Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de minister van Volkgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Pakket

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

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon
drs. L.A. van der Heiden
T +31 (0)20 797 85 85

0530.2014128171

Onze referentie
2014128171

Datum 16 oktober 2014
Betreft Toezending rapport 'Verslavingszorg in beeld - *alcohol en drugs*'

Geachte mevrouw Schippers,

Zorginstituut Nederland heeft op 13 oktober 2014 het rapport '*Verslavingszorg in beeld - alcohol en drugs' v*astgesteld. Het rapport geeft een reactie op de vragen die u op 16 januari 2014 aan ons heeft voorgelegd over de verslavingszorg rond alcohol en drugs als onderdeel van de te verzekeren prestatie GGZ.

Het rapport geeft daarnaast een integraal beeld van de ontwikkelingen in de verslavingszorg rond alcohol en drugs. Het bevat concrete aanbevelingen aan alle betrokken partijen voor de verdere verbetering van deze zorg. Het betreft aanbevelingen op het gebied van de te verzekeren prestaties, op het gebied van richtlijnontwikkeling en op het gebied van de uitvoeringspraktijk.

Hieronder geven wij antwoord op de specifieke vragen.

1. Welke therapieën worden er op dit moment in de verslavingszorg het meest toegepast?
Het zorgaanbod in de verslavingszorg is omschreven in paragraaf 4.5 van de achtergrondstudie van het Trimbos instituut. Deze achtergrondstudie is opgenomen in bijlage 2 bij het rapport. In deze paragraaf is een overzicht opgenomen van interventies van zowel reguliere als nieuwe aanbieders. Het betreft een zogenaamde *quick scan* op basis van wat op de sites van de betreffende instellingen te vinden is.

We zien dat met name met de komst van nieuwe aanbieders sinds 2008 ook nieuwe (aanvullende) therapieën aangeboden worden. Deze voldoen niet altijd aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook is niet altijd duidelijk op welke wijze nieuwe instellingen cliënten indiceren voor een bepaald behandelprogramma, waardoor niet duidelijk is of de juiste behandelintensiteit wordt aangeboden. De lijst geeft een goed overzicht van de therapieën die het meest worden toegepast.

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

> Noodzakelijkheid:
In het algemeen kan gesteld worden dat het zeer aannemelijk is dat verslavingszorg voldoet aan het pakketcriterium noodzakelijkheid gezien de hoge ziektelast en hoge kosten van behandeling. Dat geldt ook voor de gebruikte interventies.

> Effectiviteit:
In bijlage 1 bij de achtergrondstudie van het Trimbos-instituut is een overzicht opgenomen van interventies voor onder meer alcohol-, cannabis-, opiaat-, cocaïne-, amfetamineverslaving en dubbele diagnose-problematiek en de mate van effectiviteit per interventie. Wat betreft de uitspraken over de effectiviteit van interventies baseert het Trimbos-instituut zich op de bestaande (multidisciplinaire) richtlijnen, die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews. Uit dit overzicht blijkt welk *level of evidence* er is voor de beschreven therapieën en voor welke therapieën er geen bewijs voorhanden is. Deze laatste groep interventies zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed. We raden zorgverzekeraars aan deze lijst bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het Kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen.

> Kosteneffectiviteit:
Onderzoek naar de kosteneffectiviteit van verslavingszorg is beperkt beschikbaar. Effectieve behandelingen zijn – gezien de hoge maatschappelijke kosten van verslaving – ook al gauw kosteneffectief. Waar het aan ontbreekt zijn relatieve (kosten-)effectiviteitgegevens waarbij verschillende behandelprogramma's voor vergelijkbare groepen van cliënten worden vergeleken. Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit én kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. Bij de opzet van studies moet kosteneffectiviteit nadrukkelijk betrokken worden om goede keuzes te kunnen maken tussen behandelingen. We hebben dit onderwerp samen met de Ronde Tafel gepast gebruik bij ZonMw onder de aandacht gebracht en het voorgedragen in het kader van hun doelmatigheidsprogramma.

> Uitvoerbaarheid: Dit pakketcriterium speelt hier geen rol.

a. In hoeverre is nazorg/follow-up onderdeel van behandelingen?
Nazorg is volgens de richtlijnen en de visie van partijen op verslavingszorg altijd een essentieel onderdeel van de behandeling. Behandelprogramma's dienen daarom altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma's zonder nazorg zijn minder effectief. We raden zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel van het behandelprogramma is.

b. Hoe zit het met de therapietrouw en terugvalcijfers van deze therapieën?
Ruim de helft van de verslaafden valt, na behandeling, binnen een jaar terug. Naar schatting een kwart tot een derde van degenen die ooit behandeld zijn voor alcohol- of drugsproblemen zal niet genezen. Deze percentages zeggen vooral iets over het chronische karakter van verslaving. In de DBC-Informatiesysteem (DIS) zijn drop-out cijfers beschikbaar. Op dit moment zijn er geen goede studies beschikbaar op grond waarvan een goede conclusie getrokken kan worden over therapietrouw.

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

a. Zo ja, zijn deze therapieën doelmatig?
Hiervoor verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 2. Er zijn nagenoeg geen gegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit van het ene behandelprogramma t.o.v. het andere behandelprogramma. Zeker als het gaat om meer (opname en dagbehandeling) en minder intensieve programma's ook qua duur van de programma's ontbreken gegevens.

b. Is er specifiek iets te duiden over doelmatigheidsgrenzen voor de hoeveelheid dagbesteding bij opname?
Wij hebben geconstateerd dat het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en dagstructurering in de praktijk onvoldoende duidelijk is. Ook de richtlijnen geven onvoldoende handvatten om tot goede start- en stopcriteria te komen. Er worden wel verschillende tarieven gehanteerd voor deze prestaties. Die verschillen lijken voornamelijk gebaseerd op gemiddelde (historische) praktijkgegevens.
Wij gaan nader onderzoek doen naar de inzet van vaktherapieën (zoals muziektherapie, dramatherapie, etc.) en het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en dagstructurering. In dit kader zullen we ook kijken of er iets te duiden is over het aantal te indiceren uren dagbesteding per dag.

c. Wat is er bekend over de maatschappelijke baten van verslavingszorg en de maatschappelijke kosten van verslaafden?
Het is zeer aannemelijk dat de maatschappelijke baten van verslavingszorg opwegen tegen de kosten. Verslaving gaat gepaard met hoge maatschappelijke kosten. Verslavingszorg – mits effectieve behandelingen worden toegepast – leidt tot een aanzienlijke reductie van kosten die veel groter is dan de kosten van de behandeling zelf. In paragraaf 2.3 van het rapport gaan we uitgebreid in op de maatschappelijke baten van verslavingszorg. Toch blijft de vraag staan of er meer winst te behalen is als de meest kosteneffectieve behandelingen ingezet worden, nu gegevens daarover ontbreken.

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

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

a. Kunt u aangeven welke onderbouwing daarvoor nodig is?
Het is aangetoond dat klinische behandeling van verslavingszorg in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling. Op basis van de multidisciplinaire richtlijnen – die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews – dient klinische behandeling uitsluitend te worden aangeboden aan

personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij redelijkerwijs niet op verblijf aangewezen. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.
In paragraaf 7.5.4 van het rapport gaan wij uitgebreid in op de patiëntkenmerken voor ziekenhuisopname volgens de richtlijnen. De screeninginstrumenten MATE en EuropASI kunnen worden gebruikt bij het bepalen van de behandelintensiteit.

5. In hoeverre worden richtlijnen en standaarden gebruikt?

a. In hoeverre verschilt de toepassing van therapieën, de opnamegraad en de toepassing van richtlijnen en standaarden tussen gevestigde aanbieders en nieuwe toetreders tot de verslavingszorgmarkt?
Uit het artikel *Resultaten Scoren: Verspreiding en gebruik producten 2011,* gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Verslaving* komt naar voren dat instellingen de implementatie van de ontwikkelde richtlijnen, protocollen en handreikingen ook ter hand nemen. Deze activiteiten kunnen echter nog wel geïntensiveerd worden. Er is bij *Resultaten Scoren* jammer genoeg geen informatie hierover van de nieuwe zorgaanbieders. Bij de nieuwe aanbieders zijn er onderling grote verschillen in behandelaanbod. Sommigen leveren zorg conform de richtlijnen, anderen lijken hier niet aan te voldoen.
Over de opnamegraad kan zowel voor de reguliere als voor de nieuwe aanbieders in zijn algemeenheid gezegd worden dat deze te hoog is en niet overeenkomt met de richtlijnen. Daarnaast is er een vertekening van de opnamecijfers van nieuwe aanbieders. Deze bieden soms wel verblijf aan, maar declareren dagbehandeling. Daarmee zijn de opnamecijfers niet goed te vergelijken. Ten slotte constateren verzekeraars een grote praktijkvariatie in de gehele verslavingszorg.

6. Wat is, in het kader van gepast gebruik en het leveren van zinnige en zuinige zorg, zorg die niet meer via de Zvw zou moeten worden vergoed?
Wij hebben in paragraaf 7.5.8 van het rapport samengevat waar goede verslavingszorg aan moet voldoen en op welke wijze gepast gebruik kan worden bevorderd. Specifiek wijzen wij op de volgende punten:

> Geen stand van de wetenschap en praktijk
In de achtergrondstudie van het Trimbos instituut zijn diverse interventies benoemd, die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed. We raden zorgverzekeraars aan deze lijst bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het Kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen. Zorginstituut Nederland zal zelf nader onderzoek doen naar de effectiviteit van vaktherapieën als onderdeel van de behandeling.

> Diagnostiek en behandelintensiteit
Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage met een screeninginstrument zoals de MATE of EuropASI is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze triage niet heeft plaatsgevonden, kan de diagnostiek en de behandeling niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
16 oktober 2014

Onze referentie
2014128171

> Ambulante versus klinische detoxificatie
Er is geen evidentie voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie (ontgifting). Dat betekent dat per geval beoordeeld moet worden of verzekerde redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen. Wij raden partijen aan om bij de richtlijnontwikkeling heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

> Ambulante versus klinische behandeling
Klinische behandeling dient uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

> Dagbehandeling
Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

> Nazorg
Behandelprogramma's dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma’s zonder nazorg zijn minder effectief. We raden zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel van het behandelprogramma is.

Tenslotte
In het rapport hebben wij diverse aanbevelingen geformuleerd voor de partijen, die betrokken zijn bij de verslavingszorg in Nederland. Wij zullen de komende tijd volgen of partijen de aanbevelingen opvolgen. Ten aanzien van de te verzekeren prestaties zullen wij samen met de NZa het toezicht verscherpen. Ten aanzien van aanbevelingen op het gebied van de richtlijnontwikkeling zullen wij bij stagnatie het onderwerp op de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut plaatsen. Ten aanzien van de aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk zullen wij ook daar de ontwikkelingen volgen en bij onvoldoende succes bezien of restrictiever ingrijpen via de Zorgverzekeringswet nodig is.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Verslavingszorg in beeld

Alcohol en drugs

Datum 13 oktober 2014
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2014044907
Contactpersoon	mw. E.C.M. Visser +31 (0)20 797 87 75
Auteurs	mw. drs. P.I. Polman MPH mw. E.C.M. Visser *in samenwerking met* dhr. drs. P. de Beurs dhr. dr. W.H. Salzmann mw. L.P. van Amesfoort BEc dhr. C. Streuper Msc
Afdeling	Sector Zorg
Uitgebracht aan	De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—7

1 Inleiding—13
1.1 Aanleiding—13
1.2 Toelichting plan van aanpak—13
1.3 Adviescommissie Pakket—14
1.4 Leeswijzer—14

2 Kosten verslavingszorg en maatschappelijke baten—15
2.1 Inleiding—15
2.2 Hoe hebben de kosten van verslavingszorg zich vanaf 2008 ontwikkeld?—15
2.2.1 Subvragen—15
2.2.2 Verantwoording cijfers—16
2.3 Wat zijn de maatschappelijke baten van verslavingszorg?—17
2.4 Conclusie kosten en baten—18

3 De cliënt—19
3.1 Wie is de cliënt?—19

4 De zorgaanbieders—21
4.1 Wie leveren zorg en wat leveren zij?—21
4.1.1 Reguliere instellingen—21
4.1.2 Nieuwe aanbieders verslavingzorg—22
4.1.3 Gelijk speelveld—23
4.1.4 OESO-rapport—24

