

Gepast gebruik in Verslavingszorg

Uitkomst dialoogtafel

6 juli 2023 (definitief)

Inleiding

Eén van de ontwerpcriteria van het zorgprestatie­model is dat het gepast gebruik moet bevorderen. De definitie en uitgangspunten die het startpunt vormen van de landelijke gesprekken over gepast gebruik zijn vastgesteld in de veldafspraken van het zorgprestatie­model.

Definitie Gepast Gebruik

Onder gepast gebruik verstaan we in de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg dat de zorg die wordt geleverd voldoende bewezen effectief moet zijn en dat alleen zorg wordt geleverd aan patiënten die deze zorg ook echt nodig hebben. Met bewezen effectief bedoelen we dat de zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Met ‘echt nodig hebben’ bedoelen we dat de patiënt redelijkerwijs is aangewezen op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak) en, voor forensische zorg, gezien het voorkomen van recidive.

Uitgangspunten Gepast Gebruik

1. Zorgaanbieders en zorgverleners zorgen samen voor een continue cyclus van reflecteren en leren over Gepast Gebruik, ze stimuleren de dialoog hierover en borgen dit in het (zorg)proces en/of de praktijkvoering.
2. Zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars kunnen onderwerpen aandragen voor het gesprek (landelijk of lokaal) over Gepast Gebruik, bijvoorbeeld naar aanleiding van (benchmark) analyses, landelijk uitgewerkte casussen of eigen inzichten. Deze onderwerpen kunnen bijdragen aan het reflecterend en lerend vermogen en kunnen als basis dienen voor te maken afspraken.
3. Zorgaanbieders, zorgverleners en zorgverzekeraars maken op basis van gelijkwaardigheid afspraken over Gepast Gebruik op groepsniveau (niet op het niveau van individuele patiënten) met als doel Gepast Gebruik te bevorderen. Onder het bevorderen van Gepast Gebruik, wordt zowel het voorkomen van overbehandeling als het voorkomen van onderbehandeling verstaan. Deze afspraken richten zich op het continue verbeteren naar de toekomst en niet het corrigeren van het verleden. Vooraf worden afspraken gemaakt over de eventuele consequenties van het niet halen van verbeterafspraken.
4. De onderbouwing van wat op groepsniveau Gepast Gebruik is en of zorg bij groepen patiënten effectief en medisch noodzakelijk is, is voorbehouden aan beroepsgroepen en moet uitlegbaar en transparant zijn.
5. Bij afwegingen over Gepast Gebruik op individueel niveau wordt door de behandelaar waar mogelijk de patiënt en diens naasten betrokken (samen beslissen).
6. Bij het maken van afspraken over Gepast Gebruik kunnen de informatie-elementen van het zorgprestatie­model worden ingezet, zoals zorgvraagtypering, beveiligingsniveaus, settings, beroepen, type consulten (diagnostiek, behandeling, groep), duur behandeling (in tijd), aantal consulten en verblijf.
7. Gepast Gebruik gaat ook over het voldoen aan wet- en regelgeving (rechtmatigheid) en daarmee is Gepast Gebruik een niet-concurrentieel onderwerp.

Dialogtafel Verslavingszorg

In de veldafspraken is ook opgenomen dat dialogtafels aan de slag gaan om een aantal goede voorbeelden van Gepast Gebruik uit te werken. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van spiegelinformatie die door Vektis beschikbaar wordt gesteld. Verslavingszorg is één van de onderwerpen waar een dialogtafel mee aan de slag is gegaan. De dialogtafel bestaat uit onderstaande leden (behandelaren en zorginhoudelijke vertegenwoordigers van patiënten en zorgverzekeraars). De dialogtafel werd begeleid door het programmamanagement van het programma Zorgprestatiemodel.

Naam	Namens	Organisatie
Martijn Bogaardt	MeerGGZ	IGHD Verslavingszorg
Elyse Bouritius	ZN	a.s.r.
Debby Brink	ZN	CZ
Niels Cox	dNggz	Novadic-Kentron
Hendrik Jan van Essen	V&VN	STEVIG
Peter Greeven	NIP	Novadic-Kentron
Hendrik Hartevelt	Mind	Mind
Job van Huizen	ZN	Zilveren Kruis
Thomas Knuijver	VVGN	IrisZorg
Leontien Los	NVvP	Brijder (Parnassia)
Teie Salomons	V&VN	Amethist Verslavingszorg
Michiel Strijbis	dNggz	Tactus Verslavingszorg
Machteld Tissing	VVGN	Brijder (Parnassia)

In deze rapportage is het resultaat opgenomen van de dialogtafel verslavingszorg.

