

Innovatie rond herstel

Vragen en opgaven

*Jaap van der Stel**

Herstel is, naast preventie, het belangrijkste doel van de verslavingszorg. Dit artikel bespreekt een aantal vragen rondom het begrip herstel. Er wordt onderscheid gemaakt tussen vier vormen: klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel. Daarbij wordt persoonlijk herstel voorgesteld als een mogelijk belangrijke motor van de andere vormen van herstel. Vijf voor herstel belangrijke kwesties worden besproken en de (veelal nog onvoldoende beantwoorde) vragen die in dat verband kunnen worden gesteld. Het gaat om het begrip en de principes van herstel, de ingrediënten en principes van persoonlijk herstel, alsook om de verhouding tussen ervaringsdeskundigheid, de competentie van professionals en wetenschappelijke kennis. Andere thema's zijn opleiding, onderzoek en de toekomst van herstel. Het artikel besluit met enkele adviezen aan de verslavingszorg, respectievelijk de daarin werkzame onderzoekers en ontwikkelaars. Men moet aan de slag om de definities met betrekking tot herstel aan te scherpen en nieuwe concepten te ontwikkelen. Verder moet men goed nadenken over wat de consequenties zijn van een verschuivend paradigma waarin de rol van cliënten en ervaringsdeskundigheid belangrijker wordt. Tot slot moet worden nagegaan of bestaande protocollen, richtlijnen en handleidingen nog stroken met nieuwe opvattingen over herstel. Als dat niet het geval is, is aanpassing niet onverstandig.

Inleiding

Herstel is een eeuwenoud woord dat recentelijk vooral in verband werd gebracht met (de kans op) genezing. Het werd dus benaderd vanuit een medisch perspectief, respectievelijk vanuit het gezichtspunt van wel of geen ziekte. Wellicht heeft de medisch-technologische ont-

* Dr. J.C. van der Stel is lector ggz bij de Hogeschool Leiden en senior onderzoeker bij VUmc/GGZ inGeest. E-mail: jaapvanderstel@gmail.com.

wikkeling ertoe geleid dat het perspectief van de patiënten of cliënten op herstel op de achtergrond is geraakt of als niet belangrijk terzijde werd geschoven. Daarin is de afgelopen periode beslist verandering gekomen en de gevolgen daarvan zijn goed merkbaar in de somatische en geestelijke gezondheidszorg. Patiëntenorganisaties zijn partij geworden in de discussie over de toekomst van de zorg. Ervaringsdeskundigen ontwikkelen zich meer en meer als een nieuwe discipline in de ggz en verslavingszorg.

Wellicht het belangrijkste is dat de afgelopen periode de term herstel is verruimd. Een weerslag daarvan zien we in een visiedocument van de Nederlandse verslavingszorg: *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel* (GGZ Nederland, 2013). Dit document kwam overigens niet zonder slag of stoot van de grond; tijdens de voorbereiding werd een stevig debat gevoerd over het begrip herstel. Het is positief dat dit tot een goed einde is gevoerd, maar vragen blijven en nieuwe opgaven doemen op.

In dit artikel bespreek ik een aantal thema's met betrekking tot herstel en roep ik telkens een serie vragen op. De beantwoording hiervan - naast een reeks andere vragen, waarvoor hier geen ruimte is - is een opgave voor de sector. Het tijdschrift *Verslaving* kan daarin een platformfunctie vervullen.

Typen van herstel

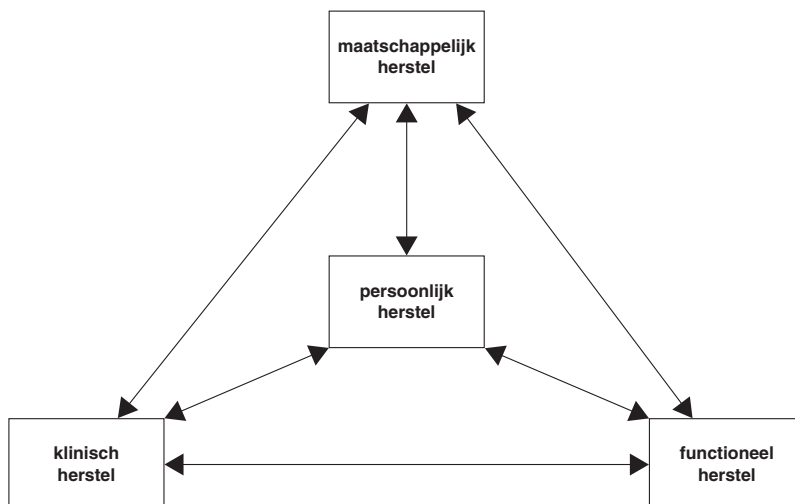
De ggz is gericht op herstel van mensen met psychische problemen, veelal met somatische en sociale complicaties. Herstel komt voor in soorten en maten (zie ook Van der Stel, 2012; Slade, 2009; Andresen e.a., 2011; Rudnick, 2012; Fardella, 2008; Kellogg & Tatarsky, 2012). We kunnen vier vormen van herstel onderscheiden, die overigens slechts theoretisch van elkaar verschillen: klinisch herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel (zie ook figuur 1).

