

Verpleegkundige standaarden van zorg bij verslavingspsychiatrie

Competentieprofiel voor mbo, hbo, post-hbo en master verslavingsverpleegkunde



Verpleegkundige standaarden van zorg bij verslavingspsychiatrie

*Competentieprofiel voor mbo, hbo, post-hbo en master
verslavingsverpleegkunde*

**Chris Loth
Yvonne Slee
Hillie van de Peppel**

Reed Business, Amsterdam

© Reed Business, Amsterdam 2012

Omslagontwerp en illustratie in binnenwerk: Elly Hees, Utrecht
Basisontwerp binnenwerk: Mariël Lam, 's-Hertogenbosch

Reed Business bv, Postbus 152, 1000 AD Amsterdam.

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Waar dit mogelijk was, is aan auteursrechtelijke verplichtingen voldaan. Wij verzoeken eenieder die meent aanspraken te kunnen ontlenen aan in dit boek opgenomen teksten en afbeeldingen, zich in verbinding te stellen met de uitgever.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16 h Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

ISBN 978 90 352 3412 3
NUR 897, 895

Woord vooraf

In 2006 begon onze oriëntatie op de ontwikkelingen in het buitenland over standaarden en kerncurriculum voor verslavingsverpleegkundigen. Door de ervaringen in het werkveld van de verslavingspsychiatrie en in het onderwijs waren wij het al snel eens dat er een standaard voor de Nederlandse situatie opgesteld moest worden. Vanuit Amerika werd het 'Core Curriculum of Addictions Nursing' van de International Nurses Society on Addictions (IntNSA) bestudeerd, contacten werden gelegd met de ANSA (Association of Nurses in Substance Abuse) en hun core-curriculumdocument werd bestudeerd: 'Substance Use Guidance on Good Clinical Practice for Special Nurses working with Alcohol and Drug Users' (ANSA 1997). En ook de standaard van zorg van onze Australische collega's werd bestudeerd. De Drug and Alcohol Nurses of Australia Inc (DANA) schreef de 'Drug and Alcohol Nurses of Australasia Specialist Nursing Standards and Competencies' (DANA 2012). Sinds 2009 en in overleg met diverse verpleegkundigen hebben wij gewerkt aan de bewerking voor de situatie in de Nederlandse GGZ en verslavingszorg. Wij spreken over standaarden in de verslavingsverpleegkunde, omdat wij de focus willen leggen op de psychiatrische patiënt met problematiek op het gebied van verslaving. De verslavingszorg is in dynamische ontwikkeling samen met de reguliere GGZ. Het streven is om de gecombineerde problematiek in het beroep te integreren.

De ontwikkelingen vragen om een gezamenlijk referentiekader voor de toekomst. Wij willen voor de toekomst duidelijkheid scheppen voor de verslaafde patiënt en zijn hulpverlener. Wij willen met de standaarden een start maken door algemeen geaccepteerde kwalificaties voor de beroepspraktijk aan te leveren die overal in de GGZ en in de verslavingszorg gebruikt kunnen worden.

In het onderwijs aan verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten die binnen het werkveld van de GGZ werkzaam zijn, is het focussen op het maatschappelijk functioneren binnen de biopsychosociale aspecten van de ziekte gebaat bij een blikveld gericht op de dubbele problematiek.

Verslaving en psychiatrie, zo hebben wij geleerd in deze zoektocht, kunnen niet zonder een zo gezond mogelijk functionerende patiënt en zijn systeem. Deskundigheid op dit gebied wordt vanuit de beroepsgroep door middel van standaarden van zorg als uitgangspunt geboden in de dagelijkse praktijk. Voor de praktijk van de professionals

nu en in de toekomst en niet in het minst voor een excellente patiëntenzorg hebben wij dit binnen ons dagelijks werk opgepakt om op basis van expliciete standaarden eisen te kunnen stellen. Dat zij een basis mogen zijn voor een brede discussie.

De op de voorkant geplaatste papaver symboliseert de deskundigheid van de verslavingsverpleegkundige. Het zaad van de papaver verspreidt zich razendsnel. Wij willen dat met onze kennis en kunde ook tot stand brengen, over de grenzen van ons land heen, over de muren van de GGZ-instellingen en instellingen voor verslavingszorg. Wij willen hierin leren van onze patiënten, zij zijn onze experts.

De papaver is echter ook symbool van een verslavingsprobleem. De bloem is prachtig, maar staat eveneens symbool voor het verkeerde gebruik van de plant. In maart 2012 is binnen de V&VN afdeling GGZ Verpleegkunde het Genootschap Verslavingsverpleegkunde opgericht. Dit genootschap wil zich de komende jaren richten op het verspreiden van de verslavingsverpleegkundige kennis en kunde. Het Genootschap is als beroepsvereniging gesprekspartner voor verslavingsverpleegkundige aangelegenheden.

