



Vergaderstuk Adviescommissie Pakket

Datum 22 augustus 2014
Betreft Rapport Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs

Bijlage(n)

- I Conceptrapport 'Verslavingszorg in beeld'
- II Bijlage 1 t/m 9 bij het rapport
 - 1. Brief minister VWS d.d. 16 januari 2014
 - 2. Achtergrondrapportage Trimbos-instituut
 - 3. Verslag Invitational Conference 12 maart 2014
 - 4. Verslag Invitational Conference 19 maart 2014
 - 5. Overzicht kostenontwikkeling
 - 6. Overzicht nieuwe aanbieders
 - 7. Beoordeling studies verslavingszorg ME-TA
 - 8. RIVM-rapport kosteneffectiviteit verslavingszorg
 - 9. Reacties partijen

Projectleider

Soort onderwerp Analyse Verslavingszorg - alcohol en drugs
Gepast gebruik van verslavingszorg

Behandelwijze Advies over concepteindproduct

Vraag/vragen aan de ACP Wat is uw advies aan de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland over:
1 Onze aanbevelingen om te komen tot gepast gebruik van verslavingszorg?
2 Onze uitleg van de te verzekeren prestaties?

Herkomst onderwerp Minister van VWS:

Eerder besproken in ACP? Ja,
Datum 20 juni 2014

Toelichting, indien nodig Tijdens de vergadering van de ACP van 20 juni jl. ontstond discussie over:
> het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van verslavingsbehandelingen;
> twee recente (na consultatie) onderzoeken die nog in het stuk zouden worden verwerkt, waarover de ACP geïnformeerd wilde worden;
> onze uitleg van de te verzekeren prestaties en in het verlengde daarvan een gewenste aanscherping van onze antwoorden op de vragen van de minister.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
acp@zinl.nl

Contactpersoon
mw. drs. J. Zwaap
T +31 (0)20 797 88 08

Onze referentie
ACP 48-4

Wetenschappelijk bewijs

> Trimbos-Instituut

Wij hebben ons rapport gebaseerd op de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut. Wat betreft de uitspraken over de effectiviteit van interventies baseert het Trimbos-instituut zich op de bestaande (multidisciplinaire) richtlijnen, die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews. Effectieve behandelingen van verslavingszorg zijn al gauw kosteneffectief. Waar het aan ontbreekt zijn gegevens om te bepalen welke behandelingen het meest kosteneffectief zijn (vooral opname met verblijf, dagbehandeling en de duur ervan).

> RIVM-rapport 'Kosteneffectiviteit van Verslavingszorg'

Ook uit het recente RIVM-rapport, blijkt de beperkte beschikbaarheid van kosteneffectiviteitsonderzoek. De meest onderzochte interventie gericht op alcoholmisbruik was *'opportunistische screening gevolgd door een kort advies'* in de eerste lijn. Verder waren er een internetinterventie, cognitieve gedragstherapie en interventies uitgebreid met medicatie. De conclusie in het brieffrapport was dat vrijwel alle onderzochte interventies kostenbesparend of kosteneffectief zijn.

> ME-TA: beoordeling studies verslavingszorg

ME-TA heeft in opdracht van ons een recente studie over de effectiviteit van langdurige behandeling in therapeutische gemeenschappen beoordeeld. Uit deze beoordeling blijkt dat het bewijs van Vanderplasschen (2014) de conclusie in ons conceptrapport niet tegensprekt. De gevonden gunstige effecten van een langdurige therapeutische gemeenschap gelden slechts voor cliënten die de therapie afmaken. Er zijn aanwijzingen dat dit positieve effect teniet wordt gedaan doordat cliënten eerder afhaken bij een langdurig programma. Wij hebben deze beoordeling in het rapport verwerkt.

Uitleg te verzekeren prestaties

Wij hebben onze uitleg van de te verzekeren prestaties verder aangescherpt:

- > diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (volgens een screeningsinstrument als de MATE of EuropAsi) voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

- > Wij hebben de kenmerken van patiënten waarbij ziekenhuisopname is aangewezen nader gespecificeerd op basis van de internationale richtlijnen.
- > Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet gegarandeerd is (zoals vaak het geval is bij dagbehandelingen in het buitenland), zijn niet effectief.
- > Behandelprogramma's die niet voorzien in nazorg voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

We hebben onze antwoorden op de vragen van de minister hierop aangepast.

Verslavingszorg in beeld

Alcohol en drugs

Datum Versie 12 augustus 2014
Status Concept

CONCEPT

CONCEPT

Colofon

Volgnummer	2014044907
Contactpersoon	mw. E.C.M. Visser +31 (0)20 797 87 75
Auteurs	mw. drs. P.I. Polman MPH mw. E.C.M. Visser <i>in samenwerking met</i> dhr. drs. P. de Beurs dhr. dr. W.H. Salzmann mw. L.P. van Amesfoort BEc dhr. C. Streuper Msc
Afdeling	Sector Zorg
Uitgebracht aan	

CONCEPT

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—7

1	Inleiding—11
1.1	Aanleiding—11
1.2	Toelichting plan van aanpak—11
1.3	Adviescommissie Pakket—12
1.4	Leeswijzer—12
2	Kosten verslavingszorg en maatschappelijke baten—13
2.1	Inleiding—13
2.2	Hoe hebben de kosten van verslavingszorg zich vanaf 2008 ontwikkeld?—13
2.2.1	Subvragen—13
2.2.2	Verantwoording cijfers—14
2.3	Wat zijn de maatschappelijke baten van verslavingszorg?—15
2.4	Conclusie kosten en baten—16
3	De cliënt—17
3.1	Wie is de cliënt?—17
4	De zorgaanbieders—19
4.1	Wie leveren zorg en wat leveren zij?—19
4.1.1	Reguliere instellingen—19
4.1.2	Nieuwe aanbieders verslavingzorg—20
4.1.3	Gelijk speelveld—21
4.1.4	OESO-rapport—22
5	De zorgverzekeraars—23
5.1	De zorginkoop—23
5.1.1	Selectieve inkoop—23
5.1.2	Praktijkvariatie—23
5.1.3	Onvrede bij zorgaanbieders over zorginkoop GGZ—24
5.2	Belemmeringen bij zorginkoop—25
5.2.1	Onduidelijkheid over goede verslavingszorg—25
5.2.2	Gebrek aan transparantie bij declaraties—25
5.2.3	Declaraties nieuwe aanbieders—25
5.2.4	Artikel 13 Zorgverzekeringswet—26
6	Visie partijen op goede verslavingszorg—28
6.1	Inleiding—28
6.2	Visie van partijen op goede zorg—28
6.2.1	Gedeelde visie verslavingszorgsector—28
6.2.2	Het Zwarte Gat—30
6.2.3	Zorgverzekeraars Nederland—30
6.2.4	Nieuwe aanbieders—31
6.2.5	Verschillende visies—31
6.2.5.1	Visie Trubendorffer—31
6.2.5.2	Visie MEER GGZ/U-Center—32
6.2.5.3	Visie SolutionS—33

7	Verslavingszorg in de Zvw—35
7.1	Inleiding—35
7.2	Wettelijk kader—35
7.2.1	Inleiding—35
7.2.2	Huisartsenzorg—35
7.2.3	Geneeskundige GGZ—36
7.2.4	Verblijf—36
7.2.5	Begeleiding en dagbesteding—36
7.3	Standpunten Verslavingszorg—37
7.3.1	Inleiding—37
7.3.2	Geïndiceerde preventie—37
7.3.3	Standpunt Minnesota Model—38
7.3.4	Overige standpunten—39
7.4	Achtergrondstudie Trimbos-instituut—40
7.4.1	Inleiding—40
7.4.2	Effectiviteit van interventies naar middel—40
7.4.3	Kosteneffectiviteit van specifieke interventies—42
7.4.3.1	Recent onderzoek—42
7.5	Wat is te verzekeren verslavingszorg?—42
7.5.1	Inleiding—42
7.5.2	Diagnostiek en behandelintensiteit—43
7.5.3	Ambulante versus klinische detoxificatie—44
7.5.4	Ambulante versus klinische behandeling—45
7.5.4.1	Therapeutische gemeenschappen—47
7.5.5	Dagbehandeling—48
7.5.6	Dagbesteding—49
7.5.7	Nazorg—50
7.5.8	Conclusies—51
7.6	Kostenconsequentieraming—52
8	Doorontwikkeling kwaliteit en gepast gebruik verslavingszorg—55
8.1	Inleiding—55
8.2	Kwaliteitsstandaard en meetinstrumenten—55
8.3	Richtlijnen—55
8.4	Patiënteninformatie—55
8.5	Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandeltrajecten—56
8.6	Verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg—56
8.7	Klinieken in het buitenland—57
8.7.1	IGZ-Toezicht—57
8.7.2	Eigen betalingen—58
8.7.3	Declareren van de zorg in het buitenland—58
9	Conclusies en aanbevelingen—59
9.1	Conclusies—59
9.1.1	Richtlijnen—59
9.1.2	Uitvoeringspraktijk—59
9.1.3	Samenvattend—60
9.2	Aanbevelingen—60
10	Beantwoording vragen VWS—62
10.1	Specifieke vragen—62
11	Reacties belanghebbende partijen—65
11.1	Consultatie—65
11.1.1	Zorgstandaard—65

- 11.1.2 Richtlijnontwikkeling—65
- 11.1.3 Alcohol- en drugverslaving—66
- 11.1.4 Dubbele diagnose—66
- 11.1.5 Minnesota Model—66
- 11.1.6 Nazorg—66
- 11.1.7 Therapeutische gemeenschappen—66
- 11.1.8 Screeningsinstrumenten MATE en EuropASI—67
- 11.1.9 Gelijk speelveld—67
- 11.1.10 Kostenconsequentieraming—67
- 11.1.11 Overige opmerkingen—67

CONCEPT

Samenvatting

De minister van VWS heeft Zorginstituut Nederland advies gevraagd over de verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg. De redenen hiervoor zijn de volgende. De minister stelt in haar brief dat de verslavingszorg sinds 2008 een forse kostengroei kent. Er is een toename van het aantal nieuwe aanbieders in de verslavingszorg en een toename van soorten therapie. De vraag die hieruit voortvloeit is of er overal effectieve en efficiënte zorg wordt geleverd.

Kostenontwikkeling

Wij hebben geconstateerd dat de veronderstelling dat er sprake zou zijn van een forse kostengroei in de verslavingszorg niet juist is. Wij concluderen dat sprake is een licht dalende tendens; van 487,2 miljoen euro in 2009 naar 480,2 miljoen euro in 2011. Het aandeel van de reguliere instellingen daalde, terwijl dat van de nieuwe aanbieders steeg. Er heeft een kleine verschuiving plaatsvonden van de reguliere instellingen naar de nieuwe aanbieders. Ook verschuift de zorg van een klinische setting naar ambulante behandelingen, maar deze ambulante zorg is wel intensiever. De maatschappelijke baten van verslavingszorg zijn aanzienlijk. Effectieve behandelingen van verslavingszorg zijn al gauw kosteneffectief. Waar het aan ontbreekt zijn gegevens om te bepalen welke behandelingen het meest kosteneffectief zijn en hoe de ene behandeling zich verhoudt tot een andere behandeling met vergelijkbare patiënten.

Bevindingen

Er ligt een duidelijke visie van de verslavingszorgsector op verslavingszorg, die in nauwe samenspraak met de cliëntenbeweging tot stand is gekomen. In de verslavingszorg staat over de hele linie de 'herstelgedachte' centraal; het bieden van de zorg die het individuele herstelproces ondersteunt. Meer dan voorheen wordt ingezet op maatschappelijke rehabilitatie. Het concept 'herstel' omvat meer dan alleen een geslaagde ambulante of klinische behandeling.

Uit een recent OESO-rapport blijkt dat de Nederlandse GGZ – waaronder de verslavingszorg – internationaal gezien van hoog niveau is. Wel kent Nederland een relatief hoog aantal klinische bedden in vergelijking met andere landen. De OESO erkent de inspanningen van instellingen om meer mensen in hun eigen omgeving te behandelen. Centraal uitgangspunt in de visie van verslavingszorgsector is '*ambulant wanneer het kan en klinisch als het moet*'. Er zijn een groot aantal richtlijnen over wat effectieve verslavingszorg is. Er zijn aanwijzingen dat de reguliere aanbieders de richtlijnen volgen. De richtlijnen bieden een zekere mate van houvast bij het indiceren voor noodzaak van klinische opname maar niet voor de duur van de opname.

Een van de speerpunten van de sector is te komen tot meer differentiatie van zorg voor uiteenlopende doelgroepen. Voorwaarde hiervoor is het verder verfijnen en standaardiseren van de indicatiestelling door de focus verder te richten op de ontwikkelingsfasen van verslaving (stagering) en individuele kenmerken (profilering). De sector is zich bewust van het belang van doorontwikkeling op dit punt en zet daarom in op het verfijnen van de indicatiestelling met het MATE ontwikkelplan (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) en heeft plannen ontwikkeld om een databank voor patiëntgegevens op te zetten. Een ander speerpunt is preventie, en het in de komende jaren ondersteunen van de huisarts bij het vormgeven van geïndiceerde preventie.

Resultaten Scoren heeft samen met de cliëntenbeweging het Zwarte Gat het initiatief genomen om een plan in te dienen bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (NKO) voor een te ontwikkelen Zorgstandaard Verslaving (specifiek voor alcoholproblematiek).

Het zorgaanbod van de nieuwe aanbieders van verslavingszorg is divers en zij hebben – in tegenstelling tot de reguliere instellingen – geen gemeenschappelijk visiedocument. Zij hanteren veelal hun eigen behandelfilosofie. Het is niet altijd duidelijk wat het aanbod concreet inhoudt, of de richtlijnen worden nageleefd en of het om kosteneffectieve zorg gaat. Sommige nieuwe aanbieders hebben contracten afgesloten met zorgverzekeraars, andere aanbieders willen juist geen contract. Andersom komt het ook voor, namelijk dat nieuwe aanbieders geen contract krijgen aangeboden, omdat zorgverzekeraars aangeven al voldoende zorgaanbieders te hebben gecontracteerd.

Er ligt een wetsvoorstel tot wijziging van artikel 13 Zvw. Het voorstel houdt in dat de zorgverzekeraar zelf kan bepalen of hij – bij zorg in een naturapolis – niet gecontracteerde zorg vergoedt en zo ja, tot welke hoogte. Deze wijziging heeft tot doel dat zorgverzekeraars beter dan nu het geval is, vergoeding van zorg door kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders buiten de deur te houden. De wijziging van artikel 13 Zvw zoals beoogd kan consequenties hebben voor niet-gecontracteerde aanbieders van verslavingszorg. We benadrukken het belang van de voorgenomen aanscherping Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en controle door IGZ voor markttoetreding van zorgaanbieders.

Zorgverzekeraars willen meer duidelijkheid over wat te verzekeren zorg is. Vooral wil men meer duidelijkheid over wanneer dagbehandeling of klinische opname geïndiceerd is en voor hoe lang. Wij hebben geconstateerd dat verder onderzoek nodig is naar de kosteneffectiviteit van opname met verblijf, dagbehandeling en de duur ervan. Ook de inzet van vaktherapieën en het onderscheid tussen behandeling en dagbesteding zijn onderwerp voor nader onderzoek.

De naleving van richtlijnen en dan vooral de selectieve inzet van verblijf, kan bijdragen aan kostenbesparing in de verslavingszorg. Als we uitgaan van een reductie van de klinische capaciteit zoals afgesproken tussen partijen in het Bestuurlijk Akkoord, dan wordt de totale besparing van 2012 tot 2020 – op basis van een aantal aannames – geschat op 64 miljoen euro (cumulatief). Vanwege de vele onzekerheden dient deze kostenconsequentieraming met de nodige voorzichtigheid te worden gewogen.

Aanbevelingen gepast gebruik van zorg

Om te komen tot gepast gebruik van verslavingszorg doen wij de volgende aanbevelingen:

- Wij ondersteunen het initiatief van de sector voor het ontwikkelen van een Zorgstandaard Verslaving (inclusief een patiëntenversie, prestatie-indicatoren en meetinstrumenten) en adviseren partijen deze aan te bieden aan het Kwaliteitsinstituut voor opname in het Register. In dit verband is ook de doorontwikkeling van de MATE van groot belang waarbij de focus ligt op het verfijnen en standaardiseren van de indicatiestelling (stagering en profilering). We benadrukken de noodzaak om heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie.
- De actualisatie en onderhoud van bestaande richtlijnen moet meer gestructureerd verlopen. Het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden bevat de eis om een onderhoudsplan op te stellen dat behoort bij de betreffende zorgstandaard, dan

wel onderliggende richtlijnen. Het Trimbos-instituut heeft in zijn rapport een overzicht gegeven van richtlijnen die geactualiseerd moeten worden en waar richtlijnen ontbreken (o.a. problematisch drugsgebruik van andere middelen dan opiaten, zoals cannabis, cocaïne, GHB, stimulantia). Wij adviseren het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ om de verslavingszorg te prioriteren op hun agenda.

- Nader onderzoek is nodig naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. De deelnemers aan de Ronde Tafel gepast gebruik hebben dit onderwerp aangedragen voor het Zon-MW DoelmatigheidsOnderzoek, kader actuele doelmatigheidsvraagstukken. Het feit dat er weinig gegevens zijn over de relatieve kosteneffectiviteit van de verschillende behandelingen van verslaving houdt mogelijk verband met beperkingen in het opzetten van de gewenste studiedesigns. Voordat onderzoek wordt gedaan moet duidelijk zijn of de gewenste beleidsinformatie te verkrijgen is (randvoorwaarden studiedesign en haalbaarheid randvoorwaarden).
- Voorgenomen maatregelen van partijen en/of NZa gericht op het verbeteren van de bekostiging en informatievoorziening, zoals doorontwikkeling DBC-systematiek, informatie op de declaratie, doorontwikkeling ROM-systeem zijn van belang om te komen tot informatie voor selectieve zorginkoop en controle van verzekeraars op de rechtmatigheid van de declaraties.
- Wij bevelen zorgverzekeraars aan om in polissen die uitgaan van zorg in natura voor niet-gecontracteerde zorg de eis van voorafgaande toestemming op te nemen. Op deze wijze kunnen zorgverzekeraars vooraf toetsen of de zorg die wordt geleverd door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder ook daadwerkelijk te verzekeren zorg is die voor (gedeeltelijke) restitutie in aanmerking komt.
- Bij dagbehandeling dient de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Daarom is het van belang dat de zorgverzekeraar inzicht heeft in wat de dagbehandeling behelst en waar deze wordt verleend. Bij gecontracteerde zorg kunnen hierover afspraken worden gemaakt. Declaraties voor niet-gecontracteerde zorg kunnen aan banden worden gelegd door het vereiste van voorafgaande toestemming in de polis op te nemen, zoals in het vorige punt is beschreven.

Uitleg te verzekeren prestaties

Om partijen meer duidelijkheid te bieden over wat te verzekeren zorg is in het kader van de Zorgverzekeringswet, hebben wij volgende aspecten van de verslavingszorg uitgelegd; diagnostiek en behandelintensiteit, ambulante versus klinische detoxificatie en behandeling, dagbehandeling en nazorg. Wij hebben ons daarbij gebaseerd op bestaande multidisciplinaire richtlijnen – die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews. Deze duiding kan niet verder strekken dan de kennis van de stand van de wetenschap en praktijk die ons op dit moment op het gebied van verslavingszorg ter beschikking staat.

> Diagnostiek en behandelintensiteit

Bij diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg dient een screeningsinstrument zoals de MATE of EuropASI te worden afgenomen. Indien dit achterwege wordt gelaten, is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg. Het is dan niet mogelijk vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling. Evenmin kan worden vastgesteld of het verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (volgens de MATE of EuropASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

> Ambulante versus klinische detoxificatie

Er is geen evidentie voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie (ontgiftiging). Wij onderschrijven de noodzaak om heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

> Ambulante versus klinische behandeling

Het is aangetoond dat klinische behandeling van verslaving in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling. Klinische behandeling dient uitsluitend te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Uitgaande van de kenmerken van patiënten – volgens de multidisciplinaire richtlijnen – voor ziekenhuisopname, blijkt dat sprake is van een bepaalde mate van medische urgentie of een acuut medisch probleem. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

Dagbehandeling

Dagbehandeling wordt in het algemeen geïndiceerd geacht als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren en/of om opname te voorkomen. Kenmerken van cq. argumenten voor dagbehandeling zijn:

- intensivering van de behandeling;
- zicht en betere interventiemogelijkheden op de factoren die de stoornis veroorzaken of in stand houden blijft behouden;
- steunende factoren in de omgeving worden in stand gehouden, in die zin dat de sociale en maatschappelijke contacten voor de patiënt blijven bestaan;
- voorkomen wordt dat de persoon de overgang moet maken van een beschermd milieu naar de dagelijkse werkelijkheid.

Voorwaarde voor dagbehandeling is dus dat de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd is. Dagbehandelingen waarbij de sociale structuur van de cliënt niet gehandhaafd kan blijven – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – passen niet in de behandelopzet van dagbehandeling zoals geformuleerd in de richtlijn. Dergelijke behandelingen zijn daarmee niet effectief.

> Nazorg

Wij zijn van mening dat een behandelprogramma altijd een vorm van nazorg moet bieden. Als een behandelprogramma niet voorziet in nazorg heeft dat negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Dergelijke behandelprogramma's voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Met haar brief van 16 januari 2014 (bijlage 1) vraagt de minister van VWS Zorginstituut Nederland om een advies over de verslavingsproblematiek van alcohol en drugs in de geestelijke gezondheidszorg. De redenen hiervoor zijn de volgende. De minister stelt in haar brief dat de verslavingszorg sinds 2008 een forse kostengroei kent. Er is een toename van het aantal nieuwe aanbieders in de verslavingszorg en een toename van soorten therapie. De vraag die hieruit voortvloeit is of er overal effectieve en efficiënte zorg wordt geleverd. De minister vraagt Zorginstituut Nederland om na te gaan of er een onderbouwde oorzaak in de stand van wetenschap en praktijk is voor de kostenstijging sinds 2008.

De minister stelt daarbij een aantal specifieke vragen over de verslavingszorg. Zij wil graag inzicht in welke zorg geleverd wordt, of deze zorg voldoet aan de pakketcriteria, of er voldoende informatie is over de kosteneffectiviteit/doelmatigheid van de behandelingen, of duidelijk is wanneer een opname geïndiceerd is, in hoeverre richtlijnen en standaarden gebruikt worden, en ten slotte of er zorg is die niet langer vergoed moet worden omdat deze niet kosteneffectief is. Om kort te gaan zijn er bij de minister zorgen ontstaan of het premiegeld dat we besteden aan de verslavingszorg goed besteed wordt en of de verslavingszorg overeenkomstig de criteria van de Zorgverzekeringswet plaatsvindt.

Dit rapport bespreekt de verslavingszorg in Nederland, maar beperkt zich daarin tot alcohol en drugs. De reden hiervoor is dat de minister ons specifiek heeft gevraagd de verslavingsproblematiek alcohol en drugs in beeld te brengen. Daarom ligt daar op dit moment onze focus. Bij andere verslavingen (gedragsverslavingen zoals gokken, gamen, seksverslaving, kopen, eten en internetverslaving) gaat het verhoudingsgewijs om kleine aantallen. Indien daar aanleiding toe is zullen wij de behandeling van andere verslavingen in de toekomst nader belichten.

1.2 Toelichting plan van aanpak

Om de vragen van de minister te beantwoorden heeft Zorginstituut Nederland een aantal stappen ondernomen. Zo hebben er een aantal verkennende gesprekken plaatsgevonden met betrokken partijen (NVvP, GGZN/Netwerk Verslavingszorg, LPGGz/Zwarte Gat, ZN, Trimbos-instituut, Resultaten Scoren, NZa en de LHV).

Daarnaast hebben we een opdracht gegeven aan het Trimbos-instituut om the state of the art van de zorg aan mensen met verslavingsproblematiek rond alcohol en drugs in beeld te brengen evenals gegevens over het zorggebruik. De achtergrondstudie 'Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg¹' van het Trimbos-instituut is opgenomen in bijlage 2 bij dit rapport. Op hoofdlijnen richt deze studie zich op de volgende deelvragen:

1. wat is de aard en omvang van verslavingsproblemen (prevalentie);
2. welke zorg en therapieën worden in de praktijk geboden en wat is bekend over de effectiviteit daarvan;
3. welke richtlijnen zijn voorhanden en in hoeverre worden deze toegepast;
4. wat is op basis van bestaande bronnen bekend over de kosteneffectiviteit;
5. wat zijn opvallende trends en ontwikkelingen, mede gelet op de groei van nieuwe aanbieders.

¹ Trimbos-Instituut april 2014; Achtergrondstudie 'Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg

Vervolgens hebben wij in maart 2014 ten behoeve van de technische consultatie twee Invitational Conferences georganiseerd. De insteek van deze invitationals was om de visie van partijen te vernemen op de vraag wat goede verslavingszorg is. De eerste invitational heeft op 12 maart 2014 plaatsgevonden. Voor deze invitational waren vooral de koepelorganisaties uitgenodigd.

Op 19 maart 2014 heeft een tweede invitational plaatsgevonden voor de nieuwe aanbieders van verslavingszorg. De reden om voor deze nieuwe aanbieders een aparte invitational te beleggen, is gelegen in het feit dat zij vaak niet zijn aangesloten bij koepels en de minister in haar brief onder meer vragen stelt over de toename van het aantal nieuwe aanbieders in de verslavingszorg. Het gaat dan om aanbieders die na 2008 zijn togetreden tot de markt en anders dan de bestaande instellingen niet gebudgetteerd zijn. De verslagen van beide invitationals zijn opgenomen in de bijlagen 3 en 4 bij dit rapport.

1.3 **Adviescommissie Pakket**

Het rapport is besproken in de ACP-vergadering van 20 juni 2014. Naar aanleiding van deze vergadering hebben wij onze uitleg van de te verzekeren prestaties aangescherpt en in het verlengde daarvan onze antwoorden op de vragen van de minister.

1.4 **Leeswijzer**

Omdat het verzoek om advies over de verslavingsproblematiek in de geestelijke gezondheidszorg vooral is ingegeven vanuit de veronderstelling dat er sprake is van een forse kostengroei, hebben wij in hoofdstuk 2 eerst de kosten van verslavingszorg en de maatschappelijke baten in beeld gebracht.

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 hebben wij achtereenvolgens belicht welke mensen te kampen hebben met verslavingsproblematiek, welke zorg er wordt geleverd en door wie en wat de rol van de zorgverzekeraars is bij de zorginkoop. De afgelopen maanden hebben wij uitgebreid met partijen gesproken en hen gevraagd hun visie te geven op wat goede verslavingszorg is. In hoofdstuk 6 doen wij hiervan verslag.

De vraag of het huidige zorgaanbod van verslavingszorg rond alcohol en drugs overeenkomstig de criteria van de Zorgverzekeringswet (Zvw) plaatsvindt, komt aan bod in hoofdstuk 7. Vervolgens geven wij in hoofdstuk 8 onze visie op de doorontwikkeling van kwaliteit en gepast gebruik in de verslavingszorg. Onze conclusies en aanbevelingen zijn opgenomen in hoofdstuk 9 en in hoofdstuk 10 beantwoorden wij de vragen van de minister. Een samenvatting van de reacties van partijen volgt in hoofdstuk 11. Tot slot formuleert Zorginstituut Nederland zijn besluit in hoofdstuk 12.

2 Kosten verslavingszorg en maatschappelijke baten

2.1 Inleiding

Omdat de aanleiding voor dit advies de veronderstelde kostengroei is, zijn we begonnen met onderzoek naar de ontwikkeling van de kosten over de afgelopen jaren die met verslavingszorg rond alcohol en drugs gemoeid zijn. Het gaat daarbij niet alleen om de totale kosten van deze verslavingszorg. We willen ook weten wat de ontwikkeling van de kosten is als het gaat om de reguliere (gebudgetteerde) instellingen en hoe deze zich verhouden tot de nieuwe aanbieders van verslavingszorg. Ook het aandeel van de kosten dat betrekking heeft op ambulante behandelingen en verblijf willen we in beeld brengen.

2.2 Hoe hebben de kosten van verslavingszorg zich vanaf 2008 ontwikkeld?

2.2.1 Subvragen

Allereerst merken we op dat de eerste betrouwbare gegevens dateren van 2009 en daarom als uitgangspunt voor de analyses zijn genomen (zie 2.2.2 voor verantwoording cijfers). De vraag hoe de kosten van verslavingszorg zich sindsdien hebben ontwikkeld willen we beantwoorden aan de hand van de volgende subvragen:

1. Welk bedrag besteden we aan verslavingszorg (totaal/ ambulant en klinisch)?
2. Wat was de groei over de afgelopen jaren?
3. Welk aandeel betrof de voorheen gebudgetteerde instellingen (ambulant en klinisch)?
4. Welk aandeel betrof de nieuwe aanbieders (ambulant en klinisch)?
5. Wat is de verhouding tussen ambulant en klinisch in de omzet van de voorheen gebudgetteerde instellingen en de nieuwe aanbieders
6. Wat verwachten we (trends)?

Tabel 1 geeft een overzicht van de ontwikkeling van de kosten van verslavingszorg rond alcohol en drugs over de jaren 2009 tot en met 2011.

Tabel 1

Ontwikkeling Geneeskundige GGZ Verslavingszorg: Alcohol en overige middelen				
Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg				
(1 = € 1 mln.)		2009	2010	2011
Gebudgetteerde instellingen	Ambulant	100,4	104,3	103,0
Gebudgetteerde instellingen	Klinisch	364,1	355,0	339,9
Gebudgetteerde instellingen		464,5	459,2	442,9
Nieuwe instellingen	Ambulant	2,7	3,3	10,3
Nieuwe instellingen	Klinisch	17,9	23,0	24,7
Nieuwe instellingen		20,6	26,3	35,0
Vrijgevestigde en onbekend	Ambulant	1,2	3,5	2,2
Vrijgevestigde en onbekend	Klinisch	0,9	0,6	0,2
Vrijgevestigde en onbekend		2,1	4,1	2,4
Totaal		487,2	489,7	480,2
© Zorgprisma Vektis: GGZ vrije analyse - Geproduceerd op 17-04-2014				

Wat allereerst opvalt is dat – in tegenstelling tot de eerder veronderstelde kostengroei – er sprake is van licht dalende tendens sinds 2009. Uit de tabel zijn de volgende antwoorden op de subvragen te herleiden:

1. In 2011 hebben we € 480,2 mln. aan de verslavingszorg uitgegeven.
2. De totale omzet daalt vanaf 2009 licht met 1,4%.
3. Het aandeel van de gebudgetteerde instellingen daalde in 2009 van 95,3% naar 92,2% in 2011.
4. Het aandeel van de nieuwe aanbieders steeg in 2009 van 4,2% naar 7,3% in 2011.
5. Bij de gebudgetteerde instellingen nam de klinische behandeling in 2009 nog 78,4% van de kosten voor haar rekening tegen 21,6% voor de ambulante behandeling. In 2011 waren de percentages respectievelijk 76,7% en 23,3%. Bij de nieuwe aanbieders nam de klinische behandeling in 2009 nog 86,9% van de kosten voor haar rekening tegen 13,1% voor de ambulante behandeling. In 2011 waren de percentages respectievelijk 70,5% en 29,5%.
6. We hebben geen redenen om aan te nemen dat zich na 2011 ontwikkelingen hebben voorgedaan die de geschetste trend ingrijpend beïnvloedden.

Uit het voorgaande en het overzicht van de kostenontwikkeling² zoals opgenomen in bijlage 5 bij dit rapport, kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- De groei van de nieuwe aanbieders gaat ten koste van de gebudgetteerde instellingen (substitutie).
- Nieuwe aanbieders boden in 2009 hoofdzakelijk zorg aan in een klinische setting en richtten zich in 2011 ook op de ambulante zorg³.
- De zorg verschuift van de klinische setting naar ambulante behandelingen.
- De gemiddelde kosten per cliënt stijgen in de ambulante zorg en dalen in de klinische zorg.

2.2.2

Verantwoording cijfers

Voor onze berekeningen hebben wij gebruik gemaakt van Zorgprisma van Vektis. De gepresenteerde cijfers hebben uitsluitend betrekking op de tweedelijns verslavingszorg gefinancierd uit de Zvw. Buiten de berekeningen vallen de klinische opnames langer dan een jaar (bekostigd uit de AWBZ), de forensische psychiatrie voor volwassenen (bekostigd door het ministerie van Justitie en Veiligheid), de eerstelijns psychologische zorg (valt buiten de DBC-systematiek), de medicatie voorgeschreven tijdens de ambulante behandeling.

Als peiljaar hebben we 2009 genomen vanwege de veranderingen die de sector in 2008 onderging. De tweedelijns GGZ werd dat jaar overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en marktwerking en de dbc-systematiek deden hun intrede. Het is daardoor niet mogelijk de cijfers voor de jaren voorafgaand aan en volgend op 2008 te vergelijken. De eerste betrouwbare cijfers dateren van 2009 en zijn daarom als uitgangspunt voor de analyses genomen. Het jaar 2011 vormt bij het schrijven van dit rapport het laatste jaar waarover de resultaten met zekerheid zijn vast te stellen vanwege de lange doorlooptijd van de dbc's en de administratieve afhandeling.

De onvolkomenheden in de registratie over 2009 en 2010 hebben betrekking op het percentage verzekerden waarover de verzekeraars informatie aanleverden. Vektis heeft daarom voor deze jaren een ophoging toegepast van resp. 6,1% en 3,6%. Wij hebben deze ophogingen niet toegepast voor het berekenen van bovenstaande tabel omdat wij de onderbouwing van deze percentages niet kennen. Hanteren wij de ophogingen van Vektis dan zien wij vanaf 2009 een licht dalende trend.

² Onderzoek kostenontwikkeling GGZ verslavingszorg alcohol en overige middelen (bijlage 4)

³ Soms alleen ambulant gedeclareerd; de facto wel klinisch behandelprogramma

Verskillende nieuwe aanbieders vragen van cliënten eigen betalingen waarvan niet altijd duidelijk is waaraan deze worden besteed. Door het grote aantal dagbehandelingen dat door nieuwe aanbieders wordt gedeclareerd, bestaat het vermoeden dat een aantal van hen buitenlandse klinische behandelingen als intensieve ambulante zorg declareren.

2.3

Wat zijn de maatschappelijke baten van verslavingszorg?⁴

Verslaving aan alcohol en/of drugs heeft maatschappelijke consequenties. Overmatig middelengebruik hangt samen met een slechtere gezondheid, agressie en geweld, schooluitval en ziekteverzuim (World Health Organization, 2011). De maatschappelijke kosten van problematisch alcohol- of drugsgebruik liggen dus op verschillende terreinen, te weten:

- algemene gezondheidszorg (onder meer huisarts, eerste hulp);
- verslavingszorg;
- arbeid (ziekteverzuim, productiviteitsverlies, uitkeringen);
- misdrijven en overtredingen (inclusief vernieling en verkeersongevallen).

Het laatste Nederlandse onderzoek naar de kosten van alcoholgebruik voor de maatschappij dateert uit 2001. KPMG kwam tot een schatting van een kostenpost van 2,58 miljard euro per jaar door overmatig alcoholgebruik (KPMG, 2001).

Gezien het feit dat de consumptie van alcohol vanaf 2001 niet is toegenomen (8,2 (2001) versus 7,6 (2012) liter alcohol per hoofd van de bevolking (Stiva)) wordt aangenomen dat ook de kosten niet hoger zijn geworden. Voor 2012 zou dat een kostenpost betekenen van 3,27 miljard (bedragen 2001 gecorrigeerd voor koopkracht). In tabel 2 is een onderverdeling gemaakt van deze kosten.

Tabel 2

	2001	2012 Gecorrigeerd voor koopkracht
Kosten van verzuim, ziekte en slechte prestaties	€ 1554 miljoen per jaar	€ 1910 miljoen per jaar
Kosten van criminaliteit	€ 841 miljoen per jaar	€ 1034 miljoen per jaar
Kosten gezondheidszorg	€ 115 miljoen per jaar	€ 141 miljoen per jaar
Kosten verslavingszorg.	€ 68 miljoen per jaar	€ 83 miljoen per jaar
Totaal	€ 2,58 miljard per jaar	€ 3,168 miljard per jaar

Naast bovengenoemde kosten dient rekening te worden gehouden met de kosten van verkeersongelukken, sociale gevolgen (zoals schooluitval, schuldhulpverlening, dakloosheid en huiselijke geweld). De genoemde kosten van verzuim, criminaliteit, gezondheidszorg en verkeersongevallen zijn vele malen hoger dan de kosten voor verslavingszorg. Vrijwel alle kosten-batenstudies naar verslavingsbehandeling laten zien dat de baten hoger zijn dan de kosten (McCollister & French, 2003; Ettner et al., 2006; Popova et al., 2011). Er is sterk bewijs dat de maatschappelijke baten opwegen tegen de kosten van verslavingsbehandeling. Verslavingszorg – mits effectieve behandelingen worden toegepast – leidt tot een aanzienlijke reductie van kosten die veel groter is dan de kosten van de behandeling zelf (NIDA 2012). De recente review⁵ die het RIVM in opdracht van Netwerk Verslavingszorg/GGZ Nederland heeft uitgevoerd bevestigt dit beeld. In paragraaf 7.4 zullen nader ingaan op deze review.

⁴ Rapport Trimbos-Instituut: 'Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg' (2014)

⁵ RIVM-Briefrapport 'De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen' (2014)

2.4 Conclusie kosten en baten

In dit hoofdstuk hebben we de belangrijkste uitkomsten laten zien van ons onderzoek en het onderzoek van het Trimbos-instituut naar de kosten en baten van verslavingszorg rond alcohol en drugs. Wij concluderen dat – in tegenstelling tot de eerder veronderstelde kostengroei – er sprake is van een licht dalende trend sinds 2009. Ook concluderen we dat de maatschappelijke baten van verslavingszorg aanzienlijk zijn.

Effectieve behandelingen van verslavingszorg zijn al gauw kosteneffectief. De vraag die moet worden beantwoord is welke behandelingen het meest kosteneffectief zijn en hoe de ene behandeling zich verhoudt tot een andere behandeling met vergelijkbare patiënten.

CONCEPT

3 De cliënt

3.1 Wie is de cliënt?

Voor de beantwoording van de vraag of de euro's die we betalen aan verslavingszorg goed besteed zijn, is het belangrijk ons een beeld te vormen van de verslavingsproblematiek rond alcohol en drugs. Welke mensen kampen ermee en hoe is het beloop van deze aandoening. We hebben gesproken met de cliëntenorganisatie Het Zwarte Gat en we hebben het Trimbos instituut gevraagd dit in beeld te brengen. In dit hoofdstuk vatten we de belangrijkste bevindingen samen die relevant zijn voor dit rapport.

Het gaat binnen de aandoeningen in de psychiatrie om het derde meest voorkomend ziektebeeld, na angst- en stemmingsstoornissen. We spreken over meer dan 650.000 mensen die kampen met verslavingsproblematiek, waarbij alcohol- en cannabisverslaving het grootste deel uitmaken.⁶ Ongeveer 5,6% van de Nederlandse bevolking heeft verslavingsproblematiek. Mannen, twee keer zoveel als vrouwen. Cliënten met een dubbele diagnose of beter gesteld cliënten met comorbide problemen (psychische aandoeningen en verslavingsproblemen) vormen geen uitzondering. In het algemeen geldt dat hun prognose op verbetering slechter is dan bij een enkele diagnose. Om velerlei redenen lopen personen met een ernstige psychiatrische stoornis een groot risico om tevens verslavingsproblemen te ontwikkelen. In de DBC-systematiek zijn de zogenaamde dubbele diagnose cliënten niet als zodanig herkenbaar omdat de andere psychische stoornis (meestal een psychotische stoornis) dikwijls geldt als hoofddiagnose.

Waar mensen met psychische aandoeningen nog steeds te maken hebben met stigmatisering is dit voor mensen met verslavingsproblematiek zeker het geval. De persoon zelf speelt een belangrijke rol in het verslaafd raken en in het stoppen met het middelengebruik of het te beperken. Dat draagt eraan bij hoe men aankijkt tegen mensen met verslavingsproblematiek. Beeldvorming over mensen met verslavingsproblematiek is dat het gaat om 'mensen zonder ruggengraat' en om eigen schuld.

Kwetsbare mensen lopen een groter risico op verslaafd raken. Kwetsbaarheid die ontstaat door bijvoorbeeld psychiatrische stoornissen, een (licht) verstandelijke handicap of ernstige maatschappelijke tegenslag waardoor de behoefte aan roesmiddelen groter kan zijn, dan wel men minder goed in staat is om verslaving te voorkomen. Ook weten de dealers deze kwetsbare mensen te vinden. Middelen zelf induceren verslaving die het moeilijk maakt om te stoppen. De ene persoon lijkt daar bevattelijker voor dan de andere. Het ene middel werkt meer verslavend dan het andere. Ook kan middelengebruik een psychiatrische stoornis doen ontstaan, bijvoorbeeld schizofrenie geïnduceerd door cannabisgebruik. Ontkenning en schaamte leidt ertoe dat er geen of pas laat een hulpvraag ontstaat.

Door de aandacht voor vroegsignalering en verbetering van hulp voor jongeren met problematisch middelengebruik is ook deze doelgroep steeds beter in beeld gekomen van de verslavingszorg. Het gaat deels om jonge mensen zonder thuis, met problemen met cannabis en alcohol. Daarbij komt dat voor een aanzienlijk deel van de jeugdige doelgroep in de verslavingszorg sprake is van transgenerationale overdracht: ouders en andere familieleden die vaak ook te maken hebben met verslaving.

⁶ Trimbos-instituut 150.000 mensen middelenaafhankelijk en 500.000 mensen middelenuisbruik

Middelengebruik leidt niet altijd tot problemen. Als het wel tot problemen leidt, volgt er niet altijd een hulpvraag en zelfs met een hulpvraag melden probleemgebruikers zich niet altijd aan bij de verslavingszorg. Bij sommige middelen duurt het jaren voordat een persoon hulp vraagt en is de verslaving al verworden tot een chronisch-recidiverende aandoening tegen de tijd dat iemand op zoek gaat naar behandeling.

Het verschil tussen het aantal probleemgebruikers en het aantal van hen dat in de zorg terecht komt, wordt de *treatment gap* genoemd. De omvang van de *treatment gap* is aanzienlijk; cliënten die een beroep doen op verslavingszorg vormen slechts een topje van het totale probleemgebruik.

Er zijn echter grote verschillen tussen middelen:

- > slechts een fractie van de alcoholverslaafden komt in zicht bij de hulpverlening terwijl tweederde tot driekwart van de opiaatverslaafden de zorg bereikt, vaak via laagdrempelige voorzieningen;
- > ook het gebruik van cannabis en cocaïne leidt minder vaak tot een hulpvraag;
- > voor ecstasy geldt dat het gebruik vooral onder jongeren sinds de jaren negentig sterk is toegenomen, maar dat het vrijwel altijd gaat om voorbijgaand (experimenteel), recreatief gebruik. Afhankelijkheid komt niet veel voor.

De effecten van verslaving zijn ingrijpend. Ingrijpend voor de persoon, maar ook voor zijn directe omgeving. Verslaving tast geest en lichaam aan en heeft enorme invloed op het maatschappelijk kunnen functioneren. Een aanzienlijk aantal mensen belandt daardoor op straat of in de gevangenis. Gelukkig hebben de investeringen van eind jaren negentig effect gehad. Veldwerkers melden dat er op straat nauwelijks nog probleemgebruikers te vinden zijn die niet via een of ander traject met de hulpverlening in contact staan. Nederland lijkt in dit opzicht succesvol te zijn ten opzichte van andere landen waar nog geregeld drugsverslaafde zwervers op straat worden aangetroffen.

Door de grote impact van verslavingsproblematiek op het maatschappelijk functioneren en de omgeving moeten de zorg en behandeling zich niet alleen op de verslaving richten, maar ook op het maatschappelijk herstel. Behandeling alleen gericht op abstinentie is nog al eens gedoemd te mislukken. Dan val je daarna in het zogenaamde 'zwarte gat'. De herstelgedachte, waarbij re-integratie onlosmakelijk onderdeel uitmaakt van de zorg is beschreven in de 'Visie op verslavingszorg van GGZ Nederland'⁷.

Verslaafde mensen doen regelmatig pogingen om te stoppen, maar vallen vaak weer terug. Op grond van de ontwikkelde kennis zien we dat circa 25% van de mensen met verslavingsproblematiek chronisch wordt. Er is discussie of door de betere kennis van verslavingsproblematiek en betere hulpverlening nu de kans op de ontwikkeling van chroniciteit kan worden teruggebracht. Wel is er consensus dat er een levenslange vatbaarheid blijft voor verslaving.

Samengevat gaat het bij verslaving om één van de grote ziektebeelden met grote individuele en maatschappelijke gevolgen. Verslaving is niet gemakkelijk te behandelen en neigt tot chroniciteit. Kwetsbare mensen zijn extra bevattelijk om verslaafd te raken. Er is een groot verschil tussen het aantal probleemgebruikers en het aantal dat daadwerkelijk zorg krijgt (*treatment gap*).

⁷ GGZNederland: 'Een visie op verslavingszorg: focus op preventie en herstel' (visiedocument 2013)

4 De zorgaanbieders

4.1 Wie leveren zorg en wat leveren zij?

4.1.1 *Reguliere instellingen*

De gespecialiseerde verslavingszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vindt grotendeels plaats in twaalf regionale verslavingszorginstellingen (verder reguliere instellingen). Deze reguliere instellingen zijn onder te verdelen in twee groepen van ongeveer gelijke grootte: gespecialiseerde verslavingszorginstellingen en instellingen die gefuseerd zijn tot een GGZ brede instelling (de zogenaamde geïntegreerde instellingen). Vrijwel alle gevestigde instellingen van vóór 2008 vielen tot 2014 onder de budgettering. Deze groep instellingen neemt meer dan 90% van de kosten van de verslavingszorg voor haar rekening.

Het huidige zorgaanbod in de reguliere instellingen is zeer gedifferentieerd. Het aanbod reikt van ambulante behandelprogramma's tot klinische behandelcentra variërend van een korte detoxificatieperiode (tot drie weken), kortdurende opnames (tot drie maanden) tot langer durende opnames (maximaal één jaar) waar intensieve behandelprogramma's worden geboden. De reguliere instellingen bedienen daarbij ook een groep die onvrijwillig zorg ontvangt (in justitiele kader, of BOPZ⁸) of zorg met toepassing van drang. Deze doelgroep is zelf (aanvankelijk) niet gemotiveerd om hulp te ontvangen, wat een intensieve aanpak gericht op motiveren noodzakelijk maakt.

Circa 80% van de zorg in de reguliere verslavingszorg is ambulante zorg. In 2012 vonden de meeste contacten van de verslavingszorg met hulpvragers plaats in de ambulante setting en 13% van de contacten in de klinische setting. In 2012 waren er ruim 10.000 personen met minimaal één klinische opname in de verslavingszorg. Een klinische opname gaat bijna altijd gepaard met een ambulante behandeling (voorafgaand of als vervolgbehandeling).

De verslavingszorg heeft in de laatste decennia een grote professionalisering ondergaan. Sinds 1990 zijn er meer dan 50 protocollen en richtlijnen ontwikkeld. Stimulerende kracht hierbij is de Stichting Resultaten Scoren – Kenniscentrum Verslaving, waarin bestuurders van de reguliere verslavingszorginstellingen, behandelaren en wetenschappers hun krachten hebben gebundeld. In hoeverre de ontwikkelde richtlijnen consequent worden toegepast in de praktijk is niet goed bekend. De instellingen zelf geven aan dat er een redelijke mate van richtlijnconform handelen is. De implementatie en toepassing van de door Resultaten Scoren ontwikkelde producten wordt regelmatig geëvalueerd. In hoofdstuk 6 gaan we hier dieper op in.

In 2013 heeft GGZ Nederland het document 'Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel' uitgebracht. Het betreft een document waarin de sector – in nauwe samenspraak met de cliëntbeweging – een visie op verslaving en verslavingszorg schetst. In dit document wordt beschreven wat de stand van zaken momenteel is, gevolgd door een concrete beleidsagenda en ambities van de verslavingszorg voor de komende jaren.

⁸ Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen

4.1.2 *Nieuwe aanbieders verslavingzorg*

Het aantal zogenaamde nieuwe instellingen voor verslavingszorg groeit snel. Het gaat dan om aanbieders die na 2008 zijn toegetreden tot de markt en anders dan de bestaande instellingen niet gebudgetteerd zijn. Sinds 2009 is het aantal instellingen bijna verdubbeld (van 21 tot 40). Voor zover nieuwe aanbieders zijn aangesloten bij GGZ-Nederland delen zij het gezamenlijke visiedocument zoals genoemd in de vorige paragraaf.

Enkele nieuwe aanbieders zijn aangesloten bij Meer GGZ of Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN). Een belangrijk deel van de nieuwe aanbieders is echter niet aangesloten bij een koepelorganisatie. Een van de meest in het oog springende verschillen tussen de nieuwe aanbieders en de reguliere aanbieders is het verschil in diversiteit van het aanbod. De nieuwe aanbieders hebben elk een eigen visie op verslavingsproblematiek. In tegenstelling tot de reguliere verslavingszorg (LADIS)⁹ zijn de kerncijfers van deze instellingen niet openbaar waardoor vergelijkingen tussen bijvoorbeeld doelgroepen, zorgaanbod en behandelintensiteit moeilijk te maken zijn.

Het aanbod van de nieuwe aanbieders onderscheidt zich van de reguliere instellingen. Een opvallende ontwikkeling is dat Nederlandse klinieken samenwerken met klinieken in het buitenland, dan wel buitenlandse klinieken die een contract hebben met een Nederlandse zorgaanbieder (via onderaannemerschap). De beeldvorming is ontstaan dat nieuwe instellingen dure zorg zouden leveren voor een betrekkelijk 'lichte' groep cliënten. Op basis van de informatie die tijdens de Invitational Conference naar voren kwam geldt dit beslist niet voor alle nieuwe aanbieders en er kunnen op dit punt dan ook geen harde conclusies worden getrokken. Het zorgaanbod van de nieuwe aanbieders is divers. Vaak zien we dat nieuwe aanbieders zich – door de grote heterogeniteit van de patiëntenpopulatie – op een specifiek deel van de populatie richten.

Een deel van de nieuwe aanbieders richt zich op een doelgroep die tot voor kort de verslavingszorg liever meed omdat men zich niet wenste te identificeren met de chronische patiëntenpopulatie. Het gaat dan om cliënten die maatschappelijk actief zijn maar tegelijkertijd bovenmatig middelen gebruiken (primair middelengebruik). Het aanbod van de reguliere zorg zou onvoldoende aansluiten bij de belevingswereld van deze groep probleemgebruikers. Een deel van de nieuwe aanbieders heeft zich op dit gat in het aanbod gericht. Zij profileren zich als zorgaanbieders met een eigen behandelingsfilosofie en hebben een ander behandelingsaanbod. Sommige nieuwe aanbieders bieden zorg in een vrij luxe omgeving al dan niet in het buitenland, waarvoor aanzienlijke bijdragen worden gevraagd. Enkele van deze aanbieders zijn inmiddels alweer gestopt.

Daarnaast zijn er aanbieders die zich uitsluitend op jongeren richten en aanbieders die zich juist op cliënten richten bij wie sprake is van 'zwaardere problematiek'. Het gaat dan bijvoorbeeld om cliënten met psychiatrische comorbiditeit (zogenaamde 'dubbele diagnose') of cliënten met een zorgzwaartepakket 5 of meer (cliënten met ernstige psychiatrische problemen die een veilige leefomgeving nodig hebben). In tegenstelling tot reguliere aanbieders bieden de nieuwe aanbieders geen behandeling in een onvrijwillig kader.

Sommige nieuwe aanbieders hebben contracten afgesloten met zorgverzekeraars, andere aanbieders willen juist geen contract. Andersom komt het ook voor, namelijk dat nieuwe aanbieders geen contract krijgen aangeboden, omdat zorgverzekeraars

⁹ Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem

aangeven al voldoende zorgaanbieders te hebben gecontracteerd om aan de zorgplicht te voldoen.

Ook het behandeldoel van de aanbieders verschilt. De meeste nieuwe aanbieders streven volledige abstinentie na als behandeldoel terwijl andere behandelaars, in samenspraak met de cliënt, gecontroleerd – niet excessief – drinken als behandeldoel nastreven. Veel nieuwe aanbieders bieden een vorm van zorg aan die gelieerd is aan het 12-stappenmodel of het Minnesota Model. De duur van de behandeling en de wijze waarop de zorg wordt verleend kan zeer verschillen. Er is een grote variëteit in duur van de aangeboden behandelingen, de intensiteit van behandelingen (ambulant, dagbehandeling of klinisch) als de nazorg. Ook worden standaardbehandelingen aangeboden variërend van een 10-daagse dagbehandeling, een klinisch behandelprogramma van 28 dagen tot een 9-weekse klinische behandeling.

Tegenover aanbieders die uitsluitend ambulante zorg aanbieden, staan aanbieders die uitsluitend klinische zorg aanbieden. Ook zijn er aanbieders die meerdere vormen van zorg aanbieden (ambulant, dagbehandeling, klinisch) en er is een aanbieder die alleen thuisbehandeling aanbiedt. Tenslotte zijn er aanbieders waarbij de cliënt in ambulante zorg is en voor het wonen gebruik maakt van een zogenaamd Safe House, waarbij de kosten van het wonen voor eigen rekening komen. Sommige aanbieders brengen bij hun cliënt een eigen bijdrage in rekening, waarbij niet altijd transparant is waarvoor deze bijdrage wordt betaald. Ter illustratie is een overzicht¹⁰ van een aantal nieuwe aanbieders opgenomen in bijlage 6 bij dit rapport. Wij willen overigens niet pretenderen dat dit overzicht compleet is.

Hoewel de innovatiekracht die de nieuwe aanbieders tentoonspreiden prijzenswaardig is, moet worden geconstateerd dat er veel verschillen zijn en dat er beperkte informatie beschikbaar is over de effectiviteit van de aangeboden behandelingen/behandelprogramma's.

4.1.3

Gelijk speelveld

In de GGZ is tot voor kort sprake geweest van een onderscheid tussen gebudgetteerde en niet-gebudgetteerde (nieuwe) aanbieders. Tot 2013 werden de meeste GGZ-instellingen bekostigd op basis van budgetten (gebaseerd op oude AWBZ-parameters) terwijl nieuwe aanbieders vanaf 2008 op basis van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) werden gefinancierd. Hiermee was in feite sprake van een ongelijk speelveld tussen de diverse aanbieders.

De meeste GGZ-instellingen hadden in het contracteerproces te maken met vaste kanalen, namelijk één (regionaal dominante) representerende verzekeraar. De keerzijde hiervan was dat deze instellingen hun overproductie niet vergoed kregen. Nieuwe aanbieders moesten zaken doen met verschillende individuele zorgverzekeraars. Dit betekende dat zij zich moesten bewijzen, zowel richting (potentiële) cliënten als richting de zorgverzekeraars.

Het beleid van afgelopen jaren is er dan ook op gericht geweest een gelijk speelveld te creëren tussen de diverse aanbieders en de prikkels voor verzekeraars voor een doelmatige zorginkoop te versterken, om zo ruimte te creëren voor een innovatief aanbod. Hiertoe is per 2013 in de geneeskundige GGZ sectorbreed de DBC-bekostiging ingevoerd (via een overgangsmodel dat per 2014 afloopt). Met ingang van 2013 zijn de verschillen in de bekostiging komen te vervallen en met ingang van 2014 ook de verschillen in de organisatie van de zorginkoop.

¹⁰ Overzicht 'Verslavingszorg alcohol en middelen nieuwe aanbieders'

Vooraf de nieuwe aanbieders geven aan dat er wat hun betreft nog steeds geen sprake is van een 'gelijk speelveld'. Zij worden geconfronteerd met zorgverzekeraars die geen contract willen afsluiten met nieuwe aanbieders. De reden die zorgverzekeraars opgeven is dat zij al voldoende contracten met zorgaanbieders hebben afgesloten om aan de zorgplicht te voldoen.

4.1.4

OESO-rapport

Uit een recent OESO-rapport¹¹ blijkt dat de Nederlandse GGZ – waaronder de verslavingszorg – internationaal gezien van hoog niveau is. Nederland heeft volgens de OESO veel voortgang geboekt in hervorming van de GGZ en uitkomstgericht werken. Er is veel waardering voor de richtlijnontwikkeling door Resultaten Scoren en ook de cliëntenparticipatie is goed geregeld. De OESO vindt wel dat in Nederland een relatief hoog aantal klinische bedden kent in vergelijking met andere landen. Zij erkent de inspanningen van instellingen om meer mensen in hun eigen omgeving te behandelen.

¹¹ MENTAL HEALTH ANALYSIS PROFILES (MhAPs) Netherlands (OECD Health Working Paper No. 73) 2014

5 De zorgverzekeraars

5.1 De zorginkoop

5.1.1 *Selectieve inkoop*

Bij de zorginkoop maakt de zorgverzekeraar met zorgaanbieders onder meer afspraken over kwaliteit van zorg, gepast gebruik, declaratievoorwaarden en hoofdbehandelaarschap in de GGZ. Deze afspraken worden bij de materiële controle gecontroleerd. Doel van deze materiële controles is vast te stellen of de overeengekomen zorg daadwerkelijk is geleverd en of de gedeclareerde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Voor de zorginkoop is in het 'Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014' en 'Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017' extra benadrukt dat het mogelijk moet zijn voor zorgverzekeraars om selectief zorg in te kopen. Door selectieve inkoop bepaalt de verzekeraar de vergoeding van zorg aan de gecontracteerde zorgaanbieders. De verzekeraar bepaalt daarmee voor een groot deel het beschikbare zorgaanbod in het kader van de Zvw. Ook de aanvullende eisen die zorgverzekeraars stellen bij het hoofdbehandelaarschap in de GGZ zijn een vorm van selectieve inkoop.

5.1.2 *Praktijkvariatie*

Ten behoeve van de zorginkoop heeft Zorgverzekeraars Nederland samen met Vektis de praktijkvariatie in de geestelijke gezondheidszorg in beeld gebracht. Dit onderzoek toont grote verschillen aan binnen de hoofddiagnosegroepen angst en depressie, alcoholverslaving, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie (onderzoek 2012 met actualisatie gegevens 2013).¹²

Praktijkvariatie brengt relevante verschillen tussen aanbieders of regio's in Nederland in beeld. Dat levert op zich zelf geen direct waardeoordeel op over de kwaliteit van zorg. Maar een grote mate van praktijkvariatie kan wijzen op het ontbreken van consensus over richtlijnen en standaarden binnen de GGZ-beroepsgroepen of onvoldoende implementatie. Ook is het mogelijk een signaal voor onder- en overbehandeling, wat schadelijk kan zijn voor de patiënt. Het onderzoek – dat overigens geen onderscheid maakt tussen reguliere en nieuwe aanbieders – laat met betrekking tot alcoholverslaving de volgende resultaten zien:

- Het aantal patiënten met opnames varieert behoorlijk. De spreiding in het aantal opgenomen patiënten bij alcoholverslaving is groter dan bij het totale aantal psychiatrische patiënten.
- Het percentage opnames per instelling varieert fors. Sommige instellingen nemen 50-100% meer op dan andere instellingen.
- Bij alcoholverslaving is een grote variatie aan toepassing van medicatie zichtbaar. Bovendien is er een regiogebonden voorkeur voor het type medicament.

Het verklaren van praktijkvariatie in de GGZ is niet eenvoudig omdat zorgverzekeraars tot 1 januari van dit jaar niet beschikten over informatie over de zorgvraag van de patiënt. Voor zorgverzekeraars was de relatie tussen de vraag van de patiënt en de benodigde zorg, en daaruit voortvloeiende declaratie, dus niet inzichtelijk. Vanaf 1 januari 2014 is bij ministeriële regeling¹³ bepaald dat de zorgvraagwaarde-indicator op de declaratie moet worden vermeld. Deze indicator

¹² Rapport 'Kwaliteit van kosten van de geleverde zorg rond geestelijke gezondheidszorg d.d. 18 september 2013

¹³ Artikel 7.2, tweede lid, Regeling zorgverzekering

voorspelt de te verwachten behandelinzet. Hiermee wordt het voor zorgverzekeraars mogelijk om in de GGZ het gesprek over gepaste zorg te gaan voeren. Dit moet leiden tot het verbeteren van de kwaliteit van zorg en doelmatige inzet van middelen. ZN werkt samen met zorgaanbieders om het voorspellend vermogen van de zorgvraagzwaarte-indicator te verbeteren.

5.1.3

Onvrede bij zorgaanbieders over zorginkoop GGZ

Zoals eerder gesteld is er sinds 2014 sprake van een gelijk speelveld tussen de diverse aanbieders in die zin dat sprake is van een gelijke bekostiging en een gelijke organisatie van zorginkoop (zie paragraaf 4.1.3). Het huidige inkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft geleid tot onvrede bij zorgaanbieders. Dit kwam onder meer naar voren tijdens de invitationals die wij hebben georganiseerd over de verslavingszorg met de nieuwe zorgaanbieders maar ook uit reacties tijdens de consultatie.

De onvrede van zorgaanbieders heeft geleid tot kamervragen. Men ziet dat de inkooprol van de zorgverzekeraars steeds meer wordt ingevuld, maar dat het bij deze inkoop vooral gaat over proces- en randvoorwaarden en nauwelijks over de inhoud en kwaliteit. Men geeft aan dat het vaak niet mogelijk is om te onderhandelen over contracten (eenzijdige procedure). De contractering gaat volledig via een programma op internet en de enige mogelijkheid is om overal mee akkoord te gaan. De aanbieders krijgen hierdoor geen mogelijkheid om hun aanbod en resultaten goed over het voetlicht te brengen. Ook worden aanbieders uitgesloten door zorgverzekeraars, terwijl zij wel beschikken over de benodigde kwalificaties. Men wijst erop dat zorgverzekeraars vaak onbegrijpelijke of niet werkbare eisen opleggen aan zorgverleners. Dit leidt tot een toename van administratieve lasten. Doordat zorgverzekeraars verschillende voorwaarden stellen komt dit de uitvoerbaarheid niet ten goede.

In antwoord op de Kamervragen¹⁴ heeft de minister van VWS aangegeven dat partijen nog moeten wennen aan de wijzigingen die per 2014 in de GGZ zijn ingevoerd. Vanwege het grote aantal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de GGZ is het voor zorgverzekeraars onmogelijk om met elke zorgaanbieder individuele contractonderhandelingen te voeren, vandaar dat de contractering digitaal verloopt. Naast digitale contractering wordt door zorgverzekeraars ook scherp onderhandeld. Dit past bij hun rol om onder andere te sturen op betaalbaarheid van zorg en om de beperking van de uitgavengroei zoals die met de sector is overeengekomen, te realiseren.

Zorgverzekeraars contracteren zoveel zorgaanbieders als nodig is om aan de zorgplicht te voldoen, rekening houdend met de wensen en behoeften van hun verzekerden. Het is mede de taak van de zorgverzekeraars om de kwaliteit van de zorg te bevorderen. Zorgverzekeraars stellen daarom eisen aan zorgaanbieders met het oog op kwaliteit en transparantie van de zorg. Het doel hiervan is betere zorg voor de patiënt. Tegelijkertijd betekent dit voor de zorgaanbieders extra werk. Dit extra werk zou beperkt kunnen worden doordat veldpartijen met elkaar veldnormen opstellen, bijvoorbeeld over het hoofdbehandelaarschap of over wat in een verwijsbrief zou moeten staan of over een uniform screeninginstrument voor huisartsen. Partijen zullen gezamenlijk het in- en verkoopproces voor 2014 evalueren en zullen nagaan wat zij daarvan kunnen leren voor het jaar 2015.

¹⁴ Kamervragen gesteld door leden der Kamer, met daarop door de regering gegeven antwoorden d.d. 12 maart 2014 (2014D08806)

5.2 Belemmeringen bij zorginkoop

5.2.1 *Onduidelijkheid over goede verslavingszorg*

Voor verzekeraars maakt het gebrek aan duidelijkheid – over wat te verzekeren zorg is en het gebrek aan transparantie van zowel de zorg die geleverd wordt als van de declaraties – de zorginkoop lastig. Verzekeraars geven aan duidelijker te willen weten wat het juiste zorgaanbod is voor de juiste cliënt. Vooral wil men meer duidelijkheid over wanneer dagbehandeling of klinische opname is geïndiceerd en voor hoe lang. Ook zijn er twijfels over de kwaliteit van de zorg van sommige aanbieders die in het buitenland zorg leveren (via onderaannemerschap), waar toezicht van de IGZ niet mogelijk is. IGZ houdt toezicht op basis van Nederlandse gezondheidswetgeving en is niet bevoegd in het buitenland toezicht te houden. In veel gevallen vindt intake en nazorg in Nederland plaats, daar is het toezicht van de IGZ wel op van toepassing.

5.2.2 *Gebrek aan transparantie bij declaraties*

Zoals bekend bestaat de DBC-systematiek in de gespecialiseerde GGZ uit een tijdschrijfsysteem. Hoe meer tijd een zorgaanbieder registreert, hoe hoger de omzet van de aanbieder. Hierin zitten perverse prikkels die kunnen leiden tot upcoding. De wijze waarop de dagbesteding verdisconteert is in het tarief kan eveneens tot upcoding leiden omdat de uurvergoeding stijgt navenant de omvang van de groep. Verzekeraars hebben weinig mogelijkheden om aan de hand van declaratiegegevens te toetsen of er sprake is van de juiste zorg in relatie tot de diagnose en of er sprake is van upcoding. Beter inzicht in de factuur door de zorgverzekeraar is belangrijk voor het rechtmatigtoezicht en werkt bevorderend voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorginkoop. Om deze reden is in het bestuurlijk akkoord¹⁵ afgesproken dat bepaalde gegevens vanaf 1 januari 2014 verplicht op de factuur worden opgenomen (onder meer DSM-IV diagnose en verwijzer).

5.2.3 *Declaraties nieuwe aanbieders*

Tijdens materiële controles door een verzekeraar zijn problemen geconstateerd als het gaat om juist declaratiegedrag in de praktijk van de verslavingszorg bij nieuwe aanbieders. Deze zorgverzekeraar heeft zijn bevindingen in een rapport samengevat en dit rapport is onder de aandacht van de minister gebracht¹⁶. Uit dit rapport blijkt onder meer dat:

- patiënten klinisch worden opgenomen, die daarvoor niet geïndiceerd zijn;
- geen sprake is van richtlijnconform handelen;
- behandelplannen ontbreken;
- niet de juiste deskundigheid werd ingezet voor de behandelingen;
- standaard zorgprogramma's worden aangeboden zonder dat goede diagnostiek heeft plaatsgevonden;
- begeleiding ten laste van de Zvw wordt gedeclareerd, terwijl deze begeleiding niet gericht is op genezing of verergering, maar veel meer op dagstructurering en participatie.

Deze declaraties kunnen dan niet rechtmatig zijn omdat de cliënt niet redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg.

Ook viel op dat zorgprogramma's voor het merendeel bestaan uit dagbesteding in plaats van behandeling en dat 14 uur dagbesteding per dag geen uitzondering is. Deze dagbesteding bestaat onder meer uit: meditatie, yoga, fitness, dagboek

¹⁵ Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014' en 'Onderhandelaarsresultaat GGZ 2014-2017

¹⁶ Brief 24 077 'Drugsbeleid' van minister VWS d.d. 26 februari 2013 aan Tweede Kamer over DSW-rapport.

schrijven, film kijken, wandelen en paardrijden. Het is de vraag of dit conform de declaratieregels is. Verder werden in vergelijking met de reguliere instellingen vooral duurdere prestaties en langdurige behandeltrajecten gedeclareerd.

Sommige zorgaanbieders declareren alleen de dagbehandeling terwijl de cliënt wel verblijft. Het verblijf komt dan voor rekening van de cliënt. Voorwaarde voor dagbehandeling is dat de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd is. Indien dit niet het geval is – bijvoorbeeld omdat de reisafstand tussen de behandelsetting en de sociale omgeving van de cliënt dit niet toelaat – betreft het geen te verzekeren zorg. In dat geval is specifieke controle op de rechtmatigheid van de declaraties aan de orde. Wij zullen hier in paragraaf 7.5.5 nader op ingaan.

Overigens willen we hiermee niet stellen dat bij alle nieuwe aanbieders sprake is van onjuist declaratiegedrag. Evenmin kan worden gesteld dat bij de reguliere instellingen dergelijke onjuistheden zich niet voordoen.

5.2.4

Artikel 13 Zorgverzekeringswet

Op dit moment kunnen zorgverzekeraars de volgende polissen aanbieden:

1. de restitutiepolis (waarbij men recht heeft op een vergoeding tot maximaal het bedrag dat in redelijkheid binnen de Nederlandse marktomstandigheden passend is);
2. de combinatiepolis (de verzekerde heeft bij bepaalde prestaties recht op zorg in natura bij gecontracteerde zorgaanbieders en bij bepaalde prestaties recht op een vergoeding);
3. de naturapolis (waarbij een breed aanbod is gecontracteerd en de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg gemiddeld ligt op 75 a 80% op grond van artikel 13 Zorgverzekeringswet).

Zoals eerder vermeld zijn er nieuwe zorgaanbieders van verslavingszorg die geen contract (willen) hebben met zorgverzekeraars, maar ook zijn er aanbieders die geen contract krijgen omdat er al voldoende zorg gecontracteerd is. Een aantal nieuwe zorgaanbieders geeft aan dat er wat dit laatste betreft (nog) geen sprake is van een gelijk speelveld. Deze problematiek speelt vooral bij natura- of combinatiepolissen waar verslavingszorg wordt verleend door gecontracteerde zorgaanbieders.

In artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat zorgverzekeraars de verplichting hebben ook in bij een naturapolis een vergoeding te verlenen voor niet-gecontracteerde zorg. Zorgverzekeraars mogen op basis van dit artikel een lagere vergoeding dan honderd procent geven als een verzekerde naar een niet-gecontracteerde aanbieder gaat. De vergoeding mag echter niet zo laag zijn dat het voor de verzekerde een 'hinderpaal' is om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De rechter heeft in een aantal zaken geoordeeld dat lagere vergoedingen dan 75% tot 80% een hinderpaal vormen om zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder te betrekken en daarom niet zijn toegestaan. Er is echter ook een uitspraak waarin een vergoeding van 60% door een rechter is goedgekeurd.

Dit uitgangspunt staat nu ter discussie. De minister heeft een wetsvoorstel ingediend dat ertoe strekt artikel 13 Zvw te wijzigen. Het voorstel is om deze bepaling zo aan te passen dat de zorgverzekeraar zelf kan bepalen of hij – bij zorg in een naturapolis – niet-gecontracteerde zorg vergoedt en zo ja, tot welke hoogte. Het 'hinderpaalcriterium' komt daarmee te vervallen. De wijziging beoogt meer differentiatie in het polisaanbod mogelijk te maken.

De wijziging van artikel 13 houdt in dat zorgverzekeraars naast de eerder genoemde polissen diverse vormen van naturapolissen kunnen gaan aanbieden, waarbij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager wordt vastgesteld, bijvoorbeeld op 50%, 30% of zelfs 0%. Met deze prikkel proberen zorgverzekeraars hun verzekerden te sturen naar die zorgverleners waarmee zij op basis van prijs- en kwaliteitsafspraken contracten hebben gesloten.

Deze wijziging heeft tot doel dat verzekeraars beter dan nu het geval is, vergoeding van zorg door kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders buiten de deur kunnen houden. Dit is in het belang van de kwaliteit van zorg. Door de wetswijziging wordt overigens ook druk gezet op verzekeraars om tijdig hun contracten met zorgaanbieders te sluiten. Dit verhoogt de transparantie voor verzekerden. De zorgverzekeraar zal namelijk de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was.

De wijziging van artikel 13 Zvw zoals beoogd kan consequenties hebben voor niet-gecontracteerde aanbieders van verslavingszorg. Dit is afhankelijk van de polissen die in de nieuwe situatie worden aangeboden.

CONCEPT

6 Visie partijen op goede verslavingszorg

6.1 Inleiding

Voor de beantwoording van de vraag of de euro's premiegeld die we betalen aan verslavingszorg goed besteed worden, moeten we weten wat effectieve zorg is. Welke zorg voor wie (en in welke fase) levert het beste resultaat op. Verslaving is een complex ziektebeeld en de persoon zelf speelt een belangrijke rol in het herstel. Daarom is het van belang om goed te kijken naar de individuele persoon en zijn omgeving om samen tot de juiste behandeldoelen en hulpverlening te komen.

Zoals eerder vermeld hebben we uitgebreid gesproken met cliëntenorganisatie, wetenschappelijke verenigingen, de koepels van zorginstellingen, de nieuwe zorgaanbieders en het Kenniscentrum voor verslaving Resultaten Scoren. Tijdens twee Invitational Conferences in maart 2014 hebben wij partijen gevraagd hun visie te geven op wat goede verslavingszorg is. In dit hoofdstuk doen we verslag van onze bevindingen.

De visie die door partijen is geventileerd sluit in belangrijke mate aan bij de huidige veranderingen in de verslavingszorg, voortvloeiend uit het met partijen overeengekomen bestuurlijk akkoord¹⁷.

6.2 Visie van partijen op goede zorg

6.2.1 *Gedeelde visie verslavingszorgsector*¹⁸

De verslavingzorgsector onderschrijft het belang van een zorgvuldige, kostenbewuste werkwijze in de verslavingzorg en is blij dat deze nu met de juiste onderbouwing van wetenschappelijke kennis, cijfers en trends nader wordt beschouwd. Daarmee worden ook de overgebleven hiaten in kennis en toepassing van zorg zichtbaar, zaken waarop de sector een visie heeft en waarvoor zij plannen hebben opgesteld. De verslavingssector noemt de volgende speerpunten voor kwaliteitsverbetering en vernieuwing van de verslavingszorg.

Via het ontwikkelen en implementeren van op wetenschappelijk bewijs berustende richtlijnen en protocollen worden in de verslavingszorg kwaliteitsverbeteringen doorgevoerd. In de afgelopen 15 jaar zijn vele protocollen, richtlijnen en handreikingen ontwikkeld. Ook zijn GGZ-brede multidisciplinaire richtlijnen verschenen. Stimulerende kracht hierbij is de Stichting Resultaten Scoren - Kenniscentrum Verslaving. Voor de mate van implementatie verwijst Resultaten scoren naar het artikel in het Tijdschrift voor Verslaving (2012)¹⁹. In deze evaluatie – uitgevoerd bij reguliere instellingen voor verslavingszorg – is te lezen dat de ontwikkelde richtlijnen protocollen en handreikingen ook daadwerkelijk worden geïmplementeerd. Dat geldt vooral voor Leefstijltrainingen, de Intakemodule, de Richtlijn Detox, de Richtlijn dubbele diagnose – dubbele hulp, de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling, de MATE en Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen. De verspreiding verschilt per product en instelling.

¹⁷ 'Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013-2014' en 'Nieuwe Afspraken GGZ 1014-2017'

¹⁸ Stichting Resultaten Scoren, Netwerk (gecontracteerde) verslavingszorginstellingen, NIP en NVvP

¹⁹ Spits, M., Schippers, G.m. (2012). Resultaten Scoren: Verspreiding en gebruik producten 2011/Tijdschrift Verslaving, (8)2, p3-16

Nieuwe richtlijnen (en protocollen) vergen een intensief implementatietraject op de werkvloer en dat zal in de toekomst om permanente aandacht en inspanning (blijven) vragen. Dit zal er mede toe leiden dat de soms aanzienlijke praktijkvariatie in de geboden zorg verder wordt gereduceerd.

Een van de speerpunten van de sector is te komen tot meer differentiatie van zorg voor uiteenlopende doelgroepen. Voorwaarde is het verder verfijnen en standaardiseren van de indicatiestelling. De MATE (Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie) is ontwikkeld om gestructureerd lichamelijke sociale en psychische kenmerken van patiënten met middelengebruik vast te stellen voor de toewijzing van behandelmethoden op verschillende niveaus van zorg. Door de focus verder te richten op de ontwikkelingsfasen van verslaving (stagering) en individuele kenmerken (profilering) neemt de kans toe dat in de toekomst veel effectiever de zorg wordt geboden die het beste past bij de persoon in kwestie, in het stadium van verslaving waarin hij of zij verkeert. De sector zet daarom in op het verfijnen van de indicatiestelling met het MATE ontwikkelplan en heeft plannen ontwikkeld om een databank voor patiëntgegevens op te zetten.

Een ander speerpunt van de sector is preventie, en het in de komende jaren ondersteunen van de huisarts bij het vormgeven van geïndiceerde preventie. In 2013 is de module POH-GGZ geflexibiliseerd. Dit betekent dat hiermee de mogelijkheid wordt geboden om ondersteuning van de huisarts ten aanzien van mensen met psychische problematiek flexibeler in te richten. De module biedt de huisartsenzorg de ruimte om de juiste professionals rondom de patiënt te organiseren. Preventie (voor zover dat nu tot het verzekerd pakket behoort) maakt integraal onderdeel uit van de ondersteuningsmodule. Ook wordt het binnen deze module mogelijk internetprogramma's aan te bieden. De sector onderstreept het belang van 'screeningsdiagnostiek c.q. vroegdiagnostiek' van de POH-GGZ. De verslavingszorg zal medewerkers van bestaande 'huisartsenzorg met ondersteuning' daarom scholing en consultatie aanbieden en voorzien van screeningsinstrumenten voor middelengebruik.

De Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben zich in de consultatie kritisch uitgelaten over de screeningsinstrumenten die nu in de GGZ worden gebruikt. Deze instrumenten zouden niet wetenschappelijk zijn onderbouwd en zullen daarom niet door de huisartsen worden gebruikt. De hulpverlener die een vermoeden heeft van middelengebruik maakt dit met enkele voorbeeldvragen bespreekbaar. Daar past geen gestructureerde vragenlijst bij. Pas bij het inschatten van de ernst van de verslavingsproblematiek in de G-GGZ zijn gestructureerde vragenlijsten toepasbaar.

In mei 2013 is in een visiedocument⁷ van de instellingen voor verslavingszorg – in nauwe samenspraak met de cliëntenbeweging – een visie op verslaving en verslavingszorg geschetst. Daarin zijn preventie en de hierboven genoemde stagering en profilering van de zorg als speerpunt voor de toekomst benoemd. In de verslavingszorg zal daarbij over de hele linie het uitgangspunt van 'herstel' centraal staan: het bieden van zorg die het individuele herstelproces ondersteunt. Meer dan voorheen wordt ingezet op maatschappelijke rehabilitatie. Het idee over goede en effectieve zorg is, mede op aandragen van de cliëntenbeweging, verdiept en verbreed. Het concept 'herstel' omvat nu meer dan alleen een geslaagde ambulante of klinische behandeling.

Kostenbesparing kan worden bereikt door lichtere verslavingsproblematiek zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen. De afspraken in het Bestuurlijk Akkoord GGZ (2012) zullen voor de komende jaren de inrichting van de zorg in de GGZ en

verslavingszorg bepalen. Centraal uitgangspunt is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet omgekeerd.

6.2.2 *Het Zwarte Gat*

De cliëntenbeweging het Zwarte Gat deelt de observatie van Zorginstituut Nederland zoals verwoord in de uitnodigingsbrief voor de Invitational Conferences in maart 2014: *“Op basis van eerder gevoerde gesprekken rijst het beeld op van een sector waarin cliënten en zorgaanbieders elkaar lijken te vinden in de visie op wat goede verslavingszorg is, maar ook dat de praktijk (nog) een andere is”*.

Het Zwarte Gat is van mening dat de mate van cliëntgerichtheid (het redelijkerwijs tegemoetkomen aan wensen en verwachtingen van cliënten) door de huidige aanbieders in de verslavingszorg nog steeds een sterke impuls heeft.

Het Zwarte Gat pleit daarom voor de totstandkoming van een zorgstandaard verslaving. Deze zorgstandaard dient het gehele aanbod (dus zowel 1^e, 2^e en 3^eelijnszorg als de ondersteuning vanuit het Wmo domein) te bestrijken. In deze zorgstandaard dient vanuit het cliëntenperspectief te worden beschreven waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen. De onderlinge afstemming tussen verschillende disciplines is daarbij ondergeschikt aan het beoogde doel. Om te stimuleren dat de gedeelde visie van zorgaanbieders en cliënten duurzaam gestalte gaat krijgen, wil het Zwarte Gat in nauwe samenwerking met de verslavingssector het initiatief nemen om een zorgstandaard te ontwikkelen gebaseerd op het cliëntenperspectief. Herstelondersteunende zorg is daarbij het leidende principe.

Kenmerken van herstelondersteunende zorg zijn beschreven door het Amerikaanse SAMHSA²⁰, variërend van *empowerment* tot steun van lotgenoten. Inspanningen van de zorg richten zich op het bevorderen van functioneel herstel: het herstel van lichamelijke, psychische en sociale functies, die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of aangetast. Goede zorg stimuleert het bevorderen van zelfregulatie en *empowerment*. Het uiteindelijk streefdoel van herstelondersteuning is maatschappelijke participatie en volwaardig burgerschap. Goede zorg is bovendien dimensioneel en fase gevoelig. In plaats van een *one size fits all* benadering dient goede zorg te werken met cliëntenprofielen en staging. Het inzetten van de MATE zou hierbij een rol kunnen spelen.

Wat de organisatie van zorg betreft is de ervaring van de cliëntenbeweging dat er nog een forse kloof is tussen de theorie over verslaving en de toepassing in de praktijk van verslavingszorg. Daarom vraagt het Zwarte Gat aandacht voor de competenties waarover iedereen die betrokken is bij het herstel van een verslaafde zou moeten beschikken. In het proces rond het formuleren van de zorgstandaard dient overeenstemming te worden bereikt over de benodigde competenties in de nieuwe 'herstelcontext'.

6.2.3 *Zorgverzekeraars Nederland*

Zorgverzekeraars hebben de volgende punten genoemd om te komen tot goede verslavingszorg:

- Zorgverzekeraars wijzen op het belang van screening en triage vooraan in de keten (dus bij de huisarts). Op dit moment worden verschillende screeningsinstrumenten ontwikkeld om de zorgvraag inzichtelijk te krijgen en een doorverwijzing naar generalistische Basis GGZ of specialistische GGZ te objectiveren.
- Na verwijzing naar specialistische GGZ is triage nodig naar zorgpad op basis van de zorgvraagzwaarte kenmerken van de patiënt.

²⁰ SAMSHA Issues Consensus Statement on Mental Health Recovery

- Zorgverzekeraars zien een grote mate van praktijkvariatie in de verslavingszorg. De klinische zorg neemt een groot deel van de kosten voor zijn rekening. De praktijkvariatie in opnameduur is fors. Zorgverzekeraars zouden het toejuichen als Zorginstituut Nederland uitspraken kan doen over maximale opnameduur. Het zou behulpzaam kunnen zijn als zorgprogrammering met een duidelijke doelomschrijving en duur van interventies hieraan ten grondslag liggen.
- Zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat er meer inzicht komt in:
 - de verschillende doelgroepen;
 - de bij deze doelgroepen passende zorgarrangementen met uitsplitsing naar behandeling en ondersteuning in verband met de financiering;
 - criteria voor klinische opname met inbegrip van de maximale opnameduur.

Zorgverzekeraars hebben naast het inzicht in effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies in de verslavingszorg ook handvatten nodig voor de organisatie van de zorg. Een relevant thema is het hoofdbehandelaarschap. De vraag is of de verslavingsarts die door de Minister is genoemd als hoofdbehandelaar in staat is om de juiste diagnose te stellen bij comorbiditeit met een andere psychiatrische stoornis en voldoende is geëquipeerd om het behandelprogramma vast te stellen.

Het Routine Outcome Measurement (ROM) systeem biedt zorgverzekeraars de mogelijkheid om resultaten op de doelstellingen van de behandeling te kunnen monitoren, het definiëren van einde behandeling en criteria voor verwijzing naar een ander circuit zoals generalistische Basis GGZ of maatschappelijk werk (WMO). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen met de data van Stichting Benchmark GGZ aan de slag om best practices in beeld te krijgen.

6.2.4 *Nieuwe aanbieders*

De nieuwe aanbieders – voor zover niet aangesloten bij GGZ Nederland – hebben in tegenstelling tot reguliere instellingen voor verslavingszorg geen gemeenschappelijk visiedocument. De nieuwe aanbieders hanteren veelal hun eigen behandel filosofie.

Tijdens de Invitational Conference op 19 maart 2014 hebben de aanwezige nieuwe aanbieders vanuit de verslavingszorg die zij bieden hun individuele visie op verslavingszorg gegeven (zie bijlage 4). Daarnaast hebben enkele nieuwe aanbieders van de gelegenheid gebruik gemaakt om hun visie op goede verslavingszorg onder de aandacht van Zorginstituut Nederland te brengen. Trubendorffer heeft een visiedocument opgesteld en MEER GGZ – vertegenwoordigd door U-Center – heeft aanvullende informatie aangeleverd voor een gefundeerd advies. SolutionS heeft ons informatie toegezonden over zijn behandelingen. Om een beeld te schetsen hoe uiteenlopend de behandel filosofieën van deze nieuwe aanbieders kunnen zijn, geven wij in de volgende paragraaf de visie van enkele nieuwe aanbieders weer.

6.2.5 *Verschillende visies*

6.2.5.1 *Visie Trubendorffer*

In termen van kostenbesparing is Trubendorffer van mening dat een ambulante verslavingsbehandeling de standaard zou moeten zijn in Nederland. Bewezen is dat een klinische behandeling, ondanks de substantieel hogere kosten, geen beter behandel effect sorteert dan een ambulante verslavingsbehandeling. Trubendorffer biedt dan ook uitsluitend ambulante verslavingsbehandelingen aan en ook alleen in Nederland.

Trubendorffer is van mening dat – anno 2014 – ambulante verslavingsbehandelingen in Nederland op geen enkele wijze onder doen voor verslavingsbehandelingen in het buitenland. Deze ambulante behandelingen overtreffen deze zelfs qua behandelresultaat en kostenefficiëntie. In dat licht moet het plaatsen van Nederlandse patiënten in dure buitenlandse klinieken worden gezien als een gedateerd, onnodig en ongewenst verschijnsel, aldus Trubendorffer.

Trubendorffer voorspelt dat substantiële besparingen op verslavingszorg mogelijk zijn door consequent ambulante behandelingen in te zetten en dat uitzonderingen op dat beleid beargumenteerd dienen te worden. Er zouden harde criteria moeten worden geformuleerd op basis waarvan wordt aangetoond dat een patiënt een dure opname werkelijk nodig heeft. Een onafhankelijk 'indicatie orgaan' zou uiteindelijk moeten bepalen of er inderdaad sprake is van een indicatie voor klinische behandeling. Door deze dubbele check kan voorkomen worden dat onnodig zware en te dure klinische zorg wordt verleend aan zorgvragers.

6.2.5.2 Visie MEER GGZ/U-Center

U-Center noemt een aantal punten waarvan hier een samenvatting. Verslaving moet worden gezien als een chronische hersenaandoening. Het mag als winst beschouwd worden dat mensen zich laten behandelen voor hun chronische aandoening. Daarbij is van belang dat mensen terugkomen bij terugval om snel verder te werken aan hun herstel. Dit leidt in eerste instantie tot een kostenstijging, maar uiteindelijk tot een grotere kans op duurzaam herstel.

Wanneer sprake is van verslaving in combinatie met andere psychische stoornissen kan het best 'integrated care' worden aangeboden (Willingbring, 2005). Geadviseerd wordt niet in alleen op verslaving gerichte centra te behandelen, maar in brede instellingen voor 'integrated mental care', waarbij een korte klinische (detox) interventie gevolgd wordt door ambulante hulp en gemengde supportgroepen.

U-Center pleit voor casemanagement en controles. In een Amerikaans onderzoek worden goede resultaten behaald bij Recovery Management Checkups (RMCs) (Dennis & Scott, 2012). Zorgverzekeraars zouden medewerking moeten verlenen aan onderzoek naar de effecten van casemanagement en controles na een actieve behandelingsperiode.

In onderzoek en in richtlijnen wordt cognitieve gedragstherapie beschreven als de behandelingsmethode met de meeste evidentie van resultaat bij verslaving. De behandelingsmethode van U-Center is dan ook gebaseerd op deze richtlijnen en bestaat uit 'evidence based' therapieën. Dit geldt niet voor het '12 Steps of Minnesota'. Er is volgens U-Center in Nederland niet overal sprake van gepaste zorg omdat niet overal volgens richtlijnen wordt gewerkt.

In een retrospectief onderzoek²¹ waar 99 van de 412 oud-patiënten van U-Center aan deelnamen, bleek dat ongeveer de helft na een jaar nog abstinente was. Het overgrote deel van de relapsers viel terug binnen een half jaar na het afronden van de behandeling. De cijfers van U-Center zouden een geflatteerd beeld kunnen geven vanwege de selectieve non-respons, maar dit is niet zeker.

²¹ Giesen et al, 2013; 'Weten begint met meten: Effectiviteit van de behandeling van verslaving

6.2.5.3 Visie SolutionS

SolutionS heeft een eigen richtlijn voor het beleid ten aanzien van opname en behandeling. SolutionS biedt een behandeling voor mensen met ernstige verslavingsproblematiek die vaak gepaard gaat met psychiatrische co-morbiditeit, zogenoemde 'dubbele diagnose' en significante sociale tekortkomingen. SolutionS is (nog) niet toegerust met een deeltijdbehandeling. Bij de intake wordt een strenge selectie toegepast. Mocht de behandeling om de één of andere reden voor de cliënt niet geschikt zijn, wordt dit toegelicht en zo mogelijk voorzien van advies of doorverwijzing. Na de intakeprocedure wordt de behandelovereenkomst en een behandelplan opgesteld. Dit individuele plan gaat gedurende de gehele behandeling, ook in de aftercare, met de cliënt mee.

SolutionS-center is een '12-stappen' kliniek waar het behandelprogramma 'op maat' wordt toegepast. De duur en de intensiteit van de opname is gebaseerd op de wereldwijd – 'best practice' bepaalde 28-dagen – met mogelijkheid tot een (geadviseerde verlenging). Na de opname kan de cliënt gedurende 11 maanden deelnemen aan het ambulante 12-stappen Minnesota groepsprogramma. SolutionS biedt ook verslavingszorg in het buitenland.

Onderzoeksinstituut IVO heeft onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de behandeling (in Nederland) voor alcoholverslaving door SolutionS in de jaren 2010 - 2012.²² Van de 259 geïncludeerde cliënten had 46% (118) op het meetmoment na een jaar (T3) de vragenlijst online ingevuld. Van deze cliënten was ongeveer 60% een heel jaar na afloop van de intramurale behandeling volledig abstinente van alcohol gebleven. Bij overige was sprake van een lapse of relapse. Echter, in de twaalfde maand na afloop van de intramurale behandeling was 81% (weer) volledig abstinente. Mogelijk worden de resultaten geflatteerd door selectieve respons.

²² Meerkerk et al, 2013; Eindrapport 'Effectevaluatie van de behandeling van alcoholverslaving door SolutionS Center Voorhuizen'

7 Verslavingszorg in de Zvw

7.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken hebben we de verslavingszorg zoals die nu wordt gefinancierd vanuit de Zvw in beeld gebracht. De vraag is of het huidige aanbod van verslavingszorg ook altijd overeenkomstig de criteria van de Zvw plaatsvindt. Om dit te kunnen beoordelen schetsen we in de volgende paragrafen eerst de te verzekeren prestaties uit de Zvw die betrekking hebben op verslavingszorg en geven we een overzicht van de relevante standpunten die Zorginstituut Nederland eerder heeft ingenomen. We vatten de verschillende effectieve interventies bij verslavingszorg samen onder verwijzing naar de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut. Ten slotte geven we aan wanneer verslavingszorg in overeenstemming is met bestaande richtlijnen en voldoet aan het wettelijk kader van de Zvw.

7.2 Wettelijk kader

7.2.1 Inleiding

De vergoeding van verslavingszorg vanuit de Zvw is gebaseerd op de te verzekeren prestaties 'geneeskundige zorg' (artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv)) en 'verblijf' (artikel 2.10, Bzv). Bij geneeskundige zorg gaat het om zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. Bij verblijf gaat het om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Verslavingszorg kan behandeld worden door de huisarts, maar ook in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) als voldaan is aan de criteria zoals vermeld in ons rapport Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (deel 2)²³.

Verder geldt voor alle zorgvormen dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' (artikel 2.1, tweede lid, Bzv). Daarnaast heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of dienst als hij daarop redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1, derde lid, Bzv).

7.2.2 Huisartsenzorg

Behandeling van *klachten* – zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de indeling van het vierde Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) – valt niet onder de G-GGZ. Behandeling van deze klachten (onder meer klachten gerelateerd aan alcoholverslaving²⁴) kan wel worden vergoed binnen de huisartsenzorg. Het betreft zorg 'zoals huisartsen die plegen te bieden'. De huisarts beoordeelt de aard en de ernst van de symptomen en op basis daarvan bepaalt hij zijn eigen (vervolgdiagnostiek en) behandeling, en neemt hij een beslissing tot verwijzing naar de G-GGZ.

Om de huisarts beter in staat te stellen de toeloop van mensen met psychische klachten te organiseren, te begeleiden en te verwijzen, is de praktijkondersteuningsmodule GGZ (POH-GGZ) binnen de huisartsenzorg versterkt. Deze module die per 2014 is geflexibiliseerd, biedt de huisartsenzorg meer ruimte om de juiste professionals rondom de patiënt te organiseren. Binnen deze module is het mogelijk om bijvoorbeeld internetprogramma's aan te bieden of een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog en/of (eerstelijns) GZ-psycholoog te consulteren.

²³ CVZ, Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2. Diemen 2013; www.zorginstituutnederland.nl

²⁴ NHG-Standaard problematisch alcoholgebruik (2005)

7.2.3 *Geneeskundige GGZ*

Psychische *stoornissen* worden behandeld in de geneeskundige GGZ. De geneeskundige GGZ omvat zorg, die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent en die gericht is op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis.

Vanaf 2014 wordt de G-GGZ (dus inclusief verslavingszorg) anders bekostigd. Het onderscheid eerstelijns en tweedelijns GGZ is komen te vervallen. De G-GGZ is omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische Basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Deze nieuwe omschrijvingen worden niet expliciet in de Zvw of Bzv genoemd. De wet kent wat de G-GGZ betreft alleen '*zorg zoals medisch specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden*'.

Als binnen de huisartsenfunctie de patiënt niet langer kan worden geholpen dan wordt de patiënt doorverwezen naar de generalistische Basis G-GGZ (voor patiënten met lichte en matige problematiek) of de specialistische GGZ (voor patiënten met (zeer) complexe aandoeningen).

7.2.4 *Verblijf*

Bij de beoordeling van de klinische opname bij verslavingszorg is artikel 2.10, eerste lid, Bzv van belang. Dit artikel geeft de basis voor 'verblijf' binnen de Zvw. Artikel 2.10, lid 1, Bzv luidt als volgt:

"Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg."

Hierin zijn drie elementen van belang:

- verblijf;
- (in verband met) geneeskundige zorg;
- de medische noodzaak die 'verblijf' en 'geneeskundige zorg' aan elkaar knoopt.

Bij verslavingszorg speelt de vraag wanneer sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg die aan een cliënt wordt verleend. Omdat de behandeling zowel ambulante als klinische kan plaatsvinden is het van belang dat duidelijk is wanneer een klinische behandeling is aangewezen. In paragraaf 7.5.4 zullen wij hier nader op ingaan.

7.2.5 *Begeleiding en dagbesteding*²⁵

Verblijf in een GGZ-instelling omvat een integraal multidisciplinair zorgaanbod, waarin ook begeleiding zit. Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg als bedoeld in het Bzv. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandel doel te bereiken, worden aangestuurd door de hoofdbehandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de hoofdbehandelaar²⁶. Als een hoofdbehandelaar naast zijn behandeling ook begeleiding nodig acht op het niveau van een medebehandelaar, dan dient multidisciplinaire zorg te worden ingezet.

Verblijf omvat daarnaast het eten en drinken en het schoonmaken van de kamer.

²⁵ CVZ, Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 1. Diemen 2012; www.zorginstituutnederland.nl

²⁶ Zie Kamerbrief d.d. 2 juli 2013 over verantwoordelijkheden 'Hoofdbehandelaar GGZ' (kenmerk 129353-106301-CZ)

Verzekerden die voor een deel van hun tijd behoefte hebben aan een zinvolle dagbesteding kunnen hiervan gebruik maken. Deze daginvulling valt ook onder het verblijf ten laste van de Zvw. Tijdens het verblijf ten laste van de Zvw is AWBZ-zorg niet mogelijk.

7.3 Standpunten Verslavingszorg

7.3.1 Inleiding

Op het gebied van verslavingszorg heeft Zorginstituut Nederland de afgelopen jaren standpunten ingenomen over:

- Geïndiceerde preventie;
 - Rapport 'Preventie van problematisch alcoholgebruik' uit 2009
 - Rapport 'Advies Geneeskundige Gezondheidszorg, deel 2' uit 2013
- Standpunt 'Minnesota Model' 2013.

In de volgende paragrafen geven wij een korte samenvatting van deze standpunten.

7.3.2 Geïndiceerde preventie

Geïndiceerde preventie houdt in dat er in een vroeg stadium interventies worden ingezet om een aandoening te voorkomen (preventie), bij iemand met een hoog risico op deze stoornis (met andere woorden als er een indicatie is). Zorginstituut Nederland heeft in 2009 de preventieve interventie bij problematisch alcoholgebruik beoordeeld en deze getoetst aan het wettelijk criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Wij kwamen tot de conclusie dat bepaalde vormen van preventieve interventie bij problematisch alcoholgebruik te verzekeren zorg zijn.²⁷ De huisarts bepaalt of er sprake is van een hoog risico op problematisch alcoholgebruik. De geïndiceerde preventie zal veelal bestaan uit een vroegtijdige kortdurende interventie door de huisarts of praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk (POH-GGZ).

Een aandachtspunt hierbij is dat het onderscheid tussen preventie en behandeling moeilijk te maken is. Tussen "meer dan verantwoord drinken" en het hebben van een stoornis in alcoholgebruik bestaat nu eenmaal geen harde scheidslijn. Onderzoeksresultaten naar effectiviteit van een behandeling maken dan ook veelal geen onderscheid tussen interventies die als preventief zijn te beschouwen en interventies die te zien zijn als behandeling. Op basis van de geraadpleegde literatuur kwamen wij tot de conclusie dat kortdurende preventieve interventies binnen een medische setting bij een hoog risico op stoornissen in alcoholgebruik behoren tot de stand van de wetenschap en praktijk.

Zorginstituut Nederland stelde vast:

- dat kortdurende preventieve interventies die zijn gebaseerd op de therapeutische principes motiverende gespreksvoering en/of bewezen effectieve vormen van cognitieve gedragstherapie te verzekeren zorg zijn voor de hoogerisicogroep;
- dat er een groeiend aanbod is van specifieke, op de preventie (en behandeling) van alcoholproblematiek gerichte interventies, waarvan voornamelijk alleen de programma's *Minder drinken* en *De Drinktest* bewezen effectief en dus te verzekeren zorg zijn. Overige programma's zouden in de toekomst moeten worden beoordeeld wanneer voldoende evidence beschikbaar is.

De minister heeft Zorginstituut Nederland in 2012 gevraagd in het rapport 'Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2' expliciet te kijken naar aanvullende mogelijkheden om de aanspraak te beperken tot noodzakelijk collectief te verzekeren zorg. In dit verband onderzochten wij een mogelijke beperking van

²⁷ CVZ-rapport, Preventie van problematisch alcoholgebruik. Diemen 2009; www.zorginstituutnederland.nl

het pakket als het gaat om geïndiceerde preventie van onder meer problematisch alcoholgebruik. Het betreft immers preventieve zorg bij patiënten die nog geen psychische stoornis hebben.

Na toetsing aan de pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid adviseerde het CVZ geïndiceerde preventie bij problematisch alcoholgebruik niet uit de basisverzekering te schrappen, maar als onderdeel van de huisartsenzorg te blijven vergoeden. Uit het beschikbare wetenschappelijke onderzoek lijken kortdurende interventies ter preventie van problematisch alcoholgebruik kosteneffectief te zijn, in die zin dat we voor relatief weinig geld relatief effectief veel gezondheidswinst boeken. Uitsluiting van deze zorg zou *penny wise, pound foolish* zijn.

7.3.3

Standpunt Minnesota Model

In 2013 heeft Zorginstituut Nederland een standpunt uitgebracht over het Minnesota Model.²⁸ In dit standpunt beoordelen wij of binnen de verslavingszorg behandeling van alcoholverslaving volgens het Minnesota Model onder de te verzekeren prestaties valt.

Binnen de verslavingszorg is ook in Nederland de behandeling van het zogenaamde Minnesota Model de laatste jaren in zwang geraakt. Dit model is gebaseerd op het 12-stappenprogramma van de Alcoholics Anonymous (AA). De kern van het programma is de aanwezigheid van ex-verslaafden als counselors en een programma bestaande uit een serie van 12 stadia te beginnen met het toegeven van een probleem te hebben en hulp te zoeken. Het programma gaat ervan uit dat verslaving een chronische ziekte is, die lichaam, geest en ziel aantast. Spiritualiteit neemt een belangrijke plaats in binnen het 12-stappen programma. Het 12-stappenprogramma is ontwikkeld door de zelfhulpgroepen van de AA als methodiek voor het bereiken van abstinentie bij alcoholproblemen. In de zelfhulpgroepen proberen de deelnemers hun verslavingsproblematiek zonder professionele begeleiding de baas te worden.

De 12-stappen benadering ligt ook ten grondslag aan enkele interventies die door professionals binnen de gezondheidszorg worden aangeboden. Het zogenaamde Minnesota Model is de belangrijkste *klinische variant* op de 12-stappen benadering. Het bestaat uit een klinische opname van een maand waarin naast detoxificatie en medische behandeling ook intensieve 'blootstelling' aan AA-groepen aangeboden wordt, begeleid door professioneel opgeleide ex-verslaafden. De klinische behandeling wordt gevolgd door langdurige nazorg in de vorm van deelname aan AA-bijeenkomsten. Het unieke van de behandeling is dat het een gedragstherapeutische en een ervaringsgerichte benadering combineert.

Het Minnesota Model is geïnspireerd op de AA wat betreft:

- > de overname van de visie op verslaving (chronische ziekte);
- > het behandeldoel (abstinentie);
- > de 12-stappenbenadering.

Het belangrijkste verschil is echter dat de AA een zelfhulpgroep is, en dat in het behandelteam van het Minnesota Model naast ervaringsdeskundigen ook professionele hulpverleners werkzaam zijn. Het Minnesota Model bevat dus de 12-stappen benadering als onderdeel van de behandeling en zelfhulpgroepen als nazorg, maar hun methodiek is omvattender (het bevat ook psychotherapie, gezinstherapie en individuele begeleiding) en wordt uitgevoerd door professionele hulpverleners. Er bestaan inmiddels ook ambulante varianten.