KLINISCH HERSTEL

Klinisch herstel betreft het op de remissie van symptomen en zo mogelijk op genezing gerichte werk van hulpverleners en behandelaren. Psychologische en farmacologische interventies die bijdragen aan ontwenning of terugval voorkomen, vallen onder deze categorie.

FUNCTIONEEL HERSTEL

Functioneel herstel betreft het herstel van lichamelijke, psychische en sociale functies die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of



Figuur 1 Vier vormen van herstel, met een focus op persoonlijk herstel. Deze vormen van herstel hangen met elkaar samen en beïnvloeden elkaar.

aangetast. Aandacht voor het herstel van functies is onderdeel van de rehabilitatie of revalidatie, nadat klinisch herstel is ingetreden. Het kan echter ook plaatsvinden als van klinisch herstel geen of slechts partieel sprake is. Ook op dit vlak zijn interventies beschikbaar. Een voorbeeld is de aantasting van de werkgeheugenfunctie door de verslaving; trainingen van het werkgeheugen bevorderen functioneel herstel en dragen tevens bij aan de kans op klinisch herstel.

MAATSCHAPPELIJK HERSTEL

Maatschappelijk herstel betreft de verbetering van de positie van het individu op het vlak van wonen, werk en inkomen (waaronder schuldsanering) en sociale relaties. Het gaat hierbij om het benutten of vergroten van de kansen die de samenleving biedt om de autonomie te vergroten. De afname van stigmatisering en de maatschappelijke bereidheid om specifieke voorzieningen te treffen zijn hiervan belangrijke aspecten. Instellingen kunnen, samen met patiëntenorganisaties, door sociale actie op dit vlak veel bereiken.

PERSOONLIJK HERSTEL

Persoonlijk herstel betreft het betekenis kunnen verlenen aan datgene wat in het verleden is gebeurd, het stap voor stap meer greep krijgen op het eigen leven (in verleden, heden en toekomst), het zelf doelen

stellen (een voorwaarde voor hoop op verandering), het vormen van een (nieuwe) identiteit, evenals oriëntatie op persoonlijke en in de gemeenschap gekoesterde waarden.

Persoonlijk herstel bereiken mensen uiteindelijk zelf, al kan ondersteuning - eventueel met ervaringsdeskundigen, familie en vrienden - van grote betekenis zijn. Mogelijk is persoonlijk herstel de motor van het klinisch, functioneel (en maatschappelijk) herstel, en in zoverre de kern van de ggz. Gebrek aan klinisch herstel hoeft persoonlijk herstel niet in de weg te staan. Het is verstandiger deze vier vormen van herstel op te vatten als aspecten die elkaar versterken, die niet in een dwingende volgorde staan en waaraan iedereen - vanuit welk specialisme of in welke rol dan ook - een bijdrage kan leveren. En wellicht is het allerbelangrijkste om het herstelproces op te vatten als een uniek proces (er bestaan hieromtrent geen wetmatige patronen), dat daarmee niet in stappenplannen is te vangen; hoogstens achteraf kunnen 'herstelpaden' worden getekend (zie ook Hser & Anglin, 2011; White & Kurtz, 2005).

