



> 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](http://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 verslavingszorg 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 Maaïke 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](http://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

<b>1.</b>	<b>Inleiding</b> .....	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
<b>2.</b>	<b>Aard en omvang van verslavingsproblemen</b> .....	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
<b>3.</b>	<b>Instroom, doorstroom en recidiven</b> .....	25
3.1	<i>Instroom 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
<b>4.</b>	<b>Zorgaanbod</b> .....	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
<b>5</b>	<b>Richtlijnen</b> .....	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

<b>6</b>	<b>Interventies, (kosten-) effectiviteit en maatschappelijke baten</b>	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
<b>7</b>	<b>Overige trends en ontwikkelingen</b>	84
<b>8</b>	<b>Samenvattende conclusies voorgaande hoofdstukken</b>	91
	<b>Bijlage 1: effectiviteit van interventies</b>	99
	<b>Literatuur</b>	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 aanbieders<sup>1</sup> 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);

---

<sup>1</sup> 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
<b>Experimenteergedrag</b>	Enmalig of incidenteel gebruik.
<b>Geïntegreerd of sociaal/recreatief gebruik</b>	Regelmatig gebruik op gepaste gelegenheden, geen verstoring van het (maatschappelijk) leven.

<b>Overmatig en problematisch Gebruik</b>	Frequent en aanzienlijk gebruik, ook op ongepaste momenten, problemen en kritische vragen van de omgeving nemen toe.
<b>Afhankelijkheid en verslaving</b>	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.
<b>Chronische verslaving</b>	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 verworven tot een chronisch-recidiverende aandoening tegen de tijd dat iemand op zoek gaat naar een behandeling<sup>2</sup>. 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 patiënten<sup>3</sup> 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

<sup>2</sup> In dit rapport worden 'hulpvragen' en 'hulpzoeken' als synoniemen gebruikt.

<sup>3</sup> 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<sup>e</sup> plaats, tabak staat op de 7<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> plaats, snuifcocaine op de 6<sup>e</sup>.
- 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 midden categorie, 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 %
Cocaïne	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%).<sup>4</sup>
- 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

<sup>4</sup> 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:

	<b>afhankelijk</b>	<b>Misbruik</b>
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	
<b>Totaal</b>	<b>&gt;150.000</b>	<b>&gt;500.000</b>

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 categorale<sup>5</sup> 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

<sup>5</sup> 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 cliënten<sup>6</sup> 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).

---

<sup>6</sup> 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.

<b>Diagnose groep</b>	<b>Voorkomen van comorbide verslaving bij psychiatrische patiënten (ooit in leven)</b>
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**

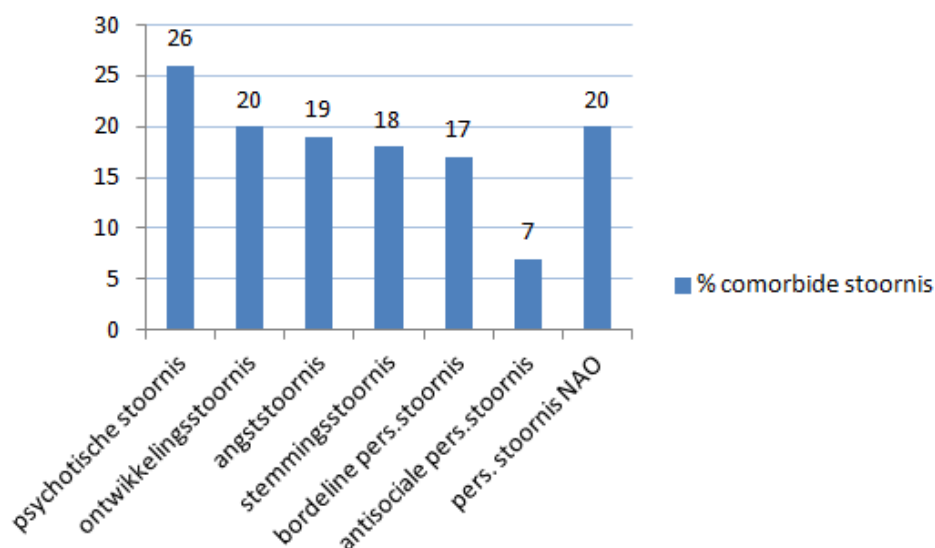
<b>Kenmerk</b>		<b>DD</b>	<b>LADIS</b>
<b>Geslacht (%)</b>	Man	75,1	77,6
	Vrouw	24,9	22,4
<b>Etniciteit (%)</b>	Allochtoon	84,9	80,3
	Autochtoon	15,1	19,7
<b>Gem. leeftijd</b>		36,8	38,1
<b>Juridisch kader</b>	Vrijwillig	77,2	82,5
	Niet vrijwillig	22,8	17,5
<b>Primaire problematiek</b>	Alcohol	59,9	47
	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) verslavingszorg<sup>7</sup>. 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
<b>Demografie</b>	Man : Vrouw	78 : 22
	Gemiddelde leeftijd (jaar)	41.2
	Aandeel autochtoon	78%
	Aantal per 100.000 inwoners	395
<b>Problematiek</b>	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)
<b>Alcohol</b>	30.758	46,5%	-7,1%	872
<b>Opiaten</b>	10.605	16,0%	-5,4%	463
<b>Cocaïne</b>	7.516	11,4%	-5,2%	270
<b>Cannabis</b>	10.207	15,4%	-6,4%	224
<b>Amfetamine</b>	1.485	2,2%	-4,9%	48
<b>Ecstasy</b>	128	0,2%	13,3%	2.7
<b>GHB</b>	761	1,2%	13,9%	32
<b>Medicijnen</b>	748	1,1%	-11,2%	22
<b>Gokken</b>	2.273	3,4%	-12,0%	33
<b>Overig</b>	1.613	2,4%	-1,2%	30
<b>Totaal</b>	<b>66.094</b>	<b>100%</b>	<b>-6,4%</b>	<b>1.995</b>

Bron: LADIS (2013)

<sup>7</sup> 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	Cocaïne*
<b>Demografie</b>				
<b>Aantal hulpvragers</b>	30.758	10.605	10.207	7.516
<b>Man : Vrouw</b>	72 : 28	81 : 19	79 : 21	81 : 19
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	46	46	28.5	38
<b>Aandeel 25-</b>	5%	1.1%	42%	9%
<b>Aandeel 55+</b>	26%	17.0%	1%	6%
<b>Aandeel autochtoon</b>	84%	63%	78.7%	69.5%
<b>Aantal per 100.000 inwoners</b>	184	63	61	45
<b>Problematiek</b>				
<b>Aandeel in verslavingszorg</b>	47%	16%	15%	11%
<b>Enkelvoudig : Meervoudig</b>	73 : 27	46 : 54	68 : 32	48 : 52
<b>Gebruik als bijmiddel</b>	5006	3.019	5.830	6.635
<b>Eerste inschrijving ooit</b>	22%	2.9%	34%	15.6%
<b>Gemiddeld aantal contacten/cliënt</b>	28	44 (excl methadon)	22	36

\* Crack : Snuifcokes = 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)

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

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

Bron: LADIS (2013)

Niet alle patiënten met een verslaving hoeven overigens behandeld te worden in een gespecialiseerde verslavingszorginstelling. Bij alcohol bijvoorbeeld kan de huisarts<sup>8</sup> 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
-----------------------	------	------	------	------

<sup>8</sup> Verwijzing onder meer geïndiceerd bij (ernstige) vorm van alcoholafhankelijkheid; begin voor 25<sup>e</sup> 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%)
<b>Totaal</b>	<b>1.555</b>	<b>1.858 (+19,5%)</b>	<b>1.950 (+5%)</b>	<b>1.995 (+2,3%)</b>

\*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

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

Bron: LADIS (2013)

### 3. Instroom, doorstroom en recidiven

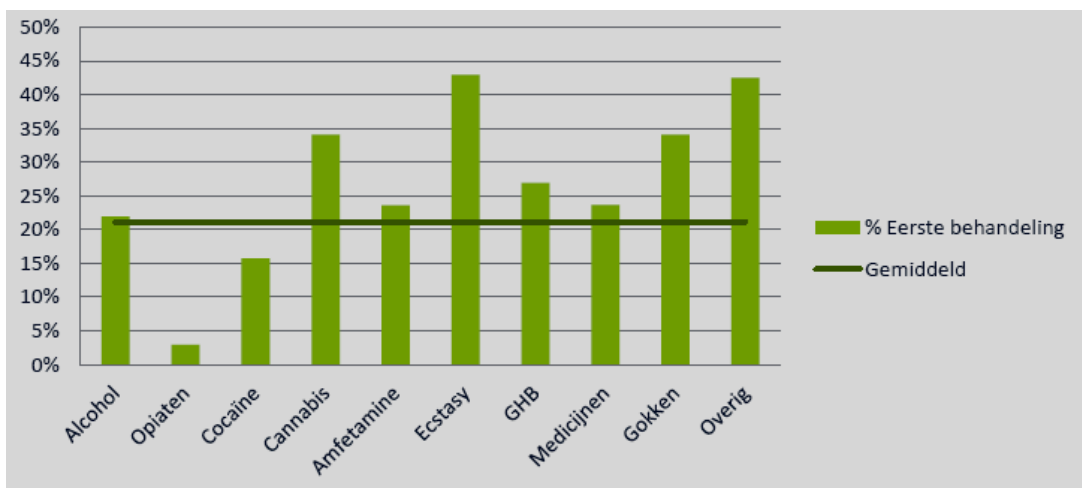
#### Kernpunten:

- 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

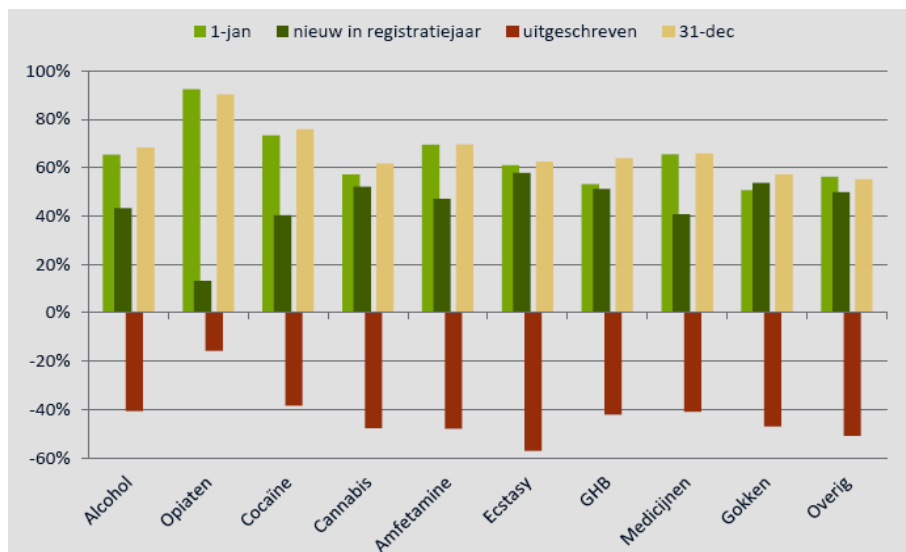
Eén op de vijf hulpvragers in 2012 kwam voor het eerst in dat jaar in de verslavingszorg. Relatief de meeste nieuwe hulpvragers hebben een probleem met het gebruik van ecstasy, of in de categorie overig (waaronder eetstoornissen en internetverslaving), cannabis en gokken. Patiënten die worden behandeld 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).

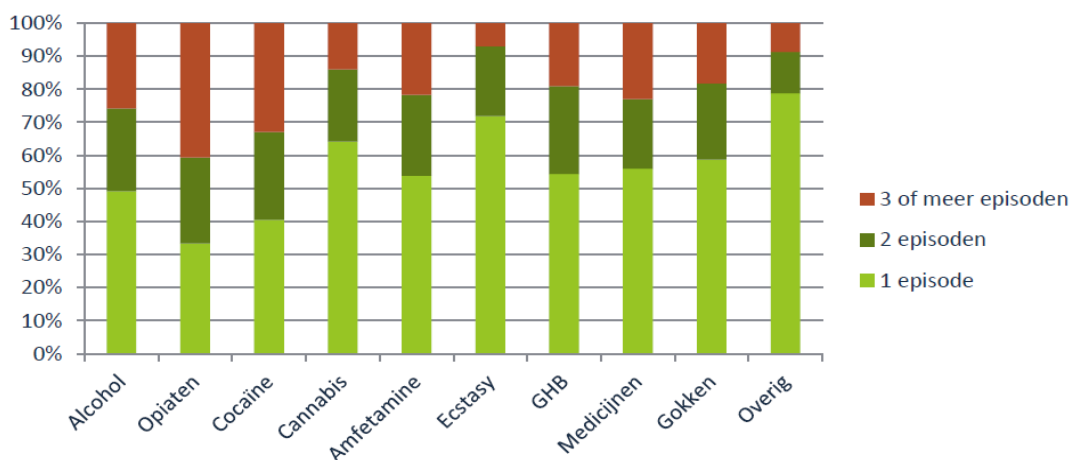


Bron: LADIS 2013

### 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 cocaïne 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 GGZ<sup>9</sup> bedroeg 57.000 cliënten.

- Voor de verslavingszorginstellingen zijn dat respectievelijk 53,1% klinische, 35,8% groepswoonruimten 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.

---

<sup>9</sup> 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
<b>Totaal</b>	<b>46.594</b>	<b>7.765</b>	<b>3.036</b>	<b>57.395</b>

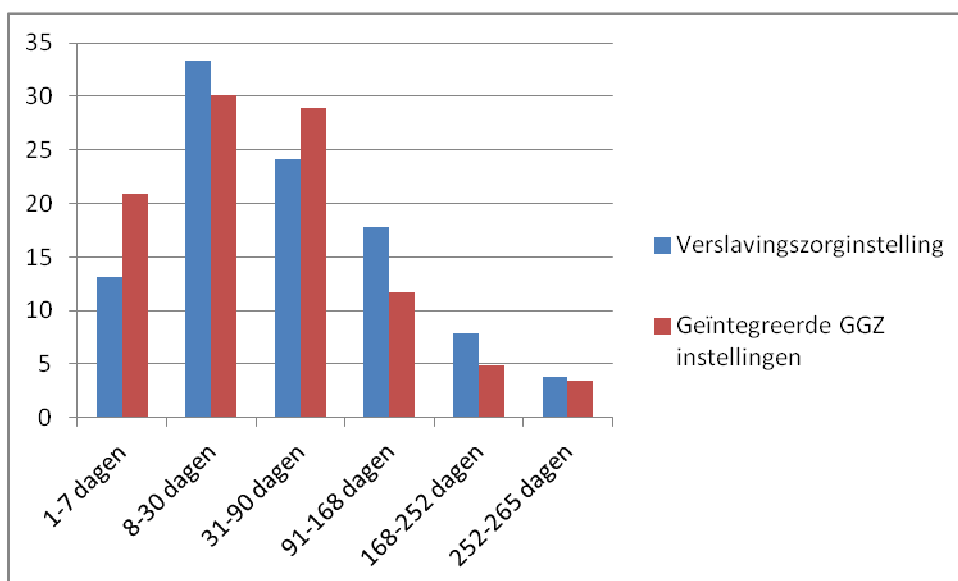
\*De cijfers van de geïntegreerde instellingen betreffen alle diagnosegroepen, dus niet alleen verslaving.

