

MEDIAAN

Van Voorloper tot nakomertje, MGZ-GGZ opleiding in Groningen

Geschiedenis

De Hanzehogeschool Groningen kent een lange traditie in het opleiden van Sociaal Psychiatrisch verpleegkundigen. In 1971 werd de toenmalige MGZ opleiding uitgebreid tot twee studie jaren en kende sindsdien ook de GGZ als afstudeerrichting.

Groningen hecht sterk aan een goede werkrelatie met het SPV- werkveld, o.m. in de vorm van een regelmatig werkveldoverleg, thans met een afvaardiging van het regionale NVSPV platform, die de drie Noordelijke provincies vertegenwoordigt.

Aanvankelijk was de MGZ-GGZ een tweejarige full- time opleiding.

Midden jaren negentig was er een sterke terugloop van met name studenten met een vooropleiding als B-verpleegkundige. De opleiding heeft zich toen vooral gericht op de HBO-V instroom in de vorm van een vrijstellingenvariant die 1,5 jaar duurt. Sinds enige tijd neemt de belangstelling van B-verpleegkundigen weer toe om de opleiding te volgen. Voor deze mensen biedt Groningen nu een applicatieprogramma aan als voortraject om eventuele voorkennistekorten op te sporen en op te heffen. Zij stromen vervolgens met de HBO-V vooropleidingen in de "hoofd fase" in.

Onderwijsvisie

De afdeling verpleegkunde heeft voor het onderwijs de volgende speerpunten geformuleerd;

- De permanente lerende student, die zelf initiatief neemt en het eigen leerproces aanstuurt.
- Onderwijsleersituaties waarin de toekomstige beroepssituatie zoveel mogelijk wordt geïntroduceerd, waar de studenten en docenten

samenwerken en waar leren centraal staat.

- De ondernemende student die zelf verantwoordelijk is voor de eigen ontwikkeling
- De student centraal: alle activiteiten van de opleiding zijn gericht op het aanzetten van studenten tot leren
- Onderwijs dat inspireert en motiveert
- Onderwijs dat voorbereidt op de arbeidsmarkt.

Onderwijshoudelijk komt het bovenstaande tot uitdrukking in een sterke competentiegerichtheid in de vorm van action learning (beroepsgericht). Van de student vraagt dit transfer (het vertalen van kennis en vaardigheden naar andere situaties) en reflectieve vaardigheden. Reflectie staat voor het vermogen tot zelfhantering als instrument in de autonome beroepsuitoefening van de SPV. De reflectieve lijn wordt gedurende de gehele opleiding vormgegeven door bijeenkomsten, waarin in groepjes van zes studenten gewerkt aan het elkaar inzicht verschaffen in de ontwikkeling van de competenties die horen bij de hieronder vermelde domeinen. Deze inzichten worden vastgelegd in het portfolio, hetgeen gezien kan worden als een persoonlijk dossier in eigen beheer van de student. In het portfolio wordt ondermeer opgenomen: een persoonlijk ontwikkelingsplan en de producten met betrekking tot de vijf domeinen.

De vijf functiedomeinen als leidraad voor het onderwijs:

- directe cliëntenzorg
- consultatie en coaching
- innovatie en, kwaliteitszorg en zorgbeleid

- preventie
 - deskundigheidsbevordering
- Deze domeinen komen niet alleen in de reflectieve lijn aan de orde, maar ook bij alle vakken gedurende de theorieperiode (Verpleegkunde, systeemtheorie/-therapie, sociologie, andragogie, jeugdpsychiatrie en sociale psychiatrie), alsmede in de stageperiode en tijdens het afstudeerproject. Gedurende de opleiding verschuift het zwaartepunt van de directe zorg naar de beroepsoverstijgende domeinen.

Het Curriculum: Sociaal Psychiatrische verpleegkunde als rode draad.

De hoofdfase start met een theorieblok van 15 weken en staat geheel in het teken van de sociaal psychiatrische methodiek. Het vak sociaal psychiatrische verpleegkunde is geordend op basis van de fasen in het hulpverleningsproces: de aanmeldingsfase, diagnostische fase, begeleidings-/therapeutische fase, afsluitingsfase. De overige vakken, zoals hierboven genoemd sluiten hierbij zoveel mogelijk aan.

De docenten sociaal psychiatrische verpleegkunde zijn allen deels werkzaam in de praktijk. Daarnaast worden er velddeskundigen uitgenodigd om studenten kennis te laten maken met categorale zorg, zoals jeugd-, volwassenen-, ouderen- en verslavingszorg.

Naast theorie is er per onderdeel veel ruimte voor oefenen van vaardigheden en attitudevorming.

De theoriefase wordt afgesloten met een competentietoets die de brug naar de stage vormt.

In deze toets krijgt de student te maken met een simulatiepatiënt, de student doet een intake en brengt dit 's middags in een multidisciplinair team in. Daarbij zijn ook SPVen uit het veld aanwezig.

De feedback levert de student leerdoelen op voor de volgende studiefase.

De volgende fase is de praktijkleerperiode van 25 weken. De student gaat op stage gedurende 80 dagen. Het zwaartepunt ligt dus op de praktijk. Het onderwijskundige concept van action learning komt in deze fase tot uitdrukking door een regelmatige terugkoppeling van de praktijkervaring in een zestal terugkomdagen. De reflectieve lijn wordt ook in deze fase voortgezet en krijgt nu tevens vorm in het deelnemen aan supervisie.

