

# Meedoen en voorop lopen

Een kritisch opbouwende blik op de Nederlandse verslavingszorg.

Door een insider



Martinus Stollenga

Groningen, januari 2013.

# Meedoen, en voorop lopen!

## Inhoudsopgave

0.	Waarom dit document	1
1.	Inspiratiebronnen	3
2.	Economische en politieke omstandigheden	4
3.	Clënten in de verslavingszorg	6
4.	Herstel	7
5.	Herstelmeetlat	8
5.1.	Zorgverleners	8
5.2.	Ervaringsdeskundigheid	10
5.3.	Evidence based medicine	10
5.4.	ROM	11
5.5.	Justitie	11
5.6.	Resultaten Scoren	12
5.7.	Bestuurlijke inrichting	12
6.	De financiers	14
6.1.	Ministerie van VWS	14
6.2.	Zorgverzekeraars	14
6.3.	Gemeenten	14
7.	Slot	16
	Literatuur	16
	Bijlage Principes van Herstel	18

# Meedoen, en voorop lopen!

## 0. Waarom dit document

Aan het eind van de 90-er jaren van de vorige eeuw raakte ik als directeur van CAD Drenthe betrokken bij Resultaten Scoren. Vanaf toen tot 1 januari 2012 is die betrokkenheid gebleven, maar ook nog wel daarna, zij het niet meer in bestuurlijke zin. Ondertussen was ik achtereenvolgens werkzaam voor CAD Drenthe en voor VNN en deed ook het een en ander voor de verslavingsreclassering bij de SVG en voor de verslavingspreventie in het LSP en in een werkgroep in opdracht van VWS. Het afgelopen jaar was ik nog maar zeer beperkt werkzaam in de verslavingszorg en het is wonderlijk te merken hoe snel je in staat bent kritisch te kijken naar die sector en naar je eigen functioneren daarin.

Dat kritisch kijken is gestimuleerd door iets wat als een rode draad door mijn carrière loopt, het perspectief vanuit de cliënt. Eerst was dat als projectleider van het Straathoekwerk in Groningen in de periode die loopt van eind jaren 70 tot en met de eerste helft van de jaren 80, en, daarna in de verslavingszorg. Nu doe ik dat vanuit het gedachtegoed van de cliënten in de verslavingszorg, verenigd in Cliëntenraden en in het kennisnetwerk het Zwarte Gat. De eerste hier genoemde periode en dit laatste jaar waren beide toch heel anders, doordat ik niet meer werkzaam was in de sector en dat heeft het kritisch vermogen vergroot.

Het laatste jaar was ik actief als voorzitter van de Centrale Familieraad van NOVO, een organisatie in de VG sector in Groningen. De voorzitter mag het thema kiezen voor de jaarlijkse achterbanbijeenkomsten. Aangezien aan het begin van het afgelopen jaar plannen bekend waren geworden om een groot deel van de AWBZ gefinancierde zorg over te hevelen naar de gemeenten (passend in de WMO) koos ik als thema meedoen. Immers de WMO gaat in feite over meedoen en mensen met een verstandelijke beperking willen niets liever dan gewoon meedoen. Is dat voor de cliënten van de verslavingszorg zo veel anders?

In de jaren 90 van de vorige eeuw had de verslavingszorg in Nederland een slecht imago; het kostte een hoop en leverde, kort gezegd, niets op; althans er waren geen aantoonbare resultaten. De sector overwon haar onderlinge verdeeldheid en sloot zich eendrachtig achter een gezamenlijk verbeterplan in de vorm van het project Resultaten Scoren. Dat scoorde overigens direct al bij aanvang bij de toenmalige Minister van VWS, die ruimhartig voor meerdere jaren financiële ondersteuning bood. De sector had op deze manier van de nood een deugd gemaakt en ging in de zorg voorop bij de ontwikkeling en uitvoering van een meerjarig kwaliteit verbeter programma.

Het economische- en politieke tij is sindsdien fors veranderd en dat betekent dat het roer in de zorg om moet; het zou fantastisch zijn als de verslavingszorg opnieuw de rol van koploper pakt om tegemoet te komen aan die veranderende eisen die aan de zorg gesteld worden. Daar wil ik met dit document voor pleiten en er een bijdrage aan leveren. Dat doe ik op persoonlijke titel.

Waar ik in het document instellingen noem wil dat niet zeggen dat de niet genoemden niet over dezelfde kenmerken beschikken als de genoemde. Ik noem slechts voorbeelden en geef geen uitputtende en uitsluitende overzichten.

## 1. Inspiratiebronnen

### Doe er iets aan!

In oktober 2010, werd Hessels essay, *Maak U Boos!* (Originele Franse titel: *Indignez-vous!*), gepubliceerd in een oplage van 6.000 stuks. Sindsdien is het essay meer dan anderhalf miljoen keer verkocht en is het vertaald in o.a. Baskisch, Catalaans, Italiaans, Duits, Grieks, Engels, Portugees, Sloveens, Spaans, Kroatisch en Hebreeuws. Vertalingen in het Koreaans, Japans, Hongaars, Zweeds en Nederlands, en andere talen staan in de planning.

In zijn boek stelt Hessel dat Frankrijk zich weer boos moet maken, zoals zij die het verzet vormden dat tijdens de Tweede Wereldoorlog deden. Hessel draagt zelf de volgende redenen aan waarom hij zich boos maakt: de groeiende ongelijkheid tussen arm en rijk, de wijze waarop Frankrijk omgaat met zijn illegale immigranten, het gebrek aan persvrijheid, de noodzaak het milieu te beschermen, het versterken van de Franse welvaartsstaat en de erbarmelijke situatie van het Palestijnse volk. Hij roept met zijn boek op tot vreedzaam verzet.

