

Standpunt

Standpunt Minnesota Model

10 juni 2013

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2013014631
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteurs</i>	mw. J.M. Latta, mw. D. Welten
<i>Telefoonnummer</i>	Tel. (020) 797 85 55

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Aanleiding
1	1.b. Centrale vraag
1	1.c. Leeswijzer
2	2. Wanneer valt een zorgvorm onder de te verzekeren prestaties en hoe beoordeelt het CVZ dit?
2	2.a. Wat zijn de criteria?
2	2.b. Hoe toetst het CVZ?
3	3. Voldoet de zorgvorm aan de criteria?
3	3.a. Voldoet het Minnesota Model in de alcoholverslavingszorg aan de stand van de wetenschap en praktijk?
8	3.b. Conclusie criterium stand van de wetenschap en praktijk
9	4. Consultatie
9	5. Conclusie over te verzekeren zorg: standpunt
10	6. Consequenties voor de praktijk
10	7. Vaststelling standpunt

Bijlage(n)

1. Literatuurlijst
2. Tabel 1 Studie karakteristieken van vergelijkende cohort studies
3. Tabel 2 Resultaten van de vergelijkende cohort studies

Samenvatting

In dit standpunt beoordeelt het CVZ of binnen de verslavingszorg behandeling van alcoholverslaving volgens het Minnesota Model onder de te verzekeren prestaties valt.

Binnen de verslavingszorg is ook in Nederland de behandeling van alcoholverslaving volgens het zogenaamde Minnesota Model de laatste jaren in zwang geraakt. Voor betrokken partijen is niet altijd duidelijk of een bepaalde interventie al dan niet tot het pakket behoort. Een dergelijke onduidelijkheid is aan de orde bij de interventie het Minnesota Model.

De centrale vraag is of behandeling van alcoholverslaving volgens het Minnesota Model binnen de verslavingszorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en dus als effectief kan worden beschouwd en onder de te verzekeren prestaties valt.

Het antwoord op deze vraag is dat behandeling volgens het Minnesota Model even effectief is als andere behandelingen van alcoholverslaving maar het Minnesota Model is wel veel duurder. Reguliere behandeling is ambulante en als psychologische interventies worden motiverende gespreksvoering en cognitief gedragstherapeutische interventies aanbevolen (Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009). Zorgverzekeraars kunnen met dit gegeven rekening houden bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Voor partijen in de zorg is niet altijd duidelijk of een bepaalde interventie al dan niet tot het pakket behoort. Een dergelijke onduidelijkheid is aan de orde bij de interventie, gericht op behandeling van alcoholverslaving volgens het zogenaamde Minnesota Model. Het CVZ is verantwoordelijk voor het beantwoorden van de vraag of een interventie behoort tot de te verzekeren prestaties (basisverzekering).

1.b. Centrale vraag

De centrale vraag van dit standpunt is of de behandeling van alcoholverslaving volgens het Minnesota Model voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en dus als effectief kan worden beschouwd en daarmee valt onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg.

1.c. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de algemene criteria waar een interventie aan moet voldoen om onder de basisverzekering te vallen. In hoofdstuk 3 is uitgelegd dat de behoefte aan behandeling van verslaving een te verzekeren risico is. Daarna wordt besproken of het Minnesota Model in de verslavingszorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In hoofdstuk 4 staan de uitkomsten van de consultatie. In hoofdstuk 5 komt de conclusie aan bod en ten slotte staan in hoofdstuk 6 de gevolgen voor de uitvoeringspraktijk.

2. Wanneer valt een zorgvorm onder de te verzekeren prestaties en hoe beoordeelt het CVZ dit?

2.a. Wat zijn de criteria?

Een zorgvorm (of interventie) valt alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer deze onder meer voldoet aan de onderstaande criteria: de zorgvorm moet een behoefte aan medische zorg dekken en de zorgvorm moet bewezen effectief zijn.

Artikel 10 Zvw beschrijft het eerste criterium: het somt op voor welke risico's zorg verzekerd moet worden. Het omschrijft deze risico's als 'de behoefte aan geneeskundige zorg enz.'. De te beoordelen zorgvorm valt alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer deze (één van) deze risico's dekt.

