

Notitie

Herstelondersteunende zorg: waar staan we en hoe verder?

(behorend bij het rapport: Herstel in de Nederlandse verslavingszorg. Een verkenning, 10 jaar na het Handvest van Maastricht)

Cas Barendregt, Martinus Stollenga, Elske Wits
18 december 2020

Het Handvest van Maastricht werd 10 jaar geleden ondertekend door de raden van bestuur en cliëntenraden van verslavingszorginstellingen aangesloten bij GGZ Nederland. In het handvest werd een meer herstelondersteunende zorg- en dienstverlening overeen gekomen en werden afspraken gemaakt over werken vanuit de principes van herstel, gebruik maken van ervaringskennis en -deskundigheid en het opzetten van proeftuinen. Hoe staat het er nu mee? Dat is het onderwerp van de rapportage in de bijlage die Onderzoeksbureau IVO en Stichting Het Zwarte Gat (ShZG) hebben opgesteld voor, en in samenwerking met Verslavingskunde Nederland.

Bijdrage management

Het Handvest van Maastricht heeft 10 jaar later zichtbaar zijn sporen achter gelaten. Dat is hoopgevend en iets om trots op te zijn, zowel voor de initiators als de organisaties die ermee aan de slag zijn gegaan. Niet elke organisatie is even ver in de adoptie van de herstelbenadering. Niet elke organisatie is even geëngageerd aan de principes of heeft de capaciteit (mensen, middelen) om herstel breed op de kaart te zetten. De verkenning die het IVO en ShZG hebben uitgevoerd laat zien dat er organisaties zijn waarbij het management een stevig commitment heeft aan de principes van herstel. En dat is een belangrijke voorwaarde voor de implementatie van de herstelbenadering.

Op weg naar herstelondersteunende verslavingszorg

Door de ooghalen kijkend, zien we dat organisaties er over het algemeen tamelijk goed in slagen om projecten op te zetten voor en met cliënten waarin herstel centraal staat. Het opzetten van herstelgroepen en (interne) opleiding om ervaringskennis te ontwikkelen tot ervaringsdeskundigheid lijkt in veel gevallen goed te lukken. Maar de logische vervolgstap lijkt moeilijker te nemen: de integratie van de herstelbenadering in de behandeling. De wereld van DBC's en bijbehorende registratiedruk, geprotocolleerde behandelingen en de dreiging van het 'evidence-beest' laat zich, ogenschijnlijk, moeilijk verenigen met de herstelbenadering waarin wordt gekeken naar wat iemand wil en/of nodig heeft. Dit is geen kritiek op individuele behandelaars, maar een systeemkritiek. Vanuit herstellersperspectief is het een fundamenteel besef dat behandeling onderdeel is van herstel en niet andersom. Wil behandeling dienstbaar zijn aan herstel, dan is het nodig dat dat besef wordt vertaald naar de inrichting van de zorg. Met name de financieringsschotten hinderen een soepele samenwerking met bijvoorbeeld het maatschappelijk domein. Gelukkig durven sommige zorgverzekeraars het aan om hiermee te experimenteren en gelukkig zijn er gemeenten die doorgronden dat verslavingsproblematiek op meerdere leefgebieden ondersteuning vergt.

Welke praktijken zijn geschikt om breder in te zetten?

Ook al zijn niet alle goedlopende initiatieven geëvalueerd, op basis van de bevindingen kunnen we concluderen dat in ieder geval de volgende vormen van herstelondersteunende zorg bredere navolging verdienen, bij voorkeur in combinatie met evaluatieonderzoek:

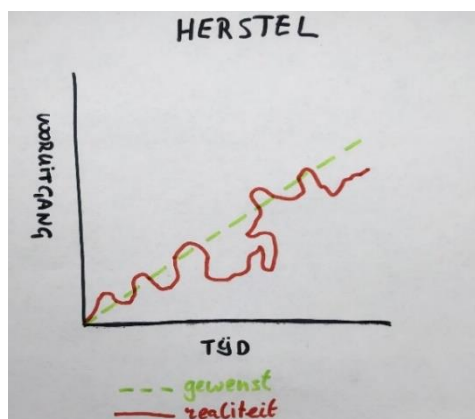
- Ondersteuning tijdens wachttijd en tijdens het verdere traject, zoals 'Samen herstellen' of Brijder Web;

- Het aanbieden van herstelgroepen, bij voorkeur gedifferentieerd naar verschillende doelgroepen, zoals bij NK en Tactus;
- Activerende, herstelondersteunende dagbesteding voor mensen met grote afstand tot maatschappelijke participatie, zoals in de Ripperdastraat in Enschede van Tactus;
- De systemische aanpak van IrisZorg in samenwerking met een hogeschool;
- Werkwijzen gericht op het versterken van de eigen regie zoals bij Brijder Web, o.a. door het zelf kunnen uitkiezen van een behandelaar (niet geëvalueerd), door een herstelondersteunende intake en opstellen van een eigen behandelplan met hersteldoelen.
- Intern opleiden van cliënten tot bijvoorbeeld ervaringscoach, mede als opstap naar een opleiding tot ervaringsdeskundige, zoals bij NK.