### 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

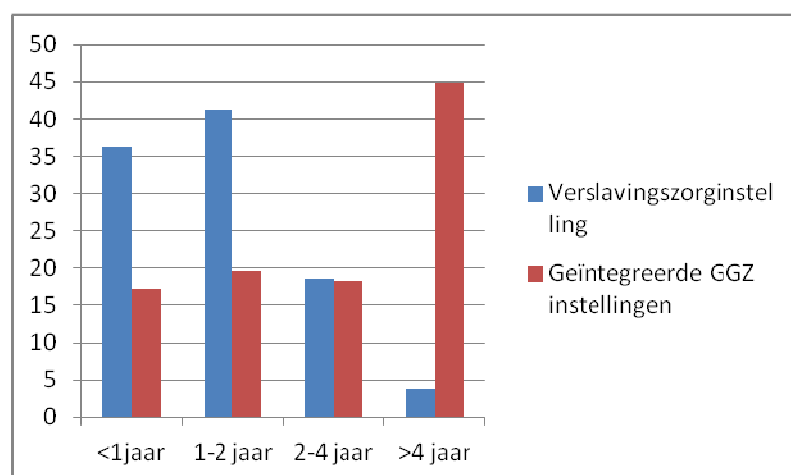


Op het moment van ontslag is bijna de helft van de cliënten korter dan een maand in een verslavingszorginstelling opgenomen geweest. Circa een kwart van de cliënten blijft 1 tot 3 maanden opgenomen en bijna een derde nog langer.

<b>Verblijfsduur aanwezige intramurale AWBZ-cliënten op peildatum in percentages</b>					
	<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).

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Duur</b>	144	110	80	75	78
<b>Geplande duur</b>	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.

<b>Uitstroom niet conform behandelplan</b>	<b>Aantallen</b>	<b>%</b>
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, gebruiksruimten, 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 sputtomruil) 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 te kunnen zetten. Het veronderstelt een gedegen diagnostiek om aldus een goede prognose te kunnen geven van de huidige situatie en de behandelmogelijkheden. 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 abstinentie 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 groepsessies 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 drugsgerelateerde 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.

<b>Reguliere verslavingszorg</b>	<b>Nieuwe aanbieders</b>
<b>Kortdurend ambulante</b> Meestal 4 tot 6 gesprekken.	<b>Kortdurend ambulante</b> O.a. Ready for Change
<b>Indicatie volgens de MATE</b> Als de persoon niet of slechts één keer eerder is behandeld voor verslaving én	<b>Doelgroep:</b> 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.  <b>Duur:</b> Acht weken, twee sessies per week.
<b>Ambulante hulpverlening (poliklinisch)</b> Een behandeling bestaat uit een reeks gesprekken en trainingen. De meeste behandelingen duren drie, zes of negen maanden.  <b>Indicatie volgens de MATE</b> 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.	<b>Ambulante hulpverlening (poliklinisch)</b> O.a. SolutionS, Castle Craig Nederland  <b>Doelgroep:</b> SolutionS biedt cliënten de mogelijkheid te kiezen voor ambulante verslavingszorg, als de deskundigen van SolutionS dit haalbaar achten.  <b>Duur</b> - 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).
<b>Ambulante hulpverlening (langdurig: FACT en ACT)</b> De zorg aan cliënten vanuit de FACT-teams is doorgaans van lange duur omdat de problematiek vaak ernstig en hardnekkig is	<b>Ambulante hulpverlening (langdurig: FACT en ACT)</b> Deze zorg wordt door de nieuwe instellingen niet geboden.
<b>Deeltijdbehandeling</b> Een deeltijdbehandeling duurt 3 tot 4 maanden, meestal twee tot drie dagen	<b>Deeltijdbehandeling</b> Deze zorg wordt door de nieuwe instellingen niet geboden.

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

<p><b>Bemoeizorg</b> De mate van complexiteit en zorgzwaarte bij de bemoeizorgpatiënt zijn bepalend voor de intensiteit en de duur van de zorg.</p>	<p><b>Bemoeizorg</b> Deze zorg wordt door de nieuwe instellingen niet geboden.</p>
<p><b>Langdurende zorg (care) en verblijf</b> De mate van complexiteit en zorgzwaarte bij de patiënt zijn bepalend voor de intensiteit en de duur van de zorg.</p> <p><b>Indicatie volgens de MATE</b> 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><b>Langdurende zorg (care) en verblijf</b> 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 Brijder<sup>10</sup>.

- nieuwe aanbieders voor verslavingszorg: U-Center, SolutionS, Ready for Change, IGHD, Trubendorffer, Castle Craig Nederland en Spoor6<sup>11</sup>.

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](http://www.tactus.nl), [www.jellinek.nl](http://www.jellinek.nl), [www.vnn.nl](http://www.vnn.nl), [www.iriszorg.nl](http://www.iriszorg.nl), [www.novadic-kentron.nl](http://www.novadic-kentron.nl), [www.brijder.nl](http://www.brijder.nl)

11 [www.u-center.nl](http://www.u-center.nl), [www.solutions-center.nl](http://www.solutions-center.nl), [www.readyforchange.nl](http://www.readyforchange.nl), [www.ighd.nl](http://www.ighd.nl), [www.trubendorffer.nl](http://www.trubendorffer.nl), [www.castlecraig.nl](http://www.castlecraig.nl), [www.spoor6.nl](http://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	Irizzorg	Tactus	U- Center	Solutio nS	Ready for Change	IGHD	Castle Craig	Truben dorffer	Spoor6
<b>Onderzoek en diagnostiek</b>													
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		
<b>Motiveren</b>													
Intramuraal motivatiecentrum													
Middelengroep						x	x						
Motiverende gespreksvoering	x	x	x	x	x	x	x				x		
Crisisopname	x				x	x							
<b>Online aanbod</b>													
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		
<b>Detox</b>													
Klinische detox	x	x	x	x	x	x	x	x			x		
Ambulante detox		x			x						x		
<b>Advies en hulp</b>													
Avondprogramma voor werkenden			x	x					x		x		
Dagstructuur bieden	x	x	x	x	x	x			x				x



	Novadic Kentron	Brijder	Jellinek	VNN	Irizzorg	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 <sup>12</sup> -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						

<sup>12</sup> 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	Irizzorg	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
<b>Familie- en systeembegeleiding</b>													
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				
<b>Vaktherapie</b>													
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	Irizzorg	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
<b>Overige therapieën</b>													
NLP (Neuro-Linguïstisch 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
<b>Outreach</b>													
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		
<b>Langdurig aanbod</b>													
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											

	Novadic Kentron	Brijder	Jellinek	VNN	Iriszorg	Tactus	U- Center	Solutio NS	Ready for Change	IGHD	Castle Craig	Truben dorffer	Spoor6
Woonbegeleiding					x	x							
Woonvoorzieningen/safehouses		x		x		x							
Dag- en nachtopvang		x			x								
Opiat substitutiebehandeling				x	x	x							
Medische heroïnebehandeling		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 Suïcide 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 signaleringen 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, cocaïne, 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 Opiatonderhoudsbehandeling 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 suïcide 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 druggerelateerde 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 beloningssysteem (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 verslavingszorgsysteem en het juridische systeem.
- Bij het bovenstaande moet echter bedacht worden dat 'genezing' in de zin van langdurige abstinentie 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**

#### *Volgende 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 familietherapie) 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 multidimensionale 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 ambulante (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 abtinenten maar ook tot iets meer drinken bij de niet-abtinenten.

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 abtinent 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.

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



<b>Kosten verslavingszorg.</b>	€ 68 miljoen per jaar	€ 83 miljoen per jaar
<b>Totaal</b>	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 werkloosheid) 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 ziektenkostenverzekeringswet 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](http://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](http://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.

<b><i>Wijze van financiering en uitvoerders</i></b>	<b><i>Vergoedingen vóór stelselwijzigingen</i></b>	<b><i>Vergoedingen na stelselwijzigingen</i></b>
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ):  Zorgkantoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle klinische en poliklinische verslavingszorg (incl. methadon)</li> <li>• Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) geregeld in de Wet</li> </ul>	Klinische verslavingszorg <i>langer dan één jaar</i> .



	collectieve preventie volksgezondheid	
Welzijnswet: Gemeenten	Ambulante verslavingszorg, preventie en overlastbestrijding	
Zorgverzekeringswet (ZVW): Zorgverzekeraars	Nvt	<b>Vanuit Welzijnswet en AWBZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle ambulante en poliklinische verslavingszorg (incl. methadon)</li> </ul> <b>Vanuit AWBZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinische verslavingszorg <i>tot één jaar</i></li> </ul>
Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO): Centrumgemeenten	Nvt	<b>Vanuit Welzijnswet</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventie, overlastbestrijding en maatschappelijke zorg voor verslaafden, zoals gebruiksruidten en inloopcentra</li> </ul> <b>Vanuit AWBZ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Openbare GGZ</li> </ul>

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](http://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 partijen<sup>13</sup>. 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.

---

<sup>13</sup> 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).

### ***Instroom, 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 behandelfilosofie 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 behandeldoel.

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 drugsgelateerde 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 harmreductioninterventies 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 cocaïne, 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.

<b>Zorgaanbod Alcohol: effectiviteit</b>
<b>Opsporing, screening en diagnostiek</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- De CAGE-test is een valide test bij de opsporing van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid (niveau 1 bewijs).</li><li>- De AUDIT is een effectief instrument om personen - variërend van alcoholmisbruik tot alcoholafhankelijkheid - in brede zin op te sporen (niveau 1 bewijs).</li><li>- De MAST is een valide instrument om alcoholmisbruik en -afhankelijkheid in een psychiatrische setting en ook bij ouderen op te sporen (niveau 1 bewijs).</li><li>- 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).</li><li>- 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)</li></ul>
<b>Medicamenteuze behandeling</b> <i>Ongecompliceerd alcoholonthoudingssyndroom</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>- 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.</li><li>- Carbamazepine is effectief in het verminderen van alcohol onthoudingsverschijnselen (niveau 1 bewijs).</li><li>- Antipsychotica zijn effectief in het verminderen van milde alcoholonthoudingsverschijnselen. Zij verlagen echter wel de drempel voor alcoholonthoudingsinsulten (niveau 1 bewijs).</li><li>- Magnesium is niet effectief in het verminderen van alcohol-onthoudingsverschijnselen (niveau 1 bewijs).</li></ul>
<b>Medicamenteuze behandeling</b> <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 gesprekstijl 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><b>Psychosociale interventies</b> <i>Community reinforcement approach (CRA)</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- 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).</li> </ul>
<p><b>Psychosociale interventies</b> <i>Zelfhulpgroepen en twaalfstappenbenadering</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- Een behandeling volgens de twaalfstappen benadering, in ambulante of in klinische vorm, is waarschijnlijk niet effectiever dan andere behandelingen (niveau 1 bewijs).</li> </ul>
<p><b>Psychosociale interventies</b> <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><b>Psychosociale interventies</b> <i>Contingentie Management</i></p>
<p>CM is mogelijk effectief bij alcoholafhankelijkheid (niveau 2 bewijs).</p>
<p><b>Internet behandeling</b></p>
<p>Internetbehandeling is mogelijk effectief bij alcoholafhankelijkheid (niveau 2 bewijs). (Het aanbod is divers, onderzoek nog summier.)</p>
<p><b>Klinische en ambulante behandeling</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> <li>- Het is aangetoond dat klinische detox behandeling in het algemeen niet</li> </ul>



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.

<b>Zorgaanbod Cannabis: effectiviteit</b>
<b>Medicamenteuze behandeling</b>
De conclusie op dit moment is dat er geen medicatie beschikbaar is om een cannabisverslaving aan te pakken.
<b>Psychosociale interventies</b> <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.
<b>Psychosociale interventies</b> <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).
<b>Internet behandeling</b>
Er zijn verschillende initiatieven met CGT-achtige interventies op internet, maar een goede evaluatie van dergelijke interventies voor cannabis is nog niet gepubliceerd.
<b>Klinische en ambulante behandeling</b>
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.

<b>Zorgaanbod opiaten: effectiviteit</b>
<b>Opsporing, screening en diagnostiek</b>
- 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 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 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 (strenge) 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.

<p><b>Heroïne op voorschrift (HAT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het is aangetoond dat bij patiënten in HAT het illegale druggebruik (straat heroïne) afneemt (niveau 1 bewijs).</li> <li>- 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).</li> <li>- 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.</li> </ul>
<p><b>Laagdrempelige voorzieningen (o.a. gebruikruimte, spuitomruil, Housing First)</b></p> <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>
<p><b>Overige behandelingen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acupunctuur is niet zinvol als behandeling bij opiaatverslaving en dient daarom niet aangeboden te worden (niveau 4 bewijs).</li> <li>- 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).</li> <li>- Deep brain stimulation (diepe-hersenstimulatie) voor de behandeling van opiaatverslaving kan alleen in het kader van wetenschappelijk onderzoek worden toegepast (niveau 4 bewijs).</li> </ul>

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.

<b>Zorgaanbod cocaïne: effectiviteit</b>
<b>Medicamenteuze behandeling</b>
Nog geen effectief medicijn beschikbaar.
<b>Psychosociale interventies</b>
<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).
<b>Psychosociale interventies</b>
<i>Community reinforcement approach (CRA)</i>
CRA vermindert of stopt het cocaïnegebruik op korte termijn (sterk bewijs).
<b>Overige interventies</b>
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.

<b>Zorgaanbod amfetaminen: effectiviteit</b>
<b>Medicamenteuze behandeling</b>
Nog geen effectief medicijn beschikbaar. Summier onderzoek.
<b>Amfetamine op recept</b>
Het nut is vooralsnog onduidelijk, geen recent onderzoek gepubliceerd.
<b>Psychosociale interventies</b>
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 druggebruik (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 druggebruik\*: effectiviteit**

#### **Psychosociale interventies**

*Motivatieverhoging / motiverende gespreksvoering*

Motivatieverhoging verhoogt de bereidheid om in behandeling te gaan en vermindert druggebruik (sterk bewijs).

<b>Psychosociale interventies</b>
<i>Contingentiemanagement</i>
Beloning van gewenst gedrag vermindert drugsgebruik in het algemeen.
<b>Psychosociale interventies</b>
<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).
<b>Psychosociale interventies</b>
<i>Zelfhulp</i>
Het is mogelijk dat deelname aan zelfhulpprogramma's het drugsgebruik vermindert of stopt, maar het ontbreekt aan goed onderzoek.
<b>Psychosociale interventies</b>
<i>Relatietherapie</i>
Gedragstherapeutische relatietherapie vermindert het drugsgebruik bij volwassenen (middelsterk bewijs).
<b>Klinische en ambulante behandeling</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Het is nog niet aangetoond dat therapeutische gemeenschappen gunstiger resultaten hebben dan deze andere behandelingen.</li> <li>-Er zijn aanwijzingen dat dagbehandeling van jongeren met drugsproblemen even goed uitwerkt als opname in een therapeutische gemeenschap (beperkt bewijs).</li> <li>-Het blijft onduidelijk of Assertive Community Treatment en casemanagement helpen bij drugsverslaving.</li> </ul>
<b>Internet behandeling</b>
Mogelijk verminderen interventies via internet het drugsgebruik, maar goed onderzoek ontbreekt.

