

Chris Loth (50) volgde vanaf 1979 de HBO-V in Leusden en ging in 1983 als verpleegkundige in de verslavingszorg werken, aanvankelijk op een methadonpost, later ook in projecten voor straatprostituees. Zij was van mening dat de verpleegkundige zorg aan verslaafden een stuk beter kon en besloot daar haar bijdrage aan te leveren. Op 24 maart jl. promoveerde zij op het proefschrift over haar actieonderzoek: *From Cram Care to Professional Care*.

Foto: Bert Beelen

Van propzorg tot evidence based verplegen

Na enige tijd in de praktijk gewerkt te hebben begon Chris Loth in 1989 aan een studie verplegingswetenschap. In 1992 behaalde zij te Cardiff (Wales) haar Masters Degree. Vanaf 1997 publiceerde ze met regelmaat over het verpleegkundig aandeel in de verslavingszorg, ook in TvZ. In 1999 redigeerde ze met drie anderen een nuttig boek voor het onderwijs over verslaving: *Verslaving en de verpleegkundige praktijk*. Op 24 maart 2009 promoveerde ze aan de Universiteit van Amsterdam op een actieonderzoek met als inzet professionalisering van de ambulante verpleegkundige zorg aan verslaafden die methadon krijgen. Haar bevindingen werden vastgelegd in de Richtlijn Opiatoonderhouds Behandeling (RIOB) die in 2006 tijdens een nationaal congres werd gepresenteerd. In de verslavingszorg wordt hier sindsdien mee gewerkt.

Je werkt meer dan 25 jaar in de verslavingszorg. Wat motiveert je, hoe houd je dat vol?

‘Op basis van compassie met de verslaafden, solidariteit met de verpleegkundigen, en verantwoordelijkheid over het management. Ik was op de HBO-V opgeleid tot een zelfbewuste verpleegkundige. Ik had de overtuiging dat verpleegkundige zorg geboden diende te worden met

‘De methadonverstreking werd voorgesteld als een simpele handeling’

hoofd, hart en handen. Het hart en de handen kwamen in het werk wel aan bod. De problemen van verslaafde cliënten zijn zó ernstig, dat mensen die geen compassie met hen voelen vaak direct met het werk kappen. Verpleegkundigen die ook werkten

met hun hoofd, die bijvoorbeeld theorieën zochten waarmee ze hun zorg konden onderbouwen, kwam ik helaas weinig tegen. In tegenstelling tot veel anderen vond ik niet dat de verpleegkundigen alléén verantwoordelijk gesteld konden worden voor het feit dat zij hun zorg niet beargumenteerden.’

Welke andere factoren speelden daarbij een rol?

‘Naar mijn idee werd de complexiteit van dit werk structureel onderschat. Methadonverstreking was ooit ingevoerd met als doel dat de patiënten van heroïne zouden afkicken, maar die doelstelling was door de tijd heen sluipend veranderd in “een onderhoudsbehandeling bieden bij wijze van overlastbestrijding”. Men hoopte dat een onderhoudsdosis methadon (een stof die wel de akelige verschijnselen die gepaard gaan met het afkicken van heroïne vermindert, maar geen

roes geeft) het gebruik van heroïne zou stabiliseren op een bepaald niveau. Dat de patiënten met behulp van de onderhoudsdosis methadon minder afhankelijk zouden worden van de drugs-scene. Dit zou hun gezondheidsrisico's helpen inperken. Binnen dit beleid kregen verpleegkundigen tot taak aan de patiënten hun methadon te verstrekken. Tegelijkertijd kreeg deze verstrekking een gemarginaliseerde positie binnen de verslavingszorg. Andere behandelende disciplines trokken hun handen wat meer van de patiënten af en de methadonposten werden qua gebouw los van de verslavingszorg gehuisvest. De methadonverstreking werd voorgesteld als een simpele handeling, die alleen maar geadministreerd hoefde te worden. De psychosociale begeleiding door de andere hulpverleners werd op een andere locatie aangeboden. De centrale coördinator van die psychosociale hulpverlening was de

maatschappelijk werker. De verpleegkundigen, niet voor niets hoofdzakelijk parttime werkende vrouwen, werden dus effectief gedegradeerd tot een soort “tapmiep”, en zo luidde ook werkelijk hun bijnaam. Het contact van de verpleegkundigen met de patiënten werd niet benut als zinvolle bron van informatie.’

