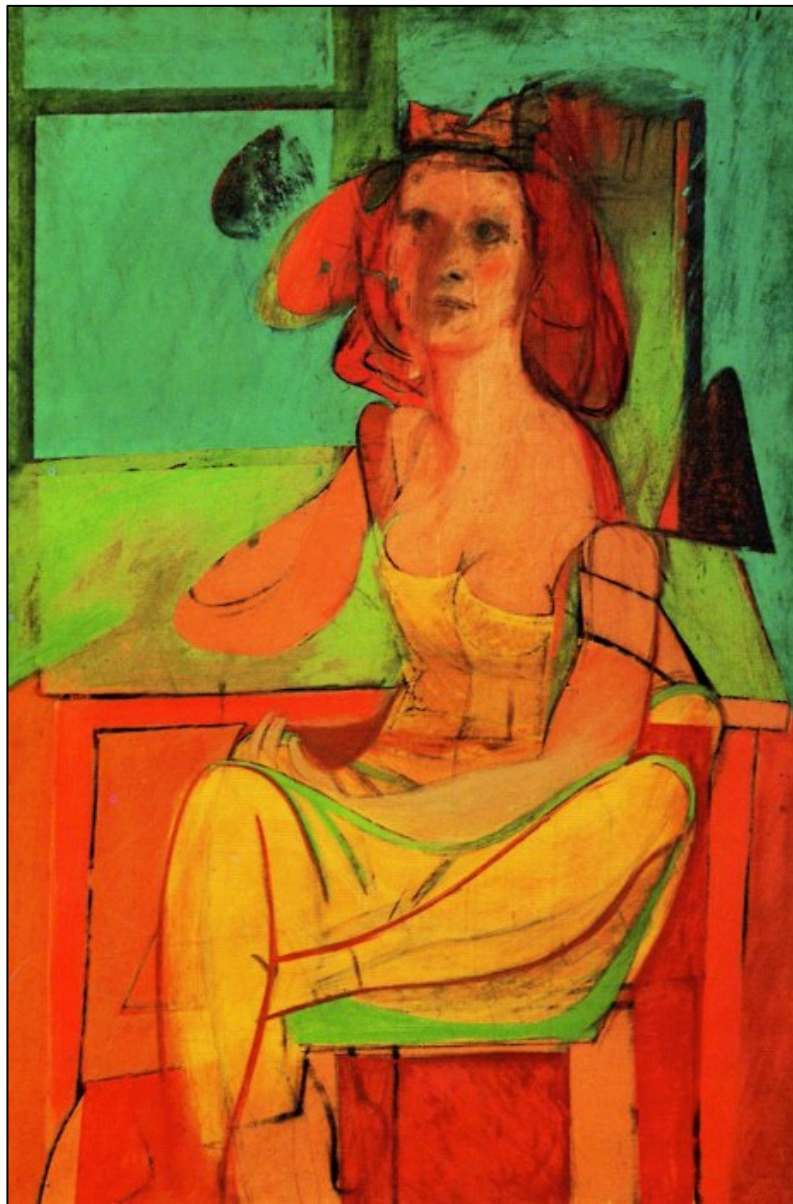


Quick Scan

Resultaten Scoren rond Herstel



Jaap van der Stel & Ronald van Gool
Haarlem / Sassenheim, Januari 2013

Quick Scan

Resultaten Scoren rond Herstel

Inhoudsopgave

1. INLEIDING	4
DOELSTELLING	4
UITVOERING	6
OPZET VAN DIT RAPPORT	6
2. ACHTERGRONDEN HERSTELBEWEGING	7
ENKELE HOOFDLIJNEN	7
PRINCIPES EN DIMENSIES	8
3. HERSTEL NADER BESCHOUWD	9
IS ER IETS NIEUWS ONDER DE ZON?	9
VIER VORMEN VAN HERSTEL	10
VERWEVENHEID	11
RELEVANTIE VOOR RESULTATEN SCOREN	14
DISCUSSIE – VOORUITLOPEND OP KRITISCH COMMENTAAR	14
4. OPGEDANE INDRUKKEN	19
SPELERS	20
5. ENKELE CONCLUSIES EN DISCUSSIEPUNTEN	23
OP ZOEK NAAR BEWIJS	24
KENNIS, HOUDING, VAARDIGHEDEN	24
BIJLAGE 1: HERSTEL IN DE VERSLAVINGSZORG. VERSLAG VAN EEN RONDGANG	26
INLEIDING	26
WERKWIJZE	26
BEVINDINGEN	27
TOT SLOT	30
BIJLAGE 2: ZIJN ER (ESSENTIËLE) KENMERKEN VAN DE WEG NAAR HERSTEL? DE VISIE VAN SAMHSA	31
DIMENSIES VAN HERSTEL	31
PRINCIPES VAN HERSTEL	31
BIJLAGE 3: INPUT VAN HET ZWARTE GAT	34
ALGEMEEN	34

INHOUD	34
COMMENTAAR	34

1. Inleiding

In dit rapport doen wij verslag van onze quick scan van de stand van zaken met betrekking tot herstel in de verslavingszorg.

Herstel is impliciet van af het begin van deze sector het doel geweest van de inspanningen en in zoverre is er niets nieuws onder de zon. Toch zijn er genoeg redenen geweest voor deze quick scan. De samenleving verandert, de cliënten veranderen, de doelen van de zorg worden anders geformuleerd, er zijn spelers (de verzekeraars nemen steeds meer invloed op de gezondheidszorg) en in het bijzonder laten cliënten steeds nadrukkelijker van zich horen.

Herstel betekende 100 jaar geleden en vele decennia daarna vooral abstinentie of geheelonthouding, van alcohol wel te verstaan. In de jaren zeventig begint het massale gebruik van drugs en was de overheid er alles aan gelegen om de problemen van verslaafden te 'normaliseren' en de gebruikers zoveel als mogelijk maatschappelijk te re-integreren – de term maatschappelijk herstel was de titel waarmee het ministerie van CRM welzijnsinstellingen subsidieerde.

Toen bleek dat abstinentie in combinatie met projecten voor wonen en werken niet voldoende soelaas bieden, en de drugsproblematiek zich verergerde, was *harm reduction* (schade beperking) het te bereiken doel. Dit werd versterkt door de opkomst van aids/hiv waardoor het voorkomen van de verspreiding daarvan het abstinentedoel overschaduwde. Het inruilen van gebruikte voor schone spuiten was daar een belangrijk onderdeel van. Voor alcoholgebruikers kwam in deze tijd parallel het leren gecontroleerd te gebruiken in zwang.

In de loop van de jaren negentig en het eerste decennium van de 21^e eeuw is de drugsproblematiek geleidelijk beheersbaar geworden. Het was ook de tijd dat de verslavingszorg zich langzamerhand kan richten op verbetering van haar werkwijzen en de kwaliteit van de zorgverlening. Dat moest ook wel want de vraag naar de effectiviteit van deze sector werd alom gesteld. Het project Resultaten Scoren is ontstaan om daar een belangrijke bijdrage aan te leveren door het entameren van praktijkgericht onderzoek, het ontwikkelen van protocollen, richtlijnen en handleidingen en het bevorderen van de kwalificaties van nieuwe en reeds in dienst genomen medewerkers.

Wie denkt dat de verslavingszorg ooit af is of dat een ingezette koers zonder tegenspraak jarenlang kan worden voortgezet rekent mis. De verslavingszorg bevindt zich – wederom – in een transitie. De discussie over wat *verslaving* is, wordt telkens opnieuw aangezwengeld. Het idee dat na jaren discussie er eindelijk consensus is over een bepaald 'paradigma', bijvoorbeeld 'verslaving is een hersenziekte' is onjuist. En zelfs onder degenen die dit idee aanvaardden zijn er fikse meningsverschillen over wat dit precies betekent en wat de consequenties ervan zijn.

Het hoeft dan ook geen verbazing te wekken dat in een sector waarin men al dan niet sluimerend het met elkaar oneens is over het zo voor deze sector zo ongeveer belangrijkste woord, men ook verschil van inzicht heeft over wat kan of moet worden bereikt. Op dit moment betreft dat onder andere de vraag wat herstel bij verslaving inhoudt en hoe dat kan worden bereikt.

Doelstelling

Met deze scan wordt beoogd enige helderheid te verschaffen over het begrip herstel zonder – voor zover dat mogelijk is – een duidelijke positie te kiezen voor de ene of de ander visie.¹ Houvast ontleen je normaliter aan iets dat kan worden gezien als

¹ Een goede bijdrage aan begripsverheldering is o.a.: El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: evolution and promises. *J Addict Med*, 6, 1-9.

referentiepunt. Bij herstel is dat lastig omdat het begrip al zo lang wordt gebruikt en in zoveel wisselende betekenissen. Daarom zal hieronder zoveel als mogelijk een woord aan herstel worden toegevoegd opdat telkens duidelijk is over wat voor type herstel er wordt gesproken.

Toch is hier sprake van een selectieve aandacht: de vormen van herstel waaraan Resultaten Scoren al vele jaren aandacht heeft besteed, in het bijzonder het 'klinische', en in mindere mate het 'functionele' herstel (NB: in § 3 staat een toelichting op het hier gemaakte onderscheid tussen klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel). De op de behandeling van symptomen en het bevorderen van abstinentie of beheerst gebruik gerichte behandelingen, worden hier slechts zijdelings aangehaald. Op dit vlak is al veel duidelijkheid verschaft, zij het dat – zoals we zullen zien – deze, vanuit een bredere visie op herstel, wellicht op termijn wel weer toe zijn aan een herziening. De focus ligt in dit rapport op het maatschappelijke en het minstens zo belangrijke, misschien nog wel wezenlijker, persoonlijke herstel.

Met deze scan wordt ook beoogd het thema herstel te benaderen vanuit het perspectief van cliënten (en ervaringskennis). Als we kijken naar de talrijke producten van Resultaten Scoren dan valt op dat de definitie van herstel, zo het woord überhaupt gebruikt is, nog vrij beperkt is gebleven. Het accent lag op klinisch herstel. En daarbij komt dat, bijna als 'vanzelfsprekendheid', het perspectief van de cliënten vrij impliciet is gebleven.²

Zonder iets of iemand te kort te willen doen treden cliënten goeddeels tevoorschijn als object van handeling (interventies) – wat zij zelf willen, kunnen, voelen of kunnen bijdragen aan hun verandering is uiteraard niet genegeerd maar komt veeleer tevoorschijn als resultaat van interventie dan als motor van het veranderingsproces van de zorg.

In de moderne, breed opgevatte visie op herstel, staan cliënten ten minste op gelijke voet ten opzichte van hulpverleners, therapeuten of begeleiders. Zo nieuw is dat natuurlijk niet – er zijn genoeg voorbeelden uit het verleden en het heden waarin op basis van gelijkwaardigheid wordt gehandeld. En het is ook niet de bedoeling hier te beweren dat in het verleden of ergens in het heden uitdrukkelijk vanuit ongelijkwaardigheid is of wordt gewerkt.

Toch is het een feit dat op de werkvloer *shared decision making* recent als een noviteit is geïntroduceerd, als iets dat verklaring en evaluatie behoefde omdat het echt niet vanzelfsprekend was dat cliënten meepraatten over hun behandeldoelen respectievelijk de selectie van behandelmethoden.

De introductie van cliëntenraden ging ook niet vanzelf en nog steeds zijn ze tweederangs ten opzichte van de wettelijk veel machtiger ondernemingsraden. Voor wie zich realiseert dat er zonder cliënten geen onderneming zou zijn is dat merkwaardig.

Invloed van cliënten is ook nog beperkt of slechts indirect waar het gaat om onderzoeksprogrammering terwijl het toch ook om onderzoek gaat dat als doel heeft om hun kwaliteit van leven te verbeteren – niet die van de hulpverleners of onderzoekers.³

² Zie over herstel vanuit het cliëntenperspectief o.a.: George, L.K. (2007). Life course perspectives on social factors and mental illness. In W.R. Avison, J.D. McLeod & B.A. Pescolido (eds), *Mental health, social mirror*. New York: Springer. Nordfjaern, T., Rundmo, T. & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17, 46-64. Panter-Brick, C & Eggerman, M. (2012). *Understanding Culture, Resilience and Mental Health: The Production of Hope*. In M. Ungar (ed.), *The social ecology of resilience: a handbook of theory and practice*. New York: Springer.

³ Zie hierover ook: Oliver, S., Clarke-Jones, L., Rees, R., Milne, R., Buchanan, P., Gabbay, J., Gyte, G.,

Hiernaast wordt ook ervaringskennis waar cliëntenorganisaties voor pleiten, naast professionele en wetenschappelijke, als derde bron van kennis nog niet heel serieus genomen, en hetzelfde geldt voor al dan niet betaalde werkers die vanuit hun ervaring deelnemen aan de verslavingszorg in brede zin.

Uitvoering

Wij hebben gepoogd in kort bestek door een blik in de (wetenschappelijke) literatuur en bestudering van rapportages, door interviews, telefonische en emailcontacten en door (participerende) observaties, zoals op vergaderingen en studiedagen, en onderlinge besprekingen ons een beeld te vormen van de stand van zaken in de verslavingszorg rond het 'vage' thema herstel, en op basis daarvan enkele conclusies te trekken waar de sector en in het bijzonder Resultaten Scoren haar voordeel mee kan doen. Zo opgevat was deze scan inderdaad *quick*. Voor een gedegen studie zou meer tijd beschikbaar moeten zijn. Anders gezegd: we hebben in deze scan gebruik gemaakt van wetenschappelijke, professionele én ervaringskennis.

Ons was al snel duidelijk dat het thema herstel, zoals gezegd, een 'vaag', of beter gezegd 'niet goed omlijnd' thema is. Met niet goed omlijnd bedoelen we dat er geen consensus is over wat onder herstel moet of kan worden verstaan en hoe zich dat verhoudt tot de huidige of toekomstige werkzaamheden, respectievelijk beleidswijzigingen. Mede hierdoor was het lastig om er bijvoorbeeld de vinger achter te krijgen wat in de Nederlandse verslavingszorg wordt gedaan aan herstel ondersteunende zorg.⁴ We willen dit echter niet meteen 'veroordelen'. We moeten ons realiseren dat de discussie over herstel in de moderne betekenis van het woord (hieronder gaan we daar dieper op in) in de verslavingszorg op de keper beschouwd nog maar van korte duur is. In het laatst geschreven visiedocument is nog niet specifiek van herstel sprake. Het Handvest van Maastricht, waarin de besturen van de instellingen een akkoord sloten met vertegenwoordigers van cliëntenraden en het 'kennisnetwerk' Het Zwarte Gat, is nog maar uit 2010. Voor degenen die met de neus op de ontwikkelingen zitten of deze zelf aanzwengelen gaan transitie wellicht zeer langzaam. Maar we moeten ons ook realiseren dat systemen zoals instellingen veel trager zijn, al zijn daarin variaties en zou het tempo sneller kunnen als de druk daartoe sterker was.