<b>Telefonische interventies</b>
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*
<b>A1</b>	Systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
<b>A2</b>	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>B</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
<b>C</b>	Niet-vergelijkend onderzoek		
<b>D</b>	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.**

<b>Conclusie gebaseerd op</b>	
<b>1</b>	Onderzoek van niveau A1 of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
<b>2</b>	Eén onderzoek van niveau A2 of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
<b>3</b>	Eén onderzoek van niveau B of C
<b>4</b>	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](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 togetreden 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 staging 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<sup>e</sup> 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 staging (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 Herstel<sup>1</sup> 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

RoderSana<sup>2</sup> 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 Clinic<sup>3</sup> 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 behandel filosofie 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 moet 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).

---

<sup>1</sup> <http://www.leveninherstel.nl/>

<sup>2</sup> <http://www.rodersana.nl/nl/>

<sup>3</sup> <http://www.thehomeclinic.nl/>



### **3.4 Trubendorffer**

Trubendorffer<sup>4</sup> 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 behandelfrequentie geleidelijk af. Naast het terugvalpreventietraject kan de patiënt blijven deelnemen aan de groeps gesprekken bij Trubendorffer.

### **3.5 De Skuul herstelondersteunende verslavingszorg**

Stichting de Skuul<sup>5</sup> 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.

---

<sup>4</sup> <http://www.trubendorffer.nl/>

<sup>5</sup> <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 zorgzwaarte komen niet in aanmerking voor behandeling bij IGHD 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 IGHD 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 Nederland<sup>6</sup> 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 Flevoland<sup>7</sup> 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.

---

<sup>6</sup> <http://intervention-nederland.com/>

<sup>7</sup> <http://www.amethystverslavingszorg.nl/>

### 3.10 Spoor6

Spoor6<sup>8</sup> 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

Counterpane<sup>9</sup> 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

---

<sup>8</sup> <http://www.spoor6.nl/>

<sup>9</sup> <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.

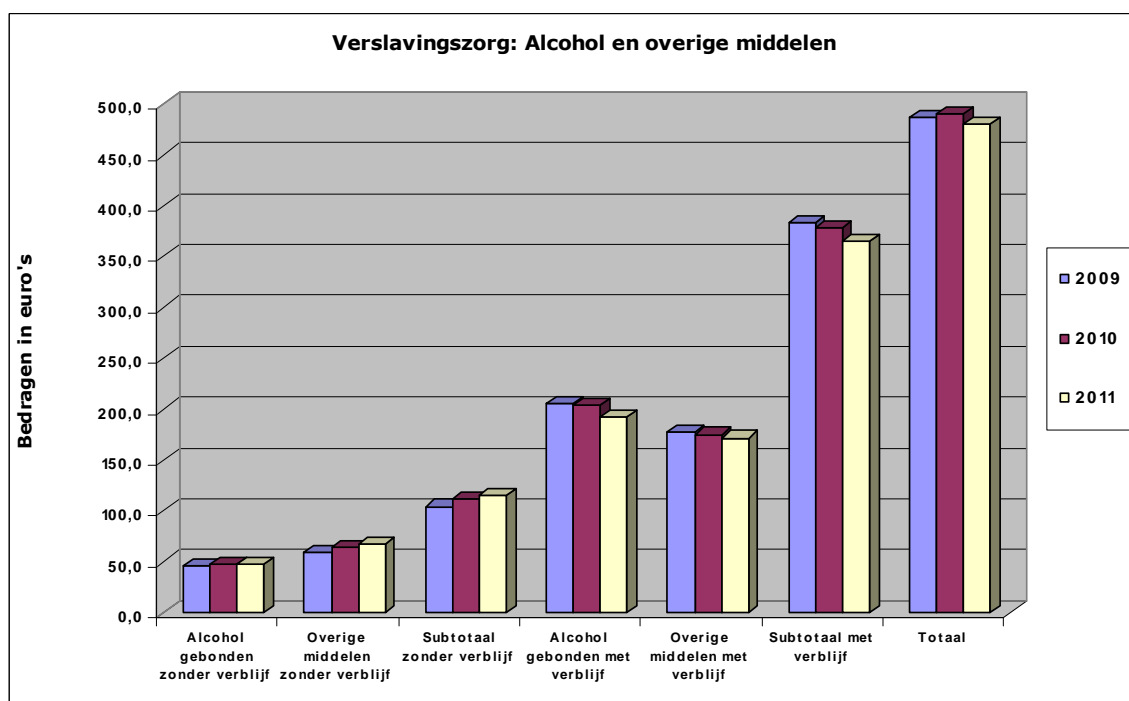
De deelnemers kunnen ons tot 4 april a.s. informatie toezenden die zij van belang achten voor ons rapport. Het conceptrapport zal eind april/begin mei ter consultatie worden toegezonden aan partijen. Het rapport zal ook nog worden besproken in de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Adviescommissie 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

<b>Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg</b>			
<b>Aantal cliënten</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
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

	<b>Circuit</b>	<b>1993</b>	<b>1996</b>	<b>1999</b>	<b>2002</b>	<b>2005</b>	<b>2007</b>	<b>2009</b>
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
<b>Totaal</b>		<b>27.236</b>	<b>28.063</b>	<b>27.317</b>	<b>26.150</b>	<b>29.020</b>	<b>32.270</b>	<b>34.574</b>

\* 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

<b>Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg</b>			
<b>Gemiddelde kosten per cliënt</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
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

### Verzorgingszorg 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.	Behandeling v. richtlijnen	12 Stappen/Minnesota	ROM	Nazorg	Duur	Aangesloten bij koepel
U-Center		X	7w	X	7w				A	X		€ 7500	?		X	X	⊖	MG <sup>1</sup>
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 <sup>2</sup>
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 <sup>3</sup>	GN
Spoor6		X	9w			X	10d		A		X	€ 2000 (btl) <sup>4</sup>	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

<sup>1</sup> MG = MEER GGZ

<sup>2</sup> GN = GGZ Nederland

<sup>3</sup> Onderdeel behandeling

<sup>4</sup> Btl = buitenland



# 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](mailto:yolbasmit@yahoo.com)

## Inhoudstafel

<b>1</b>	<b>ACHTERGROND</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>METHODE</b> .....	<b>4</b>
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
<b>3</b>	<b>RESULTATEN</b> .....	<b>6</b>
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
<b>4</b>	<b>REFERENTIES</b> .....	<b>16</b>

## 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 hoofdresultaten.

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				<u>Zelfgerapporteerde terugval naar heroïnegebruik</u> : 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%	-	<u>Zelfgerapporteerde abstinentie van heroïne</u> : 40,0 % vs. 48,1 %; verschil 8,1%  <u>Alcohol problemen</u> : 40,0 % vs. 47,3 %; verschil 7,3%	<u>Geen veroordeling</u> : 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 voornamelijk 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"> <li>Design: systematic review</li> <li>Source of funding: EMCDDA; Col: (not reported)</li> <li>Databases: ISI Web of Science (WoS), PubMed and DrugScope; hand searching of abstracts and grey literature</li> <li>Languages: no restrictions</li> <li>Search date: December 31 2011</li> <li>Study designs: controlled (randomised or quasi-experiments) or observational studies</li> <li>Included studies: 28 controlled studies from the United States and 21 European observational studies, including Kooyman 1992 (see below)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusion: on drug-free treatment communities for the treatment of alcohol- or drug addiction</li> <li>Exclusion: treatment community not distinguished from other forms of residential treatment; for observational studies: non-EU studies, except for Norway, Turkey and Switzerland</li> <li>Patient characteristics: not reported</li> </ul>	Drug-free treatment community vs. Modified drug-free treatment community vs. Usual care	<ul style="list-style-type: none"> <li>See below (only outcomes in the community reported)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No quality assessment of primary studies</li> <li>Most controlled studies evaluated treatment communities in different settings and/or in the prison environment</li> <li>Only 1 controlled study evaluated treatment community vs. no treatment in the community</li> <li>Only 2 studies evaluated treatment community vs. usual care in the community, both studies date back ≥30 years</li> <li>No meta-analyses performed</li> </ul>

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	Self-reported abstinence at 6 months: 62.6 % vs. 47.0 % (*) Self-reported abstinence at 12 months: 49.0 % vs. 47.9 % (ns) Self-reported abstinence at 18 months: 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 %	-	-	-	Social functioning: residential





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%	-	Self-reported substance use: MTC vs. TAU (ns)	Self-reported criminal activity: MTC fewer crimes than TAU (*)	MTC vs. TAU (ns)	Depression: MTC lower BDI score than TAU (*) Other psychological symptoms: (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 %	Self-reported abstinence: 4.3 % vs. 0 % (*) Self-reported relapse to heroin use: 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	Drug use detected with urine drug screen: 4.1 % vs. 30.1 % (*) Self-reported alcohol use: 0 % vs. 14.3 % (*) Self-reported marijuana use: 2.6 % vs. 2.9 % (ns) Self-reported crack use: 7.7 % vs. 14.2 % (*)	-	-	Depression, anxiety, psychiatric distress: (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%	-	Self-reported heroin use: 37.3 % vs. 65.5 % (*)	Arrest: 37.3 % vs. other treatment 54.5 % (**) except MMT	Employment/school attendance: 65.3 % vs. 50.9 % (***)	-



t  
u  
r  
e  
s  
e  
a  
r  
c  
h

d  
i  
s  
c  
a  
t  
t  
e  
r  
i  
n  
g  
c  
o  
n  
t  
r  
i  
b  
u  
t  
i  
o  
n  
s  
f  
a  
c  
t  
o  
r  
s  
i  
n  
d  
e  
c  
i  
s  
i  
o  
n  
s

Vanderplassen  
2014

Y

Y

Y

Y

Y

Y

N

Y

N

N

N

A

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"> <li>Design: observational study</li> <li>Source of funding: not reported; Col: not reported</li> <li>Setting: two therapeutic communities, the Netherlands</li> <li>Duration of study:</li> <li>Sample size: 263 patients that could be interviewed (69-76% of sample depending on the group of patients)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclusion: alcohol or drug abuser, followed detoxification phase and induction phase (introductory phase for resident community)</li> <li>Exclusion: not available for follow-up, no addiction to drugs or alcohol, transfer from or to another facility</li> <li>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</li> </ul>	<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"> <li>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&lt;0.001)</li> <li>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&lt;0.01)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Non-matched groups. Patients who declined treatment in therapeutic community were controls</li> <li>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&lt;0.001)</li> </ul>

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. Vandevelde, 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](mailto: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

<b>Inhoudsopgave</b>	<b>5</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding 8</b>
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
<b>2</b>	<b>Kosteneffectiviteit (doelmatigheid): begrippenkader 11</b>
<b>3</b>	<b>Methode 13</b>
3.1	Alcohol 13
3.2	Middelen 14
<b>4</b>	<b>Beschrijving van de geïncludeerde economische evaluaties gericht op alcoholverslaving 17</b>
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
<b>5</b>	<b>Beschrijving van de geïncludeerde economische evaluaties gericht op drugsverslaving 25</b>
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
<b>6</b>	<b>Conclusie en discussie 33</b>
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
<b>7</b>	<b>Literatuur 37</b>

<b>8</b>	<b>Begrippenlijst</b>	<b>40</b>
<b>9</b>	<b>Bijlage 1 search strategie alcohol in Medline</b>	<b>42</b>
<b>10</b>	<b>Bijlage 2 search strategie alcohol in CRD databases</b>	<b>44</b>
<b>11</b>	<b>Bijlage 3 search strategie middelen in Medline</b>	<b>45</b>
<b>12</b>	<b>Bijlage 4 search strategie middelen in CRD databases</b>	<b>47</b>

## 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 gedisconteerd, 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 gedisconteerde en ongedisconteerde 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

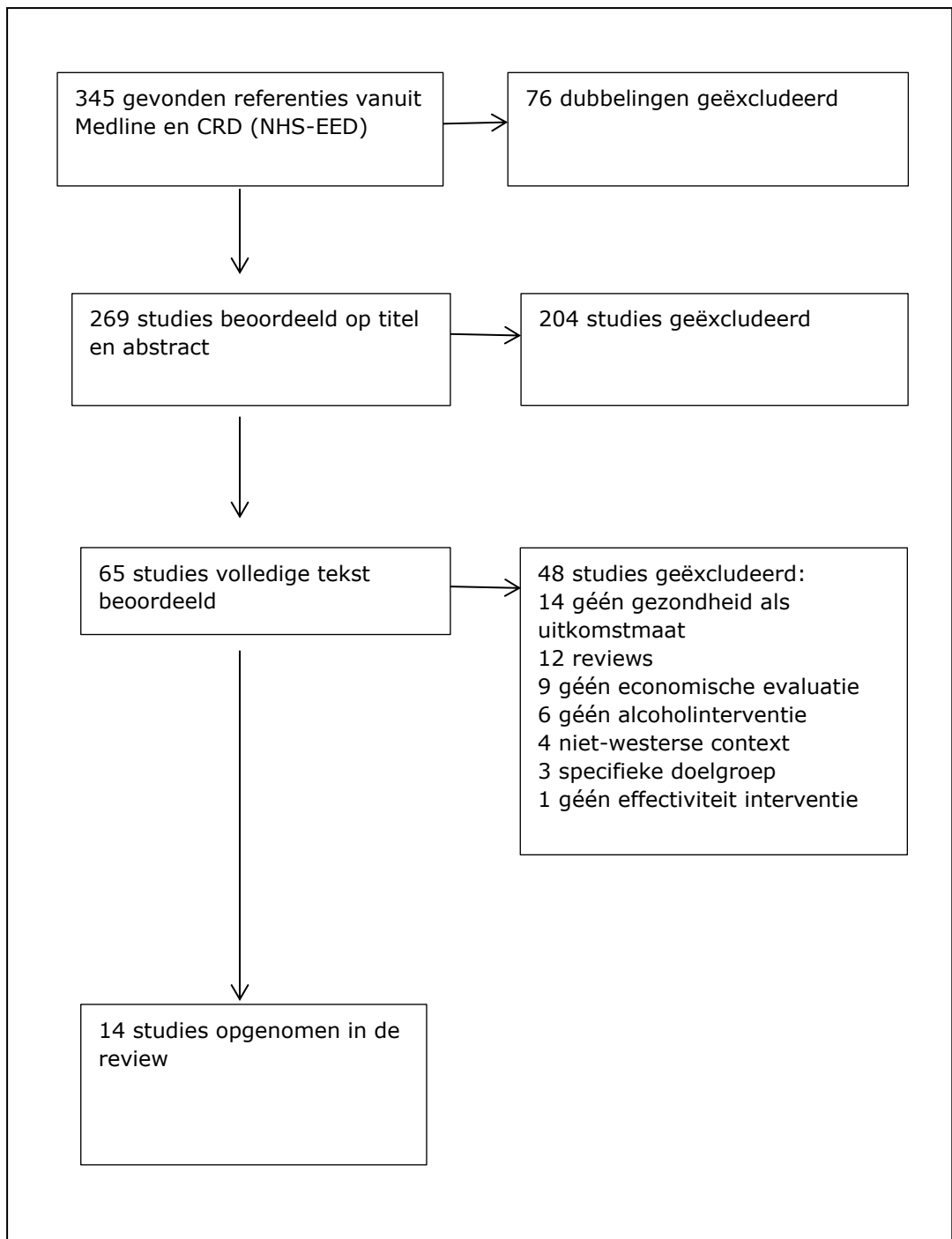
De Medline search voor alcohol (*bijlage 1*) leverde 248 titels op. Deze zijn door 2 onderzoekers (AS en PvG) beoordeeld op titel en abstract. Bij twijfel werd een derde onderzoeker (AdW) geraadpleegd. Op basis van titel en abstract is van 57 artikelen de volledige tekst bekeken.