MEERDIMENSIONALE VISIE OP HERSTEL

De indruk is dat de aandacht voor klinisch herstel ofwel het behandelen van symptomen nog sterk domineert.¹ Het is van belang om een nieuwe meerdimensionale of gelaagde visie te ontwikkelen op herstel; het eerder aangehaalde visiedocument is wat dat betreft een stap in de goede richting. Maar elke visie op herstel heeft direct consequenties voor de te onderscheiden rollen en spelers in de zorg. Bij persoonlijk herstel speelt de professionele interventie uiteindelijk een beperkte rol. 'Herstellen doe je zelf', luidt terecht het mantra van veel patiëntenorganisaties, al kun je daar snel aan toevoegen 'en samen', want veel mensen halen inspiratie en kracht uit onderlinge steun (George, 2007; Rundmo & Hole, 2010; Pantweer-Brick & Eggerman, 2012). Wel is de rol van ervaringsdeskundigen - ex-patiënten die vaak als zodanig worden opgeleid - steeds belangrijker geworden. Op zich is dit geen nieuw verschijnsel, zeker niet in de verslavingszorg. Nieuw is dat ggz-instellingen hierover beleid ontwikkelen en een quorum afspreken en dat zorgverzekeraars hieromtrent criteria opstellen.

1 Dit is een algemeen probleem in de ggz en zeker niet uniek voor de verslavingszorg. Interessant is een recente longitudinale studie van Wunderink e.a. (2013) in Friesland, waaruit bleek dat een onderhoudsdosering antipsychotica na een eerste psychose weliswaar symptomen onderdrukte, maar de kansen op functioneel herstel ondermijnde.

Meteen doemt dan de vraag op hoe ervaringskennis zich verhoudt tot professionele kennis, en in hoeverre ervaringskennis er eigenlijk toe doet in het licht van de ‘almachtige’ wetenschappelijke kennis ofwel ‘evidence-based medicine’. Anders gezegd: hoe verhouden deze drie bronnen van kennis zich ten opzichte van elkaar en hoe verantwoord en we het handelen dat daar mogelijk uit voortvloeit?

Thema's

Hierna bespreek ik zeven thema's en daarbij horende vragen die aan de orde zijn bij het onderwerp herstel in de ggz.

BEGRIIP EN PRINCIPES VAN HERSTEL

Er bestaat verwarring over allerlei begrippen die gerelateerd zijn aan herstel (El-Guebaly, 2012). Het is zinvol hier, zoals in het voorgaande is gebeurd, meer duidelijkheid in aan te brengen, door middel van het onderscheid tussen maatschappelijk, functioneel, klinisch en persoonlijk herstel. Verder is het zinvol de principes van de diverse vormen van herstel helder voor het voetlicht te brengen.

Vragen in dit verband:

- Welke vormen van herstel kunnen worden onderscheiden? Hoe verhouden die begrippen zich tegenover elkaar?
- Welke verschillen in opvatting bestaan er en waar heeft dat mee te maken?
- Wat betekent de benadrukking van herstel (waarmee vaak persoonlijk herstel wordt bedoeld) voor de praktijk? Welke veranderingen zijn daaruit voortgevloeid en welke zijn in de komende periode voorzien?
- Wat zijn de belangrijkste principes van de diverse vormen van herstel en in hoeverre bestaan daartussen fricties?

INGREDIËNTEN EN PRINCIPES VAN PERSOONLIJK HERSTEL

De cliëntenbeweging in de ggz heeft wat betreft herstel de focus gericht op persoonlijk herstel. In de verslavingszorg heeft het Zwarte Gat, de meest spraakzame organisatie die opkomt voor de belangen van (ex-)verslaafden, het accent gelegd op maatschappelijk herstel, maar in de uitwerking daarvan blijkt dat persoonlijk herstel ook daar de nadruk heeft gekregen. De aandacht voor maatschappelijk herstel bestaat overigens in de verslavingszorg al vanaf het begin (Van der Stel, 1995) en maatschappelijk herstel was bij de opkomst van de alternatieve drugshulpverlening, eind jaren zeventig van de vorige eeuw, zelfs de titel waarop instellingen via gemeenten een rijksbijdrage kregen.