5 De zorgverzekeraars—25
5.1 Hoe verloopt de zorginkoop?—25
5.1.1 Selectieve inkoop—25
5.1.2 Praktijkvariatie—25
5.1.3 Onvrede bij zorgaanbieders over zorginkoop GGZ—26
5.2 Welke belemmeringen worden ervaren?—27
5.2.1 Onduidelijkheid over goede verslavingszorg—27
5.2.2 Gebrek aan transparantie bij declaraties—27
5.2.3 Declaraties nieuwe aanbieders—27
5.2.4 Artikel 13 Zorgverzekeringswet—28

6 Visie partijen op goede verslavingszorg—30
6.1 Inleiding—30
6.2 Visie van partijen op goede zorg—30
6.2.1 Gedeelde visie verslavingszorgsector—30
6.2.2 Het Zwarte Gat—32
6.2.3 Zorgverzekeraars Nederland—32
6.2.4 Nieuwe aanbieders—33
6.2.5 Verschillende visies—33
6.2.5.1 Visie Trubendorffer—33
6.2.5.2 Visie MEER GGZ/U-Center—34
6.2.5.3 Visie SolutionS—35

7 Verslavingszorg in de Zvw—37
7.1 Inleiding—37
7.2 Wettelijk kader—37
7.2.1 Inleiding—37
7.2.2 Huisartsenzorg—37
7.2.3 Geneeskundige GGZ—38
7.2.4 Verblijf—38
7.2.5 Begeleiding en dagbesteding—38
7.3 Standpunten Verslavingszorg—39
7.3.1 Inleiding—39
7.3.2 Geïndiceerde preventie—39
7.3.3 Standpunt Minnesota Model—40
7.3.4 Overige standpunten—41
7.4 Achtergrondstudie Trimbos-instituut—42
7.4.1 Inleiding—42
7.4.2 Effectiviteit van interventies naar middel—42
7.4.3 Kosteneffectiviteit van specifieke interventies—44
7.4.3.1 Recent onderzoek—44
7.5 Wat is te verzekeren verslavingszorg?—44
7.5.1 Inleiding—44
7.5.2 Diagnostiek en behandelintensiteit—45
7.5.3 Ambulante versus klinische detoxificatie—46
7.5.4 Ambulante versus klinische behandeling—47
7.5.4.1 Therapeutische gemeenschappen—50
7.5.5 Dagbehandeling—50
7.5.6 Dagbesteding—52
7.5.7 Nazorg—53
7.5.8 Conclusies—54
7.6 Kostenconsequenties—54

8 Doorontwikkeling kwaliteit en gepast gebruik verslavingszorg—57
8.1 Inleiding—57
8.2 Kwaliteitsstandaard en meetinstrumenten—57
8.3 Richtlijnen—57
8.4 Patiënteninformatie—58
8.5 Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandeltrajecten—58
8.6 Verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg—59
8.7 Klinieken in het buitenland—60
8.7.1 IGZ-Toezicht—60
8.7.2 Eigen betalingen—60
8.7.3 Declareren van de zorg in het buitenland—60

9 Conclusies en aanbevelingen—63
9.1 Conclusies—63
9.1.1 Richtlijnen—63
9.1.2 Uitvoeringspraktijk—63
9.1.3 Samenvattend—64
9.2 Aanbevelingen—65

10 Beantwoording vragen VWS—68
10.1 Specifieke vragen—68

11 Reacties belanghebbende partijen—73
11.1 Consultatie—73
11.1.1 Zorgstandaard—73

11.1.2 Richtlijnontwikkeling—73
11.1.3 Alcohol- en drugverslaving—74
11.1.4 Dubbele diagnose—74
11.1.5 Minnesota Model—74
11.1.6 Nazorg—74
11.1.7 Therapeutische gemeenschappen—74
11.1.8 Screeningsinstrumenten MATE en EuropASI—75
11.1.9 Gelijk speelveld—75
11.1.10 Kostenconsequentieraming—75
11.1.11 Hoofdbehandelaarschap verslavingsarts—75
11.1.12 Overige opmerkingen—75

12 Besluit—77

Samenvatting

Dit rapport belicht de verslavingzorg rond alcohol en drugs als onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). We verduidelijken voor een aantal onderdelen van verslavingszorg wanneer deze tot de te verzekeren zorg binnen de Zvw gerekend kunnen worden. Daarnaast geven we een beeld van de kosten en maatschappelijke baten van de verslavingszorg. We beschrijven vervolgens de stand van zaken op het gebied van de richtlijnen en de uitvoeringspraktijk en doen op beide gebieden een aantal aanbevelingen.

Directe aanleiding voor dit rapport is het verzoek van de minister van VWS van 16 januari 2014. Daarin uit zij haar zorgen over een aantal ontwikkelingen sinds de overheveling in 2008 van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet, namelijk de indruk van aanzienlijke kostenstijgingen in de verslavingszorg en twijfels over de effectiviteit en doelmatigheid van een deel van de verslavingszorg gezien de toename van het aantal nieuwe aanbieders en therapievormen. Gedurende ons onderzoek kwamen wij ook andere ontwikkelingen tegen, waardoor dit rapport een breder terrein beslaat dan de directe vragen van de minister.

Algemeen: gemengd beeld – nog veel onduidelijk
Er zijn situaties waar duidelijk is dat de euro's premiegeld die wij besteden aan verslavingszorg niet goed terechtkomen en ook waar het onduidelijk is of doelmatige zorg wordt verleend. De introductie van de functiegerichte aanspraken in de AWBZ van 2003 en de overgang van de GGZ naar de Zvw in 2008 hebben niet alleen gewenste innovaties gebracht, maar ook zorgaanbieders die niet conform de richtlijnen zorg leveren en declareren. De reguliere aanbieders volgen in het algemeen de richtlijnen wel en blijven investeren in het verbeteren van zorg. Dit wordt bevestigd door de OESO, die in een recent rapport stelt dat de Nederlandse GGZ internationaal van hoog niveau is. Wel constateert de OESO dat cliënten vaker worden opgenomen dan op basis van de richtlijnen verwacht mag worden. Wat betreft de verslavingszorg is er in het rapport veel waardering voor de richtlijnontwikkeling door Resultaten Scoren Kenniscentrum Verslaving.

Toch constateren wij dat er nog veel onduidelijk is rondom de huidige uitvoeringspraktijk van de verslavingszorg en wij delen daarom de zorgen van de minister. Als we de fasen van de zorg doorlopen constateren we dat de ontwikkelde screeningsinstrumenten voor het bepalen van de behandelintensiteit niet altijd worden toegepast. Er zijn geen heldere criteria voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie. De indruk bestaat dat cliënten vaker worden opgenomen dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is. Meer dan 70% van de kosten van verslavingszorg betreft de kosten van klinische opnamen, waarvan niet duidelijk is of het altijd om doelmatige zorg gaat. Omdat de zorgvraagzwaarteindicator tot 1 januari 2014 niet op de declaratie behoefde te worden vermeld, was informatie over de zorgvraag van de patiënt en de daaruit voortvloeiende declaratie niet inzichtelijk. Ook is er weinig bekend over het effect van nazorgprogramma's en de noodzakelijke duur daarvan.

Dit alles hindert een afgewogen oordeel over de (kosten)effectiviteit van verschillende interventies in de verslavingszorg. Factoren als de aard van de ziekte – waardoor het moeilijk is mensen te includeren en te behouden binnen de onderzoeksopzet – en de grote onderlinge verschillen tussen verslaafden wat betreft de historie van de verslavingsproblematiek en comorbiditeit met andere (psychische) stoornissen, bemoeilijken goed methodologisch onderzoek.

Dat wil echter niet zeggen dat onderzoek niet mogelijk is. Wij zijn van mening dat actief gezocht moet worden naar welk onderzoeksdesign in deze sector mogelijk is om te komen tot passend bewijs. Voor zover de effectiviteit van interventies wel is vast te stellen, is het aannemelijk dat deze interventies kosteneffectief zijn gezien de hoge maatschappelijke kosten. We constateren dat er binnen al deze onzekerheden ruimte was voor aanbieders, die geen gepaste en bewezen effectieve zorg leverden en deze zorg ook nog eens declareerden.

Kostenontwikkeling
De kosten van de verslavingszorg zijn in de periode 2009-2011 licht gedaald van 487,2 naar 480,2 miljoen euro. Het kostenaandeel van de reguliere (=gebudgetteerde) instellingen daalde in die periode van 95,3% naar 92,2%, terwijl dat van de nieuwe instellingen steeg van 4,2% naar 7,3%. Het aandeel van klinische opnames in de totale kosten daalde in de periode 2009-2011 licht. Klinische opnames zijn nog steeds verantwoordelijk voor het overgrote deel van de kosten. Bij de reguliere instellingen was dat in 2011 76,7% van de totale kosten (78,4% in 2009) en bij de nieuwe aanbieders 70,5 (86,9% in 2009).

Maatschappelijke kosten en baten
De maatschappelijke kosten van problematisch alcohol- en middelengebruik zijn hoog. Voor alcoholgebruik alleen werden ze in 2012 geschat op 3,168 miljard euro. Het gaat om kosten voor arbeid (o.a. verzuim, productiviteitsverlies, uitkeringen), misdrijven en overtredingen, algemene gezondheidszorg en verslavingszorg.

Het is zeer aannemelijk dat de maatschappelijke baten van effectieve verslavingsbehandelingen opwegen tegen de kosten ervan en dat zij dus kosteneffectief zijn. Het ontbreekt echter aan gegevens om te bepalen welke effectieve behandelingen het meest kosteneffectief zijn en hoe de ene behandeling zich in dat opzicht verhoudt tot de andere behandeling.

Aanbevelingen te verzekeren prestaties
Om partijen meer duidelijkheid te bieden over wat wel en niet te verzekeren zorg is in het kader van de Zorgverzekeringswet, hebben wij de volgende onderdelen van de verslavingszorg uitgelegd op basis van de wettelijke bepalingen en daarbij de link gelegd met de bestaande multidisciplinaire richtlijnen.

- *Geen stand van de wetenschap en praktijk*
  In de achtergrondstudie van het Trimbos instituut zijn diverse interventies benoemd, die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed. We raden zorgverzekeraars aan deze lijst bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het Kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen. Zorginstituut Nederland zal zelf nader onderzoek doen naar de effectiviteit van vaktherapieën als onderdeel van de behandeling.

- *Diagnostiek en behandelintensiteit*
  Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage met een screeninginstrument zoals de MATE of EuropASI is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze triage niet heeft plaatsgevonden, kunnen diagnostiek en de behandeling niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

- *Ambulante versus klinische detoxificatie*
  Er is geen evidentie voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie (ontgifting). Dat betekent dat per geval beoordeeld moet worden of verzekerde redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen. Wij raden partijen aan om bij de richtlijnontwikkeling heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

- *Ambulante versus klinische behandeling*
  Klinische behandeling dient uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Dagbehandeling*
  Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Nazorg*
  Behandelprogramma's dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma’s zonder nazorg zijn minder effectief. We raden zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel van het behandelprogramma is.

Aanbevelingen richtlijnontwikkeling
Richtlijnontwikkeling heeft in de sector al een belangrijke plaats. Toch dekken de huidige richtlijnen niet de gehele verslavingszorg en zijn ze niet altijd actueel. In de praktijk geven ze daarom beperkt houvast. We benadrukken dat de sector verdere ontwikkeling van de richtlijnen voortvarend ter hand moet nemen en komen tot de volgende aanbevelingen:

- De zorgstandaard verslaving zoals die nu door de sector wordt ontwikkeld moet binnen twee jaar opgenomen kunnen worden in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland. Belangrijke elementen in deze zorgstandaard zijn de verfijning en standaardisering van de indicatiestelling (MATE). Er zijn heldere criteria nodig voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie.

- Er moet een onderhoudsplan komen voor de bestaande richtlijnen conform het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden. Het onderhoud van de richtlijnen verloopt nu onvoldoende gestructureerd. Het rapport van het Trimbos-instituut geeft een goed overzicht van te actualiseren en nog op te stellen richtlijnen.

- Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ dient verslavingszorg hoog op de agenda te zetten.

Mocht de voortgang op deze punten stagneren, dan zullen wij het onderwerp verslavingszorg aandragen om te worden opgenomen op de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut en zullen wij in dat kader met partijen afspraken maken. Indien partijen deze afspraken niet nakomen, heeft Zorginstituut Nederland de mogelijkheid om doorzettingsmacht uit te oefenen.

Aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk
Er zijn aanwijzingen dat de reguliere aanbieders de richtlijnen volgen. Bij nieuwe aanbieders is dat minder duidelijk. Sommigen werken richtlijnconform, anderen lijken dat niet te doen. Ze passen nieuwe, niet onderzochte therapieën toe, nemen standaard mensen op of bieden dagbehandeling aan in het buitenland, terwijl de richtlijn stelt dat bij dagbehandeling de sociale structuur in tact moet blijven.

Bij zorg in het buitenland is er ook weinig zicht op de kwaliteit. Zorgverzekeraars weten soms niet eens dat zorg in het buitenland wordt geleverd, omdat dat gebeurt via onderaannemerschap.

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

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

- Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit én kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. Vooral over de (relatieve) kosteneffectiviteit van behandelingen is te weinig bekend. Bij de opzet van studies moet kosteneffectiviteit nadrukkelijk betrokken worden om goede keuzes te kunnen maken tussen behandelingen. We hebben dit onderwerp samen met de Ronde Tafel gepast gebruik bij ZonMw onder de aandacht gebracht en het voorgedragen in het kader van hun doelmatigheidsprogramma. Het gaat dan vooral om de vraag welk onderzoeksdesign in deze sector mogelijk is om te komen tot passend bewijs.

- We benadrukken het belang van voorgenomen verbeteringen van de bekostiging en de informatievoorziening. De zorgverzekeraars moeten hier meer gebruik van maken bij de selectieve zorginkoop en bij de rechtmatigheidscontrole. De Nza kan dit meenemen in zijn toezichtprotocol.

- We bevelen zorgverzekeraars aan om in naturapolissen de eis van voorafgaande toestemming op te nemen voor niet-gecontracteerde zorg, zodat zij vooraf kunnen toetsen of die zorg daadwerkelijk voor (gedeeltelijke) restitutie in aanmerking komt. Het voorgaande punt is vooral van belang bij dagbehandeling. Bij dagbehandeling dient de interactie met de sociale omgeving gegarandeerd te zijn. De zorgverzekeraar moet daarom inzicht hebben in de inhoud en locatie van de dagbehandeling.

Kostenconsequenties
Als partijen in de zorg onze duidingen implementeren zullen de kosten in de verslavingszorg naar onze verwachting over het algemeen dalen. Vanwege de vele onzekerheden is het echter niet mogelijk hiervoor een verantwoorde kostenconsequentieraming te maken. Er is nog teveel onduidelijk rondom de huidige uitvoeringspraktijk. Het naleven van richtlijnen als het gaat om selectieve inzet van

verblijf, kan bijdragen aan kostenbesparing in de verslavingszorg, maar er zijn geen volumegegevens beschikbaar. Ook de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord om de totale beddencapaciteit in de GGZ tot 2020 met 30% af te bouwen, is onvoldoende inhoudelijk onderbouwd om te kunnen vertalen naar de verslavingszorg. Verder ontbreekt het aan voldoende informatie over de feitelijk geleverde zorg, de effecten van betere diagnostiek en nazorg.

Gezien de vele onzekerheden onthouden wij ons in dit rapport van een kostenconsequentieraming.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

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

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

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

1.2 Toelichting plan van aanpak

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

Daarnaast hebben we een opdracht gegeven aan het Trimbos-instituut om the state of the art van de zorg aan mensen met verslavingsproblematiek rond alcohol en drugs in beeld te brengen evenals gegevens over het zorggebruik. De achtergrondstudie 'Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg[1]' van het Trimbos-instituut is opgenomen in bijlage 2 bij dit rapport. Op hoofdlijnen richt deze studie zich op de volgende deelvragen:

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

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

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

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

1.3 Adviescommissie Pakket

Het rapport is besproken in de ACP-vergaderingen van 20 juni 2014 en 22 augustus 2014. Naar aanleiding van deze vergadering hebben wij onze uitleg van de te verzekeren prestaties aangescherpt.

1.4 Leeswijzer

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

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

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

2 Kosten verslavingszorg en maatschappelijke baten

2.1 Inleiding

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

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

2.2.1 Subvragen

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

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

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

Tabel 1

Ontwikkeling Geneeskundige GGZ Verslavingszorg: Alcohol en overige middelen

Gedeclareerde DBC's Verslavingszorg				
(1 = € 1 mln.)		**2009**	**2010**	**2011**
Gebudgetteerde instellingen	Ambulant	100,4	104,3	103,0
Gebudgetteerde instellingen	Klinisch	364,1	355,0	339,9
Gebudgetteerde instellingen		**464,5**	**459,2**	**442,9**
Nieuwe instellingen	Ambulant	2,7	3,3	10,3
Nieuwe instellingen	Klinisch	17,9	23,0	24,7
Nieuwe instellingen		**20,6**	**26,3**	**35,0**
Vrijgevestigde en onbekend	Ambulant	1,2	3,5	2,2
Vrijgevestigde en onbekend	Klinisch	0,9	0,6	0,2
Vrijgevestigde en onbekend		**2,1**	**4,1**	**2,4**
Totaal		**487,2**	**489,7**	**480,2**

© Zorgprisma Vektis: GGZ vrije analyse - Geproduceerd op 17-04-2014

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

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

Uit het voorgaande en het overzicht van de kostenontwikkeling[2] zoals opgenomen in bijlage 5 bij dit rapport, kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- De groei van de nieuwe aanbieders gaat ten koste van de gebudgetteerde instellingen (substitutie).
- Nieuwe aanbieders boden in 2009 hoofdzakelijk zorg aan in een klinische setting en richtten zich in 2011 ook op de ambulante zorg[3].
- De zorg verschuift van de klinische setting naar ambulante behandelingen.
- De gemiddelde kosten per cliënt stijgen in de ambulante zorg en dalen in de klinische zorg.

2.2.2 Verantwoording cijfers

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

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

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

---

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

[3] Soms alleen ambulant gedeclareerd; de facto wel klnisch behandelprogramma

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

2.3 Wat zijn de maatschappelijke baten van verslavingszorg?[4]

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

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

Het laatste Nederlandse onderzoek naar de kosten van alcoholgebruik voor de maatschappij dateert uit 2001. KPMG kwam tot een schatting van een kostenpost van 2,58 miljard euro per jaar door overmatig alcoholgebruik (KPMG, 2001). Gezien het feit dat de consumptie van alcohol vanaf 2001 niet is toegenomen (8,2 (2001) versus 7,6 (2012) liter alcohol per hoofd van de bevolking (Stiva)) wordt aangenomen dat ook de kosten niet hoger zijn geworden. Voor 2012 zou dat een kostenpost betekenen van 3,27 miljard (bedragen 2001 gecorrigeerd voor koopkracht). In tabel 2 is een onderverdeling gemaakt van deze kosten.

Tabel 2

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

Naast bovengenoemde kosten dient rekening te worden gehouden met de kosten van verkeersongelukken, sociale gevolgen (zoals schooluitval, schuldhulpverlening, dakloosheid en huiselijke geweld). De genoemde kosten van verzuim, criminaliteit, gezondheidszorg en verkeersongevallen zijn vele malen hoger dan de kosten voor verslavingszorg. Vrijwel alle kosten-batenstudies naar verslavingsbehandeling laten zien dat de baten hoger zijn dan de kosten (McCollister & French, 2003; Ettner et al., 2006; Popova et al., 2011). Er is sterk bewijs dat de maatschappelijke baten opwegen tegen de kosten van verslavingsbehandeling. Verslavingszorg – mits effectieve behandelingen worden toegepast – leidt tot een aanzienlijke reductie van kosten die veel groter is dan de kosten van de behandeling zelf (NIDA 2012).
De recente review[5] die het RIVM in opdracht van Netwerk Verslavingszorg/GGZ Nederland heeft uitgevoerd bevestigt dit beeld. In paragraaf 7.4 zullen nader ingaan op deze review.

[4] Rapport Trimbos-Instituut: 'Prevalentie, zorgaanbod, effectiviteit en trends in de verslavingszorg' (2014)
[5] RIVM-Briefrapport 'De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen' (2014)

2.4 Conclusie kosten en baten

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

Effectieve behandelingen van verslavingszorg zijn al gauw kosteneffectief gezien de hoge maatschappelijke kosten van verslavingsproblematiek. 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.

3 De cliënt

3.1 Wie is de cliënt?

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

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

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

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

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

[6] Trimbos-instituut 150.000 mensen middelenafhankelijk en 500.000 mensen middelenmisbruik

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

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

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

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

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

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

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

[7] GGZNedeland: 'Een visie op verslavingszorg: focus op preventie en herstel' (visiedocument 2013)

4 De zorgaanbieders

4.1 Wie leveren zorg en wat leveren zij?

4.1.1 Reguliere instellingen

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

Het huidige zorgaanbod in de reguliere instellingen is zeer gedifferentieerd. Het aanbod reikt van ambulante behandelprogramma's tot klinische behandelcentra variërend van een korte detoxificatieperode (tot drie weken), kortdurende opnames (tot drie maanden) tot langer durende opnames (maximaal één jaar) waar intensieve behandelprogramma's worden geboden. De reguliere instellingen bedienen daarbij ook een groep die onvrijwillig zorg ontvangt (in justititeel kader, of BOPZ[8]) of zorg met toepassing van drang. Deze doelgroep is zelf (aanvankelijk) niet gemotiveerd om hulp te ontvangen, wat een intensieve aanpak gericht op motiveren noodzakelijk maakt.

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

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

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

[8] Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen

4.1.2 Nieuwe aanbieders verslavingzorg

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

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

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

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

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

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

[9] Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem

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

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

Tegenover aanbieders die uitsluitend ambulante zorg aanbieden, staan aanbieders die uitsluitend klinische zorg aanbieden. Ook zijn er aanbieders die meerdere vormen van zorg aanbieden (ambulant, dagbehandeling, klinisch) en er is een aanbieder die alleen thuisbehandeling aanbiedt. Tenslotte zijn er aanbieders waarbij de cliënt in ambulante zorg is en voor het wonen gebruik maakt van een zogenaamd Safe House, waarbij de kosten van het wonen voor eigen rekening komen. Sommige aanbieders brengen bij hun cliënt een eigen bijdrage in rekening, waarbij niet altijd transparant is waarvoor deze bijdrage wordt betaald. Ter illustratie is een overzicht[10] van een aantal nieuwe aanbieders opgenomen in bijlage 6 bij dit rapport. Wij willen overigens niet pretenderen dat dit overzicht compleet is.

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

4.1.3 Gelijk speelveld

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

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

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

[10] Overzicht 'Verslavingszorg alcohol en middelen nieuwe aanbieders'

Vooral de nieuwe aanbieders geven aan dat er wat hun betreft nog steeds geen sprake is van een 'gelijk speelveld'. Zij worden geconfronteerd met zorgverzekeraars die geen contract willen afsluiten met nieuwe aanbieders. De reden die zorgverzekeraars opgeven is dat zij al voldoende contracten met zorgaanbieders hebben afgesloten om aan de zorgplicht te voldoen. Sommige zorgverzekeraars beweren wel open te staan voor nieuwe zorgaanbieders, maar werpen hierbij in de optiek van nieuwe aanbieders niet te overbruggen hinderpalen op om tot een contract te komen.

4.1.4 OESO-rapport

Uit een recent OESO-rapport[11] blijkt dat de Nederlandse GGZ – waaronder de verslavingszorg – internationaal gezien van hoog niveau is. Nederland heeft volgens de OESO veel voortgang geboekt in hervorming van de GGZ en uitkomstgericht werken. Er is veel waardering voor de richtlijnontwikkeling door Resultaten Scoren en ook de cliëntenparticipatie is goed geregeld. De OESO vindt wel dat in Nederland een relatief hoog aantal klinische bedden kent in vergelijking met andere landen. Zij erkent de inspanningen van instellingen om meer mensen in hun eigen omgeving te behandelen.