Opzet van dit rapport

Hieronder gaan we eerst in op de achtergronden van de herstelbeweging. Daarna volgt een paragraaf waarin herstel nader wordt beschouwd. Hier wordt ingegaan op vier vormen van herstel: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk. Daarna volgt een samenvattende weergave van onze indrukken (zie ook bijlage 1).

Bijlage 1 bevat verslag van het empirische gedeelte. Bijlage 2 geeft een weergave en toelichting op de door de Amerikaanse organisatie SAMHSA geformuleerde kenmerken van herstel. Op ons verzoek heeft Het Zwarte Gat haar visie op herstel en herstelondersteuning op schrift gezet.⁵ Dit rapport was te omvangrijk om in dit verslag

Oakley, A. & Stein, K. (2004). Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. *Health Technol Assess.* 8, 1-148, III-IV.

⁴ Uit de talloze relevante bronnen over dit onderwerp noemen we deze twee: Hser, Y.-I. & Anglin, D. (2011). *Addiction treatment and recovery careers*. In J.F. Kelly & W.L. White, *Addiction recovery management: theory, research and practice*. Current clinical psychiatry. New York: Springer Science & Business Media. White, W. & Kurtz, E. (2005). *The Varieties of Recovery Experience*. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

⁵ Zie: Oude Bos, J., Haan, G. De, Schippers, R., Nattem, M. & Stollenga, M. (2012). *Klimaatverandering, een vitale, herstelondersteunende zorg? Mix van ervaringskennis en zelfsturing, broeikasgas of juist de remedie. Essay ten behoeve van de quick scan van Resultaten Scoren*. Groningen, Dalfsen, Amsterdam, Nijmegen: Kennisnetwerk Het Zwarte Gat.

als bijlage op te nemen. Het wordt separaat beschikbaar gesteld aan Resultaten Scoren. In bijlage 3 staat een overzicht van de daarin besproken thema's.

2. Achtergronden herstelbeweging

Enkele hoofdlijnen

Het is zinvol in te gaan op de achtergronden van de herstelbeweging en verder verwijzen we naar enkele belangrijke overzichtswerken.⁶ In kort bestek wijzen we op het volgende:

- De herstelbeweging in de GGz en verslavingszorg vindt haar oorsprong vooral in Angelsaksische landen. Wat de verslavingszorg betreft bouwt het voor op tradities die al heel oud zijn. In de spreekkamers van het eerste consultatiebureau voor alcoholisme zaten voormalige drankzuchtigen / geheelonthouders die contact zochten met de nieuwe bezoekers en hen probeerden 'over te halen' tot abstinentie. Vervolgens werden cliënten opgevangen door geheelonthoudersgroepen. Dit was 'peer-support' en 'ervaringsdeskundigheid' avant la lettre.⁷ Ook de AA-beweging en de hiërarchische therapeutische gemeenschappen zijn in veel opzichten voorlopers van de huidige beweging.
- Het afgelopen decennium zijn er, in het bijzonder in de algemene GGz allerlei initiatieven ontplooid gericht op 'empowerment' van mensen met een ernstige en langdurende psychische aandoening. Ervaringswerkers of deskundigen zijn op velerlei gebieden actief – binnen en buiten de traditionele instellingen. Ook de sociale media nemen daarin een belangrijke plaats in.
- In de GGz en verslavingszorg worden in de instellingen discussies gevoerd, plannen gemaakt en projecten geïnitieerd gericht op herstelondersteunende zorg. De moeilijkheid hierbij is dat cliënten enerzijds 'aan zet zijn', dus zo min mogelijk gestuurd moeten worden in een gewenste richting, terwijl werkers van oorsprong gewend zijn om te helpen, te interveniëren of te 'redden' (werkers in de alcoholistenzorg heetten in het verleden letterlijk 'reddingswerkers').
- De herstelbeweging is ontstaan vanuit kritiek op de overheersende 'negatieve' benadering van mensen met een psychische aandoening en kritiek op de – vereenzelviging van de persoon met de stoornis. Zodra iemand een diagnose krijgt wordt dat ervaren als een stigma, en zo werkt het maatschappelijk ook door. Mensen met een verslaving worden als 'verslaafden' gelabeld, terwijl ze naast hun verslaving nog vele andere identiteiten hebben (al weerspreekt dit niet dat in een ernstige chronische verslavingsgeschiedenis daarin forse inperkingen kunnen plaatsvinden).

⁶ Zie ook: Stel, Jaap van der (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom|Lemma. Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge, New York: Cambridge University Press. Andresen, R., Oades, L.G. & Caputi, P. (2011). *Psychological recovery. Beyond mental illness*. Chichester: Wiley-Blackwell. Rudnick, A. (ed., 2012). *Recovery of people with mental illness. Philosophical and related perspectives*. Oxford: Oxford university Press. Fardella, J.A. (2008). The recovery model: discourse ethics and the retrieval of the self. *J Med Humanit*, 29, 111-126. Kellogg, S.H. & Tatarsky, A. (2012). Re-envisioning addiction treatment: a six-point plan. *Alcohol Treat Q.* 30, 109-128.

⁷ Stel, J.C. van der. (1995). *Drinken, drank en dronkenschap; Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland – een historisch-sociologische studie*. Academisch proefschrift, Universiteit Utrecht; tevens verschenen als handelseditie: Hilversum: Verloren, 1995.

- De herstelbeweging benadrukt het subjectkarakter van de betrokkenen (hun 'agency'⁸), en benadrukt het belang van relativering, of beter gezegd: *framing*, van de 'stoornis' en de rol als 'patiënt'. De rol van actief burgerschap wordt naar voren geschoven als gewenst perspectief.
- Autonome zelfbepaling, als deelnemer aan sociale verbanden, het (her)ontwikkelen van eigen waarden, vergroten van zelfrespect, zelfwaardering en zelfvertrouwen, nieuwe doelen en strategieën om het leven weer zelf vorm te geven, staan voor mensen in een herstelproces centraal. Dit sluit niet uit dat men gemotiveerd(er) deelneemt aan een behandelprogramma, maar kenmerkend voor de herstelbeweging is ook de benadrukking van het bevorderen van zelfhulp⁹, peer-support, en het eventueel leven *met* een aandoening in plaats van *er – zonder succes – tegen* zijn. Ook het zelf 'runnen' van instellingen kan deel uitmaken van een actief herstelproces.¹⁰
- De herstelbeweging is echter geen 'antipsychiatrie'. Weliswaar wordt de fixatie op klinisch herstel gerelativeerd ten gunste van persoonlijk en maatschappelijk herstel, maar dat doet niets af aan de erkenning dat goede, effectieve behandeling waardevol is of kan zijn.

Principes en dimensies

Diverse auteurs hebben geschreven over principes en dimensies van herstel. Als we de nuances over het hoofd zien is er redelijke consensus over. In de hierna volgende box staan enkele principes van het Strength-model dat exemplarisch is voor herstelondersteunende zorg.

Zes principes van het strength-based recovery model (bron: victoriahouse.org.nz)
1. Focus is on the person's strengths, not pathology, symptoms, weaknesses, problems or deficits. Focusing on problems at best restores a person to the status quo. Developing their strengths and encouraging their aspirations leads to growth and accomplishments. Another benefit of focusing on strengths is that one is more likely to uncover the uniqueness of an individual than if one focuses on their deficits, which may be common to a large group of similarly disabled. 2. Social interactions within the community is viewed as an source of support, not as an obstacle to working with clients. The wider community is the foundation of mental health. There are far more naturally occurring resources than those that can be provided by mental health teams. The emphasis is on engaging people in existing, normal services, as opposed to

⁸ Zie ook: Gowan, T., Whetstone, S. & Andic, T. (2012). Addiction, agency, and the politics of self-control: doing harm reduction in a heroin users' group. *Soc Sci Med*, 74, 1251-1260.

⁹ Verslaving heeft in veel gevallen een chronisch beloop. Maar daar staat tegenover dat er ook een groot aantal mensen die misbruik maken van middelen spontaan herstelt. Over zelfverandering: Klingemann, H., Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (2010). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105, 1510-1518. Slutske, W.S. (2010). Why is natural recovery so common for addictive disorders? *Addiction*, 105, 1520-1521.

¹⁰ Zie o.a.: Holter, M.C., Mowbray, C.T., Bellamy, C.D., MacFarlane, P. & Dukarski, J. (2004). Critical ingredients of consumer run services: results of a national survey. *Community Ment Health J*, 40, 47-63.

creating services for use only by a disabled group.

3. **Interventions are based on the principle of clients' self-determination.** Nothing is done without the client's approval. The client is the director and as such has the right to make decisions that succeed—or mistakes to learn from.
4. **The case manager/client relationship is primary and essential.** They need to be there beside the client when the going gets tough. People need someone to confide in, to share their joys and sorrows.
5. **Assertive outreach is the preferred mode of intervention.** It is preferable to engage with the client in the park, their home, or a café, than to see them in an office. Case managers learn more about their clients when they make an effort to engage in the context of their environment.
6. **People with serious mental illness continue to grow, to learn and to change.**

Zie ook bijlage 2: dimensies en principes van herstel volgens SAMHSA.

3. Herstel nader beschouwd

Is er iets nieuws onder de zon?

De term 'herstel' is een bron van misverstanden. Het woord werd voordien al lang gebruikt in de gezondheidszorg en daarbuiten. Zo beschouwd kan iedereen claimen dat er al lang aan herstel werd gewerkt, en dat er niets nieuws onder de zon is. Of dat de herstelprincipes waar de cliëntenbeweging de nadruk op legde in het verleden al werden omarmd, bijvoorbeeld door psychotherapeuten of in therapeutische gemeenschappen, of in de AA-groepen.

Voor een deel is dat geheel juist: de claims van de cliëntenbeweging zijn historisch niet uniek in zoverre dat ze gebaseerd zijn op oude tradities. Nieuw is wel dat cliënten zich er zo hard voor maken en er daadwerkelijk – zelforganiserend – mee aan de slag zijn gegaan. En nieuw is ook dat, wat in de tijd van de antipsychiatrie nog niet lukte, de kritiek wordt vervat in voorstellen voor reorganisatie van de systemen van de bestaande zorg, dat (ex)cliënten zich er sterk voor maken dat zij als 'deskundige' actief deelnemen aan het zorgproces, en dat er directe lijnen worden geopend met zorgverzekeraars over inkoopcriteria.

Het belangrijkste verschil met kritiekbewegingen uit het verleden is dat het niet is gebleven bij kritiek op 'het systeem' maar dat het idee van herstel *stoelt op* of in ieder geval *strookt met* inzichten uit modern wetenschappelijk onderzoek en theorievorming. Voorbeelden hiervan zijn: de positieve psychologie (grondlegger Martin Seligman)¹¹, de identiteitstheorie¹², de zelfdeterminatietheorie (grondleggers Deci & Ryan¹³) en de

¹¹ Krentzman, A.R. (2012). Review of the application of positive psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychol Addict Behav*, Sep 17. [Epub ahead of print].

¹² Zie over identiteit: Burke, P.J. & Stets, J.E. (2009). *Identity Theory*. New York: Oxford University Press. Roman, M.W. (2006). The process of recovery: a tale of two men. *Issues Ment Health Nurs*, 27, 537-557. Doukas, N. & Cullen, J. (2009). Recovered, in recovery or recovering from substance abuse? A question of identity. *J Psychoactive Drugs*, 41, 391-394.

¹³ Deze auteurs hebben veel gepubliceerd. Diverse artikelen zijn full-tekst beschikbaar op: <http://www.selfdeterminationtheory.org>.

inzichten rondom zelfregulatie en executieve functies.^{14 15} Deze, empirisch onderbouwde, theorieën zijn niet ontstaan ten behoeve van de herstelbeweging, maar ze geven er wel steun aan en ze maken nieuwe aangrijpingspunten zichtbaar om herstel te bevorderen (of maken zichtbaar waarom herstel niet plaats vindt).

Vier vormen van herstel

Om helderheid te verschaffen in de diverse visies of perspectieven op herstel, en niet bij voorbaat een positie te kiezen voor de ene of de andere visie op herstel, heeft Van der Stel (2012) een indeling van vier vormen of typen van herstel voorgesteld. Tezamen kan daarmee het gehele spectrum van herstelwerkzaamheden in de GGz en verslavingszorg beschreven worden. En tezamen zijn ze voorwaarden voor verhoging van de kwaliteit van leven.¹⁶

Bij de zorg voor mensen met een psychische (maar ook lichamelijke) aandoening gaat het in essentie om deze vier vragen:

1. **KLINISCH** | Lukt het om de betrokkene te vrijwaren van symptomen van ziekte of de progressie daarvan te stoppen? Dit is de vraag naar *klinisch herstel*, met genezing als de daarvan meest ideale variant daarvan. Het is de taakstelling van degenen die een behandeltaak hebben.
2. **FUNCTIONEEL** | Lukt het om het door de aandoening opgelopen functieverlies te verhelpen of ten minste te compenseren? Dit is de vraag naar het *functioneel herstel*. Het gaat hier om het lichamelijke, psychische en sociale functioneren opdat de betrokkene weer de voor hem of haar relevante rollen kan spelen. In de geneeskunde komt dit overeen met revalidatie. Programma's voor rehabilitatie in de GGz omvatten over het algemeen elementen van functioneel en maatschappelijk herstel.
3. **MAATSCHAPPELIJK** | Lukt het om de door de aandoening niet verkregen en/of verloren maatschappelijke positie alsnog te bereiken of weer terug te krijgen? Dit is de vraag naar *maatschappelijk herstel*. Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg in engere zin. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject, plekken (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is en veronderstelt de-stigmatisering en dat de betrokkenen bij voorkeur met open armen worden ontvangen.
4. **PERSOONLIJK** | Lukt het om de persoonlijke voorwaarden voor herstel te optimaliseren opdat de betrokkene in staat is zijn of haar herstel zelf ter hand te nemen? Dit is de vraag naar het *persoonlijk herstel*. Het betreft een voor elk individu specifiek proces, het veronderstelt een geschikte sociale en culturele context, maar het is het minst door 'interventies' te beïnvloeden. Persoonlijk

¹⁴ Zie over executieve functies en zelfregulatie: Barkley, R.A. (2012). *Executive functions : what they are, how they work, and why they evolved*. New York: Guilford Press. Bickel, W.K., Jarmolowicz, D.P., Mueller, E.T., Gatchalian, K.M. & McClure, S.M. Are executive function and impulsivity antipodes? A conceptual reconstruction with special reference to addiction. *Psychopharmacology (Berl)*, 221, 361-387.