Hieronder gaan we nader in op de knelpunten die we hebben benoemd en op de lessen die te trekken zijn uit de bijgaande rapportage.

Commitment van de organisatie

Succesvol zijn in de ontwikkeling van herstelondersteunende zorg vergt kennis, een gedreven organisatie, back-up van de directie, voldoende mensen en middelen om herstel én de inzet van ervaringsdeskundigen langdurig te kunnen waarborgen en ontwikkelen. Daarbij is adoptie en implementatie van een nieuwe denkrichting en discipline niet iets dat zich lineair ontwikkelt, maar iets dat gaat met vallen en opstaan, vergelijkbaar met een herstelproces en eigenlijk met elke 'voortgang'. Het lijkt erop dat de organisaties die voor de rapportage voorbeelden hebben aangeleverd zich dat terdege realiseren.



Het voorbeeld van Iriscovery, enkele jaren geleden, laat zien dat een mooi initiatief kan 'insukkelen' als het

ontwikkelperspectief ontbreekt. Om een ontwikkelperspectief krachtig neer te zetten, is het noodzakelijk dat de directie zich in woord en daad inzet om herstel en herstelondersteunende zorg op de kaart te zetten. Daarbij hoort de inzet van ervaringskennis en -deskundigheid. Het interne opleidingstraject voor zowel cliënten als professionals (en alles wat daaruit voortvloeide) binnen IrisZorg in samenwerking met een hogeschool is een voorbeeld van een krachtige ontwikkeling, aangejaagd en gedragen door een sterk commitment van het hogere management.

Implementatieplan en scholing van medewerkers

Invoering van herstelondersteunende zorg vereist een door medewerkers en leiding gedragen implementatieplan. Eén van de eerste uit te voeren acties daarin is scholing, zodat iedereen weet wat onder herstelondersteunende zorg wordt verstaan en welke houding en vaardigheden daarbij horen. Met die kennis kan een implementatieplan worden opgesteld met daarin een gedegen analyse van welke delen van herstelondersteunende zorg de organisatie al biedt en welke daaraan dienen te worden toegevoegd. Het kan daarbij helpend zijn als de instelling onderkent dat ze met de uitvoering hiervan aan een proces begint dat lijkt op dat van herstel. Bij beide gaat het om trial en error; vallen en weer opstaan¹. Het besef van dit parallelle proces kan een krachtige bijdrage leveren aan het succesvol doorvoeren van herstelondersteunende zorg.

¹ Vergelijk het met de vaak geciteerde definitie die Anthony (1993) van herstel geeft "a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by the illness.

Herstel en (poliklinische) behandeling

Behandelaren in de poliklinische setting lijken wat moeite te hebben om herstel te omarmen. Het geluid is dat behandelaren graag modelgetrouw werken en ook weinig ruimte in de DBC-minuten zien om herstel een plaats te geven. Iets verder op de achtergrond speelt dat behandelaren het soms moeilijk vinden om hun door hard werken verworven specialistische kennis los te laten. De holistische herstelbenadering doet iets met hun kennis en positie. Behandeling is een stukje van de puzzel. De herstelbenadering is fundamenteel vraag gestuurd en kan in individuele gevallen leiden tot andere keuzes dan behandeling, met name in de volgorde waarin herstel wordt aangevlogen. Behandeling, als onderdeel van herstel, is daardoor niet altijd als eerste aan de orde. Maar misschien wel verlichting van schulden of iemands huisvesting. De uitdaging voor behandelaren is om na te gaan waar er ruimte gemaakt kan worden om aspecten van herstel toe te laten in de spreekkamer. Bij VNN, bijvoorbeeld, wordt in de poliklinische behandeling ruimte gemaakt voor herstelverhalen, verteld door cliënten die zijn getraind om dat onder woorden te brengen.

Inbedding in een groter geheel

Projecten die ervaringskennis mobiliseren ten behoeve van (andere) cliënten, vergen (ook) een inbedding in een community². Een *sense of belonging* lijkt belangrijk (in combinatie met ontwikkelperspectief) om mensen te binden en gemotiveerd te houden. Een telefoondienst, bijvoorbeeld, met dagelijks enkele telefoontjes lijkt in dit verband een eenzame onderneming die veel vergt van de vrijwilligers. Goede inbedding is noodzakelijk. Het onderstreept de noodzaak om bij de inzet van mensen met ervaringskennis en ervaringsdeskundigen een structureel (dus organisatiebreed) perspectief te ontwikkelen op herstel en ervaringsdeskundigheid. Losse projecten, hoe sterk het idee ook is, zijn in hun isolement kwetsbaar.

