doen geen fouten te maken. Voor veel studenten bekrachtigt het afleggen van de eed dit voornemen.

Paul Wormer
Arts, adviseur
trainer en coach
in de gezondheidszorg

24 oktober 2013

Toen Lange dit vertelde, werd me de onmogelijke illusie ervan duidelijk. Alsof een student wiskunde denkt dat hij nooit meer een rekenfout zal maken. Je kunt je wel voorstellen hoe dat werkt: je neemt je voor enorm je best te doen en je beroep gewetensvol uit te voeren, je gelooft en denkt dat je dan geen (grote) fouten zult maken, en dan komt er een dag dat je een fout maakt. Een fout die niet meer in de categorie kleine fouten valt. De illusie van de gewetensvolle en onfeilbare dokter valt aan duige

Lange vertelde ook welke de drie meest voorkomende foutenbronnen zijn. Ten eerste: iets vergeten (niets menselijker dan dat), ten tweede vermoeidheid, ten derde persoonlijke problemen. Heel menselijk, maar stuk voor stuk ook zaken die net zo goed bij een wat oudere – en dus meer ervaren – arts kunnen voorkomen als bij een jongere geconcentreerde arts. De illusie dat met de groeiende ervaring het aantal fouten

afneemt, kan hiermee ook doorgeprikt worden.

Beide voorbeelden maken duidelijk dat het niet reëel is in complexe situaties veilige zorg van de individuele dokter te verwachten. Ook een ervaren dokter vergeet zaken en maakt dus fouten. Hij vergeet zelfs zaken waar hij alle voorgaande keren wel aan dacht.

Is dat iets om somber van te worden? Dat is niet mijn bedoeling. Wel denk ik dat het tijd wordt te beseffen dat ook een goede dokter fouten maakt. En ook dat een van de opgaven van teamwork is het voorkomen van (grote) fouten.

Om dat laatste te bereiken is nodig wat Johan Lange noemde een 'spanningsloze horizontale samenwerking' tussen alle betrokkenen. Dat is niet zo gemakkelijk als het lijkt: de jonge minder ervaren arts moet een meer ervaren collega kunnen wijzen op iets wat bedenkelijk is. Ook verpleegkundigen moeten hun vinger op mogen steken, ook de waarnemingen van de coassistent zijn relevant.

Dat is echt omdenken vergeleken met de jaren tachtig toen ik mijn coschappen deed. En dat omdenken is nodig om de zorg veiliger te maken. Niet met als illusoir doel de gezondheidszorg 'foutenloos' te maken. Wel om grote fouten zoveel mogelijk te voorkomen en gemaakte fouten zoveel mogelijk te herstellen en te bespreken met alle betrokkenen. En om te leren van fouten.

Snor

Het enige geluid dat ik hoor is het getik van de klok. Zo nu en dan springt er een vogeltje uit tevoorschijn, dat een paar keer hard roept. Gelukkig hoef ik daar niets meer mee.

Ooit was ik een echt feestbeest, kon ik nachten doorhalen met mijn buurtgenoten. Maar de laatste tijd hoefde ik niet meer zo nodig. Overbodig voelde ik me. Ik was leeg, waar ik ooit vaak vol was. Het liefst lag ik de hele dag op een warm, zacht plekje, weg van de anderen. Heel wat nesten heb ik geworpen, kleintjes gelikt, gezoogd en in hun nekvel rondgesjouwd.

Allemaal zijn ze vertrokken.

Lisette van Gurp

Winnaar
columnwedstrijd D!scura
(thema: eenzaamheid)

18 april 201

Sommigen kwamen niet ver, die eindigden hun leven platgereden op de weg voor het huis. Anderen zijn opgehaald door wildvreemden met hun kinderen, die verrukt in hun net geopende oogjes keken. Nooit meer iets van gehoord.

En nu was ik klaar. Alleen voor mijn behoeften kroop ik nog door het kattenluikje om daarna meteen weer naar binnen te gaan, de warmte in. In het huis was het altijd druk. Overdag werd er luidruchtig gewerkt op de laptop, werd er piano gespeeld, draaide de wasmachine aan één stuk door en was er constant herrie in de keuken. 's Avonds tetterden de mobieltjes. Er werd veel ge-

praat, gelachen en geruzied. Doodvermoeiend.

Tot die ene dag. Eerst kwam de reismand tevoorschijn, daarna werden mijn etensbakjes en mijn lievelingsdeken gepakt. Voorzichtig tilden ze me op en zetten me in de mand. In de auto werd er vriendelijk tegen me gepraat, op een manier die ik al lange tijd niet meer gehoord had. Het kattensnoepje raakte ik niet aan. Ik rolde me op in een hoekje van de mand. Durfde niet te mauwen, en voelde mijn plas warm op mijn dekentje glijden. De auto stopte en ik werd naar buiten gedragen, een grijs gebouw in. We liepen door een deur die met een klap achter ons sloot, daarna drie trappen omhoog, door een lange gang met allemaal dezelfde deuren. Door één van die deuren gingen we een heerlijk warme kamer in.

Daar zat een oude vrouw in een schommelstoel bij het raam. Ze leek op mijn vrouwtje, maar dan grijzer en gerimpelder. Mijn mand werd boven op een tafel gezet. Heel langzaam kroop ik eruit en ik likte me schoon. Toen zag ik de verrukte ogen van de oude vrouw. Ze keek naar me zoals de kinderen die vroeger mijn kleintjes kwamen halen. Ik werd opgetild en voorzichtig op de schoot gezet van de oude vrouw. Sindsdien genieten we samen van de rust..

De oude vrouw aait me eindeloos en praat tegen

me. Soms zucht ze diep. Ze laat me dan een foto zien van een oude man. Eerst glimlacht ze, dan huilt ze en laat haar tranen zacht op mijn vacht glijden. Na een tijdje veegt ze behoedzaam de druppels van mijn rug. Dan komt ze voorzichtig omhoog en ik beweeg met haar mee. Ze schuifelt ze naar de kast. Ze pakt er een kattensnoepje uit en geeft dat aan mij. Daarna schenkt ze in de keuken een kopje koffie in en drinkt dat op. 's Middags doen we hetzelfde, alleen drinkt zij dan een kopje thee. Daarna sloft ze naar haar stoel terug. Als zij weer zit, klim ik via het krukje naar mijn plekje terug. Haar schoot voelt warm en zacht. Zij neuriet zacht en ik spin. Ik spin zo hard als ik kan.



Vlekken

Stella Lemmens

Tweede prijs
columnwedstrijd D!scura
(thema: eenzaamheid)

'63 kaarsen waren te veel' zegt Ruud. 'Dus heb ik er maar drie gepakt voor op de rijstevlaai. Dat ziet er leuk uit, toch? Op dit kleed? Weet je, dit kwam echt alléén op tafel wanneer er iets te vieren viel. Met Kerst, Nieuwsjaardag en natuurlijk altijd met mijn verjaardag. Ik heb hem daarom vandaag ook maar op tafel gelegd.' Met zijn hand strijkt hij zacht een vouwtje uit het kleed.

