
LEERZAME DILEMMA'S

Hogeschool Brabant te Breda

Door: Frans Verberk

Als je opleiders vraagt waar zij met hun studenten naar toe willen, is de kans groot dat ze vervallen in al te abstracte beschouwingen over hoog gegrepen ambities. Om dat te voorkomen geven we U gewoon een kijkje in de keuken van alledag, waarin we hopen te kunnen laten zien welke dilemma's studenten zélf ervaren in de confrontatie met de beroepswerkelijkheid van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het was niet moeilijk een keuze te maken, omdat de dilemma's waarmee studenten worstelen ook bijzonder actueel zijn in de discussie over de beroepsidentiteit van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. U zult ze ongetwijfeld herkennen.

De redactie heeft ons echter ook verzocht om de structuur en inhoud van de opleiding weer te geven. Hoewel we denken, dat dat voor menig lezer van Sociale Psychiatrie minder interessant is willen we ons daar niet aan onttrekken. We geven U hierna een globaal overzicht van de MGZ/GGZ-opleiding in Breda. Voor meer informatie verwijzen we U graag naar de website van de Hoge School Brabant: www.hsbrabant.nl of naar één van onze open avonden. U kunt natuurlijk ook rechtstreeks contact opnemen met de coördinator van de MGZ/GGZ opleiding, de heer F. Verberk. Adres en telefoonnummer vindt u aan het einde van dit artikel.

Structuur en inhoud van de opleiding

Sinds 1968 heeft de Hogeschool Brabant een MGZ opleiding. Door de jaren heen werd deze opleiding in verschillende varianten en samenstellingen aangeboden. Een en ander afhankelijk van de ontwikkelingen in het veld of het

onderwijs in een bepaalde periode. Tot 1994 betrof het een voltijd opleiding, daarna is men overgegaan op een driejarige deeltijd opleiding. Studenten met een getuigschrift HBO-verpleegkunde kunnen in aanmerking komen voor een verkorte (2-jarige) leerroute. Formeel zijn er twee studierichtingen, namelijk Algemene Gezondheidszorg en Geestelijke Gezondheidszorg. Op dit moment wordt alleen de afstudeerrichting GGZ aangeboden en telt ± 125 studenten. De opleiding maakt deel uit van de afdeling verpleegkunde, maar heeft daarbinnen een eigenstandige positie. In de MGZ/GGZ opleiding wordt gewerkt met een modulair systeem. Het gehele studiejaar telt steeds 4 periodes van 9 tot 11 weken, waarbinnen modules worden aangeboden en ook weer afgerond. Het voordeel voor studenten daarbij is, dat zij een vrij overzichtelijk programma volgen, waarbij regelmatig onderdelen van het totale programma worden afgesloten. De studenten (en opleiding) houden daarmee goed zicht op de voortgang en resultaten van de studie. Door middel van het mentoraat worden studenten individueel gevolgd in hun studieloopbaan tijdens de gehele opleiding. Het eerste jaar is opgebouwd uit modules die deels gericht zijn op het behalen van het HBO niveau, en deels oriënterend zijn voor wat betreft de toekomstige beroepsuitoefening als sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het tweede jaar is beroepsvoorbereidend van aard en bestaat uit theoriemodules, vaardigheidsmodules en thematische modules. Qua structuur zijn de modules opgebouwd aan de hand van de

doelgroepen jeugd, volwassenen en ouderen. Daarnaast zijn thema's opgenomen zoals bijvoorbeeld seksespecifieke hulpverlening, interculturele verpleegkunde, verslavingszorg en forensisch psychiatrische zorg.

In het derde jaar vindt een stage van 80 dagen plaats. Dit betekent gemiddeld drie dagen per week gedurende een half jaar. Tijdens de stage wordt de student zowel op de stageplaats als vanuit de opleiding begeleid. Naast verdiepingsbijeenkomsten staat in het curriculum ook supervisie op het programma. In dit laatste jaar wordt tevens gewerkt aan een afstudeeropdracht, op basis waarvan ook het eindgesprek plaatsvindt.