Tijdens een Spaanse protestactie tegen corruptie en het politieke systeem gebruikten de demonstranten de term *Los Indignados*, de verontwaardigden. Ze baseerden zich daarbij op de titel van Hessels boek. Deze Spaanse protesten inspireerden, samen met de Arabische Lente, verscheidene andere protestacties, waaronder Griekse, Italiaanse en Israëliëse protesten. Occupy Wall Street en de bredere Occupy-beweging zijn ook geïnspireerd door deze beweging.

**Stéphane Frédéric Hessel** (Berlijn, 20 oktober 1917) is een diplomaat, ambassadeur, schrijver, voormalig strijder van het Franse verzet en overlever van de nazi-concentratiekampen. Geboren in Duitsland, naturaliseerde hij in 1939 en nam daarmee de Franse nationaliteit aan. Hij heeft onder meer deelgenomen aan het redigeren van de Universele verklaring van de rechten van de mens van 1948. (uit Wikipedia 8 september 2012)

John F Kennedy stelde als president van de VS dat het er niet om gaat wat de staat voor jou kan doen maar wat jij voor de staat kunt doen.

## 2. Economische en politieke omstandigheden.

De economische crisis heeft er voor gezorgd dat ook kritisch gekeken wordt naar mogelijkheden om de zorgkosten te beperken. De invoering van de marktwerking, die bedoeld was om door concurrentie betere zorg voor minder geld te krijgen, heeft vooral geleid tot een ander effect, namelijk volumegroei en daarmee sterk toegenomen kosten. Deze toegenomen kosten worden moeilijker te dragen en aan het publiek en de politiek uit te leggen, waarmee het draagvlak onder de zorg afneemt. Om hieraan tegemoet te komen is in de GGZ en VZ afgesproken de groei te beperken tot 2,5% per jaar (zie bestuurlijk akkoord); ook de ambulantisering, hoewel niet direct gericht op kostenreductie, zal hieraan een steentje kunnen bijdragen.

Deels samenhangend met deze economische crisis zijn tal van bewegingen opgekomen die je zou kunnen plaatsen in het gedachtegoed van Stéphane Hessel: wacht niet af maar ga, samen met anderen, oplossingen creëren voor maatschappelijke en persoonlijke vraagstukken. Denk hierbij aan de groepen burgers die zelf energie opwekken en/of inkopen. Een mooi overzicht van dit soort bewegingen op tal van maatschappelijke terreinen is te vinden in een Groene Amsterdammer van de zomer van 2012 en in het boek van hoogleraar transitiekunde Jan Rotmans getiteld, In het oog van de orkaan. Deze ontwikkeling past ook bij de toenemende kritiek op grote bureaucratische organisaties waardoor burgers zich als een nummer behandeld voelen; het individu wordt alleen gezien als lid van een groep en in de zorg als de stoornis. Er wordt onvoldoende rekening gehouden met ieders unieke eigenschappen en daarvoor zoeken mensen alternatieven, die bijvoorbeeld geboden worden door een organisatie als Buurtzorg maar ook door de Stichting Aanzet in Leeuwarden (daarover verderop meer). Geleidelijk is er een omkering in de zorg ontstaan van het ontwikkelen van systemen voor optimale levering van zorg aan de burger naar systemen waaraan de burger zich moet aanpassen. Zijn en haar wensen en behoeften worden ondergeschikt aan het systeem, niet meer gehoord, laat staan beantwoord. Om zich hieraan te onttrekken ontstaan organisaties als Buurtzorg en de zorgcoöperaties waarover de NRC onlangs berichtte (NRC, 2012) maar ook initiatieven die door cliënten worden genomen, zoals de Thomashuizen in de VG sector.

Ook in de verslavingszorg zijn cliënten begonnen met hun eigen zorg te organiseren. Al heel lang deden ze dat in de lange en rijke traditie van zelfhulpgroepen en therapeutische gemeenschappen. De laatste jaren ook in zogenaamde cliëntgestuurde projecten. Ook hebben ze kritisch gekeken naar de kwaliteit van de verslavingszorg en geconcludeerd dat die tekort schiet wanneer het gaat om de vraag, hoe nu verder na de behandeling. Velen vallen dan in wat wel genoemd wordt een zwart gat. De cliënten hebben daarop een antwoord gevonden in Nieuw Zeeland, waar één van hen met een studiereis naar toe is geweest. En wel in het begrip Herstel, afgeleid van het Engelse Recovery, dat niet alleen in Nieuw Zeeland, maar ook in Groot Brittannië en de VS op een redelijk rijke geschiedenis kan rekenen. In Herstel wordt een veel actievere rol van de cliënt verwacht dan nu veelal het geval is. Dat past heel goed bij de hiervoor beschreven maatschappelijke beweging. Herstel is in de eerste plaats gericht op het weer oppakken van maatschappelijke en sociale rollen (onder andere die van resp. werknemer, leerling, huurder, buurman/vrouw en vader/moeder, zoon/dochter, vriend/vriendin, teamgenoot in een sportvereniging). En dat is ook waar de WMO voor staat, die om die reden, ook wel een participatiewet wordt genoemd. Herstel is ook gericht op het benutten van

de eigen kracht en die in de omgeving. Daarmee beperkt men de zorgkosten in Nieuw Zeeland, dat een veel kleinere economie kent dan Nederland.