25 april 2019

'Iedereen kwam samen om dit kleed. Vroeger bij mijn opa en oma. Toen zij er niet meer waren, bij mijn ouders. En ook mijn kinderen zaten hieraan. Marieke heeft inmiddels zelfs ook al twee kinderen. Dan zit die hele tafel wel vol!'

De blik van Ruud dwaalt over het kleed. 'Het heeft door de jaren heen nogal wat vlekken gekregen. Die bruine is van de jus van toen we stoofvlees hadden gemaakt. En er zit nog een donkerrode wijnvlek in, daar links, van toen het iets té gezellig werd.' Hij lacht.

'Dat was nog eens een goede tijd. Sinds Sonja weg is, zijn er eigenlijk ook geen vlekken meer bijgekomen. Nu al meer dan een jaar niet meer. Geen kinderen, geen vrouw, geen vlekken. Rijstevlaai was haar favoriet.'

Ruud kijkt naar de deur. 'Dat is natuurlijk niet meer genoeg om haar terug te halen.'

'Zal ik je nog wat water geven?' vraagt hij. Geen antwoord. Stilte. Ruud staat moeizaam op uit zijn stoel, blaast de drie kaarsen uit en pakt de gieter.



Mist

Bij het opruimen van de kledingkast viel een doos van de bovenste plank. Een verweerde teddybeer rolde er half uit, op het bidprentje en de rouwadvertentie van mijn broer. Ik pakte de doodgeknuffelde beer op. Zijn eens zo zachte vacht prikte nu stekelig door het stramien, stro stak door de gaten in zijn kop en zijn linkerschouder was open gerafeld. Voorzichtig legde ik de gehavende knuffel terug in de doos. Het is het enige aandenken aan mijn broer, die net zo gehavend en breekbaar was als zijn beer.

Het gezin van onze jeugd bestond uit vijf eilandjes. We hadden wel bruggen die we af en toe neer-

lieten, maar het grootste deel van de tijd dobberden we eenzaam op zee. Het paste mij niet, die eenzaamheid, want ik was eigenlijk, om met de woorden van mijn broer te spreken, een blij ei. Alleen vond ik het lastig om de deur open te zetten voor de ander. Het sorry-

dat-ik-besta-syndroom had niet alleen mij, maar ons hele gezin in zijn greep. Dan is het lastig om je open te stellen voor de buitenwereld.

Ik had geluk dat mijn eenzaamheid oploste toen ik ging studeren, toen ik werd ondergedompeld in een poel van gelijkgestemden. Ik werd eindelijk gezien. Ik bloeide op en durfde niet alleen de

bruggen neer te laten, maar begon zelfs de zee in te polderen tot mijn eiland een schiereiland werd en uiteindelijk helemaal werd opgeslokt door het vasteland.

De eenzaamheid dreef mijn broer echter steeds verder terug. Het leven verloor steeds meer terrein. Hij trok niet alleen alle bruggen op, maar groef zijn eiland steeds verder af, tot de geul tussen hem en de ander een onmetelijk wijde oceaan werd en hij in zijn eentje op een kale rots stond, omgeven door wolken mist. Hij zag niemand, en werd door niemand meer gezien. In het begin riep ik over het water, ik schreeuwde zelfs, maar kreeg nooit antwoord. Op een gegeven moment wist ik niet meer wat ik moest zeggen en bleef ik stil. Ik had een boot moeten pakken. Ik had moeten zwemmen. Ik had de zee uit moeten graven. Maar ik durfde niet.

Eenzaamheid is een schrijnende schaafwond aan de binnenkant van je huid. Het schuurt en brandt een gat in je ziel, maar niemand die het ziet. Ik wist van de schaafwonden onder de huid van mijn broer, maar wist ook dat ik ze niet weg kon strelen. Ze zaten te diep. Was er een moment waarop ik hem nog had kunnen bereiken? Misschien. Maar ik zag het pas toen het beekje tussen ons een oceaan was geworden.

Mijn broer was chronisch eenzaam. Hij droeg de

weltschmerz in zijn ogen. Als klein jongetje al. Geleidelijk aan werd die blik onderdeel van zijn wezen, het was zo gewoon, dat we er niet meer op letten. Na zijn dood achtervolgt die blik me overal. In zijn blik schuilen de schaapjes die hij als kleuter voerde in de wei voor ons huis, de hutten die we bouwden in het bos, de gekke dansjes die we deden in de woonkamer. Maar die blik weerspiegelt vooral de vele uren dat mijn broer eenzaam was, dat hij het leven miste.

Mijn broer voelde zich niet gezien. Wij zagen hem wel, maar hij zag dat niet. En langzaam trok de mist steeds dichters over zijn eiland en loste hij op. Hoe moest hij zich geborgen weten? Want zoals Neeltje Maria Min zo treffend schreef: genoemd worden, is bevestiging van je bestaan. Dus noem mij! Noem mij bij mijn diepste naam! Want voor wie ik liefheb, wil ik heten. Ik mis je Rick.



Voetbal is simpel, maar simpel voetballen is moeilijk

‘Hoogopgeleide professionals zijn intrinsiek gemotiveerd en gedijen goed in een inspirerende en motiverende omgeving die hen ruimte biedt zelf invulling te geven aan de manier waarop zij hun werk inrichten’, vindt hoogleraar Organisatiekunde Mathieu Weggeman.

Een waarheid als een koe, hoor ik de geïnteresseerde lezer denken, maar niets is minder waar. ‘Voetbal is simpel, maar simpel voetballen is moeilijk’, zegt Johan Cruyff over dit soort zaken.

Wouter van Ewijk Weggeman vertelde tijdens het jaarlijkse voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie wat psychiaters graag willen horen over de ruimte die zij nodig hebben goed te kunnen functioneren. Het kost leidinggevendens moeite de juiste snaar te raken bij hun professionals. Daardoor lopen die kennelijk de kans ongemotiveerd en ongeïnspireerd hun werk doen. Sterker nog: leidinggevendens zijn in staat intrinsiek gemotiveerde mensen te demotiveren door de manier waarop zij leidinggeven, ze af te leiden van de waarden van het bedrijf.

Dat is een ernstige zaak. In een tijd waarin bijna alleen nog maar opgeschreven wordt wat een behandelaar zou hebben kunnen doen als hij niet alleen maar hoefde te registreren, is het wel te

begrijpen, maar niet te billijken. Sommige leidinggevendens zijn ondanks de meedogenloze bureaucratische rompslomp in staat hun medewerkers te stimuleren tijd te schrijven en te ROM-men, maar met behoud van het plezier in hun werk. Dat is knap, ook al bepleitte Weggeman met zaken als tijdschrijven en ROM-men direct op te houden. Of dat goed is betwijfel ik overigens: het is toch een manier om bewustzijn te creëren bij de professional dat er een koppeling is tussen geld én de effectiviteit en efficiëntie van de zorg. De tijd dat dokters het onzin vinden zich hiermee bezig te houden, ligt achter ons.

