

Breed opleiden mislukt als psychiatrie buiten beeld blijft

De hbo-v's bestaan inmiddels meer dan dertig jaar en de smalle inservice-opleidingen zijn al bijna tien jaar ter ziele. Breed opleiden, we hebben ervoor gekozen, maar lúkt het ook? De auteur van dit artikel, Mathilde Bos, docent Verpleegkunde aan de hbo-v in Utrecht stelt dat het ons niet lukt om breed opgeleide verpleegkundigen af te leveren. De GGZ is niet in beeld bij studenten en het lukt ons als opleiders niet om die in beeld te brengen. Er is een algehele tendens richting versmalling. De auteur stelt dat dit een onwenselijke situatie is. Ze brengt de oorzaken en gevolgen van deze versmalling in kaart en draagt mogelijke oplossingen aan.

Mathilde Bos *

Huidige situatie

Sanne Steur (derdejaars HBO-V stagiaire): 'Net voor de zomervakantie hoorde ik waar ik stage zou gaan lopen in september, in de psychiatrie. Ik schrok ervan, ik vond het een eng idee dat ik op een gesloten afdeling terecht zou komen. Ik heb de afdeling toen gemaïld dat ik er zo tegenop zag, ze hebben me informatie opgestuurd maar dat hielp niet erg; ik ben de hele zomervakantie zenuwachtig geweest. Het beeld dat ik van de psychiatrie had was onder meer ingevuld door wat je op tv ziet. Een enge plek met veel agressie en vreemde gangen en kamertjes. Ik had ook het idee dat de mensen die daar werkten heel anders zouden zijn dan ik, ik verwachtte een team met veel ouderen, veel chaos en veel stoffigheid. Van mijn beeld klopte helemaal niets' (uit Vink, 2004).

Deze student verwoordt heel goed hoe ver de psychiatrie van haar afstaat op het moment dat ze er als derdejaars moet gaan stagelopen. Als opleiding zijn we er blijkbaar niet in geslaagd om haar een goed beeld te geven. Ze heeft al twee jaar 'breed' onderwijs gevolgd en daarin ook een blok 'Psychiatrie' gehad waarin theorie over psychiatrische ziekten, methodiek van het verpleegkundig proces en ook agogiek een plaats hebben gehad. Het is niet binnen gekomen, ze baseert zich op wat ze in de media gezien heeft en haar eigen fantasieën hierbij. Ook de begeleiders op de stageplaatsen merken dat er bij aanvang van de stage veelal geen aansluiting is tussen de leerplaats en de student. Een praktijkopleider binnen de GGZ merkte op dat studenten de eerste weken rondlopen als 'Alice in Wonderland'. Als ze hun plek eenmaal gevonden hebben en een béétje snappen wat er op de afdeling gebeurt, pas dan kan het leren beginnen. De stage is dan vaak al halverwege, en soms zelfs al voorbij.

'Als je een schip wilt bouwen, moet je niet beginnen met mensen op te trommelen om hout te halen en ze taken toe te wijzen; begin met ze te laten verlangen naar de uitgestrektheid van de zee.'
(Antoine de Saint-Exupéry)

Smal beroepsbeeld

Het beroepsbeeld van beginnende verpleegkunde studenten wordt gedomineerd door de AGZ. Binnen dat veld gaat de voorkeur van veel studenten uit naar de kinderafdeling of de spoedeisende hulp. De ambulance en de IC worden ook veelvuldig genoemd als aantrekkelijke werkplek voor de toekomst, zeker door mannelijke studenten. Beginnende studenten kunnen over genoemde werkplekken met een zeker verlangen praten, ze stellen zich er van alles bij voor, en zien zichzelf er al rondlopen. Daar halen ze hun motivatie voor de opleiding vandaan! In het beeld, dat het overgrote deel van de studenten van het verpleegkundig beroep heeft, en waar ze

met zoveel verlangen naar wordt uitgezien, komt de psychiatrie niet voor. We praten hier over het beroepsbeeld bij aanvang van de opleiding. Hoe ontwikkelt dat beroepsbeeld zich binnen een brede opleiding?

