

Ervaringsdeskundigheids in de verslavingshulpverlening

“We ourselves fail to notice that our techniques of perceiving the world are changing.”

Het is redelijk lange tijd geleden dat ik samen optrok met *Karel Geelen*. Hij was senior onderzoeker bij het Trimbos-instituut en maakte me wegwijs toen ik daar kwam werken. We dronken samen koffie en hij bracht me de informele verhoudingen bij, terwijl hij aan zijn sigaartje lurkte. Hij onderzocht het cliëntenperspectief in de verslavingszorg, een zaak die hij met kracht behartigde. Toen maar ook nog nu, na zijn dood, in de vorm van een fonds.

Karel was een slimme, gedegen onderzoeker, maar ook ontmoedigd. Ik weet niet waar het vandaan kwam, die ontmoediging, maar ik vond het op den duur wel moeilijk. Was het de ongelijkheid tussen cliënt en behandelaar, die bij hem naar binnen was geslagen? Een gevoel van minderwaardigheid? Teleurstelling op teleurstelling? Of iets anders? Het leven?

Ik moet aan hem terugdenken als me vraag wordt gesteld om een stukje te leveren over ervaringsdeskundigheid in de verslavingszorg. Waar gaat het om? Wat kan er beter? Wat belemmert? Als er iets is dat de werkwijze van Karel illustreerde, dan was het datgene waar ik het hier over wil hebben. Het vermogen om mensen, cliënten, patiënten of verslaafden, hoe je ze ook wilt noemen, te ontmoeten. Hij stond open voor hun verhaal, accepteerde ze en toonde respect. Hij was als weinig anderen in staat om hun verhaal, hun werkelijkheid naar boven te halen. Hij genereerde daarmee ervaringsdeskundigheid als kennisbron.

Vanuit mijn huidig perspectief als opleider aan een hogeschool ben ik geïnteresseerd in *die* vaardigheid om de kennisbron ‘ervaringsdeskundigheid’ aan te boren. Ons vertrekpunt in de opleiding is dat toekomstig hulpverleners in hun werk recht moeten doen aan drie *kennisbronnen*:

- a) evidence, hier gaat het om onderzoeksresultaten over de werkzaamheid van interventies;
- b) expertise van professionals, dit betreft de klinische inzichten die uitgekristalliseerd zijn bij zorgprofessionals na jarenlange behandelcontacten met cliënten;
- c) ervaringskennis: de wensen, voorkeuren, ervaringen en betekenisgeving van cliënten.

We willen hulpverleners opleiden die deze drie kennisbronnen (h)erkennen, bijeenbrengen en de inzichten uit deze drie kennisbronnen kunnen wegen om tot een goed besluit te komen. De bronnen spelen een rol in de zorg, bijvoorbeeld bij de indicatiestelling, maar ook bij het maken van richtlijnen en bij het uitvoeren van zorgonderzoek. Sackett, die voor het eerst deze drie bronnen zo noemde, was de kernauteur van de evidence based medicine beweging (Sackett et al. 2000). Helaas is zijn boodschap over de drie kennisbronnen maar ten dele gehoord. De inbreng aan kennis vanuit de wetenschap, de professional en de cliënt bij de keuze voor een interventie blijkt in de praktijk niet gelijkwaardig. Er wordt veel waarde gehecht aan effectieve interventies. Expertise van de professional is meer naar de achtergrond gedreven en ervaringsdeskundigheid? Tja. Er zijn hier twee stappen te onderscheiden. Het aanboren van de kennisbron ‘ervaringsdeskundigheid’ en het wegen van de inzichten uit de drie bronnen. Dat laatste blijkt een kunst op zich. Ook als de professional wel zijn best doet om de wensen en voorkeuren van een cliënt te achterhalen, blijkt dat evidence based aanbevelingen nogal eens strijdig zijn met de voorkeuren van de individuele cliënt, zo beschreef Karel Geelen al op heel heldere wijze (Geelen 2001).

Wat betekent dit voor de hulpverlener (in opleiding)? Wat is het dan waar hulpverleners zich in kunnen kwalificeren? Wat betreft het aanboren van de ervaringsdeskundigheid gaat het om het bereiken van de belevingswereld van de cliënt. In poëtische zin lijkt het te gaan om kwaliteit van 'zien' en 'er zijn'. Innerlijke activiteiten, die bijdragen aan het contact maken met de bron van ervaringsdeskundigheid gedurende het zorgwerk. Wat kunnen we waarnemen bij een cliënt en hoe duiden we deze waarneming? Volgens Levenstein betekent cliëntgericht werken: overeenstemming bereiken ten aanzien van de oorsprong van problemen en prioriteiten, de doelen van de behandeling en de rollen die arts en cliënt innemen in het behandelproces (Colijn et al. 2003). Als het gaat over de oorsprong van de problemen, gaat het over de wijze waarop we de verslavingsproblemen 'zien', of hoe we ze 'labelen', het denkkader. Als het gaat over vanzelfsprekendheid van het gehanteerde denkkader, en ook over veranderingen daarin, is een gedicht van Igor Savchenko relevant. Het gaat over waarneming en het interpreteren van het geziene. Deze Wit-Russische kunstenaar werkt veel met foto's. Ik citeer hier delen uit een project met de titel: On the altered behaviour of sunlight (1996)[\[1\]](#):