Inhoudelijk vormen de begrippen sociale psychiatrie en verpleegkunde de basis voor het curriculum van de MGZ/GGZ opleiding in Breda. Daarnaast is de opleiding volledig gerelateerd aan het beroepsprofiel van de NVSPV en de daarbinnen beschreven beroepsdomeinen. Op dit moment wordt het curriculum van de opleiding gescreend aan de hand van onder andere het landelijk vastgestelde 'Einddocument Opleiding Maatschappelijke Gezondheidszorg Geestelijke Gezondheidszorg Kaderstellende Landelijke Afspraken'. Hoewel de opleiding zich het recht voorbehoudt om de opleiding regionaal af te stemmen wordt zoveel mogelijk gestreefd naar landelijke afstemming binnen het Landelijk Overleg MGZ.

Dilemma's in de beroepsuitoefening

Professioneel gewoon doen: de SPV als professional

Het merendeel van de studenten werkt al geruime tijd in een klinische setting, of heeft pas recent de stap buiten de muren van de kliniek gezet. Die overgang roept bij hen ambivalente gevoelens op.

"Je hebt meer vrijheid om je eigen handelen vorm te geven. Dat is toch wel nieuw voor mij. Voorheen kon je terugvallen op je teamgenoten. Je droeg gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor cliënten. Nu sta ik daar voor mijn gevoel veel meer alleen voor. Ik vind het nog moeilijk om te benoemen wat ik doe en te bepalen waarom ik het zo doe. De contacten met cliënten in de kliniek waren doorgaans alledaagser, minder gepland en gewoner. De lijn die je volgde werd toch vooral bepaald door de structuur van de afdeling, en de omgang met cliënten had iets vanzelfsprekends. Je was er gewoon. Nu ben ik me echter veel meer bewust van mijn professionaliteit. Dat maakt me ook onzeker. Ik denk vaak heel anders te moeten handelen, anders dan ik van nature gewend was. Dat blijft zoeken."

Deze ervaringen van studenten vormen een belangrijk gegeven voor de opleiding. Ze zijn sterk gevormd door de cultuur van het werken in de kliniek, waar de "gewone" omgang met cliënten een belangrijke functie vervult in het ondersteunen van het herstel, of het normaliseren van de woonsituatie. In die zin is daar het gewone "professioneel", en dat is het ook voor het verpleegkundig werk in een bredere maatschappelijke context. Studenten vinden het echter niet eenvoudig om expliciet te maken wat die professionele kant van hun omgang met cliënten dan wel mag inhouden. Het inzicht dat je zelf het instrument bent waarmee je de omgang en de zorg voor cliënten vorm geeft, is op zichzelf niet voldoende. Het is ook belangrijk te weten wanneer je het gebruikt en wat het effect ervan is op het zorgverleningsproces en op jezelf. Binnen de opleiding helpen we hen die kwaliteiten in kaart te brengen en te benoemen. Dat gebeurt aan de

hand van gespreks oefeningen en zelfbeoordelingsinstrumenten. Dan blijkt dat de professionele houding van studenten inderdaad bijzonder sterk verweven is met hun persoonlijke eigen geaardheid. Zo is er weinig verschil tussen de zelfbeoordeling van een student binnen zijn of haar privé situatie en die binnen het werk, en is het blijkbaar voor verpleegkundigen gewoon om ook binnen het werk jezelf te blijven. Hoe dat er dan uitziet wordt duidelijk als studenten zichzelf in het werk met cliënten beschrijven. Ze leggen een sterk accent op de gevoelsmatige kant. Zeventig procent vindt zichzelf eerder "gevoelsmatig" dan "verstandig", en meer dan vijftien procent zegt op een "natuurlijke", "gelijkwaardige" en "spontane" manier met cliënten om te gaan. Studenten vertellen dat ze het moeilijk vinden om zich wat "zakelijker", "rationeler" en wat meer methodisch "terughoudend" op te stellen, omdat ze zichzelf dan als minder "aardig" en "vriendelijk" ervaren. Uit de moeite die studenten hebben met het voeren van een meer doelgericht gesprek, en het zoeken naar greep op de interactie, spreekt het klassieke conflict tussen gevoel en verstand. Beide kwaliteiten dichter bij elkaar helpen brengen is voor een opleiding een hele opgave. De neiging om binnen het werk vooral gevoelsmatig en intuïtief te werk te gaan uit zich namelijk ook in een gebrek aan affiniteit met doordacht en procesmatig werken, en met de kennis en het inzicht dat je daarvoor nodig hebt. Studenten zijn sterk geneigd om in te gaan op wat zich voordoet, vinden het moeilijk structuur in een gesprek aan te brengen en maken maar zeer gering gebruik van de beschikbare kennis die hun eigen handelen en dat van de cliënt in een doelgericht perspectief zou kunnen plaatsen. Voor zover de student over die kennis beschikt, wordt hij in het directe contact met zorgvragers vaak opvallend