In de laatste fase van 20 weken, de afstudeerfase, wordt van de student verwacht dat deze beroepsoverstijgend kan denken, handelen en presenteren. Deze fase valt uiteen in twee periodes te weten de *capita selecta* (5 weken), waarin de student met een aantal thema's in projectvorm werkt aan de domeinen innovatie, kwaliteitszorg, zorgbeleid en deskundigheidsbevordering. De themata worden ingeleid door een gerenommeerd deskundige. De student verdiept zich vervolgens in een onderwerp naar keuze op basis van eigen ervaringen uit de praktijkleerperiode.

Tot slot is er de projectfase van 15 weken waarin de student individueel een onderwerp uitdiept, dit presenteert in de vorm van een paper en er tevens een presentatie over houdt aan werkveldvertegenwoordigers en medestudenten.

Samenvattend:

De opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige mag de laatste tijd niet klagen over belangstelling. De aanmeldingen lopen goed. De werkgevers in Groningen, Friesland en Drenthe stimuleren op diverse manieren hun medewerkers door onder meer het in staat stellen tot het volgen van de opleiding. Wij als opleiding proberen door regelmatig overleg met vertegenwoordigers van het werkveld een actueel curriculum te presenteren,

waardoor er competente professionele verpleegkundigen afgeleverd worden die naast directe clientenzorg ook een bijdrage kunnen leveren aan het verder ontwikkelen van het beroep van sociaal psychiatisch verpleegkundige. Er gaat niets boven Groningen!

Mans Boelens en Martin Morsman

Informatie over de opleiding:

Telefoon (050) 59 53 653
voor algemeen en aanmelding
Telefoon (050) 59 53 668
voor inhoudelijke informatie: mevr.
Koojsje Dedden

Problematiek en hulpverlening aan vrouwen die op jonge leeftijd hun moeder zijn verloren

Elke vrouw die haar moeder op te vroege leeftijd heeft verloren, zal zeggen dat haar leven sindsdien aanzienlijk is veranderd; dat dat verlies blijvend invloed heeft gehad op wie zij is en hoe zij zichzelf ziet (Hope Edelman, 1997).

Inleiding

Ruim tien procent van de mensen die nu tussen de 20 en 70 jaar oud zijn, hebben voor hun twintigste jaar één of beide ouders door overlijden verloren (De Graaf e.a.1998). Zij hebben allen met deze ingrijpende gebeurtenis moeten leren leven. Er was toen nog weinig bekend over 'kinderen en rouw'. Dit kan vergaande gevolgen hebben, waardoor hij/zij vroeg of laat in de hulpverlening terecht kan komen. Vaak wordt er gedacht: "Het is al zolang geleden, het zal vast geen rol meer spelen" of leggen cliënten zelf de relatie niet tussen de huidige problemen en het verlies van een ouder.

Wanneer cliënten, met een verlies van één of beide ouder(s) in de jeugd, zich melden bij de hulpverlening, is het dus erg belangrijk hier aandacht aan te besteden.

Pas de laatste jaren is er meer studie verricht en geschreven over dit onderwerp. Het is van belang dat er meer bekendheid en kennis komt binnen de hulpverlening over cliënten met deze problematiek. In eerste instantie lijkt het problematiek die alleen

binnen de eerste-lijn-hulpverlening past. De problemen kunnen echter zodanig gecompliceerd zijn dat de cliënt bij een RIAGG terecht komt. Het verlies van een ouder in de vroege jeugd verdient meer aandacht zodat cliënten beter geholpen kunnen worden.

Ik wil een bijdrage leveren om de kennis over de problematiek en de hulpverleningsmogelijkheden op dit gebied te vergroten.

Dit artikel wordt geschreven vanuit een vrouwenperspectief. Ik zal alleen ingaan op de problematiek bij vrouwen die op jonge leeftijd hun moeder hebben verloren, 'dochters zonder moeder'.

Mannen beleven evenzeer een verlies en een rouwproces als vrouwen. Zij ervaren en uiten dit vaak anders, hoewel dit ook niet weer als 'te absoluut' moet worden gezien. Geen enkel mens rouwt op dezelfde manier.

Verder zal ik ingaan op de mogelijkheden aan hulpverlening voor de cliënten die hulp vragen bij een RIAGG en in behandeling komen bij een Sociaal Psychiatisch Verpleegkundige. Omdat de behandeling rondom rouwverwerking als bekend mag worden beschouwd, wordt dit in dit essay verder niet uitgewerkt.

Problematiek

Het verlies van een ouder in de jeugd is een traumatische ervaring die invloed

kan hebben op alle levensgebieden. De persoonlijkheid, omgevingsfactoren en copingstrategieën spelen hierbij een belangrijke rol. Kinderen passen zich aan de omstandigheden aan en zoeken een manier om te overleven. Zij ontwikkelen gedragspatronen die, op latere leeftijd, vaak belemmerend kunnen werken en kunnen lijden tot problemen op allerlei levensgebieden. De ontwikkeling kan in bepaalde fasen stagneren. Het gemis aan basisveiligheid is van invloed op de ontwikkeling van identiteit en persoonlijkheid.

