

Sandra Mulder, een meervoudig ervaringsdeskundige toezichthouder

Sandra Mulder was anesthesioloog van beroep en is lid van verschillende Raden van Toezicht in de zorg: Gelre ziekenhuizen, de Sint Maartenskliniek en het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Tien jaar geleden had zij een ernstig ongeluk waarop een revalidatie van een jaar volgde. Inmiddels is zij grotendeels hersteld en aan de slag; in haar toezichthoudende activiteiten neemt ze haar ervaringen mee.

“Als toezichthouder of specialist maak je in het algemeen niet mee wat het betekent om ernstig ziek te zijn en naar het ziekenhuis te moeten. Ik kan je zeggen: het is echt een totaal andere ervaring! De band die ik als patiënt heb met zorgverleners, waaronder de medisch specialisten, is totaal anders dan de band die ik met collega's krijg als ik met hen samenwerk.”

Ervaringsdeskundigheid in de RvT-vergaderingen

“Ieder mens is op de een of andere manier ervaringsdeskundig, als burger, als familielid, en dat geldt ook voor toezichthouders en zorgprofessionals. Ik vind dat toezichthouders die ervaring actief kunnen inzetten als één van de perspectieven van hun toezichthoudende professionaliteit. Toezicht houden gebeurt vanuit allerlei perspectieven. Eén ervan is het patiëntenperspectief.”

Geef 's een voorbeeld?

“Tijdens de eerste golf van de pandemie kwam de organisatie onder druk te staan. Toen kwam de discussie op gang: ‘Doen we wel de juiste dingen? Moeten we mensen uit het verpleeghuis opnemen, terwijl we weten dat we ze eigenlijk bijna niets te bieden hebben? Wat doe je mensen aan als opname met zich meebrengt dat ze hun naasten niet om zich heen kunnen hebben? Zeker als de kans groot is dat iemand een ziekenhuisopname niet zal overleven’ Dit is een inhoudelijk vraagstuk: als toezichthouder wil je weten hoe onze professionals en onze organisatie hiermee omgaan.

Maar er zijn ook andere perspectieven waarmee je als toezichthouder rekening houdt. Bijvoorbeeld: wat doet die situatie met zorgverleners? Wat betekent het voor hen dat ze niet de zorg en de aandacht aan mensen kunnen geven zoals ze dat zouden willen? Als raad hebben we met medewerkers gesproken die hierover huilend vertelden. Dat was indrukwekkend en aangrijpend.

Een ander perspectief is: wat doet het met mensen wier zorg uitgesteld wordt, bijvoorbeeld als voor de zoveelste keer een knieoperatie niet kan doorgaan?

Ten diepste gaat het bij dit alles om de centrale vraag: hoe blijven we een menselijk huis? Hoe zorgen we ervoor dat we als ziekenhuis onze kernwaarden waarmaken?

In de gesprekken van onze RvT neem ik ook dit soort ervaringen mee. Zo wordt het toezicht fijnmaziger.”

Geldt het voor ziekenhuis- en langdurige zorg op eenzelfde manier?

“Voor wat betreft de chronische en langdurige zorg heb ik ervaren hoe belangrijk de persoonlijke relatie tussen patiënt en dokter is. Die is anders dan vaak in bijvoorbeeld de curatieve zorg. Uit mijn revalidatietijd weet ik hoe belangrijk het voor me was dat ik steeds met dezelfde behandelaars te maken had. Dat is dus een onderwerp waaraan ik als toezichthouder aandacht geef: hoe is dat hier geregeld, en hoe loopt dat in praktijk?”

Tekst: Bas Baanders

NVTZ-dossierhouder

ervaringsdeskundig toezicht

baanders.consultancy@gmail.com



Sandra Mulder

De organisatie in het gezicht zien

“Vóór corona kwam ik vaak extra vroeg voor een RvT-vergadering. Dan zat ik een half uur in een wachtkamer, of in de coffee corner en keek ik om me heen: hoe is de ontvangst op de poli? Hoe gaan mensen in de poli om met privacy? Hoe komen mensen de spreekkamer uit? Is de koffiecorner schoon? Is er toiletpapier op de wc's? Worden mensen die op een afdeling op zoek zijn naar iemand die ze willen bezoeken, aangesproken en geholpen? Hoe gaat men om met mensen die lang in de wachtkamer zitten? Dat ik daar zit en zie hoe dingen verlopen helpt me om beelden te krijgen van wat patiënten ervaren.