Februari 2012

Chris Loth

Yvonne Slee

Hillie van de Peppel

Inhoud

1	Verlavingszorg in Nederland	11
1.1	Misbruik, afhankelijkheid en verslaving	11
1.2	Aard en omvang verslavingsproblematiek	11
1.3	De standaard van zorg bij dubbelediagnosepatiënten	14
1.4	Internationale en Europese ontwikkelingen	15
2	Verlavingsverpleegkundige expertise	17
3	Leren en werken in de verslavingszorg	21
3.1	Leerroute bachelor: roc/hbo-v	21
3.2	Leerroute post-hbo GGZ Verpleegkunde	21
3.3	Leerroute master: verpleegkundig specialist in de verslavingszorg	22
3.4	Drie niveaus verpleegkundigen: hun taken en rollen	23
4	Professionele standaard	25
4.1	Standaard van zorg beginniveau: niveau 4 (mbo)	25
4.2	Standaard van zorg beginniveau: niveau 5 (hbo)	28
4.3	Standaard van zorg vervolgniveau: post-hbo (5+)	31
4.4	Standaard van zorg expertniveau: verpleegkundig specialist GGZ/MANP GGZ in de verslavingszorg	36
5	Algemene standaarden voor curricula vervolgopleidingen	41
5.1	Inhoud curriculum post-hbo GGZ Verpleegkunde	42
5.2	Inhoud curriculum verpleegkundig specialist GGZ	42
6	Noodzakelijke ontwikkelingen voor de toekomst	45
6.1	Onderzoekslijnen en afstemming	45
6.2	Markgericht ondernemen en professioneel handelen in de verslavingspsychiatrie	46
6.3	Bundeling krachten	47
	Geraadpleegde literatuur	49
	Ter verdere verdieping	50
	Websites	50



Voorwoord

Volgens de Wet BIG zijn de wettelijke taken van de verpleegkundige de volgende:

- professionele observatie;
- het verplegen van de gevolgen van een gezondheidsprobleem;
- behandelen;
- uitvoeren van multidisciplinaire afspraken.

Met deze specifieke taken onderscheiden verpleegkundigen zich van andere professionals. In de Wet BIG kennen we een registratie van zorgprofessionals op twee niveaus. Artikel 3 voor de basisverpleegkundigen en artikel 14 voor de verpleegkundig specialist en in het bijzonder de verpleegkundig specialist GGZ. Beide niveaus vallen onder het tuchtrecht en vallen sinds januari 2009 onder de wettelijke verplichtingen van de herregistratie, die in 2014 voor alle verpleegkundigen verplicht gestart moet zijn. Er zal een kwaliteitsregister voor GGZ-verpleegkundigen worden geopend en daarin moeten ook de verslavingsverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten opgenomen worden. Daarvoor is een standaard verslavingsverpleegkunde ontworpen.

De beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg werken op het gebied van opleiden samen in het zogenoemde CONO-verband. De erkende beroepsgroepen in de GGZ zijn: psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, verpleegkundigen, agogen en vaktherapeuten. CONO staat voor Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleidingen.

De standaard voor verslavingsverpleegkundige zorg is op initiatief van de verpleegkundige beroepsgroep, V&VN/afdeling GGZ Verpleegkunde, tot stand gekomen. Leden van de beroepsvereniging hebben vanuit het COOV (Centraal Orgaan Opleidingen Verpleegkundigen in de GGZ) met behulp van het werkveld en opleidingsinstituten de standaard inhoud gegeven. Het COOV is een onderafdeling van het CONO waarin GGZ-agogen, gezondheidszorg- en klinisch psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, GGZ-vaktherapeuten en GGZ-verpleegkundigen zich hebben verenigd om gezamenlijk beleid te vormen rondom vervolgopleidingen. Binnen het CONO worden door de diverse beroepsgroepen taakprofielen ontwikkeld en op elkaar afgestemd. Het taakprofiel voor de verslavingsverpleegkundige en voor de verslavings-/verpleegkundig specialist GGZ worden in dit document verder uitgewerkt. Er zullen overeenkomsten met die van de agogen (verslavingsverpleegkundige) en psychologen (verpleegkundig specialist) zijn,

maar in beide profielen staat het specifieke verpleegkundige centraal en daarin onderscheiden de profielen zich van die van de agoog en psycholoog.

De standaard is gebouwd op een aantal theoretische standpunten dat door de diverse organisaties is geformuleerd in de afgelopen jaren: V&VN, COOV/CONO en CBOG (College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg). De uitgangspunten zijn:

- 1 vijf uitstroomvarianten (taakprofielen) van de GGZ-verpleegkundige vervolgopleidingen: kind/jeugd, volwassenen, ouderen, forensische patient en de verslaafde patient (kwaliteitsregister GGZ Verpleegkunde);
- 2 domeinen van AGZ en GGZ: preventie, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg (CBOG);
- 3 zeven competentiegebieden: (medisch) verpleegkundig handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit (CanMeds 2000);
- 4 duale leertrajecten (V&VN en CBOG): theorieleren en praktijkleren gecombineerd.