De invloed van het verlies van een ouder in de jeugd en de gevolgen die dat heeft in het verdere leven kan ingedeeld worden in vier categorieën (Blokhuis e.a., 2001):

- Mensen die door dit verlies geen beschadigingen opgelopen hebben. Zij hebben over het algemeen geen behoefte om zich met dit verlies bezig te houden.
- Mensen die op eigen kracht, al dan niet met hulp van buitenaf, hun problematiek overwonnen hebben.
- Mensen die recente problematiek wel relateren aan het verlies van een ouder in de jeugd. Veel van deze mensen zoeken ondersteuning in de hulpverlening.
- Mensen die problematiek niet relateren aan dit eerder geleden verlies. Zij zoeken hulp voor andere klachten.

Uit onderzoekgegevens (o.a. Bowlby, 1980) blijkt dat een verlies van één of beide ouder(s) in de kindertijd voor het tiende levensjaar de kans verhoogt tot het krijgen van een depressie op latere leeftijd. Als rouw niet goed verwerkt wordt kan dit tot een depressie leiden. Andere problematiek die voorkomt en binnen de RIAGG - hulpverlening past, zijn: angst-en paniekaanvallen, psychoses, eetstoornissen, fobieën en persoonlijkheidsstoornissen (Blokhuis e.a., 2001).

Er zijn veel factoren die de invloed van het verlies op jonge leeftijd kunnen bepalen. De pijn zit niet alleen in het verlies en het gemis van de moeder, maar ook in de manier waarop kinderen worden opgevangen. Het is van belang of er met kinderen over het verdriet wordt gepraat. De ervaring leert dat veel kinderen het idee hebben/hadden hun emoties niet meer te mogen/kunnen uiten omdat dit de vader verdrietig zou kunnen maken. De vervangende moeder zou gekwetst kunnen worden omdat zij zo haar best doet. Bovenstaande factoren kunnen kinderen leren al jong hun diepste gevoelens te negeren en te onderdrukken. Zij willen flink zijn en worden te snel volwassen, waardoor bepaalde fasen in de persoonlijkheidsontwikkeling kunnen worden overgeslagen (Ankersmid, 2002).

Tegenwoordig worden de dood en het rouwproces meer uit de taboesfeer gehaald. Er wordt meer aandacht aan besteed en handvatten gegeven hoe hiermee om te gaan.

Het onderwerp is voor kinderen in de media en op school bespreekbaar. Er zijn veel boekjes over het onderwerp 'de dood' voor kinderen geschreven. Tevens is er de stichting 'Achter de Regenboog' die informatie en ondersteuning biedt over 'Kinderen en Rouw'.

Vroeger was er sprake van een taboe op het spreken over de dood en het rouwproces. Vrouwen die op jonge leeftijd hun moeder verloren, geven aan dat er in veel gevallen niet gesproken werd over de overleden ouder. Men hield de kinderen overal buiten, in de hoop hen een trauma te besparen. De overgebleven ouder had vaak genoeg aan zijn eigen verdriet en geen tijd, moed en energie om met de kinderen het verdriet bespreekbaar te maken. Soms werd er geen afscheid genomen van de overleden moeder.

Terwijl dit nu juist zo belangrijk is in het verwerkingsproces voor kinderen om te kunnen beseffen dat de moeder echt dood is. Vaak ging het leven 'gewoon' door zonder aandacht voor de overleden moeder. In veel gevallen hertrouwen vaders en het gezin was weer compleet.

Ook kwam voor dat dochters in de puberteit de taken van de overleden moeder overnamen om het huishouden draaiende te houden. Dat dit kan leiden tot rolverwarring, is nu algemeen bekend. Veel vrouwen geven aan dat zij dit gewoon vonden, en zich pas later realiseerden welke impact dit heeft gehad op de eigen ontwikkeling. Taboes van vroeger, die nu minder of niet meer leven, kunnen leiden tot blinde vlekken bij de al wat oudere vrouwen die dit hebben meegemaakt en met de hulpverlening in aanraking komen.

Bovenstaande geeft aan dat een dergelijk ingrijpend verlies tot problemen kan leiden.

Naast eerder genoemde problemen komen de volgende klachten voor:

- Problemen op het gebied van zelfbeeld en identiteit. Er is vaak sprake van een negatief zelfbeeld, weinig zelfvertrouwen, zichzelf wegcijferen, zoeken naar geborgenheid en het vertrouwen van anderen. Veel vrouwen ervaren een innerlijke leegte.
- Het ontwikkelen van een identiteit geeft vaak problemen omdat de moeder ontbreekt waaraan dochters zich kunnen spiegelen. Basiselementen zoals veiligheid en vertrouwen worden al op jonge leeftijd verstoord zodat er stoornissen kunnen optreden in de persoonlijkheidsontwikkeling.
- Problemen op het gebied van rouwverwerking en gevoelens. Veel vrouwen hebben als kind niet kunnen rouwen, zij maken op latere leeftijd alsnog een rouwproces door. Daarnaast speelt het niet kunnen

hanteren van emoties, verdriet en eenzaamheid vaak een rol.

- Bindingsangst en verlatingsangst. De angst voor verlies en het in de steek gelaten worden maakt dat vrouwen vaak moeite hebben met het aangaan van intieme relaties en vriendschappen. Dit kan een grote rol spelen binnen partnerrelaties. Soms wordt er in de partner een vervangende ouder gezocht.
- Problemen op het gebied van kinderen /opvoeding. Sommige vrouwen blijven kinderloos omdat zij bang zijn voor herhaling of omdat zij het gevoel hebben dit niet aan te kunnen bij het gemis van een rolmodel als moeder. Veel vrouwen hebben moeite met het moederschap, zijn overbezorgd en grenzeloos. Zij willen de verzorging en de opvoeding van de kinderen vooral goed doen.
- Spanningsklachten die vertaald worden in lichamelijke klachten.