²⁸ CVZ, Standpunt Minnesota Model, Diemen juni 2012; www.zorginstituutnederland.nl

Het Minnesota Model is beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009). De conclusie in deze richtlijn luidt dat behandeling volgens de 12-stappenbenadering, in ambulante of in klinische vorm, waarschijnlijk niet effectiever is dan andere behandelingen. En verder is opgenomen dat het vooralsnog geen aanbeveling verdient een klinische behandeling in te richten volgens de 12-stappenbenadering. Wat betreft reguliere behandeling van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid worden in deze richtlijn psychosociale interventies aanbevolen zoals motiverende gespreksvoering en Cognitieve GedragsTherapie (CGT).

Zorginstituut Nederland heeft het standpunt ingenomen dat het aannemelijk is dat een behandeling van alcoholverslaving volgens het Minnesota Model even effectief is als andere reguliere behandelingen en daarmee zorg is conform het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Het Minnesota Model als behandeling van alcoholverslaving is daarmee onderdeel van de te verzekeren prestaties en kan daarom verstrekt dan wel vergoed worden ten laste van de basisverzekering. Omdat deze behandelingen intensiever zijn dan reguliere behandelingen zijn ze vaak ook duurder. Indien de Minnesota interventie gepaard gaat met klinische opname is vergoeding alleen mogelijk als het verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.10, lid 1, Bzv. In paragraaf 7.5 zullen wij hier nader op ingaan.

Nu behandelingen volgens het Minnesota Model even effectief zijn als reguliere behandelingen kunnen zorgverzekeraars uit het oogpunt van doelmatigheid bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid rekening houden met de kosten van deze behandelingen.

Uit de consultatie blijkt dat partijen heel verschillend denken over de wetenschappelijke onderbouwing van het Minnesota Model. Een aantal partijen is van mening dat het 12-stappenprogramma volgens het Minnesota Model onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd is. Zorginstituut Nederland heeft alleen een standpunt ingenomen over het *klassieke* Minnesota Model zoals omschreven in de richtlijn. In de praktijk blijkt dat de behandelingen steeds vaker bestaan uit een mix van het klassieke model aangevuld met nieuwe therapievormen. Hierover hebben wij geen uitspraak gedaan. We zien therapievormen als Neurolinguïstisch Programmeren, Equinetherapie, Mindfulnessstraining, Inzichtgevende Therapie, meditatie, Inner Child Therapie. Omdat deze therapieën onvoldoende zijn onderzocht bestaat er geen bewijs voor de werkzaamheid. Het is daarom van belang dat als behandelingen worden aangeboden volgens het Minnesota Model, zorgverzekeraars nagaan waar deze zorg precies uit bestaat.

In het licht van de uitspraken van partijen zullen wij evalueren hoe ons standpunt over het Minnesota Model uitwerkt in de praktijk.

7.3.4 *Overige standpunten*

Tenslotte heeft Zorginstituut Nederland in het GGZ-rapport (deel 2) een overzicht gegeven van psychologische interventies die wel of niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Alleen psychologische interventies die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk komen voor vergoeding op basis van de Zvw in aanmerking. Voor het overzicht van deze interventies verwijzen wij kortheidshalve naar ons eerdere rapport.

7.4 Achtergrondstudie Trimbos-instituut

7.4.1 Inleiding

Het Trimbos-instituut gaat in zijn achtergrondstudie in op de effectiviteit van de verschillende interventies bij verslavingszorg. Het overzicht dat het Trimbos-instituut in zijn rapport heeft gegeven is in relatief korte tijd tot stand gekomen. Daarom is gebruik gemaakt van bestaande bronnen en overzichten. Wat betreft de uitspraken over de effectiviteit van interventies baseert het Trimbos-instituut zich op de bestaande (multidisciplinaire) richtlijnen, die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews.

7.4.2 Effectiviteit van interventies naar middel

Het Trimbos-instituut geeft in zijn achtergrondstudie een overzicht van de bestaande multidisciplinaire richtlijnen, richtlijnen en protocollen die ontwikkeld zijn vanuit Resultaten scores, richtlijnen die nog in ontwikkeling zijn, buitenlandse richtlijnen en lacunes. In de achtergrondstudie doet het Trimbos-instituut uitspraken over de effectiviteit van de verschillende interventies bij alcohol en drugsverslaving. Deze uitspraken zijn gebaseerd op:

- Achtergrondstudie Nationale Drug Monitor; 'Hulp bij probleemgebruik van drugs; stand van de wetenschap voor behandelingen en andere interventies' Van Gageldonk et al. (2006).
- Multidisciplinaire Richtlijn Dubbele Diagnose (2008)
- Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009);
- Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013)

In bijlage 1 bij de achtergrondstudie geeft het Trimbos-instituut een overzicht van interventies voor onder meer alcohol-, cannabis-, opiaat-, cocaine-, amfetamineverslaving en dubbele diagnose problematiek. Per interventie wordt aangegeven wat er op basis van onderzoeken geconcludeerd kan worden over de mate van effectiviteit van de desbetreffende interventie. Het voert te ver om al deze interventies in dit rapport te beschrijven. Voor een uitgebreid overzicht van de bestaande richtlijnen en interventies verwijzen wij daarom naar de achtergrondstudie. Hier volstaan wij met de samenvatting²⁹ (zie achtergrondstudie).

Alcohol

- *Effectief*: medicamenteuze behandeling, motiverende gespreksvoering, Cognitieve gedragstherapie (algemeen)
- *Mogelijk effectief*: Community Reinforcement Approach, contingentiemanagement, internetbehandeling
- *Niet effectief*: psychotherapie
- *Geen evidentie*: voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanbeveling een klinische behandeling in te richten volgens de 12-stappenbenadering, niet effectiever dan andere behandelingen
- Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid

²⁹ Op basis van de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in gebruik van alcohol (2009), de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013), de Richtlijn voor dubbele diagnose (2008) en de overzichtsstudie van Van Gageldonk et al (2006).

- **Zelfhulp:** het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot. Derhalve geldt de aanbeveling dat alle cliënten met een alcoholverslaving tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte dienen te worden gebracht van het bestaan en de werkwijze van zelfhulpgroepen en dat zij gestimuleerd dienen te worden ermee in contact te komen.

Cannabis

- *Effectief:* Cognitieve gedragstherapie en Multidimensional Family Therapy bij adolescenten
- *Onbekend:* internetbehandeling
- Er is nog geen medicatie beschikbaar om cannabisverslaving aan te pakken

Opiaten

- *Effectief:* medicamenteuze behandeling bij detox en onderhoudsbehandeling, heroïne op voorschrift, Cognitieve gedragstherapie, Community Reinforcement Approach, contingentmanagement
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanwijzingen voor betere resultaten dan cognitief-gedragstherapeutische of gemengde benadering
- Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenaafhankelijkheid
- **Zelfhulp:** het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot. Derhalve geldt de aanbeveling dat alle patiënten met opiaatafhankelijkheid tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte dienen te worden gebracht van het bestaan en de werkwijze van zelfhulpgroepen en dat zij gestimuleerd dienen te worden ermee in contact te komen.

Cocaine

- *Effectief:* Community Reinforcement Approach
- Er is nog geen medicatie beschikbaar om cocaineverslaving aan te pakken

Amfetamine

- Er is nog geen medicatie beschikbaar om amfetamineverslaving aan te pakken;
- Waarschijnlijk effectief: Cognitieve gedragstherapie en therapieën met vormen van beloning

Dubbele diagnose

- Over het algemeen is een geïntegreerde (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek
- De meerwaarde van een klinische behandeling is niet aangetoond

Niet gespecificeerd drugsgebruik

- *Effectief:* motiverende gespreksvoering, MultiDimensional Family Therapy bij adolescenten en gedragstherapeutische relatietherapie

7.4.3

Kosteneffectiviteit van specifieke interventies

Als het gaat om studies naar de kosteneffectiviteit van specifieke interventies, blijkt uit de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut het volgende.

Alcoholscreening en kortdurende counseling in de algemene gezondheidszorg blijken kosteneffectieve preventieve interventies.

In een recente systematische review naar de effectiviteit van verschillende soorten cannabispreventieprogramma's onder adolescenten concludeerden Norberg et al. (2013) dat met voorzichtigheid gesteld kan worden dat preventieprogramma's het cannabisgebruik van adolescenten kan verminderen. In de review wordt aangegeven dat meer onderzoek naar de (effectieve) programmacomponenten wenselijk is.

E-health-interventies die effectief zijn kan de gezondheidszorg voor verslaafde mensen kosteneffectiever maken. Er is echter nog te weinig onderzoek op dit gebied gedaan om te kunnen zeggen of e-zelfhulpinterventies gecombineerd met hulpverlenerscontact effectiever zijn dan e-zelfhulpinterventies zonder hulpverlenerscontact en voor welke doelgroepen welke e-interventies het meest geschikt zijn (Riper et al., 2011). Een nadeel bij online-interventies is dat de uitval relatief hoog is.

7.4.3.1

Recent onderzoek

Ook uit het literatuuronderzoek dat het RIVM recent in opdracht van Netwerk Verslavingszorg/GGZ Nederland heeft uitgevoerd, blijkt de beperkte beschikbaarheid van kosteneffectiviteitsonderzoek. Uit het briefrapport 'De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen (2014)' blijkt, dat de meest onderzochte interventie gericht op alcoholmisbruik '*opportunistische screening gevolgd door een kort advies*' in de eerste lijn is. Verder vond men een onderzoek waarbij een internetinterventie met een persoonlijke cognitieve gedragstherapeut werd vergeleken met een internetinterventie zonder ondersteuning. Ook was er een onderzoek naar cognitieve gedragstherapie met en en zonder medicatie. Alle onderzoeken naar interventies gericht op middelengebruik waren farmaceutische interventies. De conclusie in het briefrapport was dat vrijwel alle onderzochte interventies kostenbesparend of kosteneffectief zijn.

7.5

Wat is te verzekeren verslavingszorg?

7.5.1

Inleiding

In de volgende paragrafen zullen wij uitleggen wat te verzekeren verslavingszorg is. Daarbij gaan we achtereenvolgens in op de diagnostiek en behandelintensiteit, ambulante versus klinische detoxificatie en behandeling en de nazorg.

Deze duiding kan niet verder strekken dan de kennis van de stand van de wetenschap en praktijk die ons op dit moment op het gebied van de verslavingszorg ter beschikking staat, zoals beschreven in de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut.

Het huidige zorgaanbod in de verslavingszorg is zeer gedifferentieerd. Het aanbod reikt van ambulante behandelprogramma's tot klinische behandelingen variërend van een korte detoxificatieperiode tot langdurende opnames waar intensieve behandelprogramma's worden geboden. Te verzekeren zorg is een professioneel zorgaanbod waarbij systematisch gebruik wordt gemaakt van richtlijnen en protocollen, getoetst aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierop zullen wij in de volgende paragraaf nader ingaan.

In het kader van de Zorgverzekeringswet is het uitgangspunt dat doelmatigheid een aangelegenheid is van de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars kunnen uit doelmatigheidsoverwegingen besluiten bepaalde zorg wel of niet in te kopen, dan wel afspraken te maken over de kwaliteit van de zorg.

7.5.2

Diagnostiek en behandelintensiteit

Bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslaving binnen de G-GGZ gaat het om de volgende aspecten:

- het stellen van de juiste diagnose;
- het inschatten van de ernst van het middelengebruik;
- het bepalen van de gewenste behandelmodaliteit en -intensiteit;
- het in kaart brengen van specifieke kenmerken die voorspellend kunnen zijn voor het beloop van het middelengebruik.

Op basis hiervan worden interventies ingezet die de meeste kans van slagen hebben. Om hiertoe te komen heeft de sector de handen ineen geslagen om te komen tot een gestandaardiseerde, betrouwbare methode voor het bepalen van de zorgvraagzwaarte gekoppeld aan de indicatiestelling. In dat licht is ook een triage instrument ontwikkeld (de MATE).

De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een instrument voor triage en evaluatie dat in steeds meer verslavingszorginstellingen wordt gebruikt bij de diagnostiek en het bepalen van de benodigde behandelintensiteit. De MATE maakt het mogelijk het in Nederland door het kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren ontwikkeld intakeprotocol (de Wildt et al. 2002) toe te passen. Dat protocol bevat een beslisboom voor het toewijzen van personen aan niveaus van zorg en behandeling gericht op verslavingszorg. Deze beslisboom is gebaseerd op drie dimensies in de problematiek van de persoon, namelijk:

- ernst van de verslaving
- ernst van comorbide psychopathologie
- ernst van sociale desintegratie

Omdat de triagebeslissing op een stepped-care benadering is gebaseerd, is het belangrijk te weten hoeveel behandelingen de persoon heeft gehad. Vervolgens kan de cliënt aan vier niveaus van zorg worden toegewezen, afhankelijk van het aantal eerdere behandelingen. De vier niveaus zijn: kort ambulante behandeling, ambulante behandeling, deeltijd of klinische behandeling en lange ambulante zorg.

Daarnaast is er de EuropASI (Addiction Severity Index). De EuropASI is een gestructureerd interview dat de ernst van de verslaving meet vanuit verschillende invalshoeken. Vanuit de visie dat een verslavingsprobleem nooit een geïsoleerd probleem is, worden meerdere leefgebieden in kaart gebracht. Diverse problemen – die zowel een gevolg als een oorzaak van het alcohol- en drugsgebruik kunnen

vormen – worden geïnventariseerd om vervolgens prioriteiten voor behandeling te bepalen. Evenals de MATE werkt de EuroASI met ernstscores op verschillende leefgebieden aan de hand waarvan een inschatting wordt gemaakt over welke zorg het meest gepast is.

Alle alcohol- en drugsgelateerde richtlijnen benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde screenings- en assessmentinstrumenten. Zij geven geen aanbeveling over een specifiek instrument. De Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatbehandeling zegt hierover: *“Zowel de EuroASI als de MATE kennen psychometrische tekortkomingen, waardoor de relevantie van deze instrumenten moeilijk te beoordelen is. Het gebruik van deze semigestructureerde interviews blijft echter te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek”*.

Overigens gaat het hier om screeningsinstrumenten die binnen de G-GGZ/verslavingszorg worden gebruikt en niet in de huisartsenpraktijk. Bij een vermoeden op problematisch alcoholgebruik bespreekt de huisarts dit met de patiënt. De huisarts gaat zo mogelijk uit van de gepresenteerde klacht en brengt deze met enkele voorbeeldvragen in verband met alcoholgebruik³⁰. Daar past geen gestructureerde vragenlijst bij. Pas bij het inschatten van de ernst van de verslavingsproblematiek in de G-GGZ zijn gestructureerde vragenlijsten zoals de MATE en EuroASI toepasbaar.

Zorginstituut Nederland is van mening dat bij de diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit bij verslavingszorg een screeningsinstrument zoals de MATE of EuroASI dient te worden afgenomen. Bij verslavingzorg zonder voorafgaande triage (volgens de MATE of EuroASI) is het risico op zowel onder- als overbehandeling groot en daarmee op ongepast gebruik van zorg. Het is dan niet mogelijk vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling. Evenmin kan worden vastgesteld of het verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage (volgens de MATE of EuroASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

7.5.3 *Ambulante versus klinische detoxificatie*

In de verslavingszorg zijn grofweg twee behandelingen te onderscheiden; de behandeling gericht op abstinentie en de onderhoudsbehandeling met verminderd ‘gecontroleerd’ gebruik en soms schadebeperking. Maatschappelijk herstel in al zijn facetten speelt een belangrijke rol met mede inbreng van ervaringsdeskundigen in de behandeling c.q. begeleiding.

De behandeling gericht op abstinentie begint met ontgiftiging (detoxificatie). In de multidisciplinaire richtlijnen over alcohol en opiaatverslaving wordt verwezen naar de Richtlijn Detox (2004) waarin vastgesteld wordt dat er geen evidentie is voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie. Er worden wel een tiental indicaties aangegeven voor meer ambulante en ook een tiental voor een meer klinische ontgiftiging. In de werkgroep van de alcoholrichtlijn bleef verschil van mening bestaan of uitsluitend de wens van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie een geldige (in casu de tiende) indicatie is.

Zorginstituut Nederland onderschrijft de conclusies in de richtlijn opiaatverslaving dat er heldere criteria dienen te worden geformuleerd voor het indiceren van ambulante en klinische ontgiftiging, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of

³⁰ NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik (2005; herziene versie eind 2014)

verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Zorginstituut Nederland is van mening dat uitsluitend de wens van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie onvoldoende is om tot deze indicatie over te gaan.

7.5.4 *Ambulante versus klinische behandeling*

Zoals in paragraaf 7.2.4 is aangegeven speelt bij verslavingszorg de vraag wanneer sprake is van medisch noodzakelijk verblijf in verband met de geneeskundige zorg die aan een cliënt wordt verleend. Omdat de behandeling zowel ambulante als klinische kan plaatsvinden is het van belang dat duidelijk is wanneer een klinische behandeling is aangewezen. Daarbij gaat het dus om de 'medische noodzaak' van het 'verblijf' in samenhang met de 'geneeskundige zorg'.

In de multidisciplinaire richtlijnen 'Stoornissen in het gebruik van Alcohol' en 'Opiaatverslaving' is hierover het volgende opgenomen. Cliënten worden – na eventuele detoxificatie – vaak klinisch behandeld. Klinische behandeling varieert daarbij van een kortdurende opname ten behoeve van ontgiftiging tot een zeer lange (>een jaar) opname in een therapeutische gemeenschap.

Argumenten die genoemd worden voor een *klinische behandeling* zijn:

- 1) dat het de persoon wegneemt van een stoornisbevorderende omgeving en daarmee de abstinentie vergemakkelijkt;
- 2) dat het een intensievere behandeling mogelijk maakt, omdat de drop-out minder makkelijk is en er meer gelegenheid is voor behandeling;
- 3) dat het de mogelijkheid biedt voor somatische en psychiatrische behandeling en de aanpak van maatschappelijk herstel aan patiënten die dergelijke zorg op een andere wijze niet krijgen;
- 4) dat de persoon zo nodig onderdak, steun en bescherming wordt geboden.

Argumenten voor een *ambulante behandeling* zijn:

- 1) dat deze een beter zicht en betere interventiemogelijkheden biedt op de factoren die de stoornis veroorzaken of in stand houden en de behandelresultaten dus sterker doet generaliseren;
- 2) dat de steunende factoren in de omgeving in stand kunnen worden gehouden en
- 3) dat voorkomen wordt dat de persoon de overgang moet maken van een beschermd milieu naar de dagelijkse werkelijkheid.

De conclusie die in beide richtlijnen wordt getrokken, is echter dat er nauwelijks onderzoek bestaat naar de validiteit van deze argumenten voor een klinische dan wel ambulante behandeling:

- het is aangetoond dat klinische behandeling in het algemeen niet-effectiever is dan ambulante behandeling (niveau 1)³¹.
- het is aannemelijk dat behandeling van mensen met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit of sociaal gedisintegreerde personen in een klinische setting effectiever is dan in een ambulante setting (niveau 2)³¹.
- er zijn aanwijzingen dat behandeling van mensen met een ernstige vorm van afhankelijkheid in een klinische setting effectiever is dan in een ambulante setting (niveau 2)³².

Ambulante behandeling is (veel) goedkoper dan klinische behandeling en is daarmee kosteneffectiever. Ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en ernstige afhankelijkheid zijn criteria voor klinische behandeling in de richtlijnen van de American Society of Addiction Medicine (ASAM 2001) en in het

³¹ Finney e.a., 1996; Berglund e.a. 2003

³² Rychtarik e.a. 2000

intakeprotocol van Resultaten Scoren (De Wildt, 2001), onderdeel van de MATE (zie paragraaf 7.5.2).

Zorginstituut Nederland onderschrijft daarom de aanbeveling van de richtlijnen dat: *"klinische behandeling uitsluitend dient te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid"*.

Bij het vaststellen van de medische noodzaak voor verblijf gaat het feitelijk om een afweging of er een acuut en manifest risico bestaat op gezondheidsverlies gegeven de kenmerken van de patiënt en zijn hulpvraag én de thuissituatie. De aanbeveling uit de multidisciplinaire richtlijnen geeft de kenmerken (ofwel dimensies in de verslavingsproblematiek volgens de MATE) weer van personen met een stoornis in het gebruik van alcohol of een opiaatverslaving waarbij verblijf medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, namelijk:

1. een ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit;
2. sociale desintegratie en/of;
3. een ernstige vorm van afhankelijkheid.

Om dit concreter te maken kijken we naar de opname-indicaties die in de richtlijnen van de American Psychiatric Association (APA) worden genoemd. Beide multidisciplinaire richtlijnen volgen deze richtlijnen.

Kenmerken patiënt voor ziekenhuisopname	
1.	Patiënten die een overdosis hebben genomen en die niet veilig kunnen worden behandeld in een poliklinische setting of op een afdeling voor spoedeisende hulp ⁽³⁾ . <i><u>Acuut en manifest risico:</u></i> Overlijden door overdosis bij niet opnemen
2.	Patiënten bij wie sprake is van een verhoogd risico op het optreden van ernstige of medisch gecompliceerde ontwenningsverschijnselen (bijv. voorgeschiedenis van delirium tremens, gedocumenteerde voorgeschiedenis van zeer zwaar alcoholgebruik en hoge tolerantie) ⁽³⁾ . <i><u>Acuut en manifest risico:</u></i> Overlijden aan de gevolgen van het delier bij niet opnemen
3.	Patiënten met gelijktijdig optredende, algemene medische aandoeningen, waardoor ambulante detoxificatie onveilig is ^(1, 3) . <i><u>Acuut en manifest risico:</u></i> Verslechtering van algemene medische aandoeningen met mede hierdoor potentieel risico op overlijden aan intoxicatie bij niet opnemen.
4.	Patiënten ten aanzien waarvan gedocumenteerd is dat zij in het verleden niet actief deelnamen aan een behandeling of er geen baat bij vonden in een minder intensieve setting (bijv. residentieel, poliklinisch). <i><u>Acuut en manifest risico:</u></i> Opname-indicatie is aanwezig patiënten die in het verleden geen baat vonden in een minder intensieve setting. Geen direct acuut maar vooral manifest risico op onderbehandeling ₃ .

5.	<p>Patiënten bij wie sprake is van een bepaalde mate van psychiatrische comorbiditeit die hun mogelijkheden om deel te nemen aan, zich te houden aan of baat te hebben bij een behandeling in aanzienlijke mate zou belemmeren of bij wie sprake is van een gelijktijdig optredende aandoening die op zich al verzorging in het ziekenhuis behoeft (bijv. depressie met suïcidale gedachten, acute psychose) ^(1, 3)</p> <p><u>Acuut en manifest risico:</u> Veel grotere kans op suicide bij comorbiditeit waarbij de kans op suicide al 10% bij alleen verslavingsproblematiek. Kanttekening: opname wil niet zeggen dat suicide niet klinisch alsnog kan plaatsvinden maar je went wel het acute gevaar af door een al dan niet en gedwongen opname.</p>
6.	<p>Patiënten die middelen gebruiken of gedragingen vertonen die een acuut gevaar vormen voor zichzelf of anderen ^(1, 3).</p> <p><u>Acuut en manifest risico:</u> Zie 5. en potentieel ernstig gevaar voor derden door verhoogde kans op agressie bij alcoholproblematiek die toeneemt bij comorbide persoonlijkheidsproblematiek.</p>
7.	<p>Patiënten bij wie een minder intensief behandelprogramma niet is aangeslagen of die niet in staat waren zich aan een dergelijk programma te houden en bij wie als gevolg van het gebruik van bepaalde middelen sprake is van een of meer aandoeningen die een gevaar vormen voor anderen of die hun lichamelijke en geestelijke gezondheid voortdurend in gevaar brengen ^(1, 3).</p> <p><u>Acuut en manifest risico:</u> Combinatie van 3. 5. en 6.</p>
8.	<p>Patiënten bij wie de sociale desintegratie als gevolg van de ernst van de verslavingsproblematiek dermate groot is dat zelfstandig functioneren medisch gezien onverantwoord is².</p> <p><u>Acuut en manifest risico:</u> Geen direct acuut maar vooral manifest risico op algehele verslechtering van het toestandsbeeld.</p>

Uit hiervoor genoemde kenmerken van patiënten waarbij verblijf medisch noodzakelijk is, blijkt dat sprake is van een bepaalde mate van medische urgentie of een acuut medisch probleem.

In de praktijk bieden zorgaanbieders voor dezelfde patiëntengroepen wisselende behandelarrangementen aan, waaronder directe opname met sterk wisselende duur, intensieve dagbehandeling met soms een bijzonder therapieaanbod of uitsluitend ambulante zorg. De legitieme vraag hierbij is hoe de diagnostiek cq. de beoordeling van de benodigde behandelintensiteit heeft plaatsgevonden. Bij ziekenhuisopname is het dan de vraag of altijd sprake is van 'medisch noodzakelijk verblijf in verband met geneeskundige zorg' als bedoeld in het Bzv. De indruk bestaat dat er meer cliënten worden opgenomen, dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is.

7.5.4.1

Therapeutische gemeenschappen

Nederland kent van oudsher een traditie van therapeutische gemeenschappen voor verslaafden. Uit de NICE studies en Nederlandse studies wordt in de richtlijn opiaatverslaafden³³ de conclusie getrokken dat er geen bewijzen zijn dat een

³³ Pagina 143 van de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013)

klinische behandeling van heroïneverslaafden in de vorm van een opname in een therapeutische gemeenschap leidt tot duidelijk betere resultaten dan andere vormen van behandeling.

De Vereniging Vrienden van drugvrije klinieken verwijst in zijn reactie naar twee onderzoeken waarvan één recent waaruit de effectiviteit van langdurige behandeling in therapeutische gemeenschappen zou blijken; Kooyman et al (1992)³⁴ en Vanderplasschen (2014)³⁵. ME-TA heeft intussen deze studies in opdracht van Zorginstituut Nederland beoordeeld (zie bijlage 7).

Samenvattend zijn de bevindingen van de twee studies:

Kooyman 1992: Het succespercentage sinds verblijf (of sinds intake bij de controlegroep) was 32,0% vs. 4,5% ($p < 0,001$). De kwaliteit van het bewijs is zeer laag door een hoog risico op bias.

Vanderplasschen 2014: Er zijn aanwijzingen dat langdurige klinische opname in een therapeutische gemeenschap een beter effect heeft op cliënten die de opname afmaken, dan een kortdurend verblijf in een therapeutische gemeenschap. De kwaliteit van het bewijs is onduidelijk en er is geen effectschatting gegeven door middel van een meta-analyse (mogelijk laten de data dat ook niet toe). Er zijn aanwijzingen dat dit positieve effect te niet wordt gedaan doordat de retentie van cliënten binnen een langdurig verblijf in een therapeutische gemeenschap lager ligt dan binnen een kortdurend verblijf.

Het bewijs van Vanderplasschen spreekt de conclusie in dit rapport dat klinische behandeling *in het algemeen* niet effectiever is dan ambulante behandeling niet tegen. De gevonden gunstige effecten – waarvan de grootste niet in één samenvattende schatting werd gegeven – van een langdurige therapeutische gemeenschap gelden slechts voor die cliënten die de therapie afmaken, terwijl cliënten eerder afhaken bij een langdurig programma.

7.5.5

Dagbehandeling

Over zowel de indicaties als de inhoud van dagbehandeling is zeer weinig terug te vinden in de richtlijnen. Er wordt slechts op één plaats³⁶ een opmerking gemaakt namelijk de conclusie dat dagklinische behandeling niet minder effectief lijkt dan klinische behandeling op basis van een gerandomiseerd onderzoek onder 293 verslaafden; deels alcoholafhankelijk, deels opiaatafhankelijk (Witbrodt e.a. 2007)³⁷.

Dagbehandeling wordt in het algemeen geïndiceerd geacht als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren en/of om opname te voorkomen. Echter heldere criteria ontbreken hiervoor in de richtlijnen. Kenmerken van cq. argumenten voor dagbehandeling zijn:

- intensivering van de ambulante behandeling;
- zicht en betere interventiemogelijkheden op de factoren die de stoornis veroorzaken of in stand houden;
- steunende factoren in de omgeving worden in stand gehouden, in die zin dat de sociale en maatschappelijke contacten voor de patiënt blijven bestaan

³⁴ Kooyman, M., The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome, 1992, Erasmus University: Rotterdam.

³⁵ Vanderplasschen, W., S. Vandeveld, and E. Broekaert, Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges, 2014, EMCDDA: Lisbon.

³⁶ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (pagina 139)

³⁷ Witbrodt, J. e.a. (2007). Day hospital and residential addiction treatment: Randomized and nonrandomized managed care clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 947-959.

- voorkomen wordt dat de persoon de overgang moet maken van een beschermd milieu naar de dagelijkse werkelijkheid.

Voorwaarde voor dagbehandeling is dus dat de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd is. Dagbehandelingen waarbij de reisafstand tussen de behandelsetting en de sociale omgeving van de cliënt zodanig groot is, dat regelmatige terugkeer naar huis tijdens de behandelperiode niet mogelijk is, voldoen niet aan deze voorwaarde. Dit is het geval bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront. De interactie met de sociale omgeving is dan niet gegarandeerd. Ook zal de persoon na terugkomst de overgang moeten maken naar de dagelijkse werkelijkheid, waarvoor in het buitenland geen basis gelegd kan worden. De conclusie is dan ook, dat dagbehandelingen waarbij de sociale structuur van de cliënt niet gehandhaafd kan blijven, niet passen in de behandelopzet van dagbehandeling zoals geformuleerd in de richtlijn. Dergelijke behandelingen zijn daarmee niet effectief. Zorginstituut Nederland acht het daarom noodzakelijk dat zorgverzekeraars inzicht hebben in wat de dagbehandeling behelst en waar deze wordt verleend om te kunnen beoordelen of dagbehandeling gepast wordt ingezet.

Op de vraag welke behandelsetting geïndiceerd is verwijzen beide richtlijnen²⁹ naar de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA 2006) die uitgebreid geciteerd wordt.³⁸ Door het ontbreken van gerandomiseerde studies blijkt het niet mogelijk een uitspraak te doen over de effectiviteit van klinische versus ambulante behandeling waarbij ook in de richtlijn van de APA geen informatie is te vinden over verschillende vormen en intensiteiten van dagbehandelingen. Zorginstituut Nederland dringt er bij de beroepsverenigingen op aan specifiekere criteria te ontwikkelen voor (vormen van) dagbehandeling en hun behandelmodaliteiten.

7.5.6

Dagbesteding

Tijdens de materiële controle stuitte een zorgverzekeraar op declaraties voor begeleiding ten laste van de Zvw, terwijl deze begeleiding niet gericht is op genezing of voorkoming van verergering, maar veel meer op dagstructurering en participatie (zie paragraaf 5.2.3).

Het onderscheid tussen begeleidings-/behandelactiviteiten als onlosmakelijk deel van de psychiatrische behandeling en dagbesteding is in de praktijk van verslavingszorg niet altijd even duidelijk.

Uit de 'Spelregels DBC-registratie GGZ'³⁹ blijkt dat onder behandeling verschillende vormen van vaktherapie kunnen worden geregistreerd, zowel individueel als groepsgewijs. Het gaat bijvoorbeeld om creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans), psychomotorische therapie (beweging, expressie) en *overige* vaktherapie. De registratie van diagnostiek- en behandelactiviteiten gebeurt in minuten.

Daarnaast kan een zorgaanbieder voor klinische of ambulante patiënten (ernstige problematiek) gelegenheid bieden om de tijd op een zinvolle manier door te brengen. In dat geval is sprake van dagbesteding. In eerdergenoemde spelregels is

³⁸ Pagina 43/44 van de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in gebruik van alcohol (2009)/Pagina 136/137 van de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013)

³⁹ Spelregels DBC-registratie GGZ (2014)

het doel van dagbesteding als volgt geformuleerd: “het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt”. Binnen de (Zvw-gefinancierde) G-GGZ is het van belang dat de dagbesteding:

- altijd in het kader is van de (psychiatrische) behandeling;
- terug te vinden is in het behandelplan van de patiënt, dat is opgesteld door de behandelaar.

Dagbesteding is dus niet:

- een reguliere dagstructurering die in een 24-uurs verblijfssituatie wordt geboden;
- een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

In de DBC-systematiek zijn verschillende vormen van dagbesteding te onderscheiden (sociaal, activering, educatie, arbeidsmatig, overig).

De meest basale functie van dagbesteding is de ontmoetingsfunctie; *dagbesteding sociaal*. Een vorm van dagbesteding die verder gaat dan het ontmoeten van anderen is *dagbesteding activering*. Deze vorm omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen minder vrijblijvend. De registratie van dagbesteding gebeurt in uren.

De scheidslijn tussen de verschillende vormen van vaktherapie (in groep) als onderdeel van de Wmg-prestatie behandeling en groepsactiviteiten genoemd in de Wmg-prestatie dagbesteding is voor ons onvoldoende scherp. Als sprake is van therapie als onderdeel van de behandeling zou ook meer duidelijk moeten zijn over de effectiviteit van deze behandeling. Uit het onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat vaktherapie onvoldoende is onderzocht om een uitspraak over de effectiviteit ervan te rechtvaardigen.

Vaktherapie heeft bij de overheveling van de GGZ naar de Zvw onderdeel uitgemaakt van klinische behandelingen. Het feit dat deze zorg onvoldoende onderzocht is, kan nu niet direct leiden tot het standpunt dat het hier om niet te verzekeren zorg gaat. Zorginstituut Nederland wil in overleg met partijen nader verkennen hoe om te gaan met dit vraagstuk:

1. Wat is de toegevoegde waarde van vaktherapie (ongeacht welke vorm) aan de effectiviteit van de behandeling?
2. Is het noodzakelijk om de ene vorm van vaktherapie ten opzichte van de andere te vergelijken?
3. Wie komen ervoor in aanmerking?

7.5.7

Nazorg

Onderzoek laat zien dat wanneer verslavingsbehandeling gevolgd wordt door een relatief lichte nazorginterventie, zoals telefonische monitoring en gerichte feedback, dit tot betere resultaten leidt (McKay et al., 2010⁴⁰). Het blijven volgen van nazorg, de frequentie en intensiteit van deelname en de duur van de nazorg beïnvloeden in belangrijke mate het positieve effect van nazorg. In de verslavingszorg is over het algemeen geen sprake van een brede implementatie van een gestructureerd nazorgaanbod, met uitzondering van nazorg voor patiënten die een klinische behandeling hebben gevolgd. De Wildt & Vedel (2013)⁴¹ achten het op basis van de

⁴⁰ McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, Lynch KG, Ivey M, Ward K, et al. (2010). A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 912-23

⁴¹ De Wildt, W.A.J.M. & Vedel, E. (2013). Psychologische behandeling van verslaving: focus voor de toekomst. *tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(11):907-913.

evidentie wenselijk dat ook ambulante patiënten een vorm van nazorg aangeboden krijgen.

In de verslavingzorg staat de *'herstelgedachte'* mede op instigatie van de cliëntenbeweging steeds meer centraal. Zorginstituut Nederland onderschrijft deze herstelgedachte. Het concept 'herstel' omvat meer dan alleen een geslaagde ambulante of klinische behandeling. Goede verslavingszorg gaat uit van ondersteuning bij het persoonlijk en maatschappelijk herstel van de cliënt. Actieve deelname aan zelfhulpgroepen bevordert langere periodes van herstel. De nadruk hierbij ligt op het bevorderen of ondersteunen van zelfzorg, eigen regie en zelfregulatie.

Zorginstituut Nederland is van mening dat een behandelprogramma altijd een vorm van nazorg moet bieden. Niet alleen de behandeling maar ook de nazorg dient gericht te zijn op herstel. Als een behandelprogramma niet voorziet in nazorg heeft dat negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Dergelijke behandelprogramma's voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Uit de reacties van partijen blijkt dat een heldere definitie van het begrip 'nazorg' ontbreekt. Nazorg wordt vaak opgevat als onderdeel van maatschappelijk herstel. In die zin uitgelegd moet nazorg niet na de zorg beginnen, maar moet integraal deel uitmaken van het bij aanvang opgestelde behandelplan. Nazorg kan verschillende doelen en vormen hebben. Het kan gericht zijn op maatschappelijk herstel en/of op terugvalpreventie door middel van zelfhulpgroepen. Steeds vaker wordt niet van nazorg gesproken, maar van 'vervolgzorg' om te benadrukken dat na een periode van ontwenning en behandeling het zorgtraject nog niet 'af' is. Het handen en voeten geven aan het begrip nazorg is een speerpunt dat volgt uit het Visiedocument Verslavingszorg van GGZ Nederland⁷. Zorginstituut Nederland is van mening dat een nadere definiëring van het begrip 'nazorg' en waar deze zorg uit bestaat moet worden uitgewerkt in de te ontwikkelen zorgstandaard voor verslavingszorg.

7.5.8

Conclusies

- Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit binnen de G-GGZ zonder voorafgaande triage (volgens de MATE of EuopASI) is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen. Het is dan niet mogelijk vast te stellen of een cliënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling. Bij een cliënt die wordt opgenomen zonder dat een instrument als de MATE is afgenomen, kan niet worden vastgesteld of het verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.10, lid 1, Bzv. De verzekeraar kan dan niet beoordelen of de declaraties voor deze behandeling rechtmatig zijn.
- Er is geen evidentie voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie. Wij onderschrijven de noodzaak om heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische ontgifting, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.
- Het is aangetoond dat klinische behandeling van verslaving in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling^{42 43}. Het centrale uitgangspunt bij verslavingszorg is daarom *'ambulant wanneer het kan en klinisch als het moet'*. Klinische behandeling dient uitsluitend te worden aangeboden aan personen met

⁴² Finney e.a., 1996; Berglund e.a., 2003

⁴³ Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009)

ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Uitgaande van de kenmerken van patiënten – volgens de multidisciplinaire richtlijnen – voor ziekenhuisopname, blijkt dat sprake is van een bepaalde mate van medische urgentie of een acuut medisch probleem. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg.

- Dagbehandeling wordt in het algemeen geïndiceerd geacht als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren en/of om opname te voorkomen. Kenmerken van cq. argumenten voor dagbehandeling zijn:
 - intensivering van de behandeling;
 - zicht en betere interventiemogelijkheden op de factoren die de stoornis veroorzaken of in stand houden;
 - steunende factoren in de omgeving worden in stand gehouden, in die zin dat de sociale en maatschappelijke contacten voor de patiënt blijven bestaan
 - voorkomen wordt dat de persoon de overgang moet maken van een beschermd milieu naar de dagelijkse werkelijkheid.

Voorwaarde voor dagbehandeling is dus dat de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd is. Dagbehandelingen waarbij de sociale structuur van de cliënt niet gehandhaafd kan blijven – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – passen niet in de behandelopzet van dagbehandeling zoals geformuleerd in de richtlijn. Dergelijke behandelingen zijn daarmee niet effectief.
- De scheidslijn tussen de verschillende vormen van vaktherapie (in groep) als onderdeel van de Wmg-prestatie behandeling en groepsactiviteiten genoemd in de Wmg-prestatie dagbesteding is voor ons onvoldoende scherp. Als sprake is van therapie als onderdeel van de behandeling zou ook meer duidelijk moeten zijn over de effectiviteit van deze behandeling. Het feit dat deze zorg onvoldoende onderzocht is, kan nu niet direct leiden tot het standpunt dat het hier om niet te verzekeren zorg gaat. Zorginstituut Nederland wil in overleg met partijen nader verkennen hoe om te gaan met dit vraagstuk.
- Wij zijn van mening dat een behandelprogramma altijd een vorm van nazorg moet bieden. Als een behandelprogramma niet voorziet in nazorg heeft dat negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Dergelijke behandelprogramma's voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een nadere definiëring van het begrip 'nazorg' en waar deze zorg uit bestaat, moet worden uitgewerkt in de te ontwikkelen zorgstandaard voor verslavingszorg.

7.6 Kostenconsequentieraming

In de vorige paragraaf hebben wij aangegeven wanneer verslavingszorg in overeenstemming is met bestaande richtlijnen en voldoet aan het wettelijk kader van de Zvw. De volgende aspecten van de verslavingszorg hebben we verduidelijkt; diagnostiek en behandelintensiteit, ambulante behandelingen versus klinische behandelingen, dagbehandeling en nazorg. In hoeverre deze duiding bijdraagt aan kostenbesparing in de verslavingszorg is moeilijk aan te geven.

Vooraf het naleven van richtlijnen als het gaat om selectieve inzet van verblijf, kan bijdragen aan kostenbesparing in de verslavingszorg. De kostenconsequentie hiervan kunnen wij niet precies ramen. Als we uitgaan van een reductie van de klinische capaciteit zoals afgesproken tussen partijen in het Bestuurlijk Akkoord¹⁵, dan wordt de totale besparing van 2012 tot 2020 – op basis van een aantal aannames – geschat op 64 miljoen euro (cumulatief). De jaarlijkse besparingen

dalen van bijna € 8,9 mln. in 2012 tot ruim € 7,1 mln. in 2020.

Deze kostenconsequentieraming is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013- 2017 om de totale bedden capaciteit in de GGZ tot 2020 met een derde af te bouwen t.o.v. de capaciteit in 2008 (circa 2.000) en deze afbouw te substitueren door middel van ambulante zorg. Wij hebben dat vertaald naar een daling van het aantal klinische behandelingen met 30%;
- we gaan ervan uit dat het aantal cliënten stabiel blijft;
- we gaan ervan uit dat de gemiddelde kosten per cliënt in de ambulante en de klinische zorg gelijk blijven;
- als uitgangspunt voor de berekeningen zijn de kosten in 2011 genomen, als het laatste jaar waarin de cijfers met zekerheid waren vast te stellen.

Resultaten Scoren en het Netwerk Verslavingszorg/GGZ Nederland plaatsen kanttekeningen bij deze kostenconsequentieraming. De verwachting van een bezuiniging van 64 miljoen door enkel klinische afbouw lijkt deze partijen te hoog gespannen. Er zal deels een verschuiving plaatsvinden naar andere, meer intensief ambulante DBC's. Dit geldt ook wanneer detoxificatie zoveel mogelijk ambulant dient te worden uitgevoerd. Ambulante detoxificatie vereist continue oproepbaarheid van onder meer een verpleegkundige en/of arts en een meer *outreaching* manier van werken (zorg in thuisomgeving, systeemgericht en/of in samenwerking met huisarts/generalistische Basis GGZ).

Partijen wijzen erop dat het op dit moment onduidelijk hoe de verschuiving van gespecialiseerde GGZ naar generalistische Basis GGZ gaat uitpakken qua kosten en behandelresultaat. Bovendien kan een kostenstijging plaatsvinden als met een meer preventief aanbod via de huisarts/POH GGZ eerder potentiële cliënten worden bereikt. De huisarts zal echter bij adequaat ingrijpen veel hogere kosten in een later stadium kunnen besparen en de maatschappelijke baten hiervan zullen aanzienlijk zijn. Vanwege de vele onzekerheden dient deze kostenconsequentieraming met de nodige voorzichtigheid te worden gewogen.

8 Doorontwikkeling kwaliteit en gepast gebruik verslavingszorg

8.1 Inleiding

Hoe kunnen we de kwaliteit van de verslavingszorg verder verbeteren? Hoewel de kwaliteit van de verslavingszorg in de afgelopen jaren al sterk verbeterd is, blijft verslaving een weerbarstige problematiek waar doorontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten nodig blijft. De visie van GGZ-Nederland⁷ op de verslavingszorg en de bijdragen van de patiëntenorganisatie het Zwarte Gat en van Resultaten Scoren benoemen concrete punten voor de doorontwikkeling. Ook afzonderlijke zorgaanbieders doen hiervoor suggesties. Deze punten passen goed in de instrumenten die het Kwaliteitsinstituut – onderdeel van Zorginstituut Nederland – ter beschikking heeft om partijen te faciliteren en te ondersteunen bij de kwaliteitsontwikkeling. Ook het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ⁴⁴ kan bijdragen aan de verdere kwaliteitsontwikkeling op dit terrein.

8.2 Kwaliteitsstandaard en meetinstrumenten

Resultaten Scoren heeft samen met de cliëntenbeweging het Zwarte Gat het initiatief genomen om een plan in te dienen bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (NKO) voor een te ontwikkelen Zorgstandaard Verslaving (specifiek voor alcoholproblematiek), waarin het hele traject van zorg van preventie, diagnostiek, behandeling en herstel is opgenomen. Het Kwaliteitsinstituut ondersteunt dit initiatief van harte. Het Kwaliteitsinstituut heeft een Toetsingskader opgesteld voor de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ heeft dit Toetsingskader geïntegreerd in zijn werkwijze. Op dit moment werkt men in de GGZ met de ROM-systematiek om resultaten te meten. Partijen vinden de doorontwikkeling van de ROM van belang voor het komen tot goede indicatoren voor het meten van de kwaliteit van de verslavingszorg. Het Kwaliteitsinstituut beoordeelt een kwaliteitsstandaard op basis van het Toetsingskader voor opname in het Register. Opname in het register betekent dat de kwaliteitsstandaard voldoet aan de meest actuele eisen die we in Nederland stellen aan kwaliteitsinstrumenten. Opname in het Register is voorbehouden aan standaarden die door professionals, patiënten en zorgverzekeraars gezamenlijk zijn opgesteld en voorgedragen. Deze kwaliteitsinstrumenten moeten bovendien gekoppeld zijn aan meetinstrumenten en indicatoren en er moet een patiëntenversie bij geleverd zijn.

8.3 Richtlijnen

In een kwaliteitsstandaard wordt verwezen naar de richtlijnen. Uit het overzicht van het Trimbosinstituut en uit de bijdrage van Resultaten Scoren blijkt welke richtlijnen en protocollen er beschikbaar zijn op gebied van verslavingszorg, welke in ontwikkeling zijn en welke herzien moeten worden.

Wat betreft het screeningsinstrument de MATE zet de sector in op het verfijnen van de indicatiestelling met het MATE ontwikkelplan. Ook heeft men plannen ontwikkeld om een databank voor patiëntgegevens op te zetten.

8.4 Patiënteninformatie

Het is van groot belang dat patiënteninformatie beschikbaar komt over wat goede verslavingszorg is. Zeker in een markt waar enkele zorgaanbieders adverteren in huis-aan-huisbladen en concurreren met luxe arrangementen om de gunst van de cliënt. Bij een kwaliteitsstandaard hoort een patiëntenversie. Het Kwaliteitsinstituut

⁴⁴ Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is opgericht door LPGGZ, NVvP en het NIP.

ontsluit via KiesBeter.nl kwaliteitsinformatie voor patiënten en voor andere betrokkenen. Het gaat zowel om wat in algemene termen goede zorg is (kwaliteitsstandaard en patiëntenversie) als om informatie over zorgaanbieders op basis van de prestatie-indicatoren.

8.5 Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandeltrajecten

Richtlijnen en andere kwaliteitsstandaarden zijn mede gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek over de (kosten)effectiviteit. Zonder dit onderzoek is het moeilijk om goed onderbouwde richtlijnen te maken. Er is verder onderzoek nodig naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de verschillende behandeltrajecten in de verslavingszorg. We zien diverse behandelarrangementen die onderling verschillen in vorm, duur, inzet van deskundigheden en intensiteit van de behandeling (inclusief herstel).

Meer onderzoek naar de effectiviteit van deze verschillende behandeltrajecten ten opzichte van elkaar is belangrijk om zo te kunnen onderzoeken of duurdere behandelingen de extra kosten waard zijn. Zo kunnen keuzes gemaakt worden om tot een zo gepast mogelijke inzet te komen van zorg. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk. Idealiter gaat het om gerandomiseerde onderzoeken. Omdat dit in de verslavingszorg moeilijk te realiseren is, kan dit ook worden gerealiseerd via observationeel onderzoek, zoals registraties.

Om de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van behandelingen adequaat te kunnen meten is het belangrijk dat er heldere uitkomstmaten worden gekozen. Hierbij is het van belang dat ook een generieke kwaliteit van leven instrument, zoals de EuroQol 5D (EQ-5D) vragenlijst, meegenomen wordt in het onderzoek. Een helder beleid rondom uitkomstmaten zorgt ervoor dat resultaten van verschillende onderzoeken beter vergeleken kunnen worden, en er doelmatigere keuzes gemaakt kunnen worden. Randvoorwaarde voor dergelijk onderzoek is een verdere verfijning en standaardisering van de indicatiestelling. In de GGZ is men bezig om de focus verder te richten op de ontwikkelingsfasen (stagering) in de verslavingszorg en individuele kenmerken (profilering) om de zorg beter te laten aansluiten op de persoon in kwestie.

Ook uit het literatuuronderzoek dat het RIVM recent in opdracht van Netwerk Verslavingszorg/GGZ Nederland heeft uitgevoerd, blijkt de beperkte beschikbaarheid van (Nederlands) kosteneffectiviteitsonderzoek (bijlage 8). Er wordt aanbevolen kosten-effectiviteits-onderzoek te richten op maatschappelijke kosten baten analyses waarin kosten en baten van de verslavingszorg (inclusief die van arbeid en criminaliteit) uiteengezet worden. Verder zou er bij middelenverslaving meer onderzoek plaats moeten vinden gericht op een andere dan opiaatverslaving. Ten slotte wordt er aanbevolen om de kosteneffectiviteit van e-health in andere verslaving dan alcoholverslaving beter te onderzoeken. De conclusie in het briefrapport was dat vrijwel alle onderzochte interventies kostenbesparend of kosteneffectief zijn, maar dat er onvoldoende uitgegaan wordt van het maatschappelijke perspectief.

8.6 Verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg

De Plan-Do-Check-Act cyclus is de grondslag van het verbeteren van de zorg. Omschrijven wat goede zorg is, het meten van de resultaten ervan en op grond daarvan verbeteringen aanbrengen. Een kwaliteitsstandaard voor verslavingszorg en de bijbehorende meetinstrumenten kunnen hiervoor de basis vormen. Om tot gepast gebruik van zorg in de basisverzekering te komen spelen patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars een belangrijke rol, evenals Zorginstituut Nederland in zijn rol van pakketbeheerder en Kwaliteitsinstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit

in zijn rol als marktmeester en toezichthouder op markten van zorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toezichthouder op de kwaliteit van zorg. Ook hier speelt zich een verbetercyclus af waarin cliënten via keuzeinformatie en keuze voor zorgaanbieder en de zorgverzekeraar via zorginkoop de beste kwaliteit van zorg tegen de juiste prijs bevorderen.

Voor gepast gebruik van zorg zijn de volgende aspecten van belang:

- duidelijkheid over wat goede verslavingszorg is;
- duidelijkheid over de verzekerde aanspraken op gebied van verslavingszorg;
- duidelijkheid over wie er redelijkerwijs op is aangewezen;
- transparantie wat aanbieders leveren en aan wie en wat de resultaten ervan zijn;
- een gelijk speelveld voor zorgaanbieders;
- juist declaratiegedrag van zorgaanbieders;
- selectieve zorginkoop;
- goede informatievoorziening;
- controle van zorgverzekeraars van de declaratie;
- toezicht van de NZa op de zorgverzekeraars en op het functioneren van de markt.

In dit rapport hebben wij in hoofdstuk 7 verder verduidelijkt wat de aanspraken zijn en wie daarvoor in aanmerking komen. Deze duiding kan niet verder strekken dan de kennis van de stand van wetenschap en praktijk die ons op het gebied van de verslavingszorg ter beschikking staat. In 8.5 hebben we aangegeven hoe de kennis over effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen verder ontwikkeld kan en moet worden om te komen tot gepast gebruik.

Het realiseren van de overige voorwaarden voor gepast gebruik van zorg – met name waar het gaat om het functioneren van de markt en het kunnen controleren of te verzekeren zorg is gedeclareerd – ligt bij andere partijen.

Inmiddels zijn een aantal stappen ingezet. Het gaat hierbij om punten die niet specifiek zijn voor de verslavingszorg, maar de gehele geneeskundige GGZ betreffen:

- De Wet toelating zorginstellingen wordt aangepast om beter te garanderen dat bonafide zorgaanbieders worden toegelaten om zorg te declareren.
- Er ligt een wetsvoorstel voor aanpassing van artikel 13 Zvw in die zin dat het 'hinderpaalcriterium' komt te vervallen, zodat zorgverzekeraars ook polissen kunnen aanbieden waarbij de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg lager wordt vastgesteld.
- De budgettering van zorgaanbieders is afgebouwd zodat er geen onderscheid meer bestaat tussen aanbieders op dit punt.
- Er zijn afspraken gemaakt over de gegevens die op de declaratie moeten worden vermeld waaronder de diagnose, werkelijk bestede tijd, hoofdbehandelaar en de zorgzwaarte-indicator.
- De DBC-systematiek wordt doorontwikkeld evenals het voorspellend vermogen van de zorgzwaarte-indicator.

8.7 Klinieken in het buitenland

8.7.1 IGZ-Toezicht

Voor het bevorderen van gepast gebruik in de verslavingszorg resteren er dan nog wel een aantal specifieke punten. We hebben het fenomeen geconstateerd van Nederlandse instellingen die samenwerken met klinieken in het buitenland, dan wel dat buitenlandse klinieken een contract hebben met een Nederlandse verzekeraar. Voor de kwaliteitsbewaking van die zorg is het desbetreffende land verantwoordelijk. IGZ houdt toezicht op basis van Nederlandse

gezondheidswetgeving en is niet bevoegd in het buitenland toezicht te houden. In veel gevallen vindt intake en nazorg in Nederland plaats, daar is het toezicht van de IGZ wel op van toepassing.

8.7.2 *Eigen betalingen*

Sommige klinieken vragen aanzienlijke eigen betalingen zonder dat inzichtelijk is waarvoor deze eigen betalingen zijn. Voor cliënten is het van belang dat keuze-informatie beschikbaar komt over:

- wat het wettelijk verplichte eigen risico is;
- wanneer sprake is van een vrijwillige eigen betalingen voor zorg die niet verzekerd is of luxe zorg;
- wanneer sprake is van een lagere vergoeding (en daarmee een eigen betaling) vanwege niet-gecontracteerde zorg.

Ook moet duidelijk zijn dat er in Nederland behandelingen geboden worden zonder dat hiervoor eigen betalingen gevraagd worden.

8.7.3 *Declareren van de zorg in het buitenland*

De Nederlandse instellingen die samenwerken met klinieken in het buitenland declareren zelf deze zorg bij de verzekeraar. Er zal dus sprake zijn van onderaannemerschap. Daarbij declareren sommige instellingen geen verblijf, maar dagbehandeling. Voorwaarde voor ambulante (dag)behandelingen is dat de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd is. Indien dit niet het geval is – bijvoorbeeld omdat de reisafstand tussen de behandelsetting en de sociale omgeving van de cliënt dit niet toelaat – betreft het geen te verzekeren zorg (zie paragraaf 7.5.5). In dat geval kan de zorg niet ten laste van de Zvw worden gebracht.

Voor zover verzekeraars buitenlandse instellingen contracteren kunnen zij afspraken maken over kwaliteit van zorg en verantwoording. Voor zover verzekeraars declaraties voorgelegd krijgen van niet gecontracteerde aanbieders, dan wel dat via onderaannemerschap de zorg in het buitenland geboden wordt, is het moeilijker om vast te stellen of hier goede zorg is geleverd en of deze juist is gedeclareerd.

Omdat zorgverzekeraars vooraf niet kunnen garanderen dat een verzekerde die zich tot een niet-gecontracteerde kliniek wendt ook daadwerkelijk te verzekeren zorg ontvangt en deze via (gedeeltelijke) restitutie vergoed krijgt, bevelen wij verzekeraars aan in de polis voor niet-gecontracteerde zorg de eis van voorafgaande toestemming op te nemen.

Het rapport 'Standpunten 2013 Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' van de NZa zegt hierover het volgende. Uit de modelovereenkomst moet duidelijk zijn dat deze toestemming niet de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgverlener/leverancier betreft. Dat is een recht van de verzekerde op grond van de modelovereenkomst. Toestemmingsvereisten die uitdrukkelijk en extra voor niet-gecontracteerde zorg worden gesteld moeten een ander doel hebben, namelijk om vast te stellen of verzekerde recht heeft op de betreffende zorg. Dit kan worden opgesplitst in verschillende deelaspecten:

- de zorgvorm zelf: valt deze onder het pakket?
- voldoet verzekerde aan het vereiste van een verwijzing/voorschrift?
- heeft verzekerde een indicatie voor de zorg?
- voldoet de voorgestelde behandelaar cq. de voorgestelde behandeling aan eventuele kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar?⁴⁵

⁴⁵ NZA-rapport 'Standpunten 2013 Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' (paragraaf 3.1.11.2)

9 Conclusies en aanbevelingen

9.1 Conclusies

Op grond van de studie van het Trimbos-instituut en het onderzoek dat wij zelf hebben gedaan, komen we tot de volgende conclusies over de behandeling van verslaving aan alcohol en drugs. Gezien de (oorspronkelijke) deadline voor dit rapport was het niet mogelijk om uitgebreid onderzoek te verrichten naar de uitvoeringspraktijk. Wel hebben we ons gefocust op wat er bekend is over het aanbod van de nieuwe aanbieders. We spitsen onze conclusies toe op de richtlijnen en op de uitvoeringspraktijk en doen aanbevelingen.

9.1.1 *Richtlijnen*

Er zijn een groot aantal richtlijnen over wat effectieve verslavingszorg is. Niet alle richtlijnen zijn actueel. De richtlijnen bieden een zekere mate van houvast bij het indiceren voor noodzaak van klinische opname maar niet voor de duur van de opname. De richtlijnen bieden beperkt houvast als het gaat om de inzet van dagbehandeling en van vaktherapie.

Er bestaan instrumenten (bijv. de MATE) om te beoordelen welke behandelintensiteit is aangewezen voor de individuele verslaafde. De sector is zich bewust van het belang van verder verfijnen en standaardiseren van de indicatiestelling door de focus verder te richten op de ontwikkelfasen van verslaving (stagering) en individuele kenmerken (profilering). DE verslaafde bestaat immers niet. Er zijn grote onderlinge verschillen in historie van verslavingsproblematiek en comorbiditeit met andere (psychische) stoornissen. Bij verslaving gaat het om één van de grote ziektebeelden met grote individuele en maatschappelijke gevolgen. Verslavingsproblematiek tendeeert naar chroniciteit.

Ook is het behandeldoel niet onomstreden. Is het doel abstinentie of is het doel maatschappelijke participatie (beiden zouden kunnen, afhankelijk van de verslaafde zelf en zijn persoonlijke omstandigheden)? Binnen de GGZ is er een systeem (Routine Outcome Monitoring) ontwikkeld om de uitkomsten van zorg te meten waarbij partijen vinden dat de uitkomstmaten verder doorontwikkeld zouden moeten worden. Nieuwe inzichten over herstellzorg zijn nog niet opgenomen in de richtlijnen. Er zijn geen kosteneffectiviteitsgegevens beschikbaar waarbij verschillende behandelingen met elkaar vergeleken worden.

Het ontbreekt aan een zorgstandaard voor verslavingsproblematiek. Resultaten Scoren heeft samen met de cliëntbeweging het Zwarte Gat initiatief genomen om een plan in te dienen bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling (NKO) voor een te ontwikkelen Zorgstandaard Verslaving (specifiek voor alcoholproblematiek).

9.1.2 *Uitvoeringspraktijk*

Om te beginnen constateren wij dat de kosten in de verslavingszorg niet lijken toe te nemen sinds 2009. Het nieuwe aanbod heeft het aanbod van reguliere instellingen gesubstitueerd. Verder zien we een lichte verschuiving in declaraties voor intramurale zorg ten gunste van ambulante zorg. De maatschappelijke baten van verslavingszorg zijn aanzienlijk. Effectieve behandelingen van verslavingszorg zijn al gauw kosteneffectief. Waar het aan ontbreekt zijn gegevens om te bepalen welke behandelingen het meest kosteneffectief zijn en hoe de ene behandeling zich verhoudt tot een andere behandeling met vergelijkbare patiënten.

Er zijn aanwijzingen dat de reguliere aanbieders de richtlijnen volgen (voor zover deze voldoende houvast bieden). Bij de nieuwe aanbieders zien we grote onderlinge verschillen. Sommigen leveren zorg conform de richtlijnen andere lijken hier niet aan te voldoen. Deze passen nieuwe, niet onderzochte therapieën toe, nemen standaard mensen op of bieden dagbehandeling in het buitenland op afstand van het thuisfront. Dit laatste is contrair aan het doel van de dagbehandeling zoals geformuleerd in de richtlijnen, namelijk intensieve behandeling waarbij ook de sociale structuur in tact moet blijven. Daar is in het buitenland geen sprake van. Ook is de kwaliteit van de zorg in het buitenland moeilijk te controleren. Bovendien weten verzekeraars niet altijd of er zorg in het buitenland geleverd wordt, omdat dit plaatsvindt via onderaannemerschap.

Over de effectiviteit van het Minnesotamodel is veel discussie met betrekking tot de werkzaamheid van de diverse onderdelen. Ook vindt er doorontwikkeling plaats met nieuwe therapie-onderdelen die niet zijn onderzocht.

Zorgverzekeraars constateren dat er sprake is van grote praktijkvariatie. Ook constateren zij dat het niet eenvoudig is om te beoordelen of declaraties rechtmatig zijn. Daarbij is het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en dagstructurering onvoldoende duidelijk, terwijl er verschillende tarieven hangen aan deze prestaties.

9.1.3

Samenvattend

Er zijn situaties waar duidelijk is dat de euro's premiegeld die wij besteden aan verslavingszorg niet goed terecht komen. Echter voor het overgrote deel van de verslavingszorg kunnen we dat niet hard concluderen. Wel bestaat de indruk dat cliënten vaker worden opgenomen, dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is.

We zien verder een sector die geïnvesteerd heeft in het verbeteren van de zorg en daar nu opnieuw stappen in zet. Uit een recent OESO-rapport⁴⁶ blijkt dat de Nederlandse GGZ – waaronder de verslavingszorg – internationaal gezien van hoog niveau is. Nederland heeft volgens de OESO veel voortgang geboekt in hervorming van de GGZ en uitkomstgericht werken. Er is veel waardering voor de richtlijnontwikkeling door Resultaten Scoren en ook de cliëntenparticipatie is goed geregeld. De OESO vindt wel dat in Nederland een relatief hoog aantal klinische bedden kent in vergelijking met andere landen. Zij erkent de inspanningen van instellingen om meer mensen in hun eigen omgeving te behandelen.

9.2

Aanbevelingen

Om te komen tot gepast gebruik van verslavingszorg doen wij de volgende aanbevelingen:

- Wij ondersteunen het initiatief van de sector voor het ontwikkelen van een Zorgstandaard Verslaving (inclusief een patiëntenversie, prestatie-indicatoren en meetinstrumenten) en adviseren partijen deze aan te bieden aan het Kwaliteitsinstituut voor opname in het Register. In dit verband is ook de doorontwikkeling van de MATE van groot belang waarbij de focus ligt op het verfijnen en standaardiseren van de indicatiestelling (stagering en profilering). Maar ook de noodzaak om heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie.
- De actualisatie en onderhoud van bestaande richtlijnen moet meer gestructureerd verlopen. Het Toetsingskader kwaliteitsstandaarden bevat de eis om een

⁴⁶ MENTAL HEALTH ANALYSIS PROFILES (MhAPs) Netherlands (OECD Health Working Paper No. 73) 2014

onderhoudsplan op te stellen dat behoort bij de betreffende zorgstandaard, dan wel onderliggende richtlijnen. Het Trimbos-instituut heeft in zijn rapport een overzicht gegeven van richtlijnen die geactualiseerd moeten worden en waar richtlijnen ontbreken (o.a. problematisch drugsgebruik van andere middelen dan opiaten, zoals cannabis, cocaïne, GHB, stimulantia). Wij adviseren het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ om de verslavingszorg te prioriteren op hun agenda.

- Nader onderzoek is nodig naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. De deelnemers aan de Ronde Tafel gepast gebruik hebben dit onderwerp aangedragen voor het Zon-MW DoelmatigheidsOnderzoek, kader actuele doelmatigheidsvraagstukken. Het feit dat er weinig gegevens zijn over de relatieve kosteneffectiviteit van de verschillende behandelingen van verslaving houdt mogelijk verband met beperkingen in het opzetten van de gewenste studiedesigns. Voordat onderzoek wordt gedaan moet duidelijk zijn of de gewenste beleidsinformatie te verkrijgen is (randvoorwaarden studiedesign en haalbaarheid randvoorwaarden).
- Voorgenomen maatregelen van partijen en/of NZa gericht op het verbeteren van de bekostiging en informatievoorziening, zoals doorontwikkeling DBC-systematiek, informatie op de declaratie, doorontwikkeling ROM-systeem zijn van belang om te komen tot informatie voor selectieve zorginkoop en controle van verzekeraars op de rechtmatigheid van de declaraties.
- Wij bevelen zorgverzekeraars aan om in polissen die uitgaan van zorg in natura voor niet-gecontracteerde zorg de eis van voorafgaande toestemming op te nemen. Op deze wijze kunnen zorgverzekeraars vooraf toetsen of de zorg die wordt geleverd door de niet-gecontracteerde zorgaanbieder ook daadwerkelijk te verzekeren zorg is die voor (gedeeltelijke) restitutie in aanmerking komt.
- Bij dagbehandeling dient de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Daarom is het van belang dat de zorgverzekeraar inzicht heeft in wat de dagbehandeling behelst en waar deze wordt verleend. Bij gecontracteerde zorg kunnen hierover afspraken worden gemaakt. Declaraties voor niet-gecontracteerde zorg kunnen aan banden worden gelegd door het vereiste van voorafgaande toestemming in de polis op te nemen, zoals in het vorige punt is beschreven.

10 Beantwoording vragen VWS

10.1 Specifieke vragen

Dit rapport geeft een beeld van de verslavingszorg in Nederland en daarmee impliciet antwoord op de vragen van de minister. Hieronder geven wij in het kort antwoord op de specifieke vragen van de minister.

1. Welke therapieën worden er op dit moment in de verslavingszorg het meest toegepast?

Het zorgaanbod in de verslavingszorg is omschreven in paragraaf 4.5 van de achtergrondstudie van het Trimbos instituut. In deze paragraaf is een overzicht opgenomen van interventies van zowel reguliere als nieuwe aanbieders. Het betreft een zogenaamde quick scan op basis van wat op de sites van de betreffende instellingen te vinden is.

2. Voldoen deze therapieën aan de pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit uitvoerbaarheid en met name kosteneffectiviteit?

Noodzakelijkheid: Er is geen twijfel over dat verslavingszorg voldoet aan het pakketcriterium noodzakelijkheid gezien de hoge ziektelast en hoge kosten van behandeling.

Effectiviteit: In bijlage 1 bij de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut is een overzicht opgenomen van interventies voor onder meer alcohol-, cannabis-, opiaat-, cocaïne-, amfetamineverslaving en dubbele diagnose problematiek en de mate van effectiviteit per interventie. Wat betreft de uitspraken over de effectiviteit van interventies baseert het Trimbos-instituut zich op de bestaande (multidisciplinaire) richtlijnen, die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews.

Kosteneffectiviteit: Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verslavingszorg is beperkt beschikbaar. Effectieve behandelingen zijn – gezien de maatschappelijke kosten van verslaving – ook kosteneffectief. Waar het aan ontbreekt zijn relatieve (kosten-)effectiviteitsgegevens waarbij verschillende behandelprogramma's voor vergelijkbare groepen van cliënten worden vergeleken.

Uitvoerbaarheid: Dit pakketcriterium speelt hier geen rol.

a. In hoeverre is nazorg/ follow-up onderdeel van behandelingen?

Nazorg is een essentieel onderdeel van de behandeling. Als een behandeling niet voorziet in nazorg heeft dat negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Dergelijke behandelprogramma's voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk (zie paragraaf 7.5.).

b. Hoe zit het met de therapietrouw en terugvalcijfers van deze therapieën?

Ruim de helft van de verslaafden valt, na behandeling, binnen een jaar terug. Naar schatting een kwart tot een derde van degenen die ooit behandeld zijn voor alcohol- of drugsproblemen zal niet genezen. Deze percentages zeggen vooral iets over het chronische karakter van verslaving. In de DBC-Informatiesysteem (DIS) zijn drop-out cijfers beschikbaar. Een analyse van deze cijfers vergt meer studie om iets te kunnen concluderen over de therapietrouw.

3. Is er informatie beschikbaar over de kosteneffectiviteit van deze therapieën om aan te tonen of deze doelmatig zijn?

a. Zo ja, zijn deze therapieën doelmatig?

Zie antwoord op vraag 2

b. Is er specifiek iets te duiden over doelmatigheidsgrenzen voor de hoeveelheid dagbesteding bij opname?

Het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en dagstructurering is onvoldoende duidelijk, terwijl er verschillende tarieven hangen aan deze prestaties. Wij gaan nader onderzoek doen naar de inzet van vaktherapieën en het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en dagstructurering. In dit kader zal ook worden bekeken of er iets te duiden is over het aantal geïndiceerde uren dagbesteding per dag.

c. Wat is er bekend over de maatschappelijke baten van verslavingszorg en de maatschappelijke kosten van verslaafden?

Er is sterk bewijs dat de maatschappelijke baten van verslavingszorg opwegen tegen de kosten. Verslavingszorg – mits effectieve behandelingen worden toegepast – leidt tot een aanzienlijke reductie van kosten die veel groter is dan de kosten van de behandeling zelf. In paragraaf 2.3 gaan we uitgebreid in op de maatschappelijke baten van verslavingszorg.

d. In hoeverre maken deze maatschappelijke kosten en baten onderdeel uit van de beschikbare studies over kosteneffectiviteit?

Zoals in antwoord op vraag 2 is aangegeven is onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verslavingszorg beperkt beschikbaar. Voor zover kosteneffectiviteitsonderzoek beschikbaar is, zijn de maatschappelijke kostenbesparingen soms in de onderzoeken meegenomen, maar niet altijd. In de review van het RIVM 'De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen (2014)' wordt daarom aanbevolen om aanvullend onderzoek te doen waarin alle maatschappelijke kosten en baten worden betrokken omdat dit een compleet inzicht in de kosten van verslavingen en de baten van behandelingen geeft.

4. Is er wetenschappelijk te bepalen wanneer een opname geïndiceerd is en een ambulante behandeling niet mogelijk is?

a. Kunt u aangeven welke onderbouwing daarvoor nodig is?

Het is aangetoond dat klinische behandeling van verslavingszorg in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling. Op basis van de multidisciplinaire richtlijnen – die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews – dient klinische behandeling uitsluitend te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Er is sprake van een bepaalde mate van medische urgentie of een acuut medisch probleem. In paragraaf 7.5.4 gaan wij uitgebreid in op de patiëntkenmerken voor ziekenhuisopname volgens de richtlijnen.

5. In hoeverre worden richtlijnen en standaarden gebruikt?

a. In hoeverre verschilt de toepassing van therapieën, de opnamegraad en de toepassing van richtlijnen en standaarden tussen gevestigde aanbieders en nieuwe toetreders tot de verslavingszorgmarkt?

Uit het artikel 'Resultaten Scoren: Verspreiding en gebruik producten 2011' gepubliceerd in het Tijdschrift voor Verslaving blijkt dat de ontwikkelde richtlijnen, protocollen en handreikingen ook daadwerkelijk worden geïmplementeerd (zie paragraaf 6.2.1). Bij de nieuwe aanbieders zijn er onderling grote verschillen in behandelaanbod. Sommigen leveren zorg conform de richtlijnen andere lijken hier niet aan te voldoen.

6. Wat is, in het kader van gepast gebruik en het leveren van zinnige en zuinige zorg, zorg die niet meer via de Zvw zou moeten worden vergoed?

Wij hebben in paragraaf 7.5.8 samengevat waar goede verslavingszorg aan moet voldoen en op welke wijze gepast gebruik kan worden bevorderd. Daarbij gaat het om de volgende aspecten:

- de inzet van een screeningsinstrument als de MATE of EuropASI bij de diagnostiek

- en het bepalen van de behandelintensiteit;
- een duiding van de criteria die leiden tot medisch noodzakelijk verblijf bij verslavingsbehandelingen;
- dagbehandelingen in het buitenland op afstand van het thuisfront zijn niet effectief omdat deze niet voldoen aan de behandelopzet van dagbehandeling zoals geformuleerd in de richtlijn.
- behandelprogramma's die niet voorzien in nazorg voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

CONCEPT

11 Reacties belanghebbende partijen

11.1 Consultatie

Het conceptrapport is via een consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan partijen. De volgende partijen hebben hierop gereageerd:

- 1 Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's
- 2 Stichting Safe Houses
- 3 Yes We Can Clinics (YWCC)
- 4 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)
- 5 SolutionS
- 6 U-Center
- 7 Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP)
- 8 Het Zwarte Gat (HZG)
- 9 Resultaten Scoren & Netwerk VZ/GGZ Nederland
- 10 Castle Craig
- 11 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- 12 Spoor6
- 13 Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- 14 Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- 15 De Skuul herstelondersteunende verslavingszorg
- 16 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- 17 Tactus Verslavingszorg
- 18 Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- 19 Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

De reacties van belanghebbende partijen hebben wij als bijlage 9 bij dit rapport gevoegd. In het algemeen kan worden gesteld dat de reacties van partijen positief kritisch zijn. De invalshoek van deze reacties wordt vooral ingegeven door de achtergrond van deze instellingen (reguliere aanbieders, nieuwe aanbieders, behandelingen volgens het Minnesota Model of juist niet). Hieronder gaan wij in hoofdlijnen op de ontvangen reacties in.

11.1.1 *Zorgstandaard*

Partijen onderschrijven het belang om te komen tot een Zorgstandaard Verslavingszorg. Resultaten Scoren gaat samen met cliëntenbeweging Het Zwarte Gat een plan indienen bij het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ voor het ontwikkelen van een Zorgstandaard Verslaving (specifiek voor alcoholproblematiek).

11.1.2 *Richtlijnontwikkeling*

Stichting Resultaten Scoren, Netwerk Verslavingszorg/GGZ Nederland wijzen erop dat in het consultatiedocument en in de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut de vele richtlijnen en protocollen die Resultaten Scoren de afgelopen vijftien jaar heeft opgesteld onvoldoende aandacht krijgen. Zorginstituut Nederland is het hier niet mee eens. In hoofdstuk 5 van de achtergrondstudie is door het Trimbos-instituut uitgebreid aandacht besteed aan de richtlijnontwikkeling door Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en Resultaten Scoren. In dit hoofdstuk is een overzicht opgenomen van de bestaande multidisciplinaire, richtlijnen en protocollen die ontwikkeld zijn vanuit Resultaten scoren, richtlijnen die nog in ontwikkeling zijn, buitenlandse richtlijnen en lacunes. In ons rapport besteden we hier aandacht aan in paragraaf 4.1.1. en verwijzen wij wat betreft deze richtlijnen naar de studie van het Trimbos-instituut.

11.1.3 *Alcohol- en drugverslaving*

Het rapport bespreekt de verslavingszorg in Nederland, maar beperkt zich daarin tot alcohol & drugs. Een aantal partijen merkt op dat ook andere verslavingen (gedragsverslavingen zoals gokken, gamen, seksverslaving, kopen, eten en internetverslaving) in het beleid dienen te worden betrokken.

De minister van VWS heeft ons specifiek gevraagd de verslavingsproblematiek alcohol en drugs in de geestelijke gezondheidszorg in beeld te brengen. Daarom ligt daar op dit moment onze focus. Bij andere verslavingen gaat het verhoudingsgewijs om kleine aantallen. Indien daar aanleiding toe is zullen wij andere verslavingen in de toekomst nader belichten. Wij hebben dit in het rapport verduidelijkt.

11.1.4 *Dubbele diagnose*

Meerdere partijen geven aan dat bij een groot deel van de patiëntenpopulatie ook psychische problematiek speelt; dubbele diagnose (DD). De dubbele diagnoseproblematiek zou in het rapport onvoldoende belicht zijn. Hoewel de dubbele diagnoseproblematiek in de oorspronkelijke versie van het rapport wel werd benoemd, hebben zullen wij het rapport op dit punt aangevuld.

11.1.5 *Minnesota Model*

In 2013 heeft Zorginstituut Nederland een standpunt uitgebracht over het Minnesota Model. Uit de reacties van partijen blijkt dat men zeer verschillend denkt over de wetenschappelijke onderbouwing van het Minnesota Model. Een aantal partijen is van mening dat het 12-stappenprogramma volgens het Minnesota Model onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd is. Andere partijen wijzen erop dat instellingen hun eigen invulling kunnen geven aan dit model. In het licht van de uitspraken van partijen zullen wij evalueren hoe ons standpunt over het Minnesota Model uitwerkt in de praktijk.

11.1.6 *Nazorg*

Uit de reacties van partijen blijkt dat een heldere definitie van het begrip 'nazorg' ontbreekt. Nazorg wordt vaak opgevat als maatschappelijk herstel. In die zin uitgelegd moet nazorg niet na de zorg beginnen, maar moet integraal deel uitmaken van het bij aanvang opgestelde behandelplan. Nazorg kan verschillende doelen en vormen hebben. Het kan gericht zijn op maatschappelijk herstel en/of op terugvalpreventie door middel van zelfhulpgroepen. Steeds vaker wordt niet van nazorg gesproken, maar van 'vervolgzorg' om te benadrukken dat na een periode van ontwenning en behandeling het zorgtraject nog niet 'af' is. Het handen en voeten geven aan het begrip nazorg is een speerpunt dat volgt uit het Visiedocument Verslavingszorg van GGZ Nederland⁷. Zorginstituut Nederland is van mening dat een nadere definiëring van het begrip 'nazorg' en waar deze zorg uit bestaat moet worden uitgewerkt in de te ontwikkelen zorgstandaard voor verslavingszorg.

11.1.7 *Therapeutische gemeenschappen*

In zijn reactie verwijst de Vereniging Vrienden van drugvrije programma's naar twee onderzoeken – waarvan één zeer recent⁴⁷ – waaruit de effectiviteit van langdurige behandeling in therapeutische gemeenschappen zou blijken. ME-TA heeft deze studies in opdracht van Zorginstituut Nederland beoordeeld. Uit deze beoordeling blijkt dat de studie van Kooyman et al (1992) geen implicaties heeft voor het conceptrapport. Het bewijs van Vanderplasschen (2014) spreekt de conclusie in het conceptrapport niet tegen. De gevonden gunstige effecten van een langdurige

⁴⁷ Vanderplasschen et al. 'Therapeutic communities for treating addictions in Europe (april 2014)'

therapeutische gemeenschap gelden slechts voor cliënten die de therapie afmaken. Er zijn aanwijzingen dat dit positieve effect teniet wordt gedaan doordat cliënten eerder afhaken bij een langdurig programma. Wij hebben deze beoordeling in het rapport verwerkt.

11.1.8 Screeningsinstrumenten MATE en EuropASI

De Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben zich in de consultatie kritisch uitgelaten over de screeningsinstrumenten die nu in de G-GGZ worden gebruikt. Deze instrumenten zouden niet wetenschappelijk zijn onderbouwd en zullen daarom niet door de huisartsen worden gebruikt. Het gaat hier om screeningsinstrumenten die binnen de G-GGZ/verslavingszorg worden gebruikt en niet in de huisartsenpraktijk. Pas bij het inschatten van de ernst van de verslavingsproblematiek in de G-GGZ zijn gestructureerde vragenlijsten zoals de MATE en EuropASI toepasbaar. Wij hebben dit in het rapport verduidelijkt.

11.1.9 Gelijk speelveld

Meerdere malen wordt vooral door de nieuwe aanbieders gesteld dat er nog steeds geen sprake is van een gelijk speelveld. Zorgverzekeraars zijn niet bereid contracten te sluiten met nieuwe aanbieders, omdat zij al voldoende zorg hebben gecontracteerd. Zij zijn dan ook kritisch ten aanzien van de beoogde wijziging van artikel 13 Zvw. Wij constateren dat er aan dit verhaal twee kanten zitten en hebben daar in het rapport aandacht aan geschonken.

11.1.10 Kostenconsequentieraming

Door een aantal partijen worden kanttekeningen geplaatst bij de kostenconsequentieraming als het gaat om de selectieve inzet van verblijf. De verwachting van een bezuiniging van 64 miljoen door enkel klinische afbouw lijkt partijen te hoog gespannen. Er zal deels een verschuiving plaatsvinden naar andere, meer intensief ambulante DBC's. Wij hebben de paragraaf over de kostenconsequentieraming naar aanleiding van deze reacties genuanceerd. Wij hebben daarbij ook aangegeven dat – vanwege de vele onzekerheden – deze raming met de nodige voorzichtigheid moet worden gewogen.

11.1.11 Overige opmerkingen

Verder zijn er door partijen nog tal van andere (verschillende) opmerkingen gemaakt die wij hebben beoordeeld. Deze opmerkingen hebben op verschillende plaatsen geleid tot aanpassing of verduidelijking van het rapport het rapport.



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

College voor Zorgverzekeringen
de voorzitter van de Raad van Bestuur
Postbus 320
1110 AH Diemen

Directoraat Generaal
Curatieve Zorg
Directie Curatieve Zorg

Bezoekadres:
Rijnstraat 50
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34

Kenmerk
181173-114988-CZ

Datum 16 JAN 2014
Betreft Onderzoek verslavingszorg

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte heer Moerkamp,

Met deze brief verzoek ik u om een advies over de behandeling van verslavingsproblematiek van alcohol en drugs in de geestelijke gezondheidszorg. De redenen hiervoor zijn de volgende. De verslavingszorg kent een forse kostengroei sinds 2008, een toename van het aantal nieuwe aanbieders in de verslavingszorg, waarvan veel private klinieken, en een toename van soorten therapie. De vraag die hieruit voort komt is of er overall effectieve en efficiënte zorg geleverd wordt.

In het Onderhandelingsresultaat Geestelijke Gezondheidszorg 2014-2017 is aangegeven dat partijen, met inachtneming van ieders rol en verantwoordelijkheid, onderschrijven dat een continue, systematische doorlichting van het pakket aan verzekerde prestaties in de Zorgverzekeringswet (Zvw) noodzakelijk is en dat zij zullen inzetten op gepast gebruik, doelmatigheid, efficiency en substitutie om deze doelstelling te bereiken. Een advies over de verslavingszorg past binnen deze afspraken.

Voor een veelgebruikte interventie in de verslavingszorg, het Minnesota model (12 stappen model) bij de behandeling van alcoholverslaving, heeft u op 10 juni 2013 een duiding uitgebracht. Daarin spreekt u uit dat het Minnesota model voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en dus als effectief kan worden beschouwd en onder de te verzekeren prestaties valt. Behandeling volgens het Minnesota model is even effectief als andere behandelingen van alcoholverslaving echter wel tegen veel hogere kosten en derhalve minder kosteneffectief.

In aanvulling op hetgeen in uw rapport Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2 is geschreven omtrent de verslavingzorg en in welke mate deze tot het pakket behoort, en uw duiding over het Minnesota model vraag ik u om nader naar de verslavingszorg te kijken. Ik vraag u om na te gaan of de ontwikkelingen in de stand van wetenschap en praktijk een onderbouwing vormen voor de kostenstijging sinds 2008.



Specifiek vraag ik u ook om daarbij in te gaan op de volgende vragen.

Directie Curatieve Zorg

Kenmerk
181173-114988-CZ

1. Welke therapieën worden er op dit moment in de, door de ZVW vergoede, verslavingszorg het meest toegepast?
 - a. En door welke aanbieders? (zowel in Nederland als in het buitenland)
2. Voldoen deze therapieën aan de pakketcriteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, uitvoerbaarheid en met name kosteneffectiviteit?
 - a. In hoeverre is nazorg/ follow-up onderdeel van behandelingen?
 - b. Hoe zit het met de therapietrouw en terugvalcijfers van deze therapieën?
3. Is er informatie beschikbaar over de kosteneffectiviteit van deze therapieën om aan te tonen of deze doelmatig zijn?
 - a. Zo ja, zijn deze therapieën doelmatig?
 - b. Is er specifiek iets te duiden over doelmatigheidsgrenzen voor de hoeveelheid dagbesteding bij opname?
 - c. Wat is er bekend over de maatschappelijke baten van verslavingszorg en de maatschappelijke kosten van verslaafden?
 - d. In hoeverre maken deze maatschappelijke kosten en baten onderdeel uit van de beschikbare studies over kosteneffectiviteit?
4. Is er wetenschappelijk te bepalen wanneer een opname geïndiceerd is en een ambulante behandeling niet mogelijk is?
 - a. Kunt u aangeven welke onderbouwing daarvoor nodig is?
 - b. Ik merk bij deze vraag op dat ik u, in het verlengde van de overheveling langdurige GGZ in het kader van HLZ, nog een verzoek zal voorleggen om een nadere duiding te geven over de vraag wanneer opname in een kliniek noodzakelijk is. Hier zal ik u op korte termijn een adviesvraag voor sturen.
5. In hoeverre worden richtlijnen en standaarden gebruikt?
 - a. In hoeverre verschilt de toepassing van therapieën, de opnamegraad en de toepassing van richtlijnen en standaarden tussen gevestigde aanbieders en nieuwe toetreders tot de verslavingszorgmarkt?
6. Wat is, in het kader van gepast gebruik en het leveren van zinnige en zuinige zorg, zorg die niet meer via de ZVW zou moeten worden vergoed, bijvoorbeeld omdat deze zorg niet kosteneffectief is of een therapeutische minderwaarde heeft?

Ik vraag u of het mogelijk is om mij over bovenstaande vragen in mei 2014 te rapporteren. Ik nodig u uit om op 5 februari 2014 van 14:00-15:00 nader met mij in overleg te gaan over dit onderzoek, stringent pakketbeheer en de voorwaardelijke toelating.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Anneke van Wamel
Esther Croes
Maaïke van Vugt
Sonja van Rooijen

Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends
in de verslavingszorg

Achtergrondstudie in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen

Trimbos-instituut, Utrecht, 2014

Colofon

Projectleiding: Sonja van Rooijen

Redactie: Sonja van Rooijen, Esther Croes, Anneke van Wamel en Maaike van Vught

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

ISBN

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **[artikelnummer invullen]**

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2014, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

1.	Inleiding	7
1.1	<i>Fasen van verslaving</i>	7
1.2	<i>De ‘treatment gap’</i>	8
1.3	<i>Gedifferentieerd aanbod</i>	9
1.4	<i>De gezondheidsproblemen en maatschappelijke gevolgen van verslaving</i>	9
2.	Aard en omvang van verslavingsproblemen	13
2.1	<i>Gebruik en middelenstoornissen</i>	13
2.2	<i>Profiel en aantallen patiënten in de reguliere verslavingszorg</i>	15
2.3	<i>Trends 2009-2012</i>	21
3.	Instream, doorstroom en recidiven	25
3.1	<i>Instream en doorstroom</i>	25
3.2	<i>Recidieven</i>	26
3.3	<i>Intramuraal zorggebruik</i>	27
3.4	<i>Duur en verloop van de behandeling bij dubbele-diagnoseklinieken</i>	29
4.	Zorgaanbod	31
4.1	<i>Inleiding</i>	31
4.2	<i>Uitgangspunten reguliere verslavingszorg</i>	33
4.3	<i>Centrale uitgangspunten van de nieuwe aanbieders</i>	37
4.4	<i>Zorgtoewijzing</i>	39
4.5	<i>Interventies en therapieën: het aanbod</i>	43
4.6	<i>Kwaliteit van behandelingen</i>	51
4.7	<i>Enkele signalen en lacunes</i>	52
5	Richtlijnen	54
5.1	<i>Richtlijnontwikkeling</i>	54
5.2	<i>Beschikbare Multidisciplinaire richtlijnen</i>	55
5.3	<i>Richtlijnen en protocollen vanuit Resultaten Scoren</i>	56
5.4	<i>Richtlijnen in ontwikkeling</i>	57
5.5	<i>Lacunes</i>	58
5.6	<i>Buitenlandse richtlijnen</i>	58
5.7	<i>Aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijnen alcohol en opiaatverslaving</i>	59
5.8	<i>Conclusies</i>	65

6	Interventies, (kosten-) effectiviteit en maatschappelijke baten	67
6.1	<i>Het begrip effectiviteit</i>	67
6.2	<i>Effectiviteit van aangeboden interventies</i>	69
6.3	<i>Effectiviteit verslavingsbehandeling in nieuwe instellingen</i>	75
6.4	<i>Kosteneffectiviteit en maatschappelijke baten</i>	77
6.5	<i>(Kosten)effectiviteit van specifieke interventies</i>	80
7	Overige trends en ontwikkelingen	84
8	Samenvattende conclusies voorgaande hoofdstukken	91
	Bijlage 1: effectiviteit van interventies	99
	Literatuur	117

Voorwoord

De Minister van Volksgezondheid heeft in januari 2014 aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) advies gevraagd over de (primaire) verslavingsproblematiek van met name alcohol en drugs in de geestelijke gezondheidszorg en de effectiviteit en efficiëntie van de zorg. Het CVZ zal daartoe een rapport opstellen waarin wordt verduidelijkt wat goede en kosteneffectieve verslavingszorg is, waar lacunes liggen in de kennis over goede en kosteneffectieve verslavingszorg en wat nodig is voor de implementatie.

Als achtergrondinformatie heeft CVZ het Trimbos-instituut uitgenodigd een overzicht te maken van de stand van zaken van de aard en omvang van verslavingsproblemen, het zorggebruik van te onderscheiden patiëntgroepen, de beschikbaarheid en het gebruik van richtlijnen, de maatschappelijke kosten en baten en kosteneffectiviteit van het aanbod. Voorts is gevraagd trends en ontwikkelingen te benoemen, mede in het kader van de groei van het aantal 'nieuwe aanbieders' in de verslavingszorg, ook wel de niet-gecontracteerde aanbieders¹ genoemd.

Het overzicht dat het Trimbos-instituut in het voorliggende rapport geeft, is tot stand gekomen met een beperkt budget en in relatief korte tijd. Daarom is selectief gebruik gemaakt van bestaande bronnen en overzichten. We hebben ons voornamelijk geconcentreerd op Nederlandse literatuur. Een beperking daarbij is dat er weinig reviews beschikbaar zijn waar we ons op kunnen baseren. We hebben niet de pretentie dat we een volledig overzicht bieden van alle bestaande literatuur. Ter aanvulling op de literatuur hebben we een quickscan gemaakt van het huidige aanbod in de Nederlandse verslavingszorg op basis van een steekproef onder de gevestigde aanbieders en de nieuwe aanbieders voor verslavingszorg. Ook hiervoor geldt dat we geen volledig overzicht hebben kunnen maken. Met betrekking tot de uitspraken over de effectiviteit van interventies zij vermeld dat we ons gebaseerd hebben op de bestaande (multidisciplinaire) richtlijnen welke uiteraard wetenschappelijk gefundeerd zijn op de laatste inzichten en reviews. Evenwel zijn sommige richtlijnen toe aan een update en is niet uitgesloten dat sommigen in de toekomst herzien moeten worden.

Op hoofdlijnen richt het onderzoek zich op de volgende vragen:

1. Aard en omvang van verslavingsproblemen (prevalentie);

¹ Zij worden ook wel aangeduid als niet-gecontacteerde of niet-gebudgetteerde aanbieders. In dit rapport spreken we bij voorkeur over nieuwe aanbieders. Het gaat om instelling die vanaf 2000 zijn opgericht met een piek na 2008.

2. Welke zorg en interventies/therapieën worden in de praktijk geboden en wat is bekend over de effectiviteit daarvan;
3. Welke richtlijnen zijn voorhanden en in hoeverre worden deze toegepast;
4. Wat is op basis van bestaande bronnen bekend over kosteneffectiviteit;
5. Wat zijn opvallende trends en ontwikkelingen, mede gelet op de groei van nieuwe aanbieders.

Wat betreft de patiëntgroepen (in de nomenclatuur van de verslavingszorg: cliëntgroepen) ligt de nadruk op de probleemgroepen met de grootste aantallen: cliënten met een verslaving aan alcohol, opiaten, cannabis en cocaïne. De rapportage wordt hier gehinderd door de beperkte beschikbaarheid van gegevens over aanbod en gebruik van de zorg van de nieuwe aanbieders. Daarentegen zijn redelijk veel gegevens voorhanden van de reguliere aanbieders van gespecialiseerde verslavingszorg. Deze zijn in twee groepen in te delen, van ongeveer gelijke grootte: categorale instellingen en instellingen die gefuseerd zijn met een GGZ-brede instelling (de z.g. geïntegreerde instellingen). Beide groepen leveren gegevens aan voor het Landelijke Alcohol- en Drugsinformatie Systeem (LADIS).

Patiënten met verslavingsproblemen die uitsluitend in de GGZ-circuits van de geïntegreerde instellingen behandeld worden of verblijven, vallen grotendeels buiten de scope van dit rapport, evenals patiënten in specifieke dubbele diagnose voorzieningen. De verklaring is dat er dikwijls onvoldoende kwantitatieve gegevens voorhanden zijn.

Afgezien van de verslavingszorginstellingen die hulp bieden, zijn ook andere gezondheidszorginstellingen betrokken bij de behandeling van drugs- en alcoholproblematiek.

Huisartsen zijn een tweede groep met een in potentie grote rol in signalering, bespreekbaar maken en eerstelijnsbehandeling van verslavingsproblemen. Zeker met de ontwikkeling van de generalistische Basis GGZ en het grotere belang van de huisartsenzorg en Praktijkondersteuning Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) in de komende jaren, zal deze rol verder groeien. Ook in het gevangeniswezen vindt behandeling van verslaving en de gevolgen daarvan plaats, net als in de verslavingsreclassering en de maatschappelijke (drugs)hulpverlening. Over deze hulpverlening gaat dit rapport echter niet. Ook de grootste groep verslaafden in Nederland, de rokers, een kwart van de volwassen Nederlandse populatie, is nauwelijks te vinden in de verslavingszorg en valt daarmee buiten het onderwerp van dit rapport.

1. Inleiding

Het begrip 'verslaving' wordt in het algemeen taalgebruik veel toegepast, maar is weinig exact. In de wetenschap en de geneeskunde wordt het gesplitst in de begrippen afhankelijkheid, misbruik en schadelijk gebruik. De officiële nomenclatuur is vastgelegd in de classificatiesystemen DSM (specifiek gericht op psychische aandoeningen, opgesteld door de American Psychiatric Association) en ICD (een internationaal classificatiesysteem waarin zowel lichamelijke als psychische aandoeningen zijn opgenomen). De begrippen afhankelijkheid uit de DSM en ICD overlappen zowel qua definities in de beide classificatiesystemen als ook in empirisch onderzoek. Het begrip 'misbruik' uit de DSM en 'schadelijk gebruik' uit de ICD komen echter niet overeen. De term 'misbruik' beschrijft een patroon van gebruik waaruit mogelijk problemen zijn te verwachten in het psychisch of sociaal functioneren. Schadelijk gebruik daarentegen beschrijft een patroon van drugsgebruik dat al heeft geleid tot psychische en lichamelijke schade. In de praktijk van de verslavingszorgpraktijk wordt de DSM-classificatie gehanteerd. In de meest recente versie van de DSM, de DSM-5, is het onderscheid tussen afhankelijkheid en misbruik vervallen en wordt gescoord op een continuüm van symptomen. Op dit moment wordt in het gehele veld nog met de voorgaande DSM versie gewerkt, de DSM-IV-TR.

1.1 Fasen van verslaving

Verslaving kent verschillende fasen en kan een lange aanloop hebben. Elke verslaving begint met experimenteergedrag, maar niet elk experiment met drugs- of alcoholgebruik eindigt in een verslaving. Het beloop verschilt per persoon, naar middel, type problematiek en naar de setting. Progressie is voorspellend voor chroniciteit, hetgeen overigens ook voor andere psychische aandoeningen geldt. In hoofdstuk 2 wordt in vogelvlucht een aantal kerncijfers over de omvang van alcohol- en drugsgebruik en de prevalentie van enigerlei probleemgebruik van deze middelen gepresenteerd.

Fase	omschrijving
Experimenteergedrag	Enmalig of incidenteel gebruik.
Geïntegreerd of sociaal/recreatief gebruik	Regelmatig gebruik op gepaste gelegenheden, geen verstoring van het (maatschappelijk) leven.

Overmatig en problematisch Gebruik	Frequent en aanzienlijk gebruik, ook op ongepaste momenten, problemen en kritische vragen van de omgeving nemen toe.
Afhankelijkheid en verslaving	Gebruiker is vele uren per dag bezig met het denken aan of gebruiken van middelen; grote problemen op het gebied van werk, vrienden, relaties, hobby's, gezondheid, et cetera.
Chronische verslaving	De chronische fase treedt vaak in na verschillende vruchteloze pogingen om te stoppen met het middelenmisbruik.

1.2 De 'treatment gap'

Middelengebruik leidt niet altijd tot problemen. Als het wel tot problemen leidt, volgt er niet altijd een hulpvraag en zelfs met een hulpvraag melden probleemgebruikers zich niet altijd aan bij de verslavingszorg. Bij sommige middelen duurt het jaren voordat een persoon hulp vraagt en is de verslaving al verworpen tot een chronisch-recidiverende aandoening tegen de tijd dat iemand op zoek gaat naar een behandeling². Het verschil tussen het aantal probleemgebruikers en het aantal van hen dat in de zorg is terechtgekomen wordt de *treatment gap* genoemd. Over het algemeen is de omvang van de *treatment gap* aanzienlijk en geldt dus dat cliënten die een beroep doen op de verslavingszorg slechts een topje vormen van het totale probleemgebruik. Er zijn echter grote verschillen tussen de middelen:

- Slechts een fractie van de alcoholverslaafden komt in zicht bij de hulpverlening terwijl tweederde tot driekwart van de opiaatverslaafden de zorg bereikt, vaak via laagdrempelige voorzieningen.
- Ook het gebruik van cannabis en cocaïne leidt minder vaak tot een hulpvraag.
- Voor ecstasy geldt dat het gebruik met name onder jongeren sinds de jaren negentig sterk is toegenomen, maar dat het vrijwel altijd gaat om voorbijgaand (experimenteel), recreatief gebruik. Afhankelijkheid van ecstasy komt niet veel voor.

Hoofdstuk 3 geeft een indruk van het chronische karakter van verslaving. Cijfers van het Landelijk Alcohol en Drugs Informatiesysteem (LADIS) tonen dat het aantal patiënten³ dat terugkomt in de verslavingszorg na een eerder afgesloten behandeltraject groot is. Het recidiveniveau is het allergrootst onder de opiaatgebruikers, waar vrijwel alle patiënten als heraanmelding in het LADIS terugkomen. Echter ook een verslaving aan cannabis, hetgeen in het dagelijks

² In dit rapport worden 'hulpvragen' en 'hulpzoeken' als synoniemen gebruikt.

³ De termen 'patiënt' en 'cliënt' wordt in dit rapport door elkaar heen gebruikt.

leven vaak als minder ernstig wordt gezien, leidt in tweederde van de gevallen tot een terugkeer in de verslavingszorg. Nederland wijkt hierin overigens niet af van andere landen.

1.3 Gedifferentieerd aanbod

Het is de uitdaging aan de verslavingszorg om voor al de verschillende groepen van cliënten een passend aanbod te bieden waarmee zoveel mogelijk probleemgebruikers worden bereikt. Van oudsher heeft de reguliere verslavingszorg zijn pijlen gericht op de groepen met de meest problematische (chronische) vormen van verslaving. Sinds de invoering van de Modernisering AWBZ in 2003, de inwerkingtreding van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) in 2006 en de overheveling van de GGZ naar de Zvw in 2008 zijn er echter meer zorgaanbieders op de markt gekomen. Deze nieuwe aanbieders – inmiddels een groeiende groep met een uiteenlopend aanbod - richten zich in mindere mate op de gemarginaliseerde drugsgebruiker, maar meer op de maatschappelijk goed geïntegreerde burger met een verslaving. Veelal kenmerken de cliënten van de nieuwe instellingen zich door een redelijk hoge mate van compliance ten aanzien van hun behandeling. Het aanbod van de reguliere zorg sluit onvoldoende aan bij de belevingswereld van deze groep probleemgebruikers. Zij willen zich liever niet geïdentificeerd zien met chronisch verslaafden. De nieuwe aanbieders hebben zich op dit gat in het aanbod gericht. Zij profileren zich als zorgaanbieders met een eigen behandelfilosofie, bieden doorgaans zorg in een vrij luxe omgeving en hebben een ander behandelingsaanbod. Sommige interventies, zoals de Minnesota-aanpak die aanvankelijk voor alcoholproblematiek werd ontwikkeld maar nu ook bij andere verslavingen wordt toegepast, werden enkele jaren geleden in Nederland uitsluitend door de nieuwe aanbieders aangeboden. Verschillende reguliere zorginstellingen zijn inmiddels ook bezig behandelfaciliteiten en -methoden te ontwikkelen voor deze andere doelgroepen. Dit resulteert in een verdere differentiatie in de verslavingszorg. In hoofdstuk 4 is het zorgaanbod in kaart gebracht voor zowel de reguliere instellingen als enkele nieuwe aanbieders. Tevens wordt de effectiviteit van de aangeboden interventies besproken. Hoofdstuk 5 beschrijft de bestaande richtlijnen en de implementatie daarvan.

1.4 De gezondheidsproblemen en maatschappelijke gevolgen van verslaving

In de *Global Burden of Disease study 2010* is de ziektelast berekend die wereldwijd wordt veroorzaakt door een breed scala aan aandoeningen. Twee studies zijn voor dit rapport inzichtgevend, namelijk de studie naar ziektelast van psychische aandoeningen en middelenverslaving (Whiteford et al, 2013) en de ziektelaststudie naar gebruik van illegale drugs en afhankelijkheid (Degenhardt et al, 2013). Als uitkomstmaten hanteerden de onderzoekers het aantal jaren

met invaliditeit (YLDs), het aantal verloren levensjaren (YLLs), en het aantal levensjaren gecorrigeerd voor beperkingen (DALYs).

De studie van Whiteford et al concludeerde dat psychische aandoeningen en middelenverslaving samen in 2010 wereldwijd voor 183,9 miljoen DALYs verantwoordelijk waren, ofwel 7,4% van alle DALYs wereldwijd. Van de DALYs die samenhangen met psychische aandoeningen en middelenverslaving werd 10,9% door drugs en 9,6% door alcoholstoornissen veroorzaakt. Van alle aandoeningen werden wereldwijd de meeste jaren met invaliditeit (YLDs) veroorzaakt door psychische aandoeningen en middelenverslaving.