Aanpak

De dialogtafel Verslavingszorg constateert dat het beschrijven van gepast gebruik begint bij het in kaart brengen van groepen patiënten. Bij die groepen patiënten kunnen vervolgens normen voor gepast gebruik worden beschreven. Deze normen op groepsniveau mogen de best passende behandeling voor het individu niet belemmeren.

Achtereenvolgens heeft de dialogtafel de volgende stappen doorlopen:

- Benoemen van algemene uitgangspunten voor gepast gebruik
- Afbakenen van de patiëntpopulatie
- Populatie indelen in patiëntgroepen
- Aan de hand van patiëntvoorbeelden patiëntindeling toetsen
- Per patiëntgroep patiëntkenmerken beschrijven
- Per patiëntgroep behandelkenmerken beschrijven
- Per patiëntgroep matrix

Bij het vaststellen van normen heeft de dialogtafel rekening gehouden met de volgende bronnen (in willekeurige volgorde):

- Door de beroepsgroep geautoriseerde richtlijnen en zorgstandaarden¹
- Wetenschappelijk onderzoek en geobjectiveerde afwegingen van voor- en nadelen van verschillende zorgopties.
- Duidingen en verbetersignalen van het Zorginstituut Nederland.
- Expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.²

Algemene uitgangspunten voor gepast gebruik in verslavingszorg

De dialoogtafel komt tot de onderstaande uitgangspunten voor gepast gebruik in de verslavingszorg.

Gepast gebruik in de verslavingszorg...

- kan alleen in samenspraak met de patiënt.
- heeft aandacht voor de context en het systeem van de patiënt.
- bestaat uit een multidisciplinair aanbod.
- kan alleen als de keten op orde is (dus inclusief samenwerking met partners).
- bestaat uit gefaseerde triage, diagnostiek en indicatiestelling.
- kan niet zonder aandacht voor preventie.
- heeft hoogspecialistische voorzieningen voor specifieke doelgroepen.
- heeft herstel als overkoepelend doel.

Gepast gebruikt betekent voor de behandeling in het algemeen dat...

- de regie van de totaalbehandeling (doorgaans) bij de ambulante zorgaanbieder ligt.
- onderhoudende factoren direct meegenomen worden in het behandelplan.
- een goed behandelplan terug-redeneert vanaf het te bereiken einddoel.
- daar waar ondersteuning van het systeem randvoorwaardelijk is voor het slagen van de behandeling, alleen behandeling wordt ingezet met een (al dan niet gecreëerd) systeem.
- richtlijnen en zorgstandaarden leidend zijn. Indien deze ontbreken: wetenschappelijk onderzoek of objectieve afwegingen.

Gepast gebruik betekent voor detox dat...

- dit alleen wordt ingezet als onderdeel van een behandeltraject.
- dit alleen ambulant plaatsvindt, tenzij dat echt niet anders kan.

Gepast gebruik betekent voor klinische verslavingszorg dat de klinische opname ...

- alleen plaatsvindt als dat noodzakelijk is.
- alleen is geïndiceerd wanneer een patiënt niet kan profiteren van een ambulante behandeling vanwege ernst van de verslaving, ernst van comorbiditeit en/of ernst van maatschappelijke ontwrichting.

¹ Richtlijnen en zorgstandaarden kunnen ook over andere domeinen gaan dan alleen de Zvw.

² Zie bijvoorbeeld het Consensusdocument van Verslavingskunde Nederland en Zorgverzekeraars Nederland inzake kwaliteit van Verslavingszorg.

- nooit alleen gericht kan zijn op verslaving; klinische behandeling kan wel als deze gericht is op instandhoudende psychiatrische comorbiditeit.
- zo kort mogelijk is en de (maximale) opnameduur van tevoren bekend.
- alleen effectief is wanneer dit onderdeel is van een integraal ambulante behandeltraject. Dit geldt ook voor klinische trajecten in het buitenland.

Patiëntgroepen

De dialoogtafel bakent de totale patiëntgroep af op basis van de diagnose en indicatie. De diagnose wordt bepaald op basis van de [criteria van de DSM-5](#). Gepast gebruik gaat ook over passende indicatiestelling. In de indicatiestelling wordt vastgesteld of iemand daadwerkelijk geneeskundige ggz nodig heeft. Daarmee komt de dialoogtafel tot de volgende afbakening: patiënten met een vastgestelde DSM-diagnose voor verslaving en geïndiceerd voor geneeskundige ggz en in het bijzonder voor verslavingszorg.