Van Woerden (2003) deed een kwalitatief onderzoek naar motieven van studenten hbo-verpleegkunde met betrekking tot hun differentiatiekeuze binnen de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN). Hij concludeert dat tweedejaars studenten hun differentiatiekeuze baseren op basis van een beperkt beeld van de patiëntcategorieën en op basis van oppervlakkige kennis van het betreffende werkveld. Hij stelt dat er voor de opleiding een rol is weggelegd om de beeldvorming ten aanzien van minder populaire patiëntcategorieën - o.a. de volwassenen psychiatrie - te nuanceren. Van Woerden heeft de keuzes van de tweedejaars studenten uit het jaar 2000 als uitgangspunt genomen. In dat jaar koos 88% van de studenten voor een differentiatie binnen de AGZ. Van dit hoge percentage wilden de meeste studenten differentiëren in de kind-, kraam- en jeugdzorg. De percentages in de jaren daaraan voorafgaand gaven een soortgelijk beeld binnen de HAN. Ik heb sterk de indruk dat het beroepsbeeld en de differentiatievoorkeur binnen de andere voltijdopleidingen voor verpleegkunde - hbo en mbo - in grote lijnen hetzelfde is. Het beroepsbeeld dat studenten hebben voordat ze aan de 'brede' opleiding beginnen is uiterst smal, en dat verandert vaak niet voor de differentiatiekeuze. De differentiatiekeuze wordt bepaald door dit smalle beroepsbeeld, en die keuze is weer bepalend voor de toekomstige werkplek: 70% vindt werk binnen de gekozen patiëntcategorie, aldus van Woerden. Hieruit kun je concluderen dat het beroepsbeeld bij aanvang van de opleiding smal is en gedurende de opleiding smal blijft.

Ik denk dat we als opleiders onvoldoende beseffen hoe smal het beroepsbeeld van onze studenten eigenlijk is. Wij kunnen wel vinden dat het begeleiden van een patiënt in de psychiatrie ook verplegen is, studenten zien dat niet. Zolang een student geen plaatjes in het

hoofd heeft die de betrokkenheid prikelen en zich dus niets bij het veld voor kan stellen, zal ons inhoudelijk onderwijsaanbod met betrekking tot deze pa-

.. MAAR KUN JE MET DIE MENSEN PRÁTEN DAN?

tiëntcategorie over hun hoofden heen schieten. Zodra de psychiatriestage er aan komt gaan veel studenten toch een beeld zoeken waar ze iets bij voelen. De media bieden dat: een - irreëel - beeld van de psychiatrie dat veelal angst en afweer oproept zoals bij Sanne Steur.

Een kleine greep uit de vele illustratieve uitspraken die studenten over het beroep doen en waaruit blijkt hoe smal het beroepsbeeld eigenlijk is:

Een eerstejaars bij aanvang van de opleiding 'ik wilde eigenlijk operatieassistente worden maar dat lukte niet, ik dacht, dan maar verpleegkunde, dat is net zoiets.' Of tijdens een verpleeghuisstage waarin ze de hele dag voor mensen mag zorgen op al hun levens-terreinen 'het is zo jammer dat ik hier zo weinig kan leren'. Een tweedejaars student die aan het eind van het theoretisch blok psychiatrie verbaasd vraagt 'maar kun je met die mensen prátan dan?' Of een student die protesteert bij een derdejaars stage in de psychiatrie met de argumentatie 'maar ik wil wel wat leren'.

Dan zijn we dus al ruim twee jaar breed aan het opleiden en de student heeft geen idee van de inhoud van het beroep. De vraag 'wat is er verpleegkundig aan het werken in de psychiatrie' en 'wat is er zo aantrekkelijk aan' en 'wat is er te leren', wordt blijkbaar niet bevredigend beantwoord. In het beroepsbeeld van veel studenten staat het medisch-technisch handelen centraal, dát is verplegen denken is.

Wat is er verpleegkundig aan?

Studenten hebben geen beeld bij de psychiatrie én ze zien niet wat er verpleegkundig is aan het werken in de psychiatrie. Het lukt ons als opleiders niet om onze studenten duidelijk te maken dat begeleiden een verpleegkundige interventie is. Eén van de oorzaken daarvan is het beroepsbeeld van de student, dat zit in de weg, maar is dit wel de enige oorzaak? Hoe leggen we studenten goed uit dat verplegen in de psychiatrie in wezen niet verschilt van verplegen in het algemeen ziekenhuis?