Degenhardt et al (2013) concludeerden dat afhankelijkheid van amfetamine, cannabis, cocaïne en opiaten in 2010 verantwoordelijk was voor 20 miljoen DALYs (95% betrouwbaarheidsinterval 15,3—25,4 miljoen), 0,8% (0,6—1,0) van de DALYs voor alle ziekten in de wereld. In West-Europa was een belangrijk deel van de ziektelast geassocieerd met injecterend heroïnegebruik, een belangrijke risicofactor voor besmetting met hiv en hepatitis C.

Voor alcoholgebruik geldt dat het de derde plaats inneemt op de wereldranglijst van risicofactoren voor ziekte en invaliditeit, na ondervoeding bij kinderen en onveilige seks.

- Alcoholgebruik is oorzakelijk gerelateerd aan het ontstaan van meer dan zestig medische aandoeningen en daarnaast betrokken bij het ontstaan van tweehonderd andere ziekten (WHO, 2011).
- Wereldwijd is bijna vier procent van alle doden toe te schrijven aan alcoholgebruik (mannen 6,2%; vrouwen 1,1%). Uit cijfers van de WHO blijkt dat onder mannen tussen 15 en 60 jaar alcohol de hoogste risicofactor is op sterfte. In Europa sterft 11% van de mannen en bijna 2% van de vrouwen aan een aandoening die te maken heeft met alcoholgebruik. Alcoholgebruikers sterven aan verwondingen (ook in het verkeer), kanker, levercirrose, hart- en vaatziekten en tal van andere aandoeningen.
- Tenslotte is alcoholgebruik geassocieerd met ernstige sociale problematiek, zoals geweld, kinderverwaarlozing en werkverzuim (WHO, 2011).

Ook uit Nederlandse cijfers blijkt dat alcoholgebruik een belangrijke bijdrage levert aan ziekte (Hoeymans et al., 2010). Alcoholgebruik draagt voor 4,5 procent bij aan de totale ziektelast, en staat daarmee in Nederland op de vierde plaats, na leefstijlfactoren als roken (met een bijdrage van 13% aan de ziektelast), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%). De bijdrage van ongevallen aan de ziektelast is overigens niet meegenomen in deze berekening.

Op populatieniveau staat alcohol weliswaar in de top vier van meest schadelijke middelen, maar heroïne en crack (cocaïne die wordt gerookt) scoren nog hoger.

De Nederlandse *Ranking van drugs* studie (Van Amsterdam et al. 2009) heeft de schadelijkheid van 17 illegale drugs en (legale) alcohol en tabak bekeken en concludeert dat heroïne, crack, alcohol en tabak het meest schadelijk zijn. De schatting werd gedaan door een panel van 19 experts. Bij de rangschikking wogen drie typen risico's mee in de beoordeling: hoe giftig is het middel voor de gebruiker (op korte en lange termijn), hoe verslavend is het, en wat is de maatschappelijke schade. Maatschappelijke schade kan bestaan uit bijvoorbeeld agressie, verkeersonveiligheid en arbeidsverzuim.

- De eindscore voor totale toxiciteit (chronische en acute toxiciteit samen) is crack, heroïne, alcohol en metamfetamine. Snuifcocaine heeft de 5^e plaats, tabak staat op de 7^e plaats.
- Voor de categorie 'verslaving' is de volgorde van de vier hoogst scorende middelen (van schadelijk naar minder schadelijk): heroïne, crack, tabak en methadon. Alcohol komt op de 7^e plaats, snuifcocaine op de 6^e.
- Op de schaal 'sociale schade op populatieniveau' is de top 4 alcohol, tabak, crack, heroïne. De maatschappelijke schade van alcohol (en tabak) weegt zwaar vanwege de omvang van het gebruik. Alcohol (en tabak) zijn daarmee relatief schadelijker dan veel andere soorten drugs.

Paddo's, LSD en khat scoren relatief laag op deze lijst. Het gebruik van cannabis en ecstasy valt in deze rangschikking op individueel niveau in de middencategorie, maar scoren vanwege de omvang van het gebruik hoger als de schadelijkheid op niveau van de hele bevolking wordt bepaald.

Dit resultaat strookt met een *drugs ranking* studie in het Verenigd Koninkrijk naar de schade door middelengebruik. Daarin werd beoordeeld dat voor de samenleving alcohol het meest schadelijke middel is (Nutt et al., 2010).

Hoofdstuk 6 gaat in op de kosteneffectiviteit van de verslavingszorg en de maatschappelijke baten. Het laatste hoofdstuk bespreekt recente trends en ontwikkelingen.

2. Aard en omvang van verslavingsproblemen

Kernpunten:

- Verslaving aan alcohol en drugs is de op twee na meest voorkomende psychische aandoening in Nederland (> 150.000 personen afhankelijk; >500.000 misbruik).
- Alcohol is het middel waaraan de meeste mensen verslaafd zijn, gevolgd door cannabis en cocaïne.
- In 2012 had de reguliere verslavingszorg (categorale instellingen voor verslavingszorg en geïntegreerde GGZ-instellingen) ruim 66.000 patiënten met verslavingsproblemen in zorg. Dat is veel minder dan het aantal geschatte personen met afhankelijkheid of misbruik.
- Het totaal aantal personen dat zich meldt in de verslavingszorg neemt sinds 2009 af.
- In 2012 daalde het aantal patiënten tot het niveau van 2008.
- Er is vanaf 2010 een daling te zien in het aantal hulpvragers voor alle middelen, met uitzondering van GHB, XTC en overige middelen. Amfetamine is na een aanvankelijke daling in 2012 weer gestegen.
- Het totale aantal hulpvragers is gedaald, maar het aantal contacten is sinds 2009 elk jaar gestegen (in 2012 neemt de stijging af).
- Er bestaan grote verschillen in patiëntprofielen: opiaatpatiënten zijn een chronische groep; cannabispatiënten jong en vaak nieuw in behandeling.
- 80% van de zorg in de reguliere verslavingszorg is ambulante. Dit percentage is sinds 2009 met 10% gestegen.
- Er is geen informatie beschikbaar over de patiënten die worden behandeld door de nieuwe aanbieders.

2.1 Gebruik en middelenstoornissen

Alcohol- en drugsgebruikers zijn een 'hidden population' hetgeen het schatten van de omvang bemoeilijkt. De cijfers die volgen uit bevolkingsonderzoek zullen een onderschatting geven van de werkelijke aantallen. Ook andere methodologische belemmeringen (zoals zelfrapportage) dragen eraan bij dat het exacte aantal gebruikers en probleemgebruikers niet bekend is.

In epidemiologisch onderzoek naar middelengebruik worden verschillende cijfers genoemd om de omvang te beschrijven. De meest bekende zijn het ooit-gebruik, het recente gebruik (vaak wordt hier het 'laatste jaar' gebruik mee bedoeld, soms ook laatste half jaar) en het actuele gebruik (vaak gedefinieerd als laatste vier weken of laatste maand, soms laatste 30 dagen). Deze cijfers verschillen vaak fors. Uit bevolkingsonderzoek is bekend dat voor de meeste middelen, behalve alcohol, geldt dat er wel mee wordt geëxperimenteerd, maar dat het gebruik niet doorzet. Tabel 2.1 illustreert dat het 'ooit gebruik' veel hoger is dan

het recente gebruik. Dat gaat overigens vooral op voor drugs, maar nauwelijks voor alcohol.

Tabel 2.1 Prevalentie middelengebruik in de algemene bevolking

Drugs	Ooit gebruik	Laatste maand gebruik
Cannabis	25.7%	4.2%
XTC	6.2%	0.4 %
Cocaine	5.2%	0.5%
Speed	3.1%	0.2%
LSD	1.5%	0.0%
Heroïne	0.5%	0.1%
Alcohol	81%	78%

Bron: NPO

Middelengebruik leidt niet altijd tot problemen, al behoort de prevalentie van een middelenstoornis tot de top drie van psychische aandoeningen in Nederland. De *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2* (NEMESIS-2) heeft in 2007-2009 de prevalentie van psychische aandoeningen, waaronder middelenstoornissen, bepaald in de populatie 18-64 jaar (sample grootte: 6646 personen; instrument: CIDI 3.0).

- De lifetimeprevalentie voor middelenstoornis (misbruik en afhankelijkheid van alcohol of drugs) was **19,1%**. Dat is de op twee na meest voorkomende psychische stoornis (stemmingsstoornis 20,2%; angststoornis 19,6%).⁴
- De afgelopen 12-maands prevalentie was **5,6%**; ongeveer gelijk aan de meting in 1996 (NEMESIS-1).
- Middelenstoornissen zijn in een kwart tot een derde van de gevallen chronisch en komen meer dan twee keer zo vaak voor bij mannen als vrouwen.

	Lifetime prevalentie	12 maands-prevalentie	Chronisch beloop
Enigerlei middelenstoornis	19,1	5,6	29,5
Alcoholmisbruik	14,3	3,7	25,9
Alcoholafhankelijkheid	2,0	0,7	36,7

⁴ Alcohol- of drugs**misbruik**: veelvuldig gebruik van alcohol of drugs ondanks problemen die dit veroorzaakt. Er is (nog) geen sprake van verslaving.

Alcohol- of drugs**afhankelijkheid**: symptomen van verslaving zoals meer en langer gebruiken dan men van plan was, pogingen om te minderen zijn weinig succesvol, onthoudingsverschijnselen. Volgens classificatiesysteem DSM-IV: 3 of meer van 7 symptomen hebben zich in dezelfde periode van 12 maanden voorgedaan.

Drugsmisbruik	3,8	0,9	22,9
Drugsafhankelijkheid	2,2	0,7	32,5

Chronisch beloop: % mensen met 12-maandsaandoening tov lifetimeaandoening.
Bron: NEMESIS-2.

In absolute aantallen:

	afhankelijk	Misbruik
Alcohol	82.400	395.000
Cannabis	29.300	40.000
Opiaten	14.000	
Slaap-/kalmeringsmiddelen	22.000	35.000
Overige drugs*	snuifcocaine 30.000/ GHB 1200/ XTC 600	
<i>Totaal</i>	> 150.000	> 500.000

Niet opgenomen zijn de niet-middelengebonden verslavingen (gokken, gamen, internet) en tabak.
Bron: NDM kerncijfers middelengebruik.

*berekeningen/ schattingen van Jellinek

2.2 Profiel en aantallen patiënten in de reguliere verslavingszorg

De gespecialiseerde Nederlandse verslavingszorg vindt grotendeels plaats in twaalf categorale⁵ instellingen. Er zijn weinig gegevens beschikbaar over het totale bereik van deze instellingen. Bereik is op te vatten als het aantal mensen dat hulp nodig heeft vanwege drugsgebruik en in zorg is, gedeeld door het totaal aantal mensen dat hulp nodig heeft. Soms wordt ervan uitgegaan dat iedereen die voldoet aan een diagnose voor een drugsstoornis (bijvoorbeeld een DSM IV diagnose afhankelijkheid) hulp nodig heeft ('objectieve hulpbehoefte'). Deze hoeft lang niet altijd te stroken met de door drugsgebruikers zelf ervaren behoefte aan hulp, doordat ze bijvoorbeeld geen problemen zien of deze niet als relevant ervaren (subjectieve hulpbehoefte). De daadwerkelijke hulpvraag kan sterk achterblijven bij zowel de klinisch vastgestelde als zelfbeleefde zorgbehoefte. Doorgaans wordt bij het bereik gekeken naar het aantal mensen dat volgens een 'objectieve' definitie als probleemgebruiker beschouwd kan worden.

Omdat gegevens over de totale omvang van het probleemgebruik van drugs en alcohol ontbreken is een conclusie over het totale bereik van de verslavingszorg niet mogelijk. Het aantal problematische opiaatgebruikers is wel bekend, evenals het aantal personen dat wegens een opiaatverslaving bij de verslavingszorg staat ingeschreven. Hieruit blijkt dat driekwart van het aantal geschatte opiaatverslaafden onder behandeling is bij de verslavingszorg. In werkelijkheid

⁵ Met 'categoraal' wordt bedoeld: de reguliere instellingen voor verslavingszorg die patiënten behandelen met een primaire diagnose stoornis in het gebruik van alcohol, middelen en/of pathologisch gokken.

ligt het bereik van de hulpverlening wel substantieel hoger, mede dankzij onder meer de intensieve bemoeizorgprojecten. Echter, contacten met bijvoorbeeld de maatschappelijke opvang en dagbestedingsprojecten die buiten de (organisatie van de) verslavingszorginstellingen plaatsvinden, worden niet in de registratie van de verslavingszorg meegenomen.

De verslavingszorginstellingen zijn in twee groepen in te delen, van ongeveer gelijke grootte: categorale instellingen en instellingen die gefuseerd zijn met een GGZ- brede instelling (de z.g. geïntegreerde instellingen). Patiënten met verslavingsproblemen die uitsluitend in de GGZ-circuits van de geïntegreerde instellingen behandeld worden, vallen grotendeels buiten de scope van dit rapport, evenals patiënten in specifieke dubbele diagnose voorzieningen (veelal gericht op cliënten met psychotische stoornissen en comorbide verslavingsproblemen). In de DBC-systematiek zijn de zogenaamde dubbele diagnose cliënten⁶ niet als zodanig herkenbaar omdat de psychotische stoornis dikwijls geldt als hoofddiagnose.

Cliënten met een dubbele diagnose of beter gesteld cliënten met comorbide problemen (psychische aandoeningen en verslavingsproblemen) vormen geen uitzondering. In het algemeen geldt dat hun prognose op verbetering slechter is dan bij een enkele diagnose. Om velerlei redenen lopen personen met een ernstige psychiatrische stoornis een groot risico om tevens verslavingsproblemen te ontwikkelen. Bij schizofrenie is dit in 47% van de gevallen en bij een bipolaire stoornis zelfs 56% (Rogier e.a., 1990). Er zijn schattingen voor de Nederlandse situatie gedaan door het Trimbos-instituut (Van Rooijen 2001). Deze schattingen laten zien dat:

- > 20 - 50% van de GGZ-populatie kampt met verslavingsproblemen en
- > 60 - 80% van de patiënten in de verslavingszorg psychiatrische problemen heeft.

(Zie ook George & Krystal, 2000).

Uit diverse onderzoeken is bekend dat de prevalentie van comorbide verslaving bij bijna alle hoofdgroepen van psychiatrische aandoeningen hoog is (Dom et al, 2013).

⁶ De term dubbele diagnose is sterk ingeburgerd in het taalgebruik. Feitelijk is het beter te spreken over comorbiditeit waarmee wordt aangegeven dat er sprake is van een sterke verwevenheid tussen verslavingsproblemen en psychische aandoeningen. In de diagnostische fase dient uitgesloten te worden dat bepaalde stoornissen - zoals angststoornissen of psychotische stoornissen - direct te maken hebben met middelengebruik. Bij het voorkomen van dubbele diagnose dient in de behandeling altijd aandacht te zijn voor beide stoornissen (verslaving en psychische aandoeningen). Er kan ook sprake zijn van verslaving en comorbide somatische stoornissen; het naast elkaar bestaan van verslaving en somatische problemen.

Diagnose groep	Voorkomen van comorbide verslaving bij psychiatrische patiënten (ooit in leven)
Schizofrenie	47%
Bipolaire stoornis	52%
Depressie	19%
Angststoornis - PTSS	35% - 22% - 43%
Persoonlijkheidsstoornissen - Antisociale Persoonlijkheidsstoornis - Borderline Persoonlijkheidsstoornis	44% (alcohol) 79% (opiaten) - 18% - 22% - 27% - 57%
ADHD	23%
Autisme	16%

Van 2007 tot 2011 heeft het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) de gegevens van cliënten in een aantal dubbele-diagnoseklinieken bijgehouden in de z.g. dubbele-diagnosemonitor. Deze klinieken zijn gericht op cliënten met zowel middelenafhankelijkheid als psychiatrische stoornissen, waarbij er dikwijls sprake is van problemen op allerlei levensgebieden.

Aan de monitor namen deel: Iriszorg, Novadic-kentron, GGZ Eindhoven, Delta Psychiatrische Centrum (thans Antes), Tactus, VOF Breburg groep en GGZ WNB. In de periode dat de monitor gelopen heeft zijn er 2.290 cliënten opgenomen in de deelnemende klinieken. Dat is een klein aantal, vergeleken met de LADIS-cijfers over dezelfde periode.

Profiel dubbele-diagnosecliënten

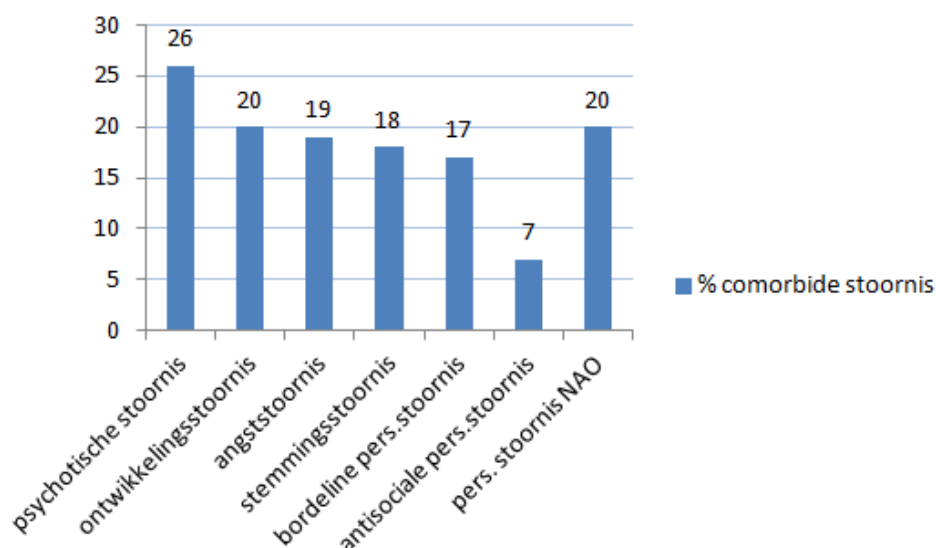
Kenmerk		DD	LADIS
Geslacht (%)	Man	75,1	77,6
	Vrouw	24,9	22,4
Etniciteit (%)	Allochtoon	84,9	80,3
	Autochtoon	15,1	19,7
Gem. leeftijd		36,8	38,1
Juridisch kader	Vrijwillig	77,2	82,5
	Niet vrijwillig	22,8	17,5
Primaire problematiek	Alcohol	59,9	47
	Drugs	39,7	46

	Anders	0,4	7
--	--------	-----	---

De cliënten in de dubbele-diagnoseklinieken wijken op deze kenmerken niet veel af van cliënten in de algemene verslavingszorg. Wel is een hoger percentage cliënten in de dubbele-diagnoseklinieken opgenomen met een juridische maatregel (22,8%, waarvan 15,0 via justitie en 7,6 met een BOPZ maatregel). Bij zes van de tien dubbele-diagnosecliënten is alcohol het primaire probleemmiddel. Dat is meer dan in de algemene verslavingszorg. Patiënten gebruiken in het algemeen langdurig middelen voordat ze worden opgenomen (69% meer dan tien jaar).

Qua psychiatrie heeft 26 van de cliënten een psychotische stoornis, 20% een ontwikkelingsstoornis, 19% een angststoornis en 18% een stemmingsstoornis. Bij 17% van de cliënten is een borderline persoonlijkheidsstoornis vastgesteld.

Psychiatrische comorbiditeit dubbele diagnose cliënten (%)



Een derde van de opgenomen cliënten heeft bij opname (naast een afhankelijkheids- en/of verslavingsdiagnose) zowel een diagnose op As I als op As II (persoonlijkheidsproblematiek).

De dubbele-diagnosecliënten hebben bovendien veel psychosociale problematiek, 61% heeft problemen met de primaire steungroep (functioneren binnen gezin en familie), 58% heeft problemen met werk of met het niet hebben van werk of een zinvolle dagbesteding, 44% heeft problemen met de sociale omgeving (Weert-van Oene et al (2012)).

Categorale instellingen en de geïntegreerde instellingen leveren beide gegevens aan aan het Landelijke Alcohol- en Drugsinformatie Systeem (LADIS). Het LADIS

verzamelt kerncijfers in de (reguliere) verslavingszorg⁷. De dataverzameling is op het niveau van patiënten. De cijfers over aantallen patiënten in de zorg zijn overigens niet één op één te vertalen naar DBC's en kosten. In 2012 was het aantal personen in de reguliere verslavingszorg 66.094. Dit is een daling tot iets onder het niveau van 2008. De daling zit bij alle middelen, behalve bij GHB en ecstasy.

Aantallen en profiel reguliere verslavingszorg in 2012

	Aantal hulpvragers	66.094
Demografie	Man : Vrouw	78 : 22
	Gemiddelde leeftijd (jaar)	41.2
	Aandeel autochtoon	78%
	Aantal per 100.000 inwoners	395
Problematiek	Enkelvoudig : Meervoudig	65 : 35
	Eerste inschrijving ooit	21.0%
	Aantal contacten	1.995.267
	Gemiddeld aantal contacten/cliënt	30

Bron: LADIS 2013

In de registratie van het LADIS wordt onderscheid gemaakt tussen primaire en (meerdere) secundaire middelen, afhankelijk van welk middel de grootste problemen geeft. Vaak is het niet zo makkelijk te beslissen welk middel het belangrijkste is, en is de indeling arbitrair. De belangrijkste geregistreerde middelen zijn alcohol, opiaten (heroïne, methadon), cannabis en cocaïne. Op deze middelen ligt de focus van dit rapport.

Personen en contacten naar primaire problematiek

Primaire problematiek	Aantal pers in 2012	Aandeel problematiek	Verandering t.o.v. 2011	Aantal contacten (x1.000)
Alcohol	30.758	46,5%	-7,1%	872
Opiaten	10.605	16,0%	-5,4%	463
Cocaïne	7.516	11,4%	-5,2%	270
Cannabis	10.207	15,4%	-6,4%	224
Amfetamine	1.485	2,2%	-4,9%	48
Ecstasy	128	0,2%	13,3%	2.7
GHB	761	1,2%	13,9%	32
Medicijnen	748	1,1%	-11,2%	22
Gokken	2.273	3,4%	-12,0%	33
Overig	1.613	2,4%	-1,2%	30
Totaal	66.094	100%	-6,4%	1.995

Bron: LADIS (2013)

7 Deelnemende instellingen: Jellinek (onderdeel van Arkin), Arta-Lievegoedgroep, Bouman GGZ, Brijder Verslavingszorg (onderdeel van de Parnassia Groep), Emergis, GGD Amsterdam, IrisZorg, Mondriaan Zorggroep, Novadic-Kentron, Stichting De Hoop, Tactus Verslavingszorg, Verslavingszorg Noord Nederland, Victas (voorheen Centrum Maliebaan), Vincent van Gogh.

De verschillende middelen van verslaving hebben patiënten met een eigen profiel. Patiënten met een opiaatverslaving zijn in 95% van de gevallen 'oude bekenden'. Verslavingszorg voor deze groep hulpvragers bestaat grotendeels uit "onderhoudszorg" of "care", is gericht op "harm-reduction" en niet op abstinentie. De typische cannabispatiënt is daarentegen jong en de behandeling richt zich op genezing ("cure").

Kenmerken cliënten (alcohol, opiaten, cannabis, cocaïne) in 2012

	Alcohol	Opiaten	Cannabis	Cocaine*
Demografie				
Aantal hulpvragers	30.758	10.605	10.207	7.516
Man : Vrouw	72 : 28	81 : 19	79 : 21	81 : 19
Gemiddelde leeftijd	46	46	28.5	38
Aandeel 25-	5%	1.1%	42%	9%
Aandeel 55+	26%	17.0%	1%	6%
Aandeel autochtoon	84%	63%	78.7%	69.5%
Aantal per 100.000 inwoners	184	63	61	45
Problematiek				
Aandeel in verslavingszorg	47%	16%	15%	11%
Enkelvoudig : Meervoudig	73 : 27	46 : 54	68 : 32	48 : 52
Gebruik als bijmiddel	5006	3.019	5.830	6.635
Eerste inschrijving ooit	22%	2.9%	34%	15.6%
Gemiddeld aantal contacten/cliënt	28	44 (excl methadon)	22	36

* Crack : Snuifcoke = 54 : 46. Bron: LADIS (2013)

In 2012 zaten ruim 10.000 personen met minimaal één klinische opname in de verslavingszorg. Minder dan 1% had een klinische opname zonder een ambulante inschrijving, want een klinische opname gaat bijna altijd gepaard met een ambulante behandeling.

In 2012 vonden de meeste contacten van de verslavingszorg met hulpvragers plaats in de ambulante setting. De meeste van deze contacten zijn gerelateerd aan verslaving aan alcohol en opiaten. Van de 2 miljoen contacten vond 80% plaats in een ambulante setting. De klinische setting was de tweede grote groep (13%). Contacten met hulpvragers via internet kwamen in minder dan 1% van contacten voor.

Contactsoort (n=1.995.000 in 2012)

Ambulant/ poliklinisch	80%
Dag en/of nachtopvang/ deeltijd	3%
Klinisch	13%
Internet*	1%
Overig	4%

*excl anonieme internetcontacten.

Bron: LADIS (2013).

Ruim de helft van de contacten is psychosociaal van aard en ruim een kwart medisch (LADIS). Dit betreft zowel behandeling als begeleiding. 1 op de 7 contacten betreft maatschappelijke begeleiding of nazorg. Het aantal crisisinterventies is 1% van alle contacten.

Het grootste gedeelte van de contacten betreft een individueel contact met de cliënt (74%), gevolgd door groepscontacten (25%). Dit betreft contacten tezamen met andere cliënten. In vergelijking met 2011 is het aandeel groepscontacten gestegen.

Systeemcontacten, contacten samen met familieleden of andere personen uit de omgeving van de cliënt vormen 1%.

Onderwerp van het contact

Crisisinterventie	1%
(Medische) intake	4%
Psychologisch onderzoek	2%
Psychosociaal	53%
Medisch	27%
Maatschappelijke begeleiding/ nazorg	8%
Overig	5%

Bron: LADIS (2013)

Niet alle patiënten met een verslaving hoeven overigens behandeld te worden in een gespecialiseerde verslavingszorginstelling. Bij alcohol bijvoorbeeld kan de huisarts⁸ een rol spelen (bron: zorgpad problematisch alcoholgebruik).

2.3 Trends 2009-2012

Het aantal personen dat zich meldt in de reguliere verslavingszorg neemt sinds 2009 af. Er is vanaf 2010 een daling te zien in het aantal hulpvragers voor alle middelen, met uitzondering van GHB, XTC en overige middelen. Amfetamine is na een aanvankelijke daling in 2012 weer gestegen. Overigens moet hierbij in ogenschouw worden genomen dat er een zekere verschuiving plaatsvindt van reguliere naar nieuwe aanbieders. Dat geldt bijvoorbeeld voor cliënten met problematisch alcoholgebruik. De daling van het totaal aantal cliënten zal in werkelijkheid minder gedaald zijn.

Aantal personen naar primaire problematiek 2009-2012

Primaire problematiek	2009	2010	2011	2012
-----------------------	------	------	------	------

⁸ Verwijzing onder meer geïndiceerd bij (ernstige) vorm van alcoholafhankelijkheid; begin voor 25^e jaar; dubbele diagnose (achterliggende psychiatrische problematiek); detox (bij slechte lichamelijke conditie, onvoldoende toezicht op de patiënt, anamnestic eerder onthoudingsinsulten of delier); klinische opname bij ernstige acute intoxicatie, onthoudingsdelier, onthoudingsinsulten, combinatie met andere psychotrope middelen.

Alcohol	34.646	36.203	32.635	30.758
Opiaten	12.466	12.313	11.315	10.605
Cocaïne	9.993	9.437	7.517	7.516
Cannabis	8.863	10.971	10.632	10.207
Amfetamine	1.504	1.805	1.645	1.741
XTC*	-	-	112	128
GHB**	-	524	659	761
Medicijnen**	-	893	810	748
Gokken	2.657	2.733	2.545	2.273
Overig	2.425	1.416	1.554	1.613
Totaal	72.554	76.295	69.312	66.094

*In 2009 werd XTC nog niet in de LADIS-rapportages opgenomen, in 2010 samen met amfetamine in één categorie en daarna als apart middel.

** GHB en medicijnen komen vanaf 2010 als apart middel in de LADIS-rapportages voor.

De contacten met cliënten waren al merendeels ambulante en dat is sinds 2009 met 10% toegenomen.

Het aantal klinische opnames zonder een ambulante inschrijving is nog verder gedaald.

Contactsoort 2009-2012 in % (LADIS)

	2009	2010	2011	2012
Alleen Ambulant	60%	65%	74%	76%
Alleen Klinisch	1%	<1%	<1%	<1%
Klinisch en ambulante (overlap)	10%	13%	15%	16%
Onbekend	29%	21%	10%	7%
Totaal	100%	100%	100%	100%

Het totale aantal hulpvragers is sinds 2009 gedaald, maar het aantal contacten is sindsdien elk jaar gestegen. In 2012 neemt deze stijging weer af. Met name in 2010 is een forse stijging in het aantal contacten te zien. Het aantal geregistreerde contacten per patiënt is tussen 2009 en 2012 fors gestegen. De meest waarschijnlijke verklaring voor deze stijging lijkt eerder een **betere**

registratie dan een werkelijke toename in het aantal contacten (persoonlijke mededeling LADIS).

Aantal contacten (x1000) 2009-2012

Primaire problematiek	2009	2010 (% stijging t.o.v. 2009)	2011 (% stijging t.o.v. 2010)	2012 (% stijging t.o.v. 2010)
Alcohol	673	819 (+21,6%)	865 (+5,6%)	872 (+0,8%)
Opiaten	406	455 (+12%)	460 (+1%)	463 (+0,7%)
Cocaïne	247	268 (+8,5%)	252 (-6%)	270 (+7,1%)
Cannabis	132	185 (+39%)	218 (+17%)	224 (+11,9%)
Amfetamine	15	41 (+36,5%)	45 (+9,8%)	48 (6,7%)
XTC*	-	-	2,7	2,7 (+0%)
GHB**	-	15	22 (+46%)	32 (+45%)
Medicijnen**	-	21	22 (+4,7%)	22 (+0%)
Gokken	34	31 (-8,9%)	36 (+16%)	33 (-8,3%)
Overig	48	23 (-52%)	27 (17,4%)	30 (+11,1%)
Totaal	1.555	1.858 (+19,5%)	1.950 (+5%)	1.995 (+2,3%)

*In 2009 werd XTC nog niet in de LADIS-rapportages opgenomen, in 2010 samen met amfetamine in één categorie en daarna als apart middel.

** GHB en medicijnen komen vanaf 2010 als apart middel in de LADIS rapportages voor.

Bron: LADIS

Gemiddeld aantal contacten per persoon

Primaire problematiek	2009	2010	2011	2012
Alcohol	19,4	22,6	26,5	28,4
Opiaten	32,6	37	40,7	43,7
Cocaïne	24,7	28,4	33,5	36
Cannabis	14,9	16,9	20,5	22
Amfetamine	9,97	22,7	27,4	27,6
XTC*	-	-	24,1	21,1

GHB**	-	28,6	33,4	42
Medicijnen**	-	23,5	27,2	29,4
Gokken	12,8	11,3	14,1	14,5
Overig	19,8	16,2	17,3	18,6

* In 2009 werd XTC nog niet in de LADIS rapportages opgenomen, in 2010 samen met amfetamine in één categorie en daarna als apart middel.

** GHB en medicijnen komen vanaf 2010 als apart middel in de LADIS-rapportages voor.

Uit gegevens van GGZ Nederland blijkt dat er een stijging is van het aantal ZVW DBC's in de verslavingszorg waarop tijd wordt geschreven door een hoofdbehandelaar. De cijfers hebben betrekking op 2008-2012 op in dat jaar afgesloten DBC's. De cijfers van LADIS geven aan dat de meeste contacten plaatsvinden tussen hulpvrager en maatschappelijk werker. Het bijhouden van disciplines in LADIS is vrij recentelijk aan de registratieset toegevoegd en daardoor nog in ontwikkeling. Bovendien zijn maatschappelijk werkers geen (hoofd)behandelaren waardoor zij geen DBC kunnen openen. Een vergelijking met de onderstaande cijfers is niet goed mogelijk.

Maatschappelijk werkers hebben de meeste contacten met hulpvragers. Daarnaast hebben veel hulpvragers contact met medische disciplines (arts, verpleegkundige, psycholoog). Er lijkt sprake van een toename van contacten met medische disciplines. Dit strookt met de constatering dat er in de afgelopen jaren meer contacten zijn genoteerd met medische disciplines (zie tabel verderop met DBC-registratie).

Discipline zorgverlener

Maatschappelijk werker	35%
Psycholoog	10%
Psychiater	2%
Arts	10%
Verpleegkundige	27%
Soc psychiatrisch verpleegkundige	5%
Andere	11%

Bron: LADIS (2013)

3. Instroom, doorstroom en recidiven

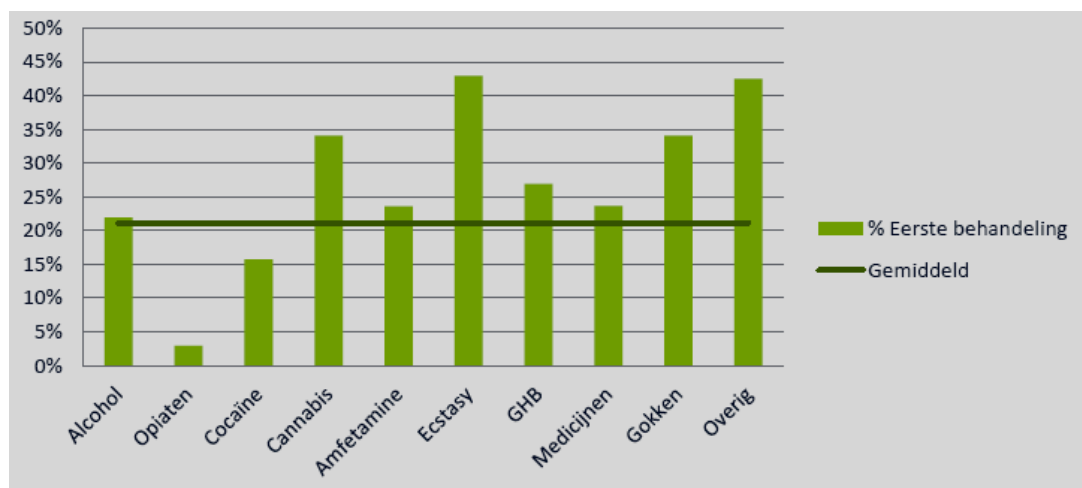
Kernpunten:

- Patiënten met opiaat-, alcohol- of cocaïneproblemen zijn het langst in zorg en komen het vaakst terug na eerdere behandeling.
- Op moment van ontslag is bijna de helft van cliënten korter dan een maand klinisch in een verslavingszorginstelling opgenomen geweest.
- In de AWBZ-gefinancierde onderdelen van instellingen voor verslavingszorg verbleef ruim driekwart van de cliënten maximaal twee jaar.

3.1 Instroom en doorstroom

Instroom 2012

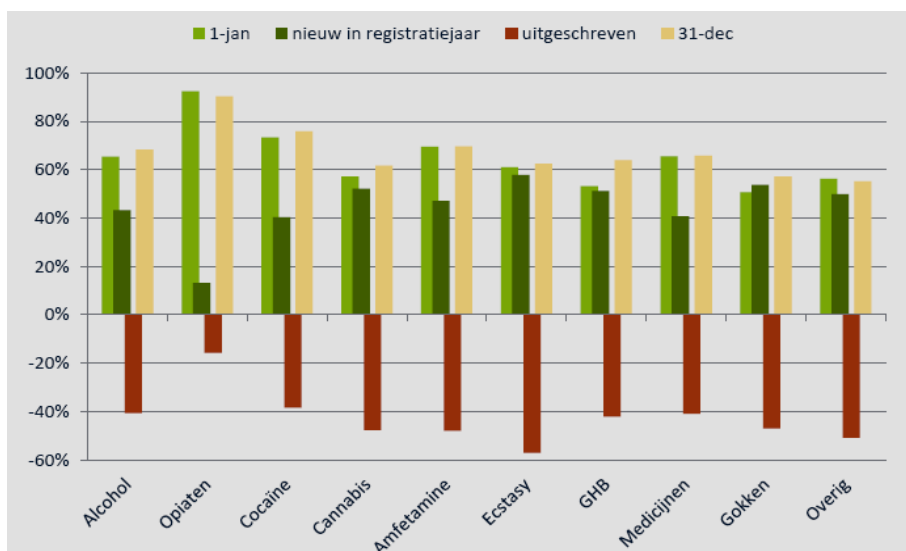
Eén op de vijf hulpvragers in 2012 kwam voor het eerst in dat jaar in de verslavingszorg. Relatief de meeste nieuwe hulpvragers hebben een probleem met het gebruik van ecstasy, of in de categorie overig (waaronder eetstoornissen en internetverslaving), cannabis en gokken. Patiënten die worden behandeld voor een opiaatverslaving zijn vrijwel allemaal al eerder behandeld. De leeftijd van de nieuwkomers ligt lager dan van alle hulpvragers.



Bron: LADIS 2013

Doorstroom 2012

Dit beschrijft het aantal cliënten op 1 januari, hoeveel er bij komen, hoeveel cliënten er worden uitgeschreven en het aantal op 31 december. De doorstroming van opiaatverslaafden is laag (zowel op 1 januari als op 31 december staat meer dan 90% van totaal aantal opiaathulpvragers uit 2012 ingeschreven). Ecstasy heeft een hoge doorstroming (60% wordt nieuw ingeschreven en ook bijna 60% weer uitgeschreven).

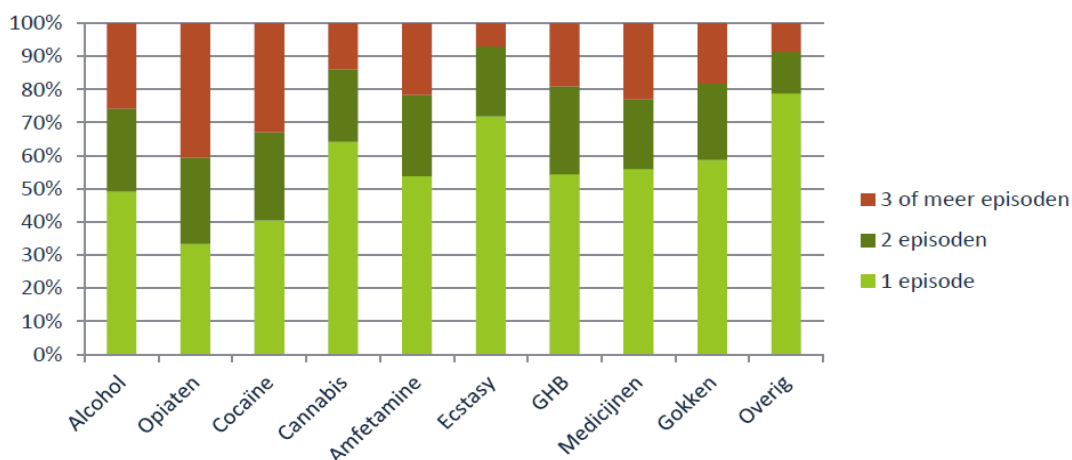


Bron: LADIS 2013

3.2 Recidieven

Aantal ingeschreven periodes

Een episode is een periode dat een persoon een aaneengesloten tijd in de verslavingszorg in behandeling is. Een episode kan uit meerdere inschrijvingen bij meerdere instellingen bestaan die elkaar overlappen of kort na elkaar plaatsvinden. Het aantal episoden in de behandelgeschiedenis van de cliënten uit 2012 is verschillend per primaire problematiek. Bij hulpvragers voor cocaine en opiaten is er vaker sprake van meerdere episoden. De behandelgeschiedenis is bij deze groepen omvangrijker. Bij de hulpvraag voor cannabis, ecstasy en de categorie overig (met name eetstoornissen) blijft het merendeels beperkt tot 1 episode.



Bron: LADIS (2013)

Behandelduur. Hulpvragers voor opiaten zijn het langst in zorg. 90% heeft een behandelgeschiedenis langer dan 3 jaar. De methadonbehandeling die zij krijgen is over het algemeen niet gericht op het bereiken van abstinentie, maar op het bereiken van stabiliteit. Ook hulpvragers voor cocaïne en alcohol hebben vaak een lange carrière in de verslavingszorg. Meer dan de helft heeft een totale behandelduur van meer dan 3 jaar. Voor alcohol bedraagt dit aandeel 40% (LADIS 2013).

Rutten en Schippers (2013) hebben de cliëntpopulaties in categorale verslavingsinstellingen vergeleken met cliënten in verslavingscircuits in de geïntegreerde instellingen. Ze onderzochten cliëntkenmerken en zorggebruik. Zowel de cliëntkenmerken als verschuivingen in groepen (zoals eerder in dit rapport beschreven, o.a. minder opiaatgebruikers, afname gokkers, toename cocaïnegebruikers) komen overeen. Bij beide groepen is een verschuiving van begeleiding naar behandeling te zien.

3.3 Intramuraal zorggebruik

Intramurale voorzieningen zijn klinische opnamevoorzieningen, groepswoonvoorzieningen en individuele woonvoorzieningen. De totale instroom in 2012 in de intramurale voorzieningen van deelnemende instellingen aan de landelijke monitor intramurale GGZ⁹ bedroeg 57.000 cliënten.

- Voor de verslavingszorginstellingen zijn dat respectievelijk 53,1% klinische, 35,8% groepswoonvoorzieningen en 11,1% individuele woonvoorzieningen van de intramurale plaatsen.
- Daarvan stoomden er 6.640 (8,6% van de totale instroom) in in de intramurale verslavingszorg zoals hierboven beschreven. Het grootste deel van de instroom vond plaats bij de geïntegreerde instellingen, die in een aantal gevallen ook specifieke verslavingszorg bieden.
- Gekeken naar de DBC-hoofddiagnose in de totale intramurale productie (inclusief de geïntegreerde instellingen) heeft 9% van alle cliënten van deze instellingen de hoofddiagnose aan alcohol gebonden stoornis en 7% van de cliënten een aan overige middelen gebonden stoornis.

⁹ Vanuit de verslavingszorg leveren Bouman GGZ, Iriszorg, De Hoop, Tactus, VNN en Victas gegevens aan aan de monitor. De geïntegreerde instellingen zijn: Altrecht, Arkin, GGZ Breburg, De Viersprong, Delta Psychiatrisch Centrum, Dimence, Eleos, Emergis, Stichting Fier Fryslân, GGNet, GGZ Centraal, GGZ Delfland, GGZ Drenthe, GGZ Friesland, GGZ inGeest, GGZ Noord-Holland-Noord, GGZ Oost Brabant, GGZ Eindhoven en de Kempen, Lentis, Lievegoed Zorggroep, Mediant, Mondriaan, Orbis, Parnassia Bavo Groep, Pro Persona, Reinier van Arkel Groep, Rivierduinen, Sinai Centrum, Vincent van Gogh, Yulius. Let wel: de aantallen voor de geïntegreerde GGZ-instellingen omvatten alle cliënten, dus niet uitsluitend de cliënten met verslavingsproblemen.

Aantal ingestroomde cliënten 2012

	ZVW	AWBZ	DJI	Totaal
Verslavingszorginstellingen	4.490	1.623	527	6.640
Geïntegreerde GGZ instellingen*	40.700	4.057	1.777	46.534
RIBW	5	1.847	75	1.927
Instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie	1.395	238	0	1.633
Forensisch Psychiatrisch Centrum	4	0	657	661
Totaal	46.594	7.765	3.036	57.395

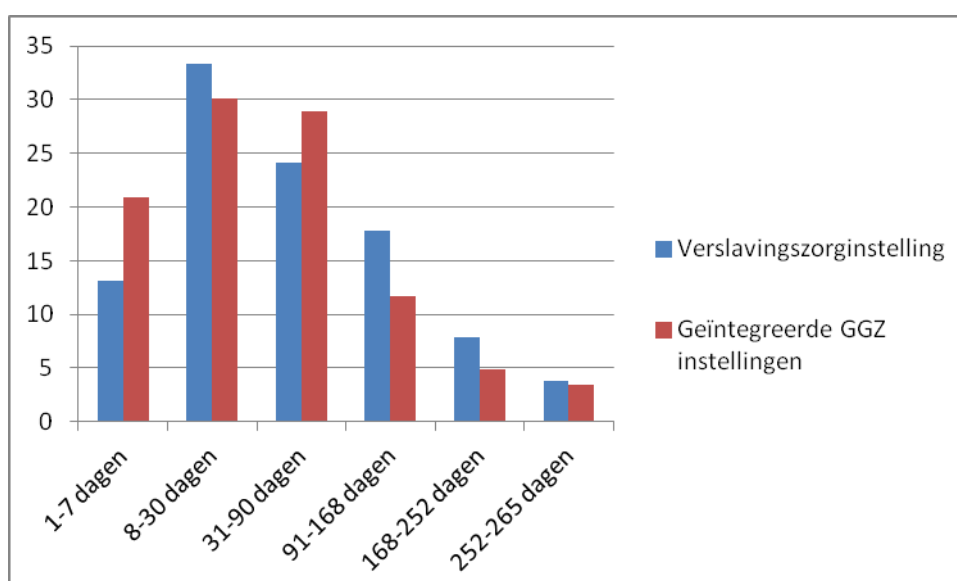
*De cijfers van de geïntegreerde instellingen betreffen alle diagnosegroepen, dus niet alleen verslaving.

Verblijfsduur uitgestroomde intramurale ZVW-cliënten in percentages

	1-7 dagen	8-30 dagen	31-90 dagen	91-168 dagen	168-252 dagen	252-265 dagen
Verslavingszorginstelling	13,1	33,3	24,1	17,8	7,9	3,8
Geïntegreerde GGZ instellingen*	20,9	30,1	28,9	11,7	4,9	3,5

*De cijfers van de geïntegreerde instellingen betreffen alle diagnosegroepen, dus niet alleen verslaving.

Verblijfsduur uitgestroomde intramurale ZVW-cliënten in percentages

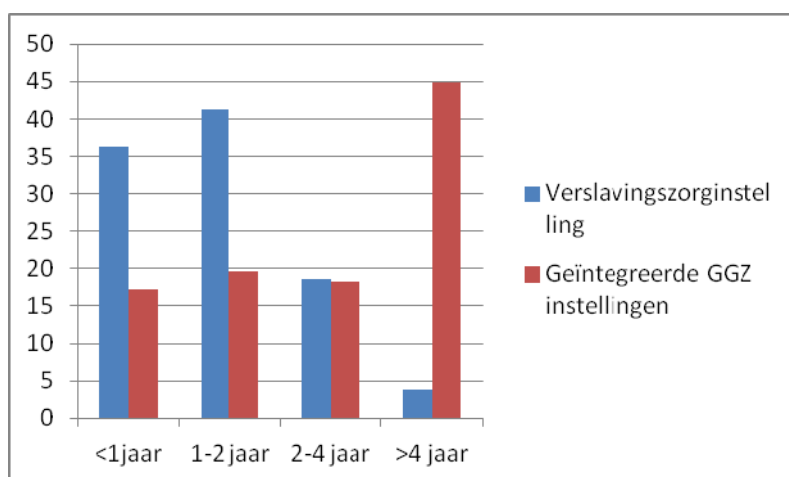


Op het moment van ontslag is bijna de helft van de cliënten korter dan een maand in een verslavingszorginstelling opgenomen geweest. Circa een kwart van de cliënten blijft 1 tot 3 maanden opgenomen en bijna een derde nog langer.

Verblijfsduur aanwezige intramurale AWBZ-cliënten op peildatum in percentages					
	<1jaar	1-2 jaar	2-4 jaar	>4 jaar	Totaal
Verslavingszorginstelling	36,3	41,3	18,6	3,9	100
Geïntegreerde GGZ instellingen*	17,2	19,7	18,2	44,9	100

*De cijfers van de geïntegreerde instellingen betreffen alle diagnosegroepen, dus niet alleen verslaving.

Verblijfsduur aanwezige intramurale AWBZ-cliënten op peildatum in percentages



In de AWBZ-gefinancierde onderdelen van instellingen voor verslavingszorg verbleef ruim driekwart van de cliënten maximaal twee jaar.

3.4 Duur en verloop van de behandeling bij dubbele-diagnoseklinieken

De gemiddelde opnameduur binnen de dubbele-diagnoseklinieken is 80 dagen, maar er zijn aanzienlijke verschillen tussen klinieken. De geplande opnameduur is gemiddeld ruim 100 dagen. Zeven procent van de cliënten blijft even lang als de geplande duur, 26% blijft langer dan de kliniek had gepland (gem. 154 dagen) en 68% blijft korter (gem. 43 dagen) (Weert et al, 2012).

	2007	2008	2009	2010	2011
Duur	144	110	80	75	78
Geplande duur	177	115	110	100	97

In de loop van de monitorjaren is zowel de geplande als de werkelijke behandelduur korter geworden. Waar in de beginjaren de cliënten gemiddeld langer dan de geplande duur in de kliniek verbleven, is dat in de laatste jaren juist korter geworden.

Minder dan de helft van de cliënten (43%) tijdens de gehele monitorperiode verlaat de kliniek conform het behandelplan. De overige cliënten vertrekken vrijwillig of gedwongen vroegtijdig de kliniek.

Uitstroom niet conform behandelplan	Aantallen	%
Afbreken In overleg	177	21,9
Afbreken door behandelaar	272	33,6
Afbreken door cliënt	289	35,7
Afbreken anders	71	8,8

4. Zorgaanbod

Kernpunten:

- Verslaving wordt beschouwd als een tot chroniciteit neigende ziekte.
- Biopsychosociaal model wordt gehanteerd als verklaringsmodel.
- In de loop der tijd is er meer aandacht gekomen voor behandeling ten opzichte van psychosociale begeleiding.
- Er is in Nederland een landelijk gedifferentieerd aanbod voor verslavingszorg beschikbaar en is er veel aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.
- Het bereik van de verslavingszorg onder opiaatverslaafden is groot.
- Voor andere groepen drugsgebruikers (cannabis, crack, cocaïne en partydrugs) is het bereik kleiner. Ook valt er over deze groepen minder te zeggen over de bereikte resultaten in termen van abstinentie dan wel gecontroleerd gebruik. Er is meer aandacht gekomen voor de behandeling van probleemgebruik van crack en cannabis maar de ontwikkelingen staan nog in de kinderschoenen.
- Er zijn meer voorzieningen gekomen voor mensen met dubbele diagnose en voor jongeren met verslavingsproblemen. Het aanbod is nog niet toereikend.
- Nieuwe aanbieders in de verslavingszorg dragen richten zich gedeeltelijk op een andere groep cliënten. Chronisch verslaafde cliënten vallen doorgaans buiten hun bereik.
- Nieuwe aanbieders hanteren veelal een andere behandelfilosofie. Abstinentie en zelfhulp staan hoog in het vaandel. Dikwijls wordt gewerkt met het 12-stappenmodel Minnesotamodel, gebaseerd op de uitgangspunten van de Anonieme alcoholisten (AA). Nazorg in de vorm van zelfhulp krijgt veel nadruk.
- Er is in het algemeen sprake van een toenemende professionalisering, via ontwikkeling van richtlijnen en protocollen en een toename van het aantal opleidingen en nascholing op het terrein van verslaving. Niet alle kwaliteitsbevorderende activiteiten zijn even goed geïmplementeerd.
- Alle alcohol- en drugsgerelateerde richtlijnen benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde screening en assessment instrumenten. Zij geven geen aanbevelingen over een specifiek instrument.

4.1 Inleiding

De Nederlandse verslavingszorg biedt een combinatie van cure (op abstinentie gerichte behandeling) en care (gericht op stabilisatie van middelengebruik en bijkomende problemen). Verder is er onderscheid te maken – al dan niet organisatorisch - in hulpverlening bij drugsproblemen en problematisch

alcoholgebruik. Het afgelopen decennium is er ook steeds meer aandacht voor dubbele-diagnoseproblematiek.

Het Nederlandse drugsbeleid is in 2009 uitgebreid geëvalueerd (Van Laar en Van Ooyen, (Red) 2009). Een vergelijkbare omvangrijke studie omtrent het Nederlandse alcoholbeleid en de zorgverlening aan alcoholgebruikers ontbreekt. Onderstaand belichten we een aantal bevindingen uit de Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid.

- Voor degenen die door hun drugsgebruik in de problemen raken is er een landelijk gedifferentieerd aanbod voor verslavingszorg beschikbaar en is er veel aandacht voor het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.
- Er is in het algemeen sprake van een toenemende professionalisering, via ontwikkeling van richtlijnen en protocollen en een toename van het aantal opleidingen en nascholing op het terrein van verslaving. Niet alle kwaliteitsbevorderende activiteiten zijn even goed geïmplementeerd.
- Het bereik van de verslavingszorg onder opiaatverslaafden is groot. Nederland loopt internationaal gezien voorop als het gaat om medische methadonverstrekking.
- Voor andere groepen drugsgebruikers is het bereik kleiner (overigens is er sinds midden jaren negentig wel een stijgende hulpvraag onder probleemgebruikers van cannabis en cocaïne). Ook valt er over deze groepen (cannabis, crack, cocaïne en partydrugs) minder te zeggen over de bereikte resultaten in termen van abstinentie dan wel gecontroleerd gebruik. Er is meer aandacht gekomen voor de behandeling van probleemgebruik van crack en cannabis maar de ontwikkelingen staan nog in de kinderschoenen. Tegelijkertijd geldt dat internetbehandeling (nog voornamelijk gericht op cannabisverslaving) groepen bereikt die voorheen niet bereikt werden.
- Er zijn meer voorzieningen gekomen voor mensen met dubbele diagnose en voor jongeren met verslavingsproblemen. Het aanbod is nog niet toereikend.
- Op het terrein van harm reduction zijn tal van initiatieven genomen. Substitutiebehandeling voor heroïneverslaafden met methadon is breed voorhanden maar verbeteringen in de behandelpraktijk zijn nodig. Medische heroïneverstrekking blijkt een effectief behandel aanbod voor behandelresistente verslaafden.
- In de vier grote steden is een forse impuls gegeven aan laagdrempelige opvang van dak- en thuislozen, van wie het merendeel drugsgebruiker is.
- Er wordt meer integrale zorg geboden op het gebied van wonen, huisvesting en financiën, ook al is de samenwerking met bepaalde voorzieningen voor verbetering vatbaar (Justitie, gemeenten, arbeidsorganisaties). Dit manifesteert zich vooral in knelpunten in de zorg voor mensen met complexe verslavingsproblemen en re-integratietrajecten.

Lange tijd waren opiaatverslaafden de belangrijkste doelgroep in de drugshulpverlening en was het bereiken van volledige abstinentie het belangrijkste behandeldoel. Omdat uit zowel de praktijk als onderzoek bleek dat dit doel vrijwel altijd onhaalbaar was, is de hulpverlening zich reëlere doelen gaan stellen. Hierbij is de nadruk komen te liggen op het beperken van de schade, zowel op het gebied van gezondheid als op sociaal vlak. De sociale aspecten van de hulpverlening zijn langzaam gaan prevaleren. De op care gerichte laagdrempelige voorzieningen, gericht op stabilisatie van de problematiek en vaak ontstaan in het kader van overlastbestrijding, zijn de belangrijkste onderdelen van deze 'sociale verslavingszorg'. Voorbeelden zijn de methadonverstrekking, gebruiksruidten, inloop- en opvangcentra, begeleid-wonenvoorzieningen en dagbestedingsprojecten.

Inmiddels prevaleert het biopsychosociaal model, waarin verslaving wordt beschouwd als een tot chroniciteit neigende ziekte. Artsen dragen nu meer de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling. Methadonverstrekking is methadonbehandeling geworden. Ook de herkenning en behandeling van met verslaving gepaard gaande lichamelijke of psychiatrische stoornissen (comorbiditeit) wint in dit model meer terrein. Tevens is in recente jaren het aanbod aan behandelingen gericht op andere middelen dan opiaten (cannabis, cocaïne) uitgebreid.

Uit: Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid, 2009.

4.2 Uitgangspunten reguliere verslavingszorg

In 2013 heeft GGZ Nederland het document 'Een visie op verslaving en verslavingszorg' uitgebracht. In dit document wordt beschreven wat de stand van zaken momenteel is, gevolgd door een beleidsagenda en ambities voor de komende jaren. Het visiedocument is leidend voor de reguliere verslavingsinstellingen. Onderstaand gaan we in op de leidende principes in de verslavingszorg en wordt een aantal punten uitgelicht.

Visie op verslaving

Verslaving betreft een ernstige aandoening (psychische stoornis) met biologische, psychologische, sociale en culturele componenten. Het treedt op bij mensen die afhankelijk zijn geworden van een psychoactieve stof, en die daar niet gemakkelijk mee kunnen stoppen uit zichzelf. Het voortduren van deze vorm van afhankelijkheid heeft schadelijke gevolgen voor de persoon (lichamelijk, psychisch en sociaal) en zijn of haar omgeving. De betreffende persoon gaat zich geleidelijk steeds sterker fixeren op het gebruik van middelen, ten koste van het sociale en psychische functioneren. Tevens kan het gepaard gaan met een grotere kans op – en/of verergering van reeds bestaande – andere psychische stoornissen. Meer en meer wordt verslaving gezien als een tot chroniciteit neigende ziekte die in een vroegtijdig stadium gespecialiseerde en zo nodig intensieve dan wel langdurige behandeling en ondersteuning behoeft. Afhankelijk

van de ernst en het soort van middelengebruik dient rekening gehouden te worden met terugval en verschillende episoden van behandeling. Hiermee in samenhang wordt meer belang gehecht aan ondersteuning bij het persoonlijk en maatschappelijk herstel. Actieve deelname aan zelfhulpgroepen bevordert langere periodes van herstel en wordt meer gestimuleerd. In het genoemde visiedocument van GGZ Nederland wordt nadruk gelegd op het bevorderen of ondersteunen van zelfzorg, eigen regie én zelfregulatie. Herstel is hierbij een belangrijk concept, gedurende alle fasen in het verslavingsproces. Ook het Kennisnetwerk het Zwarte Gat – waarin vertegenwoordigd de cliënten van de verslavingszorg – benadrukt het belang van herstel en herstelondersteunende zorg.

Integraal zorgaanbod

Verslaving gaat veelal gepaard met psychische, lichamelijke en sociale problemen. Om de verslaving en de achterliggende problemen goed aan te pakken is meestal een intensieve en integrale behandeling benodigd. Een integraal zorgaanbod is gericht op al de bovengenoemde facetten. De behandeling stopt niet na detoxificatie, maar richt zich op diagnostiek, behandeling, terugvalpreventie en herstel van het maatschappelijk functioneren. Wat betreft dat laatste kan niet voldoende benadrukt worden dat het verkrijgen van werk een belangrijke factor van betekenis is bij het persoonlijk herstel en preventie van terugval. Een dergelijk integraal zorgaanbod vereist dat er samenwerking bestaat tussen de betrokken actoren binnen de verslavingszorg en andere maatschappelijke instanties, zoals arbeidsvoorzieningen, het UWV, sociale diensten, et cetera.

Gedifferentieerd aanbod

Het huidige zorgaanbod in de reguliere verslavingszorg is zeer gedifferentieerd. Het aanbod reikt van ambulante behandelprogramma's tot klinische behandelcentra variërend van een korte detoxificatieperiode (tot drie weken), kortdurende opnames (tot drie maanden) tot langer durende opnames (maximaal één jaar) waar intensieve behandelprogramma's worden geboden. Ook zijn er zorgboerderijen, intramurale motivatiecentra, enkele therapeutische gemeenschappen, heroïnesubstitutieprojecten, resocialisatieprojecten, dagbestedingen, 24-uursopvang, gebruiksruidten, begeleid wonen en woonwerkprojecten, interventies gericht op preventie van infectieziekten (zoals spuitomruil) en sinds kort ook internetbehandelingen. De interventies strekken zich uit van gedwongen behandeling tot vrijwillige trajecten en van een streven naar abstinentie (cure) tot een beperking van schade aan de gezondheid bij aanhoudend alcohol- of drugsgebruik, waarbij verandering van het verslavingsgedrag niet het primaire doel is (care). Ook in internationaal perspectief bezien is de veelzijdigheid van het Nederlandse hulpaanbod voor verslaafden groot.

Een geprofessionaliseerd zorgaanbod

De verslavingsinstellingen hechten aan een professioneel zorgaanbod waarbij systematisch gebruik wordt gemaakt van voorgeschreven richtlijnen en protocollen. Bij de preventie en behandeling van risicogroepen bij middelengebruik richt de verslavingszorg zich op het volgende:

- het stellen van de juiste diagnose;
- het inschatten van de ernst van het middelengebruik;
- het bepalen van de gewenste behandelintensiteit;
- het in kaart brengen van specifieke kenmerken die voorspellend kunnen zijn voor het beloop van het middelengebruik.

Op basis hiervan worden interventies ingezet die de meeste kans van slagen hebben.

Van stepped care naar matched care

Het aanbod aan interventies in de reguliere verslavingszorg volgt het zogeheten 'stepped care'-principe, waarbij de patiënt in de eerste plaats de zorg krijgt aangeboden die het minst intensief is en waarvan wordt verondersteld dat deze bijdraagt aan het behandeldoel. Bij het volgen van het stepped care principe is de behandelvoorgeschiedenis een leidend indicatiecriterium, dat wordt aangevuld met factoren als ernst van de verslaving, ernst van bijkomende psychiatrische problematiek en de mate van sociale integratie. Een voorbeeld: in 2002 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over de medicamenteuze behandeling van drugsverslaafden, welk advies het principe van stepped care volgt. In het advies wordt beschreven dat vooral in de beginfase van een heroïneverslaving abstinentie het behandeldoel is (cure). Genezing van verslaving is echter vaak niet op korte termijn te realiseren, zodat het volgende behandeldoel stabilisatie is, waarbij ernaar wordt gestreefd dat de patiënt geen drugs bijgebruikt, of het (bij)gebruik wordt gereguleerd. Omdat verslaafden vaak terugvallen in hun gedrag is het lang voortzetten van de behandeling nodig, ook na perioden van schijnbaar langdurig herstel. Het laatste behandeldoel is palliatie: symptoombestrijding bij patiënten met een beperkte levensverwachting om het lijden te verzachten.

Inmiddels is er een verschuiving gaande waarin de aandacht meer uitgaat naar de ontwikkelingsfasen van verslaving (stagering) en individuele kenmerken (profilering). Het "matchen" van de zorg aan de behoeften van de patiënt zal naar verwachting bijdragen aan een efficiëntere zorg. Van belang is vooral dat er voor goed omschreven cliëntgroepen duidelijke zorgpaden worden omschreven en dat deze worden gevolgd.

Belang stagering en profilering

De verslavingszorg heeft te maken met een enorme verscheidenheid aan cliënten en doelgroepen: 'de typische verslaafde' bestaat niet. Om daarin structuur aan te brengen en beter te kunnen aangeven welke middelen of werkwijzen daarvoor kunnen of moeten worden ingezet zal de verslavingszorg systemen en werkwijzen voor stagering en profilering ontwikkelen. Met *stagering* wordt bedoeld op methoden om duidelijk te markeren in welk stadium (fase) iemand zich in het verslavingsproces bevindt met als doel om de behandeling gericht erin te kunnen zetten. Het veronderstelt een gedegen diagnostiek om aldus een goede prognose te kunnen geven van de huidige situatie en de behandel mogelijkheden. Een vereiste daarvoor is dat het individuele profiel van de desbetreffende persoon zo goed mogelijk in kaart wordt gebracht (*profilering*) opdat verwachtingen over de respons op behandeling of op ondersteuning bij het herstelproces gebaseerd zijn op feiten en wetenschappelijke kennis. Helaas zijn er nog maar weinig klinische variabelen bekend met een goede voorspellende waarde en is niet onomstotelijk duidelijk hoe individuele patiënten het beste behandeld kunnen worden (Van den Brink & Schippers 2008).

Bemoeizorg voor langdurig verslaafden

Er is een redelijk grote groep mensen met ernstige verslavingsproblemen die niet uit zichzelf de weg weet te vinden naar de hulpverlening. Denk aan de zogenoemde zorgmijders en dak- en thuislozen. In deze gevallen is bemoeizorg en outreachende zorg aangewezen. De verslavingszorg dient initiatieven te ontplooiën in die gevallen waarin personen, groepen of de samenleving in zijn geheel te grote risico's nemen en de zaak op hun beloop laten, aldus het visiedocument van GGZ Nederland.

Het aanbod in de verslavingszorg is het afgelopen decennium uitgebreid met verschillende voorzieningen specifiek gericht op langdurig verslaafden en slecht behandelbare drugsgebruikers, de groep die onder de definitie valt van de 'problematische drugsverslaafden of bemoeizorgcliënten'. Bemoeizorg is het bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders, waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunten dienen. Bemoeizorgprogramma's, in het Engels 'assertive outreach', richten zich vooral op onbereikbare patiënten, overlastveroorzakers en dubbele-diagnosepatiënten. Zo zijn in verschillende steden hostels of vergelijkbare woonvoorzieningen geopend voor chronisch verslaafde cliënten om zo de overlast op straat tegen te gaan en betere zorg te kunnen bieden aan mensen die voorheen vaak op straat verbleven en/of gebruik maakten van de dag en nachtopvangvoorzieningen vanuit de maatschappelijke opvang. Intramurale voorzieningen (hostels en BW-voorzieningen) voor verslaafde drugsgebruikers werden aanvankelijk opgezet als experiment voor een beperkt aantal jaren, maar zijn tot het reguliere aanbod gaan behoren. Om het

zorgtraject te begeleiden worden in vrijwel alle regio's bemoeizorg en casemanagement voor langdurig verslaafden ingezet. Bemoeizorg voor volwassenen valt dikwijls onder de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ). Voor bemoeizorg is goede samenwerking vereist tussen de OGGZ, verslavingszorg, huisartsen, maatschappelijke opvang, politie en justitie. Het gaat erom de overlast te verminderen, de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren en doelgroepen te bereiken waarvoor voordien onvoldoende aanbod beschikbaar was. Er worden hiermee meer verslaafden bereikt dan voorheen. Veldwerkers melden dat er op straat nauwelijks nog probleemgebruikers te vinden zijn die niet via een of ander traject met de hulpverlening in contact staan. Nederland lijkt in dit opzicht succesvol te zijn ten opzichte van andere landen waar nog geregeld drugsverslaafde zwervers op straat worden gevonden (zie ook Evaluatie van het Nederlands drugsbeleid, 2009).

4.3 Centrale uitgangspunten van de nieuwe aanbieders

Er is in Nederland een groeiend aantal nieuwe aanbieders dat verslavingszorg biedt. Voor een deel richten zij zich op een doelgroep die tot voor kort de verslavingszorg liever meed omdat men zich niet wenste te identificeren met de chronische cliëntenpopulatie. Het ontbreekt bij de nieuwe aanbieders aan een centrale registratie zodat er weinig zicht is op kerngegevens, zoals het aantal aanbieders, het aantal cliënten, duur van de behandeling, et cetera. In tegenstelling tot de reguliere instellingen voor verslavingszorg hebben de nieuwe aanbieders voor verslavingszorg (nog) geen gemeenschappelijk visiedocument uitgebracht of zich verenigd in een eigen branche-organisatie (enkel zijn aangesloten bij GGZ Nederland). Uit de informatie op de websites van nieuwe aanbieders zijn de onderstaande gemeenschappelijke uitgangspunten ontleend.

Visie op verslaving en behandeling

De nieuwe instellingen dragen uit dat verslaving een ernstige aandoening / ziekte is. De omschrijvingen lopen uiteen:

- een veelal chronische hersenaandoening, waarbij genetische factoren een rol kunnen spelen (U-center);
- een progressieve chronische ziekte, gekenmerkt door een steeds grotere en dwingender behoefte aan het middel of het gedrag (SolutionS),
- verslaving is een fysieke, mentale en spirituele ziekte (Castle Craig). Ook wordt verslaving omschreven als een primaire, chronische en progressieve ziekte.
 - Primair: omdat het een ziekte is die op zichzelf staat en geen symptoom is van een onderliggend probleem;
 - chronisch, omdat de verslaafde persoon in de regel nooit meer kan terugkeren naar "normaal" of gecontroleerd middelengebruik. Als de ziekte zich eenmaal heeft gemanifesteerd, verdwijnt zij niet meer;

- progressief, omdat de symptomen en consequenties zich blijven voordoen en zelfs verergeren, zolang men niet volledig stopt met het gebruik van het gebruik van (geestverruimende en stemmingsveranderende) middelen. Hoe langer men de verslaving in stand houdt, hoe erger deze wordt.

Abstinentie als einddoel

Zoals eerder gesteld hanteren de nieuwe aanbieders veelal een eigen behandelfilosofie en richten zij zich doorgaans op cliënten die maatschappelijk actief zijn maar zich te buiten gaan aan bovenmatig middelengebruik (primair middelengebruik). Cliënten met een dubbele diagnose en/of zogenaamde zorgmijders (bemoeizorgcliënten) vallen dikwijls buiten de clientèle. Langdurige zorgtrajecten vallen doorgaans buiten het bereik van de nieuwe aanbieders. In de behandeling wordt ingezet op abtinentie als haalbaar einddoel. Dit verlangt echter dat cliënten gemotiveerd zijn om hun herstel zelf ter hand te nemen en welwillend zijn om gedurende een langere periode zelfhulpgroepen te bezoeken en gebruik te maken van gestructureerde zelfhulpprogramma, zoals bijvoorbeeld het 12-stappenprogramma:

“Het doel van de behandeling is dat patiënten volledig herstel genieten en de kwaliteit van hun leven kunnen vergroten’. Daarvoor is ‘onthouding van middelen en de blijvende steun vanuit het 12-stappenprogramma van essentieel belang.” (website Castle Craig)

Werken vanuit eigen ervaring

Het aantal nieuwe aanbieders in de verslavingszorg is in korte tijd hard gegroeid en het aanbod is inmiddels uiteenlopend van aard. Sommige aanbieders bieden uitsluitend ambulante zorg, waar anderen zowel ambulante als klinische zorg dan wel dagbehandeling bieden. Verschillende organisaties bieden (luxe) zorg in het buitenland. Een aantal van de nieuwe instellingen zijn opgericht door mensen die zelf een verslaving hebben gehad en daarvan hersteld zijn. Zij werken meestal met begeleiders die zelf ook met een verslaving te maken hebben gehad (ervaringsdeskundigen of verslavingscounselers). Deze instellingen stellen dat de ervaringskennis leidt tot betere en persoonlijker behandeling. Veelal wordt zorg geleverd die gebaseerd is op het Minnesota-behandelmodel (12-stappenprogramma voor zelfhulp, gebaseerd op veel van de uitgangspunten van de Anonieme Alcoholisten/AA). Ervaringsdeskundigen bieden ondersteuning om het programma te doorlopen. (Zie ook verslag invitational conference 19 maart 2014).

Werken volgens het Minnesota 12-stappenmodel

Op enkele uitzonderingen na werken de nieuwe instellingen met het Minnesotamodel.

Een Minnesotabehandeling bestaat uit psycho-educatie en individuele therapie aangevuld met groepssessies waarbij systematische wordt ingegaan op de twaalf

stappen om therapeutische verandering te stimuleren (Vedel & Emmelkamp, 2009). Het bereiken van abstinentie is een belangrijk behandeldoel. In de eerste fase van de behandeling wordt erop ingezet dat de cliënt onder ogen ziet dat hij een chronisch verslavingsprobleem waarover hij geen controle meer heeft. Ook is het van belang om de zelfondermijnende consequenties van het middelengebruik te onderkennen alsmede de ontkenning en het bagatelliseren ervan. Vervolgens is het belangrijk te accepteren dat volledige abstinentie de enige reële optie is. In een latere fase van behandeling wordt steeds meer accent gelegd op het concept van spiritualiteit om aldus hun eigen wilskracht en vertrouwen te versterken. Binnen het Minnesotamodel wordt gebruikgemaakt van cognitief-therapeutische technieken om effectiever met stressvolle gebeurtenissen om te leren gaan en gedragsverandering mogelijk te maken (Vedel & Emmelkamp, 2009). In een aantal instellingen wordt het Minnesotamodel aangevuld met andere (niet altijd omschreven) therapieën, zoals inzichtgevende en lichaamsgerichte therapie.

Betrekken van familie

De nieuwe instellingen betrekken nadrukkelijk de familie en omgeving van de cliënt bij de behandeling. Vaak zijn er ook partnerprogramma's en familiedagen voor de familie en partner.

Nazorg blijft belangrijk

Nazorg krijgt veel aandacht. Dit krijgt vorm in zelfhulpgroepen, reguliere of door de instelling georganiseerd.

4.4 Zorgtoewijzing

De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een instrument voor triage en evaluatie dat in steeds meer (reguliere) Nederlandse verslavingszorginstellingen gebruikt wordt bij de zorgtoewijzing aan de voordeur. Het uitgangspunt is het ondersteunen van de triage naar zorgzwaarte. Deze zorgzwaarte is opgebouwd uit drie dimensies:

- ernst van de verslaving
- ernst van comorbide psychopathologie
- ernst van sociale desintegratie.

Omdat de triagebeslissing op een stepped care benadering is gebaseerd, is het belangrijk te weten hoeveel behandelingen de persoon heeft gehad. Vervolgens kan de cliënt aan vier niveaus van zorg worden toegewezen, afhankelijk van het aantal eerdere behandelingen voor verslaving en de scores op ernst van de verslaving, ernst van comorbide psychopathologie, en ernst van de sociale desintegratie. De vier niveaus zijn: kort ambulante behandeling, ambulante behandeling, deeltijd of klinische behandeling en lange ambulante zorg. Deze procedure geldt voornamelijk in de reguliere verslavingszorg; in hoeverre nieuwe zorgaanbieders werken met de MATE is niet bekend. Overigens gebruiken niet

alle verslavingsinstellingen de MATE, een deel werkt met de Europese versie van de ASI (Addiction Severity Index). De EuropASI is een gestructureerd interview dat de ernst van de verslaving meet vanuit verschillende invalshoeken. Vanuit de visie dat een verslavingsprobleem nooit een geïsoleerd probleem is, worden meerdere leefgebieden in kaart gebracht. In de EuropASI komen zeven levensdomeinen aan bod: lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, alcoholgebruik, druggebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid. Diverse problemen – die zowel een gevolg als een oorzaak van het alcohol- en drugsmisbruik kunnen vormen - worden geïnventariseerd om vervolgens de prioriteiten voor behandeling te bepalen. Evenals de MATE werkt de EuropASI met ernstscores op verschillende leefgebieden aan de hand waarvan een inschatting wordt gemaakt over welke zorg het meest gepast is.

Alle alcohol- en drugsgelateerde richtlijnen benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde screening en assessment instrumenten. Zij geven geen aanbevelingen over een specifiek instrument. De Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatbehandeling zegt hierover: “Zowel de EuropASI als de MATE kennen psychometrische tekortkomingen, waardoor de relevantie van het toepassen van deze instrumenten moeilijk te beoordelen is. Het gebruik van deze semigestructureerde interviews blijft echter te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek (niveau 2 bewijs)”.

In de onderstaande tabellen is weergegeven welke overwegingen gemaakt worden in de zorgtoewijzing, gebaseerd op informatie die op de websites van instellingen te vinden is. In de reguliere verslavingszorg vindt zorgtoewijzing plaats aan de hand van de MATE. Bij de nieuwe instellingen spelen de haalbaarheid van het bereiken van het doel en de keuze van de cliënt een belangrijke rol.

In de onderstaande tabellen is weergegeven welke overwegingen gemaakt worden in de zorgtoewijzing, gebaseerd op informatie die op de websites van instellingen te vinden is. In de reguliere verslavingszorg (en U-center) vindt zorgtoewijzing plaats aan de hand van de MATE. Bij de nieuwe instellingen spelen de haalbaarheid van het bereiken van het doel en de keuze van de cliënt een belangrijke rol.

Reguliere verslavingszorg	Nieuwe aanbieders
Kortdurend ambulante Meestal 4 tot 6 gesprekken.	Kortdurend ambulante O.a. Ready for Change
Indicatie volgens de MATE Als de persoon niet of slechts één keer eerder is behandeld voor verslaving én	Doelgroep: kort, intensief individueel programma van voor mensen die niet echt verslaafd zijn, maar wel misbruik

de scores op Ernst van de verslaving, Ernst van comorbide psychopathologie en Ernst van sociale desintegratie zijn geen van alle hoog, dan wordt de persoon verwezen voor korte ambulante behandeling.	maken van alcohol of drugs. Duur: Acht weken, twee sessies per week.
Ambulante hulpverlening (poliklinisch) Een behandeling bestaat uit een reeks gesprekken en trainingen. De meeste behandelingen duren drie, zes of negen maanden. Indicatie volgens de MATE Als de score op de Ernst van sociale desintegratie niet hoog is, terwijl de score op de Ernst van de verslaving of op de Ernst van comorbide psychopathologie of op beide wel hoog is, ófwel als de persoon tenminste twee keer eerder behandeld is (ongeacht de score op Ernst van de verslaving of op de Ernst van comorbide psychopathologie), dan wordt de persoon verwezen naar de standaard ambulante behandeling.	Ambulante hulpverlening (poliklinisch) O.a. SolutionS, Castle Craig Nederland Doelgroep: SolutionS biedt cliënten de mogelijkheid te kiezen voor ambulante verslavingszorg, als de deskundigen van SolutionS dit haalbaar achten. Duur - Zoveel individuele sessies met de counselor als voor de behandeling noodzakelijk is (SolutionS). - De ambulante programma's variëren van kortdurende ambulante trajecten tot intensieve ambulante trajecten. De intensievere trajecten bieden, indien nodig, meerdere psychiatrische consulten ten behoeve van bijkomende diagnoses. Behandelingen variëren van 1 tot 2 keer per week persoonlijke gesprekken, op locatie en/of online (Castle Craig Nederland).
Ambulante hulpverlening (langdurig: FACT en ACT) De zorg aan cliënten vanuit de FACT-teams is doorgaans van lange duur omdat de problematiek vaak ernstig en hardnekkig is	Ambulante hulpverlening (langdurig: FACT en ACT) Deze zorg wordt door de nieuwe instellingen niet geboden.
Deeltijdbehandeling Een deeltijdbehandeling duurt 3 tot 4 maanden, meestal twee tot drie dagen	Deeltijdbehandeling Deze zorg wordt door de nieuwe instellingen niet geboden.

<p>per week.</p> <p>Indicatie volgens de MATE Als de score op de Ernst van sociale desintegratie hoog is, of als de persoon drie, vier of vijf keer eerder is behandeld, dan wordt de persoon verwezen naar dagbehandeling of klinische behandeling.</p>	
<p>Dagbehandeling en Klinische opname De duur van de klinische opname varieert van enkele weken tot een half jaar.</p> <p>Indicatie volgens de MATE Als de score op de Ernst van sociale desintegratie hoog is, of als de persoon drie, vier of vijf keer eerder is behandeld, dan wordt de persoon verwezen naar dagbehandeling of klinische behandeling.</p>	<p>Dagbehandeling en Klinische opname</p> <p>Doelgroep</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinische opname bij alle aanmeldingen (U-center, SolutionS, IGHD) - Alleen dagbehandeling (Ready For Change, Trubendorffer) - Dagbehandeling (Castle Craig Nederland): als opname in een kliniek niet direct noodzakelijk, mogelijk of geïndiceerd is, en wekelijkse gesprekken niet voldoende zijn om het doel, nuchter leven, te verwezenlijken. <p>Duur De duur van de klinische opname varieert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 weken gevolgd door 7 weken ambulante (U-center), - 28 dagen, eventueel gevolgd door secundaire zorg van twee maanden in buitenland (SolutionS) - 28 dagen (Ready for Change) - 4 weken (IGHD) - duur niet vermeld (Trubendorffer) - 12 weken dagbehandeling, vier dagdelen per week (Castle Craig Nederland)

<p>Bemoeizorg De mate van complexiteit en zorgzwaarte bij de bemoeizorgpatiënt zijn bepalend voor de intensiteit en de duur van de zorg.</p>	<p>Bemoeizorg Deze zorg wordt door de nieuwe instellingen niet geboden.</p>
<p>Langdurende zorg (care) en verblijf De mate van complexiteit en zorgzwaarte bij de patiënt zijn bepalend voor de intensiteit en de duur van de zorg.</p> <p>Indicatie volgens de MATE Als de persoon vaker dan vijf keer eerder is behandeld, dan wordt de persoon verwezen naar langdurige zorg, ongeacht de overige MATE dimensiescores.</p>	<p>Langdurende zorg (care) en verblijf Deze zorg wordt door de nieuwe instellingen niet geboden.</p>

4.5 Interventies en therapieën: het aanbod

Het aanbod voor problematisch opiaatgebruikers bestaat uit harm reduction-interventies en verschillende typen farmacologische behandeling.

Onderhoudsbehandeling met methadon wordt breed toegepast en is laagdrempelig. De gemiddelde dosering is over het algemeen (adequaat) hoog. Voor heroïnegebruikers die onvoldoende baat hebben bij methadon is ook, onder strikte voorwaarden, medisch verstrekte heroïne beschikbaar. Het middel buprenorfine wordt op beperkte schaal gegeven.

Voor patiënten met problematisch gebruik (verslaving) van alcohol is het aanbod aan interventies het meest divers en de wetenschappelijke onderbouwing het grootst. Voor andere drugs dan opiaten zijn diverse soorten psychosociale interventies en therapieën beschikbaar in de reguliere verslavingszorg. Het aanbod sluit aan bij de leefsituatie van de verslaafde en de mate van de verslaving, zoals gezinstherapie, gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, en minder en meer intensieve leefstijltrainingen die deels gebaseerd zijn op de principes van cognitieve gedragstherapie.

Om inzicht te krijgen in het zorgaanbod van de reguliere verslavingszorginstellingen zijn steekproefgewijs de websites van zes instellingen doorzocht op beschrijvingen van interventies, doelgroepen, indicaties en duur

van de behandelingen. Hetzelfde is gedaan op met de websites van zeven nieuwe instellingen voor verslavingszorg.

Er is gekozen voor de grootste verslavingsinstellingen, waarbij ook de regionale spreiding is meegenomen. Wat betreft de nieuwe aanbieders is gekozen voor de meest *bekende* instellingen en degene die op verschillende zoektermen bovenaan de hits staan.

De websites van de volgende instellingen zijn bekeken:

- reguliere instellingen voor verslavingszorg: Tactus, Jellinek, VVN, Iriszorg, Novadic-Kentron en de Brijder¹⁰.

- nieuwe aanbieders voor verslavingszorg: U-Center, SolutionS, Ready for Change, IGHD, Trubendorffer, Castle Craig Nederland en Spoor6¹¹.

Op de volgende pagina's is het overzicht van interventies te zien, van zowel de reguliere en nieuwe aanbieders. Dit is een zogenaamde quick scan op basis van wat op de sites van de instellingen te vinden is. Het pretendeert geen volledig overzicht van het gehele aanbod voor alle doelgroepen te zijn, maar geeft wel enig inzicht in de scope en verschillen in aanbod van de (nieuwe) verslavingszorginstellingen.

Enkele dingen vallen in dit overzicht op.

- Alle instellingen voeren een vorm van probleemverkenning en diagnostiek uit. De reguliere instellingen voeren echter een veel uitgebreider diagnostisch traject uit. Dit is voor een deel te verklaren door de zwaardere en meer chronische doelgroep cliënten die deze instellingen bedienen, vergeleken met die van de nieuwe aanbieders.
- Motiverende gespreksvoering is een techniek die in de reguliere verslavingszorg de basis lijkt te vormen voor de uitvoering van de hulpverlening waar het bij de nieuwe aanbieders niet veel genoemd wordt. Hetzelfde geldt voor de leefstijltrainingen.
- Voorlichting en psycho-educatie, individuele en groepsgesprekken en individuele en groepstherapie worden door alle instellingen genoemd. De inhoud van deze gesprekken en therapieën is echter lang niet altijd helder.
- Het Minnesotamodel is de basis van behandeling van alle nieuwe aanbieders (met uitzondering van U-Center). Ook enkele reguliere instellingen bieden behandeling volgens dit model, maar dan gescheiden van de rest van het behandelaanbod.
- Nazorggroepen worden door alle instellingen geboden, soms wordt verwezen naar zelfhulpgroepen. De nieuwe instellingen geven veel expliciete aandacht aan nazorg en het belang ervan op hun sites.

10 www.tactus.nl, www.jellinek.nl, www.vnn.nl, www.iriszorg.nl, www.novadic-kentron.nl, www.brijder.nl

11 www.u-center.nl, www.solutions-center.nl, www.readyforchange.nl, www.ighd.nl, www.trubendorffer.nl, www.castlecraig.nl, www.spoor6.nl.

- Een aantal nieuwe aanbieders biedt (vaak aanvullende) therapieën die de reguliere instellingen niet bieden, al dan niet bewezen effectief bij verslavingsproblemen of niet voldoende onderzocht.
- De nieuwe aanbieders hebben doorgaans geen aanbod voor langdurige, meer complexe chronische cliënten. Deze behoren ook niet tot hun doelgroep.

	Novadic Kentron	Brijder	Jellinek	VNN	Iriszorg	Tactus	U- Center	Solutio ns	Ready for Change	IGHD	Castle Craig	Truben dorffer	Spoor6
Onderzoek en diagnostiek													
Probleemverkenning en diagnostiek	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Psychiatrisch onderzoek bij verslaving	x	x	x	x	x	x	x	x			x		
Psychologisch onderzoek bij verslaving	x	x	x	x	x	x	x	x					
Medisch onderzoek en begeleiding	x	x	x	x	x	x	x				x		
Consult (verslavings)arts	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		
Motiveren													
Intramuraal motivatiecentrum													
Middelengroep						x	x						
Motiverende gespreksvoering	x	x	x	x	x	x	x				x		
Crisisopname	x				x	x							
Online aanbod													
Online zelfhulp	x	x	x	x	x	x							
Online behandeling	x	x	x	x		x	x		x		x	x	
'Combibehandelingen': gesprekken met een behandelaar en online contact		x	x				x				x		
Detox													
Klinische detox	x	x	x	x	x	x	x	x			x		
Ambulante detox		x			x						x		
Advies en hulp													
Avondprogramma voor werkenden			x	x					x		x		
Dagstructuur bieden	x	x	x	x	x	x			x				x

	Novadic Kentron	Brijder	Jellinek	VNN	Iriszorg	Tactus	U- Center	Solutio ns	Ready for Change	IGHD	Castle Craig	Truben dorffer	Spoor6
Medicamenteuze behandeling	x	x	x	x	x	x	x						
Voorlichting en psycho-educatie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nuchter Slapen (omgaan met slaapproblemen)	x				x		x						
Individuele gesprekken/begeleiding	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cognitieve gedragstherapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x		x
Groeps(psycho)therapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Minnesota model (12 stappen)			x			x		x	x	x	x	x	x
Omgaan met negatieve gevoelens (Emotieregulatietraining)			x	x	x		x						
Behandelingen gericht op bijkomende psychiatrie	x				x	x	x				x		
EMDR (traumabehandeling)		x			x		x				x		
Seeking safety (traumabehandeling)	x			x		x							
Omgaan met boosheid en agressie (Agressieregulatietraining)					x		x						
Module sociale relaties	x			x			x	x					
Leefstijltraining	x	x	x	x	x	x	x						
Libermantraining (Omgaan met verslaving)	x		x		x	x							
Omgaan met verslaving (CRA ¹² -vaardigheidstraining)	x				x								
Sociale vaardigheidstraining/goldsteintraining	x			x	x	x	x				x		
ADHD behandeling in een groep of individueel		x		x	x		x						
Training stoppen met roken	x						x						
Zelfcontrole cursus	x					x	x						

¹² CRA; Community Reinforcement Approach. Een aanpak waarin bekrachtigers centraal staan: positieve consequenties, zoals sociale steun, plezierige activiteiten en materiële en symbolische beloningen.

	Novadic Kentron	Brijder	Jellinek	VNN	Iriszorg	Tactus	U- Center	Solutio ns	Ready for Change	IGHD	Castle Craig	Truben dorffer	Spoor6
Specifieke gespreksgroepen (jongeren, mannen, vrouwen of ouderen)	x			x		x					x		
Community reinforcement approach: CRA	x				x		x		x				
Terugvalpreventie training en begeleiding	x	x		x		x	x	x		x	x	x	
Nazorggroep	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Zelfhulpgroep/lotgenotencontact	x	x	x	x		x	x	x			x	x	x
Familie- en systeembegeleiding													
Systeemgesprekken bij verslaving	x	x		x	x	x	x			x	x		x
Systeemtherapie bij verslaving		x		x	x	x	x				x		
Bijeenkomsten voor familie		x					x	x	x		x		x
Groep voor kinderen van verslaafde ouders		x				x							
Partnergroep/echtparengroep				x	x	x	x				x		
Multidimensionele familietherapie (MDFT)						x							
Oudergroep (ouders van verslaafde kinderen)													
Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)							x		x				
Vaktherapie													
Psychomotorische therapie	x			x		x							
Muziektherapie	x						x						
Drumming therapie												x	x
Dramatherapie	x						x	x					
Running therapie		x					x						

	Novadic Kentron	Brijder	Jellinek	VNN	Iriszorg	Tactus	U- Center	Solutio ns	Ready for Change	IGHD	Castle Craig	Truben dorffer	Spoor6
Sport en beweging		x			x	x	x	x		x	x		x
Beeldende/creatieve therapie	x			x		x	x	x		x	x		x
Overige therapieën													
NLP (Neuro-Linguistisch Programmeren)													x
Equine therapy												x	x
Mindfulnessstraining							x				x		x
Inzichtgevende therapie							x	x					x
Lichaamsgerichte therapie							x	x					x
Meditatie											x		x
Inner child therapie													x
Workshops, lezingen							x	x	x	x	x	x	x
Outreach													
Bemoeizorgteams	x	x		x		x							
(F)ACT-team	x		x	x	x	x							
Hulp en advies bij werk, dagbesteding, wonen, geld- of juridische zaken	x	x	x	x	x	x					x		
Langdurig aanbod													
Individuele rehabilitatiebenadering		x											
Woontraining		x											
Trajectbegeleiding/arbeidsconsulent		x				x							
Budgetbegeleiding, schuldhulpverlening en een cursus Leren Budgetteren.	x	x	x	x	x	x							
Activering en dagbesteding	x	x	x	x	x	x							
Zorgboerderij/werkprojecten		x											

	Spoor6	Trubendorffer	Castle Craig	IGHD	Ready for Change	Solutions	U-Center	Tactus	Iriszorg	VNN	Jellinek	Brijder	Novadic Kentron
Woonbegeleiding								x	x				
Woonvoorzieningen/safehouses								x		x		x	
Dag- en nachtopvang								x				x	
Opiaat substitutiebehandeling								x	x	x			
Medische heroïnebehandeling								x	x	x		x	
Alcoholverstrekking													
Huiskamer straatprostitutie										x			
Gebruiksruimte (alcohol en drugs)										x			
Inloophuizen								x		x	x		
Harm reduction (spuitenruil ed)								x	X	x	x	x	x

4.6 Kwaliteit van behandelingen

Resultaten Scoren – gestart in 1999 en gefinancierd door het Ministerie van VWS – is een programma gericht op innovatie en kwaliteitsverbetering van de verslavingszorg. De nadruk van Resultaten Scoren ligt op verbetering van medische behandeling en zorg, op het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen (standaardisering) en op het initiëren van nieuwe beroepsopleidingen voor professionals in de verslavingszorg. Het programma Resultaten Scoren heeft geleid tot een aanzienlijke kwaliteitsimpuls en professionalisering in de verslavingszorg. Er zijn veel handreikingen, richtlijnen, interventies en protocollen tot stand gekomen welke de keuze van interventies en de toepassing ervan vergemakkelijken.

Over de wijze waarop de interventies zijn geïmplementeerd is nauwelijks informatie beschikbaar. Wel wordt de implementatie en toepassing van de binnen Resultaten Scoren ontwikkelde producten regelmatig geëvalueerd (2003, 2005, 2008 en in 2011). (zie ook volgende hoofdstuk) Doel is om inzicht te verkrijgen in het gebruik van de producten en het in kaart brengen van factoren die de implementatie beïnvloeden. Volgens de evaluatie worden de meeste producten door veel instellingen voor verslavingszorg gebruikt. Er is wel onderlinge variatie. Grofweg zijn de producten in te delen in drie categorieën:

1. Producten die breed worden gebruikt door (bijna) alle instellingen. Dit betreft:

- alle Leefstijltrainingen,
- de Intakemodule en indicatiestelling,
- de richtlijn Detox,
- de richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp,
- de RIOB,
- de MATE,
- Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen.

2. Producten die niet of nauwelijks worden gebruikt. Dit betreft:

- Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders,
- Invoering van trajectmatig werken in een complexe omgeving,
- Cliëntprofielen,
- de preventieproducten.

3. Producten die door een deel van de instellingen wordt gebruikt, maar door een groter deel niet. Dit betreft:

- de handreiking Gebruiksruimten in beeld,
- de Crisismodule,
- de handreiking Bemoeizorg,
- de richtlijn Gedwongen ontslag,
- de module Nazorg na deeltijd en klinische behandeling,
- de richtlijn Suicide in de verslavingszorg

- de richtlijn Intensieve casemanagement.

Drie van de vijf nieuwe producten zijn nog niet in te delen in deze categorieën, aangezien deze nog te weinig bekendheid genieten (Middelenafhankelijkheid en depressie en Medicamenteuze terugvalpreventie bij alcoholafhankelijkheid) of te recent ontwikkeld zijn om een uitspraak te doen over de te verwachten toepassing (richtlijn Vroegsignalering middelenmisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren). Ondanks de brede implementatie zijn er toch belangrijke verschillen tussen instellingen in de toepassing van producten van Resultaten Scoren. Sommige instellingen implementeren bijna alle producten, terwijl andere instellingen slechts een klein aantal gebruikt.

Afgezien van de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen is ook op ander vlak de afgelopen jaren hard gewerkt aan een kwaliteitsslag in de reguliere verslavingszorg. Het slechte imago uit de jaren negentig is nu dankzij kwaliteitsimpulsen en professionalisering verbeterd. Aan deze kwaliteitsverbetering hebben ook de beide ZonMw-programma's (Verslaving en Risicogedrag en Afhankelijkheid) een belangrijke bijdrage geleverd. Belangrijk voor de kwaliteit van de verslavingszorg zijn tevens de invoering van benchmarking en de set van prestatie-indicatoren waaraan de sector zich heeft gecommitteerd, waardoor een proces van verbetering op gang is gekomen. Ook professionalisering heeft binnen de verslavingszorg een impuls gekregen door de ontwikkeling van diverse richtlijnen en protocollen en een toename van het aantal opleidingen en nascholingen die zich specifiek op aspecten van verslaving richten. Inmiddels zijn er al enkele lichten MiAMs (Master in Addiction Medicine) afgestudeerd en is verslavingsarts KNMG een beschermde titel.

4.7 Enkele signalen en lacunes

- Een goed overzicht van de aangeboden behandelingen en de effectiviteit hiervan voor mensen met verslavingsproblemen ontbreekt en is niet uit de LADIS-gegevens te halen.
- Er is onvoldoende overzicht van (het aanbod van) de nieuwe aanbieders in de verslavingszorg en de effectiviteit van de door hen geleverde zorg.
- Er zijn redelijk grote verschillen tussen instellingen in de mate waarin gebruik wordt gemaakt van landelijke richtlijnen en protocollen.
- Nieuwe aanbieders maken voor zover bekend in veel mindere mate gebruik van bestaande richtlijnen en protocollen voor zorgtoewijzing en behandeling.
- Afgezien van de opiaatgebruikers is het bereik van de verslavingszorg voor andere groepen drugsgebruikers kleiner (overigens is er sinds midden jaren negentig wel een stijgende hulpvraag onder probleemgebruikers van cannabis en cocaïne). Ook valt er over deze groepen (cannabis, crack, cocaïne en partydrugs) minder te zeggen over de bereikte resultaten in

termen van abstinentie dan wel gecontroleerd gebruik. Er is meer aandacht gekomen voor de behandeling van probleemgebruik van crack en cannabis maar de ontwikkelingen staan nog in de kinderschoenen.

- Er zijn meer voorzieningen gekomen voor mensen met dubbele diagnose en voor jongeren met verslavingsproblemen maar het aanbod heeft verbetering.
- Er is een grote behoefte aan standaardisering van het gebruik van interventies.

5 Richtlijnen

Kernpunten:

- Er zijn twee Multidisciplinaire Richtlijnen die ten behoeve van de GGZ en de Verslavingszorg zijn ontwikkeld en die betrekking hebben op alcohol- en drugsgebruik: Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol en de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving.
- Het ontbreekt nog aan richtlijnen over Problematisch Drugsgebruik, anders dan opiaten (cannabis, cocaine, GHB, stimulantia), voor de GGZ en Verslavingszorg.
- De Richtlijn Middelengebruik in de jeugdzorg is in ontwikkeling, en verschijnt in het najaar van 2014.
- In het kader van 'Resultaten Scoren' zijn diverse richtlijnen op het gebied van verslaving verschenen, op basis van het zogenaamde 'Masterprotocol' van Resultaten Scoren.
- Voor de huisartsen is er een NHG-standaard Problematisch alcoholgebruik (2005).
- Er zijn diverse actuele buitenlandse richtlijnen.
- Een zorgpad Problematisch Alcoholgebruik gericht op volwassenen vanaf 18 jaar is beschikbaar. Dit zorgpad is gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn, de NHG standaard en op de LESA (Landelijk Eerstelijns Samenwerkingsafspraken) Stoornissen in het gebruik van alcohol (NHG/VVGN, 2010)
- Een zorgstandaard verslavingszorg is niet voorhanden. Een zorgstandaard is een hulpmiddel voor zorgverlener, verzekeraar en patiënt en beschrijft vanuit het patiëntenperspectief waar kwalitatief goede zorg aan moet voldoen.

5.1 Richtlijnontwikkeling

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren, wordt meer en meer gewerkt volgens richtlijnen. Richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor een cliënt. Ze bieden artsen en andere zorgverleners ondersteuning bij de klinische besluitvorming. Tegenwoordig zijn de aanbevelingen in de richtlijnen zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwd (evidence based). Richtlijnen zijn dus geen wettelijke voorschriften; het zijn inzichten en aanbevelingen die gebaseerd zijn op de 'gemiddelde patiënt'. Zorgverleners kunnen op basis van hun professionele autonomie afwijken van een richtlijn. Richtlijnen moeten regelmatig aangepast worden aan veranderende inzichten. In Nederland is tot op heden geen structuur voor onderhoud en actualisatie van bestaande richtlijnen. Er zijn geen gegevens over in hoeverre richtlijnen worden gevolgd, maar zij kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de verslavingszorg door het standaardiseren van het aanbod.

In Nederland wordt sinds 1999 samengewerkt om te komen tot betere richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hierbij zijn vele beroepsgroepen betrokken en vanzelfsprekend ook cliënten- en familieorganisaties. Wat betreft verslaving zijn er in Nederland twee organisaties die richtlijnen opstellen:

- De Nederlandse vereniging voor psychiatrie die opdracht geeft aan werkgroepen **Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling** (vanaf 2013 vanuit het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ) en,
- **Stichting Resultaten Scoren**, het Kenniscentrum Verslaving waarin alle regionale instellingen voor verslavingszorg participeren. Resultaten Scoren is het sinds 1999 door het Ministerie van VWS gefinancierde programma gericht op innovatie en kwaliteitsverbetering binnen de verslavingszorg. De nadruk van Resultaten Scoren ligt niet alleen op het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen, maar ook op verbetering van medische behandeling en zorg en op het initiëren van nieuwe beroepsopleidingen voor professionals in de verslavingszorg. In 2006 is er vanuit Resultaten Scoren een richtlijn (Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling en de Richtlijn Detox (De Jong e.a., 2004), de "RIOB") geschreven met praktische aanwijzingen omtrent de organisatie van de zorg voor patiënten die deelnemen aan een onderhoudsbehandeling.

De richtlijnontwikkelaars werken niet onafhankelijk van elkaar, de producten zijn onderling afgestemd en bouwen op elkaar voort. Zo is de multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving een product dat voortbouwt op eerdere initiatieven van Resultaten Scoren om de kwaliteit van de behandeling van en de zorg voor verslaafden aan opiaten te borgen. De richtlijn heeft ook een aantal beperkingen. De beperking van een multidisciplinaire richtlijn is het gebrek aan detail, daarvoor verwijzen de opstellers weer naar bijv. de RIOB (herziene versie).

Voor de implementatie van richtlijnen wordt geadviseerd een implementatieplan op te stellen, passend binnen de initiatieven van de betreffende organisaties, en vervolgens ook een evaluatie van de implementatie te initiëren. Ook wordt geadviseerd - waar relevant - delen van de richtlijn om te zetten in protocollen, rekening houdend met lokale omstandigheden.

De Richtlijnen worden door de NHG (Nederlands huisartsen Genootschap) gebruikt bij de updates van hun NHG-Standaarden. De NHG beschikt over twee standaarden die betrekking hebben op verslaving:

- Problematisch alcoholgebruik M10 (april 2005) (momenteel in revisie);
- Stoppen met roken M85 (mei 2011).

5.2 Beschikbare Multidisciplinaire richtlijnen

Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol

Deze richtlijn is goedgekeurd per 1 december 2008. De wetenschappelijke literatuur vanaf begin 2008 is niet meegenomen, dat is bijna 6 jaar. Daarmee komt de richtlijn in aanmerking voor vernieuwing.

Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving

Deze richtlijn is 1 juli 2012 ter autorisatie aan de beroepsverenigingen aangeboden. De literatuur is meegenomen t/m december 2011. De richtlijn is in december 2013 gepubliceerd. Er is geen apart budget beschikbaar voor de implementatie van deze richtlijn. Deze richtlijn geeft een samenvatting van de belangrijkste beslissingen die genomen moeten worden bij de behandeling van verslaafden aan opiaten volgens de thans beschikbare wetenschappelijk kennis.

5.3 Richtlijnen en protocollen vanuit Resultaten Scoren

Zoals in het vorige hoofdstuk al opgemerkt zijn er veel richtlijnen ontwikkeld vanuit het programma Resultaten Scoren. Onderstaand geven we een opsomming.

Dubbele Diagnose – 2003

Deze richtlijn bevat instrumenten en richtlijnen voor de screening op en het diagnosticeren van dubbele diagnoseproblematiek. De richtlijnen zijn voorzien van handleidingen en aanbevelingen voor de praktijksituatie in verslavingszorg en psychiatrie. Deze richtlijn is inmiddels redelijk verouderd en komt in aanmerking voor vernieuwing.

Richtlijn Detox – 2005

Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie. Een herziene versie van de Richtlijn Detox zal medio 2015 gereed zijn.

Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB) – 2006

In 2012 werd de RIOB geupdate. Er is ook een patiëntenversie uitgebracht. Dit gebeurde naar aanleiding van het verschijnen van de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving.

GHB-protocollen 2013- Detoxificatieprotocol voor GHB in de intramurale setting, de ambulante setting en het ziekenhuis.

