# **Dialovo**

# **Rubriek Verwijzing literatuur**

|  |  |
| --- | --- |
| Van | Katja Swinnen, lector UCLL, Progamma Gezondheid & onderwijsondersteuning, Academisch centrum V&V, KULeuven. |
| Onderwerp | Choudry, A., & Farooq, S. (2017). Systematic review into factors associated with the recruitment crisis in psychiatry in the UK: students’, trainees’ and consultants’ views. BJPsych Bulletin, 41(6), 345–352. |
| Datum | Mei 2020 |

**Inleiding**

Een mentaal gezondheidsprobleem kan zich voordoen in alle leeftijdscategorieën. De problematiek is vaak complex en instellingen zitten vaak op hun tandvlees omdat ze over onvoldoende bekwaam personeel beschikken. In Vlaanderen is zelfs het aantal gedwongen opnames bij jongeren met een psychische aandoening gestegen met vijftien procent de afgelopen vijf jaar. Deels omdat er te weinig beschikbare hulp is in de reguliere inrichtingen en deels omdat de problematiek complexer is geworden (Nieuwsblad.be, 2020). Het is dus duidelijk dat de mentale gezondheidszorg nood heeft aan gekwalificeerde verpleegkundigen.

Echter is werken in dit domein de minst populaire keuze na het afstuderen voor studenten in de bachelor in de verpleegkunde. De crossectionele studie van Matarese, Lommi, Piredda, Marchetti, & De Marinis (2019) bij Italiaanse studenten in de driejarige bachelor in de verpleegkunde toonde aan dat slechts 4 % het domein geestelijke gezondheidszorg als eerste keus van tewerkstelling kiest, terwijl de vraag veel groter is. De voorkeur van tewerkstelling gaat vaak naar afdelingen zoals intensieve zorgen, pediatrie en chirurgische afdelingen (Matarese et al., 2019).

Er zijn een aantal factoren die studenten ontmoedigen om te werken in de geestelijke gezondheidszorg. Eén van de hoofdredenen waarom studenten niet kiezen voor dit domein is de persisterende stigmatisering ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg (Bhugra et al., 2015).

Patiënten met een mentale aandoening worden mogelijks afgeschilderd als mensen die profiteren van het sociaal systeem en hun probleem vaak zelf gecreëerd hebben. Helaas worden niet enkel de patiënten gestigmatiseerd, maar ook de zorgverleners en het bestaande zorgsysteem. De systematische literatuurstudie van Choudry & Farooq (2017), waar deze reflectie is op gebaseerd, onderzocht de factoren die de stigmatisering in de hand werken: voor de aanvang van hun studie percipiëren studenten de aanpak binnen de geestelijke gezondheidszorg als een niet wetenschappelijke gefundeerde zorg (Matarese et al., 2019). De focus wordt door hen te vaak gelegd op wat de ziekte doet op het psycho-emotionele vlak in plaats van hoe de zieke kan behandeld worden. Deze perceptie is voornamelijk te vinden bij eerstejaars studenten die nog over beperkte ervaring en/ of kennis beschikken over deze doelgroep. Zij zijn angstig en hebben nog veel onbegrip jegens deze patiënten. Studenten met meer (stage-) ervaring en kennis denken dan weer dat patiënten niet kunnen genezen wat enorme frustraties en emotionele last veroorzaakt bij studenten (Choudry & Farooq, 2017). Ook het onderwijs kan de keuze van de studenten voor hun latere tewerkstelling beïnvloeden. In bepaalde onderwijsinstellingen wordt er veel meer klinisch/medisch georiënteerde lessen (44%) gegeven. Voor het domein geestelijke gezondheidszorg daarentegen bedraagt dit slechts 2%. Bovendien worden de lessen over geestelijke gezondheidszorg niet altijd gegeven door professionele ervaringsdeskundigen (Choudry & Farooq, 2017).