afzijdig gehouden alsof het om een vreemd element gaat dat niet bij zijn of haar persoonlijkheid past. Zie hier opnieuw het spanningsveld tussen theorie en praktijk. Studenten zijn zich er wel van bewust dat hier een belangrijk leerpunt voor hen ligt, maar daarbij denken ze niet op de eerste plaats aan het gebruik van praktijkgerichte kennis. Ze beseffen wél dat ze binnen de structuur van de MGZ praktijk, met geplande contacten en de nadruk op productiviteit, noodgedwongen doelgericht, meer gestructureerd en efficiënter te werk moeten gaan. In hun beleving dus heel wat zakelijker dan ze geneigd zijn. In trainingen en stages nemen ze zich dan voor om "wat meer achteruit te gaan zitten" en "de cliënt het werk te laten doen", maar dat is maar één kant van de medaille. De verpleegkundige zal zeker ook "naar voren moeten komen" als cliënten vragen om verheldering van hun problematiek, om richting, om een haalbare verandering of een deskundig advies. Soms zal de verpleegkundige zelfs de regie in handen moeten nemen, zoals bijvoorbeeld bij escalerende crisissituaties. Voor de opleiding is het een uitdaging om die integratie alsnog te bevorderen. Het integraal aanbieden en evalueren van praktische kennis en interactieve vaardigheden binnen het contact met simulatiepatiënten blijkt een belangrijke stap in de goede richting om het "professioneel gewoon doen" ook écht "professioneel" te laten zijn. Een aspect daarvan is het bewaren en/of bevorderen van de autonomie vd cliënt.

Vraag gestuurd werken: helpen de touwtjes in handen te krijgen

Hoewel dit door werkers in de maatschappelijke gezondheidszorg erg belangrijk wordt gevonden, staat ook dit centrale aspect nogal op gespannen voet met de probleemoplossende geaardheid van de psychiatrisch verpleegkundigen zelf.

"Ik vind het nog erg moeilijk om onbevangen naar de problemen van een cliënt te luisteren en mijn eigen associaties, gedachten en ideeën eerst maar eens afzijdig te houden. Ik ben zo'n echte probleemoplosser die al meteen denkt te zien wat er aan de hand is en wat iemand zou moeten doen of laten. Dan moet ik bewust tot tien tellen. Ik loop vaak veel harder dan de cliënt, die waarschijnlijk zelf nog maar amper heeft kunnen ontdekken wat er speelt."

Uit de zelfevaluaties van onze studenten blijkt dat hun stijl van beroepsmatig omgaan met moeilijkheden en problemen niet veel afwijkt van wat ook andere mensen in probleemsituaties gebruikelijk doen. Daar is op zich niets mis mee, ware het niet dat de cliënten waarmee ze werken er vanuit onmacht, ziekte of handicaps doorgaans een heel andere, meestal tegengestelde copingstijl op na houden. Dat is voor de cliënt vaak ook direct of indirect de reden waarom er hulp of begeleiding wordt gevraagd of nodig lijkt te zijn. Waar studenten hun kracht en inspiratie proberen te putten uit hun levenslustige, extraverte en motiverende geaardheid, ervaart de cliënt in zichzelf juist dáár het grote gemis. Hoop en bemoediging zijn belangrijke gezondheid bevorderende levenskwaliteiten, die echter pas stukje bij beetje op de onmacht en wanhoop veroverd kunnen worden als daar ook eerst de ruimte voor mag zijn. Juist met het helpen exploreren van die onmacht hebben veel studenten het moeilijk. Dat blijkt bijvoorbeeld in oefengesprekken met simulatiepatiënten met depressieve klachten. Het onbevangen luisteren naar het gemis aan levenswil en de onmacht om daar iets aan te veranderen, brengt studenten bijna altijd in conflict met hun eigen levensgevoel. Met het voor zichzelf voorbarig formuleren van een "diagnose",