Middelenmisbruik en angststoornissen - Richtlijn 2012

Het doel van deze richtlijn is om een geïntegreerde diagnostiek en behandeling te bieden van zowel verslaving als angstklachten, waarbij patiënten nauw bij het behandelplan worden betrokken. Belangrijk neven doel is het verbeteren van de

samenwerking tussen ggz en verslavingszorg, omdat in de praktijk comorbide patiënten met angstklachten bij beide voorzieningen aangemeld worden. Deze richtlijn sluit aan op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen en is ook beoordeeld door het kwaliteitsinstituut CBO.

Middelenaafhankelijkheid en depressie - 2009

Deze handleiding beschrijft de diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenaafhankelijkheid en depressieve stoornissen. "Middelenaafhankelijkheid en depressie" legt het accent op de cognitief-gedragstherapeutische behandeling.

Richtlijn Cognitieve Gedragstherapie Jeugd - 2012

Richtlijn en protocol voor de behandelaar ("niet middel-specifiek") waarbij het doel is om jonge cliënten aan te sporen om hun gedrag rond middelengebruik/gokken te veranderen. Daarvoor is een aanbod ontwikkeld van probleemoplossende vaardigheden gericht op motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie.

MATE - 2008

De Mate is een instrument dat geschikt is voor het meten van patiëntkenmerken in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg. MATE staat voor Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie. Met behulp van de MATE kan adequaat en snel een indicatie gesteld worden voor zorg en behandeling in de verslavingszorg en voor de evaluatie van deze verleende zorg en behandeling

Cannabisprotocol - 2008

Dit behandelprotocol is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes op eerder in het kader van Resultaten Scoren uitgebrachte interventies als de leefstijltrainingen. Al een aantal jaren is cannabis het primaire middel waarmee jongeren en jongvolwassenen zich aanmelden bij de verslavingszorg. Deze module heeft dan ook als primair doel het veranderen van cannabismisbruik of -afhankelijkheid bij jongeren en jongvolwassenen. Centraal staat het veranderen van inadequate copingstrategieën en disfunctionele cognities door middel van cognitieve gedragstherapeutische technieken die gericht zijn op motivatie, zelfcontrole, terugvalpreventie, vaardigheidstraining en cue exposure (Rietdijk, 2001). Daarnaast zijn veelbelovende (practice based) cognitieve en gedragstherapeutische technieken beschreven.

5.4 Richtlijnen in ontwikkeling

Middelengebruik Jeugdzorg

In het kader van het richtlijnontwikkelingsprogramma in de jeugdzorg wordt op dit moment deze richtlijn ontwikkeld. De conceptrichtlijn is ter goedkeuring door de Richtlijn Advies Commissie-Jeugdzorg voorgelegd. Na goedkeuring zal de richtlijn in de eerste helft van 2014 worden uitgezet in een proefinvoer en een formele commentaarronde. De richtlijn wordt naar verwachting in de tweede helft van 2014 gepresenteerd.

ADHD en Middelengebruik bij adolescenten

Deze richtlijn, met nevenproducten als een werkboek voor jongeren en een handleiding voor professionals is ontwikkeld in opdracht van Resultaten Scoren. De richtlijn en nevenproducten zijn bedoeld voor professionals in de jeugd-ggz en jeugdverslavingszorg. De producten zijn recent gepresenteerd tijdens een landelijk congres op 6 februari 2014, en de producten zullen in het voorjaar van 2014 beschikbaar komen. Vooralsnog is geen financiering beschikbaar voor landelijke implementatie van deze richtlijn.

5.5 Lacunes

Een multidisciplinaire Richtlijn Problematisch Drugsgebruik (cannabis, cocaïne, GHB, stimulantia) ten behoeve van de GGZ en Verslavingszorg ontbreekt.

Er is geen richtlijn voor signalering van middelenmisbruik in de Jeugdgezondheidszorg.

Er is behoefte aan een zorgstandaard verslaving. Voorafgaand aan het ontwikkelen van deze zorgstandaard zou de nog ontbrekende richtlijn voor drugs (anders dan alcohol en opiaten) moeten worden ontwikkeld.

5.6 Buitenlandse richtlijnen

Hieronder volgt een globaal overzicht van internationale richtlijnen op het gebied van alcohol- en drugsgebruik. Bij de ontwikkeling van de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving is gebruikt gemaakt van relevante NICE-richtlijnen.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

- Alcohol dependence and harmful alcohol use (CG115) (2011)
- Psychosis with coexisting substance misuse: Assessment and management in adults and young people. Clinical guidelines, CG120 (2011)
- Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115) (2007)
- Drug misuse – psychosocial interventions CG51 (2007)
- Drug misuse: psychosocial interventions (CG51) (2007)
- Treatments for drug misuse
- Drug misuse: opioid detoxification (CG52) (2007)

World Health Organisation (WHO)

Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy (2014)

National Institute of Drug Abuse (NIDA)

Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition, 2012)

SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols / Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)

SAMSHA heeft een serie behandelprotocollen rond alcohol- en drugsgebruik uitgebracht, namelijk de Treatment Improvement Protocols Series (TIPS).

Recente uitgaves zijn o.a.:

- TIP 56 (2013): Addressing the Specific Behavioral Health Needs of Men
- TIP 55 (2013): Behavioral Health Services for People Who Are Homeless
- TIP 54 (2013): Managing Chronic Pain in Adults with or in Recovery From Substance Use Disorders
- TIP 31 (2009): Screening and Assessing Adolescents for Substance Use Disorders
- TIP 33 (2009): Treatment for Stimulant Use Disorder.

5.7 Aanbevelingen uit de multidisciplinaire richtlijnen alcohol en opiaatverslaving

5.7.1 Aanbevelingen uit de richtlijn alcohol

Ambulante of klinische detoxificatie of behandeling?

Bij ernstige onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld onthoudingsinsulten, dient intramurale opname bij een verslavingszorginstelling plaats te vinden. Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of afdeling Psychiatrie van een Algemeen Ziekenhuis moeten plaatsvinden.

Intramurale detoxificatie is aangewezen indien:

- er sprake is van een hoge BAC score ($>1,5$), de patiënt een geïntoxiceerde indruk maakt en het alcoholgebruik jarenlang dagelijks dan wel periodiek destructief genoemd kan worden;
- alcoholgebruik wordt gecombineerd met een of meer andere psychoactieve middelen;
- er bij eerdere detoxificaties delirante verschijnselen en/of insulten optraden;

- er sprake is van een slechte lichamelijke conditie (bijvoorbeeld: De patiënt leeft op alcohol en heeft de laatste weken niet meer gegeten of er is een lichamelijke ziekte);
- de zelfzorg slecht is of er verwacht wordt dat de therapietrouw slecht zal zijn;
- er meerdere niet-succesvolle ambulante detoxificaties zijn geweest of intramurale detoxificaties moeizaam zijn verlopen of er snel een terugval is opgetreden;
- er comorbide psychiatrische ziektebeelden bestaan waarvan verwacht wordt dat deze de uitkomst van een detoxificatie negatief zullen beïnvloeden of waarvan is gebleken dat deze dat al hebben gedaan;
- er sprake is van een alleenstaand persoon of van iemand die het laatste half jaar geen contact heeft gehad met niet-gebruikende personen in de directe sociale omgeving;
- er een wens is van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie.

Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid.

Aanbevelingen m.b.t. vormen van behandeling

Motiverende gespreksvoering:

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

Eenmalige en kortdurende interventies:

Iedere patiënt met een stoornis in het gebruik van alcohol behoort na vaststelling daarvan zowel in de eerste als in de tweede lijn tenminste een korte interventie te worden aangeboden.

Cognitief gedragstherapeutische interventies (CGT) – algemeen:

Bij behandeling van zowel alcoholmisbruik als –afhankelijkheid. Zowel voor korte termijn, als lange termijn interventies. CGT dient daartoe een reeks interventies te bevatten die erop gericht zijn de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en om cognitieve en gedragsvaardigheden aan te leren om met levensproblemen in het algemeen beter om te gaan.

CGT: sociale vaardigheidstraining: Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van sociale vaardigheidstraining te bevatten.

CGT: Zelfcontroletraining: Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van zelfcontroletraining te bevatten.

CGT: Cue-exposure: is effectief, maar kan beter niet als losstaande behandeling aangeboden worden. Cue-exposure behandeling kan wel worden ingezet als onderdeel van een vaardigheidstraining in het omgaan met alcohol.

CGT: Partnerrelatietherapie: In geval van relatieproblemen of huiselijk geweld heeft gedragstherapeutische partnerrelatietherapie de voorkeur boven individuele cognitieve gedragstherapeutische interventies.

CGT: Groepstherapie: Waar mogelijk verdienen groepsbehandelingen de voorkeur boven individuele behandelingen (even effectief, maar kosteneffectiever). Gedragsgeoriënteerde groepstherapieën verdienen de voorkeur boven andere groepsmethodieken.

CGT: Zelfhulpmaterialen: dienen ruim beschikbaar te worden gesteld (conclusie niveau 1: Het toepassen van zelfhulpmaterialen leidt tot belangrijke reductie in problematisch alcoholgebruik, in de orde van enkele glazen per dag dat tenminste enkele maanden duurt.)

CGT: Community Reinforcement Approach (CRA): kan worden ingezet bij ernstig verslaafden die niet sterk gemotiveerd zijn, maar die nog wel een steunende sociale omgeving hebben.

Zelfhulpgroepen: Alle patiënten met alcoholafhankelijkheid dienen tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte te worden gebracht van bestaan en werkwijze van de AA en verwante organisaties en hoe ermee in contact te komen.

De twaalfstappenbenadering: Het verdient voornamelijk geen aanbeveling een klinische behandeling in te richten volgens de twaalfstappenbenadering. In de Richtlijn staat als conclusie: "Een behandeling volgens de twaalfstappen benadering, in ambulante of in klinische vorm, is waarschijnlijk niet effectiever dan andere behandelingen (niveau 1 bewijs)".

Psychotherapie anders dan de cognitief gedragstherapeutische behandeling
Op inzicht gerichte psychotherapeutische interventies worden afgeraden ter verandering van verslavingsgedrag.

Behandeling van alcoholafhankelijkheid als een chronische aandoening
De zorg voor ernstige chronisch afhankelijke patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Intensieve vormen van

casemanagement hebben daarbij de voorkeur boven het zogenaamde makelaarsmodel.

Combinaties farmacotherapie en psychotherapie

Bij het voorschrijven van medicijnen ter voorkoming van terugval in het (ongecontroleerd) gebruik van alcohol dient de arts of de praktijkassistent zorg te dragen voor een nauwgezette medische begeleiding met aandacht voor therapietrouw, bijwerkingen en het beloop van de symptomen.

Combinaties van medicamenteuze behandeling en psychosociale interventies

Bij het voorschrijven van medicijnen ter voorkoming van terugval in het (ongecontroleerd) gebruik van alcohol dient de arts of de praktijkassistent zorg te dragen voor een nauwgezette medische begeleiding met aandacht voor therapietrouw, bijwerkingen en het beloop van de symptomen.

De rol van de huisarts in het opsporen en behandelen van alcoholproblematiek

Huisartsen en andere eerstelijnsverleners dienen mensen met risicovol en schadelijk (excessief) alcoholgebruik op te sporen via casefinding en hen een korte interventie aan te bieden (bv ondersteunde gesprekken).

Motiverende gespreksvoering dient te worden ingezet bij alle psychosociale behandelingen van alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

Huisartsen en praktijkondersteuners/verpleegkundigen dienen getraind te zijn in het identificeren van mensen met excessief alcoholgebruik en het uitvoeren van korte interventies. Deze training dient voldoende beschikbaar te zijn.

Medicamenteuze interventies betreffende ontwenningssymptomen, vitaminetekorten en voorkomen van terugval kunnen door de huisarts worden aangewend als deze zich daartoe voldoende competent acht.

De patiënt wordt verwezen naar een instelling voor verslavingszorg:

- als de huisarts een indicatie hiervoor stelt en de patiënt hiervoor gemotiveerd is;
- bij onvoldoende succesvolle behandeling/begeleiding door de huisarts (of POH GGZ);
- indien vooraf wordt ingeschat dat er sprake is van een (ernstige) vorm van afhankelijkheid en matched care geïndiceerd is.

Voor een detoxificatie onder begeleiding van de verslavingszorg wordt verwezen:

- bij een slechte lichamelijke conditie;
- als er onvoldoende toezicht op de patiënt is;
- wanneer uit de anamnese blijkt dat bij een eerdere stoppoging ernstige onthoudingsverschijnselen zoals onthoudingsinsulten of een delier zijn opgetreden.

Patiënten die in aanmerking komen voor verwijzing naar of consultatie van andere hulpverlenende instanties, zoals maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog, verslavingszorg of GGZ-instelling, zijn:

- mensen die behalve aan alcohol aan andere middelen verslaafd zijn;
- mensen bij wie de huisarts de kans op suicide aanwezig acht;
- mensen met gelijktijdig aanwezige psychische problematiek (depressie of angststoornissen) of relationele problematiek.

Opname is geïndiceerd bij:

- mensen met een ernstige acute intoxicatie;
- een onthoudingsdelier;
- onthoudingsinsulten.

Bij jongeren speelt eventueel een combinatie met andere psychotrope middelen een rol. Opname is aan te bevelen als er in de onmiddellijke omgeving van de patiënt geen personen of onvoldoende toezicht aanwezig zijn om contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.

5.7.2 Aanbevelingen uit de richtlijn opiaatverslaving

De richtlijn geeft aanbevelingen voor diagnostiek en indicatiestelling (instrumenten casefinding, diagnostiek, zorgtoewijzing, monitoring en evaluatie), crisisinterventie bij overdosering, behandeling gericht op abstinentie (medicatie bij ontgiftiging, psychosociale interventies inclusief nazorg), onderhoudsbehandeling (medicatie, inclusief heroïne op medisch voorschrift en psychosociale interventies), behandeling voor vermindering en schadebeperking en overige behandelingen (acupunctuur, ibogaine en deep brain stimulation). Er worden vier behandelingsmogelijkheden genoemd. De keuze voor een van deze vier opties is gebaseerd op een combinatie van patiëntvoorkeuren, eerdere behandelervaringen, de huidige toestand van de patiënt, en de situatie waarin deze zich bevindt. De keuzes variëren van een behandeling gericht op volledige abstinentie tot een vorm van zorg met als (voorlopig) doel beperking van drugsgelateerde schade.

Ontgiftiging

Korte interventies voor abstinentie kunnen worden toegepast bij het vermoeden van opiaatgebruik bij patiënten in de algemene gezondheidszorg.

Cognitieve gedragstherapie kan worden aangeboden aan opiaatverslaafden die niet mee willen doen aan een substitutiebehandeling.

Contingentiemanagement kan ingezet worden als regulier onderdeel van behandelprogramma's, gezien de aangetoonde effectiviteit.

Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid.

De klinische 12-stappenbenadering bij de behandeling van patiënten met een opiaatafhankelijkheid dient vooralsnog uitsluitend te worden uitgevoerd in het kader van effectiviteitsonderzoek.

Klinische behandeling in de vorm van een *therapeutische gemeenschap* dient slechts overwogen te worden als niet-klinische en andere klinische behandelvormen onvoldoende hebben geholpen.

Zelfhulp. Alle patiënten met opiaatafhankelijkheid dienen tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte te worden gebracht van het bestaan en de werkwijze van de zelfhulpgroepen en verwante organisaties en dienen gestimuleerd te worden ermee in contact te komen.

Onderhoudsbehandeling

Methadononderhoudsbehandelingen behoren tot de best onderzochte en meest effectieve interventies voor de behandeling van opiaatverslaafden. Door middel van methadononderhoudsbehandeling is stabilisatie over langere termijn te bereiken.

Methadon en buprenorfine zijn beide geschikt voor opiaatonderhoudsbehandeling.

Contingentiemanagement dient te worden overwogen bij methadononderhoudsbehandeling ter vermindering van het gebruik van illegale drugs. Contingentiemanagement lijkt vooralsnog geen waardevolle toevoeging te zijn bij een buprenorfine-onderhoudsbehandeling.

Cognitieve gedragstherapie dient niet te worden ingezet bij heroïneverslaafden in onderhoudsbehandeling ter reductie van het illegale druggebruik.

De toevoeging van *community reinforcement approach (cra)* aan opiaatonderhoudsbehandeling verdient nader onderzoek.

Casemanagement kan in de zorg voor ernstig chronisch verslaafde patiënten worden ingezet met het oog op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven.

Het verdient aanbeveling om *therapeutische gemeenschappen* open te stellen voor patiënten die hun onderhoudsbehandeling met methadon willen voortzetten.

Heroïne op medisch voorschrift moet, in zijn geprotocolleerde vorm, beschikbaar zijn als behandelmethode voor elke daartoe geïndiceerde patiënt, dat wil zeggen patiënten die onvoldoende baat hebben bij andere goed uitgevoerde behandelingen die op dit moment beschikbaar zijn.

Schadebeperking

Lage doseringen van methadon (< 60 mg) of buprenorfine (< 12 mg) dienen slechts in uitzonderlijke gevallen te worden aangeboden, en wel aan patiënten die voldoen aan of een traag metabolisme van methadon, waardoor lage doseringen, leidt tot adequate spiegels, of bij weigering door de patiënt van een adequate dosering.

Laagdrempelige voorzieningen, zoals het bieden van een vorm van wonen, een voorziening waar de patiënt zijn gebruikte spuitattributen kan inleveren of ruilen, en voorzieningen waarbij de patiënt veilig kan gebruiken onder toezicht, zijn belangrijke voorzieningen binnen de Nederlandse verslavingszorg.

Overige

Acupunctuur is niet zinvol als behandeling bij opiaatverslaving en dient daarom niet aangeboden te worden.

Toediening van *ibogaïne* in de behandeling van opiaatafhankelijkheid kan uitsluitend plaatsvinden in een streng gecontroleerde, medische setting in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Deep brain stimulation (diepe-hersenstimulatie) voor de behandeling van opiaatverslaving kan alleen in het kader van wetenschappelijk onderzoek worden toegepast.

5.8 Conclusies

Het afgelopen decennium is hard gewerkt aan het verzamelen en toegankelijk maken van beschikbare kennis op het gebied van diagnostiek en behandeling

van middelenmisbruik en –afhankelijkheid. Dit geldt voor diverse middelen en ook voor diverse werkvelden.

In de beschikbare richtlijnen zijn handelingsgerichte aanbevelingen opgenomen voor professionals.

Wat op valt is dat er vooralsnog geen structuur is voor het actueel houden van de bestaande richtlijnen. Ook is onduidelijk of en wanneer de geschetste lacunes (middelengebruik anders dan alcohol/opiaten/ signalering middelenmisbruik en –afhankelijkheid in de JGZ) worden opgevuld.

Tenslotte valt op dat er geen financiering is, en derhalve ook geen initiatieven zijn voor landelijke implementatie van bestaande richtlijnen.

6 Interventies, (kosten-) effectiviteit en maatschappelijke baten

Kernpunten

- Uit de literatuur blijkt dat er (kosten)effectieve behandelingen beschikbaar zijn om alcohol- en drugsgebruik en de gevolgen hiervan tegen te gaan, maar nog niet op alle fronten. Voor alcohol zijn er verschillende ontwikkelingen op het gebied van anti-craving medicijnen. Ook zijn er diverse goed werkende farmacotherapieën om (de gevolgen van) opiaatverslaving te verminderen, maar voor andere drugs ontbreken deze nog.
- Het inzicht in effectieve psychosociale methoden om verslavingsproblemen tegen te gaan onder (primair) cocaïne-, cannabis- of amfetaminegebruikers is toegenomen, maar er zijn nog steeds geen effectieve farmacotherapeutische interventies voor het tegengaan van misbruik van deze middelen. Verder blijken de meest effectieve psychosociale interventies te bestaan uit (arbeidsintensieve dus dure) interventiepakketten.
- Voor jongere verslaafden geldt dat multidimensionele gezinstherapie en behandeling volgens het Community Reinforcement Model met een beloningstelsel (contingency management) succesvol kunnen zijn. Voor deze doelgroep zullen veelbelovende interventies op hun effectiviteit onderzocht moeten worden.
- Bij het behandelen van verslaving gaat het om motivatie, voorlichting, continuïteit van zorg, integratie van farmacologische behandeling en psychosociale/verpleegkundige ondersteuning, maar ook om een betere aansluiting tussen de verslavingszorgstelsel en het juridische stelsel.
- Bij het bovenstaande moet echter bedacht worden dat 'genezing' in de zin van langdurige abstinente veelal geen realistische optie is. Met name opiaatverslaving is een chronische ziekte die regelmatige terugval laat zien en waarvoor continuïteit van zorg essentieel is voor stabilisering van de leefsituatie. Slechts een minderheid ziet na verloop van tijd helemaal van drugsgebruik af.
- De maatschappelijke kosten van verzuim, criminaliteit, gezondheidszorg en verkeersongevallen die samenhangen met alcohol en drugsverslaving zijn vele malen hoger dan de kosten voor de verslavingszorg.
- Vrijwel alle kosten-baten studies naar verslavingsbehandeling laten zien dat de baten hoger zijn dan de kosten.

6.1 Het begrip effectiviteit

De effectiviteit van de zorg hangt niet alleen samen met het gebruik van effectief bewezen interventies, maar ook met de wijze waarop die worden uitgevoerd. Onder deze laatste vallen factoren als de mate waarin de interventie volgens de

oorspronkelijke opzet wordt toegepast, door uitvoerders met de juiste kennis en kunde, op het juiste moment en passend bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Dit hoofdstuk zal vooral nagaan in hoeverre de aangeboden interventies bewezen effectief zijn. Overigens kan bewijs ontbreken dat een interventie werkt omdat er onvoldoende kwalitatief goede studies naar zijn gedaan. Dat is een andere categorie dan de interventies waar wel voldoende onderzoek naar is gedaan, waaruit blijkt dat de methode niet werkt.

Gezien het tot chroniciteit neigende karakter van verslaving is het niet reëel om de effectiviteit van de verslavingszorg uitsluitend af te meten aan het aantal cliënten dat volledig stopt met gebruik. Ruim de helft van de verslaafden valt, na behandeling, binnen een jaar terug. Naar schatting een kwart tot een derde van degenen die ooit behandeld zijn voor alcohol- of drugsproblemen zal niet genezen (van de Brink & Schippers, 2008). Deze percentages zeggen vooral iets over het chronische karakter van verslaving. Dit terugvalpercentage is overigens vergelijkbaar met dat van andere chronische of chronisch-recidiverende aandoeningen, zoals diabetes, hypertensie en astma, en psychische stoornissen zoals depressie, bipolaire stoornis en schizofrenie. Amerikaanse cijfers (National Institute on Drug Abuse, NIDA), tonen aan dat:

- 30 tot 50 procent van mensen met type 1 diabetes zich niet aan hun behandelplan houden,
- 50 tot 70 procent van mensen met astma hun medicatie niet innemen en advies over leefstijlveranderingen niet opvolgen,
- 50 tot 70 procent van mensen met chronisch hoge bloeddruk hun medicatie niet volgens voorschrift innemen,
- 40 tot 60 procent van drugsverslaafden terugvallen in hun gebruik ondanks behandeling.

Duurzame genezing is dus voor veel patiënten (denk hierbij met name patiënten met comorbide psychiatrische problemen, of licht verstandelijk gehandicapten) geen haalbare optie. Een realistische resultaat waar de verslavingszorg wel aan zou moeten kunnen voldoen is dat de aangeboden interventies – en zeker wanneer die herhaaldelijk worden aangeboden – zouden moeten leiden tot een substantiële vermindering van het alcohol- en drugsgebruik. Daarnaast moet de interventie aanzetten tot een verbetering van de gezondheidstoestand, herstel van het sociaal-maatschappelijk functioneren en een verhoging van de kwaliteit van leven. Bij een klein deel van de cliënten kan in dit verband ook worden gekeken naar een afname van risicovol gedrag (zoals het verspreiden van infectieziekten) en/of crimineel gedrag (GGZ Nederland, 2013). Sinds enige tijd meten GGZ instellingen de resultaten van de geleverde zorg met behulp van ROM (Routine Outcome Monitoring). Daarvoor wordt onder meer voor de start en aan het eind van de behandeling gemeten wat het klachtenniveau van de patiënt is. Via ROM kunnen de instellingen ook onderling de kwaliteit van de geleverde

zorg vergelijken en als dat op basis van de uitkomsten nodig blijkt, een kwaliteitsslag inzetten.

6.2 Effectiviteit van aangeboden interventies

De behandeling van verslavingsproblematiek (in alle fasen) is veelal gericht op motivering, zelfcontrole en terugvalpreventie. De behandeling beslaat een breed spectrum aan interventies, waarvan medicamenteuze behandeling, gedragstherapeutische en psychosociale interventies de belangrijkste zijn. Welk type interventie geschikt is, hangt af van het type drugs en de problematiek die met de verslaving gepaard gaat. Een combinatie van (indien beschikbaar) medicamenteuze en gedragstherapeutische behandeling is het meest effectief, omdat op deze wijze verschillende aspecten van de verslaving worden behandeld (NIDA, 2012). Veel behandelprogramma's hebben zowel een individueel als een groepsaanbod. Een groepsinterventie kan een positieve en stimulerende rol spelen in de verandering van opvattingen en gedrag van mensen met een verslaving. Er kunnen echter ook negatieve effecten optreden; met name bij jongeren die ook crimineel gedrag vertonen is een groepsinterventie niet aan te bevelen. Mensen die kampen met verslavingsproblematiek, hebben veelal ook problemen op andere gebieden, zoals (psychische) gezondheidsproblemen, problemen op het werk, financiële en sociale problemen. Het is daarom van belang dat een behandeling verschillende probleemgebieden aanpakt en aansluit bij de behoeftes van de individuele patiënt (NIDA, 2012). Hendriks et al. (2012) benadrukken dan ook dat een interventie moet matchen met (de kenmerken van) de patiënt. Zo bleek uit een gerandomiseerde gecontroleerde studie onder adolescenten met een cannabisverslaving (Henriks et al., 2011; Hendriks et al., 2012) dat jonge adolescenten en adolescenten met psychiatrische comorbiditeit meer gebaat zijn bij MDFT dan met CGT, terwijl oudere adolescenten en adolescenten zonder psychiatrische comorbiditeit meer gebaat zijn bij CGT.

De effectiviteit van een interventie hangt samen met het volledig afronden van de behandeling. Uitval, *drop-out*, is derhalve een van de grootste problemen van (verslavings-) behandelprogramma's. Het is van belang om met behulp van motivationele technieken de betrokkenheid van een patiënt te vergroten en een patiënt die is afgehaakt te motiveren om weer in behandeling te gaan (NIDA, 2012).

Terugval, *relapse*, na verslavingsbehandeling komt vaak voor en is kenmerkend voor chronische ziekten met fysiologische en gedragsmatige componenten (NIDA, 2012). Onderzoek laat zien dat wanneer verslavingsbehandeling gevolgd wordt door een relatief lichte nazorginterventie, zoals telefonische monitoring en gerichte feedback, dit tot betere resultaten leidt (McKay et al., 2010). Het blijven volgen van nazorg, de frequentie en intensiteit van deelname en de duur van de nazorg beïnvloeden in belangrijke mate het positieve effect van nazorg. In de

verslavingszorg is over het algemeen geen sprake van een brede implementatie van een gestructureerd nazorgaanbod, met uitzondering van nazorg voor patiënten die een klinische behandeling hebben gevolgd. De Wildt & Vedel (2013) achten het op basis van de evidentie wenselijk dat ook ambulante patiënten een vorm van nazorg aangeboden krijgen.

Van Gageldonk et al. (2006) hebben onderzocht wat bekend is over werkzaamheid en effectiviteit van een aantal interventies voor de behandeling van verslaving aan verschillende soorten drugs. Daarnaast is de effectiviteit van interventies beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn Dubbele Diagnose (2008), de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009) en de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013). Uit de literatuur blijkt dat er (kosten)effectieve behandelingen beschikbaar zijn om alcohol- en drugsgebruik en de gevolgen hiervan tegen te gaan, maar nog niet op alle fronten. In bijlage 1 zijn in overzichtstabellen het zorgaanbod per drugs en de effectiviteit omschreven. Onderstaand vatten we deze bijlage samen.

Effectiviteit

Voldoende bewijs voor effectiviteit

1. Uit onderzoek blijkt dat een effectieve medicamenteuze behandeling alleen beschikbaar is voor de behandeling van een verslaving aan alcohol of opiaten. Er zijn *geen effectieve farmacotherapieën voor cannabis-, amfetamine- en cocaïneverslaving*. Er wordt, vooral in de Verenigde Staten, geëxperimenteerd met medicamenteuze behandeling voor probleemgebruik van cocaïne en amfetaminen. Het hiermee samenhangende onderzoek heeft nog niet voldoende bewijs opgeleverd om van succes te kunnen spreken.
2. Voor *onderhoudsbehandeling* van heroïneverslaafden geldt dat *methadon en buprenorfine* effectief zijn. Buprenorfine is een goede vervanging voor cliënten die geen methadon verdragen of dit middel niet willen innemen.
3. Er is inmiddels overtuigend bewezen dat *heroïneverstrekking op medisch voorschrift* het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van heroïneverslaafden verbetert en criminaliteit vermindert. Het voorschrijven van heroïne is, vergeleken met alleen methadonverstrekking, kosteneffectief.
4. Voor problematisch drugsverslaafden zijn *harm reduction* maatregelen voor infectieziektenpreventie zoals spuitomruil en condoomverstrekking, bewezen effectief, met name wanneer zij in een breed pakket worden aangeboden (naast bijvoorbeeld een opiaatonderhoudsbehandeling).
5. *Detox*-behandelingen zijn bewezen effectief bij opiaatafhankelijkheid wanneer zij volgens de richtlijn worden uitgevoerd.
6. Kortdurende interventies, *motiverende gespreksvoering*, *CGT* (cognitieve gedragstherapie) en *contingentiemanagement* zijn in het algemeen aan te bevelen in verslavingsbehandeling.

7. CGT geeft gunstige resultaten bij volwassenen en jongeren met een enkelvoudige cannabisverslaving. Er is sterk bewijs voor de werkzaamheid van breed opgezette gezinstherapie (multidimensionele familie therapie) voor jongere cannabisverslaafden uit multiprobleemgezinnen.
8. Bij cocaïneverslaving is het effect van CGT alleen gedurende een korte periode aantoonbaar.
9. De *twaalfstappenbenadering* is bij alcoholproblematiek even effectief als CGT (zie ook § 6.3).
10. Er is voldoende bewijs voor de effectiviteit van een breed opgezet interventiepakket volgens de principes van de Community Reinforcement Approach (CRA) (in combinatie met een beloningssysteem) voor het niet meer gebruiken van drugs en alcohol. Er zijn hier gunstige resultaten beschreven van CRA bij cocaïneverslaving. CRAFT (Community Reinforcement en Family Training) is effectief bevonden voor alcoholverslaving.
11. *Motivatieverhoging* verhoogt de bereidheid om in behandeling te gaan en draagt bij aan het verminderen en stoppen van drugsgebruik. Motiverende gespreksvoering is een bewezen effectieve interventie.
12. Voor cliënten met een vaste partner is gedragstherapeutische relatietherapie een redelijk effectieve methode om het drugsgebruik te minderen. Partnergroepen en echtgenotengroepen zijn effectief bevonden bij alcohol patiënten met relatieproblemen en huiselijk geweld. Na jaren onderzoek blijft het oordeel over het effect van therapeutische gemeenschappen voorzichtig positief. Het is echter niet aangetoond dat deze gemeenschappen betere resultaten leveren dan andere vormen van residentiële hulp. Ook voor zelfhulpgroepen en lotgenotencontact is enig bewijs, met name bij alcoholproblematiek.
13. Online aanbod kan bestaan uit zelfhulp, online behandeling of de "blended" behandelingen, waarin gesprekken met een behandelaar gecombineerd worden met online opdrachten en contact. Online zelfhulp en online behandelingen zijn bewezen effectief, waarbij met name onderzoek bij alcoholproblemen is verricht. Het effect van een gecombineerde behandeling (online en face to face) is nog niet onomstotelijk bewezen, maar het aantal studies is nog beperkt.
14. Van nazorginterventies in het algemeen is bekend dat deze effectief zijn. De effectiviteit van de nazorggroepen die een belangrijke rol spelen bij de nieuwe instellingen is niet onderzocht.

Onvoldoende kennis over effectiviteit

Over veel behandelinterventies is nog onvoldoende bekend om te kunnen concluderen dat ze voldoende en blijvend effectief zijn. Dat wil zeggen dat er onvoldoende onderzoek is verricht, of onderzoek van onvoldoende kwaliteit, om hierop uitspraken te baseren.

1. Voor patiënten met *opiaatproblematiek* geldt dat de richtlijn aanbeveelt om woonvoorzieningen, dag- en nachtopvang, gebruiksruidten, inloophuizen en andere vormen van harm reduction beschikbaar te stellen, al is daarvoor niet altijd sluitend bewijs.
2. Voor *dubbele-diagnosepatiënten*, met zowel ernstige psychiatrische problemen als verslavingsproblemen, wordt een geïntegreerde behandeling nagestreefd. Hierbij kan gedacht worden aan bemoeizorg of intensieve begeleiding van de cliënt en diens familie (casemanagement), bijvoorbeeld Assertive Community Treatment (ACT). Bij casemanagement en ACT gaat het om het intensief begeleiden van een cliënt door een professional of door een team waarbij ook aandacht is voor de behoefte aan andere zorg dan alleen verslavingszorg (wonen, werk, gezondheid, psychische problematiek). Het beschikbare onderzoek laat wisselende uitkomsten zien. Er zijn aanwijzingen dat geïntegreerde hulp beide problemen kan verminderen, maar dit is vermoedelijk afhankelijk van de aard van de dubbele diagnose (welke drugs en welke psychische stoornis), nog afgezien van diverse randvoorwaarden.
3. *Specifieke behandelingen voor jongeren*. Uit de al wat oudere reviewstudie van Smit e.a. (2007) blijkt dat er vele studies zijn uitgevoerd naar het effect van behandelingen voor jongeren met verslaving, maar dat er relatief weinig methodologisch voldoende stevig onderzoek voorhanden is.
 - In deze review kwamen multidimensionele gezinstherapie en motiverende gespreksvoering als effectief naar voren.
 - Ook kortdurende interventies gecombineerd met persoonlijke feedback en normatieve vergelijkingstechnieken geven doorgaans gunstige resultaten in deze jongerengroep.
 - Cognitieve gedragstherapie, vooral wanneer deze in groepen wordt gegeven, blijkt eveneens goed te werken, mits de groep is samengesteld uit jongeren die elkaar niet kennen en niet-vergelijkbare problemen hebben. Het groepsproces zal goed moeten worden gecontroleerd om ongewenste, averechtse effecten te voorkomen.
 - Er blijkt weinig bekend over het effect van onderhoudsbehandeling met opiaatvervangende medicijnen voor jongeren.
 - Ook het effect van andere farmacologische interventies blijft nog onbekend omdat er weinig goed onderzoek naar is uitgevoerd. Over de behandeling van drugsgebruikende jongeren met comorbide psychische stoornissen (ADHD, depressie, schizofrenie) is eveneens weinig bekend.

De reviewstudie concludeert over andere behandelingen voor jongeren dat:

- in een therapeutisch gemeenschap de effectiviteit van behandeling niet hoger is dan in een niet-residentiële setting;
- e-health interventies weinig zijn onderzocht, en nog weinig effect laten zien;

- de Adolescent Community Reinforcement Approach mogelijk effectief is; deze intensieve meervoudige behandeling is voornamelijk onderzocht bij cannabisgebruik;
 - bemoeizorg veelbelovend is, maar dat er meer en grotere studies nodig zijn voordat de effectiviteit voor jongeren bewezen is;
 - casemanagement mogelijk adolescenten beter binnen de zorg houdt, maar zekerheid hieromtrent ontbreekt door een tekort aan onderzoek;
 - het Minnesota-model veelbelovend is, maar nog onvoldoende is onderzocht.
4. Vaktherapie, waaronder muziektherapie, psychomotore therapie, dramatherapie, running therapie, sport en beweging, beeldende of creatieve therapie zijn onvoldoende onderzocht om een zekere uitspraak over de effectiviteit te rechtvaardigen.
5. Voor mindfulnessstraining, "wellness", meditatietechnieken en "equine assisted therapy" bestaat evenmin voldoende bewijs voor de werkzaamheid.

Samenvatting effectiviteit van interventies naar middel:

Alcohol

- Effectief: medicamenteuze behandeling, motiverende gespreksvoering, Cognitieve gedragstherapie (algemeen);
- Mogelijk effectief: Community Reinforcement Approach, contingentmanagement, internetbehandeling;
- Niet effectief: psychotherapie;
- Klinische detoxbehandeling is niet effectiever dan ambulante detoxbehandeling;
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanbeveling een klinische behandeling in te richten volgens de 12-stappenbenadering, niet effectiever dan andere behandelingen, zie § 6.3);
- Zelfhulp: het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot. Derhalve geldt de aanbeveling dat alle cliënten met een alcoholverslaving tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte dienen te worden gebracht van het bestaan en de werkwijze van zelfhulpgroepen en dat zij gestimuleerd dienen te worden ermee in contact te komen.

Cannabis

- Effectief: Cognitieve gedragstherapie en MultiDimensional Family Therapy bij adolescenten;
- Onbekend: internetbehandeling;
- Er is nog geen medicatie beschikbaar om cannabisverslaving aan te pakken.

Opiaten

- Effectief: medicamenteuze behandeling bij detox en onderhoudsbehandeling, heroïne op voorschrift, cognitieve gedragstherapie, Community Reinforcement Approach, contingentmanagement, zelfhulpgroepen;
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanwijzingen voor betere resultaten dan cognitief-gedragstherapeutische of gemengde benadering;
- Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige; medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid;
- Zelfhulp: het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot. Derhalve geldt de aanbeveling dat alle patiënten met opiaatafhankelijkheid tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening op de hoogte dienen te worden gebracht van het bestaan en de werkwijze van zelfhulpgroepen en dat zij gestimuleerd dienen te worden ermee in contact te komen.

Cocaïne

- Effectief: Community Reinforcement Approach;
- Er is nog geen medicatie beschikbaar om cocaïneverslaving aan te pakken.

Amfetamine

- Er is nog geen medicatie beschikbaar om amfetamineverslaving aan te pakken;
- Waarschijnlijk effectief: Cognitieve gedragstherapie en therapieën met vormen van beloning.

Dubbele diagnose

- Over het algemeen is een geïntegreerde (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek;
- De meerwaarde van een klinische behandeling is niet aangetoond.

Niet gespecificeerd drugsgebruik

- Effectief: motiverende gespreksvoering, MultiDimensional Family Therapy bij adolescenten en gedragstherapeutische relatietherapie.

Op basis van de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in gebruik van alcohol (2009), de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013), de Richtlijn voor dubbele diagnose (2008) en de overzichtsstudie van Van Gageldonk et al (2006).

6.3 Effectiviteit verslavingsbehandeling in nieuwe instellingen

In de nieuwe instellingen speelt behandeling volgens het twaalfstappenmodel Minnesota Model een belangrijke rol. Volgens de huidige kennis wordt deze behandeling beschouwd als even effectief als andere behandelingen van alcoholverslaving (zie ook het kader). Het Minnesota Model is wel duurder.

De twaalfstappenbenadering

Uit: multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol, 2009

Een ambulante geprotocolleerde twaalfstappenbenadering uitgevoerd door professionals heeft evenveel effect als een cognitieve gedragstherapie. Berglund (2003) rapporteert over vier studies, met als uitkomstmaat alcoholconsumptie en een follow-up van tenminste zes maanden. In de grote gerandomiseerde studie MATCH (project Match, 1996) waarin een ambulant (drie maanden) twaalfstappenprogramma werd vergeleken met cognitieve gedragstherapie en motivatieverhogende interventie, bleek er in de loop van drie jaar geen verschil in uitkomst wat betreft abstinentie en drinkgedrag. Alle groepen verminderden hun gebruik drastisch (tot ca. 20%). Ook hier leidde de twaalfstappenbenadering tot iets meer abstanten maar ook tot iets meer drinken bij de niet-abstanten.

Ferri e.a. (2006) selecteerden acht randomgecontroleerde studies die de twaalfstappenbenadering vergeleken met andere interventies, zoals ambulante of nazorgbehandeling. Zij concluderen dat niet is aangetoond dat deze interventie een hogere effectiviteit heeft in het bereiken van abstinentie dan andere interventies. De ernst van de afhankelijkheid was daarbij van geen invloed, evenmin was er sprake van een verschil in drop-outpercentages.

Naar de (dag)klinische behandeling waarin de twaalfstappenbenadering een centrale rol speelt (het Minnesotamodel of Hazeldenmodel), is weinig gecontroleerd onderzoek gedaan: slechts twee studies. Keso en Salaspuro vonden in 1990 dat klinische Minnesota iets effectiever was dan de niet nader beschreven gewone behandeling. Grønbaek en Nielsen (2007) stelden vast dat de Minnesotadagbehandeling niet beter of slechter was dan de veel minder intensieve standaardbehandeling. De Minnesota-interventie was overigens wel bijna drie keer zo duur als de standaardbehandeling. Geelen (2003) geeft een overzicht van de niet-gecontroleerde studies.

Winters e.a. (2000) stelden in een niet-gerandomiseerd onderzoek vast dat twaalf- tot achttienjarigen die het programma afmaakten het veel beter deden dan degenen die het programma niet afmaakten of op de wachtlijst stonden (53% vs. 15-28% vrijwel abstant na twaalf maanden). Quimette (1997) en Moos en Finney (1999) rapporteren over een niet gerandomiseerde, maar grote

(N=>3000) Casemix-adjusted studie waarin ze vonden dat alcohol- of drugsafhankelijke patiënten in een twaalfstappenprogramma (klinische opname en nazorg) na een jaar iets vaker abtinent waren (25 vs. 18%) maar niet sterker waren verminderd in verslavingsproblemen en hoeveelheid alcoholgebruik dan patiënten in klinieken die georiënteerd waren op cognitieve gedragstherapie. Van belang voor nazorg is dat patiënten die langer in nazorg bleven het beter deden dan degenen die dat niet deden, ongeacht de aard van de nazorg. In een eveneens niet gerandomiseerde studie vonden Humphreys en Moos (2007) hogere percentages van abtinentie bij patiënten die behandeld werden volgens het twaalfstappenmodel (49,5%) dan die volgens cognitief gedragstherapeutische programma's (37,0%). Volgens deze studie is de twaalfstappenbehandeling ook kosteneffectief.

De twaalfstappenbenadering is ook voor patiënten met een hoge alcoholafhankelijkheid niet kosteneffectiever dan cognitieve gedragstherapie (Holder e.a., 2000).

Er zijn twee instellingen die een effectevaluatie van het aanbod hebben gepubliceerd: U-center (Giesen et al, 2013) en SolutionS Center (Meerkerk et al, 2013).

U-center is een private kliniek waar patiënten zeven weken worden opgenomen voor een intensieve (45 uur per week) klinische behandeling, die wordt gevolgd door 7 weken ambulante behandeling (e-health) (Giesen et al, 2013). De behandeling wordt omschreven als een combinatie van evidence-based protocollen (CGT en motivationeel interviewen) en innovatieve interventies, waarbij wordt uitgegaan van een biopsychosociaal model. De nazorg (in de vorm van zelfhulpgroepen) kan zolang als de patiënt wenst worden gevolgd. Het doel van de behandeling is volledige abtinentie. De patiëntenpopulatie is gemêleerd qua opleiding en beroepsachtergrond en meestal spelen comorbide psychiatrische problemen mee. In een retrospectief onderzoek waar 99 van de 412 benaderbare oud-patiënten met een middelenverslaving aan deelnamen, bleek ongeveer de helft na een jaar nog abtinent. Het overgrote deel van de relapsers viel terug binnen een half jaar na het afronden van de behandeling. Meer dan 80% van de respondenten was behandeld voor een probleem met alcoholgebruik, 8% vanwege medicijngebruik, 4% cannabis en 3% cocaïne. Deze cijfers over abtinentie een jaar na behandeling zijn vrij uniek en daarom niet te vergelijken met de resultaten uit andere behandelcentra. ROM-cijfers uit de ambulante verslavingszorg onder een patiëntenpopulatie met een iets andere problematiek (groter aandeel van patiënten met een verslavingsprobleem door gebruik van cannabis, cocaïne en gokken en slechts iets meer dan de helft alcohol) wezen uit dat minder dan een kwart (23%) na negen maanden abtinent was (Oudejans et al 2012). Ook andere (buitenlandse) onderzoeken laten zien

dat na ambulante behandeling blijvende onthouding slechts in een minderheid van de patiënten wordt bereikt (19% in een grote Amerikaanse studie), al waren de resultaten na klinische behandeling iets gunstiger (35%) (Match, 1997). De cijfers van U-center zouden een geflatteerd beeld kunnen geven vanwege selectieve non-respons, maar dit is niet zeker.

SolutionS Center heeft de effectiviteit van de behandeling geëvalueerd van 118 van de 259 patiënten met een primaire alcoholverslaving (Meerkerk et al, 2013). Een deel van de patiënten kampte ook met problemen met het gebruik van cocaïne. Zij vonden dat ongeveer 60% van de patiënten volledig abstinente van alcohol was gebleven gedurende een heel jaar na afloop van de intramurale behandeling. Bij de overigen was sprake van een lapse of relapse. Echter, in de twaalfde maand na afloop van de intramurale behandeling was 81% (weer) volledig abstinente. Mogelijk worden de resultaten geflatteerd door selectieve respons. De respondenten scoorden iets beter op zorg en herstelbevorderende factoren, maar niet qua alcoholgebruik en afhankelijkheid aan het begin van de behandeling. Er zijn aanwijzingen dat onder de niet-respondenten de terugval hoger was dan onder de respondenten.

Een onderzoek naar de cliënttevredenheid laat zien dat de respondenten (213 personen die 4 weken of langer waren opgenomen in de kliniek van SolutionS Center) tevreden tot zeer tevreden waren over de zorg de behandeling en de informatievoorziening (Meerkerk en Schoenmaker, 2012). Er is een iets minder positief oordeel over de mogelijkheden tot inspraak in het behandeltraject, vooral bekendheid met de mogelijkheden daartoe. Ook hier geldt dat het beeld mogelijk positiever is door selectieve uitval van respondenten.

6.4 Kosteneffectiviteit en maatschappelijke baten

Verslaving aan alcohol en/of drugs heeft maatschappelijke consequenties. Overmatig middelengebruik hangt samen met een slechtere gezondheid, agressie en geweld, schooluitval en ziekteverzuim (World Health Organization, 2011). De maatschappelijke kosten van problematisch alcohol- of drugsgebruik liggen derhalve op verschillende terreinen, te weten: algemene gezondheidszorg (o.a. huisarts, eerste hulp), verslavingszorg, arbeid (ziekteverzuim, productiviteitsverlies, uitkeringen), misdrijven en overtredingen (inclusief vernieling en verkeersongevallen) (Goossens, 2012; World Health Organization, 2011; KPMG BEA, 2002).

Om inzicht te geven in de maatschappelijke schade en kosten van problematisch alcohol- of drugsgebruik, wordt hieronder opgesomd wat de gevolgen zijn van overmatig alcoholgebruik:

1. Meer dan zestig medische aandoeningen zijn oorzakelijk gerelateerd aan alcoholgebruik. Daarnaast is alcohol betrokken bij het ontstaan van tweehonderd andere ziekten (WHO, 2011). Voor de meeste aandoeningen

geldt dat het risico toeneemt naarmate men meer alcohol drinkt (Rehm et al., 2010).

2. Alcoholgebruik staat op de achtste plaats op de wereldranglijst van risicofactoren om te overlijden en op de derde plaats op de wereldranglijst van risicofactoren voor ziekte en invaliditeit (na ondervoeding bij kinderen en onveilige seks).
3. Wereldwijd is bijna vier procent van alle doden toe te schrijven aan alcoholgebruik (mannen 6,2%; vrouwen 1,1%). Voor mannen in de leeftijd van 15-60 jaar is alcoholgebruik de belangrijkste risicofactor om te overlijden. Bijna 30 procent van de aan alcohol toe te schrijven sterfte is het gevolg van onbedoelde verwondingen, 22 procent van kanker, 17 procent van levercirrose, 14 procent van hart- en vaatziekten en suikerziekte en 12 procent is het gevolg van opzettelijke verwondingen (WHO, 2011).
4. Daarnaast is alcoholgebruik geassocieerd met ernstige sociale problematiek, waaronder geweld, kinderverwaarlozing en werkverzuim (WHO, 2011).
5. Ook uit Nederlandse cijfers blijkt dat alcoholgebruik een belangrijke bijdrage levert aan ziekte (Hoeymans et al., 2010). Alcoholgebruik draagt voor 4,5 procent bij aan de totale ziektelast, en staat daarmee op de vierde plaats, na leefstijlfactoren als roken (met een bijdrage van 13% aan de ziektelast), overgewicht (9,7%) en verhoogde bloeddruk (7,8%). De bijdrage van ongevallen aan de ziektelast is overigens niet meegenomen in deze berekening.

Het bureau van KPMG heeft in 2001 de maatschappelijke kosten op een rij gezet. Toen kostte alcohol de maatschappij ruim € 2.58 miljard euro per jaar. Kosten voor door alcohol veroorzaakte kanker en de kosten van verkeersongelukken zijn hierbij niet meegerekend. Wat zeggen de cijfers uit 2001 nu? In 2001 dronken we 8.2 liter alcohol per hoofd van de bevolking, in 2012 7.6 liter (Stiva). Aannemelijk is dus dat de kosten niet hoger geworden zijn. De bedragen uit 2001 dienen gecorrigeerd te worden voor koopkracht. €2.58 miljard in 2001 bedraagt in 2012 € 3,27 miljard.

	2001	2012 Gecorrigeerd voor koopkracht
Kosten van verzuim, ziekte en slechte prestaties	€ 1554 miljoen per jaar	€ 1910 miljoen per jaar
Kosten van criminaliteit	€ 841 miljoen per jaar	€ 1034 miljoen per jaar
Kosten gezondheidszorg	€ 115 miljoen per jaar	€ 141 miljoen per jaar

Kosten verslavingszorg.	€ 68 miljoen per jaar	€ 83 miljoen per jaar
Totaal	2,58 miljard	€ 3200 Miljoen per jaar

Bron: KPMG, 2012

Naast bovengenoemde kosten dient rekening gehouden te worden met kosten van verkeersongelukken. Deze worden door Rijkswaterstaat geschat op 1,7 miljard euro.

Voor een volledig overzicht dienen ook de kosten (en baten) van de sociale gevolgen van verslaving in ogenschouw genomen te worden, zoals schooluitval, dakloosheid, schuldhulpverlening en huiselijk geweld. Uit onderzoek van het IVO (2012) blijkt dat er weinig specifieke cijfers bekend zijn.

1. Het voorkomen van voortijdig schoolverlaten kan (hoge) maatschappelijke baten opleveren op voorwaarde dat de ingezette interventies effectief zijn (In 't Veld e.a., 2006).
2. Onderzoek van Cebeon (2011) geeft enig inzicht in de kosten en baten van de Maatschappelijke Opvang aan potentieel daklozen (gemarginaliseerde personen die wel een woning hebben maar risico lopen op huisuitzetting), feitelijke daklozen en residentiële daklozen. Bij de MO van potentiële daklozen blijkt elke geïnvesteerde euro 2,2 euro op te leveren, bij de MO van feitelijke daklozen blijkt elke geïnvesteerde euro 2 euro op te leveren en bij residentiële daklozen blijkt elke geïnvesteerde euro 3,5 euro op te leveren. De inspanningen van de maatschappelijke opvang leveren dus per saldo baten op (Cebeon, 2011).
3. Wat betreft de kosten en baten van schuldhulpverlening blijkt uit een onderzoek van Hogeschool Utrecht en Regioplan dat de baten van schuldhulpverlening in zijn algemeenheid gemiddeld ruim twee keer zo hoog zijn als de bedragen die de gemeente daaraan uitgeeft. Deze conclusie is gebaseerd op kosten-batenanalyses die bij vijf verschillende gemeenten zijn uitgevoerd (Van Geuns, Jungmann, Kruis, Calkoen, & Anderson, 2011). Er zijn geen gegevens bekend over kosten van huiselijk geweld als gevolg van verslaving.

De genoemde kosten van verzuim, criminaliteit, gezondheidszorg en verkeersongevallen zijn vele malen hoger dan de kosten voor de verslavingszorg (waarin meegenomen de zelfstandige klinieken, de ambulante zorg, verslavingsreclassering en de verslavingszorg zoals geboden door geïntegreerde ggz-instellingen). Vrijwel alle kosten-baten studies naar verslavingsbehandeling laten zien dat de baten hoger zijn dan de kosten (McCollister & French, 2003; Ettner et al., 2006; Popova et al., 2011). Verslavingsbehandeling, mits bewezen effectieve interventies worden toegepast, leidt tot een aanzienlijke reductie van kosten die veel groter is dan de kosten van de behandeling zelf (NIDA, 2012). In

deze (Amerikaanse) studies ligt de winst met name op het gebied van reductie van justitiële kosten en algemene gezondheidszorgkosten. In Nederland berekende KPMG dat de maatschappelijke kosten van problematisch alcoholgebruik bijna 5.7 miljard zijn, op een aantal van 1.1 miljoen probleemdrinkers komt dit per persoon uit op €5.164. KPMG rekende hierbij met de categorieën algemene gezondheidszorg, verslavingszorg, arbeid (verzuim en werkeloosheid) en misdrijven en overtredingen. Arbeid bleek de grootste kostenpost (KPMG BEA, 2002).

Hoewel de studies verschillen in methode en analyse, kan gesteld worden dat op basis van onderzoek er een sterk bewijs is dat de maatschappelijke voordelen opwegen tegen de kosten van verslavingsbehandeling. De meeste studies naar kosteneffectiviteit waren gericht op alcoholverslaving of verslaving in het algemeen (geen specifieke verslavingsstoornis). Hoewel er ook studies zijn verricht naar de kosteneffectiviteit van behandelingen voor specifieke doelgroepen, zoals vrouwen, is hier tot op heden minder over bekend (The Lewin Group, 2002).

6.5 (Kosten)effectiviteit van specifieke interventies

E-health interventies

Het aanbieden van interventies via internet is veelbelovend omdat hiermee mogelijk groepen worden bereikt die normaliter uit de gezondheidszorg wegblijven en e-interventies relatief lage kosten met zich meebrengen (Tossmann & Leuschner, 2009). Er worden steeds meer studies verricht naar e-health verslavingsinterventies, toch is de kennis over (kosten-)effectiviteit in vergelijking met studies van 'reguliere' (offline) interventies nog zeer beperkt. In 2013 verscheen een onderzoek naar online screening verricht door TelePsy in samenwerking met Stichting Robuust en Maastricht University. Het betrof patiënten die door de huisarts of POH-GGZ werden aangemeld voor een online screeningsonderzoek naar verslavingsproblemen. Het bleek dat er bij 60% van de patiënten (N=1700) problemen werden gesignaleerd die vooraf niet onderkend waren door huisarts of POH-GGZ. Dit zou erop kunnen wijzen dat online screening een veelbelovende interventie kan betekenen.

Het meeste onderzoek is verricht naar e-health interventies bij alcoholverslaafden. Smit et al. (2011) concluderen op basis van berekeningen met effectieve online interventies dat de introductie van nieuwe e-health technologieën de Nederlandse gezondheidszorg voor alcoholverslaafden kosteneffectiever kan maken. Er is echter nog te weinig onderzoek op dit gebied gedaan om te kunnen zeggen of e-zelfhulpinterventies gecombineerd met hulpverlenerscontact effectiever zijn dan e-zelfhulpinterventies zonder

hulpverlenerscontact en voor welke doelgroepen welke e-interventies het meest geschikt zijn (Riper et al., 2011).

Preventieve interventies

De maatschappelijke kosten en overlast die het gevolg zijn van overmatig middelengebruik pleiten voor het in een zo vroeg mogelijk stadium beperken van gebruik of, nog wenselijker, het voorkomen van gebruik. Met name bij jongeren is het belangrijk om middelengebruik te voorkomen, omdat gebruik op jonge leeftijd extra risico's met zich meebrengt en het de kans blijkt te vergroten op veelvuldig en problematisch gebruik in de toekomst (USDHHS, 2012; Hingson & Za, 2009). In een recente systematische review naar de effectiviteit van verschillende soorten cannabispreventieprogramma's onder adolescenten concludeerden Norberg et al. (2013) dat met voorzichtigheid gesteld kunnen worden dat preventieprogramma's het cannabisgebruik van adolescenten kan verminderen. In de review wordt aangegeven dat meer onderzoek naar de (effectieve) programmacomponenten wenselijk is.

Preventieve interventies kunnen worden onderverdeeld in massamediale campagnes, schoolinterventies, ouder-en gezinsinterventies, multi-componenten interventies, interventies in de omgeving waar drugs en alcohol worden gebruikt, interventies via gezondheidszorg en welzijnswerk, en online interventies (Van Hasselt, 2010). Daarnaast zijn er wetgevende en beleidsmatige preventieve interventies, zoals prijsverhoging van alcohol (Anderson et al., 2009). Hoewel de bekostiging van deze interventies veel breder is dan via de ziektenkostenverzekeringwet is geregeld, worden zij hier voor de volledigheid opgesomd.

1. Massamediale campagnes worden van belang geacht voor het creëren van bewustwording en draagvlak (Anderson & Baumberg, 2006). Op basis van het bestaande onderzoek kan geconcludeerd worden dat het mogelijk is dat 'traditionele' massamediale campagnes een klein effect hebben op het gebruik van genotmiddelen, kennis en attitudes (Cuijpers et al., 2006).
2. Uit divers onderzoek blijkt dat schoolprogramma's die enkel gericht zijn op kennistoename niet tot gedragsverandering leiden. Toevoeging van elementen zoals interactieve methoden, inbedding in een breder programma waarin ook ouders worden betrokken en begeleiding door zorgprofessionals, vergroten *mogelijk* de effectiviteit van dit type interventies (Cuijpers et al., 2006; Van Hasselt, 2010). Over het algemeen wordt aangenomen dat de meeste preventieve schoolprogramma's vooral leiden tot uitstel, maar niet tot afstel van genotmiddelengebruik (Monshouwer, 2006; Cuijpers et al., 2006).
3. De meest effectieve gezinsinterventies benadrukken de ontwikkeling van sociale vaardigheden en persoonlijke verantwoordelijkheid van adolescenten, het bespreken van middelengerelateerde onderwerpen en

actieve betrokkenheid van ouders (Petrie et al., 2007; Van Hasselt, 2010). Het grootste probleem bij de meeste gezinsinterventies betreft de werving. Het is de vraag of hoogrisico groepen met dergelijke interventies voldoende worden bereikt (Cuijpers et al., 2006).

4. Multi-componenten interventies richten zich op meerdere domeinen en algemeen wordt aangenomen dat multi-componenten interventies effectiever zijn dan een enkelvoudige aanpak. Welke component het (meeste) effect veroorzaakt is meestal niet duidelijk (Van Hasselt, 2010).
5. Peereducatieprojecten in uitgaansgelegenheden laten wisselende resultaten zien. In de meeste studies worden alleen effecten gevonden op kennis en gedragsintentie. De in Nederland beschikbare interventies in de uitgaanssetting zijn nog niet onderzocht op effectiviteit (Schrijvers et al., 2010).
6. De meeste interventies via de gezondheidszorg en welzijnswerk gericht op jongeren die (overmatig) drugs gebruiken, berusten op het signaleren van drugsproblemen van deze jongeren en het vergroten van hun motivatie om iets te doen aan dit drugsgebruik middels een kortdurende interventie (motiverende gespreksvoering). Dergelijke interventies bestaan uit feedback over het drugsgebruik, het bespreken van de keuze om te minderen of stoppen met drugsgebruik, de mogelijkheden tot verandering van het drugsgebruik, het bespreken van hoogrisicosituaties en gedragsalternatieven en indien nodig motiveren voor een doorverwijzing naar de hulpverlening. De aanpak is vooral geschikt voor jongeren die te veel drugs gebruiken maar nog niet afhankelijk (verslaafd) zijn (Van Hasselt, 2010).
7. Een systematische review en meta-analyse (met RCT's uit 1992 tot en met 2004) liet zien dat alcoholscreening en kortdurende counseling in de algemene gezondheidszorg kosteneffectieve preventieve interventies zijn (Solberg et al., 2008). Ook een andere review (met studies tussen 1966 t/m 2006) vond bij bijna alle geïncludeerde studies dat screening en kortdurende interventie bij overmatig alcoholgebruik kosteneffectief is, in vergelijking met standaardzorg (Kraemer, 2007).

De preventieve werking van e-health interventies is nog onbekend. Een voordeel van deze interventies is dat het aanbod laagdrempelig is en daarmee een brede doelgroep kan bereiken. Online zelfhulpinterventies hebben als nadeel dat ze veelal maar op één probleem, namelijk het middelenprobleem, zijn gericht. Jongeren met middelenproblemen hebben echter ook vaak psychische problemen die door een online zelfhulpprogramma niet worden opgemerkt. Daarnaast is bekend dat de uitval bij online interventies relatief hoog is (Schrijvers et al., 2010).

Systematische reviews en meta-analyses laten zien dat beleid dat zich richt op de marketing van alcohol, met name regulering van de prijs en de

verkrijgbaarheid van alcohol, effectief is in het terugdringen van alcoholgerelateerde schade (Anderson et al., 2009). Wetgevende maatregelen om rijden onder invloed terug te dringen en individuele interventies bij risicodrinkers zijn ook effectief. De prijs van alcohol opvoeren, het minder makkelijk verkrijgbaar maken en het uitbannen van alcoholreclame zijn kosteneffectieve strategieën om schade te verminderen (Anderson et al., 2009).

7 Overige trends en ontwikkelingen

De GGZ en daarmee ook de verslavingszorg zijn sterk in verandering. Hieronder schetsen we de meest in het oog springende trends en ontwikkelingen.

Schaalvergroting

Organisatorisch heeft de verslavingszorg de afgelopen twintig jaar veel veranderingen doorgemaakt. In 1993 waren 60 instellingen als lid van de Nederlandse Vereniging voor Instellingen voor Verslavingszorg (NeVIV) ingeschreven en in 1996 nog zo'n 40.

Als resultaat van de fusiegolven van de afgelopen jaren zijn er in nu nog twaalf categorale (premiegefinancierde) regionale instellingen voor verslavingszorg over, waaronder meer dan 200 locaties vallen. Inmiddels zijn ook enkele regionale instellingen voor verslavingszorg gefuseerd met regionale GGZ-instellingen of instellingen voor maatschappelijke opvang. Andere instellingen die specifiek aan verslaafden zorg bieden zijn enkele GGD'en (met name GGD Amsterdam), Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen / geïntegreerde ggz-instellingen en diverse andere (deels particuliere) initiatieven en stichtingen, zoals het Leger de Heils, de Stichting HuisKamer Project Drugverslaafden (HKPD) in Vlissingen, stichting De Hoop en de straatdokters.

'Nieuwe' aanbieders

Het aantal zogenaamde nieuwe instellingen voor verslavingszorg groeit snel. Sinds 2009 is het aantal instellingen bijna verdubbeld, van 21 tot 40. Een van de meest in het oog springende verschillen tussen deze en de z.g. reguliere verslavingszorg is het verschil in diversiteit van het aanbod. Bijna zonder uitzondering is in de nieuwe instellingen het Minnesotamodel de kern van het aanbod. In tegenstelling tot de reguliere verslavingszorg (LADIS) zijn de kerncijfers van deze instellingen niet openbaar waardoor vergelijkingen tussen bijvoorbeeld doelgroepen, zorgtoewijzing en aanbod moeilijk te maken zijn. Uit wat we wel weten (DBC gegevens, websites, rapportage DSW) valt echter op te maken dat de meeste instellingen dure zorg lijken te leveren voor een betrekkelijk 'lichte' groep cliënten.

Professionalisering

De verslavingszorg heeft in de het laatste decennia een grote professionalisering ondergaan, met Resultaten Scoren als aanjager. De behandeling van cliënten in de verslavingszorg gebeurt in toenemende op basis van richtlijnen en onderzoek. Sinds de start in 1999 zijn er meer dan 50 protocollen, richtlijnen en handleidingen door Resultaten Scoren ontwikkeld die veelal landelijk zijn geïmplementeerd. De toenemende professionalisering en de onderkenning van de complexiteit van de verslavingsproblematiek maakt dat er in de

verslavingszorg meer artsen nodig zijn. De opleiding tot verslavingsarts (Master in Addiction Medicine) is sinds 2013 erkend door de landelijke artsenfederatie KNMG. Dat betekent dat alleen artsen die voldoen aan de registratie-eisen en ingeschreven zijn in het register van de KNMG, zich verslavingsarts KNMG mogen noemen. Voorheen hield de benaming "verslavingsarts" soms niet meer in dan een aanduiding van waar iemand werkte.

Ook de andere disciplines in de verslavingszorg zijn zich de laatste paar jaar gaan organiseren. Het Nederlands Instituut voor psychologen heeft sinds een aantal jaar een sectie verslavingspsychologie en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie heeft sinds 2013 de Afdeling Verslavingspsychiatrie.

Van 'stepped care' naar 'matched care'

Het aanbod aan interventies in de reguliere verslavingszorg volgt het zogeheten 'stepped care'-principe, waarbij de patiënt in de eerste plaats de zorg krijgt aangeboden die het minst intensief is en waarvan toch wordt verondersteld dat deze het hoogst haalbare behandeldoel oplevert. Het principe van 'matched care' komt steeds vaker voor. Matched care stelt dat een cliënt een behandeling op maat dient te krijgen, ook als dat betekent dat er direct gekozen wordt voor een meer intensieve zorgvorm. Zorgvuldige indicatie is hiervoor een vereiste.

Internetbehandeling

De verslavingszorg en de GGZ lopen voorop in het ontwikkelen van e-health interventies. E-mental health strekt zich uit van informatieverstrekking, tot zelfhulp en behandeling via internet. Via e-mental health worden risicogroepen en groepen patiënten bereikt die nog niet eerder in zorg waren. Vooral hogeropgeleiden, vrouwen en autochtonen maken op het moment gebruik van online interventies. Echter, ook andere groepen lijken geschikt, zoals jongvolwassenen, allochtonen die vanwege een culturele achtergrond niet bekend willen worden met verslavingsprobleem, doven en slechthorenden. Vanuit de verslavingszorg zijn verschillende modules ontwikkeld voor de behandeling problematisch gebruik van alcohol en drugs, met name cannabis, maar ook partydrugs als ecstasy en GHB, zie bijvoorbeeld www.drugsondercontrole.nl. Het aantal internet-zelfhulpinterventies en -behandelingen breidt zich nog steeds verder uit. Kenmerkend voor de meeste internetbehandelingen is dat zij anoniem en gratis gevolgd kunnen worden. Er is beperkt onderzoek gedaan naar de klinische effectiviteit. Specifieke problemen zoals een hogere drop-out en gebrek aan therapietrouw zijn nog niet opgelost.

Zelfhulpgroepen

Zelfhulpgroepen zijn zelfstandige groepen waarin mensen op basis van (langdurige) onderlinge steun proberen los te komen van hun verslaving. Uit onderzoek blijkt deelname aan een zelfhulpgroep een positieve bijdrage te leveren aan het minderen of stoppen van het gebruik van alcohol of andere

middelen, hoewel niet is aangetoond dat een zelfhulpgroep daarin effectiever is dan andere interventies. Ook is aangetoond dat de combinatie van reguliere zorg en zelfhulp de effectiviteit van beide vergroot. (Multidisciplinaire richtlijn)

Er bestaan in Nederland groepen voor verslaafden en groepen voor familieleden van verslaafden. Een actueel overzicht van deze zelfhulpgroepen is te vinden op www.zelfhulpverslaving.nl. In 2003 werd binnen het Trimbos-instituut een tijdelijk project gestart om de samenwerking tussen de zelfhulpgroepen en de professionele hulpverlening te versterken. Zelfhulp staat inmiddels meer op de kaart en de beeldvorming is positiever. De groei kan samenhangen met het toegenomen gebruik van het Minnesota-model in de verslavingszorg, een behandelmodel waarbinnen veel aandacht is voor zelfhulp. Er bestaat echter nog weinig structurele samenwerking tussen verslavingszorginstellingen en zelfhulpgroepen met uitzondering van de nieuwe aanbieders in de verslavingszorg.

Financieringsstructuur van de verslavingszorg

De financiering van de drugshulpverlening is in de loop der tijd veelvuldig gewijzigd. Naast rijksbijdragen (AWBZ, Ziekenfondswet, directe subsidies van de ministeries) zijn er gemeentelijke en provinciale bijdragen en bijdragen van particulieren en kerkelijke organisaties. Al in 1976 werd gepleit voor een uniform financieringssysteem.

In 2006 kwam er een stelselwijziging in de financiering van de Nederlandse verslavingszorg. De stelselwijziging komt kort gezegd neer op de invoering van de Zorgverzekeringswet (ZVW) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Hierdoor kwam de Welzijnswet te vervallen. De drie belangrijkste financieringsbronnen van de verslavingszorg zijn nu:

1. de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voornamelijk voor voorzieningen voor langdurig verblijf (langer dan een jaar), wonen en woonondersteuning;
2. de Zorgverzekeringswet (ZVW) voor voorzieningen waarin behandeling (ook van chronische patiënten) een belangrijke component is;
3. de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) voor voorzieningen die tot de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en maatschappelijke ondersteuning worden gerekend.

<i>Wijze van financiering en uitvoerders</i>	<i>Vergoedingen vóór stelselwijzigingen</i>	<i>Vergoedingen na stelselwijzigingen</i>
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ): Zorgkantoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alle klinische en poliklinische verslavingszorg (incl. methadon) • Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) geregeld in de Wet 	Klinische verslavingszorg <i>langer dan één jaar</i> .

	collectieve preventie volksgezondheid	
Welzijnswet: Gemeenten	Ambulante verslavingszorg, preventie en overlastbestrijding	
Zorgverzekeringswet (ZVW): Zorgverzekeraars	Nvt	Vanuit Welzijnswet en AWBZ <ul style="list-style-type: none"> • Alle ambulante en poliklinische verslavingszorg (incl. methadon) Vanuit AWBZ <ul style="list-style-type: none"> • Klinische verslavingszorg <i>tot één jaar</i>
Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO): Centrumgemeenten	Nvt	Vanuit Welzijnswet <ul style="list-style-type: none"> • Preventie, overlastbestrijding en maatschappelijke zorg voor verslaafden, zoals gebruikruimten en inloopcentra Vanuit AWBZ <ul style="list-style-type: none"> • Openbare GGZ

Bron: Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid (van Laar en Ooyen, ed, 2009)

In de WMO hebben de centrumgemeenten een regiorol in de verdeling van het geld. De centrumgemeenten krijgen via 'de specifieke uitkering maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingsbeleid' geld dat ze verplicht zijn uit te geven aan activiteiten op deze drie terreinen. Er is geen vast percentage voor ieder van de drie terreinen aangegeven. De gemeenten zijn hierin vrij. In de toekomst wordt dit een decentralisatie-uitkering en zijn gemeenten niet meer verplicht het geld aan deze drie doelen te besteden. Tegelijkertijd maakt het ministerie met de gemeenten wel prestatieafspraken op de drie terreinen. De hoogte van de uitkeringen is lastig vast te stellen, omdat dit niet specifiek voor de verslavingszorg is vastgelegd. De heroïneverstrekking wordt apart gefinancierd door VWS en de gemeenten waar die voorzieningen gevestigd zijn. De financiering van de nazorg valt onder de DBC-systematiek, maar is voor veel hulpverleners niet transparant.

Het ministerie van Justitie financiert de maatregelen en behandelingen in het strafrechtelijk systeem die onder de verantwoordelijkheid van dit ministerie vallen. Voorbeelden hiervan zijn de activiteiten en maatregelen in het kader van de verslavingsreclassering, gedragsinterventies in detentie en zorg als alternatief voor vervolging en sancties, zoals de Strafrechtelijke Opvang Verslaafden.

De OGGZ (openbare geestelijke gezondheidszorg) is in 1991 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gedefinieerd als 'alle activiteiten die zich op het terrein van de geestelijke volksgezondheid voordoen die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag worden uitgevoerd'. Als er wel een individuele hulpvraag is, valt deze onder de GGZ. Drugsgebruikers vormen een aanzienlijk deel van de OGGZ-doelgroep, personen met diverse problemen op meerdere leefgebieden tegelijkertijd die niet in staat zijn deze problemen zelfstandig op te lossen. De problemen waar de OGGZ zich op richt, doen zich vaak voor op gebied van psychiatrie, waaronder verslavingsproblematiek, huisvesting, inkomen, sociale contacten en zelfverzorging. Veelal betreft het (ex-)patiënten van de GGZ, (ex-)verslaafden of ex-gedetineerden. De OGGZ heeft als doel om maatschappelijk herstel en een aanvaardbare kwaliteit van leven te bevorderen en probeert maatschappelijke uitval en dakloosheid van deze kwetsbare mensen te voorkomen door vroegtijdige signalering en beïnvloeding van (risico)factoren.

Sinds de jaren negentig behoort de OGGZ tot de verantwoordelijkheid van de gemeenten. In 2007 werden vrijwel alle OGGZ-taken overgeheveld naar de WMO en werd de OGGZ als achtste prestatieveld opgenomen in deze wet. De OGGZ overlapt met andere prestatievelden van de WMO, namelijk met maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en huiselijk geweld (prestatieveld 7) en ambulante verslavingszorg (prestatieveld 9). Complexe, meervoudige probleemsituaties zoals hardnekkige zorgmijding, dakloosheid en veelpleging worden doorgaans bovenlokaal door multidisciplinaire teams aangepakt die door de centrumgemeenten zijn ingesteld. De GGD is een belangrijke partij in de OGGZ. Woningcorporaties worden ook steeds belangrijker. Daarnaast spelen nog tal van andere organisaties een rol, zoals de maatschappelijke opvang, politie, (ambulante) verslavingszorg, GGZ, schuldhulpverlening, zorgkantoor, zorgverzekeraars, sociale dienst, welzijnsinstellingen en patiëntenorganisaties.

Stelselwijzigingen 2014: plek van de verslavingszorg

Op 1 januari 2014 is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ, dus inclusief verslavingszorg) omgevormd naar een stelsel met een 'generalistische basis GGZ' en een 'gespecialiseerde GGZ'. Het doel van deze stelselwijziging is een passende behandeling op de juiste plaats. Patiënten met lichte klachten worden geholpen in de huisartsenzorg. Behandeling van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de generalistische basis GGZ. Patiënten met complexe stoornissen worden geholpen in de gespecialiseerde GGZ. Uitgangspunt is dat patiënten dichtbij huis en minder zwaar – en daarmee goedkoper – worden behandeld (www.invoeringbasisggz.nl).

De huisarts krijgt meer ondersteuning voor hulp aan en behandeling van mensen met lichte psychische klachten. Ook kan de huisarts ondersteuning vragen bij het

doorverwijzen van patiënten met stoornissen naar de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ.

In de generalistische Basis GGZ zullen mensen met een complexere problematiek behandeld worden dan voorheen in de eerstelijnspsychologische zorg. Ook mensen met lichte tot matige problemen worden behandeld in de generalistische basis GGZ. De gespecialiseerde GGZ kenmerkt zich door een hoge mate van complexiteit van de behandeling, waarbij gespecialiseerde kennis nodig is.

Verslavingszorg via de huisartsen en de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ)

In eerste instantie worden mensen via de huisarts opgevangen. Als de huisarts de gevraagde zorg niet kan bieden, kan hij doorverwijzen naar de Basis GGZ of Gespecialiseerde GGZ. De huisarts wordt ondersteund door de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Dit is een snel groeiende beroepsgroep. Het zwaartepunt van de POH-expertise ligt momenteel nog op het gebied van de algemene psychiatrie en veel minder op alcohol- en middelenmisbruik en verslaving. Dit tekort aan kennis over verslaving is ook in het visiedocument verslaving van GGZ Nederland onderkend, daar wordt geconcludeerd dat er nog een inhaalslag te maken is wat betreft de participatie in de generalistische basis ggz en POH-GGZ.

Verslavingszorg in de basis GGZ

In de basis GGZ worden mensen behandeld met lichte tot matige, niet-complexe GGZ problematiek of mensen met chronische (stabiele) problematiek met een laag risico. In de basis GGZ vormt de zorgvraag van de patiënt het uitgangspunt voor de zorg. De zorgvraag wordt geformuleerd met vijf criteria: vermoeden van een DSM-stoornis, ernst van de problematiek, risico, complexiteit en beloop klachten en vier producten van zorg: kort, middel, intensief, chronisch. Er zijn diverse partijen betrokken bij het signaleren van en de zorg voor stoornissen in het gebruik van alcohol in de (toen nog) eerste lijn.

- In 2010 is de Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Stoornissen in het gebruik van alcohol opgesteld door een werkgroep van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn). Het NHG en de VVGn beogen met deze LESA betere zorg te verlenen aan patiënten met stoornissen in het gebruik van alcohol. Onder deze stoornissen worden verstaan: problematisch alcoholgebruik, alcoholmisbruik en -afhankelijkheid. Huisarts en verslavingsarts kunnen door een nauwere samenwerking en een goede taakverdeling bij signalering, diagnostiek en beleid op het juiste moment de juiste geneeskundige zorg bieden. Op deze wijze wordt de continuïteit in de zorg voor de patiënt gewaarborgd. De LESA beschrijft niet de rol van andere eerstelijnsdisciplines in de zorg voor patiënten met

een stoornis in het gebruik van alcohol, maar kan wel als basismodel dienen voor samenwerkingsafspraken met en tussen andere disciplines. De aanbevelingen in deze LESA zijn bedoeld om regionaal nader in te vullen. Aan de hand hiervan kunnen nadere werkafspraken worden gemaakt. De zorg voor specifieke groepen, zoals kinderen of ouderen, komt in deze LESA slechts in beperkte mate aan de orde.

- Het Partnership Vroegsignalering Alcohol (gestart in 2008) is een samenwerkingsverband tussen diverse partijen¹³. Het PVA wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS. De doelstelling van het PVA is het coördineren, initiëren en ondersteunen van vroegsignalering en het doen uitvoeren van effectieve (secundaire en geïndiceerde) preventie en behandeling bij alcoholproblematiek.

Er zijn geen vergelijkbare nationale initiatieven voor stoornissen in het gebruik van middelen.

¹³ Het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Centraal begeleidings Orgaan, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Scientific Institute for Quality of Healthcare van het UMC St Radboud (IQ Healthcare), GGD Nederland (koepelorganisatie gemeentelijke gezondheidsdiensten), Trimbos-instituut, Reinier de Graaf Gasthuis te Delft (polikliniek Jeugd en Alcohol), Stichting Kenniscentrum Verslaving Resultaten Scoren, onder voorzitterschap van prof. dr. Gerard M. Schippers.

8 Samenvattende conclusies voorgaande hoofdstukken

Dit rapport beoogt op basis van bestaande bronnen meer inzicht te geven in de aard en omvang van verslavingsproblemen in Nederland (prevalentie); de geboden zorg door verslavingsinstellingen; voorhanden zijnde richtlijnen en de toepassing daarvan; effectiviteit van de ingezette interventies en indien mogelijk de kosteneffectiviteit; trends en ontwikkelingen in de Nederlandse verslavingszorg. Het onderzoek was voornamelijk gericht op de grootste groepen van verslavingen: alcohol, cannabis, opiaten en cocaïne. Zowel de reguliere instellingen voor verslavingszorg als de nieuwe aanbieders zijn in ogenschouw genomen.

Prevalentie (hfd2)

Verslaving aan alcohol en drugs is de op twee na meest voorkomende psychische aandoening in Nederland. Alcohol is het grootste probleemmiddel gevolgd door cannabis en cocaïne (lifetimeprevalentie 19,1%; 12-maandsprevalentie 5,6%). Middelenstoornissen zijn in een kwart tot een derde van de gevallen chronisch.

Er is een groot verschil tussen het aantal probleemgebruikers en het aantal dat daadwerkelijk zorg krijgt (treatment gap). Dit verschilt per type verslaving. Slechts een fractie van de alcoholverslaafden komt in zicht bij de (gespecialiseerde) hulpverlening terwijl tweederde tot driekwart van de opiaatverslaafden in zorg komt.

De gespecialiseerde verslavingszorg wordt geboden door elf regionale instellingen, categoriaal dan wel geïntegreerde ggz-instellingen. Zij leveren jaarlijks gegevens aan voor LADID, het Landelijke Alcohol- en Drugs Informatie Systeem. Daarnaast wordt zorg geboden vanuit de nieuwe instellingen, de zogenoemde nieuwe aanbieders. Zij leveren geen gegevens aan voor LADIS. De nieuwe aanbieders richten zich dikwijls op een meer exclusief segment van probleemgebruikers die zich niet wensen te identificeren met de 'typische cliënt' in de reguliere instellingen.

In 2012 telde de reguliere verslavingszorg ruim 66.000 cliënten. Voor 21% van de cliënten betrof het een eerste inschrijving in de verslavingszorg. Het gemiddeld aantal contacten per cliënt bedroeg 30 hulpverleningscontacten. Het totale aantal hulpvragers dat zich meldt in de verslavingszorg is overigens sinds 2009 gedaald, maar het gemiddelde aantal contacten is sindsdien elk jaar gestegen. Vanaf 2012 neemt deze stijging weer af.

Het aantal geregistreerde contacten per patiënt is tussen 2009 en 2012 fors gestegen. De meest waarschijnlijke verklaring voor deze stijging lijkt eerder een

betere registratie dan een werkelijke toename in het aantal contacten (persoonlijke mededeling LADIS).

Circa 80% van de zorg in de reguliere verslavingszorg is ambulante zorg. In 2012 vonden de meeste contacten van de verslavingszorg met hulpvragers vinden plaats in de ambulante setting. 13% van de contacten vonden plaats in de klinische setting. In 2012 zaten ruim 10.000 personen met minimaal één klinische opname in de verslavingszorg. Een klinische opname gaat bijna altijd gepaard met een ambulante behandeling (voorafgaand of als vervolgbehandeling).

Instream, doorstroom en recidieven (hfd 3)

Behandelduur

Cliënten met opiaat- alcohol- of cocaïneverslaving zijn het langst in zorg en komen het vaakst terug na eerdere behandeling. Hulpvragers voor opiaatverslaving (heroïne, methadon) zijn het langst in zorg. 90% heeft een behandelgeschiedenis langer dan drie jaar. De behandeling is gericht op stabiliseren, niet op abstinentie. Bij cocaïne en alcohol geldt dat ongeveer de helft langer dan drie jaar in zorg is.

In 2012 kwam één op de vijf hulpvragers voor het eerst in beeld bij de verslavingszorg. De meeste nieuwe hulpvragers bleken een probleem te hebben met het gebruik van ecstasy, cannabis, gokken of overige middelen waaronder internetverslaving en eetstoornissen. Met name voor ecstasy geldt dat er een hoge doorstroom is van cliënten. Op jaarbasis komt 60% voor het eerst in zorg maar jaarlijks wordt 60% ook weer uitgeschreven.

Zowel de categorale als de geïntegreerde instellingen bemerken een verschuiving in clientengroepen (o.a. minder opiaatgebruikers, afname gokkers, toename cocaïnegebruikers). Beide type instellingen laten een verschuiving van begeleiding naar behandeling zien.

De intramurale instroom in de categorale verslavingszorginstellingen (dus exclusief geïntegreerde instellingen) bedroeg over 2012 in totaal 6640 cliënten (ZVW, AWBZ en DJI). Daarbij moet in aanmerking worden genomen dat een minstens zo groot aantal of nog groter instroomt in de geïntegreerde instellingen (aantallen niet nader gespecificeerd).

Gelet op DBC-hoofddiagnose in de gehele intramurale productie heeft 9% van alle cliënten een aan alcohol gebonden middelenstoornis, 7% een aan overige middelen gebonden stoornis.

Op moment van ontslag is bijna de helft van de ZVW-cliënten korter dan een maand in een verslavingsinstelling opgenomen geweest. Circa een kwart blijft 1 tot 3 maanden opgenomen. Een derde verblijft langer dan 3 maanden. Voor de AWBZ-cliënten gelden andere percentages. Ruim een derde verblijft korter dan een jaar, ruim 40 % verblijft 1-2 jaar. Samengenomen verblijft ruim driekwart van de cliënten maximaal 2 jaar.

Specifiek voor de dubbele-diagnoseklinieken geldt een gemiddelde opnameduur van 80 dagen (bekeken van 2007 tot 2011). In de loop van de monitorjaren is zowel de geplande als de werkelijke behandelduur korter geworden. Echter, 43% verlaat de kliniek conform het behandelplan. In overige gevallen wordt de behandeling voortijdig afgebroken door de cliënt of de behandelaar, al dan niet in overleg.

Zorgaanbod (hfd 4)

In de afgelopen decennia lag er relatief veel accent op de sociale verslavingszorg gericht op opiaatverslaafden en gericht op stabilisatie van de problematiek dan wel overlastbestrijding. Inmiddels is het biopsychosociaal model het uitgangspunt in de zorg. Verslaving wordt beschouwd als een tot chroniciteit neigende ziekte welke behandeling behoeft. Artsen hebben in toenemende mate een belangrijke rol in de behandeling. Tevens is er veel meer aandacht voor somatische en psychische comorbiditeit bij verslaving. Verslaving gaat gepaard met psychische, lichamelijke en sociale problemen en verlangt een integraal zorgaanbod.

Gezien het tot chroniciteit neigende karakter van verslaving is abstinentie veelal geen reëel einddoel. Ruim de helft van de verslaafden valt na behandeling binnen een jaar terug in hun gebruik. Het aanbod van de verslavingszorg dient niettemin erop gericht te zijn dat de interventies die worden geboden leiden tot een substantiële vermindering van middelengebruik in combinatie met en verbetering van de algemene gezondheid, herstel van het sociaal-matschappelijk functioneren en een verhoging van de kwaliteit van leven. Bij justitiële cliënten is van belang tevens te letten op een afname in risicovol gedrag en / of crimineel gedrag.

De hulpverlening dient gericht te zijn op het onderkennen van verslavingsproblemen, het stellen van de juiste diagnose, het inschatten van de ernst van het middelengebruik en het bepalen van de noodzakelijke behandelintensiteit. Het individuele profiel van de cliënt dient zo goed mogelijk in kaart te worden gebracht (profilering) inclusief de kenmerken die voorspellend kunnen zijn voor het verloop van de behandeling. Zo ook dient er oog te zijn voor stagering: methoden om zichtbaar te maken in welk stadium iemand zich in het verslavingsproces bevindt. Op basis hiervan worden interventies ingezet die de meeste kans van slagen hebben. Helaas zijn er nog maar weinig klinische

variabelen bekend met en goede voorspellende waarde en is niet onomstotelijk vastgesteld hoe individuele cliënten het beste behandeld kunnen worden.

Van recente datum is het aanbod van de zogenoemde nieuwe aanbieders (nieuwe aanbieders) op het terrein van de verslavingszorg. Hun aantal is groeiende. Zij profileren zich met een eigen behandelingsfilosofie dikwijls gebaseerd op het Minnesota-behandelmodel waarvan de basis ligt in het 12-stappenmodel vanuit de AA. Zelfhulp krijgt veel aandacht en deelname aan zelfhulpgroepen wordt sterk gestimuleerd. De nieuwe aanbieders richten zich veelal op cliënten met primaire verslavingsproblematiek. Abstinentie geldt als haalbaar behandelgoal.

Er is een globale vergelijking gemaakt van het aanbod van de reguliere verslavingsinstellingen en de nieuwe aanbieders. Het springt in het oog dat de reguliere aanbieders in het algemeen een uitgebreider diagnostisch traject bieden dan de nieuwe aanbieders. Laatstgenoemden hebben doorgaans geen aanbod voor chronische cliënten met meervoudige en complexe problemen. Die behoren niet tot de directe doelgroep. Opvallend punt is dat de nieuwe aanbieders aanvullende therapieën bieden die nauwelijks voorkomen in het aanbod van de reguliere aanbieders. Veelal is er nog onvoldoende bewijs voor de effectiviteit daarvan. De reguliere instellingen daarentegen maken in toenemende mate veelvuldig gebruik van goed omschreven interventies welke zijn ontwikkeld in het kader van Resultaten Scoren.

Alle alcohol- en druggerelateerde richtlijnen benadrukken het belang van het gebruik van *gestandaardiseerde screening- en assessmentinstrumenten*. Zij geven geen aanbevelingen over een specifiek instrument.

De MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) is een instrument dat in steeds meer instellingen wordt gebruikt om de zorgzwaarte en zorgtoewijzing te bepalen. Daarbij worden drie dimensies in ogenschouw genomen: ernst van de verslaving, ernst comorbide psychopathologie en ernst van de sociale desintegratie.

Er komen steeds meer (effectieve) psychologische en farmacologische interventies beschikbaar voor verslavingsbehandeling. Het programma Resultaten Scoren heeft hier in belangrijke mate aan bijgedragen.

Interventies die regelmatig worden geboden zijn: leefstijltrainingen, intake module en indicatiestelling, richtlijn detox, richtlijn dubbele diagnose, de RIOB, de MATE, en cannabisbehandeling bij jongeren en volwassenen. Vrij recent zijn er aanbevelingen gedaan voor Middelengebruik en depressie en Medicamenteuze terugvalpreventie bij alcoholafhankelijkheid. Deze protocollen van Resultaten Scoren genieten nog te weinig bekendheid. Opvallend is dat er in het algemeen vrij grote verschillen bestaan tussen instellingen bij het toepassen van protocollen en standaarden.

Het aanbod voor opiaatverslaafden bestaat voornamelijk uit harmreductieinterventies en verschillende typen farmacologische behandeling.

Het bereik van de verslavingszorg voor opiaatverslaafden is als goed aan te merken. Voor andere groepen probleemgebruikers ligt dit anders. Met name de behandeling van cannabis- cocaïne- en crackverslaving verdient meer aandacht en onderzoek. Idem verdient dubbele-diagnosebehandeling meer aandacht.

Nederland scoort hoge ogen wat betreft het gedifferentieerde aanbod en het bereik van diverse groepen cliënten met verslavingsproblemen. Onder meer kan gewezen worden op toepassingen van online hulpverlening.

Richtlijnen (hfd 5)

Het gebruik van (multidisciplinaire) richtlijnen is steeds meer gangbaar geworden. Met name kan gewezen worden op de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (2008) en de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013). Daarnaast zijn er tal van richtlijnen en protocollen ontwikkeld door Resultaten Scoren. Momenteel worden richtlijnen ontwikkeld voor middelengebruik in de jeugdzorg. Het ontbreekt aan richtlijnen problematisch drugsgebruik anders dan opiaten. Voor huisartsen is er een NHG-standaard Problematische alcoholgebruik (2005). Ook in het buitenland zijn veel richtlijnen voorhanden voor alcohol en drugsmisbruik.

In hoeverre de richtlijnen consequent worden toegepast in de praktijk is niet goed bekend. Vooral nog ontbreekt het aan een structuur om de richtlijnen tijdig te actualiseren.

(Kosten)effectiviteit en maatschappelijke baten (hfd 6)

Effectiviteit

Voor cliënten met alcoholverslaving is er een divers aanbod aan interventies en is de wetenschappelijke onderbouwing het grootst. Er zijn verschillende ontwikkelingen op het gebied van anti-craving medicijnen bij alcoholmisbruik. Tevens zijn er goede farmacologische behandelingen om opiaatverslaving te verminderen maar voor andere drugs (cannabis en cocaine, amfetamine) ontbreken deze nog. Voor onderhoudsbehandeling van heroïneverslaving gelden methadon en buprenorfine als effectief. Ook is bewezen dat heroïneverstrekking op medisch voorschrift het functioneren verbetert en criminaliteit vermindert. Daarnaast is het kosteneffectief.

Cognitieve gedragstherapie geeft goede resultaten bij volwassenen en jongeren met een enkelvoudige cannabisverslaving. Er is sterk bewijs voor de werkzaamheid van breed opgezette gezinstherapie voor jongeren cannabisverslaafden uit multiprobleemgezinnen. Voor jongeren met verslaving wordt multidimensionele gezinstherapie aangeraden en behandeling met Community Reinforcement Approach (CRA).

Voor veel interventies is nog onvoldoende bekend over de effectiviteit. Er is nog onvoldoende onderzoek verricht of onderzoek van onvoldoende kwaliteit. Dit geldt bijvoorbeeld voor online-interventies, het Minnesotamodel en het 12-stappenmodel.

De effectiviteit van een interventie hangt samen met het volledig afronden van de behandeling. Drop-out is echter het grootste probleem. Het toepassen van motivationale technieken is een belangrijke component in de behandeling. Ook nazorg verdient meer aandacht, ook na ambulante behandeling.

Kosteneffectiviteit en maatschappelijke baten

Vrijwel alle kosten-baten studies laten zien dat de baten hoger zijn dan de maatschappelijke kosten die worden uitgetrokken voor de verslavingszorg. De maatschappelijke voordelen wegen op tegen de kosten van verslavingsbehandeling. Gebaseerd op een berekening van KPMG (2012) bedragen de totale kosten (verzuim, ziekte, criminaliteit, gezondheidszorg algemeen en verslavingszorg 3200 miljoen per jaar, alleen al voor alcohol. De kosten voor de verslavingszorg bleken daarbij relatief laag: 83 miljoen per jaar.

Verslavingsbehandeling, mits met inzet van effectieve interventies, leidt tot een aanzienlijke reductie van kosten die veel groter is dan de kosten van behandeling (NIDA, 2012).

Kosteneffectiviteit specifieke interventies

Alcoholscreening en kortdurende counseling in de algemene gezondheidszorg blijken kosteneffectieve preventieve interventies.

Preventieprogramma's voor adolescenten hebben een gunstig effect op het cannabisgebruik. Met voorzichtigheid kan gesteld worden dat het cannabisgebruik verminderd wordt. In de review wordt aangegeven dat meer onderzoek noodzakelijk is.

E-health-interventies die effectief zijn kan de gezondheidszorg voor verslaafde mensen kosteneffectiever maken. Er is echter nog te weinig onderzoek op dit gebied gedaan om te kunnen zeggen of e-zelfhulpinterventies gecombineerd met hulpverlenerscontact effectiever zijn dan e-zelfhulpinterventies zonder hulpverlenerscontact en voor welke doelgroepen welke e-interventies het meest geschikt zijn (Riper et al., 2011). Een nadeel bij online-interventies is dat de uitval relatief hoog is.

Trends en ontwikkelingen (hfd 7)

De verslavingszorg heeft in het laatste decennium een grote professionalisering ondergaan. Behandeling gebeurt in toenemende mate op basis van richtlijnen en protocollen. Sinds 1990 zijn er meer dan 50 protocollen en richtlijnen ontwikkeld die veelal landelijk zijn geïmplementeerd. De implementatie behoeft overigens meer aandacht.

Een belangrijke ontwikkeling is de opkomst van nieuwe aanbieders, de zgn nieuwe instellingen. Hun aanbod onderscheidt zich van andere reguliere instellingen. Zij besteden meer aandacht aan zelfhulp in de vorm van het 12-stappenmodel of het Minnesota model. De effectiviteit hiervan staat niet onomstotelijk vast.

Een recente ontwikkeling is de onlinebehandeling bij verslaving. Ook hiernaar dient meer onderzoek verricht te worden.

Bijlage 1: effectiviteit van interventies

Onderstaand volgt een overzicht van interventies voor respectievelijk alcohol-, cannabis-, opiaat-, cocaïne-, amfetamineverslaving en dubbele diagnose problematiek, polydrugsgebruik en niet-gespecificeerd drugsgebruik. Per interventie wordt aangegeven wat er op basis van onderzoeken geconcludeerd kan worden over de mate van effectiviteit van de desbetreffende interventie.

Zorgaanbod Alcohol: effectiviteit
Opsporing, screening en diagnostiek
<ul style="list-style-type: none">- De CAGE-test is een valide test bij de opsporing van alcoholmisbruik en – afhankelijkheid (niveau 1 bewijs).- De AUDIT is een effectief instrument om personen - variërend van alcoholmisbruik tot alcoholafhankelijkheid - in brede zin op te sporen (niveau 1 bewijs).- De MAST is een valide instrument om alcoholmisbruik en -afhankelijkheid in een psychiatrische setting en ook bij ouderen op te sporen (niveau 1 bewijs).- Laboratoriumonderzoek van gamma-GT, MCV en CDT (koolhydraat deficiënt transferrine) is niet beter geschikt dan de AUDIT om overmatig alcoholgebruik in de huisartspraktijk op te sporen. De combinatie van CDT en gamma-GT heeft de grootste voorspellende waarde (niveau 1 bewijs).- Bij ongeveer 25% van de patiënten die een eerste hulp bezoeken speelt alcoholgebruik een belangrijke rol. Alcoholgebruik is goed vast te stellen door bepaling van het alcoholgehalte in uitademingslucht of bloed (niveau 2 bewijs)
Medicamenteuze behandeling <i>Ongecompliceerd alcoholonthoudingssyndroom</i>
<ul style="list-style-type: none">- Benzodiazepinen zijn effectief in het verminderen van alcohol onthoudingsverschijnselen en in het voorkomen van onthoudingsinsulten (niveau 1 bewijs). Langwerkende benzodiazepinen worden aanbevolen als middel van eerste keuze bij alcoholdetoxicatie. Bij ouderen en patiënten met een leverfunctiestoornis hebben kortwerkende benzodiazepinen de voorkeur.- Carbamazepine is effectief in het verminderen van alcohol onthoudingsverschijnselen (niveau 1 bewijs).- Antipsychotica zijn effectief in het verminderen van milde alcoholonthoudingsverschijnselen. Zij verlagen echter wel de drempel voor alcoholonthoudingsinsulten (niveau 1 bewijs).- Magnesium is niet effectief in het verminderen van alcohol-onthoudingsverschijnselen (niveau 1 bewijs).
Medicamenteuze behandeling <i>Gecompileerd alcoholonthoudingssyndroom</i>

- Benzodiazepinen, in het bijzonder langwerkende, zijn effectief in het voorkomen van de novo insulden tijdens een alcoholonthoudingssyndroom (niveau 1 bewijs).
- Carbamazepine is effectief in het voorkomen van de novo insulden. Het combineren van benzodiazepinen en carbamazepine heeft geen meerwaarde boven benzodiazepinen of carbamazepine alleen (niveau 1 bewijs).
- Lorazepam is effectief in het voorkomen van een recidief insult tijdens eenzelfde alcoholonthoudingssyndroom bij patiënten die nog geen benzodiazepinen kregen (niveau 1 bewijs).
- Diphantoine is niet effectief in het voorkomen van een recidief insult tijdens eenzelfde alcoholonthoudingssyndroom (niveau 1 bewijs).
- Benzodiazepinen, in het bijzonder die met een lange werkingsduur, zijn veilig en effectief in het voorkomen en behandelen van een delier tijdens een alcoholdetoxicatie (niveau 1 bewijs).

Medicamenteuze behandeling

Farmacotherapeutische interventies

- Acamprosaat is effectief bij de behandeling van alcoholafhankelijke patiënten (niveau 1 bewijs). Het lijkt er op dat acamprosaat ook op langere termijn (tot twee jaar nadat de behandeling is gestopt) enig effect sorteert (niveau 2 bewijs).
 - Naltrexon is een effectief hulpmiddel bij een kortdurende behandeling van alcoholafhankelijkheid (niveau 1 bewijs). Naltrexon is niet effectief in het voorkomen van een terugval op langere termijn (niveau 2 bewijs).
 - Compliance is de kritieke component in de behandeling met naltrexon, vooral als er onaangename bijwerkingen door de patiënt worden vermeld (niveau 1 bewijs).
 - Disulfiram is effectief voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid op voorwaarde van een gecontroleerde inname (niveau 1 bewijs).
 - Serotonerge middelen zijn niet effectief in de behandeling van alcoholmisbruik (niveau 2 bewijs).
 - SSRI's moeten niet of met grote voorzichtigheid worden voorgeschreven aan patiënten met type-2-alcoholisme (niveau bewijs 2).
 - Het is aannemelijk dat topiramaat effectief is in vergelijking met placebo bij een kortdurende behandeling van alcoholafhankelijkheid.
- Om het aantal bijwerkingen beperkt te houden is het belangrijk met een lage dosis te beginnen en deze langzaam (25-50 mg/week) op te bouwen tot een onderhoudsdosering die lager kan liggen dan de voor epilepsie gebruikelijke dosering (300 mg/dag). Het aantal frequent optredende bijwerkingen is breed en het is nog onvoldoende bekend hoe het bijwerkingenprofiel zich op de lange termijn zal ontwikkelen (niveau bewijs 2).

Psychosociale interventies

Motiverende gespreksvoering

- Effectonderzoek heeft vooral plaatsgevonden met op motiverende gespreksvoering gebaseerde interventies. Op grond hiervan meent de werkgroep van de Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol dat motiverende gespreksvoering een gespreksstijl is die elke hulpverlener bij alcoholproblemen

zich eigen zou moeten maken. Behandelingen waar motiverende gespreksvoering een integraal onderdeel van vormt verdienen de voorkeur boven interventies waarbij dat niet het geval is, ongeacht de ernst van de afhankelijkheid.

- Motiverende gespreksvoering is in niet-klinische populaties effectiever dan geen behandeling. Motiverende gespreksvoering is even effectief als andere kortdurende en langer durende actieve psychologische interventies (niveau 1 bewijs).

- Het is aannemelijk dat motiverende gespreksvoering kosteneffectiever is dan andere psychosociale behandelingen.

Psychosociale interventies

Enmalige en kortdurende interventies

- In de eerstelijnsgezondheidszorg hebben kortdurende interventies een klein tot middelmatig effect in het stoppen met of minderen van alcoholgebruik. Dit geldt op de korte termijn zowel voor degenen die behandeling zoeken als voor degenen die opportunistisch op hun alcoholgebruik worden aangesproken (niveau 1 bewijs).

- In de spoedeisende hulp zijn kortdurende interventies effectief, het is onzeker of dat ook geldt voor andere afdelingen van het algemeen ziekenhuis (niveau 1 bewijs).

Psychosociale interventies

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

- Cognitieve gedragstherapie heeft meer effect dan standaardbehandeling, meestal algemene counseling aangevuld met praktische hulp. Dit geldt zowel op korte als op de langere termijn en zowel bij alcoholmisbruik als bij - afhankelijkheid en zowel bij behandeling gericht op abstinentie als gericht op minder drinken (niveau 1 bewijs).

- Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van Sociale vaardigheidstraining te bevatten (niveau 1 bewijs).

- Elke cognitieve gedragstherapeutische interventie dient elementen van zelfcontroletraining te bevatten (niveau 1 bewijs).