Veel vrouwen hebben bewust of onbewust overlevingsstrategieën ontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn: het niets meer voelen, zich afschermen voor anderen, zich onafhankelijk opstellen, zich aanpassen, aardig gevonden willen worden, een groot verantwoordelijkheidsgevoel en perfectionisme ontwikkelen. Deze manieren van overleven kunnen later belemmerend gaan werken.

Het moment van hulpvragen

Veel vrouwen hebben al jong geleerd hun gevoelens onder controle te houden of weg te drukken. Voordat zij besluiten hulp te vragen, ervaren zij vaak al langere tijd dat het niet goed met hen gaat.

Soms speelt het overlijden van hun moeder geen bewuste rol meer in hun leven of zeggen anderen dat het overlijden van de moeder al zolang geleden is dat dit geen oorzaak kan zijn van de klachten.

Op belangrijke momenten in het leven kan het gemis in alle hevigheid naar boven komen. Men kan zich hiervoor

schamen. 'De tijd heelt alle wonden' blijkt niet op te gaan.

Luxerende momenten kunnen zijn (Ankersmid, 2002):

- Belangrijke momenten in het leven (eindexamen, huwelijk, geboorte van kinderen of kleinkinderen, bereiken pensioengerechtigde leeftijd)
- Het ziek worden of overlijden van een kind.
- Het bereiken van de leeftijd waarop de moeder overleden is.
- Als de kinderen dezelfde leeftijd van de dochter bereiken waarop de moeder overleden is.
- Geconfronteerd worden met het overlijden van een jonge ouder in de omgeving.

Voor cliënten is het vaak moeilijk om het verband te leggen tussen hun klachten en het overlijden van de moeder. Het is de taak van hulpverleners en huisartsen om hier alert op te zijn.

Hulpverleningsmogelijkheden

Wanneer er sprake is van rouwverwerkingproblematiek valt dit, in principe, onder de hulpverlening in de eerste lijn, o.a. het Algemeen Maatschappelijk Werk. Binnen de RIAGG-hulpverlening zal het verlies van de moeder altijd een secundair probleem zijn. Nadat er aandacht besteed is aan het primaire probleem, b.v. een depressie, is het belangrijk bespreekbaar te maken welke rol het verlies van de moeder nog speelt. Daarnaast is het van belang te onderzoeken welke rol het verlies speelt in relatie tot het primaire probleem. Wanneer de cliënt in behandeling is bij een Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige is het van belang te onderzoeken welke hulpverlening de cliënt nodig heeft. Psychotherapie kan tot de mogelijkheden behoren. Bij pathologische rouw kan de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige aan de hand van de rouwtaken van J. Worden

(Keirse, 2000) beoordelen hoever de cliënt is in de rouwverwerking. Tijdens de behandeling kunnen rituelen en symbolen ondersteunend zijn in het verwerken van het verlies. Rituelen bestaan uit handelingen gericht op het verlies. Ze kunnen tegemoet komen aan de behoefte iets te willen doen. Zij bieden ruimte voor emoties en geven structuur, hetgeen veiligheid biedt. Het schrijven van een afscheidsbrief aan de overleden moeder kan een belangrijk ritueel zijn om een moeilijke fase af te sluiten en ruimte geven om te kunnen beginnen aan een nieuwe fase. Symbolen kunnen een verbinding met de overleden moeder weergeven. Zij kunnen verwijzen naar een persoonlijke betekenis. Symbolen kunnen van grote emotionele waarde zijn en steun bieden.

Lotgenotencontact

In 1996 zijn Mieke Ankersmid en Titia Liese, zelf dochters zonder moeder, gestart met het organiseren van workshops voor vrouwen die op jonge leeftijd hun moeder hebben verloren. Dit bleek een goed initiatief omdat er in Nederland geen specifieke aandacht voor deze problematiek bestond. In 1999 is het Netwerk 'Zonder Moeder' opgericht vanwege het succes en de belangstelling voor de activiteiten op dit gebied. Sinds 2000 richt het Netwerk zich zowel op mannen en vrouwen die voor hun twintigste levensjaar een ouder of beide ouders hebben verloren. Het Netwerk heeft sinds vorig jaar de naam *Verlaat Verdriet*.

Dit Netwerk heeft de volgende taken:

- Bevorderen van het welzijn van mannen en vrouwen die op jong leeftijd hun ouder(s) zijn verloren d.m.v. lotgenotencontact.
- Belangenbehartiging van de doelgroep bij de reguliere hulpverlening, pastoraal werk en andere secundaire groepen.

- Voorlichting geven over de specifieke problematiek van "Verlaat Verdriet", zowel voor de betreffende mannen en vrouwen zelf, als voor de hulpverleners, verwijzers en deskundigen/coaches op het gebied van hulpverlening via:
 - workshops, themadagen, symposia;
 - het geven van informatie van hulpverlening op dit gebied, via een website, infolders en nieuwsbrieven.

Jolanda Blokhuis, Carmen Zwaga en Marion Groothuis hebben in 2000 een enquête gehouden, i.v.m. hun afstudeerproject Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, onder de leden van het Netwerk "Verlaat Verdriet". Eén van de conclusies was dat erkenning en herkenning voor de problematiek belangrijk is. Dit wordt regelmatig gemist in de reguliere hulpverlening maar wordt wel ervaren bij de activiteiten van het Netwerk. Het lotgenotencontact is dus erg belangrijk.