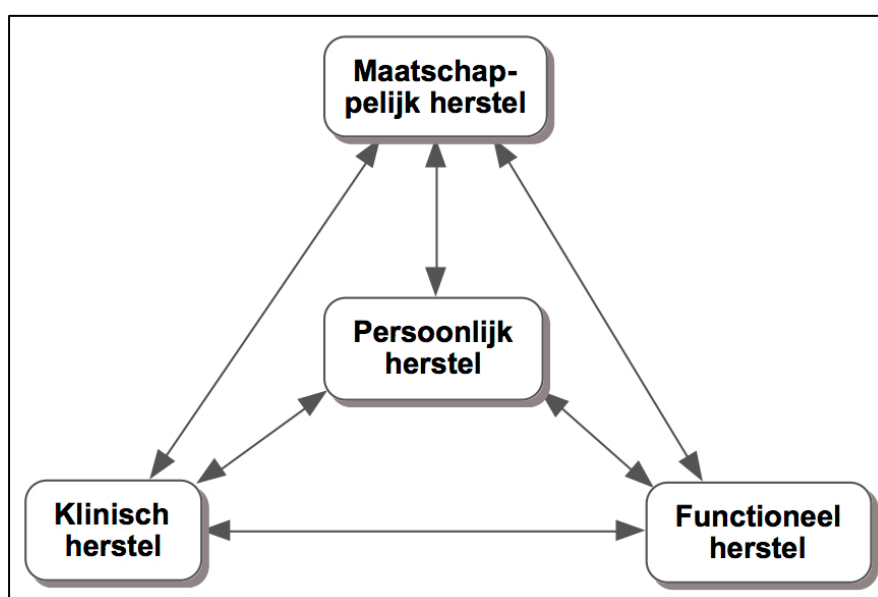
¹⁵ Voor de bevordering van of ondersteuning bij zelfregulatie kan moderne (mobiele) technologie (e-health) in belangrijke mate bijdragen. Zie over e-health: Marsch, L.A. (2012). Leveraging technology to enhance addiction treatment and recovery. *J Addict Dis*, 31, 313-318. Johnson, K., Isham, A., Shah, D.V. & Gustafson, D.H. (2011). Potential roles for new communication technologies in treatment of addiction. *Curr Psychiatry Rep*, 13, 390-397.

¹⁶ Zie ook: Laudet, A.B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addict Sci Clin Pract*, 6, 44-55.

herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene essentiële waarden en doelen. Het gaat om zelfvertrouwen en hoop op verandering. Het houdt verband met de ontwikkeling van de motivatie tot verandering van het gedrag. En het hangt samen met de vraag of en hoe de meer of minder verplichte identiteiten en rollen die voor de betrokkene in het geding zijn (zoals de rol van 'patiënt' of de identiteit [het etiket] van 'verslaafde' of 'autist') stroken of botsen met 'het ware zelf'. Zelfwaardering, positieve emoties en intrinsieke motivatie zijn bij persoonlijk herstel drijvende krachten. Ook een toenemend inzicht in, en relativisering van de betekenis van de ziekte of stoornis, versterkt het persoonlijk vermogen om persoon en ziekte als aparte dingen te kunnen zien.

Verwevenheid

Aan al deze vormen van herstel is in de geestelijke gezondheidszorg altijd gewerkt – in ieder geval impliciet. Pas recent wordt het onderscheid geëxpliciteerd. De inbreng van cliëntenorganisaties vormde hierbij een belangrijke impuls. Zie figuur.



Figuur: hier worden de vier vormen van herstel gepresenteerd in onderlinge samenhang – ze hangen met elkaar samen en versterken elkaar. Het is wellicht beter ze als 'aspecten' of 'dimensies' van herstel aan te duiden dan als 'fasen'.

Deze vier vormen van herstel omvatten het gehele spectrum van herstel, respectievelijk van de op verbetering van de kwaliteit van leven gerichte zorg. Hierbij kunnen vier opmerkingen aan worden toegevoegd (zie ook de verderop geplaatste discussieparagraaf voor een nadere toelichting):

1. **GEEN VOLGORDE OF HIËRARCHIE** | Ook al wordt in de praktijk het klinisch herstel gezien als voorafgaande aan functioneel, maatschappelijk of persoonlijk herstel, het is verstandig de dynamiek van deze vormen van herstel als relatief zelfstandig van elkaar te concipiëren. Onderzoek en praktijkervaring ondersteunen dit idee. Wel kan per individu een specifiek volgorde meer voor de hand liggen (of hebben gelegen).
2. **MOTORFUNCTIE** | Het is aannemelijk, maar onderzoek moet hier nog meer duidelijkheid over verschaffen, dat persoonlijk herstel *de*, of in ieder geval *een* belangrijke, motor is van klinisch is en mutatis mutandis ook van de andere vormen van herstel.¹⁷ Dit betekent niet dat volgtijdelijk eerst sprake moet zijn

¹⁷ Ogenschijnlijk is dit lastig te onderzoeken. Maar met modern hersenonderzoek kan bijvoorbeeld worden vastgesteld of en hoe bij behandelprogramma's de betrokkenen de naar

van persoonlijk herstel voordat bijvoorbeeld klinisch herstel mogelijk is. Wel suggereert de uitspraak dat persoonlijk herstel sterk bijdraagt aan de *participatie* aan en de *werkzaamheid* en *duurzaamheid* van klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel. Omgekeerd voorspelt gebrek aan persoonlijk herstel geringe bereidheid tot deelname aan programma's voor klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel en/of beperkte en tijdelijke effecten van interventies.

3. ONDERLINGE SAMENHANG | Het is niet productief om het onderscheid tussen deze vier vormen van herstel op te vatten als een voorstel tot functiescheiding in de zorg. Deze vier hersteltypen zijn van elkaar afhankelijk en (behaalde resultaten) beïnvloeden elkaar. In het denken over klinisch herstel kan dus worden nagegaan hoe dit, naast remissie van symptomen, kan bijdragen aan de vooruitgang op het gebied van de andere vormen van herstel, en omgekeerd. Zo kunnen de op mindfulness gebaseerde behandelingen worden opgevat als bijdragen aan klinisch herstel (minder symptomen), functioneel herstel (beter executief functioneren) én persoonlijk herstel (betere geestelijke gezondheid en welzijn). Dit kan vervolgens een belangrijke voorwaarde zijn voor succesvol maatschappelijk herstel.
4. BELANG STAGERING & PROFILERING | Als het klopt dat er geen standaardroute bestaat voor herstel en er dus ook geen standaardprogramma mogelijk is dat voor iedereen geldig is, is het eens te meer van belang om stagering en profilering op de agenda te zetten. Uit de drie voorgaande opmerkingen kan niet worden afgeleid dat er geen stadia kunnen worden onderscheiden, in ieder geval bij subgroepen, en dat het geen zin heeft profielen op te stellen op basis waarvan kan worden voorspeld wie wel of geen kans heeft op herstel en/of wat de aangrijpingspunten zijn om dit – ondanks alles – toch te kunnen bewerkstelligen. Maar de kennis die nodig is om betrouwbare uitspraken te doen over stadia en de specificatie naar subgroepen of individuen is nu niet in voldoende mate beschikbaar – in ieder geval is de beschikbare kennis nog niet voldoende gesystematiseerd.

Systemen en werkwijzen voor stagering en profilering bestaan er echter nog niet of nauwelijks in de psychiatrie. En voor zover ze bestaan zijn ze vooral gericht op ziekte en daarmee op klinisch herstel. Er is veel voor nodig, in het bijzonder het creëren en analyseren van omvangrijke databestanden, om zulke systemen en werkwijzen tot stand te brengen, vooral als ook de andere typen herstel daarin worden meegenomen.¹⁸ Maar de uiteindelijke opbrengst kan heel groot zijn. Het kan een fundament leggen onder de wens om in de GGz en verslavingszorg stadium- en individuspecifieke zorg te leveren, en – wellicht wel het belangrijkste – ertoe bij te dragen dat de zorg eerder wordt geboden. Vroegtijdige hulp is meestal kosteneffectief en draagt bij aan het voorkomen van chroniciteit of in ieder geval een minder ernstig beloop.¹⁹

Als we *succesgevallen* uit het verleden waarbij iemand na vele jaren ernstig middelengebruik toch weer is opgekrabbeld, zouden beschrijven (dus nog voor de komst van de herstelbeweging), en gebruik zouden maken van de voornoemde

hun zelf verwijzende hersensystemen (het *default netwerk* in de middenstructuren van het brein) worden geactiveerd. Zie verder: Mantini, D. & Vanduffel, W. (2010). Emerging Roles of the Brain's Default Network. *Neuroscientist*, 10. [Epub ahead of print].

¹⁸ Mogelijk kan het ROM-systeem, gekoppeld aan de elektronische dossiers, ertoe bijdragen dat zulke databestanden tot stand komen.

¹⁹ Zie ook: Stel, J. Van der (2011). Resultaten boeken in een complexe wereld. Wat de GGz en de psychiatrie kunnen leren van de oncologie. *MGv*, 66, 720-733.

vierdeling, dan is het onontkoombaar om alle vormen daarbij te moeten gebruiken:

- Er zal een zekere mate van klinisch herstel hebben plaatsgevonden (de persoon leeft met minder symptomen, wellicht is hij of zij wel helemaal 'genezen'). NB: in de reguliere geneeskunde staat deze vorm van herstel centraal.
- Door de langdurige verslavingsgeschiedenis kunnen allerlei biologische, psychologische en sociale functies ontregeld zijn geraakt, of – als het om jongeren gaat – niet goed zijn ontwikkeld. Functioneel herstel is erop gericht het niveau van functioneren te verhogen. NB: in de reguliere geneeskunde gaat het om revalidatie, bijvoorbeeld als na behandeling van een ernstige knieblesure de persoon geholpen wordt weer normaal kunnen te lopen.
- Wat wellicht niet geldt bij een knieblesure geldt wel voor mensen met een ernstige psychische aandoening, waaronder verslaving: de samenleving hanteert allerlei vooroordelen of stigma's zodra er sprake is van een psychische stoornis, plaatsen voor maatschappelijke re-integratie zijn dun bezaaid. Anders gezegd: maatschappelijk herstel is een enorme opgave en ondersteuning is vaak noodzakelijk om een geschikte woonruimte te bemachtigen, betaald werk te vinden, een nieuwe relatie aan te gaan of – al dan niet gebruik makend van een specifieke regeling – een opleiding te beginnen (of eindelijk af te ronden).
- De herstelbeweging benadrukt het belang van maatschappelijk herstel, maar, of dat nu wel of niet met zoveel woorden wordt benadrukt: de kern van alle herstel ligt in het persoonlijke herstel. Persoonlijk herstel relativeert niet de betekenis van de andere vormen van herstel, en in zoverre is het ook geen 'kritiek' of 'alternatief' voor bijvoorbeeld klinisch herstel.

Wel is het de belangrijkste motor van de diverse andere vormen van herstel: het persoonlijke herstel is de bron van motivatie om aan programma's deel te nemen, hier vindt de persoon de kracht om de bakens te verzetten, zichzelf weer te vinden en de ervaringen uit het verleden te verwerken in het eigen levensverhaal. Hoop en optimisme, geloof hebben in jezelf moeten mensen uiteindelijk zelf genereren. Niemand kan jouw *zelf* voor jou reguleren.

NB: het is mogelijk dat met hulp van het moderne hersenonderzoek, waaronder de recente kennis over het default netwerk – de middenstructuren van de hersenen die betrokken zijn bij de informatie die op het zelf betrekking hebben – in de toekomst kan worden aangetoond dat als het cliënten lukt die structuren te activeren gedurende een (bijvoorbeeld cognitief gedragstherapeutische) behandeling, de kans op een duurzaam effect groter is dan bij cliënten die daar niet toe in staat zijn of dat niet doen.²⁰

Ervaring en voor een deel ook empirisch onderzoek leert, zoals gezegd, dat deze vormen van herstel relatief onafhankelijk van elkaar zijn, dus niet in een dwingende volgorde staan of in een hiërarchie. Dit laat uiteraard onverlet dat onder omstandigheden een dwingende volgorde geboden is (bijvoorbeeld bij een crisisinterventie) maar ook dan is zo'n volgorde niet absoluut. Voor de een kan een start met maatschappelijk herstel (aanbod van een baan) het begin zijn geweest van het gemotiveerd deelnemen aan een behandelprogramma, terwijl voor een ander wellicht het omgekeerde gold.

²⁰ Een hypothese is dat zo'n activering een voorspellende waarde heeft voor de mate waarin en wijze waarop een psychologische behandeling (duurzaam) resultaat oplevert. Dit is afhankelijk van het functioneren van het default netwerk: bij diverse psychische stoornissen treden hierbij disfuncties op. Zie bijvoorbeeld: Anticevic, A., Cole, M.W., Murray, J.D., Corlett, P.R., Wang, X.J. & Krystal, J.H. (2012). The role of default network deactivation in cognition and disease. *Trends Cogn Sci*, 16, 584-592.

In de algemene GGz is er ook de ervaring dat functioneel herstel al kan worden ingezet terwijl het klinisch herstel nog maar net is begonnen. Als basisregel geldt voor de herstelbeweging niet voor niets dat elk herstelproces uniek is en dat er geen of nauwelijks ‘wetten’ bestaan die voorschrijven hoe herstel het beste kan plaatsvinden.

Relevantie voor Resultaten Scoren

Naar onze mening is het belangrijk in het kader van Resultaten Scoren of een andere instantie deze vierdeling nader te onderzoeken, te onderbouwen en te operationaliseren. Daarmee is voor de toekomst beter gegarandeerd dat de discussie over herstel zich expliciet richt op een bepaald type herstel en/of een bepaalde combinatie van hersteltypen. Want, dat moet wel benadrukt worden: het onderzoek is theoretisch. In de praktijk bestaan (en bestonden altijd al) mengvormen.

Het is nauwelijks mogelijk om te werken aan klinisch herstel (in de zin van behandelaar *x* pleegt een interventie op cliënt *y*) zonder dat er sprake is van het aanspreken van bronnen bij het individu die, als deze daar actief, gemotiveerd aan bijdraagt, kunnen worden omschreven als een begin of een fase in het persoonlijk herstel.

Het is dan ook niet letterlijk te nemen dat in het interventiemodel de behandelaar de cliënt louter als ‘object’ en niet ook als ‘subject’ ziet. Het is voorstelbaar in een strikt medische context, zoals in een operatiekamer, waar de patiënt tijdelijk is gereduceerd tot een te behandelen orgaan of orgaansysteem. Vooral in de psychotherapie of sociotherapie is er een lange traditie waarin de ‘aspecifieke behandelfactoren’ (zie ook Van der Stel, 2012) van cruciaal belang worden gezien voor het welslagen van een behandeling – geen aandacht hiervoor hebben kan leiden tot averechtse effecten (afbreken behandeling of verergering van het klinisch beeld).

Discussie – vooruitlopend op kritisch commentaar

De hiervoor gepresenteerde visie op herstel komt niet bij voorbaat overeen met de opvattingen van de beroepskrachten, cliënten, ervaringsdeskundigen of onderzoekers in of om de verslavingszorg. Om deze reden wordt hieronder – in de vorm van vraag en antwoord – een en ander nog eens verduidelijkt. Deze paragraaf bevat diverse aannames waar de auteurs goede redenen voor hebben, maar die uiteraard discutabel zijn.