Wat vond je ervan dat de methadonposten als het ware apart werden gezet?

‘Ik was van mening dat het management met dit beleid twee fouten maakte: ten eerste onthield de verslavingszorg een redelijk omvangrijke groep zeer ernstig zieke patiënten goede gezondheidszorg. Op zichzelf scoort Nederland overigens niet slecht voor wat betreft het aantal verslaafden dat in beeld is bij de hulpverlening: van de in totaal ongeveer 32.500 verslaafden worden 12.500 personen regelmatig gezien, onder andere omdat zij methadon krijgen. Maar ongeveer 80 procent van deze patiënten is er echt heel slecht aan toe. Zij hebben last van kluwenproblemen op veel gebieden en verkeren in een maatschappelijk isolement. Naast hun verslaving hebben zij last van persoonlijkheidsstoornissen, angsten, depressies, geheugenverlies, ongecontroleerde agressie of psychosen. Ook hun lichamelijke problemen kunnen zeer ernstig zijn: denk aan alcoholgerelateerde problematiek, ondervoeding, HIV en AIDS. Deze patiëntengroep veroudert en dat maakt hun problemen soms ernstiger. Die mensen verdienen in mijn ogen meer aandacht dan ze kregen. Overlastbestrijding is naar mijn mening niet hetzelfde als gezondheidszorg. De tweede fout die men maakte was dat de opleiding van verpleegkundigen niet op de juiste waarde geschat werd. Verplegen is meer dan een medicijn uitdelen. Voordat een ver-

pleegkundige – een medisch geschoolde professional – een medicijn uitdeelt heeft zij tot taak na te gaan of dit medicijn wel nodig is en welk effect het heeft. Voor deze twee taken, assessment en evaluatie van het effect, bestond in de ambulante verslavingszorg totaal geen tijd of ruimte, laat staan dat er ruimte was voor enige psychosociale begeleiding van de patiënten. Moet je je dat voorstellen bij iemand die te horen heeft gekregen dat hij kanker heeft en op afzienbare termijn gaat sterven. Het mag duidelijk zijn dat deze situatie een negatieve invloed had op de werkmotivatie van de verslavingsverpleegkundigen. Nederland telt 12 instellingen voor verslavingszorg die samen 85 ambulante verslavingszorgprojecten beheren. In die projecten werken tussen de 150 en de 200 verpleegkundigen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen of ziekenverzorgenden. Hoeveel het er precies zijn is onbekend. Maar het zijn er in elk geval genoeg om je voor in te zetten, vond ik. Mij schoot de opvatting van Florence Nightingale te binnen, die in 1859 in haar *Notes on Nursing* al vaststelde dat slechte architectuur en slechte administratieve regelingen het vaak onmogelijk maken voor verplegenden om hun werk goed te doen. En ik ging in protest.’

Werd je protest door anderen begrepen?

‘In het begin stond ik volstrekt alleen. Verpleegkundigen waren immers slechts “tapmiepen”? Bovendien: ik was dan wel actief geworden in de wereld van de verplegingswetenschap, maar daar zat men bepaald niet te wachten op een onderzoeker die iets wilde met de verslavingszorg. Ik werd in die tijd geloofd door velen beschouwd als een “emotioneel schreeuwertje”. Dat veranderde toen ik Goof van de Wijngaart

ontmoette, een psycholoog met grote belangstelling voor de belangen van verslaafde patiënten. Hij steunde mij, omdat hij begreep wat ik bedoelde. Ons gezamenlijk geschreven artikel uit 1997 met de bevindingen van een literatuurstudie waarin we de verpleegkundige zorg op methadonposten in Amerika en Nederland vergeleken, was voor mij een keerpunt. Dat men dit werk in Amerika betitelde als “het managen van kwetsbaarheid” was voor mij een verademing. Het maakte dat ik zelf ook anders naar de methadonpost kon kijken.’

Wat betekent het schitterende begrip ‘cram care’, ofwel ‘propzorg’ uit de titel van je proefschrift?