het voorbarig en overdadig uiten van begrip, het uitspreken van bemoedigingen, het geven van adviezen en het helpen zoeken naar lichtpuntjes, beschermen studenten zich eerder tegen hun eigen onmacht, dan dat ze die van de cliënt helpen onderzoeken. Als ze worden uitgenodigd om dat wél te doen, lopen de irritaties in zo'n oefengesprek vaak hoog op. Veel studenten hebben het gevoel dat als je te lang luistert naar de onmacht die een cliënt ervaart, je die er alleen maar groter en minder hanteerbaar mee maakt. Studenten zien uiteindelijk wel dat ze daarmee veel over hun eigen onmacht zeggen, maar dat inzicht verandert echter weinig aan de moeite met het onbevangen luisteren; iets dat door de cliënten van de GGZ nog te vaak als een ernstig gemis wordt ervaren. Het door studenten zo fel begeerde lichtpuntje in het perspectief van "hoe krijg ik dat luisteren dan in de vingers?", proberen we in de opleiding zoveel mogelijk aan te laten sluiten op de copingstijl en leerbehoeften van de studenten zélf. Maar ook wij als opleiders, vaker meer docent dan hulpverlener, met de neiging tot beter weten, idealiseren, motiveren en verbaliseren, vallen dan met regelmaat in dezelfde kuil. Toch blijkt het Skills-Lab model dat de afgelopen tien jaar een steeds ruimere plaats in de opleiding heeft gekregen, een prima vehikel te zijn om studenten meer persoonlijk vertrouwd te maken met alternatief gedrag. Essentieel aan deze trainingsmethodiek is dat de docent aan de hand van gespreksvoorbeelden die alternatieven zélf laat zien, maar daarin vooral ook zijn eigen valkuilen en blinde vlekken durft te tonen. Als dat met de nodige humor en oprechte zelfkritiek gebeurt, en wordt verhelderd aan de hand van bijvoorbeeld de interactiecirkel, of het persoonlijkheidsprofiel van de docent zelf, dan zijn studenten vaak meteen bereid om al oefenend dat experiment mee aan te gaan. Uit wat ze daarover in

hun reflectieverslagen schrijven, blijkt de durf en bereidheid om dat ook in hun werk te doen, daardoor aanzienlijk toe te nemen. Er wordt langer geluisterd, er wordt vaker gevraagd wat de cliënt zelf al geprobeerd heeft en wat hij zelf denkt dat er zou moeten gebeuren, er worden meer oprechte complimenten gegeven voor het uithoudingsvermogen en de kleine initiatieven van een cliënt, de doelen worden meer in overleg gesteld, de stapjes op de weg daar naar toe zijn kleiner, en in de intakeverslagen staat vaker wat de cliënt zelf over zijn problemen en verwachtingen heeft gezegd.

Aan de voordeur: de SPV als verpleegkundig (?) diagnosticus

Ervaring met het diagnostisch proces hebben studenten veelal opgedaan tijdens het voeren van opnamegesprekken en binnen de multidisciplinaire samenwerking met collega's en behandelaren binnen de muren van de kliniek. Bij de voorbereiding op de stage en de eerste weken op de stageplaats, worden ze al snel geconfronteerd met het zelfstandig uitvoeren van intakes en de centrale plaats van de psychopathologie binnen het besluitvormingsproces.

"In mijn werk aan de voordeur vond ik het in het begin van mijn stage wel een grote verantwoordelijkheid om met een gedegen intakerapport voor de dag te kunnen komen. De pas afgestudeerde klinisch psychologen, die vaak nog maar een paar cliënten hadden gezien, doken diep in de DSM IV om maar geen symptoompje te missen. Ik gebruik toch meer mijn jarenlange ervaring, en klinisch blik. Hoewel ik moet toegeven dat ik dit een heel boeiende kant van mijn vak vind, is het wel wat moeilijk te begrijpen dat die intakes zo gericht zijn op de psychopathologische kant. Het verpleegkundige aspect; hoe de patiënt met zijn ziekte omgaat en waar hij steun

vindt, wordt maar zijdelings of helemaal niet in kaart gebracht. De specifieke deskundigheid van de SPV zou juist ook bij de intake al een duidelijke plaats moeten hebben."