Achteraf gezien is de aandacht eerst gericht geweest op de ‘achterzijde’ van de zorg - wat vroeger vaak de nazorgfase werd genoemd. Ook lag het accent op cliënten of patiënten met aandoeningen met een chronisch beloop. En verder was het een aanvulling op rehabilitatie; activiteiten die we nu veeleer aanduiden met functioneel en maatschappelijk herstel. Persoonlijk herstel neemt echter een steeds belangrijker plaats in en de ontwikkelingen neigen ertoe dat het ondersteunen van juist deze vorm van herstel steeds meer wordt opgevat als het centrale doel van de werkzaamheden in de ggz. Een en ander heeft er ook mee te maken dat vorderingen op dit vlak mogelijk een belangrijke motor vormen voor klinisch herstel - de op remissie van symptomen gerichte behandeling - en het zelf actief werken aan maatschappelijk herstel. Als dat waar is, is er eens te meer reden om helder te krijgen wat persoonlijk herstel is en hoe dit zich verhoudt tot de andere vormen van herstel. En uiteraard geldt ook het omgekeerde.

Vragen in dit verband:

- Wat zijn de unieke kenmerken (ingrediënten en principes) van persoonlijk herstel?
- Hoe ontstaat persoonlijk herstel? Is het een spontaan gebeuren (‘herstellen doe je zelf’) en/of kan het ook worden bevorderd?
- Is het aannemelijk dat persoonlijk herstel de of minstens een motor is van klinisch herstel? Of is toch het omgekeerde het geval?
- In hoeverre zijn bijzondere gebeurtenissen een voorwaarde voor het in gang zetten van persoonlijk herstel? En kan daarbij achteraf een ‘omslagpunt’ worden geïdentificeerd?

HISTORISCHE ACHTERGRONDEN

We kunnen stellen dat de psychiatrie/ggz zich hoofdzakelijk richt, of in ieder geval heeft gericht, op klinisch herstel. Dat is niet verwonderlijk, als we ons realiseren dat de psychiatrie als discipline een onderdeel vormt van de geneeskunde en de ggz deel uitmaakt van de gezondheidszorg. Voor andere disciplines, in het bijzonder de klinische psychologie, geldt hetzelfde. Maar toch is het beeld genuanceerder. Verpleegkundigen en aanverwante beroepen (zoals sociaal werkers) hebben vanouds, naast de uitvoering van de directe behandeltaken, ook bijgedragen aan de ‘humanisering’ van de behandelcontext. Zij hebben behalve oog voor klinische resultaten ook belangstelling getoond voor de persoonlijke aspecten van het ziek zijn en voor de manier om met ziekte of gebrek om te gaan. Soms impliciet, maar wel degelijk ook expliciet.

Zo bezien is de ondersteuning bij of van persoonlijk herstel geen recente uitvinding. Het belang van ‘er zijn’, zoals in de presentiebenade-

ring (Andries Baart) wordt bepleit, bestaat wellicht al zo lang als mensen voor elkaar zorgen. En al bij hogere dieren (zoals olifanten) zien we dat de zorg voor hulpbehoevenden een normaal verschijnsel is. Maar ook allerlei vormen van lotgenotencontacten of de inbreng van ervaringsdeskundigheid hebben op de keper beschouwd een heel lange traditie. In de (alcohol)verslavingszorg bestaat het al ruim honderd jaar en de therapeutische gemeenschappen hebben in dit opzicht een traditie van al meer dan een halve eeuw.

Vragen in dit verband:

- Wat zijn de historische (en religieuze) achtergronden van de op (persoonlijk) herstel gerichte benadering die nu opgang doet?
- Wat zijn voorbeelden van vroege vormen van herstel en de inbreng van ervaringsdeskundigen in de psychiatrie of ggz (inclusief verslavingszorg)?
- In hoeverre sluiten moderne vormen van op herstel gerichte zorg aan bij oude tradities? Maar ook: waarin liggen de verschillen en in hoeverre is er sprake van een trendbreuk?

VERHOUDING CLIËNT/PATIËNT EN HULPVERLENER/ PROFESSIONAL

Het idee leeft dat in de recente geschiedenis in een aantal stappen de relatie tussen patiënt en hulpverlener in het algemeen minder hiërarchisch en/of bevoogdend is geworden. Patiënten hebben formele rechten verworven en hun wensen spelen een belangrijke rol bij de bepaling van een behandelstrategie. Voorts zijn - om zorginhoudelijke redenen, maar uiteraard ook ten behoeve van kostenbeheersing - zelfzorg en zelfmanagement belangrijke facetten geworden van de moderne gezondheidszorg. In eerste instantie lag hierbij het accent op chronische zorg (zoals bij diabetes) maar allengs is het een onderdeel geworden van diverse zorgdomeinen.

