

Beleidskader verslavingszorg voor instellingen **Zorginkoopbeleid** **2022**

Zorginkoopbeleid 2022

Beleidskader verslavingszorg voor instellingen

Inhoud

1. Inleiding	2
2. Organisatie van zorg	2
2.1 Diagnostiek en behandelintensiteit.....	2
2.2 Ambulante zorg.....	3
2.2.1 Behandeling volgens stand der wetenschap en praktijk	3
2.2.2 Dubbeldiagnostiek	3
2.2.3 Nicotineverslaving.....	3
2.3 Dagbehandeling	3
2.4 Klinische behandeling	3
2.4.1 Dagbesteding	4
2.4.2 Klinische behandeling in het buitenland	4
2.5 Detoxificatie.....	4
2.6 Nazorg.....	5
3. Bewezen interventies	5
4. Bibliografie	7

1. Inleiding

Zorg en Zekerheid hanteert voor de inkoop 2022 een Beleidskader verslavingszorg voor instellingen. Dit kader maakt onderdeel uit van de overeenkomst die Zorg en Zekerheid sluit met gespecialiseerde verslavingszorginstellingen en instellingen die gefuseerd zijn tot een GGZ brede instelling (de zogenaamde geïntegreerde instellingen).

Het Beleidskader verslavingszorg voor instellingen is van toepassing op instellingen die zorg leveren aan verzekerden bij wie een middelgerelateerde en verslavingsstoornis is vastgesteld volgens DSM 5 en waarbij de behandeling daarvan een te verzekeren prestatie is binnen de geneeskundige GGZ, zoals dat onder andere door het Zorginstituut in diverse rapporten is vastgesteld.

Doel van dit beleid voor verslavingszorg is het inkopen van doelmatige en rechtmatige verslavingszorg die effectief is voor onze verzekerden.

Disclaimer

Wat een te verzekeren prestatie is, hangt onder meer af van de stand van de wetenschap en praktijk. De stand van de wetenschap en praktijk is aan verandering onderhevig. Het is dus mogelijk dat nieuwe wetenschappelijke onderzoeken, of het uitkomen van nieuwe richtlijnen en/of zorgstandaarden leiden tot nieuwe inzichten. Op dit moment is bijvoorbeeld Verslavingskunde Nederland bezig met het definiëren van inzichten rondom (de klinische behandeling van) verslaving. Dit is een document, dat regelmatig zal worden aangepast op basis van nieuwe inzichten voor wat betreft de stand van de wetenschap en praktijk. Wij zullen dit op de voet blijven volgen.

2. Organisatie van zorg

Dit hoofdstuk beschrijft de beleidspunten voor wat betreft de organisatie van verslavingszorg.

2.1 Diagnostiek en behandelintensiteit

Het is van belang dat de juiste zorg wordt ingezet voor de juiste patiënt (matched care), om te zorgen voor echelonering en gepast gebruik van zorg. Een gestructureerde triage om de behandelintensiteit vast te stellen is dan ook zeer belangrijk. Wij volgen hierin het advies van het Zorginstituut:

“Bij verslavingszorg 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 de patiënt redelijkerwijs is aangewezen op de uitgevoerde behandeling. Evenmin kan dan 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 der wetenschap en praktijk. Diagnostiek en behandeling kunnen dan niet ten laste van de basisverzekering worden gebracht.” (Zorginstituut Nederland, 2014).

Naast het bepalen van de behandelintensiteit is ook diagnostiek op co morbiditeit en andere factoren die behandeling en herstel kunnen bevorderen van groot belang. We noemen hier specifiek psychotrauma en verstandelijke beperking. Beide komen relatief vaak voor in combinatie met een verslaving. Het onderkennen van deze bijkomende problemen leidt tot minder effectieve zorg (Zorginstituut Nederland, 2017).

2.2 Ambulante zorg

Uitgangspunt van dit Beleidskader verslavingszorg voor instellingen is dat de behandeling van de verslaving in principe ambulante wordt geleverd.

2.2.1 Behandeling volgens stand der wetenschap en praktijk

Behandeling vindt plaats volgens de vigerende zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen zoals die door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO) en het Trimbos zijn ontwikkeld.

Onder andere de volgende zorgstandaarden en generieke modules zijn van belang binnen de verslavingszorg:

- Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), 2017).
- Zorgstandaard Opiaatverslaving (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), 2017).
- Generieke module Herstelondersteuning (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), 2017).
- Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), 2017).
- Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB) (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO), 2017).
- MDR Stoornissen in het gebruik van niet-opioïde drugs.

2.2.2 Dubbeldiagnostiek

Ambulante behandeling heeft ook de voorkeur bij de behandeling van verslaving in aanwezigheid van comorbide psychiatrische stoornissen die sterk verweven zijn met de verslavingsproblematiek (de zogenaamde “dubbeldiagnostiek”). Er moet dan wel sprake zijn van geïntegreerde behandeling van beide stoornissen (verslaving en de andere psychische aandoening) (Van Wamel & Neven, 2015).