Hoewel tijdens de opleiding zowel het verpleegkundig diagnosticeren, als het classificeren vanuit de DSM-IV wordt uitgediept, roept dit bij studenten vaak direct de nodige vraagtekens op. Voor de een betekent het onzekerheid en het zich nog meer verdiepen in de literatuur over psychopathologie en DSM-IV, voor de ander betekent het een discussie met collega SPV-en over hun rol in het team. Verder zijn er studenten die een poging doen om het intakeverslag uit te werken aan de hand van de systematiek volgens Gordon, of op eigen initiatief het Neuman Systems Model in het team introduceren om het verpleegkundig perspectief in de intakefase handen en voeten te geven. Tijdens de opleiding proberen we om vanuit verpleegkundig gezichtspunt, kennis en literatuur, de student vertrouwd te maken met het doen van intakes. Daarbij zijn we gericht op de dagelijkse praktijk. We vinden dat studenten ook gedegen onderlegd moeten zijn op het vlak van de psychopathologie en het werken vanuit de structuur van de DSM-IV. Dit levert nogal eens pittige discussies op.

Over het algemeen is de student in zijn loopbaan redelijk vertrouwd geraakt met het observeren en signaleren van symptomen. Daar ging het dan ook vaak over in de patiëntenbesprekingen binnen de kliniek. Studenten blijken grote behoefte te hebben aan meer kennis en inzicht op het vlak van de psychische stoornissen, en zijn erg gewend om te denken en te redeneren vanuit pathologische symptomen en problemen. Voor hen is de verleiding groot om zich daar vooral op te concentreren, zeker ook omdat het praktijkveld daar zo expliciet om vraagt. Vanuit de opvatting, dat de SPV dient te werken vanuit de maatschappelijke

context en een verpleegkundige achtergrond, kiezen wij er echter voor om het diagnostisch proces invulling te geven vanuit een meer gezondheidsgerichte benadering. De verzameling van gegevens over het "gezonde deel"; de eigen mogelijkheden van de cliënt en diens sociale netwerk, maken daar een belangrijk deel van uit.

Het diagnosticeren vanuit de eigen verpleegkundige discipline is echter meer iets van de laatste tijd en nog lang geen gemeengoed. Studenten verschillen onderling dan ook zeer qua affiniteit, kennis en ervaring met verpleegkundige diagnostiek. In de loop van de opleiding ontstaat meestal een toenemende belangstelling voor deze meer specifieke kant van het vak. De gezondheidsgerichte benadering vanuit de verpleegkunde blijkt vaak nieuwe openingen en kansen te bieden, en zodra de studenten dit gaan ontdekken ontstaat een toenemend enthousiasme voor het beroep.

Bij het op stage gaan, lopen de studenten echter nogal eens aan tegen een andere werkelijkheid in de praktijk van alle dag. Soms betekent dat voor de student een pionierspositie in plaats van een rol als stagiaire, maar gelukkig is er binnen het werkveld ook steeds meer aandacht voor een multidisciplinaire benadering en dus ook voor de verpleegkundige diagnostiek.

Psychotherapeut in spé : de SPV als psychotherapeut?

Een SPV wordt in Nederland niet toegelaten tot de opleiding tot psychotherapeut. De vraag is of dat wenselijk zou zijn. Binnen de SPV opleiding, maar ook binnen de beroepsgroep is er veel discussie over de aard en de plaats van de psychotherapie binnen de beroepsuitoefening van de sociaal psychiatrische verpleegkundige.

"Volgens mij wordt er vanuit mijn klinische afdeling soms meer sociaal psychiatrisch gewerkt dan op mijn huidige stageplaats. Het lijkt veel meer

te gaan over welke vorm van psychotherapie het meest geschikt is voor de aangemelde cliënt. Er wordt nauwelijks gesproken over het sociaal netwerk of het maatschappelijk functioneren van de cliënt. Wanneer ik voorstel om een sociale netwerkanalyse uit te voeren of eens contact op te nemen met de werkgever wordt ik wat glazig aangekeken en krijg ik het gevoel, dat ik dan eerst moet uitleggen waar dat voor nodig zou kunnen zijn. Omgekeerd lijkt het alsof ze twijfelen aan mijn mogelijkheden en misschien liever een psychotherapeut toewijzen wanneer ik voorstel om enkele directieve interventies bij een cliënt toe te passen."