Uit onderzoek blijkt dat er behoorlijk wat ontevredenheid is over de waardering die werkers in de zorg van hun bazen krijgen. De klacht is niet alleen dat zij door hun leidinggevendens niet gewaardeerd worden, maar ook dat die niet weten wat er op de werkvloer gebeurt. En dat ze de werkers te veel opjagen. Hoewel het onderzoek geen verband legt tussen deze fenomenen lijkt het me wel voor de hand liggen.

Een bestuurder die niet weet wat er op de werkvloer gebeurt, niet begrijpt wat er gebeurt en zijn medewerkers alleen nog commando's geeft, leeft zich niet gemakkelijk in in wat zijn medewerkers motiveert en inspireert. Zo'n bestuurder biedt hen niet de ruimte die zij nodig hebben. Hoe slagen



sommige leidinggevendens er dan toch in hun mensen wel te stimuleren, te motiveren en aan te zetten tot innovatie?

De gevoelige snaar waar ik het over had, bevindt zich in de buurt van de nucleus accumbens en het ventrale pallidum, maar is niet zomaar aan te raken. Gelukkig maar, want van die mogelijkheid zou vast misbruik gemaakt worden. Goede leidinggevendens doen het met zachtere zaken als respect, samenwerken, luisteren, empathie. Iedereen weet dat het zo moet, maar gemakkelijk is het niet. Hier geldt een parafrase op de spreuk van Johan Cruyff: goed leidinggeven is eenvoudig, maar het is niet

eenvoudig om het te doen. Regelmatig duikt de vraag op of een leidinggevende ervaring moet hebben met het eigenlijke werk, het primaire proces. Anders gezegd, of het om het even is of je als psychiater leidinggeeft aan een koekjesfabriek of aan een forensisch psychiatrische kliniek. Er zijn zonder twijfel goede uitzonderingen, maar mijn ervaring is dat het nodig is de taal van het bedrijf waar je leidinggeeft, te kunnen verstaan. Het is goed te weten hoe weerbarstig de praktijk van de patiëntenzorg is. Die vaardigheid en kennis bevorderen samen het goede luisteren en voorkomen veel misverstanden.

De vis rot aan de kop

'De vis rot aan de kop' is een uitspraak is van een oud-voorzitter van een ggz-instelling. Het is duidelijk wat hij daarmee bedoelde. Als een raad van bestuur niet goed functioneert, lijdt in feite de gehele organisatie hieronder.

Gezien de hoge omlooptijd van bestuurders komt dit vaak voor. Soms komt een conflict naar buiten, soms vertrekt een bestuurder vrij plotseling in 'goede samenspraak' met zijn collega's en de raad van toezicht, omdat 'verschil van inzicht' is ontstaan over het te voeren beleid. De strijd en

het leed in een bestuurskamer is vaak terug te voeren op een persoonlijke strijd tussen personen. De inhoud en het belang van de instelling zijn ondergeschikt. In de meeste gevallen levert dit alleen maar verliezers op, al denken partijen vaak van niet.

Drs. Paul de Beurs

Eigenaar De Beurs
Advies en Bemiddeling
Psychiater/psychotherapeut
en mediator

7 april 2010

Bestuurders worden meestal benaderd of geselecteerd op hun curriculum en netwerk. Zij ondergaan diverse gesprekken al dan niet aangevuld met een assessment. Tot slot gaan zij uit eten met hun aanstaande collega(s). Klinkt dit, dan lijkt de deal gesloten en begint het avontuur, want zo mag je het wel noemen. Wie zou een huwelijk beginnen met zoveel verantwoordelijkheid na zo'n relatief korte kennismaking?

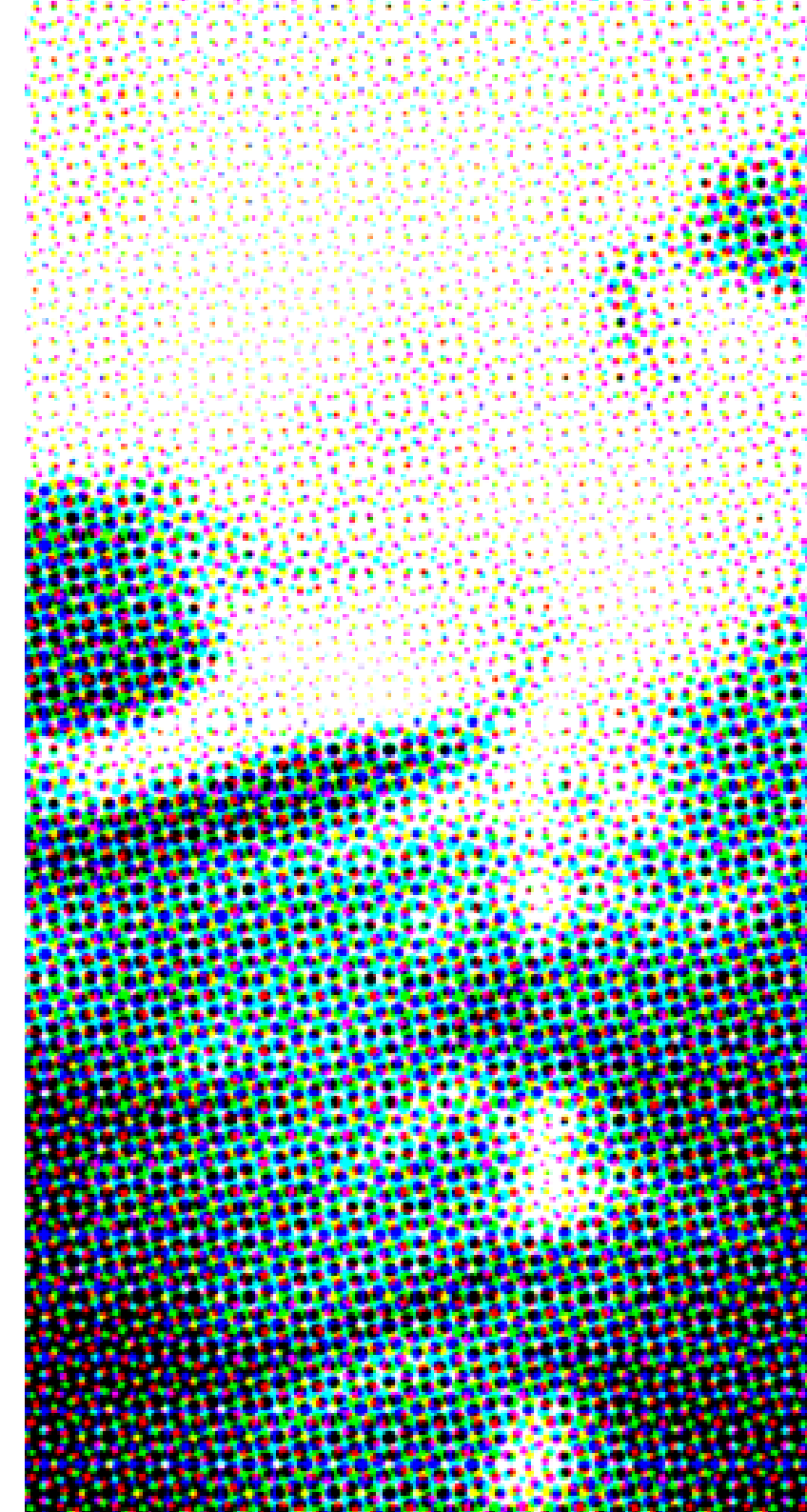
Uit gesprekken die ik door de jaren heen met bestuurders en uit eigen ervaring komt het beeld naar voren dat in de eerste momenten in de nieuwe functie de 'paaltjes worden geslagen'. De voorzitter wil laten zien dat hij de voorzitter is en zeker bij fusiebesprekingen zijn de betrokkenen zich bewust van hun eigen maar vooral van komende posities. Het heeft soms iets weg van de Formule 1: wie heeft er een 'stoeltje' in de nieuwe constellatie?

