

ZORGSTANDAARD

Opiaatverslaving



November 2017

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ
Helling 12
3523 CC UTRECHT
030 737 04 70
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg

Inhoudsopgave

1	Visie op zorg: Gezondheid als perspectief	3
2	Inleiding Zorgstandaard	5
2.1	Zorgstandaard, generieke module, richtlijn	5
2.2	Participatie van patiënten en naastbetrokkenen	6
2.3	Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules	7
2.4	Betrokken organisaties	7
2.5	Uitgangspunten	7
2.6	Leeswijzer	8
3	Opiaatverslaving	9
3.1	Inleiding	9
3.1.1	Wat is een opiaatverslaving?	9
3.1.2	Hoe vaak komt opiaatverslaving voor?	10
3.1.3	Comorbiditeit	10
3.1.4	Maatschappelijke gevolgen	10
3.2	Doelstelling	11
3.3	Doelgroep	11
4	Zorg rondom opiaatverslaving	12
4.1	Inleiding	12
4.2	Vroege onderkenning en preventie	13
4.2.1	Vroege onderkenning	13
4.2.2	Geïndiceerde preventie	13
4.3	Diagnostiek en monitoring	13
4.3.1	Diagnostiek	14
4.3.2	Onderscheid	17
4.3.3	Monitoring	17
5	Individueel zorgplan en behandeling	19
5.1	Individueel zorgplan en zelfmanagement	19
5.1.1	Individueel zorgplan	19
5.1.2	Zelfmanagement	19
5.1.3	De zorgverlener en zelfmanagement	20
5.1.4	Ondersteuning van naasten	20
5.2	Behandeling en begeleiding	21
5.2.1	Psycho-educatie	25
5.2.2	Eerste-stap-interventies	25
5.2.3	Psychosociale behandeling	26
5.2.4	Psychologische en psychotherapeutische behandeling	28
5.2.5	Medicamenteuze behandeling	29
5.2.6	Combinatiebehandeling	30

5.2.7	Biologische behandeling	31
5.2.8	Vaktherapieën	31
5.2.9	Complementaire en aanvullende behandelwijzen	31
6	Herstel, participatie & re-integratie	32
6.1	Herstel	32
6.1.1	Wat is herstel?	32
6.1.2	Herstelondersteunende zorg bij verslaving	32
6.1.3	Herstelondersteunende interventies	33
6.2	Participatie	33
6.2.1	Verbetering van de leefsituatie	34
6.2.2	Methoden om participatie te bevorderen	35
6.2.3	Inzet ervaringsdeskundigheid	35
6.3	Re-integratie	35
6.3.1	Re-integratie naar arbeid	35
6.3.2	Stigma	36
7	Generieke modules	37
7.1	Generieke module Drang en dwang	37
7.2	Generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)	38
8	Organisatie van zorg	40
8.1	Zorgstandaardafhankelijke aspecten	40
8.1.1	Echelonnering en gepast gebruik	40
8.1.2	Regiebehandelaar	41
8.1.3	Overdracht en consultatie	41
8.1.4	Informatie-uitwisseling	42
8.1.5	Toegankelijkheid	42
8.1.6	Keuzevrijheid	42
8.1.7	Onafhankelijke patiëntondersteuning	43
8.1.8	Privacy	43
8.2	Zorgstandaardafhankelijke aspecten	44
8.2.1	Samenwerking in de keten	44
8.2.2	Regie binnen de zorg	46
8.2.3	Benodigde competenties	48
8.3	Kwaliteitsbeleid	49
8.3.1	Kwaliteitsstatuut	49
8.3.2	Deskundigheidsbevordering	50
8.4	Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	50
8.5	Financiering	51
9	Kwaliteitsindicatoren	52
9.1	Uitkomstindicatoren	52
9.2	Procesindicatoren	52
9.3	Structuurindicatoren	52

1 Visie op zorg: Gezondheid als perspectief

Psychische problemen kunnen enorm ontwrichtend zijn. Mensen die hiermee worden geconfronteerd, weten dat als geen ander. Wanneer zij in al hun kwetsbaarheid een beroep doen op professionele hulp, moeten zij kunnen rekenen op de grootst mogelijke deskundigheid van beroepsbeoefenaren. Om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) verder te verbeteren, zijn beroepsbeoefenaren, patiënten en hun naaste(n) op zoek gegaan naar interventies en zorg- en organisatievormen, waarvan vanuit wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis vaststaat dat ze het meest effectief en het minst belastend zijn. In de zorgstandaarden en generieke modules beschrijven we met elkaar kwalitatieve goede zorg tegen aanvaardbare kosten. Dit is zorg die op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig, in goede samenhang en rondom de patiënt en zijn naaste(n) wordt verleend.

Inzet op gezondheid: niet per se een doel op zich

In de zorg ligt de focus op gezondheid. Op herstel van het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven. ¹ Het herwinnen van fysiek en geestelijk welzijn is niet persé een doel op zich, maar een middel om een volwaardig en zinvol leven te leiden.

Vanuit dit perspectief draagt de ggz bij aan herstel, ontwikkeling en meer kwaliteit van leven. Aansluitend bij de eigen kracht van patiënten en bij de onmisbare steun van hun naaste(n). Eigen regie, zelfmanagement en gelijkwaardig contact zijn hierbij essentieel. Uiteraard zonder de beperkingen uit het oog te verliezen. Soms zal de regie tijdelijk door anderen overgenomen moeten worden. Professionals zullen samen met patiënten en naasten een evenwicht moeten vinden tussen hun draaglast en draagkracht om de meest passende weg richting herstel en ontwikkeling te vinden.

Professionele nabijheid betekent werkelijk contact

Wie aangewezen is op zorg krijgt te maken met professionals. Goede diagnostiek gaat over het persoonlijk verhaal van een patiënt, over zijn of haar leven, met alle kwetsbaarheden en weerbaarheden die daarbij horen. Wat is je probleem? En hoe kan je daarbij het beste geholpen worden? De patiënt blijft aan het roer van zijn eigen leven staan, terwijl samen met de professional wordt gezocht naar antwoorden. Zorgstandaarden geven sturing aan alle onderdelen van het zorgproces - van diagnose en indicatie, tot zorgtoewijzing en uitvoering.

Maar deze standaarden 'vangen' niet alles. Neem bijvoorbeeld de continuïteit van zorg en zorgverlener; die is essentieel maar komt in de standaarden niet vanzelfsprekend naar voren.

Hetzelfde geldt voor het contact en de match met een professional. Werkelijk contact maakt een relatie wederkerig en gelijkwaardig. Niet voor niets is de 'klik' tussen de zorgverlener en de patiënt en hun naaste(n) een van de meest genoemde kwaliteitseisen. Dat blijkt ook uit onderzoek. Veel patiënten en naasten zien de 'klik' als hét meest werkzame ingrediënt van de behandeling. Zij vragen van professionals dat zij er voor hen zijn, dat zij oog hebben voor hun leefwereld en voor wat er voor hen op het spel staat. Dit vergt geen professionele distantie, maar verdere verankering van professionele nabijheid in de ggz.

Gepast gebruik van labels

Mensen hebben allemaal hun persoonlijke geschiedenis. Iedereen functioneert in zijn of haar eigen sociale omgeving op basis van eigen kracht. Onze identiteit ontleen we daarbij aan wie wij zijn - niet aan klachten die we hebben. Daarom is het van belang om in de ggz gepast gebruik te maken van diagnostische labels.

Daarnaast dient er nadrukkelijk ruimte te zijn voor verschillende verklaringsmodellen over oorzaak, beloop, veerkracht en herstel van disbalans. Een belangrijke oproep in de zorgstandaarden luidt dan ook: staar je niet blind op diagnostische labels, maar houd altijd oog voor de mensen om wie het gaat.

Patiënten zijn het meest geholpen bij eigen keuzes maken

Bij verdergaande langdurige, intensieve en eventueel verplichte zorg blijven de principes van mens-, herstel- en ontwikkelingsgerichte zorg onverminderd van kracht. Behandeling en ondersteuning moet altijd beschikbaar zijn om de patiënt zoveel als mogelijk zijn leven naar eigen inzicht in te richten. Dit is een toepassing van het principe van gepast gebruik. Niet met de intentie autonomie af te nemen, maar juist gericht op het vergroten van zelfstandigheid zodra dat kan. Een en ander vergt voortdurend passen en meten, luisteren en doorvragen. Want ook in de zwaarste tijden zijn mensen er het meest mee geholpen wanneer zij zelf keuzes kunnen maken. In slechts enkele gevallen is dit door de omstandigheden niet of heel beperkt mogelijk. Dan moet worden uitgeweken naar een uitzonderingsscenario. Het overnemen van keuzes kan in deze gevallen als 'verantwoorde zorgzaamheid' gezien worden.

Samenwerken aan zorg en herstel

Over het functioneren van de menselijke psyche is veel bekend maar nog veel meer onbekend. Daarom hebben we alle beschikbare kennis vanuit de wetenschap, praktijk en de eigen ervaring van patiënten en naasten nodig om stappen vooruit te zetten om kwaliteitsverbetering in de ggz te kunnen realiseren.

Ook is het van groot belang dat de nu ontwikkelde zorgstandaarden door een breed scala van ggz-professionals gebruikt gaan worden, zowel in huisartsenzorg, de bedrijfsartsenzorg, de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz (en topzorg). Alle betrokkenen dienen zich hierbij te realiseren dat er via shared decision making altijd meerdere opties zijn bij herstel van psychische ziekten. Uiteindelijk is het aan patiënten om eventueel in overleg met hun naasten en zorgverleners te bepalen of en hoe het aanbod past in hun eigen leven en levensweg. De zorgstandaarden geven hierbij mogelijke richtingen aan (en dit geldt voor 80 procent van de patiënten), maar ze bieden ook de ruimte om op individueel niveau af te wijken, mits goed beargumenteerd en in overleg.

En natuurlijk helpt het als patiënten en hun naasten zich informeren over deze standaarden, zodat zij weten wat de ggz te bieden heeft en wat de voor- en nadelen van verschillende opties zijn. Zorgstandaarden zijn er dus niet alleen voor professionals, maar evenzeer voor patiënten en hun naasten². Daarom zal alle informatie uit de standaarden voor hen concreet, toegankelijk en herkenbaar beschikbaar komen en digitaal ontsloten worden.

2 Inleiding Zorgstandaard

Mensen met een opiaatverslaving die de ernst en gevolgen hiervan willen verminderen en hun kwaliteit van leven willen verbeteren kunnen hierbij hulp vragen of aangeboden krijgen van zelfhulporganisaties, verslavingszorg en ggz, en de huisarts. Deze zorgstandaard laat zien hoe in de regel de zorgvraag van mensen met opiaatverslaving dient te worden beantwoord. Het doel is dat mensen hun leven - met of zonder opiaatverslaving – als volwaardig burger kunnen inrichten met alle maatschappelijke behoeften, verplichtingen en mogelijkheden. Uitgangspunt is dat de patiënt zoveel mogelijk eigen keuzes maakt en zelf de regie heeft over zijn herstel. Daar horen ook eigen verantwoordelijkheden bij.

Dit hoofdstuk beschrijft wat een zorgstandaard is en hoe de Zorgstandaard Opiaatverslaving, in samenwerking met patiëntenvertegenwoordigers, tot stand is gekomen.

2.1 Zorgstandaard, generieke module, richtlijn

Een zorgstandaard is een beschrijving van de noodzakelijke onderdelen van multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde aandoening, gezien vanuit de patiënt. Een zorgstandaard is een algemeen raamwerk op hoofdlijnen voor de ondersteuning en behandeling van patiënten met een bepaalde aandoening. Het beschrijft de norm - mede door patiënten bepaald - waaraan goede zorg voor een bepaalde aandoening minimaal moet voldoen, inclusief de organisatie. Dit maakt het voor alle betrokken partijen inzichtelijk wat zij kunnen en mogen verwachten in het behandelingstraject en hoe zij moeten samenwerken.

Een zorgstandaard geeft een functionele beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele zorg, gebaseerd op actuele, en zo mogelijk wetenschappelijk onderbouwde, inzichten. Dit geldt voor de onderdelen preventie, vroegsignalering en zorg ('cure & care'), waaronder ondersteuning bij zelfmanagement. De zorgstandaard geeft ook een beschrijving van de organisatie van zorg en relevante prestatie-indicatoren (inclusief de manier waarop die moeten worden gemeten).

De zorgstandaard beschrijft in principe niet welke aanbieders de zorg leveren. Het is aan de regionale aanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten om hier gezamenlijk invulling aan te geven.

De Zorgstandaard Opiaatverslaving beschrijft de norm waaraan goede zorg voor mensen met (beginnende) opiaatverslaving minimaal moet voldoen. Wat kunnen zij van de zorg verwachten wanneer zij hulp nodig hebben voor hun verslaving? De zorgstandaard biedt een leidraad bij herstel: verminderen van de verslavingsproblemen (symptomatisch herstel) en het in staat zijn om psychisch, sociaal en maatschappelijk te functioneren.³ Bij het verminderen van de problemen met opiaten gaat het om goede signalering en vroege interventie, diagnostiek, behandeling en nazorg, waarbij altijd de bredere context – de persoon en zijn of haar omgeving – wordt betrokken. Bij het herstel van psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren gaat het om het bieden van hoop en perspectief, het herkennen en stimuleren van eigen kracht en het vergroten van de autonomie (zie [hoofdstuk 6]).

Bestaande richtlijnen, regelgeving en kwaliteitsindicatoren zijn de basis voor deze zorgstandaard. Om de belangrijkste punten hieruit in goede samenhang te kunnen beschrijven is gebruik gemaakt van actuele wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van zorgverleners en ervaringskennis van ervaringsdeskundigen.

Generieke modules

Naast de zorg die is gericht op opiaatverslaving, wordt in deze zorgstandaard ook meer algemeen geldende zorg beschreven die van belang is voor mensen met (beginnende) opiaatverslaving. In generieke modules staan zorgcomponenten of -onderwerpen beschreven die relevantie hebben voor meerdere psychische aandoeningen en/of somatische aandoeningen. Een generieke module haakt per definitie aan op een aantal andere kwaliteitsstandaarden, zowel voor specifieke aandoeningen als voor somatische chronische aandoeningen. De beschreven zorg in een generieke module kan bij de ene aandoening toepasbaar zijn in slechts één bepaalde fase en bij een andere aandoening in meerdere fasen. De beschreven zorg voor het ggz-onderwerp in een generieke module, is 'generiek', dus algemeen geldend. In hoofdstuk 7 worden de belangrijkste algemene generieke modules kort beschreven.

Wat is het verschil tussen een richtlijn en een zorgstandaard?

Een *richtlijn* geeft aanbevelingen gericht op verbetering van de kwaliteit van zorg. Het is meestal een samenvatting van wetenschappelijk onderzoek, met een afweging van voor- en nadelen van verschillende behandelingen. Dit wordt aangevuld met kennis en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers. Een richtlijn is voornamelijk bedoeld voor ondersteuning van de besluitvorming van behandelaren in de zorg. De kern van een *zorgstandaard* is een heldere beschrijving van wat goede zorg is, maar ook de [organisatie 8.2.1] daarvan. Zo krijgen verschillende zorgverleners en patiënten handvatten voor goede samenwerking, waarbij de patiënt centraal staat. Een voorbeeld is de samenwerking tussen een huisarts en een behandelaar in de verslavingszorg en naasten van de patiënt).

Een zorgstandaard is bedoeld voor professionals en is opgesteld vanuit patiëntperspectief. Deze zorgstandaard over ondersteuning en zorg bij opiaatverslaving maakt voor alle partijen in de zorg duidelijk wat zij kunnen en mogen verwachten van zorg bij opiaatverslaving. Over de inhoud van deze zorgstandaard is aparte informatie beschikbaar voor patiënten en naastbetrokkenen [thuisarts]. Zo kunnen patiënten, zorgverleners en naasten samen het best passende herstelproces uitstippelen. Herstel is namelijk een proces dat voor iedereen anders kan verlopen. Het concept 'herstel' bevat meer dan een geslaagde behandeling. Het gaat naast symptomatisch herstel ook om functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel, met daarin een belangrijke rol voor informele zorg en zelfhulpgroepen (zie verder [6.1]).

2.2 Participatie van patiënten en naastbetrokkenen

Patiëntenparticipatie was bij de ontwikkeling van deze zorgstandaard structureel gewaarborgd. De Zorgstandaard Opiaatverslaving is gezamenlijk ontworpen door ervaringsdeskundigen, professionals en onderzoekers. Deze partijen waren zowel vertegenwoordigd in de projectgroep als in de werkgroep (zie [2.4]). De projectgroep coördineerde het project en schreef conceptteksten voor de zorgstandaard.⁴

Daarnaast hebben bijeenkomsten plaatsgevonden met een klankbordgroep bestaande uit patiënten en naastbetrokkenen. De leden van de klankbordgroep traden op als adviseur en waren een informatiebron voor de invulling van het patiëntenperspectief. De vertegenwoordigers van patiënten en naasten in de projectgroep, werkgroep en klankbordgroep waren merendeels mannen en enkele vrouwen, van Nederlandse afkomst. Zij vertegenwoordigden nadrukkelijk ook andere patiëntengroepen zoals migranten en mensen met een verstandelijke beperking.

In de bijeenkomsten zijn de aandachtspunten voor de zorg vanuit het perspectief van patiënten en naasten in kaart gebracht. Er hebben drie bijeenkomsten plaatsgevonden. In deze bijeenkomsten is met patiënten en naasten gesproken over vroege herkenning, behandeling en herstel/nazorg en de patiëntenversie van deze

zorgstandaard. De belangrijkste ervaringen, aandachts- en verbeterpunten die uit deze bijeenkomsten naar voren kwamen zijn in verslagen vastgelegd. Bij het opstellen van deze zorgstandaard zijn daarnaast de [LPGGZ kwaliteitscriteria](#) leidend geweest.

2.3 Onderlinge samenhang zorgstandaard en generieke modules

De inhoud van de Zorgstandaard Opiaatverslaving is afgestemd op de module [Landelijke Samenwerkingsafspraken GGZ] (2016). De overige kwaliteitsstandaarden zijn op het moment van de ontwikkeling van deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd. Wel heeft waar mogelijk afstemming plaatsgevonden op basis van concept zorgstandaarden en generieke modules.

