

**NISPA**

**Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction**



**Universitair Medisch Centrum**  
*Utrecht*

# **Residentiële Voorzieningen in de verslavingszorg**

Gerdien de Weert  
Ineke Zekveld  
Cor de Jong  
Guus Schrijvers

Nijmegen, 1 mei 2010

Naar dit rapport kan als volgt worden verwezen: Weert-van Oene GH de, Zekveld G. Jong CAJ de, Schrijvers AJP: Residentiële Voorzieningen in de verslavingszorg. NISPA/UMCU, mei 2010.

*Dit rapport is opgedragen aan Erika van Vliet*

# Inhoudsopgave

Voorwoord

Lijst met gebruikte afkortingen

Dankwoord en leeswijzer

1. Projectbeschrijving
  - 1.1. Inleiding
  - 1.2. Aanpak en methodologie
  - 1.3. Procesevaluatie
  - 1.4. Tot besluit
  
2. Rapportagekader
  - 2.1. Stepped Care Model
  - 2.2. Patient Placement Criteria
  - 2.3. Begrippenkader
  
3. Resultaten Algemeen
  - 3.1. Landelijke spreiding
  - 3.2. Financiering
  
4. Samenvattende resultaten, discussie, aanbevelingen
  - 4.1. Indeling van de residentiële verslavingszorg
  - 4.2. Het gebruikte meetinstrument
  - 4.3. Naamgeving afdelingen
  - 4.4. Doelgroep en behandelingsdoel
  - 4.5. Indicatiecriteria
  - 4.6. Organisatiekenmerken
  - 4.7. Type zorg
  - 4.8. Toepassing screenings- en diagnostische instrumenten
  - 4.9. Toepassing richtlijnen en protocollen
  - 4.10. Toepassing therapieën en interventies
  - 4.11. Plaats in de keten
  - 4.12. Kansen en bedreigingen, hiaten en overlappen
  - 4.13. Tot besluit

Referenties



## Voorwoord



## Gebruikte afkortingen

ACT	assertive community treatment
ADAD	adolescent drug abuse diagnosis
ADHD	attention deficit and hyperactivity disorder
ADL	algemene dagelijkse levensverrichtingen
ASAM	American Association of Addiction Medicine
ASI	Addiction Severity Index
AWBZ	algemene wet bijzondere ziektekosten
BAC	Bloed Alcohol Concentratie
BOR	bed op recept
BOPZ	(wet) bijzondere opname psychiatrisch ziekenhuis
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CBCL	Child Behavior Check List
CBO	Centraal Begeleidings Orgaan / Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
(C)DD	(afdeling voor) Crisisopvang Detoxificatie en Diagnostiek
CGT	cognitieve gedragstherapie
CIDI-SAM	Composite international diagnostic interview - substance abuse module
CIWA-Ar	Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised
CRA	community reinforcement approach
CVZ	College Voor Zorgverzekeringen
DD	Dubbele Diagnose (kliniek)
DDC	dual diagnosis capable
DDCAT	dual diagnosis capability in addiction treatment
DDE	dual diagnosis enhanced
DSM	diagnostic and statistical manual
DVM	dienst verblijf motivatie
EBM	evidence based medicine
GAF	general assessment of functioning
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GHB	gamma hydroxy boterzuur
GOI	General organizational index
HA	huisarts
HONOS	Health of the Nation Outcome Scales
IBS	In Bewaringstelling
IC	invitational conference
IDDT	Integrated dual diagnosis treatment
IMC	Intramuraal Motivatie Centrum
IVO	Instituut voor Verslavingsonderzoek
IQ	Intelligentiequotiënt
KKV	Kortdurende Klinische Verslavingszorg
KVC	Klinische Verslavingszorg en cognitieve problemen
KVO	kinderen van verslaafde ouders
LKV	Lang(er)durende Klinische Verslavingszorg
LOC	Level of Care
LVG	licht verstandelijk gehandicapten

MDO	multidisciplinair overleg
MDR	multidisciplinaire richtlijn
Mft	Motivatatie voor behandeling (zelfrapportage patiënt)
Mft-O	Geobserveerde motivatie voor behandeling (zelfrapportage hulpverlener)
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie
NISPA	Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction
NOSI	Nijmeegse Ouderlijke Stress index
NPO	Neuropsychologisch onderzoek
NVM	De Nederlandse Verkorte MMPI
PAAZ	Psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis
PI	penitentiaire inrichting
PIJ	plaatsing in een inrichting voor jeugdigen
PMT	psychomotore therapie
PPC	Patient Placement Criteria
PTF	Probleem Taxatie Formulier
RCQ	Readiness to Change Questionnaire
Resoc	Resocialisatie
RIBW	regionale instellingen voor beschermd wonen
RIOB	richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling
RM	Rechterlijke Machtiging
ROM	routine outcome monitoring
RS	Resultaten Scoren
RV	residentiële voorziening(en)
SCM-R	stepped care model voor de residentiële verslavingszorg
SCM-RJ	stepped care model voor de residentiële jeugd-verslavingszorg
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SOS/OOS	Subjectieve Onthoudings Schaal, Objectieve Onthoudings Schaal
SPV	sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
SWOT	strengths and weaknessess, opportunities and threats
TRF	teacher's report form
UC	Urine controle
Wet BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
WGBO	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
WMO	Wet Maatschappelijke Opvangvoorzieningen
YSR	Youth Self Report
ZVW	zorgverzekeringswet



## Dankwoord en leeswijzer

Op deze plaats willen wij een dankwoord richten aan een aantal personen en instellingen zonder welke het project niet had kunnen worden afgerond. Ten eerste willen wij de Stuurgroep Resultaten Scoren danken voor het in ons gestelde vertrouwen waarmee zij ons de opdracht tot dit project heeft gegeven. Daarnaast gaat onze dank uit naar Wim Buisman die de gehele projectperiode zeer betrokken is gebleven, zeer bereikbaar was, en ons met raad en daad terzijde heeft gestaan.

De instellingen voor verslavingszorg in Nederland willen wij bedanken voor de medewerking, voor de openheid waarmee onze vragen zijn beantwoord en voor het invullen van de lange vragenlijsten. Dank ook voor het meedenken met ons tijdens de invitationale conferences en via andere media.

Tenslotte bedanken wij ook onze collega's Tom Holsbeek, Cor Verbrugge en Anke Snoek met wie wij samen het monitoroverleg vormen. Tom en Cor hebben in de moeilijke aanloopfase van dit project een deel van de taken overgenomen en ons verder met raad en daad terzijde gestaan. Anke heeft de interviews uitgevoerd bij de jeugdverslavingszorg, voorwaar een hele klus.

### Leeswijzer bij de rapportage

Het rapport is als volgt opgebouwd:

Hoofdstuk 1 vormt een inleidend hoofdstuk waarin we de aanleiding en doelstelling van dit project beschrijven. Het meetinstrument wordt in dit hoofdstuk beschreven. Ook bevat dit hoofdstuk een evaluatie van de gang van zaken bij dit project: een procesevaluatie.

In hoofdstuk 2 wordt een referentiekader neergezet voor de aanpak en rapportage. Hierin gaan we vooral in op de stepped care en op de patient placement criteria.

In hoofdstuk 3 is een overzicht gegeven van de instellingen die hebben deelgenomen aan het project.

Hoofdstuk 4 bevat samenvattende overzichten met daarbij beschouwend commentaar dat mede is gebaseerd op de discussies tijdens de invitationale conferences.

Bij deze rapportage behoort een aantal bijlagen waarin meer specifieke resultaten zijn weergegeven voor de afdelingen crisisopvang, detoxificatie en diagnostiek; afdelingen voor complexe verslavingszorg; voor verslavingszorg-plus; voor resocialisatieafdelingen; en voor jeugdverslavingszorg. Deze bijlagen zijn op aanvraag verkrijgbaar.

In deze rapportage worden bepaalde keuzes gemaakt ten aanzien van de terminologie. Deze willen we hier aangeven, zonder overigens te willen beweren dat dit de enige juiste terminologie is. We spreken van patiënten, als het gaat om personen met een probleem rond middelenafhankelijkheid en/of misbruik. Andere gebruikers van de zorg worden aangeduid als cliënten, of zelfs als klanten.

Een patiënt, cliënt of klant wordt aangeduid als 'hij'. Dat is een keuze om het omslachtige 'hij/zij' te vermijden.

Nijmegen, 1 april 2010.



# 1. PROJECTBESCHRIJVING

## 1.1. Probleemstelling

Verslaving is een chronische hersenziekte die gepaard gaat met een destructieve manier van leven, vaak resulterend in onomkeerbare veranderingen in de hersenen (Leshner, 1997). Behandeling voor verslavingsproblemen wordt in Nederland vooral aangeboden door instellingen voor verslavingszorg, die veelal een regionale functie hebben. Een enkele instelling heeft een bovenregionale functie. De instellingen voor verslavingszorg verzorgen het aanbod van hulp aan mensen met problemen met en rond het gebruik van middelen - alcohol, drugs, psychofarmaca – of met en rond pathologisch gewoontegedrag – gokken, internetverslaving. Deze hulp vindt plaats in zowel ambulante als residentiële settingen. De capaciteit aan residentiële behandeling omvat landelijk ongeveer 1700 bedden (CTG, 2003); dat is exclusief de recente bedden die voor de jeugd verslavingszorg zijn toegekend. In 2000 werd 49% van het budget voor de verslavingszorg gespendeerd aan residentiële zorg. Het bedrag dat hiermee gemoeid was bedroeg destijds ruim 61 miljoen euro (Schippers et al, 2003).

Residentiële behandeling vindt in grote lijnen plaats in de volgende voorzieningen (Damen et al, 2006):

- Voorzieningen voor detoxificatie en/of diagnostiek
- Voorzieningen voor crisisinterventies
- Intramurale motivatie centra (IMC's)
- Kortdurende klinische voorzieningen (gemiddelde opnameduur < 4 maanden)
- Langdurende klinische voorzieningen (gemiddelde opnameduur > 4 maanden)
- Leeftijdsspecifieke voorzieningen: zorg voor jongeren, voor ouderen
- Voorzieningen vanuit of rakend aan justitieel kader
- Voorzieningen voor dubbele diagnose patiënten (DD klinieken).

Wat opvalt in deze opsomming is dat de ene voorziening een benaming heeft die de duur van de behandeling weergeeft (kort- en langdurend), terwijl de andere voorziening een meer doelgroepgerichte aanduiding heeft (dubbele diagnose klinieken). Een derde benaming geeft meer de inhoud van de zorg weer (crisisinterventie, detoxificatie). De ingeburgerde benamingen van de residentiële voorzieningen – die overigens volgens Damen et al (2006) overeenkomt met de internationale zorg – reflecteren dan ook al de verwarring die heerst over wat er werkelijk gebeurt in deze settingen. Daarnaast komen er regelmatig nieuwe typen voorzieningen bij - zoals voor jeugdigen, voor patiënten met een niet-westers etnische achtergrond, en private ondernemingen - die ook weer hun eigen plek in het hele scala moeten veroveren. Een andere indeling is gebaseerd op het type zorg dat wordt aangeboden: preventie, cure, care en palliatie. Preventie is gericht op het voorkomen van verslavingsproblematiek (primaire preventie), op het vroegtijdig onderkennen van verslavingsproblematiek (secundaire preventie) en op het voorkomen van recidive, verergering en complicaties bij verslavingsproblematiek (tertiaire preventie). Curatieve zorg is gericht op behandeling en genezing; care op stabilisatie en harm reductie. Bij palliatie wordt zorg geboden op een manier waarbij de patiënt het leven waarin het gebruik van stoffen centraal staat zo optimaal mogelijk kan laten verlopen (Damen et al, 2006).

In het rapport van Damen, werd geconstateerd dat de residentiële voorzieningen in de verslavingszorg een lappendeken vormen, waarbij “weinig duidelijk is over de doelstellingen, indicatiecriteria en methodieken van de verschillende afdelingen”. De geconstateerde heterogeniteit geldt zowel binnen één type

voorziening, als tussen de voorzieningen onderling. Naast de gerapporteerde verschillen in het rapport van Damen et al, is deze heterogeniteit ook bij de monitor-projecten van het NISPA bij de DD klinieken en IMC's geconstateerd. Een korte inventarisatie bij de IMC's in 2006 leverde een grote diversiteit op aan instroomcriteria en –procedures, uitstroomcriteria, opnameduur en visie op behandeling (de Weert-van Oene et al, 2007). Bij de DD klinieken blijkt eveneens sprake van sterk uiteenlopende programma's. Overigens blijkt dit niet een specifiek Nederlands probleem: ook internationaal is men zoekende naar meer eenduidigheid in het aanbod van (residentiële) verslavingszorg (Timko et al, 2005). Het lijkt erop dat indicatiestelling en zorgtoewijzing in ons land sterker worden bepaald door regionale omstandigheden en tradities, dan door de aard en ernst van de problematiek. Van vraag- en patiëntgerichtheid is in deze situatie slechts beperkt sprake.

Daarnaast is het evenmin goed mogelijk om te komen tot echte stepped-care benadering in de verslavingszorg wanneer niet meer duidelijkheid wordt verkregen over de opzet en inhoud van de programma's die worden aangeboden. De huidige heterogeniteit, en met name het gebrek aan transparantie in het aanbod, leidt ook tot verminderde efficiëntie en effectiviteit van de zorg. De diversiteit betreft de residentiële zorg in al haar facetten, van organisatiefactoren (aantal bedden, duur programma, bedbezetting; teamsamenstelling e.d.) tot visie op behandeling en programma-inhoud.

Het hoofddoel van dit onderzoek was te komen tot een goede inventarisatie en op basis daarvan tot een adequate indeling van de gepresenteerde voorzieningen naar eerder genoemde functies. Het ontwikkelen van een breed gedragen instrument om het behandelaanbod in kaart te brengen en te komen tot inzicht in het aanbod van residentiële hulpverlening aan verslaafden in Nederland en uiteindelijk tot meer uniformiteit hierin, waren doelen die hier direct uit volgden. Flexibiliteit in het behandelingsaanbod wordt beschouwd als een kritisch kenmerk van succesvolle behandeling juist in verband met de diversiteit in behoeften bij patiënten (Brunette et al, 2001). Transparantie is dan het sleutelwoord.

Op basis van bovenvermelde probleemstelling hebben we antwoorden gezocht op de onderstaande vragen:

1. Welke zijn de residentiële voorzieningen voor verslavingszorg in Nederland?
  - Welke is hun regionale spreiding, omvang, capaciteit en doelgroep.
  - Welke zijn organisatiekenmerken van deze residentiële voorzieningen?
  - Welke kenmerken hebben residentiële voorzieningen voor verslavingszorg in termen van doelgroep, programma-inhoud, visie op verslaving en op behandeling?
  - Welke input, throughput en output hebben deze voorzieningen?
2. Welke plaats hebben preventie, cure, care en palliatie binnen elk van deze voorzieningen?
3. Welke overeenkomsten en verschillen kunnen op basis van de bevindingen bij 1 en 2 worden geformuleerd over deze voorzieningen?
4. Welke adviezen kunnen op basis van 1, 2 en 3 worden geformuleerd over de ordening van residentiële voorzieningen voor verslavingszorg in Nederland in de toekomst?

## 1.2. Aanpak en methodologie

### *Opzet van het onderzoek*

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is een inventariserend en beschrijvend onderzoek uitgevoerd. De beoogde *doelgroep* van deze beschrijving werd gevormd door de instellingen voor verslavingshulpverlening in het land. Particuliere instellingen voor verslavingszorg zijn uitgesloten van deelname omdat zij niet deelnemen aan Resultaten Scoren.

Van de 15 instellingen zegden 13 hun medewerking aan dit onderzoek toe. Voor een beschrijving van de gang van zaken binnen dit project verwijzen wij naar paragraaf 1.3: procesevaluatie.

Voor het grootste deel<sup>1</sup> zijn de instellingen benaderd met een *vragenlijst* met het verzoek deze schriftelijk in te vullen. De lijsten zijn gericht verzonden aan zowel leidinggevende (teamleider, manager) als inhoudelijk verantwoordelijke (behandelcoördinator) van een voorziening met het verzoek de lijst in gezamenlijke inspanning in te vullen, conform de richtlijnen beschreven in de IDDT, GOI en DDCAT (zie verder onder meetinstrumenten).

Aangekondigd is dat er *site visits* zouden plaatsvinden per instelling zodra alle ingevulde lijsten van die instelling binnen zouden zijn. De *site visits* hadden tot doel: observatie ter plaatse, objectivering van een aantal ingevulde items en verificatie van de ingevulde lijsten met de mogelijkheid een en ander aan te vullen, dan wel waar nodig te verduidelijken.

Tijdens de projectfase zijn drie landelijke *invitational conferences* gepland die ten doel hadden:

1. betrekken van alle instellingen bij de gang van zaken in het project;
2. verkrijgen van inbreng in de te inventariseren thema's en creëren van een draagvlak voor het ontwikkelde meetinstrument;
3. commitment met de inhoud van de rapportage en in gezamenlijkheid komen tot conclusies en aanbevelingen.

### *Meetinstrumenten*

Bij de inventarisatie is gebruik gemaakt van internationaal gevalideerde instrumenten, die geschikt zijn gemaakt voor brede toepassing in de Nederlandse verslavingszorg. Een aantal instrumenten vormde hierbij het uitgangspunt: de Integrated Dual Diagnosis Treatment Fidelity Scale (IDDT) (Mueser et al, 2003) en de hiervan afgeleide en meer op de verslavingssector gerichte Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index (McGovern et al, 2006). En de General Organizational Index (GOI), die vooral gericht is op de mate waarin een behandelingsaanbod evidence based is.

De *Integrated Dual Diagnosis Treatment fidelity scale (IDDT)* omvat 13 programma-specifieke items die meten of en in welke mate er sprake is van implementatie van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling. Elk item van de schaal wordt gescoord op een 5-puntsschaal die loopt van 1 (niet geïmplementeerd) tot 5 (volledig geïmplementeerd). De normen waaraan wordt getoetst zijn bepaald door middel van zowel expert panels als empirisch onderzoek. De IDDT is een fidelity scale, evenals overigens de DDCAT en de GOI (zie hieronder). De term "fidelity" verwijst naar *adherence to the key elements of an evidence based practice, as described in the controlled experimental design, and that are shown to be critical to achieving the positive results found in a controlled trial.*

---

<sup>1</sup> zie verder onder beschrijving pilots

De *Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index* is een fidelity instrument bestemd voor toepassing binnen de verslavingszorg. De DDCAT is ontwikkeld sinds 2003 en is – net als de IDDT - gebaseerd op de fidelity assessment methodologie. Deze methodologie wordt onder andere gebruikt om te bepalen in welke mate een programma evidence based is in het algemeen, en in welke mate het geïntegreerde hulp biedt bij dubbele diagnose problematiek in het bijzonder. De DDCAT is direct afgeleid van de IDDT, maar specifiek bedoeld voor de verslavingssector. In de DDCAT worden 35 programma-elementen geëvalueerd, die zijn ondergebracht in zeven dimensies (schema 1).

De DDCAT leunt zwaar op de taxonomie die is ontwikkeld ten behoeve van de American Society of Addiction Medicine (ASAM) Patient Placement Criteria (PPC; zie voor verdere beschrijving hiervan hoofdstuk 2). Deze taxonomie leverde korte aanduidingen op van drie categorieën van voorzieningen voor verslavingszorg (Addiction Only Services; AOS), van Dual Diagnosis Capable (DDC) en van Dual Diagnosis Enhanced (DDE) programma's. Echter, de PPC bood geen uitgebreide en diepgaande beschrijving van deze verschillende categorieën. In de DDCAT is aangesloten bij deze indeling uit de PPC.

De *General Organizational Index (GOI)* meet een set van karakteristieken van een organisatie die samenhangen met de mate waarin deze organisatie evidence based werkt.

De items van de GOI zijn afgeleid van de klinische praktijk en van onderzoek. De elementen van het instrument zijn weergegeven in schema 1. De hypothese bij dit instrument is dat programma's die hoog scoren op de GOI een grotere mate van effectiviteit bezitten in het implementeren van evidence based behandelingen en in het bereiken van positieve behandelingsresultaten. De GOI kan gebruikt worden als self-assessment instrument door instellingen voor continue monitoring.

Schema 1. Overzicht fidelity scales.

	<b>IDDT</b>	<b>DDCAT</b>	<b>GOI</b>
Aard instrument	Fidelity instrument	Fidelity instrument	Fidelity instrument
Doel	Vaststellen mate van dual diagnosis capability in GGZ voorzieningen	Vaststellen mate van dual diagnosis capability in verslavingszorgvoorzieningen	Vaststellen mate van evidence based werken
Dimensies*	1a. Multidisciplinary team 1b. Integrated substance abuse specialist; 2. Stage-wise interventions; 3. Access for IDDT clients to comprehensive DD services; 4. Time-unlimited services; 5. Outreach; 6. Motivational interventions; 7. Substance abuse counseling; 8. Group DD treatment; 9. Family education and support on DD; 10. Participation in alcohol &	1. Program structure; 2. Program milieu; 3. Clinical process: assessment; 4. Clinical process: treatment; 5. Continuity of care; 6. Staffing; 7. Training.	1. Program philosophy; 2. Eligibility/client identification; 3. Penetration; 4. Assessment; 5. Individualized treatment plan; 6. Individualized treatment; 7. Training; 8. Supervision; 9. Process monitoring; 10. Outcome monitoring; 11. Quality assurance; 12. Client choice regarding service provision.

	<b>IDDT</b>	<b>DDCAT</b>	<b>GOI</b>
Aard instrument	Fidelity instrument	Fidelity instrument	Fidelity instrument
	drug self-help groups; 11. Pharmacological treatment; 12. Interventions to promote health; 13. Secondary interventions for substance abuse treatment non-responders.		
Procedure	Observaties ter plaatse; Interviews met management, klinici (5 personen), patiënten (3 personen); Documentatie.	Observaties ter plaatse; Interviews met management, klinici, patiënten; Documentatie	Observaties ter plaatse; Interviews met managers, klinici, patiënten; Documentatie
Assessor	Extern	Extern	Intern of extern
Opbrengst	Fidelity score	Fidelity score	Fidelity score

\*weergegeven in originele Angelsaksische terminologie

Het voordeel van genoemde instrumenten was dat zij klaarlagen voor gebruik en dat zij alle drie het brede scala aan topics omvatten dat eerder is genoemd: van organisatie aspecten tot programma-inhoudelijke zaken. De reden waarom ze niet zonder meer toegepast konden worden in de beschrijvende studie die wij in het kader van onze opdracht voor ogen hadden, was dat deze instrumenten in feite gericht zijn op het leveren van een index voor de mate waarin de programma's 'dual diagnosis capable of enhanced', dan wel 'evidence based' zijn. Ze zijn daarmee meer toetsend dan beschrijvend. De waardering die een dergelijke index impliceert, paste niet binnen onze opdracht (vergelijk doelstellingen project onder 1.1).

Afgeleid van genoemde instrumenten is daarom een eigen instrument ontwikkeld voor de beschrijving van de residentiële voorzieningen (RV). Dit instrument omvat de volgende gebieden:

1. Programma structuur
2. Programma omgeving
3. Klinisch proces: opnamefase
4. Klinisch proces: behandelingsfase
5. Continuïteit van zorg
6. Personeel
7. Monitoring en evaluatie
8. Cultuur
9. Tenslotte

Schema 2 toont een overzicht van deze gebieden, welke items ertoe behoren, en bij welke topics van de fidelity instrumenten deze gebieden passen.