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering beschrijft het tweede criterium: een zorgvorm valt verder alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer de zorg volgens de stand van de wetenschap en praktijk als effectief kan worden beschouwd.

2.b. Hoe toetst het CVZ?

Nadat het CVZ heeft vastgesteld of een zorgvorm (één van) de risico's uit artikel 10 Zvw dekt, bepaalt het of de zorgvorm voldoet aan het criterium de stand van de wetenschap en de praktijk.

De werkwijze om de stand van de wetenschap en praktijk te bepalen, is beschreven in het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. Het CVZ onderzoekt of er wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van de zorgvorm. Daarbij volgt het de principes van evidence based medicine (EBM). De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal.' Verder is het algemene uitgangspunt van het CVZ dat er voor een positieve beslissing over de effectiviteit medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht beschikbaar moeten zijn. Mochten dergelijke gegevens niet beschikbaar zijn dan kan het CVZ beargumenteerd van dit vereiste afwijken en eventueel genoeg nemen met gegevens van een lagere bewijskracht.

3. Voldoet de zorgvorm aan de criteria?

Verslavingszorg valt onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 10 onder a Zvw en artikel 2.4, eerste lid Besluit zorgverzekering). De behoefte aan verslavingszorg is dus een verzekerd risico. Om die reden gaat het in dit standpunt uitsluitend om de vraag of behandeling volgens het Minnesota Model als behandeling van alcoholverslaving voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

3.a. Voldoet het Minnesota Model in de alcoholverslavingszorg aan de stand van de wetenschap en praktijk?

Het CVZ heeft een literatuuronderzoek uitgevoerd om te beoordelen of deze indicatie-interventiecombinatie voldoet aan het criterium de stand van de wetenschap en praktijk. Hieronder volgen de bevindingen uit dit literatuuronderzoek.

Uitgangspunten Minnesota Model

Binnen de verslavingszorg is ook in Nederland de behandeling van het zogenaamde Minnesota Model de laatste jaren in zwang geraakt. Het model is ruim zestig jaar geleden ontwikkeld op het Hazeldeninstituut in Minnesota, VS (Anderson, 1999). Het Minnesota Model is gebaseerd op het 12-stappenprogramma van de Alcoholics Anonymous (AA). De kern van het programma is de aanwezigheid van ex-verslaafden als counselors en een programma bestaande uit een serie van 12 stadia te beginnen met toegeven een probleem te hebben en hulp zoeken. Het programma gaat er van uit dat verslaving een chronische ziekte is, die lichaam, geest en ziel aantast. Spiritualiteit neemt een belangrijke plaats in binnen het 12-stappen programma. Het 12-stappenprogramma is ontwikkeld door de zelfhulpgroepen van de AA als methodiek voor het bereiken van abstinentie bij alcoholproblemen. In de zelfhulpgroepen proberen de deelnemers hun verslavingsproblematiek zonder professionele begeleiding de baas te worden (Corveleyn, 2001).

Inhoud en methodiek

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

***Verskil met
andere behandeling***

peutische en een ervaringsgerichte benadering combineert. Hoewel het Minnesota Model geïnspireerd is op de AA, wat betreft de overname van ten eerste de visie op verslaving (chronische ziekte) en het behandelgoal (abstinentie) en ten tweede de 12-stappen benadering, is het belangrijkste verschil dat de AA een zelfhulpgroep is, en dat in het behandelteam van het Minnesota Model naast ervaringsdeskundigen ook professionele hulpverleners werkzaam zijn. Het Minnesota Model bevat dus de 12-stappen benadering als onderdeel van de behandeling en zelfhulpgroepen als nazorg, maar hun methodiek is omvattender (het bevat ook psychotherapie, gezinstherapie en individuele begeleiding) en wordt uitgevoerd door professionele hulpverleners. Er bestaan ook ambulante varianten.

Het Minnesota Model is beschreven in de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Stoornissen in het gebruik van Alcohol (2009). De conclusie in de MDR luidt dat een behandeling volgens de 12-stappenbenadering, in ambulante of in klinische vorm, waarschijnlijk niet effectiever is dan andere behandelingen. En verder is opgenomen dat het vooralsnog geen aanbeveling verdient een klinische behandeling in te richten volgens de twaalfstappenbenadering. Een probleem van deze richtlijn is dat er geen goed onderscheid is gemaakt tussen de effectiviteit van het Minnesota Model en de effectiviteit van andere 12-stappen benaderingen.