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

5 De zorgverzekeraars

5.1 Hoe verloopt de zorginkoop?

5.1.1 Selectieve inkoop

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

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

5.1.2 Praktijkvariatie

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

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

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

Het verklaren van praktijkvariatie in de GGZ is niet eenvoudig omdat zorgverzekeraars tot 1 januari van dit jaar niet beschikten over informatie over de zorgvraag van de patiënt. Voor zorgverzekeraars was de relatie tussen de vraag van de patiënt en de benodigde zorg, en daaruit voortvloeiende declaratie, dus niet inzichtelijk. Vanaf 1 januari 2014 is bij ministeriële regeling[13] bepaald dat de zorgvraagzwaarte-indicator op de declaratie moet worden vermeld. Deze indicator

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

[13] Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ (Stcrt. 2013, nr. 30961)

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

5.1.3 Onvrede bij zorgaanbieders over zorginkoop GGZ

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

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

In antwoord op de Kamervragen[14] heeft de minister van VWS aangegeven dat partijen nog moeten wennen aan de wijzigingen die per 2014 in de GGZ zijn ingevoerd. Vanwege het grote aantal vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de GGZ is het voor zorgverzekeraars onmogelijk om met elke zorgaanbieder individuele contractonderhandelingen te voeren, vandaar dat de contractering digitaal verloopt. Naast digitale contractering wordt door zorgverzekeraars ook scherp onderhandeld. Dit past bij hun rol om onder andere te sturen op betaalbaarheid van zorg en om de beperking van de uitgavengroei zoals die met de sector is overeengekomen, te realiseren.

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

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

5.2 Welke belemmeringen worden ervaren?

5.2.1 Onduidelijkheid over goede verslavingszorg

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

5.2.2 Gebrek aan transparantie bij declaraties

Zoals bekend bestaat de DBC-systematiek in de gespecialiseerde GGZ uit een tijdschrijfsysteem. Hoe meer tijd een zorgaanbieder registreert, hoe hoger de omzet van de aanbieder. Hierin zitten perverse prikkels die kunnen leiden tot upcoding. De wijze waarop de dagbesteding verdisconteert is in het tarief kan eveneens tot upcoding leiden omdat de uurvergoeding stijgt navenant de omvang van de groep. Verzekeraars hebben weinig mogelijkheden om aan de hand van declaratiegegevens te toetsen of er sprake is van de juiste zorg in relatie tot de diagnose en of er sprake is van upcoding. Beter inzicht in de factuur door de zorgverzekeraar is belangrijk voor het rechtmatigheidtoezicht en werkt bevorderend voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorginkoop. Om deze reden is in het bestuurlijk akkoord[15] afgesproken dat bepaalde gegevens vanaf 1 januari 2014 verplicht op de factuur worden opgenomen (onder meer DSM-IV classificatie en verwijzer).

5.2.3 Declaraties nieuwe aanbieders

Tijdens materiële controles door een verzekeraar zijn problemen geconstateerd als het gaat om juist declaratiegedrag in de praktijk van de verslavingszorg bij nieuwe aanbieders. Deze zorgverzekeraar heeft zijn bevindingen in een rapport samengevat en dit rapport is onder de aandacht van de minister gebracht[16]. Uit dit rapport blijkt onder meer dat:

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2.4 Artikel 13 Zorgverzekeringswet

Op dit moment kunnen zorgverzekeraars de volgende polissen aanbieden:

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

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

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

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

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

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

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

6 Visie partijen op goede verslavingszorg

6.1 Inleiding

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

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

De visie die door partijen is geventileerd sluit in belangrijke mate aan bij de huidige veranderingen in de verslavingszorg, voortvloeiend uit het met partijen overeengekomen bestuurlijk akkoord[17].

6.2 Visie van partijen op goede zorg

6.2.1 Gedeelde visie verslavingszorgsector[18]

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

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

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

[18] Stichting Resulaten Scoren, Netwerk (gecontracteerde) verslavingszorginstellingen, NIP en NVvP

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

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

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

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

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

In mei 2013 is in een visiedocument[7] van de instellingen voor verslavingszorg – in nauwe samenspraak met de cliëntenbeweging – een visie op verslaving en verslavingszorg geschetst. Daarin zijn preventie en de hierboven genoemde stagering en profilering van de zorg als speerpunt voor de toekomst benoemd.
In de verslavingszorg zal daarbij over de hele linie het uitgangspunt van 'herstel' centraal staan: het bieden van zorg die het individuele herstelproces ondersteunt. Meer dan voorheen wordt ingezet op maatschappelijke rehabilitatie. Het idee over goede en effectieve zorg is, mede op aandragen van de cliëntenbeweging, verdiept en verbreed. Het concept 'herstel' omvat nu meer dan alleen een geslaagde ambulante of klinische behandeling.

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

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

6.2.2 *Het Zwarte Gat*

De cliëntenbeweging het Zwarte Gat deelt de observatie van Zorginstituut Nederland zoals verwoord in de uitnodigingsbrief voor de Invitational Conferences in maart 2014: *"Op basis van eerder gevoerde gesprekken rijst het beeld op van een sector waarin cliënten en zorgaanbieders elkaar lijken te vinden in de visie op wat goede verslavingszorg is, maar ook dat de praktijk (nog) een andere is".*
Het Zwarte Gat is van mening dat de mate van cliëntgerichtheid (het redelijkerwijs tegemoetkomen aan wensen en verwachtingen van cliënten) door de huidige aanbieders in de verslavingszorg nog steeds een sterke impuls behoeft.

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

Kenmerken van herstelondersteunende zorg zijn beschreven door het Amerikaanse SAMHSA[20], variërend van *empowerment* tot steun van lotgenoten. Inspanningen van de zorg richten zich op het bevorderen van functioneel herstel: het herstel van lichamelijke, psychische en sociale functies, die als gevolg van de aandoening zijn verminderd of aangetast. Goede zorg stimuleert het bevorderen van zelfregulatie en *empowerment*. Het uiteindelijk streefdoel van herstelondersteuning is maatschappelijke participatie en volwaardig burgerschap. Goede zorg is bovendien dimensioneel en fase gevoelig. In plaats van een *one size fits all* benadering dient goede zorg te werken met cliëntenprofielen en stagering. Het inzetten van de MATE zou hierbij een rol kunnen spelen.

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

6.2.3 *Zorgverzekeraars Nederland*

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

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

[20] SAMSHA Issues Consensus Statement on Mental Health Recovery

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

Zorgverzekeraars hebben naast het inzicht in effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies in de verslavingszorg ook handvatten nodig voor de organisatie van de zorg. Een relevant thema is het hoofdbehandelaarschap. De vraag is of de verslavingsarts die door de Minister is genoemd als hoofdbehandelaar in staat is om de juiste diagnose te stellen bij comorbiditeit met een andere psychiatrische stoornis en voldoende is geëquipeerd om het behandelprogramma vast te stellen. Overigens is de Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) van mening dat zorgverzekeraars ten onrechte twijfelen aan de geschiktheid van de verslavingsarts als hoofdbehandelaar (zie hoofdstuk 11).

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

6.2.4 Nieuwe aanbieders

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

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

6.2.5 Verschillende visies

6.2.5.1 Visie Trubendorffer

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

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

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

6.2.5.2 Visie MEER GGZ/U-Center

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

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

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

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

In een retrospectief onderzoek[21] waar 99 van de 412 oud-patiënten van U-Center aan deelnamen, bleek dat ongeveer de helft na een jaar nog abstinent was. Het overgrote deel van de relapsers viel terug binnen een half jaar na het afronden van de behandeling. De cijfers van U-Center zouden een geflatteerd beeld kunnen geven vanwege de selectieve non-respons, maar dit is niet zeker.

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

6.2.5.3 Visie SolutionS

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

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

Onderzoeksinstituut IVO heeft onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van de behandeling (in Nederland) voor alcoholverslaving door SolutionS in de jaren 2010 - 2012.[22] Van de 259 geïncludeerde cliënten had 46% (118) op het meetmoment na een jaar (T3) de vragenlijst online ingevuld. Van deze cliënten was ongeveer 60% een heel jaar na afloop van de intramurale behandeling volledig abstinent van alcohol gebleven. Bij overige was sprake van een lapse of relapse. Echter, in de twaalfde maand na afloop van de intramurale behandeling was 81% (weer) volledig abstinent. Mogelijk worden de resultaten geflatteerd door selectieve respons.

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

7 Verslavingszorg in de Zvw

7.1 Inleiding

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

7.2 Wettelijk kader

7.2.1 Inleiding

De vergoeding van verslavingszorg vanuit de Zvw is gebaseerd op de te verzekeren prestaties 'geneeskundige zorg' (artikel 2.4, Besluit zorgverzekering (Bzv)) en 'verblijf' (artikel 2.10, Bzv). Bij geneeskundige zorg gaat het om zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden. Bij verblijf gaat het om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Verslavingszorg kan behandeld worden door de huisarts, maar ook in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (G-GGZ) als voldaan is aan de criteria zoals vermeld in ons rapport Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (deel 2)[23].
Verder geldt voor alle zorgvormen dat de inhoud en omvang mede wordt bepaald door het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' (artikel 2.1, tweede lid, Bzv). Daarnaast heeft een verzekerde slechts recht op een vorm van zorg of dienst als hij daarop redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1, derde lid, Bzv).

7.2.2 Huisartsenzorg

Behandeling van *klachten* – zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de indeling van het vierde Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) – valt niet onder de G-GGZ. Behandeling van deze klachten (onder meer klachten gerelateerd aan alcoholverslaving[24]) kan wel worden vergoed binnen de huisartsenzorg. Het betreft zorg '*zoals huisartsen die plegen te bieden'*. De huisarts beoordeelt de aard en de ernst van de symptomen en op basis daarvan bepaalt hij zijn eigen (vervolgdiagnostiek en) behandeling, en neemt hij een beslissing tot verwijzing naar de G-GGZ.

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

[23] CVZ, Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2. Diemen 2013; www.zorginstituutnederland.nl
[24] NHG-Standaard problematisch alcoholgebruik (2005)

7.2.3 Geneeskundige GGZ

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

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

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

7.2.4 Verblijf

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

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

Hierin zijn drie elementen van belang:

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

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

7.2.5 Begeleiding en dagbesteding[25]

Verblijf in een GGZ-instelling omvat een integraal multidisciplinair zorgaanbod, waarin ook begeleiding zit. Begeleidingsactiviteiten die een onlosmakelijk onderdeel van de psychiatrische behandeling zijn, zijn aan te merken als geneeskundige zorg als bedoeld in het Bzv. Hiervan is sprake als deze activiteiten voortvloeien uit het behandelplan, noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken, worden aangestuurd door de hoofdbehandelaar en er terugkoppeling plaatsvindt naar de hoofdbehandelaar[26] . Als een hoofdbehandelaar naast zijn behandeling ook begeleiding nodig acht op het niveau van een medebehandelaar, dan dient multidisciplinaire zorg te worden ingezet.

---

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

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

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

7.3 Standpunten Verslavingszorg

7.3.1 Inleiding

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

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

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

7.3.2 Geïndiceerde preventie

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

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

Zorginstituut Nederland stelde vast:

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

De minister heeft Zorginstituut Nederland in 2012 gevraagd in het rapport 'Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg deel 2' expliciet te kijken naar aanvullende mogelijkheden om de aanspraak te beperken tot noodzakelijk collectief

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

te verzekeren zorg. In dit verband onderzochten wij een mogelijke beperking van het pakket als het gaat om geïndiceerde preventie van onder meer problematisch alcoholgebruik. Het betreft immers preventieve zorg bij patiënten die nog geen psychische stoornis hebben.

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

7.3.3 Standpunt Minnesota Model

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

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

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

Het Minnesota Model is geïnspireerd op de AA wat betreft:
> de overname van de visie op verslaving (chronische ziekte);
> het behandeldoel (abstinentie);
> de 12-stappenbenadering.
Het belangrijkste verschil is echter dat de AA een zelfhulpgroep is, en dat in het behandelteam van het Minnesota Model naast ervaringsdeskundigen ook professionele hulpverleners werkzaam zijn. Het Minnesota Model bevat dus de 12-stappen benadering als onderdeel van de behandeling en zelfhulpgroepen als nazorg, maar hun methodiek is omvattender (het bevat ook psychotherapie, gezinstherapie en individuele begeleiding) en wordt uitgevoerd door professionele

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

hulpverleners. Er bestaan inmiddels ook ambulante varianten.

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

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

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

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

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

7.3.4 Overige standpunten

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

7.4 Achtergrondstudie Trimbos-instituut

7.4.1 Inleiding

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

7.4.2 Effectiviteit van interventies naar middel

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

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

In bijlage 1 bij de achtergrondstudie geeft het Trimbos-instituut een overzicht van interventies voor onder meer alcohol-, cannabis-, opiaat-, cocaïne-, amfetamineverslaving en dubbele diagnose problematiek. Per interventie wordt aangegeven wat er op basis van onderzoeken geconcludeerd kan worden over de mate van effectiviteit van de desbetreffende interventie. Het voert te ver om al deze interventies in dit rapport te beschrijven. Voor een uitgebreid overzicht van de bestaande richtlijnen en interventies verwijzen wij daarom naar de achtergrond-studie. Hier volstaan wij met de samenvatting[29] (zie achtergrondstudie).