Schema 2. Overzicht items in vragenlijst en samenhang met fidelity instrumenten.

gebied	Items	Gebaseerd op aspecten van		
		IDDT	DDCAT	GOI
Programma structuur	Missie afdeling; Dagprogramma; Samenwerkingsrelaties; Financiering; Doelgroep; Capaciteit; Gelabelde bedden; Locatie afdeling; (Gezamenlijke) huisvesting patiënten.		D1a D2a D1c D1d D1b	G1    G2
Programma omgeving	Type zorg; Activiteiten passend binnen preventie; Idem binnen cure; Idem binnen care; Idem binnen palliatie; Zijn ptn al langer bekend in hulpverlening; Informatie aan ptn; Outreaching werken.	I4		
Opnamefase	Traject voor opname; Traject na ontslag; Verloop eerste dag van opname; Opname- gewenningsfase; Indicatie- en contra-indicatie criteria; Motivatie bij entree; Monitoring van motivatie; Maatregelen bij onvoldoende motivatie; Passendheid van pt binnen afdeling; Routinematige screening; Diagnostiek.	I2	D3g D3g, D4d D3g  D3a D3b, d3c	G2     G2, G4 G2, G4
Behandelfase	Evidence based werken; Toepassing richtlijnen; Staf geïnformeerd over bestaan en inhoud richtlijnen; Protocollen; Staf geïnformeerd over bestaan en inhoud protocollen; Gefaseerde behandeling; Separatiebeleid; Dwang- of drangmaatregelen; Beleid t.a.v. - Benzodiazepinen - Methadon - Illegaal gebruik - Misdragingen	I11	D2b, D3e, D3f D2b, D3e, D3f D2b  D2b, D4c D2b  D3g  D4e	



gebied	Items	Gebaseerd op aspecten van		
		IDDT	DDCAT	GOI
	Therapieën; Interventies therapietrouw; Betrekken systeem; Duur verblijf; Laatste dag opname; Beleid voortijdig ontslag.	I6, I7, I8 111 I3, I9	D4f D4e D4h  D5a, D5d	
Continuïteit van zorg	Overdracht naar en door de afdeling; Visie op rehabilitatie; Informatie over medicatie.		D5a D5c D5e	
Personeel	Disciplines; Deskundigheidsbevordering; Trainingen; Overlegstructuren; Samenwerking management en behandel inhoudelijk.	I1a, I1b	D4a, D4b, D4c, D4d D7a, D7b	G7, G8 G7, G8
Monitoring en evaluatie	Participatie in monitor; Integratie resultaten in behandeling; Participatie in ROM; Patiënttevredenheid metingen.		D4b	G9  G10 G11
Cultuur	Imago bij anderen; Makkelijk nieuw personeel beschikbaar.			
Tenslotte	Sterke en zwakke punten; Kansen en bedreigingen; Hiaten en overlappingsen.			

De resulterende vragenlijst omvat 83 vragen, onderverdeeld naar de negen genoemde gebieden. Deze vragenlijst is schriftelijk aangeboden aan 100 residentiële voorzieningen bij 13 instellingen.

### 1.3. Procesevaluatie: gevolgde procedure tijdens het onderzoek

De projectperiode kan worden onderverdeeld naar vier fasen:

1. Voorbereidingsfase;
2. Pilotfase en evaluatie;
3. Onderzoeksfase;
4. Evaluatie- en rapportagefase.

Per fase wordt in deze paragraaf besproken hoe deze is verlopen en welke activiteiten hierin zijn verricht.

1. Voorbereidingsfase.

#### *opstellen van meetinstrument voor eerste pilot*

Tijdens de voorbereidingsfase zijn de fidelity instrumenten nader bestudeerd en is een concept vragenlijst samengesteld door de onderzoeksgroep. Hierbij heeft terugkoppeling plaatsgevonden binnen het monitoroverleg van het NISPA en is intercollegiaal advies ingewonnen binnen het Julius Centrum. De

vragenlijst die is ontwikkeld is allereerst in een tweetal mondelinge interviews uitgetest. Hierbij is gelet op aspecten als de duur van het interview, de inspanning die de geïnterviewde moet verrichten om de vragen te beantwoorden, de duidelijkheid van de vragen, eventuele hiaten en overlappings in de vragenlijst. De reacties op deze eerste interviews waren overwegend positief: de geïnterviewden vonden de interviews inzichtgevend ook wat betreft hun eigen werk. Wel bleken de interviews langer dan voorheen gedacht en een aantal vraagstellingen was niet duidelijk. Naar aanleiding van deze interviews is de lijst bijgesteld.

#### *werving instellingen voor deelname*

In deze periode zijn twee brieven verzonden aan de Raden van Bestuur van de instellingen voor verslavingszorg: een vanuit de projectgroep, en een vanuit Resultaten Scoren. Middels deze brieven werden doelstelling en opzet van het project uiteengezet en werd aan de RvB's verzocht aan te geven of men wel of niet medewerking wilde verlenen aan dit project. Indien dit antwoord positief was, werd verzocht om een persoon binnen de instelling aan te wijzen als contactpersoon tussen instelling en projectgroep. Naast de reguliere instellingen voor verslavingszorg zijn ook Dimence en Meerkanten benaderd om hun medewerking aan dit project te verlenen.

Van de 15 aangeschreven instellingen, zegden 13 hun medewerking toe. De instellingen die geen medewerking verleenden waren Bouman GGZ en Centrum Maliebaan. Laatstgenoemde instelling werkte wel mee aan de interviews met de Intramurale Motivatie Centra gedurende de pilot.

#### *eerste invitational conference*

De contactpersonen zijn uitgenodigd voor de eerste Invitational Conference (IC) rond dit project. Tijdens deze IC waren zes instellingen vertegenwoordigd<sup>2</sup>. Op de agenda van deze IC, die in april 2009 is gehouden, stond een nadere uiteenzetting over het project, een verslag van de eerste pilot-interviews, en het bespreken van de eerste concept-vragenlijst. Er is in groepjes gediscussieerd over de vragenlijst. De aanwezigen hebben vervolgens ingestemd met het gebruik van deze vragenlijst voor de interviews. Tijdens deze IC is een eerste oproep gedaan om een overzicht aan te leveren van alle residentiële voorzieningen binnen de eigen instelling. Tevens is voorgesteld een werkgroep samen te stellen waar de vragenlijst verder ontwikkeld kon worden. In verband met gebrek aan aanmeldingen vanuit de instellingen, ondanks herhaald verzoek, kon deze werkgroep niet worden samengesteld. Een verslag van deze IC is aan alle contactpersonen toegezonden.

## 2. Pilotfase

#### *pilot interviews*

De aangepaste vragenlijst is uitgetest bij de IMC's en DD's die participeren in de lopende NISPA monitorprojecten. Hierbij is allereerst – middels een telefonische inventarisatie – nagevraagd welke benamingen er zijn bij de diverse instellingen voor de afdelingen en wie de leidinggevendenden zijn. Dit om de vragenlijst zo duidelijk mogelijk te kunnen adresseren. In totaal zijn er zeven DD afdelingen en tien IMC's benaderd. Er werd een onderverdeling gemaakt in twee groepen. Groep I kreeg eerst een schriftelijke en digitale lijst toegezonden zowel voor de teamleider (of andere benaming voor leidinggevende) als voor de inhoudelijk verantwoordelijke (behandelcoördinator of andere benaming). Deze vulden samen de vragenlijst in en stuurden (schriftelijk of digitaal) deze retour voorzien van eventuele documentatie. Vervolgens werd een afspraak gemaakt voor een mondeling interview. Met groep II werd eerst een afspraak gemaakt voor

---

<sup>2</sup> aanwezig waren vertegenwoordigers van Arkin, Tactus, Emergis, Novadic-Kentron, Meerkanten en De Brijder

een mondeling interview waar dezelfde vragenlijst werd voorgelegd. Daarna werd de vragenlijst zowel schriftelijk als digitaal toegezonden met het verzoek de vragen schriftelijk te beantwoorden. Zowel de mondelinge als schriftelijke vragenlijst werd door dezelfde personen beantwoord. Alle 17 afdelingen die zijn benaderd (zeven DD's en tien IMC's) hebben deelgenomen aan het mondelinge interview en 11 afdelingen (vier DD's en zeven IMC's) hebben daarnaast ook een schriftelijke vragenlijst ingeleverd.

In de analyse fase van de pilot zijn het schriftelijk assessment en de mondeling verkregen resultaten naast elkaar gelegd om te bezien in welke mate deze methoden verschillende uitkomsten opleverden. Daarmee werd inzicht verkregen in de validiteit en betrouwbaarheid van de schriftelijke (self) assessment. Aan de hand van deze resultaten en de feed back verkregen tijdens de interviews is de vragenlijst bijgesteld. Deze bijgestelde lijst is ten slotte voorgelegd aan deskundigen uit het veld en in overleg definitief vastgesteld.

Ook deze pilot interviews zijn over het algemeen positief ervaren, hoewel de belasting voor de respondenten aanzienlijk was. Een vaak gehoorde reactie luidde dat het goed was op deze wijze stil te staan bij de eigen afdeling en zo te ontdekken welke hiaten er zijn in bijvoorbeeld een heldere omschrijving van doelgroepen en doelstellingen. Een belangrijke bevinding tijdens de pilot interviews was dat de vragen beantwoord moesten worden door een leidinggevende (teamleider, manager) samen met een inhoudelijk verantwoordelijke (de behandelcoördinator). Dit was ook vanaf de start van de inventarisatie onze opzet, passend bij de methodiek van de DDCAT en IDDT. Een verdeling van de vragen tussen deze beide personen is daarbij aan te bevelen, maar voor een aantal vragen geldt dat deze idealiter door beide personen worden ingevuld. Dit advies is aan de respondenten gegeven bij toezending van de vragenlijst.

#### *eerste inventarisatie residentiële voorzieningen*

In deze fase zijn ook de contactpersonen van alle instellingen benaderd met de vraag een overzicht te verstrekken van alle residentiële afdelingen van de instelling, met bijbehorende telefoon- en adresinformatie. De benodigde informatie werd moeizaam verkregen; deze fase kostte veel tijd en energie.

In mei zijn alle instellingen geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot dit project in de vorm van een Nieuwsbrief die digitaal aan alle contactpersonen is verzonden.

### 3. Onderzoeksfase

#### *moeizame communicatie*

In juli – in de periode waarin het zeer moeizaam bleek om via de contactpersonen een overzicht te verkrijgen van de residentiële voorzieningen binnen de eigen instelling – is nogmaals een mailing uitgegaan aan deze personen, waarin wij erop wezen dat de betreffende persoon bij ons te boek staat als contactpersoon, en wij gevraagd hebben of dit inderdaad juist is. En in geval het niet juist is, om ons dan een andere naam door te geven. Ook op deze vragen kwam niet van alle betrokkenen een reactie. Vervolgens is in augustus een brief uitgegaan naar de Raden van Bestuur waarin zij werden geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot het project. Tevens hebben wij in deze brief verzocht het project nogmaals aan te bevelen bij de contactpersonen, er bij hen op aan te dringen de vragenlijst in te vullen en in te gaan op de uitnodiging voor de tweede invitationale conference.

#### *toezending vragenlijsten*

Begin augustus 2009 zijn de vragenlijsten verzonden aan 84 afdelingen. Hoewel er aanpassingen hadden plaatsgevonden in de vragenlijst, zijn de afdelingen die hadden geparticipeerd in de pilot – de IMC's en DD's (overigens heeft het IMC van Centrum Maliebaan hieraan wel deelgenomen) – niet opnieuw benaderd met

de definitieve schriftelijke vragenlijst om te grote belasting bij de teamleider en behandelcoördinator te voorkomen. Als deadline voor terugzending van de ingevulde vragenlijsten is 15 september genoemd (een termijn van 4 weken).

#### *tweede invitational conference*

Een tweede IC is gehouden op 11 september, net voor het aflopen van deze sluitingsdatum. Vertegenwoordigers van negen instellingen<sup>3</sup> waren hierbij aanwezig. Tijdens deze tweede IC zijn de resultaten besproken van de pilots bij IMC's en DD's en hebben naar aanleiding van deze resultaten discussies plaatsgevonden. Een van de zaken die aan de aanwezigen zijn voorgelegd, betrof de wijze van verslaglegging van de bevindingen: of deze anoniem diende plaats te vinden of met vermelding van instellings- en afdelingsnaam. De aanwezigen hebben geadviseerd om de rapportage open te houden; er was volgens hen geen noodzaak voor anonieme verslaglegging. Verder werd afgesproken dat de resultaten van de interviews werden voorgelegd aan de respondenten met het verzoek de verslaglegging te controleren en eventueel bij te stellen.

#### *respons*

Op de genoemde datum van 15 september waren slechts elf ingevulde vragenlijsten geretourneerd. Vervolgens is er een periode geweest van veelvuldig contact leggen met de aangeschreven personen, zowel telefonisch als schriftelijk (per e-mail). De deadline is vervolgens steeds opgeschoven, tot uiteindelijk 31 december de definitieve sluitingsdatum was. Op die datum was een respons van 79% bereikt en in overleg met de opdrachtgever is besloten dat dit voldoende was. In deze periode is vanuit het projectteam steeds verzocht aan contactpersonen om zorg te dragen voor invulling en retournering van de vragenlijst. Ook dit heeft zeer veel tijd in beslag genomen. In de voortgangsrapportages aan de opdrachtgever is gewezen op deze struikelblokken.

#### *conclusie ten aanzien van de communicatie*

Een conclusie die zich naar aanleiding van de gang van zaken rond dit project opdringt, is dat de communicatie binnen de instellingen niet altijd even soepel verloopt. In een aantal gevallen is door het management een contactpersoon genoemd die vervolgens niet of slechts ten dele op de hoogte was van wat er verwacht werd en van doel en opzet van het project. Wij hebben de stellige indruk gekregen dat deze taak steeds verder werd gedelegeerd waardoor de aangeschreven personen steeds minder op de hoogte waren van het doel en van de relevantie van dit project. En wellicht in een aantal gevallen ook niet de juiste persoon waren om de lijst in te vullen. Dit laatste concluderen wij op basis van de soms lacunaire informatie die wij terug mochten ontvangen en op basis van soms aperte onjuistheden die in de ingevulde lijsten stonden vermeld. Klaarblijkelijk waren niet alle personen bij wie de invulling van de vragenlijsten uiteindelijk terecht gekomen is, toegerust voor deze taak.

#### *site visits*

Tijdens de onderzoeksfase is veel tijd en energie gaan zitten in het benaderen van de instellingen. Druppelsgewijs kwamen de ingevulde vragenlijsten binnen. Dit heeft tot consequentie gehad dat de site

---

<sup>3</sup> aanwezig waren vertegenwoordigers van Arkin, De Brijder, De Hoop, Tactus, Iriszorg, Novadic-Kentron, Mondriaan, Meerkanten en Centrum Maliebaan

visits van de instellingen niet of nauwelijks konden plaatsvinden. Slechts bij vier instellingen<sup>4</sup> is een dergelijke site visit uitgevoerd. Voor de overige instellingen ontbrak hiertoe de tijd.

#### 4. Evaluatie- en rapportagefase

Vanaf 1 januari 2010 is de inzending van vragenlijsten gesloten en kon worden gestart met de beschrijving van de residentiële voorzieningen aan de hand van het verkregen materiaal.

##### *derde invitational conference*

Een derde invitational conference is gepland in maart 2010, waarbij de concept rapportage is besproken, die overigens nog niet afgerond was. Tijdens deze IC, waarbij sprake was van deelname vanuit tien instellingen<sup>5</sup>, werd door sommige deelnemers verbazing geuit over de inbreng vanuit de eigen instelling. Ook hier bleek de lacunaire communicatie binnen de instellingen een rol te spelen. Een aantal deelnemers verzocht om een extra gelegenheid om informatie aan te vullen dan wel te corrigeren. Deze gelegenheid is gegeven tot 19 maart 2010. Voor deze IC waren ook de Raden van Bestuur uitgenodigd. Aan deze uitnodiging werd slechts beperkt gehoor gegeven.

Veel discussie tijdens deze IC betrof de indeling in het stepped care model zoals voorgesteld in de concept rapportage. Gewezen werd op de ontwikkeling van de zorgtrajecten of zorgpaden in de meest recente periode die zou interfereren met de stepped care indeling. Gevraagd naar meer informatie over deze zorgtrajecten, werd door de instellingen echter gemeld dat deze informatie niet werd vrijgegeven.

## 1.4. Tot besluit

Samenvattend concluderen wij dat voor het grootste deel is beantwoord aan de doelstellingen van dit project. Wat niet tot stand is gekomen is een klankbordgroep met een brede vertegenwoordiging uit de residentiële verslavingszorg. Het was de bedoeling met deze groep een platform te vormen voor de discussies over de opzet en resultaten van de studie. Geschetst is dat wij hierin niet slaagden in verband met te gebrekkige belangstelling hiervoor vanuit de instellingen. Voor het overige is het project uitgevoerd overeenkomstig de voornemens in het projectplan en is tegemoetgekomen aan de projectdoelstellingen. In een aantal gevallen kunnen echter vraagtekens geplaatst worden bij de volledigheid en juistheid van de verkregen informatie. De instellingen zijn in de laatste fase van het project nog in de gelegenheid gesteld dringende omissies en onjuistheden aan te vullen of te corrigeren. Waar dit niet is gebeurd, rest ons niet anders dan uit te gaan van de informatie die ons is verstrekt en deze te verwerken in de hier volgende rapportage.

---

<sup>4</sup> In December 2009 zijn bezoeken gebracht aan Tactus, Meerkanten, De Hoop en Arta Lievegoedgroep.

<sup>5</sup> aanwezig waren vertegenwoordigers van Iriszorg, de Brijder, Mondriaan, Arkin, VNN, Tactus, Meerkanten, Centrum Maliebaan, De Hoop, Novadic-Kentron.

Hoewel de opdracht voor dit project tamelijk eenduidig was, bleek de uitvoering ervan weerbarstiger dan voorheen kon worden ingeschat. In het voorgaande is hiervan een en ander geschetst. Met de uitvoering van dit project is een aantal problemen in de verslavingszorg aan het daglicht gekomen. Gewezen is al op de interne communicatie binnen de instellingen.

Instellingen voor verslavingszorg zijn veelal conglomeraten van afdelingen die verspreid zijn over een dikwijls groot verzorgingsgebied waardoor de fysieke afstand groot is. Daar speelt ook altijd nog de historische context een rol waarin de afdelingen oorspronkelijk opereerden als min of meer zelfstandige eenheden. Door de fusies in de jaren tachtig en negentig zijn ze weliswaar gaan behoren bij een steeds groter wordend geheel maar er is – zo blijkt - nog geen echte samenhang ontstaan. Bovendien, wat betreft de communicatie blijkt er nog altijd een afstand te bestaan tussen wat er besloten wordt op bestuurlijk en managementniveau en wat er leeft binnen de afzonderlijke afdelingen. Omgekeerd kunnen wij ons niet aan de indruk onttrekken dat bestuurders soms een niet passend beeld hebben van de capaciteiten en deskundigheden van ‘hun’ mensen binnen de afdelingen. Dat heeft ons parten gespeeld bij de voortgang van het project, maar speelt uiteraard ook wanneer het gaat om de uitvoering van zorg. Het is buitengewoon ingewikkeld dergelijke organisaties aan te sturen en de neuzen in eenzelfde richting te krijgen. Of, om het anders te omschrijven, om alle springende kikkers in de kar te houden.

In deze rapportage zijn de resultaten van de inventarisaties weergegeven. De bevindingen zijn niet altijd positief, doen hier en daar ronduit de wenkbrauwen fronsen. Het zal af en toe voorkomen dat er sprake is van een omissie of van een onjuistheid. In de procesbeschrijving is hierover al het een en ander opgemerkt. Maar in grote lijnen mag ervan uitgegaan worden dat de informatie correct is. Het is te hopen dat de verslavingssector naar aanleiding van deze resultaten niet de kop in het zand steekt en verder gaat waar zij was gebleven. Wij hopen dat de sector de resultaten ter hand neemt en ermee aan de slag gaat. Er zijn nog veel verbeterlagen te maken. Wanneer met een positieve insteek dit rapport wordt gelezen, kan het zo zijn dat de uitkomsten van dit project een kans bieden en dat met de resultaten van de interviews de basis wordt gelegd voor optimalisering van de hulp aan verslaafde patiënten.

## 2. RAPPORTAGEKADER

Het onderzoek heeft een schat aan informatie opgeleverd over de residentiële verslavingszorg in Nederland anno 2010. Bij de instellingen en door de onderzoekers zijn grote inspanningen verricht om zoveel mogelijk informatie boven tafel te krijgen. De vraag rijst vervolgens op welke wijze deze informatie zo weergegeven kan worden dat zij toegankelijk is voor een groot lezerspubliek.

Een tweetal modellen kan ons hierbij behulpzaam zijn. Dit zijn het stepped care model (gebaseerd op Sobell & Sobell, 2003), en de Patient Placement Criteria (Mee-Lee et al, 2001). In dit hoofdstuk geven we deze beide modellen weer en maken we zichtbaar op welke wijze we de modellen hebben gebruikt in de verdere rapportage.

### 2.1. Stepped care model

Om een overzichtelijke indeling te maken van de aanwezige klinische voorzieningen is het stepped care model (Sobell & Sobell 2003) als onderlegger gebruikt en aangepast aan de opdracht om vooral de focussen op de residentiële verslavingszorg (zie figuur 2). In het stepped care model wordt de keuze van elke behandeling voor een patiënt ingegeven door drie principes:

1. Het programma moet toegesneden zijn op de individuele patiënt, niet alleen wat betreft het probleem waarmee deze zich meldt, maar ook in andere opzichten. Dat betekent onder meer dat rekening gehouden wordt met de voorkeuren van patiënten.
2. De gekozen behandelingen moeten passen bij wat in de recente literatuur is beschreven (Evidence Based Addiction Medicine). De hulpverleners moeten op de hoogte zijn van deze literatuur.
3. De aanbevolen behandeling moet de minst intensieve zijn, maar toch nog waarschijnlijk effectief. Intensief heeft dan betrekking op de fysieke behandelingseffecten op de patiënt, maar ook op de leefstijl, kosten e.d. Intensievere behandelingsvormen worden dus gereserveerd voor ernstiger problemen.

Wat het stepped care model dus niet beweert, is dat bij elke patiënt eerst een weinig ingrijpende therapie moet worden ingezet en als die niet werkt, een zwaardere, etc. De eerste regel luidt dat de ingezette therapie moet zijn toegesneden op de individuele patiënt en diens behoeften en voorkeuren, de tweede op de wetenschappelijke effectiviteit en de derde op de inschatting dat de behandeling effectief kan zijn en het minst intensief is. Deze inschatting wordt door een professional gemaakt.