Een van de oorzaken van deze conflicten zit in onze biologische conflictmechanismen bij spanningen in relaties. Van nature zijn er drie basale reactiepatronen, namelijk vechten, vluchten of toegeven. Veelal worden de relaties in de raden van bestuur door deze drie patronen bepaald. Het vierde reactiepatroon is samenwerken, maar dit is van een hogere orde en vereist meer vaardigheden in het hanteren van interpersoonlijke conflicten en meer inzicht in eigen drijfveren en machtsbehoefte.

Is aan de conflicten in de raad van bestuur wat te doen? Of moeten we het maar aanvaarden als een menselijk tekort en dat het toch uiteindelijk alleen om macht en positie gaat? De sceptici onder ons zullen het laatste vinden, de geschiedenis toont echter aan dat we verder komen door écht samen te werken. Van belang is dat we bij selecties niet alleen kijken

naar gedragsmatige competenties maar ook naar de conflictstijlen tussen de bestuurders onderling – bijvoorbeeld via de Harvard conflictmanagement-survey – en hun innerlijke drijfveren en motieven. Het onder begeleiding bespreken van elkaars talenten maar ook 'draken' (beiden gaan het hele leven mee!) geeft een grotere kans op echt samenwerken. Een manier van samenwerken waarbij de individuele belangen meer samenvallen met de belangen van de instelling dan we aanvankelijk misschien denken.

Leiderschap van een raad van bestuur is ook het voorbeeld geven hoe écht met elkaar om te gaan. Ook dat vertaalt zich naar de organisatie. Anders wordt de vis duur betaald.



Are you with us or against us?

Are you with us or against us? Een gedateerd paradigma dat samenwerking in de weg staat.

Een van onze medewerkers is van allochtone afkomst. Dat kun je zien. Hij is in de eerste jaren van zijn verblijf in Nederland altijd benaderd als persoon. De laatste jaren echter hoort hij bij een groep – de groep allochtonen – en sinds die tijd vinden we het normaal dat alle groepskenmerken ook aan hem worden toegeschreven. Hij wordt niet uitgestoten, maar ingesloten in een groep, hij heeft er last van, want hij is geen groep, hij is een persoon.

Ik behoor als bestuurder van een ziekenhuis ook tot een groep, namelijk 'die van de organisatie'. En ook ik word soms niet benaderd als een individu dat de wens heeft vanuit dieper gelegen waarden te handelen, maar als een vertegenwoordiger van een groep die tegenover de professionals staat. En ook ik kijk op mijn beurt weer naar die andere groep, 'die van de professionals' en generaliseer op zwakke momenten.

Nicolet Zeller

28 juni 2012

Natuurlijk, in alle groepen zitten individuen die het beeld van en de opvatting over een groep bepalen, ondanks dat het er soms maar weinig zijn. Als ik naar Opsporing verzocht kijk, valt het op dat 'de lichtgetinte jongeman' wel erg vaak langskomt. Het lijkt erop dat alle lichtgetinte mannen crimineel zijn. Dat is natuurlijk niet zo, maar het beeld is snel geschetst. In de praktijk gaat maar om een klein aantal.

Zo zijn er ook specialisten die over het hoofd van de patiënt aan de arts-assistent meedelen dat het probleem niet op hun vakgebied ligt en overgaan tot de orde van de dag. Dat betekent niet dat alle medisch specialisten ongeïnteresseerde horken zijn. Ook onder specialisten is dit maar een klein aantal.

Natuurlijk zijn er managers en bestuurders die maar niet willen begrijpen waar de professional behoefte aan heeft en hun 'hindermacht' inzetten. Maar dat maakt niet dat alle managers 'machtswellustelingen' zijn. Ook in die groep gaat het maar om een klein aantal.

De beelden die groepen en individuen van elkaar hebben, staan goed samenwerken en prettig samenleven in de weg. Het ondermijnt het gemeenschappelijk vermogen problemen van patiënten en medewerkers op te lossen. Daar hebben we veel last van.

Wanneer zouden we het denken in dit soort beelden – vijandsbeelden – achter ons kunnen laten? Wanneer kunnen we gezamenlijk en met respect voor elkaars inbreng naar de inrichting van de gezondheidszorg kijken en ieder vanuit onze eigen professie onze inzet richten op het samen met anderen hetzelfde doel bereiken?

Lukt dat niet dan blijven we gevangen in onze eigen beelden. En dat in een vrij land als Nederland.



‘Groeï alleen goed als het onze kwaliteit versterkt’

Oprichter Wolter van der Hoef aan basis van 35 jaar Van Der Hoef & Partners

Van Der Hoef & Partners bestaat dit jaar 35 jaar. De nu 82-jarige Wolter van der Hoef richt het bedrijf in 1985 op, Wouter Albersen neemt het in 2001 over. Wolter bemiddelt in Nederland zo ongeveer als enige tussen psychiaters en opdrachtgevers. Het is pionieren, met papieren dossiers, zonder internet en social media. ‘We geven kandidaten informatie die ze in de vacaturetekst niet tegenkomen, onderhandelen over arbeidsvoorwaarden en leggen dit goed vast. Dit blijft de essentie van ons vak.’

Een psychiater is geïnteresseerd in een functie in Zwolle, maar heeft nog zijn twijfels. Zijn partner is boswachter, hij wil weten of er rond Zwolle genoeg bossen te vinden zijn. ‘Dat staat natuurlijk niet in de vacaturetekst’, zegt Wolter. ‘Toch is het voor die psychiater belangrijk, hij wil alleen naar Zwolle verhuizen als ook zijn partner in die omgeving een baan kan vinden. Zo heeft ieder zijn wensen. Wij beantwoorden vragen van kandidaten die ze liever niet rechtstreeks aan de eventueel toekomstige werkgever stellen. Bijvoorbeeld omdat ze dan minder sterk staan in de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarden. Veel psychiaters zijn überhaupt niet zo van het onderhandelen, vaak ligt daar hun kracht niet. Ze zijn dan blij dat wij dat voor hen doen. Dit is ook in

het belang van de opdrachtgever. Als de kandidaat tevreden is en de afspraken goed zijn vastgelegd, ontstaat later minder snel ‘gedoe’. Een duurzame verbintenis is gebaat bij een goede start.’

Luxe bolknakken

Het interview met Wolter van der Hoef vindt plaats op de fraaie bovenverdieping van het kantoorpand van Van Der Hoef & Partners aan de Röellstraat in Arnhem. Tot de sierstukken behoort een klassieke houten sigarendoos met luxe bolknakken. Wolter herkent de doos meteen. ‘Die komt uit mijn oude kantoor. Ik had daar een kamer in de sfeer van een herensociëteit. Daar hoorde zo nu en dan een mooie sigaar bij.’