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.

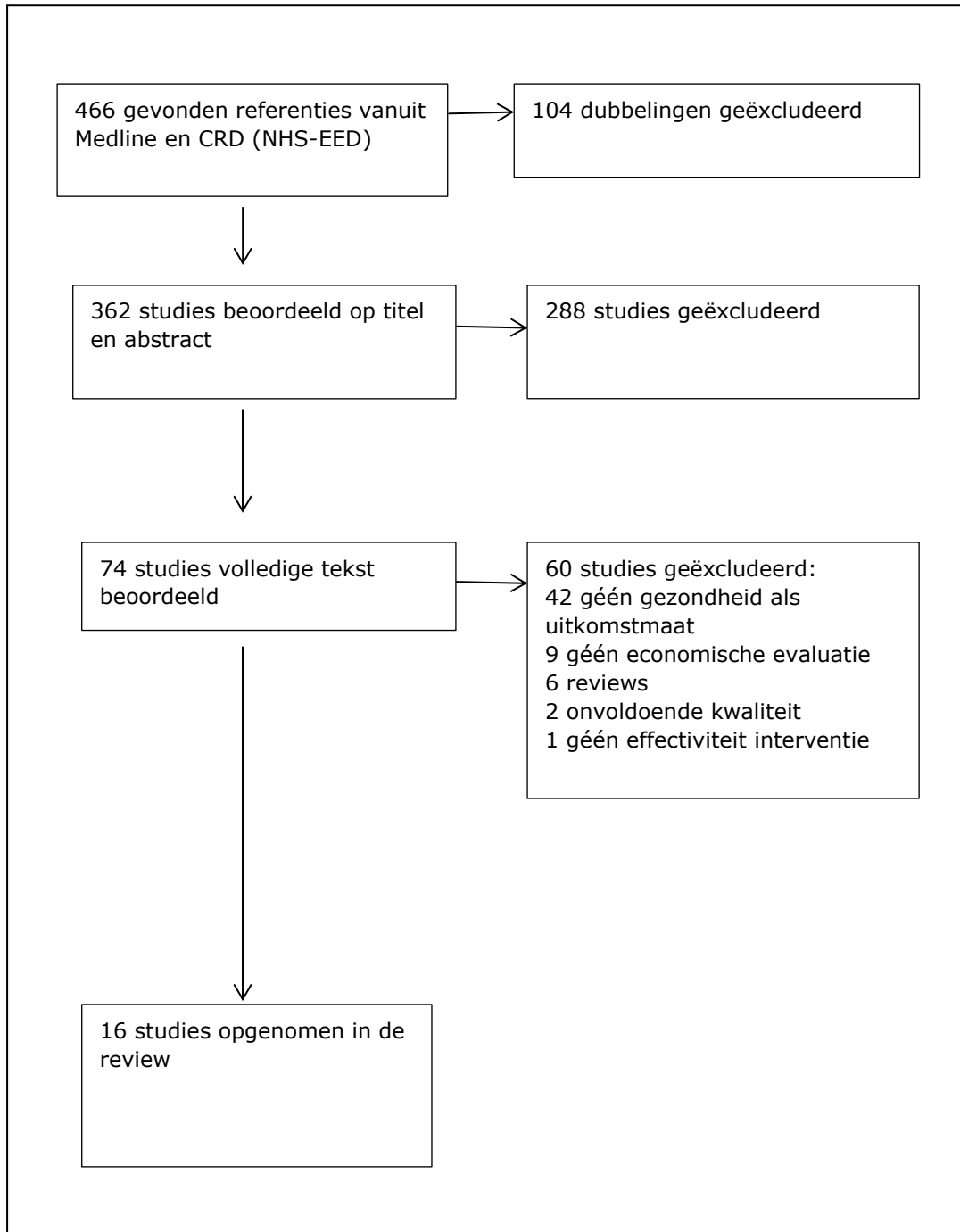
### **3.2 Middelen**

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 tijdshorizonten: 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 geïnccludeerd 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

dus 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 flatteuzer 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
	<b>(pc = prevention and control; ad = administration and dosage; tu = therapeutic use; rh = rehabilitation)</b>
?	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)
20. Moedige Moeders Nederland
21. The Home Clinic
22. Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGn)



Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's  
Secretariaat: Sonoystraat 14, 2581 VL, Den Haag  
E: [vriendendrugvrij@gmail.com](mailto: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](mailto: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. Kortere 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](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. Werd 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/11NOTYK>). 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.

14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24

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.

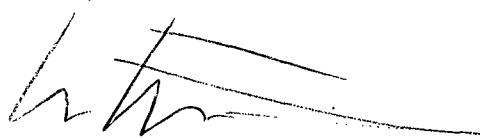
Het huidige beleid binnen de verslavingszorg in ons land, gericht op het verminderen van klinische bedden en het zodanig inkorten van de opnameduur voor langdurig verslaafden dat een positief effect niet meer te verwachten is, betekent een aanzienlijke verspilling van gelden en zal zeker niet tot de 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



Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's  
Secretariaat: Sonoystraat 14, 2581 VL, Den Haag  
E: [vriendendrugvrij@gmail.com](mailto:vriendendrugvrij@gmail.com)  
T: 070 3554941  
M: 06 54927833

Aan: Zorginstituut Nederland  
t.a.v. de heer A. Moerkamp, voorzitter van de Raad van Bestuur  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Den Haag, 28 augustus 2014

Onderwerp: onjuiste informatie in Trouw 23-8-2014

Geachte heer Moerkamp,

De Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's, bestaande uit ouders, ex-clienten, (ex-) personeelsleden en andere belangstellenden drugvrije behandelprogramma's wil met de 3de brief het volgende onder uw aandacht brengen.

Op de voorpagina van Trouw van zaterdag 23 augustus stond het bericht, dat veel verslaafden in Nederland een behandeling vergoed krijgen in nieuwe klinieken waarvan niet is aangetoond dat het hen van de alcohol of drugs afhelpt. Het artikel beschrijft klinieken waarbij dagbesteding met yoga, filmkijken en paardrijden door de zorgverzekeraars wordt vergoed. Dit zijn behandelmethoden waarvan het effect niet door onderzoek is aangetoond.

In hetzelfde bericht staat: "Zorginstituut Nederland noemt meer voorbeelden van ondoelmatige zorg. Zo zijn er 'therapeutische gemeenschappen' waar het een voorwaarde is dat de verslaafde lang aanwezig is: wie lang clean blijft zou van zijn verslaving afkomen. Die aanpak is relatief duur en bovendien kent die intensieve aanpak veel afhakers, en die vallen zeker terug".

Wij willen u erop wijzen dat dit niet klopt met de feiten.

Behandeling in een therapeutische gemeenschap voor verslaafden is een wereldwijd toegepaste methode. De behandeling is evidence-based en kosteneffectief.

Inderdaad voltooit ongeveer een derde het gehele programma. Inmiddels is dit teruggebracht van een jaar naar ten minste 6 maanden. Niet alle afhakers vallen terug. Wel blijkt dat de duur van de opname bepalend is voor het succes.

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.

In mei van dit jaar kwam het onder leiding van de Gentse hoogleraar Vanderplasschen verschenen rapport uit over therapeutische gemeenschappen van

het European Monitoring Center for Drugs and Drug Abuse.

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_226003\\_EN\\_TDXD14015EN\\_N\\_final.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_226003_EN_TDXD14015EN_N_final.pdf) De conclusie was dat de behandeling van langdurig aan drugs

verslaafden in een therapeutische gemeenschap effectief is als de opnameduur lang genoeg is, tenminste 6 maanden, en een goede nazorg wordt aangeboden.

In ons land is voor de nieuwe sinds 2008 opgerichte klinieken niet aangetoond dat de behandeling werkt. In een poging, enkele jaren geleden, van Prof. De Jong van de Universiteit Nijmegen om een uitgave over de klinische behandeling van verslaafden toe te voegen aan de reeks 'State of the art in de verslavingszorg' bleek dat er van de verslavingsklinieken in Nederland op geen enkele wijze door onderzoek is aangetoond dat zij werken, met uitzondering van de therapeutische gemeenschappen.

Niet alleen bij de nieuwe klinieken maar ook bij de lang bestaande gevestigde verslavingsklinieken met korte opnamen is in ons land nooit onderzocht of de behandeling succes heeft op langere termijn. Dat ambulante behandeling met psychotherapie bij langdurig verslaafden helpt is evenmin aangetoond.

In ons land is alleen bij de therapeutische gemeenschappen door follow-up onderzoek bewezen dat de behandeling werkt. Door wetenschappelijk onderzoek bij ex-cliënten van de Emiliehoeve (2 x), Triple-Ex, (2x) en Hoog Hullen is aangetoond dat 30 tot 40 % van de opgenomen cliënten (inclusief de voortijdig afhakers) twee jaar na ontslag niet meer verslaafd is aan alcohol of drugs en geen crimineel gedrag meer vertoont. \*)

De behandeling in de therapeutische gemeenschappen is gericht op persoonlijk en maatschappelijk herstel en een leven onafhankelijk van verslavende middelen. De met succes behandelde cliënten vallen niet meer terug in hun verslaving en criminaliteit en het veroorzaken van overlast. Dit levert een besparing op in medische kosten, ambulante begeleiding en klinische heropnamen, in kosten voor maatschappelijke begeleiding, uitkeringen, politie, advocaten en detentie. Wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de besparingen een veelvoud zijn van de kosten van de behandeling 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. De behandeling is kosteneffectief: bij een kosten-baten analyse van de behandeling in de therapeutische gemeenschappen Emiliehoeve en Triple-Ex in Den Haag bleek dat de behandeling op de Emiliehoeve per jaar aan geschatte baten (met aftrek van de totale kosten voor de behandeling) 2.700.000,- euro aan besparingen opleverde. Bij Triple-Ex was dit 2.600.000,- euro .

De toename van de kosten van de klinische verslavingszorg is in de laatste jaren geheel veroorzaakt door deze nieuwe klinieken. Voor de bestaande verslavingsinstellingen is het budget in de laatste jaren niet veranderd.



-3-

Het huidige beleid is erop gericht dat de bedden voor een opname aanzienlijk worden verminderd en dat de behandeling waar mogelijk ambulante moet plaats vinden. Op grond daarvan wordt in ons land de klinische drugvrije behandeling, met name in therapeutische gemeenschappen van verslaafden, waarvan door wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat ze verslaafden wel met succes behandelen, opgeheven of zodanig in de opnameduur gekort dat succes niet te verwachten is. \*\*)

Doordat de opnameduur in therapeutische gemeenschappen lang genoeg is kunnen de oudere cliënten verantwoordelijk zijn voor de gang van zaken in de avonduren en het weekend. Zo is er bv op de Emiliehoeve 's avonds geen personeelslid in huis. In de weekends is er hooguit een kort bezoek van een medewerker. Hierdoor is een therapeutische gemeenschap relatief goedkoop in de exploitatie. De opgenomen cliënten beschouwen de gemeenschap als hun eigen huis. Zij waken ervoor dat er in hun huis drugs of alcohol worden gebruikt. Dit in tegenstelling tot verslavingsklinieken volgens het medisch model, waar dit regelmatig voorkomt.

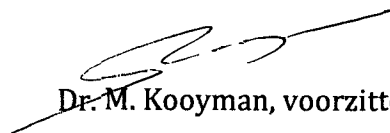
Alleen behandelingen waarvan het effect is aangetoond moeten door de zorgverzekeringen worden vergoed.

Ambulantisering en inkorting van de opnameduur of sluiting van bewezen kosteneffectieve therapeutische gemeenschappen en andere afdelingen gericht op stoppen van de verslaving leidt niet tot bezuinigen maar juist tot meer kosten. Het verkorten van de opnameduur bij de behandeling van verslaafden met complexe problematiek en vaak een justitieverleden betekent een voorspelbare terugval. Een jarenlange ambulante behandeling en korte opnames leidt per saldo tot meer kosten dan de investering in een voldoende lange behandeling in een therapeutische gemeenschap.

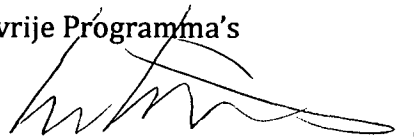
Het verdwijnen van deze langdurige behandeling door verkorting van de opname of opheffen van de bedden betekent dat een grote groep verslaafden geen kans meer heeft op herstel en daardoor een levenslange kostenpost zal betekenen.

Het verdwijnen van deze behandeling betekent voor generaties van drugsverslaafden het wegvallen van een effectieve behandeling.

Met vriendelijke groet,  
namens de Vereniging Vrienden van Drugvrije Programma's



Dr. M. Kooyman, voorzitter



Drs. L.C.M. van Eendenburg, secretaris

Cc: Mr. A. Rouvoet, bestuursvoorzitter Zorgverzekeraars Nederland  
mw. drs. P.I. Polman, Zorginstituut Nederland  
mw. E.C.M. Visser, Zorginstituut Nederland

\*)

In het onderzoek van de drugvrije therapeutische gemeenschap Emiliehoeve door de Erasmus Universiteit werd het volgende gevonden:

Van alle opgenomen drug verslaafden twee jaar na het verlaten van het programma was het succes (geen gebruik van drugs, geen alcohol problemen, geen criminaliteit) als volgt: 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. Werd 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 82% (Kooyman, 1992) (<http://bit.ly/1INOTYK>). Tien jaar later werd dit onderzoek herhaald met een vergelijkbaar succes.

\*\*)

Zo gingen bij Palier Verslavingszorg de volgende klinieken dit jaar dicht:

De drugvrije kliniek voor drugverslaafden met een justitieverleden met 60 bedden in Ossendrecht (het vroegere S.O.V.). Per 1 januari wordt de therapeutische gemeenschap Triple-Ex (ex-verslaafd, ex-crimineel en ex-werkloos) met 27 bedden gesloten. Triple-Ex werd 19 jaar geleden opgericht als onderdeel van een landelijk project van justitie voor nabehandeling van verslaafde ex-gedetineerden. Het was het enige klinische programma van deze doelgroep in dit project. In de overige regio's werd gekozen voor ambulante nazorg. De klinische behandeling van Triple-Ex was de enige waarbij effect werd aangetoond.