Het concept van Herstel past ook goed bij een andere beginnende maatschappelijke ontwikkeling, namelijk die past bij de hiervoor genoemde uitspraak van president Kennedy. Al zo'n 10 jaar geleden waaide vanuit de VS over dat werklozen met een uitkering toch ook wel iets konden doen, mede om hun kansen op de arbeidsmarkt te vergroten door het weer opdoen van arbeidsritme en –discipline. Het afgelopen jaar is dat idee ook omarmd door de gemeente Emmen die met alle mensen met een uitkering een gesprek wil voeren wat zij in ruil voor die uitkering voor de samenleving kunnen betekenen. In mei 2012 werden inwoners van de gemeente Emmen, die een bijstandsuitkering ontvangen, tijdens een bijeenkomst gevraagd mee te denken over de invulling van de tegenprestatie. De aanwezigen vonden het normaal iets terug te doen voor de uitkering. Een meerderheid van hen gaf aan het liefst zelf op zoek te gaan naar een tegenprestatie. (gemeente Emmen; 2013) Zo haal je mensen uit het isolement van achter de geraniums weg, laat je ze maatschappelijk nuttig werk doen en dragen ze zelf zo bij aan hun gevoel van eigenwaarde. Ook wanneer je zelf actiever bent in de vormgeving van je eigen leven en in je eigen zorgproces, draagt dat bij aan je gevoel van eigen waarde. De professional heeft een belangrijke taak om dit moeilijke maar zo noodzakelijke proces goed te coachen. Voor verslaafden komt daar nog bij dat het een belangrijke doorbraak is in de lange geschiedenis van afhankelijkheid. Je lijdende rol in het zorgproces wordt een leidende rol en dat vraagt veel van iemand, maar levert ook heel veel op.

De zorg loopt tot slot nog tegen een enorm dilemma aan door de verwachte toename in de vraag, de toenemende vergrijzing en doordat er door demografische ontwikkelingen minder jongeren tot de arbeidsmarkt zullen toetreden. Om hieraan tegemoet te komen zal waar mogelijk de professionele zorg weer terug gegeven worden aan de informele zorg, zal gebruik gemaakt worden van E-health en zullen instellingen en opleidingen hun best moeten doen aantrekkelijk te zijn voor potentiële zorgverleners. Enkele voorbeelden uit de praktijk: in Rotterdam Zuid wordt in een pilot geprobeerd de kracht van de informele zorg te versterken (Nieuwsuur, 2012). Potentiële zorgverleners kunnen natuurlijk ook opgeleide ervaringsdeskundigen zijn. Daar komen er langzaam ook steeds meer van.

### **3. Cliënten in de verslavingszorg**

De hier genoemde maatschappelijke ontwikkelingen laten uiteraard ook de cliënten van de verslavingszorg niet onberoerd. In 1996 werd de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) ingevoerd. Dat was het begin van een beweging die uiteindelijk werd gebundeld in de twee keer per jaar gehouden weekenden voor leden van de Cliënten raden (CR) in de verslavingszorg. In die weekenden leerden de cliënten van elkaar en van deskundigen hoe kort gezegd de medezeggenschap kan worden gemaximaliseerd. Ze hebben zich op die manier ontwikkeld tot een over het algemeen betrokken en stevige gesprekspartner van de leiding van de verslavingszorg. Uit hun midden is het kennisnetwerk het Zwarte Gat voort gekomen. De CR-en en het Zwarte Gat hebben zoals hiervoor is uitgelegd het begrip Herstel heeft omarmd. De CR-en en het Zwarte Gat hebben in samenwerking met de Raden van Bestuur van de instellingen het Handvest van Maastricht opgesteld, waarin (door hun ondertekening) CR-en en RvB-en zich verplichten Herstel leidend te laten zijn in de verdere ontwikkeling van de verslavingszorg. Daarnaast erkennen ze daarmee ervaringskennis als derde en gelijkwaardige bron van kennis naast die van de wetenschap en de professionals. Om tot herstelgerichte verslavingszorg te komen zullen proeftuinen ingericht worden.

Deze overeenkomst loopt per 1 januari 2013 af. Er lopen nog verschillende proeftuinen die ook op hun effectiviteit worden onderzocht en waaraan een leergroep is verbonden. Ook is ondertussen de cursus Empowerment+ onderzocht en effectief gebleken. In deze korte cursus kunnen mensen met verslavingservaring ontdekken wat ze verder in hun leven met betrekking tot werk en opleiding willen en of het doorontwikkelen van ervaringskennis tot –deskundigheid bij hen past.

Ook is er een netwerk in ontwikkeling waarin verschillende activiteiten die gezamenlijk vallen onder de noemer Herstel van elkaar willen leren en hun ervaringen eendrachtig en krachtig willen uitdragen.



#### 4. Herstel

Eerst volgen hier kort de belangrijkste kenmerken van Herstel, die door SAMSHA in 10 punten zijn samengevat, overgenomen uit het boek van Jaap van der Stel met als titel Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen, en als bijlage zijn bijgevoegd.

De kenmerken, die ook van belang voor het vervolg van dit document zijn:

- Herstel komt voort uit hoop en persoonlijk initiatief
- Herstel kan via verschillende routes verlopen en omvat het gehele leven
- Herstel wordt ondersteund door vrienden en lotgenoten
- Herstel is gebaseerd op kracht en verantwoordelijkheid van het individu zelf, alsook op die van families en gemeenschappen
- Herstel vindt steun in relaties en sociale netwerken

Aan deze lijst zou ik nog zingeving willen toevoegen. Zingeving kan zowel op een religieuze als niet religieuze manier worden uitgelegd. Je moet wel zin in het leven hebben, wil je de kracht en het doorzettingsvermogen hebben om een jarenlange verslaving te doorbreken. En hoop biedt dan het onmisbare gevoel dat dit doorbreken haalbaar is. Een mooie beschrijving van het gevecht tegen verslaving en het belang van zingeving daarbij is te vinden in het bijzondere en prachtige boek van hoogleraar in Nijmegen Marc Lewis (2012). Nogmaals zonder zingeving en hoop is het gevecht om het verslaafd middelengebruik te doorbreken een verloren gevecht.

Verwijzend naar het boek van Jaap van der Stel en het document Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend (Haan ea, 2011) beschouw ik herstel verder als bekend. Ik heb hier alleen die begrippen genoemd die voor dit document van belang zijn en een wezenlijk deel uitmaken van herstel. Ook is dan nog van belang om, ook in navolging van Jaap van der Stel, een onderscheid te maken tussen klinisch, functioneel, persoonlijk en maatschappelijk herstel. (vd Stel, 2012). In de GGZ en VZ heeft heel lang het klinisch herstel centraal gestaan. Er is vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw meer belangstelling gekomen voor het functioneel herstel. De belangstelling en inzet voor het maatschappelijk en persoonlijk herstel zal fors moeten toenemen. Onderkend moet worden dat zij een noodzakelijke voorwaarde vormen voor resp. het functionele en klinische herstel.