2.4 Betrokken organisaties

De projectgroep (zie [2.2]) is in de ontwikkeling van deze zorgstandaard ondersteund door een werkgroep. De werkgroep [bijlage 2] bestond zowel uit vertegenwoordigers van partijen uit het veld van preventie en zorg voor mensen met opiaatverslaving (behandelaren, managers, patiënten) als uit experts werkzaam bij kennisinstituten. Onafhankelijke voorzitter was prof. dr. Henk Garretsen, hoogleraar gezondheidsbeleid van Tranzo, Universiteit van Tilburg. De werkgroep beoordeelde conceptteksten en gaf haar goedkeuring aan deze zorgstandaard. Hoe patiënten en naasten betrokken zijn bij de ontwikkeling van deze zorgstandaard is te lezen in [paragraaf 2.2].

2.5 Uitgangspunten

Algemeen uitgangspunt

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professional handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de kwaliteitsstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een kwaliteitsstandaard hen biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de kwaliteitsstandaard bepalen de patiënt (en diens naasten) en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Uitgangspunten bij deze zorgstandaard

De bouwstenen voor deze zorgstandaard zijn de meest recente richtlijnen en protocollen op dit gebied, regelgeving en bestaande kwaliteitsindicatoren.⁵ Vanuit het perspectief van herstelondersteunende zorg, zoals beschreven in hoofdstuk 1 en 6, zijn deze bouwstenen verwerkt tot een zorgstandaard waarin een integrale, patiëntgerichte werkwijze voorop staat. Dit perspectief is verwoord op basis van enkele door de verslavingssector gedragen documenten over herstel en herstelondersteunende zorg.⁶ De kennis uit bestaande richtlijnen en documenten is op onderdelen aangevuld met goede voorbeelden en kennis uit de praktijk ('best practices' of

'practice based evidence'). Ook naar verschillende relevante producten van onder andere Resultaten Scoren wordt verwezen waar dit van toepassing is.

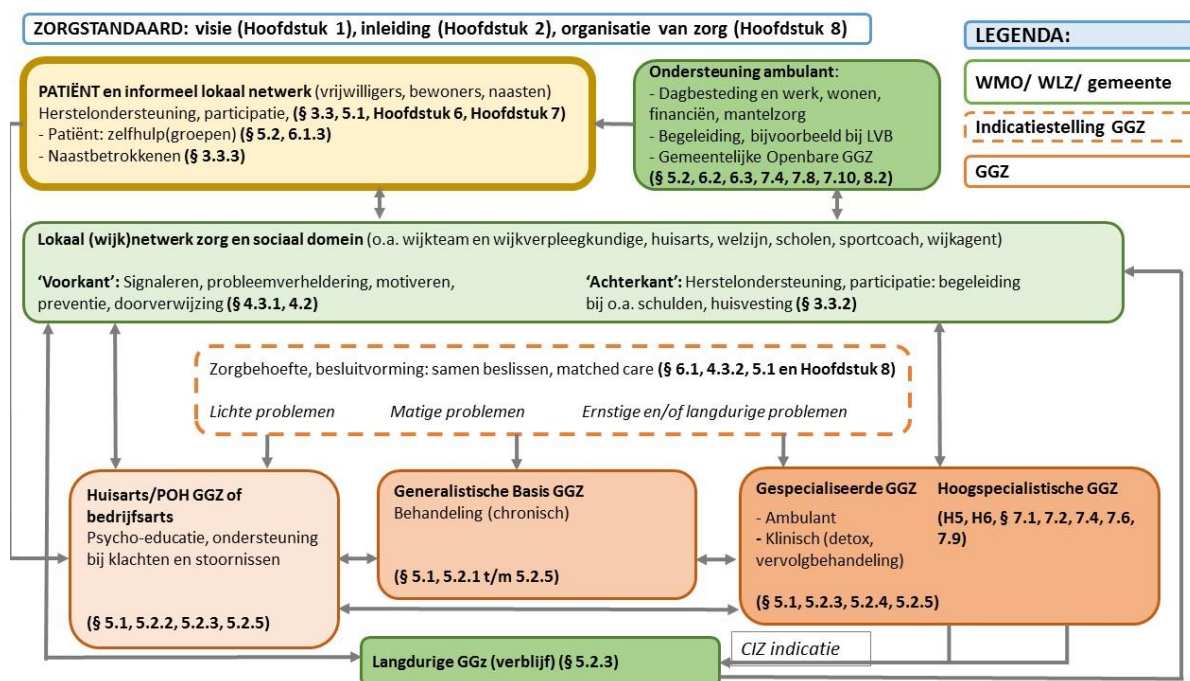
De zorgstandaard is een levend document, bedoeld om optimale zorg te bevorderen. Inhoudelijke aandachtspunten bij het onderhoud van deze kwaliteitsstandaard zijn beschreven in het [Onderhoudsplan]. Ieder jaar zal een beoordeling van de zorgstandaard plaatsvinden, waarbij elke drie jaar een volledige revisie start. Daarnaast zullen er ieder jaar kleine aanpassingen worden verwerkt. De standaarden blijven hierdoor continu actueel. Actualiseren én complementeren zijn daarbij aan de orde: de zorgstandaard hoort in overeenstemming te zijn met actuele kennis en inzichten op het gebied van opiaatverslaving en is zo compleet mogelijk.

2.6 Leeswijzer

In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. Voor dit document is voor de benaming patiënt gekozen in situaties waarin sprake is van een behandelrelatie. In andere situaties wordt gesproken van 'mensen met een opiaatverslaving'. Voor de leesbaarheid is voor 'hij' gekozen, waar ook zij kan worden gelezen.

In deze zorgstandaard wordt gebruik gemaakt van de term naastbetrokkene. Hieronder kan het zowel om zowel familie en vrienden gaan als bijvoorbeeld een goede buur of een vertrouwenspersoon.

Het volgende schema geeft weer welke thema's in welk hoofdstuk terug te vinden zijn. Het schema geeft ook weer hoe de zorg is gestructureerd en hoe de verwijzing verloopt.⁷



3 Opiaatverslaving

3.1 Inleiding

Onder de noemer opiaten vallen vele middelen. Het bekendste middel is heroïne. Ook methadon en buprenorfine/naloxon vallen onder de opiaten. Dit zijn vervangers van heroïne. Sommige pijnstillers zoals morfine, codeïne, oxycodon en fentanyl vallen ook onder de noemer opiaten.⁸ In deze zorgstandaard gaat het voornamelijk over heroïne, methadon en buprenorfine.

3.1.1 Wat is een opiaatverslaving?

In de DSM-5 wordt een opiaatverslaving (in de DSM een “stoornis in het gebruik van opiaten”) gedefinieerd als “een problematisch patroon van opiaatgebruik dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk”. Een opiaatverslaving voldoet aan de DSM-criteria wanneer minstens 2 van in totaal 11 criteria in het laatste jaar aanwezig waren.⁹

De DSM-criteria zijn:

- Opiaten worden vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
- Er is een blijvende wens, of er zijn vergeefse pogingen gedaan, om het opiaatgebruik te minderen of in de hand te houden.
- Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan opiaten te komen, opiaten te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
- Hunkering, sterke wens of drang tot opiaatgebruik.
- Terugkerend opiaatgebruik met als gevolg dat de belangrijkste rolverplichtingen niet worden nagekomen op het werk, op school of thuis.
- Aanhoudend opiaatgebruik ondanks blijvende of terugkerende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van opiaten.
- Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het opiaatgebruik.
- Terugkerend opiaatgebruik in situaties waarin dit fysiek gevaar oplevert.
- Opiaten blijven gebruiken terwijl men weet dat er een blijvend of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk is veroorzaakt of verergerd door de opiaten.
- Tolerantie, zoals gedefinieerd door één van de volgende kenmerken:
 - behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid opiaten om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken.
 - een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid opiaten.
- Ontwenningsverschijnselen, zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
 - het kenmerkende onthoudingssyndroom van opiaten.
 - opiaten worden gebruikt om onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen.

De DSM-5 onderscheidt de volgende niveaus in ernst van de verslaving:

- licht (2 tot 3 symptomen aanwezig)
- matig (4 tot 5 symptomen aanwezig)
- ernstig (6 of meer symptomen aanwezig)

In [hoofdstuk 4] is meer te lezen over herkenning van een opiaatverslaving en verdere diagnostiek.

3.1.2 Hoe vaak komt opiaatverslaving voor?

Gebruik van heroïne komt weinig voor in de algemene bevolking. In 2014 had 0,4 procent van de Nederlanders van 15 tot en met 64 jaar ervaring met heroïne.¹⁰ In 2014 waren er 9.604 personen in de verslavingszorg geregistreerd met [opiaatproblematiek¹¹], wat een aandeel van 14 procent in de verslavingszorg is.¹² Het overgrote deel (69 procent) van de problematische opiaatgebruikers is (per jaar bekeken) in contact met de hulpverlening. Opiaatverslaving kent relatief vaak een chronisch beloop.

Opiaatproblematiek kent in Nederland nauwelijks nieuwe aanwas; het overgrote deel van de hulpvragers was al eerder in de zorg. Patiënten in de verslavingszorg met een opiaatverslaving vormen een relatief 'oude' doelgroep: 23 procent is 55 jaar of ouder en 1 procent is jonger dan 25 jaar.¹³ Onder scholieren op middelbare scholen van het regulier onderwijs is heroïne niet populair: in 2011 kwam het percentage scholieren in het voortgezet onderwijs in Amsterdam dat ooit heroïne had gebruikt uit op 0.¹⁴

Het merendeel (89 procent) van de problematische opiaatgebruikers is man.¹⁵ Een overzicht van onderzoek over man-vrouwverschillen in onder meer prevalentie, risicofactoren en gevolgen is [hier](#) te vinden.¹⁶

3.1.3 Comorbiditeit

Comorbiditeit is het tegelijkertijd hebben van 2 of meer aandoeningen. Veelvoorkomende andere klachten of aandoeningen naast opiaatverslaving zijn:

- [lichamelijke problematiek¹⁷]
- [psychische problematiek¹⁸]
- [verslaving aan andere middelen¹⁹]

[Paragraaf 4.3.1] en [hoofdstuk 5] gaan verder in op wat comorbiditeit betekent voor diagnostiek en behandeling.

3.1.4 Maatschappelijke gevolgen

Bij mensen met een opiaatverslaving kan een proces optreden van marginalisering, verloedering en het 'aan de rand van de samenleving' terechtkomen. Mede door verbeteringen in het hulpaanbod in de laatste decennia, zoals opiaatonderhoudsbehandelingen, heroïne op medisch voorschrift en gebruikersruimten, lijkt de kans hierop te zijn afgenomen. Behalve negatieve gevolgen voor de gezondheid van de gebruiker is ook de maatschappelijke schade door verslavingsproblematiek aanzienlijk. Deze schade varieert van overlast en vandalisme tot arbeidsverzuim, geweld, huiselijk geweld, kindermishandeling en criminaliteit en brengt hoge kosten met zich mee.²⁰ Ook vormen mensen met een opiaatverslaving door hun verhoogde risico op infectieziekten, zoals Hiv en Hepatitis B en C, een risicogroep voor de volksgezondheid.

De gevolgen voor de kinderen van ouders met een opiaatverslaving zijn aanzienlijk. Bij deze ouders kunnen de opvoeding en het welzijn van kinderen onder ernstige druk komen te staan. Bijvoorbeeld wanneer kinderen worden verwaarloosd.²¹ Daarbij spelen [verschillende factoren²²] een rol. Kinderen van verslaafde ouders vormen om deze redenen een belangrijke risicogroep, bij wie vroegtijdige signalering en interventie nodig is om

psychische- en verslavingsproblemen te voorkomen.²³ Ook familie (bijvoorbeeld ouders) en andere naastbetrokkenen vormen een risicogroep. Meer informatie op: [\[www.koppkvo.nl\]](http://www.koppkvo.nl) en [\[www.kindcheck-ggz.nl\]](http://www.kindcheck-ggz.nl).

3.2 Doelstelling

Doel van de Zorgstandaard Opiaatverslaving is om een helder, beknopt raamwerk te bieden voor vroege onderkenning, geïndiceerde preventie, screening en diagnostiek, behandeling en zorg voor mensen met een opiaatverslaving. De belangrijkste functie van de Zorgstandaard Opiaatverslaving is richting te geven aan de manier waarop de zorgvraag van mensen met een opiaatverslaving wordt beantwoord, in samenhang met de klinische behandelrichtlijnen. De informatie ondersteunt de patiënt en behandelaar bij het opstellen van een behandelplan en het behandelproces. Behandeling is hierbij altijd dienend aan het (maatschappelijk) herstelproces, waaronder het weer verwerven van maatschappelijke rollen en het wegnemen van de symptomen van de opiaatverslaving. Werken aan herstel kan ook tijdens (een periode van) gebruik, niet slechts wanneer iemand is gestopt met gebruik. Hierbij zijn de [vier vormen van herstel²⁴] leidend: symptomatisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk herstel.²⁵

3.3 Doelgroep

Deze zorgstandaard beschrijft zorg voor mensen met een (beginnende) opiaatverslaving (volwassenen en ouderen). Jongeren tot 18 jaar met een (beginnende) opiaatverslaving blijven buiten beschouwing, omdat in bestaande richtlijnen geen specifieke informatie over deze doelgroep te vinden is. In Nederland is de gemiddelde leeftijd van mensen met een opiaatverslaving relatief hoog (zie [paragraaf 3.1.2]).

Onder de doelgroep 'ouderen' verstaan we mensen van 55 jaar en ouder.²⁶ De kwetsbaarheid van een patiënt is bij inzet van een leeftijdsspecifieke benadering echter belangrijker dan de leeftijd. Zorginstellingen hanteren verschillende leeftijdsgrenzen.

Subgroepen die in deze zorgstandaard apart worden behandeld zijn:

- mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) [7.10];
- mensen met jonge kinderen [4.2.1 en 5.2]; en
- justitiabelen met een opiaatverslaving [5.2].

Tot de doelgroep van deze zorgstandaard behoren ook de naastbetrokkenen van patiënten.²⁷

4 Zorg rondom opiaatverslaving

4.1 Inleiding

Behandeling kan een onderdeel zijn van een herstelproces bij patiënten die dit niet op eigen kracht kunnen realiseren. Daarnaast kunnen informele zorg en zelfhulp(groepen) de zorg aanvullen en de patiënt ondersteunen. De zorg moet patiënten 'empoweren', dat wil zeggen dat deze het door een patiënt zelf ingezette herstelproces ondersteunt.²⁸ Het wegnemen of stabiliseren van symptomen is niet het enige of hoogste doel: het gaat ook om het ondersteunen van ieders persoonlijke en maatschappelijke herstel. Dit kan door het stimuleren van activiteiten die uitgaan van de eigen kracht, inzet en energie van mensen met een opiaatverslaving. Zo'n 95 procent van de hulpvragers is een 'oude bekende' in de zorg.²⁹ Omdat bij deze doelgroep de opiaatverslaving een chronisch karakter heeft, ligt de nadruk in de zorg bij opiaatverslaving eerder op langdurige zorg en nauwelijks op vroege onderkenning en preventie. Toch is het belangrijk om alert te blijven op [beginnend gebruik 4.2] van opiaten.

Goede behandeling, begeleiding en ondersteuning (inclusief informele zorg en zelfhulpgroepen) richten zich behalve op individuele patiënten ook op hun omgeving. Randvoorwaarde voor een goede ondersteuning van mensen met een opiaatverslaving is een samenspel van de verslavingszorg en ggz met andere sectoren, zoals de algemene gezondheidszorg (huisartsenzorg, ziekenhuizen), het sociale domein en informele zorg. Steeds vaker gaan behandeling en rehabilitatie hand in hand. Ook vraagt goede preventie en zorg voor de lichamelijke gezondheid bij mensen met een opiaatverslaving om een goede integratie van psychische en somatische zorg.

Uitgangspunt is het werken volgens het principe van matched care.³⁰ Bij matched care wordt in de keuze van behandeling rekening gehouden met het verloop en de ernst van de klachten en met prognostische factoren, zoals bijvoorbeeld socio-economische omstandigheden, cognitie, persoonlijkheid en somatische comorbiditeit. Zorg wordt niet pas geïntensiveerd als eerste stap interventies onvoldoende resultaat opleveren, maar de patiënt komt zo snel mogelijk bij de juiste zorgverlener en krijgt zo snel mogelijk de juiste behandeling ('niet minder zorg dan noodzakelijk en niet meer dan nodig en gewenst'). Lichte of niet-complexe problematiek wordt snel en doeltreffend door huisarts en praktijkondersteuner (POH GGZ) of in de generalistische basis ggz opgepakt, en complexe problematiek kan veilig en adequaat in de gespecialiseerde ggz worden behandeld.

Gezamenlijke besluitvorming

De zorgverlener legt zoveel mogelijk beslissingen, keuzes en regie bij de patiënt en, indien mogelijk, zijn naasten. De zorgverlener, patiënt en zijn naasten stellen de behandeldoelen vast en bespreken de wederzijdse verwachtingen. Zij overleggen en werken samen om de afgesproken behandeldoelen te bereiken. De zorgverlener brengt de patiënt en zijn naasten op de hoogte van de verschillende mogelijkheden van zelfhulp/informele zorg, behandeling en/of begeleiding (inclusief de optie om niet behandelen en/of begeleiden). De patiënt en naasten dienen alle informatie te ontvangen die zij nodig hebben om zelf weloverwogen keuzes over de zorg te kunnen maken. De patiënt moet zelf ook, als hij of zij dat wil, bij de behandelbespreking (multidisciplinair overleg) aanwezig kunnen zijn.