Bij Brijder verslavingszorg wordt het klinische behandelprogramma voor verslaafde kinderen (van 11 tot 20 jaar), Mistral, beperkt tot een detox-afdeling in de nieuw gebouwde, te ruim geplande, verslavingskliniek. De therapeutische gemeenschap Emiliehoeve wordt eveneens gehuisvest in de nieuwe verslavingskliniek. De opnameduur wordt gehalveerd. Het eigen pand van de therapeutische gemeenschap wordt gesloopt wegens bouwkundige gebreken.

Op 23 mei werd door honderden ex-cliënten van de Emiliehoeve bewoners bij het gebouw gedemonstreerd tegen de sloop en de verhuizing naar de een leegstaande etage van de verslavingskliniek, waar volgens hen op grote schaal alcohol gedronken wordt en gehandeld in drugs. Ook de bedden capaciteit van de therapeutische gemeenschappen 'De Witte Heul' (ARTA-Lievegoed Verslavingszorg in Zeist), Hoog Hullen en de Breegweestee in Eelde (Verslavingszorg Noord Nederland) en de drugvrije afdeling van 'De Hoop' in Dordrecht wordt verminderd

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



## Geestelijke GezondheidsZorg

Aan De auteurs van het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van ZiN  
Cc Adviescommissie Pakket  
Van Raad van Bestuur Yes We Can Clinics  
Betreft Aanvullende reactie Yes We Van Clinics op nieuw conceptrapport

Eindhoven, 8 september 2014

Geachte auteurs,

Met meer dan gewone belangstelling heeft Yes We Can Clinics kennis genomen van diverse berichten in de media in de afgelopen weken over (de nieuwe versie van) het conceptrapport 'Verslavingszorg in beeld' van Zorginstituut Nederland. Ook hebben wij dit nieuwe concept bestudeerd. Daarin constateerden wij dat diversen aanpassingen naar aanleiding van de -ook in het stuk opgenomen- reactie van Yes We Can Clinics Jeugd GGZ zijn doorgevoerd. Daarvoor hartelijk dank. Tevens constateerden wij dat het rapport ook op andere punten is aangepast c.q. aangescherpt, mede naar aanleiding van andere reacties. In drie van deze wijzigingen/aanscherpingen kunnen wij ons niet vinden. Het doet per saldo onvoldoende recht aan wat in elk geval een kliniek als YWCC te bieden heeft. Daarom zenden wij u deze aanvullende reactie met het verzoek om nog een en ander aan te passen voordat het rapport wordt afgerond.

### **Ambulante versus klinische behandelingen**

T.o.v. de conceptversie van 30 april jl. van uw rapport -de versie waarop instellingen konden reageren- is de tekst 'Het is niet aangetoond dat klinische behandeling van verslaving in het algemeen effectiever is dan ambulante behandeling' gewijzigd in 'Het is aangetoond dat klinische behandeling in het algemeen niet-effectiever is dan ambulante behandeling.' Daarbij baseert uw zich op rapporten uit 1996 (Finney e.a.) en 2003 (Berglund e.a.). Deze onderzoeken kunnen de door u getrokken conclusies echter niet rechtvaardigen. Uit betreffende publicaties blijkt namelijk niet dat klinische zorg niet effectiever zou zijn dan een ambulante behandeling. In het onderzoek van Finney e.a. wordt zelfs gesteld dat er een klein positief effect is gevonden voor klinische behandelingen. Als vervolgens wordt gekeken naar het effect per type patient, dan is een klinische behandeling noodzakelijk bij een aantal type

patiënten, zo blijkt uit dit onderzoek: *“For certain patients, residential settings may be necessary to attract them to treatment, and/or to provide a place to live and a sober and supportive environment, as well as a respite in which to nurture personal resources and motivation for lifestyle changes. As (...) wisely note, however, pursuing research to determine which patient benefit differentially from settings will be impossible if inpatient/residential treatment becomes unavailable in an era of health care cost containment.”* De conclusie die u trekt op basis van genoemde onderzoeken, en die sterk afwijkt van uw eerdere conclusie, kunnen wij dan ook niet goed plaatsen.

In de multidisciplinaire richtlijnen van het Trimbos Instituut -die een belangrijke bron hebben gevormd voor het rapport van het ZiN- wordt ook veel genuanceerder geschreven over het verschil tussen een klinische en een ambulante behandeling (paragraaf 3.6 ‘Ambulante of klinische detoxificatie’):

*“Residentiële behandeling is geïndiceerd voor patiënten die niet voldoen aan de klinische criteria voor ziekenhuisopname, maar van wie de leefgewoonten en sociale interacties hoofdzakelijk zijn gaan draaien om het gebruik van bepaalde middelen, die in onvoldoende mate beschikken over sociale en beroepsmatige vaardigheden en die niet kunnen terugvallen op sociale ondersteuning van niet-gebruikers om zich in een poliklinische setting te kunnen onthouden van het gebruik van bepaalde middelen. Bij dergelijke patiënten worden op de lange termijn over het algemeen betere resultaten behaald wanneer ze een residentiële behandeling ondergaan van ten minste drie maanden.*

*Een deels intramurale behandeling dient te worden overwogen bij patiënten die intensieve zorg behoeven, maar bij wie de kans redelijk groot is dat zij zich zullen onthouden van het niet-toegestane gebruik van bepaalde middelen buiten een begrensde setting. Er wordt vaak gebruik gemaakt van een deels intramurale behandelsetting wanneer patiënten het ziekenhuis of een residentieel behandelcentrum hebben verlaten, maar het risico op een terugval nog zeer groot is. Dit geldt voor patiënten van wie wordt gedacht dat zij onvoldoende gemotiveerd zijn om de behandeling voort te zetten, patiënten bij wie sprake is van ernstige psychiatrische comorbiditeit en/of die in het verleden toch weer zijn gaan gebruiken in de periode vlak na ontslag uit het ziekenhuis of het residentieel behandelcentrum en die terugkeren naar een omgeving waar het risico op een terugval zeer groot is en die slechts in beperkte mate psychosociaal worden ondersteund om zich te onthouden van het gebruik van bepaalde middelen. Een deels intramuraal behandelprogramma is ook geïndiceerd voor patiënten met wie het ondanks intensieve poliklinische zorg slecht gaat.*

*Poliklinische behandeling van aandoeningen als gevolg van het gebruik van bepaalde middelen is geschikt voor patiënten wier klinische toestand of leefomstandigheden geen aanleiding zijn om intensievere zorg te bieden. Net als bij andere behandelsettings verdient een brede aanpak de voorkeur, waarbij, indien geïndiceerd, zowel op psychotherapeutisch als op farmacologisch vlak wordt ingegrepen en daarnaast het gedrag nauwlettend in de gaten wordt gehouden. In de meeste gevallen kunnen patiënten bij wie sprake is van alcoholafhankelijkheid of -misbruik met succes buiten het ziekenhuis worden behandeld (bijvoorbeeld in een poliklinische of deels intramurale setting). Daarbij moet echter worden aangetekend dat detoxificatie van patiënten in het kader van alcoholontwenning dient plaats te vinden in een setting waar regelmatige klinische onderzoeken en overige noodzakelijke behandelingen mogelijk zijn.”*

Ook in het licht van deze duidelijke uitspraken van het Trimbos Instituut onderschrijven wij

de vergaande uitspraken over het effect van een klinische behandeling niet.

Tot slot merken wij op dat het aanhalen van uitsluitend deze oude onderzoeken naar onze mening geen recht aan de enorme inspanningen en resultaten die in de verslavingszorg de afgelopen jaren zijn verricht c.q. bereikt, zowel door bestaande als nieuwe aanbieders.

*Wij willen u vragen om de passage over de effectiviteit van een klinische behandeling aan te passen teneinde beter aan te sluiten bij de aangehaalde literatuur en de Trimbos-richtlijn. In ieder geval verzoeken wij u om de passage sterk te nuanceren, omdat op basis van de huidige stand van wetenschap niet gesteld kan worden dat klinische behandelingen niet-effectiever zijn dan ambulante behandelingen.*

### **'Buitenlandse klinieken' op een hoop**

In het rapport wordt onvoldoende onderscheid gemaakt tussen instellingen die (ook) in het buitenland werkzaam zijn. Yes We Can Clinics heeft hier ook in de eerste reactie aandacht voor gevraagd. Een Nederlandse instelling, met Nederlands personeel, dat in Nederland is geregistreerd, met intakes en nazorg in Nederland, dat toevallig (om historische redenen) een (klinische) vestiging in de Ardennen heeft -circa twee uur van ons kantoor in Eindhoven- is niet te vergelijken met aanbieders die hun (volledige) zorg leveren in bijvoorbeeld een kliniek in Zuid-Afrika, Thailand of Zuid-Amerika. Onze kliniek is voor veel inwoners van de provincie Limburg of Brabant dichterbij dan een Nederlandse kliniek in Groningen. Het kan toch niet zo zijn dat een (nabije) landsgrens de kwaliteit van zorg bepaalt? Deze nuancering komt in het geheel niet terug in het rapport.

*Wij zouden het op prijs stellen als u in paragraaf 8.7, de correspondentie met Adviescommissie Pakket, de antwoorden op vragen van de minister en in uitingen in de media -waar mogelijk- de nuancering aanbrengt dat er grote verschillen bestaan tussen de manieren waarop en waar Nederlandse zorgaanbieders (ook) in het buitenland werkzaam zijn en dat hier niet 1-op-1 conclusies over te trekken zijn.*

### **Dagbehandelingen zonder behoud sociale en maatschappelijke contacten**

Yes We Can Clinics deelt de opvatting dat klinische behandeling van verslaving uitsluitend aangeboden dient te worden indien er sprake is van ernstige medische en/of psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid (p. 15). Dit zijn ook de criteria die wij hanteren. Daarom nemen wij jaarlijks circa 900 jongeren niet in behandeling. Hoewel er bij onze instelling sprake is van klinische opname en niet van (ambulante) dagbehandeling -en dit derhalve niet (ook) over Yes We Can Clinics gaat- bevreemdt ons de (aangescherpte) stelling dat dagbehandeling alleen effectief is indien sociale en maatschappelijke contacten voor de patiënt blijven bestaan (p. 26, 48 en 52). Dagbehandelingen in het buitenland zouden daardoor niet effectief zijn (p. 10).

In feite is het zo dat u constateert dat een in de praktijk bestaand verschil tussen dagbehandeling en klinische behandeling (onder andere) gelegen is in het al dan niet in stand laten van sociale contacten. Dit zal zeker in klassieke gevallen van dagbehandeling in Nederland het geval zijn. Bij dagbehandeling in Nederland is het meestal zo dat de sociale contacten in stand blijven. Dit is een onmiskenbaar *feitelijk gevolg* van het feit dat geen 24-uurs opname plaatsvindt. Hieruit kan echter niet de conclusie getrokken worden dat het uitbehandelinhoudelijke overwegingen een *voorwaarde* is voor dagbehandelingen om die contacten in stand te houden, laat staan dat kan worden gesteld dat dagbehandelingen waarbij die contacten niet in stand gelaten worden *niet* effectief zijn. Een dergelijke argumentatie is niet logisch. Op pagina 48 van het rapport staat zelfs dat er over zowel de

indicaties als de inhoud van dagbehandeling zeer weinig terug is te vinden in de richtlijnen. In dit licht is de conclusie op pagina 49 ook bijzonder:

*“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.”*

Verder wordt in het rapport opgemerkt dat er op wordt aangedrongen dat de beroepsgroep specifiekere criteria ontwikkelt. Tot die er zijn, kan dus in geen geval gesteld worden dat een dagbehandeling *zonder* sociaal netwerk niet effectief is en dus geen verzekerde zorg is. Voor zover ons bekend, is er ook geen onderzoek waarop deze conclusie gebaseerd kan worden.

Zeker bij de behandeling van verslavingen is naar ons oordeel zinvol dat de sociale contacten (tijdelijk) worden onderbroken. Wij constateren dit vrijwel dagelijks bij de vele jongeren die we (klinisch) behandelen. Yes We Can Clinics ziet niet in waarom dat niet ook bij dagbehandeling effectief zou kunnen zijn. Het is ook onlogisch dat het stilleggen van die contacten wél effect zou sorteren bij een klinische behandeling en niet bij een dagbehandeling. De onderbouwing hiervoor ontbreekt. Ook doet het onrecht aan de diversiteit aan verslaafden.

Tot slot merken wij op dat uit het rapport valt op te maken dat de conclusie omtrent dagbehandeling in het buitenland op verzoek van VWS lijkt te zijn toegevoegd. Een goede onderbouwing voor deze stelling ontbreekt. In feite erkent het ZiN dat ook expliciet in paragraaf 7.5.5. Dit is in discrepantie met de stelligheid waarmee vervolgens tóch, kennelijk op verzoek van VWS, (steverige) uitspraken gedaan worden over effectiviteit van dergelijke dagbehandelingen. Mede gelet op de maatschappelijke discussie die thans gaande is over de onafhankelijkheid van instanties die advies uitbrengen aan VWS, menen wij dat een adequate onderbouwing van de conclusies van het ZiN omtrent dagbehandeling in het buitenland essentieel is.

*Wij willen u vragen een en ander conform bovenstaande te wijzigen zodat een evenwichtiger en naar ons gevoel beter rapport ontstaat.*

Wij wensen u veel succes met het afronden van uw rapport en hopen dat u onze aanvullende reactie daarin zult verwerken.

Met vriendelijke groet,

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](http://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 extending to the right.

De heer R.J. Boumans  
*Programmadirecteur publieke, geestelijke en forensische gezondheidszorg*





Per e-mail: [lvisser@zinl.nl](mailto: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 insziens 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,

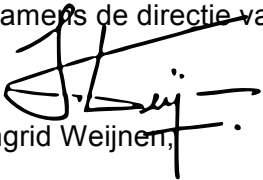
Hartelijk dank voor het ons toegestuurde consultatiedocument: Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs. Versie 30 april 2014. Voorzien van diverse bijlagen, waaronder

- 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 Aversiotherapie (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 Aversiotherapie (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.**

<b>INTERVENTIE/RANORDE</b>	<b>CES</b>	<b>% pos</b>	<b>N studies</b>	<b>Gem. MQS</b>	<b>% Klinisch</b>
46 Educatieve films en groepen	-343	27	23	8.7	38
45 Algemene alcoholcounseling	-239	10	20	11.2	85
<b>44 Inzichtgevende psychotherapie</b>	<b>-225</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>10.9</b>	<b>88</b>
<b>43 Confronterende counseling</b>	<b>-190</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>10.7</b>	<b>73</b>
42 Ontspanningsoefeningen	-144	17	18	10.6	66
<b>39 AA</b>	<b>-108</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>10.7</b>	<b>86</b>
<b>38 Milieutherapie</b>	<b>-107</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>10.6</b>	<b>100</b>
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
<b>25 12 step facilitatie</b>	<b>-13</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>10.6</b>	<b>100</b>
23 Gezinstherapie	-4	33	3	10.3	66
<b>20 Minnesota model</b>	<b>-3</b>	<b>33</b>	<b>3</b>	<b>11.3</b>	<b>33</b>
<b>Niet effectieve interventies (&gt; 3 studies) rood gearceerd</b>					

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<sup>e</sup> 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 ambulante, 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<sup>e</sup> 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](mailto: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’ zijn 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<sup>de</sup>-, 1<sup>ste</sup>- en 2<sup>de</sup>-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<sup>ste</sup> –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 stramien - 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 verslavingszorgsector<sup>1</sup> 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 geïmplementeerd<sup>2</sup>. 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

---

<sup>1</sup> Stichting Resultaten Scoren en Netwerk Verslavingszorg (gecontracteerde verslavingszorginstellingen)/ GGZ Nederland).