Centrale vraag

De vraagstelling die centraal staat in dit onderzoek luidt: Is het Minnesota Model effectief om verslaafden te behandelen en zo ja, in welke setting en bij welke patiëntencategorieën?

Methode

Met behulp van het PICO-systeem heeft het CVZ een literatuursearch uitgevoerd. PICO zorgt voor een aanscherping van de vraagstelling en staat voor: patient – intervention – comparison – outcome. De PICO is hieronder verder uitgewerkt:

- Om welke patiëntenpopulatie gaat het?
Patiënten met een alcoholverslaving. Verder kan het gaan om volwassen patiënten maar ook om adolescenten.
- Om welke interventie gaat het?
Het Minnesota Model, ook wel Hazelden Model genoemd; hierbij kan de setting variëren (klinisch, dagbehandeling).
- Waarmee dient de interventie vergeleken te worden?
Normaal gesproken met de gebruikelijke zorg, maar in dit geval is hierop niet geselecteerd. Wat betreft alcohol is er namelijk niet één behandeling die superieur is ten opzichte van andere behandelingen (Miller & Wilbourne, 2002). Psychologische interventies, aanbevolen in de MDR, zijn motiverende gespreksvoering en cognitief gedragstherapeutische interventies.
- Wat zijn de relevante uitkomstmaten?
Abstinentie of gecontroleerd drinken.

Daarnaast heeft het CVZ voor de literatuursearch inclusiecriteria gehanteerd met betrekking tot de methodologische kwaliteit (Q) en de tijdshorizon (T). Beiden zijn hieronder verder uitgewerkt:

- Wat zijn de vereiste methodologische kenmerken van de studies? Alleen randomised controlled trials (RCTs) en controlled clinical trials (CCTs) zullen meegenomen worden.
- Wat is de relevante duur van de follow-up? Omdat het Minnesota Model er van uit gaat dat verslaving een chronische ziekte is en nazorg onderdeel is van het Model is het van belang te weten wat de effecten zijn op de lange termijn. Het liefst is de duur van de follow-up minimaal een jaar, maar het CVZ zal ook onderzoeken includeren met een follow-up periode van zes maanden.

Het CVZ heeft in oktober 2012 in Medline en PsycInfo een brede literatuursearch uitgevoerd. Er is gezocht vanaf het begin van beide databases tot oktober 2012. De volgende zoektermen zijn gebruikt:

“Minnesota Model” OR “abstinence model” OR hazelden [tiab].

Daarnaast is de HTA database geraadpleegd en de website van het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). In- en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van samenvattingen. Het CVZ heeft de samenvattingen beoordeeld aan de hand van bovenstaande PICO + Q + T. Indien artikelen niet op basis van de samenvatting konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

Resultaten

De literatuursearch heeft geleid tot drie artikelen, twee RCTs (Keso, 1990; Gronbaek, 2007) en één CCT (Winters, 2000). De RCTs zullen apart besproken worden van de CCT. Ten eerste omdat de studieopzet verschillend is, maar ook omdat de doelgroep anders is (zie bijlage: tabel 1). De RCTs hebben betrekking op volwassenen en de CCT op adolescenten. Verder is bij de RCTs alcohol de primaire verslaving en bij de CCT alcohol én drugs.

Beide RCTs vergelijken het Minnesota Model met een reguliere behandeling. Verder gaat het in beide studies om een ernstige vorm van alcoholverslaving. Keso geeft aan dat alle patiënten voldoen aan de DSM-III criteria voor alcoholafhankelijkheid. Gronbaek (2007) vermeldt dat volgens de ICD-10 codering bij 92% van de patiënten sprake is van alcoholafhankelijkheid en bij 8% van de patiënten van alcoholmisbruik.