Deze standaard is tot stand gekomen met behulp van diverse instanties¹:

- V&VN/afdeling GGZ Verpleegkunde;
- COOV;
- Stichting GGZ-VS;
- Bouman GGZ
- Tactus Verslavingszorg.

Februari 2012

Deventer

dr. C.A. Loth

Directeur van LOTH Verpleegkunde en vanuit dit bureau werkzaam als opleider en onderzoeker bij Tactus Verslavingszorg. Daarnaast als verpleegkundig specialist GGZ i.o. werkzaam als hoofdbehandelaar bij IrisZorg

Rotterdam

Y. Slee, verpleegkundig specialist GGZ, MHD

Hoofd Opleidingen Bouman GGZ

Arnhem

Hillie van de Peppel, MN

Behandelcoördinator bij IrisZorg

¹ Een aantal verpleegkundige experts uit de praktijk heeft de standaarden kritisch gelezen en van commentaar voorzien. Wij danken Jeanet van Essen, Arina van Mierlo, Marc van Ophemert en Sharon Visser, allen verpleegkundig specialist.



1 Verslavingszorg in Nederland

1.1 Misbruik, afhankelijkheid en verslaving

Verslaving is een chronische ziekte die via een aantal stadia verloopt: gevaarlijk gebruik, daarna volgt misbruik en afhankelijkheid eindigend in een verslaving. Vaststaat dat er geen geleidelijke overgang is tussen de verschillende stadia, maar dat ergens in dat proces een onomkeerbare verandering optreedt. Het toekennen van het belang van prikkels is verstoord, het geheugen is vooral gericht op het gebruik van het middel. Er treedt snel hunkering op en er is een verminderde mogelijkheid om gedrag te onderdrukken dat leidt tot gebruik (De Jong 2006; Franken & Van den Brink 2009; Rutten, Loth & Hulshoff 2009). Verslaving heeft niet alleen lichamelijke, psychische en sociale oorzaken, maar ook problemen op deze drie gebieden. Als een verslaving een aantal jaren voortduurt, geeft dit niet alleen verlies van autonomie vanwege het langzaam verliezen van de grip op met name het sociale leven, maar ook autonomie-verlies vanwege de stoornis zelf. Waarbij controleverlies en een stoornis in de executieve functies samengaat met een stoornis in het beloningssysteem zodat terugval in gebruik van middelen en/of gedrag sneller veroorzaakt wordt dan verwacht (IntNSA 2006; Kerssemakers, Van Meerten, Noorlander & Vervaeke 2008; Rutten e.a. 2009). Mensen die te kampen hebben met verslavingsproblemen raken de grip op het leven snel kwijt door beide processen die elkaar negatief beïnvloeden. Daarnaast zien we dat middelengebruik, waarbij (nog) geen sprake is van verslaving, ernstige gezondheidsrisico's met zich meebrengt (website Bouman GGZ: www.boumanggz.nl).

1.2 Aard en omvang verslavingsproblematiek

Het gebruik van geestverruimende en/of verdovende middelen is een al heel lang bestaand fenomeen. Inmiddels kennen we in onze maatschappij verschillende middelen die al naar gelang hun bekendheid bij verschillende bevolkingsgroepen worden gebruikt. Deze middelen kunnen echter door het te lange of te vele gebruik leiden tot afhankelijkheid. Dat geldt ook voor diverse gedragingen zoals eetverslaving,

koopverslaving, gokverslaving en/of internet- of gameverslaving. Het zijn middelen (al dan niet chemisch van aard) of gedragingen die een belonend karakter hebben en een goed of aangenaam gevoel geven. Maar ook waar je als mens voortdurend aan moet denken, die craving veroorzaken. Of middelen of gedragingen die, eenmaal gebruikt en aangeleerd, een gevoel geven dat je er niet vanaf kunt blijven. De optredende tolerantie, de onthouding en de craving leiden tot controleverlies en uiteindelijk tot afhankelijkheid.

In 2010 hebben in Nederland 1,2 miljoen mensen ernstige afhankelijkheidsproblemen met alcohol, waaronder een groot aantal jeugdigen. Ons land kent 1,8 miljoen dagelijkse gebruikers van allerlei benzodiazepinen, waarvan 22% van de mensen deze stoffen al langer dan drie maanden gebruiken. Tussen de 30.000 en 70.000 mensen hebben een pathologisch gokgedrag, waaronder 40.000 met een gokverslaving. Daarnaast kennen we 70.000 riskante spelers. Sinds een aantal jaar is het aantal heroïneverslaafden stabiel: 32.000, waarvan 12.500 goed bekend zijn via de methadonverstrekking. Verslaafden aan cocaïne kennen we ook, geschat zo'n 20.000 en daarnaast kennen we 85.000 cannabisgebruikers, waarvan 35.000 met ernstige problemen.