## 5. Herstelmeetlat

In het vervolg wil ik de “herstelmeetlat” langs de huidige verslavingszorg leggen. Maar ook langs de domeinen van Resultaten Scoren, kennisontwikkeling, implementatie en –borging. Ik doe dat aan de hand van korte paragrafen waarin steeds één thema of groep behandeld wordt.

### 5.1.Zorgverleners

Herstel vraagt een andere houding en vaardigheden van zorgverleners dan nu overwegend wordt gevraagd en toegepast.

In de eerste plaats zijn veel hulpverleners opgeleid om problemen op te sporen, bespreekbaar te maken en op te lossen. Op die manier wordt geprobeerd het leven van de cliënt draaglijker te maken. Herstel vraagt op twee aspecten in deze een geheel andere houding en vaardigheden van de hulpverlener. Hij/zij moet met de cliënt op zoek gaan naar diens kracht en die in diens directe omgeving en deze zo door de cliënt laten benutten dat het zelfvertrouwen toeneemt en daarmee de draagkracht en het responsief, zeg maar zelfoplossend, vermogen. Dat is ongelooflijk moeilijk als je jarenlang anders hebt geleerd en dagelijks anders hebt gehandeld. Daarnaast moet je je ook nog eens niet zelf verantwoordelijk maken voor het leven van de cliënt en diens herstel; je moet de regie bij hem of haar laten. Bovendien moet je dan nog inschatten in welke mate de cliënt daartoe in staat is. Hulpverleners denken maar al te vaak dat zij dit altijd al doen of dat zij zich dit wel even heel snel en gemakkelijk eigen zullen maken. Hulpverleners die zich toeleggen op het toepassen van de Oplossingsgerichte methodiek, deze gaat uit van de beide hier besproken principes, weten maar al te goed hoe simpel het lijkt maar hoe moeilijk het is. De oplossingsgerichte methodiek is door Louis Cauffman uitgeschreven in een handelingsboek getiteld *Simpel*. (Cauffman, 2010)

Dit aspect van herstel is in feite gebaseerd op de uitgangspunten van de positieve psychologie en op basis van deze uitgangspunten zijn tal van methodes ontwikkeld die in meer of mindere mate passen bij herstel en nationaal en internationaal worden toegepast in de GGZ, VZ en MO: Strength, Krachtmethode, IRB, CRA, WRAP en Oplossingsgerichte methodiek.

Herstel betekent ook, gebruik maken van de positieve krachten in je omgeving. Dat kan net zo goed je familie als je buurvrouw als je collega op het werk zijn, maar ook een lotgenotengroep. De cliënt ondersteunen in het zoeken en benutten van deze krachtbronnen is voor veel hulpverleners nieuw. De professionele verslavingszorg werkt nog altijd beperkt samen met zelfhulpgroepen. We kennen in Nederland geen traditie, zoals in veel andere landen, waarin iedereen na afloop van de behandeling, of ook al tijdens, gebruik maakt van de bijeenkomsten van zelfhulpgroepen. Dit is ook af te leiden uit de “dichtheid” van zelfhulpgroepen in Nederland. Uit Nieuw Zeeland is door de Jeugdzorg in Nederland een methode over gekomen die ingezet kan worden om systematisch gebruik te maken van de kracht in de omgeving. Deze methode is bekend onder de naam *Eigen Kracht Conferentie*. Voor de verslavingszorg is er ook al enige ervaring mee opgedaan. Recent is daarover ook een eerste publicatie verschenen (Schout, 2011). Overigens kan de eerder genoemde door Louis Cauffman uitgeschreven methodiek ook een hulpmiddel zijn positieve krachten in de omgeving van de cliënt op te sporen.

De regie aan de cliënt laten vereist een andere rol en vaardigheden van hem of haar, maar ook van de hulpverlener. Als die de regie aan de cliënt laat dan wordt de rol van de hulpverlener één die het best omschreven wordt met het begrip coach. De hulpverlener ondersteunt, stimuleert en biedt zijn of haar kennis aan. In de Nieuwe Skuul op Texel, nu verzelfstandigd in de Skuul, wordt al ruim 30 jaar zo gewerkt. De medewerkers van de Skuul symboliseren hun werkwijze wel met “op je handen zitten”. Als je hen hun werkwijze hoort toelichten dan bekruipt je het zelfde gevoel als bij het boek van Louis Cauffman, het lijkt zo simpel maar het is o zo moeilijk om het consequent en daarmee effectief uit te voeren. Cliënten waarderen deze aanpak zeer.

Wil een cliënt weer meedoen dan is het beschikken over eigen woonruimte, inkomen en werk of andere bezigheden, naast waardevolle relaties, van groot belang. Dit vereist samenwerking tussen de verslavingszorg en andere maatschappelijke voorzieningen en hulpverleners die bereid en in staat zijn in netwerken en ketens over de grenzen van de eigen instelling te werken.