Studenten stoeien voortdurend met hun rol en positie als toekomstig SPV. Aan de ene kant hebben ze de indruk dat het niet zoveel anders is dan wat ze al jarenlang doen; het begeleiden van psychiatrische patiënten bij het dagelijks functioneren. Aan de andere kant beseffen ze meestal al vrij snel dat ze als SPV een autonome verantwoordelijkheid krijgen in de begeleiding en/of behandeling van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Dat zijn bij lange na niet de "doorsnee" patiënten zoals ze die in het psychiatrisch ziekenhuis hebben leren kennen.

Voor een groot aantal studenten leidt dat tot een gevoel van onzekerheid over de eigen mogelijkheden deze mensen als hulpverlener iets te bieden te hebben. Oplossingsgericht als ze meestal zijn wordt de (ogenschijnlijke) zekerheid, die de psychotherapeutische modellen lijken te bieden omarmd en de behoefte aan extra scholing is dan geboren.

Hoewel het domein van de SPV vrij helder wordt omschreven in het beroepsprofiel van de NVSPV, is het voor de student lang niet altijd duidelijk waar de grens ligt tussen psychotherapie en verpleegkundige zorgverlening.

Dat dit voor het praktijkveld ook lang niet altijd duidelijk is blijkt uit de soms zeer indringende en complexe casuïstiek waarmee de studenten de colleges verlevendigen:

“Sinds kort begeleid ik een gezin, waarbij een dochter anorectisch gedrag vertoont en de ouders relationele problematiek hebben. Het team heeft voorgesteld, dat ik in eerste instantie de ouders ga begeleiden. Nee, het gezin komt niet in aanmerking voor psychotherapie.”

Soms kan dan ook de vraag gesteld worden of de (toekomstig) SPV niet juist moet beschikken over uitstekende psychotherapeutische competenties, gelet op de complexe en vaak meervoudige (systeem)problematiek, waar zij of hij mee te maken krijgt. Menig psychotherapeut zal zich soms tweemaal bedenken voor hij of zij daar mee aan de slag gaat. De uitsluitingscriteria voor psychotherapie vertonen vaak veel overeenkomst met de indicatiecriteria voor hulpverlening door een SPV. Voor de opleiding is het een voortdurend zoeken naar de juiste verhouding tussen het aanbieden van psychotherapeutische competenties en het domein van de sociaal psychiatrische verpleegkunde. Ook hier wrekt zich het nog nauwelijks ontwikkelde kennisdomein van de (sociaal psychiatrische) verpleegkunde. Veel praktische kennis zit nog in de hoofden van ervaren SPV-en, maar biedt nauwelijks een gezamenlijk referentiekader, laat staan dat er al sprake kan zijn van een evidence based practice.

Daar waar de psychotherapeutische scholen vaak een duidelijke ‘kapstok’ bieden om ‘je jas aan te hangen’, is het domein van de sociaal psychiatrische verpleegkunde nog nauwelijks omschreven en loopt de student als toekomstig SPV nog vaak ‘zonder jas buiten’.

Door binnen de studie bij voortdurende psychotherapeutische competenties te koppelen aan de specifieke functie van

de SPV, probeert de opleiding te zoeken naar de ‘juiste maat van de jas’.

Vermaatschappelijking: de SPV als kwartiermaker?

Verpleegkundigen, die zich inschrijven bij de SPV-opleiding hebben vrijwel allemaal extra belangstelling voor het sociaal maatschappelijk functioneren van psychiatrische patiënten. Zij staan vanuit deze ‘missie’ aanvankelijk dan ook kritisch tegenover de huidige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en stellen het functioneren daarvan herhaaldelijk aan de orde.