Conclusie en aanbevelingen

In dit artikel heb ik stil gestaan bij de problematiek van en hulpverlening aan vrouwen die op jonge leeftijd hun moeder zijn verloren. Deze problematiek is gecompliceerd en de

hulpvragen kunnen zeer divers zijn. Gezien het grote aantal mensen die op jonge leeftijd een ouder verloren hebben, zal deze problematiek regelmatig voorkomen. Om goede hulpverlening te kunnen bieden bij deze specifieke problematiek verdient het meer aandacht, kennis en empirisch onderzoek.

Er wordt binnen de hulpverlening onderschat hoeveel impact het verlies van een ouder op jonge leeftijd heeft. De herkenning en erkenning hiervoor is onvoldoende.

Maak gebruik van je signalerende taak als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige. Voor de afdeling Jeugd kan dit betekenen dat er in samenwerking met de afdeling Preventie een groep voor kinderen/jongeren zonder ouder(s) georganiseerd kan worden. Met als doel te leren praten en het verdriet te delen. De laatste jaren wordt er in Nederland in de media, in toenemende mate, aandacht aan deze problematiek besteed. Het Netwerk "Verlaat Verdriet" speelt hierbij een belangrijke rol. Het is van belang dat de hulpverlening haar aandacht en kennis vergroot en gebruik wil maken van de kennis en ervaringen van het Netwerk "Verlaat Verdriet".

Studiedag:

Op donderdag 3-10-02 wordt in Nunspeet een studiedag over het onderwerp "Verlaat Verdriet" georganiseerd, voor hulpverleners. Voor informatie kunt u bellen met Titia Liese : (0341) 25 22 03.

Informatie:

- Website: www.verlaatverdriet.nl
- Informatie over activiteiten van het Netwerk Verlaat Verdriet

Mieke Ankersmid	: (06) 51 71 78 85
Titia Liese	: (0341) 25 22 03

Auteur

Annemarie van der Voet, sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Dit essay is in het kader van de VO-SPV geschreven. Het netwerk 'Verlaat Verdriet' mist aandacht voor dit onderwerp in de reguliere hulpverlening. De auteur schenkt daarom op deze wijze aandacht aan dit thema.

Literatuur

Ankersmid, M., (2002),
Verlaat verdriet, bij mensen die als kind een ouder verloren hebben, uitgegeven in eigen beheer.

Blokhuis, J., Zwaga C., Groothuis M., (2001),
Te klein voor groot verlies, afstudeerproject Maatschappelijk Werk en Dienstverlening.

Bruyn, M. de, (2000),
Leren leven met verliezen, hoe doe je dat, 4de druk, Dordrecht, Drechtwerk.

Edelman, H., (1997),
Zonder moeder,

4de druk, Amsterdam, Forum.

Graaf, N.D. de, P.M. de Graaf, G. Kraaykamp, W.C. Ultee, (1998),
Familie-enquête Nederlandse bevolking 1998, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Harris, H., (1998),
Een verlies voor altijd, 3de druk, Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker.

Keirse, M., (2000),
Helpen bij verlies en verdriet, 12de druk, Tiel: Drukkerij Lannoo nv

Een reactie op een artikel in het blad Sociale Psychiatrie**Wie de bal kaatst kan hem terug verwachten, de knuppel in het hoenderhok (lees broeinest)**

Jos van Zaanen, opleider G.G.Z. - V.S. / verpleegkundig behandelaar

Sinds lange tijd kreeg ik het blad Sociale Psychiatrie weer eens in handen.

Het betrof het thema-exemplaar opleidingen, 21^e jaargang nummer 63, van april 2002.

Op pagina 13 t/m 20 beschrijven de Winter en Spaans hun verhaal met betrekking tot de beroepsontwikkeling. Daar waar het veelbelovend begon, eindigde dit verhaal zeer teleurstellend in een mijns inziens goedkoop subjectief en defensief reclamepraatje voor de VO-SPV opleiding.

Ik weet van de heer de Winter dat hij sinds jaar en dag al docent is op deze opleiding, die ik overigens ook ooit volgde, dus ik begrijp de schrijver zijn belang om hier P.R. voor te maken. De opleiding tot G.G.Z. - V.S., wordt echter wel erg zwart en summier afgeschilderd. Als opleider van deze opleiding voel ik me dan ook

genoodzaakt de discussie met hen aan te gaan.

De opleiding tot G.G.Z. - V.S. is niet te vergelijken met de opleiding tot VO-SPV, daar waar namelijk de eerste opleiding opleidt tot een generalistische specialist in het beroep van verplegen, leidt de VO-SPV op tot specialisatie binnen de bestaande functie van SPV. De opleiding tot G.G.Z. - V.S. is in opdracht van de minister aan het CONO door het CONO uitbesteed aan de stichting G.G.Z. V.S., de opleiding moest er dus komen. De VO-SPV is een commerciële opleiding gericht op een functie die (jaren geleden) in de praktijk, is ontstaan. Dat deze functie in mijn ogen met het huidige opleidingsstelsel overbodig wordt mag ook als persoonlijke mening worden gelezen.