We hebben het oorspronkelijke model genomen en ingezoomd op de residentiële voorzieningen. In het model komt residentiële opname met diagnostiek, detoxificatie en in een aantal gevallen ook crisisopvang na de veelal ambulante intake. Deze groep voorzieningen is aangeduid als fase I. Vervolgens stromen patiënten door naar verdere ambulante zorg, maar dikwijls ook naar residentiële vervolghandelingen. Bij deze laatste, aangeduid als fase II, is een onderverdeling gemaakt in vijf mogelijke voorzieningen: ten eerste afdelingen/programma's die zich richten op (complexe) verslavingsproblematiek. Oorspronkelijk worden deze programma's onderscheiden naar duur: kortdurend, of langer durend (dan wel voortgezet). Het lijkt

echter aan te bevelen deze indeling los te laten. Hoewel in de naamgeving nog wel eens wordt gesproken over “kortdurende behandeling” blijkt in de praktijk – vooral als gevolg van de invoering van zorgtrajecten – dat de behandelingsduur aangepast wordt aan de behoeften van de patiënt en veel langer kan zijn. In de tweede plaats zijn er programma’s die zich richten op patiënten met een combinatie van verslavings- en cognitieve problemen, op de combinatie van verslavings- en psychiatrische problemen, en op de combinatie van verslavings- en justitiële problemen. De Intramurale Motivatie Centra passen ook binnen deze fase II voorzieningen. Zij richten zich op patiënten bij wie een combinatie van problemen speelt. Deze vier categorieën worden afzonderlijk behandeld in de rapportage. Vanuit deze afdelingen stromen de patiënten door naar resocialisatie-afdelingen (fase III) of naar nazorgtrajecten (residentieel dan wel ambulante), deeltijdbehandelingen en/of beschermde woonvormen. Deze laatste trajecten behoren niet tot het focus van de voorliggende rapportage.

## 2.2. Patient Placement Criteria

In de jaren negentig van de vorige eeuw heeft de American Society for Addiction Medicine (ASAM) de zogeheten Patient Placement Criteria (PPC) opgesteld. Met deze PPC kregen klinici een instrument in handen om zorgniveaus in te zetten voor patiënten, op een non-ideologische, klinisch verantwoorde, uitkomst georiënteerde manier, binnen een zorgcontinuüm (Gastfriend & Mee-Lee, 2004). Inmiddels zijn deze PPC aan de tweede druk en de eerste revisie toe. De hier volgende tekst is gebaseerd op de PPC-2R uit 2001 (Mee-Lee et al 2001).

De PPC zijn eigenlijk van oorsprong gericht op indicatiestelling. Met de richtlijnen die hierin zijn beschreven, kunnen patiënten adequaat in het juiste ‘level’ worden geplaatst. In deze rapportage willen wij de PPC echter gebruiken vanuit het aanbod-perspectief.

### ➤ *Dual diagnosis capable of dual diagnosis enhanced*

Een belangrijk principe in de PPC is dat alle zorg zoveel mogelijk wordt aangeboden als “dual diagnosis capable”. Dat wil zeggen dat de psychiatrische problematiek niet interfereert met de behandeling van de verslavingsproblemen. De psychiatrische problemen zijn dan stabiel. Er kan ook sprake zijn van andere problematiek, maar belangrijk is dat er in deze programma’s aandacht voor die problematiek is. Dit in tegenstelling tot “addiction only” services, die zich beperken tot behandeling van het verslavingsprobleem en niet in staat zijn – om wat voor reden dan ook – om psychiatrische problemen of andere te behandelen ook al zijn deze stabiel.

“Dual diagnosis enhanced” programma’s bieden geïntegreerde programma’s aan voor patiënten met psychiatrische en andere comorbiditeit. De mate waarin een programma tot een van deze drie categorieën behoort, kan worden vastgesteld met fidelity instrumenten zoals de IDDT of de DDCAT.

### ➤ *Principes bij de ontwikkeling van de PPC*

Een aantal principes heeft een rol gespeeld bij de ontwikkeling van de PPC:

- Objectiviteit. Criteria voor indicatiestelling en plaatsing zijn objectief, meetbaar en kwantificeerbaar.
- Keuze van behandelingsniveau. Er moet zorgvuldige indicatiestelling plaatsvinden voordat een patiënt wordt verwezen naar een specifiek level of care (LOC). Het meest geschikte LOC is om klinische en financiële redenen de minst intensieve vorm van behandeling dat tegemoet komt aan het behandeldoel (zie stepped care).



- Continuüm van zorg. Een programma is geen op zichzelf staand geheel maar maakt deel uit van een samenhangende keten van zorg. Regelmatige evaluaties van de (ontwikkelingen van de) patiënt om te beoordelen of hij nog wel in het juiste programma zit, zijn daarom noodzakelijk.
- Treatment failure. Wanneer een behandeling niet voldoet, kan dat een reden zijn om een patiënt naar een intensiever LOC over te plaatsen. Door sommigen wordt dit zelfs als uitgangspunt gebruikt, ook in het stepped care model: probeer eerst het minst intensieve LOC en pas wanneer dat niet voldoet, kan een intensievere vorm worden aangeboden. Dit is echter strijdig met het principe van de keuze van het meest adequate behandelniveau.
- Duur verblijf. De optimale behandelduur is nog niet vastgesteld en varieert waarschijnlijk per individu. In het algemeen lijken studies aan te tonen dat een langere verblijfsduur leidt tot een gunstiger behandelresultaat.
- Zelfhulpgroepen. Volgens de PPC is de deelname aan zelfhulpgroepen een essentieel element van het behandelprogramma in alle LOC's. Zelfhulpgroepen kunnen worden gezien als ondersteunend bij het ontwikkelen van coping vaardigheden.
- Behandeluitkomsten. In de toekomst zal er steeds meer literatuur verschijnen over de effectiviteit van therapieën, die een goede indicatiestelling kunnen ondersteunen.

➤ *Levels of care*

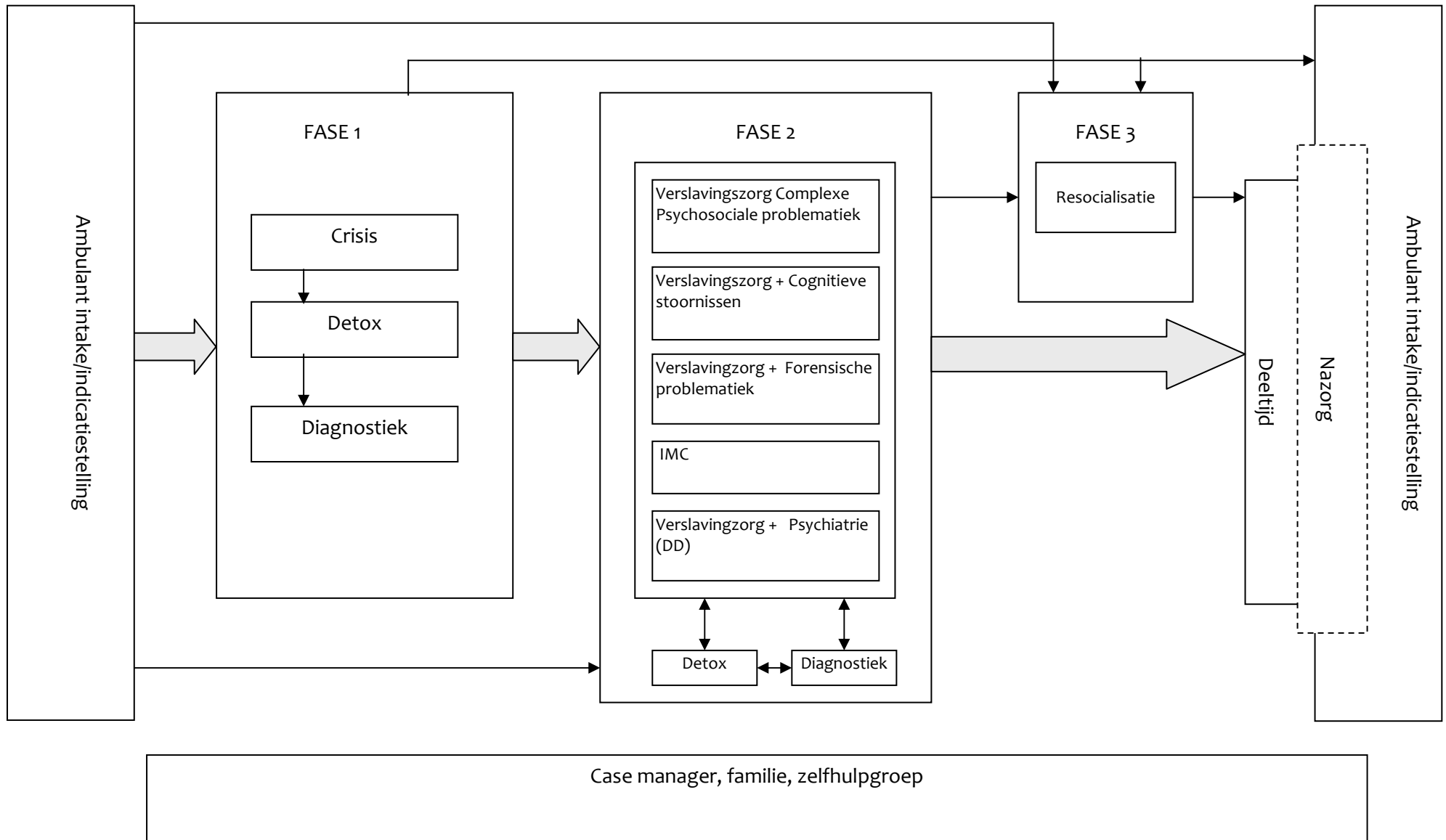
In de PPC wordt verslavingsbehandeling beschreven als een continuüm van vijf 'Levels of Care' (LOC's). Deze vijf levels zijn:

- Level 0.5: Vroegtijdige interventie
- Level I: Ambulante behandeling
- Level II: Intensieve ambulante behandeling / gedeeltelijke opname
- Level III: Residentiële behandeling
- Level IV: Medicamenteuze / intensieve residentiële behandeling

De voorzieningen waar wij ons in dit rapport op richten, zijn de Level III en Level IV behandelingen.

In **Level III** voorzieningen worden patiënten opgenomen in een voorziening waar ook behandeling kan plaatsvinden. De PPC maakt hier onderscheid in de woonvoorziening en de behandel-elementen.

Karakteristiek voor Level III is dat de doelgroep wordt gevormd door personen die een veilige en stabiele omgeving nodig hebben om te herstellen.



Figuur 2.1. Model ontleend aan Stepped Care en Patient Placement Criteria toegepast op de residentiële verslavingszorg: Stepped Care Model – Residentieel (SCM-R).

Er worden binnen dit level vier typen programma's onderscheiden die hier in de Engelse terminologie worden weergegeven. Bij deze typen programma's gaat het niet om onderscheiden afdelingen, maar om niveaus van intensiteit van behandeling, waarbij sprake is van een continuüm. De patiënt zou dus makkelijk moeten kunnen bewegen van het ene naar het andere niveau.

- Level III.1: Clinically managed low-intensity residential treatment;

De behandeling richt zich op herstel, terugvalpreventie, teruggeven van eigen verantwoordelijkheid, en re-integratie in werk, opleiding en sociaal netwerk. Ook het vergroten van motivatie binnen een gestructureerde omgeving behoort bij dit level. Level III.1 omvat *niet* de woonvoorzieningen waar geen behandeling wordt toegepast.

- Level III.3: Clinically managed medium-intensity residential treatment;

Dit zijn de voortgezette, of langer durende behandelingen. Behandeling is gericht op herstel van de ziekten en beperkingen die zijn opgetreden als gevolg van middelengebruik. In deze settings komen patiënten terecht die cognitieve beperkingen hebben - van tijdelijke of permanente aard -, mogelijk gepaard gaand met problemen in interpersoonlijk gedrag en coping mechanismen. Mensen met verstandelijke beperkingen zouden wellicht voor langere tijd Level III.3 voorzieningen nodig hebben.

- Level III.5: Clinically managed high-intensity residential treatment;

De therapeutische gemeenschappen zijn de oorspronkelijke voorzieningen die behoren tot level III.5. Zij zijn bestemd voor patiënten die grote sociale en psychologische problemen hebben. De behandeling is gericht op het bereiken van abstinentie en vermindering van antisociaal gedrag, samen met de beïnvloeding van de leefomgeving van de patiënt. In dit level passen ook de forensische voorzieningen. De duur van deze behandelingen kan verschillen per individu. De duur en intensiteit van de behandeling zijn de meest vooraanstaande kenmerken van dit level.

- Level III.7: Medically monitored inpatient treatment.

In dit type voorzieningen staat de multiple somatische, psychiatrische en andere problematiek op de voorgrond, zodanig dat hiervoor 24-uurs behandeling voor nodig is. Voorbeelden van voorzieningen die hiertoe behoren zijn de dubbele diagnose klinieken.

De PPC benoemt apart de voorzieningen voor detoxificatie. Voor Level III-detoxificatie worden daarbij onderscheiden:

- Level III.2-D: Clinically managed residential detoxification;

Binnen deze settings vindt detoxificatie plaats door middel van 24-uurs supervisie, observatie en begeleiding. Dit type detoxificatie programma's kenmerkt zich door de nadruk op sociale steun. De symptomen zijn ernstig, maar behoeven niet het hele scala aan medische zorg zoals in level III.7-D wordt geboden.

- Level III.7-D: Medically monitored inpatient detoxification.

In dit type programma's staat de (noodzaak tot) medische begeleiding voorop. Soms is er overlap met level IV detoxificatie.

**Level IV** voorzieningen worden niet verder onderscheiden in typen programma's. Deze programma's zijn bestemd voor patiënten die acute hulp nodig hebben bij ernstige biomedische, gedragsmatige, en/of cognitieve problemen. Er kan sprake zijn van:

- Comorbiditeit van ernstige verslavingsproblematiek en psychiatrische problemen, zoals een acuut suïcidale patiënt bij wie detoxificatie dringend noodzakelijk is;
- Ernstige intoxicatie- of onthoudingsverschijnselen, of andere ernstige biomedische problemen die gelijktijdig optreden met stabiele psychiatrische problemen;

- Ernstige psychiatrische problematiek die gelijktijdig optreedt met stabiele verslavingsproblemen.

In het hele continuüm van zorg, zijn de level IV programma's de meest intensieve. Het primaire focus is gericht op stabilisatie van de patiënt en de eventuele doorplaatsing naar een minder intensieve behandelsetting.

Ook binnen level IV wordt een apart programma onderscheiden voor detoxificatie: Level IV-D. Hier wordt 24-uurs medische en verpleegkundige zorg geboden aan patiënten in een acute setting. De onthoudingsverschijnselen zijn dermate ernstig dat deze zorg noodzakelijk is. 24-uurs observatie, monitoring en behandeling wordt geboden.

#### ➤ *Dimensies*

Bij de vier LOC's worden zes dimensies gebruikt aan de hand waarvan de juiste indicatie gesteld wordt. Deze dimensies zijn:

- Dimensie 1: Acute intoxicatie en onthouding;
- Dimensie 2: Biomedische situatie en complicaties;
- Dimensie 3: Persoonlijke-, gedragsmatige en cognitieve toestand en complicaties;
- Dimensie 4: Bereidheid tot verandering (readiness to change);
- Dimensie 5: Terugval, voortgaand gebruik, of blijvende problemen;
- Dimensie 6: Herstel, omgeving.

Als resultaat van deze overwegingen bespreken we in het vervolg de afdelingen die we op basis van het stepped care model hebben gegroepeerd, aan de hand van de volgende aspecten:

- Algemeen: de afdelingsdoelstelling, doelgroep, indicatie- en contra-indicatiecriteria voor opname, naamgeving, locatie etc.
- Organisatorische aspecten. Hierin aandacht voor het aantal bedden, de financiering, de staf.
- Inhoud van de zorg. Ter sprake komen screening en diagnostiek, therapieën en interventies, beleid ten aanzien van methadon en benzodiazepinen, en ten aanzien van misdragingen tijdens het verblijf en dwang en drang maatregelen.
- Input – throughput – output. Onder dit kopje komt aan de orde waar patiënten vandaan komen, de verblijfsduur en op welke manier ze vertrekken, en waar ze naartoe gaan. Ook de opnamedag en ontslagdag worden hier kort besproken.
- De SWOT: waarin opgenomen de door de respondenten zelf gegeven sterke en zwakke punten en kansen en bedreigingen.
- Discussie en beschouwing waarin we de uitkomsten die beschreven zijn vergelijken met de PPC.

Deze beschrijvingen zijn in een apart document te vinden dat op aanvraag verkrijgbaar is.

## 2.3. Begrippenkader

In het kader van de beschrijvingen van de voorzieningen en hun aanbod is gevraagd naar het type zorg dat de programma's bieden. Daarbij is onderscheid gemaakt in preventie, cure, care en palliatie.

“Wanneer u denkt aan de begrippen preventie, cure, care en palliatie, waar ligt bij uw afdeling het accent”. En “welke activiteiten binnen de afdeling zijn gericht op deze zorgvormen”.

Dit zijn twee vragen die gesteld werden over het type zorg dat wordt verleend binnen de afdeling. Uit de antwoorden blijkt dat het moeilijke begrippen zijn. Wat de één preventie noemt, wordt door een ander als cure bestempeld. Waar houdt cure op en begint care? Wat zijn preventieve acties op een opname afdeling? Niet alleen in vergelijking met andere afdelingen maar ook per afdeling blijken de begrippen moeilijk te duiden. Zo wordt “ontgiften” door een afdeling benoemd als activiteit passend bij alle vier zorgtypen.

In het kader van dit onderzoek wordt bedoeld op:

Preventie:

- Primaire preventie: in eerste instantie gericht op de algemene bevolking. Zij wordt gedifferentieerd aangeboden aan specifieke (doel-)groepen en dient ingebed te zijn in het bevorderen van gezond gedrag c.q. algemene leefstijl. Deze vorm van preventie is dan ook gericht op het voorkomen dat men van experimenteergedrag terechtkomt in ‘middel-afhankelijk’ gedrag of problematisch gebruik.
- Secundaire preventie van riskant gedrag: tijdig signaleren dat mensen in de problemen dreigen te raken c.q. probleemgedrag vertonen. Het gaat hierbij om degenen die van experimenteergedrag overstappen naar gedrag, waarbij de risico's voor afhankelijkheid groter worden. Daar hoort ook bij adequate begeleiding of verwijzing.
- Tertiaire preventie van riskant gedrag: betreft het zo goed mogelijk omgaan met de bestaande (onomkeerbare) situatie. Gedacht kan worden aan begeleidingsactiviteiten voor verslaafden, terugvalpreventie, voorkomen van overlast veroorzaakt door mensen met problematisch gebruik of verslaafden.

Cure:

- Behandeling gericht op herstel of verbetering. In het kader van verslaving bedoelen we hier abstinentie.

Care:

- Zorg gericht op stabiliseren en harm reduction (beperken van schadelijke gevolgen van middelen gebruik).

Diagnostiek:

- Het vaststellen van de aard en omvang van de problemen en van de factoren die de problemen beïnvloeden en verbetering in de weg staan of juist faciliteren. Doel is het vinden van de juiste zorg voor de patiënt.

Palliatie:

- Zorg gericht op het zo optimaal mogelijk laten verlopen van het leven (het lijden verminderen) van een patiënt waarin het gebruik van middelen centraal staat

Screening:

- Het vaststellen van de waarschijnlijkheid dat er sprake is van een probleem op een aantal vastgelegde, onderscheiden en relevante gebieden. Doel is het (snel) bepalen van die gebieden waarop verdere diagnostiek nodig is.



### 3. ALGEMENE RESULTATEN

In totaal zijn er 100 afdelingen van 14 instellingen<sup>6</sup> (tabel 3.1) geïdentificeerd, waarvan er 82 informatie hebben aangeleverd.

Tabel 3.1. Overzicht respons.

Naam instelling	Aantal residentiële afdelingen	Aantal afdelingen gerespondeerd	Responspercentage
Arkin	10	7	70%
Arta Lievegoedgroep	4	4	100%
Brijder (Parnassia Groep)	13	11	85%
Centrum Maliebaan	onbekend	1	
De Hoop	8	8	100%
Dimence	7	2	29%
Emergis	1	0	0%
Iriszorg	6	6	100%
Meerkanten	5	5	100%
Mondriaan	6	2	33%
GGZnml Paschalis / Korsakov	8	7	88%
Novadic Kentron	13	12	92%
Tactus	11	11	100%
VNN	8	6	75%
<b>Totaal</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>82%</b>

Twee grote instellingen voor verslavingszorg hebben niet geparticipeerd in dit onderzoek, namelijk Bouman en Centrum Maliebaan. De laatste heeft wel deelgenomen in de pilot fase met een IMC afdeling.

#### Missie

Op de vraag; “Hoe luidt de missie / doelstelling van uw afdeling” werd verschillend gereageerd. Soms werd de instellingsmissie beschreven en soms de missie van de afdeling. Niet iedere instelling heeft een duidelijk omschreven missie voor de verslavingszorg. Wel wordt door de instellingen een visie of beleid aangegeven. In de missie of visie van de instelling wordt veelal aangegeven aan wie de zorg en/of diensten geleverd worden. Daarbij wordt benadrukt dat het individu centraal staat. Er wordt verschillend gesproken over de ‘zorg’ die geleverd wordt. Men spreekt over: *het bieden van perspectief, bijdragen aan de kwaliteit van leven, risico’s voor gezondheid en veiligheid beperken*. Naast de hulp aan verslaafden wordt ook hulp aan diens naasten genoemd. Tevens geven de meeste instellingen te kennen dat ze ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben. Een enkele instelling geeft in de missie ook de visie op verslaving weer. Vaak

<sup>6</sup> Hier: inclusief Centrum Maliebaan

wordt een opsomming gegeven van de zorg die geboden wordt. In sommige gevallen wordt daarbij de expertise en kwaliteit benadrukt. Een enkele organisatie geeft aan voor haar medewerkers een goede werksfeer te willen creëren. Twee organisaties bieden zorg vanuit een levensbeschouwelijke visie: De Hoop vanuit een christelijke visie en Arta Lievegoedgroep vanuit een antroposofische visie. Verschillende instellingen geven aan een bovenregionale functie te hebben vanwege het specifieke aanbod. Dit kan zijn: werken vanuit levensbeschouwelijke visie of behandeling voor een specifieke doelgroep. De landelijke spreiding van zorgaanbieders staat afgebeeld in figuur 3.1.