Sprong in het diepe

Wolter van der Hoef studeert af als civiel ingenieur in Delft. Via weg- en waterbouw, natuursteen en metaalverwerking wordt hij directeur van een garagegroep met merken als DAF, Volvo, Fiat en Mitsubishi. De accountant van de garagegroep nodigt hem uit een Joint Venture aan te gaan voor het werven en begeleiden van interim-managers. Hij richt Van der Hoef Management BV op, de voorloper van Van Der Hoef & Partners. ‘Ik was toe aan wat anders en heb in mijn leven vaker rare sprongen gemaakt. Niet veel later kreeg ik

het verzoek een psychiater te zoeken. Dat was echt een sprong in het diepe, ik kende geen enkele psychiater, ja één, maar die werd het niet. Daarna volgden andere opdrachten. Een bevriende psychiater zei: bel die en die. Zo kreeg ik al snel de beschikking over de ledenlijst van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters. Het balletje ging steeds harder rollen. Jarenlang was ik in Nederland eigenlijk de enige die serieus bemiddelde tussen psychiaters en zorginstellingen.’

Steggelen over reiskosten

Ggz-instellingen en psychiaters weten Van der Hoef steeds beter te vinden. Een Belgische psychiater wil bijvoorbeeld wel in Nederland gaan werken, maar steggelt nog over de reiskostenvergoeding. Die ligt in België hoger dan in Nederland. ‘Ik ben gaan onderhandelen met de toekomstige werkgever. Uiteindelijk mocht hij voor de kilometers in België de Belgische vergoeding opvoeren en voor de kilometers in Nederland de Nederlandse. Zonder deze oplossing was die psychiater niet in Nederland gaan werken. Het kan om van alles gaan. Psychiaters kunnen bijvoorbeeld starten met een dienstverband van 40 uur, maar willen het recht hebben te minderen naar 32 uur als er kinderen komen. Het is belangrijk dit soort afspraken goed vast te leggen. Een directeur waarmee je een mondelinge afspraak maakt, kan zomaar vertrokken zijn. Niemand weet dan meer van de afspraak af. Wij kunnen zo voor kandidaat én opdrachtgever van toegevoegde waarde zijn.’

Oplossen acute nood

De toegevoegde waarde zit ‘m soms ook in het oplossen van acute nood. Wolter: ‘Ik werd een keer op zondagavond gebeld door een groot psychiatrisch ziekenhuis. Er was een conflict, drie psychiaters hadden zich ziek

gemeld, de collega’s waren niet genegen het werk over te nemen, tientallen patiënten zouden de dupe worden. De directeur zat met zijn handen in het haar. Op dinsdag ging mijn eerste kandidaat aan het werk, op donderdag de tweede en een week later de derde. De directeur kon zich weer op zijn normale werk richten.’

Persoonlijke relaties

‘In mijn tijd wist ik ook waar welke vacatures waren, dat is nu geen toegevoegde waarde meer’, zegt Wolter. ‘Internet en social media bieden andere mogelijkheden om in contact te komen met kandidaten. Toch blijven in ons vak de persoonlijke relaties essentieel. We brengen mensen in beweging. Soms appelleren we aan een veranderbehoefte nog voordat de kandidaat zich hiervan bewust is.’

Hoed af voor Wouter

Van Der Hoef & Partners heeft nu tien medewerkers in dienst. ‘Wouter Albersen stak zijn nek uit en durfde te investeren’, zegt Wolter. ‘Hoed af voor de manier waarop hij het search- en selectiebureau heeft laten groeien. Hij toont zich een goed rentmeester van mijn nalatenschap. En dat ik hier mijn sigarendoos nog steeds tegenkom, laat zien dat Wouter zich bewust is van de bron waaruit zijn bedrijf is ontstaan.’

Van toegevoegde waarde voor kandidaat én opdrachtgever

Wouter Albersen trots op zijn jubilerende bedrijf

Wouter Albersen volgt de opleiding bedrijfskunde in Eindhoven. Hij solliciteert bij Philips en wordt uitgezonden naar Peru, Brazilië en Rusland. Met een rugzak vol internationale en bedrijfskundige ervaring komt hij in 2001 in gesprek met Wolter van der Hoef. Op 1 januari 2002 start hij als nieuwe directeur van Van Der Hoef & Partners. Nu staat hij op het punt een stap terug te doen. 'Er ligt een mooie brug naar de toekomst, alleen ga ik zelf die brug niet over.'

De onderhandelingen met Wolter van der Hoef zijn taai, maar Wouter kent het klappen van de zweep. Als commercieel en algemeen manager is hij gewend te onderhandelen en resultaat te boeken. Hij beheerst op dat moment het ambacht Search en Selectie nog niet, maar gelooft in het bedrijf dat Wolter in 1985 is gestart. Hij gelooft in de bedrijfsopzet en in de meerwaarde die professionele bemiddeling heeft voor medisch specialisten én opdrachtgevende organisaties.

Vóór en mét mensen

'Door mijn omzwervingen wereldwijd heb ik een brede kijk op de wereld gekregen, er is altijd meer dan we denken te zien', vertelt Wouter. 'Ik heb veel meegemaakt en ben mezelf regelmatig tegengekomen. Ik wilde me na ruim twintig jaar ervaring in grote organisaties binden aan een klein bedrijf dat

vóór en mét mensen werkt. In grote rigide structuren pas ik niet meer, bazen worden niet gelukkig van mij en ik niet van hen. Als bedrijfskundige ontdekke ik dat Van Der Hoef & Partners groeipotentieel had. Na enige tijd geloofde ik steeds meer in het bedrijfsconcept. Ik ben nog altijd blij dat ik toen eigenwijs genoeg was om mijn nek uit te steken en erin te stappen.'

Ondernemende geest

Wouter Albersen wordt in 1953 geboren Culemborg. Hij groeit op in Maastricht en Utrecht en gaat in Eindhoven bedrijfskunde studeren. Hij studeert af in de onderwerpen marketing en ondernemingsplanning. Na zijn studie wordt hij exportmanager in Noord-Afrika. Intussen leert hij het belang van de gunfactor en zakelijke relaties op te bouwen. Succes draait om mensen. Na zes jaar productmanagement bij de lampendivisie van Philips wordt hij uitgezonden naar Peru. Hij is dan 35 jaar en zijn grote droom wordt bewaarheid. Na Peru volgen Brazilië en Rusland. Tien jaar later komt hij terug naar Nederland en vertrekt bij Philips om zijn eigen weg te vinden als ondernemer. In oktober 2001 tekent hij het koopcontract voor de overname van het bedrijf van Wolter van der Hoef. Wouter herinnert zich die 23ste oktober nog precies: 'Het was de dag dat de beurs crashte en de iPod werd gelanceerd.'