Hierbij komt het inzicht dat de geneeskunde in haar resultaten sterk afhankelijk is van de leefstijl van patiënten (en uiteraard van degenen die nog geen patiënt zijn). Vanwege te veel of verkeerd eten, te weinig bewegen, roken, te veel drinken, aanhoudende stress (en wellicht te weinig rusten of slapen) wordt de kans op een lichamelijke of psychische aandoening aanzienlijk vergroot en de kans op klinisch herstel beperkt. Met medische (psychiatrische) hulpmiddelen kan daar slechts partieel iets tegen worden gedaan. Ook is de effectiviteit van de zorg sterk afhankelijk van de wijze waarop en de mate waarin patiënten bereid en in staat zijn zich aan de vereisten van een werkzame behandeling te houden (zoals het naleven van de medicatievoorschriften).

De zaak wordt gecompliceerder of in ieder geval complexer als naast het belang van het bewerkstelligen van klinisch herstel de professional tevens oog moet hebben voor het belang van persoonlijk herstel. Zeker als, wat hier wordt beweerd, het persoonlijk herstel wellicht de of minstens een motor is van klinisch (en andere vormen van) herstel. Een bijkomende complicerende factor is nog de komst van ervaringsdeskundigen als gelijkwaardige discipline in de ggz.

Vragen in dit verband:

- Wat zijn de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen decennia wat betreft veranderingen in de relatie tussen hulpverlener en patiënt? In hoeverre heeft dit de effectiviteit van de zorg bevorderd of juist belemmerd?
- In hoeverre is (ondersteuning bij) persoonlijk herstel al een relevant item voor (de meerderheid van de) hulpverleners?
- In welk opzicht en welke mate worstelen hulpverleners (professionals) met de moderne nadruk op persoonlijk herstel en de komst van ervaringsdeskundigen als nieuwe discipline?
- Bestaan er in dit opzicht verschillen tussen academisch opgeleide beroepsgroepen en beroepsbeoefenaren met een hbo- of mbo-achtergrond?

ERVARINGSDESKUNDIGHEID, COMPETENTIE PROFESSIONALS EN WETENSCHAPPELIJKE KENNIS

Professionele competentie betreft het geheel van vaardigheden, kennis en attitudes van een discipline. Het omvat het kunnen werken volgens vastgestelde codes en werkwijzen, en rekening kunnen houden met waarden, normen en opvattingen die voor en door een discipline zijn vastgesteld. Wetenschappelijke kennis heeft betrekking op uitspraken van empirische en theoretische aard van een bepaald domein van de werkelijkheid. Wetenschappelijke kennis is uiteraard een onderdeel van de professionele kennis, maar lang niet alle professionele kennis is strikt wetenschappelijk van aard.

Het is recentelijk gebruikelijk geworden om in de zorg ervaringsdeskundigheid van cliënten op te vatten als een derde, gelijkwaardige kennisbron. Ervaring ligt aan de wortel van alle kennis en is in zoverre niet uniek voor cliënten: ook professionals baseren hun handelen sterk op ervaring en voor wetenschappers is dat niet anders. De term ervaringsdeskundigheid refereert in dit kader aan de kennis die cliënten - veelal na jaren van reflectie en tegenwoordig ook vaak via een opleiding - ontwikkelen over psychische aandoeningen, hoe cliënten die ervaren en hoe cliënten aankijken tegen hun ervaringen in de zorg.

Hun persoonlijke ervaring is het vertrekpunt van hun deskundigheid, maar als ze deze niet kunnen overstijgen, heeft die voor andere cliënten weinig meerwaarde (zie ook Boertien & Van Bakel, 2012).

Ervaringskennis is, zoals gezegd, een aspect van zowel professionele als wetenschappelijke kennis, in zoverre dat wetenschappers gebruik maken van de ervaringskennis van anderen en die ook over hun eigen handelen opbouwen. Maar in deze context leggen we de nadruk op ervaringskennis die is opgebouwd door cliënten (of die aanwezig is bij diegenen die als familielid nauw betrokken zijn geweest bij de zorgverlening). Vanuit die ervaring is er een ander perspectief op de zorg. Dit perspectief wordt slechts voor een deel gedekt door de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek en/of de kennis van professionals, ook al wordt in beide rekening gehouden met de wijze waarop patiënten hun aandoeningen en de ontvangen zorg ervaren.