De nieuwe kerntaken van de hulpverleners (incl. de ervaringsdeskundigen) worden volgens Slade (2009):

- Ondersteunen op het gebied van hoop
- Hulp bij het ontwikkelen van identiteit
- Zoeken naar nieuwe betekenissen
- Bevorderen dat persoonlijke verantwoordelijkheid wordt genomen

De ervaring van ervaringsdeskundigen in de Verslavingszorg leert dat het nog wel voorkomt dat er goed bedoelende hulpverleners zijn, die evenwel (onbedoeld) moraliserend en respectloos naar hun cliënten kunnen zijn. Het gaat dan om tal van kleine dagelijkse handelingen, die evenwel de cliënt systematisch drukken in de rol van een afhankelijke en slecht functionerende zorgvrager. Het is aan te bevelen ervaringsdeskundigen die in een regulier team werkzaam zijn hierover eens te bevragen. Het beste kan dat los van hun specifieke team gebeuren om te voorkomen dat hun functioneren daarin ernstig wordt belemmerd. Ook kan de ervaringsdeskundige behulpzaam zijn in het opsporen van die aspecten, die er in het hersteltraject echt toe doen. De ervaringsdeskundige die mee was naar Nieuw Zeeland keerde terug met de belangrijkste vragen die in elk hersteltraject aan de orde zouden moeten komen; ze worden ook wel naar hem vernoemd, het mantra van Gerrit:

- Wat ben je kwijt
- Wat wil je terug
- Wat wil je niet terug
- Wat kan ik je daar zelf aan doen, hoe kan ik je daarbij helpen? (VIP, 2012)

Mensen veranderen vaak ook doordat van hen wordt gevraagd een andere rol te vervullen. Zo vraagt deelname aan een cursus de rol van cursist en dat is een heel andere met ook een andere beleving dan die van hulpvrager. Bovendien kunnen cursussen afgesloten worden met een certificaat of diploma, die deze positieve beleving bekrachtigd. Kunnen bijvoorbeeld leefstijltrainingen in dit

verband niet in de vorm van een cursus aangeboden worden. Allicht kan dat ook met andere behandelmodules.

## **5.2. Ervaringsdeskundigheid**

Zoals hiervoor al op één aspect is aangegeven kan de verslavingszorg veel baat hebben bij het inzetten van ervaringsdeskundigen. In het verleden is daarmee ook ervaring opgedaan, die overigens niet altijd positief was. Veelal ging het dan om niet opgeleide uitbehandelde cliënten, met name afkomstig uit therapeutische gemeenschappen. De ene dag was men nog een in behandeling als cliënt en de volgende dag maakte men deel uit van de behandelstaf. Dat dit vaak niet goed afliep ligt voor de hand. Tegenwoordig gaat dat anders. Ervaringsdeskundigen zijn voor ze gaan werken in de zorg veelal al geruime tijd uit behandeld en hebben een opleiding gevolgd om hun ervaringskennis om te kunnen zetten in ervaringsdeskundigheid. Dat wil zeggen dat ze geleerd hebben hoe ze hun ervaring zo kunnen inzetten dat dat iemand anders vooruit helpt.

In het Amerikaanse, en in Nederland overgenomen, model voor ACT (Assertive Community Treatment) maakt de ervaringsdeskundige deel uit van het multidisciplinaire ACT-team; dat geldt evenzeer voor het daaruit afgeleide Nederlandse (F)ACT. De laatste jaren neemt de modelgetrouwheid van de inrichting van (F)ACT toe en daarmee ook de inzet van ervaringsdeskundigen. De ervaring leert dat zij daarin verschillende rollen kunnen hebben naast de hier al genoemde. Een bruggetje vormen naar moeilijk bereikbare cliënten. Het bieden van hoop voor cliënten die overmand worden door hun problematiek en geen weg meer zien daaruit te komen en daardoor vervallen in passiviteit.

De verschillende functies en rollen die ervaringsdeskundigen binnen instellingen kunnen vervullen en de daarvoor nodige generieke en specifieke competenties zijn beschrijven door Jos Oude Bos (2012).

De ervaringen met ervaringsdeskundigheid, de kansen en risico's zijn door een werkgroep, ingesteld door Hogeschool Windesheim, gebundeld in een boekje getiteld Deskundig door de verslaving (Weerman ea, 2012).

De ervaring met studenten met een verslavingsgeschiedenis van de Minor Verslavingskunde van Windesheim heeft geleerd dat het vaak niet alleen gaat om je ervaring met verslaving en verslavingszorg effectief te gebruiken in de professionele hulpverleningsrelatie, maar dat het ook gaat om andere ervaringen. Eigenlijk gaat het om alle relevante levenservaringen. In de verslavingszorg zal het dan veelal gaan om ervaring met verslaving, psychiatrie, verstandelijke beperking, lichamelijke gezondheidszorg, armoede, (huiselijk) geweld, misdaad en straf en migratie.

De inzet van de eigen ervaring in de hulpverleningsrelatie druist in tegen wat velen hebben geleerd en wat vakverenigingen wenselijk vinden, namelijk dat je de cliënt niet belast met jouw persoonlijke ervaringen. Deze verandering zal evenwel de gelijkwaardigheid in de relatie tussen hulpverlener en cliënt ten goede komen en deze gelijkwaardigheid helpt de cliënt de regie te nemen en de hulpverlener de rol van coach.

Er zijn voor ervaringsdeskundigen inmiddels zowel op MBO als HBO-niveau diverse opleidingen beschikbaar.

### **5.3.Evidence based medicine**

Het project Resultaten Scoren had tot doel meer resultaten van de verslavingszorg aantoonbaar te maken. Dat is voor een deel gedaan door meer behandelingen toe te passen waarvoor wetenschappelijke evidentie is gevonden; overigens zijn dergelijke behandelingen voor de GGZ en VZ maar beperkt beschikbaar. Om die bewijskracht te behouden moet de behandeling nauwgezet worden uitgevoerd zoals die is bedoeld en beschreven. Daarvoor worden richtlijnen en protocollen opgesteld die door de hulpverleners worden toegepast. De toepassing vindt plaats in het krachtenveld tussen enerzijds deze protocollering en anderzijds de individuele wensen en eigenschappen van de cliënt. Er hoeft echter geen tegenstelling te zijn tussen evidence based behandelmethoden en individuele wensen en kenmerken van de cliënt. Sterker nog: een goede behandeling zal vaak een standaardcomponent en een “maatwerk” component omvatten: behandelingen zijn vaak toegesneden op of aan te passen voor een doelgroep: niet alles werkt voor iedereen. Binnen protocollen en richtlijnen zal vaak ruimte zijn voor maatwerk. Dit betekent echter niet dat “alles kan”: het is aan de professional om binnen de ruimte die het protocol of te richtlijn biedt de wensen van de cliënt in te passen.