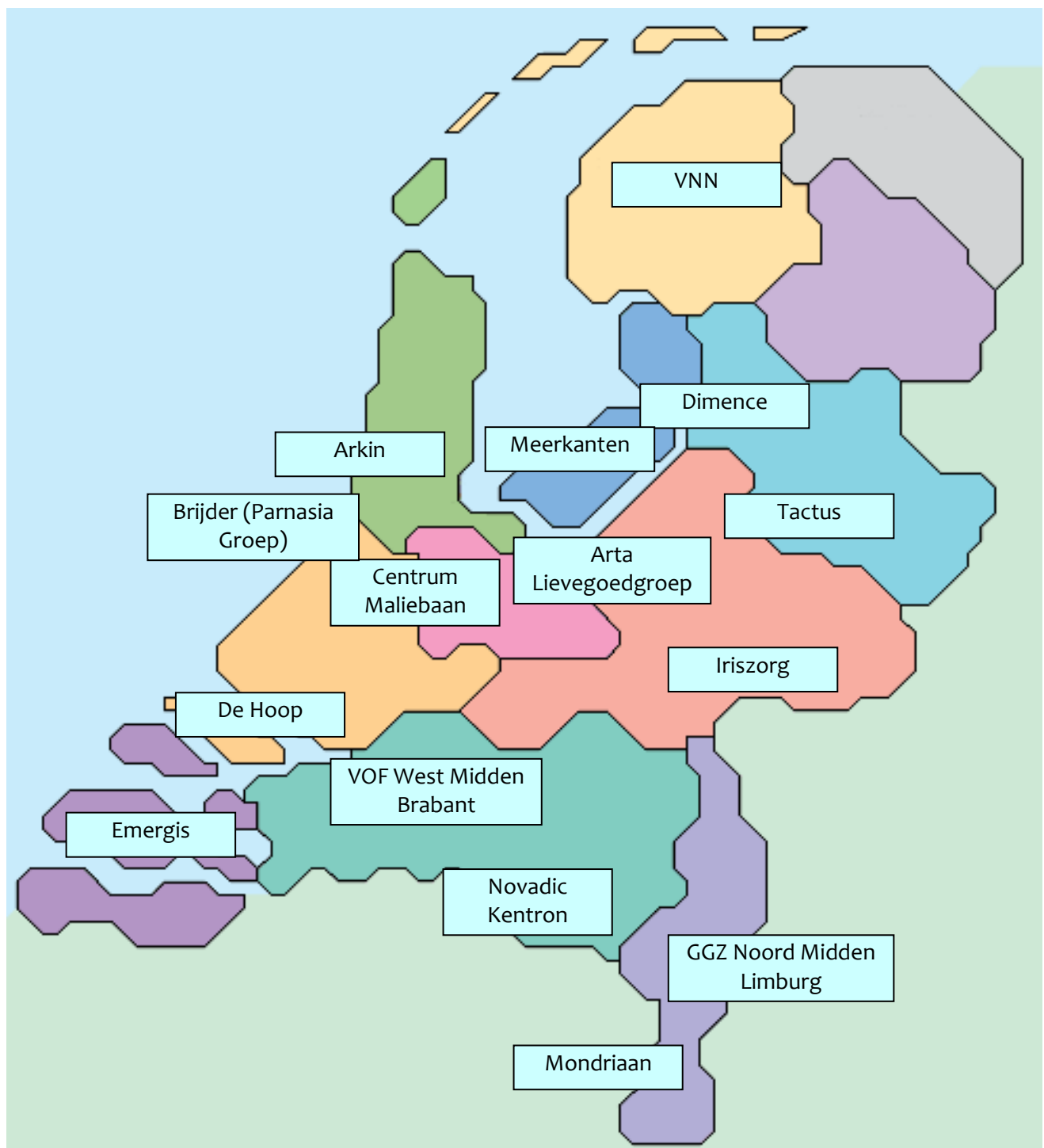


Fig. 3.1. Zorgaanbieders klinische verslavingszorg Nederland



## Financiering

Sinds de stelselwijziging in 2008 geldt de vergoedingstructuur voor de verslavingszorg zoals vermeld in tabel 3.2.

Tabel 3.2. Financiering intramurale verslavingszorg.

Wijze van financiering	Vergoedingenstructuur vanaf 2008
AWBZ	- Intramurale geneeskundige (curatieve) verslavingszorg langer dan een jaar - Intramurale niet-geneeskundige zorg
Zorgverzekeringswet	- Alle extramurale geneeskundige zorg (inclusief methadon) en intramurale geneeskundige zorg tot één jaar
Justitie	Verslavingsreclassering
WMO	- Preventie, overlastbestrijding en maatschappelijke zorg voor verslaafden, zoals gebruiksruimten en inloopcentra Vanuit AWBZ - OGGZ middelen

Bron: College Voor Zorgverzekeringen (CVZ)

In de beschrijving die de afdelingen gegeven hebben valt een aantal zaken op. Van de 83 afdelingen geven er drie aan uitsluitend door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierd te worden en 19 uitsluitend door de Zorgverzekeringswet (Zvw). De overige geven een combinatie van financiers aan namelijk: Zvw en AWBZ (14x), Zvw en Justitie (16x), Zvw, AWBZ en Justitie (18x), AWBZ en Justitie (5x), Zvw, AWBZ, Justitie, WMO en Anders (1x), Zvw, Justitie en WMO (2x) Zvw en WMO (2x) Zvw, AWBZ en WMO (1x) en Zvw, AWBZ, Justitie en WMO (2x). Tabel 3.3. toont een overzicht van de verschillende financieringswijzen. De financiering vindt voornamelijk plaats via de Zvw en Justitie. Er zijn ook afdelingen die uitsluitend of mede door de AWBZ gefinancierd worden (44x).

Financiering via Justitie is mogelijk, daar waar het forensische patiënten betreft.

Financiering in de residentiële hulpverlening vanuit de WMO vindt sporadisch plaats.

Eén afdeling wordt mede gefinancierd door de G4 (De vier grote steden: Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht). Een andere afdeling onderzocht de mogelijkheid om in aanmerking te komen voor provinciale financiering.

Tabel 3.3. Overzicht wijze van financiering

Aantal afdelingen→	19	3	14	16	18	5	1	2	2	1	2
Zvw	x		x	x	x		x	x	x	x	x
AWBZ		x	x		x	x	x			x	x
Justitie				x	x	x	x	x			x
WMO							x	x	x	x	x
Anders							x				

## 4. SAMENVATTENDE RESULTATEN, DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

### 4.1. Indeling van de residentiële verslavingszorg

In dit hoofdstuk worden samenvattende resultaten gepresenteerd en wordt tegelijk een aanzet gegeven voor de discussie over de bevindingen in dit rapport. De conclusies worden per onderdeel van het stepped care model - residentieel (zie figuur) gepresenteerd. Hierbij is gekozen voor een schematische weergave per thema van de rapportage om zo ook de verschillen per sector helder te maken.

Overzicht betekenis afkortingen en aantallen per type.

afkorting	betekenis	Aantal responderende afdelingen per type
(C)DD	Afdelingen voor (crisisopvang) detoxificatie en diagnostiek	17
IMC	Intramuraal motivatie centrum	10
KKV	Kortdurende klinische verslavingszorg	15
LKV	Lang(er)durende klinische verslavingszorg	16
KVC	Klinische verslavingszorg en cognitieve problematiek	1
KVF	Klinische verslavingszorg en forensische problematiek	3
DD	Dubbele diagnose afdelingen	7
Resoc	Resocialisatie afdelingen	5
Jeugd	Residentiële afdelingen voor jongeren	11

Voor deze rapportage is gekozen voor een indeling gebaseerd op de huidige bestaande afdelingsstructuur. Daar is een en ander bij op te merken. Een meer actuele indeling zou gemaakt kunnen worden op basis van (transmurale) zorgtrajecten of zorgpaden. Echter, bij de voorbereidingen tot dit project waren deze nog niet overall operationeel. Ook nu, bij de afronding, blijkt dat de zorgtrajecten zich nog moeten uitkristalliseren en de instellingen of afdelingen moeten hierin nog keuzen maken. Bovendien hadden wij moeite de informatie over zorgtrajecten boven tafel te krijgen. In het kader van deze rapportage is het dan ook niet mogelijk om op basis van een indeling naar zorgtrajecten te rapporteren.

Een andere mogelijke benadering is die waarin de afdelingen worden onderverdeeld naar functie. De functie die het meest op de voorgrond staat bij een afdeling, is zo richtinggevend voor de aanduiding van die afdeling. Aangezien in onze inventarisatie geen onderverdeling gemaakt kan worden naar functie, kunnen wij een dergelijke indeling niet concreet voorstellen. Over de wenselijkheid van een dergelijke indeling en de uiteindelijke operationalisatie hiervan, kan in andere gremia (Stuurgroep Resultaten Scoren, Netwerk Verslaving) gediscussieerd worden.

## 4.2. Het gebruikte meetinstrument

Voor de inventarisatie die in dit onderzoek heeft plaatsgevonden, is een meetinstrument ontwikkeld op basis van drie bestaande, internationaal toegepaste fidelity instrumenten. Voor een beschrijving van dit meetinstrument verwijzen wij naar hoofdstuk 2.

In de tweede invitational conference is het concept meetinstrument besproken. De aanwezigen zijn akkoord gegaan met het gebruik van dit instrument ten behoeve van dit onderzoek. Daaruit kan geconcludeerd worden dat er op dat moment draagvlak bestond bij de instellingen voor dit instrument.

Bij de toepassing van het meetinstrument bleek dit echter op weerstand te stuiten in verband met de lengte. Het invullen kostte vrij veel tijd, sommigen maakten melding van vier uur. Deze lange benodigde invultijd houdt mede verband met het niet beschikbaar hebben van zaken als afdelingsdoelstelling, indicatiecriteria en dergelijke. In dit hoofdstuk worden op dit terrein aanbevelingen gedaan.

Het verdient aanbeveling een dergelijke inventarisatie periodiek te herhalen, maar niet te frequent. Te denken valt aan een interval van vijf jaar. Hetzelfde meetinstrument kan daarbij gebruikt worden, wellicht met weglating van een aantal items die niet in deze rapportage zijn verwerkt. Wat op basis van deze eerste beschrijving duidelijk is geworden, is dat een dergelijke inventarisatie veel materiaal oplevert waarmee de sector haar voordeel kan doen. Veel zaken die dikwijls onderhuids blijven, worden nu belicht en bieden kansen en aanknopingspunten voor verbetering. Bovendien wordt op basis van deze eerste exercitie duidelijk wie de optimale respondent is voor een dergelijke vragenlijst. Zoals geadviseerd bij de introductie van de vragenlijst, dient dit een coproductie te zijn van teamleider / manager en behandelcoördinator. Beleidsmedewerkers kunnen waar nodig betrokken worden bij de invulling.

**Aanbeveling 1:** voer een dergelijke beschrijving om de vijf jaar uit onder centrale regie.

Beperk deze beschrijving niet tot de residentiële voorzieningen maar breid deze uit naar de ambulante verslavingszorg. Daarbij dient dan wel bezien te worden of het instrument dat is ontwikkeld voor residentieel ook voldoet voor ambulant.

### 4.3. Naamgeving afdelingen

In de introductie bij het project is aangegeven dat de naamgeving van residentiële programma's in Nederland tamelijk verwarrend is. Op grond van deze naamgeving weet een buitenstaander niet waar hij terecht kan met bepaalde problemen, en wat hij daar kan verwachten als resultaten. In de introductie is de volgende opsomming gegeven:

- *Voorzieningen voor opname, detoxificatie en/of diagnostiek*
- *Voorzieningen voor crisisinterventies*
- *Intramurale motivatie centra (IMC's)*
- *Kortdurende klinische voorzieningen (gemiddelde opnameduur < 4 maanden)*
- *Langdurende klinische voorzieningen (gemiddelde opnameduur > 4 maanden)*
- *Leeftijdsspecifieke voorzieningen: zorg voor jongeren, voor ouderen*
- *Voorzieningen vanuit of rakend aan justitieel kader*
- *Voorzieningen voor dubbele diagnose patiënten (DD klinieken).*

Wat opvalt in deze opsomming is dat de ene voorziening een benaming heeft die de duur van de behandeling weergeeft (kort- en langdurend), terwijl de andere voorziening een meer doelgroepgerichte aanduiding heeft (dubbele diagnose klinieken). Een derde benaming geeft meer de inhoud van de zorg weer (crisisinterventie, detoxificatie). En dan spreken we nog niet over afdelingen die het zoeken in een meer 'creatieve' naamgeving, zoals Kompas, Bauhuus of dergelijke. Met deze naamgeving wordt niet direct duidelijk waar de positionering is van de afdeling in het stepped care model. Immers: waar moet een 'opname-afdeling' gepositioneerd worden? Het geeft niet aan wat er gebeurt, welke patiënten er terecht kunnen, of hoe lang de behandelduur er is. Gebleken is in de voorgaande hoofdstukken en paragrafen dat de naamgeving niet altijd de lading dekt. Op grond van deze waarneming komen wij tot een aantal voorstellen voor aanpassing van de naamgeving van afdelingen voor klinische verslavingszorg.

In de eerste plaats stellen wij voor om in de naamgeving van de afdelingen aan te geven wat de kernfunctie is van die afdeling. Bij de afdelingen die nu worden aangeduid als "opname-afdeling", "diagnostiek-afdeling" is de kernfunctie meestal detoxificatie en diagnostiek. Wij stellen voor om niet meer te spreken van "opname-afdelingen". Met deze naam wordt vaak bedoeld op een eerste behandelfase, op detoxificatie en diagnostiek. Voorstel: noem de afdeling dan ook zo: *residentiële setting voor detoxificatie en diagnostiek*. Wanneer dat aan de orde is, kan hieraan toegevoegd worden dat er ook *crisisopvang* plaatsvindt.

In de tweede plaats is het gezien de ontwikkelingen met betrekking tot zorgtrajecten, zorgpaden en dergelijke niet meer zinvol om een onderscheid te maken in tijdsduur voor behandelingsafdelingen. Dus niet meer "kortdurende klinische behandeling" en "voortgezette klinische behandeling" of "langdurende klinische behandeling". De duur van de zorgtrajecten is immers variabel en het is mogelijk dat op een KKB afdeling patiënten voor langere tijd verblijven als hun zorgtraject hierom vraagt.

Ten slotte pleiten wij voor een eenduidige en heldere naamgeving van alle afdelingen waarin de volgende elementen zijn opgenomen: *duur, doelgroep, inhoud, doel*. Als voorbeeld noemen wij een afdeling voor detoxificatie. Wij stellen voor deze te noemen: *afdeling voor kortdurende intramurale detoxificatie (voor doelgroep) met als doelen abstinentie en voorbereiden op voortgezette behandeling*.

Deze lange benaming geeft duidelijkheid aan verwijzers, hulpverleners en patiënten en andere gebruikers van de zorg (gemeenten e.d.). In de dagelijkse praktijk is het natuurlijk niet handig om dergelijke lange

benamingen te hanteren. Daarom is er geen enkel bezwaar om deze benaming als “ondertitel” van een kortere aanduiding te gebruiken.

Het is wellicht voor de toekomst zinvol om de aanduidingen in de Patient Placement Criteria hierbij te betrekken en het level of care (LOC) aan te geven. De benaming kan dan vooraf gegaan worden door de aanduiding van het level: *Level III.2-D afdeling voor kortdurende intramurale .....etc.*

Om te komen tot een eenduidige indeling van alle residentiële afdelingen in een dergelijke systematiek, is het echter wel noodzakelijk dat er helderheid is over de doelstellingen van de afdelingen, de doelgroepen en de (contra-)indicatiecriteria. Dat deze helderheid nog veelal ontbreekt, blijkt uit de hierna volgende overzichten.

**Aanbeveling 2:** herzie de officiële naamgeving van residentiële voorzieningen zodanig dat helder is voor welke doelgroep het programma bestemd is en wat men kan verwachten als eindresultaat.

Een belangrijke opmerking vooraf bij de verdere overzichten in dit hoofdstuk: het betreft samenvattingen van hetgeen in het onderzoek is gebleken. Dit impliceert hier en daar ook reductie van informatie. Voor een volledig overzicht verwijzen wij dan ook altijd naar de aparte beschrijvingen.



#### 4.4. Doelgroep & behandelingsdoel

	(C)DD	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc
Behandelingsdoel	Abstinentie, detoxificatie & diagnostiek vormen bij ca 50% van deze afdelingen het behandelingsdoel	sociale verslavingszorg; Harm reduction. Motiveren voor zorgtraject.	stabiliseren, bieden van veiligheid, motivatie vergroten, detoxificatie, diagnosticeren, abstinentie, rehabilitatie, en zo mogelijk behandeling. Zeer uiteenlopend.	Abstinentie, behandelen psychische problemen, verhogen kwaliteit van leven, controle over middelen-gebruik.		middelenvrij en delictvrij leven	Diagnostiek, detoxificatie, abstinentie, stabilisatie/omgaan met psychiatrische problematiek en start maken met resocialisatie.	Pt voorbereiden op terugkeer in de maatschappij zonder gebruik van middelen, met mogelijkheden structuur aan te brengen op het gebied van sociaal maatschappelijke leefgebieden. 1 afd: lichamelijk herstel.
Doelgroep	vooral leeftijds- en geografische grenzen genoemd. Patiënten uit het justitiële circuit. Acute problematiek wat betreft crisis-afdelingen. Soms wordt toegevoegd dat "een ambulante traject niet voldoende bleek"	ernstige verslavingsmaatschappelijke- en sociale problematiek . Daarnaast veelal somatische en psychiatrische problemen.	vrouwen en mannen tussen de 18 en 70 jaar. Zeer uiteenlopende doelgroepbeschrijvingen.	1 afd: moeders met kinderen; 1 afd: gezinnen; 1 afd: vrouwen met comorbiditeit; Overige afd: mannen en vrouwen vanaf 16 jaar. Langdurige verslavingsproblematiek plus comorbiditeit.	Abstinent. Gediagnosticeerd als Korsakov pt. mogelijkheid tot resocialisatie aanwezig.	mannen >18 jaar met langdurige verslavingsproblematiek en delict-crimineel gedrag vanuit heel Nederland. Persoonlijkheidsproblematiek, psychiatrische kwetsbaarheid en problemen op alle leefgebieden	zowel ernstige verslavings- als ernstige psychiatrische problematiek.	mannen en vrouwen met langdurige verslavingsproblematiek met daarnaast veelzijdige sociaal-maatsch. probl. De patiënten hebben al eerder een klinische behandeling gevolgd maar zijn onvoldoende gestabiliseerd om in de maatschappij te kunnen (blijven) functioneren. 1 afd: dakloze ptn. 1 afd: ptn. met een licht verstandelijk beperking.

#### 4.4. Behandelingsdoelen en doelgroepen

Bij de omschrijving van het behandelingsdoel valt op dat dit bij de resocialisatie-afdelingen het meest uitvoerig is beschreven. Bij de andere afdelingen is dit veel minder het geval. In een aantal gevallen lijkt alles mogelijk binnen de afdeling; dat is onder andere het geval bij de KVV en de LKV. De doelstelling ‘delictvrij en middelenvrij leven’ van de forensische klinieken is kort en krachtig, maar erg algemeen geformuleerd.

Wat de doelgroepen betreft: hier is eigenlijk hetzelfde zichtbaar. Het noemen van leeftijds- en geografische grenzen is een start, maar ze worden niet door alle afdelingen genoemd, noch zijn ze voor de afdelingen gelijk. Ook bij de doelgroep-omschrijvingen zien we de meest uitgewerkte beschrijving bij de resocialisatie-afdelingen. Bij de KVV-afdelingen is een te grote diversiteit zichtbaar om in een dergelijk overzicht onder te brengen. Geconstateerd kan op basis daarvan worden dat deze afdelingen niet een geheel vormen. De doelgroep-omschrijvingen van IMC's en DD's komen grotendeels overeen.

Wellicht is het ontbreken van eenduidigheid binnen de categorieën afdelingen in de omschrijving van behandeldoelen en doelgroepen een gevolg van het indelingsprincipe dat door ons is gehanteerd bij de rapportage. Dat er binnen de categorie KVV-afdelingen, zoals vermeld, een grote diversiteit zichtbaar is, kan hiervan het gevolg zijn: vormen de KVV-afdelingen wel een categorie? Het antwoord op deze vraag moet waarschijnlijk ontkennend luiden.

Echter, het feit blijft dat voor deze, maar ook voor de andere, categorieën afdelingen geldt dat de omschrijvingen van behandeldoelen en doelgroepen niet boven tafel is gekomen in dit onderzoek. Het ontbreken van helder geformuleerde behandeldoelen maakt het bijvoorbeeld vrijwel onmogelijk om de effectiviteit van dergelijke programma's te meten, in ieder geval in een multicenter onderzoek. Ook het vormen van inter-organisatiele platforms rond bepaalde behandelprogramma's wordt zo bemoeilijkt. Dit laatste is zeker aanbevelenswaardig. Binnen de IMC- en DD-monitors bestaan dergelijke platforms. Ondanks het feit dat ook binnen deze afdelingen sprake is van diversiteit, vinden de afdelingen elkaar in deze platforms en worden bijeenkomsten en de uitwisseling van ervaringen zonder uitzondering als zeer zinvol omschreven. Dergelijke platforms verdienen dan ook navolging bij andere programma's, maar moeten wel een basis hebben bijvoorbeeld in thema's als behandelingsdoel en doelgroep.

Voor de formulering van deze behandelingsdoelen kunnen de ASAM Patient Placement Criteria als voorbeeld en uitgangspunt dienen. Zoals in hoofdstuk 2 van deze rapportage is aangegeven, zijn hierin Levels of Care (LOC's) onderscheiden. Deze LOC's dienen uiteraard aangepast te worden aan de Nederlandse situatie.

**Aanbeveling 3:** zorg voor een heldere, systematische en eenduidige formulering van doelgroep en behandelingsdoelstelling van de programma's.



#### 4.5. Indicatiecriteria voor residentiële verslavingszorg

	(C)DD N=17	IMC N=10	KVV N=15	LKV N=16	VZ plus cognitief N=1	VZ plus forensisch N=1	VZ plus DD N=7	Resoc N=5	Jeugd detox N=2	Jeugd VZ N=8	Jeugd DD N=1
Verslavingsproblematiek											
- Chroniciteit	1	5	2	6	1	1		3		1	
- Ernst	3	4	2	4		1	4			1	1
- Aard	4	5		4	1		1		1	2	
Psychiatrische comorbiditeit	4	4	5	9		1	7	1		1	1
Cognitieve stoornissen	2	0	0	0	1		0	1		2	
Somatische comorbiditeit	2	2	1	2			1	0		1	
Psychosociale comorbiditeit	4	4	3	7		1	1	2		2	
Motivatie	6	2	4	9			2	3		4	1
Eerdere behandeling op 'lagere niveaus' onvoldoende gebleken	1	3					5	2	1	3	
Ontgiftiging behoeft opname											
- Ivm verwachte somatische probl.	5	1	7								
- Ivm psychiatrische probl,	4		1				1				
- Ivm (gebleken) noodzaak	5	1	1	4							
- Ivm gebrek ondersteunende thuisituatie	4							2	2		
- Anders	1	1	2	1				1			
Overige criteria											
- Leeftijd	1	2		4		1	1		2	7	1
- Regio	1					1					1
- Beheersing Nederlands			1							1	
- In groep kunnen functioneren			5					1		2	
- Zelfreflectie aanwezig			3	2						1	
- Anders		7	3	3		2		3	2	3	1

Leeswijzer: 1 van de 17 (C)DD afdelingen noemt chroniciteit van verslaving als een indicatiecriterium; 3 (van de 17) noemen de ernst van de verslaving.

## 4.5. Indicatiecriteria voor residentiële verslavingszorg

Een overzicht van de indicatiecriteria (gebaseerd op de PPC) is gegeven in de hiernaast getoonde tabel. Hierbij is aangegeven hoeveel afdelingen per categorie een bepaald indicatiecriterium hebben genoemd. Bij het criterium betreffende middelengebruik is onderscheid gemaakt in criteria die betrekking hebben op de duur van de problematiek, op de ernst hiervan en op de aard van het middel. Hierbij valt op dat veel afdelingen geen criterium hebben vastgesteld over een van deze drie aspecten, althans: ze zijn niet benoemd in de beantwoording van de vragenlijst. Er zijn enkele uitzonderingen op deze regel onder de “verslavingszorg-plus” afdelingen.

Wat betreft de criteria betreffende de comorbiditeit: bij de psychiatrische comorbiditeit gelden deze vooral voor de DD klinieken (alle zeven noemen dit criterium); bij de cognitieve stoornissen zijn ze vooral van toepassing bij de klinieken die op die problematiek gericht zijn (dit zijn er twee). Veel minder worden criteria genoemd betreffende somatische comorbiditeit. Deze worden wel veel vermeld bij de contra-indicaties in die zin dat er sprake moet zijn van voldoende ADL zelfstandigheid; ernstig somatisch lijden is een contra-indicatie voor veel afdelingen. Psychosociale ‘comorbiditeit’ wordt niet door alle voorzieningen genoemd als indicatiecriterium.