<sup>2</sup> 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 preventie<sup>3</sup>. 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 ziektelast<sup>4</sup> en het sterk verslavende karakter van tabak<sup>5</sup> 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

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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/>

<sup>5</sup> 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<sup>de</sup> 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 harddrugsproblematiek 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<sup>e</sup>-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 gepubliceerd<sup>6</sup>. 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).

---

<sup>6</sup> 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 jeugdigen.
- 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<sup>ste</sup> 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<sup>e</sup>-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<sup>ste</sup> 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<sup>de</sup>) 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



**Cammelot, mw. D.**

---

**Van:** Gisela Mulder - Castle Craig Nederland [g.mulder@castlecraig.nl]  
**Verzonden:** dinsdag 27 mei 2014 11:30  
**Aan:** Visser, mw. E.C.M. (Liselotte)  
**Onderwerp:** reactie consultatiedocument

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



**CASTLE CRAIG**  
 NEDERLAND

T 070 3456 028

F 070 3608 296

[www.castlecraig.nl](http://www.castlecraig.nl)

Aanwezig: dinsdag, woensdag en vrijdag



Denk aan het milieu voordat u deze mail afdrukt.

NOTICE:

This communication may contain privileged or other confidential information.

If you have received it in error, please advise the sender by reply email and immediately delete the message and any attachments without copying or disclosing the contents. Thank you.

Dit bericht bevat mogelijk informatie die onder een beroepsgeheim valt of anderszins vertrouwelijk is. Indien dit bericht niet voor u bestemd is, wilt u dat dan aan de verzender laten weten door middel van een antwoord e-mail.

Wilt u het bericht en eventuele bijlagen vervolgens onmiddellijk wissen, zonder het te verveelvoudigen, openbaar te maken en/of (anderszins) te verspreiden. Dank U.

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 ambulante 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](mailto: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](mailto: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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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 Sibbom, 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 zonnodig 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

**Cammelot, mw. D.**

---

**Van:** Til, Harry van [HTil@nza.nl]  
**Verzonden:** dinsdag 27 mei 2014 17:54  
**Aan:** Visser, mw. E.C.M. (Liselotte)  
**CC:** Wieren, Heine van; Lieverdink, Harm  
**Onderwerp:** RE: Conculatiedocument Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs

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 tijdsplan 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



**Harry van Til**

Beleidsmedewerker | Directie Zorgmarkten Cure

**Nederlandse Zorgautoriteit**

Postbus 3017, 3502 GA Utrecht | Newtonlaan 1-41, 3584 BX Utrecht

T: (030) 296 89 38 | E: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl) | W: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)

**Van:** Visser, mw. E.C.M. (Liselotte) [<mailto:LVisser@zinl.nl>]

**Verzonden:** donderdag 1 mei 2014 12:21

**Aan:** 'info@zn.nl'; Info; 'secretariaatalgemeen@dbconderhoud.nl'; 'info@ggz nederland.nl'; 'info@resultatenscoren.nl'; 'info@fedknmg.nl'; 'info@platformggz.nl'; 'info@lhv.nl'; 'lve@lve.nl'; 'directie@nhg.nl'; 'info@psynip.nl'; 'nfu@nfu.nl'; 'info@nvvp.nl'; 'info@nvvp.net'; 'nvp@psychotherapie.nl'; 'Bestuur NVRG'; 'info@platformmeerggz.nl'; 'nvz@nvz-ziekenhuizen.nl'; 'info@ineen.nl'; 'info@venvn.nl'; 'communicatie@knmp.nl'; 'bureau@nvgzp.nl'; 'info@trimbos.nl'

**CC:** 'r.luijk@zn.nl'; Til, Harry van; 'r.prang@dbconderhoud.nl'; 'r.boxem@dbconderhoud.nl'; 'jdane@ggz nederland.nl'; Wim Buisman; 'paul.moerdijk@platformmeerggz.nl'; 'k.rosmalen@lhv.nl'; 'j.hogendorp@lhv.nl'; 'dick@lve.nl'; 'm.sijbom@nhg.org'; 'rob@psynip.nl'; 'poll@nfu.nl'; 'j.veenendaal@nvvp.nl'; 'j.veenendaal@nvvp.nl'; 's.stomp@nvvp.nl'; 'N.Sax@nvvp.net'; 'j.vandelaar@nvvp.net'; 'm.hoogland@psychotherapie.nl'; 'r.rode@fed.knmg.nl'; 'annet.homan@platformmeerggz.nl'; 'j.baars@nvz-ziekenhuizen.nl'; 'j.plass@nvz-ziekenhuizen.nl'; 'm.deregt@zonh.nl'; 'i.v.d.padt@venvn-spv.nl'; 'd.a.betcke@knmp.nl'; 'Sonja van Rooijen'; 'cellie1359@gmail.com'; 'gertdehaan@planet.nl'; 'lahaut@zonmw.nl'; 'ye.strien@minvws.nl'; 'c.vos@minvws.nl'

**Onderwerp:** Consultatiedocument Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs

Geachte heer of mevrouw,

Hierbij zend ik u de stukken voor de consultatie van het document 'Verslavingszorg in beeld' van Zorginstituut Nederland.

Het betreft:

- > de aanbiedingsbrief;
- > het consultatiedocument;
- > de bijlagen 1 t/m 6

Wij zien uw reactie graag uiterlijk 27 mei vóór 12.00 uur tegemoet.

Met vriendelijke groet,

**Liselotte Visser**

Adviseur

.....  
**Team Zorg Dichtbij**

**Sector Zorg**

**Zorginstituut Nederland**

Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen

Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

.....  
**T +31 (0)20 797 87 75**

[visser@zinl.nl](mailto:visser@zinl.nl)

<http://www.zorginstituutnederland.nl>

.....  
Aanwezig op maandag tot en met donderdag

**DISCLAIMER:**

*Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Als u niet de geadresseerde bent of als dit bericht abusievelijk aan u is verstuurd, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Zorginstituut Nederland aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.*

*This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was mistakenly sent to you, please inform the sender and delete the message. The National Health Care Institute accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.*

## 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 verslavingszorg 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 verbied. 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/jhnb/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





WELZIJN EN SPORT

27 MEI 2014

SCANPLAZA

Frans Halsplantsoen 119, 2251 xd voorschoten  
Website: [www.moedigemoeders-nederland.nl](http://www.moedigemoeders-nederland.nl)  
E-Mail: [info@moedigemoeders-nederland.nl](mailto:info@moedigemoeders-nederland.nl)  
ANBI: Fiscaal nummer 851372491

mede mogelijk gemaakt door een donatie uit het Coöperatiefonds van Rabobank Waterland en Omstreken".

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn, Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag

Betreft: reactie Moedige Moeders Nederland, naar aanleiding van verzoek om advies van de behandeling van de verslavingszorg, alcohol en drugs, in de GGZ; de brief van VWS, DG Curatieve Zorg, dd. 16 januari 2014, aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het College van Zorgverzekeringen, inmiddels Zorginstituut Nederland, te Diemen, beantwoording voor eind mei 2014.

Voorschoten, 26 mei 2014

Geachte Minister,

Met betrekking tot reactie op Uw onderwerpelijke brief het volgende. Op 6 mei 2014 kwam tijdens het LPGGz-overleg concept-beantwoording in de vorm van Consultatiedocument Verslavingszorg -alcohol en drugs, versie 30.4.14, aan de orde, met verzoek van het maken van opmerkingen. Na lezing van alle stukken geven wij er voorkeur aan, in dit onderwerp direct aan U te reageren en niet via LPGGz en dan via ZN.

Wij zijn als Moedige Moeders, ouders van een verslaafd kind of partner, niet eerder in deze procedure betrokken, ook niet daarvoor expliciet uitgenodigd in een van de twee invitational conferences, van Zorginstituut Nederland. Op 9 april 2013 schreven wij wel een brief aan CvZ, Achmea en SCP, met betrekking tot signalen uit 1<sup>e</sup>-5e plenaire bijeenkomsten Moedige Moeders Nederland, waarbij CvZ ons, zonder inhoudelijk te reageren, naar het LPGGz-overleg verwees, van mening dat daarmee de kous af was.

Wij hebben de brief met vragen van VWS, DG Curatieve Zorg, Directie Curatieve Zorg van 16 januari 2014 bestudeerd, alsmede de achtergrondstudie 'Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg', door Trimbos Instituut, Utrecht, 2014, gemaakt in opdracht van College van Zorgverzekeringen, inmiddels Zorginstituut Nederland, alsmede het Consultatiedocument, dd. 30 april 2014, 'Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs'.

Temeer daar ouders van verslaafden niet als aparte groep zijn benoemd en wij van mening zijn, dat ons commentaar in het gemeenschappelijke advies -op zeker- 'vermalen' wordt, besloten wij een afzonderlijke reactie op te stellen en aan U te zenden, cc LPGGz en Zorginstituut Nederland (ZN). Het gaat hier immers om een onderdeel van het Onderhandelingsresultaat GGz 2014-2017, terwijl wij, als Moedige Moeders, zeer weinig te spreken zijn over de huidige gang van zaken, met en door de verslavingszorg.

Bij onze reactie hebben wij ook gebruik gemaakt van de tekst van het Regeerakkoord Rutte II, 31.10.2012. De onderdelen innovatie en duurzaamheid. Wij treffen deze elementen niet aan in de concept-beantwoording door Zorginstituut Nederland. Evenmin vinden wij daarin een voornemen om dure, complexe, acute zorg te concentreren, noch om samen te werken, noch het aspect van het financieel verantwoordelijk zijn van de zorgverzekeraars, per 2017.

Wij menen dat in de beantwoording door ZN teveel de nadruk ligt op verslaving, *als niet te verhelpen chronische ziekte, in plaats van te kijken naar mogelijkheden van herstel door innovatie en duurzaamheid en*

*ook te kijken hoe deze zorg plaats vindt in ons omliggende landen*, waar Trimbos Instituut door tijdgebrek in haar studie niet aan toe is gekomen. Mentaliteit zal ook moeten veranderen, van 'GGz weet als top-dog wat goed is', naar 'GGz werkt samen met verslaafden en ouders en met partners van verslaafden, naar duurzame 'best possible' oplossingen. Waar de brief van VWS begint met de opmerking over de gestegen kosten, meent ZN dat hier juist geen sprake van is. Deze toon van welles-nietes spreekt ons slecht aan, temeer daar ZN weinig blijk geeft van helicopter view en een flink aantal wezenlijke elementen domweg onbenoemd laat. Moedige Moeders hebben er groot belang bij dat de verslavingszorg in hoog tempo beter, efficiënter en transparanter wordt, waarna zal blijken dat de kosten van verslaving niet meer onbeheersbaar zijn.

**Onder goede verslavingszorg verstaan wij:**

Moedige Moeders willen degelijke behandelingen, op veilige locaties, met een staf die ook emotioneel betrokken is bij het product, die deels bestaat uit ervaringsdeskundigen, met een degelijke nazorg, een effectiviteitsregistratie, per verslavingsinstelling, cq programma, per jaar, zodat objectief zichtbaar is welke instelling en welk programma beter en welke minder scoort, met voorkeur voor op abstinentie gericht –omdat elke ex-verslaafde noemt, dat experimenten, tijdens en na de behandeling, met alcohol en cannabis, zoals sommige behandelcentra aanmoedigen in de re-entry/nazorg, leidt tot snelle terugval en wij onze kinderen na de behandeling normaal willen zien opgroeien, en niet als zombies, omdat door de vz-instelling destijds noemde, dat een beetje verslaafd wel kon. Tevens een behandeltraject, waarin ouders en partners van cliënten 'deel zijn van de oplossing'. Niet pappen en nathouden, voor behandelingen van onze verslaafde kinderen, noch met de botte bijl, niet onderbouwd, bezuinigen van klinische naar ambulante behandeling. Ook moet expliciet gekeken worden naar modellen zoals Synanon, Berlijn en San Patrignano, Rimini, Italie, De Kiem, Gavere, België.

We vinden dat het Ministerie en de zorgverzekeraars niet te bang moeten zijn, instellingen die herhaaldelijk aan upcoding doen, of andere vormen van vals declareren of het niet aanleveren van gegevens waaruit de effectiviteit of doelmatigheid blijkt, alsook instellingen die blijven doorgaan met het betalen van bestuurders en managers ruim boven de Balkenende-norm, tijdelijk of langer uit te sluiten van deze tak van sport. Hierdoor worden ook toezichthouders en financiers, waaronder de banken, kritischer op de anno 2014-2017 gestelde eisen en voorwaarden in de sector.

Naast het verder ontwikkelen van protocollen [waarbij bureaucratische kerstbomen moeten worden voorkomen], vinden wij dat gewerkt moet gaan worden aan een landelijk register, waarmee de verschillende aanbieders van verslavingszorg, qua doelmatigheid en effectiviteit objectief met elkaar kunnen worden vergeleken. Daarbij is een uniforme definitie van herstel op z'n minst relevant in deze context. Zie hiervoor het Handvest van Maastricht (maart 2010) en de Quick Scan "Resultaten Scoren rond Herstel" (jan. 2013), voor wat betreft persoonlijk en maatschappelijk herstel.

**Kostenbesparing** kan niet alleen worden bereikt door lichtere verslavingsproblematiek zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen, zoals ZN noemt. Wij noemen de navolgende elementen:

- door de recidive te verkleinen,
- de nazorg te perfectioneren,
- een betere inschatting te maken van wat een cliënt nodig heeft,
- een langer lopend cliënt-volgsysteem op te tuigen, wat met mail of Facebook geen al te ingrijpende zaak hoeft te zijn, zodat een diepere terugval kan worden voorkomen.
- de privacy opzij te zetten, als die de efficiency en doelmatigheid van de behandeling in de weg staat,
- roken tijdens de behandeling te verbieden,
- bij de Minister te onderbouwen dat voor langdurige verslaafden, die willen afkicken, klinische behandelingen van 3 of 6 maanden veelal weggegooid geld zijn [ipv slaafs uitvoeren wat de Minister vraagt],
- ook te kijken naar de forensische door Justitie gefinancierde verslavingsbehandelingen in gevangnissen, met vervolghandelingen na de straf, zoals o.a. al jaren plaats vinden in UK, België, Spanje, wat de recidive van criminelen vermindert;
- te willen kijken naar de werkwijze bij de Vlaams-Nederlandstalige Therapeutische Gemeenschap De Kiem, in Gavere, die een 60-70% behandelresultaat scoort [afgemaakt programma t/m nazorg, waarbij cliënten dmv stages werkervaring en een diploma verwerven].