Binnen deze populatie worden vijf patiëntgroepen onderscheiden op basis van de doelstellingen van zorg.

Patiëntgroep	Doel behandeling*
Cure – enkelvoudige verslaving	Genezing + herstel
Cure – verslaving + comorbiditeit	
Cure – verslaving + comorbiditeit + ernstige sociaal maatschappelijke desintegratie + (evt. andere onderhoudende factoren)	
Care – verslaving (chronisch) + noodzakelijke begeleiding	Harm reduction + herstel
Care – verslaving (chronisch) + palliatieve zorg	

De dialoogtafel hanteert de volgende definities:

- Genezing: het proces waarbij de verschijnselen van een ziekte, spontaan of door een behandeling verdwijnen, waardoor de gezondheid hersteld wordt.
- Herstel: het proces om iemand binnen zijn mogelijkheden zo goed mogelijk te laten functioneren en participeren met zo min mogelijk professionele hulp
- Harm reduction: de nadelige gevolgen van de verslaving voor het individu en zijn omgeving beperken en waar mogelijk voorkomen.

Tenslotte maakt de dialoogtafel ook de volgende algemene opmerking bij deze groepen:

- Patiënten kunnen over groepen heen bewegen.
- Patiënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) komen veel voor. Met een LVB dient in de behandeling rekening gehouden te worden.

In de volgende hoofdstukken worden de patiënten toelicht aan de hand van voorbeelden, patiëntkenmerken en kenmerken van de behandeling.

Cure – enkelvoudige verslaving

Voorbeelden

1. Een stratenmaker gebruikt al jaren oxycodon voor zijn kapotte knieën en heeft hier steeds meer van nodig.
2. Een gepensioneerde die niet meer zonder een fles wijn kan. Voorheen dronk hij alleen in het weekend, nu ook op elke doordeweekse dag.
3. Een 60-jarige vrouw die 15 jaar Benzodiazepines gebruikt voor het slapen.
4. Een 28-jarige vrouw die met haar man in aanraking komt met GHB tijdens hun bezoek aan een parenclub. Zij gebruiken vervolgens GHB ook steeds vaker buiten hun bezoeken.
5. Een jongeman met een eigen bedrijf moet hoog presteren om zijn zaak draaiende te houden. Als hij 's avonds zijn boekhouding heeft gedaan, zoekt hij ontspanning door te gokken. Hij maakt hierdoor schulden, maar blijft gokken in de hoop zijn geld terug te halen.

Patiëntkenmerken

- De verslaving bestaat meestal niet langer dan 5 jaar. In ieder geval is er ook sprake van veel gezonde jaren.
- Gaat vaak om een eerste inschrijving.
- Er is sprake van relatief goed functioneren op de verschillende levensgebieden (denk aan werk, wonen, relatie).
- Gemotiveerd voor behandeling.
- Er is geen sprake van comorbiditeit of comorbiditeit is geen storende factor.
- Er is geen sprake van sociaal maatschappelijke problemen of deze sociaal maatschappelijke problemen zijn geen storende factor.

Kenmerken van de behandeling

- Kortdurend (gemiddeld 3 maanden tot 1 jaar).
- Ambulant, met uitzondering van een eventuele noodzakelijke klinische detox.
- Primair gericht op de verslaving.
- Aandacht voor terugvalpreventie.

Cure – verslaving + comorbiditeit

Voorbeelden

1. Een vrouw met een persoonlijkheidsstoornis, PTSS en ADHD die cocaïne gebruikt.
2. Een jongen met een autistische stoornis die niet kan meekomen op school, zijn eigen wereld creëert en thuis veel gaat gamen.
3. Een jonge militair komt terug in Nederland van zijn uitzending en gaat drinken vanwege zijn PTSS.

Patiëntkenmerken

- Matige/ernstige verslavingsproblematiek die wat langer duurt.
- (al dan reeds onderkende) comorbidity als instandhoudende factor.
- (al dan reeds onderkende) LVB als instandhoudende factor.

- Vaak eerder hulpverlening ontvangen binnen/buiten verslavingszorg
- Er is sprake van minder functioneren op verschillende levensgebieden door verslaving en/of comorbiditeit (denk aan werk, wonen, relatie).
- Minder in staat doelgericht te handelen.
- Soms crisesgevoelig.