1. Is het terecht om het accent te leggen op persoonlijk herstel?

Het is belangrijk, in alle vormen van geestelijke gezondheidszorg, en de verslavingszorg vormt daarop geen uitzondering, te benadrukken dat cliënten – hoe dan ook, wat hun uitgangspositie ook is – de veranderingen zelf willen, zelf ook kunnen veranderen en deze zelf ook gedaan hebben. Hoe hard hulpverleners of therapeuten zich ook hebben ingespannen: uiteindelijk brengen zij slechts de voorwaarden aan (door een adequate sociaalpsychologische context, door verstrekken van medicatie, door cliënten te helpen bij het ordenen en zélf reguleren van gedachten, gevoelens en hun gedrag) opdat cliënten zelf veranderingen kunnen bewerkstelligen. Het omgekeerde idee, dat de therapeut dit heeft gedaan lijkt plausibel, maar is foutief en kan averchts werken. Zij kunnen slechts (en ‘slechts’ is, om dat effectief te doen, heel moeilijk) een steiger bouwen waaraan cliënten zich kunnen optrekken: een steiger die mensen helpt bij de realisatie van deze vier herstelprocessen (Andresen e.a., 2011):

1. Het vinden en handhaven van hoop.
2. Zelf verantwoordelijkheid nemen voor gezondheid en welzijn.
3. Een positieve identiteit te vormen.
4. De zin in en van het leven te vinden.

Deze centrale herstelprocessen heeft Andresen op gekoppeld aan vijf stadia van persoonlijk herstel en het resultaat daarvan staat weergegeven in de onderstaande matrix:

Tabel: vijf stadia van persoonlijk herstel gerelateerd aan vier centrale herstelprocessen (Andresen e.a., 2011; herkomst tabel: Van der Stel, 2012).

	Hoop	Verantwoorde- lijkheid	Identiteit	Betekenis
1 Moratorium	hopeloosheid	machteloosheid	verlies van gevoel van eigenwaarde	verlies van het doel in het leven
2 Bewustwording	het ontstaan van hoop	behoefte invloed uit te oefenen	ik ben niet de aandoening	behoefte aan een doel in het leven
3 Voorbereiding	mobiliseren van bronnen	het nemen van autonome stappen	het opmaken van een interne balans	herijking van doelen
4 Verbouwing	actief nastreven van doelen	het nemen van controle	herdefinitie van zichzelf	gewaardeerde doelen
5 Groei	optimisme over de toekomst	controle hebben over het leven en eigen welzijn	een authentiek zelf	een zinvol leven leiden

Het is het inzicht van de herstelbeweging en ervaringsdeskundigen, en overigens ook van diverse therapeutische stromingen, dat als deze persoonlijke component ontbreekt en – sterker nog – niet centraal staat, de resultaten van de zorg beperkt zullen zijn. In het bijzonder wanneer de problemen al lang bestaan.

Kortom: mensen doen het uiteindelijk zelf. Maar dat is in de klinische zorg niet anders, in zoverre dat bij genezing (klinisch herstel) het lichaam zich herstelt: de behandelaar geneest niet maar, zoals het woord al aangeeft, ‘behandelt’ slechts.

Dat persoonlijk herstel hier centraal staat, is ook gebaseerd op de uitkomst van de analyses van onderzoekers als (onder anderen) Slade of Andresen. We vermoeden (een vraag voor empirisch onderzoek) dat als we gelukke en niet gelukke veranderingen na interventies bij individuen willen verklaren (waarom bij de een wel, bij de ander geen succes) je er niet aan ontkomt om de persoonlijke herstelcomponent daarbij te betrekken. Niet voor niets wordt dit aspect in moderne behandelingen (dialectische gedragstherapie als voorbeeld) ook steeds beter geïntegreerd: door het persoonlijke expliciet te maken. We zien dit in het algemeen in alle op mindfulness gebaseerde behandelingen terugkomen: een focus op persoonlijk herstel.²¹ Vermoedelijk geldt ook voor alle vormen van klassieke psychotherapie (die verder reikt dan symptoomreductie) dat het gaat om het bevorderen van persoonlijk herstel. Daarmee is meteen al een antwoord gegeven op de vierde vraag hieronder.

2. Wordt persoonlijk herstel niet te ‘individualistisch’ gepresenteerd en worden sociaalpsychologische factoren niet sterk verwaarloosd? (Zie ook de principes van de SAMSHA in bijlage 2.)

Het is volgens ons belangrijk vast te houden aan dit beginsel: persoonlijk is iets anders dan ‘individueel’; persoonlijk herstel is bij uitstek ook een sociaal en cultureel proces. Slade (2009) onderscheidt vier hersteltaken:

1. Het ontwikkelen van een positieve identiteit.
2. Het ‘framen’ van de psychische aandoening.

²¹ Een trend is dat in bestaande programma’s, bijvoorbeeld cognitief-gedragstherapeutische therapieën, elementen van persoonlijk herstel expliciet ingebouwd worden. Bij de op mindfulness gebaseerde programma’s was deze ontwikkeling al langer gaande.

- a. Inkaderen: de psychische aandoening zien als slechts een aspect van het zelf.
- b. Ruimte scheppen: aandacht geven aan andere persoonskenmerken of aspecten van het leven.
- 3. Het zelf managen van de aandoening en haar gevolgen.
- 4. Het ontwikkelen van positief gewaardeerde sociale rollen.

Vereisten daarbij zijn het aangaan, onderhouden en verder ontwikkelen van sociale relaties. Mensen zijn bij uitstek sociale wezens, hun identiteit is afhankelijk van hun plaats in de wereld en de perceptie van anderen. Het idee 'herstellen doe je zelf' impliceert dus – per definitie – telkens ook 'én samen'. Vanuit de herstelbeweging zijn daarom allerlei vormen van peer-support ontstaan, en het oudste voorbeeld – nog voor de AA – zijn de loges van de Goede Tempeliers uit einde 19^e en begin 20^e eeuw.²²

Het concept van het persoonlijk herstel is zeker *niet* individualistisch: het gaat er om dat mensen nieuwe, meer adequate relaties vormen met zichzelf, met anderen én algemener: met het leven zelf (vandaar dat zingeving en spiritualiteit veel voorkomende thema's zijn in de herstelbeweging – zie wederom de AA). Herstellen doe je tenslotte zelf én samen, en het is in die zin ook een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijk herstel of compliance met behandelprogramma's (de crisis of dwangopname voorbij).

Kortom: persoonlijk herstel vindt niet in een sociaal vacuüm plaats. Het is ook niet goed voor te stellen, al moeten we dit ook niet uitsluiten, dat mensen letterlijk 'in hun eentje zitten te herstellen'? Er is altijd een sociale context (zelfs als mensen eenzaam zijn en/of geïsoleerd leven) en daarin zijn de 'aspecifieke factoren' werkzaam als belangrijke stimulans of context om deel te nemen aan interventies (of daar al dan niet welbewust) van af te zien. Maar nogmaals: *persoonlijk* zegt iets over de vraag of en hoe de betrokkenen zich verhouden tot hun omgeving en tot zichzelf. En de hypothese is inderdaad dat naarmate de persoonlijke betrokkenheid bij de eigen toestand, en de mogelijkheden tot verandering, én het inzicht in het belang van het zélf nemen van verantwoordelijkheid daartoe, is toegenomen, de kans op klinisch, functioneel en maatschappelijk herstel inderdaad groter is. Dit sluit het omgekeerde niet uit, vandaar dat in de hierboven opgenomen figuur de pijlen bi-directioneel zijn weergegeven.

3. Is het niet zo dat er altijd eerst klinisch en functioneel herstel moet plaatsvinden voordat andere vormen van herstel aan bod komen? Denk hierbij aan crisisopnames.

Op zich ligt dit voor de hand, en het kan in de praktijk ook zo zijn. Maar er zijn zoveel uitzonderingen dat we heel voorzichtig moeten zijn 'oude' volgordes te blijven herhalen. Wellicht zit daarin ook wel de kern van het probleem waarom er in de GGz of verslavingszorg stagnatie is (geweest) in de progressie van de behandelresultaten.

In de eerste plaats gaat het er niet om dat 'wij' bepalen dat eerst *dit* en dan *dat* moet gebeuren. De praktijk in herstelverhalen is juist dat de diverse vormen van herstel elkaar beïnvloeden, versterken, en dat er geen eenduidige route of volgorde is. In zoverre is het ook onjuist om naast 'behandeltrajecten' nieuwe 'hersteltrajecten' te gaan 'ontwerpen' voor de wijze waarop herstel idealiter plaats kan vinden. Het beginsel van eigen regie geldt voor alle vormen van herstel en ook voor eventuele volgordes of accenten. Belangrijker is het dat we ons realiseren dat – bij iedereen verschillend – alle vier vormen van herstel, in de te onderscheiden stadia, in wisselende combinaties, individu-, groeps- of cultuurspecifiek optreden.

Afgezien van de situaties waarin mensen totaal geen controle meer hebben over hun eigen situatie of geestelijke toestand, en een volledig gebrek aan ziekte-inzicht hebben

²² Zie hierover: Stel, J. van der (1995). *Drinken, drank en dronkenschap. Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland*. Verloren: Hilversum (dissertatie).

geldt dat het belang van persoonlijk herstel voortdurend in ogenschouw moet worden genomen. Ook in crisissituaties of detox-afdelingen. Vermoedelijk is dit impliciet ook wel het geval, maar wellicht is het goed dit meer expliciet te maken.

Overigens is het wel belangrijk om ons af te vragen (en als dat niet al is gebeurd dit te testen) of er soms niet juist wél een volgorde moet worden aangebracht – een waarin een traject gericht op persoonlijk herstel *voorafgaat* aan bijvoorbeeld een detoxificatie. Het zou zo kunnen zijn dat de kans op een geslaagde, dat wil zeggen *duurzame*, detoxificatie toeneemt als er eerst een aanzet tot persoonlijk herstel heeft plaatsgevonden voordat men begint met ontgiften. Een reden om dit te doen is dat elke vorm van terugval na abstinentie een averechts effect heeft.²³ Het terugdringen van de frequentie van het aantal terugvallen is een groot goed. Mogelijk daalt die frequentie als mensen niet meteen gaan ontgiften maar dat er – hoe beperkt dan ook – eerst een tijd wordt gewerkt aan een aantal persoonlijke voorwaarden.

Overigens kan de ervaring van de verslavingszorg met de medische heroïneverstrekking *geïnterpreteerd* worden als een voorbeeld waarin persoonlijk (en functioneel en maatschappelijk) herstel voor een deel – althans bij degenen die het programma uiteindelijk succesvol hebben afgesloten of aan de vooravond daarvan staan – voorafging aan het klinische herstel: de definitieve ontwenning (vaak verloopt dit via tussenstappen, zoals een switch naar methadon en/of een geleidelijke afbouw van het aantal dagelijkse verstrekkingen). Het is aannemelijk dat de adequate bejegening van de cliënten in deze programma's (gekoppeld aan de overige activiteiten elders) er sterk toe hebben bijgedragen dat in de diverse units een klimaat ontstond waarin ruimte ontstond voor motivatieontwikkeling, verandering van identiteit en het weer oppakken van het leven.

Hoe het ook zij:

- Het is verstandiger de vier vormen van herstel *niet* op te vatten als 'fasen' of 'stadia' (althans niet ten opzichte van elkaar). Het zijn veeleer aspecten of dimensies van een meer omvattend concept van herstel. En deze gelden net zo goed voor de somatische gezondheidszorg.
- In plaats van een volgorde is het waarschijnlijk beter – afhankelijk van stadium (stagering) of de individuele toestand (profilering) een wisselende zwaarte qua aandacht of inzet te veronderstellen. En dat impliceert: persoonlijk herstel speelt altijd een rol (en is vermoedelijk vaak al de belangrijkste aanleiding tot een hulpvraag).

4. Moet bij persoonlijk herstel niet veel 'professionele begeleiding' plaatsvinden en wordt de rol van de interventies gericht op persoonlijk herstel niet te veel verwaarloosd? Denk ook aan de betekenis van motiverende gespreksvoering.

Misschien is dat zo, maar misschien ook wel niet. In ieder geval kun je hieromtrent wederom geen absolute uitspraken doen. En als in de opkomende herstelbeweging er iets wordt geproefd dat de traditionele rol van de professional 'ondermijnt' zit daarin een kern van waarheid.

In ieder geval kan persoonlijk herstel uiteraard in de context van een 'interventie' plaatsvinden. Filosofisch is het echter betwistbaar of de therapeut dit heeft gedaan, of dat (volgens ons) de cliënt in die adequate context zijn of haar herstel bewerkstelligt. Onze visie – en die delen we dus met diverse auteurs over herstel en ervaringsdeskundigen – is dus dat het *de persoon* is die herstelt, wat voor moeite anderen zich ook getroosten. En gebrek aan (een begin van of bepaalde mate van)

²³ Zie ook: Schnabel, J. (2012). Abstinence & Addiction. *Dana News*: <http://dana.org/news/features/detail.aspx?id=40114>.

persoonlijk herstel verklaart volgens ons waarom zoveel interventies slechts bij een minderheid van de deelnemers slagen. Als mensen de interventie expliciet op zichzelf betrekken (aantoonbaar door activering van de op het zelf betrokken hersengebieden) is, vermoeden we, zelfs zoiets 'simpels' als het volgen van een stoppen-met-roken-programma, door verder geestelijk gezonde mensen, weinig succesvol.

Maar we zouden volstrekt verkeerd begrepen zijn als wordt gedacht dat interventies er, in het brede concept van herstel, niet meer toe zouden doen. Het pleidooi is gericht op een geïntegreerde benadering waarin tegenstellingen worden vermeden. Motiverende gespreksvoering kan heel goed bijdragen aan een begin van persoonlijk herstel, in het bijzonder als het ertoe bijdraagt dat er een intrinsieke motivatie tot verandering en deelname aan een behandelprogramma ontstaat.²⁴ Naast interventies kunnen echter ook andersoortige gebeurtenissen (allerlei vormen van peer-support) hiertoe bijdragen.

Het is heel goed mogelijk dat persoonlijk herstel plaatsvindt in de context van een behandeling – maar dan nog blijft staan (zie vraag 1) dat er geen reden is voor therapeuten om eventueel succes te claimen. De kans dat er succes geboekt wordt is gerelateerd aan de wijze waarop (a) een therapeut rekening houdt met de kenmerken van de cliënt, (b) in staat is een adequate relatie aan te gaan én (c) een interventie adequaat uitvoert. Maar zonder de persoonlijke inzet en groei van de cliënt zal er in de GGz of verslavingszorg niet zo veel veranderen – is onze visie. Dat die inzet in het begin minimaal is of zelfs afwezig is een feit waar we rekening mee moeten houden. Maar het is het vakmanschap van de therapeut (en steeds vaker ook: de ervaringsdeskundige die een rol speelt in de begeleiding) om, zodra daar een kans toe is, het initiatief tot verandering bij de cliënt te leggen en het resultaat ook op zijn of haar conto te schrijven. Niet toevallig wordt steeds vaker de term 'coach' gebruikt als alternatief voor de traditionele 'reddende' hulpverlener: iemand die adviezen geeft aan de zijlijn, soms het goede voorbeeld geeft, maar toch zijn of haar spelers het werk laat doen. Een goede coach schept een ideale context voor verandering maar schrijft de prestaties uiteindelijk niet toe aan zichzelf.