“Bij ons is het een echte “kamertjescultuur”. De hele dag gesprekjes van drie kwartier, en nog maar zelden bij de mensen thuis. Daar zou je kunnen zien hoe ze het proberen te redden, en zou een gesprekje ook veel meer kunnen aansluiten bij hoe het werkelijk gaat. Dat had ik me ook eigenlijk wel voorgesteld van de maatschappelijke gezondheidszorg, dat je dicht bij de situatie van de mensen zelf zou werken. Het is juist zo belangrijk dat je de mensen in hun situatie leert kennen. Daar kun je concreet op dingen inspelen als ze zich voordoet, en kun je ook preventief te werk gaan. De vermaatschappelijking van de zorg krijg je in al die kamertjes niet voor elkaar. Er moet bezuinigd worden en de productie moet omhoog. Je hoort nu zelfs al het argument dat je door die gedwongen afstand de mensen in ieder geval niet meer van je afhankelijk kunt maken.”

Al vanaf de introductie bij de start van de opleiding worden de studenten vertrouwd gemaakt met een sociaal psychiatrische visie op geestelijke gezondheidsproblemen. De individuele benadering vanuit de klinische psychiatrie wordt omgebogen naar een systeembenadering vanuit het sociaal psychiatrisch perspectief.

Van een lineair causaal denken in het medisch model wordt een circulair causaal denken vanuit het systeemtheoretisch model geïntroduceerd. Het diagnostisch proces vindt conform de uitgangspunten van Querido bij voorkeur plaats in de sociaal maatschappelijke omgeving van de betreffende cliënt. Bij crisisinterventie, maar vaak ook bij lopende behandelingen, maakt het huisbezoek deel uit van het behandelaanbod. Nieuwe visies zoals die rondom 'kwartiermaken' van Doortje Kal en de 'presentiebenadering' van Andries Baart, vormen nieuwe loten aan de stam van de sociale psychiatrie en worden meegenomen in het curriculum van de opleiding.

Dat de dagelijkse praktijk lang niet altijd vanuit deze sociaal psychiatrische visie en benaderingswijze is georganiseerd, wordt door kritische studenten bij herhaling ter discussie gesteld. De opleiding biedt de student de gelegenheid een eigen zienswijze te onderbouwen en er kritisch op te reflecteren aan de hand van zijn of haar ervaringen in de praktijk. Dat is goed voor het leerproces van de student, maar draagt ook bij aan het denken over veranderingen in de GGZ in de richting van een toenemende vermaatschappelijking. Soms zijn de opmerkingen en/of vragen van een kritische student direct van invloed op het proces van vernieuwing, zoals duidelijk wordt in een uitspraak van een stagebegeleider:

"De vragen van jullie stagiaire hebben er toe geleid, dat ik samen met mijn collega SPV-en een overleg ben gestart om onze sociaal psychiatrische werkwijze eens onder de loupe te nemen".

De kwaliteit van de stageplaats is voor de opleiding dan ook een belangrijk gegeven.

Uitgangspunt van de opleiding is, dat de student in eerste instantie opgeleid wordt tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige en in tweede instantie tot een SPV, die kan functioneren binnen de organisatie van de GGZ.

De vraag is echter waar de student het best kan leren. Is dat een stageplaats die model staat voor een sociaal psychiatrische benaderingswijze, of is dat een stageplaats waar de stagiaire geconfronteerd wordt met de dilemma's zoals we die hier geschetst hebben? Zoals in ieder dilemma zou er voor beiden ruimte moeten zijn, om tot een gefundeerde beroepsontwikkeling te kunnen komen.

De (toekomstig) SPV moet zich gemakkelijk kunnen bewegen van 'kwartiermaker' tot 'behandelaar in de reguliere GGZ'.

Tot zover enkele centrale dilemma's waar het team van de MGZ/GGZ opleiding van de Hogeschool Brabant in Breda zich regelmatig over buigt. Wij hopen u daarmee een blik in 'onze keuken' te hebben gegeven, en dat u zich een beetje een beeld heeft kunnen vormen van de richting waarin onze opleiding zich beweegt.

We vinden het erg belangrijk om het werkveld, zowel de beroepsgroep als de instellingen, zoveel mogelijk bij deze ontwikkeling te betrekken, en zien uw reacties op dit artikel dan ook met bijzondere belangstelling tegemoet.

Okko Brunklaus
Frans Verberk

Hogeschool Brabant,
Verbeetenstraat 42,
4812 XL Breda
e-mail adres: verberk.fha@hsbrabant.nl
telefoonnummer: 076-5250700