### **5.4.ROM**

Herstel moet ook doorwerken in de criteria die gebruikt worden om vast te stellen of de zorg effectief is en die deel uitmaken van de set criteria van ROM. In de verslavingszorg zijn er al criteria voor het maatschappelijk functioneren, de ernst van de stoornis en kwaliteit van leven. Het zou aardig zijn als aan deze criteria nog één toegevoegd kan worden die iets zegt over het zelfoplossend vermogen. Dat vraagt waarschijnlijk nog een hele ontwikkeling, waarin ook onderzocht kan worden in welke mate de huidige criteria daaraan bijdragen. Daarnaast blijft het meten van de cliënttevredenheid van belang.

### **5.5.Justitie**

Binnen het Ministerie van Justitie is een aantal ontwikkelingen op gang gekomen die aan Herstel een belangrijke plaats toekennen in haar uitvoeringsbeleid. In de jubileumconferentie van het EFP (Experticeentrum Forensische Psychiatrie) presenteerden de Pompe- en de van der Hoevenkliniek hun reeds enkele jaren oude ontwikkeling met betrekking tot herstel. Men werkt met op herstel gerichte behandelmethodes en meetinstrumenten om effectiviteit te meten, uiteraard naast instrumenten voor risicotaxatie. Ik heb mijn indrukken hierover weer gegeven in een artikel in het Tijdschrift Verslaving. (Stollenga, 2012)

In het inkoopproces heeft Justitie enige jaren geleden al aangegeven te beseffen dat leren leven met je beperking voor velen een meer realistisch doel is dan genezen. Daaraan heeft ze de consequentie verbonden meer plaatsen in RIBW voorzieningen in te kopen. Binnen het gevangeniswezen gaan stemmen op om voor gedetineerden met een chronische verslaving ook met het concept herstel te gaan werken. Dit heeft ook geleid tot belangstelling voor en deelname aan het congres over effectief hulpverlenerschap van Resultaten Scoren op 4 oktober jongstleden.

## **5.6. Resultaten Scoren**

Resultaten Scoren is een sectorbreed initiatief voor kennisontwikkeling, -toepassing en – borging.

Resultaten Scoren zou in samenspraak met de sector en de cliënten een ondersteunend programma voor de invoering van herstel kunnen ontwikkelen en uitvoeren. Daarin zou in overleg met de SVG ook het justitiële aspect mee genomen kunnen worden. Overigens geldt dit ook voor jongeren en de groep met een licht verstandelijke beperking. Van de laatste sector (VG) kan veel geleerd worden omdat zij altijd al veel meer gericht is op het benutten van wat de cliënt wel kan en sterk gericht is op het sociaal en maatschappelijk meedoen. In de jeugdzorg is al ervaring met het toepassen van de Eigen Kracht Conferenties. In de maatschappelijke opvang wordt ook geëxperimenteerd met herstel door voorzieningen met zelfbestuur van thuis en daklozen. Het Trimbos instituut heeft onlangs verslag gedaan van de ervaringen met drie van dergelijke voorzieningen (Boumans ea, 2012). Ook zijn er verschillende initiatieven in de sector van arbeidrehabilitatie, -toeleiding en –integratie gericht op herstel. En natuurlijk kent ook de psychiatrie verschillende herstelinitiatieven. Van al deze initiatieven kan geleerd worden.

Hiermee kan ook een mooi vervolg gegeven worden aan het congres over effectief hulpverlenerschap, dat niet volledig, maar wel grotendeels gewijd was aan herstel.

Vanuit het Zwarte Gat is een eerste concept ontwikkeld voor wat je in de terminologie van Resultaten Scoren ontwikkelcentra zou noemen, maar die de naam Herstel Innovatie Centrum (HIC en in meervoud HIX) hebben mee gekregen. Dit zijn samenwerkingsverbanden tussen Hoge Scholen of Universiteiten, praktijkinstellingen en lokale overheden. In deze centra kunnen studenten en instellingen in experimentele praktijkcentra ervaring ontwikkelen en opdoen. Een mooi voorbeeld (hoewel niet verbonden met het begrip HIC) is de kliniek die Novadic/Kentron exploiteert samen met Hogeschool Avans en die werd gepresenteerd in het laatste congres van Resultaten Scoren.

De cliëntenbeweging in de verslavingszorg heeft zich de laatste jaren zodanig ontwikkeld dat ze niet alleen een rol verlangt in de programmaontwikkeling en –uitvoering, maar daarin ook een deskundige inbreng kan hebben.

## **5.7. Bestuurlijke inrichting**

In het voorstaande is betoogd hoe de professional binnen de vereisten van een richtlijn of protocol gebaseerd op in onderzoek effectief gebleken behandelingen, de wensen en mogelijkheden van de

cliënt moet zien in te passen.. Dat kan alleen als de professional enerzijds voldoende wordt ondersteund, maar anderzijds ook voldoende ruimte krijgt om de uniciteit van de cliënt een plek te geven. Dat is bij uitstek zijn/haar professionele kunde en verantwoordelijkheid.

Leidinggevenden en besturen van instellingen moeten de professional die ruimte bieden en dat gebeurt optimaal als de professional maximaal zijn/haar eigen werk (al dan niet in teamverband) kan organiseren. Een voorbeeld van een dergelijke besturing van een organisatie vormt Buurtzorg. Het bestuur is verantwoordelijk dat de randvoorwaarden voor goede zorg aanwezig zijn en de zorgverlener is verantwoordelijk voor de professionele organisatie en uitoefening van diens vak. Dat geldt overigens evenzeer voor de werkwijze van de Cliënt Service Desk (CSD) van Arkin en de stichting Aanzet in Leeuwarden. Die ruimte biedt optimaal de gelegenheid om de mogelijkheden en wensen van de cliënt centraal te stellen en dat leidt keer op keer tot verrassend positieve resultaten. De huidige proeftuinen in het kader van het Handvest van Maastricht zouden uitgebreid kunnen en moeten worden met meer regelarme experimenteerplaatsen. Parnassia BAVO beschikt daarvoor over een organisatorische eenheid waarin nieuwe werkmethodes kunnen worden ontwikkeld en uitgetoetst zonder hinder te ondervinden van de regelgeving voor de reguliere zorg.