Hier is overigens geen radicaal pleidooi tegen 'dwang en drang' gevoerd. Externe regulatie kan een krachtig middel zijn om motivatie te bewerkstelligen die leidt tot internalisatie en regulatie van gedrag, nieuwe rollen en andere identiteiten. Alle mensen zijn mede door externe reguleringen geworden wie ze zijn. Wat anders is of dit leidt tot *duurzame* veranderingen en tot *overdracht* op andere gedragsvormen, rollen en identiteiten. Dit is niet vanzelfsprekend. Vanwege de focus in de verslavingszorg op bijvoorbeeld het terugdringen van het aantal keren dat terugval plaatsvindt, zijn vormen van externe regulatie in de vorm van dwang en drang (gekoppeld aan straffen en belonen) toch 'kwetsbare' interventies.²⁵ Bij voorkeur worden ze daarom gekoppeld aan of gaan ze over in vormen van motivatieontwikkeling waarbij sprake is van introjectie, identificatie, integratie en idealiter intrinsieke motivatie. Het laatste kunnen we identificeren als autonome zelfregulatie.

Impliciet aan het denken in de GGz en verslavingszorg is het door Deci en Ryan ontwikkelde motiveringscontinuüm of beter gezegd continuüm van relatieve autonomie. Aan de ene kant van het continuüm plaatsen zij de a-motivatie: geen zin of niet in staat, niet competent, om te kunnen veranderen; aan het andere uiterste staat de intrinsieke

²⁴ Zie ook: Heather Patrick, H. & Williams, G.C. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9:18.

²⁵ Contingentiemanagement, waarin gebruik wordt gemaakt van beloningen, is inmiddels een 'bewezen effectieve' methode in de drugshulpverlening. Daarmee is niet gezegd dat het resultaat dat hiermee kan worden bereikt voldoende is. De duurzaamheid van de behaalde resultaten en de transfer van het geleerde op andere facetten van zelfregulatie zijn nog niet gegarandeerd.

motivatie: het spontaan, uit zichzelf, en 'belangeloos' zich verbinden met (sociale) activiteiten. Daar tussenin situeren ze de externe, geïntrojecteerde, geïdentificeerde én geïntegreerde regulatie. Volgens ons is het de taak van hulpverleners of coaches om – via motiverende gespreksvoering en daarop aansluitende activiteiten – een context te scheppen waarin de kans dat autonome zelfregulatie ontstaat zo groot mogelijk is. Het werk van Deci en Ryan (en collega's) geeft empirische steun aan de gedachte dat in de gezondheidszorg de beste (meest duurzame en op andere terreinen overdraagbare) resultaten van gedragsverandering worden geboekt wanneer dit gebeurt in een context waarin individuele autonomie centraal staat. Opmerkelijk is dat dit ook geldt voor degene die helpt: hoe meer deze intrinsiek gemotiveerd is, hoe groter het gemiddelde resultaat van de geboden hulp. En tegelijkertijd is gebleken dat de hulpverlener daar persoonlijk weer voordeel aan beleeft.

Het traject naar autonome zelfregulatie is in onze ogen één van de pijlers van het proces van persoonlijk herstel. Maar één ding is duidelijk: intrinsieke motivatie op zichzelf komt nooit *uit* dwang of drang voort. Hoogstens ontstaat het *via* externe motivering. Intrinsieke motivatie kan overigens wel ontstaan *in* een gedwongen kader. Zelfs in een longstay-afdeling waar de 'behandeldruk' volledig is afgenomen kan dit optreden.²⁶

4. Opgedane indrukken

In dit gedeelte geven we een samenvatting van onze gedurende de quick scan opgedane indrukken. Voor een deel zijn het inderdaad niet meer dan 'impressies' omdat veel informatie is opgedaan in het schemergebied van met deze of gene praten, mailcontacten of uitgesproken commentaren waarbij het twijfelachtig is wat het waarheidsgehalte ervan is.²⁷

Wij willen niet met de, vaak nogal negatief gekleurde commentaren meegaan en in zoverre hebben we er naar gestreefd in dit verslag een 'positieve' toonzetting na te streven. Dat past ook goed bij het onderwerp: de herstelbeweging is van oorsprong weliswaar niet gebaseerd op de positieve psychologie maar heeft daarmee wel een sterke verwantschap. In beide 'bewegingen' ligt de focus op hoop, optimisme, eigen kracht, en positieve emoties. In die sfeer zijn *verwijten* – bijvoorbeeld over het langzame tempo waarin veranderingen in de verslavingszorg op het vlak van herstel plaatsvinden – niet gepast en is het ook niet zo aannemelijk dat ze zullen leiden tot een versnelde verandering.

Hoe men het ook wendt of keert: het is, is onze conclusie op basis van opgedane indrukken, cruciaal dat besturen en directies van de instellingen, alsook de vertegenwoordigers van Resultaten Scoren én vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, zoals Zwarte Gat, patiëntenplatforms en cliëntenraden op een structurele wijze met elkaar in gesprek gaan en zoeken naar consensus en wegen die leiden tot verandering.

De herstelbeweging bouwt voor op tradities van decennia terug. Ook de ervaringen van

²⁶ Zie voor de achterliggende theorie over motivatieontwikkeling: Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2012). Multiple identities within an single self. A self-determination theory perspective on internalization within contexts an cultures. In M.R. Leary & J.P Tangney (eds.) *Handbook of self and identity*, second edition. The Guilford Press: New York (pp. 225-246).

²⁷ Voor een deel is dit verslag ook 'persoonlijk'. De auteurs van dit rapport zijn zich er goed van bewust zelf ook nog slechts korte tijd met dit thema bezig te zijn. Ook zij hebben er enkele jaren over gedaan voordat ze de kern van de boodschap van de herstelbeweging te pakken hadden. Ook voor onderzoekers of werkers gaat het om een andere manier van denken over cliënten en de GGz of verslavingszorg. Deze komt niet in korte tijd tot stand.

de 'anti-psychiatrie' uit de jaren zeventig zijn hierin opgenomen. De recente ontwikkelingen rondom 'herstel' komen echter voort uit de *recovery movement* in de Angelsaksische landen (VS, Canada, GB, Australië en NZ). De in of rond deze beweging geformuleerde denkwijzen, principes, en werkwijzen (met het Strength Model als een goed voorbeeld van herstelondersteunende zorg) zijn nog geen tien jaar geleden naar Nederland gebracht.

Mede door steun van het Trimbos-instituut zijn in en rond de algemene GGz in Nederland projecten opgezet. Daarin werd vanuit een andere kijker op psychische stoornissen, en op de mogelijkheden tot verandering gewerkt aan herstel. De bijdrage van peer-support en vooral ook op de mogelijkheden om direct betrokkenen te ondersteunen zélf de belangrijkste initiatiefnemer en gangmaker van hun veranderingsproces te zijn, was een waardevolle aanvulling op, of alternatief voor de 'traditionele' GGz.

Spelers

Wat onze indrukken betreft gaan we een paar belangrijke spelers langs. We gaan er daarbij vanuit dat er bij hen – zolang dat niet aantoonbaar het geval is – geen verzet is tegen een van de vier genoemde vormen van herstel. Wat anders is uiteraard of de visies overeenkomen over het antwoord op de vraag hoe deze vormen op waarde moeten worden geschat, en welke consequenties men trekt of hieruit heeft getrokken. De vaststelling dat er geen sprake is van aandacht voor een van de vormen van herstel, in het bijzonder maatschappelijk en persoonlijk herstel (want hierop is onze focus gericht), omdat in de officiële teksten deze niet benoemd worden, betekent nog niet dat er impliciet geen aandacht aan wordt besteed.

De verslavingszorg

De verslavingszorg loopt nog achter wat betreft het verwerken van de op herstel ondersteuning gerichte zorg in officiële documenten. Buiten het ondertekende Handvest van Maastricht en visiestukken van GGZ Nederland is er geen door alle of de belangrijkste spelers onderschreven document. Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuw visiedocument en daarin wordt gepoogd, rekening houdend met de vier vormen van herstel, het thema voldoende te behandelen. In dat kader is er ook overleg met cliëntenorganisaties. De afwezigheid van zo'n gezamenlijk onderschreven document is in zoverre extra lastig omdat er nu allerlei veranderingen plaatsvinden (bezuinigingen, implementatie van het door diverse landelijke organisaties met de overheid gesloten akkoord, aanscherpen van de inkoopcriteria van verzekeraars) waardoor het urgent is dat duidelijk kan worden gemaakt hoe en waar de verslavingszorg in deze discussie staat.

Enkele instellingen zijn afzonderlijk al enkele jaren terug aan de slag gegaan om herstelondersteuning te expliciteren en hebben functionarissen (al dan niet met ervaringskennis) in dienst om de instelling meer 'herstel-minded' te maken. Anderen worstelen nog met de plaatsbepaling wat mede te maken kan hebben met het gebrek aan een gedeelde definitie van herstel.

Mogelijk wachten ze de ervaringen af met de proeftuinen voor herstelondersteuning die, als uitvloeisel van het genoemde Handvest bij verschillende instellingen zijn gestart. Het IVO verricht hiernaar, in samenwerking met Het Zwarte Gat een evaluatieonderzoek. Informeel hebben wij vernomen dat het algehele beeld nog niet rooskleurig is. Tijdens de voorbereiding van dit rapport merkten wij dat er hier en daar forse kritiek wordt geuit (op instellingen, stukken of personen) rondom het thema herstel. Ons is geen laakbaar gedrag ter ore gekomen al is het inleefbaar dat voor direct betrokkenen ontwikkelingen (te) langzaam gaan.

We kunnen de, door cliëntenorganisaties uitgesproken, kritiek op de instellingen iets breder trekken: het thema 'herstel' staat symbool voor een geleidelijke verschuiving van

het paradigma in de GGZ, psychiatrie en dus ook de verslavingszorg. Maar, aangenomen dat er daadwerkelijk van zo'n verschuiving sprake is, dan is het aannemelijk dat er niet alleen wetenschappelijke of beleidstechnische, maar mogelijk ook sociale, culturele, economische en politieke verschuivingen in het geding zijn.

Overigens: de ontwikkelingen gaan desondanks redelijk 'snel'. Zo'n vijf jaar geleden, bij het laatste visiedocument, was van herstel in de moderne betekenis van het woord nog geen sprake. Dat is in een paar jaar tijd veranderd. Men kan dus net zo goed redeneren, uitgaande van het gegeven dat grote maatschappelijke veranderingen langzaam gaan, dat de veranderingen juist razendsnel verlopen, al is dat wellicht niet af te meten aan de uitkomsten van een of meer metingen, zoals rondom de proeftuinen. En het maakt ook enigszins begrijpelijk dat wij moeite hadden om er de vinger achter te krijgen wat er feitelijk in het veld gebeurt, maar dat er tegelijkertijd bij ons geen negatief verwachtingspatroon is gevormd.

Herstel lijkt, gezien ook ontwikkelingen in enkele Angelsaksische landen, betrekking te hebben op een nieuw paradigma, minder dan alleen maar een nieuwe methode of een extra activiteit. Als dat zo is, is het lastig meetbaar en empirisch moeilijk onderzoekbaar op het moment dat van de transitie (impliciet) sprake is. En óf een paradigma werkelijk is verschoven kan meestal pas achteraf worden vastgesteld. Vanuit het perspectief van de meetbare 'activiteiten' kan de herstelbeweging in de Nederlandse verslavingszorg teleurstellend zijn (en is de beoordeling vanuit het perspectief van de cliëntenorganisaties, met een urgente agenda, ongetwijfeld negatief). Vanuit het perspectief van systeemveranderingen kan het zijn dat de transitie zich opmerkelijk snel voltrekt.

Er zijn zoals gezegd al instellingen die uitdrukkelijk claimen op herstel gericht zijn; andere zien herstel (nog) als een nevenactiviteit. In alle gevallen is er sprake van veranderingen ten opzichte van een paar jaar terug. En of cliënten bij de op herstel gerichte instelling beter af is dan bij de instelling die 'ook' aandacht besteedt aan herstel valt nog te bezien. Zo'n claim is wetenschappelijk nog onbewezen. Zolang voor iedereen niet glashelder is wat onder herstel verstaan wordt, kan er sprake zijn van een woordenspel: in de instelling die 'herstel op de ramen plakt' is nu nog niet aangetoond dat cliënten er daadwerkelijk op vooruit zullen gaan of al zijn gegaan.

Dat dit het streven is moge duidelijk zijn, en er kan worden *beredeneerd* dat dat ook aannemelijk is. Maar het nut van herstelondersteunende zorg is – als we de onderzoeksliteratuur uit het buitenland buiten beschouwing laten – is nu in de Nederlandse verslavingszorg nog goeddeels een kwestie van redenering en interpretatie.

De auteurs van dit rapport staan positief tegenover de herstelbeweging maar realiseren zich ook dat hoe nuttig en aannemelijk een nieuwe zienswijze ook is – uiteindelijk gaat het om de met scepsis doordrenkte blik van de onafhankelijke wetenschapper die hypothesen test – bij voorkeur in een experimentele context. Anders gezegd: hoe belangrijk ideologie, meningen, wensen, sympathieën of geloof ook kunnen zijn: wat telt zijn bewijzen, gemeten resultaten en positieve, en herhaalde, ervaringen.

Zoals gezegd is er nog geen visiedocument waarin wordt gesproken over herstelondersteuning en waarin eventueel voorstellen staan opgenomen voor de wijze waarop dit gestalte kan krijgen. Het ligt in de verwachting dat dit begin 2013 wel het geval is. Dit kan ook voor Resultaten Scoren betekenen dat ze op dit vlak initiatieven kan of moet nemen. Uiteraard betekent het uitblijven van een op herstel gericht visiedocument nog niet dat er 'dus' nog niets gebeurt – het is zeer waarschijnlijk dat er op diverse plaatsen van alles gaande is wat herstel bevorderend werkt, maar dat het nu nog niet goed mogelijk is dit via een rapportage boven tafel te krijgen.

Het Zwarte Gat

Deze organisatie, die zich presenteert als 'kennisnetwerk', is op diverse gebieden actief

in en rond de verslavingszorg om op het vlak van het maatschappelijk en persoonlijk herstel de bakens te verzetten. Het belangrijkste 'wapenfeit' is het voornoemde Handvest van Maastricht. Andere organisaties, zoals verenigingen van familieleden, zijn ook actief betrokken op het vlak van herstel, maar hier geven we slechts aandacht aan Het Zwarte Gat omdat deze organisaties probeert op systeemniveau veranderingen te bewerkstelligen.

Op de website en via talloze mailings worden op gezette tijden discussiestukken verspreid. Hiernaast zijn er jaarlijks bijeenkomsten van vertegenwoordigers van cliëntenraden en mensen die anderszins actief zijn in de cliëntenbeweging.

Het Zwarte gat onderhoudt contacten met instellingen (in de poging hen te verleiden tot proeftuinen of andersoortige initiatieven), onderhoudt contacten met opleidingen (met als doel herstelondersteunende zorg als thematiek te kiezen of het belang van ervaringskennis onder de aandacht te brengen) en een vertegenwoordiger heeft zitting in de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling (onderdeel van Resultaten Scoren). Hiernaast worden contacten onderhouden met de overheid (VWS) en met zorgverzekeraars (meedenken over inkoopcriteria met betrekking tot herstelondersteunende zorg).