Dat om kostenbesparingen te bereiken, het aanbod van drugs en alcohol minder gemakkelijk beschikbaar moet worden, is een zaak van het Kabinet en de 2<sup>e</sup> Kamer, maar we constateren dat ZN nalaat dit punt te noemen. Lichtere verslavingsproblematiek behandelen is niet eenvoudig, omdat de lokale politiek in Nederland veelal flink ontkent dat drugs en alcohol breed in de Nederlandse maatschappij voorhanden zijn, zoals wij met Rioolwateronderzoek Nijkerk in 2013 hebben aangetoond. Hierdoor onttaardt lichte verslavingsproblematiek

eenvoudig in zwaardere verslavingsproblematiek; kwestie van dweilen met de kraan open [een van de elementen van niet te remmen kostenstijgingen].

Moedige Moeders zijn het met Het Zwarte Gat eens dat er een enorme kloof is tussen de theorie over verslaving en de toepassing in de praktijk van verslavingszorg.

Moedige Moeders zijn voorts van mening dat de werkwijze van ROM Routine Outcome Measurement een kostbare, maar volstrekt zinloze meting is, omdat de ervaring is dat cliënten die zeer tevreden zijn, veelal slechtere behandelresultaten boeken.

Positieve leerpunten zijn 'het creëren van een onveilig klimaat, in een veilige omgeving', zoals in de groepsgesprekken waar de emoties niet geschuwd worden, zoals ook Skuul, herstel ondersteunende verslaving op Texel, het verwoordt.

Wat ook door ZN onbenoemd is, is de cruciale discussie over het al dan niet continueren van het gedogen van drugs, waarin de opstellers van het Manifest Joint Regulation, per 31.1.2014 een voorstel deden. Moedige Moeders schreven daarop een reactie, dd. 12.2.2014 o.a. aan de Fracties van de 2<sup>e</sup> Kamer en het Ministerie VWS, en aan anderen waarna de opstellers van Manifest Joint Regulation ons uitnodigden, daarover met ons van gedachten te wisselen.

***Ons persbericht van 15 mei 2014:***

***Moedige Moeders: Stop het gedogen en het idee van reguleren van de teelt van cannabis!***

***Moedige Moeders hebben in de afgelopen weken zowel schriftelijk als mondeling contact gehad, met de opstellers van het Manifest Joint Regulation, die het reguleren, legaliseren van de teelt van cannabis beogen. Het gesprek was vriendelijk, maar de standpunten staan onoverbrugbaar uit elkaar.***

Het is opmerkelijk dat het objectief te achten Trimbos Instituut in een eerdere mailwisseling, communiceerde, dat de voorstellen van Manifest Joint Regulation de te volgen lijn zijn en doorgang moeten vinden.

**Inzake kostenraming.** Veruit betere resultaten zijn: minder terugval creëren, waardoor de maatschappelijke schade minder is en de verslaafde in herstel weer functioneert. De persoonlijke en maatschappelijk herstelde verslaafde maakt geen aanspraak meer op sociale zorg en ondersteuning, noch op zorgkosten en kosten van Politie en Justitie, noch veroorzaakt hij of zij overlast. Bovendien is de familie en partner van de verslaafde in herstel van een grote emotionele, fysieke en soms financiële last bevrijdt, wat positief doortikt in de gezondheid – en in tal van andere kosten.

Voorts wijzen we erop dat als de overheid doorgaat met het gedoogbeleid drugs, vele met name onzekere jongeren alsnog in de fuik zwemmen van verslaving, met alle maatschappelijke kosten en gevolgen. Aangaande alcohol en roken moet snel een praktijk ontstaan, waarin alle partijen bereid zijn de leeftijden van 18 jaar te handhaven en mensen die als gevolg van drugs- en alcoholgebruik niet meer functioneren, bij de les te brengen, zoals dat nu nauwelijks plaats vindt.

**Moedige Moeders zijn het pertinent oneens met de quote uit het Trimbos-onderzoek, pg 66, 'dat genezing geen optie is voor langdurige opiaatverslaafden'.** Vele tienduizenden ex-verslaafden in Nederland leven als 'verslaafden in herstel' een zinvol leven, na hun eerder uitzichtloze actieve verslaving, na een succesvolle behandeling, waarin ze het inzicht verwierven, dat verslaving hen niet verder bracht.

**Nederland in 2025**

Essentieel is de bovenliggende vraag, hoe Nederland er in 2025 uit moet zien?

- A. Een gedogende Nederland met een gecalculeerd percentage afvallers met handenwringende bestuurders en idem ouders of
- B. Duidelijke regels, best possible oplossingen, uitvoering en handhaving, die door veruit meerderheid van de Nederlanders wordt gesteund, regels die synchroon lopen bij de collega's in Europa.

**Ontbrekende elementen in het advies van ZN over de behandeling van verslavingsproblematiek.**

-Het inzicht is dat ouders en partners van verslaafden een wezenlijk positieve rol kunnen spelen in het succes van de behandeling;

-Een analyse op 'Invloed van cannabis- en hard drugsverslaving door beleid van gedogen drugs'; zoals voorgesteld in het Manifest Joint Regulation.

-Invloed stepping stone: doorloop van cannabisgebruik met veel hoger THC gehalte dan vroeger, anno 2014, naar hard drugs?

-Bijgeschoolde ex-verslaafden, op essentiële leidinggevende posities, ontbreken in GGZ-instellingen in NL nagenoeg overal; in plaats daarvan maken anno 2014 accountants en general managers de dienst uit en komt de verslavingsbehandeling niet verder dan een geschat gemiddeld 15% succesbehandeling.



- Aanwezigheid van gedragscodes voor personeel aangaande roken, alcohol en drugs.
- Lagen managers met hoge salarissen, die door hun hoge kosten, efficiënte behandeling in de weg staan.
- Afbouw van methadonverstrekking, ipv nu levenslang pappen en nathouden, vaak verder ondersteund door tal van kostbare gemeentelijk gefinancierde dagbestedingsprojecten.
- De rol van de AA, CA, enz.
- Verslavingsbehandeling in gevangenissen, doorlopend na de straf.
- Zelfinzicht van de verslavingsinstellingen naar innovatie en duurzaamheid.
- De rol van de verslavingszorg in de door VWS aangekondigde scherpe preventie drugs en alcohol, omdat tijdens de vz-behandeling, in de nazorg soms snel met weer alcohol en cannabis geëxperimenteerd wordt.
- Therapeutische gemeenschappen voor behandeling van verslaving; veelvuldig en succesvol model buiten Nederland, met een Europese (EFTC) en een Wereld (WFTC) Federatie, waarvan in NL alleen de Verslavingszorg Noord Nederland lid is. Parnassia haakte in 2013 af, om onduidelijke redenen. Een groot aantal Therapeutische Gemeenschappen bestaan onder andere in UK, België, Italië, Spanje, Polen. Het aantal groeit overal snel behalve in Nederland.
- Model Synanon, Berlijn; Leben ohne Drogen, 'geen drugs, geen alcohol, wij roken niet'; 100% selfsupporting.[www.Synanon.de].
- Model San Patrignano, Italië; verslavingsbehandelcentrum, [www.sanpatrignano.org], met 1000[!!] plekken, annex leerwerktrajecten; tenminste 50% self supporting.
- TG De Kiem, Gavere, België.
- Een nieuwe vorm van bekostiging, om beter de goede dingen te belonen [uit het interview met Ab Klink; NRC Weekend, 3.5.14].

De EMCDDA publicatie 2014,

Bijgaand vindt U een exemplaar van de in april 2014 uitgebrachte uitgave van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, "Therapeutic Communities for treating addictions in Europe. Evidence, current practices and future challenges", door Wouter Vanderplasschen, Steijn Vandervelde en Eric Broekaert, Universiteit van Gent. ISSN 2314-9264. Daarin in hoofdstuk 3: review of the effectiveness of therapeutic communities.

Gaarne bereid tot nadere toelichting.

Namens het Bestuur van Stichting Moedige Moeders Nederland,  
De Voorzitter Ans van Zeeland  
voor deze de Secretaris Alfred Lagerweij

De Stichting Moedige Moeders Nederland is lid van de organisatie Eurad, European Action on Drugs. A policy network for Prevention, Treatment and Recovery". We are a network of NGO's which seek an approach to the drug problem, which emphasises the importance of prevention and recovery. We represent our members at the EU and UN level. We are a registered non-for-profit organisation from the Netherlands and we have a communications base in Brussels.

Onderdeel daarvan is het RUN, recovered users network, groep van succesvolle ex-verslaafden, zie [www.eurad.net](http://www.eurad.net)



Weesp, 1 september 2014

Blad 1



Postbus 5067 | 1380 GB Weesp  
Telefoon: 0294-450 186 | Fax: 0294-450 238  
info@thehomeclinic.nl | www.thehomeclinic.nl  
Abn-Amro 59.84.19.217 | KvK 32114530

Geachte mevrouw Visser,

Als eerste willen we u danken voor het uitgebreide consultatiedocument 'Verslavingszorg in beeld'. Hoewel de inzendtermijn voor het geven van een reactie ruim is overschreden zouden we toch graag nog een aantal aanvullende opmerkingen willen maken. We denken dat we hiermee alsnog een goede aanvulling kunnen geven op de conclusies die reeds gemaakt zijn in dit rapport.

Met vriendelijke groet,

Pieter Bodewits, directeur Zorg,  
Annette van Dijk, directeur bedrijfsvoering



Postbus 5067 | 1380 GB Weesp  
Telefoon: 0294-450 186 | Fax: 0294-450 238  
info@thehomeclinic.nl | www.thehomeclinic.nl  
Abn-Amro 59.84.19.217 | KvK 32114530

## Reactie op consultatiedocument Verslavingszorg in Beeld

### Vraag 1: Kunt u zich vinden in de conclusies over de kosten van verslavingszorg en maatschappelijke baten?

In paragraaf 2.2.1 wordt in tabel 1 de ontwikkeling van gedeclareerde DBC's in Verslavingszorg gepresenteerd. Hierbij wordt de groei in productiecijfers van niet-gecontracteerde instellingen vergeleken met die van gecontracteerde instellingen. Deze vergelijking is gebaseerd op de gedeclareerde omzet uit Vektis. We willen hierbij graag meerdere kanttekeningen plaatsen.

Ten eerste declareren gecontracteerde instellingen altijd het gecontracteerde percentage van het NzA-tarief. Niet gecontracteerde instellingen declareren 100% van het NzA-tarief. Dit is echter niet het bedrag dat zij vergoed krijgen. Gemiddeld was het percentage van niet-gecontracteerde zorg in 2009 t/m 2011 74 tot 80%. Als dit wordt meegenomen in de berekening dan was het aandeel van nieuwe aanbieders in 2009 geen 4% maar 3% en dit percentage steeg naar 6% in 2011.

Ten tweede zaten de gebudgetteerde instellingen in deze periode nog in een transitiefase waarbij de uiteindelijke bekostiging gebaseerd was op de budgetsystematiek (Bijenhof, Folkertsma, Kommer, Slobbe, & Polder, 2012). De nieuwe aanbieders werden uitsluitend bekostigd met de DBC-systematiek. Hierdoor is de vergelijking niet betrouwbaar.

Verder is het goed om te realiseren dat de gebudgetteerde instellingen bestaan uit 12 grote instellingen (zie hoofdstuk 4) die samen verantwoordelijk zijn voor 94% van de gedeclareerde DBC's. De nieuwe instellingen zijn gegroeid van 21 naar 40 instellingen en deze zijn verantwoordelijk voor 6% van de gedeclareerde DBC's. Als gekeken wordt naar de gemiddelde productie per nieuwe instelling dan is deze gedaald. Dit betekent dat er ook binnen de nieuwe instellingen sprake is van substitutie.

Op basis van bovenstaande is ons inziens de tweedeling tussen gebudgetteerde en nieuwe instellingen niet correct.

De nieuwe instellingen hebben een veel lagere DBC-productie dan de gebudgetteerde instellingen en een groot deel van deze instellingen bevindt zich nog in de initiële groeifase van de onderneming. Dit zou meegenomen moeten worden bij de beoordeling van deze instellingen. Dit heeft namelijk gevolgen voor onder meer de mogelijkheid tot aansluiting bij de SBG-benchmarking of een koepelorganisatie en de mogelijkheid tot contracteren bij zorgverzekeraars.



Postbus 5067 | 1380 GB Weesp  
Telefoon: 0294-450 186 | Fax: 0294-450 238  
info@thehomeclinic.nl | www.thehomeclinic.nl  
Abn-Amro 59.84.19.217 | KvK 32114530

## Vraag 2: Kunt u zich vinden in de analyse van verslavingszorg en de visie van partijen zoals wij die hebben geschetst?

### *Vergelijking reguliere en nieuwe aanbieders*

Graag zouden wij het beeld willen nuanceren in de vergelijking tussen reguliere (paragraaf 4.1.1) en nieuwe instellingen (paragraaf 4.1.2).

In de verslavingszorg is er een enorme professionalisering geweest van de zorg (paragraaf 4.1.1). U noemt hierbij 'Resultaat Scoren' en schetst de ontwikkeling vanaf 1990.

Het is evident dat instellingen die na 2008 zijn gestart hierin geen aandeel hebben gehad maar het is eveneens evident dat de tweedeling tussen de huidige reguliere en nieuwe instellingen in 1990 niet aan de orde was. Door de professionalisering van de zorg bij de reguliere instellingen (paragraaf 4.1.1) te plaatsen lijkt het alsof dit met name de praktijk is van reguliere instellingen. In paragraaf 4.1.2 over de nieuwe aanbieders in de verslavingszorg worden daarentegen vooral ontwikkelingen genoemd waarvan er twijfels bestaan over de doelmatigheid. Hierin wordt de nadruk gelegd op instellingen die samenwerken met buitenlandse klinieken en instellingen die het Minnesota-model hanteren.

We willen u erop wijzen dat er ook nieuwe instellingen zijn die volledig met richtlijnen en protocollen werken, niet samenwerken met buitenlandse klinieken en behandelingen hanteren die *evidence based* zijn, zoals CGT of CRA.

Daarentegen zijn er tevens reguliere instellingen die een samenwerking hebben met klinieken in het buitenland en / of werken met het Minnesota model (onder meer Jellinek en Rodersana).

Ook hier is de tweedeling daarom in onze optiek niet correct.

Ons inziens heeft de innovatie in verslavingszorg vanaf 1990 invloed gehad op zowel bestaande als nieuwe instellingen. Innovatie en concurrentie zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Nieuwe spelers op de markt zorgen voor meer dynamiek en concurrentiedrang en dit leidt bijna zonder uitzondering tot innovatiedrang bij bestaande spelers.

### *Contracten met zorgverzekeraars*

In paragraaf 4.1.2 geeft u aan dat een aantal zorgverzekeraars geen contracten aanbiedt aan nieuwe zorgverleners. Graag willen wij hieraan toevoegen dat sommige zorgverzekeraars beweren open te staan voor nieuwe contracten maar hierbij in onze optiek niet te overbruggen hinderpalen opwerpen. Denk hierbij aan zorgkoepels die pas een contract willen aangaan als er in het voorgaande jaar een minimale hoeveelheid aan DBC's is uitgekeerd en tegelijkertijd de concurrentiepositie ondermijnen door strengere eisen te stellen aan de inhoud van zorg in vergelijking met gebudgetteerde instellingen (bijvoorbeeld strengere eisen aan het



Postbus 5067 | 1380 GB Weesp  
Telefoon: 0294-450 186 | Fax: 0294-450 238  
info@thehomeclinic.nl | www.thehomeclinic.nl  
Abn-Amro 59.84.19.217 | KvK 32114530

hoofdbehandelaarschap door minder behandelaren toe te staan). Daarnaast lijkt het onmogelijk om met een aantal zorgverzekeraars in contact te komen over het aangaan van een contract.