De patiënt en eventueel naasten moeten in staat zijn om keuzes (goed) te maken. Het serieus nemen van de eigen regie van de patiënt betekent dat de zorgverlener de patiënt en naasten hierbij moet ondersteunen. Zorgverlener, patiënt en naasten hebben in situaties waarin de patiënt verminderd in staat is tot eigen regie te maken met het spanningsveld om (toch) zoveel mogelijk in gezamenlijkheid de juiste keuzes te maken. In sommige gevallen is de patiënt (tijdelijk) niet in staat tot eigen regie. Externe motivatie is dan nodig om tot eigen regie te kunnen komen. Externe steun en hulp bij de ontwikkeling van motivatie tot verandering is belangrijk, en

op veel momenten in het herstelproces vaak onmisbaar. Het gebruikmaken van de extrinsieke motivatie van een patiënt (zoals beloning van gewenst gedrag [zie 5.2]), of zo nodig drang of dwang [7.9], kan in een crisissituatie of bij een ernstige verslaving levens redden. Bij crisis of wanneer iemand te veel onder invloed is zal het advies van de zorgverlener (in samenspraak met naasten) de doorslag moeten geven. Indien een patiënt zelf aan de zorgverlener vraagt om de regie (tijdelijk) over te nemen, dient de zorgverlener dit verzoek in sommige gevallen in te willigen.

Eigen regie gaat ook samen met verantwoordelijkheden. Patiënten dienen de algemene omgangsvormen in acht te nemen, bijvoorbeeld door zich niet agressief te gedragen richting zorgverleners.

4.2 Vroege onderkenning en preventie

4.2.1 Vroege onderkenning

Opiaatgebruikers zijn vaak ofwel in behandeling, of hebben contacten met de gezondheidszorg. Het ligt daarom niet voor de hand om te screenen op het gebruik van opiaten of op afhankelijkheid van deze middelen in bijvoorbeeld huisartsenpraktijken en algemene ziekenhuizen.³¹ Het gebruik van screeningsinstrumenten voor casefinding van opiaatverslaving dient te worden beperkt tot specifieke settings: ggz, forensische psychiatrie en spoedeisende hulp. Hiertoe kan het best gebruik gemaakt worden van de Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) of de CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs (CAGE-AID).³²

4.2.2 Geïndiceerde preventie

Kernwoorden bij [geïndiceerde preventie³³] zijn het beperken van kwetsbaarheid en het vergroten van de veerkracht, in combinatie met het versterken van externe steun voor mensen die niet op eigen kracht (zelfhulp of anderszins) in staat zijn hun kansen op een kwalitatief goed leven te benutten.³⁴ Uitleg over de aandoening (psycho-educatie) is hierbij van belang (zie [5.2.1]).

Omdat opiaatverslaving zeer weinig voorkomt in de algemene bevolking en het een weinig dynamische populatie betreft die steeds ouder wordt (zie [paragraaf 3.1.2]), is geïndiceerde preventie voor deze doelgroep niet relevant. Uitzondering vormen kinderen van verslaafde ouders. Erfelijke belasting en schadelijke effecten van opiaatgebruik tijdens de zwangerschap kunnen leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid bij kinderen voor het ontwikkelen van een verslaving of andere psychische aandoeningen.³⁵ Kinderen van verslaafde ouders vormen om deze redenen een belangrijke risicogroep, bij wie vroegtijdige signalering en interventie nodig is om psychische- en verslavingsproblemen te voorkomen.³⁶ In eerste instantie gaat het hier om selectieve preventie. Wanneer wordt gesignaleerd dat een kind veel kans heeft een verslaving of een psychische aandoening te ontwikkelen, dan is de inzet van geïndiceerde preventie van belang. Het handboek [Programma Verslaving & Ouderschap](#) beschrijft een werkwijze voor het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en aanpakken van opvoedingsvragen en -problemen bij ouders die in zorg komen vanwege verslavingsproblematiek.

Overige vormen van preventieve interventies (bijvoorbeeld terugvalpreventie) worden beschreven in het [hoofdstuk 5 Individueel zorgplan en behandeling]. Deze worden toegepast nadat de diagnose is gesteld.

4.3 Diagnostiek en monitoring

Een brede inventarisatie van de problemen en de persoonlijke situatie (ook sterke kanten en mogelijkheden) is van belang: een opiaatverslaving gaat vaak samen met andere psychische en lichamelijke problemen. Zorgverlener en zorgvrager bespreken het functioneren (persoonlijk, sociaal en beroepsmatig), de mate waarin iemand lijdt onder zijn of haar problemen (lijdensdruk), gevaarsrisico, ernst van de verslaving en eventuele andere psychische en lichamelijke problemen.

Het signaleren van [lichte verstandelijke beperkingen 7.10] is van belang om vanaf het eerste contact de bij deze beperking passende communicatie en benadering te kiezen. Zie hiervoor de [[Handreiking voor een LVB-vriendelijke voordeur in de verslavingszorg](#)]. Behandelaren hebben de mogelijkheid om consultatie en advies in te roepen bij een expert (bijvoorbeeld een arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG)) en worden geacht zo nodig hiervan gebruik te maken.

In de eerste contacten dient te worden besproken of en hoe naasten in het contact te betrekken. Het is wenselijk de naasten bij de zorg te betrekken, want het is gebleken dat het betrekken van naasten de kans op slagen van een behandeling vergroot.³⁷

Wanneer een patiënt kinderen heeft, is het van belang om na te gaan of een kind wordt verwaarloosd of mishandeld. Dit kan worden gedaan met een zogeheten ["Kindcheck"³⁸].

Binnen de diagnostiek is het belangrijk dat:

- de patiënt ruimte en ondersteuning ervaart bij het doen van zijn eigen verhaal;
- de herstelwens van patiënt op tafel komt met daarbij –in samenspraak met patiënt– de probleemgebieden, de kracht en kwetsbaarheid van patiënt; en
- in dialoog wordt besproken welke doelen de patiënt stelt om zijn herstelwens te bereiken, wat hijzelf daarin gaat betekenen en wat een ander en/of de hulpverlening kan betekenen.

Herstelondersteuning als uitgangspunt van deze zorgstandaard heeft als consequentie dat zorgbehoefte en zelfredzaamheid vanuit het perspectief van de patiënt onderdeel zijn van de inventarisatie. Voor het verwoorden van de problemen van de patiënt is het van belang een gezamenlijke taal te zoeken en een gezamenlijk vertrekpunt voor samenwerking. Vragen als: "Wat ben je kwijtgeraakt? Wat wil je hiervan terug? Wat wil je perse niet terug? Wat kun je hier zelf aan doen? Welke ondersteuning kunnen wij je bieden?" zijn hierbij van belang. In het begin ziet een patiënt niet altijd zijn sterke kanten. Belangrijk is daarom niet eenmalig te vragen naar zijn sterke kanten, maar om dit te blijven doen of in latere instantie te doen, om zodoende het persoonlijk en maatschappelijk herstel te bevorderen.

4.3.1 Diagnostiek

Het komt in Nederland nauwelijks voor dat patiënten met een nog niet eerder bekende opiaatverslaving zich aandienen in huisartsenpraktijken of algemene gezondheidszorg. Op een enkele uitzondering na zullen (huis)arts en patiënt tot de conclusie komen dat verwijzing naar de gespecialiseerde ggz het meest voor de hand ligt. In de gespecialiseerde ggz zal worden gestart met het (opnieuw) inventariseren van de situatie, het bespreken van de motivatie en het vaststellen van (lichamelijke en psychische) problematiek. Daarbij zijn in elk geval een verpleegkundige (bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist GGZ) en een verslavingsarts KNMG betrokken. De daarbij te volgen stappen zijn:

1. [Inventariseren van het opiaatgebruik en de omstandigheden van de patiënt.]
2. [Nagaan welke plaats het drugsgebruik in iemands leven heeft en inschatten van de ernst van de problemen.]
3. [Motivatatie voor (zelf)hulp bij verandering van het gebruik van opiaten.]
4. [Diagnostiek bij volwassenen.]

1. Inventariseren van het opiaatgebruik en de omstandigheden van de patiënt.

De patiënt en de zorgverlener bespreken het gebruik, de klachten en omstandigheden (lichamelijk, psychisch, sociaal en maatschappelijk). Als de patiënt hiermee instemt, vraagt de zorgverlener naar het opiaatgebruik:

- Hoe vaak gebruikt u opiaten (*benoem specifieke middelen*) per week?
- Hoeveel van welke middelen gebruikt u gemiddeld (per dag, per week, per keer)?
- Hoe gebruikt u deze middelen (door middel van roken, snuiven, slikken)?
- Hoe lang gebruikt u deze middelen?
- Heeft u vaste patronen of rituelen rondom uw gebruik?
- Gebruikt u andere psychoactieve middelen?
- Wanneer treden ontwenningssymptomen op en welke symptomen zijn dat bij u?
- Zijn er met betrekking tot bovenstaande vragen nog verschillen in periodes (vroeger en nu) van uw gebruik?

2. Nagaan welke plaats het drugsgebruik in iemands leven heeft en inschatten van de ernst van de problemen.

Voor het nagaan van de plaats van het drugsgebruik in het leven van de patiënt maakt de zorgverlener tijdens het gesprek met de patiënt bij voorkeur gebruik van de principes van [motiverende gespreksvoering]. Dit biedt de zorgverlener een handvat om samen met de patiënt de nadelen van het gebruik, de voor- en nadelen van stoppen of minderen en de risicosituaties met de patiënt door te nemen.

Een opiaatverslaving wordt vastgesteld via een uitgebreide verslavingsanamnese door de verpleegkundige en de arts en het monitoren van het effect van de eerste dosering opiaatvervangende medicatie. Nagegaan wordt of de patiënt ook andere middelen dan opiaten gebruikt. Er wordt een urinetest uitgevoerd om het actuele gebruik te bepalen. Het classificatiesysteem DSM-5 beschrijft een aantal symptomen (d.w.z. klachten of verschijnselen) die wijzen op een [verslaving 3.1.2]. Deze kan licht, matig of ernstig zijn. Ook bij ontwenningssymptomen wordt onderscheid gemaakt tussen lichte, matig ernstige en ernstige ontwenningssymptomen.

Hierna start in meestal de medicatieverstrekking³⁹ en volgt een bredere multidisciplinaire gegevensverzameling, via een maatschappelijk werker of verpleegkundige. Behalve de DSM-classificatie zijn de volgende factoren van belang voor de diagnostiek en de te kiezen aanpak:

- Historie: de duur van de problemen en de beginleeftijd van het opiaatgebruik; eerdere ervaringen met behandeling, begeleiding en zelfhulpgroepen; is er al een hulpverlener betrokken?
- Psychische problemen, relaties en gedrag: (de aard van) een eventueel trauma of een doorgemaakte ingrijpende gebeurtenis (zoals scheiding, overlijden van een dierbare, werkloosheid); aanwezigheid van bijvoorbeeld een depressie of een angststoornis (zie de zorgstandaarden Depressieve stoornissen en Angststoornissen. NHG-Standaarden Depressie en Angst); problemen in de relationele sfeer (denk ook aan huiselijk geweld - in het bijzonder kindermishandeling, zie de [Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken Kindermishandeling]); agressie/ geweld buitenshuis en/of contact met justitie/ een justitieel hulpverleningskader?
- Sociaal-maatschappelijk: Hoe is het sociale netwerk samengesteld en kan de patiënt hulp uit de omgeving krijgen? Hoe is de sociaal-maatschappelijke situatie (werk, financiën, wonen)? Zelfredzaamheid: wat is de belasting voor de patiënt en kan deze beperkt worden?
- De eigen kijk van de patiënt op de situatie en de houding en rol van een eventuele partner. De sterke kanten en beschikbare steun (draagkracht). Wat heeft hem eerder geholpen, hoe kan hij de eigen sterke kanten inzetten om tot herstel te komen? Het benutten van deze sterke kanten kan een opening zijn om met zijn of haar problemen om te gaan.

3. Motivatie voor (zelf)hulp bij verandering van het gebruik van opiaten

De zorgverlener gaat na of en in hoeverre de patiënt gemotiveerd is om zijn gebruik te veranderen en om eventuele bijkomende psychische of lichamelijke aandoeningen te behandelen. De zorgverlener ondersteunt het zelfmanagement [5.1] van de patiënt. Samen gaan ze na welk [doel de patiënt met de behandeling voor ogen heeft [5.2].

4. Diagnostiek bij volwassenen in de gespecialiseerde ggz

Diagnostiek en probleeminventarisatie dienen met ondersteuning van [gestructureerde instrumenten⁴⁰] te worden uitgevoerd. Hiervan zijn de MATE (Measurement of Addiction for Triage and Evaluation) en de European Addiction Severity Index (Europ-ASI) in Nederland het meest gangbaar, en dan met name de MATE.⁴¹

Daarbij wordt van begin af aan de werkwijze afgestemd met de behoeften van de patiënt. Er wordt zo te werk gegaan dat de patiënt zoveel mogelijk de regie heeft over het proces. Om dit te bereiken geeft de zorgverlener de patiënt telkens goede uitleg over de noodzaak van diagnostiek als zodanig, op welk gebied diagnostiek bij voorkeur plaatsvindt en op welke manier, en over de relatie tussen hulpvraag en diagnostiek.

Lichamelijke comorbiditeit

Een lichamenlijk (somatisch) onderzoek maakt onderdeel uit van de multidisciplinaire diagnostiek bij opiaatverslaving en dient meerdere doelen:

1. Opsporen van bekende somatische comorbiditeit. De verslavingsarts of verpleegkundig specialist onderzoekt of er somatische comorbiditeit (en medicatie daarvoor) is, die van invloed is of kan zijn op de behandeling met methadon, medische heroïne of andere medicatie (interacties en dergelijke).
2. Opsporen van overige somatische comorbiditeit.⁴² Hierop kan een passende behandeling volgen om de algehele lichamenlijke gezondheid te verbeteren. Deze somatische screening is verplicht. Wanneer een patiënt regelmatig bij een huisarts komt kan in overleg tussen verslavingsarts, patiënt en huisarts tot andere afspraken worden gekomen.

De lichamenlijke gegevensverzameling (het somatisch onderzoek) bestaat uit observatie, anamnese, lichamenlijk onderzoek en aanvullend onderzoek, met specifieke aandacht voor de symptomen van [aandoeningen⁴³] die bij deze doelgroep relatief vaak voorkomen. Er is een praktische handreiking '[Somatisch Onderzoek bij Opiatverslaving](#)' (SOO) beschikbaar voor artsen en verpleegkundig specialisten voor het somatisch onderzoek bij mensen met een opiaatverslaving.⁴⁴

Aanvullend (laboratorium)onderzoek

Voor de start van elke nieuwe behandeling met methadon moet een ECG worden gemaakt.⁴⁵ Het starten met methadon geeft namelijk risico op hartritmestoornissen. Bij bestaande patiënten kan hiervan zo nodig worden afgeweken: de gevolgen van het stoppen met methadon kunnen ernstiger zijn dan het zeer kleine risico op hartproblemen. Het ECG moet worden herhaald zodra de onderhoudsdosering is bereikt en bij dosisverhogingen resulterend in een dosis van meer dan 100 mg per dag, of wanneer de patiënt last heeft van wegrakingen of insulten.⁴⁶ Op indicatie wordt aanvullend laboratoriumonderzoek verricht.⁴⁷

Psychische comorbiditeit

Bij aanvang van de behandeling dient een psychologisch onderzoek te worden uitgevoerd. Dit onderzoek dient specifiek te zijn gericht op comorbiditeit, bij voorkeur met ondersteuning van een gestructureerd onderzoeksinstrument. Het wordt aanbevolen dit te doen nadat het gebruik onder controle is, of sterk is verminderd.⁴⁸

De prevalentie van psychische comorbiditeit bij deze doelgroep is hoog. Ter indicatie van psychische comorbiditeit kan de MATE worden gebruikt. De MATE geeft, onder andere aan de hand van Module 2 aan of, in overeenstemming met de patiënt, bij de intake een consult met een verslavingsarts of verpleegkundig specialist aangewezen is. Daarbij vindt diagnostiek plaats zoals beschreven in de hiervoor gangbare richtlijnen.

4.3.2 Onderscheid

Een opiaatverslaving is meestal een chronische aandoening, met diverse periodes van behandeling en terugval. Variatie is echter te zien in de mate van integratie in de maatschappij van mensen met een opiaatverslaving, ofwel de maatschappelijke problematiek, en in de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt.

De ernst van de verslaving en eventuele bijkomende psychische problemen heeft gevolgen voor de *aard en intensiteit* van de behandeling. Hieronder volgt een indeling in de mate van ernst van de problematiek in drie categorieën. Deze indeling heeft een parallel met de indeling in een lichte, matige en ernstige verslaving in de DSM 5, maar is gebaseerd op meer indicatoren dan alleen het middelengebruik.⁴⁹

1. Lichte problematiek: mensen met een goede gezondheidstoestand, met daarbij niet of nauwelijks maatschappelijke en sociale problemen (bijvoorbeeld zelfstandig wonend, reguliere dagbesteding, een vast inkomen, goede controle over het middelengebruik, en contacten met familie en niet-gebruikende vrienden);
2. Matige problematiek: mensen met matige gezondheidsklachten met daarbij matige maatschappelijke en sociale problemen zoals een sociaal netwerk dat zich vooral binnen de 'scene' concentreert, redelijke controle over het gebruik, een laag aantal niet ernstige contacten met politie of justitie (zoals boetes), weinig daginvulling;
3. Ernstige problematiek: ernstige gezondheidsproblemen, ernstige maatschappelijke en sociale problemen, zoals verwaarlozing, gebrek aan (vaste) woonruimte, geen inkomen en dagbesteding, geen contacten buiten de 'scene', veel in aanraking komen met justitie en zwaar middelengebruik.

Mensen met een opiaatverslaving zijn meestal aangewezen op zorg vanuit de gespecialiseerde ggz. Bij sommige patiënten (grotendeels behorend tot categorie 1, deels categorie 2) kan gespecialiseerde zorg na korte of langere tijd worden afgeschaald naar de [generalistische basis ggz [8.1.1]]. Patiënten met een stabiele chronische opiaatverslaving kunnen vanuit de huisartsenpraktijk worden begeleid, wanneer de problematiek niet crisisgevoelig is en een laag risico kent.

Het verwijzingsproces van de huisarts naar de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz is in een [stroomdiagram] weergegeven.⁵⁰

4.3.3 Monitoring

Gezien het vaak chronische, maar soms ook grillige verloop van een opiaatverslaving is een regelmatige follow-up (monitoren en evalueren) aangewezen: bij patiënten met lichte problematiek minder frequent (2 keer per jaar⁵¹) dan bij patiënten met matige problematiek of ernstige problematiek (> 2 keer per jaar, afgestemd op de situatie en de behoefte van de patiënt). Er vindt in elk geval evaluatie plaats bij afronden, afwijken of stagneren van de behandeling.