De setting was echter bij beide RCTs verschillend. De studie van Keso (1990) vond plaats in een klinische setting; dus zowel de Minnesotabehandeling als de regulierie behandeling

vonden plaats in een klinische setting. Bij Gronbaek (2007) daarentegen was er sprake van Minnesota dagbehandeling, die werd vergeleken met een reguliere poliklinische behandeling. Een ander belangrijk verschil tussen beide studies is dat bij Gronbaek de behandeling niet alleen uit een psychologische interventie bestond maar ook uit een farmacologische interventie (ongeveer een kwart van de patiënten in beide groepen kreeg disulfiram voorgeschreven).

De resultaten van deze twee studies zijn weergegeven in tabel 2 (zie bijlage). De abstinentiepercentages *voor het gehele jaar* na de Minnesotabehandeling waren 14% in de studie van Keso (1990) en 35% in de studie van Gronbaek (2007). In beide studies is dit een statistisch significant hoger percentage dan bij de controlegroep (2% en 20% respectievelijk). Bij Keso (1990) waren ook de abstinentiepercentages *na 12 maanden* statistisch significant hoger in de Minnesotagroep (26%) dan in de controlegroep (10%), maar niet bij Gronbaek (2007) (53% respectievelijk 43%). Wat betreft gecontroleerd drinken waren in beide studies dezelfde trends te zien als bij abstinentie maar niet significant. Verder is volgens Gronbaek (2007) de Minnesota interventie bijna drie keer zo duur als de reguliere behandeling.

Dat de Minnesota interventie duurder is dan de reguliere behandeling laat zich als volgt verklaren. In de studie van Gronbaek gaat het om een vergelijking tussen dagbehandeling en poliklinische behandeling. Een dagbehandeling is veel intensiever dan een poliklinische behandeling (gemiddeld 26 versus 7 sessies). Verder vindt de dagbehandeling plaats in een privékliniek en de poliklinische behandeling in een openbare kliniek.

Los hiervan is het zo, dat de Minnesota interventie een veel omvattend programma is. Dit intensieve programma, met individuele psychotherapie, groepstherapie, gezinstherapie en AA-programma is veel uitgebreider dan een reguliere behandeling.

De kosten van een (dag)klinische Minnesota interventie zijn dan ook (veel) hoger dan die van een reguliere ambulante behandeling.

De CCT vergelijkt de Minnesota behandeling met wachtlijst (Winters, 2000). De studie heeft betrekking op adolescenten met een ernstige alcohol en/of drugsverslaving (DSM-III). Percentages abstinentie (19%) en gecontroleerd gebruik (44%) waren hoger in de behandelingsgroep dan bij personen die op de wachtlijst stonden (3% en 27% respectievelijk).

Bij een deel van de patiënten vond de behandeling klinisch plaats en bij een deel ambulant. De uitkomstmaten waren niet statistisch significant verschillend tussen beide settings (tabel 2) Voor patiënten die klinisch behandeld werden was het percentage abstinentie 15%, en voor patiënten die ambulant behandeld werden 21%. Wat betreft gecontroleerd gebruik

waren deze percentages 45% en 44% respectievelijk. Er is geen duidelijke ondersteuning voor de noodzaak tot klinische Minnesota behandeling. Helaas was de power voor vergelijking klinische versus ambulante Minnesota behandeling klein en zijn definitieve conclusies niet mogelijk. De auteurs uiten wel hun twijfels over de meerwaarde van klinische behandeling.

Een kanttekening bij dit literatuuronderzoek naar de effectiviteit van het Minnesota Model is dat de power van alle studies relatief laag is vanwege treatment refusers, hoge treatment drop-outs en loss-to-follow-up. Bijvoorbeeld in de studie van Keso (1990) was het percentage treatment refusers 17%, het percentage treatment drop-outs ook 17% en het percentage loss-to-follow-up varieerde van 13% (0-4 maanden) tot 23% (8-12 maanden).

Bij twee van de drie studies is alcohol de primaire verslaving. Dat betekent waarschijnlijk dat er alleen een indicatie voor een Minnesotabehandeling is als er sprake is van een primaire alcoholverslaving. Voor een primaire drugsverslaving zijn er op dit moment geen data die de effectiviteit van het Minnesota Model kunnen staven.