- Cue-exposure behandeling is effectief, maar kan beter niet als losstaande behandeling aangeboden worden. Cue-exposure behandeling kan wel worden ingezet als onderdeel van een vaardigheidstraining in het omgaan met alcohol (niveau 1 bewijs).

- In geval van relatieproblemen of huiselijk geweld heeft gedragstherapeutische partnerrelatietherapie de voorkeur boven individuele cognitieve gedragstherapeutische interventies (niveau 1 bewijs).

- Groepstherapie is even effectief als individuele therapie (niveau bewijs 1). Gedragsgeoriënteerde groepstherapie is waarschijnlijk effectiever dan andere groepsmethodieken (niveau 2 bewijs).

- Het toepassen van zelfhulpmaterialen leidt tot belangrijke reductie in problematisch alcoholgebruik, in de orde van enkele glazen per dag dat tenminste enkele maanden duurt (niveau 1 bewijs).

<p>Psychosociale interventies <i>Community reinforcement approach (CRA)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - CRA heeft meer effect dan standaardbehandeling, ook bij ernstig verslaafden die niet sterk gemotiveerd zijn maar die nog wel een steunende sociale omgeving hebben (niveau 1 bewijs). - Er zijn aanwijzingen dat een van de CRA afgeleide vorm van benadering van gezin en omgeving van de patiënt de bereidheid in behandeling te gaan vergroot (niveau 2 bewijs).
<p>Psychosociale interventies <i>Zelfhulpgroepen en twaalfstappenbenadering</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Deelname aan de AA geeft mogelijk een grotere kans op het behouden van abstinentie. Het is niet mogelijk vast te stellen of dit een kwestie is van zelfselectie of van causaal werkelijk effect (niveau 3 bewijs). - Een behandeling volgens de twaalfstappen benadering, in ambulante of in klinische vorm, is waarschijnlijk niet effectiever dan andere behandelingen (niveau 1 bewijs).
<p>Psychosociale interventies <i>Psychotherapie</i></p>
<p>Inzichtgevende en op groei gerichte psychotherapie zijn niet effectief in het terugdringen van alcoholmisbruik of afhankelijkheid. Dit geldt zowel voor groepstherapie als voor individuele therapie (niveau 1 bewijs).</p>
<p>Psychosociale interventies <i>Contingentie Management</i></p>
<p>CM is mogelijk effectief bij alcoholafhankelijkheid (niveau 2 bewijs).</p>
<p>Internet behandeling</p>
<p>Internetbehandeling is mogelijk effectief bij alcoholafhankelijkheid (niveau 2 bewijs). (Het aanbod is divers, onderzoek nog summier.)</p>
<p>Klinische en ambulante behandeling</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Bij ernstige onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld onthoudingsinsulten, dient intramurale opname bij een verslavingszorginstelling plaats te vinden. Bij een delirant beeld zal een overplaatsing naar een afdeling Interne Geneeskunde of Psychiatrie van een Algemeen Ziekenhuis moeten plaatsvinden (Richtlijn Detox, p.13). - Het is aangetoond dat klinische detox behandeling in het algemeen niet

effectiever is dan ambulante detox behandeling (niveau 1 bewijs).
 - Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid (niveau 2 bewijs).
 - Langdurig alcohol- en drugsafhankelijken die een vorm van casemanagement krijgen blijven langer in behandeling, en verbeteren in werken en wonen en in lichamelijk en psychische functioneren (niveau 1 bewijs). Het makelaarsmodel is minder effectief wat betreft vermindering van alcohol (en/of drug)gebruik, problemen op leefgebieden en kwaliteit van leven. Er zijn geen aanwijzingen dat de ACT meer effecten behaalt dan andere vormen van intensieve casemanagement (niveau 1 bewijs).

Combinatie medicamenteuze behandeling en psychosociale interventies

- Het effect van acamprosaat is onafhankelijk van de aard en de intensiteit van de psychosociale begeleiding die tegelijkertijd wordt aangeboden (niveau 1 bewijs).
 - Het effect van naltrexon kan worden versterkt door een combinatie met cognitieve gedragstherapie of door medische consulten waarin expliciet aandacht wordt besteed aan therapietrouw, bijwerkingen en het beloop van de symptomen (niveau 1 bewijs).

Overige behandelingen

- Er zijn onvoldoende aanwijzingen dat transcendente meditatie, biofeedback en neurotherapie effectief zijn bij het verminderen van alcoholgebruik van zware drinkers (niveau 3 bewijs).
 - Er zijn geen aanwijzingen dat acupunctuur effectief is in de behandeling van alcoholproblematiek (niveau 2 bewijs).

Dwang en drang

De literatuur over dwang en drang bij alcoholisme is schaars.
 - De werkgroep van de Richtlijn is van mening dat opname met BOPZ-titels mogelijk levensverlengend kan werken bij alcoholisten wier leven gevaar loopt ten gevolge van hun alcoholgebruik (niveau 4 bewijs).

Nazorg

- Sociale vaardigheidstraining is niet voldoende als nazorg (niveau 1 bewijs).

Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009). De range van het niveau van bewijs is 1-4, waarbij 1 geldt als 'hoogste' bewijs, niveau 4 als 'laagste' bewijs.

Zorgaanbod Cannabis: effectiviteit
Medicamenteuze behandeling
De conclusie op dit moment is dat er geen medicatie beschikbaar is om een cannabisverslaving aan te pakken.
Psychosociale interventies <i>Cognitieve gedragstherapie (CGT)</i>
- CGT helpt volwassenen hun consumptie van cannabis te matigen voor 6-12 maanden (beperkt bewijs). Het is nog onduidelijk of de matiging van het gebruik van de drug over langere tijd standhoudt. Het staat niet vast dat deze behandeling effect heeft bij adolescenten.
Psychosociale interventies <i>MultiDimensional Family Therapy (MDFT)</i>
Intensieve psychosociale interventies zijn vooral toegepast bij adolescenten die ook andere problemen hebben dan frequent cannabisgebruik. De uitkomsten stemmen hoopvol, vooral voor de inzet van MultiDimensional Family Therapy (MDFT). Die interventie richt zich niet alleen op de thuisomgeving, maar ook op de vriendenkring en de situatie op school. Cannabisgebruik neemt af en probleemgedrag in algemene zin loopt terug (sterk bewijs voor werkzaamheid).
Internet behandeling
Er zijn verschillende initiatieven met CGT-achtige interventies op internet, maar een goede evaluatie van dergelijke interventies voor cannabis is nog niet gepubliceerd.
Klinische en ambulante behandeling
Onbekend.

Bron: Van Gageldonk et al., 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Zorgaanbod opiaten: effectiviteit
Opsporing, screening en diagnostiek
- Er zijn aanwijzingen dat sensitiviteit en specificiteit van de CAGE-AID voor het opsporen van drugsverslaving in de eerstelijnszorg redelijk zijn (niveau 3

bewijs).

- Het is aannemelijk dat de CAGE-AID en DUDIT, indien toegepast in specifieke settings (zoals crisisafdeling voor psychiatrie; paaz), een redelijke sensitiviteit en specificiteit hebben (niveau 2 bewijs).

- De SCID, CIDI, CIDI-SAM en MINI-plus zijn geschikte instrumenten om diagnostiek van opiaatverslaving uit te voeren. De SCID en CIDI(-SAM) hebben in internationaal onderzoek betere psychometrische eigenschappen dan de MINI-plus (niveau 4 bewijs).

- Zowel de Europ-asi als de MATE kennen psychometrische tekortkomingen, waardoor de relevantie van het toepassen van deze instrumenten moeilijk te beoordelen is. Het gebruik van deze semigestructureerde interviews blijft echter te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek (niveau 2 bewijs).

- In de praktijk is er in Nederland consensus over het systematische gebruik van schalen voor het vaststellen en het volgen van onthoudingsverschijnselen tijdens de ontgiftiging van verslaafden. Bij opiaatverslaving kunnen de SOWS en de OOWS hiervoor worden gebruikt. Bij polydruggebruik komen – vooral ook bij het volgen van de ontwikkeling van deze symptomen – ook de SOS en de OOS in

aanmerking. De psychometrische kwaliteit van deze schalen is (ook voor Nederland) niet goed bekend (niveau 4 bewijs).

- De psychometrische eigenschappen van instrumenten voor meting van craving zijn weliswaar goed, maar de voorspellende waarde ervan bij individuele patiënten is beperkt (niveau 2 bewijs).

- Het doen van lichamelijk onderzoek naar somatische complicaties bij opiaatverslaving vindt voldoende steun in wetenschappelijk onderzoek en bestaande richtlijnen (niveau 4 bewijs).

Medicamenteuze behandeling

Detoxificatie

- Detoxificatie met methadon of buprenorfine houdt cliënten in behandeling en onthoudingsverschijnselen beheersbaar (niveau 1 bewijs). Het is aangetoond dat methadon- en buprenorfineafbouwschema's even effectief zijn bij de ontgiftiging van heroïne (niveau 1 bewijs).

- Er is onvoldoende bewijs voor snelle detoxificatie met naltrexon (niveau 1 bewijs).

- Clonidine is effectief maar geeft meer bijwerkingen en wordt slechts in incidentele gevallen aanbevolen (niveau 1 bewijs).

- Benzodiazepinen hebben geen plaats als aanvullingen of vervanging van opiaatagonisten bij detoxificatie (niveau 3 bewijs).

- Het is aannemelijk dat naltrexon met vertraagde afgifte (depotinjectie of implantaat) in aansluiting op opiaatontgiftiging leidt tot minder dagen waarop opiaten worden gebruikt (niveau 1 bewijs).

- Afbouw of stoppen met het gebruik van opiaten zonder medicamenteuze ondersteuning wordt sterk ontraden vanwege de onthoudingsverschijnselen en de daarmee samenhangende risico's.

Methadononderhoudsbehandelingen behoren tot de best onderzochte en meest effectieve interventies voor de behandeling van opiaatverslaafden. Door middel van methadononderhoudsbehandeling is stabilisatie over langere termijn te bereiken. Ook buprenorfine is effectief als onderhoudsbehandeling bij

opiatverslaving.

Medicamenteuze behandeling

Onderhoudsbehandeling

- Het is aangetoond dat methadononderhoudsbehandeling effectief is. Patiënten blijven langer in behandeling en hun illegale opiaatgebruik en crimineel gedrag verminderen (niveau 1 bewijs).
- Het is aangetoond dat buprenorfine onderhoudsbehandeling, vooral in hogere doseringen, effectief is bij de behandeling van opiatverslaving in termen van behandelretentie en vermindering van illegaal opiaatgebruik (niveau 1 bewijs).
- Het is niet duidelijk of methadon kosten-effectiever is dan buprenorfine (niveau 1 bewijs).

Medicamenteuze behandeling

Behandeling gericht op vermindering en schadebeperking

- Lage doseringen van methadon (< 60 mg) of buprenorfine (< 12 mg) dienen slechts in uitzonderlijke gevallen te worden aangeboden (niveau 1 bewijs).
- Buprenorfine als onderhoudsbehandeling moet met minimaal 12 mg per dag worden gedoseerd (niveau 2 bewijs).

Psychosociale interventies

Kortdurende interventies met motiverende gespreksvoering

- Er zijn aanwijzingen dat kortdurende interventies met motiverende gespreksvoering effectief zijn bij patiënten met opiatverslaving die daarvoor niet in behandeling zijn (niveau 3 bewijs).
- Er zijn aanwijzingen dat een kortdurende motiverende interventie geen aanvullend effect heeft op een ambulante of klinische verslavingsbehandeling gericht op abstinentie (niveau 3 bewijs).

Psychosociale interventies

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

- Er zijn aanwijzingen dat CGT zonder medicatie kan bijdragen aan abstinentie bij opiaatafhankelijken die niet langer willen deelnemen aan een substitutiebehandeling en aan terugkeer in een dergelijk programma (niveau 3 bewijs).
- Standaard CGT en CGT-terugval preventie lijken vooralsnog geen toegevoegde waarde te hebben bij patiënten die een methadononderhoudsbehandeling krijgen (niveau 3 bewijs).
- Er zijn aanwijzingen dat standaard CGT mogelijk van waarde kan zijn als aanvulling op methadon onderhoudsbehandeling voor patiënten met veel psychiatrische comorbiditeit (niveau 3 bewijs).
- Aan opiatverslaafden die niet mee willen doen aan een

substitutiebehandeling, kan CGT worden aangeboden.
CGT kan worden ingezet bij heroïneverslaafden in onderhoudsbehandeling ter behandeling van comorbide angst en depressie.
CGT dient niet te worden ingezet bij heroïneverslaafden in onderhoudsbehandeling ter reductie van het illegale druggebruik.

Psychosociale interventies

Zelfhulpgroepen en twaalfstappenbenadering

- Er zijn geen aanwijzingen dat de 12-stappenbenadering van drugsafhankelijken in een residentiele setting tot een duidelijk betere behandeluitkomst in termen van abstinentie leidt dan een cognitief gedragstherapeutische of een gemengde benadering (niveau 3 bewijs).
- De klinische 12-stappenbenadering bij de behandeling van patiënten met een opiaatafhankelijkheid dient vooralsnog uitsluitend te worden uitgevoerd in het kader van onderzoek.
- Het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot (niveau 2 bewijs).

Psychosociale interventies

Community reinforcement approach (CRA)

- Het is aannemelijk dat CRA leidt tot een verdere daling van het gebruik van illegale middelen als het wordt toegevoegd aan een methadononderhoudsbehandeling (niveau 2 bewijs).
- De toevoeging van CRA aan opiaatonderhoudsbehandeling verdient nader onderzoek.

Psychosociale interventies

Contingentiemanagement

- Er is onvoldoende bewijs dat contingentiemanagement als stand-alone behandeling gericht op abstinentie van alle opiaten effectief is (niveau 1 bewijs).
- Het is aangetoond dat contingentiemanagement zowel effectief als kosteneffectief is als aanvullende behandeling bij een ontgiftiging met behulp van methadon of buprenorfine (niveau 1 bewijs).
- Het is aangetoond dat contingentiemanagement (cm) toegevoegde waarde heeft als aanvulling op methadononderhoudsbehandeling. Contingentiemanagement heeft positieve effecten op abstinentie en reductie van gebruik van heroïne en cocaïne (niveau 1 bewijs).
- Het is aangetoond dat contingentiemanagement geen toegevoegde waarde heeft als aanvulling op een buprenorfineonderhoudsbehandeling (niveau 1 bewijs).
- Gezien de aangetoonde effectiviteit kan contingentiemanagement ingezet worden als regulier onderdeel van behandelprogramma's (detoxificatie en abstinentie).

- Contingentiemanagement (cm) dient te worden overwogen bij methadone maintenance treatment (mmt) ter vermindering van het gebruik van illegale drugs. In tegenstelling tot bij methadononderhoudsbehandeling lijkt cm vooralsnog geen waardevolle toevoeging te zijn bij een buprenorfineonderhoudsbehandeling.

Klinische en ambulante behandeling

- Door het ontbreken van gerandomiseerde studies is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de effectiviteit van klinische versus ambulante behandeling gericht op abstinentie. Dagklinische behandeling lijkt echter niet minder effectief dan klinische behandeling gericht op abstinentie (niveau 3 bewijs).

- Er zijn geen bewijzen dat een klinische behandeling gericht op abstinentie van heroïneverslaafden in de vorm van opname in een therapeutische gemeenschap

leidt tot duidelijk betere resultaten dan andere vormen van behandeling (niveau 2 bewijs).

- Er zijn aanwijzingen dat een klinische behandeling in de vorm van therapeutische gemeenschap in detentie gecombineerd met een intensief nazorgprogramma leidt tot betere uitkomsten dan andere interventies (niveau 2 bewijs).

- Er zijn geen overtuigende bewijzen dat casemanagement leidt tot minder druggebruik, maar casemanagement leidt waarschijnlijk wel tot betere toeleiding naar behandeling en voorzieningen (niveau 1 bewijs).

- Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid.

- Klinische behandeling in de vorm van een therapeutische gemeenschap (tg) dient slechts overwogen te worden als niet-klinische en andere klinische behandelvormen onvoldoende hebben geholpen.

- De inrichting van een intensief, als tg vormgegeven programma voor opiaatafhankelijke gedetineerden, mits in combinatie met intensieve (streng) nazorg, dient overwogen te worden.

- Het verdient aanbeveling om therapeutische gemeenschappen (tg's) open te stellen voor patiënten die hun onderhoudsbehandeling met methadon willen voortzetten.

- De zorg voor ernstig chronisch verslaafde patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Casemanagement kan daarbij ingezet te worden.

Take-home medicatie

- Het instellen op opiaatonderhoudsbehandeling dient altijd te gebeuren via verstrekking onder toezicht.

- Take-homemedicatie kan worden ingezet als patiënten voldoende zijn gestabiliseerd.

- Uitgifte van medicatie via de apotheek kan op grond van praktische uitvoerbaarheid worden overwogen, maar ook als strategie om stigmatisering en contact met gebruikers zo veel mogelijk te vermijden.

Heroïne op voorschrift (HAT)
<ul style="list-style-type: none"> - Het is aangetoond dat bij patiënten in HAT het illegale druggebruik (straat heroïne) afneemt (niveau 1 bewijs). - De bewezen effecten op de beschreven uitkomstmaten zijn gevonden bij chronisch therapieresistente patiënten die voornamelijk afkomstig waren uit methadononderhoudsprogramma's. Dit kunnen patiënten zijn die in behandeling zijn, maar ook patiënten die al enige tijd niet (meer) in methadonbehandeling zijn (niveau 1 bewijs). - Heroïne op medisch voorschrift moet, in zijn geprotocolleerde vorm, beschikbaar zijn als behandelmethode voor elke daartoe geïndiceerde patiënt, dat wil zeggen patiënten die onvoldoende baat hebben bij andere goed uitgevoerde behandelingen die op dit moment beschikbaar zijn. Bij de uitvoering van HAT moet aandacht besteed worden aan het voorkomen van ernstige bijwerkingen zoals overdoseringen en epileptische insulten.
Laagdrempelige voorzieningen (o.a. gebruikruimte, spuitomruil, Housing First)
<p>Laagdrempelige voorzieningen, zoals het bieden van een vorm van wonen, een voorziening waar de patiënt zijn gebruikte spuitattributen kan inleveren of ruilen, en voorzieningen waarbij de patiënt veilig kan gebruiken onder toezicht, zijn belangrijke voorzieningen binnen de Nederlandse verslavingszorg. Voor de patiënten die zowel psychiatrische als verslavingsproblemen hebben en die daarnaast kampen met een slechte somatische gezondheid, zijn deze voorzieningen een belangrijke eerste mogelijkheid om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dergelijke voorzieningen dienen, in samenwerking met andere instellingen, onderdeel uit te maken van het begeleidingsaanbod. Er is echter onvoldoende onderzoek gedaan om uitspraken over effectiviteit te kunnen doen.</p>
Overige behandelingen
<ul style="list-style-type: none"> - Acupunctuur is niet zinvol als behandeling bij opiaatverslaving en dient daarom niet aangeboden te worden (niveau 4 bewijs). - Toediening van ibogaine in de behandeling van opiaatafhankelijkheid kan uitsluitend plaatsvinden in een streng gecontroleerde, medische setting in het kader van wetenschappelijk onderzoek (niveau 2 bewijs). - Deep brain stimulation (diepe-hersenstimulatie) voor de behandeling van opiaatverslaving kan alleen in het kader van wetenschappelijk onderzoek worden toegepast (niveau 4 bewijs).

Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013). De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Bron: Van Gageldonk et al., 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Zorgaanbod cocaïne: effectiviteit
Medicamenteuze behandeling
Nog geen effectief medicijn beschikbaar.
Psychosociale interventies
<i>Gedraggerichte psychotherapie</i>
Gedraggerichte psychotherapie (al dan niet gecombineerd met beloning van gewenst gedrag) vermindert mogelijk langer dan een half jaar het cocaïnegebruik, mogelijk ook onder methadon patiënten (middelsterk bewijs).
Psychosociale interventies
<i>Community reinforcement approach (CRA)</i>
CRA vermindert of stopt het cocaïnegebruik op korte termijn (sterk bewijs).
Overige interventies
Acupunctuur werkt niet om van cocaïne af te komen (sterk bewijs).

Bron: Van Gageldonk et al., 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Zorgaanbod amfetaminen: effectiviteit
Medicamenteuze behandeling
Nog geen effectief medicijn beschikbaar. Summier onderzoek.
Amfetamine op recept
Het nut is vooralsnog onduidelijk, geen recent onderzoek gepubliceerd.
Psychosociale interventies
Er zijn aanwijzingen dat CGT en beloning van gewenst gedrag leiden tot een vermindering van het (bij)gebruik van amfetaminen. Echter vooralsnog geen

resultaten uit RCT's.

Bron: Van Gageldonk et al., 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Zorgaanbod Dubbele Diagnose*: effectiviteit

Opsporing, screening en diagnostiek

- Voor het screenen op middelenmisbruik wordt aanbevolen om de CAGE en CAGE-AID toe te passen in combinatie met een Index of Suspicion.
- Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcoholen drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties.
- Voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnosepatiënten wordt het instrument Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) aanbevolen.

Medicamenteuze behandeling

De meeste onderzoekers staan positief tegenover het verstrekken van medicatie aan dubbele diagnosepatiënten. Wel is voorzichtigheid geboden omdat sommige medicijnen verslavend kunnen zijn, met name benzodiazepines. De behandelaar dient zich er daarnaast van bewust te zijn dat de voorgeschreven medicatie soms interacties kan geven met het gebruikte middel.

Psychosociale interventies

Zelfhulpgroepen en twaalfstappenbenadering

Waar mogelijk is het raadzaam zelfhulpgroepen een plaats te geven in de behandeling. In veel landen zijn zelfhulpgroepen meer geïntegreerd in het reguliere zorgaanbod dan in Nederland. In de literatuur zijn aanwijzingen gevonden dat specifieke elementen van zelfhulp een positieve bijdrage leveren op het gebied van middelenmisbruik bij dubbele diagnoseproblematiek.

Internet behandeling

Onbekend.

Klinische en ambulante behandeling

- Geïntegreerde behandeling vermindert mogelijk zowel druggebruik als psychiatrische symptomen; dit geldt echter nog niet voor alle vormen van DD (beperkt bewijs).

- Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond.

* Dubbele diagnose: verslavingsprobleem en psychische stoornis

Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Dubbele Diagnose (2008). Hierin zijn geen niveaus van bewijs gehanteerd.

Bron: Van Gageldonk et al., 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Zorgaanbod polydruggebruik: effectiviteit

Psychosociale interventies

Psychosociale interventies, vooral beloning van gewenst gedrag al dan niet gecombineerd met vervangingsbehandeling, verminderen drugsgebruik (sterk bewijs).

Bron: Van Gageldonk et al., 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Zorgaanbod niet gespecificeerd drugsgebruik*: effectiviteit

Psychosociale interventies

Motivatieverhoging / motiverende gespreksvoering

Motivatieverhoging verhoogt de bereidheid om in behandeling te gaan en vermindert drugsgebruik (sterk bewijs).

Psychosociale interventies
<i>Contingentiemanagement</i>
Beloning van gewenst gedrag vermindert drugsgebruik in het algemeen.
Psychosociale interventies
<i>Gezinstherapie</i>
Er zijn vele vormen van gezinstherapie die frequent op hun effect zijn onderzocht. Voor de meeste vormen van gezinstherapie is nog steeds weinig of geen bewijs voor vermindering van middelengebruik te vinden. Dit geldt voor Functionele Gezinstherapie en voor Brief Strategic Family Therapy. Uit nieuwe onderzoeksresultaten blijkt dat MultiSysteem Therapie niet drugsgebruik vermindert, maar wel probleemgedrag (beperkt bewijs). Voor MultiDimensional Family Therapy blijft het bewijs het sterkst (sterk bewijs).
Psychosociale interventies
<i>Zelfhulp</i>
Het is mogelijk dat deelname aan zelfhulpprogramma's het drugsgebruik vermindert of stopt, maar het ontbreekt aan goed onderzoek.
Psychosociale interventies
<i>Relatietherapie</i>
Gedragstherapeutische relatietherapie vermindert het drugsgebruik bij volwassenen (middelsterk bewijs).
Klinische en ambulante behandeling
<ul style="list-style-type: none"> -Het is nog niet aangetoond dat therapeutische gemeenschappen gunstiger resultaten hebben dan deze andere behandelingen. -Er zijn aanwijzingen dat dagbehandeling van jongeren met drugsproblemen even goed uitwerkt als opname in een therapeutische gemeenschap (beperkt bewijs). -Het blijft onduidelijk of Assertive Community Treatment en casemanagement helpen bij drugsverslaving.
Internet behandeling
Mogelijk verminderen interventies via internet het drugsgebruik, maar goed onderzoek ontbreekt.

Telefonische interventies
Mogelijk verminderen interventies via telefoon het drugsgebruik, maar goed onderzoek ontbreekt.

* De tabel betreft de effectiviteit van interventies die zijn bestudeerd bij drugsgebruikers in het algemeen, m.a.w. het onderzoek is niet beperkt tot een specifiek middel.

Bron: Van Gageldonk et al., 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.

Niveau van bewijs van conclusies over effectiviteit

Voor de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol en de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving zijn bij de beoordeling van de kwaliteit van het bewijs de volgende regels gehanteerd:

Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

Niveau van bewijs	Interventie	Diagnostisch accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten.
B	Vergelijkend	Onderzoek ten opzichte	Prospectief cohort

	onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)	van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohort onderzoek of patiënt-controle onderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

*** Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.**

Conclusie gebaseerd op	
1	Onderzoek van niveau A1 of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Voor Van Gageldonk et al. (2006) werden bij de beoordeling van de kwaliteit van het bewijs zijn de volgende regels gehanteerd:

Sterk bewijs voor werkzaamheid

- Een statistisch significant (p gelijk aan of kleiner dan 0,05; tweezijdig) positief effect op vooraf gedefinieerde hoofdmaten (primary outcomes), gevonden in metaanalyse (ma) als zojuist bedoeld op basis van minstens vier RCT's, of:
 - Minstens vier RCT's, waarvan driekwart goed, met elk als opbrengst een statistisch significant positief effect op de vooraf gedefinieerde hoofdmaten (als het effect beperkt blijft tot een of enkele van de hoofdmaten, dan blijft ook de conclusie daartoe beperkt).
 - De uitkomsten van de RCT's moeten onderling sporen. Dit wordt als volgt uitgewerkt: 75 procent van de trials moet het effect tonen, hooguit 25 procent mag uitkomen op 'geen effect'. Dus bij vier RCT's moeten er drie een gunstige uitslag hebben, bij vijf RCT's mag er één buiten de boot vallen.

Middelsterk bewijs voor werkzaamheid

- Idem als punt één bij 'sterk bewijs', maar nu een meta-analyse op basis van minstens drie RCT's.

- Idem als punt twee bij 'sterk bewijs', maar nu minstens drie RCT's waarvan tweederde goed.
- Als er alleen maar gebrekkige RCT's zijn: minstens 75 procent, met een minimum van vier, met een positieve uitslag.
- Bij 'geen effect' of 'tegenovergesteld effect' geldt dezelfde regel (respectievelijk 75% en 80%): op elke drie 'positieve' RCT's mag er één zijn die geen effect aantoont, en op elke vier 'positieve' RCT's één 'negatieve'.

Beperkt bewijs voor werkzaamheid

- Twee goede RCT's zonder tegenspraak uit ander goed onderzoek.
- Eén goede en twee of drie gebrekkige RCT's zonder tegenspraak uit ander goed onderzoek.
- Minstens drie quasi-experimentele of cohortstudies met positief effect zonder tegenspraak.

Bewezen onwerkzaam

Deze score is gebaseerd op dezelfde overwegingen als bij 'sterk bewijs voor werkzaamheid', maar nu uitgaande van de uitkomst 'geen effect'.

Literatuur

Anderson, P. & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective*. London: Institute of Alcohol Studies for the European Commission, London. Available online at http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.

Cuijpers P, Scholten M, Conijn B. Verslavingspreventie; een overzichtsstudie. Den Haag: ZonMw, 2006.

De Beer, H. & van de Glind, G. (2009). Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.

Brink, W., Glind, van de, G., & Schippers, G. (2013). Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving. Utrecht: De Tijdstroom.

De Wildt, W.A.J.M. & Vedel, E. (2013). Psychologische behandeling van verslaving: focus voor de toekomst. tijdschrift voor Psychiatrie, 55(11):907-913.

Dom G., Dijkhuizen A., Hoorn B. van der et al (red) (2013) Handboek dubbele diagnose. Utrecht: De Tijdstroom.

Dubbele diagnose, dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling (2003). Rapport project Dubbele Diagnose door Verslavingszorg Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag. Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van GGZ Nederland – project Resultaten Scoren.

Ettner, S.L., Huang, D., Evans, E., et al. (2006). Benefit-cost in the California treatment outcome project: does substance abuse treatment "pay for itself"? *Health Serv Res.*, 41(1):192-213.

Gageldonk, A. van, Ketelaars, T. & Van Laar, M. (2006). Hulp bij probleemgebruik van drugs. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004. Utrecht: Trimbos-instituut.

Giesen J, Weijnen I, Candel I, Jansen A. Weten begint met meten: effectiviteit van de behandeling van verslaving. MGJ Juli 2013

Goossens, F.X. (2012). Verslaving: Maatschappelijke gevolgen. Overlast, geweld, verwervingscriminaliteit, verkeersongevallen en ziekteverzuim. Utrecht: Trimbos-instituut.

Henriks, V., Van der Schee, E. & Blanken, P. (2011). Treatment of adolescents with a cannabis disorder: Main findings of a randomized controlled trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavioral therapy in The Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119: 64-71.

Henriks, V., Van der Schee, E. & Blanken, P. (2012). Matching adolescents with a cannabis disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, Sept 1, 125(1-2): 119-126.

Hingson RW, Zha W, Weitzman ER. Magnitude of and trends in alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24, 1998-2005. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, July (Suppl 16): 12-20, 2009.

Hasselt van N. Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

KPMG BEA (2002). Kosten en baten van alcoholzorg en –preventie. Eindrapport. Hoofddorp: KPMG.

Kraemer KL. The cost-effectiveness and cost-benefit of screening and brief intervention for unhealthy alcohol use in medical settings. *Substance Abuse*. 28(3):67-77, 2007.

Laar, M. van, Ooyen-Houben, M. van (red). (2009). Evaluatie van het Nederlandse drugsbeleid. Den Haag/Utrecht: WODC/Trimbos-instituut.

Match research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J of Studies on alcohol* 1997; 58:7-29.

McCollister & French (2003). The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings. *Addiction*, 98(12):1647-59.

McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, Lynch KG, Ivey M, Ward K, et al. (2010). A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 912-23.

Meerkerk GJ en Schoenmakers TM. Cliënttevredenheid verslavingskliniek SolutionS Centre in Voorthuizen 2012. Rotterdam IVO: 2012.

Meerkerk GJ, Schoenmakers TM, van Ansem WJC van de Mheen D. Effectevaluatie van de behandeling van alcoholverslaving door SolutionS Centre Voorthuizen. Rotterdam IVO: 2013.

Merkx Maarten J.M., Schippers, Gerard M., Koeter, Maarten J. W., Vuijk Pieter Jelle, Oudejans Suzan, Vries, Carlijn C. Q. de & Wim van den Brink. (2006). Allocation of substance use disorder patients to appropriate levels of care: feasibility of matching guidelines in routine practice in Dutch treatment centres. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01716.x

Monshouwer K. Effectieve ingrediënten van drugs preventieprogramma's op scholen, een review van de reviews. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.

Najavits, L.M., Gallop, R.J., Weiss, R.D. (2006). Seeking Safety Therapy for Adolescent Girls with PTSD and Substance Abuse Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 453-463.

NIDA (2012). Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. Third edition. National Institute on Drug Abuse.

Norberg, M.M., Kezelman, S. & Lim-Howe, N. (2013). Primary Prevention of Cannabis Use: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *PLoS ONE* 8(1):e53 187.

Oudejans SCC, Schippers GM, Spits ME et al. Vijf jaar 'routine outcome management' in de ambulante verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2012; 54:185-194

Popova, S., Mohapatra, S., Patra, J., et al. (2011). A literature review of cost-benefit analyses for the treatment of alcohol dependence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8, 3351-3364.

Petrie, J., Bunn, F., & Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Health Education Research*, 22 (2), 177-191.

Riper, H., Spek, V., Boon, B., et al. (2011). Effectiveness of E-Self-Help Interventions for Curbing Adult Problem Drinking: A Meta-analysis. *J Med Internet Res*, 13(2):e42.

Rutten R., Schippers, G.M. Integratie verslavingszorg en ggz: leidt het betere zorg? In: Verslaving, 9, 2: 3-14.

Schrijvers C, Snoek A, Ende van den D. Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder volwassenen. Rotterdam: IVO, 2010.

Smit, F., Lokkerbol, J., Riper, H., et al. (2011). Modeling the Cost-Effectiveness of Health Care Systems for Alcohol Use Disorders: How Implementation of eHealth Interventions Improves Cost-Effectiveness. *Journal of Medical Internet Research*, 12(3):e56.

Solberg LI. Maciosek MV. Edwards NM (2008). Primary care intervention to reduce alcohol misuse ranking its health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*. 34(2):143-152, 2008 Feb.

Stel, J. van der. Comorbiditeit. In: *Handboek verslaving*. Onder redactie van I. Franken en W. van den Brink. Utrecht: De Tijdstroom.

The Lewin Group (2002). *Cost Effectiveness and Cost Benefit Analysis of Substance Abuse Treatment: a literature review*.

Tossman, H.-P. & Leuschner, F. (2009). *EMCDDA Insights Series, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Volume 10*. Office for Official Publications of the European Communities.

Vedel, E. & P. Emmelkamp (2009). *Effectieve psychologische interventies*. In: *Handboek verslaving*. Onder redactie van I. Franken en W. van den Brink. Utrecht: De Tijdstroom.

Weert-van Oene, G.H. de, Holsbeek T.B., Verbrugge C.A.G. et al. (2012). *Dubbele diagnose: leren door monitoring. Vijf jaar evalueren van dubbele diagnose klinieken in Nederland*. Nijmegen: Nispa.

World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health 2011*. Geneva.

U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS), *Healthy People 2020*. (2012). Available at <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/objectiveslist.aspx?topicid=41> Retrieved 12 Jan, 2012.

Invitational Conference Verslavingszorg d.d. 12 maart 2014

1 Aanleiding

1.1 Technische consultatie

Aanleiding voor deze invitational conference is de brief van de minister van VWS van 16 januari 2014. De minister constateert een kostenstijging en vraagt – kort gezegd – of het premiegeld dat we besteden aan de verslavingszorg doelmatig is en conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) plaatsvindt (effectief en kosteneffectief). Het CVZ heeft de technische consultatie over dit onderwerp verspreid over twee invitational conferences. De eerste invitational vindt vandaag plaats. Voor deze invitational zijn vooral de koepelorganisaties uitgenodigd. De tweede invitational vindt op 19 maart a.s. plaats. Voor deze bijeenkomst zullen vooral de nieuwe aanbieders worden uitgenodigd. De reden voor een aparte invitational is gelegen in het feit dat de nieuwe aanbieders vaak niet zijn aangesloten bij koepels en de minister in haar brief onder meer vragen stelt over de toename van het aantal nieuwe aanbieders in de verslavingszorg. Het gaat dan om aanbieders die na 2008 zijn toetreden tot de markt en anders dan de bestaande instellingen niet gebudgetteerd zijn.

2 Presentatie Trimbos Instituut

Sonja van Rooijen presenteert de eerste resultaten van het onderzoek dat het Trimbos Instituut (Ti) namens het CVZ uitvoert naar de verslavingszorg. Naar aanleiding van de presentatie hebben de deelnemers de volgende punten naar voren gebracht die van belang kunnen zijn bij de presentatie van het cijfermateriaal:

- De declaratiegegevens van ZN over 2010/2011 (Specialistische GGZ 35000/1^e lijns psychologische zorg 15000) zijn niet in overeenstemming met de cijfers van het Trimbos Instituut;
- Het onderdeel verslavingszorg Zvw is beperkt; ook andere financieringsstromen zijn door Ti in beeld gebracht (AWBZ/Wmo) hierdoor ontstaan verschillen;
- Andere stoornissen naast verslaving zijn van belang voor de duur van de behandeling;
- Door de wijze van registreren kan de comorbiditeit niet in beeld worden gebracht. Men kan slechts op één diagnose registreren (dubbele diagnoseproblematiek).

De presentatie leidt tot een discussie over de betrouwbaarheid van de gepresenteerde informatie informatie. Voor de opgave van cliëntgegevens wordt bijvoorbeeld geput uit vier verschillende financiële bronnen. Het is wel mogelijk de beschikbare gegevens als indicatie voor de ontwikkeling te hanteren. De cijfers zijn nog heel voorlopig. Het Trimbos is nog volop bezig met de uitwerking en zal met de opmerkingen van deelnemers rekening houden.

3 Terugkoppeling vragen Invitational Conference Verslavingszorg d.d. 12 maart 2014

Tijdens de Invitational Conference zijn de volgende vragen in groepen besproken.

- 1 Wat is goede verslavingszorg in de ogen van parijen en voor **wie**?
- 2 Wat staat in de richtlijnen en voor **wie**?
- 3 Zijn de richtlijnen geïmplementeerd?
- 4 Hoe verhouden zich de richtlijnen tot de vele *standaard* zorgprogramma's die variëren in opnameduur en nazorg?
- 5 Wat kan de huisarts/POH GGZ bijdragen?
- 6 Kostenontwikkeling: naar **welke groep(en)** verslaafden gaat de groei en wat is de kosteneffectiviteit van het aanbod?
- 7 Wat is nodig opdat zorgverzekeraars hun rol kunnen spelen?

Deze vragen zijn in vier groepen besproken. Hierna volgt het verslag van de terugkoppeling uit deze groepen. Hierbij zijn niet altijd alle vragen aan de orde geweest.

Groep 1

Goede verslavingszorg begint bij een goede diagnostiek wat betreft de stadiëring van patiënten. Een ZZP moet goed te vertalen zijn naar bepaalde casuïstiek. Nu is vaak onduidelijk welke patiënt waarvoor wordt behandeld. Hier speelt ook de problematiek van dubbeldiagnostiek. Deze dubbeldiagnostiek vraagt om een geïntegreerde aanpak.

Conclusie:

- Door goede diagnostiek verschillende cliëntengroepen beter identificeren; verbeterpunt hierbij is een eenduidige intakesystematiek;
- Er dient een heldere zorgstrategie te worden vastgelegd;
- Een goede monitoring van de behandeling is essentieel; wanneer is een behandeling succesvol?
- Ook van belang is een overzicht van de kosten die besteed worden per behandeling (nu is er nog 80% verschil in opnameduur in de verschillende regio's).

Groep 2

Goede verslavingzorg is meetbare zorg:

- Wat meten we?
- Wie meten we?
- Met welke instrumenten meten we?
- Zijn verschillende behandelingen/patiënten vergelijkbaar met elkaar?

Op dit moment worden verschillende patiënten nog teveel op een hoop gegooid, waardoor het meten van effectiviteit wordt bemoeilijkt. Het is zaak om de patiëntengroepen beter te differentiëren en per groep te meten op effectiviteit.

Verder zijn er in de verslavingszorg goede richtlijnen en protocollen. De vraag is of deze ook door een ieder worden toegepast. Dit blijft moeilijk. Daarbij blijft de vraag wie er naar welke type/duur behandeling toe moet. Er zijn geen bezwaren tegen een dure behandeling als deze maar effectief is.

Groep 3

In deze groep werd eerst discussie gevoerd over de vraag of wij wel de juiste vragen stellen. Vanwege de gesignaleerde groei in de verslavingszorg ontstaat een negatief beeld. De vraag is of dit wel terecht is. De verslavingszorg in Nederland is in vergelijking tot andere GGZ-zorg en somatische zorg nog relatief nieuw (15 tot 20 jaar). De mate van het werken met EBM-richtlijnen is in vergelijking tot andere zorggebieden in mindere mate ontwikkeld. Naast een latente zorgvraag is sprake van een steeds groter bereik van het aanbod van de verslavingszorg. Dit heeft de afgelopen jaren geleid tot een volumegroei. De groei moet juist worden gezien als een compliment voor de verslavingszorg.

Vraag 1 en 2

Bij goede verslavingszorg zijn de volgende aspecten van belang:

- behandeling volgens evidence based richtlijnen
- goede zorgwaarde indicatie
- stepped care/matched care
- betrokkenheid familie/omgeving
- cliëntperspectief als uitkomstmaat
- vroeg signalering/geïndiceerde preventie
- zorg waarvoor geen evidence is, kan niet worden vergoed ten laste van de Zvw. Er moet voor worden gewaakt dat hiermee ruimte voor ontwikkeling/innovatie niet in het gedrang komt.

Vraag 3

- In de reguliere verslavingszorg zijn de richtlijnen in redelijke mate geïmplementeerd.
- De behandeling die door nieuwe aanbieders wordt aangeboden, geven op dit punt een gevarieerd beeld.

Vraag 4

- De standaardbehandelingen die door sommige aanbieders worden aangeboden zijn niet volgens richtlijnen.
- De WTZi zou een strakker beleid moeten voeren als het gaat om de toelating van instellingen.

Vraag 5 en 6

De huisarts/POH GGZ is van belang voor:

- vroegsignalering van verslavingsproblematiek
- goede triage van patiëntencategorieën
- goede doorverwijzing

Een verbetering van de 1^e lijn op deze punten zal naar verwachting een volumegroei tot gevolg hebben. De volumegroei zit vooral in de minder zware patiënten (lichtere zorg). In het oog moet worden gehouden dat het hier niet alleen om zorgkosten gaat, maar ook om maatschappelijke winst (verschil in opname forensische zorg/detentie).

Vraag 7

Wat is nodig opdat zorgverzekeraars hun rol kunnen spelen?

- een betere analyse van de kostengroei (volume/prijs)
- duidelijkheid over grijs gebied tussen preventie en behandeling
- aandacht voor chronisch verloop ziekte
- betere instrumenten om de aanspraak te kunnen beperken

Groep 4

Goede verslavingszorg begint met een goede screening en triage van patiënten. Dit betekent een betere definiëring van doelgroepen en een passend zorgarrangement. Er dienen goede indicatoren te zijn (gepast gebruik, kwaliteit en doelmatigheid) om op te sturen.

Er is een warm pleidooi voor herstelondersteunende zorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van ervaringskennis-/deskundigheid. Hierover bestaat consensus bij partijen. Dit geldt ook voor het toepassen van stagering en profilering en het onderkennen van de rol van sociaal-economische factoren en de gezinssituatie bij de behandeling. Er dient voldoende aandacht te zijn voor het versterken van de regie over het eigen leven, onder meer door het inrichten van een integrale aanpak rondom de patiënt.

Waar zit de meeste winst:

- vroege interventie
- versterking 1^e lijns zorg
- problematiek herkenbaar en bespreekbaar in huisartsenzorg.

3.1 Conclusie en vervolg

Wat vooral uit de groepen naar voren is gekomen dat de verslavingszorg in Nederland op een hoog niveau staat, er is een redelijke mate van richtlijnconform handelen en de maatschappelijke baten zijn hoog. Maar ook is men overtuigd dat het nog beter kan als het gaat om:

- vroegdiagnostiek (ter voorkoming van langdurige opname);
- betere differentiëring van verschillende cliëntengroepen;
- diagnostiek op basis van stagering (de MATE) en nadere diagnostiek toegespitst op de kenmerken van de persoon van de verslaafde (profilering);
- de behandelingen dienen plaats te vinden op basis van richtlijnen voor subdoelgroepen;
- meer aandacht voor de herstelgedachte;
- meer onderzoek nodig naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen met een langere follow up periode;
- totstandkoming van een zorgstandaard over alle segmenten heen.

Er worden op deze punten al veel initiatieven in het veld ontplooid. Aan de deelnemers wordt gevraagd voor 4 april 2014 het CVZ van informatie te voorzien over deze initiatieven. Ook is het CVZ op zoek naar een onderbouwing van het geschetste beeld tijdens deze Invitational over de kosteneffectiviteit van de verslavingszorg in Nederland.

Het conceptrapport zal eind april/begin mei ter consultatie worden toegezonden aan partijen. Het rapport zal ook nog worden besproken in de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP) van het CVZ. De verwachting is dat de Raad van Bestuur van het CVZ het rapport eind juni zal vaststellen.

Invitational Conference Verslavingszorg d.d. 19 maart 2014

1 Aanleiding

1.1 Technische consultatie

Aanleiding voor deze invitational conference is de brief van de minister van VWS van 16 januari 2014. De minister constateert een kostenstijging en vraagt – kort gezegd – of het premiegeld dat we besteden aan de verslavingszorg doelmatig is en conform de Zorgverzekeringswet (Zvw) plaatsvindt (effectief en kosteneffectief). Het CVZ heeft de technische consultatie over dit onderwerp verspreid over twee invitational conferences. De eerste invitational heeft op 12 maart 2014 plaatsgevonden. Voor deze invitational waren vooral de koepelorganisaties uitgenodigd. De reden om voor de nieuwe aanbieders een aparte invitational te beleggen, is gelegen in het feit dat zij vaak niet zijn aangesloten bij koepels en de minister in haar brief onder meer vragen stelt over de toename van het aantal nieuwe aanbieders in de verslavingszorg. Het gaat dan om aanbieders die na 2008 zijn toegetreden tot de markt en anders dan de bestaande instellingen niet gebudgetteerd zijn.

1.2 Wat doet CVZ

Het CVZ heeft een taak op het gebied van pakketbeheer. Dit houdt in dat wij de minister van VWS adviseren over de inhoud van de *basis*verzekering Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Dit doen wij door middel van in- en uitstroomadviezen en systeemadviezen. Een voorbeeld van een systeemadvies is ons advies over de overheveling van de langdurige intramurale GGZ naar Wmo en Zvw per 2015. Bij onze adviezen hanteren we de zogenaamde pakketprincipes. Uitgangspunt voor een verantwoorde pakketsamenstelling is dat de zorg noodzakelijk, effectief en kosteneffectief is.

Het CVZ heeft ook een taak in een eenduidige uitleg van het te verzekeren pakket. We beoordelen of bepaalde zorg te verzekeren zorg is (het duiden van het pakket). Daarbij toetsen we de zorg aan wettelijke criteria. Een wettelijk criterium is bijvoorbeeld dat zorg moet voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Een voorbeeld van een duiding is ons standpunt over het Minnesota Model bij alcoholverslaving. Het Minnesota model is een klinische variant op de 12 stappen benadering. Het CVZ oordeelde dat zorg volgens het Minnesota Model wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (en dus verzekerde zorg is), maar dat deze zorg even effectief is, *maar wel duurder* dan andere behandelingen van alcoholverslaving. Hiermee zouden zorgverzekeraars bij hun zorginkoop rekening kunnen houden.

Per 1 april 2014 verandert het CVZ in Zorginstituut Nederland. Dit heeft te maken met een uitbreiding van onze taken op het gebied van kwaliteit van zorg. Het Kwaliteitsinstituut heeft tot doel het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland en het verbeteren van beroepen en opleidingen in de zorg.

2 Presentatie Trimbos Instituut

Sonja van Rooijen presenteert de eerste resultaten van het onderzoek dat het Trimbos Instituut namens het CVZ uitvoert naar de verslavingszorg. Naar aanleiding van de presentatie hebben de deelnemers de volgende punten naar voren gebracht die van belang kunnen zijn bij de presentatie van het cijfermateriaal.

- Er dient meer aandacht te zijn voor comorbiditeit. Hoe zien we de cijfers ingeval van comorbiditeit terug?
- De latente vraag in de verslavingszorg zorgt voor groei, omdat er nu pas volwassen verslavingszorg is. Hoe wordt deze latente vraag in kaart gebracht?
- Wat is de rol van eigen bijdragen/eigen risico op het aantal in zorg zijnde mensen?
- Wat is effect van nieuwe aanbieders in de verslavingszorg (daling reguliere zorg)? Een vraag daarbij is hoe we aan cijfers komen van cliënten die in zorg zijn bij de nieuwe aanbieders?
- Wat betreft de effectiviteit van de interventies wordt opgemerkt dat de genezingskansen

in de verslavingszorg veel beter zijn dan vaak wordt verondersteld; bij behandeling geneest 70%, zonder 30%.

- Er dient duidelijker te worden aangegeven waar de verschillende bronnen voor staan.

3 Nieuwe aanbieders in de GGZ verslavingszorg; Alcohol en Drugs

3.1 Stichting Safe Houses; Leven in Herstel

Leven in Herstel¹ is opgericht door de Stichting Safe Houses. Het betreft een poliklinische behandelafdeling voor mensen met verslavingsproblematiek. Tot de doelgroep van Leven in Herstel behoren cliënten in de leeftijdscategorie 16-65+ met bijkomende psychiatrische stoornissen (dubbele diagnose). De behandeling van Leven in Herstel gaat uit van het 12 stappen model. Na een zorgvuldige screening en diagnostiek wordt in overleg met cliënt een behandeltraject opgesteld. Er zijn verschillende behandeltrajecten:

- individueel poliklinisch behandeltraject
- poliklinisch deeltijd behandeltraject
- poliklinisch dagbehandeltraject

Leven in Herstel biedt geen klinische behandeling. Voor cliënten in de poliklinische dag-/deeltijdbehandeling bestaat de mogelijkheid van wonen in een Safe House. De poliklinische behandelingen duren 6 weken tot 3 maanden. Daarna is er een nazorgtraject. Leven in Herstel biedt zorg op basis van richtlijnen.

3.2 RoderSana

RoderSana² is een verslavingszorginstelling die werkt vanuit neurobiologische en psychologische behandelprincipes. Afhankelijk van de ernst en de vorm van de verslaving biedt RoderSana klinische, ambulante en dag-/deeltijdbehandelingen op diverse plekken in Nederland. De klinische behandeling vindt plaats in de kliniek in Oirschot.

De behandeling van RoderSana gaat uit van duurzame controle over de verslaving/abstinentie. De behandeling richt zich op het herstel van een gezonde leefstijl, waaronder herstel van de lichamelijke conditie door middel van sport, meditatie en er is aandacht voor voeding. Cliënten leren hoe zij gezond moeten leven. Cliënten zijn langere tijd in behandeling (2 jaar). Opname in de kliniek in Oirschot is gemaximeerd tot 8 weken. Deze kliniek kent ook een Detoxfaciliteit. Op de vraag hoe de behandeling van RoderSana zich verhoudt tot richtlijnen moet men het antwoord vooralsnog schuldig blijven.

3.3 The Home Clinic

The Home Clinic³ is gevestigd in Weesp en werkzaam in het gebied tussen Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht (Randstad+). The Home Clinic is gespecialiseerd in verslaving aan alcohol, cannabis- en cocaïne. De behandelingsfilosofie van The Home Clinic gaat uit van thuisbehandeling. Volgens deze filosofie is de eigen omgeving de beste leerschool om van een verslaving af te komen. De cliënt heeft de verslaving in de thuissituatie opgelopen en zal er in diezelfde situatie mee moeten leren omgaan. De volledige behandeling die kan bestaan uit detox, psychologische zorg en nazorg vindt thuis plaats. Dit geldt voor alle cliënten onafhankelijk van de ernst van de verslaving. De duur van de behandeling varieert tussen de 6 tot 8 maanden. De behandeling richt zich niet alleen op abstinentie maar ook op reductie van middelengebruik.

De behandeling van The Home Clinic is conform de Richtlijn Detox die overigens een update behoeft. De voor- en nametingen van de behandeling vinden plaats via MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie). De resultaten van de behandeling zijn inzichtelijk via de Stichting Benchmark GGZ. Het uitvalpercentage van The Home Clinic is laag (circa 5%). Dit komt waarschijnlijk omdat de hulpverlener de cliënt thuis opzoekt (wegblijven is er daardoor niet bij).

¹ <http://www.leveninherstel.nl/>

² <http://www.rodersana.nl/nl/>

³ <http://www.thehomeclinic.nl/>

3.4 Trubendorffer

Trubendorffer⁴ is een zelfstandige instelling en HKZ gecertificeerd (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Trubendorffer biedt intensieve ambulante behandelingen van verslaving en comorbiditeit voor iedereen vanaf 18 jaar. Trubendorffer doet geen klinische opnamen en biedt de zorg uitsluitend aan in Nederland. Door middel van de inzet van intensieve en individueel afgestemde behandelingen worden mensen met verslavingsproblematiek en aanverwante stoornissen op een professionele wijze behandeld en begeleid naar een zinvol leven zonder gedrag- en middelenverslaving. Trubendorffer werkt volgens bewezen therapievormen, waaronder de 12 Stappen methodiek.

De zorg bestaat uit intensief-ambulante zorg vanuit twee vestigingen in Nederland: Amsterdam en Tilburg (en vanaf 1 mei de nieuwe vestiging in Utrecht).

Voor de zorg van Trubendorffer is iedereen wettelijk verzekerd via de verplichte basisverzekering. Uitzondering daarop is het wettelijk verplichte eigen risico dat de verzekeraar in rekening brengt. Patiënten betalen geen eigen bijdrage bij Trubendorffer.

Trubendorffer biedt een kosteneffectief alternatief voor veel duurdere klinische behandelingen. Nadruk bij de zorg- en dienstverlening ligt op het feit dat de cliënt zelf actief meewerkt en (mede-)verantwoordelijkheid neemt voor zijn/haar behandeling. Trubendorffer kiest voor een "abstinence based" benadering, dus gebaseerd op totale abstinentie van middelen/verslavende gedragingen. Dit is voor de patiënt effectiever. De intensieve behandeling bestaat uit groepstherapie en één op één therapie, waarbij dit laatste tevens plaatsvindt via internet communicatiemiddelen. De intensiteit bestaat uit meerdere contacten per week met de behandelaar en e-mailcontact waarin afspraken met patiënt worden vastgelegd. Deelname aan zelfhulpgroepen maakt ook structureel deel uit van de behandeling.

De benadering van Trubendorffer is multidisciplinair. Het team bestaat uit verschillende specialisten zoals (klinisch/GZ) psychologen, psychiaters, verslavingsartsen, psychotherapeuten, systeemtherapeuten en maatschappelijk werkers. Een deel van de medewerkers is ervaringsdeskundig en heeft zelf een verwerkt verslavingsverleden. Trubendorffer biedt haar patiënten een terugvalpreventietraject. Het bestendigen van de abstinentie en het voorkomen van terugval staat hierbij op de voorgrond. Het terugvalpreventietraject bouwt de behandel frequentie geleidelijk af. Naast het terugvalpreventietraject kan de patiënt blijven deelnemen aan de groeps gesprekken bij Trubendorffer.

3.5 De Skuul herstelondersteunende verslavingszorg

Stichting de Skuul⁵ is een zelfstandige GGZ instelling, voortgekomen uit De Nieuwe Skuul, een afdeling voor verslavingszorg van de Jellinek/Arkin. In 2012 besloot de Raad van Bestuur van Arkin uit strategische overwegingen de Texelse vestiging te sluiten. De in de vestiging werkzame professionals en een ex-bewoner hebben toen besloten het concept en de vestiging van De Skuul voort te zetten en zijn daarbij gesteund door de gemeente Texel en het Zwarte Gat (doorstart najaar 2012).

De Skuul met een capaciteit van 16 plaatsen biedt zorg aan langdurig verslaafden (vooral alcohol) die al veel therapie hebben gehad maar toch niet kunnen leven zonder gebruik van middelen. In de behandeling wordt de verantwoordelijkheid bij de cliënt gelegd, waarbij zelfhulp/zelfmanagement, samenwerking met zelfhulpgroepen en systeemtherapie een essentiële rol spelen. De behandeling duurt 4 maanden, waarbij de detoxificatie elders heeft plaatsgevonden. Men gaat na de eerste maand ieder weekend naar huis. Het concept van De Skuul gaat ervan uit dat een groep mensen in een huis worden geplaatst waar ze een eigen huishouding voeren, zonder gebruik van middelen. Doel van dit concept is verslaafden weer beter te laten functioneren en weer terug te laten keren in de maatschappij.

⁴ <http://www.trubendorffer.nl/>

⁵ <http://deskuul.nl/>

De Skuul gaat uit van het scheiden van wonen en zorg. Dat wil zeggen dat de zorg die wordt verleend volledig wordt vergoed vanuit de Zvw, maar dat de kosten van het wonen voor eigen rekening komen. Deze opzet is efficiënter dan toen de instelling nog onder Jellinek viel, waar sprake was van een klinische setting. De Skuul maakt gebruik van ROM (Routine Outcome Monitoring). ROM is voor De Skuul niet ideaal, omdat vanuit herstelondersteunende verslavingszorg andere uitkomstmaten gewenst zijn, dan door ROM wordt gemeten. Cliënten (100%) geven in tevredenheidsonderzoek aan anderen op De Skuul te zullen wijzen. In samenwerking met hoogleraar Positieve Psychotherapie Jan Walburg wordt een andere ROM aanpak voorbereid.

De behandeling op De Skuul heeft voor de meeste cliënten nog een ambulant vervolg. Daarom wil De Skuul landelijk afspraken maken met huisartsen over het nazorgtraject. De Skuul heeft geen contract met zorgverzekeraars, met uitzondering van VGZ.

3.6 Yes We Can

Yes We Can Clinics GGZ is een gespecialiseerde jeugd GGZ. Yes We Can biedt een 10 weken lang intensief, intern behandelprogramma plus nazorg voor jongeren tussen de 13 en 21 jaar oud met complexe gedragsstoornissen en/of verslavingen. Het behandeltraject binnen Yes We Can begint met een uitgebreide intake. Tijdens deze intake wordt een zo compleet beeld van de situatie van de jongere en zijn directe omgeving verkregen en wordt beoordeeld of de jongere geschikt is voor een behandelprogramma in de Ardennen. Eveneens wordt van de ouders gevraagd zich te committeren aan deelname aan het ouderprogramma. Het behandelprogramma is bewezen succesvol, juist door de systeemgerichte aanpak. Een voordeel van een verblijf in de Ardennen is dat de jongere tijdelijk weg is uit haar/zijn eigen omgeving. Dit biedt de jongere en de ouders de mogelijkheid om onafhankelijk stappen te nemen en weer te groeien naar een constructieve thuissituatie. Ongeveer 70% wordt besteedt aan individuele en groepstherapie, daarnaast maken diverse bewegingstherapieën en -activiteiten en onderdeel uit van de behandeling. De behandeling is een afgeleide van het Minnesota model.

Terwijl de jongeren worden behandeld in de Ardennen, vindt separaat het ouderprogramma bestaande uit groepsessies in Eindhoven plaats. Doel hiervan is dat ouders/opvoeders zich bewust worden van hun rol, hun communicatie en hun houding binnen de situatie en hoe deze patronen te doorbreken. De ouderparticipatie beklijft en ondersteunt het behandelresultaat na 10 weken juist ook in de thuissituatie. Na deze 10 weken behandeling is er nog een nabehandeltraject van 8 weken. Hierin wordt de jongere en hun ouders stap voor stap geleerd de regie weer in eigen handen te nemen. Uit een onafhankelijk tevredenheidsonderzoek blijkt dat cliënten en ouders tevreden zijn over de zorg van Yes We Can. Uit dit onderzoek blijkt onder meer dat 70% van de cliënten geen zorg meer nodig heeft.

Yes We Can brengt geen eigen bijdrage in rekening bij de cliënten. Yes We Can wijst verder op het KIWA-onderzoek waaruit blijkt dat de reducerende financiële effecten van de verslavingszorg domeinoverstijgend zijn. De kosten van een jeugdgevangenis, langdurige psychiatrische opnames en klinische zorg zijn vele malen hoger dan de kosten van het behandelprogramma dat Yes We Can biedt. Yes We Can maakt ook gebruik van ROM en is HKZ gecertificeerd.

3.7 IGHD (Ik Ga Het Doen) Verslavingszorg

IGHD Verslavingszorg biedt verslavingszorg aan cliënten met een ZPP 5 die in vier weken ambulant-klinische (professioneel begeleide huisvesting tegen kostprijs, rekening cliënt) opname een intensief multidisciplinair behandelprogramma volgen gebaseerd op het 12 Stappen Minnesota model. Cliënten met een lagere zorgwaarde komen niet in aanmerking voor behandeling bij IGHG Verslavingszorg. Tijdens de uitgebreide intakeprocedure wordt beoordeeld (in multidisciplinair overleg) en uiteindelijk beslist (door de eindverantwoordelijke hoofdbehandelaar/psychiater) of de cliënt in aanmerking komt voor behandeling door IGHG Verslavingszorg of doorverwezen wordt naar elders. In het geval van noodzakelijke DETOX, geschiedt dit bij de samenwerkende Brijder.

Het zeer intensieve, dagelijkse behandelprogramma (psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie) bestaat voor 75% uit groepstherapie / behandeling in groep (groepen van maximaal 5 personen) en 25% uit face-to-face contacten. Deze één op één contacten zijn vooral noodzakelijk om aandacht te geven aan de comorbiditeit. De nazorg bestaat uit deelname aan zelfhulpgroepen. Daarnaast organiseert IGHD Verslavingszorg wekelijks een terugvalpreventiegroep. Cliënten van IGHD Verslavingszorg kunnen zo lang als zij dat nodig hebben bijeenkomsten bezoeken van deze terugvalpreventiegroep. Ook kunnen cliënten (24/7) terecht bij het IGHD E-health preventiesysteem.

Ook IGHD Verslavingszorg maakt gebruik van ROM en zijn daarnaast aangesloten voor het bewaken van de kwaliteit bij SBGGZ en maken gebruik van BRAM.

Overigens moet in het algemeen de kanttekening worden geplaatst dat slagingspercentages direct causaal verband hebben met een selectiebeleid van cliënten aan de voordeur. Dit maakt het moeilijk om slagingspercentages te vergelijken met behandelingen door andere klinieken die een andere patiëntenpopulatie kennen.

IGHD Verslavingszorg heeft zorgovereenkomsten met Achmea en VGZ.

3.8 Intervention Nederland

Intervention Nederland⁶ werkt nauw samen met andere instellingen. De hulp die Intervention Nederland biedt wordt niet ingeroepen door de cliënt zelf, maar door derden (familie, vrienden of werkgever). Het gaat om verslaafden die eigenlijk zelf geen notie hebben van de verslaving of het niet willen erkennen. De interventie is gericht op overgave en acceptatie van de verslaving door de cliënt via zijn omgeving. Zodra dit is bereikt, wordt de cliënt voor de vervolgbehandeling begeleid naar professionele hulp. Deze hulp kan bijvoorbeeld gekoppeld zijn aan wonen in een Safe House, omdat de situatie thuis onhoudbaar is. Intervention Nederland biedt zorg aan familie en dus niet aan de cliënt zelf. De zorg aan de familie wordt niet vergoed en het doel van Intervention Nederland is dan ook deze noodzakelijke dienst op termijn vergoedbaar te krijgen.

3.9 Amethyst Verslavingszorg Nederland

Amethyst Verslavingszorg Flevoland⁷ is samengesteld uit oude aanbieders. Per 1 januari 2013 vormen Tactus Verslavingszorg en de verslavingskliniek van GGz Centraal samen: Amethyst Verslavingszorg Flevoland. Door het samengaan van deze aanbieders kan een compleet en samenhangend verslavingszorgaanbod worden geboden.

Belangrijke uitgangspunten zijn dat de zorg laagdrempelig toegankelijk is en zo licht als mogelijk maar zo zwaar als nodig (*stepped care*). Amethyst Verslavingszorg biedt zowel klinische- als ambulante verslavingszorg aan en werkt volgens multidisciplinaire richtlijnen. De ernst van de verslaving en van de bijkomende psychiatrische problematiek, het al dan niet hebben van een sociaal netwerk en de vraag of iemand al eerder behandeld is spelen een rol in de zwaarte van het aanbod.

Verslaving is van oudsher een met taboe beladen probleem. Doordat dit de laatste decennia is verbeterd is de toegang tot de zorg meer laagdrempelig geworden. Dit is van invloed geweest op de groei van de kosten in deze zorg, vooral in de chronische en jeugdzorg. Opgemerkt wordt dat internationaal gezien verslavingszorg geldt als kosteneffectieve zorg, ook door de maatschappelijke baten.

⁶ <http://intervention-nederland.com/>

⁷ <http://www.amethystverslavingszorg.nl/>

3.10 Spoor6

Spoor6⁸ biedt hulp in de vorm van een volledige 10-daagse dagbehandeling in Bussum of een 9-weekse opname in kliniek in Zuid-Afrika. Bepalend voor het type behandeling zijn onder meer de ernst van de verslaving en de mogelijkheden voor behandeling in relatie tot de reeds bestaande dagstructuur van de cliënt. Leidraad voor de werkwijze van Spoor6 zijn de uitgangspunten van het Minnesota Model.

Spoor6 werkt niet vanuit een aanwezige indicatie, maar werkt op basis van contra-indicatie. Contra-indicaties kunnen zijn dat de stoornis van de patiënt zo ernstig is dat dagbehandeling of opname in de kliniek in Zuid-Afrika niet mogelijk is. Andere contra-indicaties zijn een antisociale persoonlijkheidsstoornis, het niet kunnen functioneren in een groep, het niet voor zichzelf kunnen zorgen (in de weekends) en men moet de Engelse taal machtig zijn (voor opname in kliniek Zuid-Afrika).

In de kliniek in Zuid-Afrika wordt de zorg verleend door Zuid-Afrikanen. Het betreft een gecombineerde Zuid-Afrikaanse/Nederlandse behandeling in die zin dat de nazorg in Nederland plaatsvindt. Spoor6 maakt ook gebruik van ROM (80% voor- en nametingen).

Spoor6 biedt een psychotherapieprogramma waarbij tegelijkertijd wordt gewerkt aan onderliggende problematiek. Bij verslavingszorg is vaak sprake van comorbiditeit. Als je de problematiek niet integraal behandelt werkt dat recidieven in de hand. De kloof tussen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg is in dit opzicht groot. Er zijn geen goede onderzoeken op grond waarvan je conclusies kunt trekken over wat goede zorg is. Er zou goed onderzoek moeten komen over selectiecriteria (selectie aan de voordeur), heterogeniteit patiëntengroepen en uitkomstmaten (abstinentie/reductie).

3.11 Counterpane

Counterpane⁹ biedt verslavingszorg in vestigingen in Venlo, Nijmegen en Siebengewald. In Siebengewald is ook klinische opname mogelijk. Bij opname betalen cliënten betalen € 16,- per dag voor eten, drinken en slapen. De klinische behandeling van Counterpane is een zeer intensief behandelprogramma gebaseerd op het Minnesota Model. De opname bij Counterpane onderscheidt zich door kleinschaligheid en persoonlijke behandeling.

Na een intensieve dagbehandeling of een opname in de kliniek begint de nazorg. Counterpane werkt nauw samen met andere instellingen. Door deze samenwerking is het mogelijk direct door te stromen naar een passend vervolgtraject. Dit kan bijvoorbeeld een vorm van begeleid wonen (Safe House), programma's voor terugvalpreventie of individuele psychotherapie (behandeling comorbiditeit).

4 Wat is goede verslavingszorg

(bespreking vanuit perspectief nieuwe aanbieders)

4.1 Vragen

De volgende vragen zijn ter discussie aan de deelnemers voorgelegd:

- Wat is goede verslavingszorg en **voor wie?**
- Hoe verhouden uw programma's zich tot beschikbare richtlijnen?
- Hoe ziet u uw relatie tot de zorgverzekeraars?

Voorafgaande aan de discussie wordt door Amethyst Verslavingszorg de vraag opgeworpen of dit wel de juiste vragen zijn. Er lijkt sprake te zijn van een gebrek aan kennis. Er is een stapel evidence (Resultaten Scoren). Alle intensiveringsgelden en –programma's ten spijt; na 15 jaar moeten we constateren dat de overheid niet op de hoogte is. Met meer en beter onderzoek los je deze problematiek niet op. Door de grote heterogeniteit van de patiëntenpopulatie zien we dat de nieuwe aanbieders zich ieder op een ander deel van de populatie hebben gericht. Er is

⁸ <http://www.spoor6.nl/>

⁹ <http://www.counterpane.nl/>

dan ook eerder sprake van een bedrijfsmatig probleem; hoe organiseer je goede verslavingszorg?

The Home Clinic meent dat ook de nieuwe zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid moeten nemen in de toename van de zorgkosten. Goede verslavingszorg moet je kunnen meten en moet in dezelfde mate toegankelijk (level playing field) zijn. Voor de nieuwe toetreders tot de markt was er tot eind 2012 geen sprake van een eerlijk speelveld. De grote gebudgetteerde instellingen werden gesteund door de overheid, terwijl de nieuwe aanbieders risico's namen maar het zonder deze steun moesten doen. Er heeft geen substitutie van zorg plaatsgevonden in die zin dat de budgetten van de instellingen gelijk zijn gebleven en de zorg door nieuwe aanbieders daar bovenop kwam.

Leven in Herstel meent dat de vraag 'wat is goede verslavingzorg' alleen kan worden beantwoord als er overeenstemming is over de doelstelling van de zorg. Bij sommige behandelingen is het doel abstinentie en/of reductie van middelen. In Duitsland gaat men ervan uit dat de verslavingszorg effectief is als mensen weer terug zijn in het arbeidsproces. Omdat de heterogeniteit van groepen patiënten groot is, is de vraag 'wat is goede verslavingszorg en **voor wie**' lastig te beantwoorden. Deze groepen dienen eerst goed te worden gedefinieerd. De bestaande richtlijnen zijn wel goed, maar werken alleen in gedifferentieerde situaties. '

Spoor6 geeft aan dat men bij de verslavingszorg zou moeten werken met eenzelfde toetsbaar model (Personalized Medicine model). Dit betekent een individuele aanpak (maatpak) aan de hand van een persoonlijk profiel. Voor- en nametingen van het effect van de behandeling zijn een vereiste. Ook dient er een verbinding te worden gemaakt met zorg die zelfhulpgroepen bieden. Hoewel niet door goed onderzoek ondersteund hebben deze zelfhulpgroepen laten zien erg effectief te zijn.

Het Zwarte Gat pleit voor matched care. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is bezig met het ontwikkelen van een consensusdocument voor ernstig psychiatrische aandoeningen. Bij de verslavingszorg gaat het dan om patiënten waarbij sprake is van comorbiditeit. Het Zwarte Gat is van mening dat goede verslavingszorg plaats dient te vinden in de natuurlijke omgeving van de patiënt. Het Zwarte Gat pleit dan ook om te komen tot een zorgstandaard waarin het perspectief van de patiënt uitgangspunt is.

Verder wordt het belang van meer samenwerking/ketenzorg benadrukt en de noodzaak voor een kwaliteitslabel binnen de beroepsgroep.

4.2 Conclusies en vervolg

Het is belangrijk dat er voldoende vertrouwen komt ten aanzien van de effectiviteit van het aanbod van de verslavingszorg. De innovatiekracht die de nieuwe aanbieders tonen is mooi, maar er is weinig uniformiteit en weinig bekend over de effectiviteit. Het vertrouwen in de vraag of we het geld voor verslavingszorg goed besteden, is gebaat met zorg die voorspelbaar is op de resultaten. Om dit te bereiken is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van de aanpak, gematcht met de zorgvraag en –historie van de patiënt. Onder de nieuwe aanbieders is veel bereidheid om deel te nemen aan dergelijk onderzoek. De deelnemers onderschrijven het belang van een zorgstandaard voor de verslavingszorg. Het ontwikkelen van een zorgstandaard moet door partijen zelf worden opgepakt. Zorgverzekeraars hebben nu lang niet met alle nieuwe aanbieders een contract, maar zijn verplicht goede zorg in te kopen.

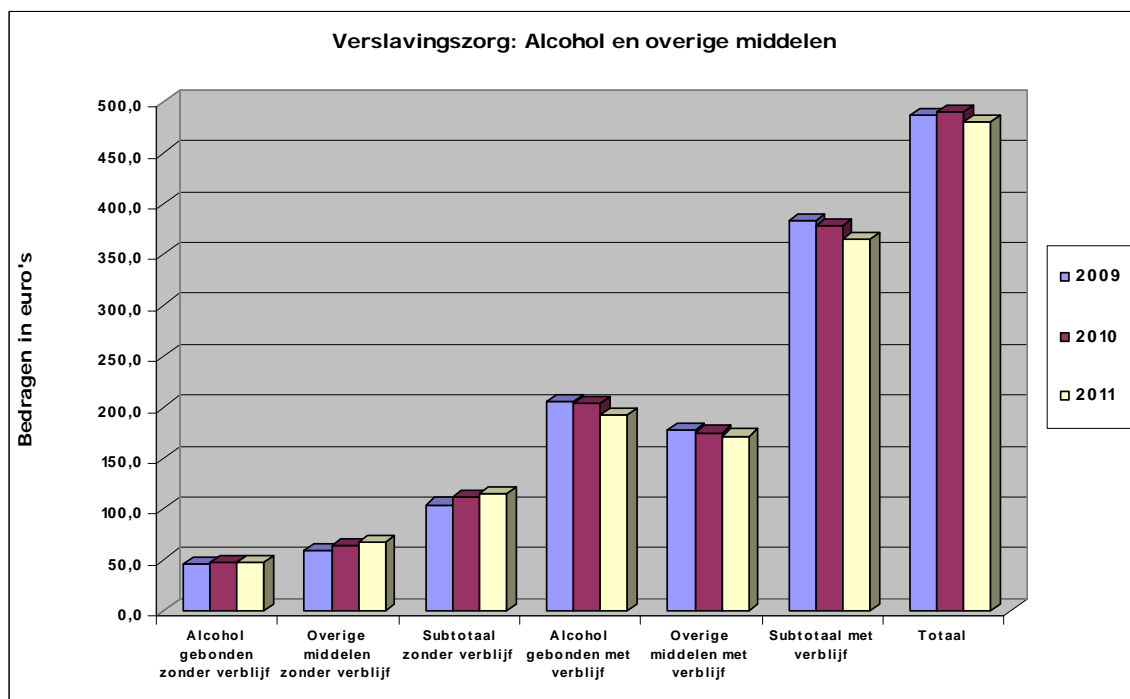
De deelnemers kunnen ons tot 4 april a.s. informatie toezenden die zij van belang achten voor ons rapport. Het conceptrapport zal eind april/begin mei ter consultatie worden toegezonden aan partijen. Het rapport zal ook nog worden besproken in de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP) van het CVZ. De verwachting is dat de Raad van Bestuur van het CVZ het rapport eind juni zal vaststellen.

BIJLAGE 5

1. Overzicht kostenontwikkeling

Bijgaande grafiek laat zien dat van 2009 tot 2010 de totale kosten licht stegen met 0,5% van € 487,2 mln. naar € 489,7 mln. en vervolgens van 2010 tot 2011 daalden met 1,9% naar € 480,2 mln. De onvolkomenheden in de registratie over 2009 en 2010 hebben betrekking op het percentage verzekerden waarover de verzekeraars informatie aanleverden. Vektis heeft daarom voor deze jaren een ophoging toegepast van resp. 6,1% en 3,6%. Wij hebben deze ophoogpercentages niet toegepast op onderstaande grafiek omdat wij de exacte rekenwijze hiervan niet kennen. Hanteren wij de ophogingen van Vektis wel dan zien wij vanaf 2009 een licht dalende trend.

Grafiek 1: Verslavingszorg: Alcohol en overige middelen



Bron: © Zorgprisma Vektis: GGZ vrije analyse

2. Ontwikkeling cliënten aantallen op basis van gedeclareerde DBC's

Het totaal aantal cliënten in behandeling met/zonder verblijf steeg van 2009 tot 2010 met 3.180 (6,8%) en daalde van 2010 tot 2011 met 211 (0,4%). Voor de behandeling van alcohol met/zonder verblijf zien we dat de stijging van 2009 tot 2010 omslaat in een daling van 2010 tot 2011. De behandeling van overige middelen met/zonder verblijf vertoont daarentegen een voortdurende stijging.

Zowel de kosten als de aantallen hebben betrekking op het openingsjaar van een DBC. In deze analyse zijn de Forensische zorg en de Jeugdzorg buitenbeschouwing gelaten.

Tabel 1: Aantal cliënten op basis van gedeclareerde DBC's

Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg			
Aantal cliënten	2009	2010	2011
Alcohol gebonden zonder verblijf	15.421	16.110	15.729
Overige middelen zonder verblijf	16.911	18.564	18.710
Alcohol gebonden met verblijf	7.120	7.561	7.460
Overige middelen met verblijf	5.492	5.888	6.012

3. Ontwikkeling aantal bedden

Tussen 2007 en 2009 bleef het aantal klinische bedden voor de verslavingszorg vrijwel gelijk.

Tabel 2: Psychiatrische opname en verblijfplaatsen 1993-2009

	Circuit	1993	1996	1999	2002	2005	2007	2009
Klinische bedden		23.200	22.984	21.490	19.991	20.740	21.443	21.596
	Volwassenen en Ouderen	21.340	20.762	18.775	17.325	17.562	17.849	17.786
	Kinderen en Jeugd	868	1.000	1.189	1.170	1.373	1.589	1.772
	Verslavingszorg	992	1.222	1.526	1.496	1.805	2.005	2.038
Beschermd wonen		4.036	5.079	5.827	6.159	8.280	10.827	12.978
Totaal		27.236	28.063	27.317	26.150	29.020	32.270	34.574

** Op basis van jaarlijkse NZa-productiecijfers (verpleegdagen) AWBZ en ZVW, omgerekend naar bedden/plaatsen op basis van 100% bezetting (365 verpleegdagen is 1 bed). Exclusief forensisch psychiatrische zorg. Gegevens over gebudgetteerde instellingen (in 2009 werden naar schatting 200 niet in de NZa-productiecijfers verdisconteerde intramurale GGZ-plaatsen geboden door nieuwe, niet-gebudgetteerde aanbieders).*

Bron: Van Hoof e.a. (2012).

Bron: Trimbos Instituut, Trendrapportage GGZ 2012. Deel I Organisatie, Structuur en Financiering: Ambulantisering (Utrecht 2014) 40.

4. Ontwikkeling gemiddelde kosten per cliënt op basis van gedeclareerde DBC's

De gemiddelde kosten per cliënt laten voor de behandeling met verblijf een daling zien voor zowel 2009 tot 2010 als 2010 tot 2011. De gemiddelde kosten voor behandeling zonder verblijf daalden van 2009 tot 2010, maar stegen van 2010 tot 2011.

Tabel 3: Gemiddelde kosten per cliënt op basis van gedeclareerde DBC's

Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg			
Gemiddelde kosten per cliënt	2009	2010	2011
Alcohol gebonden zonder verblijf	€ 2.974	€ 2.945	€ 3.055
Overige middelen zonder verblijf	€ 3.457	€ 3.428	€ 3.604
Alcohol gebonden met verblijf	€ 28.843	€ 26.926	€ 25.874
Overige middelen met verblijf	€ 32.328	€ 29.721	€ 28.563

Bijlage 6

Verslavingszorg alcohol en middelen


Instelling	Specifieke Doelgroep	Klinisch	Duur	Ambulant/poliklinisch	Duur of contacten per week	Dag/-deeltijdbehandeling	Duur	Scheiden wonen en zorg	Abstinentie/Reductie	Detox	Buitenland	Voor eigen rekening Eigen bijdrage niet verz. zorg	Behandeling v. richtlijnen	12 Stappen/Minnesota	ROM	Nazorg	Duur	Aangesloten bij koepel
U-Center		X	7w	X	7w				A	X		€ 7500	?		X	X	⊙	MG ¹
SolutionS		X	4w						A	X	X	€ 5000	?	X		X	11m	ZKN
Castle Craig		X	6w-6m	X	1-2c	X	12w		A	X	X	Geen	?	X	?	X	1-2j	GN ²
Leven in Herstel	(16-65+ dd)			X	3-4,5m	X	3-4,5m	X	A			Safe house € 530/m	X	X	?	X	?	?
RoderSana		X	8w	X	op maat	X	op maat		A	X		€ 1250/w	?		?	X	tot 2j	GN
The Home Clinic				X	6-8 m				A/R	X		Geen	X		X	X	?	?
Trubendorffer				X	11c				A			Geen	?	X	X	X	⊙	?
De Skuul	Chroniciteit					X	4m	X	A			Wonen	?		X	X	?	?
Yes We Can Clinics	Jongeren; 13-21	X	10w						A	?	X	Geen	?	X	X	X	8w	GN
Amethyst/Tactus		X	2-12w	X	op maat	X	12w		A/R	X		Geen	X		X	X	X ³	GN
Spoor6		X	9w			X	10d		A		X	€2000 (btl) ⁴	X	X	X	X	?	?
Counterpane		X	5-12w	X	5-9w	X	5-9w		A	X		Wonen	?	X	?	X	?	GN
IGHD	ZZP 5			X	4w			X	A			Wonen	?	X	X	X	⊙	
Ready for Change				X	?	X	7w		A			Geen	?	X	?	X	?	GN
StepRehab	Jongeren; 18-35	X	60d						A	X	X	€ 1500 (btl)	?	X		X	3m	?
GGZ Momentum		X	9w	X	?	X	12w				X	€ 1000/€ 1500 (btl)	?	X	?	X	6-24m	
Tactus		X	16w	X	4-10c	X	16w		A/R	X	X	€ 4540 (btl)	?	X	?	X	?	GN

¹ MG = MEER GGZ

² GN = GGZ Nederland

³ Onderdeel behandeling

⁴ Btl = buitenland

 = niet van toepassing

BEOORDELING STUDIES VERSLAVINGSZORG

RAPPORTAGE VOOR ZORGINSTITUUT NEDERLAND

Yolba Smit

Llenalia García Fernandez

Datum: 10-6-2014

Yolba Smit

Hengemunde 31D

6578BR Leuth

024 7370181

yolbasmit@yahoo.com

Inhoudstafel

1	ACHTERGROND	3
2	METHODE	4
2.1	WELK BEWIJS KOMT ER UIT DEZE TWEE STUDIES OVER DE EFFECTIVITEIT VAN LANGDURIGE KLINISCH VERBLIJF IN EEN THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP T.O.V. AMBULANTE OF KORTDUREND KLINISCHE BEHANDELING EN AMBULANTE NAZORG, EN WAT IS DE KWALITEIT VAN DAT BEWIJS?	4
2.2	WAT ZIJN DE IMPLICATIES VAN DEZE TWEE STUDIES VOOR DE CONCLUSIES IN HET CONCEPT RAPPORT?	4
3	RESULTATEN	6
3.1	BESCHRIJVING VAN DE TWEE STUDIES.....	6
3.2	KWALITEIT VAN DE TWEE STUDIES.....	7
3.3	RESULTATEN VAN DE TWEE STUDIES.....	7
3.4	CONCLUSIES IN HET CONCEPT RAPPORT	10
3.5	IMPLICATIES VOOR HET CONCEPT RAPPORT	14
4	REFERENTIES	16

1 ACHTERGROND

Het Zorginstituut heeft onlangs het concept rapport 'Verslavingszorg in beeld' uitgebracht. Het rapport ligt nu ter consultatie bij veldpartijen. Als basis voor dit rapport heeft het Trimbos-instituut een achtergrondstudie gedaan naar o.a. de effectiviteit van de beschikbare behandelingen in de verslavingszorg [1]. Twee studies (Kooyman 1992 [2] en Vanderplasschen 2014 [3]) zijn niet meegenomen, terwijl veldpartijen hier nu wel naar verwijzen.

De vragen hierbij zijn:

1. Welk bewijs komt er uit deze twee studies over de effectiviteit van langdurige klinisch verblijf in een therapeutische gemeenschap t.o.v. ambulante of kortdurend klinische behandeling en ambulante nazorg, en wat is de kwaliteit van dat bewijs?
2. Wat zijn de implicaties van deze twee studies voor de conclusies in het concept rapport?

2 METHODE

2.1 WELK BEWIJS KOMT ER UIT DEZE TWEE STUDIES OVER DE EFFECTIVITEIT VAN LANGDURIGE KLINISCH VERBLIJF IN EEN THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP T.O.V. AMBULANTE OF KORTDUREND KLINISCHE BEHANDELING EN AMBULANTE NAZORG, EN WAT IS DE KWALITEIT VAN DAT BEWIJS?

Uitwerking PICO

P: verslaafden

I: Langdurig klinisch verblijf in een therapeutische gemeenschap

C: ambulante of kortdurende klinische behandeling met ambulante nazorg

O: abstinentie, criminaliteit, werk/scholing, kwaliteit van leven

Beoordeling van de methodologische kwaliteit

De twee studies werden door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar, beoordeeld:

- Vanderplasschen 2014 is een systematische review, beoordeling m.b.v. Amstar checklist
- Kooyman 1992 is een observationele vergelijkende studie, beoordeling m.b.v. Cochrane Risk of Bias tool

Discordante scores werden opgelost door discussie.

2.2 WAT ZIJN DE IMPLICATIES VAN DEZE TWEE STUDIES VOOR DE CONCLUSIES IN HET CONCEPT RAPPORT?

Het gaat hierbij om de conclusie op pagina 49: *‘Wij (Zorginstituut Nederland) hebben verhelderd wat tot de te verzekeren zorg behoort en wat doelmatige zorg is. Verder hebben wij geconstateerd dat er verder onderzoek nodig is naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen. Specifiek gaat het om nader onderzoek naar de kosteneffectiviteit van opname met verblijf, dag- en deeltijdbehandeling en de duur ervan’. Deze conclusie wordt verder uitgewerkt op pag. 51-52: ‘Waar het echter aan ontbreekt zijn relatieve (kosten)effectiviteitsgegevens waarbij verschillende behandelprogramma’s voor vergelijkbare groepen van cliënten worden vergeleken. Er kan worden beredeneerd dat aangezien er geen*

grote verschillen in effectiviteit waargenomen worden tussen de verschillende therapieën, de therapieën die goedkoper zijn ook de therapieën zijn die het meest kosteneffectief zijn. Dit betekent in het algemeen dat een therapie zonder opname kosteneffectiever is dan een therapie met opname, en dat een therapie met korte opname kosteneffectiever is dan een therapie met lange opname. Een dure therapie kan kosteneffectiever ingezet worden wanneer patiëntengroepen kunnen worden geïdentificeerd waarbij een therapie beter werkt. Hier is een hiaat in de beschikbare kennis.

De achtergrondstudie van het Trimbos-instituut is de bron van bewijs voor het niet bestaan van grote verschillen in effectiviteit tussen de verschillende therapieën. De achtergrond van het bewijs werd deels ontrafeld om de bewijslast van de twee studies te kunnen interpreteren. Hiertoe beschreven we de primaire bronnen van de achtergrondstudie beknopt. De primaire studies die in deze rapporten werden beschreven hebben we niet nader onderzocht of beschreven. Het werk van het Trimbos-instituut is niet opnieuw gedaan of beoordeeld.

Omdat de achtergrondstudie geen getalsmatige uitwerking, bijv. d.m.v. meta-analyse, biedt van de gevonden verschillen, is dat ook niet gedaan voor vergelijking met/toevoeging van de twee studies aan het al bestaande bewijs. Een beoordeling of de resultaten van invloed zijn op de conclusies in het concept rapport is beargumenteerd beschreven.

3 RESULTATEN

3.1 BESCHRIJVING VAN DE TWEE STUDIES

Kooyman 1992

Kooyman 1992 is een observationele studie over het verblijf van verslaafden aan alcohol of drugs in een langdurige klinische setting in Nederland (Emiliehoeve) [2]. De uitkomsten van cliënten die in de Emiliehoeve verbleven (n=172) werden vergeleken met cliënten die ook geïndiceerd werden voor een verblijf in de Emiliehoeve, maar daar van afzagen (n=44). Wat de controlegroep voor behandeling kreeg is niet beschreven.

Rond de 70% van de cliënten was beschikbaar voor follow-up na ontslag; bij deze cliënten werd gekeken naar het succespercentage, wat werd gedefinieerd als zelf gerapporteerd geen gebruik van hard drugs of alcohol, geen arrestatie of verblijf in de gevangenis en geen enkele psychiatrische opname in de periode sinds verblijf. Meer uitgebreide informatie is te vinden in de Appendix.

Vanderplasschen 2014

Vanderplasschen 2014 is een systematische review uitgevoerd door het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [3]. Er werd handmatig en in drie databases gezocht tot eind 2011, zonder taalrestricties. 28 Gecontroleerde studies (gerandomiseerde studies of quasi-experimentele studies) – allen uit Noord Amerika - en 21 Europese observationele studies (inclusief Kooyman 1992) die therapeutische gemeenschappen voor verslaafden onderzochten werden geïnccludeerd. Uitkomsten op het gebied van retentie, abstinentie, criminaliteit, en werk of scholing waren de hoofduitkomsten.

Van de 21 gecontroleerde, Noord Amerikaanse studies vonden er acht plaats in gevangenissen en 13 in de algemene populatie. Van deze 13 studies waren er zeven relevant voor onze PICO, waarvan twee gerandomiseerde, gecontroleerde trials en vijf quasi-experimentele onderzoeken. Voor twee quasi-experimentele onderzoeken vond toewijzing plaats op volgorde van binnenkomst; voor één onderzoek was er sprake van zelf selectie; voor één onderzoek hing plaatsing in de groep af van beschikbaarheid en cliëntenvoorkeur; en voor één onderzoek werd niet beschreven hoe selectie plaatsvond. De zeven gecontroleerde studies werden tussen 1981 en 2001 gepubliceerd. Meer uitgebreide informatie is te vinden in de Appendix.

3.2 KWALITEIT VAN DE TWEE STUDIES

De kwaliteitsbeoordelingen zijn in tabelvorm te vinden in de Appendix.

Kooyman 1992

Het risico op selectiebias is groot: cliënten die in een langdurige klinische setting verbleven werden vergeleken met cliënten die daar wel voor in aanmerking kwamen maar van opname afzegen. Het is waarschijnlijk dat factoren zoals ernst van de verslaving en motivatie voor behandeling hierbij een rol speelden. Cliënten die werden opgenomen waren minder vaak werkeloos (9% vs. 17%, niet significant), hadden minder vaak een opiaat verslaving (53% vs. 71%, niet significant) en hadden minder vaak een amfetamine verslaving (5 vs. 41%, $p < 0,001$).

Daarnaast is er een groot risico op bias doordat in retrospect 18 cliënten aan de controlegroep werden toegevoegd omdat: *‘it provided a more conservative base for group comparisons since all these 18 cases were failures on follow-up’*.

Vanderplasschen 2014

Vanderplasschen et al. zochten systematisch, en selecteerden met twee onderzoekers onafhankelijk van elkaar. Taal was geen restrictie. De methodologische kwaliteit van de studies werd niet systematisch beoordeeld en werd slechts gedeeltelijk in de getrokken conclusies betrokken. Zoals eerder aangegeven waren slechts vier van de 13 gecontroleerde studies, die plaatsvonden in de algemene bevolking, gerandomiseerde studies. Het risico op selectie bias in de overige negen gecontroleerde (quasi-experimentele) studies lijkt groot; we hebben echter geen informatie over de verschillen in patiëntkarakteristieken voor deze studies.

De resultaten van de geïnccludeerde studies werden globaal samengevat, soms met de methode van ‘stemmen tellen’, zonder meta-analyse. De methode van stemmen tellen houdt in dat wordt beschreven hoeveel studies een significant verschil vonden ten faveure van de behandeling, en hoeveel studies een significant verschil ten faveure van de controle vonden.

3.3 RESULTATEN VAN DE TWEE STUDIES

Kooyman 1992

Het succespercentage sinds verblijf (of sinds intake bij de controlegroep) was 32,0% vs. 4,5% ($p < 0,001$). Het succespercentage in het laatste half jaar voor de evaluatie was 49,4% vs. 16,1% ($p < 0,01$).

Vanderplasschen 2014

De bevindingen van de zeven relevante, gecontroleerde studies in de algemene populatie zijn samengevat in Tabel 1.

Het verschil in retentiepercentage werd in vijf studies beschreven: in de groepen met de kortste behandelduur lag de retentie 5-35% hoger (mediaan 26%) dan in de groepen met de langste behandelduur (Tabel 1). Vanderplasschen schrijft: *'Treatment dropout and study attrition may further compromise the validity of the results of controlled as well as observational studies. Consequently, several studies have included only substance users who stayed in a TC for a substantial period or who completed treatment, but these findings can hardly be generalised to all persons starting TC treatment.'*

Cliënten die behandeling afmaakten in de groepen met een langere behandelduur rapporteerden:

- Significant vaker abstinentie na zes maanden (Greenwood 2001). Na 12 maanden was het verschil soms wel (Coombs 1981) en soms niet significant (Greenwood 2001)
- Significant minder vaak heroïnegebruik (Nemes 1999, Coombs 1981)
- Significant minder vaak terugval in de eerste week en niet significant minder vaak terugval na zes maanden (McCusker 1995, McCusker 1996)
- Geen significant verschil in de tijd tot aan terugval (McCusker 1997)

De verschillen in abstinentie/middelengebruik tussen de groepen waren in alle studies gelijk aan of kleiner dan 27% (Tabel 1).

De conclusie van VanderPlasschen 2014 is: *'Across the controlled studies in the USA, retention in TC treatment varied substantially. Although positive treatment outcomes strongly correlate with treatment completion, TCs are overall less effective than other interventions with respect to treatment retention. The available evidence suggests that there is an added value for modified — that is shorter or less intensive — TC interventions, when compared with the traditional long-term TC treatment programmes. Clients retained in TC treatment achieved gains in terms of reduced drug use and abstinence and experienced longer periods of drug-free functioning post treatment than those given 'treatment as usual', no treatment or 'modified' TCs.'*

De 21 Europese cohort studies die Vanderplasschen 2014 beschrijft worden hier niet beschreven omdat daarin geen vergelijking wordt gemaakt tussen een langdurig of kortdurend klinisch verblijf in een therapeutische gemeenschap, respectievelijk een ambulante behandeling.

Tabel 1 Beschrijving van zeven gecontroleerde studies waarin het effect van een langdurig klinisch verblijf in een therapeutische gemeenschap wordt vergeleken met een korter durend verblijf of met een ambulante verblijf [3]

Referentie - onderzoeks-design - follow-up (maanden) - n - populatie	Interventie vs. Controle	Follow-up %	Retentie	Verslaving	Criminaliteit	Werk (en/of schooling)
Greenwood 2001 - QE - 6, 12, 18 - n=261 - verslaafden	TG met opname (n =147), 12-maanden programma vs. TG dagprogramma (n =114)	82,7 %	-	<u>Zelfgerapporteerde abstinentie:</u> - 6 maanden: 62,6 % vs. 47,0 % (p<0,05); verschil 15,6% - 12 maanden: 49,0 % vs. 47,9 % (ns); verschil 1,1% - 18 maanden: 55,2 % vs. 50,4 % (ns); verschil 4,8	-	-
Nemes 1999 - RCT - 18 - n=412 - verslaafden	TG 10 maanden opname, 2 maanden ambulante (n = 194) vs. TG (6 maanden opname, 6 maanden ambulante) (n = 218)	93,0 %	33,0 % vs. 38,0 % (ns) (verschil 5%)	<u>Zelfgerapporteerde heroïnegebruik:</u> 9,0 % vs. 15,0 % (p<0,05); verschil 6%	<u>Zelfgerapporteerde arrestatie:</u> 17,0 % vs. 26,0 % (p<0,01) <u>Tijd tot aan arrestatie:</u> 9,4 vs. 6,9 maanden (p<0,05)	72,0 % vs. 56,0 % (p<0,01)
McCusker 1995 - QE - 3-6 - n=628 - drugsverslaafden	TG 6-maanden (n = 97) en 12-maanden (n = 87) alternatieven vs. TG 3-maanden (n = 223) en 6-maanden alternatieven (n = 221)	84,0 % vs. 74,0 %	6-maanden 33,0 %; 12-maanden 21,0 %; vs. 3-maanden 56,0 %; 6-maanden 30,0 % (verschil 35%)	<u>Zelfgerapporteerde terugval na 6 maanden:</u> 50,0 % vs. 44,0 % (ns); verschil 6%	-	-
McCusker 1996 - RCT - 6 - n=444 - drugsverslaafden	TG 6 maanden (n = 221) vs. TG 3 maanden (n = 223)	74,0 %	30,0 % vs. 56,0 % (verschil 26%)	<u>Zelfgerapporteerde terugval in de eerste week na behandeling:</u> 33,0 % vs. 70,0 % (p<0,05); verschil 37%	-	-
McCusker 1997 - QE - 3 - n=539 - drugsverslaafden	Traditionele TG 6 (n = 86) of 12 (n = 75) maanden vs. Aangepaste TG (terugval preventie) 3 maanden (n = 192) of 6 maanden (n = 186)	86,0 %	23,0 % (12 maanden) en 34,0 % (6 maanden) vs. 31,0 % (6 maanden) en 56,0 % (3 maanden) (verschil 33%)	<u>Tijd tot aan drugsgebruik:</u> 6 vs. 12 maanden traditioneel programma: ns Traditioneel programma vs. aangepast programma: ns	<u>Zelfgerapporteerde afname in problemen met de wet:</u> 6 vs. 12 maanden traditioneel programma: ns	Hoger in traditioneel programma dan in aangepast programma (p<0,05)
Coombs 1981 - QE - 12 - n=207	TG 12 maanden (n = 77) vs. TG 3 maanden (n = 130)	78,5 %	63,6 % vs. 74,6 % (verschil 11%)	<u>Zelfgerapporteerde abstinentie:</u> 4,3 % vs. 0% (p<0,05); verschil 4,3%	-	-

- heroïne verslaafden				Zelfgerapporteerde terugval naar heroïnegebruik: 28,6 % vs. 53,0 % (p<0,05); verschil 24,4		
Bale 1984 - QE - 24 - n=363 - mannelijke, heroïne verslaafde veteranen	Standaard TG (n = 25) vs. TG 6 maanden (n = 156)	95,6%	-	Zelfgerapporteerde abstinentie van heroïne: 40,0 % vs. 48,1 %; verschil 8,1% Alcohol problemen: 40,0 % vs. 47,3 %; verschil 7,3%	Geen veroordeling: 44,0 % vs. 32,5 %	48,0 % vs. 46,8 %

Afkortingen: ASI: addiction severity index; BDI: Beck Depression Inventory; ns: niet significant; QE: quasi-experimenteel; RCT: gerandomiseerde, gecontroleerde studie; TG: therapeutische gemeenschap

3.4 CONCLUSIES IN HET CONCEPT RAPPORT

De achtergrondstudie van het Trimbos-instituut is de bron van bewijs voor het niet bestaan van grote verschillen in effectiviteit tussen de verschillende therapieën, zoals benoemd in het concept rapport. De achtergrond van het bewijs wordt hier deels ontrafeld om de bewijslast van de twee studies te kunnen interpreteren en in perspectief te plaatsen. Hiertoe beschrijven we de conclusies uit de achtergrondstudie, en zo nodig de primaire bronnen die daarvoor gebruikt zijn.

De achtergrondstudie van het Trimbos-instituut concludeert het volgende, relevant voor dit rapport [1]:

- Pagina 70: ‘Na jaren onderzoek blijft het oordeel over het effect van therapeutische gemeenschappen voorzichtig positief. Het is echter niet aangetoond dat deze gemeenschappen betere resultaten leveren dan andere vormen van residentiële hulp.’
- Pagina 72, alcohol: ‘Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige; medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid’. Pagina 100 voegt hieraan toe: ‘niveau 2 bewijs. Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009)’
- Pagina 73, opiaten: ‘Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige; medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid.’ Op p. 105 en 106 wordt de onderbouwing hiervoor aangedragen:
 - ‘Er zijn geen aanwijzingen dat de 12-stappenbenadering van drugsafhankelijken in een residentiële setting tot een duidelijk betere behandeluitkomst in termen van abstinentie leidt dan een cognitief gedragstherapeutische of een gemengde benadering (niveau 3 bewijs). De klinische 12-stappenbenadering bij de behandeling van patiënten met een opiaatafhankelijkheid dient voorsnog uitsluitend te worden uitgevoerd in het kader van onderzoek.’
 - ‘Door het ontbreken van gerandomiseerde studies is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de effectiviteit van klinische versus ambulante

behandeling gericht op abstinentie. Dagklinische behandeling lijkt echter niet minder effectief dan klinische behandeling gericht op abstinentie (niveau 3 bewijs)´

- ´Er zijn geen bewijzen dat een klinische behandeling gericht op abstinentie van heroïneverslaafden in de vorm van opname in een therapeutische gemeenschap leidt tot duidelijk betere resultaten dan andere vormen van behandeling (niveau 2 bewijs)´
- ´Klinische behandeling in de vorm van een therapeutische gemeenschap (tg) dient slechts overwogen te worden als niet-klinische en andere klinische behandelvormen onvoldoende hebben geholpen´
- Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013). De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.
- Bron: Van Gageldonk 2006. De niveaus van bewijs zijn als volgt: sterk bewijs voor werkzaamheid, middelsterk bewijs voor werkzaamheid, beperkt bewijs voor werkzaamheid, bewezen onwerkzaam.
- Pagina 73, dubbele diagnose: ´De meerwaarde van een klinische behandeling is niet aangetoond.´ Onderbouwing op pagina 110:
 - ´Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond.´
 - Bron: Multidisciplinaire Richtlijn Dubbele Diagnose (2008) en Van Gageldonk 2006.
- Pagina 111, zorgaanbod niet gespecificeerd drugsgebruik:
 - ´Het is nog niet aangetoond dat therapeutische gemeenschappen gunstiger resultaten hebben dan deze andere behandelingen´
 - Bron: Van Gageldonk 2006

Onderbouwing dat klinische behandeling voor alcoholverslaving slecht aan bepaalde groepen dien te worden aangeboden, is te vinden in de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009) [4]. Hieronder wordt weergegeven wat deze richtlijn daarover zegt (pagina 42 en verder):

´In veel publicaties wordt een voorkeur uitgesproken voor een (langdurige) klinische behandeling omdat hierbij minder vaak terugval optreedt. Omdat het daarbij gaat om geselecteerde populaties, kan op basis van deze studies niet geconcludeerd worden dat lange klinische behandelingen beter zijn dan korte klinische of (intensieve) ambulante behandelingen. Finney e.a. (1996) geven een overzicht van de beschikbare evidentie voor klinische versus intensieve ambulante behandelingen op grond van dertien methodologisch acceptabele studies. Zij concluderen dat slechts zeven studies een effect van setting vinden en dat resultaten daarvan elkaar tegenspreken: in vijf studies leidt de klinische conditie tot betere resultaten, in twee studies de ambulante conditie. Berglund e.a. (2003) vinden, op grond van een iets andere selectie van studies, evenmin toegevoegde waarde voor klinische boven ambulante behandeling. Ook Rychtarik e.a. (2000) vonden in een niet-sociaal gedesintegreerde populatie geen verschil in uitkomst tussen klinische behandeling, intensieve ambulante behandeling en standaard ambulante behandeling. Finney e.a. (1996) vinden verder dat ambulante behandeling minder effectief is dan klinische behandeling wanneer sociale stabiliteit en medische/psychiatrische stoornissen niet

zijn meegenomen als exclusiecriteria, hetgeen een aanwijzing is voor het feit dat mensen met sociale desintegratie en medisch/psychiatrische comorbiditeit wellicht meer profiteren van klinische behandeling. Hetzelfde wordt gevonden in studies van McLellan e.a. (1983) en Kissin e.a. (1970). Ook Berglund e.a. (2003) vinden in hun review dat voor sociaal ontregelden klinische behandeling effectiever is. Rychtarik e.a. (2000) vonden ten slotte dat personen met een ernstiger vorm van alcoholafhankelijkheid meer baat hadden bij een klinische dan bij ambulante behandeling.

