

Consensusdocument Verslavingskunde Nederland – Zorgverzekeraars Nederland inzake Kwaliteit van Verslavingszorg

April 2021

Inleiding

Verslavingskunde Nederland en Zorgverzekeraars Nederland treffen elkaar sinds 2019 geregeld en hebben de ambitie om nauw samen te werken met als doel de onderscheidende kwaliteit van verslavingszorg in Nederland te verhogen. Onderhavig Consensusdocument inzake kwaliteit van zorg in de vz is hiervan een eerste gezamenlijk resultaat wat door beide partijen onderschreven wordt. Dit document is tot stand gekomen middels een gezamenlijke werkgroep.

a. Hoe kan zinvol onderscheid gemaakt tussen Gespecialiseerde GGZ (Zvw) en ondersteuning (Wmo)?

In de Gespecialiseerde GGZ is sprake van herstelgericht werken in de brede zin des woords, hetgeen betekent dat ook klinisch herstel (dwz op symptoomniveau) van verslavingsproblematiek volgens evidence based methoden (zoals farmacotherapie en gedragstherapie) wordt nagestreefd. Deze zorg is herstelgericht in die zin dat de cliënt wordt uitgenodigd en gestimuleerd om mede vorm te geven aan de inhoud van de behandeling op grond van zijn individuele herstelwens. Een uniform behandeltraject voor alle cliënten kan niet anders dan met dat principe in strijd zijn.

Gezien de verschillende problemen die mensen hebben op psychiatrisch, psychologisch, somatisch en sociaal gebied moet de samenstelling van de multidisciplinaire staf van dien aard zijn dat de herstelwensen van de cliënt kunnen worden beantwoord. Dit betekent dat ervaringsdeskundigen, maatschappelijk werkenden, verpleegkundigen, GZ-psychologen en/of psychotherapeuten en/of klinisch psychologen, verpleegkundig specialisten, verslavingsartsen KNMG en psychiaters deel van het behandelteam moeten uitmaken.

Gezien de complexiteit van de doelgroep moet een verslavingszorgbehandeling door gebruik van de nodige disciplines kunnen inspelen op de meest voorkomende comorbiditeit (zoals Angststoornissen, Stemmingsstoornissen, ADHD, psychotische stoornissen, Persoonlijkheidsstoornissen). Dit kan integraal of in nauwe samenwerking met ketenpartners gebeuren.

Alleen indien noodzakelijk op grond van te verwachten somatische of psychiatrische complicaties van de ontgifting kan een abstinenterichte behandeling deels klinisch zijn. Ook na herhaaldelijke terugval tijdens een ambulante behandeling kan een klinische detox worden overwogen om deze impasse te doorbreken. De duur van de klinische behandeling moet zo kort mogelijk zijn, omdat omgevingsfactoren en cue-reactiviteit dusdanig grote invloed hebben dat winst behaald in een vreemde kliniekomgeving zeer wankel is. Daarnaast is het betrekken van de omgeving van groot belang en is behandeling effectiever als cliënt zich in de thuissituatie bevindt waar gedrag zich kan generaliseren.

Langer durende klinische behandeling is alleen zinnig als er complicerende factoren zijn

naast de verslavingsproblematiek zoals psychiatrische stoornissen of ernstige lichamelijke achteruitgang waardoor medische intensieve zorg vereist is. Het gaat dan meestal om psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek en/of traumatisering (PTSS), om behandeling van een bijkomende psychotische stoornis of om een neurocognitieve stoornis tot gevolg van alcohol.

Tijdens een opname en ook tijdens dagklinische behandeling is het onwenselijk als cliënten langer dan 8 uur per dag met therapie of begeleiding bezig zijn, waarbij tot de normale dagstructuur behorende activiteiten zoals eten en t.v.-kijken niet tot therapie of begeleiding worden gerekend.

Mocht klinische behandeling noodzakelijk zijn, dan moet er sprake zijn van een gedegen ambulante voorbereiding en vervolgbehandeling in de eigen regio.