Samenvatting

De gevonden studies zijn niet erg goed vergelijkbaar. Samenvattend vonden Keso en Salaspuro in 1990 dat de klinische Minnesota behandeling effectiever was dan de klinische reguliere behandeling. Gronbaek en Nielsen (2007) stelden vast dat de Minnesota dagbehandeling na een jaar niet beter was dan de veel minder intensieve reguliere ambulante behandeling, maar wel veel duurder. Winters e.a. (2000) stelden in een niet-gerandomiseerd onderzoek vast dat de setting (klinisch, ambulant) geen invloed had op de uitkomstmaten.

Conclusie

De kwaliteit van de studies is niet altijd even goed en de studies zijn moeilijk vergelijkbaar. Uit de studies komt wel naar voren dat de Minnesota behandeling ambulant even effectief is als een reguliere behandeling (Gronbaek), en klinisch effectiever is dan de reguliere behandeling (Keso). Omdat de resultaten van Keso (1990) niet bevestigd worden door de andere studie (Gronbaek) concluderen we dat voor patiënten met een alcoholverslaving een behandeling volgens het Minnesota Model niet effectiever is dan andere reguliere behandelingen. Dat laatste geldt met name ook voor het klinische karakter van de Minnesota behandeling (Winters).

Reguliere behandeling is ambulant en als psychologische interventies worden motiverende gespreksvoering en cognitief gedragstherapeutische interventies aanbevolen (Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009).

Richtlijn Nice

NICE heeft in 2011 een richtlijn uitgebracht over de diagnose en behandeling van alcoholmisbruik en afhankelijkheid. In deze richtlijn is in het hoofdstuk over psychologische en psychosociale interventies het Minnesota Model niet meegenomen, wel de Twelve Step Facilitation therapie (TSF). TSF is een voorbereidende behandeling op nazorg via de AA en AA-achtige zelfhulpgroepen en wordt gegeven door professionele therapeuten. De conclusie uit de richtlijn is dat TSF wel gelijk lijkt te zijn aan andere interventies voor de behandeling van alcoholmisbruik en afhankelijkheid maar niet beter. De aanbeveling is dan ook dat TSF niet als losstaande interventie gebruikt kan worden, maar alleen als een onderdeel van een andere interventie.

3.b. Conclusie criterium stand van de wetenschap en praktijk

Het is aannemelijk dat een behandeling van alcoholverslaving volgens het Minnesota Model even effectief is als andere reguliere behandelingen en daarmee zorg is conform het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

4. Consultatie

Dit standpunt is ter consultatie aangeboden aan het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en twee hoogleraren-deskundigen uit de verslavingszorg en het verslavingsonderzoek.

De NHG heeft gereageerd en het concept-document met opmerkingen geretourneerd. Naar aanleiding hiervan is het standpunt verduidelijkt.

Van de twee hoogleraren-deskundigen is ook commentaar ontvangen en dit commentaar is verwerkt in dit standpunt. Zij wijzen er op dat er alleen redelijk bewijs bij volwassenen voor effectiviteit van het Minnesota Model is voor alcoholafhankelijkheid en niet voor andere verslavingen. Het is belangrijk dit te vermelden omdat het Minnesota Model op dit moment in Nederland voor alle vormen van verslaving wordt ingezet (zonder enig bewijs).

5. Conclusie over te verzekeren zorg: standpunt

Het Minnesota Model als behandeling van alcoholverslaving is onderdeel van de te verzekeren prestaties en kan daarom verstrekt dan wel vergoed worden ten laste van de basisverzekering van de Zvw.

6. Consequenties voor de praktijk

Het Minnesota Model als behandeling van alcoholverslaving behoort weliswaar tot de te verzekeren prestaties, maar deze behandeling is veel duurder dan andere behandelingen, terwijl het even effectief is.

Wij adviseren zorgverzekeraars met dit gegeven rekening te houden bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid.