**Reflectie**

De vraag die bij deze reflectie gesteld kan worden is hoe we, als onderwijsinstelling, het negatieve denkbeeld bij studenten kunnen ontkrachten. Welke onderwijsvormen kunnen we hiervoor gebruiken? Het belangrijkste is wel dat we als onderwijsinstelling ervoor zorgen dat *alle* domeinen (intensieve zorgen, pediatrie, heelkunde, eerstelijnszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) voldoende worden belicht zodanig dat studenten geen vooroordelen creëren ten opzichte van bepaalde domeinen. Het kan niet de bedoeling zijn van het onderwijs om een bepaald domein te discrimineren. Het vierjarig curriculum is hiervoor zeker een meerwaarde. Binnen Vlaamse hogescholen krijgen studenten opleidingsonderdelen van alle domeinen en kunnen de studenten stage doen binnen elk domein. Zo kunnen ze na het afstuderen een meer gerichte keuze maken voor de tewerkstelling gebaseerd op hun persoonlijke ervaringen.

Bovendien is het van cruciaal belang dat lectoren die onderwijsactiviteiten geven binnen het domein geestelijke gezondheidszorg ervaring hebben met de complexe, psychiatrische problematiek. We hebben net die gepassioneerde lectoren nodig om de leerinhouden enthousiast te kunnen overbrengen. Door hun expertise kunnen ze voorbeelden vanuit hun professionele ervaring integreren om een positiever imago te creëren bij de studenten. Deze lector kan dan aantonen welke wetenschappelijke methodieken er kunnen gebruikt worden om patiënten met psychiatrische problematiek te behandelen, te ondersteunen, op te volgen en zo veel meer.

Om stigmatisering van de psychiatrie tegen te gaan, kan men enkele onderwijsvormen hanteren zoals simulatietrainingen. Vaak worden simulatietrainingen gericht op verpleegtechnische vaardigheden en klinisch redeneren. Toch zouden de simulatietrainingen eveneens kunnen gebruikt worden voor de toepassing van geestelijke gezondheidzorg. Een meerwaarde zou zijn dat ze vetrekken vanuit de (stage-)ervaringen van studenten om dan in groep dieper te kunnen reflecteren. Studenten kunnen bijvoorbeeld getraind worden in het omgaan met hallucinaties, wanen en moeilijk gedrag van een patiënt. Wel is het belangrijk om deze trainingen te laten plaatsvinden in een veilig leerklimaat. Simulatie zorgt er immers voor dat studenten individueel leren omgaan met “problemen” die zich voordoen. Andere deelnemende studenten kunnen dit gebeuren observeren om nadien in groep hierop te reflecteren. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat er bij deze reflectie/ debriefing een expert debriefer aanwezig is die voldoende kennis en ervaring bezit over de geestelijke gezondheidszorg én over de simulatietraining.

Idealiter komen tijdens de trainingen verschillende topics aan bod (angst/ persoonlijkheidsstoornissen/ middelenmisbruik/ psychose en omgaan met agressie) om het zo realistisch mogelijk de maken voor de studenten. Er mag gestart worden met de studenten hun perceptie over mentaal welbevinden dat vaak wordt gekleurd door hun eigen referentiekader. Vaak zijn er misverstanden rond de geestelijke gezondheidszorg. Het bijkomend gebruik van beeldmateriaal kan een discussie opentrekken. Dit beeldmateriaal kan bijvoorbeeld een film zijn over psychose of over een gezin dat omgaat met de suïcide van een familielid.

Studenten worden tijdens hun opleiding heel fel getraind om verpleegproblemen op te lossen. Dit is een zeker een goed zaak, toch is het belangrijk om vanuit de opleiding mee te geven dat mensen in de psychiatrische zorg in de eerste instantie willen “gezien” worden en dat naar hun wordt geluisterd. Tijdens de simulatietrainingen kunnen de studenten positief aangemoedigd worden om gesprekken aan te gaan met een simulant. Deze simulant heeft dan redelijk wat ervaring in de geestelijke gezondheidszorg. Deze simulant hoeft niet altijd een “psychiatrische patiënt” te zijn, maar kan ook een “angstige patiënt” zijn met een psychische kwetsbaarheid, bijvoorbeeld een opgenomen patiënt die wacht op de resultaten van een kankeronderzoek. Het fijne van een simulatietraining is dat als een student bijvoorbeeld vastloopt in een gesprek met de simulant dat de andere deelnemende studenten feedback en tips kunnen geven. Studenten kunnen elkaar aanmoedigen in een veilige omgeving en dan kan er kritisch worden afgetoetst wat wel zou kunnen werken in bepaalde situaties.