Hiervoor is gesproken over de enorme omslag in houding en vaardigheden van de zorgverlener, hier wordt in feite een even grote omslag in houding en vaardigheden van de meeste besturen en leidinggevenden gevraagd. Zij moeten verantwoordelijkheden en bevoegdheden dichtbij of op de werkvloer durven leggen. Hun rol als voorbeeld moet niet worden onderschat. Wil een organisatie herstel succesvol doorvoeren dan moet de organisatie een parallel proces doorlopen, dat wil zeggen een proces dat vergelijkbaar is met het proces dat een herstellende cliënt doorloopt. Deze weg is door Brijder verslavingszorg inmiddels ingeslagen.

De organisatie moet bovendien ingebed zijn in samenwerkingsafspraken met andere maatschappelijke voorzieningen (op het gebied van wonen, werken, financiën, recreatie en sport), om daarmee de cliënten te kunnen ondersteunen in hun herstel.

Het zorgbeleid moet een integrale aanpak van de problematiek van de cliënten mogelijk maken. Alleen dan is een effectieve zorgverlening mogelijk. Het heeft immers geen zin dat iemand van zijn verslaafd middelengebruik af is maar nog een grote schuld heeft, zoals het omgekeerd geen zin heeft een grote schuld aan te pakken terwijl iemand rustig doorgaat met het verslaafd middelengebruik. Zingeving en hoop zijn thema's die in het begin van het herstelproces van groot belang zijn, omdat zij immers de drive zijn om dat moeilijke pad niet alleen op te gaan maar ook voort te zetten.

Door zelfmanagement te bevorderen wordt bijgedragen aan duurzame oplossingen en wordt een herhaald beroep op de zorg beperkt. Zo wordt gewerkt aan wat ik duurzame verslavingszorg zou willen noemen. Werken aan duurzame oplossingen betekent ook werken aan het voorkomen van verslavingsproblemen en het bevorderen van gezondheid. Dat begint met het voorkomen dat verslaving van generatie op generatie wordt doorgegeven. Verslavingszorg is dus altijd transgenerationale verslavingszorg.

Het doorvoeren van een goed herstelbeleid stelt de Raden van Bestuur ook in staat te voldoen aan de verplichting die ze via GGZ Nederland zijn aangegaan in het bestuurlijk akkoord.

## **6. De financiers**

### **6.1. Ministerie van VWS**

Het Ministerie van VWS draagt financieel nog heel weinig bij aan de sector. Toch begin ik even met dit Ministerie, omdat zij natuurlijk wel invloedrijk is. Zij heeft de opdracht om de groei van de zorgkosten sterk af te remmen. In dit stuk zijn al verschillende elementen genoemd die kunnen worden ingezet om dat te bereiken. Een erg belangrijke is wel het beter benutten van de eigen kracht van burgers. Dat is waarschijnlijk ook de reden geweest om delen van het gedachtegoed van het Zwarte Gat op te nemen in de begroting van VWS. Mogelijk is het Ministerie bereid om een goed plan dat past bij haar beleid financieel te ondersteunen.

### **6.2. Zorgverzekeraars**

In een bijeenkomst over het nieuwe visiedocument van de verslavingszorg hebben de verzekeraars laten weten dat zij het gedachtegoed gebaseerd op herstel zien als uitgangspunt voor hun toekomstig beleid. Eén van hen is verder overleg gestart met als doel te komen tot inkoopcriteria die instellingen dwingen op de werkvloer aantoonbaar te werken volgens de uitgangspunten van herstel. Het zou mooi zijn dit gesprek tussen verzekeraar en cliënten te verbreden naar de verslavingszorg, uiteraard nadat die heeft gekozen voor het invoeren van herstel.

Om met herstel bij te kunnen dragen aan een duurzame oplossing en de stijgende kosten als gevolg van de marktwerking (leidend tot volumegroei) te doorbreken zouden verzekeringen niet zo zeer op de behandeling van ziekte maar op de bevordering van gezondheid gericht moeten zijn; daarvoor zou Kaizer Permanente in Californië als voorbeeld kunnen dienen. In Nederland wordt in ParkinsonNet geëxperimenteerd met een andere vorm van beloning voor specialisten die op het zelfde uitgangspunt is gebaseerd, namelijk: “niet meer op basis van het aantal behandelingen, maar van de behaalde gezondheidswinst per geïnvesteerde euro” (NRC, 10 november 2012). Het zou interessant zijn bij Bas Bloem, die deze informatie gaf, navraag te doen hoe de behaalde gezondheidswinst meetbaar wordt gemaakt.

### **6.3. Gemeenten**

Delen van de AWBZ gefinancierde zorg gaan over naar de gemeenten en worden onder gebracht in de WMO. De verwachting is dat de AWBZ weer wordt terug gebracht naar haar vroegere staat en gaat functioneren als een Kern AWBZ. De verwachting is ook dat die Kern AWBZ dan op den duur over gaat naar de verzekeraars en dat daarmee het onderscheid tussen zorgverzekeringwet en AWBZ op den duur komt te vervallen. Mede om die reden, maar ook omdat de verzekeraars nu al de beheerder zijn van het zorgkantoor, wordt hier niet verder op die zorgkantoren als medefinancier van de verslavingszorg ingegaan.