7. Vaststelling standpunt

Het CVZ heeft dit standpunt vastgesteld op 10 juni 2013.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

LITERATUURLIJST

- * Anderson D, McGovern J, DuPont R. The origins of the Minnesota model of addiction treatment – a first person account. *J Addict Dis* 1999; 18: 107-14.
- * Corveleyn J, Limbergen van S. Het Minnesota-model: een stappenbenadering van verslavingsproblematiek. *Tijdschr Psychotherapie* 2001; 27: 347-65.
- * Gronbaek M, Nielsen B. A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. *Addiction* 2007; 102: 381-388.
- * Keso L, Salaspuro M. Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. *Alcohol Clin Exp Res* 1990; 14: 584-589.
- * Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002; 97: 265-277.
- * Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, CBO, Trimbos-instituut, 2009.
- * NICE. Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence. Clinical Guideline 115. London: Nice, 2011.
- * Snoek A, Poel van der A, Mheen van de D. Het Minnesota Model. Een waardevolle aanvulling op de Nederlandse verslavingszorg. *TSG* 2011; 89: 166-172.
- * Winters KC, Stinchfield RD, Opland E, Weller C, Latimer WW. The effectiveness of the Minnesota Model approach in the treatment of adolescent drug abusers. *Addiction* 2000; 95: 601-612.

Tabel 1: Studie karakteristieken van vergelijkende cohort studies

Studie en land	Setting*	Interventie en vergelijkende behandeling**	Kenmerken Minnesota model	Doelgroep	Relevante uitkomstmaten	Follow-up
KESO1990 (Finland)	I: Residentieel C: Residentieel	Randomized controlled trial Minnesota model versus reguliere behandeling ^a	(1) 28 dagen (2) Geen farmacologische interventie	Werkende alcoholisten die voldoen aan de DSMIII criteria voor alcoholisme Exclusie criteria: * drugs problemen	(1) Abstinentie (2) Gecontroleerd drinken (Patiënten die minder dan <40 g ethanol per dag drinken inclusief patiënten die abtinent zijn)	Na afronding van de behandeling, tweemaandelijke follow-up tot 1 jaar
GRONBAEK2007 (Denemarken)	I: Dagbehandeling (privékliniek) C: Poliklinische behandeling (openbare kliniek)	Randomized controlled trial Minnesota model versus reguliere behandeling ^b	(1) 6-8 weken, 5 dagen per week (2) Ook farmacologische interventie	Volwassenen (18+) met alcohol problemen Exclusie criteria: * psychotische stoornis * ernstige cognitieve beperkingen * alcohol niet het belangrijkste probleem	(1) Abstinentie (2) Gecontroleerd drinken (Patiënten die minder dan 4 units alcohol per dag drinken inclusief patiënten die abtinent zijn)	Follow-up 12 maanden na start van de behandeling
WINTERS2000 (USA)	I: Residentieel of outpatient	Controlled clinical trial Minnesota model versus wachtlijst	Residentieel: 4 weken Outpatient: 30 sessies gedurende 6 weken	Adolescenten (12-18 jaar) die voldoen aan de criteria voor minstens één stoornis op het gebied van psychoactieve middelen. Exclusie criteria: * Acute psychose * Ontwikkelingsstoornis * Acute intoxicatie	(1) Abstinentie (2) Gecontroleerd gebruik (Patiënten die een middel slechts 1 of 2 keer gedurende de hele follow-up periode gebruiken inclusief patiënten die abtinent zijn)	Na afronding van de behandeling, follow-up na 12 maanden

* I = Interventiegroep; C = controlegroep

** a: **Minnesota behandeling:** Doel van de behandeling is abstinentie. Zeer gestructureerd behandelingsschema (educatie, individuele therapie, AA-programma, één keer per week groepstherapie sessies). Nazorg in de vorm van hulp door een AA-lid om deel te nemen aan AA bijeenkomsten.

Reguliere behandeling: Specifieke behandeldoelen worden samen met patiënt opgesteld. Behandeling is weinig gestructureerd en kan bestaan uit individuele therapie, groepstherapie, familietherapie en werktherapie. Geen nazorg maar deelname aan AA bijeenkomsten wordt wel aanbevolen. Verwachte opname van tenminste 6 weken waarbij patiënt enkele weekenden naar huis gaat.

b: **Minnesota behandeling:** Doel van de behandeling is totale abstinentie. Behandeling bestaat uit educatie, individuele therapie, AA-programma en groepstherapie. Indien nodig vindt detoxificatie plaats en behandeling met medicijnen (disulfiram en selectieve serotonine reuptake inhibitors (SSRIs)). Deelname aan AA-bijeenkomsten na de behandeling is verplicht. Gemiddeld genomen werden de patiënten 6 weken behandeld, en namen deel aan 26 sessies

Reguliere behandeling: Behandeling bestaat uit detoxificatie, medicijnen (disulfiram en SSRIs) en individuele sessies. Individuele sessies kunnen bestaan uit familietherapie, cognitieve gedragstherapie en ondersteunende consultaties. Groepstherapie vindt niet plaats. De sessies vinden in het begin één keer per week plaats, en later 1 of 2 keer per maand. Behandeling duurt over het algemeen 6-12 maanden. De patiënten namen gemiddeld deel aan 7 sessies.

