

Resultaten boeken, en wel hierom

Jaap van der Stel*

Bij herstel van een psychisch probleem, zoals verslaving, hangt alles hangt met alles samen. Maar het wordt pas interessant als we weten hoe precies, hoe dat werkt én hoe we zulke kennis vervolgens kunnen toepassen. Dit veronderstelt dat we zaken in onderdelen moeten ontleden; het geheel laat zich zelden in één keer onderzoeken. Ik geef er daarom ook de voorkeur aan om het begrip herstel in vieren te delen, om vervolgens de samenhang daartussen na te gaan. Het gaat om klinisch herstel (remissie van symptomen, liefst genezing), functioneel herstel (herstellen of ontwikkelen van psychische functies), maatschappelijk herstel (verbeteren van de sociale positie, zoals werken en wonen) en persoonlijk herstel (zelf doelen stellen, motivatie ontwikkelen en werken aan een nieuwe identiteit).

Staan deze aspecten van herstel ten opzichte van elkaar in een vaste volgorde of hiërarchie? Staan ze los van elkaar, zodat functioneel herstel (herstel of ontwikkeling van bijvoorbeeld bepaalde executieve functies) kan optreden zonder klinisch herstel of wellicht nooit geheel lukt? Is klinisch of functioneel herstel mogelijk zonder persoonlijk herstel of, nog beter, persoonlijke groei? En moeten mensen pas denken aan werk, aan maatschappelijk herstel, als ze eerst klinisch hersteld zijn? Of ligt voor sommigen een omgekeerde route meer voor de hand?

Het belang van het onderscheiden van vier verschillende, maar niet los van elkaar staande, vormen of aspecten van herstel is groot. In de eerste plaats voor de direct betrokkenen. Hun kan duidelijk worden gemaakt dat herstel géén ‘alles of niets’-zaak is - bijvoorbeeld wel of niet abtinent zijn. Maar ook voor de sector is het van grote waarde. De verslavingszorg wordt periodiek door de overheid of daaraan gelieerde instanties zeer kritisch en sceptisch bekeken. Wat levert het op? Is het

* 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.

het geld wel waard? Op de achtergrond speelt mee dat de sector moeilijk hard kan maken waartoe de inspanningen leiden en vooral of daarin progressie optreedt. Daarbij komt dat verslaving omgeven - zeg maar *vergeven* - is van zowel stigmatisering als zelfstigmatisering; eigen schuld is troef. Het percipiëren van verslaving als een hersenziekte of het reppen over 'genetische kwetsbaarheid' helpen daar niet tegen - dat maakt de betrokkenen alleen maar moedeloos.

Het onderscheiden van de vier vormen van herstel maakt het echter mogelijk wel degelijk diverse resultaten te laten zien en ervaren. Meer dan nu. Ontwenningcijfers (klinisch herstel) vormen maar een indicator voor de betekenis van de sector - wellicht zijn hier ook de meeste cijfers over. Maar hoe zit dat met functioneel herstel? Zolang we ons fixeren op symptomen, weten we daar niet zoveel over te zeggen. En waarom hebben we geen rapportages over het herstel en de ontwikkeling van - aan de verslaving gerelateerde - psychische functies? We doen toch aan *psychische zorg*?

Fixatie op symptomen is halve geneeskunde. Artsen denken in termen van de behandeling van ziekteverschijnselen én het herstel (revalidatie) van de functies die met een ziekte van een orgaan of systeem gemeid zijn. Ze behandelen de aandoening en bevorderen, samen met diverse disciplines - zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten of (na een beroerte) logopedisten - de beschadigde functies. De verslavingszorg doet op het vlak van functioneel herstel eigenlijk al heel veel, alleen blijft veel impliciet. En onderzoekers (zoals Reinout Wiers of Ingmar Franken) experimenteren met op functioneel herstel gerichte trainingen. Misschien blijven mensen ook daarna nog wel onverstandig gebruik maken van middelen, maar hebben ze mogelijk wel iets geleerd wat hun sociaal functioneren verbetert. Maak daarom beter zichtbaar wat je doet en wat cliënten aan jou hebben.

Ten onrechte wordt in de psychische zorg de ICF - het internationale classificatiesysteem van de WHO over aspecten van het menselijk functioneren die verband houden met een gezondheidsprobleem - niet of nauwelijks gebruikt. Het verraadt impliciet een fixatie op 'problemen' en niet op wat mensen nog kunnen en eventueel nog zouden kunnen ontwikkelen, of ten minste kunnen behouden. Een goede uitzondering is de familie van vragenlijsten (MATE) die in de verslavingszorg worden gebruikt voor onder andere de indicatiestelling. De ICF is bij de opstelling van deze lijsten maatgevend geweest.

Voor de ICF bestaat geen alternatief. Dat betekent dat, wanneer we functioneel (en maatschappelijk) herstel actief willen bevorderen in enige tak van zorg, de ICF daarbij een belangrijk hulpmiddel is. Niet

alleen omdat het de aandacht richt op functies respectievelijk functioneren, maar ook omdat het helpt bij het vinden van verbanden met de persoonlijke en in de omgeving aanwezige determinanten daarvan. Ik ben benieuwd of met de huidige databestanden die met de MATE zijn aangelegd, niet al een goed begin kan worden gemaakt om het functioneel en maatschappelijk herstel van cliënten beter voor het voetlicht te brengen. Zo ja, doe dat dan meteen.