Alcohol

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

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

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

Cannabis

- *Effectief*: Cognitieve gedragstherapie en MultidDimensional 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, contingentiemanagement
- 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

Interventies, die niet bewezen effectief zijn, zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed. We raden zorgverzekeraars aan het overzicht van het Trimbos-instituut (bijlage 1 bij de achtergrondstudie) bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het Kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen. Zorginstituut Nederland zal zelf nader onderzoek doen naar de effectiviteit van vaktherapieën als onderdeel van de behandeling.

7.4.3 Kosteneffectiviteit van specifieke interventies

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

Alcoholscreening en kortdurende counseling in de algemene gezondheidszorg blijken kosteneffectieve preventieve interventies.
In een recente systematische review naar de effectiviteit van verschillende soorten cannabispreventieprogramma's onder adolescenten concludeerden Norberg et al. (2013) dat met voorzichtigheid gesteld kan worden dat preventieprogramma's het cannabisgebruik van adolescenten kan verminderen. In de review wordt aangegeven dat meer onderzoek naar de (effectieve) programmacomponenten wenselijk is.

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

7.4.3.1 Recent onderzoek

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

7.5 Wat is te verzekeren verslavingszorg?

7.5.1 Inleiding

In de volgende paragrafen zullen wij uitleggen wat te verzekeren verslavingszorg is. Daarbij gaan we achtereenvolgens in op de diagnostiek en behandelintensiteit,

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

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

7.5.2 Diagnostiek en behandelintensiteit

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

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

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

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

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

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

Daarnaast is er de EuropASI (Addiction Severity Index). De EuropASI is een gestructureerd interview dat de ernst van de verslaving meet vanuit verschillende invalshoeken. Vanuit de visie dat een verslavingsprobleem nooit een geïsoleerd probleem is, worden meerdere leefgebieden in kaart gebracht. Diverse problemen – die zowel een gevolg als een oorzaak van het alcohol- en drugsgebruik kunnen vormen – worden geïnventariseerd om vervolgens prioriteiten voor behandeling te bepalen. Evenals de MATE werkt de EuroASI met ernstscores op verschillende leefgebieden aan de hand waarvan een inschatting wordt gemaakt over welke zorg het meest gepast is.

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

Overigens gaat het hier om screeningsinstrumenten die binnen de G-GGZ/verslavingszorg worden gebruikt en niet in de huisartsenpraktijk. Bij een vermoeden op problematisch alcoholgebruik bespreekt de huisarts dit met de patiënt. De huisarts gaat zo mogelijk uit van de gepresenteerde klacht en brengt deze met enkele voorbeeldvragen in verband met alcoholgebruik[30]. Daar past geen gestructureerde vragenlijst bij. Pas bij het inschatten van de ernst van de verslavingsproblematiek in de G-GGZ zijn gestructureerde vragenlijsten zoals de MATE en EuropASI toepasbaar.

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

7.5.3 Ambulante versus klinische detoxificatie

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

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

Zorginstituut Nederland onderschrijft de conclusies in de richtlijn opiaatverslaving dat er heldere criteria dienen te worden geformuleerd voor het indiceren van ambulante en klinische ontgifting, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg. Zorginstituut Nederland is van mening dat uitsluitend de wens van patiënt of familie voor intramurale detoxificatie onvoldoende is om tot deze indicatie over te gaan.

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

Omdat er geen evidentie is voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie (ontgifting), zal per geval beoordeeld moet worden of verzekerde redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen. Wij raden partijen aan om bij de richtlijnontwikkeling heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

7.5.4 Ambulante versus klinische behandeling

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

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

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

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

De conclusie die in beide richtlijnen wordt getrokken, is echter dat er nauwelijks onderzoek bestaat naar de validiteit van deze argumenten voor een klinische dan wel ambulante behandeling. In de multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol worden de volgende conclusies getrokken:

Niveau 1	*Het is aangetoond dat klinische behandeling in het algemeen niet-effectiever is dan ambulante behandeling (A1)[31].*
Niveau 2	*Het is aannemelijk dat behandeling van mensen met ernstige medische/psychiatrische comorbiditeit of sociaal gedesintegreerde personen in een klinische setting effectiever is dan in een ambulante setting (B)[31].*

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

Niveau 2	*er zijn aanwijzingen dat behandeling van mensen met een ernstige vorm van afhankelijkheid in een klinische setting effectiever is dan in een ambulante setting (niveau 2)[32].*

Ambulante behandeling is (veel) goedkoper dan klinische behandeling en is daarmee kosteneffectiever. Ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en ernstige afhankelijkheid zijn criteria voor klinische behandeling in de richtlijnen van de American Society of Addiction Medicine (ASAM 2001) en in het intakeprotocol van Resultaten Scoren (De Wildt, 2001), onderdeel van de MATE (zie paragraaf 7.5.2).

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

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

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

	Kenmerken patiënt voor ziekenhuisopname
1.	Patiënten die een overdosis hebben genomen en die niet veilig kunnen worden behandeld in een poliklinische setting of op een afdeling voor spoedeisende hulp (3). *Acuut en manifest risico*: Overlijden door overdosis bij niet opnemen
2.	Patiënten bij wie sprake is van een verhoogd risico op het optreden van ernstige of medisch gecompliceerde ontwenningsverschijnselen (bijv. voorgeschiedenis van delirium tremens, gedocumenteerde voorgeschiedenis van zeer zwaar alcoholgebruik en hoge tolerantie) (3). *Acuut en manifest risico*: Overlijden aan de gevolgen van het delier bij niet opnemen
3.	Patiënten met gelijktijdig optredende, algemene medische aandoeningen, waardoor ambulante detoxificatie onveilig is (1, 3). *Acuut en manifest risico*: Verslechtering van algemene medische aandoeningen met mede hierdoor potentieel risico op overlijden aan intoxicatie bij niet opnemen.

[32] Rychtarik e.a. 2000

4.	Patiënten ten aanzien waarvan gedocumenteerd is dat zij in het verleden niet actief deelnamen aan een behandeling of er geen baat bij vonden in een minder intensieve setting (bijv. residentieel, poliklinisch). *Acuut en manifest risico:* Opname-indicatie is aanwezig patiënten die in het verleden geen baat vonden in een minder intensieve setting. Geen direct acuut maar vooral manifest risico op onderbehandeling$_3$.
5.	Patiënten bij wie sprake is van een bepaalde mate van psychiatrische comorbiditeit die hun mogelijkheden om deel te nemen aan, zich te houden aan of baat te hebben bij een behandeling in aanzienlijke mate zou belemmeren of bij wie sprake is van een gelijktijdig optredende aandoening die op zich al verzorging in het ziekenhuis behoeft (bijv. depressie met suïcidale gedachten, acute psychose) (1, 3) *Acuut en manifest risico*: Veel grotere kans op suïcide bij comorbiditeit waarbij de kans op suïcide al 10% bij alleen verslavingsproblematiek. Kanttekening: opname wil niet zeggen dat suïcide niet klinisch alsnog kan plaatsvinden maar je went wel het acute gevaar af door een al dan niet en gedwongen opname.
6.	Patiënten die middelen gebruiken of gedragingen vertonen die een acuut gevaar vormen voor zichzelf of anderen (1, 3). *Acuut en manifest risico*: Zie 5. en potentieel ernstig gevaar voor derden door verhoogde kans op agressie bij alcoholproblematiek die toeneemt bij comorbide persoonlijkheidsproblematiek.
7.	Patiënten bij wie een minder intensief behandelprogramma niet is aangeslagen of die niet in staat waren zich aan een dergelijk programma te houden en bij wie als gevolg van het gebruik van bepaalde middelen sprake is van een of meer aandoeningen die een gevaar vormen voor anderen of die hun lichamelijke en geestelijke gezondheid voortdurend in gevaar brengen (1, 3). *Acuut en manifest risico*: Combinatie van 3. 5. en 6.
8.	Patiënten bij wie de sociale desintegratie als gevolg van de ernst van de verslavingsproblematiek dermate groot is dat zelfstandig functioneren medisch gezien onverantwoord is$_2$. *Acuut en manifest risico*: Geen direct acuut maar vooral manifest risico op algehele verslechtering van het toestandsbeeld.

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

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

Klinische behandeling dient uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

7.5.4.1 Therapeutische gemeenschappen

Nederland kent van oudsher een traditie van therapeutische gemeenschappen voor verslaafden. Uit de NICE studies en Nederlandse studies wordt in de richtlijn opiaatverslaafden[33] de conclusie getrokken dat er geen bewijzen zijn dat een klinische behandeling van heroïneverslaafden in de vorm van een opname in een therapeutische gemeenschap leidt tot duidelijk betere resultaten dan ander vormen van behandeling.

De Vereniging Vrienden van drugvrije klinieken verwijst in zijn reactie naar twee onderzoeken waarvan één recent waaruit de effectiviteit van langdurige behandeling in therapeutische gemeenschappen zou blijken; Kooyman et al (1992)[34] en Vanderplasschen (2014)[35]. Ook Moedige Moeders Nederland verwijst in haar brief aan de minister van VWS d.d. 27 mei 2014 naar het onderzoek van Vanderplasschen. ME-TA heeft intussen deze studies in opdracht van Zorginstituut Nederland beoordeeld (zie bijlage 7).

Samenvattend zijn de bevindingen van de twee studies:
Kooyman 1992: Het succespercentage sinds verblijf (of sinds intake bij de controlegroep) was 32,0% vs. 4,5% ($p<0,001$). De kwaliteit van het bewijs is zeer laag door een hoog risico op bias.
Vanderplasschen 2014: Er zijn aanwijzingen dat langdurige klinische opname in een therapeutische gemeenschap een beter effect heeft op cliënten die de opname afmaken, dan een kortdurend verblijf in een therapeutische gemeenschap. De kwaliteit van het bewijs is onduidelijk en er is geen effectschatting gegeven door middel van een meta-analyse (mogelijk laten de data dat ook niet toe). Er zijn aanwijzingen dat dit positieve effect te niet wordt gedaan doordat de retentie van cliënten binnen een langdurig verblijf in een therapeutische gemeenschap lager ligt dan binnen een kortdurend verblijf.

Het bewijs van Vanderplasschen spreekt de conclusie in dit rapport dat klinische behandeling *in het algemeen* niet effectiever is dan ambulante behandeling niet tegen. De gevonden gunstige effecten – waarvan de 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.

7.5.5 Dagbehandeling

Over zowel de indicaties als de inhoud van dagbehandeling is zeer weinig terug te vinden in de richtlijnen. Er wordt slechts op één plaats[36] een opmerking gemaakt namelijk de conclusie dat dagklinische behandeling niet minder effectief lijkt dan

[33] Pagina 143 van de Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013)

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

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

[36] Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (pagina 139)

klinische behandeling op basis van een gerandomiseerd onderzoek onder 293 verslaafden; deels alcoholafhankelijk, deels opiaatafhankelijk (Witbrodt e.a. 2007)[37].

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

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

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

Op de vraag welke behandelsetting geïndiceerd is verwijzen beide richtlijnen[29] naar de richtlijn van de American Psychiatric Association (APA 2006) die uitgebreid geciteerd wordt.[38] Door het ontbreken van gerandomiseerde studies blijkt het niet mogelijk een uitspraak te doen over de effectiviteit van klinische versus ambulante behandeling waarbij ook in de richtlijn van de APA geen informatie is te vinden over verschillende vormen en intensiteiten van dagbehandelingen.
Zorginstituut Nederland dringt er bij de beroepsverenigingen op aan specifiekere criteria te ontwikkelen voor (vormen van) dagbehandeling en hun behandelmodaliteiten.

Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

---

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

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

7.5.6 Dagbesteding

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

Het onderscheid tussen begeleidings-/behandelactiviteiten als onlosmakelijk deel van de psychiatrische behandeling en dagbesteding is in de praktijk van verslavingszorg niet altijd even duidelijk.
Uit de 'Spelregels DBC-registratie GGZ[39] blijkt dat onder behandeling verschillende vormen van vaktherapie kunnen worden geregistreerd, zowel individueel als groepsgewijs. Het gaat bijvoorbeeld om creatieve therapie (drama, beeldend, muziek, dans), psychomotorische therapie (beweging, expressie) en *overige* vaktherapie. De registratie van diagnostiek- en behandelactiviteiten gebeurt in minuten.