*... We no longer have
A constant flow of sunlight.
Light appears to us
As a sequence of transient storms.
Everything around us is light up for a brief instant.
The world picture shimmers.
But moments of lucidity and darkness
Still alternate too fast,
For us to notice them.
We still believe
The visible picture is steady.*

Hoe selectief zien we wat er speelt bij iemand met verslavingsproblemen, die zich meldt? Waardoor is ons beeld gekleurd? En hoe goed zijn we om te zien wat we niet zien? Kunnen we ons leeg maken voor de beleving van de ander? Kunnen we zicht krijgen op diens ziektemodel? Savchenko vervolgt:

*... Though in actual fact
Storms of sunlight
Blow past more rarely and less regularly.
Darkness has been gathering.
Uncertainty keeps growing.
The visual picture
Is gradually being replaced
By its speculative model.*

Gedurende de afgelopen decennia hebben we verschillende modellen in de verslavingszorg voorbij zien komen, met in de afgelopen jaren een sterke nadruk op het biologische en genetische model (Wetering et al. 2001). En hoe verhoudt de gevarieerde werkelijkheid van de cliënt zich tot het hulpverleningsmodel? Het gekozen model opent of sluit wegen richting behandelopties. Uitgaande van een model van genetische kwetsbaarheid liggen bijvoorbeeld medicijnen meer voor de hand als behandeloptie, dan therapie voor hechtingsproblemen.

Hoe vaak zou het voorkomen dat een te smalle visie, of het ‘speculatieve model’, zoals Savchenko het noemt, onrecht doet aan het individu met verslavingsproblemen?

*... But this we can only guess at
From indirect signs
Inexplicable and sudden failures.*

Door (in)directe signalen kunnen we er achter komen of we er naast zitten. Hoe precies en hoe open durven wij te kijken bij een intake? Hoeveel tijd is er om een behandelrelatie op te bouwen? Hoeveel tijd nemen we om ons te verdiepen in de werkelijkheid van de cliënt en diens interpretatie? Hoe bekwaam zijn we in het opvangen van diens eigen duidingen, voorkeuren en diens identificatie van tegenwerkende factoren? Hoezeer durven we onze kaders of interpretaties los te laten om ruimte te bieden en de ander te volgen?

*... We ourselves fail to notice that
Our techniques of perceiving the world
Are changing.
We ourselves are changing. The consequences are not yet clear.*

Het werk van Savchenko pleit voor zelfonderzoek van hulpverleners en voor los van de heersende kaders of aangeleerde modellen durven kijken naar cliënten. Hen aan het woord te laten zonder alles meteen te kaderen. Het pleit voor durven kijken naar ons kijken en leren wat ons belemmert in het contact. *Dit*, het vermogen om de ervaringsdeskundige kennis aan te boren in hulpverleningscontacten vinden we een belangrijke competentie in de opleiding van hulpverleners. Om dit te leren gelden vorming van attitude, scholing in aandacht, bejegening en communicatie bij hulpverleners als belangrijke aangrijpingspunten in de opleiding.

Hoe die vorming optimaal plaats kan vinden, met of zonder ervaringsdeskundigen, vind ik op dit moment van ondergeschikt belang. Mijn punt is dat ervaringsdeskundigheid als één van de drie gelijkwaardige kennisbronnen beschouwd zou moeten worden, op veel meer momenten in de zorg, dan nu gebeurt. En dat de koninklijke weg om dat te bereiken is via de vorming van bejegeningvaardigheden bij de hulpverleners.

Anne Goossensen

Lector Verslavingszorg, hogeschool INHOLLAND, Den Haag

Senior onderzoeker instituut Beleid Management Gezondheidszorg (iBMG), Erasmus MC, Rotterdam

anne.goossensen@inholland.nl

Colijn, S., J. A. Snijders, et al. (2003). *Leerboek integratieve psychotherapie*. Lisse, Swets & Zeitlinger.

Geelen, K. (2001). *Wetenschappelijke GGz: einde van de cliënteninbreng?* Deviant 30.

Sackett, D. L., S. E. Straus, et al. (2000). *Evidence-based medicine. How to practise and teach EBM.* . Edinburgh, Churchill Livingstone.

Wetering, B. v. d. and E. Czychewski (2001). *Visiedocument: het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam, Bouman Verslavingszorg.