Tijdens de evaluaties onderzoeken patiënt en zorgverlener of de behoeftes van de patiënt veranderd zijn. Zij kijken naar het gebruik van middelen en de diagnose (opiaat)verslaving, het algemeen functioneren van de patiënt, zijn of haar behoefte aan zorg en begeleiding daarbij en problemen op medisch, psychisch en justitieel terrein. Het zorgaanbod (inclusief eventuele zelfhulp en informele zorg) stemt de zorgverlener vervolgens af op de ondersteuningsbehoefte van de patiënt.

Goed onderzochte instrumenten (vragenlijsten) kunnen bij het monitoren in de ggz de gesprekken ondersteunen. Voor het monitoren van de behandeling is een set van indicatoren (proces- en uitkomstindicatoren) met bijbehorende meetinstrumenten vastgesteld binnen de systematiek van [Routine Outcome Measurement⁵²] (ROM) in de ggz en verslavingszorg. Het is van belang om de uitkomsten uit de ROM-vragenlijsten terug te koppelen aan de patiënt en eventueel te combineren of vergelijken met eerder ingevulde lijsten.

Lichamelijke gezondheid

De verpleegkundig specialist of verslavingsarts KNMG monitort de gezondheidstoestand op momenten dat de patiënt medicatie komt halen (kortdurende contacten) en tijdens begeleidingsgesprekken (langer durende contacten). In overleg met de patiënt wordt monitoring van de lichamelijke toestand opgenomen in het individuele behandelplan. De norm voor de frequentie van somatisch onderzoek is minimaal twee keer per jaar voor patiënten met ernstige problematiek. Bij patiënten met lichte of matige problematiek kan op indicatie (aan de hand van de lichamelijke gezondheid en leefstijl) en in overleg met de patiënt van deze norm worden afgeweken.⁵³ Bij de monitoring van de lichamelijke gezondheid dient aandacht te zijn voor: aandachtspunten uit het vorige lichamelijk onderzoek, (seksueel) risicogedrag (met het oog op infectieziekten, soa en zwangerschap), leefstijl (preventie) en een globale screening om eventuele nieuwe klachten tijdig te signaleren.⁵⁴

Ontgiftig

Het regelmatig vastleggen van onthoudingsverschijnselen is van groot belang bij een medisch verantwoorde ontgiftig (oftewel detoxificatie) en bij een efficiënte instelling op een onderhoudsbehandeling met opiaatagonisten (d.w.z. met vergelijkbare of dezelfde opiaten als onderhoudsmedicatie). Aanbevolen wordt om de [Richtlijn Detoxificatie] te volgen voor het vaststellen, en evalueren van onthoudingsverschijnselen bij verslaving. Uitgangspunt daarbij is dat de patiënt als volwaardig partner met eigen verantwoordelijkheid in het zorgproces optreedt. Voor mensen met een opiaatverslaving kan de zorgverlener tijdens ontgiftig en bij het instellen op een opiaatonderhoudsbehandeling gebruik maken van de Subjective Opiate Withdrawal Scale (SOWS) en de Objective Opiate Withdrawal Scale (OOWS). Bij polydrugsgebruik komen de Subjectieve Onthoudingsschaal (SOS) en Objectieve Onthoudings Schaal (OOS) in aanmerking.⁵⁵

5 Individueel zorgplan en behandeling

5.1 Individueel zorgplan en zelfmanagement

5.1.1 Individueel zorgplan

De zorg gaat uit van de vraag van de patiënt. De wensen en mogelijkheden van naasten worden daarin betrokken. De zorgbehoefte van een patiënt wordt met name bepaald door de mate waarin iemand lijdt onder zijn of haar problemen ('lijdensdruk') en het persoonlijk, sociaal en beroepsmatig (dis)functioneren. De zorgbehoefte wordt daarnaast bepaald door:

- de ernst en complexiteit van de problematiek (bijvoorbeeld: kans op complicaties tijdens de ontgiftiging; ernst van de bijkomende somatische problemen);
- goede of slechte resultaten en ervaringen van eerdere behandeltrajecten (effect van de behandeling, relatie met de hulpverlener);
- de inbreng van andere maatschappelijke partners (bijvoorbeeld het wijkteam);
- de aanwezigheid van steunende naasten. De zorgbehoefte van mantelzorgers kan mede bepalen of zorgvragen complex en ernstig worden, dan wel zijn. Deze zorgbehoefte zegt iets over de (veer)kracht van het systeem rond de patiënt en kan tot de conclusie leiden dat een systemische behandeling nodig is.

Indien de patiënt geen zorgvraag heeft maar er wel direct gevaar is voor de persoon of zijn omgeving (gevaarscriterium), dan kan een gedwongen opname noodzakelijk zijn. Het vaststellen van instabiliteit van chronische problematiek is afhankelijk van de onderliggende aandoening en de context van de patiënt.⁵⁶

De doelen van de patiënt leiden tot het individuele zorgplan, met als doel de gezondheid (in de brede zin van het woord) van de patiënt te verbeteren. Het sociaal maatschappelijk functioneren wordt nadrukkelijk hierin betrokken. Het zorgplan beschrijft onder meer de zorgvraag, de oorzaken van de ervaren beperkingen, de persoonlijke behandeldoelen en (maatschappelijke) hersteldoelen, en de behandelinterventies.

Het zorgplan beschrijft wie welke rol oppakt binnen het plan en bevat een duidelijk omschreven stappenplan met zicht op de toekomst. De patiënt bepaalt (mede) het tijdsplan. Het tempo, de herstelfase en de persoonlijke beleving van de patiënt zijn zoveel mogelijk leidend. Een patiënt of diens behandelaar kan een second opinion aanvragen (herbeoordeling van een diagnose en/of behandeladvies).

Het zorgplan is een instrument voor patiënt, eventueel bij de behandeling betrokken naasten en behandelaar om steeds na te gaan of ze op de juiste weg zitten met de behandeling en of de doelen gehaald gaan worden. Zorgverlener en patiënt evalueren periodiek [4.3.3] ('Hoe is het gegaan en waar werken we in dit gesprek aan, gerelateerd aan de afgesproken doelen?') en aan het einde ('Wat heeft u eraan gehad?').

5.1.2 Zelfmanagement

Het individueel zorgplan, het voeren van eigen regie en zelfmanagement, empowerment, ondersteunend werken en het proces van gedeelde besluitvorming staan centraal in behandeling en rehabilitatie. *Zelfmanagement* is een verzameling van kennis, gedrag, activiteiten en hulpmiddelen waarmee mensen met een chronische aandoening beter de regie houden op hun leven. Hierbij worden ze op maat ondersteund en waar nodig wordt structuur geboden door professionals: deze professionals geven mede richting aan hoe zorg en behandeling worden ingezet ter ondersteuning van iemands herstel.

Zelfmanagement is tijdens alle fasen van een opiaatverslaving van belang, ook in een vroeg stadium van de problemen. Het leidt - op de juiste manier toegepast - tot een betere kwaliteit van leven, betere zorg en vermindering van zorgkosten. Belangrijke zaken bij zelfmanagement zijn: samen beslissen, vertrouwen in eigen kunnen, zelf vorm geven aan veranderingen en verbonden zijn met de omgeving.⁵⁷ Ervaringsdeskundigen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Lees verder in de [generieke module Zelfmanagement].

Aandacht voor schaamte

Schaamte is een belangrijk thema bij verslaving. Onderzoek laat zien dat interventies die gericht zijn op hanteren van schaamte de effectiviteit van behandeling vergroten. Schaamte kan het zoeken en benutten van hulp blokkeren.⁵⁸ Daarnaast belemmeren gevoelens van schaamte zelfmonitoring en zelfmanagement. Praktijkervaring leert dat schaamte echter maar weinig expliciete aandacht krijgt in de zorg. Meer aandacht voor schaamte door zorgverleners kan een positieve invloed hebben op het herstel. Ook zelfhulpgroepen kunnen een belangrijke rol spelen. De groepsleden bevinden zich in dezelfde situatie en alles wat gezegd wordt, blijft binnen de groep. In de [generieke module Destigmatisering] wordt uitgebreid aandacht besteed aan schaamte en zelfstigma.

5.1.3 De zorgverlener en zelfmanagement

Essentieel bij zelfmanagement is dat bij de patiënt kracht, eigen regie, geloof in eigen kunnen en perspectief op wat wel kan (in plaats van wat niet kan) centraal staan. De rol die de zorgverlener dient te spelen bij zelfmanagement is beschreven in de [generieke module Herstelondersteuning samenvattingskaart Rol van de hulpverlener]. De patiënt speelt bij de besluitvorming over zorgplan en behandeling een doorslaggevende rol. Daarbij wordt hij zo mogelijk ondersteund door ingebrachte ervaringskennis van ervaringsdeskundigen. Zelfmanagement gaat dus ook om gedeelde besluitvorming tussen patiënt en zorgverlener. Dat betekent dat de expertise van een zorgverlener en wetenschappelijke kennis worden geïntegreerd met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt.⁵⁹ Voorwaarde hiervoor is dat de motivatie om te veranderen aanwezig is. Mensen met een opiaatverslaving zijn vaak niet of sterk wisselend gemotiveerd om iets aan hun problemen te doen. De toepassing van motiverende gespreksvoering door een zorgverlener is daarom vanaf het eerste contact essentieel. De keuze voor de gewenste uitkomst van de behandeling, zoals abstinentie of vermindering van het gebruik, ligt vervolgens bij de patiënt. De patiënt dient daarbij door de zorgverlener goed te worden geïnformeerd over de opties, de voor- en nadelen en consequenties van deze keuzes.

Er zijn verschillende [hulpmiddelen]⁶⁰ ontwikkeld om 'shared decision making' in de praktijk te brengen.

5.1.4 Ondersteuning van naasten

De zorgverlener betreft, in overleg met de patiënt, naastbetrokkenen bij de zorg in alle fasen. Daarbij heeft de hulpverlener oog voor hun belastbaarheid. Naastbetrokkenen dienen voldoende ondersteuning te krijgen vanuit de hulpverlening om enerzijds eventuele zorg te kunnen uitvoeren en anderzijds zelf overeind te blijven.⁶¹ Er zijn trainingen en boeken beschikbaar voor naasten van mensen met verslavingsproblemen voor patiënten (zelfhulp) en voor de professional.⁶² Een effectieve methode is 'Community Reinforcement and Family Training' (CRAFT).⁶³ In deze training leren naasten hoe zij de regie over hun leven kunnen vasthouden of verbeteren. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het stellen van grenzen, aan het herkennen van hun eigen boosheid en aan het omgaan met het gebruik van hun naaste.

Ook dient de zorgverlener te wijzen op informele ondersteuning via zelfhulpgroepen.⁶⁴ Familie en naasten vinden deze groepen vaak zeer waardevol. Ze bieden een luisterend oor, zijn gratis en kunnen zo lang als de deelnemers dit nodig achten bezocht worden.

Een familie-ervaringsdeskundige kan worden ingezet om het herstelproces van familieleden van een persoon met een verslaving te ondersteunen.⁶⁵ Voor mantelzorgers die naasten met een verslaving ondersteunen kan de methode 'Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers' (POM) helpen om overbelasting en verminderd welbevinden te voorkomen.⁶⁶

Zie voor meer informatie over informele zorg bij verslavingen: [www.movisie.nl].

5.2 Behandeling en begeleiding

Een behandeling moet 'empowerment' van patiënten stimuleren, dat wil zeggen dat de behandeling het door een patiënt zelf ingezette herstelproces ondersteunt.⁶⁷ Herstel moet gemobiliseerd worden vanuit de krachten van de patiënt. Wat heeft hem eerder geholpen, hoe kan hij de eigen sterke kanten inzetten om tot herstel te komen en wie kunnen mogelijk steun bieden? Waar mogelijk betreft de zorgverlener [naasten⁶⁸] van de patiënt bij de behandeling en begeleiding en geeft informatie over [zelfhulpgroepen⁶⁹] en informele zorg. In elk stadium van de zorg is bovendien aandacht voor:

- Continue en systematische informatie voor de patiënt en naasten;
- Het motiveren van een patiënt inzet van motiverende gespreksvoering;
- Instructie, psycho-educatie en ondersteuning (5.2.1) van de patiënt bij zijn herstelproces.

Patiënten en naasten geven er de voorkeur aan dat altijd actief de mogelijkheid van begeleiding op het gebied van [zingeving en spiritualiteit⁷⁰] wordt besproken. Wanneer iemand daar behoefte aan heeft of er open voor staat kan dit het herstelproces ondersteunen.⁷¹

Mogelijke behandeldoelen

Het algehele doel van de behandeling is herstel. De mogelijke behandeldoelen specifiek gericht op het middelengebruik bij opiaatverslaving zijn (in willekeurige volgorde):⁷²

1. volledige abstinentie van alle voorgeschreven, niet-voorgeschreven en illegale opiaten, die begint met ontgiftiging en indien mogelijk wordt gevolgd door een behandeling voor terugvalpreventie (bijvoorbeeld ontgiftingsprogramma's);
2. abstinentie van alle niet-voorgeschreven en illegale opiaten, door middel van een onderhoudsbehandeling met een effectieve dosis opiaatagonisten: methadon, buprenorfine of heroïne op medisch voorschrift (bijvoorbeeld effectieve dosering bij methadononderhoudsbehandeling, of heroïne op medisch voorschrift);
3. vermindering van het gebruik van niet voorgeschreven en illegale opiaten, en het voorkomen van drugsgelateerde schade door een onderhoudsbehandeling met een lage dosering methadon of buprenorfine, eventueel in combinatie met deelname aan een spuitomruilprogramma (bijvoorbeeld een laagdrempelig methadononderhoudsprogramma);
4. beperking van drugsgelateerde schade, bijvoorbeeld door verwijzing naar een gebruikersruimte of een gebruikersorganisatie of door het aanbieden van stabiele woonruimte zonder daaraan de eis te verbinden dat (al direct) deelgenomen moet worden aan een van de eerdergenoemde behandelprogramma's (bijvoorbeeld Housing First).

Daarnaast kan het verhelpen van een crisis (via crisisinterventie) nodig zijn, onder meer bij overdoseringen.

Behandelingen met opiaatvervangende middelen (d.w.z. verstrekking van opiaten zoals methadon en buprenorfine), aangevuld met contingentmanagement (belonen van het gewenste gedrag) behoren tot de meest effectieve interventies voor de behandeling van mensen met een opiaatverslaving (zie [5.2.3] en [5.2.5]). Ook zelfhulpgroepen en informele zorg kunnen van belang zijn.

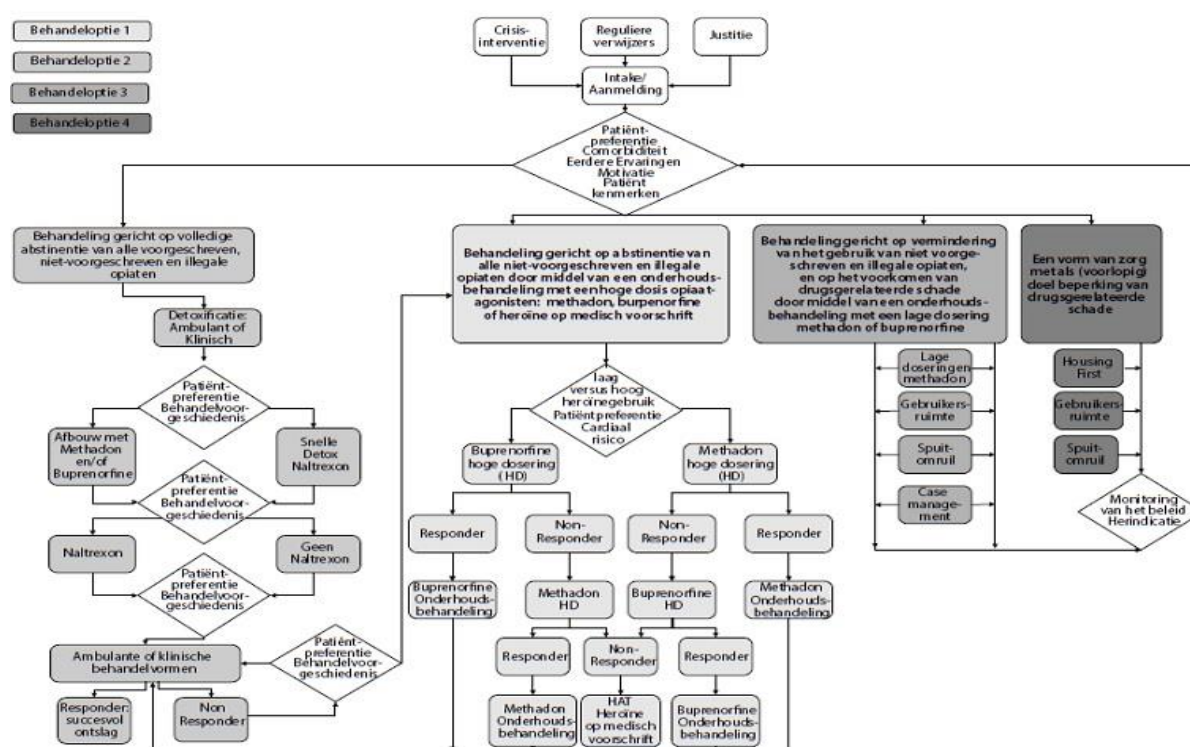
Figuur 1 geeft schematisch weer welke behandelopties er zijn en hoe zorgtoewijzing plaatsvindt. Merk daarbij op dat de voorkeur van de patiënt altijd expliciet wordt genoemd.

In figuur 1 wordt relatief veel aandacht besteed aan de [medicamenteuze behandeling 5.2.5]. [Psycho-educatie 5.2.1] en [psychosociale behandeling 5.2.3] hebben eveneens een belangrijke plaats in de behandeling en begeleiding. Bij patiënten die voor het eerst starten met een opiaat(onderhouds)behandeling is in het beginstadium van de behandeling frequente en systematische informatie van belang. Daarna volgt instructie, educatie en ondersteuning van de patiënt bij zijn herstelproces. Hierbij dient, waar mogelijk, ook gebruik te worden gemaakt van de omgeving (naasten) van de patiënt en - indien gewenst - van [zelfhulpgroepen⁷³] en informele zorg.