Zakendoen in de zorg

In verband met de overdracht werken Wouter en Wolter korte tijd samen, daarna staat Wouter er in zijn eentje voor, met alleen de hulp van een secretaresse. Hij leert het zakendoen in de wereld van de zorg. Eerst bemiddelt hij alleen in psychiaters, later ook in bestuurders, GZ-psychologen, klinisch psychologen, specialisten ouderengeneeskunde, revalidatieartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten. Het betreft bijna altijd mensen die in loondienst werken. 'Ik ben geen makelaar die huizen verkoopt en alleen de mooie kanten belicht. Uiteindelijk gaat het erom dat een match van twee kanten bevalt en duurzaam is.'

Risicoanalyse

'Wij maken een gedetailleerde analyse van de verwachtingen aan beide zijden', vervolgt Wouter. 'Daarna weten we waarom de beoogde samenwerking eventueel zou kunnen stranden. Noem het een risicoanalyse van de komende samenwerking tussen kandidaat en de nieuwe werkgever. Elke twijfel bespreken we vertrouwelijk en in een veilige omgeving. Misschien weten we dat een organisatie een opleiding zal kwijtraken. Dit kan een specialist afschrikken. Ook kan het zijn dat een organisatie een slecht imago heeft. Misschien gaat het gerucht dat de organisatie failliet gaat. Als wij weten dat dit niet zo is, kunnen wij dit ontkrachten. We kunnen dan zeggen: wat belet jou om op gesprek te gaan en zelf je licht eens op te steken bij die organisatie? Wij doen dit objectief en met open vizier. Ons doel is dat onze bemiddeling standhoudt. Dit noemen wij kwaliteit, daar staan we voor. We willen een volgende keer weer terug kunnen komen bij opdrachtgever én kandidaat.'

Essentie vak

Zijn bedrijfskundige kennis, zijn analytische geest en zijn 'gevoel voor mensen' helpen Wouter om te zien waar de mogelijkheden liggen om zijn bedrijf te laten groeien. Hij bouwt een netwerk op van zorgprofessionals en bestuur-

ders en zet digitale middelen in om zijn doelgroep te bereiken. Hij organiseert congressen en bereikt met columns en interviews wekelijkse 12.000 mensen in de zorg. En natuurlijk gaat hij bij organisaties op bezoek en pakt hij om de haverklap de telefoon. Het persoonlijke gesprek blijft de essentie van zijn vak.

D!scura

Een belangrijke aanjager voor de naamsbekendheid van Van Der Hoef & Partners is D!scura, het discussieplatform voor professionals in de zorg. 'Discura heeft ons echt geholpen. Zorgverleners lezen hier interviews met bestuurders, inhoudelijke artikelen over ontwikkelingen en innovaties in de zorg en prikkelende discussiestukken. Zorgorganisaties weten ons steeds beter te vinden en gunnen ons een plek aan tafel. We zijn een volwaardiger gesprekspartner geworden.'

Er zijn ongeveer duizend zorgorganisaties. Met een tiende doet Van Der Hoef & Partners nu zaken. Wouter beseft dat er nog mogelijkheden liggen om te groeien. 'Groeï is goed, maar alleen als die groei de kwaliteit van ons werk versterkt. Het concept van onze persoonlijke aanpak moet blijven bestaan.'

Toppers

Inmiddels werken tien medewerkers bij Van Der Hoef & Partners. Een topteam, vindt Wouter. 'Ik geloof in hen. Zij pakken aan, hebben onze aanpak geadopteerd en weten wat er van hen verwacht wordt. Het zijn stuk voor stuk fijne collega's en goede mensen. Ik ben trots op dit team. Met vertrouwen draag ik in de loop van de komende twee jaar de dagelijkse verantwoordelijkheid over. Ook daarna hoop ik nog jaren bij de zaak betrokken te blijven als toezichthouder. Loslaten is voor mij een uitdaging en die rol zal ik nog moeten leren spelen. We hebben inmiddels 35 jaar succesvol gebouwd aan Van Der Hoef & Partners. Hiervan heb ik bijna 20 jaar aan het roer gestaan. Het moment is ook gekomen om het stokje op een goede en verantwoorde manier door te geven.'

‘Gesprek blijft de essentie van ons werk’

We komen anders met onze opdrachtgevers en kandidaten in gesprek dan 35 jaar geleden, vertellen Steven van Ketwich Verschuur en Olivier van Abbe. Niet meer de kaartenbak van A tot Z nabellen, maar met behulp van marketing en social media komen we snel en gericht in gesprek met de juiste persoon. ‘Eén ding is niet veranderd: het gesprek. Dat blijft de essentie van ons werk.’

Van Der Hoef & Partners was de eerste in Nederland die zich toegede op de bemiddeling van psychiaters voor ziekenhuizen en ggz-instellingen. Gaandeweg is daar de bemiddeling voor bestuurders in de zorg, specialisten ouderengeneeskunde, revalidatieartsen, artsen verstandelijk gehandicapten, gz-psychologen en klinisch psychologen bijgekomen. Een te grote groep om in een papieren kaartenbak te bewaren. Ruim twaalf jaar geleden werd daarom de kaartenbak gedigitaliseerd. Deze digitale informatie is voor medewerkers van Van Der Hoef & Partners nu beter toegankelijk, ook als ze vanuit huis werken. Steven, partner en senior consultant: ‘Van elk gesprek dat we nu hebben, zetten we een korte notitie in ons digitale systeem. Voelen de kandidaten zich nog thuis op hun huidige werkplek? Wat is hun doel, zouden ze dichterbij huis willen werken, ambiëren ze een leidinggevende functie? Informatie waar we een volgende keer

op terug kunnen komen. Met elke psychiater in Nederland hebben we elk jaar wel een keer contact. Meestal vaker. We kennen de kandidaten, de kandidaten kennen ons. Dat is onze kracht.’

Vertrouwelijke gesprekken

Soms bellen kandidaten zelf, bijvoorbeeld als ze zijn verhuisd en dichterbij huis willen werken. Maar meestal hebben ze een prima baan en niet meteen de behoefte om te verkassen. Toch is een baan van een medisch specialist – zeker als deze in loondienst is – niet in beton gegoten. De interesse kan zich gaandeweg richten op een ander segment in de zorg, de klik met een nieuwe leidinggevende kan ontbreken, een fusie kan onrust brengen. In vertrouwelijke gesprekken proberen we ons een beeld te vormen van de wensen en ambities van onze kandidaten, vertelt senior consultant Olivier. ‘Ook eventuele frustraties in hun huidige werkring kunnen ze bij ons kwijt. Het helpt ons gericht mensen te benaderen voor vrijkomende functies. We spreken ook met vertegenwoordigers van instellingen, houden websites en social media van deze instellingen in de gaten. Onze kennis is zo een meerwaarde voor kandidaat én opdrachtgever. We vertellen onze kandidaten én opdrachtgevers het eerlijke verhaal, ook als we denken dat iemand bijvoorbeeld niet bij de cultuur van een instelling past.

Uiteindelijk levert dit een duurzame match op. Wij staan voor kwaliteit, we zijn niet zomaar een bureautje.’