Recent wordt alsmaar duidelijker dat er steeds meer jongeren in de hulpverlening belanden met een GHB-verslaving, waarvan nu bekend is dat de afbouw van dit middel onder gecontroleerde omstandigheden moet plaatsvinden omdat er anders ernstige problemen kunnen ontstaan. Het aantal jongeren dat met een alcoholvergiftiging, met een alcoholcoma, in het weekeinde op de eerstehulpafdeling van algemene ziekenhuizen wordt opgenomen, groeit gestaag (Kerssemakers e.a. 2008; Franken & Van den Brink 2009; Van der Lely, de Visser & Ligterink 2011).

Volgens de multidisciplinaire richtlijn tabaksverslaving is het aantal nicotinegebruikers in de GGZ en verslavingszorg hoog, GGZ- en verslaafde patiënten roken fors meer (twee keer zoveel) dan de gewone bevolking; met name bij psychotische klachten, stemmingsstoornissen en bij alcohol- en drugsproblematiek. Nicotine is de meestgebruikte psychoactieve stof door GGZ-patiënten. Nicotineverslaving gaat vaak samen met andere verslavingen (CBO 2011).

Al deze middelen en gedragingen veroorzaken op de lange duur ernstige gezondheidsproblemen, of door de aard van het middel en/of door de manier van gebruik en daarna ook door de steeds slechter wordende leefcondities die daaruit voortkomen. Daarnaast is in het kader van de beschikbaarheid van een middel en het al dan niet illegaal zijn van een middel ook de optredende criminaliteit een bron van ergernis. En men weet inmiddels uit wetenschappelijk onderzoek ook dat langdurig gebruik voor erfelijk overdraagbare kwetsbaarheid zorgt.

1.2.1 Verslaving

Het diagnosticeren van de ernst van de problematiek wordt gestuurd door twee classificatiesystemen, de ICD-10, uitgegeven door de World Health Organisation (WHO)

waarin de diagnostische criteria van alle ziekten beschreven worden (International Classification System of Diseases) en de DSM-IV.

Definiëring

De ICD-10 spreekt over *schadelijk gebruik*: gebruik van middelen dat leidt tot lichamelijke en geestelijke schade. De DSM-IV sluit daarbij aan door *misbruik* te definiëren als: gebruik dat heeft geleid tot psychologische of maatschappelijke problemen. En door *afhankelijkheid* te definiëren als: ongecontroleerd gebruik van middelen ten gevolge van hunkering en/of onthoudingsverschijnselen, dat heeft geleid tot lichamelijke, psychische en/of sociale problemen.

In de verslavingszorg wordt echter nog een derde definiëring gebruikt: *verslaving*, dat is afhankelijkheid met geautomatiseerd gebruik van middelen dat niet gemakkelijk gestopt kan worden en waarvoor professionele hulp moet worden ingeroepen of al is ingeroepen. Verslaving als classificatie is niet terug te vinden in de ICD en DSM-IV.

Verpleegkundigen komen overal in de gezondheidszorg patiënten met verslavingsproblemen tegen. Soms onder hele andere omstandigheden waarbij de verslaving een verborgen leven leidt. Verslaafde patiënten veroorzaken voor zichzelf en voor anderen uiteindelijk overlast. Door hun manier van leven, door alle problemen die daaruit voortkomen en niet in de laatste plaats door het verslavingsgedrag dat altijd gepaard gaat met langdurig gebruik van middelen.

De behandeling van verslaafde patiënten is niet altijd even makkelijk. Dat komt door het verslavingsgedrag van de patiënt en door de sociaalmedische problematiek. Veelal wordt het gedrag beïnvloed door een psychiatrisch toestandbeeld. Verslaving is een recidiverend ziektebeeld. Herstel en terugval met vaak een steeds verder achteruitgaand beeld van de patiënt is meer gewoon dan een uitzondering. De verslaafde patiënt wil graag autonoom zijn en zo gezien worden, terwijl de levensstijl juist het tegenovergestelde laat zien voor de buitenwereld. Autonomie en de beperkingen in de gezondheidstoestand op zowel psychiatrisch, somatisch als maatschappelijk gebied beïnvloeden het proces van autonomie. De patiënt zelf heeft niet altijd het doel om te stoppen met het verslavende gedrag en de omgeving wil dat juist wel. De patiënt wil doorgaan met gebruik en juist geen last hebben van de vervelende gevolgen. Dan start een ingewikkeld patroon van wel willen gebruiken en toch hulp willen hebben. En als dan ook vanwege het illegale karakter een aantal criminele gebeurtenissen het gevolg is van zijn leefwijze, start een forensische carrière die moeilijk te stoppen is. Dit alles stelt hoge eisen aan de hulpverleners die zich in de verslavingszorg willen bekwamen. Maatschappelijk gezien is verslaving een groot probleem dat veel geld kost, veel inspanning van hulpverleners vergt en veel energie van de verslaafde zelf en zijn/haar netwerk vraagt.