Ik las het artikel dan ook in het kader van het gegeven dat de SPV de nieuwe

G.G.Z. V.S. opleiding (ten onrechte) als concurrent voor hun monopoliepositie ziet. Een opleiding die ze als onderdeel van het AVVV zelf gek genoeg zelf ondersteunen

Hoewel ik mij terdege besef dat het hier een al even subjectief betoog betreft en ik hierin appels met peren vergelijk, meen ik toch te moeten reageren op dit artikel.

Ik wil mijzelf eerst even kort introduceren, naast opleider voor de opleiding G.G.Z. - V.S. voor de regio Zuid - Holland zuid oost, ben ik verpleegkundig behandelaar (lees SPV met V.O.). Ik wil u graag schetsen hoe de opleiding er in mijn ogen uitziet en zich in de loop der 5 jaren van zijn bestaan sterk heeft uitgebreid en ontwikkeld.

Ik neem dan ook maar, net als de schrijvers van het artikel waarop ik reageer, de vrijheid om de appels naast de peren op de fruitschaal te plaatsen. Een oplettende lezer merkt dat ik mij verpleegkundig behandelaar noem in plaats van SPV. SPV, wil ik mij namelijk al jaren niet meer noemen. In mijn ogen heeft deze doelgroep zich ontwikkeld tot een ambulante gehospitaliseerde club, die vooral zijn kantoor in het gebouw koestert. Hier worden quasi therapiegesprekken bedreven. Men is met geen stok meer naar buiten te bewegen, om de cliënt te bezoeken op de plek waar deze zijn problemen ervaart of op dat moment verblijft. Een groep verdient hierbij om als uitzondering te worden genoemd, dat zijn de SPV binnen de ouderenzorg, zij zijn wel daadwerkelijk ambulante gebleven, doch dit is vermoedelijk te danken aan cliëntkenmerken als beperkte mobiliteit etc. Tevens zijn er natuurlijk individuele SPV-en die zich afgezet hebben tegen de bestaande waarden en normen van hun achterban en wel degelijk ambulante zijn gebleven en de cliënt zijn blijven volgen in zijn vraag, hulde aan hen!. Ik kan u echter verzekeren dat zij in de minderheid zijn gebleven. Gelukkig ontstaan er nieuwe

initiatieven zoals consultatie aan de eerste lijn, waardoor sommige van de verdwaalde schapen weer op het juiste pad komen.

In de nieuwe beroepenstructuur is er wat mij betreft voor deze achterhaalde functie geen plaats meer.

Het doet mij dan ook goed dat er Hoge scholen zijn, zoals de Hoge school Rotterdam, die er bewust voor kiezen om niet de opleiding tot SPV te starten. Zij richten zich liever op de transmurale inzetbaarheid van HBO -V verpleegkundigen en integratie van de theorie met de praktijk.

In de loop der jaren zijn er zoveel concessies gedaan aan de instroom van mensen binnen de SPV opleiding, vanuit commerciële perspectieven, dat deze op buitenstaanders zoals ik een zeer gammele indruk maakt.

Binnen de VO-SPV opleiding, in mijn ogen juist een verkapt inserviceopleiding, zet deze trend zich voort.

SPV die zich een aantal jaren binnen hun kantoortje hebben staande gehouden krijgen per toerbeurt de mogelijkheid bijscholing te volgen, op kosten van de werkgever. Een vluchtig kennismakingspraatje, je diploma als SPV laten zien en vooral geld overmaken was voor mij voldoende om binnen te komen.

Werkend op een plek waar men reeds werkt, kan men ondersteund door een aardig inhoudelijk programma, eigen stokpaardjes meer diepgang geven. Lessen worden gegeven door docenten die aan de Hoge school zijn verbonden, en daar vaak al jaren werken. Er is weinig tot geen contact met de praktijk, de SPV dient hiervoor in producten zorg te dragen.

Studenten aan de VO gaan zich meer en meer op een centraal thema richten, men leert hierin diepgang aan te brengen en verschillende facetten te belichten, doch altijd werkend vanuit dezelfde rol die men reeds voor de opleiding al vervulde.

De kennis vergroot maar de vaardigheden maar al te vaak niet.

Nee, geef mij de opleiding tot G.G.Z. - V.S. maar. Wat had ik die graag gevolgd als die er destijds was geweest. Gelukkig hebben huidige SPV die keuze nu wel, sommigen kiezen hier daadwerkelijk voor omdat ze hun verpleegkundige vak meer inhoud willen geven over de breedte en de in diepte. De meeste volharden echter in de doodlopende weg van de VO. Inderdaad visitatie is er nog niet, uiteraard gaat die er komen, overleg over een onafhankelijke visitatie is in volle gang. Het is uiterst zwak van de schrijvers om een opleiding die net opgericht is, hierop te beoordelen, terwijl ze zelf ook wel begrijpen dat dit er nog niet eerder gerealiseerd kon zijn. Daar waar de schrijvers enigszins denigrerend schrijven over een inserviceopleiding is de praktijk anders. Opleidingsinstanties zijn veelal regionale consortiums van diverse GGZ instellingen. Zo werkt De Grote Rivieren bijvoorbeeld samen met de Bravo RNO groep. Studenten, die aangenomen worden krijgen de mogelijkheid om in diverse instanties te werken, binnen (verplicht minimaal 3) verschillende doelgroepen, verschillende settings en verschillende rollen. Men verlaat zijn vertrouwde stekkie en springt in het diepe om te ervaren en te leren volgens een beargumenteerd en goedgekeurd plan. De student ontwikkelt zelf dit leerplan gericht op nieuwe vaardigheden en competenties. Mensen zijn hierdoor echt in staat om te leren, te groeien, te vallen en weer op te staan, hoe anders dan op de VO-SPV waar men zich in ieder geval 4 dagen per week van zijn opleiding weer kan terugtrekken in de schijnveiligheid van zijn eigen kantoortje.