Extra podium

In de Randstad werken de meeste psychiaters. Die hebben doorgaans het minst de hulp nodig van Van Der Hoef & Partners. In deze regio liggen voor een psychiater de banen voor het oprapen. Voor opdrachtgevers ligt dat anders, zij hebben de grootse moeite professionals aan zich te binden. De zoekopdracht wordt bovendien moeilijker als de opdrachtgever bijvoorbeeld te kampen hebben met een slecht imago, of een werkgebied dat minder tot de verbeelding spreekt voor een psychiater. Denk bijvoorbeeld aan instellingen in de verslavingszorg of forensische psychiatrie. Ook in buitengebieden, zoals Friesland en Zeeland, zijn vacatures moeilijker te vervullen. Steven: ‘Een voorbeeld van wat we kunnen doen is deze opdrachtgevers een extra podium geven met een inhoudelijk artikel over die instelling. Een professioneel tekstschrijver schrijft dit artikel. Dit artikel verspreiden we via onze social media en via het onafhankelijk discussieplatform D!scura dat we faciliteren. Ook sturen we het

artikel via onze nieuwsbrief naar 12.000 professionals in de zorg. Het mes snijdt aan twee kanten: de opdrachtgever kan zijn verhaal vertellen en een potentiële kandidaat kan door het artikel net dat zetje krijgen om te responderen op de vacature. Zo zoeken we altijd naar meerwaarde voor onze kandidaten en opdrachtgevers.’ Innovatief en ouderwets degelijk

Een instelling kan natuurlijk 10.000 euro investeren in een advertentie in de Volkskrant, in de hoop dat dit bruikbare reacties oplevert. Olivier: ‘Ze kunnen dan hopen dat de doelgroep bereikt wordt, bij ons weten ze zeker dat de doelgroep bereikt wordt. In de 35 jaar dat we nu bestaan, zijn we met onze tijd meegegaan. En we blijven innovatief. Zo willen we bijvoorbeeld potentiële kandidaten via LinkedIn videoboodschappen gaan sturen. Maar we houden ook vast aan onze ouderwetse degelijkheid. Ook de komende 35 jaar verwachten wij dat het in gesprek zijn met de kandidaat over diens wensen en behoeften de essentie van ons werk blijft.’

‘Wij gooien ons aas uit in verschillende vijvers’

Curegie bemiddelt in staf- en managementfuncties in de zorg

Psychiaters zijn schaars, die vind je niet zomaar. Als Van Der Hoef & Partners een psychiater zoekt, weet de opdrachtgever dat dit wel eens een aantal maanden kan duren. ‘Die tijd hebben we bij Curegie niet’, zegt Godert van Walré de Bordes. Curegie is onderdeel van Van Der Hoef & Partners en bemiddelt in niet-medische managementfuncties in de zorg, zoals HR-managers, bedrijfsvoeringsmanagers en andere staffunctionarissen. ‘Wij vissen in verschillende vijvers, met meer soorten aas en moeten sneller beet hebben.’

Er zijn ongeveer 3500 psychiaters in Nederland. Die zijn ‘geoomerkt’, vertelt Godert. Ze zijn bijvoorbeeld te vinden via het BIG-register. Zoekt Van Der Hoef & Partners een jeugd- en kinderpsychiater dan is het slim de hengel uit te gooien in de vijver van jeugd- en kinderpsychiatrie. Dat is een andere vijver dan ouderenzorg of verslavingszorg. Een manager bedrijfsvoering kan heel goed eerst in de verslavingszorg hebben gezeten, daarna in de forensische psychiatrie en nu een stap zetten naar de kinder- en jeugdpsychiatrie. Godert: ‘We moeten ons aas dus uitgooien in verschillende vijvers. De schaarste in management- en staffunctionarissen is ook anders dan in bijvoorbeeld psychiaters. Het tempo van zoeken ligt hoger, dat is meer een kwestie van weken dan van maanden.’

Andere benadering

De arbeidsmarkt van staf- en managementfunctionarissen ziet er anders uit dan die van medisch specialisten en bestuurders. Het invullen van deze vacatures vraagt om een andere benadering. Daarom is Curegie een aparte tak binnen Van Der Hoef & Partners, met een eigen naam. ‘Onze kandidaten staan niet in het BIG-register, onze doelgroep is minder vastomlijnd,’ vertelt Godert. ‘We hebben andere manieren ontwikkeld om hen te bereiken. We borduren voort op het netwerk dat Van Der Hoef & Partners door de jaren heen heeft opgebouwd, we zetten intelligente software in om met de juiste kandidaten in contact te komen en communiceren via LinkedIn en andere relevante kanalen. En natuurlijk pakken we vaak de telefoon. Het persoonlijke gesprek blijft belangrijk.’

Toegevoegde waarde

Godert werkt sinds 2018 bij Van Der Hoef & Partners. Hij wil Curegie uitbouwen tot dé specialist in de zorg voor het vervullen van staf- en managementfuncties in Nederland. ‘Naamsbekendheid is voor ons belangrijk. Zorginstellingen en zorgprofessionals moeten weten dat Curegie bemiddelt in stafleden en managers; ze moeten weten wat onze toegevoegde waarde is. En gelukkig merken we steeds meer dat ze dat ook al doen’.

Juiste match

Een HR-afdeling van een zorginstelling kan bijvoorbeeld een advertentie plaatsen voor een manager bedrijfsvoering en dan afwachten of er kandidaten reageren. Godert noemt dit ‘post and pray’. Uiteindelijk kiezen ze uit de kandidaten die zich hebben aangemeld. ‘Wij wachten niet af, gaan actief op zoek in ons netwerk. Wij doen aan ‘search’. Wij benaderen mensen, kennen onze kandidaten, kennen organisaties. Onze gesprekken zijn vertrouwelijk, we kunnen kandidaten meer vertellen dan de vacaturetekst. We zijn dan neutraal en objectief. Als we denken dat iemand niet bij de cultuur van een instelling past, zeggen we het ook. Zo zoeken we naar de juiste match voor kandidaat én opdrachtgever. We zijn geen kandidatenschuiver, dat zit niet in ons DNA.’

Versterken

Curegie en Van Der Hoef & Partners versterken elkaar. Niet alleen lift Curegie mee op de naamsbekendheid van het moederbedrijf, beide bedrijfstakken gebruiken ook elkaars database, IT-systemen, software en marketingmiddelen. Ook bij het verkrijgen van zoekopdrachten hebben ze profijt van elkaar. Godert kan bijvoorbeeld een zorginstelling bezoeken om te praten over bemiddeling van een

zorgmanager en naar buiten stappen met een opdracht om ook een psychiater te zoeken. En Van Der Hoef & Partners kan tijdens een zoektocht naar een psychiater de vraag krijgen of ze ook een manager bedrijfsvoering of business controller kunnen zoeken. Die opdracht pakt Curegie dan op.

Seinen op groen

Godert: ‘De achterliggende gedachte is dat we onze klanten breder kunnen bedienen en samen meer kwaliteit kunnen bieden. We willen een match waar én de kandidaat én de opdrachtgever blij mee is. Daarom willen we onze kandidaten ook eerst ontmoeten. Wat is het voor iemand, wat zijn de wensen, wat de ambities? Pas als het plaatje klopt, leggen we de vacature voor. Zo willen we landelijk hét search-bureau worden voor staf- en managementfuncties in de zorg. Dat is best een lange route, maar die weg bewandelen we nu. En met succes, de laatste twee jaar hebben we grote stappen gezet. Alle seinen staan op groen. Het gaat hartstikke goed met Curegie en daar ben ik trots op.’