1.3 De standaard van zorg bij dubbelediagnosepatiënten

De verpleegkundigenberoepsvereniging V&VN heeft sinds een aantal jaren een afdeling GGZ Verpleegkunde. Dit is een samenwerking van een aantal afdelingen van beroepsverenigingen die alle een bepaalde groep GGZ-verpleegkundigen vertegenwoordigen. De vakcommissie heeft deze belangen gecentraliseerd.

In de standaard voor verslavingsverpleegkunde worden zeven competentiedomeinen nader uitgewerkt voor de verslavingsverpleegkundige en voor de verpleegkundig specialist in de verslavingszorg. Ook in nauwe samenwerking met de Raad van Bekwaamheidsontwikkeling zijn de competenties voor de verpleegkunde op de genoemde twee niveaus, specifiek voor de verslavingszorg ontwikkeld.

Het doel van deze standaarden is het waarborgen van een goede kwaliteit van de professionele verpleegkundige, die in de verslavingszorg werkt en daar patiënten zorg verleent die kampen met verslavingsproblemen van allerlei aard. Veel te lang hebben verslavingsproblemen en daarmee ook de professionals die kozen voor de patiënten die deze problemen ervaren, binnen opleidingsinstituten en instellingen voor gezondheidszorg onvoldoende aandacht gehad. Het waarborgen van een goede standaard van zorg begint bij het vaststellen van de kwaliteit van de hulpverlener die deze zorg moet gaan verlenen. Vanuit de verpleegkundige beroepsgroep van de GGZ-afdeling V&VN is hiertoe het initiatief genomen.

De leden van het COOV en van de afdeling GGZ Verpleegkunde, Genootschap Verslavingsverpleegkunde stellen vast dat beide expertniveaus met bijbehorende opleidingsroutes erkend moeten worden, zodat de standaard van zorg de toets vormt voor de vervolgopleidingen. Accreditatie van de scholing en civiel effect voor de verpleegkundigen na hun initiële opleiding vormen gezamenlijk een borg voor een standaard van de patiëntenzorg. Binnen de ontwikkelingen die op dit gebied gaande zijn kan daarmee ook de verpleegkundige zorg en behandeling voor deze groep psychiatrische patiënten geborgd blijven.

De standaard is opgebouwd volgens de vier niveaus van verpleegkundige expertise: basisniveau (mbo en hbo), volleerd niveau en het niveau van de verpleegkundig specialist². Nadat het basisniveau is beschreven, zullen de volleerde verpleegkundige en de verpleegkundig specialist in de verslavingszorg aan de hand van hun verschillende competenties worden beschreven. Bij elk niveau zal een klein aantal gevalsbeschrijvingen worden weergegeven, waarbij kort en krachtig uitgelegd wordt waarom de problematiek bij het beschreven niveau hoort. De verschillende profielen worden afgesloten met een beschrijving van de belangrijkste elementen van de opleiding die erbij hoort.

² Begin 2012 werden de drie nieuwe beroepsprofielen voor de verzorgenden en verpleegkundigen gepresenteerd door V&VN. Het nieuwe beroepenhuis gaat twee verpleegkundigen bevatten: de hbo-opgeleide en de masterniveau opgeleide verpleegkundige. Daarnaast komen er twee professionals op het terrein van de verzorging: de verzorgende en de helpende. Deze ontwikkeling is niet meer meegenomen in deze tekst.

1.4 Internationale en Europese ontwikkelingen

Vanaf 1976 hebben in Amerika de verschillende beroepsverenigingen van verpleegkundigen de eerste aanzet gegeven tot het beïnvloeden van het niveau van de verslavingsberoepspraktijk. In 1989 heeft dat geleid tot een publicatie van de standaard voor de verslavingsverpleegkundige beroepspraktijk op twee niveaus: 'practice standards' en 'advance nursing standards'. In Nederland te vergelijken met de huidige ontwikkeling van 'volleerde' verpleegkundige (postbachelorniveau) en verpleegkundig specialist (masterniveau). In dit geval al gericht op het taakprofiel voor de verslavingszorg (Clancy, Oyefeso & Ghodse 2006).

Begrippen als comorbiditeit, motiverende gespreksvoering en dubbele diagnose staan in de jaren tachtig van de vorige eeuw al in de standaard voor verslavingsverpleegkundigen genoemd.