Niveau 1 Het is aangetoond dat klinische behandeling in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling.
A1 Finney e.a., 1996; Berglund e.a., 2003

Niveau 2 Het is aannemelijk dat behandeling van mensen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit of sociaal gedesintegreerde personen in een klinische setting effectiever is in een ambulante setting.
B Finney e.a., 1996; Berglund e.a., 2003

Onderbouwing dat klinische behandeling voor opiaatverslaving slecht aan bepaalde groepen dien te worden aangeboden, is te vinden in de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving 2013 [5] en Van Gageldonk 2006 [6]. Hieronder wordt weergegeven wat deze bronnen daarover zeggen:

- Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving 2013 [5] behandelt slecht klinische versus ambulante ontgifting en wordt hier verder niet besproken
- Van Gageldonk evalueert de effectiviteit van langdurige klinisch verblijf in een therapeutische gemeenschap t.o.v. ambulante of kortdurend klinische behandeling en ambulante nazorg niet voor opiaatverslaving

Onderbouwing dat klinische behandeling voor dubbele diagnose slecht aan bepaalde groepen dien te worden aangeboden, is te vinden in de Multidisciplinaire Richtlijn Dubbele Diagnose 2008 [7] en Van Gageldonk 2006 [6]. Hieronder wordt weergegeven wat deze bronnen daarover zeggen:

- Multidisciplinaire Richtlijn Dubbele Diagnose 2008:
 - Ten aanzien van de vraag of de behandeling van dubbele diagnose klinisch (residentieel) dan wel ambulant dient plaats te vinden, zijn een aantal opmerkingen te maken. De laatste jaren is de nadruk bij behandelen in psychiatrie en verslavingszorg meer bij de ambulante behandelingen komen te liggen. Naast organisatorische argumenten (bijvoorbeeld financiële of logistieke) spelen hierbij zorginhoudelijke afwegingen een rol. Bij het behandelen van dubbele diagnosepatiënten is er sprake van het ingrijpen in het dagelijks leven van de patiënt en dat voor langere tijd. Ambulante behandelingen kunnen daarbij het normale leven van de patiënt verbeteren of intact houden. Daarnaast is het voor de doelgroep vaak moeilijk om de weg naar de zorg te vinden en voor de behandelaars is het ingewikkeld om in

contact te komen met de dubbele diagnosepatiënten. Intensieve outreachende zorg kan in deze gevallen de drempel verlagen. In de literatuur is met betrekking tot deze vraag wel evidentie te vinden. Ambulante behandeling en begeleiding lijkt even effectief en in sommige gevallen zelfs te verkiezen boven klinische behandeling. Daarentegen zijn er ook argumenten aan te dragen voor klinische zorg. Binnen de professionele omgeving is er ruimte om de patiënt langere tijd te observeren indien de diagnostiek dat vereist. Daarnaast biedt de klinische behandeling een stabiele omgeving waar de patiënt zich geheel kan richten op zijn eigen herstel en is de therapietrouw vaak groter dan in een ambulante setting. Dakloze dubbele diagnosepatiënten hebben bijvoorbeeld erg veel baat bij een klinisch programma zoals een therapeutische gemeenschap. Aanbevelingen: Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond.

- Van Gageldonk evalueert de effectiviteit van langdurige klinisch verblijf in een therapeutische gemeenschap t.o.v. ambulante of kortdurend klinische behandeling en ambulante nazorg niet voor dubbele diagnose

Onderbouwing dat klinische behandeling voor niet gespecificeerd drugsgebruik slecht aan bepaalde groepen dien te worden aangeboden, is te vinden in Van Gageldonk 2006 [6]. Hieronder wordt weergegeven wat deze bron daarover zegt:

- 'Een review van tien zeer verschillende studies in zeven publicaties geeft het volgende aan. Er is onvoldoende bewijs om vast te stellen dat een therapeutische gemeenschap (TG) effectiever is dan andere residentiële interventies, of dat een bepaalde TG-aanpak beter is dan een andere (Smith e.a., 2006). In één van de tien trials scoorde een half jaar TG beter op drugsgebruik dan een half jaar residentiële hulp. In twee studies verminderden therapeutische gemeenschappen in een gevangenis de kans op het plegen van strafbare feiten na vrijlating, in vergelijking met geen interventie of een intern op de algemene geestelijke gezondheid gericht programma binnen een gevangenis. Dit gunstige resultaat is echter onzeker, omdat de designs gebreken vertoonden. Smith L.A., Gates S., Foxcroft D.. Therapeutic communities for substance related disorder. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1, Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858.CD005338.pub2.'
- Conclusie 2006: Therapeutische gemeenschappen worden in onderzoek vaak vergeleken met andere vormen van residentiële behandeling. Het is nog niet aangetoond dat therapeutische gemeenschappen gunstiger resultaten hebben dan deze andere behandelingen. Het oordeel blijft na al die jaren voorzichtig positief (*)

3.5 IMPLICATIES VOOR HET CONCEPT RAPPORT

Samenvattend zijn de bevindingen van de twee studies:

- Kooyman 1992: het succespercentage sinds verblijf (of sinds intake bij de controlegroep) was 32,0% vs. 4,5% ($p < 0,001$). De kwaliteit van het bewijs is zeer laag door een hoog risico op bias.
- Vanderplasschen 2014: er zijn aanwijzingen dat langdurige klinische opname in een therapeutische gemeenschap een beter effect heeft op cliënten die de opname afmaken, dan een kortdurend verblijf in een therapeutische gemeenschap. De kwaliteit van het bewijs is onduidelijk en er is geen effectschatting d.m.v. meta-analyse gegeven (mogelijk laten de data dat ook niet toe). Er zijn aanwijzingen dat dit positieve effect te niet wordt gedaan doordat de retentie van cliënten binnen een langdurig verblijf in een therapeutische gemeenschap lager ligt dan binnen een kortdurend verblijf.

Het concept rapport baseert zich op een achtergrondstudie, die zich weer baseert op diverse richtlijnen, die zich weer baseren op (systematische) reviews die zeven of meer studies includeerden. Het is onwaarschijnlijk dat één enkele studie (Kooyman 1992) de bewijslast kan doen kantelen. Ook was de kwaliteit van het bewijs van Kooyman 1992 zeer laag.

Het bewijs van Vanderplasschen 2014 spreekt de conclusie in het concept rapport niet tegen. De gevonden gunstige effecten – waarvan de grootte niet in één samenvattende schatting werd gegeven - van een langdurige therapeutische gemeenschap gelden slechts voor die cliënten die de therapie afmaken, terwijl cliënten eerder afhaken bij een langdurig programma.

4 REFERENTIES

1. Van Wamel, A., et al., *Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg. Achtergrondstudie in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen*, 2014, Trimbos-instituut: Utrecht.
2. Kooyman, M., *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*, 1992, Erasmus University: Rotterdam.
3. Vanderplasschen, W., S. Vandevelde, and E. Broekaert, *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*, 2014, EMCDDA: Lisbon.
4. *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*, 2009, Trimbos-instituut: Utrecht.
5. Van den Brink, W., G. Van de Glind, and G. Schippers, *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*, 2013, De Tijdstroom: Utrecht.
6. Van Gageldonk, A., T. Ketelaars, and M. Van Laar, *Hulp bij probleemgebruik van drugs. Wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid of effectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Actualisering van de NDM achtergrondstudie uit 2004, 2006*, Trimbos-instituut: Utrecht.
7. *Dubbele diagnose, dubbele hulp - richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*, 2003, Parnassia: Den Haag.

1 APPENDIX

Table 1 Evidence table systematic review

Study ID	Study characteristics	Patient characteristics	Intervention(s)	Results	Comments
Vanderplasschen 2014 [1]	<ul style="list-style-type: none"> Design: systematic review Source of funding: EMCDDA; Col: (not reported) Databases: ISI Web of Science (WoS), PubMed and DrugScope; hand searching of abstracts and grey literature Languages: no restrictions Search date: December 31 2011 Study designs: controlled (randomised or quasi-experiments) or observational studies Included studies: 28 controlled studies from the United States and 21 European observational studies, including Kooyman 1992 (see below) 	<ul style="list-style-type: none"> Inclusion: on drug-free treatment communities for the treatment of alcohol- or drug addiction Exclusion: treatment community not distinguished from other forms of residential treatment; for observational studies: non-EU studies, except for Norway, Turkey and Switzerland Patient characteristics: not reported 	Drug-free treatment community vs. Modified drug-free treatment community vs. Usual care	<ul style="list-style-type: none"> See below (only outcomes in the community reported) 	<ul style="list-style-type: none"> No quality assessment of primary studies Most controlled studies evaluated treatment communities in different settings and/or in the prison environment Only 1 controlled study evaluated treatment community vs. no treatment in the community Only 2 studies evaluated treatment community vs. usual care in the community, both studies date back ≥30 years No meta-analyses performed

Abbreviations: Col: conflicts of interest; EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Table 2 Outcomes from controlled studies on treatment communities in the community, as reported in Vanderplasschen 2014 [1]

Reference	Type of study design	Time to follow-up	Study population	Intervention	Follow-up rate	Retention	Substance use	Crime	Employment	Other
Greenwood 2001	QES	6, 12 and 18 months post treatment admission	261 substance users seeking TC treatment	Residential TC (n=147) 12-month programme vs. Day TC programme (n=114)	82.4 % at 6 months; 82.7 % at 12 months; 82.7 % at 18 months	Residential TC 109.8 vs. day TC 102.7 days	<u>Self-reported abstinence at 6 months:</u> 62.6 % vs. 47.0 % (*) <u>Self-reported abstinence at 12 months:</u> 49.0 % vs. 47.9 % (ns) <u>Self-reported abstinence at 18 months:</u> 55.2 % vs. 50.4 % (ns)	-	-	-
Guydish 1998	RCT	6 months	261 substance users	Residential TC (n = 147). Planned	Residential TC: 98.0 % Day TC:	At 6 months: 29.0 % vs. 34.0 %	-	-	-	<u>Social functioning:</u> residential

			retained in TC treatment for 2 weeks or more	treatment programme duration between 6 and 12 months vs. Day TC (<i>n</i> = 114). Planned length of stay between 6 and approximately 12 months	78.0 %	Days in treatment: 109.8 vs. 102.7				TC 0.18 vs. day TC 0.16 (*) as measured by ASI; <u>Global problem severity:</u> residential TC 0.75 vs. day TC 0.70 (**) as measured by SCL-90-R
Guydish 1999	RCT	12 and 18 months	188 substance users retained in TC treatment for 2 weeks or more	Residential TC (<i>n</i> = 99). Planned treatment programme duration between 6 and 12 months vs. Day TC (<i>n</i> = 89). Planned length of stay between 6 and approximately 12 months	-	12-months: 9.0 % vs. 17.0 %	-	-	-	<u>12-month problem severity (SCL-90-R):</u> 0.56 vs. 0.71 (*) <u>18-month problem severity (SCL-90-R):</u> 0.51 vs. 0.71 (*) <u>12-month depression (BDI):</u> 8.6 vs. 11.4 (*)
Nemes 1999	RCT	18 months post admission	412 substance users seeking TC treatment	Standard TC (<i>n</i> = 194): 12-month programme (10 months inpatient, 2 months outpatient) vs. Abbreviated TC (<i>n</i> = 218): 12-month programme (6 months inpatient, 6 months outpatient)	93.0 %	Treatment completion: 33.0 % vs. 38.0 % (ns)	<u>Self-reported heroin use:</u> TC 9.0 % vs. 15.0 % (*)	<u>Self-reported re-arrest:</u> 17.0 % vs. 26.0 % (**) <u>Time to re-arrest:</u> 9.4 months vs. 6.9 months (*)	72.0 % vs. 56.0 % (**)	-
De Leon 2000	QES	12 months	342	Low-demand TC	MTC1: 56.0	-	<u>Self-reported drug use and</u>	<u>Self-</u>	MTC1 more	<u>HIV risk</u>

	(sequential group assignment)	post treatment admission	homeless mentally ill substance users	(MTC1) (<i>n</i> = 183): 12-month programme vs. High-demand TC (MTC2) (<i>n</i> = 93): 12-month programme vs. TAU (<i>n</i> = 66)	% at 12 months MTC2: 34.0 % at 12 months TAU: not reported		<u>alcohol intoxication</u> : MTC2 less drug use and alcohol intoxication than TAU (*)	<u>reported criminal activity</u> : MTC1 /MTC2 vs. TAU (ns)	likely to be <u>employed</u> than TAU (***) MTC2 more likely to be <u>employed</u> than TAU (***)	<u>behaviour</u> : MTC1 and MTC2 vs. TAU (ns)
		24 months post-treatment admission					MTC2 less <u>self-reported alcohol intoxication</u> (*) Less <u>self-reported substance use</u> than TAU (*)	<u>Self-reported criminal activity</u> : MTC1 fewer crimes than TAU (*); MTC2 fewer crimes than TAU (***)	MTC1 more likely to be <u>employed</u> than TAU (***) MTC2 more likely to be employed than TAU (***)	Symptoms of <u>depression and anxiety</u> : MTC2 vs. TAU (*)
McCusker 1995	QES	3–6 months post treatment discharge	628 drug users entering residential TC and MTC treatment	Traditional TC programme [6-month (<i>n</i> = 97) and 12-month (<i>n</i> = 87) alternatives] vs. MTC 3-month (<i>n</i> = 223) and 6-month alternative (<i>n</i> = 221)	84.0 % in TC and 74.0 % in MTC	<u>40-day retention</u> : 6-month TC 70.0 %; 12-month TC 85.0 %; 3-month MTC 73.0 %; 6-month MTC 72.0 % <u>Treatment completion</u> : 6-month TC 33.0 %; 12-month TC 21.0 %; 3-month MTC 56.0 %; 6-month MTC 30.0 % (all ns)	<u>Self-reported relapse at 6 months</u> : 50.0 % vs. 44.0 % (ns)	-	-	-
McCusker 1996	RCT	6 months post treatment discharge	444 drug users	Long MTC (<i>n</i> = 221): 6-month programme vs. Short MTC (<i>n</i> = 223): 3-month programme	74.0 %	Treatment programme completion: 30.0 % vs. 56.0 %	<u>Self-reported relapse to drug use in first week after leaving treatment</u> : MTC 33.0 % vs. short MTC 70.0 % (*)	-	-	-
McCusker 1997	QES	3 months post treatment discharge	539 drug users entering residential TC treatment	Traditional TC programmes: 6-month (<i>n</i> = 86) and 12-month (<i>n</i> = 75) vs. MTC	86.0 % at 18 months	Treatment completion: 23.0 % in traditional 12-month TC, 34.0 % in 6-month TC, 31.0 % in long 6-month MTC and 56.0 % in 3-month MTC	<u>Time to drug use</u> : 6-month TC vs. 12-month TC (ns); TCs vs. MTCs (ns)	<u>Self-reported reduction in legal problems</u> : 6-month TC vs. 12-month TC (ns)	Higher in TC than in MTC (*)	-

				programme (relapse prevention) 3-month ($n = 192$) and 6-month ($n = 186$) alternatives						
French 1999	QES (sequential group assignment)	24 months following MTC treatment entry	342 homeless mentally ill substance users	Low-demand TC (MTC1) ($n = 183$): 12-month programme vs. High-demand TC (MTC2) ($n = 93$): 12-month programme vs. TAU ($n = 66$)	82.0%	-	<u>Self-reported substance use</u> : MTC vs. TAU (ns)	<u>Self-reported criminal activity</u> : MTC fewer crimes than TAU (*)	MTC vs. TAU (ns)	<u>Depression</u> : MTC lower BDI score than TAU (*) <u>Other psychological symptoms</u> : (ns)
Coombs 1981	QES (self-selection for treatment intervention)	12 months post leaving TC treatment	207 heroin users in TC treatment	Long-term TC ($n = 77$): 12-month programme vs. Short-term TC ($n = 130$): 3-month programme	78.5 %	Programme completion: 63.6 % vs. 74.6 %	<u>Self-reported abstinence</u> : 4.3 % vs. 0 % (*) <u>Self-reported relapse to heroin use</u> : 28.6 % vs. 53.0 % (*)	-	-	-
Nuttbrock 1998	QES (allocation based on availability of treatment placement and client preferences)	12 months post treatment admission	290 homeless men with major mental disorder and history of substance use	MTC ($n = 169$): 18-month programme vs. homeless community residency ($n = 121$): 18-month programme	-	Treatment retention: MTC 43.0 % vs. homeless community residence 55.0 % at 6 months; MTC 25.0 % vs. homeless community residence 37.0 % at 12 months	<u>Drug use detected with urine drug screen</u> : 4.1 % vs. 30.1 % (*) <u>Self-reported alcohol use</u> : 0 % vs. 14.3 % (*) <u>Self-reported marijuana use</u> : 2.6 % vs. 2.9 % (ns) <u>Self-reported crack use</u> : 7.7 % vs. 14.2 % (*)	-	-	<u>Depression, anxiety, psychiatric distress</u> : (ns)
Bale 1980	QES	12 months	585 male heroin-dependent veterans	TC residents retained in treatment ≥ 50 days ($n = 75$) or < 50 days ($n = 75$) vs. MMT ($n = 59$)	93.2%	-	<u>Self-reported heroin use</u> : 37.3 % vs. 65.5 % (**)	<u>Arrest</u> : 37.3 % vs. other treatment 54.5 % (**) except MMT <u>Reconviction</u> : 21.3 % vs. 38.0 % (**) except	<u>Employment/school attendance</u> : 65.3 % vs. 50.9 % (***)	-

t
u
r
e
s
e
a
r
c
h

d
i
t
s
c
a
t
e
d
-
o
t
i
c
o
n
r
b
b
i
n
a
e
s
f
a
i
n
s
d
e
i
n
s
g
e
s
d

Vanderplasc hen 2014	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	NA	N	N	N
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---

Abbreviations: NA: not applicable; N: no; Y: yes
AMSTAR criteria were used to assess this systematic review

Table 4 Evidence table observational studies

Study ID	Study characteristics	Patient characteristics	Intervention(s)	Results	Comments
Kooyman 1992 [2]	<ul style="list-style-type: none"> • Design: observational study • Source of funding: not reported; Col: not reported • Setting: two therapeutic communities, the Netherlands • Duration of study: • Sample size: 263 patients that could be interviewed (69-76% of sample depending on the group of patients) 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion: alcohol or drug abuser, followed detoxification phase and induction phase (introductory phase for resident community) • Exclusion: not available for follow-up, no addiction to drugs or alcohol, transfer from or to another facility • Characteristics, including patients lost to follow-up: 69% male; 87% Caucasian; mean age at intake 23.4 years (SD 5.70); 90% unemployed; 40% ever convicted; 28% ever imprisoned; 43% ever suicide attempt; 6% high class, 63% middle class and 31% lower class; 56% contact with police related to drugs without being convicted; high school was completed by 28% and university by 3%; mean of admissions for treatment in hospital 1.37 (SD 1.84); mean age of onset of daily use 17.5 (SD 3.37); mean length of daily use 5.8(SD 4.42); 55% had problems with the use of opiates at intake; 5.3% had problems with the use of amphetamines; 25% had alcohol problems 	<p>Emiliehoeve clients (therapeutic resident community) (n=172)</p> <p>vs.</p> <p>Essenlaan clients (therapeutic resident community) (n=47)</p> <p>vs.</p> <p>Non-admittants (n=44)</p> <p>The therapeutic resident community offered a structured living environment - after a detoxification phase - with a hierarchical work structure, (therapeutic) group sessions, seminars, physical exercise etc.</p> <p>Non-admittants were eligible for treatment in a therapeutic community but declined</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Success (no relapse in alcohol use or hard drug abuse, no arrest or prison detention, no admission in any psychiatric hospital) in the total period since treatment: 32.0% vs. 21.3% vs. 4.5% (Chi2: 14.4, df: 2, p<0.001) • Success in the half year before interview (no relapse in alcohol use or hard drug abuse, no arrest or prison detention, no admission in any psychiatric hospital): 49.4% vs. 42.6% vs. 16.1% (Chi2: 20.95; df: 2; p<0.01) 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-matched groups. Patients who declined treatment in therapeutic community were controls • Non-admittants were more often unemployed 9% vs. 10% vs. 17%, ns) and had opiate problems more often (53% vs. 54% vs. 71%, ns), amphetamine problems more often (5% vs. 18% vs. 41%, p<0.001)

Abbreviations: Col: conflicts of interest; df: degrees of freedom; ns: not significant

Table 5 Risk of bias assessment of Kooyman 1992

Reference	Random sequence generation	Allocation concealment	Blinding participants and personnel	Blinding outcome assessment	Incomplete outcome data	Selective reporting	Other bias
Kooyman 1992	-	-	-	-	-	-	+

Abbreviations: +: low risk of bias; -: high risk of bias

2 REFERENCES

1. Vanderplasschen, W., S. Vandeveld, and E. Broekaert, *Therapeutic communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges*, 2014, EMCDDA: Lisbon.
2. Kooyman, M., *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement and treatment outcome*, 1992, Erasmus University: Rotterdam.

De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen

Een review van de literatuur

RIVM Briefrapport 133499001/2014

Anita Suijkerbuijk
Paul van Gils
Ardine de Wit

Colofon

© RIVM 2014

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Anita Suijkerbuijk
Paul van Gils
Ardine de Wit

Contact:
Ardine de Wit
Centrum voor Voeding Preventie en Zorg
ardine.de.wit@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van GGZ Nederland.

Publiekssamenvatting

Kosteneffectiviteit verslavingszorg

In Nederland krijgt bijna een op de vijf Nederlanders in zijn leven te maken met een alcohol- of drugsprobleem, in die zin dat ze ervan afhankelijk zijn of er te veel van gebruiken. Van de mensen die in de verslavingszorg terechtkomen, komt 47 procent voor een alcoholprobleem, gevolgd door heroïne (16 procent) en cannabis (15 procent). Vrijwel alle behandelingen in de reguliere verslavingszorg voor alcohol en drugs die in de literatuur zijn beschreven, zijn kostenbesparend of kosteneffectief. Dit blijkt uit een literatuurstudie van het RIVM.

Kosteneffectief betekent dat de verhouding tussen de kosten van de behandeling en de effecten ervan gunstig is. Mensen leven dan langer of hebben een betere kwaliteit van leven. In alle studies werden de kosten die binnen de gezondheidszorg gemaakt worden meegenomen. Bij verslavingen worden echter ook veel kosten buiten de gezondheidszorg gemaakt, bijvoorbeeld als gevolg van criminaliteit, en daardoor van politie en justitie. Maatschappelijke kostenbesparingen, zoals door minder ziekteverzuim, minder criminaliteit en minder verkeersongevallen, zijn soms in de onderzoeken meegenomen, maar niet altijd. Aanbevolen wordt om aanvullend onderzoek te doen waarin alle maatschappelijke kosten en baten worden betrokken omdat dit een compleet inzicht in de kosten van verslavingen en de baten van behandelingen geeft.

Abstract

Cost-effectiveness of addiction care

In the Netherlands, one out of five persons will experience alcohol or substance abuse related problems during lifetime, implying either dependency or excessive use. Of all people registered in addiction care, 47% is treated for alcohol related problems. Further large groups consist of heroin users (16% of clients) and cannabis dependent persons (15% of clients). Almost all interventions in addiction care that have been evaluated in the scientific literature appear to be cost-saving or cost-effective. This is the conclusion of a literature review performed by RIVM.

Cost-effective implies that the ratio between costs of the treatment and its effects is favourable. People treated live longer and/or have a better quality of life. Most published studies concentrate on health care costs only. However, addiction causes costs outside health care as well, for instance costs of crime, and judiciary costs following from crime. Societal cost savings of addiction care, e.g. because of reduced traffic injuries and improved productivity, are incorporated in a minority of studies. One of the recommendations for further research is to include wider societal costs and benefits of addiction care, as it will lead to a more complete picture of costs of addiction and costs and benefits of addiction care.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	5
Samenvatting	7
1	Inleiding 8
1.1	Impact van verslaving 8
1.2	Verslavingszorg 8
1.3	Meest gebruikte middelen 8
1.4	Effectiviteit verslavingszorg 9
1.5	Kosteneffectiviteit verslavingszorg 9
1.6	Doel onderzoek 9
1.7	Leeswijzer rapport 10
2	Kosteneffectiviteit (doelmatigheid): begrippenkader 11
3	Methode 13
3.1	Alcohol 13
3.2	Middelen 14
4	Beschrijving van de geïncludeerde economische evaluaties gericht op alcoholverslaving 17
4.1	Leeswijzer 17
4.2	Opportunistische screening gevold door een interventie 17
4.3	Internetinterventie 20
4.4	Motiverende gespreksvoering 20
4.5	Sociaal gedrag en netwerktherapie en motiverende gespreksvoering 21
4.6	Cognitieve gedragstherapie al dan niet gecombineerd met Naltrexon 21
4.7	Advies in combinatie met Acamprosaat 21
4.8	Preventie gericht op drankgelegenheden 22
5	Beschrijving van de geïncludeerde economische evaluaties gericht op drugsverslaving 25
5.1	Leeswijzer 25
5.2	Diacetylmorfine (heroïne op voorschrift) 25
5.3	Naloxon bij overdosis 26
5.4	Buprenorfine 27
5.5	Methadon 28
5.6	Naltrexon 29
5.7	Modafinil 29
5.8	Buprenorfine en methadon voor opiaatverslaafden met hiv 30
6	Conclusie en discussie 33
6.1	Interventies gericht op alcoholmisbruik altijd kosteneffectief 33
6.2	Interventies voor middelenverslaving betreffen farmacotherapie en zijn meestal kosteneffectief 33
6.3	Kritische beschouwing van de resultaten 34
6.4	Toekomstig onderzoek 35
7	Literatuur 37

8	Begrippenlijst	40
9	Bijlage 1 search strategie alcohol in Medline	42
10	Bijlage 2 search strategie alcohol in CRD databases	44
11	Bijlage 3 search strategie middelen in Medline	45
12	Bijlage 4 search strategie middelen in CRD databases	47

Samenvatting

Inleiding

In Nederland wordt de life-time prevalentie voor misbruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs geschat op bijna 20%. De verslavingszorg kent verschillende behandelmogelijkheden voor verslaafden, zowel ambulante als klinische, individueel en in groepsverband. De meeste cliënten in de verslavingszorg worden behandeld vanwege een alcoholprobleem (47%), gevolgd door verslaving aan opiaten (16%). Er is een groot aantal interventies gericht op de preventie en behandeling van verslaving beschikbaar. Doel van deze review is een overzicht te geven van de wetenschappelijke literatuur over de kosteneffectiviteit van verslavingszorg gericht op alcohol en middelen. Inzicht in de kosteneffectiviteit van interventies kan helpen bij de prioritering van het beleid gericht op verslavingen.

Methode

Er is een search uitgevoerd in de databases van Medline en het Centre for Reviews and Dissemination. De search is beperkt tot interventies in de zorgsetting. Studies die zich richten op specifieke doelgroepen, zoals studenten en gevangenen, en studies uit een niet-Westerse context werden niet meegenomen. De studies moesten gezondheid als uitkomstmaat hebben. Voor alcohol werden 269 studies gevonden waarvan er na beoordeling op titel en abstract 65 volledig gelezen werden. Uiteindelijk voldeden 16 studies aan de inclusiecriteria; deze studies worden in dit rapport beschreven. Van de 362 referenties voor middelen werden er 74 volledig beoordeeld en zijn uiteindelijk 14 studies opgenomen in de review.

Resultaten

De meest onderzochte interventie gericht op alcoholmisbruik was opportunistische screening gevolgd door een kort advies, uitgevoerd in de eerste lijn. Verder waren er een internetinterventie, cognitieve gedragstherapie en interventies uitgebreid met medicatie. De uitkomst van de studies was dat ze óf kostenbesparend waren óf een relatief gunstige kosteneffectiviteitsratio (IKER) hadden, die ver beneden de in Nederland vaak genoemde drempelwaarde van € 20.000 bleef. Alle 14 geïnccludeerde interventies gericht op middelengebruik zijn farmacotherapeutische interventies. Bij 10 van de interventies lag de IKER beneden de € 20.000. De studies die een hogere IKER lieten zien werden vanuit het gezondheidszorgperspectief uitgevoerd, waarbij de effecten op bijvoorbeeld verminderde overlast en verminderde criminaliteit niet werden meegenomen. Een breed maatschappelijk perspectief geeft over het algemeen een betere kosteneffectiviteitsratio omdat de kosten voor de interventie binnen de gezondheidszorg gecompenseerd worden door vermindering van kosten buiten de gezondheidszorg.

Conclusie

Vrijwel alle onderzochte interventies zijn kostenbesparend of kosteneffectief. Veel studies nemen alleen de kosten binnen de gezondheidszorg mee. Waar gekozen is voor het maatschappelijk perspectief zijn niet alle relevante kosten en baten altijd goed meegenomen in de studies. Aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld door middel van een maatschappelijke kostenbaten analyse (MKBA) kan inzicht verschaffen in alle kosten van verslavingen en de invloed van een interventie hierop. Voor de verslaving aan overige middelen is het van belang dat economische evaluaties worden uitgevoerd naar bewezen effectieve interventies anders dan farmacotherapie.

1 Inleiding

1.1 Impact van verslaving

In onze samenleving is het gebruik van alcohol sociaal geaccepteerd. Dat geldt in mindere mate ook voor recreatief gebruik van drugs op gepaste gelegenheden, zolang dit niet leidt tot maatschappelijke of gezondheidsproblemen. Soms leidt gebruik van alcohol of drugs echter tot misbruik en afhankelijkheid van deze stoffen. Verslaving aan alcohol of drugs kent een progressief karakter. Hierdoor ontstaat een steeds grotere en dwingender behoefte aan het middel en wordt het lastiger om zelfstandig van de verslaving af te komen. De gevolgen van misbruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs zijn aanzienlijk. Mensen raken door hun verslaving in ernstige lichamelijke, psychische en sociale problemen, relaties raken ontwricht en opleidingen worden niet afgemaakt (GGZ_Nederland., 2013). Bovendien zijn de kosten voor de zorg, justitie en politie en de economie, in de vorm van productieverliezen, groot. De omvang van het aantal problematische alcohol- en druggebruikers in Nederland is lastig te schatten. In een Nederlandse studie is de life-time prevalentie voor misbruik en afhankelijkheid van alcohol of drugs onder 18 tot 64-jarigen geschat op 19,1% (de Graaf et al., 2010) . Na angst- en stemmingsstoornissen is verslaving de meest voorkomende psychische aandoening (de Graaf, 2010).

1.2 Verslavingszorg

Eén van de eerste stappen op weg naar herstel betreft het erkennen van het verslavingsprobleem en het vragen om hulp. De verslavingszorg kent een divers aanbod aan behandel mogelijkheden voor verslaafden, zowel ambulante als klinische, en zowel individueel als in groepsverband. Een aanzienlijk deel van de verslaafden herstelt, maar een groot deel (ongeveer 40- 50%) van de mensen die een behandeling heeft ontvangen valt weer terug in het verslavingsgedrag (van Wamel, 2014). Vanwege het chronische karakter richt de behandeling zich dan niet meer primair op abstinentie maar op vermindering van middelengebruik en op sociaal-maatschappelijk herstel.

1.3 Meest gebruikte middelen

Van het totaal aantal cliënten dat in behandeling is bij de reguliere verslavingszorg is het aantal cliënten met een alcoholverslaving het grootst (47%). Volgens de Nationale Drugsmonitor waren er in 2012 bijna 36.000 cliënten geregistreerd met een primair alcoholprobleem. Dat is iets minder dan in 2011, maar wel anderhalf keer zoveel als in 2001 (van Laar et al., 2013). Daarbij werd een stijging gezien in het aantal alcohol gerelateerde opnames in ziekenhuizen, ook onder jongeren tot en met 16 jaar. Met 16% komt het aantal cliënten met een opiaatverslaving op de tweede plaats. Tussen 2002 en 2012 daalde het aantal cliënten met een primair opiaatprobleem met 33 procent naar 10.605 cliënten. Daarbij valt de veroudering van de opiaatgebruikers op; de gemiddelde leeftijd steeg van 39 jaar in 2002 naar 47 jaar in 2012. Ruim 10.000 mensen (15% van het totaal aantal cliënten) deden in 2012 een beroep op de verslavingszorg vanwege een cannabisafhankelijkheid. De piek ligt in de leeftijdsgroep van 25 tot 39 jaar. Hulpvragen vanwege problematisch cocaïnegebruik komen op de vierde plaats (11%). In 2012 was er een daling in hulpvragen bij de reguliere verslavingszorg waarneembaar voor alcohol en alle drugs, behalve voor GHB en ecstasy. Het is moeilijk om deze daling te duiden.

Het kan een daadwerkelijke daling in problematisch gebruik betekenen, maar mogelijk spelen ook de invoering van een eigen bijdrage voor verslavingszorg, bezuinigingen, een toename van het gebruik van e-health interventies en een toename van behandelingen in de eerstelijns en in de particuliere verslavingszorg een rol (van Laar, 2013).

1.4 Effectiviteit verslavingszorg

Effectieve interventies ter preventie of behandeling van verslaving kunnen verslavingsproblematiek, gezondheidsproblemen en hoge maatschappelijke kosten voorkomen of reduceren. Binnen het domein van de gezondheidszorg is een groot aantal maatregelen gericht op preventie en behandeling van verslavingen beschikbaar. In de verslavingszorg gaat het om interventies als psycho-educatie, "screening en korte interventie", methadonverstrekking, cognitieve gedragstherapie, psychotherapie en farmacotherapie (van Wamel, 2014). Doelen van de behandeling zijn bijvoorbeeld motivering, zelfcontrole en het voorkomen van terugval in gebruik. Het type interventie hangt af van de soort drugs en van de problematiek van de cliënt; vaak wordt een combinatie van interventies ingezet.

Daarnaast worden ook maatregelen getroffen buiten het domein van de verslavingszorg om de maatschappelijke gevolgen van verslaving te reduceren, bijvoorbeeld op het gebied van wet- en regelgeving. Te denken valt aan leeftijdsgrenzen voor de aanschaf en consumptie van alcohol, verbod op productie van verdovende middelen en controles op het gebruik van alcohol in het verkeer.

1.5 Kosteneffectiviteit verslavingszorg

Naast inzicht in effectiviteit is het ook belangrijk om inzicht te hebben in de kosteneffectiviteit van interventies voor de preventie en behandeling van verslavingen. Verslavingszorg is niet alleen een kostenpost maar levert ook "return on investment", in de vorm van het verbeteren van gezondheidsuitkomsten en het voorkomen van maatschappelijke schade en de kosten daarvan, zoals door criminaliteit of sociale onveiligheid. Economische evaluaties van interventies worden daarom idealiter vanuit een breed maatschappelijk perspectief uitgevoerd, waarbij alle kosten en alle effecten van een interventie worden meegenomen. Inzicht in de kosteneffectiviteit van interventies voor verslavingen kan helpen bij de prioritering van het beleid gericht op verslavingen, bijvoorbeeld door het selecteren van interventies die relatief veel gezondheidswinst opleveren voor de investering.

1.6 Doel onderzoek

Dit briefrapport is bedoeld om een overzicht te geven van de internationale wetenschappelijke literatuur over de kosteneffectiviteit van interventies in de verslavingszorg. Binnen het scala aan verslavingen zal het literatuuronderzoek zich focussen op alcoholverslaving en op verslaving aan drugs. De volgende vragen worden beantwoord:

1. Wat is de kosteneffectiviteit van preventieve en therapeutische interventies gericht op alcoholverslaving, uitgevoerd in een (gezondheids-)zorgsetting?
2. Wat is de kosteneffectiviteit van preventieve en therapeutische interventies gericht op verslaving aan drugs, uitgevoerd in een (gezondheids-)zorgsetting?

1.7 Leeswijzer rapport

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft het begrippenkader van deze studie weer. De gebruikte methode voor deze literatuurstudie, afbakening van het onderzoek en het proces van in- en exclusie van artikelen wordt beschreven in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 beschrijft de geselecteerde economische evaluaties over preventie en behandeling van alcoholverslaving. Hoofdstuk 5 geeft de geselecteerde economische evaluaties over preventie en behandeling van drugsverslaving weer. Hoofdstuk 6 sluit af met een conclusie en met punten voor discussie. In de bijlagen wordt de precieze zoekstrategie naar geschikte literatuur beschreven.

In de literatuur met betrekking tot kosteneffectiviteit van preventie en zorg worden veel economische begrippen en methoden gebruikt die voor de niet ingevoerde lezer misschien moeilijk te hanteren zijn. Daarom worden in deze tekstbox de meest gebruikte methoden en bijbehorende uitkomstmaten van economische evaluaties kort toegelicht. In Nederland zijn door het College voor Zorgverzekeringen (nu: Zorginstituut Nederland) richtlijnen gepubliceerd waar economische evaluaties aan moeten voldoen (Hakkaart-van Roijen et al., 2010; CVZ, 2006).

Een volledige economische evaluatie vergelijkt de kosten en de baten van twee of meer behandelingen of interventies met elkaar. Doel hiervan is vast te stellen hoe de gezondheidseuro het meest efficiënt kan worden besteed. De ratio die ontstaat door het verschil in kosten tussen twee interventies te delen door het verschil in opbrengsten, is de **incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER)**.

Twee belangrijke onderzoeksmethoden zijn de **kosteneffectiviteitsanalyse (KEA)** en de **kostenutiliteitsanalyse (KUA)**. De twee methoden verschillen vooral in de manier waarop de effecten worden vastgesteld. Bij de kosteneffectiviteitsanalyse worden de baten uitgedrukt in een eenheid gezondheidseffect, zoals gewonnen levensjaren (**life years gained**, LYG). De interventie met de laagste kosten per gewonnen levensjaar is de meest kosteneffectieve. Soms is de effectmaat ook een klinische effectmaat, zoals het aantal voorkómen gevallen van alcoholgerelateerde ziekten of het aantal voorkómen depressieve dagen. Bij de kostenutiliteitsanalyse echter, worden de baten in één standaard effectmaat uitgedrukt, namelijk **quality adjusted life years** (QALY's). Deze maat bundelt effecten op de lengte van het leven (gewonnen levensjaren) en op de kwaliteit van het leven in één getal. Het gebruik van een algemene uitkomstmaat zoals een QALY maakt het vergelijken van verschillende interventies mogelijk, omdat de eenheid waarin de baten worden uitgedrukt hetzelfde is. In de praktijk blijkt echter dat veel studies niet zonder meer te vergelijken zijn omdat de gebruikte methoden onderling nogal verschillen (Vijgen et al., 2005; CBS, 2014).

Het begrip 'kosteneffectief' is een normatief begrip en suggereert dat er heldere afkappunten bestaan om een gezondheidsinterventie als kosteneffectief of niet kosteneffectief te bestempelen. Wat als kosteneffectief wordt gezien hangt vanzelfsprekend samen met het welvaartsniveau van een land en zal dus ook van land tot land verschillen. In sommige landen wordt een interventie kosteneffectief genoemd als deze minder kost dan € 50.000 per QALY en soms ligt de grens veel lager, bijvoorbeeld op € 20.000 per QALY. Dit afkappunt wordt in Nederland regelmatig genoemd als acceptabel in de context van kosteneffectiviteit van preventie (de Wit et al., 2007). De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft een variabele **drempelwaarde** gesuggereerd, afhankelijk van de individuele ziektelast, uitgaande van € 80.000 per QALY voor ziekten met de hoogste ziektelast (RVZ, 2006). Als een interventie (bijvoorbeeld een bepaalde screeningsmethode) minder kost én meer effect heeft dan de interventie waarmee vergeleken wordt (een andere screeningsmethode of geen screening), dan wordt deze interventie 'dominant' genoemd. Is een interventie zowel duurder als minder effectief dan de vergelijkende interventie, dan wordt deze interventie 'gedomineerd'.

Een economische evaluatie kan gedaan worden vanuit verschillende **perspectieven**, bijvoorbeeld vanuit het perspectief van de verzekeraar, de individuele patiënt, de maatschappij en de gezondheidszorg. Het perspectief

bepaalt welke kosten en effecten in de evaluatie betrokken worden (Rutten-van Mólken et al., 2010; de Wit, 2007). Veel economische evaluaties worden gedaan vanuit het **gezondheidszorgperspectief**. Dit betekent dat alleen medische kosten worden meegenomen in de analyse. Wanneer er gekozen is voor het **maatschappelijk perspectief** worden ook niet-medische kosten in de evaluatie opgenomen, zoals kosten die door de patiënt zelf gedragen worden en kosten die samenhangen met reistijd of productiviteitsverliezen. Omdat de gezondheidswinst door preventieve interventies veelal in de toekomst wordt behaald, wordt in economische evaluaties vaak gebruikgemaakt van modellering. Bij **modellering** maakt men gebruik van wiskundige technieken om data uit verschillende onderzoeken met elkaar te combineren en over langere tijd door te rekenen (Rutten-van Mólken, 2010). Doordat de kosten en effecten over een langere tijd plaatsvinden, dienen deze kosten en effecten te worden **gedisconteerd**. Dit betekent dat de kosten en de effecten die in verschillende jaren optreden verschillend worden gewaardeerd (er wordt elk jaar een iets ander prijskaartje aan gehangen). Voor elke economische evaluatie kiezen we een basisjaar. Alle kosten moeten worden berekend voor dit basisjaar, of teruggerekend worden naar dit basisjaar. **Discontering** van kosten en effecten kan grote gevolgen hebben op de uiteindelijke resultaten van economische evaluaties. Dit is zeker het geval bij interventies/programma's waarbij een substantieel deel van de kosten en effecten op langere termijn plaatsvinden. Volgens Nederlandse handleiding voor gezondheidseconomische evaluaties moeten toekomstige kosten met een jaarlijks percentage van 4 % worden gediscoteerd, en toekomstige effecten met een jaarlijks percentage van 1,5% (Hakkaart-van Roijen, 2010). In de Nederlandse richtlijn wordt tevens aanbevolen om de resultaten van de analyse altijd weer te geven in gediscoteerde en ongediscoteerde vorm. Dit kan het beste duidelijk maken hoe groot de invloed van discontering is op de conclusie van de economische evaluatie. Het is goed gebruik dat de invloed van gemaakte aannames op de conclusie van de studie onderzocht worden met een **sensitiviteitsanalyse**.

3 Methode

Voor de literatuurstudie is gebruik gemaakt van twee databases. Via de bibliotheek van het RIVM zijn searches uitgevoerd in Medline (PubMed), een database met circa 23 miljoen publicaties op het terrein van geneeskunde en gezondheidszorg, en in de databases van het Centre for Reviews and Dissemination (CRD) van de Universiteit van York. Deze laatste database bevat de NHS-EED, een database die specifiek gericht is op economische evaluaties in de gezondheidszorg en meer dan 16.000 publicaties bevat. Het combineren van Medline en de NHS-EED is een optimale zoekstrategie voor economische evaluaties (Alton et al., 2006; Sassi et al., 2002).

Het literatuuronderzoek heeft zich beperkt tot de zorgsetting, waarmee alle maatregelen in andere settings (zoals community, werk, school) en maatregelen op het terrein van wet- en regelgeving en prijsbeleid buiten beschouwing zijn gebleven. De literatuurstudie beperkte zich tot interventies die gericht zijn op preventie en behandeling van verslaving. Dit betekent dat interventies die gericht zijn op problemen die samenhangen met verslaving, zoals een hoger risico op infectieziekten of leverziekten, niet tot de focus van deze literatuurstudie behoorden. Studies die betrekking hadden op specifieke doelgroepen buiten de context van de reguliere verslavingszorg, zoals studenten, zwangere vrouwen of gevangenen, werden niet meegenomen. Omdat kosteneffectiviteit sterk bepaald wordt door de context waarin het onderzocht wordt worden interventies die gericht zijn op verslavingen in een niet-Westerse context en/of zorgsysteem niet meegenomen. Alle vormen van economische evaluaties, zoals (maatschappelijke) kostenbatenanalyse, kosteneffectiviteitsanalyse en kostenutiliteitsanalyse werden in het onderzoek betrokken. In alle gevallen moest er sprake zijn van een volledige economische evaluatie, dat wil zeggen dat er twee of meer interventies met elkaar vergeleken moesten worden en dat kosten en effecten geïntegreerd worden in een samenvattende maat (zie textbox 1). Er werden alleen studies opgenomen die gezondheidswinst, zoals uitgedrukt in QALY, DALY of gewonnen levensjaren, als uitkomstmaat hadden. Hiervoor werd gekozen omdat deze uitkomstmaten universeel zijn en het mogelijk is om de kosteneffectiviteitsratio's die binnen de verslavingszorg beschreven worden te "ijken" aan de maatschappelijke betalingsbereidheid voor een eenheid gezondheidswinst. De uitkomsten van evaluatiestudies die rapporteren in verslavings- specifieke uitkomstmaten, zoals aantal minder ingenomen glazen alcohol of aantal dagen zonder druggebruik, zijn minder goed te interpreteren. Er werden economische evaluaties opgenomen gepubliceerd in het Engels, Duits of Nederlands.

Om de uitkomsten van de economische evaluaties met verschillende publicatiejaren en verschillende valuta's onderling vergelijkbaar te maken zijn alle bedragen omgezet naar de Euro waarde van dat jaar op basis van de gegevens van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling en vervolgens geïndexeerd met de prijsindex 2013 van het Centraal Bureau voor de Statistiek (OECD, 2014; CBS, 2014).

3.1 Alcohol

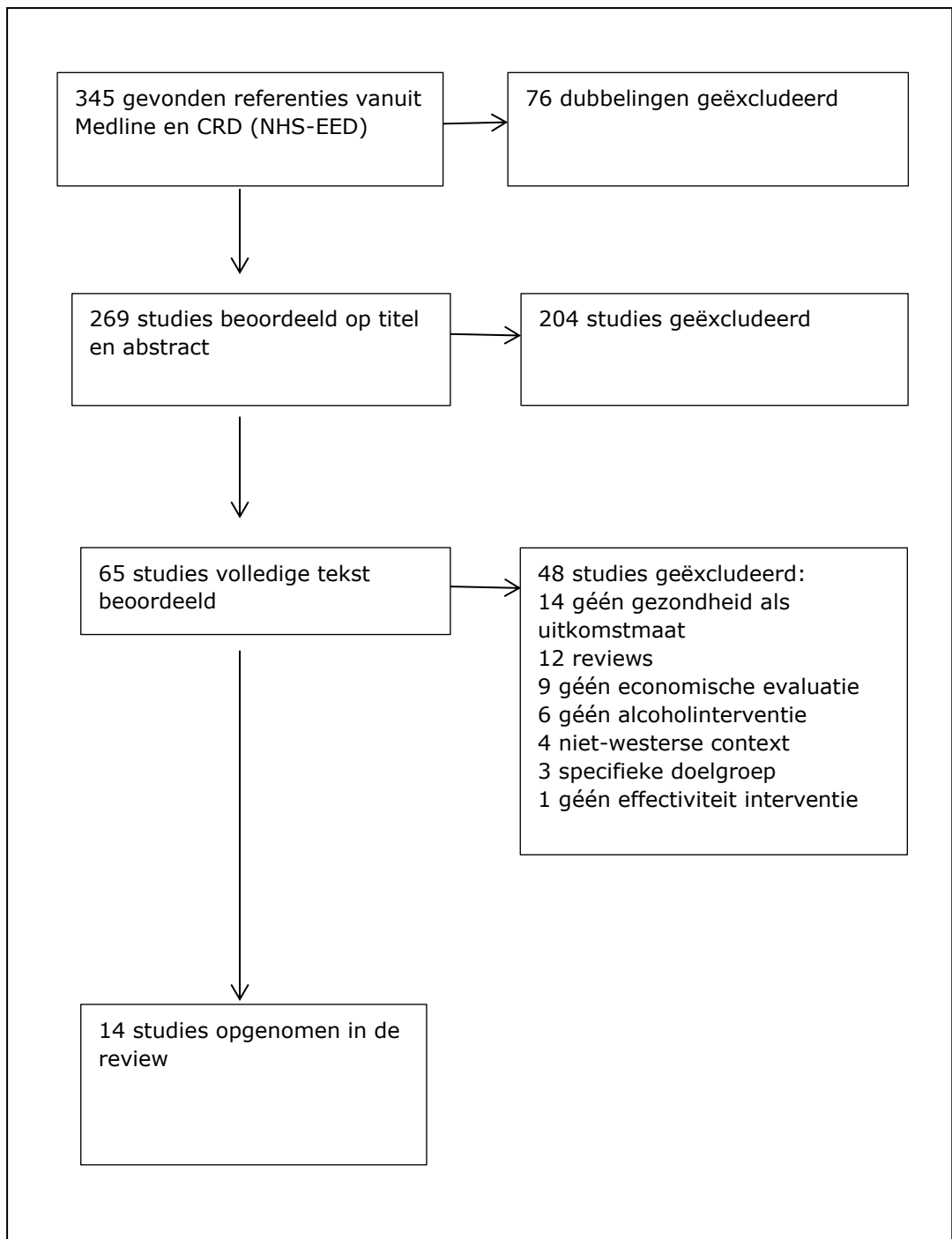
De Medline search voor alcohol (*bijlage 1*) leverde 248 titels op. Deze zijn door 2 onderzoekers (AS en PvG) beoordeeld op titel en abstract. Bij twijfel werd een derde onderzoeker (AdW) geraadpleegd. Op basis van titel en abstract is van 57 artikelen de volledige tekst bekeken.

De CRD search voor alcohol (*bijlage 2*) bracht na ontdubbelen ten opzichte van de Medline-search 21 titels. De procedure was hetzelfde als bij Medline. Op basis van titel en abstract is van 8 studies de volledige tekst bekeken. Derhalve is in totaal van 65 studies de volledige tekst gelezen om te bepalen of de studie geïnccludeerd kon worden. Op basis van de bovenbeschreven criteria werden 16 originele economische evaluaties geïnccludeerd om beschreven te worden. Er werden 12 gepubliceerde reviews gevonden. De literatuurverwijzingen van deze reviews werden onderzocht op gemiste literatuur maar dat leverde geen aanvullende studies op. Het proces van in- en exclusie van studies gericht op alcohol wordt weergegeven in Figuur 1.

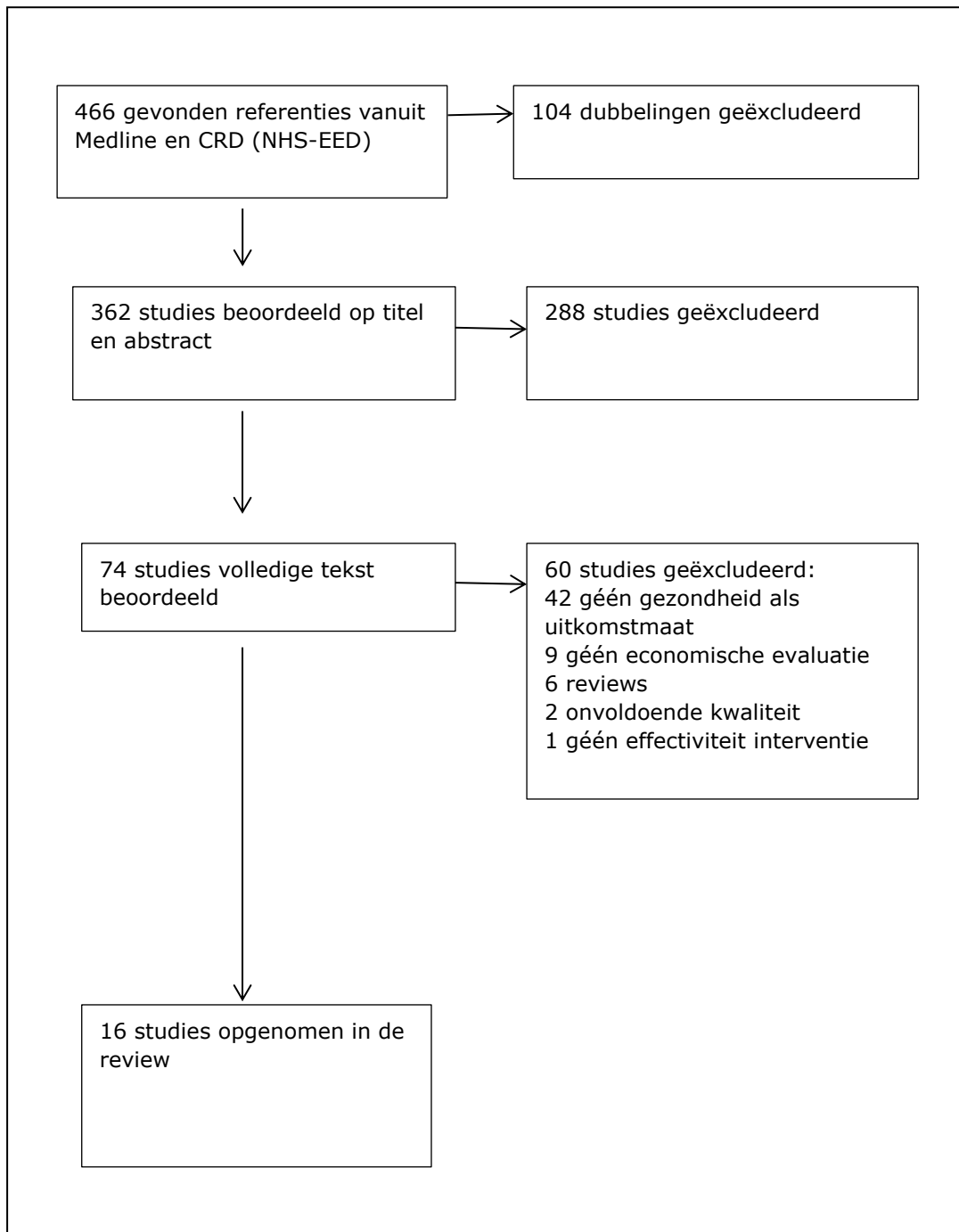
3.2 Middelen

De middelen waar de literatuursearch op was gericht betroffen: cannabis, cocaïne, opiaten zoals heroïne, methadon, ecstasy, amfetaminen, GHB en LSD. De Medline search voor middelen (*bijlage 3*) gaf 466 titels. Nadat deze titels op basis van titel en abstract waren onderzocht bleven 65 studies over waarvan de volledige tekst is bekeken. De CRD search (*bijlage 4*) voor middelen leverde na ontdubbelen 21 studies in aanvulling op de Medline-search. Op basis van titel en abstract is van 9 studies de volledige tekst onderzocht.

In totaal is van 74 studies de volledige tekst onderzocht om te bepalen of de studie geïnccludeerd kon worden. Daarbij werden 8 reviews gevonden die zijn onderzocht op gemiste literatuur. Op basis van de hierboven beschreven inclusiecriteria zijn uiteindelijk 14 studies geïnccludeerd om beschreven te worden. Het proces van in- en exclusie van studies gericht op middelen wordt weergegeven in Figuur 2.



Figuur 1. Flow chart literatuur search alcohol



Figuur 2. Flow chart literatuur search middelen

4 Beschrijving van de geïncludeerde economische evaluaties gericht op alcoholverslaving

4.1 Leeswijzer

Hieronder volgt een beschrijving van de studies die de kosteneffectiviteit van interventies gericht op alcoholmisbruik hebben onderzocht. De doelgroep, de interventie, follow-up duur, eventuele discontering, het gekozen perspectief en uitkomsten van de studie in termen van kosten en gezondheid komen aan bod. Tabel 1 biedt een kort overzicht van de belangrijkste kenmerken van geïncludeerde studies gericht op alcoholverslaving.

4.2 Opportunistische screening gevold door een korte interventie

1. In een Engelse economische evaluatie van **Purshouse** en collega's (Purshouse et al., 2013) is de kosteneffectiviteit beschreven van opportunistische screening gevolgd door een korte interventie (geven van voorlichting over schadelijkheid van alcoholgebruik en de normen voor verantwoord alcoholgebruik). Twee screeningsscenario's werden in de evaluatie opgenomen: screening bij inschrijving bij een huisarts en screening bij het eerstvolgende bezoek aan de huisarts. Het betrof iedereen boven de 16 jaar. Na een positieve screening volgde een korte interventie bestaande uit een gesprek met een verpleegkundige waarbij inzicht gegeven werd in het drinkgedrag, praktisch advies hoe drankgebruik terug te brengen werd gegeven en een brochure of een werkboek werd verstrekt. Het betrof een modelstudie waarin de aannames van de effectiviteit zijn overgenomen uit de meta-analyse van een Cochrane review. In het model is rekening gehouden met het beklijven van de effecten op basis van een RCT waarin de deelnemers 4 jaar zijn gevolgd. Het perspectief was vanuit de gezondheidszorg, de tijdshorizon bedroeg 30 jaar en er is gediscoteerd met 3,5% voor zowel de kosten als de effecten. Het basisscenario is kostenbesparend vergeleken met géén programma. Wanneer in dit scenario werd uitgegaan van pessimistische effectaannames betrof de incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER) € 10.350 per QALY. Indien de screening wordt uitgevoerd door een verpleegkundige en indien nodig gevolgd door consultatie van de huisarts bedroeg de IKER € 1763 per QALY vergeleken met géén programma.

2. **Angus** et al., modelleerden de kosteneffectiviteit van opportunistische screening gevolgd door een korte interventie in Italië (Angus et al., 2014). Twee screeningsstrategieën werden vergeleken met een situatie zonder screening: screening bij aanmelden bij een huisarts en screening bij het eerste bezoek aan de huisarts. Beide screeningsgroepen kregen indien nodig de korte interventie zoals hierboven beschreven. De doelgroep betrof mensen van 16 jaar en ouder. De evaluatie is gedaan vanuit het gezondheidszorgperspectief met een tijdshorizon van 30 jaar. Kosten en effecten werden gediscoteerd met 3%. De effectiviteitsaannames zijn gebaseerd op de meta-analyse van een Cochrane review. De IKER van screening en interventie bij aanmelden bij de huisarts was € 644 per QALY en de IKER van screening en interventie bij het eerstvolgende huisartsconsult bedroeg € 690 per QALY. De sensitiviteitsanalyse toonde dat ook bij de meest pessimistische aannames de programma's kosteneffectief zijn volgens de Italiaanse richtlijnen.

3. In een modelstudie onderzochten **Kapoor** en collega's de kosteneffectiviteit van een drietal screeningsstrategieën met korte interventie en géén screening (Kapoor et al., 2009). De drie strategieën bestonden uit: alleen een vragenlijst, een vragenlijst gecombineerd met meting van het %carbohydraat deficiënt transferrine (%CDT-een serum biomarker die ongezond alcohol gebruik aangeeft) en alleen het meten van %CDT. De effectiviteit van de diverse strategieën kwam uit de literatuur, experts en geraadpleegde documenten van autoriteiten zoals het Centre for Disease Control and Prevention. Voor de sensitiviteit en specificiteit van %CDT is gebruik gemaakt van een RCT. Er is een tijdshorizon gebruikt van 100 jaar, en de studie is gedaan vanuit een maatschappelijk perspectief, waarbij alleen door de patiënt verloren loon is opgenomen. Er is gediscoteerd met 3% voor kosten en effecten. De doelgroep bestond uit mannen en vrouwen van 18 tot 100 jaar. Vergeleken met een vragenlijst alleen was de IKER van een vragenlijst gecombineerd met %CDT € 15.500 per QALY. Geen screening en alleen %CDT meting werden gedomineerd vergeleken met alleen een vragenlijst. De sensitiviteitsanalyse toonde dat de resultaten gevoelig zijn voor het percentage risicodrinkers, voor therapieresultaten, leeftijd waarop gescreend wordt en de prevalentie van ongezond alcohol gebruik.

4. In een Nederlandse modelstudie is de kosteneffectiviteit geschat van opportunistische screening gevolgd door een korte interventie voor een doelgroep van 20 tot 65 jaar (**Tariq** et al., 2009). Vergeleken zijn een situatie met en zonder screening vanuit het gezondheidszorgperspectief. In het model zijn de kosten van niet alcohol gerelateerde ziekten die ontstaan in de gewonnen levensjaren opgenomen. De effectiviteitsdata komen uit een systematische review en uit langjarige follow-up studies. De gebruikte tijdshorizon was 100 jaar en er is, conform de Nederlandse richtlijn, gediscoteerd met 4% voor de kosten en 1,5% voor de effecten. De interventie heeft een IKER per QALY van € 5940. De probabilistische sensitiviteitsanalyse laat zien dat de kosten stijgen met het aantal gewonnen QALY's (als gevolg van het meenemen van kosten in gewonnen levensjaren).

5. Een economische evaluatie uit Australië beschrijft een drietal interventies, allen volgend op screening (**Wutzke** et al., 2001). Een zogenoemde 'no-support strategy' bestaande uit 5 minuten training zonder verdere ondersteuning, een 'maximal support strategie' bestaande uit 5 minuten training gevolgd door afwisselend telefonisch contact en persoonlijk bezoek. Vergeleken is met de 'control strategy' waarin géén training en ondersteuning werd gegeven. De effectiviteitsdata zijn genomen uit een trial (de "drink-less" trial). De evaluatie werd gedaan vanuit het gezondheidszorg perspectief waarbij er géén expliciete vermelding is gedaan van de tijdshorizon anders dan dat de resultaten (gewonnen levensjaren) van een interventie niet binnen de 10 jaar bereikt zullen worden. Alle opbrengsten in de toekomst werden gediscoteerd met 3%. De IKER van de 'no-support strategy' vergeleken met de controlegroep was € 504 per gewonnen levensjaar. De IKER van de 'maximal support strategy' vergeleken met de controlegroep was € 649 per gewonnen levensjaar. De IKER van de 'maximal support strategy' was vergeleken met de 'no-support strategy' € 779. De sensitiviteitsanalyse toonde de robuustheid van het model, in alle onderzochte omstandigheden bleef de interventie dus kosteneffectief.

6. In Engeland werd vanuit het gezondheidszorgperspectief een economische evaluatie uitgevoerd parallel aan een RCT (**Watson** et al., 2013). Vergeleken werd een 'stepped care' interventie met een korte interventie. De 'stepped care' interventie bestond uit een 20 minuten durende sessie met gedragsadvies,

indien nodig stap 2 gericht op het versterken van de motivatie en eventueel stap 3, bestaand uit specialistische alcohol hulpverlening. De korte interventie (de vergelijkende behandeling) bestond uit een 5 minuten durende bespreking van de uitslag van de screening door een verpleegkundige waarbij gewezen werd op de gevolgen van overmatig alcoholgebruik voor de gezondheid. Deelnemers in de trial waren 55 jaar en ouder. Het totaal aantal deelnemers was 529. De IKER na 6 maanden bedroeg € 1540 per QALY. Na 12 maanden domineerde de 'stepped care' interventie de korte interventie. In een sensitiviteitsanalyse werden de meest extreme gevallen geëxcludeerd. Dit leidde na 6 maanden tot een IKER van € 11.894 per QALY en na 12 maanden tot een IKER van € 5913 per QALY. De kans dat de 'stepped care' interventie kosteneffectiever is dan de korte interventie ligt tussen de 80% en 86% na 6 maanden en tussen de 87% en 90% na 12 maanden, uitgaande van een drempelwaarde van respectievelijk € 28.000 en € 42.000 per QALY.

7. **Cobiac** et al. onderzochten in Australië de kosteneffectiviteit van een tiental interventies gericht op preventie en behandeling van alcoholproblemen. Een aantal van deze interventies betroffen interventies in de zorg, waaronder opportunistische screening gevolgd door een korte interventie door de huisarts en dezelfde opportunistische screening, gevolgd door interventie en ondersteuning door de huisarts en telemarketing om deelnemers betrokken te houden, te ondersteunen en aan te moedigen (Cobiac et al., 2009). Andere interventies in deze studie lagen in de sfeer van wet- en regelgeving en blijven in deze bespreking daarom buiten beschouwing. De vergelijkende behandeling voor alle 9 interventies was de ademtest om verkeersdeelnemers te testen op alcoholgebruik. De IKER van de screening en korte interventie vergeleken met deze ademtest was € 5576 per DALY. De IKER van screening en korte interventie in combinatie met telemarketing was € 8200 per DALY. De tijdshorizon was levenslang, het gebruikte perspectief was de gezondheidszorg en er werd gediscoteerd met 3% voor kosten en effecten. De sensitiviteitsanalyse gaf aan dat de resultaten alleen licht gevoelig zijn voor de disconteringsvoet.

8. In een modelstudie uit Letland werden vijftien verschillende strategieën om alcoholproblematiek te reduceren onderzocht. Deze strategieën bestonden uit (combinaties van) wet- en regelgeving en individuele maatregelen, waaronder een korte interventie in de zorgsetting (**Lai** et al., 2007). Kosten en effecten vanuit het gezondheidszorgperspectief werden bij een tijdshorizon van 100 jaar gediscoteerd met 3%. De gemiddelde kosteneffectiviteitsratio van de korte interventie in de eerste lijn was € 984 per DALY. Vergeleken met de wetgevende maatregelen, die geen of heel weinig kosten met zich meebrengen, werd de korte interventie gedomineerd (minder effect tegen hogere kosten). De sensitiviteitsanalyse toonde een verschil van 56-60% tussen de IKER's van het meest kosteneffectieve en het minst kosteneffectieve scenario.

9. Ook **Chisholm** en collega's onderzochten de kosteneffectiviteit van een groot aantal maatregelen ter preventie en reductie van alcoholmisbruik, waaronder korte interventies in de zorgsetting. De studie werd voor een aantal regio's op de wereld verricht, de resultaten voor landen als Frankrijk en Noorwegen zijn representatief voor rijke West-Europese landen zoals Nederland (Chisholm et al., 2004). Onder korte interventies werd verstaan advies van de arts in de eerste lijn gedurende een klein aantal zittingen gericht op informatieoverdracht en het geven van psychosociale adviezen. Er is uitgegaan van het gezondheidszorgperspectief. De tijdshorizon was levenslang en er werd gediscoteerd met 3% voor kosten en effecten. De IKER van de korte

interventie in vergelijking met de het referentiescenario (accijnzen op alcohol) was € 7074 per DALY.

10. In Denemarken zijn een aantal interventies doorgerekend op kosteneffectiviteit, waaronder naast overheidsmaatregelen ook een korte en lange interventie door getrainde hulpverleners, voor mensen met gevaarlijk en schadelijk drank gebruik (**Holm** et al., 2014). De korte interventie bestond uit een 15 minuten durend consult waarin informatie werd verstrekt gevolgd door telefonische ondersteuning. De lange interventie werd gegeven in gemeentelijke preventie centra en bestond uit vijf consulten van 1 uur. De tijdshorizon was levenslang en er werd gediscoteerd met 3% voor kosten en effecten. Er is gerekend vanuit het gezondheidszorgperspectief. Vergeleken met de bestaande zorg, een korte interventie door de huisarts zonder nazorg, was de korte interventie met telefonische ondersteuning dominant (kostenbesparend in combinatie met betere gezondheidsuitkomsten). De IKER van de lange interventie was € 68.621 per DALY. De sensitiviteitsanalyse toonde dat de uitkomsten robuust waren.

4.3 Internetinterventie

11. In een Nederlandse economische evaluatie parallel aan een RCT werden een tweetal internetinterventies met elkaar vergeleken (**Blankers** et al., 2012). Eén internet interventie bestond uit 7 chat-therapie sessies van 40 minuten met een persoonlijke (internet) cognitieve gedragstherapeut en huiswerkopdrachten (IT). In de tweede (internet) interventie kregen de deelnemers verschillende oefeningen, echter zonder ondersteuning (IS). De economische evaluatie is gedaan vanuit het maatschappelijk perspectief. Binnen dit maatschappelijk perspectief is de vrije tijd van de deelnemer meegenomen evenals productiviteitsverliezen ten gevolge van afwezigheid op het werk. Ook het wel aanwezig zijn op het werk maar minder goed functioneren als gevolg van alcoholproblematiek werd meegenomen. Het aantal deelnemers in de trial was 205. De mediane IKER van IT vergeleken met IS was € 16.181 per QALY. Bij een drempelwaarde van € 20.000 is de kans 60% dat IT kosteneffectiever was dan IS. Uit de sensitiviteitsanalyse bleek dat vanuit het gezondheidszorgperspectief de mediane IKER € 5162 per QALY was. De uitkomst is gevoeliger voor veranderingen in productiviteitsverliezen dan voor veranderingen in interventiekosten. In alle sensitiviteitsscenario's werd IT verkozen boven IS bij een drempelwaarde van € 20.000 of meer. Omdat IT wel duidelijk duurder is dan IS bevelen de auteurs een stapsgewijze aanbieding van de behandelingen aan, waarbij IT alleen aangeboden wordt aan patiënten waarbij de IS strategie niet goed werkt.

4.4 Motiverende gespreksvoering

12. In een Amerikaanse economische evaluatie van **Neighbours** en collega's werden op een eerste hulp afdeling via twee screeningstrategieën deelnemers geworven om een interventie te vergelijken met standaard zorg (Neighbors et al., 2010). De twee screeningstrategieën betroffen een standaard screening als onderdeel van de intake (anamnese) en pro-actieve screening, een combinatie van de standaard screening met gerichte identificatie van personen uit risicogroepen door geschoolde hulpverleners. De interventie was dat gedurende de wachttijd op een behandeling speciaal getrainde hulpverleners op de eerste hulp materialen verstrekten over de effecten van alcoholgebruik en de mogelijkheden om voor alcoholgebruik behandeld te worden (motiverend gesprek). De controlegroep kreeg alleen een advies om het alcoholgebruik te verminderen. De data in het model zijn gebaseerd op een gerandomiseerde trial. Aan deze trial namen 94 18-19 jarigen mee waarvan 67% de standaard

screening kreeg en 33% de uitgebreide screening. De IKER van de interventie vergeleken met de controle was voor mannen € 2245 per QALY en voor vrouwen € 112.966 per QALY. Het verschil in de IKER's ontstond door het verschil in het absolute risico op sterfte. De gecombineerde IKER was € 8179. De sensitiviteitsanalyse toonde dat de uitkomsten robuust waren. De studie werd gedaan vanuit het maatschappelijk perspectief, waarin zijn opgenomen kosten ten gevolge van drinken en rijden, alsook alcohol gerelateerde letsels. Er werd alleen discontering (3%) van levensjaren gemeld. Bij een Amerikaanse drempelwaarde van \$ 50.000 (€ 47.000) was de kans dat de interventie kosteneffectief was 82%. De tijdshorizon in deze studie was onduidelijk.

4.5 Sociaal gedrag en netwerktherapie en motiverende gespreksvoering

13. In Engeland werd vanuit het maatschappelijk perspectief een economische evaluatie parallel aan een RCT uitgevoerd waarbij de kosteneffectiviteit is onderzocht van "sociaal gedrag en netwerktherapie" vergeleken met motivatie versterkende therapie (**UKATT**, 2005). De studie hanteerde een brede kostendefinitie: naast gezondheidszorgkosten werden kosten van sociale zorg en kosten ten gevolge van criminaliteit meegenomen. De sociale gedrags- en netwerktherapie bestond uit acht 50 minuten durende sessies gericht op ondersteuning bij het opbouwen van een sociaal netwerk dat de gedragsverandering ten aanzien van alcoholgebruik zou ondersteunen. De motiverende gespreksvoering bestond uit drie 50 minuten durende sessies waarin adviezen voor de motivatie werden gecombineerd met objectieve individuele feedback op in vorige sessies gemaakte afspraken. Er waren 742 deelnemers aan het onderzoek. Deelnemers in beide groepen hadden na 12 maanden veel minder kosten dan bij aanvang van de therapie. De kostenbesparingen, zowel op gezondheidszorg, sociale zorg als criminaliteit, waren ongeveer 5 keer zo groot als de kosten van de therapie zelf. Beide groepen ervoeren een verbetering in kwaliteit van leven. De auteurs concluderen dat beide behandelingen ongeveer even effectief en even kosteneffectief zijn.

4.6 Cognitieve gedragstherapie al dan niet gecombineerd met Naltrexon

14. In een Australische economische evaluatie parallel aan een RCT is de kosteneffectiviteit onderzocht van cognitieve gedragstherapie (CGT) in vergelijking met CGT waaraan het gebruik van naltrexon is toegevoegd (**Walters** et al., 2009). Naltrexon is een medicijn dat gebruikt wordt als hulpmiddel bij de behandeling van chronisch alcoholisme. Er is gerekend vanuit het gezondheidszorgperspectief. De gezondheidsstatus is gemeten met de SF-6D. Er waren 298 deelnemers, die na voltooiing van de behandeling dezelfde kwaliteit van leven bleken te hebben. Daarom is ook gekeken naar succesvolle behandeluitkomst, gedefinieerd als het deelnemen aan het gehele programma en onthouding over de hele programmaperiode van 12 weken. De combinatietherapie was weliswaar duurder, maar leidde ook tot een hoger percentage succesvolle behandeluitkomsten (63% versus 36%). Per 100 succesvolle behandeluitkomsten waren de kosten van beide interventies ongeveer gelijk.

4.7 Advies in combinatie met Acamprosaat

15. In een Duitse setting werd de kosteneffectiviteit berekend van begeleiding (standaard therapie) al dan niet in combinatie met acamprosaat (**Palmer** et al., 2000). Acamprosaat is net als naltrexon een medicijn dat gebruikt wordt als hulpmiddel bij de behandeling van chronisch alcoholisme. De studie is gedaan vanuit het gezondheidszorgperspectief en gemodelleerd met een levenslange tijdshorizon. In de berekening is uitgegaan van een cohort mannen met een

gemiddelde leeftijd van 41 jaar met op baseline 80% met een vette lever, 15% met levercirrose, 22% met ontsteking aan de 12-vingerige darm en 1% met een alcoholische cardiomyopathie. De interventie met acamprosaat was goedkoper en leidde tot meer gewonnen levensjaren en domineerde dus de standaard therapie. Er werd gediscoteerd met 5% voor kosten en effecten. Uit de sensitiviteitsanalyse bleek dat het model gevoelig is voor terugval (het niet bekijken van de resultaten).

4.8 Preventie gericht op drankgelegenheden

16. In Zweden is de kosteneffectiviteit van de 'restaurant' interventie berekend (**Mansdotter** et al., 2007). De interventie bestond uit 3 componenten: 1. Het bewustmaken van de samenleving van de problemen gerelateerd aan alcoholgebruik 2. Cursus 'verantwoord drank serveren' voor bedienend personeel, portiers en management waarin alcohol wetgeving, de medische effecten van alcohol en conflict management aan de orde komen, en 3. Streng naleven van de alcoholwetgeving. De studie is gedaan vanuit het maatschappelijk perspectief met een tijdshorizon van 5 jaar waarbij gediscoteerd is met 3% voor kosten en effecten. De meegenomen betrokken kosten van justitie, productiviteit en schadevergoedingen. Omdat eerdere effectiviteitsstudies hebben aangetoond dat de restaurantinterventie leidt tot een afname van criminaliteit en geweldsincidenten met 29% werden de baten van de interventie voor slachtoffers daarvan geraamd door het sturen van enquêtes naar 604 geregistreerde slachtoffers van geweldsdelicten. De IKER van de interventie vergeleken met géén interventie was € 3911 per QALY. Beperking van de studie was de relatief lage respons (35%) van slachtoffers van geweldsdelicten.

Tabel 1. Samenvatting economische evaluaties over interventies alcoholverslaving

nr	auteur	jaar	Land	interventie	Controle	perspectief	horizon	IKER
1	Purshouse	2013	Engeland	Screening en korte interventie	Géén programma	gezondheidszorg	30 jaar	dominant
2	Angus	2014	Italië	Screening en korte interventie	Géén screening	gezondheidszorg	30 jaar	€ 644-€ 690/QALY
3	Kapoor	2009	USA	Drietal screeningstrategieën met en zonder %CDT	Géén screening	maatschappelijk	100 jaar	€ 15.000/QALY
4	Tariq	2009	Nederland	Screening en korte interventie	Géén screening	gezondheidszorg	100 jaar	€ 5940
5	Wutzke	2001	Australië	Training met en zonder ondersteuning	Géén training of ondersteuning	gezondheidszorg	Niet vermeld	€ 505-€ 649/LYG
6	Watson	2013	Engeland	Screening en 'Stepped care'	Screening en korte interventie	gezondheidszorg	12 maanden	dominant
7	Cobiac	2009	Australië	Screening en korte interventie met en zonder telemarketing	Gebruikelijke zorg	gezondheidszorg	levenslang	€ 5576-€ 8200/DALY
8	Lai	2007	Letland	Screening en korte interventie	Gebruikelijke zorg	gezondheidszorg	100 jaar	€ 984/DALY
9	Chrisholm	2004	Noorwegen en Frankrijk	Korte interventie	Huidige belastingmaatregel	gezondheidszorg	levenslang	€ 7074/DALY
10	Holm	2014	Denemarken	Korte interventie	Bestaande zorg	gezondheidszorg	levenslang	dominant
11	Blankers	2012	Nederland	Internetinterventies met gedragstherapeut	Internetinterventie zonder persoonlijke gedragstherapeut	maatschappelijk	6 maanden	€ 16.181/QALY
12	Neighbours	2010	USA	Screening en interventie op EHBO	Alleen advies	maatschappelijk	Niet vermeld	€ 8179/QALY
13	UKATT	2005	Engeland	Sociaal gedrag en netwerktherapie	Motivatie versterkende therapie	maatschappelijk	12 maanden	Niet gegeven
14	Walters	2009	Australië	Cognitieve gedragstherapie (CGT) met Naltrexon	CGT	gezondheidszorg	12 weken	dominant
15	Palmer	2000	Duitsland	Standaardtherapie met Acamprosaat	Standaard therapie	gezondheidszorg	levenslang	dominant
16	Mansdotter	2007	Zweden	'Restaurant'-interventie	Géén interventie	maatschappelijk	5 jaar	€ 3911/QALY

QALY=quality adjusted life year, DALY=diasability adjusted life year, LYG=gewonnen levensjaar

5 Beschrijving van de geïncludeerde economische evaluaties gericht op drugsverslaving

5.1 Leeswijzer

Hieronder volgt een beschrijving van de studies die de kosteneffectiviteit van interventies voor drugsverslaving hebben onderzocht. De doelgroep, de interventie, follow-up duur, eventuele discontering, het gekozen perspectief en uitkomsten van de studie in termen van kosten en QALY's komen aan bod. Tabel 2 biedt een kort overzicht van de geïncludeerde studies over drugsverslaving.

5.2 Diacetylmorfine (heroïne op voorschrift)

1. **Byford et al.** hebben een economische evaluatie uitgevoerd over de inzet van diacetylmorfine bij chronische heroïnegebruikers in drie verslavingsklinieken in Engeland (Byford et al., 2013). De interventie bestond uit 2 keer daags injecteerbare diacetylmorfine of 1 keer daags injecteerbare methadon. Aanvullend werd zo nodig oraal methadon verstrekt. Een derde groep kreeg alleen oraal methadon. Alle deelnemers kregen wekelijks counselingsgesprekken, maandelijks medisch onderzoek en psychologische ondersteuning. De behandeling duurde 26 weken. Het betrof hier een multisite open label RCT, waarbij na randomisatie de onderzoekers op de hoogte gebracht werden van de toewijzing. De doelgroep bestond uit chronische heroïnegebruikers die ondanks deelname aan een methadonprogramma meer dan de helft van alle dagen in de voorgaande 6 maanden 'straatheroïne' gebruikten. 127 patiënten werden in de studie geïncludeerd: 43 in de diacetylmorfinegroep, 42 in de injecteerbare methadongroep en 42 in de orale methadongroep. De meeste deelnemers waren mannen (73%), werkloos (95%) en hebben een tijd in de gevangenis gezeten (73%). In deze studie werd een breed perspectief aangehouden waarin gezondheidszorg, sociale voorzieningen en justitiële sector vertegenwoordigd werden. De interventiekosten waren het hoogst voor de diacetylmorfinegroep. De totale kosten waren het hoogst in de orale methadongroep vanwege een hoger aantal delicten. QALY's waren hoger voor de injecteerbare heroïnegroep (gem 0,27) dan in de overige groepen (0,24), dit was een niet significant verschil.

De conclusie van de studie is dat injecteerbare diacetylmorfine en injecteerbare methadon orale methadon domineren. Injecteerbare heroïne had hogere kosten dan injecteerbare methadon maar ook betere effecten. Bij een drempelwaarde van € 45.000 per QALY was de kans dat injecteerbare methadon het meest kosteneffectief is 80%. De resultaten hangen erg af van de prijs van injecteerbare heroïne. In deze studie was de prijs voor heroïne € 18,75 per 500 mg. Pas bij een prijs lager dan € 3 is injecteerbare heroïne het meest kosteneffectief. Bij een gezondheidszorgperspectief domineert orale methadon boven injecteerbare heroïne en injecteerbare methadon.

2. **Nosyk et al.** onderzochten een interventie met injecteerbare diacetylmorfine versus een behandeling met methadon bij chronische heroïnegebruikers van 25 jaar of ouder die tenminste 5 jaar gebruikten en waarbij verschillende behandelingen met methadon niet werkten (Nosyk et al., 2012). Beide groepen kregen daarbij een uitgebreid programma met counseling, preventie, case management, uitgebreid bloedonderzoek, zo nodig hiv-behandeling en medische zorg. In deze Canadese economische evaluatie werd gebruik gemaakt van

gegevens uit een RCT. De gemiddelde leeftijd was 39 jaar, 61% was man. Het perspectief van de studie was maatschappelijk. De kostencategorieën betroffen kosten van behandeling, van eventuele HIV- en hepatitis C infectie, zorggebruik, delicten en boetes. De kosten van diacetylmorfine waren hoger dan die van een behandeling met methadon. De kosten van criminele activiteiten maakten ongeveer 77% uit van de totale kosten bij diacetylmorfine en 81% bij het methadoncohort. Diacetylmorfine leidt tot betere uitkomsten in termen van QALY's, met name het risico op terugval is minder groot in deze groep. Deze studie kende verschillende tijdshorizonnen: 1, 5, 10 jaar en levenslang, met een discontering van 5%. Diacetylmorfine bleek dominant bij elke tijdshorizon, had lagere kosten en betere gezondheidseffecten dan methadon. In de sensitiviteitsanalyse zijn de resultaten berekend bij een gezondheidszorg perspectief en een perspectief van de verzekeraar. Bij een variatie van verschillende parameters in de studie zoals het maximum aantal behandelingen, de leeftijd van deelnemers en kostprijzen bleven de resultaten vergelijkbaar. In een gezondheidszorgperspectief was diacetylmorfine niet langer kostenbesparend en had dan een IKER van € 59.100 per QALY.

3. In een Nederlandse economische evaluatie onderzochten **Dijkgraaf et al.** een interventie van methadon met heroïne (via inhalatie of via injectie) versus methadon alleen onder heroïneverslaafden die weliswaar aan een methadonprogramma meededen maar waarbij de behandeling om van heroïne af te komen faalde (Dijkgraaf et al., 2005). 430 heroïneverslaafden werden betrokken in deze RCT, 80% was man en de meerderheid (82%) had geen werk. Per maand besteedden ze gemiddeld € 900 aan heroïne. Behandelingen werden uitgevoerd in verslavingscentra in 6 verschillende steden. Deelnemers konden drie keer per dag een bezoek brengen aan het centrum. Naast een behandeling kregen de deelnemers ook medische en psychosociale zorg. De follow-up duur van de studie was 1 jaar. Het perspectief van de studie was maatschappelijk. Deelnemers in de heroïnegroep hadden veel minder criminele activiteiten dan in de methadongroep. Dit leidde tot besparingen en ook tot een hoger aantal QALY's, daarmee domineerde de behandeling met heroïne. Het al dan niet eerder hebben meegedaan in een afkickprogramma had geen invloed op de resultaten. Uitgebreide sensitiviteitsanalyses lieten zien dat alleen het al dan niet afmaken van het complete programma van 12 maanden grote invloed heeft op de kosteneffectiviteit. Deelnemers die het programma niet volledig afmaakten hadden een veel lagere kosteneffectiviteit dan zij die dit wel afmaakten.

5.3 Naloxon bij overdosis

4. Met behulp van een Markov model hebben **Coffin et al.** de toepassing van naloxon onderzocht bij een (vermeende) overdosis van heroïne (Coffin & Sullivan, 2013). 10 tot 25% van de heroïnegebruikers neemt minimaal 1 keer per jaar een overdosis; naloxon kan de sterfte door een overdosis reduceren. Bij de start van het model waren de deelnemers 21 jaar en gebruikten ze heroïne. Zij konden stoppen met gebruiken, terugvallen in gebruik en een overdosis krijgen. De parameters uit het model kwamen uit de literatuur; een maatschappelijk perspectief werd gehanteerd. De tijdshorizon was tot het bereiken van de leeftijd van 65 jaar omdat de meeste heroïnegebruikers na deze leeftijd overleden zijn (discontering is 3%). In dit Amerikaanse model werden de kosten meegenomen van naloxon en de medische zorg voor de toediening hiervan. Het gebruik van naloxon zou het aantal sterfgevallen aan een overdosis met 6,5% reduceren. In de base case was de IKER € 358 per QALY. In een best-case scenario waarin naloxon het risico op een overdosis verder beperkte was

naloxon dominant. In een worst-case scenario waarin de effectiviteit van naloxon teruggebracht werd en met maximale kosten was de IKER € 11.900 per QALY.

5.4 Buprenorfine

5. **Geitona et al.** voerden een Griekse economische evaluatie uit naar methadon versus buprenorfine en buprenorfine gecombineerd met naloxon (Geitona et al., 2012). De onderzoekers maakten hiervoor gebruik van een database van 4046 opiaatgebruikers die deelnamen aan een Grieks substitutieprogramma. 2138 werden behandeld met methadon en 1701 met buprenorfine. 620 deelnemers gebruikten buprenorfine-naloxon. De duur van de behandeling was in deze studie 1 jaar. Methadon werd dagelijks verstrekt, buprenorfine drie keer per week en buprenorfine-naloxon een keer per week. Het gezondheidszorgperspectief werd in deze studie gehanteerd. De totale kosten waren het laagst voor buprenorfine-naloxon vanwege de lagere kosten voor supervisie. In deze studie waren de uitkomstmaten: deelname aan het programma en sterfte. Alleen sterfte die ontstond vanwege druggebruik of overdosis werd gemeten. Buprenorfine-naloxon domineerde vanwege lagere kosten en hogere effecten. Er was minder sterfte in deze groep, de lagere kosten ontstonden omdat dit middel maar 1 keer per week verstrekt werd. In een sensitiviteitsanalyse is gevarieerd met parameters in de studie, deze liet geen andere resultaten zien.

6. **Schackmann et al.** voerden een economische evaluatie uit naar de inzet van buprenorfine-naloxon versus geen interventie onder chronische opiaatgebruikers (heroïne of analgetica) die minimaal 6 maanden in behandeling waren (Schackman et al., 2012). De interventie werd in de eerstelijns aangeboden en werd verzorgd door speciaal hiervoor getrainde artsen. In deze Amerikaanse studie werd een gezondheidszorg perspectief gekozen waarbij ook rekening werd gehouden met reiskosten. De onderzoekers gebruikten voor het simulatiemodel data uit een gepubliceerde cohortstudie. De tijdshorizon was 2 jaar in de base case en 5 jaar in de sensitiviteitsanalyse, met een discontering van 3%. In de base case waren de totale kosten van behandeling € 7000. Bij een tijdshorizon van 2 jaar was het aantal QALY's 1,58 QALY in de behandelgroep versus 1,36 voor geen behandeling. In de base case was de IKER € 31.900 per QALY. Bij een behandelduur tot 5 jaar veranderde de IKER nauwelijks. Daarnaast was in de sensitiviteitsanalyse gevarieerd met de prijs van buprenorfine-naloxon. De IKER werd € 27.600 en € 20.900 bij een reductie van 20% en 50% resp. in de kosten van de behandeling.

7. **Polsky et al.** onderzochten bij jonge opiaatverslaafden tussen 15 en 21 jaar de kosteneffectiviteit van een buprenorfine-naloxon behandeling in een programma van 12 weken versus een programma van 2 weken (snelle detox) (Polsky et al., 2010). In totaal werden 152 patiënten geïncludeerd. Alle deelnemers kregen twee keer per week individuele en groepsgerichte counseling. De follow up duur van deze Amerikaanse studie was 12 maanden met meetmomenten op maand 6, 9 en 12. De onderzoekers kozen het perspectief van de betaler (hier verzekeraar), gebaseerd op medische kosten binnen en buiten het programma, daarnaast werd ook een breder maatschappelijk perspectief toegepast. Vanuit het gezondheidszorgperspectief was de IKER van het 12-weekse programma € 1376 per QALY. Bij een breder maatschappelijk perspectief domineerde de behandeling van 12 weken.

8. **Connock et al.** hebben over de behandeling met buprenorfine voor opiaatverslaafden een Health Technology Assessment (HTA) rapport uitgebracht met hierin een review van economische evaluaties en daarbij zelf een economische evaluatie toegevoegd (Connock et al., 2007). Het betrof hier een hypothetisch cohort van opiaatverslaafden in de UK die een behandeling met buprenorfine of methadon kregen, of geen behandeling ontvingen. De onderzoekers hanteerden voor hun studie het perspectief van de gezondheidszorg inclusief sociale voorzieningen. Ook zijn berekeningen verricht volgens een maatschappelijk perspectief, waarbij o.a. gevolgen voor criminaliteit zijn meegenomen. De follow up duur van de studie was 12 maanden. De gevonden IKER van methadon versus geen behandeling was € 23.285 per QALY. Methadon domineerde buprenorfine omdat buprenorfine duurder en iets minder effectief was dan methadon. De IKER van buprenorfine versus geen behandeling was € 44.623 per QALY. Ook bij een maatschappelijk perspectief (inclusief kosten van criminaliteit) domineerde een behandeling met methadon. In de sensitiviteitsanalyse is gevarieerd met parameters in het model. De kosten van buprenorfine bleven altijd hoger dan die van methadon, waarbij wel een grote variatie bestond in gewonnen QALY's. Ongeacht de drempelwaarde voor kosteneffectiviteit had methadon steeds de grootste kans om kosteneffectief te zijn.

9. **Harris et al.** hebben in Australië de kosteneffectiviteit onderzocht van een behandeling met buprenorfine en methadon in de eerstelijns (Harris et al., 2005). Het ging hier om heroïneverslaafden tussen 18 en 65 jaar; de gemiddelde leeftijd was 30 jaar; 57% van de deelnemers was man, 62% had geen werk. 139 patiënten werden geïncludeerd in de studie: 57 patiënten in de groep methadon en 82 in de groep buprenorfine. De behandeling werd verstrekt door een gespecialiseerde huisarts en daarbij werd ook psychosociale counseling aangeboden. De follow up duur van de studie was 1 jaar. De onderzoekers hielden een maatschappelijk perspectief aan waarin ook criminele activiteiten werden meegenomen. De uitkomstmaten waren dagen vrij van heroïne en gewonnen QALY's. Het aantal heroïne-vrije dagen bleek even groot tussen de beide groepen, er was een klein verschil in het aantal QALY ten gunste van buprenorfine (0,03 QALY). Buprenorfine domineerde als kosten voor criminaliteit werden meegenomen. Dit resultaat bleek echter sterk door slechts enkele personen met criminele activiteiten beïnvloed te worden. Daarom is de analyse ook gedaan zonder kosten voor criminaliteit. De IKER voor buprenorfine versus methadon was dan € 37.040 per QALY. Vanwege de scheef verdeelde kosten en vanwege het feit dat maar voor ongeveer de helft van de deelnemers aan de trial een eindmeting beschikbaar was bleek het niet mogelijk om in de onzekerheidsanalyse te bepalen welke van de twee therapieën het beste was.

5.5 Methadon

10. **Masson et al.** voerden een Amerikaanse economische evaluatie uit naar twee methadonprogramma's onder volwassen opiaatverslaafden (Masson et al., 2004). De totale programmaduur was 14 maanden waarbij de onderhoudsgroep 12 maanden methadon kreeg, waarna nog twee maanden van detoxificatie volgden. Deze groep had 1 keer per week een groepsbijeenkomst en 1 keer per maand een psychotherapeutisch consult. In de detoxificatiegroep werd methadon na 120 dagen van onderhoud afgebouwd in 60 dagen tijd. Deze groep had twee keer per week groepstherapie en twee keer per week individuele therapie. 179 mensen namen deel aan de studie, 91 in de methadon onderhoudstherapie en 88 in het snellere detoxificatieprogramma. De onderzoekers hanteerden een maatschappelijk perspectief, inclusief criminaliteit.

De uitkomstmaten waren QALY's, levensjaren en heroïnegebruik. De trialgegevens werden met modellering vertaald naar kosteneffectiviteit over een langere tijdsperiode, 10 jaar in de basisanalyse, waarbij ook gevarieerd werd met 5 en 20 jaar (discontering 3%). De IKER voor het methadon onderhoudsprogramma versus het detoxificatieprogramma was € 18.664 per gewonnen levensjaar. Het heroïnegebruik in de detoxgroep was hoger maar de kosten lager. Bij een tijdshorizon van 20 jaar was de IKER € 17.281 per gewonnen levensjaar. De sensitiviteitsanalyse toonde steeds een IKER < € 22.000 per QALY bij een grote variatie in aannames van het model.

5.6 Naltrexon

11. **Adi et al.** hebben over de behandeling met buprenorfine voor opiaatverslaafden een Health Technology Assessment (HTA) rapport uitgebracht met hierin een review van economische evaluaties, waaraan een economische evaluatie is toegevoegd (Adi et al., 2007). Het betrof hier een hypothetisch cohort van voorheen opiaatverslaafden in de UK die een behandeling met psychosociale ondersteuning gecombineerd met naltrexon of psychosociale ondersteuning met een placebo kregen. De onderzoekers hanteerden voor hun studie het perspectief van de gezondheidszorg inclusief sociale voorzieningen. Ook zijn berekeningen volgens een maatschappelijk perspectief, waaronder gevolgen gerelateerd aan criminaliteit en een eventueel verblijf in de gevangenis, verricht. De follow up duur van de studie was 12 maanden. Naltrexon met psychosociale ondersteuning was duurder en effectiever dan een placebo met psychosociale ondersteuning en leidde tot een IKER van € 72.250 per QALY. De kosten van criminele activiteiten waren voor degenen die stopten met de behandeling bijna vier keer zo hoog als voor degenen die de 12 maanden volmaakten. Personen die met naltrexon behandeld werden hielden de behandeling langer vol en vielen dus minder snel terug in crimineel gedrag. Het meenemen van de kosten voor criminaliteit bleek daarom van sterke invloed op de resultaten, als deze kosten in het model werden betrokken dan domineerde de behandeling met naltrexon. Vanwege grote onzekerheid in de inputdata was de kans dat naltrexon kosteneffectief is in vergelijking met placebo niet groter dan 55% (gezondheidszorgperspectief). De auteurs zelf vinden dat de studie onvoldoende zekerheid biedt om een definitieve uitspraak te doen over de waarde van naltrexon.

5.7 Modafinil

12. **Shearer et al.** hebben in een Australische studie de kosteneffectiviteit onderzocht van modafinil bij de behandeling van patiënten die aan cocaïne of metamfetamine verslaafd waren (Shearer et al., 2010). De studie werd in de eerstelijns uitgevoerd onder 74 patiënten met een metamfetamineverslaving en 8 met een cocaïneverslaving. De deelnemers aan de studie kregen dagelijks modafinil of een placebo. Daarnaast kregen ze vier bijeenkomsten met gedragstherapie. Het perspectief van de overheid werd gehanteerd (die het programma uitvoert en financiert). Medische zorgkosten, wel en niet gerelateerd aan het programma, werden geïnventariseerd. De follow up duur van de studie was 22 weken. De kosten in de behandelgroep waren groter, echter er werd geen significant verschil in QALY's gevonden tussen beide groepen. In de onzekerheidsanalyse domineert placebo de behandeling met modafinil. De auteurs wijzen er op dat de studiepopulatie een ongewoon hoge kwaliteit van leven (0,94) had bij aanvang van de studie en dat er dus nog maar weinig ruimte voor verbetering was door de interventie. Ook vinden ze het gebruikte instrument om kwaliteit van leven te meten (EQ-5D) niet erg geschikt voor verslaafden. De auteurs zelf vinden dat deze studie niet erg bijdraagt aan

zekerheid over de waarde van modafinil bij de behandeling van verslaafden. In Nederland wordt dit middel beperkt voorgeschreven en dan vooral bij patiënten met een slaapstoornis. Ondanks positieve resultaten op cocaïnegebruik is meer placebogecontroleerd onderzoek met langere follow-up perioden nodig om de veiligheid van het middel te garanderen en de indicatiestelling te verfijnen (Joos et al., 2010).

5.8 Buprenorfine en methadon voor opiaatverslaafden met hiv

Twee Amerikaanse studies hebben gebruik gemaakt van hetzelfde model, waarin een hypothetische populatie verslaafd was aan opiaten en al dan niet geïnfecteerd was met hiv. In dit dynamische model konden patiënten verslaafd raken, van hun verslaving af komen en ook hiv-geïnfecteerd raken. De effecten op QALY en hiv-transmissie werden onderzocht. De tijdshorizon was 10 jaar (discontering 3%). Alle zorgkosten, waaronder kosten van hiv-zorg en de kosten van de behandelprogramma's werden meegenomen in het model.

13. **Barnett et al.** onderzochten de kosteneffectiviteit van de verstrekking van buprenorfine versus methadon in een gemeenschap van verslaafden met 40% hiv-geïnfecteerden en 5% hiv-geïnfecteerden (Barnett et al., 2001). De IKER's lopen uiteen van € 13.392 bij de laagste prijs van buprenorfine van € 6,20 (dagelijkse dosis) en een hiv-prevalentie van 40% tot € 105.028 bij een medicatieprijs van € 37,20 per dag en een lage hiv-prevalentie van 5%.

14. **Zaric et al.** onderzochten de kosteneffectiviteit van de uitbreiding van het methadonprogramma met 10%, in een hypothetische populatie met hierin een aangenomen hoge (25.000, met 3750 mensen die een methadonprogramma volgen) en lage prevalentie (7000, 1050 mensen volgen een methadonprogramma) van injecterende druggebruikers (Zaric et al., 2000). De IKER voor het uitgebreide methadonprogramma versus het huidige methadonprogramma is in de lage prevalentiesituatie € 13.516 per QALY en € 10.168 per QALY in de hoge prevalentie situatie.

Een kritische kanttekening bij de gepresenteerde IKER's van beide studies is op zijn plaats. De studies dateren van 2000 en 2001, inmiddels zijn de perspectieven van een hiv-behandeling en kwaliteit van leven van een patiënt met hiv sterk verbeterd.

Tabel 2: Samenvatting economische evaluaties over interventies drugsverslaving

nr	Auteur		Land	Interventie*	Controle	perspectief	horizon	IKER
1	Byford	2013	Groot-Brittannië	Injecteerbare diacetylmorfine of injecteerbare methadon	Orale methadon	maatschappelijk	26 weken	Diacetylmorfine en injecteerbare methadon domineren orale methadon
2	Nosyk	2012	Canada	Diacetylmorfine	Methadon	maatschappelijk	levenslang	Diacetylmorfine domineert
3	Dijkgraaf	2005	Nederland	Diacetylmorfine	Methadon	maatschappelijk	1 jaar	Diacetylmorfine domineert
4	Coffin	2013	Verenigde Staten	Naloxon	Geen interventie	maatschappelijk	Tot 65 jarige leeftijd	€ 358/QALY
5	Geitona	2012	Griekenland	Buprenorfine en buprenorfine-naloxon	Methadon	gezondheidszorg	1 jaar	Buprenorfine-naloxon domineert methadon
6	Schackmann	2012	Verenigde Staten	Buprenorfine-naloxon	Geen interventie	gezondheidszorg, inclusief reiskosten	2 en 5 jaar	€ 31.900/QALY
7	Polsky	2010	Verenigde Staten	Buprenorfine-naloxon voor 12 weken	Buprenorfine-naloxon voor 2 weken	verzekeraar	1 jaar	€ 1376/QALY
8	Connock	2007	Groot-Brittannië	Buprenorfine en methadon	Geen interventie	gezondheidszorg incl. sociale voorzieningen	1 jaar	Methadon domineert buprenorfine
9	Harris	2005	Australië	Buprenorfine	Methadon	maatschappelijk	1 jaar	Buprenorfine domineert methadon
10	Masson	2004	Verenigde Staten	Methadon onderhoudsprogramma: 1 jaar	Methadon onderhoudsprogramma: 4 maanden	maatschappelijk	10 jaar	€ 18.664/LYG
11	Adi	2007	Groot-Brittannië	Naltrexon	Placebo	gezondheidszorg incl. sociale voorzieningen	1 jaar	€ 72.250/QALY
12	Shearer	2010	Australië	Modafinil	Placebo	overheid	22 weken	Placebo domineert modafinil
13	Barnett	2001	Verenigde Staten	Buprenorfine	Methadon	gezondheidszorg	10 jaar	€ 13.392/QALY
14	Zaric	2000	Verenigde Staten	10% uitbreiding methadonprogramma	Geen uitbreiding programma	gezondheidszorg	10 jaar	€ 13.516/QALY

* De interventie bevatte naast farmacotherapie ook vaak andere therapie, zoals ondersteunende gesprekken. Deze aanvullende therapie was in beide groepen identiek. QALY=quality adjusted life year, LYG= gewonnen levensjaar

6 Conclusie en discussie

6.1 Interventies gericht op alcoholmisbruik altijd kosteneffectief

Er bestaan veel interventies gericht op het terugdringen van alcoholmisbruik. Voor dit rapport is gekeken naar economische evaluaties van interventies die zich niet specifiek richten op bepaalde doelgroepen zoals studenten, zwangere vrouwen etc. Belangrijk voor opname in de review was de keuze voor een gezondheidsgerelateerde uitkomstmaat, zoals QALY, DALY of gewonnen levensjaren. Op deze basis zijn 16 economische evaluaties geïncludeerd waarvan 10 min of meer dezelfde interventie als onderwerp hadden: screening en korte interventie in de eerste lijn. De overige interventies betreffen een internetinterventie, cognitieve gedragstherapie, screening en interventie op de EHBO en vormen van therapie in combinatie met medicatie. Wanneer we de kosteneffectiviteitsratio's van de 16 studie bezien in het licht van de in Nederland vaak gehanteerde drempelwaarde voor kosteneffectiviteit van € 20.000 wijzen alle studies er op dat interventies gericht op alcoholverslaving kosteneffectief zijn. Van de 16 beschreven interventies zijn er (slechts) 5 uitgevoerd vanuit het maatschappelijk perspectief, het perspectief dat in richtlijnen wordt aanbevolen en dat zeker bij verslavingen, met bijkomende maatschappelijke problematiek, de voorkeur zou verdienen.