Ontgifting (detoxificatie) maakt meestal onderdeel uit van een behandeling. Meer informatie over detoxificatie bij opiaatverslaving is te vinden in de [Richtlijn Detoxificatie]. Soms is een klinische detoxificatie (een opname) nodig, ingebed in een ambulant traject (zie [4.3.2] en [4.3.3]). De duur van een eventuele klinische opname is afgestemd op de ernst van de problematiek van de patiënt en het behandelbeloop. Op basis van periodieke evaluatie van het behandelbeloop wordt in samenspraak met de patiënt afgeschaald naar een minder intensieve vorm van behandeling zodra dat mogelijk is.

Lees hier meer over behandeling voor [justitiabelen⁷⁴], [ouderen⁷⁵] en [vrouwen⁷⁶] met een opiaatverslaving. Zie voor behandeling bij LVB [paragraaf 7.10].

Figuur 1. Stroomschema zorgtoewijzing (MDR Opiaatverslaving)



Lichamelijke comorbiditeit

Naast een klachtgerichte aanpak is de aandacht voor leefstijl vanuit preventief oogpunt een belangrijk onderdeel binnen de lichamelijke zorg aan mensen met een opiaatverslaving. De Utrechtse Somatische Screening vragenlijst (USS) is een verpleegkundig instrument, waarin zowel de klachtgerichte als de preventieve aanpak is verwerkt, met aandacht voor zorggebruik, vroegsignalering, leefstijl en medicatiegebruik. Wanneer een zorgverlener bij de somatische screening of het lichamelijk onderzoek klachten of aandoeningen aantreft die opvolging of behandeling nodig hebben, dan zal deze de patiënt in de meeste gevallen hiervoor doorverwijzen naar de huisarts of een medisch specialist.⁷⁷

Het opsporen van infectieziekten en het bekend zijn met de infectieziektestatus van patiënten is van belang. Niet alleen in het kader van de individuele zorg, maar ook in het kader van preventie van overdracht (met name hepatitis B en C, en hiv), bijvoorbeeld in geval van prik-, bijt-, snij- en spataccidenten. Voor de preventie en behandeling van infectieziekten en soa hebben de meeste verslavingszorginstellingen eigen protocollen. Daarnaast is het belangrijk om de richtlijnen van het RIVM-LCI in acht te nemen en om goede afspraken te maken met de plaatselijke GGD. Voor hepatitis B is een veilig vaccin beschikbaar dat langdurige bescherming biedt. Met name injecterende patiënten met een opiaatverslaving lopen een verhoogd risico op hepatitis B. Met deze patiënten dienen de mogelijkheden voor vaccinatie te worden besproken. Vaccinatie is gratis voor patiënten met een opiaatverslaving die injecterend gebruiken.

Hoewel zich weinig nieuwe gevallen van hepatitis voordoen komt met name hepatitis C relatief vaak voor.⁷⁸ Gericht opsporing van hepatitis C onder deze doelgroep is kosteneffectief.⁷⁹ De behandeling van hepatitis C gebeurt in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een specialist (MDL-arts of infectioloog). De verslavingszorg heeft, door het intensieve en goede contact met de patiënt, een belangrijke rol in de opsporing en in de motivatie en begeleiding van de patiënt bij deze relatief dure behandeling, waarbij een goede therapietrouw belangrijk is. Het is noodzakelijk dat hierover goede afspraken worden gemaakt tussen de verslavingszorg en het ziekenhuis. Deze afspraken en de rolverdeling kunnen worden vastgelegd in een 'zorgpad hepatitis C' (zie www.hepcverslaving.nl).

Ook bij de behandeling van COPD kan de verslavingszorg een belangrijke rol vervullen door bij patiënten met COPD extra aandacht te besteden aan een gezonde leefstijl. COPD is niet te genezen, maar het verloop van de ziekte is wel te beïnvloeden door een gezonde leefstijl, en de kwaliteit van leven kan verbeteren als de patiënt zich effectief weet aan te passen aan de beperkingen die deze ziekte met zich meebrengt. Zorgverleners in de verslavingszorg kunnen hier een ondersteunende rol in vervullen.⁸⁰

Bijkomend middelengebruik

Bij indicatiestelling en behandeling dient aandacht te zijn voor eventueel ander middelengebruik en bijkomende verslaving(en). Van de patiënten in de verslavingszorg met opiaatproblematiek heeft 66% ook problemen met andere middelen, vooral cocaïne, cannabis en andere opiaten.⁸¹ Ook alcoholproblemen komen veel voor. Ook voor roken dient aandacht te zijn vanwege een sterk negatief effect op de gezondheid. Het percentage rokers onder mensen met psychische aandoeningen (waaronder verslaving) ligt naar schatting 2 tot 4 keer zo hoog als in de algemene bevolking. Onder opiaatverslaafde patiënten is het percentage zelfs 98%.⁸² Desondanks zijn er relatief weinig interventies beschikbaar om roken onder mensen met psychische aandoeningen terug te dringen. Verslavingszorginstellingen behandelen weliswaar verslavingsproblematiek, maar een rookverslaving valt daar regelmatig buiten – terwijl het wel tot het aandachtsgebied behoort.⁸³ Zorgverleners moeten de mogelijkheden voor ondersteuning bij het stoppen met roken altijd met de patiënt bespreken.

Comorbide psychische problematiek

De aanwezigheid van comorbide psychische aandoeningen is meer regel dan uitzondering bij mensen met een opiaatverslaving. Het gaat hier bijvoorbeeld om stemmingsstoornissen, angststoornissen, psychotische stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen. Omdat deze psychische comorbiditeit invloed heeft op het behandelbeleid, zowel op korte als op lange termijn, is het aan te bevelen om deze psychische aandoeningen vanaf het begin van de behandeling goed in kaart te brengen en het behandelbeleid erop aan te passen. Goede herkenning en diagnostiek is daarom van belang, evenals behandeling van de problematiek door behandelaars die daarvoor de expertise in huis hebben. Patiënten met psychische problematiek en een verslaving die hulp vragen bij hun herstel worden voor beide behandeld wanneer (of zodra) zij daarvoor openstaan.⁸⁴ Behandeling en begeleiding worden georganiseerd rondom de patiënt. Een goed onderbouwde benadering hierbij is de [Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose \(IDDT\)](#) of de Community Reinforcement Approach (CRA) (zie [www.erkendeinterventiesggz.trimbos.nl]), gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een psychische aandoening en problematisch middelengebruik. Binnen IDDT kunnen verschillende interventies worden uitgevoerd. Aanvullende hulp moet ingeschakeld kunnen worden zonder dat daardoor de eerder gestarte behandeling stagneert of stopt (zie [8.1]).⁸⁵

De ervaring van verslavingsartsen is dat bij psychische comorbiditeit de gebruikelijke medicamenteuze behandelingen hiervoor bij opiaatverslaafden niet of minimaal effectief zijn, maar wel risico's geven. Bij het voorschrijven van psychofarmaca moeten daarom de werking en bijwerkingen meer dan gewoonlijk worden gemonitord.

Patiënten met minderjarige kinderen

Wanneer een patiënt met een opiaatverslaving minderjarige kinderen heeft dient een zorgverlener hier altijd aandacht voor te hebben (zie ook [www.kindcheck-ggz.nl]). Diverse verslavingszorginstellingen bieden voor patiënten met kinderen speciale groepen aan, de zogeheten 'KOPP/KVO-groepen'. Landelijk worden interventies gericht op Kinderen van Verslaafde Ouders aangeduid met 'KVO'. Het handboek '[Programma Verslaving & Ouderschap](#)' beschrijft een werkwijze voor het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en aanpakken van opvoedingsvragen en -problemen bij ouders die in zorg komen vanwege verslavingsproblematiek.

Vervolgzorg

Terugval, ofwel *relapse*, na een verslavingsbehandeling komt vaak voor.⁸⁶ Wanneer de behandeling of ondersteuning gericht is op abstinentie (behandeldoel 1) moet daarom expliciet aandacht zijn voor de situatie na het afronden van het hulpverleningscontact. De risico's dienen te worden besproken, evenals eventuele onderliggende problemen die na het werken aan de verslaving weer naar boven kunnen komen. Het bieden van een zo goed mogelijke kwaliteit van leven voor de patiënt staat hierbij voorop. Op- en afschalen van zorg dienen altijd en snel te kunnen worden georganiseerd, gezien het risico op (tijdelijke) terugval bij een verslaving. Vervolgzorg zal daarom afgestemd dienen te worden met bijvoorbeeld de generalistische basis ggz, ambulant werkende interdisciplinaire teams (zoals F-ACT) of wijkteams.

Niet alleen tijdens, maar ook na uitstroom uit een behandeling dient altijd een concrete vorm van ondersteuning te worden geboden, afhankelijk van de wens van de patiënt.⁸⁷ Vervolgzorg of nazorg is bij een ernstige of chronische verslaving dikwijls een verkeerd begrip, omdat meestal blijvende ondersteuning nodig is. Dan is er dus sprake van langdurige zorg. Deze langdurige zorg kan ook in de vorm van zelfhulp geboden worden, naast de langdurige zorg. Rehabilitatie en herstel zijn beide begrippen die gebruikt worden bij het (leren) leven met een beperking. Deze begrippen staan centraal in [hoofdstuk 6].

5.2.1 Psycho-educatie

Om zelfmanagement en adequaat coping gedrag te bevorderen moet psycho-educatie stapsgewijs en herhaaldelijk worden gegeven tijdens het behandeltraject. Goede psycho-educatie, in samenhang met gezamenlijke besluitvorming, stelt de patiënt in staat om meer verantwoordelijkheid voor zijn herstel te nemen. Dit versterkt de motivatie en het geloof in eigen kunnen en daarmee de kans op een succesvolle behandeling. Na de probleemvaststelling krijgt de patiënt (en naasten) gerichte informatie, voorlichting en educatieactiviteiten, over bijvoorbeeld een gezonde levenswijze, omgaan met de gevolgen van het ziekteverloop, mogelijke behandelingen en de effecten op het dagelijks leven.

Psycho-educatie is meer dan alleen voorlichting geven. Het is ook een behandelinterventie waarbij samen met de patiënt barrières met betrekking tot gedragsverandering worden ontdekt en opgelost. De eigen mogelijkheden en reeds aanwezige vaardigheden van de patiënt zijn hierin het startpunt.⁸⁸

Start bij nieuwe patiënten zo snel mogelijk na de diagnose met informatie, voorlichting en educatieactiviteiten over:

- wat een opiaatverslaving inhoudt;
- risicogedrag, veilig gebruik en veilige seks (al dan niet onder invloed);
- welke behandelingen en zelfhulp passend zouden kunnen zijn, gezien de situatie van de patiënt;
- wat de effecten op het dagelijks leven kunnen zijn.

Zo mogelijk worden naastbetrokkenen hierbij nauw betrokken.

Patiënten dienen uitgelegd te krijgen dat ervaring en onderzoek leert dat een stabiele methadonspiegel meer kans heeft op succesvol herstel dan afbouwen. Beperkingen aan de wens of mogelijkheid om af te bouwen hangen af van:

- frequentie van (mislukte) pogingen tot afbouw;
- mate van wilsbekwaamheid;
- polymiddelengebruik en bijgebruik van heroïne.

Patiënten hebben altijd het recht om, als zij dit willen en als het medisch verantwoord is, af te bouwen. Daarbij is een goed signaleringsplan van belang. Zie verder de uitgangspunten van gezamenlijke besluitvorming en het Kwaliteitsstatuut, over situaties waarin zorgverlener en patiënt er samen niet uitkomen.

Aan het begin en aan het einde van elke behandeling gericht op abstinentie dient de zorgverlener patiënten en direct betrokkenen via psycho-educatie te informeren over het risico op een overdosis. Na een periode van abstinentie is de tolerantie voor opiaten verminderd, waardoor het risico op een [overdosis⁸⁹] toeneemt.⁹⁰

5.2.2 Eerste-stap-interventies

Eerste-stap-interventies zijn bedoeld voor toepassing in de algemene gezondheidszorg (huisarts en POH-GGZ, eerstehulpafdelingen, diverse afdelingen van een algemeen ziekenhuis), de generalistische basis ggz of de bedrijfsarts. Het zijn minimale en kortdurende interventies voor de eerstelijnszorg, bedoeld voor patiënten met een lichte verslaving (zie [4.3.2]). Doel van deze interventies kan bijvoorbeeld zijn om het inzicht van patiënten in de eigen situatie te vergroten (psycho-educatie) of om de eigen regie te versterken. 'Eerste stap' betekent niet dat iedereen deze programma's eerst moet doorlopen alvorens intensievere zorg te krijgen. Omdat opiaatgebruikers vaak ofwel al in behandeling zijn, of al contacten hebben met de ggz zijn eerste-stap-interventies over het algemeen niet van toepassing bij deze doelgroep.

E-mental health

'E-mental health', zoals online zelfhulpprogramma's, zijn (nog) niet ontwikkeld voor mensen met een opiaatverslaving.

5.2.3 Psychosociale behandeling

Psychosociale interventies zijn interventies die het middelengebruik beïnvloeden door directe of indirecte (mondelinge of schriftelijke) communicatie met de patiënt. Interventies richten zich rechtstreeks op het gedrag (bijvoorbeeld zelfcontrole van de patiënt) en/of indirect, gericht op de omgeving (zoals het gezin) en op de steun van anderen.

De belangrijkste soorten psychosociale interventies zijn interventies om:⁹¹

- mensen te helpen om hun problemen met middelengebruik te onderkennen, ambivalentie te creëren en op te lossen, en bereidheid tot verandering te vergroten (bijvoorbeeld via Motiverende gespreksvoering);
- problemen met middelengebruik te behandelen: het onder controle krijgen van het gebruik en de kans op terugval voorkomen (bijvoorbeeld via Contingentiemanagement en Cognitieve Gedragstherapie);
- mensen te helpen een behandeling te volgen en voor het bereiken van re-integratie (zoals zelfhulpgroepen).

Deze indeling is globaal; interventies kunnen in wisselende combinaties worden aangeboden. De indeling in soorten behandelingen en interventies volgt niet strikt bovenstaande indeling. Interventies die specifiek zijn gericht op maatschappelijk herstel worden in [hoofdstuk 6] behandeld.

Motiverende gespreksvoering is gericht op vergroting van de motivatie. De overige interventies zijn gericht op het vergroten van de controle van de patiënt over diens opiaatgebruik en het verkleinen van de kans op terugval. Onderzoek heeft zich voornamelijk toegespitst op de effectiviteit van afzonderlijke interventies; men neemt echter aan dat het combineren van interventies het meest effectief is.⁹²

In de [Richtlijn Detoxificatie] is informatie te vinden over de inzet van psychosociale interventies tijdens medische detoxificatieprogramma's.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering (MGV) is een op samenwerking gerichte, doelgerichte gesprekstijl met bijzondere aandacht voor verandertaal. Het is ontworpen om de persoonlijke motivatie en het commitment voor een bepaald doel te versterken. Dit gebeurt door iemands eigen redenen om te veranderen te ontlokken en te verkennen, in een sfeer van acceptatie en compassie. MGV is een manier om patiënten hun (mogelijke) problemen te laten herkennen en aanpakken. Het wordt vooral als nuttig gezien bij mensen die niet of wisselend gemotiveerd zijn om te veranderen. Het is van belang een onderscheid te maken tussen 1) motiverende gespreksvoering als gesprekstijl en 2) geprotocolleerde interventies die gebaseerd zijn op deze stijl, maar die ook andere, meest cognitief-gedragstherapeutische of psycho-educatieve elementen bevatten. Dergelijke interventies zijn gericht op het geven van feedback, het voorhouden van reële gedragsopties, het geven van neutraal advies, het versterken van de eigen verantwoordelijkheid en van de zelfeffectiviteit (het gevoel in staat te zijn eigen doelen te halen).⁹³ Het is, mede door onvoldoende onderzoek bij deze doelgroep, onduidelijk of dergelijke geprotocolleerde vormen van MGV aanvullend effect hebben op een ambulante of klinische verslavingsbehandeling bij patiënten met een opiaatverslaving.⁹⁴

Terugvalpreventie

Terugvalpreventie legt de nadruk op het herkennen van risicosituaties voor gebruik en op methoden om die te vermijden of ermee om te gaan. Een behandeling gericht op volledige abstinentie van alle voorgeschreven, niet-

voorgeschreven en illegale opiaten die begint met ontgiftiging wordt indien mogelijk gevolgd door een behandeling gericht op terugvalpreventie.⁹⁵

Terugvalpreventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie zou in iedere behandeling bij patiënten met comorbide problematiek toegepast moeten worden. De reductie van middelengebruik dient hierbij niet als centrale uitkomstmaat te gelden, maar de vermindering van psychische klachten en de vergroting van het welbevinden. Terugvalpreventie bij patiënten met psychische comorbiditeit leidt tot minder heftige terugvalmomenten.⁹⁶ Zelfhulpgroepen kunnen hierin ondersteunend zijn.

Langdurige zorg

Opiaatverslaving kent relatief vaak een chronisch beloop. Daarom is langdurige zorg vaak nodig. Hiervoor zijn diverse vormen van casemanagement ontwikkeld [zie Hoofdstuk 8].

Behandelduur bij ernstige (meervoudige) problemen

Onderzoek onder patiënten met een dubbele diagnose naar de resultaten van geïntegreerde behandelprogramma's heeft aangetoond dat er nauwelijks resultaten van belang behaald worden als patiënten een kortdurend programma (6 maanden of minder) volgen.⁹⁷ Deze patiënten laten alleen na een langere periode van behandeling geleidelijk een verbetering zien. Dit geldt waarschijnlijk ook voor mensen met een opiaatverslaving. Een gezondere leefstijl wordt pas stapsgewijs bereikt na een periode van maanden tot jaren. Dat geldt ook voor het ontwikkelen van de vaardigheden die nodig zijn om te leren omgaan met de stoornis, om weer in de maatschappij en in sociale relaties te kunnen functioneren. Het is voor een effectief behandelprogramma voor deze groep daarom van belang om langdurige hulpverlening zonder tijdslimiet aan te kunnen bieden.⁹⁸

Daarnaast loont het de moeite om te blijven investeren in het contact met deze patiënten. Als een patiënt aangeeft geen hulp te willen, dient de zorgverlener te blijven benadrukken dat die hulp er altijd weer zal zijn mocht hij een andere beslissing willen nemen in de toekomst.