Naast de vaststelling van deze standaard waaraan het werken in de beroepspraktijk moest voldoen, is deze in Amerika richtinggevend voor het onderwijs. De beroepsvereniging geeft voor een belangrijk deel richting aan het beroepsvoorbereidend onderwijs. Het heeft destijds geleid tot het oprichten van de International Nurses Society on Addictions (IntNSA) in Amerika, de Association of Nurses in Substance Abuse (ANSA) in Engeland en de Drug and Alcohol Nurses of Australasia (DANA) in Australië en Nieuw-Zeeland. Daarnaast leidde het tot de publicatie van diverse boeken over verslavingsverpleegkunde (Rassool & Gafoor 1997; Rassool 2006; Naegle & D'Avanzo 2001).

De opleiding tot verpleegkundigen in de verslavingszorg is sterk gericht op de deskundigheid, maar daarnaast op het politiek bewustzijn van de professionals in relatie tot het onderwerp. Verpleegkundigen moeten in staat zijn om positie in te nemen ten aanzien van het thema verslaving in de samenleving. Zij hebben bijvoorbeeld een rol van betekenis in het signaleren en voorkomen van verslaving in gezinnen. In de jaren negentig van de vorige eeuw is in Engeland de ontwikkeling tot de specialisatie van de verpleegkunde voor de verslavingszorg op gang gekomen.

In Nederland is het onderwerp verpleegkundige zorg voor verslaafden te divers verspreid over de AGZ-verpleegkundigen en GGZ-verpleegkundigen. Circa 30% van de instromers verlaat de verslavingshulpverlening na ruim 1 jaar (Rodenburg, Vogelzang, Rijkse, De Hoog & Boon 2006), omdat ze niet afdoende waren opgeleid voor deze specialistische hulpverleningstaak. Uit onderzoek van het Instituut Verslavingsonderzoek te Rotterdam in 2006 blijkt dat er nauwelijks nieuwe en (gebleken) effectieve behandelmethoden aan bod komen en dat het onderwijs onvoldoende aansluit bij de dagelijkse praktijk van de verslavingshulpverlening, waarvan de complexiteit steeds meer toeneemt. Bijvoorbeeld patiënten met interne klachten ten gevolge van het overmatig gebruik van alcohol zijn niet in zorg bij een gespecialiseerd verpleegkundige en de verpleegkundige benadering is niet gebaseerd op een samenhang van de gezondheidsklachten op psychisch, somatisch en sociaal gebied.

Vanaf 2001 wordt er in de Raad van Bekwaamheidsontwikkeling wel samengewerkt om tot een juiste beïnvloeding van het onderwijs van de verschillende beroepsgroepen te komen.

De verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten GGZ hebben geen vastgesteld profiel voor de verslavingszorg. De Standards Addiction Nursing zijn vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie, specifiek naar de Nederlandse maatstaven in het verpleegkundig beroeps- en opleidingscontinuüm.

2 Verslavingsverpleegkundige expertise

Verslaving op zich is geen verpleegkundige diagnose. De gezondheidsproblemen die vanwege een verslaving ontstaan en de hierop voortgezette behandeling zijn echter wel belangrijke aandachtsgebieden van een verpleegkundige. Het belang van de verpleegkundige zorg aan verslaafde mensen overal in de gezondheidszorg is gericht op:

- vroegsignalering, toepassen van primaire preventie en doorverwijzing van verslavingsproblematiek;
- het leggen van contacten met verslaafden en dit uitbouwen tot begeleidingscontacten;
- het geven van voorlichting over de gevolgen van verslaving en verslavingsgedrag aan patiënten en hun familie;
- het vanuit een multidisciplinaire samenwerking uitvoeren van verpleegkundige zorg en begeleiding aan de verslaafde patiënt en zijn/haar netwerk.

In de Nederlandse verslavingszorg werken verpleegkundigen in velerlei functies. De afgelopen tien jaren zijn vele nieuwe interventies geïmplementeerd en geëvalueerd op hun effect. Een mooi voorbeeld daarvan is de verstrekking van medische heroïne (Van de Brink e.a. 2003; CCBH 2003). Verpleegkundigen werken in klinische voorzieningen als bijvoorbeeld sociotherapeut, of als verpleegkundige in de crisisopvang of kortdurende opvang van 3 keer 24 uur. Maar ook in ambulante voorzieningen als preventiemedewerker, groepsbegeleider poliklinische begeleiding, als verpleegkundig casemanager, bemoeizorger, verpleegkundige op een medische zorgunit of verpleegkundige bij een vorm van gebruikersruimte. Juist in de verslavingszorg kan de verpleegkundige en in het bijzonder de verpleegkundig specialist in de rol van hoofdbehandelaar gekwalificeerde zorg aanbieden, waarbij de diagnosestelling en indicering voor behandeling door de verpleegkundige uitgevoerd kan worden. Kortom, verpleegkundigen werken zowel in kortdurende behandelingen en zorg als de langerdurende behandelingen in de verslavingszorg/GGZ.

