

(Afgeleide) identiteit



“Mevrouw Y. is depressief en heeft ook wel wat problematiek op as II lijkt het. Ze is begonnen met medicatie, mag voor ‘zo nodig’ vanavond nog... Verder geen bijzonderheden”, draagt mijn collega over. Als ik in het dossier kijk, zie ik onder observatiepunten ‘depressieve kenmerken’ staan. Het verpleegplan is leeg. Is dit alles wat ik moet doen? Zijn de mensen alleen opgenomen om hun psychiatrische diagnose rond te krijgen? Is het onze belangrijkste taak om de dokter te helpen?”

Ik ga het rijtje patiënten af. De mensen zijn allemaal opgenomen, omdat het thuis misliep. Een week niet geslapen, meubilair gesloopt, kwam niet meer uit bed, verwaarloosde zichzelf, deed een serieuze suïcidepoging, was ontzettend angstig, at niet meer, dronk zich laveloos, bedreigde familieleden, enz. Dat zijn geen psychiatrische diagnoses, dat zijn verpleegkundige diagnoses.

Mensen met een depressie en/of persoonlijkheidsproblematiek zijn over het algemeen niet opgenomen. Die redden zich – met wat steun – gewoon thuis. Het is dus niet de psychiatrische ziekte die een patiënt naar het ziekenhuis brengt, het zijn de gevolgen daarvan. Als de gevolgen van een ziekte het leven zodanig ontregelen dat het niet meer gaat, dan wordt iemand opgenomen. Wat gek eigenlijk dat de psychiatrische diagnose toch steeds zo voorop staat in de verpleegkundige overdracht en het dossier. In een algemeen ziekenhuis is het precies hetzelfde. Opnamereden is ook daar niet de ziekte, maar het – door ziekte en/of behandeling – ontregelde leven van de patiënt. Het ontregelde leven is het domein van de verpleegkundige. En wij maar praten over de ziekte. Hoe komt dat toch?

Kan het zijn dat we liever tegen de medische wereld aanschurken dan dat we ons bezighouden met ons eigen vak? Kan het zijn dat zorg in onze eigen ogen niet telt en kiezen we daarom voor deze afgeleide identiteit? Zijn we liever een halve dokter dan een hele verpleegkundige?

We leiden studenten op met het model van Gordon, wat een prima instrument is om de gevolgen van de ziekte op alle levensgebieden in kaart te brengen. Maar we zetten die verpleegproblemen vervolgens niet centraal in het behandelplan. Studenten leren dit verpleegkundig denkkader op school en verleren het weer snel in de praktijk, waar de medische en psychiatrische diagnoses centraal worden gesteld en voorbehouden (medische) handelingen de hoogste status lijken te hebben.

De dokter is er voor ziekte en behandeling, de verpleegkundige bewaakt de kwaliteit van leven. Dat staat in alle richtinggevende documenten binnen ons vakgebied. Verpleegkundigen praten veelal in medische termen, maar hoe zit het met ons handelen? Ik zie veel verpleegkundige deskundigheid in de uitvoering van het vak. Collega's die weten hoe ze iemand kunnen motiveren om de eigen verantwoordelijkheden weer op te pakken, weer te gaan eten, eindelijk te gaan slapen, toch uit bed te komen. Verpleegkundigen die de patiënt helpen om op een betere manier met spanning, angst en agressie om te gaan, om voor zichzelf op te komen zonder met de deuren te gaan slaan. In het ziekenhuis zie ik verpleegkundigen helpen bij de lichamelijke verzorging, bij het mobiliseren en bij het hanteren van pijn en angst. Zijn we misschien onbewust deskundig? We praten er niet over, we schrijven het niet op, maar we doen het wel. Een onbenoemd vakgebied is echter moeilijk te ontwikkelen, moeilijk te beheren en moeilijk te verdedigen.

Het is onze taak om patiënten te helpen hun leven in te richten met hun lichamelijke of psychische kwetsbaarheid. Met maar één doel: kwaliteit van leven. Laten we het daar over hebben, laten we daar over schrijven.

*met vriendelijke groet
Mathilde Bos*

Mathilde Bos is docent verpleegkunde en verpleegkundige in de psychiatrie, www.mathildebos.schrijft.nl

V&VN-leden kunnen met korting naar haar workshop ‘Omgaan met agressie’. Kijk op pagina 36.