Kenmerken van de behandeling

- Gemiddeld langdurend (6 maanden tot 2 jaar)
- Intensief ambulante behandeling
- Klinische detox of klinisch behandelen kan onderdeel zijn van behandeling
- Behandeling gericht op verslaving en instandhoudende co-morbiditeit
- Richtlijnen voor geïntegreerd behandelen worden toegepast, dit betekent o.a. dat diagnostiek comorbiditeit onderdeel is (na abstinentie verslaving)
- Behandeling door multidisciplinair team
- Behandeling in samenwerkingsverband (meerdere partijen)

Cure – verslaving + comorbiditeit + ernstig sociaal maatschappelijke desintegratie + (evt. andere onderhoudende factoren)

Voorbeelden

1. Een psychotische man aan de drank die zijn baan is verloren, geen sociale contacten meer heeft, in de schulden zit en binnenkort zijn huis gaat verliezen. Hij zorgt voor overlast in de buurt en zorgt slecht voor zichzelf.
2. Een jongen met een autistische stoornis die niet kan meekomen op school, zijn eigen wereld creëert en thuis veel gaat gamen. Als zijn ouders hem willen begrenzen in zijn gamegedrag slaat hij het meubilair in puin en hij verzuimt van school.
3. Een jongedame van 18 jaar met LVB en polymiddelengebruik prostitueert zichzelf en komt steeds in conflicten met anderen terecht. Er zijn geregeld meldingen bij de politie.

Patiëntkenmerken

- Ernstig en langdurige verslaving
- Lange behandelgeschiedenis
- Algemeen dagelijks functioneren is ernstig belemmerd
- Er is sprake van ernstige problemen in functioneren op meerdere levensgebieden (denk aan werk, wonen, relatie)
- Psychiatrische comorbiditeit of LVB
- Sociaal maatschappelijke problematiek maakt dat client niet of beperkt kan profiteren van verslavingsbehandeling
- Vaak somatisch problematiek

Kenmerken van de behandeling

- Langdurend (1 tot 3 jaar)
- Moeilijk planbare zorg

- Intensief ambulante behandeling
- Klinische detox of klinisch behandelen regelmatig onderdeel van behandeling
- Belang van een vaste coördinator in behandelproces
- Domein overstijgende behandeling en begeleiding. Een deel van de zorg vindt bijvoorbeeld plaats in de WMO en/of FZ
- Veel ketenpartners betrokken. Denk aan gemeente, justitie, bewindvoerders, etc.
- Maatwerk nodig, ook aanpak sociaal-maatschappelijke problematiek
- Behandeling door multidisciplinair team
- Zorg vaak outreachend geleverd (bijv. FACT-team)
- Er kan sprake zijn van verplichte zorg (Wvvggz, WZD)

Care – verslaving (chronisch) + noodzakelijke begeleiding

Voorbeelden

1. Een 42-jarige moeder van 2 kinderen met een laag IQ en borderline problematiek en verslaafd aan cocaïne. Hierdoor is ze bijna niet behandelbaar.
2. Een alcohol afhankelijke man met ADHD die het niet voor elkaar krijgt ondanks jarenlange behandelingen om langdurig abtinent te blijven. Regelmatig contact met zijn behandelaar werkt het beste voor hem. Zijn behandelaar doet 1 keer in de 3 weken een huisbezoek om een vinger aan de pols te houden.
3. Een vrouw met een LVB heeft PTSS en gebruikt cocaïne en wordt daar psychotisch van. Ze heeft 4 jaar een behandeling gehad binnen de ggz en geen zicht op genezing.

Patiëntkenmerken

- Ernstig en langdurige verslaving met chronisch beloop.
- Vaak een lange behandelgeschiedenis in de verslavingszorg (of andere onderdelen in de ggz), soms bij meerdere instellingen. Vaak meerdere inschrijvingen en meerdere vormen van 'cure' gerichte verslavingsbehandeling al ingezet, waarbij deze behandelingen weinig blijvend effect lijken te hebben gehad.
- Er is sprake van ernstige problemen in functioneren op meerdere levensgebieden (denk aan werk, wonen, relatie).
- Er is sprake van ernstige sociaal maatschappelijke desintegratie.
- Er is sprake van psychiatrische comorbiditeit of (vermoeden van) LVB.
- Zeer moeilijk in behandeling te nemen en te houden. Patiënten hebben om diverse redenen moeite om naar behandelafspraken te komen, of vertonen zorgmijndend gedrag.
- Eerdere genezingsgerichte behandelingen hebben geen tot weinig blijvend of langdurig effect.

Kenmerken van de behandeling

- Doel: stabiliseren van de verslaving ter voorkoming van verergering. Continue onderzoeken van mogelijkheden om kwaliteit van leven (maatschappelijk, psychosociaal, medisch) te verbeteren.

- Behandeling is langdurig, maar laag-intensief. Inschrijving kan 5+ jaren zijn, maar contacten zijn vaak laagfrequent en er is geen sprake van langdurige intensieve (klinische) behandeling.
- De behandeling kent meerdere financieringsstromen en meerdere uitvoerende partijen. Opvang en ondersteuning op sociaal maatschappelijk gebied valt onder de Gemeentelijke financiering. Ook bemoeizorg, dus zorg die voorafgaat aan de (inschrijving/behandeling bij) verslavingszorg (contact leggen, mensen in beeld krijgen, mensen motiveren verslavingszorg te accepteren), valt onder gemeentelijke zorg.
- De behandeling is ambulante. Er is geen sprake van langdurige klinische behandelingen, hoogstens korte detoxopnames of klinische crisisinterventies. Uitzondering hierop is verplichte zorg.
- De behandeling is niet zozeer gericht op het stopzetten of verminderen van het middelengebruik, maar veel meer op zo veel mogelijk de schadelijke of nadelige gevolgen van de verslavingsstoornis opvangen of voorkomen, het stabiliseren van de leefsituatie.
- Er is soms nog te weinig op 'cure' gerichte behandeling ingezet. In dit geval is goede diagnostiek en indicatiestelling een passende interventie om de behandelmogelijkheden te onderzoeken.
- Creëren van een ondersteunend steunend netwerk.
- Zorgen voor een veilige omgeving.
- Zorg wordt vaak outreachend geleverd (bijv. FACT-team).
- Maatwerk nodig, ook aanpak sociaal-maatschappelijke problematiek.
- Herstelgerichte benadering met erkenning van beperkingen en chroniciteit van de problematiek (bijvoorbeeld krachtwerk, ACT).
- Er kan sprake zijn van verplichte zorg (Wvvggz, WZD).

Care – verslaving (chronisch) + palliatieve zorg

Voorbeelden

1. Een verslaafde die langdurig dakloos is die op de methadon post komt.
2. Verslaafden die opgevangen worden op locatie van het Leger des Heils en daar mogen gebruiken.
3. Een heroïne verslaafde die gestabiliseerd is op methadon, voelt onrust vanwege het bijstellen hiervan en gaat daardoor veel drinken. Hierdoor krijgt hij levercirrose.
4. Mensen met een ernstige verslaving die in de thuissituatie stervensbegeleiding ontvangen.

Patiëntkenmerken

- Langdurige verslaving (vaak al meer dan 20 jaar) met een chronisch karakter.
- Behandeling gericht op stabilisatie en harm reduction heeft onvoldoende of geen resultaat opgeleverd. Er is al veel behandeling ingezet zonder resultaat.

- Toenemende lichamelijke of cognitieve achteruitgang en/of andere nadelige gevolgen door chronisch gebruik, waarbij het niet is gelukt dit tegen te gaan of te stabiliseren.
- Er is gezamenlijk met de patiënt vastgesteld dat stoppen of veranderen/verminderen van het middelengebruik niet haalbaar is, en verdere behandeling geen effect zal hebben.
- Uitbehandeld voor de verslaving. Vaak is er gedurende lange tijd veel behandeling ingezet zonder blijvend resultaat. Vaak is er ook een periode verplichte zorg geweest.
- Vertoont zorgmijdend gedrag, is moeilijk in zorg te krijgen en te houden. Patiënt is ook vaak niet (meer) gericht op of gemotiveerd voor verandering van het verslavingsgedrag.

Kenmerken van de behandeling

- Er zijn geen zinvolle behandelmogelijkheden (meer).
- Zorg is gericht op het beperken van het lijden, niet meer op cure of stabilisatie.
- Begeleiding van de achteruitgang (palliatieve zorg).
- Het zwaartepunt van de zorg ligt bij opvang, sociaal maatschappelijke ondersteuning (wonen, financiën, contacten) en medische ondersteuning.
- Langdurige behandeltrajecten (5+ jaar), ambulante, laagfrequente zorg. Vaak een laatste fase van het behandeltraject.
- Zo nodig een (korte) opname om lichamelijk te stabiliseren.
- Ook hier zijn er verschillende partijen en verschillende financieringsstromen (gemeente, ZVW, soms WLZ).
- Er wordt besloten tot palliatieve zorg na uitgebreid overleg met betrokken partijen, de patiënt en betrokkenen van de patiënt, vaak in de vorm van een moreel beraad.

Matrix

De dialoogtafel heeft in een matrix de patiëntgroepen afgezet ten behandelkenmerken op groepsniveau. In de matrix zijn in de kolommen de vijf patiëntgroepen opgenomen. In de regels zijn behandelkenmerken benoemd.