Het is inderdaad zo dat men niet zomaar in de G.G.Z. - V.S. opleiding wordt toegelaten, er is een selectieprocedure.

Men hoeft geen geld over te maken zoals op de Hoge Scholen het geval is, doch dient op basis van reeds aangetoonde boven gemiddelde kwaliteiten te solliciteren naar een plek als A.I.O.

Hierdoor voorkom je in ieder geval dat je ongemotiveerde mensen krijgt, die de opleiding gaan volgen omdat ze toevallig intern aan de beurt zijn. Sterker nog men zoekt mensen met ambitie, spirit en gedrevenheid. Binnen de G.G.Z. - V.S. zitten louter gemotiveerde, gekwalificeerde mensen, die gedurende hun opleiding worden doorbetaald.

Het programma van de G.G.Z. - V.S. biedt bovendien een langer leertraject met meer studie-uren. Daarnaast worden docenten ingehuurd per module, per keer, op bewezen kwaliteiten in de praktijk. Hierdoor voorkom je vastgeroeste docenten die jarenlang hetzelfde praatje verkondigen. Kwaliteit wordt gegarandeerd doordat de studenten de mogelijkheid hebben de didactische vaardigheden van de docenten terug te koppelen aan de opleiding. Voldoet een docent niet dan komt hij niet terug. O wat had ik als student VO-SPV graag die mogelijkheid tot inspraak gehad, menig docent zou dan niet zijn teruggekeerd.

De G.G.Z. V.S. opleiding blijkt in de praktijk zeer goed te voldoen, daar waar mensen bij aanvang van de opleiding al goed waren, krijgen ze de mogelijkheid om skills flink uit te breiden. De theorie en de praktijk integreren goed, mensen leren inspringen in situaties, analyseren, draagvlak te creëren, te delegeren en over te dragen, om vervolgens weer los te laten, dit alles zichtbaar in teams in de directe zorg binnen diverse rollen. Er is veel overleg tussen hoofdopleider, regionale opleiders, zakelijk vertegenwoordigers, docenten, studenten. Het geheel is bijzonder dynamisch en ontwikkelingsgericht.

In de praktijk van De Grote Rivieren blijken innovatietrajecten en projecten

van A.I.O.'s en V.S. daadwerkelijk tot zorgvernieuwing te leiden. Consultatie aan verpleeghuizen, verzorgingshuizen, onderzoek met betrekking tot dubbele diagnostiek samen met het Trimbos, evidenced based onderzoek met betrekking tot Individuele Rehabilitatie, het weer vlottrekken van een individueel psycho-educatie instrument in combinatie met het Trimbos (nadat het was vastgelopen als project van enkele VO-SPV studenten) zijn slechts enkele voorbeelden.

Dit kan gerealiseerd worden omdat A.I.O.'s in hun proces van ontwikkelen een coach vanuit de praktijk toegewezen krijgen. Deze coaches worden zeer zorgvuldig gekozen en dienen veel ervaring te hebben met ontwikkelen.

Managers willen de V.S. graag behouden en doen er alles aan om hen te werven. Ze krijgen nieuwe banen aangeboden, binnen de directe zorg, waar kwaliteitsontwikkeling vrijwel altijd onderdeel van is. Terwijl de afgestudeerde VO-SPV zijn vroegere werkzaamheden voortzet met wellicht meer diepgang, is de G.G.Z. - V.S. overal terug te vinden waar de zorg ontstaat. Zeer zelden is een VO-SPV,

na mijn weten er binnen De Grote Rivieren, tijdens zijn opleiding toe in staat gebleken vorm te geven aan zorgvernieuwing die er echt toe doet. Uiteraard is het zo dat de opleiding tot G.G.Z. - V.S. verder ontwikkeld moet worden en zich in de toekomst nog verder zal dienen te bewijzen, maar toch dit zijn mijn eerste (al even subjectieve) indrukken.

Nee, de schrijvers slaan wat mij betreft de plank flink mis, als ze menen dat de VO-SPV zich kunnen meten met de V.S. Ze zouden dit niet dienen te doen vanwege de verschillen tussen functie (lees SPV) en beroepsuitoefening als specialist in de breedte van het vak verplegen.

Aangezien ik ervaringsdeskundige op terrein van zowel de G.G.Z. - V.S. als op terrein van VO-SPV ben meen ik het volgende nog aan de schrijvers te kunnen zeggen;

Heren zorg en de ontwikkeling daarvan is het belangrijkste wat ons bindt, wellicht wordt het tijd om uw defensieve stellingen te verlaten, andere rollen aan te leren en het oude (lees VO-SPV) eens los te laten en te (willen) leren van het nieuwe.

Het is aan U!

In antwoord op Van Zaanen

Kees de Winter en Martin Spaans

Wij hebben met verwondering kennis genomen van de reactie van J. Zaanen op ons artikel "Verpleegkundige vervolgoopleidingen in de GGZ" in dit vakblad (april 2002). Door ons is een kader gegeven van ontwikkelingen in de GGZ op basis van de beleidsvisie GGZ (1999) en aanvullende, relevante literatuur. Daarnaast wordt een raamwerk geschetst van formeel aanvaarde niveaus in het stelsel van Hoger onderwijs in Nederland en het buitenland.