‘Propzorg is een term die ik tijdens mijn actieonderzoek een keer uit de mond van een verpleegkundige heb opgetekend. Het begrip past voor mijn gevoel exact bij het plaatje van de verpleegkundige verslavingszorg dat ik in 2003 heb geschetst in het

‘De taken bleken veel meer te omvatten dan paste bij de rol van “tapmiep”’

Maandblad Geestelijke volksgezondheid. Het drukt uit welke verpleegkundige zorg er geleverd kan worden wanneer een methadonpost slechts drie dagen per week 2,5 uur geopend is. Dan zitten er te weinig verpleegkundigen in een te klein lokaaltje, terwijl circa tachtig tot honderd patiënten in een lange rij buiten staan te wachten omdat ze allemaal tegelijk hun methadon willen. De verpleegkundige zorg kan niet fatsoenlijk worden opgestart, uitgevoerd of afgemaakt. In zo’n chaotische situatie van een verloederd gebouw, waar de medi-

sche dossiers niet worden bijgehouden, waar het stinkt en waar aan de patiënten nooit meer uit oprechte interesse de vraag gesteld wordt hoe zij iets vinden, is agressief en lomp gedrag aan de orde van de dag.’

Hoe heb jij daar met je actieonderzoek beweging in gekregen?

‘Eerst ben ik op twee methadonposten van een verslavingsinstelling samen met de verpleegkundigen een tijd gaan turven wat er eigenlijk precies aan taken verricht werd door verpleegkundigen. De patiënten vonden dit heel interessant. Af en toe stak er een zijn hoofd door het loket om te zien wat we toch allemaal noteerden. We onderscheidden vijf categorieën taken: de verpleegtechnische zorg, bestaande uit de verstrekking van methadon en allerlei andere soorten medicamenten en het monitoren van de effecten; het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bijvoorbeeld spuitomruil, voorlichting bij zwangerschap; psychosociale begeleiding, bijvoorbeeld met patiënten praten over hun moeilijkheden, activiteiten ondernemen om hun isolement te doorbreken; organisatorische activiteiten, zoals het opstellen van roosters, het organiseren van vergaderingen, in de ondernemingsraad zitten en dergelijke; en andere, lastig te rubriceren activiteiten. De taken bleken dus veel meer te omvatten dan paste bij de rol van “tapmiep”. Het was dus ook geen wonder dat de verpleegkundigen altijd zulk slachtofferachtig gedrag hadden vertoond en zoveel klaagden. Wat ze deden om de behandeling te ondersteunen was altijd grotendeels onbekend of onzichtbaar geweest, en had in elk geval nooit waardering opgeleverd. De verpleegkundigen op hun beurt hadden te weinig kennis van de wijze waarop de patiënten hun gang naar een metha-

donpost eigenlijk ervoeren. Dat leidde bij de patiënten tot frustratie of agressieve incidenten. Toen we alle onbekende ad-hoc taken en alle agressie-incidenten in beeld hadden kon ik de manager onderbouwd vragen om de openingsuren van de methadonposten te verruimen. Dat gebeurde. Bovendien gebeurde het niet alleen bij ons, maar in de gehele ambulante verslavingszorg. Overal zijn de loketten nu langer open en ook in het weekend. De patiënten hoefden dus niet meer agressief te worden vanwege het lange wachten en de verpleegkundigen kregen de tijd om hun werk correct te doen.'

Wat betekende dat voor het werk van de verpleegkundigen?

'Ik gaf de verpleegkundigen scholing en training in methodisch werken op basis van een zorgplan. Ik vroeg de beide teams om enkele patiënten te selecteren die naar hun mening meer zorg nodig hadden dan ze kregen, en een controlegroep te kiezen uit de patiënten bij wie dat volgens hen niet nodig was. Gedurende een bepaalde periode organiseerde ik vervolgens multidisciplinaire patiëntenbesprekingen. Die observeerde ik nauwkeurig: Waren de verpleegkundigen op tijd? Hadden ze een inbreng? Hadden ze zich goed en schriftelijk voorbereid? Wat werd er over de patiënten besproken? Daarnaast heb ik