Harm reduction

'Harm reduction' refereert aan beleid, programma's en praktijk met als doelstelling de negatieve gezondheids-, sociale en economische effecten van het gebruik van legale en illegale middelen te verminderen, zonder per definitie het gebruik van deze middelen te beperken, aldus de definitie van Harm Reduction International. Harm reduction vormt sinds jaar en dag een integraal onderdeel in het Nederlandse drugsbeleid. Er wordt in de Nederlandse aanpak van drugsproblematiek een grote nadruk gelegd op de bescherming van de volksgezondheid, waar onder andere de aandacht voor de beheersing van de gezondheidsschade door drugsgebruik uit voortvloeit. De belangrijkste pijlers van het harm-reductionbeleid in Nederland bestaan uit opiaatonderhoudsprogramma's, laagdrempelige voorzieningen (zoals gebruiksruidten) en interventies gericht op de preventie van infectieziekten. Deze interventies zijn gericht op de problematische harddrugs- en alcoholgebruikers.⁹⁹

De zorg voor ernstige chronisch afhankelijke patiënten dient zich te richten op schadebeperking en verbetering van kwaliteit van leven. Intensieve vormen van casemanagement hebben daarbij de voorkeur boven het zogenaamde makelaarsmodel.¹⁰⁰ Deze groep patiënten heeft een grote overlap met de EPA-doelgroep (mensen met een ernstige psychische aandoening).

Gebruiksruidten

Gebruiksruidten zijn voorzieningen waar (dakloze) mensen met een harddrugverslaving op hygiënische wijze en in een rustige en veilige omgeving hun drugs kunnen gebruiken, waarbij hulpverleners op de achtergrond

aanwezig zijn. Gebruiksruimten beogen overlast in de buurt te verminderen en gezondheidsschade bij druggebruikers te beperken (harm reduction).

Het kunnen gebruiken van drugs onder toezicht en in een veilige omgeving kan leiden tot verbeteringen in veilig, hygiënische drugsgebruik (met name onder de vaste patiënten), betere toegang tot gezondheidszorg en sociale hulpverlening, en minder openbaar drugsgebruik en bijbehorende overlast. Ook faciliteren gebruiksruimten het starten van een behandeling.¹⁰¹

5.2.4 Psychologische en psychotherapeutische behandeling

Bij het bepalen en evalueren van de behandeldoelen en behandeling maakt de behandelaar, samen met de patiënt, op grond van eigen expertise en het verhaal van de patiënt een keuze voor de meest passende psychologische en/of psychotherapeutische behandelvorm en behandeling (zie de [generieke module Psychotherapie]. Deze keuze hangt onder meer af van bijkomende psychische problematiek en psychische [problematiek¹⁰²] die zich voordoet na vermindering of stoppen van het gebruik van opiaten.

Contingentiemanagement

Gezien de aangetoonde effectiviteit kan contingentiemanagement worden ingezet als regulier toegevoegd onderdeel van behandelprogramma's. Contingentiemanagement is een gedragstherapeutische behandelvorm waarbij door belonen van goed gedrag het gedrag van de patiënt wordt beïnvloed (operante conditionering). Positief of wenselijk gedrag (abstinentie, medicatie- of therapietrouw) wordt bekrachtigd door de patiënt te belonen in de vorm van specifieke artikelen of privileges (vouchers) en negatief gedrag (middelengebruik, niet verschijnen op afspraken) te negeren, of te bestraffen door de patiënt vouchers te onthouden of sancties op te leggen.¹⁰³

Contingentiemanagement is een effectief toegevoegde interventie bij farmacologische behandeling voor opiaatverslaving, zowel voor de behandeling van voortdurend gebruik van opiaten, als voor de behandeling van comorbide gebruik van andere middelen.¹⁰⁴

Behandeling gericht op abstinentie

Aan mensen met een opiaatverslaving die abstinentie nastreven kan cognitieve gedragstherapie (CGT) worden aangeboden.¹⁰⁵ Zie voor uitgebreide informatie over de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik het 'Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken'.¹⁰⁶ Er zijn aanwijzingen dat Community Reinforcement Approach (CRA) ondersteunend kan zijn.¹⁰⁷ CRA¹⁰⁸ is een multimodale behandeling die aanvullend kan worden ingezet bij mensen met veelal een ernstige verslaving en comorbide problemen en die niet sterk gemotiveerd zijn. Deze methode werkt met verschillende modules, zoals communiceren met anderen of leren omgaan met negatieve gedachten. Bij CRA ligt de nadruk op het herwinnen van plezier in het leven zonder middelengebruik. Bijvoorbeeld:

- hoe leg en onderhoud je sociale contacten,
- verbetering van het zelfbeeld,
- hulp bij het vinden van werk, opleiding, vrije- tijdsbesteding.

Daarbij wordt urineonderzoek gebruikt om terugval te voorkomen en therapietrouw te verbeteren.

Het inschakelen van familie, vrienden en kennissen speelt bij al deze onderdelen een belangrijke rol.

Een relatief nieuwe cognitief gedragstherapeutische interventie is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Deze therapie behoort tot de zogenoemde derde generatie cognitieve gedragstherapieën. ACT lijkt effectief bij verslaving.¹⁰⁹ Het is een acceptatiegerichte gedragstherapie met een nadruk op het richten van het gedrag op de individuele waarden van patiënten.

Therapeutische gemeenschappen

Na jaren onderzoek blijft het oordeel over het effect van therapeutische gemeenschappen (het samenleven in een groep als een manier om mensen met verslavingsproblemen te behandelen) voorzichtig positief. Het is echter niet aangetoond dat deze gemeenschappen betere resultaten leveren dan andere vormen van residentiële hulp.¹¹⁰

Klinische behandeling in de vorm van een therapeutische gemeenschap dient alleen te worden overwogen als niet-klinische en andere klinische behandelvormen onvoldoende hebben geholpen. Het verdient aanbeveling om therapeutische gemeenschappen open te stellen voor patiënten die hun onderhoudsbehandeling met methadon willen voortzetten.¹¹¹

5.2.5 Medicamenteuze behandeling

Medicatie (methadon en andere opiaatvervangende middelen) kan worden verstrekt via verschillende wegen, bijvoorbeeld via de instelling voor verslavingszorg met medicatie-uitgifte of met een ambulante medicatiepolikliniek. Meestal schrijft een verslavingsarts of verpleegkundig specialist middelen voor. Een verpleegkundige verstrekt de middelen. Ook kan medicatie-uitgifte via de plaatselijke apotheek of de apotheekhoudende huisarts gebeuren. Deze vorm van medicatie-uitgifte is voor de patiënt geschikt als stabiliteit in iemands leven op dat moment is gegarandeerd en de therapietrouw hoog is. Voor de patiënt, die op deze manier veel minder via de instelling in aanraking komt met verslaving en verslaafde patiënten, heeft dit normalisatie als psychologisch effect. Met de patiënt worden deze mogelijkheden besproken om tot de best passende (en minst stigmatiserende) optie te komen.¹¹² Belangrijk is om de zorgen en angsten van patiënten met betrekking tot het (langdurig) gebruik van medicatie te bespreken. Voor doeltreffend en veilig gebruik is herhaalde bespreking van de werking van de medicatie en de verwachtingen van de patiënt hierover van belang.¹¹³

De medicamenteuze behandeling kan met verschillende [doelen 5.2] worden ingezet. Stabiele abstinentie, oftewel helemaal stoppen met gebruik (behandeldoelstelling 1), is voor veel mensen met een opiaatverslaving moeilijk haalbaar. Dat blijkt ook uit gegevens uit de verslavingszorg.¹¹⁴ 95% van de patiënten met een opiaatverslaving zijn 'oude bekenden'. Dat betekent niet dat het onmogelijk is. De kans op succes is via een onderhoudsbehandeling (d.w.z. langdurig gebruik van opiaatvervangende middelen) het grootst.¹¹⁵

Risico's en bijwerkingen

Een ECG dient te worden gemaakt voor de start van elke nieuwe behandeling met methadon omdat starten met methadon een klein risico geeft op hartritmestoornissen.¹¹⁶ Om die reden dient ook bij iedere nieuwe patiënt te worden nagevraagd of hij een diagnose hartziekte of ritmestoornissen heeft, en of hij wel eens wegrakingen heeft. In de [RIOB] is een voorbeeld te vinden van een [alcoholbeleid¹¹⁷] bij patiënten die zodanig veel alcohol gebruiken dat het risico's met zich meebrengt in combinatie met methadon of andere medicatie.

Ontgifting

Binnen een zorgtraject gebeurt ontgifting altijd onder begeleiding en met ondersteuning van medicijnen.

Methadon en buprenorfine zijn middel van eerste keus bij ontgifting van opiaten.¹¹⁸

Buprenorfine alleen of in combinatie met naloxon kan ingezet worden bij de ontgifting van mensen met een opiaatverslaving die niet al te hoge doseringen illegale heroïne gebruiken (ongeveer 30 mg per dag).¹¹⁹ Meer informatie is te vinden in de [MDR Opiaatverslaving].

Bij ontgifting gevolgd door medicamenteuze en/of psychosociale terugvalpreventie blijft de kans op terugval in het gebruik van niet-voorgeschreven en illegale opiaten groot. Patiënten moeten daarom op een eerlijke en heldere manier worden geïnformeerd over dit risico en over eventuele alternatieven. In het geval van terugval ligt een programma gericht op abstinentie van illegale opiaten voor de hand, met behulp van een onderhoudsbehandeling met effectieve doseringen methadon of buprenorfine.¹²⁰

Opiaatonderhoudsbehandeling

Een opiaatonderhoudsbehandeling behoort tot de meest effectieve interventies voor mensen met een opiaatverslaving. Door middel van opiaatonderhoudsbehandeling is stabilisatie over langere termijn te bereiken. Methadon en buprenorfine zijn beide geschikt voor opiaatonderhoudsbehandeling. Buprenorfine is alleen geschikt wanneer er gestreefd wordt naar volledige abstinentie van bijgebruik van opiaten, terwijl een behandeling met methadon ook vermindering van gebruik als doel kan hebben. Bij patiënten die erg veel illegale opiaten gebruiken zijn hoge doseringen methadon waarschijnlijk effectiever dan buprenorfine, maar er moet in dat geval wel gewaakt worden voor overdosering.

Bij het starten van methadon in het kader van een onderhoudsbehandeling is er een risico op een overdosis van methadon 1) indien dit te snel wordt opgehoogd of 2) ten gevolge van het gebruik van andere middelen.

Contingentiemanagement (CM), d.w.z. werken met beloningen als afgesproken gedrag wordt volgehouden, dient te worden overwogen bij opiaatonderhoudsbehandelingen ter vermindering van het gebruik van illegale drugs (behandeldoelstelling 3).¹²¹

Van opiaatonderhoudsbehandeling naar palliatieve zorg

De doelgroep van de opiaatonderhoudsbehandeling is de laatste decennia gemiddeld steeds ouder geworden, en ook zieker. Een aantal van hen komt in de laatste fase van het leven en zij hebben specifieke zorg en aandacht nodig. Palliatieve zorg behoeft bij verslaafde patiënten specifieke aandacht.¹²² Tijdens deze laatste levensfase is het voor de patiënt belangrijk om het regelmatige gebruik van illegale middelen zo aangenaam mogelijk te maken en de behandeling en begeleiding hoeft niet meer per se gericht te zijn op afbouw van middelengebruik. Met name in het kader van de pijnbestrijding is aandacht nodig voor de interacties van de diverse medicijnen met de illegale drugs.¹²³

Heroïne op medisch voorschrift

Heroïne op medisch voorschrift (hat: *heroin assisted treatment*) moet, in zijn geprotocolleerde vorm, beschikbaar zijn als behandelmethode voor elke daartoe geïndiceerde patiënt, dat wil zeggen die patiënt die onvoldoende baat heeft bij andere goed uitgevoerde behandelingen die op dit moment beschikbaar zijn. Bij deze deelnemers neemt het illegale drugsgebruik ('straatheroïne') af, betrokkenheid bij illegale activiteiten en de kans op detentie nemen af, en zij ontwikkelen door deze behandeling een betere (mentale) gezondheid en kwaliteit van leven. Er zijn aanwijzingen dat patiënten met een voorgeschiedenis van een op abstinentie gerichte behandeling betere resultaten bereiken met hat dan patiënten zonder een dergelijke voorgeschiedenis.¹²⁴

Bij de uitvoering van deze behandeling moet aandacht besteed worden aan het voorkomen van ernstige bijwerkingen zoals overdoseringen en epileptische insulten.¹²⁵ In principe gaat het altijd om een combinatietherapie met methadon. Een uitvoeringsprotocol voor de zorg aan patiënten met opiaatverslaving verschijnt eind 2018 bij Resultaten Scoren. Daarin wordt de uitvoering beschreven van de behandeling waarin methadon, buprenorfine en/of heroïne als medicatie een rol spelen.

5.2.6 Combinatiebehandeling

Veel van de behandelingen die in deze zorgstandaard worden besproken kunnen in combinatie worden aangeboden.

De belangrijkste combinatiemogelijkheden zijn:¹²⁶

- Buprenorfine in combinatie met naloxon bij de ontgiftiging van opiaatverslaafden die niet al te hoge doseringen illegale heroïne gebruiken.

- Buprenorfine in combinatie met naloxon als middel voor opiaatonderhoudsbehandeling.
- Contingentiemanagement (cm) bij een opiaatonderhoudsbehandeling met methadon ter vermindering van het gebruik van illegale drugs.
- Cognitieve gedragstherapie (cgt) bij patiënten in onderhoudsbehandeling ter behandeling van comorbide angst en depressie.
- Heroïne op medisch voorschrift in combinatie met orale methadon.

5.2.7 Biologische behandeling

Beschikbare biologische behandelingen zijn neurofysiologische behandelingen, dat wil zeggen behandelingen gericht op verandering van de werking van hersenen, ruggenmerg, zenuwen, spieren en zintuigen. Het betreft onder meer verschillende neuromodulatietechnieken als interventie voor (opiaat)verslaving, zoals diepe hersenstimulatie (DHS). Neuromodulatie lijkt een unieke kans te bieden om neurowetenschappelijke kennis toe te passen voor de behandelingen van verslaving, maar meer onderzoek is nodig om de effectiviteit, veiligheid en mogelijkheden van de verschillende technieken bij de behandeling van een (opiaat)verslaving vast te stellen.¹²⁷

5.2.8 Vaktherapieën

Vaktherapeutische disciplines is de overkoepelende naam voor de volgende klassieke vaktherapeutische beroepen: beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotore therapie.

Er is momenteel nog weinig bewijs voor de effectiviteit van de vaktherapeutische beroepen in de behandeling van mensen met middelenverslaving. Er is geen gestructureerde wetenschappelijke informatie beschikbaar van hoog niveau. Onderzoek is van matige kwaliteit en voldoet niet aan de GRADE-standaarden. Mogelijk zou beweging en muziektherapie als aanvullende behandeling de motivatie van cliënten voor verandering kunnen ondersteunen en invloed kunnen hebben op secundaire symptomen. Daarbij is echter niet duidelijk in hoeverre deze effecten specifiek gelden voor opiaatverslaving.

Vaktherapieën zijn zinvol als het gaat om de algemene verbetering van de fysieke en psychische situatie van de persoon, door het verbeteren van de fysieke conditie, het verkrijgen van inzicht in de samenhang van problemen en het aanleren van copingstrategieën, waardoor de effectiviteit van de behandeling positief kan worden beïnvloed. Er zijn praktische aanwijzingen dat vaktherapie (in klinische settings) effect heeft in termen van persoonlijk herstel. Bovendien ondersteunen de vaktherapieën patiënten bij het omgaan met hun emoties en het non-verbaal uiten van emoties. De vaktherapieën worden uitgevoerd door professionals op een ervaringsgericht therapeutisch niveau en zijn (dus) niet hetzelfde als dagbesteding. Zie voor verdere informatie de [generieke module Vaktherapieën] en de [MDR Niet-opioïde drugs] (in ontwikkeling).

5.2.9 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Als aanvulling op reguliere behandelwijzen maken patiënten gebruik van andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te verbeteren. Het gaat hier om complementaire of aanvullende behandelwijzen, zoals homeopathie, natuurgeneeswijzen, antroposofische geneeswijzen, acupunctuur en manuele geneeskunde. Hierover kunnen patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken (gedeelde besluitvorming).

Het toepassen van complementaire behandelingen bij verslavingsproblematiek wordt niet aanbevolen in de huidige richtlijnen wegens gebrek aan bewijs of zelfs wegens bewijs van afwezige effectiviteit.¹²⁸

6 Herstel, participatie & re-integratie

6.1 Herstel

6.1.1 Wat is herstel?

'Herstel' is een uniek en persoonlijk proces waarbij men toewerkt naar een volwaardig en zinvol leven - ondanks de beperkingen die opiaatverslaving kunnen geven. Het gaat daarom ook om het – naar het oordeel van de patiënt - psychisch en sociaal weer goed kunnen functioneren en het kunnen deelnemen aan de maatschappij. Dat laatste kan natuurlijk alleen in een samenleving die voldoende kansen biedt. Er is meer oog gekomen voor de persoonlijke ontwikkeling van mensen met een verslaving. Uiteindelijk is het hún leven. Zij zijn – met hulp vanuit de zorg – aan zet. De verslavingszorg ondersteunt hun persoonlijke herstelproces. Dat richt zich onder andere op het ontwikkelen van een positieve identiteit, het vestigen van hoop op verandering en een betere toekomst, het praten over wat men zelf belangrijk vindt in het leven en het onder ogen zien van het eigen levensverhaal.¹²⁹

Iemand die in herstel is staat voor de volgende opgaven:¹³⁰

- een positieve identiteit ontwikkelen;
- een betekenisvolle plaats geven aan de verslaving of psychische problemen;
- het responsief vermogen verbeteren (d.w.z. goed kunnen reageren op veranderingen, kunnen doen wat nodig is of wordt verwacht in een bepaalde situatie);
- versterken van zelfmanagement van de verslaving en van de symptomen daarvan;
- het oppakken van vroegere of het verwerven van nieuwe, waardevolle sociale rollen.