De afgelopen twee decennia is er een sterke nadruk komen te liggen op de wetenschappelijke fundering van het werk van de te onderscheiden disciplines. Dit heeft er echter niet toe geleid dat het handelen louter vanuit wetenschappelijke bronnen kan worden gefundeerd. Daarvoor is het werk vaak te complex, zijn de onderzoeksmethoden te beperkt en schiet de wetenschappelijke kennis (nog) tekort. Ervaringskennis blijft voor professionals, naast datgene wat behoort tot de canon van de desbetreffende discipline, een onmisbare bron van handelen. En omgekeerd geldt voor ervaringsdeskundigen dat er vroeg of laat ook vraag is naar een wetenschappelijk fundament van het handelen. Verder is er een trend dat ervaringsdeskundigen een discipline vormen, deel uitmaken van teams en in zoverre ook hun competenties gaan profileren. Kortom, de verwevenheid van wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis is groot: het een veronderstelt het ander.

Vragen in dit verband:

- Hoe wordt thans in de ggz gedacht over deze drie kennisbronnen?
- Bestaan er fricties tussen deze kennisbronnen en/of de participanten die zich sterk met een van deze bronnen identificeren? En in hoeverre wordt dit geproblematiseerd?
- Wat is een productieve manier waarop deze bronnen op elkaar kunnen worden afgestemd?
- Hoe kan het handelen, wanneer deze bronnen actief op elkaar worden betrokken, beter worden gefundeerd en/of gelegitimeerd?

OPLEIDING EN ONDERZOEK

Het thema persoonlijk herstel is in de academische opleidingen nog nauwelijks doorgedrongen; in dit opzicht lopen hbo- en mbo-oplei-

dingen beslist voorop. Het gevolg hiervan is ook dat hbo- en mbo-opgeleiden het voortouw nemen in de herstelondersteuning respectievelijk de op herstel gerichte zorg. Dit lost evenwel nog niet het probleem op dat de wetenschappelijke basis van de ondersteuning van persoonlijk herstel nog erg smal is, zeker als we deze vergelijken met die er bestaat rondom klinisch herstel. En zeker de samenhang tussen deze twee vormen van herstel is nog nauwelijks onderzocht. Het idee van persoonlijk herstel als motor van klinisch herstel heeft zeker een empirische basis, maar deze is niet of nauwelijks getest in een wetenschappelijk experiment.²

Vragen in dit verband:

- Hoe moet of kan het thema persoonlijk herstel een centraal thema worden van de zorgverlenende beroepen?
- Wat zijn de belangrijkste facetten van de inhoud van de opleiding op dit vlak? En aan welke competenties kan worden gedacht?
- Wat zijn belangrijke thema's die in het onderzoek naar herstel onderbelicht zijn gebleven? En wat kan worden gedaan om dit te veranderen?
- Aan welke type onderzoek (en welke onderzoeksmethoden) moet worden gedacht om de wetenschappelijke basis van de herstelondersteuning te bevorderen en mede daardoor de klinische resultaten te bevorderen?
- Leidt een brede benadering van herstel, met oog voor klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel, tot meer duurzame resultaten?
- Wat betekent deze brede benadering voor de diverse cliëntengroepen? In het bijzonder: wat zijn de implicaties voor de zorg aan mensen met relatief lichte verslavingsproblemen?

TOEKOMST VAN HERSTEL

Het is mogelijk dat we over enkele decennia concluderen dat de herstelbeweging een vergelijkbare (positieve en negatieve) rol heeft gespeeld als bijvoorbeeld de antipsychiatrie. De antipsychiatrie bracht een debat op gang over de perceptie van psychische stoornissen en over de inrichting van de zorg. (Experimenten die daarvan het gevolg waren, bleken overigens vaak geen succes.) Het belang dat in de algemene ggz wordt gehecht aan maatschappelijk herstel (maatschappelijke integratie, strijd tegen stigma's en taboes) vindt niettemin in deze

2 Er zijn uitzonderingen. Bekend, ook in de verslavingszorg, is de dialectische gedragstherapie van Linehan. Hierbij zijn welbewust elementen van persoonlijk herstel (mindfulness) ingebouwd in het behandelprogramma.

beweging zijn oorsprong. Ook is van daaruit, in zekere zin voor het eerst, nagedacht over de rechten van patiënten. Zoals gezegd, heeft maatschappelijk herstel in de verslavingszorg een langere traditie. De antipsychiatrie heeft echter ook de verspreiding van irrationele of onwetenschappelijke opvattingen bevorderd die schadelijk zijn geweest voor patiënten, hun naasten en de psychiatrie als discipline respectievelijk sector. Het risico dat het kind met het badwater wordt weggegooid, is bij een op vernieuwing gerichte beweging niet ondenkbeeldig.