Een zekere mate van motivatie moet aanwezig zijn volgens 37% van de afdelingen. Dit geldt vooral voor de afdelingen voor langer durende complexe verslavingszorg.

Een aantal criteria betreffende de noodzaak tot residentiële behandeling is apart genoemd: eerdere behandeling op een ‘lager niveau’- waaronder wordt verstaan bijvoorbeeld ambulante behandeling – is onvoldoende gebleken. Dit criterium wordt genoemd door 18% van de afdelingen. Het meest frequent wordt dit criterium gemeld door de klinieken voor dubbele diagnose (vier van de zeven). Met het oog op de stepped care benadering, is het van belang dat wat dit betreft heldere criteria worden geformuleerd in de residentiële settings. Dit criterium vormt voor een belangrijk deel van de patiëntenpopulatie de legitimatie van het aanbieden van residentiële behandeling.

Verder wordt genoemd dat residentiële ontgiftiging nodig is om verschillende redenen. Deze criteria worden 19 keer genoemd door de (C)DD afdelingen en nog een enkele maal door vervolgafdelingen, maar niet of nauwelijks door de “verslavingszorg-plus” afdelingen.

Een groep “overige criteria” laat zien dat voor sommige afdelingen – in het bijzonder de jeugdklinieken – de leeftijd een criterium is, een enkele maal worden opmerkingen gemaakt over de regionale of juist bovenregionale gerichtheid van het programma. Bij de categorie “anders” horen criteria als het IQ (boven 75 of 85), geslacht, forensische problematiek e.a.

Over het algemeen gesproken lijken de indicatiecriteria nog niet erg helder geformuleerd te zijn voor veel afdelingen. In de bespreking met het veld van deze bevindingen werd erkend dat de beschrijving van indicatie- en contra-indicatiecriteria nog niet erg duidelijk is en dat de sector hierin nog een inhaalslag te maken heeft. Te verwachten is dat van buitenaf steeds meer druk zal worden uitgeoefend op de verslavingszorg om deze beschrijvingen wel paraat te hebben. Controleerbaarheid en transparantie zijn ook op deze thema’s van toepassing. Dat geldt onveranderd welk indelingsprincipe ook gehanteerd zal worden. Bij de formulering van heldere (contra)indicatiecriteria dient nog wel een en ander vooraf te gaan. Gedacht kan worden aan gebruik van de Patient Placement Criteria hierbij, hoewel die op aan de Amerikaanse cultuur en aanpak verbonden zijn. Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, gelden bij deze PPC zes dimensies:

- Dimensie 1: Acute intoxicatie en onthouding;

- Dimensie 2: Biomedische situatie en complicaties;
- Dimensie 3: Persoonlijkheden-, gedragsmatige en cognitieve toestand en complicaties;
- Dimensie 4: Bereidheid tot verandering (readiness to change);
- Dimensie 5: Terugval, voortgaand gebruik, of blijvende problemen;
- Dimensie 6: Herstel, omgeving.

In de PPC zijn de indicatiecriteria voor elk van deze zes dimensies voor alle levels of care beschreven.

Het is aan te bevelen om nader onderzoek op te zetten, bijvoorbeeld in de vorm van een vignettenstudie, waarmee de sector tot de formulering van eenduidige en heldere indicatiecriteria kan komen.

**Aanbeveling 4:** kom in gezamenlijk overleg tot de formulering van heldere (contra)indicatiecriteria per type programma.

**Aanbeveling 5:** hanteer bij de formulering van heldere (contra)indicatiecriteria de methode van een vignettenstudie. Deze methode kan ook gebruikt worden bij de evaluatie van de toepassing van de geformuleerde criteria.

Betrek bij een dergelijke studie de ambulante indicatiestelling.

#### 4.6. Organisatiekenmerken

	(C)DD	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd verslavingsz	Jeugd DD
Aantal bedden*	291 8 – 33	203 16 – 40	282 9 – 40	300 8 – 45	12	48: 10 behandelings- bedden; 38 justitiabelen	147 8 – 20	74 10 – 20	26 9 – 17	138 8 - 29	16
Gelabelde bedden behandeling**	11/17	4/10	13/15	15/15	Geen opgave verkrege	3/3	7/11	4/5		8/8	1/1
Gelabelde bedden crisisopvang	11/17	2/10	2/15				-	-	2/2	2/8	1/1
Gelabelde bedden justitiabelen	6/17	2/10	4/15	3/15		3/3	2/11	1/5			
Gelabelde bedden intensieve zorg	3/8	2/10	2/15				3/11	2/5			
Gelabelde bedden time out	2/8	1/10	4/15				2/11	-			
Gelabelde bedden detoxificatie	3/9	-	1/15				1/11	-	2/2		1/1
Gelabelde bedden diagnostiek	2/9	-	1/15	1/15			1/11	-	½	1/8	
Gelabelde bedden anders	2/9	5/10	-	1/15			6/11	-	1/2	2/8	
Financiering	AWBZ ZVV Justitie	AWBZ ZVV Justitie WMO	AWBZ ZVV Justitie WMO Anders	AWBZ ZVV Justitie	ZVV	AWBZ ZVV Justitie	AWBZ ZVV Justitie WMO	AWBZ ZVV Justitie			

Legenda: \*: hier is het totaal aantal bedden gegeven per type afdeling voor de responderende afdelingen, plus de spreiding.

\*\* : 11/17 wil zeggen: 11 van de 17 responderende afdelingen geven aan dit type bedden te hebben.

## 4.6. Organisatiekenmerken

Het totaal aantal bedden volgens deze opgaven is 1537. Dit betreft 82% van de totale capaciteit, die daarmee op rond 1874 bedden zou uitkomen. Het gaat om 1357 volwassenen bedden en 180 jeugdbedden. Van de 1357 volwassenen bedden is

- 43% gelokaliseerd in de complexe verslavingszorg bij de kort- en langdurende programma's;
- 21% in de eerste fase bij de (C)DD afdelingen;
- 15% bij de IMC's;
- 11% bij de DD's;
- 3,5% bij de voorzieningen voor forensische verslavingszorg;
- 1% bij de voorzieningen voor verslavingszorg plus cognitieve problematiek.
- Tenslotte vinden we 5,5% van de bedden in de resocialisatie, in fase III dus.

Gelabelde bedden voor behandeling zijn er bij 75% van de afdelingen. Bij LKV en KVF afdelingen is dat 100%; bij de andere voorzieningen varieert dit tussen de 40% (IMC's) en 87% (KVV afdelingen).

Gelabelde bedden voor crisisopvang zijn er bij 20% van de afdelingen. Van de (C)DD afdelingen heeft 65% gelabelde bedden voor crisisopvang. Een derde van dit type afdelingen heeft dus geen gelabelde crisisbedden. Crisisbedden zijn er ook bij de IMC's (20%) en bij 13% van de KVV afdelingen., alsmede bij 45% van de voorzieningen voor jeugdverslavingszorg.

Gelabelde bedden voor justitiabelen zijn er bij 28% van de afdelingen. Binnen alle onderscheiden categorieën zijn afdelingen met dit type gelabelde bedden. Het hoogste percentage, 100%, wordt gevonden bij de KVF afdelingen; het laagste, 18%, bij DD's.

Gelabelde bedden voor intensieve zorg zijn er bij 16% van de afdelingen. Dit type bedden is niet gemeld bij de LKV- en KVF afdelingen. Bij rond de 40% van de (C)DD en resocialisatie afdelingen wordt dit type bedden gemeld. Bij de IMC's, DD's en KVV afdelingen ligt dit percentage rond de 15%.

Gelabelde bedden voor time-out zijn er bij 12% van de afdelingen. LKV, KVF en resocialisatie afdelingen hebben geen time-out bedden. Dat is wel het geval bij 27% van de KVV, 25% van de (C)DD, 18% van de DD, en 10% van de IMC afdelingen.

Gelabelde bedden voor detoxificatie zijn er bij 7%, en gelabelde bedden voor diagnostiek bij eveneens 7% van de afdelingen.

Verder zijn er nog 'gelabelde bedden anders'. Dit heeft vooral betrekking op functies als separeren, isoleren, afkicken, GAVO, resocialisatie of op doelgroepen als GHB-gebruikers en vrouwen. Deze bedden zijn verspreid over de categorieën en de afdelingen.

#### 4.7. Type zorg

TYPE ZORG	VOLWASSENENZORG								JEUGD		
	(C)DD	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc	Detox	Jeugd VZ	Jeugd DD
	N=17	N=10	N=15	N=15	N=1	N=1	N=7	N=5	N=2	N=8	N=1
Preventie											
Cure	4		3	7	1	1	4	3	2	6	1
Care	1	4	2								
Combinatie preventie – cure			2	2							
Combinatie cure – care	9	3	6	5			3	2		1	
Alle activiteiten	1	2								1	
Geen informatie	2	1	2	1							

## 4.7. Type zorg

Middelenafhankelijkheid is een chronische aandoening. Evenals dit bij andere chronische aandoeningen het geval is, is 'genezing' voor veel patiënten geen haalbaar doel (Bevan, 2009). Genezing geeft immers de suggestie van het wegnemen van de bron van de ziekte, alsmede het wegnemen van de effecten daarvan (Kleinig, 2008). Problematisch drug- en alcoholgebruik moet gezien worden als een aandoening die gekenmerkt wordt door episodes van crisis en terugval, waarbij deze episodes moeten worden beschouwd als behorend bij deze chronische aandoening en niet als een falen van een individu of programma. Echter, de consequentie van de opvatting dat middelenafhankelijkheid als een 'gewone' chronische aandoening beschouwd moet worden en ook als zodanig benaderd moet worden, is dat 'genezing' geen haalbare kaart is. Althans, niet in alle gevallen. Van den Brink et al (2006) onderscheiden de volgende behandeldoelen bij verslaafden aan opioïden: crisis interventie gericht op overleving op de korte termijn; cure gericht op abstinentie en op termijn genezing van de verslaving; hieronder vallen detoxificatie en terugvalpreventie; care door onderhoudsbehandeling, gericht op terugbrengen van illegaal druggebruik en druggerelateerde criminaliteit, resulteren in verbeterde gezondheid en sociaal functioneren. Tot de laatste categorie behoren ook harm reduction maatregelen zoals schone naalden programma's, infectieziekten bestrijding en dergelijke.

Uit het overzicht dat hiernaast is gegeven, is af te leiden dat veel residentiële voorzieningen de nadruk op cure leggen in hun aanpak. Van de 15 onderzochte voorzieningen voor langer durende klinische verslavingszorg leggen zeven afdelingen de nadruk op cure en vijf zien een combinatie van cure en care als typerend voor hun programma. Ook bij de andere "tweede fase voorzieningen" zien de meeste afdelingen een nadruk op cure. Er zijn twee uitzonderingen: de eerste uitzondering wordt gevormd door de IMC's, waar vier van de zeven geïnterviewde afdelingen aangeven dat zij zich vooral richten op care. Drie van de zeven IMC's zien een combinatie van cure en care. De tweede uitzondering betreft de afdelingen voor kortdurende verslavingszorg, waar de meerderheid stelt dat er sprake is van een combinatie van cure en care, drie KKV afdelingen zien een nadruk op cure, twee op care en twee op een combinatie van preventie – met name tertiaire preventie – en cure.

In de eerste fase, bij de (C)DD afdelingen, leggen de meeste voorzieningen de nadruk op de combinatie van cure en care. Een respondent voegt toe: *bij de crisisafdeling is het streven om uit te gaan van cure; de realiteit gebiedt dat dit soms te hoog is gegrepen en dan ligt het accent op care.*

Mede in het licht van deze discussie is het van belang dat voorzieningen komen tot duidelijke formulering van hun programma-doelen. Daarmee kan immers ook verhelderd worden of er sprake is van cure, care of van een combinatie van beide. Preventie lijkt vooralsnog vooral voorbehouden aan de speciale afdelingen preventie binnen de verslavingszorg, hoewel sommige afdelingen wel activiteiten noemen in het kader van tertiaire preventie. Het belang van het duidelijk aangeven van de doelstellingen van het programma is duidelijk, gelet op de discussie over routine outcome monitoring. Bij een programma waarbij het primaire focus gericht is op care zullen andere uitkomsten verwacht worden van de behandeling, dan bij een op cure gericht programma. Transparantie ook hierin kan richting geven aan de verwachtingen bij zowel aanbieders als gebruikers van de zorg, alsmede bij de financiers daarvan.

#### 4.8. Toepassing screenings- en diagnostische instrumenten

##### Screeningslijsten

	CDD	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd versl.zorg	Jeugd DD
EuropASI		3/10	2/15	1/16			4/7		1/2	3/8	1/1
MATE	6/17	1/10	5/15	3/16		3/3	3/7			3/8	
Persoonlijkheidspathologie		5/10					2/7	1/5		2/8	
ADHD			2/15				2/7				
BAC	13/17	4/10	7/15	3/16			4/7	3/5	1/2		
UC	14/17	5/10	11/15	5/16		3/3	3/7	3/5	1/2	4/8	
anders			enkele	enkele			diverse			1/8	

Legenda: 2/8 wil zeggen dat deze screeningslijst door twee van de acht responderende afdelingen wordt toegepast.

Waar 50% of meer van de afdelingen de lijsten gebruiken, is het hokje grijs gearceerd.

##### Diagnostische lijsten

	CDD	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd versl. zorg	Jeugd DD
CIDI-SAM		1/10	1/15				3/7	1/5			
MINI (plus)	5/17	1/10	4/15	1/16			4/7	1/5		2/8	
Psych. Consult	6/17	6/10	5/15	5/16			5/7				
BPRS			1/15				4/7			1/8	
GAF	11/17	4/10	8/15	11/16	1/1	3/3	5/7				1/1
Anamnese	13/17	7/10	13/15	10/16			7/7	1/5		2/8	
Lichamelijk oz	16/17	9/10	11/15	9/16	1/1		7/7	2/5		4/8	
X-thorax	7/17	2/10	5/15	2/16			2/7	1/5			
Lab oz	16/17	7/10	10/15	8/16			5/7	1/5		2/8	
MRI	3/17										
Overige	diverse	diverse	enkele	diverse			3/7		1/2	2/8	1/1

Waar 50% of meer van de afdelingen de lijsten gebruiken, is het hokje grijs gearceerd.



## 4.8. Gebruik screenings- en diagnostische lijsten

Het algemene beeld ontstaat dat er niet veel screenings- en/of diagnostische instrumenten worden toegepast in de residentiële verslavingszorg. Wat betreft screeningsinstrumenten: dit is wellicht deels te verklaren vanuit het feit dat de indicatiestelling - en daarmee ook de screening – al heeft plaatsgevonden bij de ambulante intake. Instrumenten als de ASI en de MATE zijn daar waarschijnlijk al afgenomen en wanneer er niet al te veel tijd verloopt tussen indicatiestelling en daadwerkelijke opname, zijn de uitkomsten daarvan nog geldig. Aan de andere kant staat de 'D' in de CDD-afdelingen voor diagnostiek als belangrijke functie binnen die afdelingen. Het is opmerkelijk dat bij dergelijke afdelingen niet veel meer diagnostisch instrumentarium wordt ingezet. Bij vrijwel alle afdelingen wordt de psychiatrische diagnose wel vastgesteld, maar niet duidelijk wordt op welke wijze dit gebeurt. Verschillende richtlijnen – waaronder de richtlijn Dubbele Diagnose en de recent verschenen richtlijn Verslaving en Depressie – geven aan dat de MINI(plus) het aangewezen instrument is om As I stoornissen vast te stellen, dan wel uit te sluiten. Toch wordt dit instrument bij slechts enkele afdelingen gebruikt.

Dat geldt ook voor de vaststelling van persoonlijkheidspathologie. Op zich is het afnemen van diagnostische lijsten voor persoonlijkheidspathologie vaak tijdrovend. Een screener zou dan een goede oplossing bieden, aangezien deze veel minder tijdrovend zijn. Toch is te zien dat ook screeners nauwelijks worden afgenomen. Hierbij moet ook opgemerkt worden dat wij in de interviews niet hebben geïnformeerd naar de mate waarin de lijsten worden toegepast. Wanneer een afdeling dus aangeeft de MINI te gebruiken, wil dat nog niet zeggen dat deze ook stelselmatig bij elke patiënt wordt afgenomen. Het daadwerkelijk gebruik ligt dus waarschijnlijk nog lager dan in deze overzichten wordt gesuggereerd.

Hoewel veel afdelingen aangeven het protocol ADHD en verslaving toe te passen (zie onder richtlijnen), valt op dat de ADHD-screener slechts bij een fractie van de afdelingen wordt toegepast.

In een reactie op deze bevindingen wordt gesteld dat de screening en diagnostiek al tijdens de (ambulante) intake gebeuren en dat de resultaten hiervan met het patiëntendossier worden overgedragen naar de klinische behandelsetting. Echter, de functie van klinische behandelingen is dikwijls te komen tot verdiepende diagnostiek. Diagnostiek, zo wordt ook bevestigd door het veld, is een functie die door het hele behandelproces heen doorloopt en steeds verfijnder wordt. Het is de vraag op basis van bovenvermelde bevindingen op welke wijze deze diagnostiek dan plaatsvindt.

Platforms, waarvan eerder melding is gemaakt, kunnen – naast de toepassing van richtlijnen – een belangrijke functie vervullen in het maken van afspraken over de inzet van screenings- en diagnostische instrumenten. De IMC- en DD-platforms die rond de NISPA-monitors zijn gevormd, vervullen deze functies ook en hier vinden discussies plaats over de wenselijkheid en zinvolheid van bepaalde instrumenten. Het is aan te bevelen dat rond andere programma's deze discussies ook gericht gevoerd gaan worden.

De termen controleerbaar en transparant zijn ook van toepassing op het diagnostisch proces. Er komt ook steeds meer instrumentarium beschikbaar dat toegesneden is op de doelgroepen waar de verslavingszorg mee te maken heeft. De verslavingssector zou meer gebruik moeten maken van deze mogelijkheden tot verdere professionalisering.

**Aanbeveling 6:** maak bij screening en diagnostiek veel meer gebruik van bestaand, valide en betrouwbaar, instrumentarium. Dit komt de transparantie en controleerbaarheid, en daarmee de kwaliteit en professionaliteit van het werken in de verslavingszorg ten goede.

Gezien het tijdrovende karakter van een aantal van deze instrumenten, moet worden gezien of de afname hiervan kan worden opgenomen in de DBC's.



#### 4.9. toepassing richtlijnen en protocollen

##### Richtlijnen

	(C)DD afd	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd versl.zorg	Jeugd DD
Leefstijltraining 1	2/17		4/15	4/16			3/7			5/8	1/1
Leefstijltraining 2	2/17		5/15	4/16			2/7			4/8	1/1
Leefstijltraining 3	1/17		5/15	2/16			2/7			6/8	1/1
Leefstijltraining 4	2/17		8/15	7/16			4/7			4/8	1/1
Intakemodule	3/17		3/15	3/16		3/3		1/5		1/8	
Crisismodule	10/17	1/10	2/15	2/16			1/7			2/8	
Dubbele diagnose	3/17		3/15	6/16		3/3	4/7			1/8	
Invoering trajectwerken	1/17		1/15				2/7				
Cliëntprofielen	2/17		3/15	1/16			1/7				
Gedwongen ontslag	9/17	2/10	12/15	9/16			4/7	1/5	1 /2	4/8	
Detox	16/17	5/10	7/15		1/1		4/7			4/8	1/1
Nazorg	5/17		9/15	7/16			1/7			1/8	
RIOB	8/17		4/15	1/16			2/7	2/5			
Intensieve case-management	1/17			2/16		3/3	1/7		1 /2	4/8	
Cannabis-behandeling	2/17		2/15	1/16			2/7			5/8	1/1
MATE	5/17		5/15	1/16		3/3	1/7	1/5		2/8	
MDR stoornissen alcohol	5/17	1/10	1/15	3/16	1/1		1/7			2/8	1/1
Adhd en verslaving	12/17	1/10	10/15	14/16	1/1	3/3	3/7	3/5		4/8	1/1
MDR angststoornissen	9/17	1/10	6/15	11/16	1/1		5/7			4/8	1/1
MDR depressie	9/17	1/10	8/15	11/16	1/1		5/7			4/8	1/1
MDR eetstoornissen	5/17	1/10	4/15	9/16			1/7			2/8	1/1
MDR persoonlijkheid- stoornissen	9/17	1/10	7/15	11/16	1/1	3/3	4/7			2/8	1/1
MDR schizofrenie	6/17	1/10	2/15	6/16			4/7			3/8	1/1
Anders	2/17	7/10	diverse	diverse			diverse	1/5		1/8	1/1

Legenda: 2/8 wil zeggen dat twee van de acht responderende afdelingen dit type richtlijn toepast. De vakjes die grijs gearceerd zijn geven aan waar meer dan 50% van een bepaald type voorziening een richtlijn toepast.

## 4.9. Toepassing richtlijnen en protocollen

Hoewel er inmiddels een groot arsenaal aan richtlijnen is ontwikkeld, wordt daar door de onderscheiden afdelingen nog niet altijd even frequent gebruik van gemaakt. De richtlijnen ADHD en verslaving, Detox, en de MDR verslaving en angststoornissen, depressie en persoonlijkheidsstoornissen worden het meest toegepast.

Toepassing van de multidisciplinaire richtlijnen wordt over het algemeen het meest vermeld. De MDR ADHD en verslaving bij 63%, de MDR angststoornissen bij 43%, de MDR depressie bij 46% en de MDR persoonlijkheidsstoornissen bij 49% van alle afdelingen. Maar de richtlijnen Gedwongen ontslag, Nazorg, of Dubbele diagnose, die eigenlijk voor alle afdelingen wel toepasbaar kunnen zijn, zijn door veel afdelingen niet aangekruist.

De richtlijn Detox wordt door 16 van de 17 (C)DD afdelingen ingezet en verder veelvuldig ook bij de IMC's en de DD's.

Het is enigszins verrassend dat relatief veel met name KVV, LKV en DD afdelingen melden dat zij de Leefstijltrainingen toepassen. Ook in de jeugdverslavingszorg worden alle vier de leefstijltrainingen frequent toegepast.

Ook het gebruik van richtlijnen past binnen een moderne organisatie en draagt bij aan een evidence based benadering van de doelgroep. Een aanbeveling die voortvloeit uit deze inventarisatie is dan ook om te bezien of er meer gebruik gemaakt kan worden van bepaalde richtlijnen binnen de behandeling zonder dat deze leiden tot starheid in het behandelproces.

De protocollen die we hadden bevraagd – verkeerd medicijngebruik, incident patiëntenzorg, suïcide, agressie, overlijden – worden door (vrijwel) alle afdelingen toegepast, aangevuld met eigen protocollen van de afdeling of instelling.

De meeste respondenten stellen dat de richtlijnen en protocollen afdoende bekend zijn bij de hulpverleners. Men voegt hier aan toe dat deze op intranet beschikbaar zijn, dat bij de aanstelling wordt verteld waar ze te vinden zijn, of dat ze bij die gelegenheid worden doorgenomen. Een enkeling meldt dat het “afhankelijk is van de interesse” van de medewerker. Slechts enkelen geven toe dat niet elke medewerker optimaal geïnformeerd is.

**Aanbeveling 7:** werk zoveel mogelijk volgens de ontwikkelde richtlijnen en protocollen.

Draag er zorg voor dat de inhoud van deze richtlijnen en protocollen bekend is bij alle hulpverleners. Een jaarlijkse opfrissing van deze kennis is hierbij noodzakelijk.

#### 4.10. toepassing therapieën en interventies

	(C)DD afd	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd versl.zorg	Jeugd DD
ADL training	8/17		5/15	10/16	1/1		4/7	3/5		4/8	
Agressie regulatie therapie	2/17	5/10	8/15	13/16		3/3	5/7	2/5		5/8	1/1
Arbeidstherapie	2/17	5/10			1/1						
Cirkels van Van Dijk	12/17	2/10	10/15	12/16		3/3	3/7	2/5		2/8	1/1
Cognitieve gedragsther	6/17	4/10	12/15	14/16		3/3	6/7	1/5	1/2	6/8	1/1
Cognitieve functietraining	1/17				1/1						
Community Reinforcement Approach CRA	2/17	1/10	3/15	3/16						3/8	
Contingency management			1/15			3/3				4/8	
Creatieve therapie	12/17	9/10	9/15	11/16	1/1					3/8	
Crisisinterventie		1/10					3/7				
Dagactiviteiten / -structuur		9/10					2/7				
Drama therapie	5/17		5/15	8/16			3/7			2/8	
E-health	1/17		3/15	2/16			1/7			2/8	
Emotionele vaardigheden		2/10					3/7				
Ergotherapie	1/17				1/1						
Eurythmie	1/17			2/16							
Farmacotherapie	17/17	7/10	9/15	14/16	1/1	3/3	7/7	3/5	2/2	7/8	1/1
Fysiotherapie		2/10									
Gezinstherapie	4/17	1/10	8/15	12/16		3/3	4/7	1/5	2/2	7/8	1/1
Gezonde arbeid	1/17			2/16			1/7				
Groepsgesprekken	13/17	8/10	15/15	16/16	1/1	3/3	7/7	5/5	1/2	6/8	1/1
Individuele therapie	16/17	9/10	15/15	16/16	1/1	3/3	7/7	5/5	1/2	5/8	1/1
Klinische lessen	11/17	5/10	8/15	9/16			2/7	2/5		1/8	1/1
Kunst en cultuur	1/17						1/7				
Leefstijltraining	4/17	1/10	9/15	10/16			5/7		1/2	3/8	1/1
Liebermann module	2/17		1/15				4/7	2/5		2/8	
Maatschappelijke ondersteuning		5/10	1/15	2/16							
Minnesota model			3/15							1/8	
Motivationale gesprekken	15/17	10/10	15/15	13/16		3/3	7/7	4/5	2/2	6/8	1/1
Muziektherapie	1/17				1/1						

	(C)DD afd	IMC	KVV	LKV	VZ plus cognitief	VZ plus forensisch	VZ plus DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd versl.zorg	Jeugd DD
PMT	11/17	5/10	10/15	12/16	1/1	3/3	5/7	2/5		5/8	1/1
Psycho-educatie	12/17	9/10	14/15	14/16		3/3	7/7	3/5	1/2	6/8	1/1
RET		2/10	4/15	5/16			1/7			3/8	
Rehabilitatie		3/10	1/15				2/7				
Slaapmodule		2/10	1/15					1/5			
Sociale vaardigheidstraining	4/17	10/10	14/15	15/16		3/3	6/7	2/5	1/2	6/8	1/1
Somatisch medische zorg		4/10									
Sport/Speltherapie	1/17	6/10	1/15	1/16							
Structuurtraining		2/10					3/7				
Systeemtherapie	1/17		1/15								
Terugvalmanagement	10/17	7/10	14/15	15/16		3/3	7/7	3/5	1/2	6/8	1/1
Thema-gesprekken	11/17	6/10	11/15	14/16		3/3		2/5		5/8	1/1
VERS training			2/15	1/16			2/7	1/5		4/8	1/1
Vrije tijdbesteding		6/10									
Zelfhulprogramma	5/17	2/10	6/15	6/16			2/7	1/5	1/2	3/8	1/1

## 4.10. Therapieën en interventies

Farmacotherapie (82%), groeps- en individuele gesprekken (92 resp 97 procent), motivationele technieken (92%), psychomotore therapie (65%) en psycho-educatie (83%) zijn de therapievormen die door alle afdelingen heen worden ingezet.

Bij motivationele technieken / gesprekken valt op dat deze niet bij alle afdelingen worden gemeld als therapievorm; er is geen 100%-score en dat bevreemdt enigszins.

Ook farmacotherapie heeft geen 100% score: met name bij de IMC's, de KVV's en de LKV's zetten niet alle afdelingen farmacotherapie in.

Terugvalmanagement, creatieve therapie en de Cirkels van Van Dijk worden eveneens veel toegepast: bij resp 75%, 57% en 60% van de afdelingen.

Op basis van de genoemde therapievormen is nauwelijks differentiatie mogelijk tussen de afdelingen. De effectiviteit van deze interventies lijkt in ieder geval experience-based bij alle stadia van de behandeling. Kenmerkende interventies voor (C)DD-afdelingen komen uit bovenstaand schema niet echt naar voren. Voor IMC's zijn kenmerkend het aanbieden van dagactiviteiten / dagstructuur, waarin ook de arbeidstherapie en vrije tijdbesteding passen, agressie-regulatie therapie, maatschappelijke ondersteuning – hoewel het vrij onduidelijk is wat hier precies mee wordt bedoeld –, sociale vaardigheidstraining, en sport/speltherapie.

Kenmerkend voor de KVV zijn de cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie, leefstijltraining, sociale vaardigheidstraining en themagesprekken.

De LKV onderscheiden zich wat interventies betreft van de KVV door de inzet van – naast de bij KVV genoemde therapieën – dramatherapie en ADL-training.

De kliniek voor verslavingszorg plus cognitieve problemen biedt cognitieve functietraining aan, ADL-training en arbeidstherapie, ergotherapie en muziektherapie.

Bij de klinieken voor verslavingszorg plus forensische problematiek zien we in het aanbod als onderscheidende elementen cognitieve gedragstherapie en contingency management, gezinstherapie en sociale vaardigheidstraining.

Bij de klinieken voor dubbele diagnose patiënten worden ADL-training, agressie regulatie therapie, cognitieve gedragstherapie, gezinstherapie, leefstijltraining en Liebermann module, en sociale vaardigheidstrainingen ingezet.

Resocialisatie-afdelingen onderscheiden zich door het inzetten van ADL-training.

Bij de voorzieningen voor de jeugd wordt veel gezinstherapie en VERS training ingezet, naast veel andere therapievormen die ook in de volwassenen verslavingszorg worden toegepast.

**Aanbeveling 8:** pas zoveel mogelijk interventies toe waarvan de effectiviteit in deugdelijk onderzoek is aangetoond.

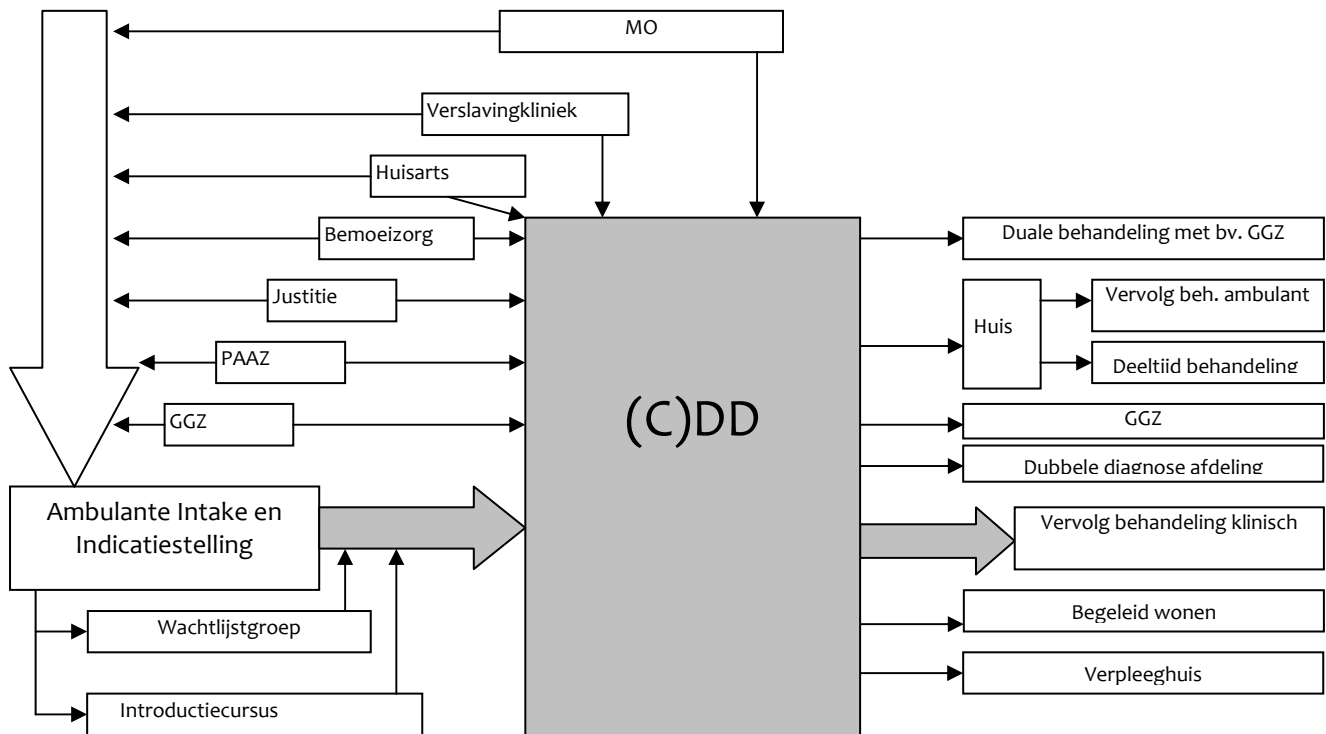
Zet vanuit de sector nieuw onderzoek op om de (in)effectiviteit van interventies aan te tonen.





### 4.11. Plaats in de keten

Hieronder volgt eerst een aantal schema's die de plaats van de categorieën aangeven in de keten van zorg aan verslaafde patiënten. Het zijn samengestelde schema's op basis van de schematische voorstellingen van de instroom en uitstroom in en uit de voorzieningen zoals ze in de eerdere hoofdstukken zijn gepresenteerd. Steeds geldt bij de schema's dat de meest gebruikelijke route met dikke pijlen wordt aangegeven. Alternatieve routes zijn met dunne pijlen aangeduid.



Schema 4.1. Plaats van (C)DD afdelingen in de keten.

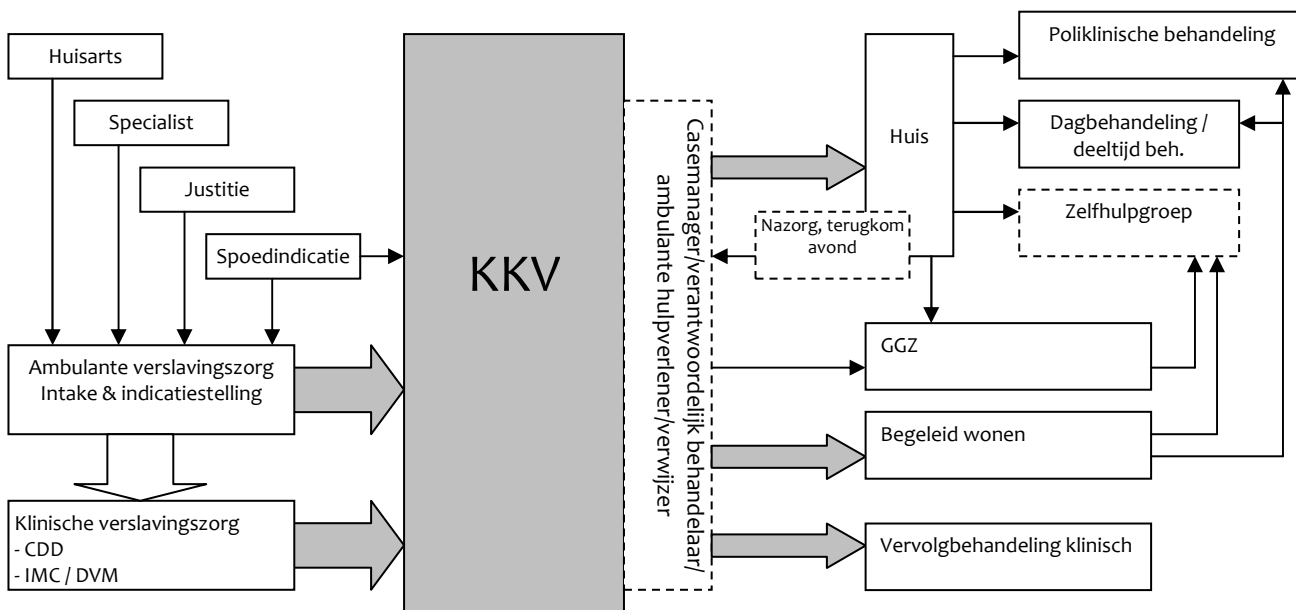
#### 4.11.1. Plaats (C)DD afdelingen in de keten

De meeste gebruikelijke routing voor opname op een (C)DD afdeling is die via de ambulante intake en indicatiestelling. Patiënten komen daar terecht via de maatschappelijke opvang en bemoeizorg, huisarts, andere voorzieningen in de gezondheidszorg – zoals PAAZ en GGZ -, of via justitie. Al deze instanties kunnen echter ook rechtstreeks de patiënt naar een (C)DD afdeling verwijzen. Dit komt weliswaar minder vaak voor, maar het gebeurt wel.

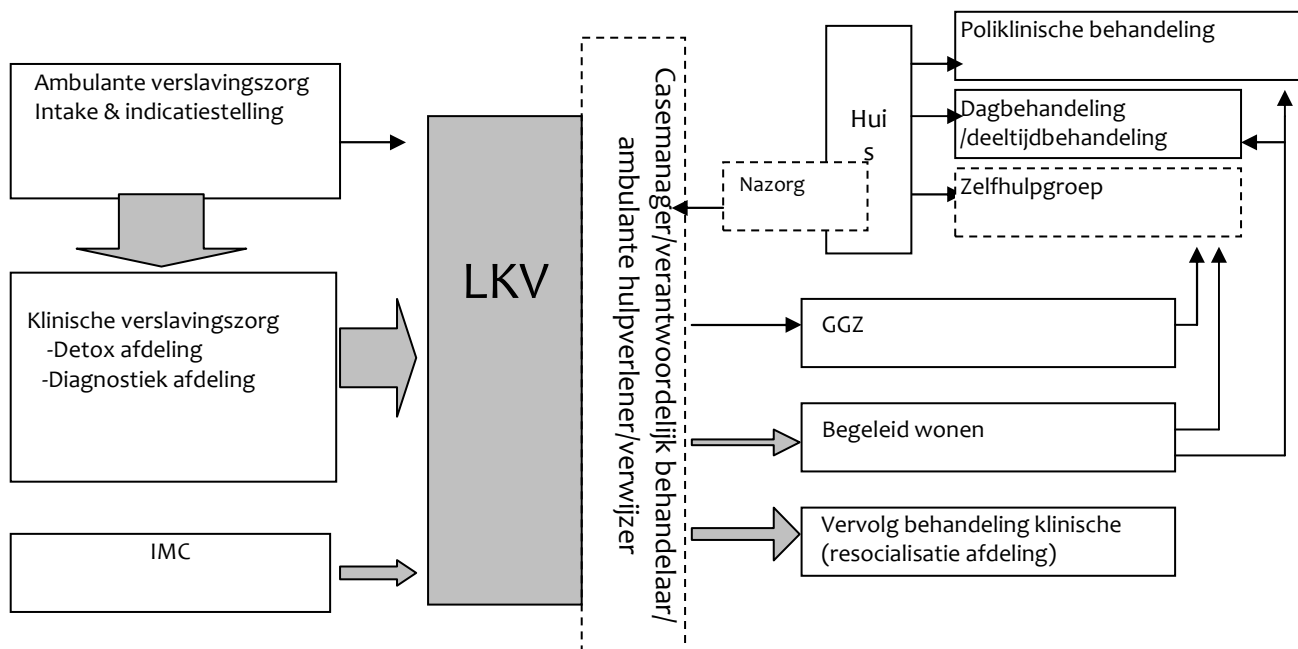
Na ambulante intake en indicatiestelling komt de patiënt veelal op een wachtlijst terecht waarin hij wordt voorbereid op de opname bij de (C)DD afdeling. Daarvoor zijn wachtlijstgroepen en introductiecurcussen bestemd.

Na verblijf bij de (C)DD afdeling is de meest gebruikelijke route die naar een klinische behandelafdeling in de verslavingszorg. Een aantal patiënten gaat naar huis al dan niet met ambulante vervolgbehandeling, of behandeling in deeltijd. Andere patiënten gaan naar een begeleid wonen voorziening – overigens kan hierbij ook ambulante of deeltijd behandeling plaatsvinden – en nog weer anderen naar een verpleeghuis. Ook is het mogelijk dat de patiënt wordt verwezen naar een voorziening in de GGZ.

De meest gebruikelijke route en de plaatsing van de (C)DD afdelingen in de keten passen goed binnen het stepped care model voor de residentiële verslavingszorg zoals dat door ons is gepresenteerd, en binnen de PPC. De alternatieve routes, met name die bij de instroom, passen hier niet in. Het is niet duidelijk uit de interviews waarom deze routes bestaan. Wellicht gaat het om de crisisopnamen bij die afdelingen waar crisisopvang mogelijk is? Dat het in die gevallen handig kan zijn te kiezen voor de kortste route, ligt voor de hand. Wanneer het echter om reguliere opnames gaat is niet duidelijk op welke gronden een huisarts bijvoorbeeld de indicatie kan stellen voor een residentiële opname.



Schema 4.2. Plaats van KKV afdelingen in de keten.



Schema 4.3. Plaats van LKV afdelingen in de keten.

#### 4.11.2. Plaats KKV en LKV afdelingen in de keten

De algemene route voor opname bij een van de KKV afdelingen is die via de ambulante intake en indicatiestelling, via de (C)DD afdelingen naar een van de KKV afdelingen. Het kan ook voorkomen dat patiënten via een IMC bij de KKV terecht komen. Patiënten kunnen door de ambulante intake en indicatiestelling ook rechtstreeks worden geplaatst bij een KKV afdeling, bijvoorbeeld wanneer detoxificatie niet noodzakelijk is. Een enkele maal komt het voor dat een patiënt met een spoedindicatie het traject via de ambulante intake en indicatiestelling omzeilt en rechtstreeks naar een KKV afdeling gaat.

Na verblijf bij de KKV gaan patiënten naar huis of naar een begeleid wonen voorziening. In beide gevallen is er dan sprake van ambulante, poliklinische, of van deeltijd behandeling of ook wel van verwijzing naar zelfhulpgroepen. Een aantal patiënten wordt ook geplaatst bij een (residentiële) vervolgbehandeling in de verslavingszorg. Bij het vertrek uit een KKV afdeling is er een rol weggelegd voor een casemanager of trajectbegeleider.

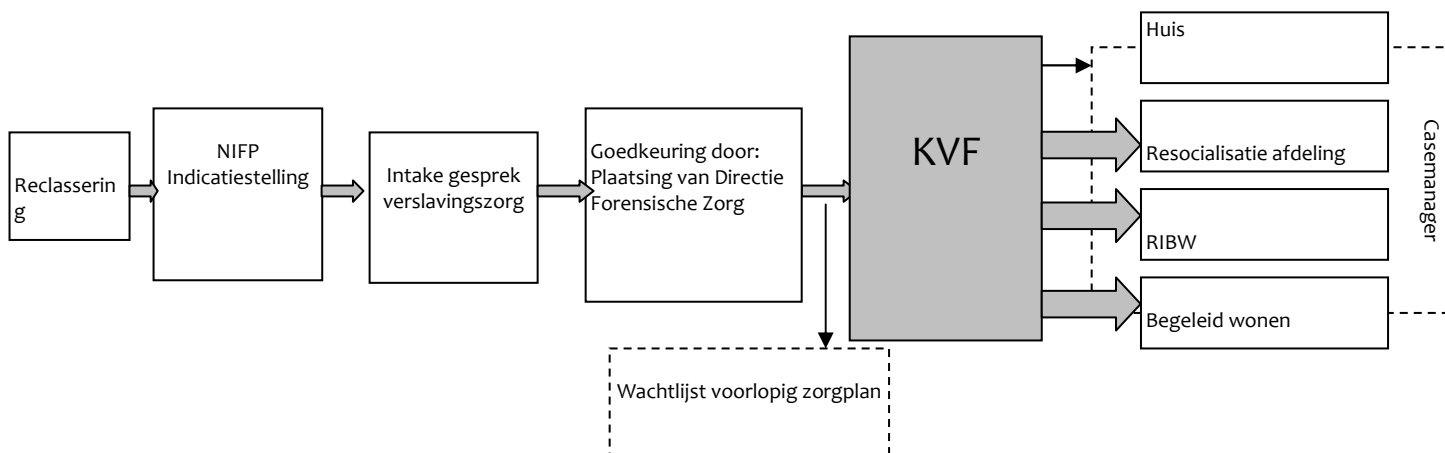
De routing voor opname bij een LKV afdeling is over het algemeen via de ambulante intake en indicatiestelling, via (C)DD afdelingen en/of via KKV afdelingen naar de LKV afdeling. Deze afdelingen sluiten dan aan bij de KKV afdelingen en de behandeling vormt dan een voortzetting daarvan. Minder vaak komt het voor dat patiënten bij een LKV afdeling terecht komen na verwijzing vanuit een IMC. In een heel enkel geval kunnen patiënten direct vanuit de ambulante intake en indicatiestelling naar een LKV afdeling worden verwezen.

Duidelijk is in het schema dat hier externe verwijzers geen rol meer spelen.

Na verblijf bij de LKV afdeling vooral verwezen naar een klinische vervolgbehandeling. Over het algemeen is dat dan een resocialisatie-afdeling. Een veel gebruikte ontslagroute is die naar een begeleid wonen voorziening. In andere gevallen gaan patiënten naar huis of naar een GGZ voorziening. In die gevallen waarin een patiënt buiten een instelling verblijft, wordt er veelal ambulante, poliklinische of deeltijdbehandeling aangeboden.

De routing van patiënten naar KKV en LKV afdelingen past goed binnen het stepped care model. Deze fase II afdelingen komen na ambulante intake en indicatiestelling en na (C)DD opname. Dat er in een aantal gevallen ook sprake kan zijn van een kortere route buiten de (C)DD afdelingen om, ligt voor de hand wanneer er geen detoxificatie nodig is. Overigens blijkt uit het stepped care model dat de functies detoxificatie en diagnostiek in deze fase II afdelingen ook uitgevoerd worden. Deze zijn niet voorbehouden aan (C)DD afdelingen. In geval er gekozen is voor een kortere route buiten de (C)DD afdelingen om, kan detoxificatie eventueel ook nog in een KKV of LKV afdeling plaatsvinden. Diagnostiek is een proces dat sowieso door het hele zorgtraject heen toegepast wordt. Deze diagnostiek zou dan steeds verfijnder kunnen worden. Eerder is al aangetoond dat diagnostische instrumenten hierbij een ondergeschikte rol spelen.

Uit de beschrijving bij de indicatiecriteria en programma-doelstellingen bleek niet duidelijk waarin de indicaties voor KKV en LKV afdelingen nu precies van elkaar verschilden. Uit de hier getoonde schema's is af te leiden dat er toch wel sprake is van onderscheiden routes. De vraag rijst dan op welke keuzes die routing dan gebaseerd is. Het gaat hierbij waarschijnlijk om impliciete argumenten die wel goed "in de hoofden van mensen zitten" maar niet objectiveerbaar en transparant zijn.

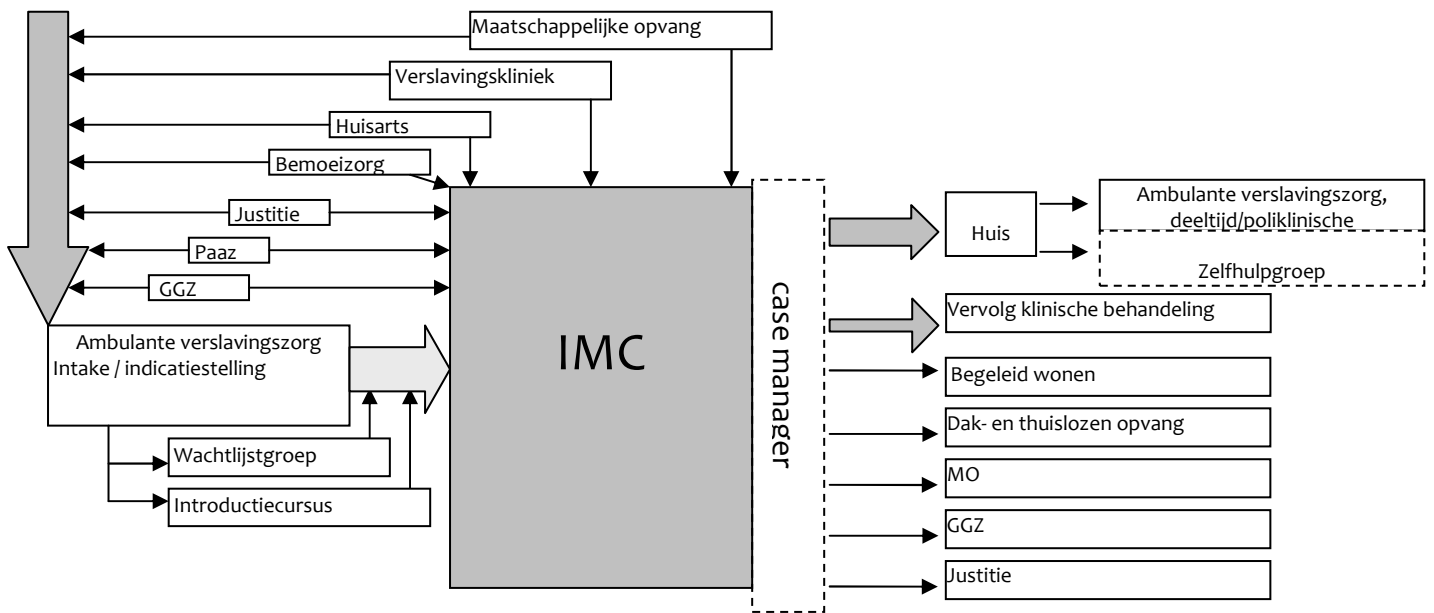


Schema 4.4. Plaats van KVF afdelingen in de keten.

#### **4.11.3. Plaats KVF afdelingen in de keten**

KVF afdelingen – afdelingen voor klinische verslavingszorg plus forensische problematiek – vormen een aparte groep in het stepped care model. Er zijn slechts enkele van deze afdelingen, hoewel steeds meer programma's ontwikkeld worden binnen meer reguliere zorgtrajecten voor patiënten met forensische problematiek. De toegang tot KVF afdelingen is daarmee ook enigszins afwijkend van die tot andere afdelingen. De routing verloopt via Reclassering en het indicatietraject van het NIFP. Er volgt dan een indicatiegesprek voor opname in een verslavingskliniek. De uitstroom gaat ofwel naar een beschermd of een begeleid wonen voorziening, ofwel naar een resocialisatie afdeling. In een enkel geval gaat de patiënt naar huis. Een casemanager begeleidt de patiënt na zijn ontslag uit de KVF afdeling.

In het schema zoals dat hier getoond is, lijkt weinig sprake te zijn van samenwerking met andere afdelingen in de verslavingszorg. De vraag is hier gerechtvaardigd of de positionering van KVF afdelingen als fase II afdeling wel een terechte is. Immers, er lijkt geen sprake te zijn van een routing langs de ambulante intake en indicatiestelling en/of een van de (C)DD afdelingen. Ook routing via een IMC wordt niet vermeld in het schema.



Schema 4.5. Plaats van IMC's in de keten.



#### 4.11.4. Plaats IMC's in de keten

Bij de IMC's verloopt de meest gebruikelijke route via de ambulante intake rechtstreeks naar de IMC's. Volgens dit schema verloopt deze route dus niet via de (C)DD afdelingen. Patiënten komen bij de ambulante intake terecht via een groot aantal maatschappelijke instanties / verwijzers, waaronder maatschappelijke opvang, huisarts en justitie. Rechtstreekse plaatsing door deze maatschappelijke partijen bij een IMC behoort, hoewel minder gebruikelijk, tot de mogelijkheden.

Na verblijf bij het IMC gaan de patiënten meestal naar huis, eventueel met verdere ambulante of deeltijd begeleiding. Een (kleiner) deel van de IMC patiënten gaat verder in een behandelingstraject in de verslavingszorg. Minder frequent worden patiënten verwezen naar een dak- en thuislozenopvang, of naar een maatschappelijke opvang voorziening, naar een voorziening voor begeleid wonen, of naar de GGZ. Ook een verwijzing (terug?) naar justitie komt voor. De casemanager is bij deze ontslagtrajecten een belangrijke factor.

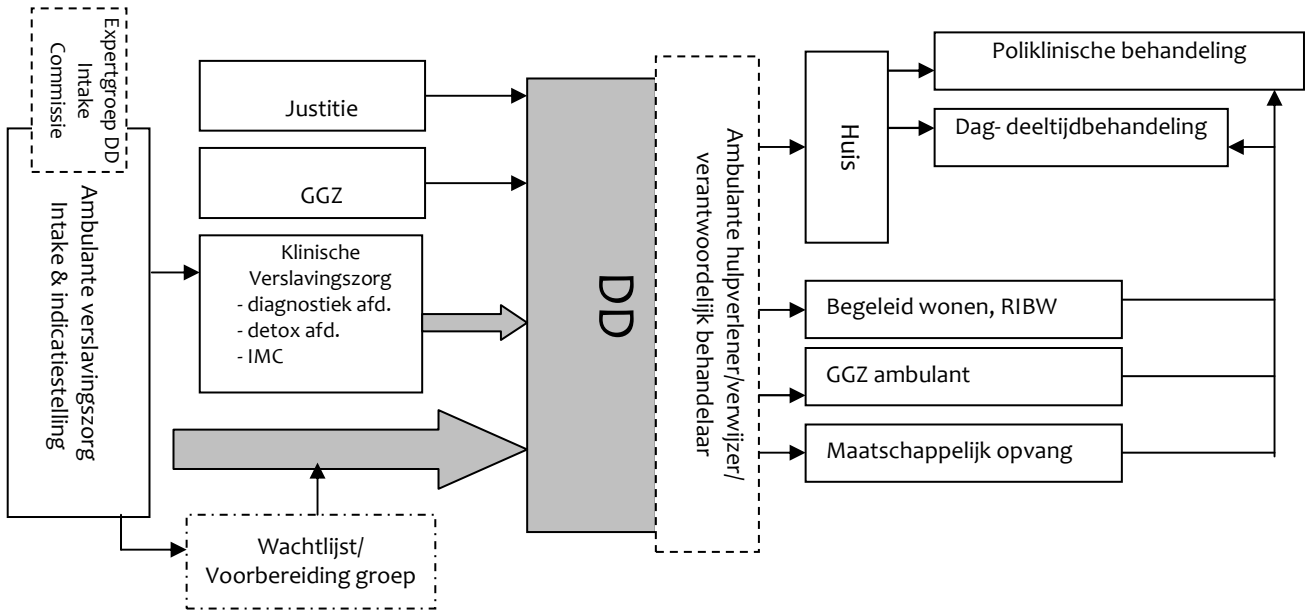
De rechtstreekse plaatsing van patiënten bij een IMC is een overblijfsel van de oorspronkelijk bedoelde routing naar de IMC's: zo laagdrempelig als mogelijk. Dat deze routes nu minder vaak voorkomen dan de route langs de ambulante intake, is tekenend voor de verandering die de positie van het IMC in de loop van de achterliggende tien jaren heeft ondergaan: van laagdrempelige fase I voorziening, naar een meer gespecialiseerde positie in fase II. Vanuit het IMC monitor project is bekend dat er tevens sprake is van steeds meer differentiatie bij de IMC's. Het ene IMC richt zich op vooral justitiële patiënten, het andere is een behandelafdeling geworden (in tegenstelling tot de oorspronkelijke doelstelling als motivatie-afdeling), en het derde IMC blijft vasthouden aan de originele laagdrempelige opvang volgens het IMC Handboek.

Wanneer het IMC een positie inneemt binnen fase II, dient er ook detoxificatie plaats te vinden, ofwel voorafgaand aan opname bij het IMC (echter: een route langs (C)DD afdelingen wordt niet genoemd), of tijdens de eerste opnamefase bij het IMC. Uit de dataverzameling bij de IMC monitor blijkt dat detoxificatie en/of diagnostiek de meest vermelde hulpvragen zijn van zowel verwijzers als patiënten (detoxificatie bij 25% en diagnostiek bij 21% van de patiënten; cijfers 2009). 'Motiveren' tot verdere behandeling blijft daar met 16% bij achter. Ook dit toont aan dat de IMC's een andere doelstelling hebben gekregen.

Te zien is in het schema dat het opnametraject verreweg het meest langs de ambulante intake en indicatiestelling verloopt en dat er dan ook een wachtperiode wordt ingebouwd met wachtlijstgroepen en introductiecursussen. Dit past in ieder geval niet (meer) bij de oorspronkelijke doelstelling. Daarmee dringt zich ook de vraag op of dan de oorspronkelijke doelgroep nog wel wordt bediend.

Aan de achterdeur van het IMC is te zien dat de oorspronkelijke doelstelling – motiveren tot het aangaan van een behandelingstraject in de verslavingszorg – dikwijls niet wordt bereikt: de meest gemelde route is die naar huis. Wanneer dat gepaard gaat met ambulante of deeltijdbehandeling, wordt de doelstelling overigens wel gehaald. Een aantal patiënten gaat een verder residentieel behandelingstraject in.

In de IMC monitorgegevens zien we deze informatie terug: volgens de data over 2009 gaat 35% van de patiënten naar huis, en 13% is dak- of thuisloos, 15% heeft een klinische opname in de verslavingszorg en 10% in de GGZ, 13% verblijft in een maatschappelijke opvang voorziening. De overigen gaan naar elders.



Schema 4.6. Plaats van DD's in de keten.

#### 4.11.5. Plaats DD's in de keten

Ook bij de dubbele diagnose klinieken is de meest gebruikelijke route die via de ambulante intake en indicatiestelling rechtstreeks naar de DD. Daarbij is dan ook sprake van een wachtlijst- en/of voorbereidingsgroep. Minder gebruikelijk is een route via een (C)DD afdeling of via een IMC. In enkele gevallen komt het voor dat er rechtstreekse plaatsing bij een DD kliniek plaatsvindt via de GGZ of via Justitie.

Er is geen 'meest gebruikelijke' route na het verblijf bij een DD afdeling. Patiënten gaan naar huis, naar een begeleid wonen of beschermd wonen voorziening, naar een maatschappelijke opvang voorziening of worden verwezen naar een ambulante behandeling in de GGZ. In alle gevallen kan er sprake zijn van poliklinische behandeling of begeleiding.

Het eerste wat opvalt bij het stroomschema voor de DD's is het ontbreken van de andere (residentiële) behandelingen in de verslavingszorg in dit schema. Kennelijk is er nauwelijks sprake van onderlinge verwijzingen tussen bijvoorbeeld een KKV/LKV afdeling en een DD. Dit past niet binnen een stepped care model. Ongetwijfeld zal het zo zijn dat bij een aantal patiënten van meet af aan duidelijk is dat er sprake is van ernstige psychiatrische problematiek in combinatie met ernstige verslavingsproblematiek, conform sector IV in het model van Minkoff. Dat deze patiënten dan niet passen binnen een KKV- of LKV afdeling en rechtstreeks naar een DD kliniek gaan, is logisch. Echter, dit zal toch niet bij alle patiënten het geval zijn en het is daarom opvallend dat hier nergens wordt vermeld dat patiënten bij de DD terecht kunnen komen via eerdere fasen in het stepped care model.

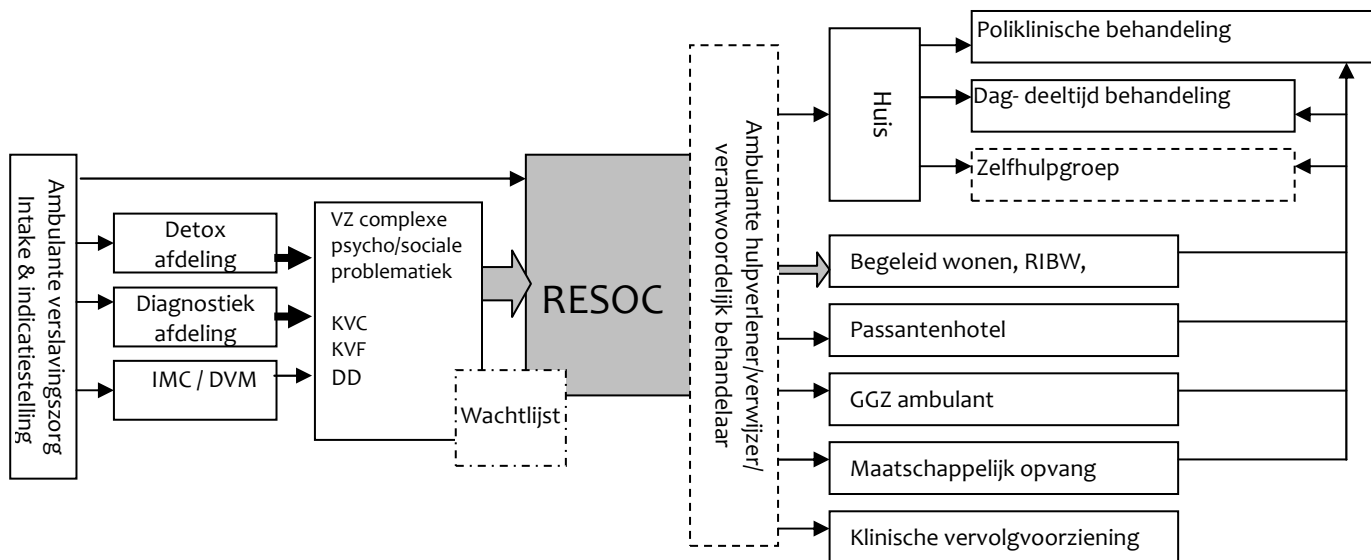
Ook de rechtstreekse plaatsing door GGZ en Justitie naar een DD is opvallend en ook hier moet men zich afvragen op basis van welke indicatiecriteria deze rechtstreekse plaatsing dan gebeurt.

Vanuit de DD monitor is bekend dat een veelgehoorde hulpvraag van zowel verwijzers als patiënten die is naar detoxificatie en/of diagnostiek (bij 36% resp 26% van de patiënten; cijfers 2008). Deze twee functies worden dan ook veel toegepast binnen de DD en hierin is wellicht de reden gelegen om (C)DD afdelingen dikwijls te omzeilen. Het gaat dan om gespecialiseerde detoxificatie bij een patiënt bij wie de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat. Bij het bespreken van de indicatiecriteria hebben we gezien dat dit een contra-indicatie vormt voor veel (C)DD afdelingen.

Overigens komt het hier gepresenteerde stroomschema overeen met de resultaten van de DD monitor<sup>7</sup>: daaruit blijkt dat verreweg de meeste patiënten na ontslag naar huis gaan (51%), 4% gaat naar een klinisch programma in de verslavingszorg, 7% naar een klinisch programma in de GGZ, 4% naar een resocialiserende woonvorm en 5% naar een RIBW. Van 12% is de bestemming na ontslag niet bekend en 17% gaat naar elders.

---

<sup>7</sup> Cijfers die hier worden gepresenteerd hebben betrekking op de monitorgegevens uit 2008.



Schema 4.7. Plaats van Resocialisatie afdelingen in de keten.

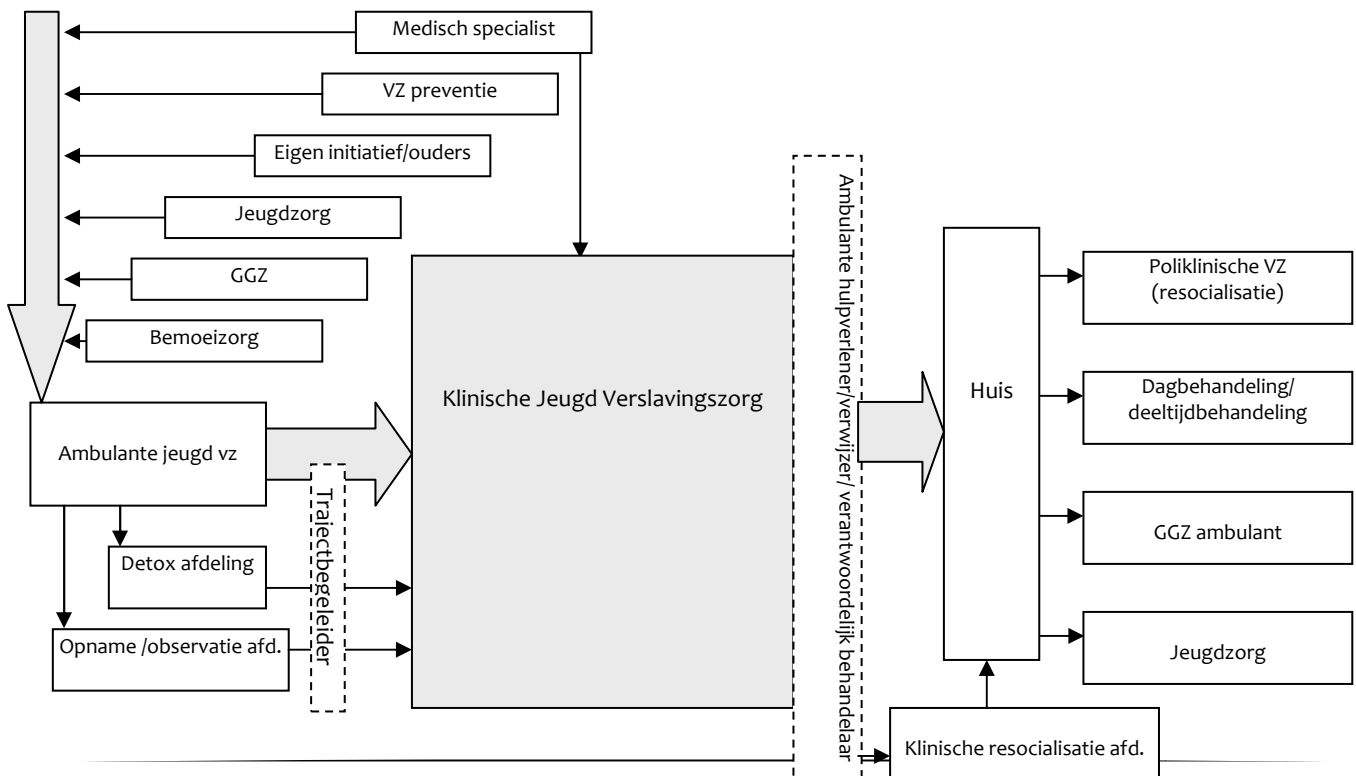
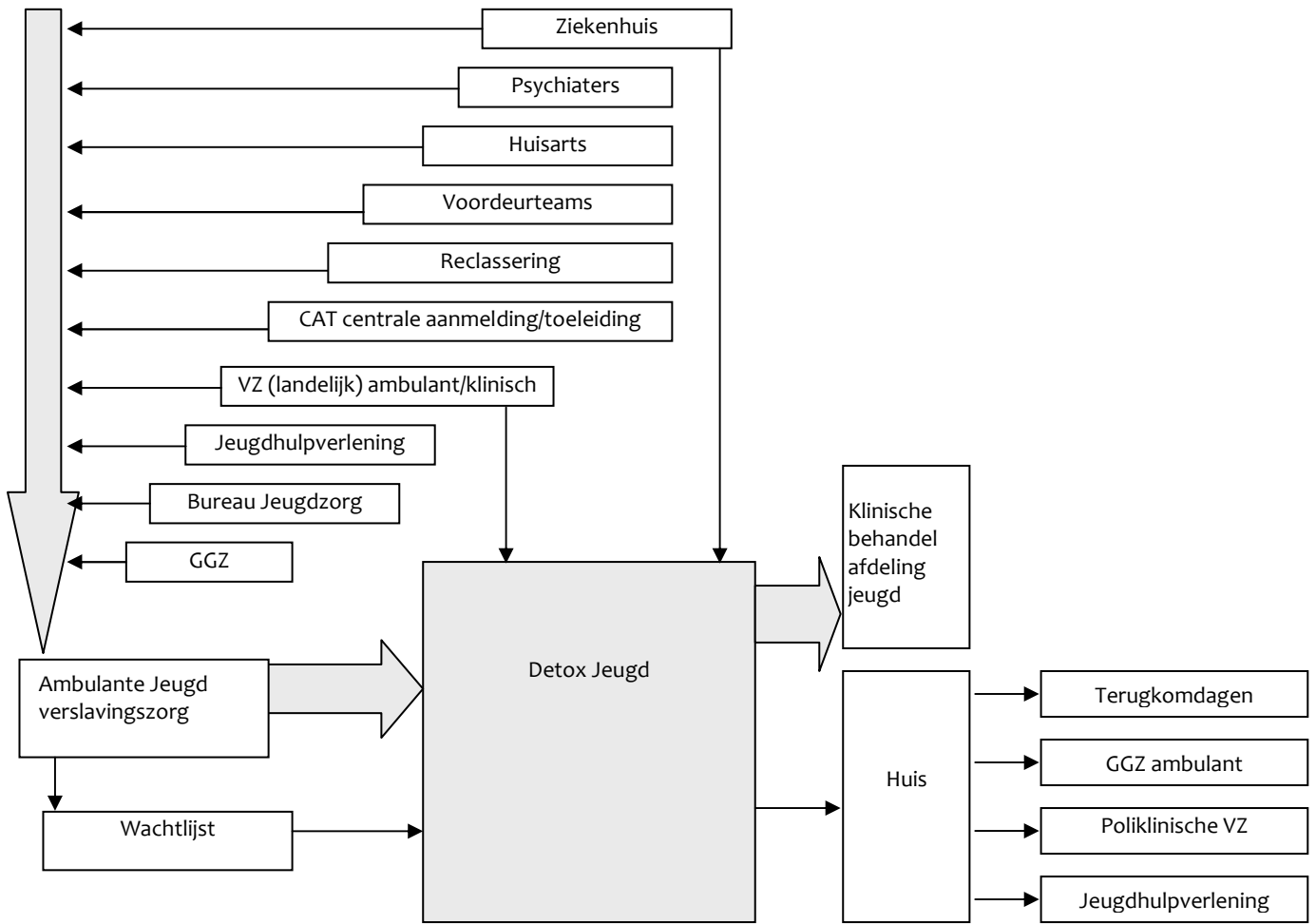
#### 4.11.6. Plaats resocialisatie afdelingen in de keten

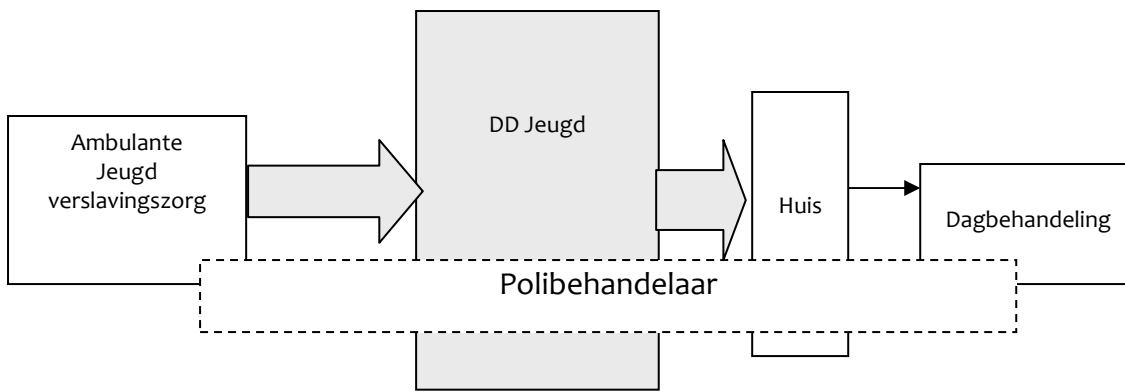
Resocialisatie afdelingen vormen in het stepped care model de derde fase in de zorg. Patiënten komen bij een resocialisatie afdeling terecht via de fase II afdelingen. Hoewel bij het DD stroomschema niet opgetekend, kunnen patiënten ook via de DD bij een resocialisatie afdeling worden geplaatst. Een opmerkelijke route, hoewel niet vaak voorkomend, is die vanuit de ambulante intake en indicatiestelling en/of ambulante behandeling rechtstreeks naar de resocialisatie afdeling. Wat is de indicatie voor residentiële resocialisatie wanneer de behandeling ambulante heeft plaatsgevonden in zo'n geval?

Vanuit de resocialisatie afdeling gaan patiënten in de meeste gevallen naar een begeleid of beschermd wonen voorziening. Ook gaan patiënten naar huis met of zonder ambulante hulp en/of begeleiding, naar een GGZ- of maatschappelijke opvang voorziening of naar een passantenhotel. Opvallend is dat een deel van de patiënten verder behandeld wordt in een residentieel vervolgtraject. Of dit in of buiten de verslavingszorg is, wordt hier niet vermeld.

De meest gebruikte route naar een resocialisatie afdeling past binnen het stepped care model. In een aantal gevallen is er sprake van een wachtlijst tussen de behandelingsafdeling en de resocialisatie afdeling. Hoewel hier niet vermeld, is uit de IMC- en DD monitor gegevens gebleken dat patiënten bij die afdelingen in ieder geval dan langer bij het IMC resp DD verblijven. Dit leidt soms tot opstoppingen en tot wachtlijsten aan de voordeur van deze afdelingen. Dit probleem speelt overigens niet alleen bij verwijzing naar een resocialisatie afdeling, maar ook naar (gespecialiseerde) langdurig verblijf afdelingen. Dit komt later ook aan de orde bij de bespreking van knelpunten en hiaten in de zorg.

#### 4.11.7. Plaats jeugdverslavingszorg in de keten





**Aanbeveling 9:** iedere voorziening dient zich bewust te zijn van zijn eigen plaats in de keten van hulp aan verslaafden.

Kom tot goede samenwerkingsafspraken met – de belangrijkste – ketenpartners, zowel intern als extern.

Besteed aandacht aan overdrachtmomenten tussen voorzieningen. Dit zijn vaak de momenten voor patiënten om af te haken. Een ‘warme overdracht’ kan daarbij een positieve invloed hebben.

#### 4.12A. Kansen en bedreigingen

	(C)DD afd	IMC	KVV	LKV	VZ +cogn.	VZ + for.	VZ +DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd VZ	Jeugd DD
<b>Kansen</b>											
Samenwerking met concullega's / ketenzorg	X	X	X	X			X	X			
Ontwikkeling evidence based aanbod voor specifieke doelgroepen	X		X	X	X	X	X	X		X	
Monitoring							X	X			
Onderzoek						X	X	X			
Differentiatie in (aanbod voor) doelgroepen*	X	X		X			X				
Outreaching werken							X				
Ambulant werken							X				
Groot aanbod doelgroep / nieuwe doelgroepen	X		X	x							
Aanbod LVG		X									
Meer aandacht rehabilitatie			X								
Toename expertise	X		X	X							
<b>Bedreigingen</b>											
Verzwaring doelgroep	X	X	X	X				X			
Personeelskrapte	X	X		X			X	X			
Overbelasting / tijdsdruk			X	X			X	X			
Bezuinigingen / kwaliteit van zorg onder druk	X	X	X	X			X	X	X		
Markwerking	X		X	X					X		
Behandeltraject is te kort				X				X			
Zwakke / kwetsbare groep wordt dupe van vergaande specialisatie**			X	X			X				
Verworden tot verblijfs- ipv behandelafdeling***		X					X				
Werken met losse modules							X				
Nazorg te weinig							X	X			
Andere initiatieven / concurrentie	X	X					X	X			
Verantwoording afleggen	X	X	X	X		X	X				

\*Specialistische derdelijns instelling met top GGZzorg; \*\* speerpunten gaan ten koste van gedegen basisprogramma; Zorgplicht alle verslaafden, waardoor extra formatie en veiligheidsmaatregelen voor andere patiënten; \*\*\* of "afvalputje"



#### 4.12B. Hiaten en overlappen

	CDD	IMC	KKV	LKV	VZ +cogn.	VZ + for.	VZ + DD	Resoc	Jeugd detox	Jeugd VZ	Jeugd DD
<b>Hiaten</b>											
Zorg in weekends	X										
Aandacht voor individuele problematiek (ipv alleen geprotocolleerd werken)	X						X	X		X	
Mogelijkheden voor (intensieve) ambulante begeleiding							X				
Nazorg / doorstroom	X		Samenwerking met externen			X	X	Woonvoorz.			
Vergoeding daklozen, buitenlandse, onverzekerde ptn	X		X	X							
Ptn vervelen zich		X									
Betrokkenheid bij maatsch. voorzieningen		Buurthuizen									
Woonvoorzieningen voor doelgroep		X	X				X				
Systeembehandeling				X							
Aansluiting klinisch – ambulante vv				X			X				
Uitbreiden diagnostiek (psychiater/psycholoog)				X							
Samenwerking GGZ			X								
Aanbod ADL afhankelijk			X							X	
Aanbod GHB			X								
Aanbod LVG			X			X	X	X	X		X
Aanbod jongeren			X							< 12 jr	<12 jr
Gesloten setting						X					
Crisisbedden							X				
Voorzieningen voor langdurende begeleiding								X			
<b>Overlappen</b>											
Diagnostiek vindt elders plaats	X										
Dossiervoering / registratie	X										
Met ambulante verslavingszorg	X	X				X				X	
Met klinische verslavingszorg	X	X		DD		X					
Hostels		X									
Regelen activiteiten rond thuissituatie			X								
Met (forensische) psychiatrie						X					

## 4.12. Sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen, hiaten en overlappen

Bij de overzichten die hiervoor zijn gegeven moet allereerst opgemerkt worden dat het hier gaat om punten die door de instellingen / geïnterviewden zelf zijn aangedragen. Het betreft dus geen objectieve analyse maar een subjectieve ervaring.

Verder gaat het specifiek in deze tabellen om een samenvatting van de bevindingen. Wanneer dus een sterk punt wordt genoemd, wordt hieruit niet duidelijk of dit door alle instellingen wordt gedragen, of dat het gaat om een casuïstische mededeling. Bij de sterke en zwakke punten is dat over het algemeen het geval: veelal noemen de respondenten sterke en zwakke punten van de eigen voorziening. Dit is de reden waarom ze hier niet in een schema zijn getoond.

Bij de bespreking van de kansen en bedreigingen en hiaten en overlappen gaan wij in op de door de instellingen genoemde punten, waarnaast de mening van de onderzoekers is geplaatst.

### ➤ Kansen en bedreigingen

Bij de kansen en bedreigingen worden door een aantal respondenten dezelfde items genoemd. Kansen worden vooral frequent gezien in de samenwerking met andere verslavingsinstellingen en andere partners in de zorgketen voor patiënten. Dit is een opmerkelijke bevinding, gezien het feit dat er steeds meer gesproken wordt van marktwerking en daarmee samenhangende concurrentie. Inderdaad worden deze twee – marktwerking en concurrentie – ook genoemd bij de bedreigingen. Dit laatste is voorspelbaar en herkenbaar: er zijn steeds meer spelers in het veld, ook de GGZ begeeft zich op het terrein van de verslavingszorg en dit kan als bedreigend worden ervaren. Echter, kennelijk zien anderen hierin ook kansen gelegen om meer een keten van zorg te realiseren en om gebruik te maken van elkaars sterke kanten.

Een andere kans die wordt genoemd, is gelegen in de kennis die toeneemt over evidence based aanbod, met name voor specifieke doelgroepen. Gedoeld wordt op de LVG-doelgroep, forensische patiënten, jongeren en anderen. De kennis over evidence based interventies is in de afgelopen jaren internationaal toegenomen, en in Nederland ook verder ontwikkeld. De sector heeft een enorme ontwikkeling doorgemaakt en er is veel veranderd in de verslavingszorg wat betreft onderzoekscultuur. Gezien het feit dat dit door veel categorieën voorzieningen als een kans wordt aangemerkt, is te verwachten dat deze ontwikkeling in de komende jaren door zal zetten. Er is nu een vruchtbare bodem voor het doen van experimenten, van case studies en van beschrijvend onderzoek.

Onder de genoemde bedreigingen valt vooral op dat bezuinigingen door veel instellingen worden genoemd. Er wordt steeds meer verwacht van de verslavingszorg: de sector krijgt steeds meer cliënten (reken hiertoe behalve de verslaafde patiënt ook diens directe omgeving, maar ook gemeenten, scholen, 'de maatschappij') en de verwachtingen over het behandelresultaat worden steeds hoger gesteld. Tegelijkertijd nemen financieringsstromen af en wordt er steeds meer gestuurd middels verantwoording. Registratie van activiteiten kost steeds meer tijd, hulpverleners brengen meer tijd door achter een computer en dit gaat ten koste van de 'handen aan het bed' (voor zover daar in de verslavingszorg van kan worden gesproken). De een aantal malen genoemde 'personeelskrapte' moet ook vooral in dat licht worden gezien: het is een relatief tekort door de toename van extra taken.

Ook blijkt het, mede door lagere beloning, moeilijk om goed gekwalificeerd personeel te krijgen in de verslavingszorg. Dat geldt vooral voor regio's waarin veel zorgvoorzieningen zijn. Hulpverleners kiezen dan eerder voor een sector waarin de beloning op een hoger niveau ligt.

#### ➤ Hiaten en overlappen

Bij de hiaten worden veel zaken genoemd die met de aard van de eigen voorziening samenhangen. Zo zien respondenten van Dubbele Diagnose klinieken een hiaat als het gaat om gesloten voorzieningen.

Een hiaat dat door meerdere categorieën wordt genoemd, wordt gevormd door de voorzieningen voor nazorg, voor 'doorstroom-voorzieningen'. Voor deze klinieken is het moeilijk om mogelijkheden te vinden voor hun patiënten na afronding van de behandeling binnen het eigen programma. Dit geldt voor zowel Detox-afdelingen, als voor behandelafdelingen als kortdurende klinische voorzieningen, forensische verslavingsklinieken, DD's en Resocialisatie-afdelingen. Alle kampen ze met hetzelfde probleem. Aan te bevelen is om regionaal de behoefte aan dergelijke voorzieningen te peilen en samen met de externe partners voorstellen te doen voor langdurige nazorg-afdelingen. Hierbij kan gedacht worden aan beschermd wonen en begeleid wonen projecten waar patiënten langere tijd kunnen verblijven en waar sprake is van een weloverwogen beleid ten aanzien van het gebruik van middelen.

Een ander punt, dat door meerdere respondenten wordt genoemd, is de hulpverlening aan onverzekerden, illegalen en daklozen. Klaarblijkelijk is hiervoor onvoldoende geregeld, of zijn de regelingen voor deze patiënten onvoldoende duidelijk en werkbaar.

Overlappingsen in de zorg worden weinig gezien. Waar respondenten overlappen zien met andere sectoren in de ambulante en/of klinische verslavingszorg, is het aan te bevelen om zich te beraden op eerder genoemde zaken als programma-doelstelling, doelgroep, indicatiecriteria en behandel aanbod en vervolgens te bezien of men zich voldoende kan onderscheiden.

Dit hoofdstuk wordt besloten met een beschouwing over de sterke en zwakte punten van de residentiële verslavingszorg in Nederland.

#### *Personeel*

Over het algemeen wordt de inzet van de hulpverleners gezien als de sterke troef van de verslavingszorg. Termen als bevlogen, gemotiveerd, betrokken, daadkrachtig, deskundig, ervaren, creatief, flexibel worden genoemd. Ook wordt vermeld dat mensen over het algemeen plezier in het werk hebben. Het is belangrijk dit goed voor ogen te houden en als sector te investeren in dit kapitaal.

Datzelfde team vormt ook voor een deel de zwakte van de zorg. Niet zozeer dat het team, of de afzonderlijke teamleden onvoldoende presteren. Deze zwakte is meer gelegen in zaken als zware belasting, tijdsdruk, en veel wisselingen onder het personeel. Goed gekwalificeerd personeel blijkt in de verslavingszorg moeilijk te krijgen, vooral artsen en verpleegkundigen. Dit verschilt een beetje per regio maar gaat over het algemeen wel op. Gecombineerd met de steeds hogere eisen die aan de verslavingssector worden gesteld, levert schaarste aan personeel een steeds grotere belasting op voor de teams. Dit hebben wij gemerkt bij dit project waarbij het mede als gevolg van overbelasting niet mogelijk bleek een werkgroep samen te stellen en het invullen van de – inderdaad lange – vragenlijst op veel weerstand stuitte. Dat geldt niet alleen voor dit

project, maar ook voor andere, primair proces overstijgende, activiteiten. Het wordt door deze overbelasting steeds moeilijker dergelijke projecten uit te voeren.

#### *Markt en concurrentie vs transparantie en onderlinge uitwisseling*

Marktwerking en concurrentie worden door een aantal respondenten genoemd als bedreigingen voor de verslavingszorg. Een van de uitingen hiervan is dat instellingen steeds minder open worden wanneer het gaat om het geven van informatie over de eigen programma's, patiëntenpopulaties, uitkomsten van de zorg en dergelijke. Deze ontwikkeling staat haaks op de doelstelling van een project als het onderhavige. De verslavingszorg moet een keuze maken: of in gezamenlijkheid komen tot kwaliteitsverbeteringen van de zorg en hierin gebruik maken van elkaars expertise, of zich terugtrekken binnen de eigen instellingsgrenzen en ieder voor zich streven naar het bieden van zo goed mogelijke zorg. De vorming van platforms en monitoringprojecten, alsmede de vraag naar transparantie en verantwoording vragen om meer openheid en deze initiatieven kunnen een stap voorwaarts betekenen voor de sector. Voor sommigen prevaleren echter de belangen die aan marktwerking zijn verbonden. Iedere RvB moet hierin eigen beslissingen nemen. Er is in de afgelopen jaren een enorme inhaalslag gemaakt in de Nederlandse verslavingszorg wat betreft de kennis over wat werkt en wat niet (hoewel er ook nog veel vragen onbeantwoord zijn). Daarbij is veel gebruik gemaakt van bestaande samenwerkingsverbanden tussen instellingen en van gelegenheidsformaties. De hele sector kan profiteren van dergelijke onderzoeken. Echter, wanneer de instellingen zich nu weer meer gaan terugtrekken op het eigen grondgebied, met het oog op de (vermeende) concurrentie-positie, bestaat de kans dat deze voedingsbodem verdort. Een voorwaarde voor multicenter onderzoeken is dat duidelijk is welke programma's dermate veel overeenkomsten vertonen, dan wel duidelijk omschreven verschillen, dat daar gezamenlijke onderzoeksprojecten kunnen plaatsvinden. Bij ver doorgevoerde concurrentie kunnen alleen nog mono-center onderzoeken plaatsvinden en deze passen niet meer bij de huidige eisen van de wetenschap.

#### *Evidence based werken*

Wat betreft die onderzoeken: het is noodzakelijk en van levensbelang voor de sector dat er veel meer evidence based interventies beschikbaar komen in de verslavingszorg. Gebleken is bij de inventarisaties in dit project dat er (te) weinig gebruik gemaakt wordt van beschikbare richtlijnen. Op zich is het werken volgens richtlijnen niet hetzelfde als evidence based werken, maar het is wel een stap in de goede richting. Er zijn veel richtlijnen beschikbaar gekomen in de afgelopen jaren maar er wordt nog onvoldoende gebruik van gemaakt, getuige de opgaven die wij hebben verkregen. Het ontwikkelen van nieuw evidence based interventies kan alleen door het verrichten van kwalitatief goede onderzoeken – bij voorkeur randomized controlled trials, RCT's - bij meerdere centra en daarvoor is het noodzakelijk dat er samengewerkt wordt en tenminste een zekere mate van openheid en onderling vertrouwen is.

Het gebruik van gevalideerde diagnostische en psychometrische vragenlijsten is een thema dat daarbij past. Dergelijke instrumenten zijn er inmiddels maar er wordt niet veel gebruik van gemaakt. Diagnostiek is een functie die, zoals is gebleken uit de inventarisatie, binnen alle fasen van de hulpverlening verricht wordt en die steeds verfijnder wordt naarmate de behandeling gespecialiseerder wordt. Wanneer die uitspraak wordt vergeleken met de opgaven over het gebruik van diagnostische instrumenten, lijkt er iets niet te kloppen. Want op welke wijze vindt deze diagnostiek dan plaats? Uit cijfers van de IMC- en DD monitorprojecten blijkt dat bij deze afdelingen diagnostiek een belangrijke functie is maar dat ook hier het gebruik van diagnostische instrumenten achterblijft. Als reden daarvoor wordt aangevoerd dat de instrumenten tijdrovend zijn. Daar kan tegen aangevoerd worden dat ze op de langere termijn ook tijd kunnen opleveren. Bovendien wordt met deugdelijke diagnostiek veel meer – objectiveerbaar en controleerbaar – informatie verkregen over de

pathologie van de patiënten in de verslavingszorg. En dat kan weer leiden tot meer erkenning van de zwaarte van het werk.

Binnen de ambulante intake en indicatiestelling vindt een eerste diagnostiek ronde plaats. Veel residentiële voorzieningen verschuilen zich daarachter en voeren dit argument aan als reden om geen diagnostische instrumenten te gebruiken. De verfijndere diagnostiek die bij residentiële voorzieningen zou plaatsvinden, vraagt echter ook om instrumenten. Maar bovendien is het de vraag in hoeverre diagnostische instrumenten wel worden toegepast in de ambulante intake en indicatiestelling. Deze is niet onderzocht in het kader van dit project; wij kunnen hier dus geen uitspraak over doen. Het is aan te bevelen deze voorzieningen aan een vergelijkbare inventarisatie te onderwerpen.

#### **4.13. Besluit**

Hiermee besluiten wij dit overzicht van residentiële voorzieningen in de verslavingszorg. Het is voor het eerst dat een dergelijke inventarisatie heeft plaatsgevonden in ons land en dat betekent dat dit naast een inventarisatie ook een zoektocht was. Een zoektocht naar de juiste methode, naar de juiste meetinstrumenten en naar een juiste wijze om de instellingen zoveel mogelijk te betrekken bij de gang van zaken en de conclusies. Niet alles is geslaagd, maar het resultaat is er wel. Dit resultaat bevat veel informatie over de residentiële verslavingszorg. Met die informatie kan de sector haar voordeel doen door er met open vizier naar te kijken, de problemen niet uit de weg te gaan. De aanbevelingen die in deze rapportage zijn gegeven, vormen een selectie. Per thema dat in dit rapport ter sprake is gebracht, kan een volledig nieuw rapport worden geschreven met meerdere aanbevelingen. Onze opdracht luidde een inventarisatie van de hele sector te geven en deze rapportage bevat een dergelijke inventarisatie. Het is aan de sector om de hier belichte thema's verder op te pakken en ermee aan de slag te gaan.



## Bronvermelding

Bevan G (2009). Problem drug use the public health imperative: what some of the literature says. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 4(21).

Brink W van den, Haasen C (2006). Evidence-based treatment of opioid dependent patients. *Canadian Journal of Psychiatry* 51 (10): 635-646.

Brunette MF, Drake RE, Woods M, Hartnett T (2001). A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric Services* 52:5526-5528.

College Tarieven Gezondheidszorg. Jaarverslag 2002 College Tarieven Gezondheidszorg, deel B: verslag van werkzaamheden. Utrecht, CTG, 2003.

Damen KFM, Joosten EAG, de Jong CAJ (2006). Residentiële voorzieningen in de Nederlandse verslavingszorg. NISPA Nijmegen, augustus 2006.

Gastfriend DR (ed). *Addiction Treatment Matching: Research Foundations of the ASAM criteria*. New York: The Haworth Medical Press, 2003.

Gastfriend, David R. and Mee-Lee, David(2004). The ASAM Patient Placement Criteria. *Journal of Addictive Diseases*, 22 (4): 1- 8.

Hyde, P. S., Falls, K., Morris, J., John A., & Schoenwald, S. K. (2003). *Turning Knowledge into Practice: A Manual for Behavioral Health Administrators and Practitioners About Understanding and Implementing Evidence-Based Practices*. Boston: Technical Assistance Collaborative, Inc., for The American College of Mental Health Administration.

Kleinig J (2008): Recovery as an ethical ideal. *Substance Use & Misuse*, 43:1685–1703.

Leshner AI (1997). Addiction is a brain disease and it matters. *Science* 278:45-47.

McGovern MP, Giard J, Brown J, Comaty J, Ruse K (2006). The dual diagnosis capability in addiction treatment (DDCAT) index: a toolkit for enhancing addiction only service (AOS) programs and dual diagnosis capable (DDC) programs. Version 2.0, December 2006.

Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M, et al, eds. *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised (ASAM PPC-2R)*. Chevy Chase, Md.: American Society of Addiction Medicine, 2001.

Mueser KT, Noordsy DI, Drake RE, Fox L (2003). *Integrated treatment for dual disorders*. New York: Guilford.

Schippers GM, Schramade M, Walburg JA (2002). Reforming Dutch substance abuse treatment services. *Addictive Behaviors* 27:995-1007.

Sobell MD & Sobell LC (2000): Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (4):573-579.

Timko C (1995). Policies and services in residential substance abuse programs. Comparisons with psychiatric programs. *Journal of Substance Abuse* 7:43-59.

Timko C, Dixon K, Moos RH (2005). Treatment for dual diagnosis patients in the psychiatric and substance abuse systems. *Mental Health Services Research* 7:229-242.

de Weert-van Oene GH, Verbrugge C, de Jong CAJ (2007). Benchmark Intramurale Motivatie Centra. Rapportage 2006. NISPA Nijmegen, maart 2007.

De Weert-van Oene GH, Holsbeek T, de Jong CAJ (2009). Monitor Dubbele Diagnose. Rapportage 2008. NISPA Nijmegen, juni 2009.