Tabel 2: Resultaten van de vergelijkende cohort studies

Studie	Aantal respondenten	Abstinentie*	Gecontroleerd drinken*	Andere uitkomstmaten	Kwaliteit studies**
KESO1990	N = 141 (I=74; C=67) Laatste follow-up (8-12 mnd): N=108 (I=57; C=51)	Hele follow-up abtinent: MM: 14% Regulier: 2% (p<0,05) Abtinent tijdens laatste follow-up (8-12 mnd): MM: 26% Regulier: 10% (p=0,05)	Hele follow-up gecontroleerd drinken: MM: ~16%*** Regulier: ~8% (NS) Gecontroleerd drinken tijdens laatste follow-up: MM: 37% Regulier: 28% (NS)		(+) Intention-to-treat (+) Inname van alcohol geschat door vragenlijst en door bloedwaarden (-) Hoge treatment drop-out
GRONBAEK2007	N = 148 (I=74; C=74)	Hele jaar abtinent: MM: 35% Regulier: 20% (p=0,043) Na 1 jaar abtinent: MM: 53% Regulier: 43% (NS)	Hele jaar gecontroleerd drinken: MM: 39% Regulier: 27% (NS) Na 1 jaar gecontroleerd drinken: MM: 72% Regulier: 65% (NS)	<i>Kosten:</i> Minnesota model bijna 3x zo duur dan reguliere behandeling: £ 2322 vs £ 870 (verschil: £ 1452)	(+) Intention-to-treat analyse uitgevoerd (-) Hoge treatment drop-outs (-) studie niet geblindeerd; kan wel gezorgd hebben voor bias omdat alleen patiënten die MM wilden hebben (slechts 28%) mee hebben gedaan
WINTERS2000	N = 245 (I=179; C=66) Residentieel: 101 Outpatient: 78 WachtlIJst: 66	Hele follow-up abtinent: MM: 19% WachtlIJst: 3%****	Hele follow-up gecontroleerd gebruik: MM: 44% WachtlIJst: 27%****	<i>Setting:</i> Abtinent (1 jaar): Residentieel: 15% Outpatient: 21% WachtlIJst: 3% (NS) Gecontroleerd gebruik (1 jaar): Residentieel: 45% Outpatient: 44% WachtlIJst: 27% (NS)	(+) Intention-to-treat (+) Gerapporteerde alcohol en drugs inname gevalideerd met rapportage van ouders en urinetesten. (-) Geen randomisering (-) Alcohol én drugsproblemen (-) Hoge treatment drop-outs

* MM = Minnesota model; Regulier = reguliere behandeling; WachtlIJst = geen behandeling

** Intention-to-treat analyse wil zeggen dat alle patiënten worden meegenomen in de analyses, onafhankelijk of ze de behandeling ook hebben afgerond. De patiënten blijven meetellen bij de groep waarin ze bij het begin van het onderzoek waren ingedeeld.

*** Percentages zijn geschat uit figuur; in de text stond alleen vermeld dat gecontroleerd drinken niet significant verschillend was tussen beide groepen.

**** Geen statistische analyses uitgevoerd voor Intention-to-Treat groep versus controle groep, wel voor completers groep (n=140) versus incompleters groep (n=39) en controle groep (n=66). Patiënten die de behandeling hebben afgerond (53%) hebben significant betere uitkomsten dan patiënten die de behandeling niet hebben afgerond (15%) of patiënten die geen behandeling hebben gehad (27%). De laatste twee groepen zijn niet significant verschillend van elkaar. De percentages hebben betrekking op gecontroleerd gebruik; voor abstinentie zijn de percentages respectievelijk: 23%, 3% en 3%.