Vooralsnog zien we vooral de positieve kanten van het benadrukken van persoonlijk herstel en de inbreng van ervaringsdeskundigheid. We kunnen ons zelfs afvragen waarom persoonlijk herstel niet als een belangrijker doel wordt gezien dan klinisch herstel. Zelfs al zou ook in de toekomst de meeste tijd worden besteed aan klinisch herstel, dan nog is het verdedigbaar dat het in essentie in de ggz (en dus ook de verslavingszorg) gaat om persoonlijk herstel, en dat dit voor de patiënten of cliënten het allerbelangrijkste is; ook al presenteren ze bij aanmelding vooral hun klachten en willen ze dat deze (lieft snel) verholpen worden.

Vragen in dit verband:

- Welke verwachtingen zijn er over de impact van herstel voor de toekomst van de werker in de ggz respectievelijk de toekomst van mensen met psychische problemen?
- In hoeverre zitten er in de aandacht voor herstel politieke of economische motieven verstopt (zoals motieven van bezuiniging)? En zo ja: is dat schadelijk of valt dat mee?
- Is het mogelijk dat een focus op persoonlijk herstel een reële, meetbare bijdrage zal leveren aan de (gekwantificeerde) resultaten op het vlak van klinisch herstel?
- Gesteld dat we opnieuw de ggz zouden inrichten, hoe zouden we dit dan doen, rekening houdend met het ultieme belang van persoonlijk herstel als bron van klinisch herstel en/of als belangrijkste doelstelling van deze sector?

Samenvattend en vooruitblikkend

Het is belangrijk glashelder voor ogen te houden dat het nog onduidelijk is wat precies wordt verstaan onder herstel. Dat is het geval in het veld, bij de cliënten, familieleden, te onderscheiden disciplines, managers, wetenschappers en instanties. En voor zover er binnen groepen consensus is, is er tussen groepen geen gedeelde opvatting. Het is echter noodzakelijk dat er ten minste consensus wordt gevormd over een aantal basale begrippen. Dat maakt de discussie eenvoudiger en

verheldert waar verschillen liggen, wat de nuances zijn respectievelijk waarop nadruk wordt gelegd; het zorgt er bovendien voor dat het debat kan worden gevoerd. Dit laat onverlet dat er verschillen zullen blijven in de semantische betekenis van kernbegrippen. Zulke verschillen hebben betrekking op verschillen in inzicht en maken posities duidelijk. Juist bij gevoelige onderwerpen is het essentieel dat de betekenis van woorden glashelder is, terwijl tegelijkertijd de discussie vaak betrekking heeft op het al dan niet veranderen van betekenissen. (De eeuwige discussie over het begrip verslaving kan dienen als voorbeeld voor de ingewikkeldheid om consensus te vormen, over uitgerekend het meest gangbare woord in de verslavingszorg.) Begrippen zijn nodig om veranderingen - gewenste, ongewenste, beoogde en spontane - zichtbaar te maken door metingen (zie ook Henneker & Reed, 2012; Dodge e.a., 2010; Groshkova e.a. 2012). De betekenis van begrippen in de gehanteerde instrumenten moet uiteraard ondubbelzinnig zijn.

In het algemeen moet als regel gelden dat er bij alle belangrijke beslissingen in de verslavingszorg wordt gezocht naar mogelijkheden voor cliëntenparticipatie. Kopschuwheid is niet terecht. Er zijn, in ieder geval elders in de wereld, voldoende voorbeelden waaruit blijkt dat zulke participatie - mits daarin wordt geïnvesteerd en deze wordt gefaciliteerd - een meerwaarde heeft. Niet alleen wat betreft de acceptatie van genomen besluiten, maar ook wat betreft de kwaliteit ervan.

Voor de verslavingszorg en de daarin werkzame onderzoekers en ontwikkelaars zijn de volgende adviezen en/of voorstellen te formuleren.