Om dit te bereiken is [empowerment¹³¹] nodig: grip krijgen op de eigen situatie en de omgeving door het (terug)vinden van de kracht in zichzelf. Daardoor kan iemand zelf, met hulp van anderen, het leven beter aan.

Binnen herstel speelt zingeving een belangrijke rol. Zingeving is het betekenis geven aan gebeurtenissen in het leven en aan de eigen ervaringen. Kenmerkende thema's bij een herstelproces zijn het rouwen om verlies van toekomstdromen en levensmogelijkheden, het omgaan met gevoelens van wanhoop, isolement, marginalisering, autonomieverlies en aantasting van de eigen identiteit, alsook het zoeken naar mogelijke betekenis in de psychische aandoening (Generieke Module Herstelondersteunende zorg). Het vinden van een hernieuwde levensoriëntatie en het opdoen van positieve zin- en betekenisgeving vergt inspanning, tijd en aandacht. Zorgverleners dienen meer en specifiekere aandacht te besteden aan de betekenisgeving en zingeving van mensen met ernstige psychische beperkingen en verslavingsproblemen. Deze ondersteuning is niet voorbehouden aan professionals. Het kan, afhankelijk van de aard en ernst van de vraag en de behoeften en wensen van de persoon, ook gegeven worden door lotgenoten, vrijwilligers en naasten, bijvoorbeeld via zelfhulpgroepen (zie [5.2]). Deze [groepen¹³²] kunnen ook waardevol zijn voor het ondersteunen van naasten (zie [5.2.3]). Deze ondersteuning is juist tijdens het herstel belangrijk. Zie voor meer informatie de [Generieke module Herstelondersteuning paragraaf 3.5].

6.1.2 Herstelondersteunende zorg bij verslaving

Het werken aan 'herstel' omvat meer dan een geslaagde klinische of ambulante behandeling. Het gaat ook om functioneel herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel.¹³³

Passende zorg gaat uit van herstel en herstelondersteunende zorg in alle fases van het zorgproces. In elke fase van het verslavingsproces liggen namelijk kansen voor herstel.¹³⁴ Behandeling kan een onderdeel zijn van een herstelproces bij patiënten die dit niet op eigen kracht kunnen realiseren. Voldoende aandacht voor

herstelvermogen op eigen kracht is daarbij essentieel. De behandeling, begeleiding en ondersteuning moet goed aansluiten op individuele hulpbehoeften en het realiseren van persoonlijke doelen. Behoeften op het gebied van (sociale) relaties, (arbeids)participatie en persoonlijk herstel blijven het vaakst on vervuld. Het wegnemen of stabiliseren van symptomen is dus niet het enige of hoogste doel: het gaat net zo goed om het ondersteunen van ieders persoonlijke en maatschappelijke herstel.

Vier belangrijke dimensies die herstel ondersteunend zijn:¹³⁵

1. gezondheid (het terugdringen van of kunnen omgaan met ziektes of symptomen, zoals in het geval van verslaving afzien van het gebruik van alcohol en drugs);
2. een thuis, dat wil zeggen een stabiel en veilig onderkomen;
3. een doel, dat wil zeggen betekenisvolle werkzaamheden en de onafhankelijkheid, het inkomen en de mogelijkheden om deel te nemen aan de samenleving; en
4. een gemeenschap, dat wil zeggen relaties en een sociaal netwerk die ondersteuning, vriendschap, liefde en hoop bieden.

6.1.3 Herstelondersteunende interventies

In deze paragraaf worden interventies voor volwassenen en ouderen beschreven die ondersteunen bij het herstelproces. Wetenschappelijke kennis en gedocumenteerde praktijkkennis over herstel bij jongeren met een opiaatverslaving ontbreekt.

Zelfhulpgroepen

Het bieden van een luisterend oor in een anonieme en laagdrempelige omgeving is kenmerkend voor zelfhulpgroepen. Op basis van wederkerigheid wordt er gesproken over ervaringen. Er zijn zelfhulpgroepen voor mensen met dezelfde ervaring maar ook voor hun naasten, zoals ouders of kinderen.

Aandacht voor zingeving

Betekenisgeving heeft te maken met hoe iemand in het leven staat, welke plek hij daarin inneemt, en de betekenis die iemand daaraan toekent. Betekenisgeving aan gebeurtenissen in het leven en aan eigen ervaringen is een manier van zingeving. Religie kan hierbij een rol spelen, maar ook andere betekenisgevende (spirituele) kaders of hierop gebaseerde hulpmiddelen zoals yoga, mindfulness en meditatie.

In de [generieke module Herstelondersteuning 3.6 GM Herstel] worden algemene interventies voor herstelondersteuning beschreven, zoals Herstellen doe je zelf, WRAP en diverse vormen van zelfhulp en herstelgroepen. In deze generieke module zijn ook aanbevelingen te vinden over in te zetten modules ‘zingeving en herstel’ bij de begeleiding van mensen met psychische problematiek [3.5, Begeleiding].

6.2 Participatie

De hulpbehoeften van mensen met een ernstige of langdurige verslaving kunnen in veel gevallen deels worden beantwoord door de verslavingszorg, de ggz en eventueel huisartsenzorg. Aansluiting bij het sociale domein, zelfhulpgroepen en/of informele zorg is daarbij nodig, om tijdens en na behandeling het herstelproces te ondersteunen. Vaak gaat het om universele thema's als geaccepteerd worden als persoon, (zelf)stigma, sociale relaties en deelname aan het maatschappelijk verkeer. Bij mensen met een ernstige of langdurige verslaving zijn er vaak problemen op het gebied van lichamelijke gezondheid, behandeling, veiligheid, inkomen, arbeid en relaties.¹³⁶ Aandacht voor schuldenproblemen is voor een deel van de patiënten van groot belang. Er bestaat een relatie tussen (problematisch) middelengebruik of verslaving en schulden; het ervaren van financiële druk kan

bijvoorbeeld leiden tot meer alcoholgebruik en roken.¹³⁷ Voor het bevorderen van herstel en participatie is daarom van belang dat de huisarts (of POH-GGZ) en ggz (generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz) samen met sociale wijkteams patiënten met een opiaatverslaving ondersteunen en hun zorg verbinden met (in)formele hulpbronnen in de directe leefomgeving.

6.2.1 Verbetering van de leefsituatie

Wonen

Als een patiënt dakloos is, dient te worden ingezet op het bieden van een dak boven het hoofd.¹³⁸ Dit heeft een positief effect op de gezondheidssituatie en op het gebruik van middelen.¹³⁹ Een tijdelijke vorm van groepswonen waarbij abstinentie verplicht is valt te overwegen om het middelengebruik en de psychische symptomen van mensen met verslavingsproblemen te [verminderen¹⁴⁰].¹⁴¹ Housing First is aan te bevelen voor mensen met een psychische aandoening die dakloos zijn.¹⁴²

Vanuit patiëntperspectief is hierbij extra aandacht nodig voor problemen die kunnen ontstaan in de overgangen tussen functies en voorzieningen. Om deze overgangen te vergemakkelijken kan gebruik worden gemaakt van interventies, zoals de Critical Time Interventie. Ook samenwerking met naasten en/of ervaringsdeskundigen is van belang. Zie voor meer informatie de [generieke module Ernstige psychische aandoeningen]).

Zorg voor patiënten in een opvang- of woonvoorziening

Kennis en ervaring van professionals en patiënten laat zien dat de volgende zaken van belang zijn wanneer patiënten met een opiaatverslaving in een opvang- of woonvoorziening verblijven:

- Er dient vanuit de opvangvoorziening een duidelijke visie op het gebruik van opiaten zijn;
- Medewerkers moeten tools tot beschikking hebben om verslaving bespreekbaar te maken (met name motiverende gespreksvoering);
- Medewerkers moeten kennis hebben over mentale en fysieke aspecten van verslaving, om zodoende een signalerende functie te kunnen vervullen naar de behandelaren;
- In de huisregels moet gewenst en ongewenst gedrag expliciet worden benoemd;
- Er moet een intensieve samenwerking zijn tussen de woonvoorziening en de verslavingszorg, waarbij er sprake is van een gezamenlijk begeleidings- en behandelingsdoel;
- Het verdient aanbeveling om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de reguliere huisartsenzorg met name als de patiënt doorstroomt en ambulante begeleiding krijgt;
- Er moet een goede aansluiting zijn met andere voorzieningen om de doorstroom te bevorderen/ stagnatie in ontwikkeling te voorkomen. Nu blijken aansluitende voorzieningen vaak onvoldoende structuur te kunnen bieden om het zelfstandiger wonen succesvol te laten verlopen.

Laagdrempelige voorzieningen

Laagdrempelige voorzieningen, zoals het bieden van een vorm van wonen, een voorziening waar de patiënt zijn gebruikte spuitattributen kan inleveren of ruilen (spuitomruil), en voorzieningen waarbij de patiënt veilig kan gebruiken onder toezicht (gebruiksruimten), zijn belangrijke voorzieningen binnen de Nederlandse verslavingszorg. Voor de patiënten die zowel psychische als verslavingsproblemen hebben en die daarnaast kampen met een slechte lichamelijke gezondheid, zijn deze voorzieningen een belangrijke eerste mogelijkheid om de kwaliteit van leven te verbeteren. Dergelijke voorzieningen dienen, in samenwerking met andere instellingen, onderdeel uit te maken van het begeleidingsaanbod (zie ook [paragraaf 5.2.3 over *harm reduction*]).

6.2.2 Methoden om participatie te bevorderen

Er zijn geen goed onderbouwde of bewezen effectieve methoden om participatie te versterken bekend die specifiek bedoeld zijn voor mensen met een opiaatverslaving. Een voorbeeld van een breed inzetbare interventie is de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Het doel hiervan is mensen in de langdurige ggz te ondersteunen bij het realiseren van hun eigen participatiedoelen, zodat ze kunnen wonen, werken en sociale contacten kunnen hebben zoals zij zelf willen. Zie verder de [generieke module Herstelondersteunende zorg, 3.5], de [generieke module Dagbesteding], de [generieke module Destigmatisering] en de [generieke module Arbeid als medicijn].

6.2.3 Inzet ervaringsdeskundigheid

Om participatie van patiënten te ondersteunen is de inzet van ervaringsdeskundigheid van belang. De generieke module Herstelondersteuning doet hiervoor de volgende aanbevelingen:

- Maak in zorg, sociaal domein en bij patiëntinitiatieven de steun van ervaringsdeskundigen toegankelijk.¹⁴³
- Maak gebruik van instrumenten voor vergroting van zelfregie en het voorkomen van (verergering van) crisis, zoals de crisiskaart.
- Maak de inzet van zelfhulp- en herstelgroepen (zoals Herstellen doe je Zelf en WRAP) mogelijk om het herstelproces van patiënten te ondersteunen en hun kwaliteit van leven en zelfregie te vergroten.

6.3 Re-integratie

De gemiddelde leeftijd van personen met een opiaatverslaving is 48 jaar. Dit betekent dat er gemiddeld ongeveer 20 jaar lang participatieverplichtingen te verwachten zijn. Het is daarom zinvol om de participatie van mensen met een verslaving te ondersteunen in de contacten met de uitkerende instanties en reïntegratiebedrijven.¹⁴⁴ In de [generieke module herstelondersteuning 3.6], de [generieke module Dagbesteding] en de [generieke module Arbeid als medicijn] wordt op algemene principes van re-integratie ingegaan. Aandacht voor het wegnemen van [(zelf)stigma 6.3.2] is juist bij deze doelgroep van groot belang.

Participatie is geregeld in participatie- en arbeidsongeschiktheidswetgeving die uitgevoerd worden door diverse instanties. Het is zinvol om activering en interventies zoveel mogelijk aan te laten sluiten op deze wetgeving door participatieprogramma's gezamenlijk te ontwikkelen met de professionals (verzekeringsartsen) die voor deze instanties werkzaam zijn (Participatiewet (Gemeenten), Wet WIA, Ziekteweg (UWV)).

6.3.1 Re-integratie naar arbeid

Om de kansen op betaald of onbetaald werk te vergroten is IPS (Individuele Plaatsing en Steun) ontwikkeld. Deze interventie heeft de volgende kenmerken:

- Iedere patiënt die een reguliere baan wil, kan meedoen aan IPS ('zero exclusion').
- Er wordt snel gezocht naar een echte baan.
- De arbeidswensen van de patiënt staan centraal.

Er wordt langdurige ondersteuning geboden, zowel aan de persoon als aan de werkomgeving.

IPS is geïntegreerd met behandeling: de trajectbegeleider is lid van een ambulant ggz-team.¹⁴⁵

IPS is effectief gebleken bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) met overwegend psychotische stoornissen. Voor persoonlijkheidsstoornissen of ernstige complexe verslaving (met veel comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen) is deze methode nog niet effectief gebleken.¹⁴⁶

6.3.2 Stigma

Vooroordelen, afwijzing en uitsluiting vanuit de maatschappij (publiek stigma) richting mensen met een opiaatverslaving kan hun re-integratie belemmeren. Mensen met een verslaving hebben waarschijnlijk nog meer last van stigma dan mensen met andere psychische problemen, ook binnen de ggz. Hulpverleners zijn over het algemeen minder toegewijd en gemotiveerd en halen minder voldoening uit het werken met deze groep patiënten dan bij andere patiëntgroepen. Factoren die zorgverleners als belemmerend ervaren in de hulpverlening voor deze patiënten zijn: het beeld dat patiënten met verslavingsproblematiek agressief en manipulatief zijn, en het beeld dat deze patiënten weinig gemotiveerd zijn voor de behandeling. Deze negatieve attitudes dragen bij aan suboptimale hulpverlening voor deze patiënten.¹⁴⁷

Ook kunnen mensen met een opiaatverslaving hun eigen herstel en re-integratie belemmeren wanneer zij zelf deze vooroordelen zijn gaan geloven, en dus negatief over zichzelf denken (zelfstigma). In de [generieke module Destigmatisering] komen belemmeringen voor re-integratie door stigma aan de orde en manieren om deze belemmeringen weg te nemen. Besproken worden het herstel van functioneren (dagelijkse activiteiten, maatschappelijke rollen) en de (soms beperkte) toegankelijkheid van algemene voorzieningen voor mensen met een psychische aandoening. Deze adviezen gelden ook voor mensen met een opiaatverslaving en hun naasten. Interventies die lokaal kunnen worden ingezet om publiek stigma en zelfstigma te verminderen worden beschreven in de [generieke module Destigmatisering, 3.6]. Er zijn geen interventies of werkwijzen bekend die specifiek het stigma bij verslaving tegengaan.

7 Generieke modules

Generieke modules beschrijven zorg die voor meerdere psychische aandoeningen relevant en daarmee generiek (algemeen) is. Deze zorg kan bijvoorbeeld gericht zijn op geïndiceerde preventie, op zorggerelateerde preventie, op behandeling of re-integratie en participatie. In dit hoofdstuk wordt een aantal generieke modules aangegeven die onderdeel zijn van de Zorgstandaard Opiaatverslaving. In enkele gevallen zijn aanbevelingen toegevoegd die specifiek voor mensen met een opiaatverslaving gelden. Dit noemen we aandoeningspecifieke addities.

Relevant voor mensen met een opiaatverslaving zijn:

- Generieke module Herstelondersteunende zorg
- Generieke module Comorbiditeit
- Generieke module Destigmatisering
- Generieke module Dagbesteding
- Generieke module Zelfmanagement
- Generieke module Ernstige psychische aandoeningen
- Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek
- Generieke module Arbeid als medicijn

7.1 Generieke module Drang en dwang

Relevant voor mensen met een opiaatverslaving is de [generieke module 'Drang en dwang'].

De Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) regelt onder meer onder welke omstandigheden gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis mogelijk is. De wet beschrijft ook welke vormen van gedwongen opname gebruikt kunnen worden. In het in juni 2015 verschenen "*Rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen openbaar ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U*" wordt vanaf p.90 een helder overzicht gegeven van deze mogelijkheden.¹⁴⁸ BOPZ-maatregelen zijn de Inbewaringstelling (IBS) en de Rechterlijke Machtiging (RM). Een bijzondere vorm van de RM is de 'Rechterlijke Machtiging op eigen verzoek'. Deze maatregel is alleen mogelijk bij een psychische ziekte (waaronder verslaving) en als er sprake is van gevaar. Het gevaar is bijvoorbeeld dat het middelengebruik leidt tot ernstige ziekte of overlijden. De opname moet de enige mogelijkheid zijn om het gevaar te stoppen. Iemand kan voor deze maatregel kiezen als hij van zichzelf weet dat hij een vrijwillige opname niet volhoudt, terwijl hij wel behandeling in een instelling nodig heeft.

Aan (naasten) van mensen met een levensbedreigende vorm van opiaatverslaving wordt geadviseerd om de mogelijkheden die de Bopz biedt onder de aandacht van zorgverleners te brengen.

Aan hulpverleners en ggz-instellingen wordt geadviseerd om de mogelijkheden van gedwongen opname optimaal uit te zoeken. Het is daarbij van groot belang dat de behandelaar gebruik maakt van de ambulante vormen van de Bopz, het voorwaardelijk ontslag en het aanvragen van de voorwaardelijke machtiging om snel weer te kunnen ingrijpen bij terugval, of om randvoorwaarden in de ambulante situatie mogelijk te maken.

Aan overheid en instellingen is het advies om binnen wetgeving en binnen het behandelaanbod nadrukkelijker plaats te maken voor gedwongen opname bij ernstige en levensbedreigende vormen van opiaatverslaving. Van belang is dat een gesloten afdeling een kwalitatief goed aanbod van verslavingsbehandeling heeft.

Dwang bij verslaving is een controversieel onderwerp, maar kan tot meer wilsbekwaamheid leiden en mogelijk tot een bewustere keuze om gebruik te stoppen, te minderen of om door te gaan. Er zijn echter ook verschillende [kanttekeningen¹⁴⁹] te plaatsen bij gedwongen opname bij verslaving.

Er is bovendien weinig bekend over de effectiviteit van gedwongen opnames in de verslavingszorg. Gericht onderzoek hiernaar is van groot belang.

Mogelijk zal ook de [*Richtlijn Palliatieve Zorg*] (in ontwikkeling via Stichting Resultaten Scoren) relevante informatie bevatten over drang en dwang bij verslaving.