In de praktijk worden verpleegkundigen dus ook buiten de psychiatrie geconfronteerd met mentale gezondheidsproblemen. Dit benadrukt het belang om in simulatietrainingen gemengde casussen te gebruiken waarin zowel fysieke als mentale aspecten van de gezondheid geïntegreerd worden. Dit zou dan een meer geavanceerde simulatietraining op de “klassieke” training zijn. Een bijkomende optie is dat dergelijke simulatietraining gepaard kan gaan met co-teaching. Bij co-teaching wordt de simulatie ondersteund door twee debriefers: één deskundige die zich meer focust op de klinische observaties en de andere deskundige die zich meer focust op de psychiatrische problematiek. Op deze manier geven we enerzijds aan dat een patiënt niet enkel bijvoorbeeld een ‘heelkundige’ patiënt is, maar ook geconfronteerd kan worden met andere problemen. Anderzijds geven we vanuit het onderwijs ook mee, door co-teaching, dat experten elkaar kunnen aanvullen om te komen tot een betere zorg. Hier is het wel noodzakelijk dat er wordt geïnvesteerd in opleiding van debriefers en in het aanbod van de simulatietrainingen in alle fasen en domeinen van de opleiding.

In het nieuwe curriculum wordt er gedurende de opleiding minstens één stageperiode voorzien op een psychiatrische afdeling. Een grote troef hierbij is vanuit mijn persoonlijke ervaring dat studenten in dergelijke teams goed worden opgenomen als persoon en dat er actief naar hen wordt geluisterd. Dit wordt door de studenten als heel positief ervaren. Het geeft hun de kans om de attitude “ de mens achter de student” over te nemen en bijgevolg “de mens achter de patiënt” te zien. Tijdens de stage of na de stage zou best een intervisiemoment worden georganiseerd waarbij de studenten specifieke situaties vanop stage kunnen oefenen.

Om het negatief imago te veranderen zijn er zeker nog andere middelen die gehanteerd kunnen worden binnen het onderwijs. Bijvoorbeeld het gebruik maken van een panelgesprek waar zowel professionelen als ervaringsdeskundigen bij betrokken zijn. De professionelen kunnen professoren, verpleegkundigen en andere zorgverleners zijn. Zelfs studenten van het vierde jaar die een langdurige stage hebben gedaan binnen de geestelijke gezondheidszorg mogen hierbij betrokken worden. De ervaringsdeskundigen zijn patiënten en/of hun naasten. Deze groep van mensen kunnen dan getuigenissen afleggen, spreken vanuit hun ervaringen om bepaalde negatieve stereotiepe denkbeelden te ontkrachtten.

Kortom er zijn zeker onderwijsvormen om de stigmatisering ten opzichte van de geestelijke gezondheidszorg tegen te gaan. Mogelijks wordt in onze hogescholen reeds met een aantal gelijkaardige onderwijsvormen geëxperimenteerd. Dit is meteen ook een oproep aan lectoren om bestaande expertise en ervaringen met succesvolle werkvormen te delen.

**Literatuur**

Bhugra, D., Sartorius, N., Fiorillo, A., Evans-Lacko, S., Ventriglio, A., Hermans, M. H. M., … Gaebel, W. (2015). EPA guidance on how to improve the image of psychiatry and of the psychiatrist. European Psychiatry, 30(3), 423–430. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.02.003

Choudry, A., & Farooq, S. (2017). Systematic review into factors associated with the recruitment crisis in psychiatry in the UK: students’, trainees’ and consultants’ views. BJPsych Bulletin, 41(6), 345–352. https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.055269

Matarese, M., Lommi, M., Piredda, M., Marchetti, A., & De Marinis, M. G. (2019). “Where would I prefer to work after graduation?” Career preferences of students attending Italian nursing schools. Nurse Education Today, 83, 104204. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104204

Nieuwsblad.be. (2020, 1 maart). Steeds meer minderjarigen gedwongen opgenomen. Geraadpleegd op 6 maart 2020, van https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20200301\_04870796