Wij vragen specifiek aandacht voor de aanwezigheid van een psychotrauma en/of een (licht) verstandelijke beperking. De behandeling wordt aangepast aan bijkomende psychische aandoeningen en de verstandelijke vermogens van de patiënt, volgens de relevante richtlijnen, zorgstandaarden en/of generieke modules.

2.2.3 Nicotineverslaving

Nicotineverslaving wordt altijd mee behandeld met de verslaving waarvoor behandeling in de geneeskundige GGZ geïndiceerd is (GGZ Nederland, 2018). Maar als de verslaving waarvoor behandeling in de GGZ gestart was, voldoende is behandeld voor overdracht naar de eerste lijn, dan is de aanwezigheid van een nicotineverslaving geen grond meer om een patiënt in de geneeskundige GGZ te blijven behandelen.

2.3 Dagbehandeling

Dagbehandeling kan aangewezen zijn als ambulante behandeling onvoldoende effect lijkt te sorteren of om opname te voorkomen. Bij dagbehandeling moet, volgens de geldende richtlijn, de interactie met de sociale omgeving van de patiënt gegarandeerd zijn. Dagbehandelingen waarbij de interactie met de sociale omgeving van de patiënt niet geëffectueerd kan worden, zoals bij dagbehandelingen in buitenlandse klinieken op afstand van het thuisfront, kunnen niet ten laste van de verzekering gebracht worden (Zorginstituut Nederland, 2014).

2.4 Klinische behandeling

Alleen patiënten met ernstige medisch/psychische co morbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid kunnen aangewezen zijn op klinische behandeling. Alleen in die gevallen is het verblijf

noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg. Alle opname-indicaties worden besproken in een MDO. Als patiënt niet aantoonbaar aan deze indicatiecriteria voldoet is hij niet redelijkerwijs aangewezen op verblijf (Zorginstituut Nederland, 2014). De indicatie voor opname wordt op een gestructureerde manier gesteld met een triage-instrument (de Mate of EuropASI). De wens van de patiënt om opgenomen te worden is daarbij niet leidend.

Tijdens het verblijf gelden dezelfde behandelprincipes als die zijn beschreven bij ambulante zorg.

In aanvulling daarop wordt tijdens een klinisch verblijf regelmatig geëvalueerd of de patiënt nog aangewezen is op voortzetting van het klinisch verblijf. De inzet van therapeutisch proefverlof is daarbij essentieel. Het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden in de thuissituatie past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg, zowel volgens de Zorgstandaard Alcohol (Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO), 2017) als de Zorgstandaard Opiaatverslaving (Netwerk kwaliteitsontwikkeling Ggz (NKO), 2017).

2.4.1 Dagbesteding

Dagbesteding is het bevorderen, behouden of compenseren van de zelfredzaamheid van de patiënt.

Binnen de Zvw (gefinancierde) geneeskundige 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, uitstapje en dergelijke.

Dagbesteding kan alleen gedeclareerd worden in combinatie met verblijf.

2.4.2 Klinische behandeling in het buitenland

Zoals eerder beschreven, beschouwen we het therapeutisch proefverlof als een essentieel onderdeel van de behandeling. Dit therapeutisch proefverlof dient in de eigen (woon)omgeving plaats te vinden, om de situatie na het klinisch verblijf zo goed mogelijk na te bootsen. Dit is niet mogelijk bij opname in het buitenland buiten de eigen (woon)omgeving. Daarom beschouwen wij een dergelijke klinische behandeling in het buitenland als niet conform de stand van de wetenschap en praktijk.

2.5 Detoxificatie

Er is geen evidentie voor het verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie. Daarom zal de behandelaar per patiënt moeten beoordelen of deze redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen, volgens de vigerende richtlijn (Dijkstra, Van Oort, Schellekens, De Haan, & De Jong, 2017).

We verwachten van een instelling dat randvoorwaarden zijn gecreëerd om zoveel mogelijk ambulante detoxificatie mogelijk te maken: het is mogelijk om snel te schakelen tussen ambulante en intramurale detoxificatie, een medische dienst is 24 uur bereikbaar, de behandelaar kan de patiënt volgens detoxificatieplan zien en monitoren, de patiënt is in staat om de instructies te begrijpen en op te volgen of dit kan door de omgeving opgevangen worden, en er is een naaste beschikbaar die in staat is de patiënt te ondersteunen tijdens de detoxificatie.

Klinische detoxificatie moet door de instelling zelf worden uitgevoerd. Indien de klinische detox wordt uitgevoerd door een andere instelling, dan dient er een samenwerkingsovereenkomst aanwezig te zijn waarin

onder andere de dossieroverdracht is vastgelegd. Bij klinische detoxificatie dient altijd een verslavingsarts en/of psychiater aanwezig te zijn. Bij ambulante detoxificatie is 24-uurs beschikbaarheid van een verslavingsarts en/of psychiater vereist.

2.6 Nazorg

Een volledig zorgtraject bestaat uit diagnostiek, evt. detoxificatie, behandeling én de nazorg. Behandelprogramma's, zowel klinische als ambulante, dienen altijd te voorzien in nazorg. Nazorg, alsook het aanmelden bij een zelfhulpgroep, moet onderdeel zijn van de behandeling. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen op het effect van de behandeling.