Vrijheid van handelen

Herstel is een voor ieder uniek proces. Dat proces kan alleen maar ondersteund worden door medewerkers die een vrijheid van handelen hebben die maakt dat ze volledig kunnen mee bewegen met dit proces. Bovendien moeten die medewerkers zelf, net als hun cliënten, ervaren wat eigen regie is. Dit vereist een vorm van besturen en leiden van de organisatie die de individuele medewerker die ruimte daadwerkelijk biedt. Dat vereist ook medewerkers die voor deze opdracht voldoende zijn toegerust. Dat kan aanvullende scholing inhouden. Medewerkers handelen binnen de waarden en normen van hun beroepsgroep. De vraag is of deze voldoende zijn afgestemd op het bijdragen aan herstelondersteunende zorg.

Sociaal domein

Maatschappelijk herstel is voor de cliëntenbeweging het Zwarte Gat een belangrijk aspect van herstel. Voor sommige mensen begint herstellen met éérs werken aan maatschappelijk herstel: huisvesting, werk/opleiding, financiën en sociaal netwerk. Voor anderen is aandacht voor aspecten van maatschappelijk herstel onmisbaar tijdens of na de behandeling, mede om terugval in verslaafd gedrag te voorkomen. Belangrijk is dat cliënten volgendelijk of gelijktijdig (afhankelijk van de behoefte) toegang kunnen hebben tot het door de gemeente gefinancierde sociale domein en door de zorgverzekeraar gefinancierde zorg. In theorie kan dat, maar in de praktijk is de afstemming lastiger. De combinatie van maatschappelijk herstel en behandeling verdient een goede coördinatie waardoor het voor cliënten logisch en gemakkelijk kan worden gecombineerd. Bijvoorbeeld, als voor iemand dagbesteding of werk cruciaal is om niet terug te vallen, moet de behandeling daar niet dwars doorheen lopen omdat die alleen overdag of alleen op een locatie wordt aangeboden waar iemand een uur reistijd voor nodig heeft.

Inzet ervaringsdeskundigen

Niet alle teams in een organisatie blijken gemakkelijk een ervaringsdeskundige in hun midden op te nemen. Daaraan kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen, zoals: onbekend maakt onbemind; slechte ervaringen in het verleden; ervaringsdeskundigen zijn herstelondersteunend opgeleid en die context wijkt af van

² Vergelijk: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687637.2020.1844638>

de opleiding van veel medewerkers, wat onderlinge communicatie lastig maakt; bedreiging van de eigen deskundigheid. Een brug kan gevormd worden door zorgmedewerkers met ervaringsdeskundigheid. Dat zijn professionals die zelf GGZ problematiek hebben ervaren die hun leven heeft ontworcht, daarover “uit de kast” zijn gekomen en de vaardigheid hebben verworven die ervaring zo in te zetten in hun werk dat de ander er verder mee komt in diens herstelproces. Los hiervan, de introductie van een ervaringsdeskundige medewerker in een team vergt betrokkenheid van het team in de sollicitatieprocedure. Het vergt ook dat, eenmaal werkzaam in het team, de ervaringsdeskundige verbonden blijft met vakgenoten uit andere teams.

Financiering van ervaringsdeskundigheid

De vrijheid van handelen door medewerkers (doen wat nodig is) wordt deels beperkt door de schotten tussen behandeling en (maatschappelijke) zorg. Ook is betaalde inzet van ervaringsdeskundigen vanuit de Zorgverzekeringswet nog niet aan de orde, op enkele uitzonderingen na zoals een lopend experiment door zorgverzekeraar Menzis. Dat is jammer, omdat het de slagkracht van herstelondersteunende zorg beperkt en omdat het de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid als discipline in de weg staat. Het roept de vraag op of het Beroepscompetentieprofiel uit 2013³ voldoende houvast biedt voor uitvoerende organisaties in de verslavingszorg en bij verzekeraars om inzet betaald uit verzekerde zorg te legitimeren. Een uitzondering hierop vormen de zorgmedewerkers met ervaringsdeskundigheid.

Opleiden

Voorwaarde voor succesvolle inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen in opleiding is dat een organisatie een infrastructuur opzet om vrijwilligers op te leiden, te coachen en organisatorische ruimte te maken om de activiteiten ook daadwerkelijk uit te voeren. Inclusief praktische faciliteiten zoals computers, (kantoor)ruimte en telefoons. We zien hier al mooie voorbeelden van. Het vereist wel dat management en medewerkers, maar bovenal ook zorgverzekeraars en gemeenten, overtuigd zijn van de waarde van de inzet van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid. Verslavingskunde Nederland kan deze lobby als geen ander voeren. Inmiddels zijn er voldoende inspirerende voorbeelden die kunnen worden gedeeld. Het is belangrijk dat op landelijk niveau deze voorbeelden worden gedeeld, dat ze worden bevroegd en toegelicht. Herstel en herstelondersteunende zorg, en alle mensen die zich er dagelijks sterk voor maken, verdienen het om nog meer gehoord en gezien te worden. Het kinderschoenenstadium raakt langzaam maar zeker ontgroeid. Het is zaak ervaringen te blijven onderzoeken en uitwisselen, op congressen, symposia en workshops, om zo verdere ontwikkeling naar volwassenwording te ondersteunen.

³ <https://www.trimbos.nl/docs/b10fcf95-1729-4466-a6ae-529f6183d79a.pdf>