In de RvT ben ik me natuurlijk bewust dat het maar een heel kleine impressie is die ik heb opgedaan, maar ik vind haar toch relevant bijvoorbeeld als we het in de RvT hebben over de Treeknormen voor maximaal aanvaardbare wachttijden.”

Toegankelijkheid

“Een ander punt dat me nu veel meer dan in het verleden opvalt is toegankelijkheid. Vroeger zag ik bij wijze van spreken nooit een rolstoel, nu ik er zelf in heb gezeten zie ik ze overal. Dus als ik ergens aankom let ik erop: hoe toegankelijk is het voor rolstoelen? Hoe is het als je slecht zicht bent? Wat betekent het voor een dove patiënt die niet meer kan liplezen door de mondkapjes? Dat soort vragen: daar speelt mijn eigen ervaring een rol. Ik ken trouwens een revalidatiecentrum waar alle nieuwe medewerkers een hele dag in een rolstoel zitten, alsof ze zelf een dwarslaesie hebben. Zo'n soort ervaring zou ook een goed idee zijn voor toezichthouders.”

De levenservaring van de professional

Het Jeroen Bosch Ziekenhuis heeft het initiatief genomen om mensen die er werken te stimuleren hun eigen leefervaringen mee te nemen in hun werk. Zodat ze op hun werk niet alleen hun professionele kennis en ervaring inbrengen, maar ook wat ze hebben meegemaakt in het leven. Ieder mens gaat door zijn dalen en leert ermee te leven: waarom zou je uit die ervaringen niet uit putten als dat je werk ten goede kan komen?

“Dat initiatief kwam ook aan de orde in ons overleg met de cliëntenraad. Daar vertelde één van de leden dat zij als moeder van een dochter met een chronische aandoening elk jaar voor controle hun specialist bezochten. Voor hen was het echt een 'moetje': ze vonden hun specialist maar afstandelijk en erg taakgericht. Moeder en dochter vielen van verbazing van hun stoel toen de specialist plotseling vroeg hoe het zoal met haar ging, op school, als ze hockeyt en hoeveel last ze had van haar aandoening. Dat is ook een uitkomst van een traject als dit. Zoiets is van beslissende invloed op de kwaliteit van de samenwerking tussen patiënt en zorgprofessional.”

Meervoudige ervaringsdeskundigheid

“Ik heb overigens niet alleen ervaringsdeskundigheid als patiënt. Ik ben ook dokter. Misschien vind je het vanzelfsprekend, maar stel je eens goed voor wat het voor je betekent als je een mes in handen gedrukt krijgt dat je in een andere mens moet zetten, de verantwoordelijkheid die dat met zich meebrengt. In het 'gewone leven' is dat strafbaar, dat geldt niet voor de zorg. Maar dat maakt de impact op artsen niet minder. Ik weet, hoe het voelt om dokter te zijn. Daarom vind ik het belangrijk dat we met zorgprofessionals niet alleen 'objectieve' gegevens bespreken, zoals werkdruk of roosters, maar dat we ook oog hebben voor de mentale belasting van de mensen die in het ziekenhuis werken. Het is een andere bron van ervaringsdeskundigheid die volgens mij ook belangrijk is voor een RvT.”

Tip voor collega's

“Mijn tip is: sta als toezichthouder zo nu en dan stil bij wat je in je leven meegemaakt hebt. Bij de keren dat we niet als toezichthouders, maar als kwetsbare burgers in een zorginstelling terecht kwamen, of dat je met je kind naar het consultatiebureau of ziekenhuis moet. Zodat we een beter beeld krijgen van de mensen achter de objectieve gegevens waarop we ons in ons toezicht baseren. Eigenlijk zou op iedere pagina uit de vergaderset een portret opgenomen moeten worden van een patiënt of iemand die in de instelling werkt. Om ons eraan te herinneren voor wie we ons werk uiteindelijk doen.”

Tekst: Bas Baanders