De reeds aanwezige subsidierelatie tussen de gemeenten en de verslavingszorg kan door deze en andere transitieprocessen worden verstevigd. Voor gemeenten staat, in overeenstemming met de WMO, het (weer) meedoen in de samenleving centraal. Zij passen daarvoor twee instrumenten toe, namelijk de WMO en de toekomstige Participatiewet (voorheen bekend onder de naam Wet werken naar vermogen). Beide wetten streven een zelfde doel na als met herstel wordt nagestreefd. Gemeenten gaan bij de WMO uit van de volgende uitgangspunten: steun wordt zo veel als mogelijk is verleend door de informele zorg; steun, ook professionele steun, wordt bij voorkeur verleend in buurtnetwerken. In de participatiewet zal iedereen gestimuleerd worden mee te doen aan vrijwilligerswerk, opleiding of betaald werk. Voor de uitvoering van beide wetten is aanzienlijk minder geld beschikbaar dan voor de daarin opgenomen taken nu beschikbaar is.

Voor de verslavingszorg liggen hier, mede door haar al langer bestaande relatie met gemeenten, geweldige kansen om met succes het herstel van hun cliënten te ondersteunen. Er wordt in Rotterdam al geëxperimenteerd met het versterken van de informele buurtzorg. In Amsterdam, Nijmegen en Groningen zijn experimenten in voorbereiding om ervaringsdeskundigen als buurtcoaches in te zetten.

## 7. Slot

Verslaving is lastig te behandelen. Voor de cliënt is de stap nemen naar behandeling al een hele moeilijke en grote en alle vervolgstappen vragen opnieuw steeds weer dat gevecht tegen het verlangen naar de korte termijnoplossing van hernieuwd gebruik. Het is geweldig krachtig en positief dat mensen met een geschiedenis van verslaving het lef hebben te kiezen voor het optimistische concept van herstel. Dat moeten we krachtig ondersteunen. Daarmee moeten we aan de politieke wens van meer eigen verantwoordelijkheid bij de burger leggen de uitdagende ambitie verbinden om samen met de cliënten een bij ieders wensen en vermogen passend toekomstperspectief te vinden. Dat past bij de Engelse uitleg van het begrip Big Society dat meer dan onze Nederlandse toepassing van de WMO is gebaseerd op optimisme en hoop en regelruimte voor de burger. (Verhoeven, 2013)

Met dit document en dit slotpleidooi ondersteun ik ook het document dat ervaringsdeskundigen Jos Oude Bos en Reinier Schippers opstelden voor de conferentie over Effectief hulpverlenerschap van Resultaten Scoren op 4 oktober 2012.

Samenvattend wil ik stellen dat er geweldige kansen liggen voor de verslavingszorg om met een grote verandering/transitie weer een aantrekkelijke sector te worden voor medewerkers, samenwerkingspartners en financiers. Het zal geen gemakkelijke weg zijn die bewandeld moet worden, maar met lef is het een uitdaging om er aan te beginnen!

Veel dank ben ik verschuldigd aan Dike van de Mheen die ik gevraagd had de passages over evidence based behandelen kritische te bekijken en aan te vullen. Ze heeft dat gedaan en zich gelukkig ook de vrijheid veroorloofd de gehele tekst kritisch te lezen en mij voor fouten te behoeden.

### Literatuur

- Boumans, J. e.a.: Nu leef je zelf; Een onderzoek naar zelfbeheer in de maatschappelijke opvang. Trimbos-instituut, Utrecht, 2012.
- Cauffman, Louis: Simpel; Oplossingsgerichte positieve psychologie in actie. Boom/Lemma, Den Haag, 2010.
- Gemeente Emmen: <http://www.emmen.nl/wonen-en-leven/sociale-zaken/tegenprestatie.html;2013>
- Haan, G.de ea Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend. Het Zwarte Gat, Dalfsen/Groningen, mei 2011.
- Hessel, Stéphane: Neem het niet! Van Gennep, Amsterdam, 2011.

- Lewis, Marc: Memoires van een verslaafd brein; Een hersenwetenschapper onderzoekt zijn verleden als drugsverslaafde. Maven Publishing, Amsterdam, 2012.
- Nieuwsuur: <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/455869-hoe-bijstandsmoeders-verslaafden-helpen.html> , 27 december 2012
- NRC: Piep stap piep stap piep stap, 10 november 2012.
- NRC: Het wérkte gewoon niet, die zorg en Het is heerlijk, ik maak mijn eigen planning en afspraken, 28 december 2012
- Oude Bos, J ea: VNN met een Fosbury jump naar de toekomst; Formuleren en Formaliseren van ervaringskennis in het aanstormende herstelklimaat binnen VNN. Zonder plaats en datum. 2012.
- Oude Bos, Jos en
- Schippers, Reinier: Resultaten boeken? Verbeter het herstelklimaat! Pleidooi voor herstelondersteunend werken in de verslavingszorg. Kennisnetwerk Het Zwarte Gat, oktober 2012.
- Rotmans, Jan: In het oog van de orkaan. De vrije uitgevers, 2012.
- Schout, G en Jong, G de: Eigen kracht doorbreekt verkommering. MGV, jrg 66, nr 11, p 840 – 852, 2011.
- Slade, M.: Personal recovery and mental illness; A guide for mental health professionals. Cambridge University Press, Cambridge New York, 2011.
- Stel, Jaap van der: Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom/Lemma, Den Haag, 2012.
- Stollenga, Martinus: Solutions worth taking. Verslaving, 8ste jrg, nummer 3, 2012, p 73 – 75.
- Verhoeven, I
- en Tockens, E: Actief burgerschap: een wens of een moetje? Zonder plaats en datum.
- VIP: Verslavings Informatie Punt; [www.vippunt.nl](http://www.vippunt.nl)
- Weerman ea: Deskundig door de verslaving; praktijken en dilemma's bij de inzet van ervaringsdeskundigheid. SWP Uitgeverij, Amsterdam, 2012.

Bijlage

## **Principes van herstel**

**Overgenomen uit:**

**Jaap van der Stel**

### **Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen.**

SAMSHA heeft tien principes van herstel geformuleerd die goed samenvatten wat in de literatuur en door ervaringsdeskundigen op verschillende manieren al is verwoord.

#### *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 is op herstel, weten we nog niet zo goed.

#### *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 uitrichten 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*

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.

*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