samen met een collega ook met de beide teams een heel jaar lang maandelijkse refereerbijeenkomsten gehouden waarin we hun werk kritisch analyseerden en samen met de verpleegkundigen op zoek gingen naar de grootste knelpunten en mogelijke oplossingen. In die bijeenkomsten werd bijvoorbeeld hun onbekendheid met het "patiëntenperspectief" aan de orde gesteld. Dit heeft ertoe geleid dat het vakanterrooster met de patiënten werd afgestemd, tot grote tevredenheid van beide partijen. Ik heb geconstateerd dat sommige verpleegkundigen heel snel kunnen groeien in hun vermogen om te reflecteren op hun werk. *Hoe* verpleegkundigen groeiden in hun reflectievermogen bekeek ik met het kennisontwikkelingsmodel van Chris Johns. Deze auteur onderkent vier fasen in de ontwikkeling van kennis: Stille -medewerkers hebben weinig kennis en ideeën, de stem van machtiger groepen is dominant, Ontvangen stem -medewerkers herhalen de ideeën en meningen van anderen, ze zijn nog niet in staat om hun eigen ideeën en meningen te verwoorden, Subjectieve stem -medewerkers zijn in staat hun eigen mening naar voren te brengen, maar deze zijn nog niet weloverwogen en doordacht, Procedurele stem -kritische reflectie is mogelijk. Het model lijkt wel wat op dat van Patricia Benner, die in Nederland al heel bekend is.'

Waar heeft je actieonderzoek toe geleid?

'Het ministerie van VWS heeft via ZonMw de ontwikkeling van de Richtlijn Opiaatonderhoudende Behandeling (RIOB) gefinancierd. In deze Richtlijn is op basis van alle beschikbare evidence uit wetenschap, praktijk én het patiëntenperspectief alle noodzakelijke verpleegkundige hulp uitgeschreven, uitgesplitst naar drie

verschillende zorgzwaartecategorieën: heroïnegebruikers die hun problemen redelijk in de hand kunnen houden, mensen bij wie het nu eens wel en dan weer niet goed gaat, en de zeven- à achttien patiënten met wie het echt heel slecht gaat. In de richtlijn wordt veel aandacht besteed aan de noodzakelijke zorg voor die laatste groep, bij wie het gezonde netwerk eigenlijk niet meer bestaat. Hun sociale situatie is slecht en ze geven overlast. Sommigen komen de laatste tijd terecht in hostelvoorzieningen met een multidisciplinair team, ergens vlakbij een plek waar de verpleegkundigen methadon verstrekken. Daar knappen ze dan erg van op.' 'Op basis van de RIOB hebben anderen vervolgens bepleit dat

het ministerie het budget voor de ambulante verpleegkundige hulpverlening aan verslaafde cliënten die methadon krijgen, moet op-hogen. En dat is ook gebeurd. Het budget wordt met ingang van dit jaar verhoogd van 1400 naar 2600 euro per cliënt per jaar. Vergeleken met het budget dat beschikbaar is voor één dag ziekenhuisopname is dit natuurlijk nog steeds erg weinig geld. Toch houdt dit positieve verschil van 1200 euro per persoon per jaar wél in dat in principe elke "tapmiep" van een GGD-methadonpost in Nederland anno 2009 kan handelen als een professionele verpleegkundige die de RIOB uitvoert. Dit is een resultaat van – onder andere – mijn werk en daar ben ik gelukkig mee.' ■

PUBLICATIES VAN CHRIS LOTH

- Loth, C.A. & Huson, D. (1997). Méér dan potjes methadon uitdelen. *TvZ Tijdschrift voor verpleegkundigen* 107 (9), 260-261.
- Loth, C.A. & Wijngaart, G. van de (1997). Verpleegkundige zorg op methadonposten, een vergelijkende literatuurstudie tussen Nederland en Amerika. *Verpleegkunde* 12 (3), 150-159.
- Loth, C., Rutten, R., Huson-Anbeek, D. & Linde, L. (1999). *Verslaving en de Verpleegkundige Praktijk*. Maarssen: Reed Business Information.
- Loth, Chris, Schippers, Gerard, 't Hart, Harm & Van de Wijngaart, Goof (2003). Methadonverstrekking in Nederland aan het begin van een nieuwe eeuw. Verloedering van een verpleegkundige praktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 58 (12), 1111-1123.
- Loth, C.A., Oliemeulen, E.A.P. & Jong, C. de (red.) (2005). *Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling*. Amersfoort: Resultaten Scoren/GGz Nederland.
- Loth, C., Schippers, G., Hart, H.'t & Wijngaart, G. van de (2007). Enhancing the quality of nursing care in methadone substitute clinics using action research: a process evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 57 (4), 422-431.
- Loth, Chris (2009). *From Cram Care to Professional Care, from handing out methadone to proper nursing care in methadone maintenance treatment*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.