### **Hinderpaalcriterium**

Op pagina 27 wordt gesteld dat het verlagen van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg naar 0% tot doel heeft om de zorg van kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders buiten de deur te houden. Dit is ons inziens een onjuiste aanname. Op dit moment is er nog geen gelijk speelveld tussen reguliere en nieuwe instellingen, zie onze eerdere opmerking over zorgkoepels die hinderpalen opwerpen voor het verkrijgen van een contract. Dit heeft tot gevolg dat huidige nieuwe aanbieders met een goede kwaliteit geen kans hebben om tot de markt toe te treden. Daarentegen zal de marktpositie van de 12 gebudgetteerde instellingen verder toenemen door het afschaffen van het hinderpaalcriterium. Dit leidt tot minder dynamiek in de zorgmarkt met mogelijk op langer termijn minder innovatie en hogere zorgkosten. Ons inziens moet het daarom altijd voor nieuwe aanbieders mogelijk blijven om toe te treden tot de markt. Hierbij zouden afspraken gemaakt kunnen worden over de inhoud en mate van professionalisering van de zorg.

Ons inziens is er een disproportionele focus op nieuwe aanbieders. Met een vergoeding van 0% voor niet-gecontracteerde zorg wordt de marktwerking terug gedraaid en de monopoliepositie van de oude budgetinstellingen hersteld. Dit leidt af van het feit dat het niet aanwezig zijn van marktwerking in het verleden tot voortdurende budgetoverschrijdingen van de gebudgetteerde instellingen leidde die door de overheid niet te beteugelen waren en waarbij geen substitutie van DBC's plaatsvond maar accumulatie bovenop het budgetstelsel, zie hiervoor het rapport van VWS (Bijenhof et al., 2012).

### **Hoofdbehandelaarschap**

In paragraaf 6.2.3 wordt vermeld dat zorgverzekeraars hun twijfels hebben over de invulling van het hoofdbehandelaarschap. Zij noemen hierbij vooral de verslavingsarts.

The Home Clinic heeft drie redenen waarom het belangrijk is de verslavingsarts als hoofdbehandelaar te behouden.

Verslavingsartsen zijn doorgaans bij grote instellingen werkzaam. Hier hebben zij, als arts, een groot aandeel in de behandeling (aandeel verslavingsarts is 10% tegenover 2% van de psychiater, bron Ladis 2013). Verslavingsartsen zijn hard aan het werk om hun deskundigheid verder te bevorderen en te borgen in samenwerking met de KMPG. Met het openen van het register in 2013 en de komst van de Miam-opleiding is het ons inziens voorbarig om te stellen dat een verslavingsarts niet deskundig zou zijn en dient de conclusie hierover neutraler geformuleerd te zijn. Bij een vermoeden van comorbiditeit lijkt het ons wel wenselijk als een verslavingsarts een psychiater kan consulteren.



Postbus 5067 | 1380 GB Weesp  
Telefoon: 0294-450 186 | Fax: 0294-450 238  
info@thehomeclinic.nl | www.thehomeclinic.nl  
Abn-Amro 59.84.19.217 | KvK 32114530

Omdat zorgverzekeraars nu ook een hoger aandeel van de hoofdbehandelaar in de behandeling vragen, is het extra belangrijk om dit oordeel te herzien. De *evidence based* behandelingen binnen verslavingszorg zijn farmacologische of psychologische behandelingen. Ons inziens is een psychiater niet opgeleid om leefstijltraining of CRA uit te voeren en is een psychiater niet noodzakelijk om een farmacologische behandeling binnen de verslavingszorg uit te voeren.

Een laatste reden om verslavingsartsen als hoofdbehandelaar te behouden is de DBC-tarifiering binnen de verslavingszorg. Deze is vanuit historie structureel lager dan bij de overige GGZ, mede omdat er binnen de verslavingszorg minder 'dure' specialistische zorg werd ingezet. Als alleen de klinisch psycholoog of de psychiater als hoofdbehandelaar mag optreden, dan legt dit een grote druk op de kosten. Er is een tekort aan psychiaters en het is lastig om psychiaters in loondienst te krijgen. The Home Clinic ziet veel psychiaters die alleen op freelance basis willen werken tegen zeer hoge interim-tarieven.

### **Vraag 3: Deelt u de conclusies over wat te verzekeren zorg is**

The Home Clinic hanteert voor de triage de MATE en we delen de aanbeveling in paragraaf 7.5.4 dat meer klinische zorg nodig is bij ernstige medisch / psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. In onze optiek is de scheidingslijn tussen ambulante en klinische echter te groot. The Home Clinic heeft inmiddels 10 jaar ervaring in klinische behandelingen aan huis en is daarmee een organisatie die tussen poli-klinisch en klinisch inzit. Door deze vorm van zorg kunnen meer mensen ambulante behandeld en gedetoxificeerd worden.

Veel van de patiënten die genoemd worden in de tabel 'kenmerken patiënt voor ziekenhuisopname' weigeren opname. Gedwongen opname is hierbij vaak niet mogelijk. De weigering opgenomen te worden in een kliniek wordt echter niet genoemd bij de redenen om ambulante te behandelen in de richtlijn Detox. Voor deze groep patiënten biedt een intensieve ambulante behandeling en detoxificatie echter uitkomst. The Home Clinic heeft veel ervaring in het behandelen van deze groep.

Graag willen we ook wijzen op de uitkomsten van de meta-analyse van Miller and Wilbourne (2002) met 361 gecontroleerde studies waarbij er een sterke evidentie was van de werkzaamheid van C.R.A. voor de behandeling van alcoholverslaving. Volgens ons zou C.R.A. daarom als effectieve en niet als mogelijk effectieve behandeling meegenomen moeten worden (paragraaf 7.4.2).

### **Vraag 4: Heeft u nog opmerkingen bij de verbetercyclus en gepast gebruik van zorg?**

The Home Clinic ondersteunt van harte de initiatieven die genomen worden om de verslavingszorg verder te verbeteren.



Postbus 5067 | 1380 GB Weesp  
Telefoon: 0294-450 186 | Fax: 0294-450 238  
info@thehomeclinic.nl | www.thehomeclinic.nl  
Abn-Amro 59.84.19.217 | KvK 32114530

Wat betreft paragraaf 8.6 zijn wij van mening dat het opheffen van het hinderpaalcriterium geen gunstige ontwikkeling is omdat dit een gezonde dynamiek van een zorgmarkt in de weg staat. Als nieuwe aanbieders geen kansen meer hebben in de zorgmarkt dan zou dit op langere termijn kunnen leiden tot weinig innovatiedrift en hogere zorgprijzen.

#### **Vraag 5: Heeft u nog opmerkingen of aanvullingen bij onze conclusies en aanbevelingen of bij de beantwoording van de vragen van de minister van VWS?**

The Home Clinic kan zich vinden in het initiatief om te komen tot een Zorgstandaard Verslaving. In het licht hiervan wil The Home Clinic graag samenwerken met andere partijen om tot goede criteria te komen voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie. The Home Clinic heeft ruim 10 jaar ervaring met ambulante detoxificatie en kan hierbij waarschijnlijk kennis delen. Hetzelfde geldt voor de Richtlijn Detox.

#### **Samenvattend**

Graag zouden we zien dat de tweedeling tussen reguliere en nieuwe instellingen opgeheven wordt. Het geeft een vertekend beeld waarbij met name nieuwe instellingen in een negatief daglicht staan. Helaas zijn er inderdaad instellingen geweest die geen doelmatige zorg leverden, maar het mag niet zo zijn dat deze instellingen als maat voor alle nieuwe instellingen wordt gebruikt.

De nadruk zou, ons inziens, meer moeten liggen op samenwerking en kennis delen. De reguliere instellingen hebben meer ervaring maar nieuwe zorgverleners kunnen soms een verfrissende kijk op zorg leveren. We kunnen van elkaar leren!

Tegelijkertijd willen we benadrukken dat er op dit moment geen gelijk speelveld is tussen gebudgetteerde en nieuwe instellingen. Veel zorgverzekeraars geven aan geen nieuwe contracten te willen sluiten, zijn onbereikbaar voor nieuwe zorgaanbieders of stellen niet te overbruggen hinderpalen op om tot een contract te komen.

The Home Clinic betreurt de ontwikkeling tegenover het afschaffen van het hinderpaalcriterium. Ons inziens zal dit de dynamiek van de zorgmarkt verstoren en de monopoliepositie van de gebudgetteerde instellingen herstellen. Op langer termijn vrezen we dat hierdoor de zorgkosten verder zullen stijgen en de kwaliteit zal stagneren of dalen.

#### **The Home Clinic**

Omdat het Trimbos-instituut geen goed beeld kon geven van onze organisatie willen wij dat hierbij alsnog graag doen.



Postbus 5067 | 1380 GB Weesp  
Telefoon: 0294-450 186 | Fax: 0294-450 238  
info@thehomeclinic.nl | www.thehomeclinic.nl  
Abn-Amro 59.84.19.217 | KvK 32114530

The Home Clinic deelt de visie op verslaving zoals verwoord in het visiedocument van GGZ Nederland, namelijk dat het een ernstige aandoening is met biologische, psychologische, sociale en culturele componenten dat neigt tot chroniciteit.

De interventie die wij bieden is niet altijd gericht op abstinentie maar kan bijvoorbeeld ook gericht zijn op een vorm van gecontroleerd drinken zodat verdere schade aan de gezondheid beperkt kan blijven.

The Home Clinic biedt klinische behandelingen aan huis. Dit is wezenlijk anders dan een poli-klinische behandeling maar bevindt zich tussen poli-kliniek en kliniek in.

De triage is op basis van de MATE. Patiënten met behandelprofiel 1 worden verwezen naar de basis-GGZ. Patiënten met behandelprofiel 2 of 3 worden thuis gedetoxificeerd en ontvangen een behandeling volgens C.R.A. Hierbij wordt tevens motiverende gespreksvoering toegepast. De familie wordt betrokken bij de behandeling door het vormen van Home Teams.

De diagnostiek bij The Home Clinic bestaat uit een psychiatrisch, een psychologisch en een medisch onderzoek. Hierbij vindt tevens een consult van de verslavingsarts plaats.

De toewijzing gebeurt door middel van zorgpaden. The Home Clinic volgt tijdens de behandeling geldende richtlijnen en protocollen.

### Literatuur

Bijenhof, A. M., Folkertsma, M. A., Kommer, G. J., Slobbe, L. C. J., & Polder, J. J. (2012). *Kostenontwikkeling GGZ; Kosten van ziekten notities 2012-1*. RIVM Retrieved from [http://www.kostenvanziekten.nl/object\\_binary/o16171\\_KVZ-2012-1-Kostenontwikkeling-GGZ.pdf](http://www.kostenvanziekten.nl/object_binary/o16171_KVZ-2012-1-Kostenontwikkeling-GGZ.pdf).

Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277.



Zorginstituut Nederland  
T.a.v. Paula Polman  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Hoofddorp, 29 september 2014

Betreft: Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs

Geachte mevrouw Polman,

Als wetenschappelijke vereniging van verslavingsartsen, is de VVG (Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland, opgericht in 1985) er een voorstander van dat goede zorg op een verantwoorde manier geboden wordt. Dat kritisch gekeken wordt naar datgene wat zorgaanbieders aan zorg leveren, kunnen wij alleen maar toejuichen.

Het Zorginstituut Nederland heeft kritisch gekeken naar de aangeboden zorg, onder andere bij zogeheten nieuwe zorgaanbieders (Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs, conceptrapportage d.d. 12-08-2014). Het consultatiedocument is eerder dit jaar door het Zorginstituut naar een aantal partijen gestuurd voor commentaar. Weliswaar had dit door het Zorginstituut ook naar de VVG gestuurd zullen worden, dat is echter niet gebeurd. De VVG is hierdoor uiteindelijk niet in staat gesteld te reageren in de consultatieronde, noch tijdig in staat gesteld op het conceptrapport te reageren.

Van tenminste een aantal onderdelen die aangeboden blijken te worden als behandeling bij verslavingen, mag ons inziens inderdaad betwijfeld worden of die werkzaam zijn.

Toch zitten er naar onze mening ook enkele andere opmerkelijke kanten aan dit rapport. Sinds november 2012 is het specialisme ("profiel") verslavingsarts KNMG erkend. Het is het enige medische specialisme met een registratie binnen het vakgebied verslavingszorg en met een specifiek op verslavingszorg gerichte opleiding. Die opleiding is gericht op de veelheid en combinatie van problemen die je tegenkomt in de verslavingszorg: lichamelijke, psychische en specifiek verslavingsgeneeskundige problemen. Geen ander medisch specialisme is op deze combinatie van problematiek gericht.

Zorgverzekeraars lijken in meerderheid zich op het standpunt te stellen dat geregistreerde verslavingsartsen KNMG niet in staat zijn om onder meer een inhoudelijk coördinerende rol in de verslavingszorg te vervullen. Eventueel zien ze voor

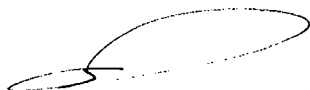
verslavingsartsen een plaats in een verlengde-arm constructie, waarbij iemand die de patiënt niet hoeft te zien, de behandelverantwoordelijkheid draagt. Overigens is dat volgens ons het type constructie waar verzekeraars terecht juist van af wilden: de uiteindelijke behandelverantwoordelijke moet zelf de patiënt zien wil hij/zij de behandeling verantwoord kunnen aansturen. De VVG is van mening dat verslavingsartsen KNMG bij uitstek in staat zijn om deze rol te vervullen.

Wij vinden het daarnaast een merkwaardige en ons inziens ook ongewenste situatie, dat organisaties actief kunnen zijn op het gebied van verslavingszorg, zonder dat specifieke deskundigheid (lees: zonder verslavingsartsen KNMG in dienst te hebben die een eindverantwoordelijkheid hebben voor het merendeel van de behandelingen) aanwezig hoeft te zijn. Verslavingen zijn complexe aandoeningen, waarbij lichamelijke, psychische en sociale problemen een grote rol spelen. Zeker als verslaving in de complexe problematiek van de patiënt op de voorgrond staat, is de verslavingsarts KNMG bij uitstek het meest geschikt is wat betreft behandeling en beleid. De eindverantwoordelijkheid zou dus in het merendeel van de behandelingen bij de verslavingsarts KNMG horen te liggen. Verslavingsartsen KNMG zijn en worden als enige artsen opgeleid en getraind om op al deze gebieden goede zorg te kunnen bieden.

In het rapport (7.5) wordt onder andere genoemd dat de indruk bestaat dat er meer cliënten worden opgenomen, dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is.

Het is een van de kerncompetenties van de verslavingsarts om een indicatie tot klinische dan wel ambulante ontwenning te stellen. Het is ook een kerncompetentie van de verslavingsarts om die ontwenning medisch te begeleiden, ambulant of klinisch.

Met vriendelijke groet,



Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland  
Peter Vossenbergh, voorzitter