- b. *Hoe kan op een voor zorgaanbieders administratief eenvoudige manier dit onderscheid gemaakt worden tussen Zvw-zorg en Wmo-ondersteuning, zonder dat dit direct leidt tot ontkoppeling van de geleverde zorg en ondersteuning?*
Nu is de herkomst van de financiering wellicht het belangrijkste onderscheid tussen ZVW en WMO. In het zorgclustermodel wordt per discipline per consult gedeclareerd en wordt per patiënt duidelijk in welke mate de onder 2a genoemde disciplines betrokken zijn en of er dus sprake is van zorg of ondersteuning. Aangezien tijdens de dagbesteding geen directe patiëntgebonden activiteit door behandelaren mag worden geregistreerd en er per consult wordt gedeclareerd is ook meer inzichtelijk of men zich aan deze regel houdt.
- c. *Hoe kan dit onderscheid ook eenvoudig gehanteerd worden door zorgverzekeraars in het verantwoordingsproces (rechtmatige en doelmatige zorg)?*
Zie onder 2a en 2b.
- d. *Hoe kunnen de mogelijkheden van het zorgprestatie-model per 2022 benut worden (incl. zorgvraagtyperingen en settingen)?*
De zorg vindt plaats onder regie van iemand met een BIG beroep. In de verschillende settingen (bijvoorbeeld de klinische) zal van dag tot dag duidelijk zijn in welke mate welke BIG-beroepsbeoefenaren bij de zorg betrokken zijn en of voldaan wordt aan de onder 2a. genoemde kwaliteitsvoorwaarden.
- e. *Welke evidence-based behandelingen vinden thans mede door financieringsproblematiek onvoldoende toepassing en hoe kan hier kwaliteitsverbetering plaatsvinden? (Specifiek CM).*
Net zoals ECT en methadonverstrekking nu onder de "overige prestaties" vallen zou Contingency Management, evenals inname van disulfiram onder toezicht hier een plaats moeten krijgen. Op niet al te lange termijn zouden nu nog experimentele behandelingen met psilocybine, ketamine en MDMA hier ook onder moeten vallen, mits er voldoende evidence is verzameld. Dit gezien het enerzijds beperkte aantal en anderzijds de lange duur van de zittingen, die in de consultenstructuur van het zorgclusterfinancieringssysteem niet zijn te factureren .
- f. *Zijn er minimale (of maximale) eisen te formuleren aan de inzet van en/of kennisontwikkeling van bepaalde groepen professionals/expertise?*
Naast degenen met een BIG-registratie werken er in de verslavingszorg ook (mede)behandelaren. Naast dat deze dienen te voldoen aan de eisen gesteld in de Beroepenlijst dienen deze een relevante HBO-opleiding te hebben. Er bestaan geen

specifieke HBO vooropleidingen voor de verslavingszorg. De medewerkers die optreden als (mede) behandelaar dienen te worden opgeleid voor gericht werken in de verslavingszorg, vooral gericht op cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering met farmacotherapie. Indien er niet-BIG-geregistreerd personeel ingezet wordt dient dit voldoende expertise te hebben op gebied van de verslavingszorg en onder supervisie van een BIG geregistreerde medewerker ingezet te worden. Voor ervaringsdeskundigen volstaat een MBO-opleiding ter zake.

- g. *Zijn er minimale eisen te formuleren aan de inrichting van het zorg- en ondersteuningsproces?*

De behandelinhoudelijke beslissingen moeten onafhankelijk zijn van financiële consequenties. Bedoeld hiermee wordt dat er geen druk uitgeoefend mag worden vanuit bedrijfsvoering perspectief ten aanzien van bijvoorbeeld opname of ontslag van patiënten. Ook mag er geen sprake zijn van het toekennen of ontvangen van kick-backfees, dus financiële tegemoetkomingen in ruil voor verwijzing. Directie of bestuurders van zorginstellingen mogen geen financiële belangen hebben bij beslissingen van de desbetreffende zorginstellingen, zoals bijvoorbeeld ten aanzien van vastgoed of inhuur van personeel. Er moet onafhankelijk toezicht zijn op de kwaliteit van zorg door een geneesheer-directeur. Verder moet voldaan worden aan de wettelijke eisen (zoals de Wet Normering Topinkomens). Zie verder onder 2a.

- h. *Zijn er financiële beperkingen in de inzet van ervaringsdeskundigen en hoe zou die inzet kunnen worden uitgebreid?*

De mening van de werkgroep is dat inzet van ervaringsdeskundigen met tenminste een MBO-diploma declarabel zou moeten zijn.

- i. *Zijn er beperkingen in de regelgeving omtrent inzet van disciplines in het zorgproces die leiden tot toename van wachtlijsten en hoe kan die regelgeving worden aangepast?*

Het nieuwe kwaliteitsstatuut GGZ zou niet in ongewijzigde vorm ingevoerd moeten worden, anders wordt de zorg ontoegankelijker door wachtlijsten, duurder dan nu het geval is en cliëntonvriendelijker doordat veelal verplichte gesprekken met twee types regiebehandelaar moeten plaatsvinden voor het contact met de feitelijke behandelaar.

- j. *Is er voldoende mogelijkheid tot experimenteren met nieuwe zorgvormen binnen de geldende regelgeving?*

Er is de Subsidieregeling veelbelovende zorg van het ZorgInstituut Nederland, maar welke financiële mogelijkheden deze regeling biedt voor experimenten in de verslavingszorg is vooralsnog niet duidelijk.