De kern van het betoog dat wij houden richt zich op de noodzaak voor de

beroepsgroep van verpleegkundigen in de GGZ om het debat aan te gaan over kwalificaties zoals die voortkomen uit het met succes afsluiten van opleidingen in het Hoger onderwijs en beroepskwalificaties die daaraan verbonden zijn en kunnen worden.

Zich beroepend op zijn persoonlijke mening gaat Van Zaanen voorbij aan het feit dat het noodzakelijk is om objectieve en algemeen aanvaarde criteria te gebruiken om beroepskwalificaties te positioneren. Van Zaanen geeft aan dat hij een

subjectieve reactie geeft, dat moge ook de lezer duidelijk zijn. Dat ontslaat hem niet van de noodzaak om die subjectieve reactie te funderen met feiten. Onze opmerking dat de opleiding tot Verpleegkundig Specialist in de GGZ (hierna: VS-GGZ) geen onderdeel uitmaakt van het stelsel van Hoger Onderwijs is gewoon een feit. Dat de studieomvang en studiebelasting afwijkt van een algemeen gebruikt systeem is ook een feit. Aan die feiten heeft Van Zaanen geen boodschap. Wij hopen voor afgestudeerde studenten van zijn opleiding dat zij zelf kunnen afwegen wat de betekenis is van het behaalde certificaat. De door ons aangereikte criteria zijn daarbij behulpzaam. Wij nodigen Van Zaanen uit om waar te maken dat de kwaliteit van de opleiding VS-GGZ, waarvan hij opleider is, voldoet aan algemene objectieve kwalitatieve maatstaven die controleerbaar en toegankelijk zijn. In zijn reactie kunnen wij met de beste wil geen gefundeerde argumenten hiervoor ontdekken. De reactie van Van Zaanen is in feite kort samen te vatten als een aanklacht vol negatieve percepties op zijn eigen beroepsgroep en door hem eerder genoten opleidingen. Dat betreuren wij omdat daarmee niet gereageerd wordt op het onderwerp en de inhoud van ons betoog. Vanwege de felheid van de reactie voelen wij ons wel genoodzaakt om kort op de belangrijkste aantijgingen te reageren.

Van Zaanen geeft aan dat de VS-GGZ niet te vergelijken is met de VO-SPV. Daar zijn wij het mee eens. In tegenstelling tot wat hij beweert, doen wij dat ook niet in ons artikel. Wij zien in dat opzicht de VS-GGZ niet als een concurrent. Wij stellen alleen dat deze opleiding niet voldoet aan maatschappelijk aanvaarde criteria. En op deze conclusie brengt Van Zaanen geen tegenargumenten in. Wij vermoeden dus dat we hier een kritisch punt hebben aangeboord. Vervolgens geeft Van Zaanen een negatief oordeel over de kwaliteit van

de opleidingen MGZ-GGZ ("zeer gammele indruk"). Die mening delen wij absoluut niet en doet alweer niet ter zake.

Diens mening over de VO-SPV is zo mogelijk nog negatiever. Hij spreekt over een verkapte in service - opleiding, waaraan vastgeroeste docenten werken die jarenlang hetzelfde praatje houden en geen relatie hebben met de praktijk. Studenten zouden geen inspraak hebben over de kwaliteit van de opleiding en als dat wel het geval zou zijn, dan zouden meerdere docenten moeten verdwijnen. Even enkele feiten om deze absolute onwaarheden te weerleggen. In de periodieke evaluaties van ons onderwijs krijgen docenten en modules minimaal een 7 als waarderingscijfer. Gezaghebbende (onder meer sociaal psychiatrisch verpleegkundige) specialisten doceren naar volle tevredenheid van studenten en staf, en actualiseren ieder jaar de modules. Nog dit najaar wordt de opleiding onder auspiciën van de HBO-raad door een commissie van onafhankelijke deskundigen gevisiteerd. Uiteraard zijn alle evaluatieve gegevens openbaar en voor belangstellenden controleerbaar.

De beroepsgroep SPV wordt door Van Zaanen getypeerd als een "ambulant gehospitaliseerde club, die vooral zijn kantoor in het gebouw koestert". Opnieuw ontgaat ons de relatie met het onderwerp, te weten de positionering van de huidige functie SPV binnen het nieuwe beroepstelsel en het daarop aansluitende Hoger Onderwijs. Als het gaat om het bereiken van 'zorgmijders', ondersteuning binnen de 1^e lijns gezondheidszorg, het systeemgericht werken, zorgverlening aan asielzoekers, enzovoorts, zijn onze ervaringen gelukkig een stuk positiever. Het gaat ons niet om de naamgeving van de beroepsgroep, maar verpleegkundigen werkend vanuit een sociaal psychiatrische expertise zijn hard nodig in de GGZ.

Wij sluiten onze reactie af met de opmerking dat ons betoog in het aprilnummer van dit vakblad pertinent niet opgevat moet en kan worden als een defensief reclamepraatje ter bescherming van een bestaande

opleiding, zoals de heer Van Zaanen suggereert. Daarom herhalen wij de uitnodiging aan lezers om reacties op ons artikel, om aan de hand van discussie een situatie van voortschrijdend inzicht te bereiken