Vrij vertaald is de omschrijving van verplegen, gebaseerd op het beroepsprofiel: 'helpen bij de gevolgen die een ziekte of stoornis heeft voor het dagelijks leven van een patiënt. Met als doel kwaliteit van leven.' Helena van Dam, columniste in Verpleegkunde Nieuws en Aids-patiënt verwoordde het heel treffend: 'De dokter zorgt dat je langer te leven hebt, de verpleegkundige zorgt dat dit leven ook nog de moeite waard is.' Verpleegkundigen houden zich dus niet zozeer bezig met de ziekte maar wel met de gevolgen daarvan. In alle velden van de gezondheidszorg. Of het nu gaat om de gevolgen van een zware depressie of de gevolgen van reuma. Beide zijn verpleegkundig terrein. Dat moet de inhoud van onze boodschap zijn. Als docent zullen we dat voortdurend uit moeten dragen in woord en daad.

Het belang van breed opleiden

Verplegen in de psychiatrie verschilt in wezen niet van verplegen in de algemene gezondheidszorg, maar onze studenten herkennen het beroep niet in de GGZ. Wat is daar zo erg aan? Waarom willen we zo nodig breed opleiden? Die vraag is heel legitiem, het breed opleiden wordt door de huidige praktijk steeds meer ter discussie gesteld. De inservice-opleidingen zijn weliswaar opgedoekt, (er moest tenslotte breed worden opgeleid!) maar de duale opleidingen lijken toch verdacht veel op het oude inservice-onderwijs. Differentiaties worden steeds vroeger in de opleiding gekozen, met als argument dat de student en praktijk dit willen én omdat eerder kiezen maakt dat je beter tot verdieping komt, omdat het