Ondanks de geringe middelen en het gegeven dat Het Zwarte Gat, respectievelijk vertegenwoordigers daarvan, in formele zin nauwelijks een positie heeft in gremia van de verslavingszorg, is haar invloed niet onbeduidend. Als opiniemaker biedt dat ook voordeel: als semi-actiegroep is Het Zwarte Gat vrijer in het bepalen van haar koers en kan ze makkelijker buiten formele paden treden. Een nadeel kan (op termijn?) zijn dat te lang de kritiek-modus gehandhaafd blijft, en dat men geen voldoende inzicht heeft in de reële, onderhuidse veranderingen die zich dan inmiddels in de sector hebben voorgedaan.

Resultaten Scoren

Resultaten Scoren heeft tot nu toe in geen publicatie of activiteit expliciet melding gemaakt van de discussie over herstel. Dit rapport is het eerste. Daarmee is nog niet gesteld dat impliciet er geen aandacht is voor andere vormen van herstel dan – waar Resultaten Scoren zich tot nu toe vooral op heeft toegelegd – klinisch en functioneel herstel. Zo is het succes van de methode van het motivationeel interviewen moeilijk uit te leggen zonder referentie naar persoonlijk herstel.

Resultaten scoren ontvangt haar opdrachten uit de sector. Voor zover ons bekend heeft het Handvest van Maastricht dat enkele jaren terug in de sector is gesloten niet geleid tot het verzoek om te werken aan een ontwikkelingsprogramma rondom herstel. Dat is jammer want er zijn (ook in de Nederlandse GGZ) beproefde methoden, zoals het Strenght-model, die zich lenen voor een brede implementatie in de verslavingszorg.

Verzekeraars

Mede op instigatie van onder andere cliëntenorganisaties zijn verzekeraars actief op het vlak van het formuleren van inkoopcriteria. Verzekeraars zijn gevoelig gebleken voor kritiek op de zorg vanuit de cliënten. Instellingen merken dit door de expliciete eisen die door verzekeraars aan hen worden gesteld (bijvoorbeeld het aantal ervaringsdeskundigen dat in dienst is genomen) en verzekeraars zijn niet wars van het korten op budgetten in het geval de contractant in gebreke blijft.

Het is in dit kader ook verstandig om in samenwerking met Resultaten Scoren een module te ontwikkelen waarmee in ROM de vorderingen op het vlak van herstel (rekening houdend met de vier vormen van herstel) kunnen worden geregistreerd.

Overheid

Het zijn vooral gemeenten die zich actief opstellen voor wat betreft de kwaliteit van de geboden zorg, uiteraard voor zover die binnen het domein van het gemeentelijk beleid

valt. VWS is sinds de decentralisatie van de financiering van de verslavingszorg al lang niet meer zo'n belangrijke speler. Dat neemt niet weg dat er indirect invloed is – bijvoorbeeld via het recent gesloten Bestuursakkoord.

Los hiervan is de lijn van VWS het stimuleren van allerlei varianten van zelfzorg en zelfmanagement.

Onderzoeksinstellingen

Afgezien van publicaties van het Trimbos-instituut, onderzoeksafdelingen van enkele grote GGz-instellingen of een enkele hogeschool (veelal kwalitatief onderzoek), en wellicht een incidenteel proefschrift, is er op het brede terrein van de herstelondersteunende zorg in Nederland nog weinig onderzoek verricht en gepubliceerd. Er bestaat nog geen groot onderzoeksprogramma bij een universitair centrum.

Ervaringswerkers en -deskundigen

Een nauw aan het thema herstel gelieerd onderwerp betreft de betekenis van ervaringskennis en de bijdrage aan de zorg door ervaringswerkers en -deskundigen. Er vindt op diverse plaatsen discussie plaats of en zo ja hoe ervaringskennis, naast wetenschappelijke en professionele kennis, een onlosmakelijke bron van kennis is voor de verslavingszorg. En zo ja (want dit is ook niet zo omstreden), of dat betekent dat mensen die drager van ervaring zijn, zoals ervaringswerkers of ervaringsdeskundigen, een voorwaarde zijn voor de ontplooiing van of bevordering van herstel.

Het is in beginsel relevant om ervaringswerker te onderscheiden van ervaringsdeskundigheid, al wordt dit onderscheid lang niet door iedereen gemaakt. Een ervaringswerker is iemand die door zijn of haar geschiedenis goed in staat met anderen, die in een vergelijkbare positie zijn belang als de ervaringswerker in het verleden, te communiceren en/of deze steun te verlenen (peer-support). Alle leden van een AA-groep met jarenlange ervaring kunnen aangemerkt worden als ervaringswerker, nog los van de vraag of zij dit zelf ook zo zien.

Bij een ervaringsdeskundige is sprake van iemand die van zijn of haar ervaring een expertise heeft gemaakt. Dat lukt zelden zonder een aanvullende opleiding omdat distantie van het eigen levensverhaal belangrijk is. Elk herstelproces is uniek, en in zoverre is niemand een voorbeeld voor een ander. Bij ons bestaat de indruk dat dit onderscheid tussen werker en deskundige vaak niet expliciet wordt gemaakt.

Opmerkelijk is overigens dat in de Angelsaksische literatuur niet zo nadrukkelijk sprake is van experts. Mogelijk is de term peer-supporter of peer-assistent onjuist vertaald als ervaringsdeskundige. Het risico van deze term kan zijn dat de deskundige *tegenover* de cliënt komt te staan, of als een soort intermediair tussen cliënt en hulpverlener. Dat zou een extra schakel of schot kunnen betekenen en het is de vraag wie daar op termijn beter van wordt. In ieder geval lijkt het onderscheid tussen ervaring als kennisbron en ervaring als eigenschap van een groep werkers belangrijk: het ene vloeit niet automatisch voort uit het andere; ervaring kan ook een ongunstige werking hebben – dit is in ieder geval een in een experiment te toetsen kwestie.

5. Enkele conclusies en discussiepunten

Er treedt in de discussies in de GGz en de verslavingszorg een spagaat op tussen enerzijds mensen die met hart en ziel bezig zijn bij het bepleiten en bewerkstelligen van 'herstelondersteunende zorg' en anderzijds mensen die erkennen dat men 'iets met herstel' moet, maar er sceptisch tegenover staan of – en daar vaak ook wel voor uitkomen – niet weten waar het in essentie om gaat. Het risico bestaat dat er met de mond of op papier een 'bekentenis' wordt gedaan dat 'herstel' belangrijk is. Maar dat

men het op de keper beschouwd opvat als niet meer dan een 'ideologie'. Of dat de aandacht voor herstel zich beperkt tot een extra hoofdstuk van een beleidsdocument of een extra 'module'. En een risico is ook dat er te snel wordt gezocht naar 'oplossingen' of 'interventies'.

Overigens kan niemand met rechte pretenderen *zeker* te weten waar het bij herstel, herstelondersteuning en veranderingen in de verslavingszorg exact om draait. De GGz en de verslavingszorg bevinden zich in een transitieproces en het gevoel leeft dat er wat moet gebeuren – cliëntenorganisaties geven duidelijk hun ongenoegen aan, verzekeraars gaan daar deels in mee, en maatschappelijke ontwikkelingen duiden uitdrukkelijk op een sterke behoefte bij burgers om meer dan ooit hun lot zelf te bepalen. Dat geldt ook voor mensen met een psychische aandoening, al is lang niet iedereen in staat goed duidelijk te maken wat hij of zij wil, en blijft externe, sociale steun onmiskenbaar van belang.

Op zoek naar bewijs

Nog even los van de vraag of het *bewezen* is dat door een bredere kijk op herstel, met expliciete aandacht (naast klinisch en functioneel herstel) voor maatschappelijk en persoonlijk herstel, cliënten en hun naasten er op vooruit gaan, heeft de herstelbeweging wel een positieve uitstraling gehad op de direct betrokkenen (werkers en cliënten). Het idee dat mensen meer kunnen dan nu wordt verondersteld, en de verwachtingen die daaruit naar voren zijn gekomen, hebben op hen waarschijnlijk een positieve uitstraling. Het idee dat mensen zelf meer kunnen dan eerder werd gedacht heeft quasi vergeten begrippen in de verslavingszorg weer leven ingeblazen. Denk aan hoop, vertrouwen of optimisme. Ook de benadrukking van *positieve* emoties, waar onder andere de positieve psychologie studie naar heeft gedaan, werkt gunstig uit op het enthousiasme om de sector nieuw elan te geven.

Bij verschillende instellingen in de GGz en de verslavingszorg is sprake van het invoeren of opzetten van herstelondersteunende zorg. Het is belangrijk in dit opzicht enige 'handelingsverlegenheid' te koesteren. Herstelondersteunende zorg is niet gerealiseerd door een andere techniek toe te passen. Het is een belangrijke voorwaarde dat, als men bijvoorbeeld het Strenght-model wil 'implementeren', de medewerkers en de leidinggevendenden volledig snappen wat de bedoeling is en waarom een nieuwe benadering van het werk de voorkeur heeft gekregen (dus wat er schortte aan de vorige benadering). Ook moet er intensief getraind worden om de juiste houding te kunnen vinden. Dit veronderstelt oefeningen, intervisie, elkaar een spiegel voorhouden. Pas als men dat in de vingers heeft is het verstandig eventuele vaardigheden in te oefenen die bij dit model passen. Herstelondersteunende zorg kan wellicht – evenals alle andere handelingen – geprotocolleerd worden. Maar in dit geval zijn de houdingsaspecten (oftewel de 'aspecifieke factoren') van zo groot belang dat men beducht moet zijn te overhaast herstelondersteunende zorg te gaan bedrijven. Het kan voor medewerkers verstandig zijn eerst 'af te kicken' van meer op interventies gerichte werkwijzen.

Een scepticus kan en als het een wetenschapper betreft *moet* ook zeggen: het is nog niet bewezen; veel berust nog op redeneringen, conceptuele analyses, een 'beweging' onder mensen (cliënten) die nog zwak is – et cetera. Sceptis is de basis van wetenschap.

Resultaten Scoren is een voorziening met een wetenschappelijke ambitie. Dat maakt haar positie in deze lastig: enerzijds is er druk van buitenaf (instellingen, publicisten, cliëntenorganisaties, overheid, verzekeraars) om 'meer te doen aan herstel'. Anderzijds is er nog geen voldoende ontwikkeld wetenschappelijk conceptueel fundament en instrumentarium van een vergelijkbare sterkte of omvang als dat bestaat op het terrein van de overige vormen van herstel, i.h.b. het klinische en functionele herstel.

Kennis, houding, vaardigheden

Het is aannemelijk dat de bevordering van herstelondersteunende zorg veranderingen

impliceert in een reeks van facetten van de GGz en de verslavingszorg en op meerdere niveaus. En, zoals elders al is gesteld, zodra herstelondersteunende zorg een *aparte* activiteit is en *aparte* kennis, houding en vaardigheden vereist *naast* die we voor klinisch of functioneel herstel nodig denken te hebben, is er mogelijk iets mis. Empathie is bijvoorbeeld niet voorbehouden aan herstelondersteunende zorg – het is een essentiële vereiste voor elke werkzame relatie in de gezondheidszorg. Om het gevaar van iets apart tegen te houden is het zinvol een tijd enige ‘handelingsverlegenheid’ te koesteren. En ook ervaringsdeskundigen hebben in dat opzicht de wijsheid niet in pacht.

Samenvattend kunnen we stellen:

- Er is behoefte aan een goed doordachte visie op herstel. Vragen daarbij zijn: welke dimensies kun je daaraan onderkennen, hoe herstellen mensen, wat is daarbij de centrale betekenis van persoonlijk herstel (zonder daarmee de relevantie van de ‘traditionele’ vormen van herstel te kort te willen doen)? Dit doel strekt zich uiteraard ook uit naar managers en bestuurders.
- Het is belangrijk dat er bij werkers in de GGz en verslavingszorg het inzicht ontstaat dat er niet alleen meer behoefte is aan *kennis* of dat een verandering van de *houding* tegenover het werk en in het bijzonder de cliënten cruciaal is. Maar ook dat, zolang er in dát opzicht nog weinig verandering is gerealiseerd men uiterst behoedzaam moet zijn bij het ‘implementeren’ van toolboxes, richtlijnen, en wat al niet, met betrekking tot *vaardigheden* voor hoe je herstel ondersteunt.

Dit hoeft niet te betekenen dat het dus nog te vroeg is om aan herstelondersteuning te doen. Wel is het van groot belang dat we nadenken en leren over herstel, herstelprocessen en in het bijzonder over de vraag hoe mensen *zélf*, respectievelijk zichzelf, veranderen. Als we kijken naar de leerboeken of richtlijnen voor werkers in de GGz of verslavingszorg dan gaan die voor het grootste deel over hen zelf, over wat *zij* kunnen doen, hoe *zij* iets kunnen veranderen. Kennis over degenen die zij willen behandelen is veel beperkter beschikbaar en/of gebaseerd op verouderde concepten. De moderne wetenschap biedt – buiten de GGz of verslavingszorg – echter een keur aan empirisch onderbouwde theorieën over de ontwikkeling van motivatie van mensen, hun behoeften, de ontwikkeling van identiteit en in het bijzonder hun zelfregulatie.

Bijlage 1: Herstel in de verslavingszorg. Verslag van een rondgang

Inleiding

Steeds meer instellingen in de GGz en verslavingszorg onderkennen het belang van herstel en herstelondersteunende zorg (HoZ). Het gedachtegoed van herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid (HEE) is in de jaren '90 ontwikkeld in de Verenigde Staten en heeft inmiddels in de Nederlandse GGz enige vaste voet aan de grond gekregen.

De GGz en verslavingszorg zitten aan het begin van een transitieperiode. Deze periode wordt gekenmerkt door een herbezinning op de huidige visies, theorieën, werkwijzen en methodieken. Het idee en de ambitie dat er meer aandacht dient te komen voor herstel wordt breed uitgedragen en de belangrijkste uiting van deze ambitie is daarin het visiedocument van GGZ Nederland; Naar Herstel en gelijkwaardig Burgerschap (2009)²⁸ en het Handvest van Maastricht (2010)²⁹. Tegelijkertijd is er verwarring en onzekerheid binnen de verslavingssector op welke wijze deze ambitie dient te worden vorm gegeven. Om de stand van zaken betreft herstel vast te kunnen stellen hebben we een viertal uitgangsvragen geformuleerd:

1. VISIE | Is er een beleidsvisie op herstel?
2. ACTIVITEITEN | Welke herstel activiteiten worden er uitgevoerd en wat is de bijdrage van ervaringsdeskundigheid daarbij?
3. RESULTATEN | Wat zijn de resultaten tot op heden?
4. KENNIS EN INNOVATIE | Op welke gebieden is er behoefte aan kennis, experimenten en innovatie?

Werkwijze

Het verslag van deze rondgang en quick scan is tot stand gekomen op basis van gesprekken en interviews, participerend onderzoek door middel van deelname aan bijeenkomsten en congressen en het bestuderen van documenten en websites van instellingen.