Anjo van Houten

Bij Van Der Hoef & Partners werk ik al bijna 15 jaar met veel plezier. Ik ben er een van het eerste kwartier. Nu wat meer op de achtergrond. Maar heb veel contact met het actiefrent. Samen gaan we er voor, met creativiteit, passie en gevoel. Lachen, teamuitjes, het is regelmatig een dolle boel. Alle dagen veel uitdagingen op het "Fornuis". Daarom voel ik met bij VDHP thuis.

Joëlla Gerritzen

Elke dag schakel ik tussen kandidaten en opdrachtgevers binnen de zorg. Beleving, wensen en het persoonlijke verhaal zijn hierin leidend. Deze probeer ik op zoveel mogelijk vlakken te matchen. Dit geeft mij veel positieve energie. De combinatie van mijn werkzaamheden en het fijne team bij Van der Hoef & Partners maakt dat ik elke dag met plezier werk. Daarnaast is er de mogelijkheid voor persoonlijke groei en blijf ik mezelf daardoor ontwikkelen.



Olivier van Abbe

Wij praten met opdrachtgevers over de dynamiek waarin deze zorgorganisaties opereren en over de uitdagingen waarvoor zij staan, maar ook over de visie en de waarden die zij willen uitdragen. Dat helpt mij de match te maken met de juiste kandidaat. Als dat dan lukt, geeft dat voldoening. Dat maakt werken bij Van der Hoef & Partners zo leuk.

Steven van Ketwich Verschuur

We hebben een fantastisch team, dit vormt de basis voor het behalen van onze successen!



Karin Bron

Bij Van Der Hoef & Partners krijg ik de mogelijkheid me steeds verder te ontwikkelen en bij te scholen. Dit houdt mijn werk leuk en uitdagend. Mijn collega's maken het nog leuker. Samen zijn wij een topteam dat serieus kan knallen, maar ook geregeld samen een borrel drinkt.



Iris Uitvlugt

Bij VDHP wordt hard werken gecombineerd met hard lachen. Het team is klein en hecht en we zijn altijd op zoek naar verbetering en vernieuwing, waardoor geen dag hetzelfde is.



Wouter Albersen

Bij Van Der Hoef & Partners kan ik mezelf zijn. Ondernemen en waarde creëren voor allen die bij het bedrijf betrokken zijn. Het is een geweldige reis.



Simone Koopmans

Wat werken bij Van Der Hoef & Partners zo leuk maakt:

- gedreven en behulpzame collega's, met z'n allen houden wij het schip varend
- contact met interessante instellingen en ondernemingen waar wij behulpzaam kunnen zijn met de invulling van 'lastige' vacatures
- service aan professionele kandidaten (medisch en niet-medisch, vast en interim) voor wie wij net het verschil kunnen maken!

Godert van Walré de Bordes

Het is voor mij elke dag opnieuw een eer en genoegen om onderdeel te mogen zijn van Curegie, bemiddelaar van management- en stafvacatures in de zorg en onderdeel van Van Der Hoef & Partners. De professionaliteit van het gehele team, de onderlinge collegialiteit, de bijzondere contacten met zowel opdrachtgevers als kandidaten en de bijdrage die wij hierdoor kunnen geven aan 'een betere zorg in Nederland' vormen hiervoor de basis. Op een stevig fundament van 35 jaar Van Der Hoef & Partners is het super om te mogen bouwen aan de verdere toekomst van Curegie.



Ubomi Obutsha Centre

Kinderen krijgen kansen

Wouter Albersen heeft Zuid Afrika in zijn hart gesloten en hij zet zich onbezoldigd in voor het Ubomi Obutsha Centre (Ubomi Obutsha betekent: nieuw leven). Het centrum staat in het Kwazakhele Township in Port Elizabeth en richt zich op kwetsbare gezinnen en de kinderen die hier deel van uitmaken. De gezinnen leven in abominabele omstandigheden. Ze zijn verstoken van kansen, er is sprake van slecht of geen onderwijs, misbruik, ziekten, verwaarlozing en verlaten.

Het centrum biedt elke maand honderden kinderen een veilige plek, de verzorgers in het gezin kunnen een beroep doen op maatschappelijke hulp. De kinderen krijgen dagelijks een maaltijd en leren sociale en technische vaardigheden. Ze sporten bijvoorbeeld met elkaar, krijgen huiswerkbegeleiding en leren tuinieren. Hierdoor krijgen ze kansen die ze anders niet hadden gekregen.

Donaties en vrijwilligers

Het centrum is volledig afhankelijk van giften en de inzet van vrijwilligers. In ons land is de Stichting Ubomi Obutsha Nederland (SUON) opgericht om

het centrum exclusief te ondersteunen. Wouter zet zich in voor deze stichting en reist regelmatig naar Zuid-Afrika om met eigen ogen te zien hoe wij kunnen helpen en of de steun goed terechtkomt. Zijn doel is de organisatie van het Ubomi Obutsha Centre structureel te versterken en te helpen bij het zelfstandig fondsen werven binnen Zuid-Afrika. SUON steunt het UOC in 2021 voor € 20.000. Dit is een optelsom van noodhulp in deze coronatijd en specifieke projecthulp. Momenteel wordt gewerkt aan een structuurfonds dat het UOC faciliteert om de komende vijf jaren te kunnen bouwen aan haar eigen – meer onafhankelijke – toekomst.

U kunt helpen

U kunt SUON helpen. Op de website van de SUON (www.ubominederland.nl) leest u meer over het Ubomi Obutsha Centre en hoe u kunt bijdragen aan dit geweldige doel. Wouter geeft u graag meer informatie en beantwoordt uw vragen. U kunt hem bereiken op 06 23 22 72 79 of door een e-mail te sturen naar albersen@vanderhoefpartners.nl.



Colofon

**Dit boekje is uitgebracht ter gelegenheid van het
35-jarig jubileum van Van Der Hoef & Partners.**

Oplage: 250 exemplaren
Redactie: Wouter van Ewijk
Ben Tekstschrijver (www.bentekstschrijver.nl)
Vormgeving: Marc Nijborg
Samenstelling: Wouter van Ewijk
Ben Tekstschrijver
Karin Bron

Eerste druk: december 2020

Niets uit deze uitgave mag worden gekopieerd of verspreid –
op welke manier dan ook – zonder voorafgaande schriftelijke
toestemming van de uitgever Van Der Hoef & Partners.
Zie voor eventuele uitzonderingen en betalingsverplichtingen
de Auteurswet. Neem voor overname contact op met
info@vanderhoefpartners.nl.

www.vanderhoefpartners.nl
www.discura.nl

VanDerHoef  **Partners**

Röellstraat 1
6814 JC Arnhem

T 026 - 442 44 40
E info@vanderhoefenpartners.nl
I www.vanderhoefenpartners.nl