

Toekomst verslavingszorg

Jaap van der Stel

Ik heb wel eens de vraag geopperd of de verslavingszorg moest blijven bestaan, maar dat had betrekking op de vraag of het niet beter was die te integreren in de algemene psychische gezondheidszorg. Hulp voor mensen die wij of die zichzelf typeren als *verslaafd* zal ook dan nog heel lang blijven bestaan. De kenmerken daarvan zullen niettemin voortdurend veranderen.

Het is belangrijk om helder te zijn over de doelen van de verslavingszorg. De term herstel is vaag. We moeten dit specificeren naar doelen op het vlak van klinisch herstel (symptomen), functioneel herstel (psychische functies, in het bijzonder de executieve functies), maatschappelijk herstel (wonen, leren/werken en relaties) en persoonlijk herstel (de persoonlijke agenda van de direct betrokkenen, werken aan een positieve identiteit, enzovoort). Afgezien van de vraag welke voorziening wat doet, is het noodzakelijk dat alles en iedereen gefocust is op een brede visie op herstel en daaraan bijdraagt. Daarbij is het cruciaal dat wij in staat zijn aan te sluiten bij wat voor de betrokkenen essentieel is. Als ik het goed begrepen heb, staan voor cliënten of patiënten twee zaken centraal: dat ze worden geholpen *beter te functioneren* en dat er sprake is van *herstel van ontwikkeling* – dat ze de dynamiek van het leven weer kunnen omarmen.

Als je alleen kijkt naar de epidemiologische kerncijfers, dan is er nog weinig progressie in de resultaten van de verslavingszorg of de de psychische zorg in zijn algemeenheid. Als we afzien van de prevalentie en incidentie van verslaving als diagnostische categorie (DSM), dan moet je echter wel een bord voor je kop hebben als je niet ook ziet dat er in de afgelopen zeventig jaar – de periode na de Tweede Wereldoorlog – op onderdelen wel degelijk inhoudelijke resultaten zijn geboekt.

Er is een spagaat tussen de ontwikkeling en toepassing van steeds effectievere behandelmethoden en de fixatie op ziektecategorieën. Daardoor komen bij chronische aandoeningen reële verbeteringen in de behandelresultaten, de kwaliteit van

Dr. dr. J. van der Stel (✉)
Leiden, Nederland
e-mail: jaapvanderstel@gmail.com

leven van de betrokkenen en de bejegening niet goed in beeld; ze blijven onder de oppervlakte. En kijk ook naar de gestage emancipatie van mensen met een psychische aandoening. Het is belangrijk dat we consensus vormen over op welke aspecten of domeinen we deze progressie in beeld kunnen brengen. We doen onszelf en vooral de direct betrokkenen ernstig tekort, als we dit nalaten. We moeten de positieve resultaten systematisch in beeld brengen en die bekendmaken. Dat versterkt het vertrouwen in de sector en leidt mogelijk tot vroegtijdig vragen om hulp.

Kleinschaligheid en de wijk zijn telkens terugkerende thema's in de organisatie van de zorg. Het is goed mogelijk dat, voor subgroepen in de totale populatie mensen met lichte en ernstige psychische aandoeningen of kwetsbaarheden, kleinschaligheid en wijkgericht werken de beste manier is. Dan moeten we dat ook zeker doen. Maar alle contacten tussen burgers en hulpverleners moeten in de context worden geplaatst van datgene wat zij als patiënt of cliënt nodig hebben. Wat zijn hun problemen of aandoeningen? In welk stadium bevinden die zich en wat is het profiel? Hoe complex zijn de problemen? Hoe acuut is de zorgverlening? In hoeverre is een snelle blik van een specialist vereist? Wat zijn de mogelijkheden voor digitale hulpverlening? Wat willen de mensen zelf?

Ernstige psychische aandoeningen (zoals verslaving) ontstaan voor 75 % in de eerste 25 jaar. Om resultaten te boeken, is het zonneklaar dat we een *deltaplan* moeten maken, om de focus meer te richten op jongeren en hun sociale context. Dit kan slechts geleidelijk worden gerealiseerd. Er zijn nu eenmaal veel meer mensen met ernstige psychische aandoeningen ouder dan 25; die blijven leven en houden hun problemen. Het beginsel 'vroeger is beter' is echter ook op hen van toepassing. Ook bij de oudere groepen kunnen we – door vroegtijdiger, proactiever en alerter zorg te verlenen – belangrijke resultaten boeken.

Ik hoor te vaak dat hulpverleners zich niet aan de richtlijnen houden, die soms niet eens kennen en ook dat er geen consequente toepassing is van beschikbare kennis. Het is helaas niet vanzelfsprekend dat bewezen effectieve werkmethoden onverwijld (en modelgetrouw) worden toegepast in het veld. Ik denk dat we in de komende jaren veel winst kunnen boeken met bestaande kennis en dat we bestuurders, managers en alle andere werkers moeten aanspreken en oproepen om op dit gebied een vrijblijvende houding te laten varen.

Psychische stoornissen (zoals verslaving) zijn aandoeningen in of met betrekking tot de hersenen en als zodanig zijn ze ook te typeren als somatische aandoeningen. Daarnaast hangen veel psychische aandoeningen samen met diverse andere somatische klachten en ziekten. Het motiveert telkens weer om de samenhang met de somatische zorg – om te beginnen uiteraard de huisarts – meer naar voren te brengen en de sector zoveel mogelijk te integreren in de overige gezondheidszorg. Het is belangrijk dit ook in de naamgeving tot uiting te laten komen.

Zelf ben ik ermee opgehouden om over de 'GGZ' te spreken, omdat ik het ervaar als de aanduiding van een getto. In Venetië, waar het eerste getto stond, was er een 'oud' en een 'nieuw' getto. Het verschil was voor de mensen die daar 's avonds werden opgesloten niet te merken. De uitgangspunten – mensen *apart* bijeenbrengen – bleven echter dezelfde. Het wordt tijd dat we dit veranderen door

te verduidelijken dat we, als onderdeel van de gezondheidszorg, specialist zijn in het leggen van een focus op de psychische aspecten. In zoverre zijn er redenen genoeg het bestaan van een 'aparte' verslavingszorg nooit als vanzelfsprekend te ervaren.

Dr. dr. J. van der Stel is lector ggz bij Hogeschool Leiden, senior onderzoeker bij VUmc/GGZ inGeest en adviseur beleid bij Brijder-Parnassia.