Ook zijn er verschillende gesprekken geweest met medewerkers van verschillende instituten of centra die zich bezig houden met herstel en inzet ervaringsdeskundigheid in de verslavingszorg. Dit zijn onder andere:

1. IVO | Het doel van het IVO is de verwerving en overdracht van wetenschappelijke kennis over leefwijzen, verslaving en daaraan gerelateerde maatschappelijke ontwikkelingen.
2. LEDD | Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose binnen het Trimbosinstituut.
3. LIVE | Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid.
4. Het Zwarte Gat | Kenniscentrum en netwerk ervaringsdeskundigheid in de verslavingszorg.

Daarnaast zijn er vooral enkele verpleegkundig specialisten van de verschillende verslavingszorginstellingen gevraagd naar de ontwikkelingen van herstelondersteunend werken binnen de verslavingszorg. Ook zijn de FACT-scores modelgetrouwheid van het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) meegenomen wat betreft de items

²⁸ Visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap' GGZ Nederland (2009)

²⁹ Handvest van Maastricht (2010). Herstel als leidend principe in de verslavingszorg.

herstelondersteunende zorg en inzet ervaringsdeskundigen van geauditeerde verslavingszorginstellingen.

De doelstelling om een stand van zaken met betrekking tot herstel in de verslavingszorg te geven was natuurlijk te ambitieus. Door de beperkte beschikbare tijd zijn de beperkingen van dit onderzoek groot maar desondanks komt er een redelijk consistent beeld naar voren. De resultaten van deze quick scan zijn na afronding getoetst bij onze contactpersonen bij het IVO en het LEDD, en de conclusies zijn door hen onderschreven.

Bevindingen

Visie

De meest recente beleidsvisie op verslaving en verslavingszorg van GGZ Nederland dateert van 2006.³⁰ In deze visie is er nagenoeg geen aandacht voor maatschappelijk of persoonlijk herstel. In 2009 is het visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap' van GGZ Nederland uitgebracht. Ondanks dat er duidelijk in het document ook naar de verslavingszorg wordt verwezen lijkt vooral de GGz (in engere zin) hiermee aan de slag te zijn gegaan.

De zoektocht naar een beleidsvisie van de afzonderlijke verslavingszorg instellingen heeft slechts een nog niet gepubliceerde conceptversie van de Brijder opgeleverd. In de afgelopen maanden zijn er verschillende partijen betrokken geweest bij de ontwikkeling van een nieuwe sectorbrede beleidsvisie onder leiding van GGZ Nederland. Van verschillende kanten hebben we kunnen vernemen dat de ontwikkeling van deze visie stagneert doordat er geen overeenstemming gevonden kan worden over onder andere de ambities op het gebied van herstel en ervaringsdeskundigheid. Een actuele uitgewerkte sectorbrede visie op verslavingszorg en herstel is op dit moment dan ook niet voorhanden.

Verbeterprogramma en andere (herstel)initiatieven

Sinds het uitkomen van het visiedocument 'Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap' van GGz Nederland in 2009 zijn er verschillende beloftevolle initiatieven van herstelondersteunende zorg (HoZ) ontwikkeld en in uitvoering. Belangrijke voorbeelden daarvan zijn de Zorg voor beter projecten; de experimentele proeftuinen; de oprichting van het Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid (LIVE) in de GGz en de al eerder ingezette ontwikkeling Flexibel Assertive Community Treatment (F)ACT teams.

- **Zorg voor beter projecten**

De afgelopen jaren is er voor de GGz een groot zorgvernieuwingsprogramma ontwikkeld waarin herstel veel aandacht heeft gekregen. Deze Zorg voor beter projecten zijn uitgevoerd onder leiding van het Trimbos-instituut in samenwerking met Vilans met deelname van tientallen teams van verschillende GGz-instellingen. De doelstelling was het verbeteren van kennis en vaardigheden op het gebied van herstel en herstelondersteunende zorg. Wat opvalt is dat de verslavingszorg nauwelijks de weg heeft weten te vinden naar deze zorgvernieuwings- en verbeterprojecten. Dit ondanks het feit dat ze werden begeleid door het kennisinstituut (Trimbos-instituut) van de verslavingszorg zelf.

- **Proeftuinen**

³⁰ Beleidsvisie op verslaving en verslavingszorg. Aanpak op meerdere fronten. GGz Nederland (2006)

In het handvest van Maastricht is destijds overeengekomen dat men proeftuinen zou gaan ontwikkelen waarin activiteiten en projecten ten dienste van herstel zouden worden beproefd.

Help mijn buurman verzuipt (VNN)

Dit cliëntgestuurde project biedt een vorm van bemoeizorg en casemanagement die psychiatrische zorg, verslavingszorg, praktische hulp, woonondersteuning en maatschappelijke hulp met elkaar combineert.

Cliënten Service Desk (Arkin)

De Cliënten Service Desk (CSD) is als proeftuin werkzaam in het primaire proces van Arkin en bestaat al geruime tijd. De CSD is gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel middels maatschappelijke dienstverlening, monitoring, onderzoek, het opsporen en ontwikkelen van faciliteiten en het delen van best practices.

Ervaringsdeskundigen trainen zorgverleners (Centrum Maliebaan/ De Achterkant, Utrecht)

De Achterkant is een samenwerkingsverband van zes cliëntenraden (van Centrum Maliebaan, SBWU, Tussenvoorziening, Leger des Heils, Centrum Vaartserijn, VieJa Vrouwenopvang) en de Stichting G.O.U.D. Doelstelling van de Achterkant is actieve belangenbehartiging van de gedeelde achterban, dak-en-thuislozen in Utrecht die al dan niet verslaafd zijn. Met het project wil de Achterkant bijdragen aan de kwaliteit van de hulpverlening in Centrum Maliebaan en de Tussenvoorziening.

4b (binnen-buiten/buiten-binnen) (verslavingszorg Vincent van Gogh GGZ)

4b is een centrum voor kunst en creativiteit voor en door cliënten; 4b staat voor binnen-buiten, buiten-binnen en heeft een missie. Het is een proeftuin in dienst van het herstel van mensen met verslavingsproblemen. Hier heeft men de gelegenheid om zich via creatieve activiteiten te heroriënteren op hernieuwd contact met de maatschappij.

Er zijn ruim tien proeftuinen gestart en een viertal daarvan worden momenteel onderzocht. Definitieve resultaten worden in het voorjaar 2013 verwacht maar een voorzichtige vooruitblik laat zien dat de onderzochte proeftuinen beloftevol maar kwetsbaar zijn. Succes hangt vaak samen met enthousiaste eenlingen de proeftuinen worden regelmatig bedreigd door gebrek aan financiering. Daarnaast blijft de vraag hoe deze proeftuinen te verspreiden en te borgen in de andere regio's en instellingen.

Landelijk steunpunt Inzet Van Ervaringsdeskundigheid (LIVE) in de GGZ

In de pilot hebben 15 GGZ-instellingen deelgenomen om zowel de kwaliteit als kwantiteit van ervaringsdeskundigheid in relatie tot herstel binnen de instelling te vergroten. Op het slotsymposium zijn begin deze maand de resultaten van het project en een handreiking inzet ervaringsdeskundigheid gepresenteerd. Deelname van verslavingszorg instellingen aan het project waren opnieuw beperkt.

Ontwikkeling (F)ACT

Naast de bovengenoemde verbeterprojecten en initiatieven wordt de langdurende ambulante GGZ zorg in toenemende mate georganiseerd in zogenaamde Flexibel Assertive Community Treatment (F)ACT teams. Dit zijn outreachende multidisciplinaire wijkgerichte teams die veelal intensieve zorg verlenen aan 200-300 patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en verslavingsproblematiek. In Nederland zijn er op dit moment meer dan 250 van dit soort teams actief en inmiddels hebben ruim 100 van deze teams een gecertificeerde status modelgetrouwheid door het Centrum Certificering ACT & FACT.

Ook in de verslavingszorg is deze vorm van werken in opkomst. Enkele van de items waarop de modelgetrouwheid wordt gebaseerd zijn de inzet van ervaringsdeskundigheid en herstelondersteunende zorg. De uitkomsten op deze items vormen een redelijk goede basis om de stand van zaken op te kunnen maken. Binnen de verslavingssector bestond wel de behoefte om een meer specifiekere modelbeschrijving FACT verslaving te ontwikkelen. In samenwerking met het Trimbos-instituut is deze modelbeschrijving FACT er in 2011 gekomen. In deze modelbeschrijving wordt summier melding gemaakt van het begrip herstel. De resultaten van de FACT teams verslaving op de items herstel en inzet van ervaringsdeskundigheid zijn matig. Met name de inzet van ervaringswerkers in deze teams wordt zeer terughoudend ter hand genomen. Ook de ontwikkeling van herstelondersteunende zorg en scholing op herstel is nog in een pril stadium.

Binnen FACT Nederland is er een platform verslaving actief. Het gaat om verslavingszorginstellingen die FACT-gecertificeerde teams nastreven. Binnen dit proces heeft herstelondersteunende zorg en inzet van ervaringsdeskundigheid wel aandacht. Dit heeft overigens nog niet geleid tot concrete scholingsprogramma's voor teams. Instellingen met certificering die binnen het platform actief zijn, zijn Bouman GGz, Victas (voorheen Centrum Maliebaan), Novadic Kentron en IrisZorg.

Cursus herstellen doe je zelf binnen de verslavingszorg

De cursus lijkt van toegevoegde waarde te zijn voor de verslavingszorg. Cursisten geven aan dat de cursus, anders dan therapie en twaalf stappen groepen, meer gericht is op wat er in de plaats kan komen van bijvoorbeeld het drinken en wat je daarna wilt, in de toekomst. Ze vinden het belangrijk om verder te kijken dan hun verslaving. Verder is de cursus goed uitvoerbaar binnen de verslavingszorg en cursusleiders hielden zich goed aan het protocol. Over het algemeen hadden zowel deelnemers als cursusleiders positieve ervaringen met de cursus. Deelnemers gaven ook aan dat de cursus belangrijk was voor hun herstel, omdat ze meer kennis kregen over zichzelf, hun behoeften en over hun verantwoordelijkheid om meer structuur in hun leven te brengen. Ze leerden zich ook meer op het heden en de nabije toekomst te richten en kleine stapjes voorwaarts te maken. Publicaties worden in het voorjaar verwacht. De cursus wordt aangeboden door Novadic Kentron en onderzocht op effectiviteit door dr. H. van Gestel van Tranzo.

Herstelwerk

De methodiek herstelwerk helpt cliënten bij IrisZorg om grip op hun situatie te krijgen. Samen met hun begeleider gaan ze op zoek naar hun kwaliteiten en mogelijkheden. Zij gaan aan de slag met haalbare doelen op gebieden als huisvesting, financiën, werk en relaties. In hun eigen tempo en op hun eigen manier. Dat gaat met vallen en opstaan. Cliënten leren een goede balans te vinden tussen wat ze kunnen en willen en wat de omgeving van hen vraagt. Het doel is dat cliënten meer zelfvertrouwen krijgen en sterker in het leven staat. De methodiek is uitgewerkt in onder andere een trainingsprogramma en scholingsaanbod door prof. Dr. J. Wolf en IrisZorg.

Resultaten

Als we bovenstaande visie en activiteiten trachten te wegen met het oog op de stand van zaken van herstel binnen de verslavingszorg lijkt de conclusie gerechtvaardigd dat op basis van deze beperkte quick scan de verslavingszorg zich voorzichtig beweegt richting herstelondersteunende zorg en inzet van ervaringsdeskundigheid. De voorzichtigheid wordt gevoed door een gebrek aan evidentie dat HoZ de kwaliteit en effectiviteit zou kunnen doen toenemen. Daardoor en daarbij is er bij de instellingen en professionals verlegenheid over de wijze waarop maatschappelijk en persoonlijk herstel dient te worden vormgegeven.

Soms worden oplossingen gezocht in nieuwe of reeds bestaande interventies of de inzet van ervaringsdeskundigheid. Vaker komen uitgesproken ambitie en beschreven

herstelnotities niet in de uitvoeringsfase terecht of stagneren in de pilotfase door gebrek aan structurele financiële middelen. Ook worden er nieuwe en minder nieuwe methodieken geïntroduceerd of geherintroduceerd. Voorbeelden van deze methodieken of interventies zijn het Rehabilitatiemodel/Bostonmodel of Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), Strength model en Community Reinforcement Approach (CRA) al dan niet gecombineerd met Contingency Management of Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT).

Opvallend is verder dat de deelname van de verslavingszorg aan de landelijke verbeterprojecten rond herstel en ervaringskennis zeer beperkt mag worden genoemd. De algemene GGz/psychiatrie heeft al veel prominenter ingezet op ontwikkeling van herstelondersteunende praktijken dan de verslavingszorg. Ook de inzet van ervaringskennis lijkt in de GGz voortvarender te zijn ingezet dan in de verslavingszorg.

Behoefte aan kennis en innovatie

Het lijkt van belang dat er naast consensus over het concept herstel binnen de verslavingszorg ook een sectorbrede beleidsvisie komt waarin de ambities met betrekking tot herstel en herstelondersteunende zorg inclusief de inzet van ervaringskennis scherp worden geformuleerd. Het is van belang om daarbij tevens te kijken op welke wijze de structuren van instellingen dienen te worden aangepast om herstel als leidend principe te laten fungeren. De rol en positionering van de klant zal daarbij nadrukkelijk een onderscheidende plaats moeten krijgen.

De zorgverzekeraar zal in toenemende mate de zorgaanbieders gaan sturen op criteria die vanuit cliëntenperspectief zijn geformuleerd. In dat kader is het aan te bevelen om het uitkomstenmanagement met behulp van de ROM uit te breiden met herstel als uitkomstmaat van de behandeling. De LPGGz en het LOC hebben daar in hun visie 'Herstellen met ROM'³¹ al een belangrijke bijdrage aan geleverd. Ook al is er op dit moment nog geen goed instrumentarium beschikbaar om herstel als uitkomst te meten.

Tot slot

Het mag duidelijk zijn dat deze quick scan niet alle activiteiten rond herstelondersteunende zorg in de verslavingssector heeft kunnen traceren en beschrijven. De reden is behalve de beperkte tijd vooral ook het gegeven dat van de herstelondersteunende initiatieven weinig beschreven en gedocumenteerd is. Hier zal het komende jaar verandering in komen doordat verschillende initiatieven vanuit meerdere kanten en perspectieven aandacht krijgen in publicaties en evaluaties. Het cliëntgestuurde kennisnetwerk Het Zwarte Gat zal in het voorjaar de 3e monitor van het Handvest van Maastricht uitbrengen. Tezamen met de uitkomsten van het onderzoek naar de proeftuinen door het IVO en de evaluatie van de cursus Herstellen doe jezelf, zullen dit belangrijke bouwstenen gaan vormen voor een nieuwe voorlopige stand van zaken van herstel in de verslavingszorg.

³¹ Herstellen met ROM (2011). LPGGz en LOC.