Daarnaast kan een zorgaanbieder voor klinische of ambulante patiënten (ernstige problematiek) gelegenheid bieden om de tijd op een zinvolle manier door te brengen. In dat geval is sprake van dagbesteding. In eerdergenoemde spelregels is het doel van dagbesteding als volgt geformuleerd: "het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt". Binnen de (Zvw-gefinancierde) G-GGZ is het van belang dat de dagbesteding:

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

Dagbesteding is dus niet:

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

In de DBC-systematiek zijn verschillende vormen van dagbesteding te onderscheiden (sociaal, activering, educatie, arbeidsmatig, overig).
De meest basale functie van dagbesteding is de ontmoetingsfunctie; *dagbesteding sociaal.* Een vorm van dagbesteding die verder gaat dan het ontmoeten van anderen is *dagbesteding activering.* Deze vorm omvat ook recreatieve, creatieve of sportieve activiteiten. Deze activiteiten worden over het algemeen groepsgewijs aangeboden. De deelname is niet verplicht, maar over het algemeen minder vrijblijvend. De registratie van dagbesteding gebeurt in uren.

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

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

[39] Spelregels DBC-registratie GGZ (2014)

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

7.5.7 Nazorg

Onderzoek laat zien dat wanneer verslavingsbehandeling gevolgd wordt door een relatief lichte nazorginterventie, zoals telefonische monitoring en gerichte feedback, dit tot betere resultaten leidt (McKay et al., 2010[40]). Het blijven volgen van nazorg, de frequentie en intensiteit van deelname en de duur van de nazorg beïnvloeden in belangrijke mate het positieve effect van nazorg. In de verslavingszorg is over het algemeen geen sprake van een brede implementatie van een gestructureerd nazorgaanbod, met uitzondering van nazorg voor patiënten die een klinische behandeling hebben gevolgd. De Wildt & Vedel (2013)[41] achten het op basis van de evidentie wenselijk dat ook ambulante patiënten een vorm van nazorg aangeboden krijgen.

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

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

Uit de reacties van partijen blijkt dat een heldere definitie van het begrip 'nazorg' ontbreekt. Nazorg wordt vaak opgevat als onderdeel van maatschappelijk herstel. In die zin uitgelegd moet nazorg niet na de zorg beginnen, maar moet integraal deel uitmaken van het bij aanvang opgestelde behandelplan. Nazorg kan verschillende doelen en vormen hebben. Het kan gericht zijn op maatschappelijk herstel en/of op terugvalpreventie door middel van zelfhulpgroepen. Steeds vaker wordt niet van nazorg gesproken, maar van 'vervolgzorg' om te benadrukken dat na een periode van ontwenning en behandeling het zorgtraject nog niet 'af' is. Het handen en voeten geven aan het begrip nazorg is een speerpunt dat volgt uit het Visiedocument Verslavingszorg van GGZ Nederland[7]. Zorginstituut Nederland is van mening dat een nadere definiëring van het begrip 'nazorg' en waar deze zorg uit bestaat moet worden uitgewerkt in de te ontwikkelen zorgstandaard voor verslavingszorg.

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

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

7.5.8 Conclusies

- *Diagnostiek en behandelintensiteit*
  Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage met een screeninginstrument zoals de MATE of EuropASI is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze triage niet heeft plaatsgevonden, kunnen diagnostiek en de behandeling niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

- *Ambulante versus klinische detoxificatie*
  Er is geen evidentie voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie (ontgifting). Dat betekent dat per geval beoordeeld moet worden of verzekerde redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen. Wij raden partijen aan om bij de richtlijnontwikkeling heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

- *Ambulante versus klinische behandeling*
  Klinische behandeling dient uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Dagbehandeling*
  Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Nazorg*
  Behandelprogramma's dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma’s zonder nazorg zijn minder effectief. We raden zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel van het behandelprogramma is.

7.6 Kostenconsequenties

In de vorige paragraaf hebben wij aangegeven wanneer verslavingszorg in overeenstemming is met bestaande richtlijnen en voldoet aan het wettelijk kader van de Zvw. De volgende aspecten van de verslavingszorg hebben we verduidelijkt; stand van wetenschap en praktijk, diagnostiek en behandelintensiteit, ambulante behandelingen versus klinische behandelingen, dagbehandeling en nazorg.

In de huidige praktijk van verslavingszorg zijn er situaties waarin de zorg niet overeenkomstig de richtlijnen en het wettelijk kader Zvw wordt verleend. Wij moeten dan ook constateren dat de euro’s aan premiegeld die wij besteden aan verslavingszorg niet altijd goed terecht komen.

Als partijen in de zorg onze duidingen implementeren zullen de kosten in de verslavingszorg naar onze verwachting over het algemeen dalen. Vanwege de vele onzekerheden is het echter niet mogelijk hiervoor een verantwoorde kostenconsequentieraming te maken. Er is nog teveel onduidelijk rondom de huidige uitvoeringspraktijk. Het ontbreekt aan voldoende informatie over ondoelmatig verblijf, de feitelijk geleverde zorg en de effecten van betere diagnostiek.

De indruk bestaat dat cliënten vaker worden opgenomen dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is. Ook de OESO constateert dat Nederland een relatief hoog aantal klinische bedden kent in vergelijking tot andere landen. Het naleven van richtlijnen als het gaat om selectieve inzet van verblijf, kan bijdragen aan kostenbesparing in de verslavingszorg, maar er zijn geen volumegegevens beschikbaar. Ook de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord om de totale beddencapaciteit in de GGZ tot 2020 met 30% af te bouwen, is onvoldoende inhoudelijk onderbouwd om te kunnen vertalen naar de verslavingszorg.

Ook over de volgende aspecten van onze duidingen ontbreken betrouwbare gegevens, waardoor de kostenconsequenties moeilijk te ramen zijn:

- Bij een afbouw van klinische bedden is de verwachting dat (deels) een verschuiving zal plaatsvinden naar andere, meer intensief ambulante DBC's. Dit geldt ook wanneer detoxificatie zoveel mogelijk ambulant dient te worden uitgevoerd. Ambulante detoxificatie vereist continue oproepbaarheid van onder meer een verpleegkundige en/of arts en een meer *outreachende* manier van werken (zorg in thuisomgeving, systeemgericht en/of in samenwerking met huisarts/generalistische Basis GGZ).
- Een verbetering van de diagnostiek kan enerzijds tot een vermindering van de kosten leiden (geen overbehandeling), anderzijds moet er rekening mee worden gehouden dat door een meer preventief aanbod via huisartsen/POH GGZ eerder potentiële klanten worden bereikt (minder onderbehandeling).
- Als niet-effectieve behandelingen niet langer worden vergoed, wil dat niet zeggen dat er dan geen andere wel bewezen effectieve zorg nodig is.
- Als de nazorg beter wordt geregeld, moet men er rekening mee houden dat dit onderdeel van de zorg kan leiden tot een kostenstijging.

Gezien al deze onzekerheden onthouden wij ons in dit rapport van een kostenconsequentieraming.

8 Doorontwikkeling kwaliteit en gepast gebruik verslavingszorg

8.1 Inleiding

Hoe kunnen we de kwaliteit van de verslavingszorg verder verbeteren?
Hoewel de kwaliteit van de verslavingszorg in de afgelopen jaren al sterk verbeterd is, blijft verslaving een weerbarstige problematiek waar doorontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten nodig blijft. De visie van GGZ-Nederland[7] op de verslavingszorg en de bijdragen van de patiëntenorganisatie het Zwarte Gat en van Resultaten Scoren benoemen concrete punten voor de doorontwikkeling. Ook afzonderlijke zorgaanbieders doen hiervoor suggesties. Deze punten passen goed in de instrumenten die het Kwaliteitsinstituut – onderdeel van Zorginstituut Nederland – ter beschikking heeft om partijen te faciliteren en te ondersteunen bij de kwaliteitsontwikkeling. Ook het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ[42] kan bijdragen aan de verdere kwaliteitsontwikkeling op dit terrein.

8.2 Kwaliteitsstandaard en meetinstrumenten

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

8.3 Richtlijnen

In een kwaliteitsstandaard wordt verwezen naar de richtlijnen. Uit het overzicht van het Trimbosinstituut en uit de bijdrage van Resultaten Scoren blijkt welke richtlijnen en protocollen er beschikbaar zijn op gebied van verslavingszorg, welke in ontwikkeling zijn en welke herzien moeten worden.
Wat betreft het screeningsinstrument de MATE zet de sector in op het verfijnen van de indicatiestelling met het MATE ontwikkelplan. Ook heeft men plannen ontwikkeld om een databank voor patiëntgegevens op te zetten.

Mocht de voortgang op deze punten stagneren, dan zullen wij het onderwerp verslavingszorg aandragen om te worden opgenomen op de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut en zullen wij in dat kader met partijen afspraken maken. Indien partijen deze afspraken niet nakomen, heeft Zorginstituut Nederland de mogelijkheid om doorzettingsmacht uit te oefenen.

[42] Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is opgericht door LPGGZ, NVvP en het NIP.

8.4 Patiënteninformatie

Het is van groot belang dat patiënteninformatie beschikbaar komt over wat goede verslavingszorg is. Zeker in een markt waar enkele zorgaanbieders adverteren in huis-aan-huisbladen en concurreren met luxe arrangementen om de gunst van de cliënt. Bij een kwaliteitsstandaard hoort een patiëntenversie. Het Kwaliteitsinstituut ontsluit via KiesBeter.nl kwaliteitsinformatie voor patiënten en voor andere betrokkenen. Het gaat zowel om wat in algemene termen goede zorg is (kwaliteitsstandaard en patiëntenversie) als om informatie over zorgaanbieders op basis van de prestatie-indicatoren.

8.5 Effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandeltrajecten

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

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

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

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

8.6 Verbetercyclus kwaliteit en gepast gebruik van zorg

De Plan-Do-Check-Act cyclus is de grondslag van het verbeteren van de zorg. Omschrijven wat goede zorg is, het meten van de resultaten ervan en op grond daarvan verbeteringen aanbrengen. Een kwaliteitsstandaard voor verslavingszorg en de bijbehorende meetinstrumenten kunnen hiervoor de basis vormen.
Om tot gepast gebruik van zorg in de basisverzekering te komen spelen patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars een belangrijke rol, evenals Zorginstituut Nederland in zijn rol van pakketbeheerder en Kwaliteitsinstituut, de Nederlandse Zorgautoriteit in zijn rol als marktmeester en toezichthouder op markten van zorg en de Inspectie voor de Gezondheidszorg als toezichthouder op de kwaliteit van zorg. Ook hier speelt zich een verbetercyclus af waarin cliënten via keuzeinformatie en keuze voor zorgaanbieder en de zorgverzekeraar via zorginkoop de beste kwaliteit van zorg tegen de juiste prijs bevorderen.

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

In dit rapport hebben wij in hoofdstuk 7 verder verduidelijkt wat de aanspraken zijn en wie daarvoor in aanmerking komen. In 8.5 hebben we aangegeven hoe de kennis over effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen verder ontwikkeld kan en moet worden om te komen tot gepast gebruik.

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

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

8.7 Klinieken in het buitenland

8.7.1 IGZ-Toezicht

Voor het bevorderen van gepast gebruik in de verslavingszorg resteren er dan nog wel een aantal specifieke punten. We hebben het fenomeen geconstateerd van Nederlandse instellingen die samenwerken met klinieken in het buitenland, dan wel dat buitenlandse klinieken een contract hebben met een Nederlandse verzekeraar. Voor de kwaliteitsbewaking van die zorg is het desbetreffende land verantwoordelijk. IGZ houdt toezicht op basis van Nederlandse gezondheidswetgeving en is niet bevoegd in het buitenland toezicht te houden. In veel gevallen vindt intake en nazorg in Nederland plaats, daar is het toezicht van de IGZ wel op van toepassing.