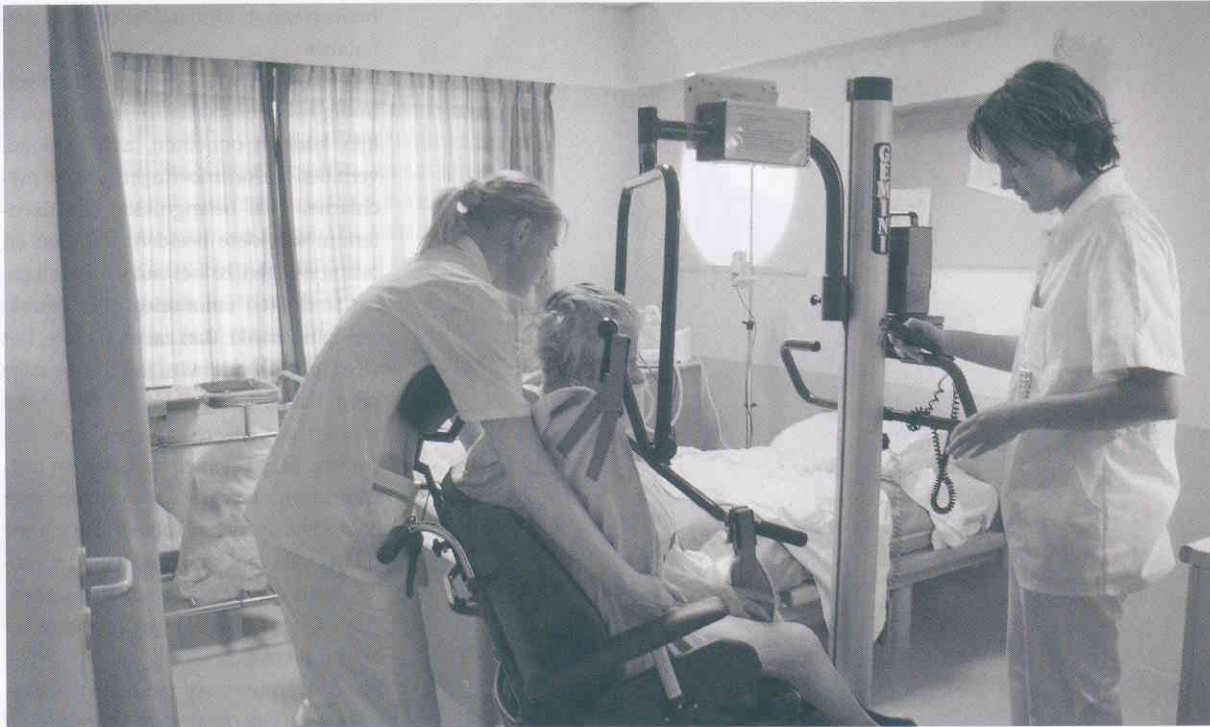


Foto: Roel Pieper

aandachtsgebied smal is. Er zijn kortom sterke krachten richting versmalling. Waren we misschien te ver doorgeschoten met onze visie over breed opleiden en corrigeren we onszelf nu? Als dat zo is, dan kunnen we wellicht de hele GGZ schrappen uit het basispakket en alleen aanbieden aan de liefhebbers die daar toch willen gaan werken.

Mijn mening is dat we ons als verpleegkundig opleiders met hand en tand moeten verzetten tegen de versmallende trend, en wel hierom:

Het eerste argument om breed op te willen leiden is de holistische mensvisie. De brede opleidingen zijn ontstaan omdat we het erover eens waren dat de mens meer is dan een lichaam waar iets aan mankeert. En dat de verpleegkundige iets anders is dan het hulpje van de dokter. Het holistisch mensbeeld is een belangrijke motivatiebron geweest bij het opzetten van de hbo-v's en mbo-v's. In de democratiseringsgolf van de jaren zeventig waren groepen vernieuwende verpleegkundigen het erover eens dat het anders en beter moest in de zorg. Het mensbeeld als 'sociopsychosomatische eenheid' stond niet toe dat er binnen het algemeen ziekenhuis alleen voor het lichaam werd gezorgd. Héél de

mens moest centraal staan. Beleidsnota's, instellingsvisies en beroepscodes zijn sindsdien gebaseerd op dit uitgangspunt. De 'behoeftegestuurde zorg' die op dit moment binnen elke instelling - in elk geval op papier - wordt nagestreefd, kan natuurlijk niet neergezet worden wanneer we verplegen vooral zien als het uitvoeren van technische handelingen. Blijkbaar hoort bij goede zorg ook een stuk begeleiding van de patiënt en diens sociale omgeving, afgestemd op de individuele vraag en behoefte. Tenminste, dat is wat we bewerpen. Maar waar leer je dat? In de psychiatrie! Het belangrijkste instrument om de verschraling/versmalling van de verpleegkundige zorg tegen te gaan, is het leren verlenen van verpleegkundige zorg in de psychiatrie. Op een plaats waar je je niet kunt verschuilen achter technische handelingen, kun je leren hoe je de zorg rond het psychisch en sociaal welbevinden vorm kunt geven. Ook al blijft de student bij zijn keus voor de AGZ, ze is als het goed is, ook binnen dat veld wel bekwaam om mensen professioneel te begeleiden. Het feit dat verpleegkundigen in staat moeten zijn om voor héél de mens zorg te dragen is het belangrijkste argument om breed op te leiden. Zoals iemand bin-

nen de AGZ zorg moet kunnen dragen voor het psychisch en sociaal welbevinden van de patiënten, zo zal ook de verpleegkundige binnen de psychiatrie oog moeten hebben voor de somatiek. Iedereen binnen de GGZ heeft meegevoelt dat belangrijke somatische diagnoses, als bijvoorbeeld een ontregelde diabetes of een intoxicatie, veel later

ZORGEN VOOR HEEL DE MENS KAN ALLEEN ALS JE BREED BENT OPGELEID.

dan nodig worden opgemerkt. Die holistische mensvisie is zo gek nog niet, maar wordt onvoldoende waargemaakt vanwege gebrek aan deskundigheid. Zorgen voor heel de mens kan alleen als je breed bent opgeleid.