Bijlage 2: Zijn er (essentiële) kenmerken van de weg naar herstel? De visie van SAMHSA³²

Elk herstelproces is uniek. En er is altijd een kans op herstel, hoe klein die ook is. Toch kan niet iedereen herstellen. Er zijn verschillende stimulansen bekend die herstel bevorderen. Maar er zijn ook hindernissen. Er zijn grenzen die moeilijk te overschrijden zijn. Deze kunnen afhankelijk zijn van de individuele toestand en de vooruitzichten die er zijn dat daarin verandering komt. Over stimulansen en hindernissen gaat het eerste deel van dit hoofdstuk in. Daarnaast zijn er grenzen die sterk gerelateerd zijn aan de omstandigheden waarin mensen leven of bejegend worden. Hoewel deze door individuen lastig te beïnvloeden zijn, liggen hier kansen voor maatschappelijke actie.

Dimensies van herstel

Overzichten van factoren die herstel bevorderen zijn vaak de keerzijden van overzichten van factoren die aangeven waarom herstel niet is gelukt. De aan de Amerikaanse overheid gelieerde organisatie SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration)³³ onderscheidt vier dimensies van herstel:

- **GEZONDHEID** | Het overwinnen of beheersen van de aandoening; het in fysiek en emotioneel opzicht gezond leven.
- **HUISVESTING** | De beschikking hebben over een stabiele en veilige plek om te leven.
- **DOEL** | Het hebben van betekenisvolle dagelijkse activiteiten (werk, school, vrijwilligerswerk, familieleven, creatieve ondernemingen); het genieten van onafhankelijkheid, inkomen en middelen om deel te kunnen nemen aan de samenleving.
- **GEMEENSCHAP** | De beschikking hebben over relaties en sociale netwerken die zorgen voor steun, vriendschap, liefde en hoop.

Het is plausibel dat een hoge score op deze dimensies herstelbevorderend is. Helaas is het ook aannemelijk dat voor veel mensen die pogen te herstellen van een ernstige aandoening zo'n hoge score onbereikbaar is. In zoverre belemmert hun slechte gezondheid, belabberde huisvesting, perspectiefloosheid en sociaal isolement of gebrek aan sociale steun hun herstel aanmerkelijk.

Principes van herstel

SAMHSA heeft tien principes van herstel geformuleerd die goed samenvatten wat in de literatuur en door ervaringsdeskundigen op verschillende manieren al is verwoord. We lopen er kort bij langs.

- **Herstel komt voort uit hoop**

Het is opmerkelijk dat in de opsomming het principe van de hoop als eerste wordt genoemd. Opmerkelijk, omdat in de psychiatrische of psychologische literatuur hoop niet een veelbesproken onderwerp is. Sterker nog: het is vaak afwezig. Ook in andere sociaalwetenschappelijke disciplines is het een onderwerp waarnaar weinig onderzoek is gedaan. Uiteraard, de zegswijze 'hoop doet leven', of in het Engels 'hope springs eternal' ontleend aan *An Essay on Man* uit 1732 door Alexander Pope, kent iedereen. Maar wat het principe van de hoop exact is, hoe hoop werkt in het brein en van invloed

³² Deze bijlage is ontleend aan hoofdstuk 9 uit Van der Stel (2012): *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom|Lemma.

³³ Zie: SAMHSA (2011): <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>.

is op herstel, weten we nog niet zo goed.³⁴

- **Herstel komt voort uit persoonlijk initiatief**

De uitspraak dat herstel voortkomt uit persoonlijk initiatief lijkt in strijd met de benarde en uitzichtloze positie waarin veel mensen met ernstige psychische problemen zich bevinden. Deze bewering lijkt bijna arrogant als we kijken naar het verschil tussen zij die dit poneren en degenen waarop de uitspraak betrekking heeft. Toch is het een feit dat het initiatief tot herstel zelden of wellicht wel nooit het directe resultaat is van een interventie, maar dat het voortkomt uit eigen initiatief van de direct betrokkenen. Gebeurtenissen in hun omgeving kunnen daartoe zeker de trigger vormen. Maar ook dan ligt het aan de persoon zelf of zo'n gebeurtenis voor hem of haar de doorslag geeft tot verandering.

- **Herstel kan via verschillende routes verlopen**

Wetenschappers zoeken naar mechanismen en objectieve patronen zodat ze wetenschappelijke wetten kunnen formuleren. Ook bij herstel is dat mogelijk én nodig als voorwaarde om de ondersteuning van herstelprocessen te verbeteren. Dit betekent geenszins dat iedereen op dezelfde manier herstelt. Dit laatste is ook niet zo voorstelbaar: de uitkomst van ontwikkelingsprocessen is niet in de kiem aanwezig. We kunnen ons een ontwikkeling veeleer voorstellen als een knikker die op een aflopend vlak tegen een reeks spijkers aanrolt, en – onvoorspelbaar – dan naar links en dan naar rechts zijn weg vervolgt.

- **Herstel omvat het gehele leven**

We spreken over persoonlijk herstel omdat deze vorm van herstel betrekking heeft op de 'ziel' van de persoon. Maar dit betekent niet dat het slechts om een mentale omslag gaat. Zo'n omslag heeft in beginsel vergaande, praktische gevolgen voor de inrichting van het eigen leven. Persoonlijk herstel gaat gepaard met veranderingen op alle voor het individu relevante levensgebieden. Dit laatste is niet noodzakelijk, maar wel aannemelijk.

- **Herstel wordt ondersteund door vrienden en lotgenoten**

Familie en vrienden of lotgenoten kunnen vaak weinig uitrusten als mensen zich in een crisis bevinden – althans: ze kunnen de toestand niet veranderen. Het aan de persoon laten merken dat ze 'er zijn' is vaak het enige. Dat dit belangrijk is mag duidelijk zijn, al is het frustrerend dat er meestal niet meer mogelijk is. Herstel is, zoals gezegd, gebaseerd op eigen initiatief – hoe uitzichtloos de situatie ook is of lijkt. Toch spelen andere mensen een belangrijke rol bij herstel. Het herstelproces is een ontsnapping uit een sociaal isolement en het (opnieuw) aangaan van sociale verbintenissen. Net zoals dat in de jeugd eerst begint met familieleden en of vriendjes in de buurt, zo verloopt dat bij herstel met bekenden en lotgenoten. De steun die zij kunnen bieden werkt als een brug naar andere sociale verbanden.

- **Herstel vindt steun in relaties en sociale netwerken**

In zekere zin is dit het verlengde van het vorige punt. Personen met wie een meer intieme relatie bestaat spelen in het begin een centrale rol. Die rol wordt wat gerelativeerd wanneer het degene die herstelt lukt om zelfstandig te integreren in sociale verbanden (werk, opleiding of anderszins, bijvoorbeeld een organisatie voor ervaringsdeskundigen in de GGZ).

- **Herstel is cultuurspecifiek**

³⁴ Een prachtig boek over hoop vanuit diverse wetenschappelijke gezichtspunten belicht is: Scioli, A. & Biller, H. B. (2009). *Hope in the age of anxiety*. New York: Oxford University Press.

Ons denken, voelen en handelen is sterk bepaald door de cultuur waarin we leven. Dit merken we nauwelijks met gelijkgezinden om ons heen en/of als culturele veranderingen heel traag verlopen. Maar naarmate samenlevingen meer multicultureel zijn samengesteld, wordt steeds duidelijker dat de culturele perceptie van psychopathologie sterk verschilt. Het leidt ertoe dat er cultureel bepaalde verschillen zijn in de mate waarin en wijze waarop psychische klachten als somatische problemen worden geuit (of omgekeerd). Ook de signalering van problemen en de duur van een onbehandelde episode (bijvoorbeeld een eerste psychose aan het einde van de adolescentie) verschilt. Dat voorspelt vervolgens wat het succes van behandeling is. Culturele verschillen spelen ook mee in de wijze waarop patiënten actief deelnemen aan een behandelprogramma of zich betrekkelijk lijdzaam opstellen.

Als we dit zien als achtergrond waartegen herstelprocessen plaatsvinden, is het aannemelijk dat herstel wordt beïnvloed door culturele opvattingen en praktijken. In de Amerikaanse cultuur zijn *empowerment* of *shared decision making*³⁵ meer vanzelfsprekend dan bijvoorbeeld in een meer ingetogen Aziatische cultuur. Dat geeft kleur aan de wijze waarop herstel plaatsvindt en hoe patiënten zichzelf – als ‘survivors’ – op de kaart zetten. In West-Europa is een sterke neiging om de Amerikaanse benadering over te nemen. Dat hoeft echter niet te betekenen dat het herstel bij psychische problemen in de VS beter verloopt dan in Aziatische culturen. Alleen weten we daar minder van. In ieder geval heeft de recente opmars van de op het boeddhisme gestoelde mindfulness (meditatie; werken aan problemen door ze te leren aanvaarden in plaats van te bevechten) laten zien dat ook uit die hoek zeer relevante bijdragen kunnen komen voor herstel.³⁶

- **Herstel wordt bevorderd door aandacht te geven aan trauma's**

Mensen kunnen herstellen van een psychotrauma dat is ontstaan door misbruik of een geweldservaring. Maar ook als secundair gevolg van het opkomen van psychische stoornissen kunnen trauma's ontstaan. Een psychose is een zeer traumatische ervaring die aparte aandacht verdient. Ook het jarenlang verslaafd zijn en een dakloos bestaan moeten leiden is traumatisch. Herstel impliceert dan ook dat de betrokkene ook herstelt van de trauma's die zijn opgelopen. In herstelondersteuning is aandacht hiervoor vereist.

- **Herstel is gebaseerd op kracht en verantwoordelijkheid van het individu zelf, alsook op die van families en gemeenschappen**

Deze uitspraak is in zekere zin een samenvatting van de eerdere uitspraken. Herstel kunnen mensen niet bij iemand anders tot stand brengen. In het beste geval kunnen ze initiatieven ondersteunen. Dat geldt zowel voor individuen als voor sociale verbanden.

- **Herstel is gebaseerd op respect**

Herstel veronderstelt van de direct betrokkenen een enorme wilskracht – degenen die dit kunnen opbrengen verdienen medewerking en respect.³⁷

³⁵ Shared decision making wordt besproken in: Patel, S.R., Bakken, S. & Ruland, C. (2008). Recent advances in shared decision making for mental health. *Curr Opin Psychiatry*, 21, 606-612.

³⁶ Mindfulness wordt besproken in: Garland, E., Gaylord, S. & Park, J. (2009). The role of mindfulness in positive reappraisal. *Explore (NY)*, 5, 37-44; Hill, C.L. & Updegraff, J.A. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12, 81-90; Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D.R. & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559.

³⁷ Wilskracht wordt besproken in: Baumeister, R.F. & Tierney, J. (2011). *Willpower: rediscovering the greatest human strength*. New York: Penguin Press.

Bijlage 3: Input van Het Zwarte Gat

In een aparte notitie heeft Het Zwarte Gat (zie ook paragraaf 4, onder ‘spelers’) een bijdrage geleverd aan deze quick scan voor Resultaten Scoren.³⁸

Algemeen

In het algemeen is er niet zoveel verschil van inzicht of opvatting tussen de auteurs van de notitie van Het Zwarte Gat en ons (de auteurs van deze quick scan) voor zover deze betrekking hebben op het belang en de kenmerken van herstel en herstelondersteuning in de verslavingszorg. Het Zwarte Gat heeft echter ook over strategische en organisatorische kwesties geschreven. Daarover hebben wij ons niet mee bezig hebben gehouden.

Het is prijzenswaardig dat Het Zwarte Gat haar positie filosofisch onderbouwt. Maar de redeneringen zijn – zeker voor degenen die niet vertrouwd zijn met het werk van onder andere Habermas, Dewey, Nietzsche, Rorty – niet eenvoudig te volgen. En of alleen vanuit deze posities herstel herstelondersteuning mogelijk is, vragen wij ons af. Ook critici van deze filosofen leveren hun bijdrage aan herstel. Verder is kritiek op de wetenschapsfilosoof Popper, en/of het gangbare model van wetenschapsbeoefening, volgens ons geen voorwaarde om goede, cliëntvriendelijke wetenschap te beoefenen. Hier komt bij: de afstand tussen professionals en cliënten of die tussen wetenschappers en cliënten moet niet overdreven worden. Er is tussen deze groepen volop ‘grensverkeer’ van personen: iedereen kan verslaafd raken en omgekeerd kunnen verslaafden professional of wetenschapper worden. Betekent dit dat men dan ook van filosofisch standpunt zal of moet veranderen?

In ieder geval is het de moeite waard met elkaar over de achterliggende filosofische opvattingen, die vaak impliciet blijven, een diepgaand debat te voeren. En het is positief dat Het Zwarte Gat de moeite neemt om abstract na te denken over wetenschap, kennis en leerprocessen.

Inhoud

In haar notitie gaat Het Zwarte Gat in op het huidige paradigma in de Nederlandse verslavingszorg en vraagt ze zich af of dit helderheid verschaft of veeleer verwarring teweeg brengt. Vervolgens wordt de vraag gesteld (en kritisch beantwoord) wat de kans is op persoonlijk en maatschappelijk herstel binnen de instituties en organisaties waar mensen met een verslavingsprobleem nu mee te maken hebben of krijgen. Daarna volgt een schets van een ‘nieuw primair proces’ en wordt aangegeven wat voor leiderschap daarvoor nodig is, welke resultaten en waarderingen daarmee kunnen worden behaald. Voordat wordt besloten met een ‘duurzame oplossing voor de crisis’ (uiteeraard voor zover deze op de zorg betrekking heeft) wordt het voorstel gelanceerd voor de start van regionale herstelinnovatiecentra. Bij elkaar betreffen het weloverwogen gedachten over de beperkingen van de huidige zorgverlening en de kansen om deze – samen met cliënten en cliëntenorganisaties – weg te werken.

Commentaar

Of de oprichting van herstelinnovatiecentra een goed idee is, bestaan bij ons nog twijfels. Vooralsnog zijn de algemene ervaringen met de proeftuinen die in het kader van ‘Maastricht’ zijn geïnitieerd niet rooskleurig. Op zich is het houden van experimenten

³⁸ Oude Bos, J., Haan, G. De, Schippers, R., Natter, M. & Stollenga, M. (2012). *Klimaatverandering, een vitale, herstelondersteunende zorg? Mix van ervaringskennis en zelfsturing, broeikasgas of juist de remedie. Essay ten behoeve van de quick scan van Resultaten Scoren*. Groningen, Dalfsen, Amsterdam, Nijmegen: Kennisnetwerk Het Zwarte Gat.

een belangrijke voorwaarde voor het besluit om wel of niet veranderingen door te zetten. Maar het kan ook zulke veranderingen belemmeren doordat in een instelling of regio innovatieve projecten worden tegengehouden vanwege een lopend experiment, of – erger nog – dat het bestaan van een experiment een reden is om innovatie uit te stellen. Volgens ons is het verstandiger de aandacht voor herstelondersteuning eerst breed en effectief onder de aandacht te brengen in alle geledingen van de betrokken organisaties alvorens op specifieke thema's vernieuwende experimenten worden gehouden of centra worden opgericht. Centra trekken de aandacht maar kunnen de ontwikkeling in hun omgeving ook – onbedoeld – afremmen.