Behandeling van het verslavingsprobleem vindt overal in ons land via het biopsychosociale behandelingsmodel plaats. Volgens De Jong (2006) betekent dat:

- symptomatisch herstel en vermindering van de symptomatische stress, remediatie: door het voorschrijven van de juiste medicijnen en het behandelen van de bijkomende somatische en psychiatrische problemen;
- verbetering van het functioneren op diverse levensgebieden, rehabilitatie en herstel: door in de begeleiding uit te gaan van dat wat de patiënt wil en aan kan en van daaruit te motiveren tot verandering;
- verbetering van het subjectieve welbevinden, remoralisatie: door het bieden van hoop;
- vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, recovery: door toe te werken naar acceptatie van de beperkingen en anderzijds de mogelijkheden te vergroten van de patiënt zelf (herstel van het leven).

Of zoals de laatste jaren wordt geleerd; er zijn vier centrale thema's in de behandeling:

- het in kaart brengen van de functies van het gebruik van de diverse middelen/gebruiken;
- het met de patiënt ontwikkelen van alternatieven voor het gebruik;
- het ontwikkelen en opstarten van een terugvalpreventie;
- maatschappelijk herstel.

Veel wetenschappelijk onderzoek laat ons zien dat er diverse evidence-based interventies zijn ontwikkeld die de drie speerpunten krachtig ondersteunen (zie hiervoor de producten vanuit het programma Resultaten Scoren van GGZNederland en ZonMw, het programma verslaving). Toch lukt het herstel niet zo snel, de terugval in gebruik en het langzaam afzakken naar een slechter functioneringsniveau komt maar al te vaak voor.

Een behandeling staat of valt naar onze mening met twee belangrijke voorwaarden. De eerste is de motivatie van de patient en zijn omgeving. Voor het verhogen en het in stand houden van een motivatie zijn inmiddels diverse interventies met succes ontwikkeld: motiverende gespreksvoering (Rollnick & Miller 1995; Miller & Rollnick 2005), CRA (Meyers & Miller 2001; Roozen 2006) en de voucherbehandeling (contingencymanagement: DeFuentes & De Jong 2004).

De tweede belangrijke voorwaarde voor het herstel van een verslaving is het vermogen van de patient en zijn omgeving om te veranderen. En juist dat vermogen geeft veel problemen. Het is verminderd door diverse psychiatrische problematiek zoals angststoornissen, depressies en chronische schizofrenie. Maar ook door persoonlijkheidsstoornissen zoals de antisociale persoonlijkheid en de borderliner persoonlijkheidsproblematiek wordt het vermogen aangetast. En wat te denken van patiënten met aangeboren cognitieve beperkingen zoals licht verstandelijk gehandicapten (LVG) of de verworven beperkingen door de manieren van gebruik en het leven eromheen. Al deze bijkomende problematiek tast het vermogen te veranderen zodanig aan dat de patient bijna niet kan veranderen ook al zou deze het willen.

De eerste invalshoek van de behandeling en begeleiding van verslavingsproblemen is het bereiken van een stabiele biologische basis, zodat de stemming en cognitie van slecht en onrustig functioneren stabiliseert richting normaal en rustig. Dit biedt veel verpleegkundige invalshoeken zoals een goede gegevensverzameling van psychiatrische en somatische problemen, diagnostiek en vervolgens een adequate medicatieverstrekking en monitoring van de effecten hiervan. Vervolgens is een gedegen psychosociale aanpak van de verslavingsproblemen belangrijk, waarin via een langzaam op te bouwen persoonlijke relatie directe of indirecte hulp in samenhang geboden wordt op allerlei aspecten van het sociale levensgebied zoals schuldensanering, oppakken van opleidingen, leefstijltrainingen en psycho-educatie. Op dit terrein werken de verpleegkundigen samen met andere professionals. Pas dan is tijd en ruimte om aan het moreel existentiële deel te gaan werken, waarbij professionals in multidisciplinaire samenwerking samen met patiënten en hun netwerk stilstaan bij verloren gegane en weer op te bouwen bestaans- en levenswaarden, zodat gewerkt kan gaan worden aan heelwording en het krijgen of terugwinnen van een bestemming in het leven (Sitvast 2006; Seligman, Steen, Park & Peterson 2005; Roemer 2007). Binnen deze gebieden heeft de verpleegkundige als specifieke extra taak het ondersteunen van het netwerk van patiënten vanuit een contextuele benadering. Daarmee wordt bedoeld het inschatten van de situatie thuis (zwakke kanten en sterke kanten), het informeren van het netwerk over middelen en hun werking, het inlichten van familie en naasten/partners over de toestand van de patiënt en bijvoorbeeld informatie geven hoe het netwerk de patiënt blijvend kan motiveren. Tijdens de zorgverlening is het belangrijk dat verpleegkundigen rekening houden met de genetische kwetsbaarheid op verslavingsproblemen binnen families, met vroege trauma's als kind en met de huidige en vroegere persoonlijkheidsontwikkeling van een verslaafde patiënt. En als patiënten op een wachtlijst staan voor een behandelingsvorm is het de verpleegkundige die actieve zorg 'voor de voordeur' kan geven en zo de patiënt en zijn toestand kan monitoren, hem of haar kan motiveren om het vol te houden en ook het netwerk van de patiënt kan ondersteunen.