8.7.2 Eigen betalingen

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

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

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

8.7.3 Declareren van de zorg in het buitenland

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

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

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

Het rapport 'Standpunten 2013 Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' van de NZa zegt hierover het volgende. Uit de modelovereenkomst moet duidelijk zijn dat deze toestemming niet de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgverlener/leverancier betreft. Dat is een recht van de verzekerde op grond van de modelovereenkomst. Toestemmingsvereisten die uitdrukkelijk en extra voor niet-gecontracteerde zorg worden gesteld moeten een ander doel hebben, namelijk

om vast te stellen of verzekerde recht heeft op de betreffende zorg. Dit kan worden opgesplitst in verschillende deelaspecten:

- de zorgvorm zelf: valt deze onder het pakket?
- voldoet verzekerde aan het vereiste van een verwijzing/voorschrift?
- heeft verzekerde een indicatie voor de zorg?
- voldoet de voorgestelde behandelaar cq. de voorgestelde behandeling aan eventuele kwaliteitseisen van de zorgverzekeraar?[43]

[43] NZA-rapport 'Standpunten 2013 Beoordeling modelovereenkomsten en reglementen' (paragraaf 3.1.11.2)

9 Conclusies en aanbevelingen

9.1 Conclusies

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

9.1.1 Richtlijnen

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

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

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

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

Mocht de voortgang op deze punten stagneren, dan zullen wij het onderwerp verslavingszorg aandragen om te worden opgenomen op de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut en zullen wij in dat kader met partijen afspraken maken. Indien partijen deze afspraken niet nakomen, heeft Zorginstituut Nederland de mogelijkheid om doorzettingsmacht uit te oefenen.

9.1.2 Uitvoeringspraktijk

Om te beginnen constateren wij dat de kosten in de verslavingszorg niet lijken toe te nemen sinds 2009. Het nieuwe aanbod heeft het aanbod van reguliere instellingen gesubstitueerd. Verder zien we een lichte verschuiving in declaraties

voor intramurale zorg ten gunste van ambulante zorg. De maatschappelijke baten van verslavingszorg zijn aanzienlijk. Effectieve behandelingen van verslavingszorg zijn al gauw kosteneffectief. Waar het aan ontbreekt zijn gegevens om te bepalen welke behandelingen het meest kosteneffectief zijn en hoe de ene behandeling zich verhoudt tot een andere behandeling met vergelijkbare patiënten.

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

Over de effectiviteit van het Minnesotamodel is veel discussie met betrekking tot de werkzaamheid van de diverse onderdelen. Ook vindt er doorontwikkeling plaats met nieuwe therapie-onderdelen die niet zijn onderzocht.
Zorgverzekeraars constateren dat er sprake is van grote praktijkvariatie. Ook constateren zij dat het niet eenvoudig is om te beoordelen of declaraties rechtmatig zijn. Daarbij is het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en dagstructurering onvoldoende duidelijk, terwijl er verschillende tarieven hangen aan deze prestaties.

9.1.3 Samenvattend

Er zijn situaties waar duidelijk is dat de euro's premiegeld die wij besteden aan verslavingszorg niet goed terechtkomen. De introductie van de functiegerichte aanspraken in de AWBZ van 2003 en de overgang van de GGZ naar de Zvw in 2008 heeft niet alleen gewenste innovaties gebracht, maar ook zorgaanbieders die niet conform de richtlijnen zorg leveren en declareren. Echter voor het overgrote deel van de verslavingszorg kunnen we dat niet hard concluderen. Wel bestaat de indruk dat cliënten vaker worden opgenomen, dan op basis van de richtlijnen medisch gezien noodzakelijk is.

We zien verder een sector die geïnvesteerd heeft in het verbeteren van de zorg en daar nu opnieuw stappen in zet. Uit een recent OESO-rapport[44] blijkt dat de Nederlandse GGZ – waaronder de verslavingszorg – internationaal gezien van hoog niveau is. Nederland heeft volgens de OESO veel voortgang geboekt in hervorming van de GGZ en uitkomstgericht werken. Er is veel waardering voor de richtlijnontwikkeling door Resultaten Scoren en ook de cliëntenparticipatie is goed geregeld. De OESO vindt wel dat in Nederland een relatief hoog aantal klinische bedden kent in vergelijking met andere landen. Zij erkent de inspanningen van instellingen om meer mensen in hun eigen omgeving te behandelen.

De conclusies in dit rapport hebben betrekking op de behandeling van de verslaving aan alcohol en drugs. Deze conclusies kunnen niet één op één doorgetrokken worden naar de behandeling van andere vormen van verslaving, zoals gedragsverslavingen: gameverslaving, seksverslaving of eetverslaving. Prioriteit is gegeven aan alcohol- en drugsverslaving omdat deze problematiek verreweg de

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

grootste omvang heeft (conform het verzoek van de minister). Nader onderzoek is nodig om de behandeling van deze vormen van verslaving in beeld te brengen.

9.2 Aanbevelingen

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

Aanbevelingen te verzekeren prestaties

Om partijen meer duidelijkheid te bieden over wat te verzekeren zorg is in het kader van de Zorgverzekeringswet, hebben wij de volgende onderdelen van de verslavingszorg uitgelegd op basis van de wettelijke bepalingen en daarbij de link gelegd met de bestaande multidisciplinaire richtlijnen.

- *Geen stand van de wetenschap en praktijk*
  In de achtergrondstudie van het Trimbos instituut zijn diverse interventies benoemd, die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed. We raden zorgverzekeraars aan deze lijst bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het Kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen. Zorginstituut Nederland zal zelf nader onderzoek doen naar de effectiviteit van vaktherapieën als onderdeel van de behandeling.

- *Diagnostiek en behandelintensiteit*
  Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage met een screeninginstrument zoals de MATE of EuropASI is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze triage niet heeft plaatsgevonden, kunnen diagnostiek en de behandeling niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

- *Ambulante versus klinische detoxificatie*
  Er is geen evidentie voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie (ontgifting). Dat betekent dat per geval beoordeeld moet worden of verzekerde redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen. Wij raden partijen aan om bij de richtlijnontwikkeling heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

- *Ambulante versus klinische behandeling*
  Klinische behandeling dient uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Dagbehandeling*
  Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden – zoals bij

dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Nazorg*
  Behandelprogramma's dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma's zonder nazorg zijn minder effectief. We raden zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel van het behandelprogramma is.

Aanbevelingen richtlijnontwikkeling
Richtlijnontwikkeling heeft in de sector al een belangrijke plaats. Toch dekken de huidige richtlijnen niet de gehele verslavingszorg en zijn ze niet altijd actueel. In de praktijk geven ze daarom beperkt houvast. We benadrukken dat de sector verdere ontwikkeling van de richtlijnen voortvarend ter hand moet nemen en komen tot de volgende aanbevelingen:

- De zorgstandaard verslaving zoals die nu door de sector wordt ontwikkeld moet binnen twee jaar opgenomen kunnen worden in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland. Belangrijke elementen in deze zorgstandaard zijn de verfijning en standaardisering van de indicatiestelling (MATE). Er zijn heldere criteria nodig voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie.

- Er moet een onderhoudsplan komen voor de bestaande richtlijnen conform het Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden. Het onderhoud van de richtlijnen verloopt nu onvoldoende gestructureerd. Het rapport van het Trimbos-instituut geeft een goed overzicht van te actualiseren en nog op te stellen richtlijnen.

- Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ dient verslavingszorg hoog op de agenda te zetten.

Mocht de voortgang op deze punten stagneren, dan zullen wij het onderwerp verslavingszorg aandragen om te worden opgenomen op de Meerjarenagenda van het Kwaliteitsinstituut en zullen wij in dat kader met partijen afspraken maken. Indien partijen deze afspraken niet nakomen, heeft Zorginstituut Nederland de mogelijkheid om doorzettingsmacht uit te oefenen.

Aanbevelingen voor de uitvoeringspraktijk
Er zijn aanwijzingen dat de reguliere aanbieders de richtlijnen volgen. Bij nieuwe aanbieders is dat minder duidelijk. Sommigen werken richtlijnconform, anderen lijken dat niet te doen. Ze passen nieuwe, niet onderzochte therapieën toe, nemen standaard mensen op of bieden dagbehandeling aan in het buitenland, terwijl de richtlijn stelt dat bij dagbehandeling de sociale structuur in tact moet blijven.

Bij zorg in het buitenland is er ook weinig zicht op de kwaliteit. Zorgverzekeraars weten soms niet eens dat zorg in het buitenland wordt geleverd, omdat dat gebeurt via onderaannemerschap.

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

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

- Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit én kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. Vooral over de (relatieve) kosteneffectiviteit van behandelingen is te weinig bekend. Bij de opzet van studies moet kosteneffectiviteit nadrukkelijk betrokken worden om goede keuzes te kunnen maken tussen behandelingen. We hebben dit onderwerp samen met de Ronde Tafel gepast gebruik bij ZonMw onder de aandacht gebracht en het voorgedragen in het kader van hun doelmatigheidsprogramma. Het gaat dan vooral om de vraag welk onderzoeksdesign in deze sector mogelijk is om te komen tot passend bewijs.

- We benadrukken het belang van voorgenomen verbeteringen van de bekostiging en de informatievoorziening. De zorgverzekeraars moeten hier meer gebruik van maken bij de selectieve zorginkoop en bij de rechtmatigheidscontrole. De Nza kan dit meenemen in zijn toezichtprotocol.

- We bevelen zorgverzekeraars aan om in naturapolissen de eis van voorafgaande toestemming op te nemen voor niet-gecontracteerde zorg, zodat zij vooraf kunnen toetsen of die zorg daadwerkelijk voor (gedeeltelijke) restitutie in aanmerking komt. Het voorgaande punt is vooral van belang bij dagbehandeling. Bij dagbehandeling dient de interactie met de sociale omgeving gegarandeerd te zijn. De zorgverzekeraar moet daarom inzicht hebben in de inhoud en locatie van de dagbehandeling.

Kostenconsequenties
Als partijen in de zorg onze duidingen implementeren zullen de kosten in de verslavingszorg naar onze verwachting over het algemeen dalen. Vanwege de vele onzekerheden is het echter niet mogelijk hiervoor een verantwoorde kostenconsequentieraming te maken. Er is nog teveel onduidelijk rondom de huidige uitvoeringspraktijk. Het naleven van richtlijnen als het gaat om selectieve inzet van verblijf, kan bijdragen aan kostenbesparing in de verslavingszorg, maar er zijn geen volumegegevens beschikbaar. Ook de afspraak in het Bestuurlijk Akkoord om de totale beddencapaciteit in de GGZ tot 2020 met 30% af te bouwen, is niet voldoende onderbouwd om te kunnen vertalen naar verslavingszorg. Verder ontbreekt het aan voldoende informatie over de feitelijk geleverde zorg, de effecten van betere diagnostiek en nazorg.

Gezien de vele onzekerheden onthouden wij ons in dit rapport van een kostenconsequentieraming.

10 Beantwoording vragen VWS

10.1 Specifieke vragen

Dit rapport belicht de verslavingzorg rond alcohol en drugs als onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). We verduidelijken voor een aantal onderdelen van verslavingszorg wanneer deze tot de te verzekeren zorg binnen de Zvw gerekend kunnen worden. Daarnaast geven we een beeld van de kosten en maatschappelijke baten van de verslavingszorg. We beschrijven vervolgens de stand van zaken op het gebied van de richtlijnen en de uitvoeringspraktijk en doen op beide gebieden een aantal aanbevelingen.

Directe aanleiding voor dit rapport is het verzoek van de minister van VWS van 16 januari 2014. Daarin uit zij haar zorgen over een aantal ontwikkelingen sinds de overheveling in 2008 van de GGZ naar de Zorgverzekeringswet, namelijk de indruk van aanzienlijke kostenstijgingen in de verslavingszorg en twijfels over de effectiviteit en doelmatigheid van een deel van de verslavingszorg gezien de toename van het aantal nieuwe aanbieders en therapievormen. Gedurende ons onderzoek kwamen wij ook andere ontwikkelingen tegen, waardoor dit rapport een breder terrein beslaat dan de directe vragen van de minister.
Gedurende ons onderzoek kwamen wij ook andere ontwikkelingen tegen, waardoor dit rapport een breder terrein beslaat dan de directe vragen van de minister.

Hieronder geven wij antwoord op de specifieke vragen van de minister.

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

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

We zien dat met name met de komst van nieuwe aanbieders sinds 2008 ook nieuwe (aanvullende) therapieën aangeboden worden. Deze voldoen niet altijd aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook is niet altijd duidelijk op welke wijze nieuwe instellingen cliënten indiceren voor een bepaald behandelprogramma, waardoor niet duidelijk is of de juiste behandelintensiteit wordt aangeboden. De lijst geeft een goed overzicht van de therapieën die het meest worden toegepast.