- Maak scherpe definities en ontwikkel concepten over herstel en daaraan gerelateerde onderwerpen. Dit is een voorwaarde voor monitoring en de ontwikkeling van vragenlijsten of meetinstrumenten.
- Onderzoek wat het verschuivende paradigma - een sterkere rol van cliënten in diverse geledingen van de sector, de opkomst ervaringskennis en de opmars van ervaringswerkers en ervaringsdeskundigen - betekent voor het werkprogramma en de werkwijze van onderzoekers en ontwikkelaars. Zoek naar een vorm waardoor cliëntenorganisaties beter betrokken raken en invloed kunnen uitoefenen en ga na hoe ervaringskennis hierbij een duidelijke plaats kan krijgen naast wetenschappelijke en professionele kennis (Oliver e.a., 2004).
- Herijk bestaande protocollen, richtlijnen en handleidingen voor wat betreft de relevantie voor herstelondersteunende zorg en/of pas ze aan opdat deze daaraan voldoen.

Tot slot: in dit artikel is geen aandacht gegeven aan etniciteit en genderverschillen. Dat deze er zijn, is evident - ook in verband met herstel. Het is zinvol om na te gaan welke verschillen er bestaan in de mate waarin en de wijze waarop te onderscheiden groepen zich herstellen en wat dit betekent voor herstelondersteunende zorg.

Summary

Innovation in recovery: questions and challenges

Jaap van der Stel

Recovery is, in addition to prevention, the main purpose of addiction care. This article discusses a number of questions relating to the concept of recovery. A distinction is made between four types of recovery: clinical, functional, social, and personal recovery, whereby personal recovery is proposed as a possible key driver for the other forms of recovery. The main component of this article will be the discussion of five key issues about recovery and the - often insufficiently answered - questions that can be asked in this context. This includes the concept and principles of recovery, the ingredients and principles of personal recovery as well as the relationship between experience-based expertise, the competence of professionals, and scientific knowledge. Other themes are education and research, and the future of recovery. The article concludes with proposals on how to improve addiction care and advice to researchers and developers in this area. To improve and develop new concepts, we should return to the definitions relating to recovery and develop new concepts. Furthermore, we must think carefully about the consequences of a shifting paradigm in which the role of customer experience and expertise is important. And finally, it must be determined whether existing protocols, guidelines and manuals are consistent with new ideas about recovery. If this is not the case, adjustments might be wise.

Literatuur

- Andresen, R., Oades, L.G. & Caputi, P. (2011). *Psychological recovery. Beyond mental illness*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Boertien, D. & Bakel, M. van (2012). *Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid vanuit de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Dodge, K., Krantz, B. & Kenny, P.J. (2010). How can we begin to measure recovery? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5, 31.
- El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine*, 6, 1-9.
- Fardella, J.A. (2008). The recovery model: discourse ethics and the retrieval of the self. *Journal of Medical Humanities*, 29, 111-126.
- 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* (pp. 191-218). New York: Springer.
- Groshkova, T., Best, D. & White, W. (2013). The assessment of recovery capital: properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32, 187-194.
- Henneker, K.E. & Reed, K. (2012). Knowing the people planning: measuring change in mental health services. *Australian Health Review*, 36, 213-217.
- Hser, Y.-I. & Anglin, D. (2011). Addiction treatment and recovery careers. In J.F. Kelly & W.L. White (Eds.), *Addiction recovery management: theory, research and practice. Current clinical psychiatry* (pp. 9-29). New York: Springer Science & Business Media.
- Kellogg, S.H. & Tatarsky, A. (2012). Re-envisioning addiction treatment: a six-point plan. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30, 109-128.
- Nordfjaern, T., Rundmo, T. & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 46-64.
- Oliver, S., Clarke-Jones, L., Rees, R., Milne, R., Buchanan, P., Gabbay, J., Gyte, G., Oakley, A. & Stein, K. (2004). Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach. *Health Technology Assessment*, 8, 1-148, III-IV.
- 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* (pp. 369-386). New York: Springer.
- Rudnick, A. (Ed.) (2012). *Recovery of people with mental illness. Philosophical and related perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- 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). Hilversum: Verloren.
- Stel, J.C. van der (2012). *Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen*. Den Haag: Boom Lemma.
- White, W. & Kurtz, E. (2005). *The varieties of recovery experience*. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.
- Wunderink, L., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytema & S. & Nienhuis, F.J. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70, 913-920.