Vormen van nazorg kunnen zijn: telefonische monitoring en gerichte feedback en zelfhulpgroepen. Nazorg moet integraal onderdeel zijn van het bij aanvang opgestelde behandelplan. Ook dient een recidivenprotocol aanwezig te zijn binnen nazorg, waarbij zelfhulp een essentieel onderdeel is.

Zelfhulp: het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot. Daarom geldt dat alle patiënten met een verslaving tijdens hun behandeling door de reguliere hulpverlening geïnformeerd worden over het bestaan en de werkwijze van zelfhulpgroepen en dat zij gestimuleerd worden ermee in contact te komen.

De instelling die de behandeling heeft geleverd, levert de nazorg zelf, of zorgt ervoor dat de patiënt goede nazorg krijgt.

3. Bewezen interventies

Zorgverzekeraars brengen, na gedegen onderzoek van hun medisch adviseurs en in bijzijn van het Zorginstituut Nederland (ZiNL), een gezamenlijk advies uit over het al dan niet voldoen van therapieën aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betreft therapieën die in de GGZ worden toegepast, maar niet zijn geduid door ZiNL. Regelmatig wordt dit overzicht gepubliceerd in een circulaire. Het is aan de individuele zorgverzekeraars of dit advies overgenomen wordt. Zorg en Zekerheid volgt het advies in de vigerende circulaire (ZN, 2018).

Daarnaast bevat het rapport "Verslavingszorg in beeld. Alcohol en drugs." van het Zorginstituut (Zorginstituut Nederland, 2014) een overzicht van de mate van effectiviteit van een aantal interventies in de verslavingszorg.

Hier volgt een samenvatting van dat overzicht:

Alcohol

- effectief: medicamenteuze behandeling, motiverende gespreksvoering, Cognitieve gedragstherapie (algemeen);
- mogelijk effectief: Community Reinforcement Approach, contingentiemanagement, internetbehandeling;
- niet effectief: psychotherapie;
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanbeveling een klinische behandeling in te richten volgens de 12-stappenbenadering, niet effectiever dan andere behandelingen.

Opiaten

- effectief: medicamenteuze behandeling bij detox en onderhoudsbehandeling, heroïne op voorschrift, cognitieve gedragstherapie, Community Reinforcement Approach, contingentiemanagement, zelfhulpgroepen;
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanwijzingen voor betere resultaten dan cognitief-gedragstherapeutische of gemengde benadering.

Cocaïne

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

Amfetamine

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

Cannabis

- effectief: Cognitieve gedragstherapie en MultiDimensional Family Therapy bij adolescenten;
- onbekend: internetbehandeling;
- er is nog geen medicatie beschikbaar om cannabisverslaving aan te pakken.

Niet gespecificeerd drugsgebruik

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

4. Bibliografie

CVZ. (2012). *Geneeskundige GGZ (deel 1). Wat is nu verzekerde zorg en wat niet?* Diemen: College voor zorgverzekeringen.

CVZ. (2013). *Geneeskundige GGZ (deel 2). Op weg naar een toekomstbestendige GGZ.* Diemen: College voor zorgverzekeringen.

Dijkstra, B., Van Oort, M., Schellekens, A., De Haan, H., & De Jong, C. (2017). *Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambuland of intramuraal detoxificeren.* Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

GGZ Nederland. (2018). *We maken de GGZ Rookvrij.* Opgeroepen op 02 19, 2018, van <http://www.ggz nederland.nl/actueel/we-maken-de-ggz-rookvrij>

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO). (2017). *Generieke module Herstelondersteuning.* Opgeroepen op 02 19, 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/herstelondersteuning>

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO). (2017). *Generieke module Psychische stoornissen en zwakbegaafdheid (ZB) of lichte verstandelijke beperking (LVB).* Opgeroepen op 02 19, 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychische-stoornissen-en-zwakbegaafdheid-zb-of-lichte-verstandelijke-beperking-lvb>

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO). (2017). *Generieke module Samenwerking en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek.* Opgeroepen op 02 19, 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek>

Netwerk kwaliteitsontwikkeling Ggz (NKO). (2017). *Zorgstandaard Opiaatverslaving.* Opgeroepen op 02 19, 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/opiaatverslaving>

Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGz (NKO). (2017). *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving.* Opgeroepen op 02 19, 2018, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/problematisch-alcoholgebruik-en-alcoholverslaving>

Van Wamel, A., & Neven, A. (2015). *Geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbele diagnose.* Utrecht: Trimbos.

ZN. (2018). *Therapieën GGZ - herziene versie januari 2018.* Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2014). *Verslavingszorg in beeld. Alcohol en drugs.* Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2017). *Kansrijke verbeteringsignalen in de GGZ.* Diemen: Zorginstituut Nederland.

Zorginstituut Nederland. (2017). *Medisch noodzakelijk verblijf in de geneeskundige GGZ.* Diemen: Zorginstituut Nederland.