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

<u>Noodzakelijkheid:</u>

In het algemeen kan gesteld worden dat het zeer aannemelijk is dat verslavingszorg voldoet aan het pakketcriterium noodzakelijkheid gezien de hoge ziektelast en hoge kosten van behandeling. Dat geldt ook voor de gebruikte interventies.

<u>Effectiviteit</u>:

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

richtlijnen, die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews. Uit dit overzicht blijkt welk *level of evidence* er is voor de beschreven therapieën en voor welke therapieën er geen bewijs voorhanden is. Deze laatste groep interventies zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed. We raden zorgverzekeraars aan deze lijst bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het Kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen.

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

Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit én kosteneffectiviteit van verslavingsbehandelingen. Bij de opzet van studies moet kosteneffectiviteit nadrukkelijk betrokken worden om goede keuzes te kunnen maken tussen behandelingen. We hebben dit onderwerp samen met de Ronde Tafel gepast gebruik bij ZonMw onder de aandacht gebracht en het voorgedragen in het kader van hun doelmatigheidsprogramma. Het gaat dan vooral om de vraag welk onderzoeksdesign in deze sector mogelijk is om te komen tot passend bewijs.

Uitvoerbaarheid:
Dit pakketcriterium speelt hier geen rol.

a. In hoeverre is nazorg/follow-up onderdeel van behandelingen?
Nazorg is volgens de richtlijnen en de visie van partijen op verslavingszorg altijd een essentieel onderdeel van de behandeling. Behandelprogramma's dienen daarom altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma's zonder nazorg zijn minder effectief. We raden zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel van het behandelprogramma is.

b. Hoe zit het met de therapietrouw en terugvalcijfers van deze therapieën?
Ruim de helft van de verslaafden valt, na behandeling, binnen een jaar terug. Naar schatting een kwart tot een derde van degenen die ooit behandeld zijn voor alcohol- of drugsproblemen zal niet genezen. Deze percentages zeggen vooral iets over het chronische karakter van verslaving. In de DBC-Informatiesysteem (DIS) zijn drop-out cijfers beschikbaar. Op dit moment zijn er geen goede studies beschikbaar op grond waarvan een goede conclusie getrokken kan worden over therapietrouw.

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

a. Zo ja, zijn deze therapieën doelmatig?
Zie antwoord op vraag 2. Er zijn nagenoeg geen gegevens beschikbaar over de kosteneffectiviteit van het ene behandelprogramma t.o.v. het andere behandelprogramma. Zeker als het gaat om meer (opname en dagbehandeling) en minder intensieve programma's ook qua duur van de programma's ontbreken gegevens.

b. Is er specifiek iets te duiden over doelmatigheidsgrenzen voor de hoeveelheid dagbesteding bij opname?
Wij hebben geconstateerd dat het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en

dagstructurering in de praktijk onvoldoende duidelijk is. Ook de richtlijnen geven onvoldoende handvatten om tot goede start- en stopcriteria te komen. Er worden wel verschillende tarieven gehanteerd voor deze prestaties. Die verschillen lijken voornamelijk gebaseerd op gemiddelde (historische) praktijkgegevens.
Wij gaan nader onderzoek doen naar de inzet van vaktherapieën (zoals muziektherapie, dramatherapie, etc.) en het onderscheid tussen behandeling, dagbesteding en dagstructurering. In dit kader zullen we ook kijken of er iets te duiden is over het aantal te indiceren uren dagbesteding per dag.

c. Wat is er bekend over de maatschappelijke baten van verslavingszorg en de maatschappelijke kosten van verslaafden?
Het is zeer aannemelijk dat de maatschappelijke baten van verslavingszorg opwegen tegen de kosten. Verslaving gaat gepaard met hoge maatschappelijke kosten. Verslavingszorg – mits effectieve behandelingen worden toegepast – leidt tot een aanzienlijke reductie van kosten die veel groter is dan de kosten van de behandeling zelf. In paragraaf 2.3 gaan we uitgebreid in op de maatschappelijke baten van verslavingszorg. Toch blijft de vraag staan of er meer winst te behalen is als de meest kosteneffectieve behandelingen ingezet worden, nu gegevens daarover ontbreken.

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

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

a. Kunt u aangeven welke onderbouwing daarvoor nodig is?
Het is aangetoond dat klinische behandeling van verslavingszorg in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling. Op basis van de multidisciplinaire richtlijnen – die wetenschappelijk gefundeerd zijn op (internationale) inzichten en reviews – dient klinische behandeling uitsluitend te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij redelijkerwijs niet op verblijf aangewezen. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.
In paragraaf 7.5.4 gaan wij uitgebreid in op de patiëntkenmerken voor ziekenhuisopname volgens de richtlijnen. De screeninginstrumenten MATE en EuropASI kunnen worden gebruikt bij het bepalen van de behandelintensiteit.

5. In hoeverre worden richtlijnen en standaarden gebruikt?

a. In hoeverre verschilt de toepassing van therapieën, de opnamegraad en de toepassing van richtlijnen en standaarden tussen gevestigde aanbieders en nieuwe toetreders tot de verslavingszorgmarkt?
Uit het artikel *Resultaten Scoren: Verspreiding en gebruik producten 2011,* gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Verslaving* komt naar voren dat instellingen de

implementatie van de ontwikkelde richtlijnen, protocollen en handreikingen ook ter hand nemen (zie paragraaf 6.2.1). Deze activiteiten kunnen echter nog wel geïntensiveerd worden.
Er is bij *Resultaten Scoren* jammer genoeg geen informatie hierover van de nieuwe zorgaanbieders. Bij de nieuwe aanbieders zijn er onderling grote verschillen in behandelaanbod. Sommigen leveren zorg conform de richtlijnen, anderen lijken hier niet aan te voldoen.
Over de opnamegraad kan zowel voor de reguliere als voor de nieuwe aanbieders in zijn algemeenheid gezegd worden dat deze te hoog is en niet overeenkomt met de richtlijnen. Daarnaast is er een vertekening van de opnamecijfers van nieuwe aanbieders. Deze bieden soms wel verblijf aan, maar declareren dagbehandeling. Daarmee zijn de opnamecijfers niet goed te vergelijken. Ten slotte constateren verzekeraars een grote praktijkvariatie in de gehele verslavingszorg.

6. Wat is, in het kader van gepast gebruik en het leveren van zinnige en zuinige zorg, zorg die niet meer via de Zvw zou moeten worden vergoed?
Wij hebben in paragraaf 7.5.8 samengevat waar goede verslavingszorg aan moet voldoen en op welke wijze gepast gebruik kan worden bevorderd. Specifiek wijzen wij op de volgende punten:

- *Geen stand van de wetenschap en praktijk*
  In de achtergrondstudie van het Trimbos instituut zijn diverse interventies benoemd, die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze interventies zijn geen te verzekeren zorg en dienen niet ten laste van de basisverzekering te worden vergoed. We raden zorgverzekeraars aan deze lijst bij de zorginkoop te hanteren en bij nieuwe ontwikkelingen de dynamische lijst, die het Kenniscentrum GGZ van ZN bijhoudt, aan te passen. Zorginstituut Nederland zal zelf nader onderzoek doen naar de effectiviteit van vaktherapieën als onderdeel van de behandeling.

- *Diagnostiek en behandelintensiteit*
  Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit zonder voorafgaande triage met een screeninginstrument zoals de MATE of EuropASI is niet overeenkomstig de geldende richtlijnen en voldoet daarmee niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze triage niet heeft plaatsgevonden, kan de diagnostiek en de behandeling niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.

- *Ambulante versus klinische detoxificatie*
  Er is geen evidentie voor verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie (ontgifting). Dat betekent dat per geval beoordeeld moet worden of verzekerde redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen. Wij raden partijen aan om bij de richtlijnontwikkeling heldere criteria te formuleren voor het indiceren van ambulante en klinische detoxificatie, opdat zorgverzekeraars kunnen vaststellen of verblijf noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg.

- *Ambulante versus klinische behandeling*
  Klinische behandeling dient uitsluitend en in lijn met de multidisciplinaire richtlijnen voor ziekenhuisopname te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Als verzekerde niet aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf. De opname kan dan niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Dagbehandeling*
  Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling dient, conform de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de cliënt gegarandeerd te zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de cliënt niet geëffectueerd kan worden – zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront – kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden.

- *Nazorg*
  Behandelprogramma's dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Behandelprogramma’s zonder nazorg zijn minder effectief. We raden zorgverzekeraars aan extra te controleren of nazorg onderdeel van het behandelprogramma is.

11 Reacties belanghebbende partijen

11.1 Consultatie

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

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

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

11.1.1 Zorgstandaard

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

11.1.2 Richtlijnontwikkeling

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

paragraaf 4.1.1. en verwijzen wij wat betreft deze richtlijnen naar de studie van het Trimbos-instituut.

11.1.3 Alcohol- en drugverslaving

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

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

11.1.4 Dubbele diagnose

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

11.1.5 Minnesota Model

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

11.1.6 Nazorg

Uit de reacties van partijen blijkt dat een heldere definitie van het begrip 'nazorg' ontbreekt. Nazorg wordt vaak opgevat als maatschappelijk herstel. In die zin uitgelegd moet nazorg niet na de zorg beginnen, maar moet integraal deel uitmaken van het bij aanvang opgestelde behandelplan. Nazorg kan verschillende doelen en vormen hebben. Het kan gericht zijn op maatschappelijk herstel en/of op terugvalpreventie door middel van zelfhulpgroepen. Steeds vaker wordt niet van nazorg gesproken, maar van 'vervolgzorg' om te benadrukken dat na een periode van ontwenning en behandeling het zorgtraject nog niet 'af' is. Het handen en voeten geven aan het begrip nazorg is een speerpunt dat volgt uit het Visiedocument Verslavingszorg van GGZ Nederland[7]. Zorginstituut Nederland is van mening dat een nadere definiëring van het begrip 'nazorg' en waar deze zorg uit bestaat moet worden uitgewerkt in de te ontwikkelen zorgstandaard voor verslavingszorg.

11.1.7 Therapeutische gemeenschappen

In zijn reactie verwijst de Vereniging Vrienden van drugvrije programma's naar twee onderzoeken – waarvan één zeer recent[45] – waaruit de effectiviteit van langdurige behandeling in therapeutische gemeenschappen zou blijken. ME-TA heeft deze studies in opdracht van Zorginstituut Nederland beoordeeld. Uit deze beoordeling blijkt dat de studie van Kooyman et al (1992) geen implicaties heeft voor het

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

conceptrapport. Het bewijs van Vanderplasschen (2014) spreekt de conclusie in het conceptrapport niet tegen. De gevonden gunstige effecten van een langdurige therapeutische gemeenschap gelden slechts voor cliënten die de therapie afmaken. Er zijn aanwijzingen dat dit positieven effect teniet wordt gedaan doordat cliënten eerder afhaken bij een langdurig programma. Wij hebben deze beoordeling in het rapport verwerkt.

11.1.8 Screeningsinstrumenten MATE en EuropASI

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

11.1.9 Gelijk speelveld

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

11.1.10 Kostenconsequentieraming

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

11.1.11 Hoofdbehandelaarschap verslavingsarts

De Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VVGN) is van mening dat zorgverzekeraars ten onrechte twijfelen aan de geschiktheid van de verslavingsarts als hoofdbehandelaar in de verslavingszorg (zie paragraaf 6.2.3). 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, aldus de VVGN. In de brief die de minister op 2 juli 2013 zond aan de Tweede Kamer wordt de 'Verslavingsarts in het profielregister van de KNMG' genoemd als één van de negen toegelaten hoofdbehandelaars in de GGZ[26].

11.1.12 Overige opmerkingen

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

12 Besluit

In zijn vergadering van 13 oktober 2014 heeft de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland besloten – gehoord de Adviescommissie Pakket en gelet op het advies van de WAR – het rapport *'Verslavingszorg in beeld – Alcohol en drugs'* vast te stellen.

Dit rapport heeft tot doel een bijdrage te leveren aan het bevorderen van gepast gebruik van verslavingszorg. Het rapport bevat concrete aanbevelingen aan alle betrokken partijen voor de verdere verbetering van de zorg. Het betreft aanbevelingen op het gebied van de te verzekeren prestaties, op het gebied van richtlijnontwikkeling en op het gebied van de uitvoeringspraktijk.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur