



Bijlage 3

Beleid verslavingszorg

Inleiding

Multizorg VRZ hanteert vanaf 2016 een specifiek inkoopbeleid voor verslavingszorg. Vorig jaar hebben wij instellingen gevraagd om hun zorgprogramma's op het gebied van alcoholverslaving naar ons toe te sturen. Deze programma's, de gesprekken die wij met instellingen gevoerd hebben en het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van het Zorginstituut Nederland zijn basis voor dit beleid.

Met een specifiek beleid voor de verslavingszorg beogen wij het inkopen van doelmatige en rechtmatige zorg die effectief is voor onze verzekerden. Daarnaast biedt het de mogelijkheid om op basis van inkoopspecificaties relaties aan te gaan of te verstevigen met aanbieders van verslavingszorg. Hieruit kan een partnership voortvloeien.

Voor het opstellen van deze inkoopspecificaties is gebruik gemaakt van het rapport 'Verslavingszorg in beeld' van 13 oktober 2014. Graag maken wij met u afspraken over onderstaande zaken.

Zorg

Diagnostiek en behandelintensiteit

Diagnostiek en het bepalen van de behandelintensiteit worden vastgesteld aan de hand van een screeningsinstrument, zoals de MATE of EuropASI.

Detoxificatie - ambulant versus klinisch

Er is geen evidentie voor het verschil in effectiviteit tussen ambulante en klinische detoxificatie. Daarom zal de behandelaar per cliënt moeten beoordelen of deze redelijkerwijs op de klinische setting is aangewezen. Klinische detoxificatie moet door de instelling zelf worden uitgevoerd of door een door ons gecontracteerde ggz-instelling. Indien de klinische detox wordt uitgevoerd door een andere instelling, dan dient er een samenwerkings-overeenkomst 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 beschikbaarheid van een verslavingsarts en/of psychiater vereist.

Aan onderstaande voorwaarden dient een cliënt te voldoen voor klinische detoxificatie:

- Cliënten bij wie sprake is van een verhoogd risico op het optreden van ernstige of medisch gecompliceerde ontwenningsschijnselen;
- Cliënten met gelijktijdig optredende, algemene medische aandoeningen, waardoor ambulante detoxificatie onveilig is.

Behandelingen - Ambulant versus klinisch

Multizorg VRZ wil het inzetten van ambulante behandelingen stimuleren. Wij sluiten daarom aan bij onderstaande richtlijn:

"Het is aangetoond dat klinische behandeling van verslavingszorg in het algemeen niet effectiever is dan ambulante behandeling.



Op basis van multidisciplinaire richtlijnen dient klinische behandeling uitsluitend te worden aangeboden aan personen met ernstige medisch/psychische co-morbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. Alleen in die gevallen is het verblijf noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg”.

Aan onderstaande kenmerken dient een cliënt te voldoen voor opname:

- Cliënten die een overdosis hebben genomen en niet veilig kunnen worden behandeld in een poliklinische setting of op een afdeling voor spoedeisende hulp.
- Cliënten 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.
- Cliënten bij wie sprake is van een bepaalde mate van psychiatrische comorbiditeit die hun mogelijkheden om deel te nemen aan, zich 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 behoeft in het ziekenhuis.
- Cliënten die middelen gebruiken of verdragingen vertonen die een acuut gevaar vormen voor zichzelf of anderen.
- Cliënten 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 meer aandoeningen die een gevaar vormen voor anderen of die hun lichamelijke en geestelijke toestand voortdurend in gevaar brengen.
- Cliënten bij wie de sociale desintegratie als gevolg van de ernst van de verslavingsproblematiek dermate groot is dat zelfstandig functioneren medisch gezien onverantwoord is.

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.

Verblijf Zonder Overnachting

Verblijf Zonder Overnachting (VZO) wordt door ons niet gecontracteerd. VZO betreft begeleiding in de dagstructuur en stabilisatie van psychische functies van cliënten die het risico lopen om opgenomen te moeten worden.

Nazorg

Behandelprogramma's, zowel klinische als ambulante, dienen altijd te voorzien in nazorg. Het ontbreken daarvan heeft negatieve gevolgen voor het effect van de behandeling. Vormen van nazorg kunnen zijn: telefonische monitoring en gerichte feedback en zelfhulpgroepen. Nazorg dient integraal deel te zijn van het bij aanvang opgestelde behandelplan.



Zelfhulp

Het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot. Derhalve geldt de aanbeveling dat alle cliënten met een verslaving 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.

Interventies:

Alcohol:

- Effectief: medicamenteuze behandeling, motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie (algemeen).
- Mogelijk effectief: Community Reinforcement Approach, contingentmanagement, internetbehandeling.
- Niet effectief: psychotherapie.
- Klinische detoxbehandeling is niet effectiever dan ambulante detoxbehandeling.
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanbeveling een klinische behandeling in te richten volgens de 12-stappenbenadering, niet effectiever dan andere behandelingen.

Cannabis:

- Effectief: cognitieve gedragstherapie en MultiDimensional Family Therapy bij adolescenten.
- Onbekend: internetbehandeling.
- Er is nog geen medicatie beschikbaar om cannabisverslaving aan te pakken.

Opiaten:

- Effectief: medicamenteuze behandeling bij detox en onderhoudsbehandeling, heroïne op voorschrift, cognitieve gedragstherapie, Community Reinforcement Approach, contingentmanagement, zelfhulpgroepen.
- 12-stappenbenadering: vooralsnog geen aanwijzingen voor betere resultaten dan cognitieve gedragstherapeutische of gemengde benadering.
- Klinische behandeling dient uitsluitend aangeboden te worden aan personen met ernstige, medische en/of psychiatrische co-morbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van middelenafhankelijkheid.

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.

Niet gespecificeerd drugsgebruik:

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

Dubbele diagnoses:

- 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.