Er is nog een tweede argument om niet mee te gaan met de oprukkende versmalling van de verpleegkundige opleiding. Dat argument komt voort

Foto: Roel Pieper



uit de toenemende 'transmuralisering'. Dezelfde patiënt duikt steeds op een andere plaats op. Zo komt iemand met schizofrenie tijdens een psychose in het psychiatrisch ziekenhuis. Als hij opknapt, woont hij met wat begeleiding van de thuiszorg zelfstandig. Bij verslaving maakt hij gebruik van de verslavingspoli en hij verschijnt met een kaakabces op de afdeling KNO. Patiënten zijn veel mobieler dan vroeger. Het is noodzakelijk dat de verpleegkundige in de psychiatrie het kaakabces onderkent en dat de verpleegkundige op de KNO-afdeling ziet dat de patiënt psychotisch is en het verwarde gedrag ook kan hanteren.

Als derde argument zou je verwachten dat er tekorten dreigen binnen de GGZ. Dat is echter maar gedeeltelijk zo. Door een actief wervingsbeleid zien veel instellingen kans om voldoende personeel aan te trekken. Soms komt het personeel vanuit de sociaal-agogische hoek, soms zijn het ziekenverzor-

genden die een aanvullende opleiding krijgen aangeboden, maar veelal zijn het duale studenten op mbo-niveau. Van breed verpleegkundig opleiden is naar mijn visie dan geen sprake meer, omdat de duale opleidingen het breed opleiden niet waarmaken.

'Leer ze verlangen naar de zee'.

Breed opleiden is dus noodzaak. Als we ons beperken tot de verpleegkundige opleidingen die ook werkelijk breed bedoeld zijn, de voltijdopleidingen, dan zien we dat we ook daarbinnen het breed opleiden niet waarmaken. Zoals ik al eerder beschreef, komt dit omdat studenten/leerlingen de aangeboden stof met betrekking tot de GGZ niet opnemen doordat de stof niet aansluit bij het beroepsbeeld dat ze hebben. Als we het belangrijk vinden om wél breed op te leiden dan moeten we voorwerk doen, zodat studenten de aangeboden stof en stage-ervaringen ergens aan kunnen ophangen. Ze hebben een beeld nodig waar ze naar verlangen, zoals ze dat ook

hebben van de kinderafdeling of de ambulance.

Wat de aankomend verpleegkundigen nodig hebben voordat ze iets inhoudelijks kunnen opnemen, zijn: beelden, verhalen en ontmoetingen uit de psychiatrie. Het belangrijkste selectie criterium van deze beelden, verhalen en ontmoetingen is: het moet hen raken. Als studenten emotioneel niet betrokken zijn geraakt, dan zal de theorie, het vaardigheidsonderwijs, ja zelfs de stáge geen aangrijpingspunt vinden. Het worden geen leerervaringen. Het succes van deze beelden, verhalen en ontmoetingen staat of valt overigens met de docent die deze aanbiedt. De docent zal het veld moeten kennen en dat vanuit eigen ervaring aan moeten bieden. Een rolmodel is altijd van belang, maar hierbij zéker.

Beelden kunnen we studenten bieden door veel videomateriaal te tonen. Of door films en theaterstukken te bezoeken die zich afspelen in de psychiatrie, liefst met veel identificatiemogelijkheden. Een tweede middel is het vertellen van verhalen. Ikzelf ben begonnen om in elke psychiatrische minstens één verhaal uit de praktijk te vertellen waarbij ik ook een patiënt naspeel, een doorslaand succes. De verhalen heb ik opgeschreven en voor studenten gekopieerd, ze verslonden ze. Uiteindelijk heb ik deze praktijkverhalen aangevuld met wat interviews en gebundeld uitgegeven (R. Vink; 'Over de Lijn'). Het verschil met andere psychiatrieboeken is, dat het om waargebeurde verhalen gaat van een verpleegkundige in ontmoeting met haar patiënten. Geen leerboek met vakjargon, maar wél met een emotionele impact. Een derde mogelijkheid om het verlangen aan te wakkeren, zijn ontmoetingen. Ik merk dat ontmoetingen, zeker met patiënten/ervaringsdeskundigen een diepe indruk maken en heel veel in gang zetten. Afgelopen schooljaar is er een college gegeven aan eerstejaars studenten, door twee ervaringsdeskundigen: een meisje dat automutileerde en een man die drie suïcidepogingen achter de rug had. Maanden na dit college vroeg ik een aantal eerstejaars studenten naar hun belangrijkste leerervaringen van