Goede zorg bij verslavingsproblematiek staat of valt met de professionele attitude van de verpleegkundige. Vakbekwaam managen van verslavingsproblematiek houdt in dat de patiënt wordt aangesproken op het gezonde deel, op zijn krachten. De patiënt serieus nemen betekent dat de hulpverlener de ander actief moet benaderen en aan moet spreken op:

- gedrag en uitingen die stoornisgerelateerd zijn;
- gedrag dat gerelateerd is aan het gebruik van middelen en aan verslavingsgedrag.

De dynamiek zal niet direct vanuit de patiënt komen en moet dus via de hulpverlener geactiveerd worden met een niet-veroordelende benadering die bestaat uit:

- grenzen stellen; duidelijk aangeven wat niet kan en welke grenzen er zijn en wat er staat te gebeuren als de patiënt deze overschrijdt;
- acceptatie van de ander; met oprechte belangstelling informeren hoe de situatie er voor de ander uitziet;

- complimenten geven; reacties teruggeven als de ander iets voor elkaar heeft weten te krijgen;
- motiveren; de ander directief benaderen.

Een belangrijk ander onderdeel van professioneel handelen bij verslavingsproblematiek is het handelen vanuit een multidisciplinair kader, zodat de verantwoordelijkheid van de behandelaar of hulpverlener versus de eigen keuzes van de patiënt gewogen worden. De hulpverlening moet zo georganiseerd zijn dat iedere discipline vanuit eigen beroepsstandaarden vanuit een gezamenlijk plan van aanpak handelt. Een goede professional heeft een actief oor en oog voor zo veel mogelijk eigen ruimte voor eigen keuzes en voor de waardigheid van de patiënt. De identiteit van de verslaafde patiënt versterkend, zodat de kwetsbaarheid vermindert door met een plan van aanpak te komen om zo te leren leven met mogelijkheden en beperkingen als gevolg van het verslavingsprobleem. Kwetsbaarheid van de individuele verslaafde patiënt vermindert door serieuze aandacht te besteden aan het netwerk, ook zij zijn deel van de behandeling (Meyers & Miller 2001; Roozen 2006). Niet alleen de verslaving moet aangepakt worden, het netwerk/gezin moet centraal staan. Zij moeten ook mee kunnen denken in de behandeling. De hulpverlener geeft daarin dan aan waar zij terecht kunnen voor hulp en het belangrijkste daarbij is dat wij als hulpverleners deze hulp actief moeten aanbieden. Bij mensen die al lang verslaafd zijn, is het belangrijk dat de hulpverlener zich realiseert dat eenzaamheid een groot probleem is. Naast cognitieve problemen moet de hulpverlener rekening houden met netwerken van patiënten die kapot zijn of alleen maar bestaan uit gebruikers. Dat beïnvloedt de route naar zingeving/herstel behoorlijk. Maar dit mag nooit een reden zijn om hier geen of onvoldoende aandacht aan te besteden. Een extra dimensie aan de professionele attitude toevoegend, zeggen wij dus dat men contextueel moet kunnen werken.

Bij iedere patiënt moet er weer een ander evenwicht gezocht worden tussen deze belangrijke componenten. Samen met het toepassen van evidence-based interventies zoals het kunnen toepassen van een CRA-behandeling en contingencymanagement (voucherbehandeling) geeft dit een attitude die het beste werkt en een relatie tot stand kan brengen waar de patiënt wel bij vaart. De kracht van het werken met protocollen en modellen zit hem juist in het per patiënt op de juiste wijze ordenen van de actuele situatie, de diagnose, de lange- en de kortetermijndoelen om van daaruit de juiste keuze te maken uit protocollen, richtlijnen en instellingsafspraken waarbij de rehabilitatie en het herstel van de patiënt en zijn netwerk als leidraad dient. Met het maken van de juiste combi's en het toepassen van de verschillende mogelijkheden hierin begint goed hulpverlenerschap. Kortom, het werken aan herstel en empowerment staat centraal in de attitude en in de benadering van de verslaafde patiënt. Het methodisch werken vanuit een verpleegkundig behandelplan is hierin leidend voor de professie.