6.2 Interventies voor middelenverslaving betreffen farmacotherapie en zijn meestal kosteneffectief

De 14 geselecteerde economische evaluaties van interventies voor middelenverslaving die in dit rapport beschreven worden betreffen allemaal farmacotherapie, al dan niet in combinatie met andere vormen van therapie, zoals cognitieve gedragstherapie. In de meeste gevallen is de interventie kosteneffectief. Op een enkele uitzondering na gaat het bij de doelgroep in deze studies om opiaatverslaafden die al geruime tijd verslaafd zijn en die behandeld worden met een onderhoudsdosis methadon. De volgende geneesmiddelen zijn in de studies onderzocht: diacetylmorfine, naloxon, buprenorfine, buprenorfine in combinatie met naloxon, naltrexon en modafinil. Diacetylmorfine, ofwel heroïne op voorschrift, domineerde in alle drie de studies. Het leidde tot lagere kosten en betere effecten dan orale methadon. Naloxon bleek een kosteneffectieve strategie bij een vermoedelijke overdosis van opiaten. Economische evaluaties waarin een behandeling met buprenorfine, al dan niet in combinatie met naloxon, vergeleken werd met methadon of met geen interventie toonden uiteenlopende resultaten. De kosten van de behandeling, de inclusie van kosten van criminele activiteiten en de gewonnen QALY's hadden grote invloed op kosteneffectiviteit. In de enige studie over naltrexon was het perspectief zeer bepalend. Bij toepassing van een gezondheidszorgperspectief was de IKER voor naltrexon versus een placebo € 72.250 per QALY. Als een breder maatschappelijk perspectief, inclusief criminele activiteiten, werd toegepast dan was naltrexon zowel beter en goedkoper als placebo. Twee Amerikaanse economische evaluaties hadden betrekking op opiaatverslaafden met hiv. De IKER's liepen sterk uiteen, afhankelijk van de geschatte hiv-prevalentie in de populatie en de kosten van behandeling. Modafinil is het enige middel dat niet als interventie voor opiaatverslaafden werd ingezet. Hier ging het om aan cocaïne of metamfetamine verslaafden. De behandeling met een placebo domineerde de behandeling met modafinil.

6.3 Kritische beschouwing van de resultaten

Elke literatuurstudie is afhankelijk van gepubliceerde en dus onderzochte resultaten. Veel onderzoek wordt echter niet gedaan of niet gepubliceerd. Ook kan er sprake zijn van publicatiebias, in die zin dat studies met minder gunstige uitkomsten moeilijker gepubliceerd kunnen worden dan studies met gunstige uitkomsten. Deze literatuurstudie verschaft dus duidelijkheid over de kosteneffectiviteit van *onderzochte* en *gepubliceerde* interventies. Uit dit onderzoek blijkt de kosteneffectiviteit in het algemeen gunstig te zijn. Er zijn echter tal van interventies die effectief zijn en worden aangeboden binnen de verslavingszorg zonder dat er onderzoek is gedaan naar kosteneffectiviteit. Daarom kan niet geconcludeerd worden dat de kosteneffectiviteit van deze andere interventies in de verslavingszorg ongunstig is, daarover is geen onderzoek gepubliceerd. Zeker voor verslavingszorg gericht op middelengebruik geldt dat het aanbod aan kosteneffectiviteitsstudies tamelijk eenzijdig is. Het scala aan onderzochte interventies gericht op alcoholverslaving is iets groter, daar vonden we zowel therapeutische als preventieve interventies.

Alcohol

Er bestaan veel interventies gericht op het terugdringen van alcoholmisbruik. Veel van deze interventies zijn ook wetenschappelijk onderbouwd (van Wamel et al., 2014) en uit de huidige literatuurstudie blijkt dus dat ook de kosteneffectiviteit goed onderbouwd kan worden. De gevonden incrementele kosteneffectiviteitsratio's liggen beneden de in Nederland vaak genoemde drempelwaarde van € 20.000 per QALY (van den Berg et al., 2008). Van de 17 beschreven interventies zijn er (slechts) 5 uitgevoerd vanuit het maatschappelijk perspectief. Eerder werd door van Gils en collega's al beschreven dat economische evaluaties van alcoholinterventies vaak niet alle relevante kosten meenemen (van Gils et al., 2010). Dit is opmerkelijk omdat gebleken is dat de maatschappelijke kosten die samenhangen met alcohol misbruik zoals verzuim, criminaliteit, gezondheidszorg en verkeersongevallen vele malen hoger zijn dan de kosten voor verslavingszorg (van Wamel, 2014).

Middelen

De economische evaluaties over drugsverslaving in dit rapport laten overwegend zien dat de interventies doelmatig zijn. In 11 van de 14 studies was de interventie dominant of was de kosteneffectiviteitsratio lager dan € 20.000 per QALY. Zoals eerder in dit rapport beschreven wordt doelmatigheid van interventies, berekend met een kosteneffectiviteitsanalyse, bepaald door een drempelwaarde: een waarde boven die drempel bestempelt de interventie als niet of minder doelmatig. Voor preventieve interventies wordt vaak een drempelwaarde van € 20.000 per QALY aangehouden, voor behandeling van ziekte ligt deze hoger, afhankelijk van de ziektelast. Door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg werd voor de behandeling van ziekten met een hoge ziektelast een drempelwaarde van € 80.000 acceptabel geacht. Over de precieze hoogte van deze drempelwaarde is discussie gaande en er bestaat in Nederland een aarzeling om hiervoor harde afkappunten te definiëren.

Ook de beschreven studies over drugsverslaving laten zien dat het gekozen perspectief van grote invloed is op de resultaten. Een breed maatschappelijk perspectief geeft over het algemeen een betere kosteneffectiviteitsratio omdat de kosten voor de interventie gecompenseerd worden doordat verslaafden minder overlast veroorzaken en zich minder met criminele activiteiten bezighouden. Bovendien wordt vanuit dit bredere maatschappelijke perspectief ook rekening gehouden met productieverliezen en kan een effectieve interventie

dit leiden tot lagere kosten door een verminderd werkverzuim. Sommige maatschappelijke gevolgen van verslaving, zoals kosten en kwaliteit van leven verlies bij slachtoffers van criminele activiteiten door verslaafden, worden zelden of nooit meegenomen in economische evaluaties.

De economische evaluaties kennen daarnaast enkele beperkingen. De effectdata voor de modellen zijn veelal verkregen uit observationele studies en RCT's met een relatief korte follow-up. In iets meer dan de helft van de studies over drugsverslaving (acht studies) was de gekozen follow-up duur en tijdshorizon korter of gelijk aan een jaar. Aangezien de helft van alle drugsverslaafden weer terugvalt in gebruik van drugs zou dit tot een overschatting van resultaten kunnen leiden (van Wamel, 2014). Op de tweede plaats werd vanwege de korte follow-up duur soms geen data over sterfte meegenomen (Connock, 2007). Een onderschatting van resultaten kan daarnaast ontstaan doordat zorggebruik en criminele activiteiten vaak zelf gerapporteerde data betroffen van de deelnemer aan de studie. Mogelijk heeft deze de neiging om met name criminele activiteiten wat flatterender te beschrijven, waardoor de potentiële maatschappelijke baten van beter gecontroleerde verslaving dus onderbelicht blijven (Byford, 2013). Een andere beperking betreft de relatief hoge uitval van deelnemers. In de studie van Harris bijvoorbeeld stopte de helft van de deelnemers met de behandeling (Harris, 2005).

Een laatste punt van discussie betreft hier de bruikbaarheid van QALY als uitkomstmaat. De QALY wordt veel toegepast in economische evaluaties en heeft als groot voordeel dat door gebruik van één uitkomstmaat het mogelijk is om de effecten van verschillende typen interventies in studies met elkaar te vergelijken en op basis hiervan implicaties te formuleren voor beleid. De QALY kent ook enkele beperkingen. Het richt zich alleen op de gezondheidstoestand van de patiënt en niet op bijvoorbeeld crimineel gedrag en het al dan niet zelfstandig kunnen wonen. Criminele activiteiten en huisvesting werden in deze economische evaluaties dan ook alleen maar meegenomen op het gebied van kosten. Ook het effect van ziekte en behandeling op de naasten van de verslaafde worden in een QALY niet meegenomen. Vanuit een maatschappelijk perspectief zou het daarom goed zijn om ook uitkomsten die buiten de QALY vallen mee te nemen in een economische evaluatie. Daarbij is het op dit moment nog niet zo duidelijk hoe effecten buiten de QALY gemeten en gewaardeerd kunnen worden. Er is echter brede belangstelling om ook niet-gezondheidsuitkomsten in economische evaluaties mee te nemen. In 2014 werd door de Universiteit van Maastricht een handboek met kengetallen voor bijvoorbeeld effecten op (deelname aan) onderwijs en criminaliteit gepubliceerd voor gebruik in economische evaluaties (Drost et al., 2014).

6.4 Toekomstig onderzoek

Aanvullend onderzoek zou kunnen bestaan uit een kosten baten analyse vanuit het maatschappelijk perspectief (MKBA) waarbij alle kosten en opbrengsten van verslavingszorg worden afgezet tegen een wereld zonder deze zorg. Het voordeel van een kosten batenanalyse is dat niet alleen de gezondheid maar alle potentiële kosten en baten die samenhangen met alcohol misbruik in de analyse worden betrokken, niet alleen voor de gebruiker zelf maar van de maatschappij als geheel (Romijn & Renes, 2013; Pomp et al., 2014). Ook voor veel interventies die in de Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol en in de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving als effectief bestempeld worden is geen onderzoek naar kosteneffectiviteit gedaan. Deze

effectieve interventies zouden zowel met een MKBA als met een klassieke kosteneffectiviteitsanalyse onderzocht kunnen worden.

Recente economische evaluaties over drugsverslaving hebben alle betrekking op farmacotherapie. Voor de prioritering in beleid voor andere groepen dan opiaatverslaafden is het van belang de kosteneffectiviteit te onderzoeken van andere bewezen effectieve interventies in de verslavingszorg, bijvoorbeeld gericht op verslaving aan cannabis, amfetamine of cocaïne. Er zijn op dit moment geen effectieve farmacotherapieën voor cannabis-, amfetamine- en cocaïneverslaving beschikbaar (van Wamel, 2014). Cognitieve gedragstherapie geeft gunstige resultaten bij volwassenen en jongeren met een enkelvoudige cannabisverslaving. Daarnaast is er bewijs voor de effectiviteit van breed opgezette gezinstherapie voor jongere cannabisverslaafden uit multi-probleemgezinnen (van Wamel, 2014). Aangezien cannabisverslaafden gezien hun omvang en problemen een belangrijke doelgroep vormen binnen de reguliere verslavingszorg is het zinvol om de effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies gericht op deze doelgroep te onderzoeken. Ook voor recent in zwang geraakte kostbare behandelingen als het Minnesotaprogramma oftewel 'de twaalfstappenbenadering' is onvoldoende bewijs van (kosten-)effectiviteit beschikbaar. Er zijn aanwijzingen dat dit programma bij alcoholverslaafden even effectief is als cognitieve gedragstherapie (van Wamel, 2014), maar een gedegen economische evaluatie is niet uitgevoerd. Een ander voorbeeld betreft de Community Reinforcement Approach (CRA), een methode die is ontwikkeld in de Verenigde Staten. Het is een gedragstherapeutische methode voor de behandeling van drugs- en alcoholverslaving. Er zijn gunstige resultaten beschreven van CRA bij cocaïneverslaving. De methode gaat uit van het principe dat mensen afhankelijk van middelen blijven doordat zij worden omgeven door factoren die verslaving bekrachtigen. CRA heeft als doel om samen met de cliënt te werken aan een nieuwe levensstijl die meer voldoening geeft dan een levensstijl met middelengebruik. Deze CRA interventie is enigszins vergelijkbaar met 'sociaal gedrag en netwerktherapie' (studie 13 van alcohol studies in dit rapport).

Tot slot is het belangrijk om de kosteneffectiviteit te onderzoeken van e-health in de verslavingszorg. Online hulpaanbod kan bestaan uit zelfhulp, online behandeling of behandelingen waarin gesprekken met een behandelaar gecombineerd worden met online opdrachten (van Wamel, 2014). De laatste jaren is er een toename van e-health aanbod in de verslavingszorg. Online zelfhulp en online behandelingen zijn bewezen effectief, waarbij tot nu toe vooral onderzoek is verricht bij mensen met alcoholproblemen. Onderzoek naar kosteneffectiviteit van e-health activiteiten in de verslavingszorg kan het beleid op dit terrein onderbouwen.

- Adi Y, Juarez-Garcia A, Wang D, Jowett S, Frew E, Day E, Bayliss S, Roberts T, Burls A. Oral naltrexone as a treatment for relapse prevention in formerly opioid-dependent drug users: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2007;11:iii-iv, 1-85.
- Alton V, Eckerlund I, Norlund A. Health economic evaluations: how to find them. *International journal of technology assessment in health care*, 2006;22:512-7.
- Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Cost-effectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC Fam Pract*, 2014;15:26.
- Barnett PG, Zaric GS, Brandeau ML. The cost-effectiveness of buprenorphine maintenance therapy for opiate addiction in the United States. *Addiction*, 2001;96:1267-78.
- Blankers M, Nabitz U, Smit F, Koeter MW, Schippers GM. Economic evaluation of internet-based interventions for harmful alcohol use alongside a pragmatic randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 2012;14:e134.
- Byford S, Barrett B, Metrebian N, Groshkova T, Cary M, Charles V, Lintzeris N, Strang J. Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. oral methadone for chronic heroin addiction. *Br J Psychiatry*, 2013;203:341-9.
- CBS. Consumentenprijsindices (CPI) alle huishoudens, 2006=100 2014 [cited 2014 01-05]; Available from: [http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71311ned&D1=0-6&D2=0&D3=\(1-39\)-I&VW=T](http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71311ned&D1=0-6&D2=0&D3=(1-39)-I&VW=T)
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J stud. alcohol.*, 2004;65:782-93.
- Cobiac L, Vos T, Doran C, Wallace A. Cost-effectiveness of interventions to prevent alcohol-related disease and injury in Australia. *Addiction*, 2009;104:1646-55.
- Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal in Russian cities. *J Med Econ*, 2013;16:1051-60.
- Connock M, Juarez-Garcia A, Jowett S, Frew E, Liu Z, Taylor RJ, Fry-Smith A, Day E, Lintzeris N, Roberts T, Burls A, Taylor RS. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2007;11:1-171, iii-iv.
- CVZ. Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, geactualiseerde versie. 25001605. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2006.
- de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: Trimbos Instituut, 2010.
- de Wit GA, Verweij A, van Baal PHM, Vijgen SMC, van den Berg M, Busch MCM, Barnhoorn MJM, Schuit AJ. Economic evaluation of prevention; further evidence. RIVM rapport 270091004. Bilthoven, 2007.
- Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *Bmj*, 2005;330:1297.
- Drost RMWA, Paulus ATG, Ruwaard D, Evers SMAA. Handleiding intersectorale kosten en baten van (preventieve) interventies Classificatie, identificatie en kostprijzen. Maastricht: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, 2014.

- Geitona M, Carayanni V, Petratos P. Economic evaluation of opioid substitution treatment in Greece. *Heroin addiction and related clinical problems*, 2012;14:77-88.
- GGZ_Nederland. Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel. 2013/392: GGZ Nederland, 2013.
- Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. Handleiding voor kostenonderzoek Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Geactualiseerde versie 2010. Diemen: CVZ, 2010.
- Harris AH, Gospodarevskaya E, Ritter AJ. A randomised trial of the cost effectiveness of buprenorphine as an alternative to methadone maintenance treatment for heroin dependence in a primary care setting. *Pharmacoeconomics*, 2005;23:77-91.
- Holm AL, Veerman L, Cobiac L, Ekholm O, Diderichsen F. Cost-effectiveness of preventive interventions to reduce alcohol consumption in Denmark. *PLoS ONE*, 2014;9:e88041.
- Joos L, Docx L, Schmaal L, Sabbe BG, Dom G. [Modafinil in psychiatric disorders: the promising state reconsidered]. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 2010;52:763-73.
- Kapoor A, Kraemer KL, Smith KJ, Roberts MS, Saitz R. Cost-effectiveness of screening for unhealthy alcohol use with % carbohydrate deficient transferrin: results from a literature-based decision analytic computer model. *Alcohol Clin Exp Res*, 2009;33:1440-9.
- Lai T, Habicht J, Reinap M, Chisholm D, Baltussen R. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health Policy*, 2007;84:75-88.
- Mansdotter AM, Rydberg MK, Wallin E, Lindholm LA, Andreasson S. A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *Eur J Public Health*, 2007;17:618-23.
- Masson CL, Barnett PG, Sees KL, Delucchi KL, Rosen A, Wong W, Hall SM. Cost and cost-effectiveness of standard methadone maintenance treatment compared to enriched 180-day methadone detoxification. *Addiction*, 2004;99:718-26.
- Neighbors CJ, Barnett NP, Rohsenow DJ, Colby SM, Monti PM. Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *J Stud Alcohol*, 2010;71:384-94.
- Nosyk B, Guh DP, Bansback NJ, Oviedo-Joekes E, Brissette S, Marsh DC, Meikleham E, Schechter MT, Anis AH. Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment. *Cmaj*, 2012;184:E317-28.
- OECD. PPPs and exchange rates 2014 [cited 2014 01-05]; Available from: <http://www.oecd.org/std/prices-ppp/purchasingpowerparitiespppsdata.htm>
- Palmer AJ, Neeser K, Weiss C, Brandt A, Comte S, Fox M. The long-term cost-effectiveness of improving alcohol abstinence with adjuvant acamprosate. *Alcohol Alcohol*, 2000;35:478-92.
- Polsky D, Glick HA, Yang J, Subramaniam GA, Poole SA, Woody GE. Cost-effectiveness of extended buprenorphine-naloxone treatment for opioid-dependent youth: data from a randomized trial. *Addiction*, 2010;105:1616-24.
- Pomp M, Schoemaker CG, Polder JJ. Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg. 010003003/2014. Bilthoven: RIVM, 2014.
- Purshouse RC, Brennan A, Rafia R, Latimer NR, Archer RJ, Angus CR, Preston LR, Meier PS. Modelling the cost-effectiveness of alcohol screening and brief interventions in primary care in England. *Alcohol Alcohol*, 2013;48:180-8.
- Romijn G, Renes G. Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse. Den Haag: CPB/PBL, 2013.

- Rutten-van Mólken MPMH, Uyl-de Groot CA, Rutten FFH. Van kosten tot effecten. Een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg, 2010.
- RVZ. Zinnige en duurzame zorg. Den Haag Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006.
- Sassi F, Archard L, McDaid D. Searching literature databases for health care economic evaluations: how systematic can we afford to be? *Medical care*, 2002;40:387-94.
- Schackman BR, Leff JA, Polsky D, Moore BA, Fiellin DA. Cost-effectiveness of long-term outpatient buprenorphine-naloxone treatment for opioid dependence in primary care. *Journal of general internal medicine*, 2012;27:669-76.
- Shearer J, Shanahan M, Darke S, Rodgers C, van Beek I, McKetin R, Mattick RP. A cost-effectiveness analysis of modafinil therapy for psychostimulant dependence. *Drug Alcohol Rev*, 2010;29:235-42.
- Tariq L, van den Berg M, Hoogenveen RT, van Baal PH. Cost-effectiveness of an opportunistic screening programme and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. *PLoS One*, 2009;4:e5696.
- UKATT. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *Bmj*, 2005;331:544.
- van den Berg M, de Wit GA, Vijgen SM, Busch MC, Schuit AJ. [Cost-effectiveness of prevention: opportunities for public health policy in the Netherlands]. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2008;152:1329-34.
- van Gils PF, Hamberg-van Reenen HH, van den Berg M, Tariq L, de Wit GA. The scope of costs in alcohol studies: Cost-of-illness studies differ from economic evaluations. *Cost Eff Resour Alloc*, 2010;8:15.
- van Laar M, Cruts A, van Ooyen-Houben M, Meijer R, Croes E, Ketelaars A, Verdurmen J, Brunt T. *Nationale Drug Monitor 2012*: Trimbos Instituut, 2013.
- van Wamel A, Croes E, van Vugt M, van Rooijen S. Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg. Achtregrondstudie in opdracht van het College van Zorgverzekeringen. Utrecht: Trimbos Instituut, 2014.
- Vijgen SMC, Busch MCM, Wit GA, Zoest Fv, Schuit AJ. Economische evaluatie van preventie - Kansen voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. RIVM rapport 270091001. Bilthoven, 2005.
- Walters D, Connor JP, Feeney GF, Young RM. The cost effectiveness of naltrexone added to cognitive-behavioral therapy in the treatment of alcohol dependence. *J Addict Dis*, 2009;28:137-44.
- Watson J, Crosby H, Dale V, Tober G, Wu Q, Lang J, McGovern R, Newbury-Birch D, Parrott S, Bland M, Drummond C, Godfrey C, Kaner E, Coulton S. AESOPS: a randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of opportunistic screening and stepped care interventions for older hazardous alcohol users in primary care. *Health Technology Assessment*, 2013;17.
- Wutzke SE, Shiell A, Gomel MK, Conigrave KM. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. *Soc Sci Med*, 2001;52:863-70.
- Zaric GS, Barnett PG, Brandeau ML. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Public Health*, 2000;90:1100-11.

8 Begrippenlijst

CDT	%carbohydraat deficiënt transferrine (%CDT-een serum biomarker die ongezond alcohol gebruik aangeeft
DALY	Disability Adjusted Life Year: Maat voor ziektelast ('burden of disease') in een populatie (uitgedrukt in tijd); opgebouwd uit het aantal verloren levensjaren (door vroegtijdige sterfte), en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen (bijvoorbeeld een ziekte), gewogen voor de ernst hiervan (ziektejaarequivalenten). In deze maat komen drie belangrijke aspecten van de volksgezondheid terug, te weten 'kwantiteit' (levensduur) en 'kwaliteit' van leven, en het aantal personen dat een effect ondervindt.
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IKER	Incrementele kosteneffectiviteitsratio: De IKER geeft de additionele kosten voor de introductie van een nieuw geneesmiddel (of een andere medische ingreep) per gewonnen effectmaat (bijvoorbeeld levensjaren) weer. De IKER wordt berekend als (kosten nieuw-kosten oud)/(effect nieuw-effect oud). Als de uitkomst van een studie bijvoorbeeld 20.000 euro/QALY is, betekent dit dat het introduceren van een nieuwe behandeling 20.000 euro kost per voor kwaliteit-van-leven gewonnen levensjaar.
KEA	Kosteneffectiviteitsanalyse: Analyse waarbij zowel de kosten samenhangend met een (zorg)interventie als de effecten op de gezondheidstoestand (uitgedrukt in een intermediaire uitkomstmaat zoals 'aantal glazen minder gedronken') worden onderzocht.
KUA	Kostenutiliteitsanalyse: Analyse waarbij zowel de kosten samenhangend met een (zorg)interventie als de effecten op de gezondheidstoestand (uitgedrukt in QALY's) worden onderzocht
LYG	life year gained = gewonnen levensjaar
QALY	Quality-adjusted life-year: Maat voor kwaliteit van een levensjaar (uitgedrukt in tijd); opgebouwd uit de resterende levensduur en de kwaliteit van leven van een persoon na interventie. QALY's worden berekend als een schatting van de gewonnen levensjaren, waarbij elk jaar vermenigvuldigd wordt met een gewicht (ook wel utiliteit genoemd) dat de kwaliteit van leven weergeeft van de persoon in dat jaar.

RCT

Randomized controlled trial: Gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek is een interventiestudie waarbij de onderzoekspopulatie op aselechte wijze wordt verdeeld in een interventiegroep en een controlegroep. RCT's worden beschouwd als de beste onderzoeksmethode om een hypothese te testen.

9 Bijlage 1 search strategie alcohol in Medline

Database: MEDLINE 1950 to present, MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations

Search Strategy:

-
- 1 (alcohol* or alcoholism or drinking).ti. or *alcoholism/ or exp *alcohol drinking/ or exp *drinking behavior/ or exp *alcohol-related disorders/ (142170)
 - 2 (prevention or chemoprevention or preventive or intervention* or prophyla* or screening or early diagnosis or health promotion or health protection or public health).tw. or preventing.ti. (1434308)
 - 3 *preventive health services/ or *intervention studies/ or *mass screening/ or *early diagnosis/ or *health promotion/ or *healthy people programs/ (81870)
 - 4 pc.fs. (1004167)
 - 5 (treatment or therap* or pharmacotherap* or medication*).ti. or therapy.fs. or drug therapy.fs. or ad.fs. or tu.fs. or rh.fs. or diet therapy.fs. (4499095)
 - 6 1 and (2 or 3 or 4 or 5) (51281)
 - 7 (cost benefit* or cost beneficial or cost effect* or cost utilit* or cost efficien* or cost efficac* or econom* or pharmaco-economic*).ti. (55837)
 - 8 (cost* and (effect* or benefit* or beneficial or quality or efficien*)).ti. (25782)
 - 9 (economic evaluation* or economical evaluation* or economic study or economic studies).tw. (7219)
 - 10 cost-benefit analysis/ or costs-and-cost analysis/ (98454)
 - 11 6 and (7 or 8 or 9 or 10) (578)
 - 12 limit 11 to yr=2000-2014 (315)
 - 13 12 and (english or dutch or german).lg. (304)
 - 14 (pricing or price or tax* or financing or retail* or expenditure* or purchas* or advertising or justice or criminal* or drinking water).ti. (58651)
 - 15 13 not 14 (255)
 - 16 remove duplicates from 15 (248)

Legenda OvidSP zoekcommando's:

tw	zoeken in titel of abstract
ti	alleen in titel zoeken
/	gezocht als trefwoord (MeSH)
*trefwoord/	gezocht als belangrijkste trefwoord (major MeSH)
hw	gezocht als woord in trefwoordenveld
/ep	invalshoek bij trefwoord, in dit geval epidemiology
exp	gezocht als trefwoord inclusief onderliggende trefwoorden
fs	gezocht in trefwoordenveld als subheading bij trefwoorden

(pc = prevention and control; ad = administration and dosage; tu = therapeutic use; rh = rehabilitation)

? 1 of geen teken
adj3 tussen zoekwoorden mogen maximaal 2 andere woorden staan
lg taal
pt publikatietype
rn gezocht in CAS-nr veld (kan als CAS-nummer of als naam)
* truncatieteken: stam word + alle mogelijke uitgangen

10 Bijlage 2 search strategie alcohol in CRD databases

<input type="checkbox"/>	1	(alcohol* or drinking):TI AND (cost benefit* OR cost beneficial OR cost effect* OR cost utilit* OR cost efficien* OR cost efficac* OR econom* OR pharmaco-economic* OR pharmaco-economic*) IN DARE, NHSEED, HTA FROM 2000 TO 2014	97	Delete
<input type="checkbox"/>	2	(alcohol* or drinking):TI AND (cost*):TI AND (effect* OR benefit* OR beneficial OR quality OR efficien* OR efficac*):TI IN DARE, NHSEED, HTA FROM 2000 TO 2014	45	Delete
<input type="checkbox"/>	3	(alcohol* or drinking):TI AND (cost*):TI AND (economics) IN DARE, NHSEED, HTA FROM 2000 TO 2014	40	Delete
<input type="checkbox"/>	4	(alcohol* or drinking):TI AND (economic evaluation* OR economical evaluation* OR economic study OR economic studies) IN DARE, NHSEED, HTA FROM 2000 TO 2014	63	Delete
<input type="checkbox"/>	5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	97	Delete

11 Bijlage 3 search strategie middelen in Medline

Database: MEDLINE 1950 to present, MEDLINE In-Process & Other Non-Indexed Citations

Search Strategy:

-
- 1 (cannabis or marijuana or marihuana or hashish or cocaine or heroin or methadone or opioid* or ecstasy or amphetamine* or amfetamine* or ghb or gamma-hydroxybutyrate or gamma-hydroxybutyric acid or hydroxybutyric acid or lsd or lysergic acid diethylamide).ti. (70009)
 - 2 ((ritalin or methylphenidate or painkiller* or analges* or opioid*).ti. or *analgesics/ or *analgesics, opioid/) and (abuse or misuse or mis-use or addiction).ti. (1368)
 - 3 (substance-related disorders or substance abuse or drug abuse or addiction or "illicit drug use" or "illicit drug use").ti. (18777)
 - 4 *cannabis/ or *marijuana abuse/ or *marijuana smoking/ or exp *cocaine/ or *cocaine-related disorders/ or *heroin/ or *heroin dependence/ or *methadone/ or *opioid-related disorders/ or *n-methyl-3,4-methylenedioxyamphetamine/ or *amphetamines/ or *lysergic acid diethylamide/ or *methylphenidate/ or *substance-related disorders/ or *street drugs/ (106493)
 - 5 1 or 2 or 3 or 4 (143078)
 - 6 (prevention or chemoprevention or preventive or intervention* or prophyla* or screening or early diagnosis or health promotion or health protection or public health).tw. or preventing.ti. (1434308)
 - 7 *preventive health services/ or *intervention studies/ or *mass screening/ or *early diagnosis/ or *health promotion/ or *healthy people programs/ (81870)
 - 8 pc.fs. (1004167)
 - 9 (treatment or therap* or pharmacotherap* or medication*).ti. or therapy.fs. or drug therapy.fs. or ad.fs. or tu.fs. or rh.fs. or diet therapy.fs. (4499095)
 - 10 5 and (6 or 7 or 8 or 9) (68394)
 - 11 (cost benefit* or cost beneficial or cost effect* or cost utilit* or cost efficien* or cost efficac* or econom* or pharmacoeconomic*).ti. (55837)
 - 12 (cost* and (effect* or benefit* or beneficial or quality or efficien*)).ti. (25782)
 - 13 (economic evaluation* or economical evaluation* or economic study or economic studies).tw. (7219)
 - 14 cost-benefit analysis/ or *costs-and-cost analysis/ (63776)
 - 15 10 and (11 or 12 or 13 or 14) (622)
 - 16 limit 15 to yr=2000-2014 (370)
 - 17 16 and (english or dutch or german).lg. (362)
 - 18 (pricing or price or tax* or financing or retail* or expenditure* or purchas* or advertising or justice or criminal* or drinking water).ti. (58651)
 - 19 17 not 18 (347)
 - 20 remove duplicates from 19 (341)

Legenda OvidSP zoekcommando's:

tw	zoeken in titel of abstract
ti	alleen in titel zoeken
/	gezocht als trefwoord (MeSH)
*trefwoord/	gezocht als belangrijkste trefwoord (major MeSH)
hw	gezocht als woord in trefwoordenveld
/ep	invalshoek bij trefwoord, in dit geval epidemiology
exp	gezocht als trefwoord inclusief onderliggende trefwoorden
fs	gezocht in trefwoordenveld als subheading bij trefwoorden
	(pc = prevention and control; ad = administration and dosage; tu = therapeutic use; rh = rehabilitation)
?	1 of geen teken
adj3	tussen zoekwoorden mogen maximaal 2 andere woorden staan
lg	taal
pt	publikatietype
rn	gezocht in CAS-nr veld (kan als CAS-nummer of als naam)
*	truncatieteken: stam word + alle mogelijke uitgangen

<input type="checkbox"/>	1	(cannabis or marijuana or marihuana or hashish or cocaine or heroin or methadone or opioid* or ecstasy or amphetamine* or amfetamine* or ghb or gamma-hydroxybutyrate or gamma-hydroxybutyric acid or hydroxybutyric acid or lsd or lysergic acid diethylamide or ritalin or methylphenidate or painkiller* or analges* or opioid* or substance-related disorders or substance abuse or drug abuse or addiction or "illicit drug use" or "illicit drug use"):TI AND (cost benefit* OR cost beneficial OR cost effect* OR cost utilit* OR cost efficien* OR cost efficac* OR econom* OR pharmaco-economic* OR pharmaco-economic*):TI IN DARE, NHSEED, HTA FROM 2000 TO 2014	75	Delete
<input type="checkbox"/>	2	(cannabis or marijuana or marihuana or hashish or cocaine or heroin or methadone or opioid* or ecstasy or amphetamine* or amfetamine* or ghb or gamma-hydroxybutyrate or gamma-hydroxybutyric acid or hydroxybutyric acid or lsd or lysergic acid diethylamide or ritalin or methylphenidate or	65	Delete

painkiller* or analges*
 or opioid* or
 substance-related
 disorders or substance
 abuse or drug abuse
 or addiction or "illicit
 drug use" or "illicit
 drug use"):TI AND
 (cost*):TI AND
 (effect* OR benefit*
 OR beneficial OR
 quality OR efficien*
 OR efficac*):TI IN
 DARE, NHSEED, HTA
 FROM 2000 TO 2014

<input type="checkbox"/>	3	(cannabis or marijuana or marihuana or hashish or cocaine or heroin or methadone or opioid* or ecstasy or amphetamine* or amfetamine* or ghb or gamma-hydroxybutyrate or gamma-hydroxybutyric acid or hydroxybutyric acid or lsd or lysergic acid diethylamide or ritalin or methylphenidate or painkiller* or analges* or opioid* or substance-related disorders or substance abuse or drug abuse or addiction or "illicit drug use" or "illicit drug use"):TI AND (cost*):TI AND (economics) IN DARE, NHSEED, HTA FROM 2000 TO 2014	66	Delete
<input type="checkbox"/>	4	(cannabis or marijuana or marihuana or hashish or cocaine or heroin or methadone or opioid* or ecstasy or amphetamine* or amfetamine* or ghb or gamma-hydroxybutyrate or gamma-hydroxybutyric acid or hydroxybutyric acid or	119	Delete

lsd or lysergic acid
diethylamide or ritalin
or methylphenidate or
painkiller* or analges*
or opioid* or
substance-related
disorders or substance
abuse or drug abuse
or addiction or "illicit
drug use" or "illicit
drug use"):TI AND
(economic evaluation*
OR economical
evaluation* OR
economic study OR
economic studies) IN
DARE, NHSEED, HTA
FROM 2000 TO 2014

<input type="checkbox"/>	5	#1 OR #2 OR #3 OR #4	125	Delete
--------------------------	---	----------------------	-----	--------

Ontvangen reacties inhoudelijke consultatie

Rapport Verslavingszorg in beeld – Alcohol & Drugs

1. Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's
2. Stichting Safe Houses
3. Yes We Can Clinics (YWCC)
4. Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)
5. SolutionS
6. U-Center
7. Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP)
8. Het Zwarte Gat (HZG)
9. Resultaten Scoren & Netwerk VZ/GGZ Nederland
10. Castle Craig
11. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
12. Spoor6
13. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
14. Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
15. De Skuul herstelondersteunende verslavingszorg
16. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
17. Tactus Verslavingszorg
18. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
19. Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)



Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's
Secretariaat: Sonoystraat 14, 2581 VL, Den Haag
E: vriendendrugvrij@gmail.com
T: 070 3554941
M: 06 54927833

Aan:
Zorginstituut Nederland
De voorzitter van de Raad van Bestuur
Postbus 320
1110AH Diemen

Den Haag, 8 mei 2014

Onderwerp: verspilling in de klinische verslavingszorg

Geachte heer Moerkamp,

Bijgaand doe ik u een afschrift toekomen van de brief die wij op 4 mei j.l. schreven aan de heer Rouvoet, bestuursvoorzitter Zorgverzekeraars Nederland.

Onze vereniging, de Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's, bestaat uit (ouders van) ex-cliënten, (voormalige) medewerkers en andere belangstellenden van drugvrije behandelprogramma's voor drugsverslaafden.

Wij maken ons grote zorgen over de ontwikkelingen in de klinische verslavingszorg ten gevolge van de voorgenomen bezuinigingen.

Met name de verkorting van de behandelduur bij de klinische behandeling van zwaar en langdurig verslaafden zal averechts werken.

Voor het overige verwijs ik naar de inhoud van bijgevoegde brief.

Met vriendelijke groet,

Namens het bestuur van de Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's,

Drs. Kees van Eendenburg
secretaris



Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's
Secretariaat: Sonoystraat 14, 2581 VL, Den Haag
E: vriendendrugvrij@gmail.com
T: 070 3554941
M: 06 54927833

Aan:
Mr.A. Rouvoet
Bestuursvoorzitter Zorgverzekeraars Nederland
Postbus 520
3700AM Zeist

Den Haag, 4 mei 2014

Onderwerp: verspilling in de klinische verslavingszorg

Geachte heer Rouvoet,

De leden van onze vereniging, de Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's, bestaande uit (ouders van) ex-cliënten, (voormalige) medewerkers en andere belangstellenden van drugvrije behandelprogramma's voor drugsverslaafden, maken zich grote zorgen over de ontwikkelingen in de klinische verslavingszorg.

Met deze brief willen wij u wijzen op averechts werkende bezuinigingen en kansen die er zijn om verspilling tegen te gaan in deze tijd van gezien de kostenstijgingen noodzakelijke bezuinigingen.

Met het doel te bezuinigen wordt in een bestuursakkoord gekozen voor ambulantisering, het vervangen van klinische behandelingen door ambulante behandelingen waar mogelijk. Er is gekozen voor beddenreductie van 30% en het inkorten van de opnameduur. Voor de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen is dit een begrijpelijke keuze. Voor langdurige verslaafden is dit een rampzalige ontwikkeling. Kort opnemen voor deze groep is weggegooid geld. Kort opnemen leidt tot vaak heropnemen en uiteindelijk levenslange zorg.

Voor de categorie drugsverslaafden met een complexe en vaak meer dan 10 jaar bestaande verslaving, veelal gepaard gaand met crimineel gedrag en verblijf in penitentiaire inrichtingen, is een opname nodig die lang genoeg is om met succes maatschappelijk en persoonlijk te herstellen en niet meer terug te vallen in het verslavingsgedrag. Korter dan 6 maanden opnemen is weggegooid geld. Dit betekent niet alleen korter, maar ook vaker opnemen, wegens een voorspelbare terugval.

In ons land is de enige mogelijkheid voor deze groep verslaafden om succesvol behandeld te worden een opname in een van de drugvrije therapeutische gemeenschappen.

De behandeling van verslaafden in drugvrije therapeutische gemeenschappen is een evidence based methode, toegepast in meer dan 65 landen.

Internationaal onderzoek toonde aan dat de lengte van de opname en een erop volgende nazorg consistente voorspellers zijn voor het succes van de behandeling in therapeutische gemeenschappen: hoe langer de opnameduur, hoe meer succes.

Enige weken geleden kwam het onder leiding van de Gentse hoogleraar Vanderplasschen verschenen rapport uit van het European Monitoring Center for Drugs and Drug Abuse.

(http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_226003_EN_TDXD14015ENN_final.pdf)

Ook in Nederland bleek dit o.a. uit een follow-up onderzoek naar het resultaat van de behandeling in de Emiliehoeve. Een dergelijk onderzoek van de drugvrije therapeutische gemeenschap Emiliehoeve door de Erasmus Universiteit toonde aan, dat van alle opgenomen drug verslaafden twee jaar na het verlaten van het programma het succes (geen gebruik van drugs, geen alcohol problemen, geen criminaliteit) als volgt was: verblijfsduur tot 1 maand: 0 %, 1 maand tot een half jaar: 10 %, een half jaar tot een jaar 30 %, langer dan een jaar 70 % succes. Werde het gehele programma inclusief het verblijf in het re-entry huis afgemaakt (wat bij een derde van de opname het geval was), dan was het succes 80 % (Kooyman, 1992) (<http://bit.ly/1INOTYK>). Tien jaar later werd dit onderzoek herhaald met een vergelijkbaar succes.

De behandeling is bovendien kosten-effectief. Door deze behandeling gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel en een leven onafhankelijk van verslavende middelen vallen 30 tot 40 % van de opgenomen langdurig verslaafden niet meer terug in hun verslaving en criminaliteit en het veroorzaken van overlast. Dit levert een besparing op in nieuwe opnamen en andere zorgkosten, in kosten voor maatschappelijke begeleiding, uitkeringen, politie en justitie. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de besparingen een veelvoud zijn van de kosten van alle in deze therapeutische gemeenschappen opgenomen verslaafden.

Het National Institute of Drug Abuse (NIDA) in de Verenigde Staten spreekt van één dollar kosten tegenover vier dollar opbrengsten bij investering in behandeling van drugsverslaafden gericht op abstinentie.

Uit een kosten-baten analyse in 2004 van de therapeutische gemeenschappen Emiliehoeve en Triple-Ex, beiden onderdeel van de Parnassia Groep in Den Haag, dat de behandeling op de Emiliehoeve aan geschatte baten (met aftrek van de totale kosten voor de behandeling) 2.700.000,- euro per jaar opleverde. Bij Triple-Ex was dit 2.600.000,- euro.

In ons land is er in de laatste jaren een ontwikkeling gaande waarbij privéklinieken voor verslavingsbehandeling worden opgericht, soms in het buitenland, met korte opnamen waarvan een langdurig effect nooit is aangetoond. De toename van de kosten voor de klinische verslavingszorg in de afgelopen jaren komt geheel voor rekening van deze nieuwe klinieken, die geen rem hebben op hun budget, in tegenstelling tot die in de gevestigde instellingen. Dit wordt gezien als marktwerking. Meestal is er een eigen bijdrage vereist van E. 5000,- of meer. De zorgverzekeringen betalen de meerkosten, soms oplopend tot E. 25.000,- per cliënt voor een opname van een maand.

Langdurig aan drugs verslaafden met een justieverleden behoren niet tot de doelgroep van deze klinieken. De enige vorm van klinische behandeling waarbij door middel van follow-up onderzoek langdurig succes van de behandeling van langdurig verslaafden is aangetoond is die van de drugvrije therapeutische gemeenschappen, zoals van de Parnassia Groep in Den Haag: de Emiliehoeve en Triple-Ex en van Verslavingszorg Noord Nederland in Eelde: Hoog Hullen. Juist deze therapeutische gemeenschappen en ook die van Lievegoed Verslavingszorg: de Witte Hul in Zeist en van De Hoop in Dordrecht: Challenge en Freedom dreigen nu door de inkorting van de opnameduur of inkrimping van het aantal bedden niet meer effectief te worden.

De bezuinigingsmaatregelen betekenen soms het sluiten van afdelingen met wachtlijsten. Bij Parnassia wordt dit voorjaar de drugvrije kliniek voor drugsverslaafden met een justitie verleden met 60 plaatsen in Ossendrecht (het vroegere SOV) gesloten en de behandeling voor verslaafde jongeren (van 13 tot 21 jaar) Mistral beperkt tot een detox afdeling in Den Haag en een in Alkmaar.

Het programma voor verslaafde ouders en kinderen Project 4, waarbij de moeders met hun kinderen en soms ook de vaders gedurende een jaar in door hen zelf gehuurde appartementen op het terrein van Parnassia konden wonen is ingekort tot een opname van drie maanden in een leegstaande verdieping van de nieuwe verslavingskliniek. In deze niet drugvrije kliniek vinden regelmatig vechtpartijen plaats tussen daar opgenomen afkickende dronken patiënten. Een bijzonder onveilige omgeving voor de daar nu opgenomen kinderen. Een 20 jaar bestaand succesvol programma dreigt op een mislukking uit te lopen.

Onderzoek in Engeland wees uit dat besparingen bereikt kunnen worden door het beleid te richten op herstel door daarop gerichte behandeling in plaats van zgn. harm reduction.. Bij een follow-up van meer dan 40.000 drugsverslaafden, die op het moment van ontslag uit hun behandeling niet meer verslaafd waren, bleek dat vier 46 % sinds hun ontslag niet te vinden was in de registratie van behandelingen voor hun verslaving en evenmin in die van aanhoudingen wegens aan druggebruik gerelateerde criminaliteit. Sindsdien hebben de instellingen in Engeland recovery als uiteindelijke doel en zijn de wachtlijsten voor opnamen teruggegaan van gemiddeld zes weken naar minder dan een week.

Conclusie:

Hoewel ambulantisering in de GGZ op zichzelf zinvol is, leidt dit voor langdurig verslaafden met een complexe problematiek en vaak en justitieverleden niet tot bezuinigingen.

Ambulantisering en inkorting van de opnameduur van bewezen kosten-effectieve therapeutische gemeenschappen en andere afdelingen voor de behandeling van deze groep leidt niet tot bezuinigen maar tot meer kosten. Dit is met name in deze tijd een ontoelaatbare verspilling.

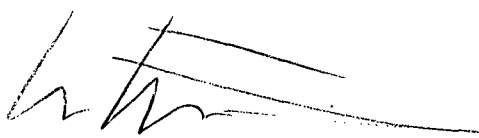
Het huidige beleid binnen de verslavingszorg in ons land, gericht op het verminderen van klinische bedden en het zodanig inkorten van de opnameduur voor langdurig verslaafden dat een positief effect niet meer te verwachten is, betekent een aanzienlijke verspilling van gelden en zal zeker niet tot de beoogde bezuinigingen leiden.

In tegendeel, het verkorten van de opnameduur betekent een voorspelbare terugval. Een voldoende lange opname leidt tot aanzienlijke besparingen, zelfs als slechts een derde van de opgenomen verslaafden met succes behandeld wordt. Deze besparingen zijn een veelvoud van de kosten van het totaal aantal opgenomen drugsverslaafden.

Het verdwijnen van deze langdurige behandeling door verkorting van de opname of opheffen van de bedden betekent dat een grote groep verslaafden geen kans meer heeft op herstel en daardoor een levenslange kostenpost zal betekenen. Het verdwijnen van deze behandeling betekent voor generaties van drugsverslaafden het wegvallen van een effectieve behandeling.

Wij verzoeken u onze brief in uw bestuur te bepreken en de ziektekostenverzekeraars te verzoeken hun beleid ten aanzien van de bezuinigingen in verslavingszorg aan te passen

Namens het bestuur van de Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's,



Drs. Kees van Eendenburg
secretaris

14 mei 2014

Klinisch versus ambulant:

Hier is wel als noot bij te plaatsen dat mislukken van een behandeling die “te licht” is ingezet tot gevolg kan hebben dat elk vertrouwen in eigen mogelijkheden en die van hulpverlening verder ondermijnd zal worden, waardoor de verslaafde mogelijk langer verslaafd blijft dan nodig zou zijn (met bijbehorende kosten) . Hetzelfde geldt voor “te licht” ingezette detoxificatie (los van het zuiver medisch risico hiervan).

Dus altijd iets in de behandeling meenemen zodat, mocht behandeling te licht zijn, de behandeling van cliënt geïntensiveerd wordt.

Nazorg.

In de 12-stappen behandelingsmethodiek is deelname aan 12-stappen zelfhulpgroepen zoals de AA (Anonieme Alcoholisten) en de NA (Anonieme Verslaafden) van levensbelang om het pas gevonden herstel verder op te bouwen. Deze deelname is bedoeld om, per dag, voort te gaan voor de rest van het leven. Deze nazorg brengt geen kosten met zich mee en, van groot belang, wordt het sociaal netwerk van cliënt opgebouwd met contacten van andere verslaafden in herstel. Uniek voor deze 12-stappen zelfhulpgroepen zoals de AA en de NA is dat levenslange nazorg plaats vindt zonder dat er sprake is van een levenslange hulpverlenings relatie. De opbrengsten hiervan worden niet meegenomen in de kosten van een Minnesota behandeling.

Aanbeveling 6.

Indien het verlenen van deze toestemming langer dan enkele dagen in beslag neemt levert het veelal een bijna zeker gestelde terugval van gebruik van de verslaafde cliënt op en verliest cliënt de motivatie voor hulp die hij bij de oriëntatie had. Bij verslaving is er een “window of opportunity” dat, indien gemist, voorlopig of helemaal niet meer terugkomt en de cliënt zakt verder weg in de verslaving.

Hoofdstuk 5:

Geopperd wordt dat verzekeraars 0% vergoeding moeten kunnen vaststellen bij niet gecontracteerde zorg, omdat contractering de enige garantie zou zijn voor rechtmatigheid, doelmatigheid en kosten effectieve kwaliteit. In de praktijk gelden voor contractering ook andere dan deze criteria.

Er wordt gesuggereerd dat nieuwe aanbieders vaak geen contracten wensen. Onze ervaring is dat zorgverzekeraars geen contracten wensen met nieuwe aanbieders onder het motto: we hebben al genoeg aanbieders.

Hoofdstuk 6.2.1

E-health is in opkomst omdat het door de Zorgverzekeraar geëist wordt.

Vastgesteld kan worden dat het deskundigheidsniveau ten aanzien van verslavingsproblematiek in de eerste lijn veelal laag is. Gezien de vele eisen aan de eerste lijnzorg in de komende jaren is de vraag of het niveau dermate verhoogd kan worden dat effectieve zorg aan de cliënt gegeven kan worden.

Hoofdstuk 6.2.4.1

Hierin wordt gesteld dat behandelingen in het buitenland duurder zijn dan die in Nederland. Dat is veelal niet zo.

In vele gevallen is het van belang dat cliënten uit de dagelijkse ellende van hun omgeving weg moet zodat ze aan hun eigen herstel kunnen werken. In deze gevallen is een klinische behandeling vaak effectiever dan een ambulante. Bij Leven in Herstel is een ambulante behandeling mogelijk in combinatie met verblijf in een Safe House, waarvoor veelal een eigen bijdrage betaald moet worden.

Hoofdstuk 7.3.2.

Ten eerste willen wij aangeven dat het woord ex-verslaafde incorrect is. Bij de aanname dat verslaving een chronische ziekte is, is het woord herstellende verslaafde correct is.

Een belangrijke overweging om wel ruimte te geven aan 12-stappenbehandelingen is het cliëntperspectief. In Nederland zijn de afgelopen 10-15 jaar twee bewegingen geweest die 12-stappenbehandelingen onder de aandacht gebracht hebben.

In de eerste plaats zijn dit de cliënten geweest die succesvol deze behandeling hebben ondergaan en die nog dagelijks baat vinden bij hun deelname aan de zelfhulpgroepen. Deze cliëntenbeweging kan een belangrijke rol vervullen bij het overbruggen van de kloof tussen behandelbehoefte op basis van de problematiek en het feitelijk deelnemen aan behandelingen door verslaafden. Als voorbeeld is te noemen het optreden van AA-deelnemers is gevangenen, waardoor gedetineerde verslaafden gemotiveerd raken om na hun deelname aan een behandelprogramma in detentie door te gaan met hun "leven in herstel" na detentie, met zelfhulpdeelname.

De tweede beweging is de opkomst van de nieuwe aanbieders. Zij onderkenden dat er een "markt" bestond voor deze vorm van behandeling, een "markt" die niet werd betreed door de reguliere aanbieders. Deze "markt" was de consumentenvraag.

Uiteraard dienen op basis van dit type overwegingen geen onvoldoende kosteneffectieve behandelingen bevorderd te worden. Echter, bij gelijke kosteneffectiviteit (te meten op basis van langdurige trajecten, het gaat immers om een chronische ziekte), zal een complementair aanbod dat aansluit op de vraag van een bepaalde doelgroep - de totale problematiek en de totale kosten daarvan zeker verminderen. En worden wel degelijk dagbehandelingen aangeboden binnen het Minnesota Model.

Daarbuiten is uit Amerikaans onderzoek gebleken (Project Match) dat een behandeling samen met deelname aan 12-stappen zelfhulpgroepen de beste effectiviteit heeft. Bij een Minnesota behandeling is een van de belangrijkste verschillen dat tijdens de behandeling cliënten naar de 12-stappen zelfhulpgroepen gaan (AA en de NA) en nadat de behandeling beëindigd is de cliënten veelal aan deze groepen blijven deelnemen en dus vaak in herstel van verslaving blijven.

Er wordt gesteld dat de Minnesota behandeling veel duurder is dan reguliere behandelingen. Waaruit wordt deze conclusie getrokken? Zijn vergelijkbare groepen patiënten over een langere periode met elkaar vergeleken op kosten en effecten? Een Minnesotabehandeling is in het begin intensief en soms misschien duurder, echter later is de nazorg (AA/NA) geheel gratis. Dus of een Minnesota-traject duurder is dan een ander traject (bij gelijke zorgvraagzwaarte) is nog maar de vraag.

Hoofdstuk 7.4.6.

Bij verwijzing naar een dagbehandeling in het buitenland wordt vaak een klinische behandeling aangeboden maar een dagbehandeling gedeclareerd. In sommige gevallen kan er een eigen bijdrage aan cliënt gevraagd worden voor het verblijfsaspect, maar veelal gebeurt dat niet. Dit is mogelijk omdat op vele plekken in het buitenland de kosten van een klinische behandeling vergelijkbaar zijn met de kosten van een dagbehandeling in Nederland.

Hoofdstuk 8.3

Het verdient aanbeveling dat de aanbieders van Minnesota behandelingen en "Resultaten Scoren" meer met elkaar gaan samenwerken. De Richtlijnen en werkwijzen als ontwikkeld in "Resultaten Scoren" passen heel goed in Minnesota Behandelingen.

Hoofdstuk 8.7.3

Indien er individuele toestemming aangevraagd moet worden en de verzekeraar vastgesteld heeft dat de (buitenlandse) kliniek aan de eisen voldoet, is het van belang dat de verzekeraar maar enkele dagen neemt om de toestemming te geven omdat anders de client veelal terugvalt in oud gedrag resulterend in het weigeren van hulp.

Hoofdstuk 9

Punt 12

Verzekeraars nemen veelal de stelling bij nieuwe aanbieders in dat de verzekeraar al "genoeg" aanbieders gecontracteerd heeft en dus contracten weigert. Dit heeft tot gevolg dat de ongecontracteerde nieuwe aanbieder geen betaling of te weinig betaling krijgt op de ingediende declaraties. Hierdoor wordt het voor innovatieve nieuwe zorgaanbieders onmogelijk gemaakt en houden de gevestigde aanbieders hun monopolie. Dit kan toch niet het gewenste resultaat zijn.

Punt 17

Door middel van contracteringseisen of voorafgaande toestemming is het ons inziens wel mogelijk zicht te hebben op de kwaliteit en de rechtmatigheid van de declaraties door buitenlandse "aannemers" of onderaannemers

Hoofdstuk 10

Punt 10. 1.1

Het Minnesotamodel is niet alleen doorontwikkeld met therapieën waarvan de werkzaamheid niet onderzocht is. Het is door een aantal aanbieders ook doorontwikkeld met therapieën waarvan de

werkzaamheid vast staat: motivationele therapieën, cognitieve therapieën en gedragstherapie en zo nodig medicamenteuze therapie. Dit gecombineerd met het specifieke van de 12-stappenbehandeling (de motivationele kracht van AA, NA en andere zelfhulpgroepen op lange termijn) geeft o.i. een meerwaarde voor bepaalde groepen patiënten, een meerwaarde die helaas nog niet in de praktijk onderzocht en bewezen is.

Punt 10.1.2

Omdat verslaving een chronische ziekte is, is een behandeling die motiveert tot en voorbereidt op een in principe levenslange vorm van zelfhulp zoals AA, NA en andere zelfhulpgroepen een behandelvorm waarvan – voor groepen patiënten die daarvoor kiezen – veel verwacht kan worden tegen –op lange termijn gezien – lage of geen kosten en hoge baten. Dit beter onderzoeken lijkt de inspanning meer dan waard te zijn.

Punt 10.1.2b

Verslaving is chronisch en ongeneselijk. “In herstel zijn” betekent dat men een mogelijkheid gevonden heeft om zonder geestverruimende middelen een waardig bestaan te kunnen leiden.

Punt 10.1.3

Vraag 3.a.

Een (korte) klinische opname in het kader van een langere ambulante behandeling en als voorbereiding op jarenlange (kosteloze) zelfhulp binnen AA en NA kan weleens bijzonder kosteneffectief blijken te zijn. Dit is niet onderzocht.

Punt 10.1.4

Vraag 4

Herhaaldelijke klinische behandeling, waarbij “niet nagedacht” wordt over de zinvolheid van “alweer” een klinische behandeling is hoogstwaarschijnlijk niet kosteneffectief.

Van belang is dus dat zicht gekregen wordt op hoe een individueel behandeltraject verloopt en wat dus een zinvolle volgende stap kan zijn. Dit betekent onderscheid in doelgroepen. Vergelijk b.v. het te indiceren behandeltraject van een patiënt die jarenlang verslaafd, draaideur crimineel en dakloos is, met het te indiceren traject van een ondernemer die na jaren succesvol ondernemen met veel drank en cocaïne uiteindelijk volledig verslaafd blijkt te zijn en daarmee ook zijn ondergang tegemoet gaat. Deze patiënten zullen wellicht een totaal verschillende aanpak vragen, die voor beiden effectief en kosteneffectief kunnen blijken te zijn.

Punt 10.1.5

Ook Stichting Safe House/Leven in Herstel is graag bereid mee te werken aan effectonderzoek, inclusief kosteneffectiviteit. Zowel wat betreft het ontwikkelen van modellen voor de opzet van dergelijk onderzoek, als voor de uitvoering ervan.

Wij verwachten dat meer nieuwe aanbieders hier graag aan mee willen werken.

Reactie Yes We Can Clinics op rapport Verslavingszorg in beeld van Zorginstituut Nederland – 21 mei 2014

Algemeen

- Yes We Can dankt Zorginstituut Nederland voor het maken van dit rapport en de gelegenheid om een reactie te geven;
- Wij steunen het pleidooi van harte om beter in kaart te brengen wat de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen is en wanneer er wel of niet sprake is van verzekerbare zorg. Dit is een continu punt van discussie tussen instellingen en met name verzekeraars. Yes We Can Clinics besteedt zelf veel aandacht aan het in kaart brengen van de effectiviteit. Daarvoor hebben diverse externe onderzoeken plaatsgevonden. Een meer algemene norm vanuit de sector, gedragen door Zorginstituut Nederland, helpt naar verwachting (zeer) bij de contacten met verzekeraars;
- In het document wordt aangegeven dat drie organisaties gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid om nadere informatie over kosteneffectiviteit en de behandelvisie te versturen. Yes We Can Clinics had dit graag ook gedaan en heeft ook aangeboden dit te doen, maar zowel bij de bijeenkomst op 19 maart 2014 als de mail met het verzoek om input te leveren op het verslag werd uitdrukkelijk aangegeven dat aanvullende informatie niet nodig en niet gewenst was. In elk geval ter info hebben wij alsnog meegestuurd:
- het door Schinkelshoek & Verhoog uitgevoerde klanttevredenheidsonderzoek, dat heeft plaatsgevonden onder toezicht van de heer P. Vos, voormalig secretaris van de Raad voor de Volksgezondheid;
- een onderzoek naar de kosteneffectiviteit welke behaald kan worden door inzet van het YWCC-behandelprogramma, uitgevoerd door KIWA Charity
- de actuele ROM cijfers van Yes We Can Clinics;
- een reportage die de Volkskrant over Yes We Can Clinics heeft gemaakt.

Consultatievraag 1: Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten?

- Yes We Can Clinics heeft geen redenen om aan te nemen dat de gesuggereerde trend onjuist is. Wel dient te worden gezegd dat er in de genoemde cijfers en conclusies in sterke mate sprake is van aannames. Tijdens de bijeenkomst d.d. 19 maart 2014 is eveneens gebleken dat de cijfers welke op dat moment werden gepresenteerd, niet altijd correct werden weergegeven en ook vergelijkingen in kostprijzen niet in perspectief werden geplaatst. Voorbeeld daarvan waren de kosten tussen gecontracteerde leveranciers en ongecontracteerde partijen. Hierbij werd het beeld geschetst dat ongecontracteerde partijen 1,5 keer zo duur zijn als een gecontracteerde partij. Uitgangspunt hierbij

was echter de ingediende declaratie, niet het daadwerkelijk uitgekeerde bedrag. Dan zou er een heel ander beeld ontstaan. Mede daarom is de (volledige) juistheid van het beeld moeilijk in te schatten;

- Yes We Can Clinics vindt het belangrijk dat Zorginstituut Nederland helder schetst dat een effectieve behandeling van verslavingszorg kosteneffectief voor de maatschappij als geheel is. In contacten met onder meer verzekeraars wijst Yes We Can daar zelf ook frequent op. In het geval van Yes We Can Clinics geldt dat elke euro die in een behandeling wordt gestoken een toekomstige besparing van 1,44 euro oplevert, aldus KIWA Carity. Yes We Can Clinics behandelt per jaar circa 400 cliënten. Dit levert de samenleving een besparing van circa 7 miljoen euro op.

Consultatievraag 2: Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst?

- In hoofdstuk 4 wordt een sterk contrast geschetst tussen reguliere instellingen en nieuwe aanbieders. Daarbij wordt ook opgemerkt dat het bij nieuwe aanbieders ontbreekt aan een centrale registratie, zodat weinig zicht is op kerncijfers. Wij vinden deze conclusie ongefundeerd en herkennen ons hier niet in. ROM-lijsten worden reeds enige tijd bijgehouden en ROM-cijfers zijn dan ook beschikbaar (en ook meegestuurd).

In de tekst is hierover overigens niet een duidelijk waardeoordeel opgenomen, maar de teneur is wel dat centrale registratie van nieuwe aanbieders eigenlijk wel zou moeten. Graag deze tekst aanpassen zodat minder wordt gesuggereerd dat dit een tekortkoming is van nieuwe aanbieders. Voor Yes We Can Clinics geldt bijvoorbeeld dat we zijn aangesloten bij GGZ Nederland en Meer GGZ. Er is niet de behoefte een apart samenwerkingsverband te creëren met nieuwe aanbieders, omdat we ons goed vertegenwoordigd voelen door de genoemde koepelorganisaties. Daarnaast valt YWCC met haar behandelprogramma binnen de Jeugd GZZ en concentreert YWCC zich niet alleen op verslavingszorg. Ook geldt voor Yes We Can Clinics dat onze gegevens openbaar beschikbaar zijn;

- Graag op pagina 20 toevoegen dat er ook instellingen zijn die in Nederland zijn gevestigd, waarvan de behandelaars de Nederlandse nationaliteit hebben, maar waarvan de (eigen) behandelplek is gevestigd in het buitenland (in het geval van Yes We Can Clinics net over de grens in de Ardennen);

- Op pagina 20 wordt aangegeven dat sommige aanbieders contracten hebben gesloten met verzekeraars en dat anderen juist geen contract willen. Hierbij ontbreekt de categorie dat sommige aanbieders wel een contract met verzekeraars willen, maar sommige verzekeraars dit niet willen omdat ze bijvoorbeeld al aan hun maximum (via reguliere instellingen) zitten t.a.v. klinische bedden;

- Op pagina 21 wordt aangegeven dat het ontbreken van een gelijk speelveld verleden tijd is. Omdat er bij diverse verzekeraars niet de bereidheid is om contracten te sluiten met nieuwe aanbieders/Yes We Can Clinics -bijvoorbeeld omdat het maximum aantal klinische bedden al is bereikt- herkennen wij ons niet in dit beeld. Ook bieden sommige verzekeraars een dermate laag percentage van het NZA-tarief aan als vergoeding wanneer een contract zou worden overeengekomen (regelmatig gaat het maar om 25 procent van het NZA-tarief) dat geen sprake lijkt te zijn van een serieus contractaanbod. Daarbij dient ook nog te worden aangetekend dat het aangaan van een gesprek hierover vervolgens niet mogelijk is. Aangezien hierover door Zorginstituut Nederland zelf op pagina 23 al opmerkingen over worden gemaakt zou het logisch en wenselijk zijn dat de tekst op pagina 21 hierop wordt aangepast;

- Op pagina 24 wordt aangegeven dat twijfels bestaan over de kwaliteit van de zorg van sommige aanbieders die in het buitenland zorg leveren, mede omdat toezicht van de IGZ niet mogelijk is. Yes We Can Clinics betreurt dat dit niet mogelijk is en zou graag zien dat dit toezicht wel mogelijk is voor instellingen die in Nederland zijn gevestigd, maar de (eigen) behandeling in het (nabije) buitenland laten plaatsvinden. Eveneens is uit een bezoek van de inspectie gebleken dat zij wel degelijk toetsen op randvoorwaardelijke zaken die voor een kwalitatieve dienstverlening noodzakelijk zijn;
- Op pagina 25 wordt aangegeven dat de NZa met klem adviseert om verzekeraars de mogelijkheid te geven om aan niet-gecontracteerde partijen ervoor te kiezen om niets te vergoeden. Yes We Can Clinics is vanzelfsprekend bekend met dit standpunt. Op zichzelf is dit geen vreemde positie. Wel hoort hier een belangrijke kanttekening bij –en wij doen een dringend beroep om deze toe te voegen-: op dit moment is dit onwenselijk. Zo lang verzekeraars bij het bepalen van wie een gecontracteerde partij wordt weinig of geen interesse hebben in de kwaliteit, effectiviteit en inhoud van behandelingen zorgt dit voor een oneerlijke positie voor (nieuwe) zorgaanbieders. Het selectief mogen inkopen van zorg is alleen rechtvaardig wanneer kosteneffectiviteit en doelmatig wel de centrale rol spelen bij de afweging en daarover ook de dialoog kan worden aangegaan.

Consultatievraag 3: Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is?

- Yes We Can Clinics deelt de conclusie ‘ambulant wanneer het kan en klinisch als het moet’. Het is verstandig alleen relatief dure behandelingen (let wel: geen behandeling zou de samenleving veel meer geld kosten) toe te passen als de noodzaak er is. Daarom steunen wij ook niet de conclusie dat therapieën die goedkoper zijn ook therapieën zijn die het meest kosteneffectief zijn. Daarmee zegt Zorginstituut Nederland in feite dat ook de zwaarste gevallen –waarvoor er juist de noodzaak was om klinisch te behandelen- geldt dat goedkoper meer kosteneffectief is. Dat is een onjuist standpunt, aangezien voor deze groep geldt dat juist de (goedkopere) ambulante behandelingen (vaak) geen effect (meer) hebben. Ook kunnen er andere redenen zijn waarom klinische behandeling extra noodzakelijk is, zoals verslaafde ouders, dagelijks fysiek geweld thuis, seksueel misbruik thuis, loverboys en criminaliteit.

Consultatievraag 4: Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus en gepast gebruik van zorg?

- Yes We Can Clinics deelt de mening dat kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten doorontwikkeld c.q. verder geprofessionaliseerd kunnen en dienen te worden. Dit bevordert (informatie over) de effectiviteit van de zorg. Informatie hierover helpt ook in contacten met verzekeraars, gemeenten en andere organisaties;
- Yes We Can Clinics steunt het pleidooi dat er meer patiënten informatie beschikbaar dient te komen over wat goede verslavingszorg is;
- Er worden tien aspecten genoemd die van belang zijn voor het gepast gebruik van zorg. Yes We Can Clinics ondersteunt deze opsomming als geheel volstrekt. Op dit moment is er nog de situatie dat slechts een deel van toepassing is. Zo is er nu geen sprake van een gelijk speelveld. Zo lang dit er niet is, is bijvoorbeeld ook selectie zorginkoop onwenselijk. Wij verzoeken Zorginstituut Nederland de

kanttekening te maken dat deze opsomming als geheel dient te worden beschouwd en niet aan cherry picking kan worden gedaan.

Consultatievraag 5: Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS?

Voor een groot deel hangen de conclusies (uiteeraard) samen met de voorgaande tekst. Enkele punten vindt Yes We Can Clinics van belang om (nogmaals) te benoemen:

- Wij delen de conclusie en reactie dat het momenteel ontbreekt aan voldoende relatieve (kosten)effectiviteitsgegevens, waarbij verschillende behandelprogramma's voor vergelijkbare groepen worden vergeleken. Vervolgens maakt ZN echter de verstrekkende opmerking dat kan worden beredeneerd dat 'de therapieën die goedkoper zijn ook de therapieën zijn die het meest kosteneffectief zijn'. Juist de opmerking dat gegevens ontbreken maakt al dat deze conclusie niet kan worden getrokken. Het is ook onwenselijk omdat zonder de juiste informatie wordt gesteld dat goedkopere behandelingen (dus) beter zouden zijn. Graag deze aanname verwijderen;
- Bij de vraag of sprake is van (zeer) kosteneffectieve behandeling is het van belang daarbij ook in de afweging nadrukkelijk mee te nemen welke kosten vermeden zijn, zoals een jaar psychiatrische opname, justitiële opname of jarenlange ambulante zorg;
- Bij het antwoord op vraag 3a is het wenselijk dat de opmerking wordt toegevoegd dat juist omdat deze informatie niet aanwezig is het niet mogelijk is een conclusie te trekken over de doelmatigheid.

Tot slot

- Yes We Can Clinics hoopt dat Zorginstituut het rapport op bovenstaande punten aanpast en nuanceert;
- Minstens zo belangrijk is dat wij hopen dat dit rapport en de bijbehorende conclusies en aanbevelingen leiden tot een daadwerkelijk eerlijk speelveld en een goed zicht ontstaat op de kosteneffectiviteit in de zorg. Ook zou het goed zijn wanneer nieuwe aanbieders niet als eenzelfde groep worden gezien. Veel behandelwijzen zijn verschillend, maar dat geldt zeker ook voor de mate van professionaliteit, het effect van behandelingen en daarmee de bijdrage aan de samenleving. En dat laatste is waarvoor we het uiteindelijk doen: in het geval van Yes We Can Clinics ruim 400 jongeren (13 t/m 21 jaar) de kans geven op een nieuw leven, nadat (veel) eerdere pogingen daartoe op andere plekken in zorg zijn gestrand.

Jan Willem Poot

Voorzitter Raad van Bestuur Yes We Can Clinics

Clara de Snoo

Lid Raad van Bestuur Yes We Can Clinics



> Retouradres Postbus 2680 3500 GR Utrecht

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw Polman
Postbus 320
1110 AH Diemen

St. Jacobsstraat 16
3511 BS Utrecht
Postbus 2680
3500 GR Utrecht
T 030 233 87 87
F 030 232 19 12
www.igz.nl

Inlichting bij
Mw L. Paauw

Ons kenmerk
2014-1061049/P9/LP/rr

Datum 27 mei 2014
Onderwerp Reactie IGZ op consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld – alcohol en drugs'

Geachte mevrouw Polman,

Bij deze reageer ik graag op uw consultatieverzoek d.d. 30 april jl. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft het consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld – alcohol en drugs' met belangstelling gelezen. Per consultatievraag geef (beknopt) een reactie. In het algemeen adviseert de inspectie u in gesprek te gaan met het Netwerk verslavingszorg. Dit netwerk is voor de IGZ een belangrijke gesprekspartner daar waar het de verslavingszorg betreft. Verder zou explicieter genoemd kunnen worden dat het document zich beperkt tot alcohol en drugsverslavingszorg.

Consultatievraag 1

De IGZ doet geen uitspraak over de kosten en baten (in EUR) van de verslavingszorg.

Consultatievraag 2

Hoofdstuk 4, pagina 19: hier staat dat 'niet goed bekend is in hoeverre de ontwikkelde richtlijnen consequent worden toegepast in de praktijk'. Zowel in 2010 als 2012 zijn verstrekkingposten getoetst. Dit zou hier vermeld kunnen worden. Tevens kan opgenomen worden dat verslavingszorginstellingen en geïntegreerde GGZ instellingen regelmatig worden bezocht in het kader van regulier toezicht. Daarbij wordt getoetst of ze richtlijnconform werken. Hoofdstuk 6: Het ZIN heeft met verschillende partijen gesproken, maar niet met het Netwerk Verslavingszorg. Dit is voor de IGZ een belangrijke gesprekspartner. Hoofdstuk 6 is naar oordeel van de IGZ onvoldoende compleet, betreft een overzicht van opvattingen. De IGZ zou de voorkeur geven aan een inhoudelijk overzicht van de stand van zaken van de verslavingszorg.

Consultatievraag 3

Ten aanzien van de conclusies over ambulante of klinische behandeling: *alleen op basis van richtlijnen en ontwikkelde zorgprogramma's moet besloten worden of een cliënt ambulant of klinisch behandeld dient te worden.*

De IGZ onderschrijft de opmerking dat een behandelprogramma altijd een vorm van nazorg moet bieden.

Consultatievraag 4

Specifiek over het punt 8.7.1: de IGZ houdt toezicht op basis van de Nederlandse gezondheidswetgeving en is niet bevoegd in het buitenland toezicht te houden. In

veel gevallen vindt intake en nazorg in Nederland plaats, daar is het toezicht van de IGZ op van toepassing.

Datum
27 mei 2014

Consultatievraag 5

De IGZ heeft geen aanvullende opmerkingen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'B' followed by a horizontal line that extends to the right and then curves slightly upwards.

De heer R.J. Boumans
Programmadirecteur publieke, geestelijke en forensische gezondheidszorg



Per e-mail: lvisser@zinl.nl
Zorginstituut Nederland
Mw. Drs. P.I. Polman MPH
Postbus 320
1110 AH Diemen

Betreft: Consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld'

Voorthuizen, 26 mei 2014

Geachte mevrouw Polman,

Naar aanleiding van het concept Consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs' doen wij u hierbij onze commentaren en aanvullingen per consultatievraag toekomen.

Consultatievraag 1 – kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten
Allereerst merken wij op dat de kosten van verslavingszorg lijken te zijn gemeten door het naast elkaar leggen van de absolute kosten van ambulante behandeling versus klinische opname. Wellicht ontstaat een beter beeld van de kosten wanneer hierbij uitgegaan wordt van de unieke cliënt. Immers, cliënten kunnen meerdere malen ambulante kosten maken, wat het kostenplaatje vertekent.

U constateert evenwel een lichte daling; als rekening wordt gehouden met een inflatiepercentage van 3% over de jaren 2009-2011 dan is de daling 4,7%, hetgeen wij substantieel achten.

De klinische behandeling in gebudgetteerde instellingen is afgenomen en bij nieuwe aanbieders toegenomen. Er is echter niet onderzocht of dit een bewuste keuze van de cliënt is. Het zou kunnen zijn dat de cliënt juist voorkeur geeft aan behandeling in een nieuwe kliniek boven behandeling in een groot bestaand instituut. Dit is mogelijk een zeer waardevol feit bij de beoordeling van de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg. Uw constatering mag dan ook leiden niet tot de suggestie dat nieuwe aanbieders ten onrechte cliënten klinisch behandelen.

De maatschappelijke baten van verslavingszorg daarentegen zijn aanzienlijk. SolutionS geeft in overweging om de kosten per succesvolle therapie nader te onderzoeken. Dat is naar ons oordeel noodzakelijk voor een objectieve vergelijking. Hetzelfde geldt voor de selectie van cliënten bij de intake en voor welk soort therapie een client in aanmerking komt. Ook voor SolutionS geldt dat voor klinische behandeling noodzaak moet zijn. Als die niet blijkt dan wordt de client ambulant



begeleid, verwezen naar een meer passende zorgaanbieder of wij nemen contact op met de verwijzer.

Pas als er een objectieve intake voor de verschillende zorgvormen is en vervolgens de kosten per succesvolle therapie worden vergeleken, is het mogelijk om een oordeel uit te spreken over de verschillende behandelmodaliteiten en de bijbehorende zorgaanbieders. SolutionS is bereid hier aan mee te werken.

Consultatievraag 2 – analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals die is geschetst

De cliënt

Er is weinig detail inzicht in de cliëntenpopulatie, zoals het aantal draaideur cliënten of de kosten van een succesvol behandelde cliënt. Naar onze mening moet nader onderzoek naar deze en vergelijkbare gegevens gedaan worden om vast te kunnen stellen wat de beste intake is en de daarbij behorende behandeling.

DE cliënt bestaat niet. In de voorlaatste alinea op pagina 17 wordt erkend dat slechts een fractie van de alcoholverslaafden in zicht komt (cliënten die niet naar de gebudgetteerde GGZ-instellingen gingen). Het feit dat nieuwe toetreders een bepaalde doelgroep aantrekken wordt onvoldoende in de schijnwerpers gezet. Op pagina 18 wordt opgemerkt dat ca. 25% van de mensen met verslavingsproblematiek chronisch wordt. Wij vragen ons af of deze cijfers correct zijn en hoe is gemeten.

De levenslange vatbaarheid voor verslaving pleit voor een levenslange trouw aan de zelfhulpgroepen (AA, NA, CA etc.), die gratis zijn en een hoeksteen van het Minnesota Model.

Zorgaanbieders

Deze beschrijving lijkt ons correct.

Opvallend is dat nieuwe aanbieders zoals U-Center, RoderSana en SolutionS een zelfstandige bijdrage vragen voor de (klinische) behandeling. Deze zelfstandige bijdrage is een motivationele factor en een belangrijke voorwaarde voor succes (zie het IVO onderzoek), waarbij de sociaal economische status overigens geen of een ondergeschikte rol lijkt te spelen (zie de Achmea rapportage inzake praktijkvariatie waarbij SolutionS cliënten uit een lagere SES score komen dan de vergeleken GGZ instellingen).

Wij zijn het echter zeer oneens met het op pagina 21 omschreven gelijk speelveld. Er was tot afgelopen jaar geen sprake van een gelijk speelveld tussen de oude en de nieuwe instellingen, omdat nieuwe instellingen tot dat moment te maken hadden met het jarenlang in stand gehouden ongelijke speelveld vanwege de instandhouding van het representatiemodel.

Voor zover er al een gelijk speelveld zou kunnen ontstaan in 2014 en daarna, lijkt deze volledig van de baan te zijn door de geplande wijziging van art 13 ZvW.



Zorgverzekeraars

Bij punt 5.2.3 worden de constatering van één zorgverzekeraar uitgebreid weergegeven. Is dit geverifieerd, is dit generiek? Zo niet, dan achten wij dit nogal suggestief. De laatste alinea op pagina 24 geeft ook aan dat dit mogelijk aan de orde is. Naar onze mening is een meer evenwichtige weergave op zijn plaats.

Ad selectieve inkoop: Zorgverzekeraars stellen niet alleen eisen in het kader van een contract, maar ook daarbuiten worden normen gehanteerd die niet in de polisvoorwaarden staan, bijvoorbeeld ten aanzien van hoofdbehandelaarschap.

De genoemde percentages omtrent klinische opnames onder het kopje praktijkvariatie vinden wij suggestief. Als een instelling er is voor klinische behandeling, en die is ook zo contractueel ingekocht, dan is het logisch dat er tegen de 100% klinische opnames geleverd worden. Het verklaren van praktijkvariatie zou kunnen als men open staat voor de feiten en de percentages afgezet tegen de gecontracteerde zorgtrajecten.

Er wordt ook gesuggereerd dat nieuwe instellingen weinig aan diagnostiek doen. Bij SolutionS hebben we een separaat diagnostisch centrum waar alle klinische cliënten minimaal 1 dag (gemiddeld 3) verblijven voor detox en/of diagnostiek. SolutionS doet ook detox en diagnostiek voor derden, inclusief GHB detox die 2 tot 3 weken in beslag neemt.

Ten aanzien van de laatste alinea op blz. 25 merken wij op dat wanneer er geen overeenkomst totstandkomt een nieuwe aanbieder geen bestaansrecht heeft. Daarmee wordt de markwerking in de GGZ (vanaf 2008) om zeep geholpen en innovatie niet meer gestimuleerd. Ambulantisering op zich zegt namelijk niets over innovatie en hoeft ook geen verbetering van behandeling in te houden. Het kan zelfs alleen voor de korte termijn goedkoper zijn, maar voor lange termijn een slechte investering blijken.

Visie partijen op goede verslavingszorg

SolutionS onderschrijft de noodzaak van uniforme triage en uniforme rapportage van resultaten. De MATE wordt door SolutionS gebruikt (zie IVO onderzoek) en de clienttevredenheidsgegevens (Zorgkaart Nederland, CQ) worden geanalyseerd en gebruikt voor verbeteringen. Uiteraard neemt SolutionS deel aan de ROM en BraM, echter de verschillende uitgangspunten t.a.v. behandeldoelen (abstinentie versus "sociaal gebruik") maken vergelijkingen moeilijk.

Aangezien er nog veel onderbehandeling plaatsvindt en veel verslaafden pas laat hulp vragen, met name in de doelgroep die door het systeem lang worden ondersteund, is verdere ontwikkeling van triage instrumenten noodzakelijk omdat "nooit eerder behandeld" in de laatstgenoemde doelgroep niet per sé betekent dat een ambulante behandeling adequate en doelmatige zorg is.



Consultatievraag 3 – conclusies over te verzekeren zorg

Onderaan bij 7.2.4. staat “Daarbij kan het ook nodig zijn naar de kosteneffectiviteit te kijken, omdat klinische opnames over het algemeen duurder zijn dan ambulante behandeling”. Inderdaad geldt in zijn algemeenheid dat de tarieven voor een ambulante behandeling lager zijn dan die voor klinische behandeling, maar dat wil niet zeggen dat een klinische behandeling altijd duurder is. Een ambulante behandeling die tot niets leidt is altijd duurder dan een succesvolle klinische behandeling. Bij de conclusies staat ook dat u dit nader wilt onderzoeken. Enige nuancering van de tekst lijkt dan ook geboden.

In 7.3.2 wordt het standpunt over het Minnesota model gegeven. Hierin herhaalt u uw eerdere rapport. Zo stelt u in de laatste alinea dat “... het Minnesota Model is echter even effectief als andere behandelingen ...”. Dit was gebaseerd op oude rapporten met succespercentages die voor SolutionS gedateerd zijn. Het succespercentage is bij ons veel hoger, en daarmee staan alle eerdere conclusies ter discussie. Wij bieden u aan om op dit onderdeel in nauwe samenwerking met het Zorginstituut een analyse te maken om te toetsen of uw eerdere standpunt nog valide is. In 7.4 wordt gesteld dat doelmatigheid een aangelegenheid is van de zorgverzekeraar. Wij zijn echter van mening dat het een eerste verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder en de branche is. Als zij behandelrichtlijnen vaststellen over wat gebruikelijke zorg is en het verhoudt zich met de stand der wetenschap, dan is sprake van verzekerde zorg mits de cliënt geïndiceerd is. De deskundigheid zit primair bij de zorgverleners en zij kunnen de uitkomsten uiteraard altijd delen met het Zorginstituut en de zorgverzekeraars.

In 7.4.5 wordt geconcludeerd dat er weinig onderzoek bestaat naar de validiteit van de argumenten voor ambulante dan wel klinische behandeling. Hiermee worden vele conclusies en argumenten weerlegd dat ambulante behandeling (veel) goedkoper en daarmee kosteneffectiever is dan klinische behandeling.

In 7.4.8. wordt de noodzaak van gestructureerde nazorg beschreven. SolutionS kent standaard 11 maanden poliklinische nazorg na een opname van 28 dagen.

Wat betreft de kostenconsequenties lijken de besparingen door minder klinische behandeling al te worden ingeboekt, zonder dat daadwerkelijk vastgesteld wordt dat dit niet ten koste van de effectiviteit gaat. Dat lijkt ons vroegtijdig. Daarnaast zal meer nazorg (conform het pleidooi in 7.4.8) kostenconsequenties tot gevolg hebben waar geen rekening mee wordt gehouden.

Voor wat betreft dagbehandeling en de stelling dat als deze in het buitenland wordt uitgevoerd niet doelmatig is, zouden wij graag een aantal nuanceringen willen aanbrengen:

- veel sociale en maatschappelijke contacten verlopen steeds meer via social media i.p.v. persoonlijk;



- tijdens de eerste fase van de behandeling ligt de focus op de eigen motivatie en problematiek, en is inmenging van het systeem niet wenselijk;
- en tenslotte, niet onbelangrijk, de kosten van buitenlandse zorg zijn soms aanzienlijk lager waardoor besparingen kunnen worden gerealiseerd. SolutionS heeft hier dan ook met sommige verzekeraars contractuele afspraken over gemaakt die ons inziens doelmatig zijn.

Wij zijn ervan overtuigd dat uw voorstel om voor niet-gecontracteerde zorgverleners een machtigingsprocedure vooraf in de polisvoorwaarden op te nemen, voldoende waarborgen moet kunnen bieden om kwalitatief goede zorg te verlenen. Mèt u zijn wij het eens dat voorkomen moet worden dat er zorggeld gaat naar instellingen in binnen- en buitenland die geen goede zorg bieden. Dat kan met uw voorstel voor machtiging vooraf.

Consultatievraag 4 – verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg

De in 8.5 voorgestelde onderzoeken naar effectiviteit kunnen wij van harte onderschrijven. De noodzaak van deze onderzoeken betekent tevens dat er nu geen overhaaste conclusies getrokken moeten worden, maar dat eerst de resultaten moeten worden afgewacht.

In aanvulling op onze opmerking bij vraag 2 merken wij op dat de intake wellicht meer gestandaardiseerd moet worden.

In 8.7 wordt “Klinieken in het buitenland” beschreven.

SolutionS zet regelmatig buitenlandse partnerklinieken in voor behandeling. De overwegingen hierbij zijn van diverse aard:

- privacy: het betreft veelal zelf betalende cliënten die geen beroep doen op de ZvW. Indien er wel een beroep wordt gedaan op de zorgverzekeraar, dan is dit onderdeel van de afspraken met die zorgverzekeraar;
- behandelbaarheid in groepen: sommige cliënten, en met name cliënten met dubbele diagnose, die al vaker behandeld zijn – ambulante én klinisch – passen niet in een setting waar groepstherapie de boventoon voert. Er zijn buitenlandse klinieken die in een kleinschalige setting succesvolle behandeling bieden die gericht is op het individu;
- kosteneffectiviteit: we verwijzen hiervoor naar onze opmerkingen hierboven (laatste alinea consultatievraag 3) ten aanzien van dagbehandeling.

In alle gevallen voldoen SolutionS partnerklinieken aan dezelfde voorwaarden als die waaraan SolutionS moet voldoen. De klinieken hebben allemaal een volledige vergunning en aanwezigheid van professioneel gekwalificeerd personeel is gewaarborgd. Ons inziens kan het gebruik van buitenlandse klinieken effectief en doelmatig zijn. Vanzelfsprekend stemmen wij dit transparant af met zorgverzekeraars.

Consultatievraag 5 – conclusies en aanbevelingen

SolutionS is graag bereid om mee te werken aan nader onderzoek naar de



effectiviteit van indicatiestelling en behandeling.

Wij zouden het zeer op prijs stellen als u vóór de afronding van uw advies een keer bij ons in Voorthuizen op werkbezoek komt. Wij willen dan graag met u onze wijze van werken delen, de intake inclusief selectie aan de deur, de effecten van een eigen bijdrage en onze kosten per succesvolle therapie.

Onze reactie is misschien kritisch, maar primair opbouwend bedoeld. Wij stellen het bijzonder op prijs dat u het veld zo bij uw onderzoek betreft, en zijn ervan overtuigd dat wij ook een goede bijdrage kunnen leveren aan de totstandkoming van uw advies. Wij denken dat er nog veel onbekend is om tot definitieve standpunten te komen, en ook na het uitbrengen van uw advies willen wij graag onze medewerking aanbieden voor een verdere evaluatie van de verslavingszorg.

Met vriendelijke groet,
SolutionS

J.P.M. Haakman
CEO

Epen, 26 mei 2014

Geachte mevrouw Polman,

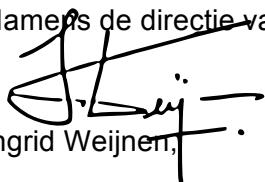
Hartelijk dank voor het ons toegestuurde consultatiedocument: Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs. Versie 30 april 2014. Voorzien van diverse bijlagen, waaronder

- het rapport: “Prevalentie, effectiviteit en trends in de verslavingszorg”.
- Achtergrondstudie in opdracht van het College voor Zorgvoorzieningen. Trimbos Instituut, Utrecht 2014.

Met genoegen maken wij u een compliment voor het fraaie, uitgebreide rapport, dat naar aanleiding van onderzoek en diverse invitationale conferences met betrokken partijen, gerealiseerd is.

U-center maakt graag gebruik van de geboden gelegenheid een aantal aanvullende opmerkingen te maken, alsook om een aantal correcties aan te brengen. Tot slot zullen wij de consultatievragen beantwoorden.

Namens de directie van U-center



Ingrid Weijnen,

directeur behandelzaken

*Correspondentie aangaande dit document,
via J.M. Bouman, bestuurssecretaris
bouman@u-center.nl*

1. Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs. Versie 30 april 2014.

Algemene opmerkingen.

- Het rapport bespreekt de verslavingszorg in Nederland, maar beperkt zich daarin tot Alcohol en Drugs. Graag wijzen wij erop dat in de verslavingszorg (in ieder geval bij U-center) ook een aanzienlijk deel van de patiënten behandeld wordt vanwege medicatieafhankelijkheid (tranquillizers en slaapmedicatie), alsook vanwege gedragsverslavingen zoals gokken, gamen, seksverslaving, kopen, eten en internetverslaving. Bovendien gaan deze verslavingen vaak samen met middelenverslaving. De prevalentie van de problematiek is waarschijnlijk dus aanzienlijk groter dan in het onderhavige rapport geschetst.

- Het is een kwalijke zaak dat (relatief nieuwe) aanbieders, die wel volledig voldoen wat betreft hun kwalificaties, worden uitgesloten door zorgverzekeraars, zonder dat er zelfs maar een gesprek heeft plaatsgevonden. Kwaliteit en inhoud komen in het geheel niet ter sprake bij sommige verzekeraars (pag. 23). Wij vragen nogmaals uw aandacht hiervoor.

- In uw rapport wordt uitgebreid stilgestaan bij het Minnesota (12 Steps) model (pag. 35 en 36). Dit verbaast ons zeer, aangezien uit de Nederlandse studies, geciteerd in de achtergrondstudie, blijkt dat het Minnesota model enkel effectief zou zijn bij alcoholverslaving. Andere, wel effectieve behandelmethodes, met name cognitieve gedragstherapie, motivational interviewing en CRAFT (Community Reinforcement Approach and Family Therapy) worden daarentegen niet toegelicht.

- In de achtergrondstudie ontbreekt een belangrijke Amerikaanse Review studie waarvan wij samengevat graag de resultaten hieronder aan u presenteren. Het betreft de grootschalige Mesa Grande Studie, in kader 1 nader toegelicht, onder maar liefst ruim 70.000 patiënten met een verslaving. In kader 2 treft u een overzicht van effectieve interventies, in kader 3 van niet-effectieve interventies, waaronder het Minnesota en 12 steps model.

Kader 1, Grootschalige Mesa Grande Studie

Mesa Grande (Miller & Wilborne 2003)

- Systematische review
- 361 gecontroleerde studies; 538 contrasten; 70.052 patiënten
- elke studie gescoord op kwaliteit (MQS: 0 tot 17: >13 = excellent)
- Elke studie gescoord op effectiviteit (OLS: -2 tot +2)
- Elk type interventie gescoord op bewezen effectiviteit (CE)
- Type interventies gerangschikt naar CES in “mesa grande”

MQS= Methodological Quality Score; OLS = Outcome Logic Score; CES = Cumulative Evidence Score

Kader 2. Overzicht van effectieve interventies

INTERVENTIE/RANGORDE	CES	% pos	N studies	Gem. MQS	% Klinisch
01 Korte interventie	280	68	31	12.7	48
02 Motiverende interventie	173	71	17	13.1	53
03 Acamprosaat	116	100	5	11.6	100
04 Naltrexon	100	83	6	11.3	100
05 Sociale vaardigheidstraining	85	68	25	10.5	84
06 CRA	80	100	4	13.0	80
07 Gedragscontracten (CM)	64	80	5	10.4	100
08 Gedragstherap relatietherapie	60	62	8	12.9	100
09 Case management	33	67	6	10.2	100
10 Selfcontrole	25	50	6	12.0	83
11 Cognitieve therapie	21	40	10	10.0	88
12 Rogeriaanse counseling	20	57	7	10.6	86
13 Disulfiram	20	50	24	10.8	100
14 Aversitherapie (apnoe)	18	67	3	9.7	100
15 Covert sensitisation	18	38	8	10.9	100
16 Acupunctuur	14	67	3	9.7	100
17 Aversitherapie (misselijkheid)	14	40	5	10.4	100
18 Bibliotheapie	11	40	5	12.0	60
19 Zelfcontrole training	9	49	35	12.8	63
Effectieve interventies (>3 studies) geel gearceerd					

Kader 3. Overzicht van niet-effectieve interventies, waaronder het Minnesota en 12 steps model.

INTERVENTIE/RANORDE	CES	% pos	N studies	Gem. MQS	% Klinisch
46 Educatieve films en groepen	-343	27	23	8.7	38
45 Algemene alcoholcounseling	-239	10	20	11.2	85
44 Inzichtgevende psychotherapie	-225	11	18	10.9	88
43 Confronterende counseling	-190	0	11	10.7	73
42 Ontspanningsoefeningen	-144	17	18	10.6	66
39 AA	-108	14	7	10.7	86
38 Milieutherapie	-107	17	12	10.6	100
37 TCA	-104	0	6	8.7	100
35 Terugvalpreventie	-87	30	20	11.9	85
34 Anxiolytica	-80	29	14	8.4	100
33 5-HT antagonist	-68	0	3	11.3	66
30 Hypnose	-41	0	4	10.3	100
29 Functionele analyse	-36	0	3	12.0	66
28 Relatietherapie (anders)	-33	38	8	12.3	100
27 Lithium	-32	43	7	11.4	100
26 SSRI	-16	53	15	8.6	53
25 12 step facilitatie	-13	33	3	10.6	100
23 Gezinstherapie	-4	33	3	10.3	66
20 Minnesota model	-3	33	3	11.3	33
Niet effectieve interventies (> 3 studies) rood gearceerd					

Het blijft ons dan ook verbazen dat CVZ het standpunt heeft ingenomen (pag. 36) dat behandeling van (alcohol)verslaving met het Minnesotamodel voldoet aan het criterium “stand van wetenschap en praktijk” en dus als effectief kan worden beschouwd in de verslavingszorg. Temeer daar voor alle andere verslavingen de effectiviteit van het Minnesotamodel niet is aangetoond (pag. 37 en 38). Graag zouden wij u willen adviseren uw bevindingen te heroverwegen cq nader onderzoek te laten plaats vinden. Op pagina 59/60 van de achtergrondstudie worden de

aanbevelingen uit de richtlijn alcohol genoemd, allemaal cognitief gedragstherapeutische (CGT) interventies, en wordt het Minnesota model afgeraden.

Op pag. 68 wordt wederom vastgesteld: “Een combinatie van medicamenteuze en gedragstherapeutische behandeling is het meest effectief, omdat op deze wijze verschillende aspecten van de verslaving worden behandeld (NIDA 2012). Daaraan zou nog toegevoegd kunnen worden”...van de verslaving en van de comorbide andere problematiek”. Dit is de manier waarop U-center werkt.

2. Rapport: “Prevalentie, effectiviteit en trends in de verslavingszorg”. Achtergrondstudie in opdracht van het College voor Zorgvoorzieningen. Trimbos Instituut, Utrecht 2014.

In het onderstaande worden een aantal kanttekeningen geplaatst bij de achtergrondstudie van het Trimbosinstituut. U-center wordt in een adem met de nieuwe aanbieders genoemd, terwijl wij, ondersteund door onze Wetenschappelijke en Klinische Adviesraad, juist een ander, evidence based aanbod bieden. Wij zouden het op prijs stellen als deze nuance op diverse plaatsen in het rapport gemaakt wordt.

Pag. 5: “We hebben ons voornamelijk geconcentreerd op Nederlandse literatuur. Een beperking daarbij is dat er weinig reviews beschikbaar zijn waar we ons op kunnen baseren”. **Er is zoals boven vermeld een grote review studie beschikbaar naar effectieve behandelingen in de verslavingszorg.**

Pag. 16. Het bevreemdt ons dat patiënten met een dubbele diagnose niet meegenomen zijn in dit rapport. In de tweede alinea wordt vermeld dat dubbele diagnose, of beter comorbiditeit, geen uitzondering vormt en dat hun prognose op verbetering slechter is dan bij een enkele diagnose. De aantallen patiënten met een comorbide as 1 stoornis, genoemd in de tabel in de derde alinea, zijn buitengewoon hoog.

U-center: U-center legt zich juist op deze complexe doelgroep toe. Op pag. 18 wordt daar nog de comorbiditeit met persoonlijkheidsproblematiek (35%) op as 2 en de enorme omvang van de psychosociale problematiek op as 4 bij benoemd. Tevens is de hoge somatische comorbiditeit op as 3 bekend bij deze groep patiënten.

Pag. 31. 8^e aandachtsstreepje: **U-center:** Wij kunnen ons niet vinden in de uitspraak dat chronisch verslaafde cliënten buiten het bereik van de nieuwe aanbieders vallen. Bij de meeste aanmeldingen is er sprake van langdurige chronische problematiek alvorens men hulp zoekt (ook bij de doelgroep van beter opgeleide, werkende patiënten).

Pag. 37: eerste bullet: U-center ziet verslaving als een veelal chronische, hersenaandoening, waarbij genetische factoren een rol kunnen spelen (graag wijzigen, niet “emotieziekte”)

Pag. 38. “Cliënten met een dubbele diagnose vallen dikwijls buiten de clientèle”.
U-center: Daar zijn wij het niet mee eens; worden bij uitstek behandeld bij U-center, veel met multiple diagnoses.

Pag. 38. “Op enkele uitzonderingen na werken de nieuwe instellingen met het Minnesotamodel”. Kennelijk wordt om die reden (“de meesten doen het”) alleen het Minnesota model besproken. Graag ook de andere (effectieve) therapievormen toelichten die door de uitzonderingen worden toegepast, waarvoor wel wetenschappelijke evidentie bestaat (motiverende gespreksvoering, gedragstherapie, CRA, medicamenteuze behandeling). Zo zal dit meer gemeengoed gaan worden. U-center behandelt primair met CGT, CRA en medicatie.

Pag. 39/40. **U-center:** U-center werkt wel met de MATE en neemt 7 levensdomeinen op in haar behandelplan. Bovendien gebruikt zij volgens de richtlijn de AUDIT in de screening.

Pag. 42, tabel klinische opname: U-center behandelt gemiddeld 7 weken klinisch + 7 weken ambulantly, gevolgd door begeleide zelfhulpgroepen (zolang men wenst). Graag corrigeren.

Pag. 44, derde alinea, eerste streepje:

U-center: U-center voert evenals de reguliere instellingen een uitgebreid diagnostisch traject uit.

Pag. 44, derde alinea, vierde streepje: "Het Minnesota model is de basis van behandeling a.v.n. alle nieuwe aanbieders".

U-center: Dit is niet correct, U-center werkt volstrekt niet met het Minnesota model (niet effectief en niet bruikbaar bij comorbide as1 en as 2 problematiek).

Pag. 45-49 tabel: graag de kolommen van U-center corrigeren! In het overzicht wordt aan de hand van een tabel een vergelijking gemaakt van de toepassing van therapieën door de verschillende aanbieders. Wij begrijpen dat dit op basis van de website genoteerd is, maar willen graag de correcte weergave vanuit de praktijk geven.

In het vergelijk wordt op 30 onderdelen (!) helaas een onjuist en/of onvolledig beeld geschetst van U-center. Hiermee wordt de kliniek geen recht aangedaan en wordt de lezer van het rapport een onjuist beeld geschetst.

Wij zouden het dan ook zeer op prijs stellen als u deze tabel wilt aanpassen en de lege vakjes wilt vervangen met een kruisje. In het onderstaande worden de 30 ontbrekende onderdelen toegelicht.

Overzicht van onvolledige/onjuiste vermelding U-center behandeling in de achtergrondstudie

Onderzoek en diagnostiek, pagina 45

Psychiatrisch onderzoek bij verslaving	Geen melding	U-center heeft 4 Psychiaters in vaste dienst die tijdens de intake onderzoek doen bij nieuwe patiënten
Psychologisch onderzoek bij verslaving	Geen melding	Psychologisch onderzoek maakt een vast onderdeel uit van het multidisciplinaire onderzoek bij de intake van nieuwe patiënten. Onderzoek bestaat uit meerdere gesprekken, gestandaardiseerde diagnostische interviews en het invullen van zelfrapportage-vragenlijsten t.b.v. diagnostiek en ROM. Op indicatie wordt aanvullend neuropsychologisch, intelligentie en persoonlijkheidsonderzoek verricht.
Medisch onderzoek en begeleiding	Geen melding	U-center heeft artsen in vaste dienst die tijdens de intake onderzoek doen bij nieuwe patiënten, waaronder een MIAM geregistreerde verslavingsarts. Tijdens de intake en het gehele traject van behandeling en begeleiding maken de artsen onderdeel uit van de multidisciplinaire behandelteams.

Motiveren, pagina 45

Middelengroep	Geen melding	Gedurende de behandeling in de kliniek zijn er wekelijks twee aparte middelen groepen (Middelen-weigertraining en psycho-educatiegroep)
Motiverende gespreksvoering	Geen melding	Motiverende gespreksvoering wordt zowel als individuele als groepsinterventie

		aangeboden, vanaf de aanmelding tot de afsluiting.
--	--	--

Advies en hulp, pagina 45, 46 en 47

Medicamenteuze behandeling	Geen melding	Tijdens de detoxificatie wordt gebruik gemaakt van medicamenteuze behandeling door de psychiaters en verslavingsartsen van de kliniek. Doorgaans is er sprake van comorbiditeit en worden tegelijkertijd en integraal ook andere aandoeningen (bv. Depressie, angst) medicamenteus behandeld en begeleid door onze psychiaters. In de nazorg kan Baclofen worden voorgeschreven, naast zuchtremmers.
Nuchter slapen/omgaan met slaapproblemen	Geen melding	Onderdeel van individuele en groepsbehandeling, o.a. met chronotherapie (uitgebreidere vorm van lichttherapie en herstel van biologische klok).
Cognitieve gedragstherapie	Geen melding	Dit is de kern van de behandelaanpak van U-center zowel in de klinische als ambulante praktijk. Hiertoe zijn een groot aantal basis-, GZ-, en klinische psychologen en psychotherapeuten in vaste dienst, allen VGCT opgeleid en geregistreerd.
Omgaan met negatieve gevoelens (emotieregulatie training)	Geen melding	Dit maakt onderdeel uit van individuele en groepstherapie. Er wordt gewerkt met de VERS training.
EMDR	Geen melding	EMDR wordt bij alle patiënten met PTSS toegepast. De psychologen hebben een basis- en een vervolgtraining gevolgd.
Seeking Safety (Traumabehandeling)	Geen melding	U-center behandelt overwegend patiënten met comorbiditeit, waaronder geïntegreerd verslaving met PTSS, gericht op veiligheid, stabilisering en/of verwerking vanuit een gedragsmatige aanpak.
Omgaan met boosheid en agressie	Geen melding	Individuele agressie training
Leefstijltraining	Geen melding	De leefstijltraining wordt in de individuele behandelingen protocollair toegepast. Elke patiënt maakt een terugvalpreventie- en noodplan (individueel en in groepsverband). Patiënten nemen deel aan een groep : Middelen-weigertraining.
Sociale vaardigheidstraining/Goldsteintraining	Geen melding	Dit is een aparte groepstherapie waar een eigen training, niet zijnde Goldstein, wordt toegepast, beter passend bij de patiëntenpopulatie van U-center
ADHD behandeling in een groep of	Geen melding	ADHD wordt gediagnosticeerd, individueel behandeld (psychologisch en medicamenteus)

individueel		
Zelfcontrole cursus	Geen melding	Zelfcontrole interventies maken onderdeel uit van de individuele gedragstherapiebehandeling van de patiënt.
Specifieke gespreksgroepen	Geen melding	De psycho-educatiegroep is deels ook een gespreksgroep met uitwisselen van ervaringen en een avond in de week vindt een gespreksgroep plaats met een oud-patiënt als gast (ervaringsdeskundige).
Community Reinforcement approach	Geen melding	Wordt toegepast individueel en met familieleden (CRA-FT)
Terugvalpreventie training en begeleiding	Geen melding	Wordt zowel individueel als in een groepstraining gegeven. Elke patiënt gaat naar huis en start de ambulante hulp met een terugvalpreventie plan en noodplan.
Zelfhulpgroep/lotgenotencontact	Geen melding	Iedereen kan deelnemen aan de U-supportgroepen (begeleide zelfhulpgroepen met lotgenoten voor oud-patiënten) en aan vrij toegankelijke AA/NA groepen.

Familie- en systeembegeleiding, pagina 47

Systeemgesprekken bij verslaving	Geen melding	Systeemgesprekken en therapieën zijn een vast onderdeel van de intake en de behandeling. Een groep voor familieleden en naastbetrokkenen is structureel ingericht dmv weekendbijeenkomsten tijdens de klinische fase, en bijeenkomsten tijdens de ambulante fase. Daarnaast gaat U-center nog verder door ook de werkgever te betrekken, na toestemming van en samen met de patiënt aan tafel.
Systeem therapie bij verslaving	Geen melding	
Partnergroep/ echtparengroep	Geen melding	
Communityening (CRAFT)	Geen melding	Wordt individueel tijdens behandeling toegepast, ook in aanmeldfase.

Vaktherapie, pagina 47 en 48

Muziektherapie	Geen melding	Vast behandelprogramma onderdeel
Dramatherapie	Geen melding	Vast behandelprogramma onderdeel
Running therapie	Geen melding	Vast behandelprogramma onderdeel

Overige therapieën, pagina 48

Mindfulness training	Geen melding	Vast behandelprogramma onderdeel
Inzichtgevende therapie	Geen melding	Vast behandelprogramma onderdeel (individueel en groepspsychotherapie)
Lichaamsgerichte therapie	Geen melding	Vast behandelprogramma onderdeel

Pag. 51, 4.7, 4^e streepje:

U-center: U-center maakt gebruik van de bestaande richtlijnen en protocollen voor zorgtoewijzing en behandeling. Zowel de 4 psychiaters als de verslavingsartsen (waarvan 1 MIAM) als alle psychologen zijn hierin getraind.

Pag. 68, drop-out. “Uitval, drop-out, is derhalve een van de grootse problemen van (verslavings-) behandelprogramma’s”. Is er iets bekend over drop-out bij de nieuwe aanbieders?

U-center: Bij U-center is de drop-out rate te verwaarlozen!

Pag.75 “De cijfers van U-center zouden een geflatteerd beeld kunnen geven vanwege selectieve non-respons, maar dit is niet zeker”. De respondenten blijken qua demografische variabelen en eerdere scores op klachtenlijsten niet significant af te wijken van de responders.

U-center: Er is geen reden om aan te nemen dat de responders niet representatief zijn.

Pag. 82, onder “nieuwe aanbieders”. “Uit wat we wel weten (DBC gegevens, websites) valt echter op te maken dat zij dure zorg *lijken* te leveren voor een betrekkelijk ‘lichte’ groep cliënten.

U-center: Ook hier wordt U-center ten onrechte in een adem genoemd met andere aanbieders. Uit diverse controles is duidelijk naar voren gekomen dat de door U-center geboden zorg rechtmatig en doelmatig was, gezien de ernst en duur van de problematiek, de comorbiditeit, de risico’s en eerdere ontoereikende behandelingen. Wij indiceren zorgvuldig (matched care) en verwijzen in 80% van de aanmeldingen door naar andere (lichtere) vormen van behandeling.

Pag. 90. “Gezien het tot chroniciteit neigende karakter van verslaving is abstinentie veelal geen reëel einddoel”.

U-center: Wij zijn het hiermee niet eens. Wel is het zo dat patiënten gemiddeld 3 x terugvallen alvorens zij erin slagen definitief te stoppen met hun middelengebruik. Een (mogelijk genetisch bepaalde) kwetsbaarheid tot verslaving betekent dat gecontroleerd gebruik zelden een optie is. Het doel van de behandeling (abstinentie) moet dus niet aangepast worden, maar de behandelmethode zelf; deze moet langdurige follow-up en snelle korte relapse interventies inbouwen om het doel te bereiken.

Bijlage 6. Er staat een vraagteken bij de kolom ‘Behandelen volgens richtlijnen’.

U-center: Graag hier een kruisje, wij behandelen conform de richtlijnen.

Bijlage 6, laatste kolom: U-center is aangesloten bij meer GGZ en aspirant lid van ZKN.

3. Beantwoording consultatie vragen

Consultatievraag 1

Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten (hfst. 2)?

U-center: Ja.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst (hfst. 3 t/m 6)?

U-center:

Hfst 3: ja

Hfst.4: ja.

Hfst. 5: met de kanttekening dat er geen gelijkspelveld is in de praktijk. Er zijn verzekeraars die niet willen praten met nieuwe partijen met als argument dat ze genoeg voorzieningen hebben regulier om hun zorg in te kopen (geen argument kwaliteit en kosteneffectiviteit). U-center herkent zich niet in de conclusie dat declaraties niet transparant zijn, of onrechtmatig of ondoelmatig. U-center is tegen het afschaffen van artikel 13, keuzevrijheid van de patiënt, maar kan zich wel vinden in beargumenteerde toestemming voor behandeling na diagnostiek en indicatiestelling.

Hfst. 6: De cijfers van U-center mogen als representatief voor de populatie patiënten beschouwd worden.

Consultatievraag 3

Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is (hfst. 7)?

U-center onderschrijft het belang van goede voorafgaande diagnostiek. Knelpunt is dat de huisarts en POH vaak over onvoldoende deskundigheid beschikken verslaving en comorbiditeit te diagnosticeren. Een diagnostische module in de S-GGZ (DBC) zou ter ondersteuning kunnen dienen.

U-center pleit ervoor alleen het gebruik van evidence based behandelingen te vergoeden en nader onderzoek te doen naar het Minnesota model met inbegrip van internationale studies, niet alleen naar alcoholverslaving maar naar alle verslavingen (middelen- en gedragsverslavingen).

Consultatievraag 4

Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg (hfst 8)?

U-center: Heldere en passende ROM afspraken in de Nederlandse verslavingszorg om te kunnen benchmarken, gedifferentieerd naar doelgroep en fase.

Consultatievraag 5

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 9) of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS (hfst. 10).

Hfst. 9: Betrek ook de verslaving aan andere middelen (o.a. medicatie) en gedragsverslavingen in het beleid.

U-center: Hfst. 10:

Vraag 1. Niet alle nieuwe aanbieders werken volgens het Minnesota model, graag nuanceren.

Vraag 2. Geadviseerd wordt nader onderzoek naar de effectiviteit van het Minnesotamodel. Gezien de hoeveelheid onderzoek en de aanbevelingen in de richtlijnen missen wij het advies van CVZ om in ieder geval CGT, motiverende

gespreksvoering en CRA als effectieve therapieën aan te merken en voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

Vraag 2a. Het is reëel de behandeling van verslaving als een chronische aandoening te beschouwen als een behandeling waarbij patiënten meerdere malen in hun leven kortstondig een interventie nodig hebben; er moet analoog aan een aantal lichamelijke aandoening meer van diseasemanagement uitgegaan worden dan van eenmalige cure.

Vraag 4, 5 en 6 geen opmerkingen.

4. Tot slot

Wij onderschrijven het belang van verdere professionalisering van de verslavingszorg door het implementeren van evidence based methodes en effectmetingen. Om daar een constructieve bijdrage aan te leveren, neemt de wetenschappelijk medewerker en projectleider ROM van U-center sinds kort deel aan de projectgroep ROM Verslaving van de SBG. Graag zijn wij bereid te participeren in elke vorm van ontwikkeling van het veld.

Graag tot nadere toelichting en overleg bereid,

Met vriendelijke groet,

Namens de directie van U-center

Ingrid Weijnen,

directeur behandelzaken

Correspondentie aangaande dit document,
via J.M. Bouman, bestuurssecretaris
bouman@u-center.nl

Reactie op *Verslavingszorg in beeld*, Consultatiedocument van Zorginstituut Nederland, versie 30 april 2014.

prof.dr. G.M. Schippers en drs. Y. Kastelein, namens NVGzP

Vooreerst alle waardering voor de bijstelling van het rapport ten opzichte van het concept dat voorlag bij de invitation conference. De indruk is dat men de commentaren serieus heeft genomen zowel wat betreft de kostenanalyse als de kwaliteitsstatus en –ontwikkeling van de sector.

Overigens zou, tekstueel, beter aangegeven kunnen worden in de paragrafen 3 en met name ook 4 van de samenvatting dat deze betrekking hebben op de ‘reguliere’ verslavingszorg.

Met betrekking tot de consultatievragen:

Consultatievraag 1

Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten (hfst. 2)?

In het algemeen kunnen wij ons vinden in de cijfers. Wat ons betreft zouden echter de volgende constatering en mogen worden gemaakt of worden benadrukt:

- Dat de kosten van de verslavingszorg in aanmerking nemende de hoge prevalentie van de behandelde aandoeningen in verhouding gering zijn, te weten minder dan 8,5% van de kosten van de GGZ. (Nog terzijde gelaten het feit dat de kosten van GGZ slechts 6% van de totale gezondheidszorgkosten uitmaken)
- Dat de verslavingszorg gezien de verhouding tussen kosten van de zorg en de kosten van verslaving voor de samenleving buitengewoon kosteneffectief is.
- Dat het aandeel in de kosten van nieuwe instellingen voor verslavingszorg nog steeds erg bescheiden is, namelijk ca. 8% van de totale kosten van de verslavingszorg, ongeacht hoe ongewenst of onbeheersbaar die instellingen ook zijn of lijken te zijn.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst (hfst. 3 t/m 6)?

Wij kunnen ons erin vinden (zoals gezegd met waardering voor de bijstellingen). Wel nog een punt. De verslavingszorg heeft zich de afgelopen 15-20 jaar opvallend geprofessionaliseerd en de sector heeft zich zeker ook in vergelijking met de rest van de GGZ kwalitatief sterk veranderd. De wenselijkheid om de groei van nieuwe aanbieders, die deels ‘ouderwetse’ zij het soms populaire vormen van (dure) behandeling aanbieden te beperken mag niet gepaard gaan met maatregelen die de kwalitatief gunstige ontwikkeling van de reguliere sector in de weg staan.

Consultatievraag 3

Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is (hfst. 7)?

Ja, met uitzondering van de volgende punten:

1. Ten aanzien van detoxificatie wordt aangegeven (op p.8, p.39, p.45 en p.56) dat er geen evidentie is voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie.
Deze bewering is onjuist als ze wordt geïnterpreteerd als dat zou zijn aangetoond dat er geen verschil zou bestaan. In de MDR alcohol (2009) wordt daarover, mede op basis van de Richtlijn Detox van Resultaten Scoren (De Jong e.a. 2004) vastgesteld dat het ontbreekt aan onderzoek dat de evidentie voor een verschil onderzocht heeft. Dit impliceert niet dat het verschil er niet is. Er is alle reden om aan te nemen dat het verschil er wel is, daarom zijn er ook richtlijnen ontwikkeld, die in het rapport terecht worden overgenomen (met een uitzondering, die wij delen). De tekst in het consultatiedocument zou moeten luiden: “Het ontbreekt aan onderzoek naar ...”
2. Een opmerking over de rol van de psycholoog als (hoofd)behandelaar (p. 35 en 36). Een van de redenen dat de (reguliere) verslavingszorg relatief goedkoop is (ten opzichte van de rest van de GGZ) is het historisch gegroeide relatief lage aandeel van academisch opgeleide professionals en, binnen de academische beroepsbeoefenaren relatief hoge aandeel van niet specialistisch geschoolden. In dat kader wordt de verslavingszorg onevenredig geraakt door een bepaling dat GZ-psychologen niet als hoofdbehandelaar worden aangemerkt. Het merendeel van de op wetenschappelijke evidentie berustende behandelingen in de verslavingszorg zijn psychologische behandelingen, en GZ-psychologen zijn bij uitstek opgeleid voor de uitvoering hiervan en de supervisie van uitvoering door anderen. Voorts kunnen zij worden geacht om de problemen op verschillende leefgebieden in te schatten en te overzien, hetgeen goed past in de ook in het document bepleite stagering en profilering van de behandelingen.

Consultatievraag 4

Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg (hfst 8)?

Gezien het grote belang dat in het document en in de antwoorden aan de Minister wordt gehecht aan het doen van juiste en kosteneffectieve indicatiestelling, zou de sector gestimuleerd moeten worden om juist ten aanzien hiervan evaluatiestudies te verrichten.

Consultatievraag 5

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 9) of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS (hfst. 10).

Ten aanzien van Hoofdstuk 9 slechts deze dat iets meer stuurkracht en impact mag worden toegeschreven en verwacht van het kenniscentrum Resultaten Scoren, gezien haar prestaties in het verleden en haar voor Nederland unieke constructie van bindende samenwerking tussen instellingsbesturen, wetenschappers en professionals.

Ten aanzien van hoofdstuk 10: zie antwoord vraag 4.

Utrecht, 27 mei 2014.

Zorg Instituut Nederland

t.a.v. mw. E.C.M. Visser,

betreft: consultatiedocument - verslavingszorg in beeld

Geachte mevrouw Visser,

26 mei 2014

Dank voor het toezenden van het consultatiedocument met de uitnodiging daarop te reageren.

Het Kennisnetwerk het Zwarte Gat maakt graag gebruik van die uitnodiging.

In de eerste plaats willen we laten weten dat we zeer verheugd zijn dat in het rapport en in de aanbevelingen zo goed rekening is gehouden met de inbreng van cliënten. We missen dat in de praktijk van de zorg nog zeer. Uiteraard zijn we ook zeer verheugd dat het ontwikkelen van zorgstandaarden zo'n richtinggevende plaats in de aanbevelingen heeft gekregen. We kunnen daar zeer mee instemmen, maar zien nog wel een probleem in de uitvoering.

Op dat probleem gaan we hier eerst in, daarna gaan we in op de vragen die in het rapport gesteld worden.

Het Netwerk Kwaliteit Zorg biedt de gelegenheid om in te tekenen op twee calls voor de ontwikkeling van zorgstandaarden. Het betreft een cluster van generieke en een cluster van stoornis specifieke standaards. De intekening moet uiterlijk 8 augustus aanstaande plaats vinden.

Om tot een toereikend ontwikkeling van standaarden in de verslavingszorg te komen zijn we van mening dat gestart moet worden met een generieke standaard over herstel en herstelondersteunende zorg, waarna vastgesteld kan worden welke specifieke standaards noodzakelijk zijn. Vanuit cliëntenperspectief dient verslavingszorg integraal te worden aangeboden met inbegrip van werkzaamheden die worden vergoed door verschillende financiers. We noemden in onze brief van 2 april 2014 al 0^{de}-, 1^{ste}- en 2^{de}-lijns zorg. Dat betekent dat we te maken hebben met meerdere groepen zorgvragers en zorgaanbieders. Om tot een effectieve aanpak voor de ontwikkeling van een zorgstandaard te komen is ons inziens een korte voorstudie nodig die moet resulteren in een gedragen voorstel voor de organisatie, inhoud en deelnemers aan de ontwikkeling van een zorgstandaard. Dat betekent dat niet voor 8 augustus een call kan worden ingediend.

Onze reactie op de consultatie vragen.

Consultatievraag 1

Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten?

Aan de gegevens en conclusies over de maatschappelijke kosten en baten van de zorg willen we tweetal opmerkingen maken. Graag dragen we bij aan de nadere specificering van de noodzaak tot klinische zorg; de huidige omvang daarvan zou dan wel eens overdadig kunnen blijken te zijn. Hierbij is apart aandacht nodig voor klinische detox, waarover we overigens op voorhand niet het idee hebben dat daar de huidige capaciteit wel eens overdadig zou kunnen blijken te zijn.

We zijn er van overtuigd dat een nauwere samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgafnemers niet alleen zal leiden tot vraag gestuurde zorg, maar ook tot minder kosten en hogere cliënttevredenheid. Ervaring in de VG sector lijkt er op te duiden dat op deze manier efficiency winst kan worden geboekt, en een (fors)toegenomen cliënttevredenheid. (Regie Op Locatie van Boeijen in Assen en TNO).

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst?

We kunnen ons vinden in de gepresenteerde visie op de sector. We missen echter aandacht voor forensische verslavingszorg. De cijfermatige onderbouwing (incl. de bijlage van het Trimbos instituut) is uitgebreid maar gebrekkig. Immers deze gaat vrijwel niet over alle behandelingen voor verslavingsproblematiek maar alleen over de behandeling aangeboden door bepaalde genoemde instellingen. In het bijzonder missen we dan nog gegevens over de forensische verslavingszorg, de medicatie in de ambulante zorg en de 1^{ste} –lijns verslavingszorg en het belangrijke aspect, vanuit herstelondersteunend denken, van omvang en diepgang van de informele zorg en hoe de formele zorg daarop aansluit.

Consultatievraag 3

Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is?

We kunnen deze conclusies in hoofdlijnen delen en maken daarbij de volgende opmerkingen.

Allereerst verwijzen we hier ook naar onze slotopmerking bij de eerste consultatievraag.

Effectiviteitonderzoek is voor ons onlosmakelijk verbonden met het cliëntenperspectief; het gaat immers om het meest effectieve antwoord op de zorgvraag. Nog te vaak ontbreekt dit cliëntenperspectief. We staan nog aan het begin van het ontwikkelen van praktijken -evidence based practices - gebaseerd op de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg. Voor deze praktijken zal bewijs uit onderzoek gezocht moeten worden. Want evidence based practice is niet meer en niet minder de kunde van het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het beste bewijsmateriaal om samen met cliënten beslissingen te nemen. Dat impliceert het integreren van individuele klinische en ervaringsdeskundige expertise met het beste bewijsmateriaal dat voorhanden is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van cliënten spelen bij de besluitvorming de centrale rol. Dat in de verslavingszorg bij voorkeur evidence based behandeld wordt is een belangrijk uitgangspunt dat we delen. Echter dat uitgangspunt moet niet betekenen dat deze evidentie wordt omgezet in protollen volgens het stramen - one size fits all - en dat er ruimte blijft voor vernieuwing. Personalized care dient het uitgangspunt van de geboden zorg te zijn.

En op de tweede plaats; zoals we in onze eerste reactie al aangaven is de wetenschappelijke gangbare bewijsvoering vanuit de meest toegepaste invalshoek vanuit statistische gemiddelden vaak gecompliceerd, dubbelzinnig en te beperkt. Zeker vanuit het oogpunt van personalised care. nog een reden om de gebruikswaarde van 'evidence' te vergroten door een ruimere en realistischer opstelling met ruimte voor een vraaggestuurde ketenomkering.

Effectieve verslavingszorg vraagt om een actieve houding van de cliënt. We zien dat als een opmaat voor een groter accent op het stimuleren en bevorderen van zelfmanagement.

Het huidige drop out onderzoek leidt in onze ogen nog te weinig tot kwalitatieve verbeteringen van de zorg.

We dragen graag bij aan het ander specificeren van de indicatie' s voor klinische zorg, zoals we hiervoor onder eerste consultatievraag al hebben aangegeven.

Verschillende vaktherapeuten leveren in onze ogen een waardevolle bijdrage aan het herstel. We denken daarbij in het bijzonder aan het functioneel herstel. In de discussie over en het onderzoek naar de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën worden we graag betrokken.

We hebben wat moeite met de term nazorg. Nazorg wordt vaak opgevat als maatschappelijk herstel. In die zin uitgelegd moet nazorg niet na de zorg beginnen, maar moet integraal deel uitmaken van het bij aanvang opgestelde herstelplan. Nazorg kan ook uitgelegd worden als een vorm van aftersales. Deze is voor al van belang voor mensen die later weer een beroep willen doen op de verslavingszorg. Dit betreft vooral mensen waarvoor de verslavingsproblematiek een chronisch karakter lijkt te krijgen. Voor deze groep ware het beter dat geen nazorg maar chronische zorg wordt geboden.

Consultatievraag 4

Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg?

We onderschrijven de conclusies, maar willen expliciet benadrukken dat een verbetercyclus niet zonder de inbreng van cliënten kan. Heldere uitkomstmaten moeten eveneens in samenspraak met cliënten worden vastgesteld.

We gaan er van uit dat goede informatie voor cliënten met hen zal worden ontwikkeld, met daarbij bijzondere aandacht voor mensen die weinig geletterd zijn.

Consultatievraag 5

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen?

We kunnen ons in de conclusies vinden, maar willen nogmaals de inbreng van de zorgafnemers benadrukken. Als voorbeeld : bij de actualisatie en onderhoud van bestaande richtlijnen , het materiaal waar tot op heden vrijwel geen gebruik is gemaakt van ervaringskennis , ondanks hetgeen over de prominente cliëntenrol is vastgesteld in het zogenaamde 'masterprotocol'.

Tenslotte willen we vermelden dat er inmiddels een verkennend gesprek met een delegatie van het Netwerk directeuren en Resultaten Scoren heeft plaatsgevonden aangaande het ontwikkelen van een zorgstandaard. De vervolgspraak met Resultaten Scoren staat gepland op 27 mei.

Met vriendelijke groet,

Marcel van Natter (voorzitter Stichting het Zwarte Gat)

Reactie op Consultatiedocument “Verslavingszorg in beeld” (CVZ/ZIN)

In deze brief reageert de verslavingszorgsector¹ op het consultatiedocument “Verslavingszorg in beeld” (30-4-14, CVZ/ Zorginstituut Nederland) t.b.v. het advies aan het ministerie van VWS. De sector is kritisch positief over het document. Het consultatiedocument biedt een goed overzicht van de ontwikkelingen in de verslavingszorg en benoemt ook, terecht, enkele kritische punten. Aanleiding voor het ministerie om het CVZ advies te vragen was vooral de vermeende kostenstijging in de verslavingszorg. Een van de belangrijkste conclusies is dat de kostenstijging beperkt is en dat de kosten in de afgelopen vijf jaar zelfs afnemen. De kosten zijn verschoven van klinisch naar ambulante en naar een meer, want noodzakelijk, gedifferentieerd zorgaanbod voor steeds complexere doelgroepen dan voorheen. Belangrijke constatering is ook dat de meeste interventies kosteneffectief zijn en dat de maatschappelijke baten van verslavingszorg aanzienlijk zijn. Wel plaatsen wij enkele significante kanttekeningen bij het document en bij de basis die verschaft is door de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut. Voordat we ingaan op de vijf consultatievragen van het CVZ willen we eerst een algemene reactie geven.

Reactie op hoofdlijnen

De sector neemt de aanbevelingen zoals geformuleerd in het consultatiedocument ter harte. De huidige oproep aan het ggz-veld voor het ontwikkelen van zorgstandaarden (Verslaving en Herstelondersteunende zorg) biedt een uitgelezen kans om gezamenlijk, met alle belanghebbenden, zaken aan te pakken die nog de nodige ontwikkeling en verbetering vergen. De kwaliteitsverbetering die de sector de afgelopen jaren heeft gerealiseerd, mede via de samenwerking met wetenschappers in Resultaten Scoren, wordt echter onvoldoende benadrukt in het consultatiedocument en in de rapportage van het Trimbos-instituut. Het rapport is niet volledig in beschrijving van *evidence based* aanbod en preventie. Met name de vele richtlijnen (zoals ADHD en middelengebruik bij jeugdigen, Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen, RIOB, etc.) en protocollen die Resultaten Scoren in de voorbije vijftien jaren heeft opgesteld krijgen onvoldoende aandacht. Monitoring van de *implementatie* van protocollen en richtlijnen laat zien dat deze breed zijn geïmplementeerd². Bovendien zijn er protocollen voor de behandeling van drugsverslaving ontwikkeld (cannabis) of in ontwikkeling (protocol GHB detox en behandeling). Resultaten Scoren - met daarin vertegenwoordigd de gecontracteerde instellingen (behandelaren en bestuurders) en wetenschappers - is o.i., gelet op haar sinds 15 jaar opgebouwde ervaring en reputatie, de aangewezen partij om, in nauwe samenwerking met het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO) en de beroepsgroepen en de cliëntenbeweging die daarin vertegenwoordigd zijn, een

¹ Stichting Resultaten Scoren en Netwerk Verslavingszorg (gecontracteerde verslavingszorginstellingen)/ GGZ Nederland).

² Spits M & Schippers, G (2012). Resultaten Scoren: verspreiding en gebruik producten in 2011. Tijdschrift Verslaving (8)2, p 3 – 16.

meerjarenprogramma op te stellen voor de doorontwikkeling en herziening van richtlijnen en om de implementatie en regie op de uitvoering en implementatie te voeren. Van daaruit kan te vergoeden zorg gefundeerd worden vastgesteld. Het is, gezien de recente oprichting van het NKO en de samenwerking die Resultaten Scoren en NKO beogen, jammer dat het CVZ slechts (een van de!) beroepsgroepen adresseert als partij die actie op richtlijnen zou moeten ondernemen. Bestuurders zijn verantwoordelijk voor kwaliteit van zorg; bovendien is de wetenschap - naast cliënten en beroepsgroepen - onmisbaar voor doorontwikkeling.

Ook de manier waarop Resultaten Scoren de richtlijnen en protocollen tot stand brengt, namelijk via een *bottom-up* aanpak die nauw aansluit bij in de op de “werkvloer” door behandelaars en cliënten beleefde knelpunten en *practice based* inzichten, komt onvoldoende uit de verf. Resultaten Scoren besteedt bovendien van oudsher aandacht aan onderhoud van richtlijnen en andere producten. Zie hiervoor bijvoorbeeld de update van de RIOB (2011), de CGT protocollen (2014) en de huidige herziening van de Richtlijn Detox. Resultaten Scoren heeft recent een systematiek voor de (prioritering van) herziening van richtlijnen en protocollen ontwikkeld.

Zoals gezegd geeft het consultatiedocument een goed overzicht van de ontwikkelingen in de verslavingszorg in relatie tot de aard en omvang van de verslavingsproblematiek in de bevolking, maar het beperkt zich tot aan middelen gebonden verslaving. Andere zogenoemde gedragsverslavingen (zoals gokken, game- en internetverslaving) zijn niet in de analyse meegenomen terwijl daar, gezien de ernst en omvang van de problematiek, wel oog voor moet zijn. IVO heeft in opdracht van Resultaten Scoren recent een onderzoek naar gedragsverslavingen uitgebracht met o.a. aanbevelingen over behandeling en preventie³. Bij de middelengebonden verslavingen ontbreekt bovendien tabaksverslaving. In paragraaf 10.1.2 (pag. 51) wordt opgemerkt dat alcoholgebruik voor 4,5% bijdraagt aan de totale ziektelast in Nederland, en daarmee op de vierde plaats staat, *na leefstijlfactoren als roken, overgewicht en verhoogde bloeddruk*. Ondanks de sterkste bijdrage van roken aan de totale ziektelast⁴ en het sterk verslavende karakter van tabak⁵ wordt in het rapport nergens ingegaan op (de rol van de verslavingszorg bij) het voorkómen en behandelen van tabaksverslaving, en op de regels t.a.v. de vergoeding van de hulpverlening op dit gebied.

Wat de aanbevelingen in het consultatiedocument betreft het volgende:

Graag zouden wij naar aanleiding van aanbeveling 1 (pag. 7) willen vermelden dat Resultaten Scoren met de cliëntenbeweging een plan voor een te ontwikkelen Zorgstandaard Verslaving (specifiek voor alcoholproblematiek) beoogt in te dienen bij het NKO. Bij aanbeveling 3 zouden we graag vermeld willen hebben dat het Netwerk Verslavingszorg het RIVM opdracht heeft gegeven om een studie te

³ Tony van Rooij, Laura DeFuentes-Merillas, Gert-Jan Meerkerk, Ilse Nijs, Dike van de Mheen, Tim Schoenmakers (2014). Gedragsverslavingen: de stand van zaken in wetenschap en praktijk. Rotterdam: IVO.

⁴ Hoeymans N. & Van Baal, P.H.M. (2010). Ziektelast in DALY's: Wat is de bijdrage van risicofactoren? In: Volksgezondheid Toekomstverkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-bijdrage-van-risicofactoren/>

⁵ J.G.C. van Amsterdam et al. (2009). Ranking van drugs. Een vergelijking van de schadelijkheid van drugs. Bilthoven: RIVM. Na heroïne staat tabak - samen met crack - op een tweede plaats in een ranglijst van verslavende middelen (RIVM, 2009) en roken veroorzaakt de hoogste ziektelast van alle beïnvloedbare risicofactoren voor ziekte (RIVM, 2010). Het is vreemd om roken i.t.t. andere verslavingen een 'leefstijlfactor' te noemen (alsof het een ongezonde gewoonte is die makkelijk kan worden gestopt).

verrichten naar de kosteneffectiviteit op basis van internationaal onderzoek. Eind mei 2014 is daarvan een eerste concept beschikbaar dat zo mogelijk in concept naar het CVZ zal worden verstuurd.

Wat betreft de opbouw van het document merken we op dat de redactie van het stuk uit balans raakt door de wijze waarop in 6.2 aandacht wordt besteed aan de visies van verschillende nieuwe aanbieders. De aandacht voor de beschrijving van niet-reguliere aanbieders is redactioneel niet passend vanwege het karakter van "profilering" i.p.v. objectieve beschrijving/weergave. Voorstel is om deze informatie aan bijlage 4 toe te voegen.

Consultatievraag 1: Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten (hfst. 2)?

Wij onderschrijven de conclusies in hoofdstuk 2. Een belangrijke constatering is dat de kostenstijging beperkt is en gedeeltelijk goed verklaarbaar. Graag zouden wij daarom in de samenvatting op P5, 2^{de} alinea de expliciete constatering willen terugzien dat de eerdere veronderstelling van kostengroei bij reguliere aanbieders niet klopt (mede gelet op ontstane en dus onjuiste beeldvorming). Graag zouden wij ook de reductie in harddrugproblematiek benoemd willen zien, in nauwe samenwerking met de gemeenten tot stand gebracht, na vele jaren van problemen en overlast. Nederland is op dit punt - in vergelijking met bijvoorbeeld Duitsland - zeer effectief (veel kleinere en snel kleiner wordende 'straatscene').

Opvallend is dat de gecontracteerde instellingen in de periode 2009 t/m 2011 al 25 miljoen euro/jaar hebben bespaard op klinische zorg, terwijl in de "nieuwe instellingen" deze kostenpost juist met 7 miljoen euro/jaar stijgt. Ook valt op dat de gecontracteerde instellingen desondanks ruim 3 keer zoveel uitgeven aan klinische zorg (340 miljoen/jaar) als aan ambulante zorg (103 miljoen/jaar) in 2011. De verwachting is dat het Bestuurlijk Akkoord GGZ hier mede verandering in heeft gebracht en nog meer zal gaan brengen. Dit punt zou een plaats moeten krijgen in de conclusies van hoofdstuk 2. Deze grote discrepantie tussen wetenschappelijke evidentie en uitvoeringspraktijk verdient nader onderzoek; indicatiecriteria voor klinische detox en klinische behandeling bij verschillende patiëntgroepen moeten beter worden uitgewerkt (zie ook: Consultatievraag 3). Bij de detoxificatie richtlijn (in revisie) van Resultaten Scoren en het protocol GHB (2013) zijn deze criteria expliciet en onderbouwd aangegeven.

De verwachting van een bezuiniging van 64 miljoen door enkel klinische afbouw lijkt ons te hoog gespannen. Er zal deels een verschuiving plaatsvinden naar andere, meer intensief ambulante DBC's (deze ontwikkeling is reeds gaande). Dit geldt ook wanneer detoxificatie zoveel mogelijk ambulant dient te worden uitgevoerd: dit vereist de continue oproepbaarheid van o.a. een verpleegkundige en/of arts en een meer *outreaching* manier van werken (zorg in de thuisomgeving, systeemgericht en/of in samenwerking met huisarts/ Basis GGZ). Tot op heden dekt de beschikbare financiering de werkelijke kosten en extra risico's onvoldoende. Hier moet dus een oplossing worden geboden vanuit verzekeraars. Ook weten we momenteel niet hoe de verschuiving van specialistische GGZ naar Basis GGZ gaat uitpakken qua kosten en te verwachten behandelresultaat. Wanneer we in staat blijken om met meer preventief aanbod via de huisarts / POH GGZ eerder potentiële cliënten weten te bereiken, kan daar eveneens een kostenstijging (door hogere zorgconsumptie) plaatsvinden. De huisarts zal echter bij adequaat ingrijpen veel hogere kosten in een later stadium kunnen besparen en de maatschappelijke baten hiervan zullen aanzienlijk zijn.

Consultatievraag 2: Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst (hfst. 3 t/m 6)?

In grote lijnen kunnen wij ons vinden in deze analyse. Door verbetering van vroegsignalering en verbeterde hulp voor jongeren met problematisch middelengebruik is ook deze doelgroep steeds beter in beeld gekomen van de verslavingszorg. Het gaat deels ook om jonge mensen zonder thuis, met problemen met cannabis en alcohol. Daarbij komt dat voor een aanzienlijk deel van de jeugdige doelgroep in de verslavingszorg sprake is van transgenerationale overdracht: ouders en andere familieleden die vaak ook te maken hebben (gehad) met verslaving. De aandacht voor jeugdigen en transgenerationale overdracht van verslavingsziekte mist in het document. In **hoofdstuk 3** wordt de problematiek en zorgvraag van jongeren geheel niet besproken; deze doelgroep zou expliciet moeten worden benoemd. In hoofdstuk 3 wordt echter ook terecht gewezen op de *treatment gap*: in de meeste gevallen zoeken cliënten nog relatief laat in de ontwikkeling van de stoornis hulp. Gemiddeld is daardoor vaak sprake van ernstige problematiek bij de personen die zich melden bij de verslavingszorg, waarbij comorbide psychische stoornissen en multiproblematiek (zoals crimineel gedrag, mensen met licht verstandelijke beperkingen) eerder regel dan uitzondering zijn. Hier is voornamelijk specialistische 2^e-lijns zorg nodig. Dat de nieuwe aanbieders zich vergeleken met reguliere aanbieders op andere, minder problematische doelgroepen richten en dat de populatie in de verslavingszorg zeer heterogeen is, komt in het consultatiedocument in de beschrijving en beeldvorming onvoldoende tot uiting. De gecontracteerde instellingen bedienen daarbij ook een groep die onvrijwillig zorg ontvangt (in justitieel kader, of BOPZ) of zorg met toepassing van drang. Deze doelgroep is zelf (aanvankelijk) niet gemotiveerd om hulp te ontvangen, wat een intensieve aanpak gericht op motiveren noodzakelijk maakt. Dit is een belangrijk onderscheid met de zogenoemde nieuwe aanbieders, omdat deze laatste geen behandeling bieden in een onvrijwillig kader. Dit onderscheid wordt in het consultatiedocument niet gemaakt. Tegelijkertijd houdt de sector oog voor de grote doelgroep die niet chronisch verslaafd is.

In hoofdstuk 3 (pag. 17) wordt aangegeven dat "slechts een fractie van de mensen met een alcoholverslaving in zicht komt bij de (gespecialiseerde) hulpverlening". In de Trimbos-bijlage staat daarentegen (pag. 31): "Het bereik van de verslavingszorg onder alcohol- en opiaatverslaafden is groot". De tekst in het CVZ-rapport geeft beter de feitelijke situatie weer dan het Trimbosrapport. Voor middelen als cannabis en tabak is het bereik eveneens laag. In hoofdstuk 3 (pag. 17) is tot slot de toevoeging nodig dat kwetsbaarheid voor verslaving ook ontstaat door erfelijke factoren (zie ook het eerder genoemde aspect van transgenerationale overdracht).

Bij **hoofdstuk 4** hebben wij geen opmerkingen, behalve dat hier de ontwikkelingen missen op het gebied van comorbiditeit, met name het feit dat (zwaardere) comorbide stoornissen in toenemende mate met evidence-based richtlijnen zoals voor Middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen, ADHD en verslaving e.d. ook behandeld worden in de verslavingszorg en het al eerder vermelde feit dat in de sector speciaal ook doelgroepen met multiproblematiek worden behandeld. Dit vermindert het over en weer verwijzen van cliënten waardoor minder cliënten tussen wal en schip vallen (kwaliteitsverbetering).

In **hoofdstuk 5** worden op pag. 24 enkele voorbeelden van elementen in de behandeling genoemd waarvoor geen bewijs is van de effectiviteit: "(...) meditatie, yoga, fitness, dagboek schrijven, film kijken, wandelen en paardrijden. Het is de vraag of dit conform de declaratieregels is." Hier zou

steviger stelling genomen kunnen worden: in principe zou dit niet vergoed moeten worden, tenzij goed beargumenteerd en gedocumenteerd.

Opvallend is dat er in Nederland grote regionale verschillen zijn m.b.t. het aantal opgenomen patiënten met alcoholverslaving en de toepassing van op alcohol gerichte medicatie, en de voorkeur voor het type medicament (Vektis-rapport, 2013). Dit ondanks het bestaan van een Multidisciplinaire Richtlijn Alcohol. Het is daarbij onduidelijk of paragraaf 5.1.2 over de praktijkvariatie in opnames ook over de nieuwe aanbieders gaat. In de regio's waarin deze gevestigd zijn kan een vertekend beeld ontstaan vanwege het feit dat zij gemiddeld vaker tot opname overgaan, en het onduidelijk is welke richtlijnen zij toepassen, zoals ook door een verzekeraar wordt geconstateerd in paragraaf 5.2.3. Graag zouden wij meer nuancering en detail hebben in deze paragraaf.

In **hoofdstuk 6** wordt gepleit voor een Zorgstandaard Verslaving, waarin “vanuit het cliëntenperspectief wordt beschreven waar goede zorg aan moet voldoen”. Inmiddels is de Model-GGZ-Zorgstandaard (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2014) verschenen, waarin de volgende definitie van een zorgstandaard wordt gegeven: *Een zorgstandaard is een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde aandoening of stoornis, gezien vanuit de patiënt.* Wij verzoeken deze definitie te gebruiken, aangezien het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz opdrachtgever is van de te ontwikkelen standaarden. Ook wordt hierin aangegeven dat een zorgstandaard dient te worden ontwikkeld met betrokkenheid van minimaal cliëntenvertegenwoordigers, zorgaanbieders, zorgprofessionals en zorgverzekeraars om voor opname in het Register van het Kwaliteitsinstituut in aanmerking te komen (College voor Zorgverzekeringen, 2014). Deze betrokken partijen dragen de zorgstandaard ook gezamenlijk voor aan het Kwaliteitsinstituut voor opname in het Register. Resultaten Scoren en de cliëntenbeweging zijn momenteel in overleg om in gezamenlijkheid (cliëntenperspectief en professioneel en wetenschappelijk perspectief) de gevraagde zorgstandaard te ontwikkelen.

Graag zouden wij na de eerste zin in de derde alinea van de **Samenvatting** (p. 5) willen toevoegen dat aan het Visiedocument nu naar verwachting ook concreet vorm en inhoud kan worden gegeven, door bovengenoemd plan om gezamenlijk met de cliëntenbeweging een Zorgstandaard alcohol te ontwikkelen. In de vierde alinea wordt de laatste zin dan overbodig. In deze vierde alinea wordt gesteld dat een voorwaarde voor zorgdifferentiatie het verder verfijnen en standaardiseren van de indicatiestelling is, door de focus verder te richten op de ontwikkelingsfasen van verslaving (stagering) en individuele kenmerken (profilering). Wij willen hier met nadruk aan toevoegen dat de sector zich bewust is van het belang van doorontwikkeling op dit punt en daarom inzet op het verfijnen van de indicatiestelling met het MATE ontwikkelplan en plannen heeft ontwikkeld om een databank voor patiëntgegevens op te zetten (zie ook p. 27, H 6.2).

Consultatievraag 3: Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is (hfst. 7)?

In het algemeen delen wij de conclusies van de te verzekeren zorg, met daarbij de belangrijke kanttekening dat in dit overzicht door elkaar loopt (of onzorgvuldig geformuleerd is) wat bewezen ineffectief is en wat nog niet is onderzocht. Dat zijn twee verschillende zaken. Dat geldt bijvoorbeeld voor detoxificatie. Voor zover ons bekend is er geen (of nauwelijks) onderzoek beschikbaar naar verschil in effectiviteit, terwijl er zeer stellig staat vermeld dat klinische detoxificatie niet effectiever is dan ambulante detoxificatie. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de zogenoemde ‘thuisdetox’ en ambulante detox in het algemeen: die zijn nog weinig beschreven en onderzocht. We zien in de

praktijk bovendien een beweging naar meer complexe ontgiftingen en BOPZ, en dus noodzakelijk intensieve zorg. Hier zou nog scherp naar gekeken moeten worden. Er is dus een doelgroep die vanwege medische risico's is aangewezen op klinische detoxificatie en voor wie ambulante detox niet verantwoord is. Bij patiënten met deze ernstige problematiek is daardoor geen RCT of ander onderzoek met een vergelijkbare controlegroep mogelijk, omdat in deze gevallen ambulante behandeling (als vergelijking met klinische detoxificatie) geen optie is. Evenzo de opmerking dat meerwaarde van klinische behandeling bij DD problematiek niet is aangetoond: ook dit is nog nauwelijks vergelijkend onderzocht. Deze opmerking is tevens in tegenspraak met de aanbeveling dat de aanwezigheid van ernstige comorbide psychiatrische problematiek juist een van de aspecten is voor mogelijke indicatie voor klinische behandeling. Vanzelfsprekend onderschrijven wij de noodzaak om heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is i.v.m. geneeskundige zorg. Die criteria zijn in de Richtlijn Detox al eerder opgesteld en worden nu in de herziene versie waar nodig weer aangescherpt. Voor de beslissing om GHB detoxificatie intramuraal of ambulante aan te bieden is onderzoek gedaan en daarover is ook gepubliceerd⁶. In het verlengde hiervan constateren we dat het consultatiedocument uitsluitend betrekking heeft op de hulp gericht op de verslavingspathologie in engere zin en niet op de geïntegreerde hulp aan *verslaafden*, die zoals gezegd vaak (60-80% zoals te lezen in rapport Trimbos-instituut) kampen met comorbide psychische stoornissen. Het is opvallend dat wel de herstelgedachte wordt genoemd maar dat de behandeling van comorbiditeit zo weinig aandacht krijgt.

In hoofdstuk 7 (7.4.8 *Nazorg*) ontbreekt een heldere definitie van het begrip nazorg. Nazorg kan verschillende doelen en vormen hebben en kan 'los' worden aangeboden (gericht op maatschappelijk herstel, of terugvalpreventie middels zelfhulpgroepen) maar er is ook nazorg die onderdeel van de behandeling is zoals bij CGT/leefstijl, CRA etc. Wanneer een dergelijke definitie ontbreekt wordt het advies op dit punt weinig zeggend. Steeds vaker wordt niet van nazorg gesproken maar van 'vervolgzorg', om te benadrukken dat na een periode van ontwenning en behandeling het zorgtraject niet 'af' is. Het handen en voeten geven aan het begrip nazorg is bovendien een speerpunt dat volgt uit het Visiedocument verslavingszorg (GGZ Nederland, 2013) dat samen met cliëntenvertegenwoordigers is opgesteld, en waarin het ontwikkelen van herstelondersteunende zorg een rode draad is. In het overzicht ontbreekt ook de aandacht voor bewezen effectieve herstelondersteunende methodieken, zoals de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), die onderdeel uitmaken van de deskundigheid c.q. het terrein van de verslavingszorg. Tot slot kan de inzet van innovatieve e-health mogelijkheden en kosteneffectieve evidence based telefonische interventies na ambulante behandeling worden genoemd.

Bij het overzicht van effectieve interventies hebben we een aantal opmerkingen:

- pag. 35: we zijn het eens met de conclusie dat uitsluiting van geïndiceerde verslavingspreventie uit de basisverzekering "*penny wise, pound foolish*" zou zijn. Dit geldt echter ook voor uitsluiting van bepaalde vormen van selectieve preventie (bijv. "personality-targeted" schoolinterventies gericht op het voorkómen van beginnen met alcohol/drugs).
- tabel over effectiviteit op pag. 37-38: bij cocaïne "contingentie management" toevoegen (dat is vaak onderdeel van CRA, maar zou expliciet separaat genoemd moeten worden).

⁶ Kamal R.M., S. van Iwaarden, B.A.G. Dijkstra, C.A.J. de Jong (2014). Decision rules for GHB (gamma-hydroxybutyric acid) detoxification: A vignette study. *Drug and Alcohol Dependence* 135 (2014) 146– 151.

- zelfde tabel: bij "niet-gespecificeerd drugsgebruik" cognitieve gedragstherapie toevoegen; bij MDFT aangeven dat deze betrekking heeft op jongeren.
- pag. 39: we benadrukken de conclusies in het rapport betreffende het gebruik van gestructureerde screenings- en assessment instrumenten "M.b.t. de MATE/ASI: "Het gebruik van deze semigestructureerde interviews blijft echter te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek".
- pag. 40 en pag. 41: hier wordt verwezen naar het recente EMCDDA-rapport (2014) over de effectiviteit van (drugvrije) therapeutische gemeenschappen. Uit de recente EMCDDA-literatuurstudie blijkt o.i. echter hetgeen ook werd gesteld in het huidige Zorginstituut-rapport, namelijk dat "klinische behandeling uitsluitend dient te worden aangeboden aan personen met ernstige, etc." Ook m.b.t. deze ernstige doelgroep is de meerwaarde van TG-behandeling t.o.v. goede ambulante behandeling o.i. niet aangetoond.
- pag. 42: wij onderstrepen de conclusie dat door de VZ standaard aan nazorg gedaan moet worden. Echter, zoals gezegd moet het begrip nazorg goed worden gedefinieerd.

Tot slot willen we bij deze consultatievraag opmerken dat controle en toezicht op de nieuwe aanbieders o.i. nog tekort schiet, met name wat men levert aan *evidence based* methodieken en datgene wat er via onderaannemers gebeurt. De niet-reguliere aanbieders zouden zich aan de reeds ontwikkelde richtlijnen en protocollen in de sector moeten conformeren.

Consultatievraag 4: Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg (hfst 8)?

Wij hebben enkele opmerkingen bij **hoofdstuk 8**. Wij onderschrijven het belang van de toepassing van de verbetercyclus en de invulling hiervan via een meetinstrumentarium e.d., maar willen benadrukken dat hierbij kan worden aangesloten bij de standaard ROM binnen de instellingen. Anders wordt de administratieve druk voor behandelaars onnodig vergroot; en t.a.v. het terugdringen van deze administratieve druk: hiervoor missen wij aanbevelingen. Verder wat de ROM betreft: er is vooral in de verslavingszorg al een goede basis gelegd met gezamenlijke instrumentbepaling. O.a. blijkt dit uit de brede introductie en (methodologische) doorontwikkeling van de MATE, ook al genoemd in onze 1^{ste} reactie. De vruchten van dit beleid van een samenhangend systeem van indicatie, monitoring en uitkomstenmeting (waarin de reguliere aanbieders zelf veel R&D investeren), kunnen stapsgewijs geplukt worden.

In algemene zin onderschrijven we het belang van kwalitatief goede en veilige patiëntenzorg. Alle instellingen worden daartoe gecertificeerd (HKZ, Niaz). De ervaren kwaliteit door de patiënt en zijn naasten blijft in uw consultatiedocument onderbelicht. Wij zien daar ook een belangrijke kwaliteitsindicator in om onze zorg beter te maken. We bevelen u aan om dit aspect beter te belichten in de rapportage.

Tot slot mist bij de aanbevelingen een opmerking over onvoldoende kennis over verslaving in andere sectoren, zoals de somatische gezondheidszorg en de reguliere ggz. Dit is van belang vanwege de noodzakelijke samenwerking met de specialistische verslavingszorg, voor vroegtijdige herkenning, en dus uiteindelijk kostenbesparing. Een zorgstandaard biedt kansen om verslaving zorgbreed op de kaart te zetten, maar de implementatie van de zorgstandaard verdient meer dan gemiddelde aandacht in de somatische zorg, 1^e-lijns en Basis GGZ en reguliere ggz.

Consultatievraag 5: Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 9) of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS (hfst. 10).

Bij **Hoofdstuk 9** hebben wij geen opmerkingen; wij onderschrijven de conclusies en aanbevelingen. In **hoofdstuk 10**, paragraaf 10.1.1 wordt t.a.v. verschillende therapievormen (neurolinguïstisch programmeren, etc.) terecht aangegeven dat er geen bewijs bestaat voor de werkzaamheid. Maar er wordt niet aangegeven dat in de verslavingszorg uiteenlopende psychosociale en medicamenteuze therapieën beschikbaar zijn waarvoor wél voldoende bewijs bestaat (o.a. cognitieve gedragstherapie, acamprosaat, CRA, naltrexon, methadon onderhoud, gezinstherapieën, enz.) en dat daarin adequate opleidingen met inbegrip van deze effectieve therapieën zoals ook in onze 1^{ste} reactie aangegeven voor uitgevoerd worden (MIAM, HBO-verslavingskunde e.d.). Graag zouden wij deze toevoeging terugzien in het advies. Voor paragraaf 10.1.2 geldt hetzelfde. Tot slot willen we aan hoofdstuk 10, pag. 52: "Twee nieuwe aanbieders hebben onderzoek laten doen naar de effectiviteit van hun programma" toevoegen dat aan de bevindingen geen sterke conclusies verbonden kunnen worden vanwege mogelijk selectieve non-respons. Hiervoor is nog nader onderzoek nodig.

Tot slot

Los van bovenstaande opmerkingen op onderdelen, zijn we van mening dat het rapport in het algemeen een goede weergave is van de stand van zaken. Het rapport maakt inzichtelijk dat de reguliere verslavingszorg qua kosten niet gestegen is - en dat er nieuwe zorgaanbieders zijn die zich onvoldoende aan *evidence based* richtlijnen houden. Ook is duidelijk dat er nog veel onderzoek en ontwikkeling nodig is om kwaliteit en effectiviteit (verder) te verbeteren. Wij stellen voor om het ministerie van VWS te adviseren een onderzoeksprogramma bij ZonMw te initiëren, als vervolg op de eerdere programma's Verslaving en Risicogedrag en afhankelijkheid. Dit is nodig om de positieve ontwikkelingen van de afgelopen jaren in de sector vast te houden.

Tenslotte hopen wij ook met deze (2^{de}) reactie, dit keer op het concept advies van het CVZ, een constructieve met feiten onderbouwde en verhelderende bijdrage te hebben geleverd aan het publieke en maatschappelijke belang van wat wij zien als goede verslavingszorg.

Amersfoort, 26 mei 2014

Reactie Castle Craig Nederland

Geachte heer/mevrouw,

Castle Craig Nederland kan zich vinden in consultatievragen 1, 3, 4 en 5. Bij Vraag 2 hebben wij het volgende: Pagina 30 6.2.4.2 De zin: Dit geldt niet voor het '12 steps of Minnesota' willen wij graag verwijderd zien uit het document.

Ten eerste: het Minnesota Model voldoet aan stand van de wetenschap en praktijk. (CVZ rapport 2013)

Ten tweede: het Minnesota Model is geen beschermd model en derhalve kunnen instellingen er deels hun eigen invulling aangeven. Castle Craig vult het model naast de gestructureerde 12 stappen in met evidence based therapieën waaronder Cognitieve Gedragstherapie. De zin klopt dus niet.

Castle Craig Nederland heeft helaas geen uitnodiging ontvangen voor de tweede invitational van 19 maart. Een volgende keer worden we graag in de mailing meegenomen. We vragen ons wel af of we als nieuwe aanbieder gezien worden daar we al sinds het jaar 2000 in de markt zijn.

Reguliere verslavingszorg – GGZ Nederland visiedocument

Castle Craig Nederland is ook lid van GGZ Nederland en deelt dus ook in het gezamenlijke visiedocument GGZ NL. (p5 en p29 6.2.4) Een "nieuwe aanbieder" kan dus een gezamenlijk visiedocument hebben.

Alvast dank.

Met vriendelijke groet,

Gisela Mulder - Jense
Beleidsmedewerker

Zorginstituut Nederland
Mw. drs. P.I. Polman
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Utrecht, 27 mei 2014
Kenmerk: JvG/llk/2056/14
Betreft: Consultatie 'Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs'

Geachte mevrouw Polman, beste Paula,

Met interesse heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie kennis genomen van het consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld-alcohol en drugs'. Over het geheel genomen zijn wij van mening dat dit een evenwichtig rapport is dat aandacht besteedt aan de belangrijkste aspecten van verslavingszorg in relatie tot het vraagstuk van doelmatige zorg. De NVvP deelt uw eindconclusie over de kosten en baten en juicht het toe dat de maatschappelijke baten van verslavingszorg nadrukkelijk onder de aandacht zijn gebracht.

Wij hebben nog enkele opmerkingen:

- In hoofdstuk 3 geeft u een interessante beschrijving van de patiënt. Wij missen hierin echter een drietal belangrijke aspecten. De neurobiologische achtergrond bij verslaving wordt slechts summier en in bedekte termen genoemd (bijvoorbeeld pag. 18 "vatbaar voor), terwijl recente neurobiologische inzichten belangrijke verklaringen bieden voor verhoogde kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van verslaving bij sommige personen. Bovendien hebben dergelijke neurobiologische inzichten in toenemende mate invloed op diagnostiek en behandeling van patiënten met verslavingsproblematiek (door middel van stageren en profileren van verslavingsproblemen). Ook wordt er in het rapport geen melding gemaakt van de transgenerationale en genetische aspecten (50-60% erfelijkheid) van verslaving die voor adequate diagnostiek en indicatiestelling van groot belang zijn. Veel jonge patiënten zijn KVO/KOPP kinderen. Tot slot gaat verslavingsproblematiek in de meeste gevallen (80-90%) gepaard met somatische en psychiatrische comorbiditeit. Financiële en organisatorische schotten tussen somatische behandeling, verslavingspsychiatrie en algemene psychiatrie vormen een belemmering voor een noodzakelijke integrale behandeling. Dit geldt des te meer voor de zorg voor jeugdigen nu de overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie een feit is.
- Op pagina 17 van het rapport meldt u dat Nederland in vergelijking met de landen om ons heen succesvol is geweest in de aanpak van verslaving en dakloosheid. In dat licht merken wij op dat actuele ontwikkelingen in andere (gezondheidszorg-)sectoren ook gevolgen (kunnen) hebben voor het voorkomen van verslaving. Als gevolg van wijzigingen in de AWBZ/WMO zullen meer mensen met een lichte verstandelijke beperking het zonder professionele begeleiding moeten stellen, waarmee mogelijk ook een signalerende functie t.a.v. preventie van verslaving wegvalt. De combinatie van een verstandelijke beperking met een verslaving en een psychische stoornis is een van de belangrijkste risicofactoren voor dakloosheid. Ook zullen meer ouderen (tot en met ZZP 4) langer dan tot nu toe thuis moeten blijven wonen, veelal alleenstaand en naar verwachting met minder thuiszorg. Eenzaamheidsproblemen kunnen mede hierdoor toenemen, met als gevolg een toename van drankmisbruik en geneesmiddelenverslavingen.
- In hoofdstuk 5 gaat u uitgebreid in op aspecten van de zorginkoop door zorgverzekeraars. Het doel van deze paragraaf is ons in de context van het stuk niet duidelijk. Het betreft hier immers niet een duiding van

verzekerde zorg, maar aspecten van het stelsel. Deze aspecten zijn niet specifiek voor de verslavingszorg. De onderwerpen die hierin behandeld worden, zoals transparantie-eisen, informatie op de declaratie en artikel 13, worden op de tafel van het bestuurlijk akkoord van de ggz behandeld. Wij onthouden ons hier dan ook van commentaar op de inhoud van deze paragraaf.

- In hoofdstuk 6 (visie van partijen op goede zorg) wordt gemeld dat Zorgverzekeraars Nederland het initiatief heeft genomen met de NVvP een werkprogramma 2014-2017 voor de GGZ uit te gaan werken, waarvan criteria voor klinische opname met inbegrip van maximale opnameduur onderdeel zouden uitmaken. Wij kunnen niet helemaal plaatsen wat hiermee wordt bedoeld. De NVvP werkt met NZa en DBC-onderhoud aan een ontwerp voor een meer medische herkenbare productstructuur. Afbakening van doelgroepen en bijpassende zorgarrangementen zijn daar een onderdeel van. Deze doorontwikkeling bevindt zich nog in een verkennende fase. De NVvP is er geen voorstander van om op hoofdgroepen de klinische opname vooraf te maximaleren. Professionals moeten wel streven naar gepast gebruik van zorg en mogen daar ook op worden aangesproken, eerst en vooral door de patiënt en in tweede instantie door de verzekeraar. Dit gebeurt echter bij voorkeur achteraf en met behoud van de professionele autonomie.
- In hoofdstuk 7 wordt onder het kopje 'zorgtoewijzing' veel nadruk gelegd op het gebruik van de EuropASI en ook de MATE. Graag wijzen wij erop dat beide instrumenten ontwikkeld zijn voor screening en niet voor diagnostiek en derhalve ongeschikt zijn om een patiënt te indiceren voor een zorgarrangement. Screenen heeft als eerste stap zeker zin in de algemene GGZ, waar verslaving nog vaak wordt gemist, en in de huisartsenpraktijk. Diagnostiek vraagt om een oordeel van een te zake deskundige en behoort onder meer tot de kern van het vak van de psychiater. Na diagnostiek kan zorgtoewijzing plaats vinden. Een wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van screeningsinstrumenten als de MATE en EuropASI als indicatie-instrument ontbreekt.
- In hoofdstuk 7 wordt ook ingegaan op detoxificatie. Wij willen tot voorzichtigheid manen om te stellen dat detoxificatie ambulante kan. Detoxificatie bij mensen met middelenafhankelijkheid vergt een specialistische aanpak. Indien niet goed ondersteund kan detoxificatie leiden tot ernstige complicaties en levensbedreigende situaties. Er zijn uiteraard omstandigheden waarin detoxificatie uitstekend ambulant kan, maar wel met goede en intensieve begeleiding en een functionerend sociaal netwerk. In gevallen waarbij ernstige complicaties te verwachten zijn of onvoldoende begeleiding in de thuissituatie geboden kan worden is klinische detoxificatie met intensieve monitoring aangewezen.

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,



Prof. dr. A.T. F. Beekman
Voorzitter

Concept antwoord op consultatievragen Zorginstituut Nederland

Consultatievraag 1

Kunt u zich vinden in de conclusie over de kosten van de verslavingszorg en maatschappelijke baten? (hfdst 2)

Ja. Met de aantekening dat er aan de kant van de maatschappelijke kosten geen rekening is gehouden met de groei van de bevolking, demografische veranderingen. Ook wordt er, helaas, van uit gegaan dat er geen toename in het aantal patiënten door de uitstraling van verbeterde zorg én betere case-finding” zal zijn.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de analyse van de verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst? (hfdst 3-6)

Ja. Met de volgende aantekeningen:

- de uitspraak dat schizofrenie wordt geïnduceerd door cannabisgebruik dient te worden genuanceerd; bij cannabisgebruik is de kans op ontstaan van schizofrenie licht verhoogd; bij personen met een erfelijke kwetsbaarheid is de kans op schizofrenie tien maal zo groot en treedt de stoornis eerder op.
- het is ons niet duidelijk waar de opmerking: “de zorg in het buitenland richt zich dikwijls op een meer exclusief segment van de probleemgebruikers” vandaan komt; voor zo ver ons bekend is hier nooit onderzoek naar gedaan
- in dit verband is “probleemgebruiker” een understatement en dient hier vervangen te worden door “mensen met een verslaving”, zoals overigens overal in het rapport.

Consultatievraag 3

Deelt u de conclusie over wat te verzekerde zorg is? (hfdst 7)

Ja. Met de aantekening, dat zolang er geen vergelijkend onderzoek is gedaan naar de patiëntengroepen behandeld volgens het Minnesota Model en die behandeld op andere wijze er geen uitspraak gedaan kan worden over effectiviteit (zie ook het antwoord op vraag 2 van de Minister)

Consultatievraag 4

Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg? (hfdst 8)

Ja: par. 8.7.2: de term “eigen bijdrage” is onjuist. Het gaat hier immers om (een gedeelte van) het deel van het NZA-tarief dat niet door de verzekeraar wordt vergoed en waar de zorgverlener gerechtigd is een nota naar de verzekerde te sturen.

Consultatievraag 5 (hfdts 9-10)

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusie en aanbevelingen of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS?

Ja. De voorgestelde toestemmingsverklaring voor niet-gecontracteerde zorg kan niet los gezien worden van de artikel 13 problematiek en het contracteringsbeleid van de verzekeraars.

Het consultatiedocument zoals dat nu voorligt geeft immers aan dat er volgens de huidige stand van de wetenschap nog veel werk moet worden verricht om harde criteria voor kwaliteit, modaliteit (ambulant versus klinisch) en effectiviteit vast te stellen. Wij wijzen hierbij met nadruk op de comorbiditeit met psychiatrische (60-80% psychiatrische stoornissen bij alcohol- en middelen afhankelijkheid) en medische stoornissen. Dit maakt het voor de verzekeraars uiterst lastig om op objectieve en toetsbare wijze de contractering uit te voeren.

Onverlet de bovenstaande opmerkingen is Spoor6 het eens met de door Zorginstituut Nederland op de vragen van de Minister geformuleerde antwoorden.



**nederlands huisartsen
genootschap**

Per email: LVisser@zinl.nl

Zorginstituut Nederland
Tav: Liselot Visser
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
☎ 030-282 35 00
☎ 030-282 35 01
info@nhg.org

Utrecht, 27 mei 2014

Ons kenmerk : DIR/14-075/MS/ow

Onderwerp : Reactie consultatiedocument Verslavingszorg in Beeld

Geachte mevrouw Visser,

Hierbij ontvangt u de reactie van het NHG op het consultatiedocument Verslavingszorg in Beeld.

Consultatievraag 1

Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten (hfst. 2)?

De kosten gemaakt door de 1^e lijn bij de behandeling van verslavingen zijn niet meegenomen in de berekening. Dit kan nog worden vermeld in het rapport omdat een aanzienlijk deel van het problematisch alcoholgebruik wordt behandeld in de 1^e lijn. Het NHG heeft geen bezwaar tegen de conclusies over de kosten van de verslavingszorg.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst (hfst. 3 t/m 6)?

Op pagina 27 staat het volgende speerpunt: het ondersteunen van de huisarts bij het vormgeven van geïndiceerde preventie. Dit wordt niet verder uitgewerkt en het wordt hierdoor niet duidelijk wat de rol van de huisarts is. Het consultatiedocument mag hierover meer duidelijkheid verschaffen.

Op pagina 28 wijst ZN op het belang van triage en screening door de huisarts. Triage is altijd onderdeel van de werkwijze van de huisarts als poortwachter. Voor screening door de huisarts op problematisch alcoholgebruik en op andere middelen is geen bewijs voor kosteneffectiviteit, een recent onderzoek over screening op problematisch alcoholgebruik door de huisarts bevestigde dit (Angus 2014). Door het ontbreken van kosteneffectiviteit is er geen reden voor implementatie van screening door de huisarts. NHG en LHV hebben al in een eerder stadium aangegeven in een gesprek met ZN dat de GGZ screenings- of triageinstrumenten die nu in omloop zijn niet wetenschappelijk zijn onderbouwd en daarom niet gebruikt zullen worden door huisartsen.



**nederlands huisartsen
genootschap**

Consultatievraag 3

Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is (hfst. 7)?

Op pagina 35 staat een korte toelichting op geïndiceerde preventie en dat de huisarts bepaalt wanneer er sprake is van een hoog risico op problematisch alcoholgebruik. Bij het nalezen van het onderliggende rapport van CVZ uit 2009 lijkt het erop dat de groep patiënten met problematisch alcoholgebruik wordt bedoeld en niet de groep met een hoog risico op problematisch alcoholgebruik. Daarnaast maakt het onderliggende rapport niet duidelijk waar de geïndiceerde preventie door de huisarts uit bestaat.

Voor het gebruik van de MATE en EuopASI in de 1^e lijn is geen wetenschappelijke onderbouwing voor effectiviteit bij zorgtoewijzing.

Consultatievraag 4

Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg (hfst 8)?

Het NHG heeft geen opmerkingen.

Consultatievraag 5

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 9) of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS (hfst. 10).

De herziene NHG-standaard problematisch alcoholgebruik wordt waarschijnlijk in december 2014 gepubliceerd.

Met vriendelijke groet,

Martijn Sibjom, huisarts

Wetenschappelijk medewerker afdeling R&W

Betrokken bij de herziening van de NHG standaard Problematisch Alcoholgebruik



Aan het Zorginstituut Nederland
t.a.v. Mw. drs. P.I. Polman
Postbus 320
1110 AH Diemen

Nieuwekade 1-5
Postbus 2085
3500 GB Utrecht

Utrecht, 27 mei 2014

Tel. (030) 820 15 00
Fax (030) 820 15 99
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Geachte mevrouw Polman,

Het NIP maakt graag gebruik van de gelegenheid te reageren op het Consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs' van het ZIN. Het NIP is over het algemeen genomen positief over het consultatiedocument en kan met een groot deel van de aanbevelingen instemmen. Het consultatiedocument biedt een goed overzicht van de ontwikkelingen in de verslavingszorg en geeft een inzicht in de 'stand van de wetenschap en de praktijk'. Aanleiding voor het ministerie om het CVZ advies te vragen was de vermeende kostenstijging in de verslavingszorg en de komst van diverse nieuwe zorgaanbieders. Een van de belangrijkste conclusies is dat de kostenstijging beperkt is en dat de kosten in de afgelopen vijf jaar afnemen. Een belangrijke constatering is ook dat de meeste interventies kosteneffectief zijn. We plaatsen wel enkele kanttekeningen bij het document en bij het overzicht van interventies zoals geboden door de studie van het Trimbos instituut.

(1) Evidence based methodieken vormen de basis voor kosteneffectieve interventies

In de verslavingszorg zijn veel studies verschenen naar evidence based methodieken. Hieruit blijkt dat cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, community reinforcement approach en contingency management, tot de meest effectieve methodieken behoren, in combinatie met farmacotherapie. Het NIP zet zich als beroepsvereniging in voor het professioneel en methodisch handelen waarin de prestaties van professionals en het effect van de behandeling meetbaar moeten zijn. Daarom vinden wij dat vanuit de Zvw alleen wetenschappelijk verantwoorde zorg gefinancierd kan worden. Wij achten dit een basisvoorwaarde. Het Consultatiedocument is daar niet expliciet genoeg over terwijl juist hier duidelijkheid en begrenzing noodzakelijk is.

(2) Richtlijn-conform werken in de verslavingszorg is nodig om de kwaliteit te borgen

Een belangrijk verschil tussen reguliere aanbieders in de verslavingszorg en nieuwe zorgaanbieders is de mate waarin zij richtlijnconform werken. De meeste (reguliere) zorgaanbieders in de verslavingszorg werken richtlijnconform (Schippers, 2010). De wetenschappelijke onderbouwing van de verslavingszorg is sterk toegenomen en veel richtlijnen zijn met succes geïmplementeerd. Aan die richtlijnen heeft vooral de psychologie veel bijgedragen de afgelopen twintig jaar (Greeven e.a., 2011). Gelet op de expertise van onze beroepsgroep op dit terrein vinden wij dat wij nauwer betrokken moeten worden bij het kwaliteitsbeleid op dit terrein. Wij zijn dan ook verrast dat in het document wordt gesproken over 'een initiatief tussen NVvP en Zorgverzekeraars Nederland om een werkprogramma op te zetten voor de GGZ'. Als NIP dringen wij er op aan, mede gezien de nauwe betrokkenheid van de psychologen bij de totstandkoming van een groot aantal richtlijnen, dat wij hierbij worden betrokken. Ook wijzen wij op het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ die een soortgelijke opdracht heeft. Daarnaast is ook het programma Richtlijnontwikkeling Jeugdzorg van belang waar het NIP bij betrokken is.

(3) Duidelijkheid over effectieve en niet-effectieve behandelmethodieken

Evidence-based werken betekent dat de geleverde zorg dient te voldoen aan de 'stand van de wetenschap en praktijk'. Zorgvragers dienen vooraf te weten welke methoden effectief zijn om hierop hun keuzes te kunnen baseren (transparantie). Bij de nieuwe aanbieders in de verslavingszorg

constateren wij dat er methodieken gebruikt worden die niet gebaseerd zijn op evidence based practice.

Zo is er sinds de review in 2009 (Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol, 2009) geen nieuw onderzoek verschenen waaruit blijkt dat bijvoorbeeld het 12-Stappen Model en het Minnesota Model wetenschappelijk voldoende onderbouwd zijn. Wij vinden dat het Zorginstituut zich zou moeten baseren op evidence based practice en richtlijnen die erkend zijn door de beroepsverenigingen. Daarom dringt het NIP er bij het ZIN op aan zich duidelijk uit te spreken dat toepassing van dergelijke modellen in de verslavingszorg niet voldoet aan de eisen die aan evidence based behandeling te stellen zijn. Wij vinden dan ook dat het consultatiedocument op dit punt aanpassing behoeft.

(4) Een zorgstandaard is nodig om het cliëntenperspectief te versterken

Omdat er doelgroepen zijn die zich mogelijk onvoldoende ‘bediend’ voelen door de huidige zorgaanbieders is een zorgstandaard vanuit het cliëntenperspectief nodig, opdat de praktijk zich beter leert richten op de wensen en behoeften van de huidige cliënten en patiënten. De verslavingszorg in Nederland werkt over het geheel genomen effectief, ook in vergelijking tot andere landen (Van Laar & Van Ooyen, 2009). De meeste interventies zijn kosteneffectief en hebben een zeer positieve impact op de kwaliteit van leven. Binnenkort verschijnt een studie van het RIVM naar de kosteneffectiviteit van de behandeling van drugs- en alcoholverslaving (RIVM, in bewerking) waarin dit nogmaals wordt aangetoond.

(5) Beperkte afbouw van klinische capaciteit

Het NIP wil erop aandringen om de klinische capaciteit beperkt af te bouwen. De verslavingszorg kent van origine reeds een beperkt aantal bedden in vergelijking met de GGZ. De afbouw moet daarnaast ook samengaan met de opties van intensieve ambulante zorg en nazorg. Voor de meer chronische doelgroep liggen er wellicht opties om met varianten te werken tussen het domein van klinieken en woonbegeleiding in, waardoor ‘het daaideur fenomeen’ kan worden voorkomen en er een kostenreductie kan worden verkregen. We onderschrijven dat de indicatiecriteria en de naleving daarvan hoog op de agenda moeten worden gezet. Het NIP onderschrijft het standpunt dat klinische opnames in verslavingsklinieken in het buitenland geen meerwaarde hebben ten opzichte van klinieken in Nederland, dat daarvoor geen evidentie is in de wetenschappelijke literatuur en derhalve moeten worden teruggedrongen.

Voor de antwoorden op de specifieke consultatievragen verwijzen we naar de reactie van Resultaten Scoren / Netwerk Verslavingszorg, waarmee het NIP op hoofdlijnen instemt. Graag zijn we zonodig tot toelichting bereid.

Met vriendelijke groet en hoogachting,



Peter Velseboer

Waarnemend directeur NIP

Groningen, 22 mei 2014.

Zorg Instituut Nederland
Mw E.C.M. Visser
Per mail

Onderwerp: reactie consultatie document

Geachte mevrouw Visser,

Dank voor het toezenden van het concept advies van het ZIN over de Nederlandse verslavingszorg en de gelegenheid die u biedt daarop nog te reageren. Van die gelegenheid maken we graag gebruik. Op verzoek van en in overleg met de bestuurder van de Skuul, herstelondersteunende verslavingszorg, te Texel, Joke de Goede, hierbij onze reactie.

We hebben veel waardering voor de degelijkheid van het advies. Jammer is dat de aanleiding van de vraag de toegenomen verzekerde kosten zijn en dat de antwoorden noodgedwongen vooral gebaseerd zijn op gegevens per instelling en dus maar een beperkte inzage geven in de toegenomen verzekerde kosten en de opbrengsten daarvan.

We hebben te maken met een cliëntenbeweging die ontevreden is over de realisering van de door haar zo gewenste veranderingen in het aanbod van de "reguliere" instellingen. Daardoor kan het belang van nieuwe aanbieders toenemen, uiteraard mits deze tegemoet komt aan de vraag van de cliënten. We zijn er dan ook zeer tevreden over dat u de ontwikkeling van nieuwe aanbieders als een waardevol element in het gehele stelsel blijft waarderen.

We bieden onze cliënten herstelondersteunende zorg en we stellen het zeer op prijs dat u zich zo duidelijk uitspreekt over deze vorm van zorgverlening, waarvoor door de cliëntenbeweging wordt gepleit, maar die nog zo weinig wordt toegepast. Gebruikmakend van de eigen verantwoordelijkheid en de eigen mogelijkheden van de cliënt, passend bij het herstel concept, heeft de Skuul de behandelkosten aanzienlijk kunnen beperken. We zijn bereid en in staat onze ervaring daarmee over te dragen aan andere zorgorganisaties.

ROM lijkt te verworden tot een bureaucratisch instrument, dat geen betekenis heeft voor het vaststellen van de effectiviteit van de zorg gerelateerd aan de door de cliënt gewenste uitkomsten. Het komende half jaar wordt er bij de Skuul onderzoek gedaan, in samenwerking met het Trimbos instituut en de Universiteit van Twente, onder leiding van prof. dr. J.A. Walburg. In een van de onderdelen wordt, in samenspraak met onze cliënten, een ROM systematiek ontwikkeld die door de cliënt gewenste uitkomsten vaststelt. Tevens willen we deze ROM systematiek samen met diezelfde cliënt gebruiken voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg, en als verantwoordingsinformatie voor de financiers. We zouden het uiteraard zeer op prijs stellen als voor een dergelijke ontwikkeling beleidsruimte beschikbaar komt.

Met vriendelijke groet,

Martinus Stollenga
Zelfstandig adviseur

Reactie Nederlandse Zorgautoriteit

Beste Liselotte,

Graag maken wij gebruik van de mogelijkheid om te reageren op het consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld'. We gaan daarbij vooral in op consultatievraag 3 en 5. Wij geven graag een verdere toelichting mocht dat nodig zijn.

In het algemeen missen we in het rapport heldere, handhaafbare duidingen (deze kritiek hebben wij eerder verwoord in onze reactie op de consultatie over het concept rapport GGZ deel 2). Prestaties kunnen pas scherp worden gesteld en gehandhaafd als de afbakening tussen basis en niet-basiszorg scherp is. Als dat laatste niet het geval is kunnen behandelingen die niet behoren tot de basiszorg eenvoudig onder de scherpe prestatie worden geschreven.

Enkele voorbeelden van waar het rapport meer handvatten zou kunnen geven:

- Hoe kan worden bepaald of het effectieve Minnesota model wordt gevolgd door de aanbieder of niet? Is yoga onderdeel van het model of juist niet? Mag deze zorg alleen onder verantwoordelijkheid van een psychiater worden gegeven of niet? Is dagbesteding onderdeel van de zorg?
- Geschreven wordt: *"Zorginstituut Nederland onderschrijft daarom de conclusies van de richtlijnen dat klinische behandeling uitsluitend dient te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg."* Op basis van bovenstaande komende de volgende vervolgvragen boven:
 - Is het onverzekerde zorg als je iemand klinisch opneemt die in een milde vorm afhankelijk is (of is het alleen 'niet kosteneffectieve zorg').
 - Hoe onderscheid je milde en ernstige afhankelijkheid en zijn hier harde criteria voor?
 - Wat zijn de criteria voor 'sociale desintegratie'?

Overige opmerkingen:

- 5.2.2. gebrek aan transparantie bij declaraties. Aan het einde van deze paragraaf wordt vermeld dat er afspraken zijn gemaakt om gegevens per 2014 op de factuur te vermelden. Het zou goed zijn om hier duidelijk te maken dat per 2014 maatregelen zijn genomen namelijk:
 - Vermelding van bestede tijd op de factuur (direct en indirect van hoofdbehandelaar en medebehandelaren)
 - Vermelding verwijzer (AGB-code)
 - Vermelding type verwijzer
 - Vermelding hoofdbehandelaar

De hoofdgroepdiagnose staat al langer op de factuur. Dat geldt niet voor de primaire diagnose.

- In antwoord op vraag 3.b. staat in het document: *"De scheidslijn tussen de verschillende vormen van vaktherapie (in groep) als onderdeel van de Wmg-prestatie behandeling en groepsactiviteiten genoemd in de Wmg-prestatie dagbesteding is voor ons onvoldoende scherp. Om upcoding te voorkomen adviseren wij de NZa dit te verhelderen."* Graag gaan wij voor publicatie van het definitieve rapport in gesprek hoe wij dit volgens jullie

kunnen aanscherpen en waarom dat noodzakelijk is. Naar onze mening zou eerst helder moeten zijn wanneer dagbesteding een onlosmakelijk onderdeel is van de behandeling en wanneer het vooral om dagstructurering gaat. Die basis moet eerst helder zijn.

- Gezien de onduidelijkheid over de afbakening van verzekerde GGZ zou enige spoed bij de aangekondigde onderzoeken naar effectiviteit en doelmatigheid van verslavingszorg wenselijk zijn. Is het mogelijk om daar een tijdspad voor te geven?
- In het rapport wordt gesteld dat dagbesteding in het buitenland niet doelmatig/effectief is, zou dat niet moeten resulteren in een duiding/aanpassing in de aanspraak? Dat geeft meer houvast (voor verzekerden) dan individuele beoordelingen door zorgverzekeraars, al dan niet in kader van machtigingen.

Vriendelijke groet,
Harry van Til

Consultatiedocument Verslavingszorg

vragen

Dit conceptrapport wordt via een consultatieprocedure schriftelijk voorgelegd aan partijen. Om de reactie van partijen te vernemen op dit rapport, stelt het CVZ de volgende consultatievragen:

Consultatievraag 1

Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten (hfst. 2)?

JA Waar het echter aan ontbreekt zijn relatieve (kosten)effectiviteitsgegevens waarbij verschillende behandelprogramma's voor vergelijkbare groepen van cliënten worden vergeleken.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst (hfst. 3 t/m 6)?

JA

- Bij verslaving gaat het om één van de grote ziektebeelden met grote individuele en maatschappelijke gevolgen. Verslaving is niet gemakkelijk te behandelen en neigt tot chroniciteit. Kwetsbare mensen zijn extra bevattelijk om verslaafd te raken. Er is een groot verschil tussen het aantal probleemgebruikers en het aantal dat daadwerkelijk zorg krijgt (treatment gap).
- de ontwikkelde richtlijnen protocollen en handreikingen worden geïmplementeerd (Leefstijltrainingen, de Intakemodule, de Richtlijn Detox, de Richtlijn dubbele diagnose – dubbele hulp, de Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling, de MATE en Cannabisbehandeling bij jongeren en jongvolwassenen)
- meer differentiatie ten aanzien van uiteenlopende doelgroepen
- preventie is een belangrijk onderdeel van de gehele keten
- herstel' staat centraal (het bieden van zorg die het individuele herstelproces ondersteunt)
- centraal uitgangspunt is dat de zorg rond de patiënt wordt georganiseerd en niet omgekeerd

Consultatievraag 3

Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is (hfst. 7)?

JA

De zorgverzekeraars vinden de volgende punten van belang om tot een goede verslavingszorg te komen:

- het belang van screening en triage vooraan in de keten (dus bij de huisarts)
- triage naar specialistische GGZ is nodig naar zorgpad op basis van de zorgvraagzwaarte kenmerken van de patiënt
- uitspraken door Zorginstituut Nederland over maximale opname duur (dit vanwege de kosten)
- meer zicht op verschillende doelgroepen (inclusief zorgarrangementen en maximale opname duur)
- helderheid over hoofd behandelaarschap en ROMMEN

Consultatievraag 4

Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg (hfst 8)?

JA

- Tactus is ook van mening dat voor het ontwikkelen van een kwaliteitsstandaard voor verslavingsproblematiek, het hele traject van zorg van preventie, diagnostiek, behandeling en herstel is opgenomen.
- Uiteraard dienen patiënten optimaal geïnformeerd te zijn over de te verwachten behandeling.
- Richtlijnen en andere kwaliteitsstandaarden zijn mede gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek over de (kosten)effectiviteit. Zonder dit onderzoek is het moeilijk om goed onderbouwde richtlijnen te maken.

Voor gepast gebruik van zorg zijn de volgende aspecten van belang:

- transparantie wat aanbieders leveren en aan wie en wat de resultaten ervan zijn;
- een gelijk speelveld voor zorgaanbieders;
- juist declaratiegedrag van zorgaanbieders;
- selectieve zorginkoop;
- goede informatievoorziening;
- controle van zorgverzekeraars van de declaratie;
- toezicht van de NZa op de zorgverzekeraars en op het functioneren van de markt.

Consultatievraag 5

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 9) of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS (hfst. 10).

Wij onderschrijven met name de volgende items:

- de kosten van de verslavingszorg nemen licht af evenals de verschuiving van de zorg met verblijf naar ambulante zorg
- het nieuwe aanbod is heel divers, niet altijd is duidelijk wat het aanbod concreet inhoudt, of de richtlijnen worden nageleefd en of het om kosteneffectieve zorg gaat
- de maatschappelijke baten van de verslavingszorg liggen hoger dan de kosten
- de naleving van richtlijnen, met name de selectieve inzet van verblijf, kan bijdragen aan kostenbesparing in de verslavingszorg

Deventer, 26 mei 2014

28 mei 2014

Algemeen

Het concept rapport wordt in zijn algemeenheid positief bevonden omdat het handvatten geeft voor inkadering van de verslavingszorg. Het helpt de zorgverzekeraar kritischer te zijn bij de inkoop van verslavingszorg. In onderstaande reactie staat aangegeven waar zaken scherper kunnen worden geformuleerd.

Consultatievraag 1 Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten (hfst. 2)?

Niet geheel. Er wordt gesteld dat de maatschappelijke baten opwegen tegen de kosten van verslavingsbehandelingen. Wij zien landelijk echter een grote praktijkvariatie in kosten voor behandeling en opvallende verschuivingen in geldstromen, naar m.n. minder doelmatige behandelingen. Klinische opnameduur speelt hier een grote rol in. Dit is niet geheel in lijn met het gestelde. Graag nuanceren hierin.

In 2.3 : De schatting is dat het aantal verslaafden is veel groter dan de het aantal geregistreerde (nu bekend in zorg). Met name verwachten we daarvan ook veel consumptie in medisch specialistische zorg (somatiek), is dat nu meegenomen?

In 2.4: bij Kosten en baten wordt aangegeven wordt dat:

Effectieve behandelingen van verslavingszorg zijn al gauw kosteneffectief. De vraag die moet worden beantwoord is welke behandelingen het meest kosteneffectief zijn en hoe de ene behandeling zich verhoudt tot een andere behandeling met vergelijkbare patiënten

Hierbij is het ook van belang dat er een definitie komt van effectiviteit. Is dit alleen abstinentie of herstel (is het niet meer beperkt worden in het maatschappelijk functioneren en niet meer in gevaar brengen van de eigen gezondheid) ook een effectieve uitkomst.

Positief dat de maatschappelijke kosten zijn meegenomen.

Consultatievraag 2 Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst (hfst. 3 t/m 6)?

Het is positief dat in hoofdstuk 5 de praktijkvariatie wel aan de orde komt.

De dubbele diagnose problematiek is minder uitgewerkt. Het rapport geeft weinig houvast hoe deze problematiek op te pakken. Het rapport richt zich op middelen afhankelijkheid, echter andere verslavingen: game-, gok-, eet-, seks-, nicotine. Volgen vaak dezelfde behandelingen (met klinische opname). Hierover worden nu geen uitspraken gedaan. Niet of het tot verzekerde zorg hoort en niet wanneer klinische zorg doelmatig is. Daarnaast geeft nicotine verslaving hoge medisch specialistische kosten.

Uniformiteit is belangrijk, maar huisartsen verzetten zich tegen het gebruik van 1 triage instrument. Dus uniformiteit is belangrijk, maar ook keuze mogelijkheid is van belang, om draagvlak te krijgen.

Het wordt niet altijd herkend dat verzekerden die naar het buitenland gaan een specifieke groep is, in aanvragen wordt teruggezien dat het soms ook op wens van familie is, of dat de cliënt de opname in het buitenland "makkelijker" vindt omdat de verzekerde daar uit de buurt is van de verleidingen van

Bij 4.1.1. Opmerking: "Het grootste deel (80%) van de zorg in de reguliere verslavingszorg is ambulante." Betreft dit kosten of aantal personen?

Bij 4.1.2 ligt het grootste probleem, dit zijn de 'cowboys' van de zorg. "moet worden geconstateerd dat er veel verschillen zijn en dat er beperkte informatie beschikbaar is over de effectiviteit van de aangeboden behandelingen/behandelprogramma's." Dit laatste komt grotendeels voort uit wisselende programma's in samenstellingen die qua effectiviteit niet (goed) zijn onderzocht, en evenmin zijn getoetst aan kosteneffectiviteit/doelmatigheid. Zie ook 5.1.2.

Bij 5.1.2 Praktijkvariatie: hieruit kan geconcludeerd worden dat richtlijnen niet worden opgevolgd. Indien dit wel zo zijn, zou de praktijkvariatie niet zo groot kunnen/mogen zijn! Hieruit volgt 5.1.3: door deze variatie is niet helder welke zorg wenselijk is om te contracteren. Hier heeft het veld zelf ook een rol! En hierop volgt dan automatisch het gestelde bij 5.2. Het is tijd om paal en perk te stellen.

5.2.3 bolletje 6 typefoutje: "begeleiding is niet gericht op genezing of verergering"

6.2.1: blz. 27 wordt gesproken van eerste lijn. Dit is verwarrend. Graag spreken van huisarts of GbGGZ

Blz. 29 :vraag is verslavingsarts voldoende is toegerust: De verslavings arts is beter in de somatische co-morbiditeit en de psychiater in de psychiatrische co-morbiditeit. Daarom is MDO van belang. (het document spreekt met name over de verslaving zonder de DD, dus daar is de verslavingsarts prima tot toegerust)

Blz. 29 : ambulante de standaard. Geldt dit ook voor de detox van LVG, of cliënten met lichamelijke en psychiatrische co- morbiditeit (is dat in de onderzoeken meegenomen?)

Bij 6.2.3 t.a.v. verslavingsarts als HB: kan, mits co-morbiditeit middels een goed uitgevoerd triage traject is uitgesloten, c.q. afdoende is behandeld. Ofwel: bij enkelvoudige, niet gecompliceerde vraagstellingen waarbij middelengebruik de enige zorgvraag is.

Bij 6.2.4 komen de zogenaamde "cowboys" in de verslavingszorg naar voren. Deze zullen zich moeten conformeren aan gangbare richtlijnen en behandelstrategieën. Juist deze instellingen nopen tot aanpassing van art. 13 om ondoelmatige zorg uit te sluiten van vergoeding.

6.2.4.2: Bij de resultaten van U center ook de strenge selectie van cliënten meenemen.

6.2.4.3 Solutions: klinische opname bij 12 steps, dit is een bewezen ondoelmatige interventie.

Consultatievraag 3 Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is (hfst. 7)?

Wij zouden hier graag toegevoegd zien dat hiervoor in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken om hier een triage instrument te ontwikkelen wat hiervoor ingezet kan worden.

Verder delen wij de conclusies en vinden het goed om in dit document (pagina 38) met elkaar vast te leggen dat de meerwaarde van klinische behandeling bij mensen met een dubbele diagnose niet is

aangetoond. Wij zijn zeer benieuwd naar de conclusies uit het rapport van de EMCDDA naar de effectiviteit van langdurige behandelingen in therapeutische gemeenschappen.

7.2.4: Indicaties voor verblijf, bolletje 3, is te open geformuleerd. Hierdoor wordt toegang te breed. Ook zouden we meer handvatten willen hebben over de duur van het verblijf.

De **medische noodzaak** tot verblijf is vaak niet aanwezig. Dit moet explicieter benoemd. Vooral ook omdat verblijf door het onttrekken van de client uit de eigen omgeving niet doelmatig is – immers de eigen omgeving van client is (vaak) deel van het verhaal en moet bij de behandeling worden betrokken. Herstel tijdens opname is daarmee een schijnverbetering – vaak treed terugval op na opname.

Bij **persoonlijke omstandigheden** kan m.i. uitsluitend extreme zelfverwaarlozing een opname indicatie zijn. Er is voldoende aanbod van verslavingzorg om de reisafstand hier niet als criterium te benoemen.

7.3.2: Minnesota model met klinische opname zou dus integraal door verzekeraars als zijnde niet doelmatige zorg van vergoeding moeten worden uitgesloten.

7.4.2: blz. 38: goede definitie van dubbele diagnose is nodig. Nu wordt dat veel “opgevoerd” als reden voor langere zorg trajecten, terwijl er geen echte sprake is van DD

7.4.3 Houdt dus in dat in kwalitatief opzicht een grondig onderzoek en triage deel uit moet maken van de diagnostiek, de basis moet zijn voor het behandelplan en dat de uitkomst hiervan moet zijn opgenomen in het dossier (wat is hier nieuw? Waarom is dit al niet allang geïmplementeerd?)

7.4.4 Opvallend: “In de werkgroep van de alcoholrichtlijn bleef verschil van mening bestaan of uitsluitend de wens van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie een geldige (in casu de tiende) indicatie is.”

Besef dat juist dit argument het argument is dat Jellinek Curacao consequent benoemt als zijnde de opname indicatie voor de ondoelmatige behandeling in tropische vakantie oorden. Dit kan/mag dus niet de bedoeling zijn!

Ofwel: er moeten heldere, toetsbare, opname indicaties geformuleerd worden. Zo niet, dan is conform de eerdere conclusies elke opname in principe te zien als ondoelmatig, tenzij uit andere problematiek (suïcidaliteit, psychotisch gedrag) een opname indicatie aanwezig is.

7.4.5: Eens met stellingname ZIN., zie hierboven.

Blz. 40. De conclusie van de richtlijn voor klinische behandeling beschrijft de gespecialiseerde GGZ populatie (namelijk: complex, risicovol of ernstig afhankelijk). Hierdoor zou je kunnen lezen dat alle SGGZ cliënten recht hebben op opname. (zie ook blz. 43 derde bolletje)

7.4.7 Blz. 42: Behoeft om dagbesteding beter omschreven te hebben ten opzichte van reguliere dag structurering.

7.4.9: Eens met conclusies, mogen wel strakker worden neergezet.

Consultatievraag 4 Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg (hfst 8)?

Het is vooral belangrijk onderzoek te stimuleren om meer gedegen uitspraken over kwaliteit en outcome te verkrijgen. Bijv uitspraken over het wel of niet effectief van een klinische detox of ambulante detox.

Er worden uitspraken gedaan in concept op basis van onderzoek van 2004. Kan iets over de betrouwbaar/ validiteit van het onderzoek gezegd worden?

Een opmerking over zorg in het buitenland: los van de rechtmatigheid, hoe kun je als zorgverzekeraar garant staan voor de kwaliteit, ook omdat de IGZ daar geen zeggenschap over heeft en er geen kwaliteitswaarborgen zijn zoals visitatie, HKZ etc.

Graag zien we op dit onderwerp een heldere procesafspraken zien. Welke partijen gaan wanneer verder onderzoek doen naar kosteneffectiviteit. Op welke wijze gaat het Zorginstituut Nederland dit volgen? De vervolgspraken en de voordracht voor ZON MW onderzoek lijken nog wat vrijblijvend.

8.1: Zou het niet heel simpel zijn als gewoon de richtlijnen worden nageleefd? Zijn ze daar niet voor?

8.4: “Zeker in een markt waar enkele zorgaanbieders adverteren in huis-aan-huisbladen en concurreren met luxe arrangementen om de gunst van de cliënt.”

Er is volgens mij regelgeving die expliciete reclame voor (verzekerde) zorg verbiedt. Naleving? Ofwel: klinieken die op deze wijze adverteren automatisch bestempelen als aanbieders van niet verzekerde zorg en declaraties niet uitbetalen.

8.6: Kwaliteitscyclus zou een vaststaand gegeven moeten zijn, het zou niet nodig hoeven zijn dit separaat te benoemen.

8.7: Buitenlandse zorg middels onderaannemerschap uitsluiten uit vergoedingsmogelijkheden. Immers, dit betreft per definitie opname, welk conform bovenstaande is benoemd als niet doelmatig/kosteneffectief en niet medisch noodzakelijk. Indien opname op andere gronden noodzakelijk is, heeft buitenland geen meerwaarde en zelfs een extra risico.

Consultatievraag 5 Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 9) of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS (hfst. 10).

De conclusies en aanbevelingen kunnen explicieter. Nu zijn ze zo vriendelijk geformuleerd dat er weinig druk op verbetering van de verslavingszorg wordt gelegd.

Op pagina 49 wordt de conclusie getrokken dat het wetsvoorstel om artikel 13 te wijzigen zodat verzekeraars meer inzicht krijgen in de verleende zorg die gedeclareerd wordt. Wij zouden dit graag ook onder de aanbevelingen zien opgenomen.

Het antwoord op vraag 2b. hier wordt aangegeven *“Verslaving neigt naar chroniciteit. Ruim de helft van de verslaafden valt na behandeling, binnen een jaar terug”*

Vallen deze mensen terug : waar bij problematiek weer op het oude niveau is, of is er sprake van een terugval, waarbij de mensen door inschakelen van zelfhulpgroepen, of professionele hulp snel weer opkrabbelen. Dit graag verduidelijken.

Zorginstituut Nederland
Pakket
T.a.v. mw. drs. P.I. Polman MPH
Manager Zorg Dichtbij
Eekholt 4
1112 XH Diemen

LHV-bureau Utrecht
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
Postbus 20056
3502 LB Utrecht

(030) 28 23 723
lhv@lhv.nl
www.lhv.nl

Datum 10 juni 2014
Uw kenmerk 2014057149
Ons kenmerk 2014/504757/jh/b/ml
Betreft Betreft reactie op consultatiedocument verslavingszorg
in beeld, alcohol en drugs

Geachte mevrouw Polman,

Het concept consultatiedocument Verslavingszorg in beeld, alcohol en drugs en de achtergrondstudie van Van Wamel et al. hebben wij beoordeeld. In het laatste document wordt verwezen naar de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, die nu wordt herzien.

Conclusies:

- het consultatiedocument verslavingszorg geeft aan dat de zorgaanbieders in de verslavingszorg erg divers zijn met ook bij diagnostiek en therapie een veelheid aan mogelijkheden. Dat leidt tot onduidelijkheid;
- het consultatiedocument verslavingszorg en de achtergrondstudie gaan beperkt in op de rol van de huisarts bij de verslavingszorg;
- de huisarts heeft voldoende handvat bij verslavingszorg in de NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik die momenteel wordt herzien door een multidisciplinaire werkgroep, waaronder verslavingsarts, huisartsen en medewerker uit de verslavingszorg.

Wat betreft de consultatievragen:

Consultatievraag 1

Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten (hfst. 2)?

De kosten van de verslavingszorg dalen mede door andere aanbieders en meer ambulante behandeling. Dat lijkt zo, maar anderzijds zien we helaas onder jongeren een stijging van kosten mede door opnames tgv 'comazuipen'. De verslavingszorg heeft vooral te maken met de ernstiger vormen van verslaving, terwijl de lichtere vormen van verslaving niet in beeld zijn, maar wel aanleiding kunnen geven tot hoge kosten zoals ontslag, scheiding, mishandeling etc. Deze multi-pele problematiek kost veel inzet in de eerste (en soms tweede) lijn. De totale kosten hiervan zijn echter niet in beeld gebracht.

Consultatievraag 2

Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst (hfst. 3 t/m 6)?

De visie van de verslavingszorg is kort samengevat de herstelgedachte en zoveel mogelijk ambulant. Dit kunnen we onderschrijven, want dit geldt zeker voor de eerste lijn.

Consultatievraag 3

Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is (hfst. 7)?

Bij de definitie van zorgtoewijzing gaat men uit van vaststelling van de diagnose volgens MATE of de EuropASI. Deze route is niet gebruikelijk in de eerste lijn. Het is de vraag hoe men dan de verwijzing voor zich ziet, want als huisartsen geen gebruik maken van deze criteria komen we in problemen met verwijzing, die niet vergoed zou kunnen worden als de huisarts deze diagnostische methodes niet gebruikt. Deze handelwijze is niet conform de NHG-Standaard.

Ten aanzien van Preventie wordt onder 6.2.1 ook aangegeven de huisarts te ondersteunen bij de preventie van middelengebruik. Er wordt niet aangegeven wat men daarmee bedoelt, ook is er geen evidence dat preventie door de huisarts bij verslaving zinvol is.

Onder 6.2.3 wordt gesproken over screening en triage door de huisarts. Daarover wordt in geen enkele richtlijn gesproken, ook is er onvoldoende handvat om dit te effectueren. Zoals aangegeven in de achtergrondstudie gaat het om casuïstische preventie bij de huisarts. Dat is geen screening en dat kan ook niet, omdat de risicogroepen onvoldoende te definiëren zijn. De inzet van screeningsinstrumenten is onderwerp van discussie, ook wat betreft psychische klachten. In een overleg met ZN hebben LHV en NHG aangegeven dat de GGZ screenings- en triage-instrumenten die nu de ronde doen niet wetenschappelijk zijn onderbouwd en daarom niet gebruikt zullen worden door huisartsen

Onder 7.3.1 wordt aangegeven dat preventie van problematisch alcoholgebruik valt onder verzekerde zorg. Gezien bovenstaande is onduidelijk wat hiermee bedoeld wordt.

Consultatievraag 4

Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg (hfst 8)?

Een verbetercyclus kunnen we onderschrijven. De huisarts heeft als doel zinnige en zuinige zorg te leveren, hetgeen overeenkomt met de doelstellingen in dit document

Consultatievraag 5

Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen (hfst. 9) of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS(hfst. 10).

De vraag is of een zorgstandaard uitgaande van kosten en baten het beste antwoord is op de huidige problemen in de verslavingszorg, vooral omdat voor de meeste behandelingen geen evidence is. Die komt er niet met een zorgstandaard, daarvoor staan andere wegen open. Wat betreft het actualiseren van een richtlijn is het NHG bezig met de actualisatie van de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik, die destijds ook aan de basis lag voor de MDR over alcoholgebruik.

Het is zeker zinvol onderzoek te doen naar de effectiviteit van behandelingen. Overigens gaan de huidige richtlijnen daar uitgebreid op in.

Blijkbaar kan men geen rem opwerpen aan zorgaanbieders in het buitenland. Dat is een punt van aandacht.

Naast de beantwoording van de vragen zijn er een aantal aanvullende opmerkingen, algemeen en specifiek:

Algemeen

Er zijn veel aanbiedende zorgverleners in de verslavingszorg met velerlei technieken al dan niet onderbouwd. Dat leidt tot onvrede van de zorgaanbieders en de cliënten en gebrek aan duidelijkheid. Dit is een uitvloeisel van marktwerking. Men kan er welgevoeglijk van uitgaan dat aan verslavingszorg geld te verdienen valt en dus komen de vliegen op de stroop of liever de wespen op het bier.

Als er dan ook nog onvoldoende duidelijkheid is bij diagnostiek en behandeling is niet te verwachten dat de kosten van de verslavingszorg moeilijk in de hand te houden zullen zijn.

Wat onvoldoende belicht wordt in beide documenten is dat verslaving een chronische ziekte is geworden, maar ooit in een lichte vorm is begonnen. Verslaving is een maatschappelijk verschijnsel bij daarvoor gevoelige personen die om meerdere redenen hun toevlucht zoeken tot middelen als escape van hun dagelijks leven. Hun leven is door werkloosheid, relatieproblemen en andere maatschappelijke verschijnselen op doodlopend spoor geraakt. Daarmee is de medicalisering van de verslavingszorg altijd een noodgreep van een traject dat meestal al jaren geleden is ingezet. Het zou pleiten voor de beleidsmakers als men daaraan ook aandacht schenkt in de aanpak. Men kan denken aan preventie en vroege opsporing, maar daarvoor zijn onvoldoende handvatten. Het zou dus mooi zijn die te ontwikkelen in plaats van weer nieuwe indicatoren op te stellen.

Specifiek

- Onder 5.2.2 wordt nog aangegeven dat de DSM IV leidend is bij verwijzingen. Inderdaad wordt deze in de GGZ gehanteerd, maar inmiddels is de DSM-5 uitgekomen, die rond verslaving andere inzichten hanteert. De nieuwe NHG-Standaard Problematisch Alcoholgebruik (voorlopige naam) hanteert de DSM 5 criteria.
- Er wordt ook gesproken over zorgaanbieders zonder contract met verzekeraars. Vanwege de recente ontwikkelingen in de politiek is dat een gegeven. Dat heeft voor de huisarts als verwijzer veel negatieve consequenties. Als beroepsorganisaties wijzen wij erop dat de huisarts geen rol heeft bij het zoeken naar de hulpverlener, die vergoed wordt door de zorgverzekeraar. De cliënt wordt verwezen naar een hulpverlener en als er vervolgens betalingsproblemen ontstaan is de zorgverzekeraar gehouden deze op te lossen zonder inzet van de verwijzer.
- Onder 6.2.1 en ook 7.4.3 wordt gesproken over de MATE nl het meten van addictie triage en evaluatie. Er wordt verwezen naar een zinsnede uit de richtlijn dat semigestructureerde interviews als de MATE effectiever zijn dan ongestructureerde diagnostiek. Bij de revisie van de NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik is daarover uitgebreid gediscussieerd. De hulpverlener heeft een vermoeden van middelengebruik en maakt dit met enkele voorbeeldvragen bespreekbaar. Daar past geen vragenlijst, omdat dit contraproductief werkt. Pas bij het inschatten van de ernst over de evaluatie van het vervolg zijn gestructureerde vragenlijsten toepasbaar om met de cliënt de mogelijke therapievormen te bespreken. Als daar dan ook weer indicatoren aan worden gehangen is dat een bouwwerk op drijfzand. We moeten ervoor waken dat de verzekeraar meent daar conclusies aan te kunnen verbinden.

Mocht u vragen hebben over bovenstaande, dan zijn we uiteraard graag bereid een en ander toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

Jelly Hogendorp en Louwrens Boomsma
Senior beleidsmedewerkers