7.2 Generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)

Relevant voor patiënten met een opiaatverslaving is de generieke module ['Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)'].

Mensen met een verstandelijke beperking, met name de patiënt met een lichte verstandelijke beperking (LVB), lopen door hun beperking een verhoogd risico op problematisch middelengebruik wanneer zij eenmaal kennis hebben gemaakt met middelen.¹⁵⁰ Zij zijn minder in staat om 'nee' te zeggen tegen gebruik en minder in staat om maat te houden. Daarnaast gebruiken zij vaak om niet sociaal buitengesloten te worden, en om psychische klachten te onderdrukken. Het middelengebruik veroorzaakt vervolgens een hogere prevalentie van comorbide problemen als epilepsie, psychische aandoeningen, cerebrale beschadiging en het gebruik van (psycho-)farmaca.¹⁵¹ Problematisch middelengebruik komt bij grofweg 10 tot 30 procent van de volwassenen met een LVB voor.¹⁵²

Vroege onderkenning

Voor jongeren en volwassenen met LVB is het missen van kennis en inzicht in het effect van drugs een risicofactor. In het boek 'Iedereen gebruikt toch?' worden signalen beschreven die bij mensen met LVB kunnen duiden op middelenproblematiek.¹⁵³ Genoemd worden o.a. lichamelijke signalen (vaker vallen; verandering in gewicht); psychologische signalen (concentratieproblemen; vermindering van plezier of belangstelling in alledaagse activiteiten) en sociaal-maatschappelijke signalen (verminderde presentaties, verlies van vrienden of verandering van vriendenkring, nalatigheid met afspraken en nakomen van verplichtingen die in eerste instantie belangrijk leken voor de patiënt).

Voor mensen met een lichte verstandelijke beperking is er een aangepaste behandeling, het [CGT plus protocol](#) ontwikkeld.

Zie voor meer informatie over methoden, materialen en interventies op het gebied van preventie, behandeling en zorg in relatie tot alcohol- en drugsgebruik door mensen met een lichte verstandelijke beperking de [Toolkit LVB en Verslaving](#).

Competenties zorgverleners

Het bespreken van het gebruik en screening op middelengebruik onder mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) vereist specifieke kennis en bekwaamheid van de zorgverlener. De huisarts dient een patiënt

met een LVB bij vermoeden van problematisch middelengebruik door te verwijzen naar de generalistische basis ggz voor inventarisatie van het middelengebruik en diagnostiek. De SumID-Q is ondersteunend bij het inventariseren van het middelengebruik onder patiënten met een LVB.¹⁵⁴ Zie voor meer informatie over LVB en verslaving de handreiking voor begeleiders van mensen met een lichte verstandelijke beperking die alcohol of drugs gebruiken [‘Waar bemoei ik me mee?’¹⁵⁵].

Toeleiding naar zorg

Middelengebruik bij cliënten wordt binnen de Verstandelijk Gehandicapten sector niet altijd voldoende erkend en herkend; anderzijds worden in de verslavingszorg verstandelijke beperkingen onvoldoende herkend en in behandeltrajecten meegenomen.¹⁵⁶ Bij mensen met een LVB en verslavingsproblematiek worden de problemen die zij ervaren vaak ten onrechte niet toegeschreven aan het gebruik van middelen, maar aan hun handicap. Zie voor meer informatie over een laagdrempelige toegang tot verslavingszorg voor mensen met een LVB de [Handreiking voor een LVB vriendelijke intake in de verslavingszorg].¹⁵⁷

Eigen regie

De patiënt moet in staat zijn om keuzes (goed) te maken. Patiënten met een lichte verstandelijke beperking hebben extra begeleiding nodig bij het maken van hun keuze. Indien een patiënt zelf vraagt aan de zorgverlener om de regie (tijdelijk) over te nemen, moet de zorgverlener dit verzoek inwilligen.

8 Organisatie van zorg

De geestelijke gezondheidszorg (ggz, waar verslavingszorg onder valt) is een sector gericht op het herstel of stabiliseren van mensen met psychische aandoeningen, waarbij zorg wordt geboden waar dat noodzakelijk is, maar niet meer dan nodig is (zie ook [hoofdstuk 1, 'Visie op zorg']). De ggz biedt in samenwerking met (meestal lokale) partners in het zorg- en sociale domein goede, samenhangende zorg gericht op symptomatisch, persoonlijk, functioneel en maatschappelijk herstel van mensen met een verslaving en/of andere psychische aandoeningen.

Het belangrijkste [uitgangspunt¹⁵⁸] hierbij is passende, herstelondersteunende zorg. Kennis van verslaving (diagnostiek en behandeling) dient binnen elke ggz-instelling aanwezig te zijn. Zorgaanbieders in de ggz bieden doelmatige zorg en dienen zich - in samenspraak met de persoon in kwestie - continu weer de vraag te stellen wat een patiënt nodig heeft, niet alleen op het moment dat de zorgvraag zich voor het eerst voordoet. Patiënten, hun naasten en het netwerk rondom de patiënt spelen daarin een belangrijke rol. Waar mogelijk voorkomt de zorg (verergering van) een aandoening. Daarom is preventie in de gehele ggz in termen van 'vroegtijdig potentiële problemen herkennen' of 'hernieuwde problemen herkennen' essentieel.

Dit hoofdstuk beschrijft vanuit het perspectief van de patiënt (vraaggericht) de organisatie van de behandeling, begeleiding en zorg voor iemand met een opiaatverslaving. Uitgangspunt daarbij is het bieden van kwalitatief goede, integrale zorg op basis van multidisciplinaire samenwerking. Het gaat daarbij om zorgstandaardonafhankelijke aspecten en zorgstandaardafhankelijke aspecten. Een belangrijk onderdeel van dit hoofdstuk zijn ook de afspraken rondom het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg (het kwaliteitsbeleid). Dit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces.

8.1 Zorgstandaardonafhankelijke aspecten

8.1.1 Echelonnering en gepast gebruik

Echelonnering

In 2014 is de structuur van de ggz aangepast om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. De zorg moet betaalbaar blijven door minder mensen naar gespecialiseerde ggz door te verwijzen. Daarvoor in de plaats is de huisarts veelal samen met de POH-GGZ meer patiënten met psychische klachten in de huisartsenpraktijk gaan behandelen en begeleiden.¹⁵⁹ In de [Landelijke samenwerkingsafspraken](#) (LGA) tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz 2.1.2] worden de verantwoordelijkheden van de verschillende echelons in de zorg beschreven.

Gepast gebruik

Een manier om de zorg betaalbaar te houden en de kwaliteit te waarborgen is 'gepast gebruik' van zorg: de juiste inzet van vraaggerichte hulp bij aanvang van een behandeling ('matched care') en daarna. Om over- en onderbehandeling te voorkomen moet goede, passende diagnostiek en (door)verwijzing eenvoudig beschikbaar zijn in de hele keten. Daarnaast zijn gezamenlijke (vraaggerichte) besluitvorming door zorgverlener en patiënt, matched care en gepersonaliseerde behandeling nodig. Hierbij worden ook de naasten betrokken. Het gaat tot slot over het juiste moment van 'op- en afschalen' van behandeling tijdens een lopend zorgtraject. Therapeutisch proefverlof vanuit klinische opname is een essentieel onderdeel van de behandeling: het vanuit de kliniek oefenen van vaardigheden past in graduele afbouw van de intensiteit van de zorg.

De uitgebreidheid (duur en intensiteit) van de [interventies 5.2] is afhankelijk van de ernst van de aandoening, de ervaren ziektelast en de keus van de persoon zelf (zie [4.3.1] en [4.3.2]).

Mensen met een opiaatverslaving zijn meestal aangewezen op zorg vanuit de gespecialiseerde ggz.¹⁶⁰ De lokale situatie bepaalt mede welk aanbod door welke organisatie wordt geleverd; een gespecialiseerde GGD kan de opiaatbehandeling bijvoorbeeld ook uitvoeren. Ook de motivatie, mogelijkheden van zelfmanagement en de financiële situatie van de patiënt zijn bepalend. Verwijzing naar de gespecialiseerde ggz is in elk geval aan de orde bij een hoog risico of hoge complexiteit en bij vermoeden van een DSM-benoemde stoornis (patiënten met ernstige problematiek, grotendeels behorend tot categorie 3 (paragraaf [4.3.2])).

Behandeling vindt zoveel als mogelijk ambulant plaats. Bij gebleken noodzaak voor opname is de klinische behandeling ingebed in een ambulant traject. Overwegingen voor klinische detoxificatie zijn opgenomen in de [Richtlijn Detoxificatie], evenals een leidraad voor de duur van detoxificatie per middel. Bij ernstige verslavingsproblematiek, ernstige sociaal-maatschappelijke problematiek en psychische comorbiditeit dient klinische behandeling met de patiënt en diens naasten te worden overwogen.

In sommige situaties (bij patiënten met lichte of matige problematiek, grotendeels behorend tot categorie 1, deels categorie 2 (paragraaf 4.3.2)) kan specialistische zorg worden afgeschaald naar de generalistische basis ggz, mits de situatie bij een eventuele terugval in ongecontroleerd gebruik niet risicovol en goed beheersbaar is en de lokale generalistische basis ggz-behandelaren zich capabel achten (zie 4.3.2). De generalistische basis ggz zal in de regel langdurige zorg bieden (module chronisch) aan mensen met een opiaatverslaving.¹⁶¹ De mogelijkheden van zelfhulp(groepen) en hulp via ervaringsdeskundigen worden nagegaan om via herstelondersteuning - naast een eventuele behandeling - empowerment te bevorderen.

Wanneer alle eerdere behandelopties geen resultaat hebben geboden dan kunnen zogenoemde “last resort functies” uitkomst bieden. Dit kan bijvoorbeeld een klinische voorziening zijn voor permanent verblijf, gericht op stabilisatie en het verhogen van de kwaliteit van het bestaan van mensen met zeer complexe chronische problematiek tot een aanvaardbaar niveau.

8.1.2 Regiebehandelaar

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een patiënt is het van belang dat een van hen het zorgproces coördineert. Dit wordt de regiebehandelaar genoemd. Deze is het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger.¹⁶² Zie voor deze voorwaarden en andere zaken betreffende de regiebehandelaar het [Model-Kwaliteitsstatuut](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

De regiebehandelaar stemt de behandeling en begeleiding van de verschillende aandoeningen op elkaar af. Mocht de deskundigheid ontbreken op een bepaald gebied, dan vraagt een zorgverlener (al of niet regiebehandelaar) specialistische kennis van elders, maar blijft de regie bij de oorspronkelijke regiebehandelaar.

8.1.3 Overdracht en consultatie

In een aantal generieke modules die in opdracht van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ zijn opgesteld staan specifieke afspraken over overdracht en consultatie. In de [Landelijke samenwerkingsafspraken](#) (LGA) tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz staan aanbevelingen over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg. Op basis van deze LGA kunnen regionale en lokale samenwerkingsafspraken worden gemaakt. De genoemde LGA is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

Daarnaast kan er ook sprake zijn van een (transmurale) overdracht tussen verschillende zorgdomeinen of het sociale domein. Hiervoor zijn de relevante generieke modules te raadplegen. Zeker in crisissituaties is het raadzaam ook naasten te informeren.

Betrokken partijen hebben een inspanningsverplichting: wanneer een behandel- of ondersteuningstraject vastloopt door bijvoorbeeld belemmeringen in samenwerking, financiering of hiaten in het zorg- of ondersteuningsaanbod (sociaal domein), dan dienen partijen in onderling overleg tot een oplossing te komen. Zie ook [5.2]. Op- en afschalen van zorg dienen altijd en snel te kunnen worden georganiseerd, gezien het risico op (tijdelijke) terugval bij een verslaving.

8.1.4 Informatie-uitwisseling

Een belangrijke voorwaarde voor een effectieve organisatie van de zorg is de overdracht van eenduidige informatie tussen zorgverleners onderling en tussen de zorgverlener en de patiënt en (na toestemming van patiënt indien ≥ 16 jaar) diens naasten, zowel mondeling als schriftelijk. Daarom zal deze zorgstandaard in de toekomst een eenduidige beschrijving van de gegevens gaan bevatten die bij de uitvoering van de zorg vastgelegd en uitgewisseld dienen te worden (informatiestandaard).¹⁶³

8.1.5 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische, betaalbare en toegankelijke) zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt goed geïnformeerd is en eenvoudig toegang heeft tot een goed coherent netwerk van basis- en gespecialiseerde ggz en informele zorg (inclusief zelfhulpgroepen en naasten). Deze hulp wordt in eerste instantie vanuit de wijk of buurt geboden. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op continue (24/7) beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners. Lees [hier¹⁶⁴] wat andere eisen zijn waaraan de ggz moet voldoen.

8.1.6 Keuzevrijheid

Informed consent

Een belangrijk uitgangspunt van het gezondheidsrecht is dat een patiënt toestemming geeft voor het uitvoeren van een behandeling of begeleiding. Zonder toestemming is immers sprake van een ongeoorloofde inbreuk op de persoonlijke integriteit. Om rechtsgeldig toestemming te geven heeft de patiënt goede informatie nodig. Daarom moet een zorgverlener, alvorens toestemming te vragen, de patiënt eerst informatie geven over de voorgenomen behandeling of begeleiding. De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid. Dit wordt ['informed consent'¹⁶⁵] genoemd. Het naleven door zorgverleners van het beginsel van informed consent is niet alleen in juridisch opzicht van belang. Goede communicatie met de patiënt is goed voor het wederzijds vertrouwen en draagt bij aan eigen regie en zelfmanagement.

Keuzemogelijkheden

De ggz moet ook zorgen dat een patiënt keuzemogelijkheden heeft en houdt om passende zorg en ondersteuning te krijgen. Dit geldt voor elke regio in Nederland, ongeacht welke lokale afspraken er gemaakt worden. De patiënt houdt de mogelijkheid om – bij vrijwillige behandeling - zelf een zorgverlener en bijvoorbeeld een behandellocatie te kiezen, waarbij hij zich dient te realiseren dat de wijze waarop hij verzekerd is mede bepalend kan zijn voor zijn keuzes.

Om als patiënt zelf keuzes te kunnen maken, is transparantie en inzicht in de kwaliteit van zorgketens (instellingen- samenwerkingsverbanden, vrijgevestigde praktijken, etc.) in de ggz als geheel een vereiste. Alle zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- De informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- De informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- De informatie wordt tijdig gegeven;
- De informatie wordt waar mogelijk ook met naasten besproken.

8.1.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning

Om het begrip 'keuzevrijheid' daadwerkelijk inhoud te geven is in de Wmo expliciet opgenomen dat gemeenten moeten zorgen voor de beschikbaarheid van onafhankelijke patiëntondersteuning. In ieder geval op het moment dat iemand met een psychische aandoening de gemeente vraagt om ondersteuning vanuit de Wmo, Jeugdwet of Participatiewet of wanneer overwogen wordt een beroep te doen op de Wet Langdurige Zorg.

Patiëntondersteuning is in de wet omschreven als: 'onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, preventieve zorg, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen'. In de praktijk betekent dit dat een patiëntondersteuner met iemand meedenkt, helpt zijn of haar situatie op een rijtje te zetten en daarbij zo nodig informatie en advies geeft. Dit kan gaan om vragen op verschillende gebieden zoals wonen, inkomen, werk of dagbesteding, zorg, onderwijs, opvoeding, contacten.¹⁶⁶

8.1.8 Privacy

De zorg moet zodanig zijn georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg). Bij besluiten over behandeling en onderzoek en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Hij heeft recht op inzage in, correctie van en een kopie van het eigen dossier.

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond. Wanneer een patiënt zijn familie en/of naasten niet bij de zorg wil betrekken en geen toestemming geeft voor het delen van informatie, respecteert de professional dit. Naasten kunnen niettemin vragen hebben. Dan kan de professional zonder beroepsgeheim en privacy te schaden en met inachtneming van de richtlijnen voor goed hulpverlenerschap de volgende informatie verstrekken:

- algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over een opiaatverslaving en de impact daarvan op de naasten;
- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving. Familie kan zich bijvoorbeeld zelf tot de Officier van Justitie wenden om een Rechterlijke Machtiging aan te vragen;
- indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie).

8.2 Zorgstandaardafhankelijke aspecten

In deze paragraaf komen de verantwoordelijkheden van de verschillende echelons in de zorg aan de orde. Daarnaast beschrijft deze paragraaf de echelon-overstijgende zorg (zoals de forensische psychiatrie), de inhoud en methodiek van informatie-uitwisseling tussen zorgverleners en de overdracht tijdens het zorgproces. Ook randvoorwaarden voor een goede samenwerking tussen de betrokken zorgverleners en instanties komen aan bod.¹⁶⁷

8.2.1 Samenwerking in de keten

Bij de preventie en zorg voor mensen met een opiaatverslaving zijn [vele partijen¹⁶⁸] binnen en buiten de (geestelijke) gezondheidszorg betrokken. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen is van belang. In deze paragraaf komt de samenwerking met de belangrijkste ketenpartners ter sprake.

Integraal behandelaanbod bij lichamelijke en psychische comorbiditeit

Behandeling en begeleiding worden georganiseerd rondom de patiënt. Dit betekent dat behandeling en begeleiding bij een verslaving en eventuele andere lichamelijke of psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden. Aanvullende hulp moet ingeschakeld kunnen worden zonder dat daardoor de eerder gestarte behandeling stagneert of stopt (zie ook [8.1.2.]).¹⁶⁹

Het beste is om comorbide problematiek vanuit één instelling te behandelen, bijvoorbeeld aan de hand van interventie [IDDT](#). Comorbiditeit en/of multimorbiditeit worden vastgelegd in het medisch dossier.

Na afronding van een behandeling is 'warme overdracht' bij patiënten met een beperkt sociaal netwerk en complexe problemen niet voldoende: er dient een nieuwe vertrouwensrelatie buiten de behandelsetting te zijn alvorens het contact met een patiënt geheel te beëindigen. Er is sprake van een inspanningsverplichting van alle lokaal betrokken partijen: wanneer een behandel- of ondersteuningstraject vastloopt door bijvoorbeeld belemmeringen in samenwerking, financiering of hiaten in het zorg- of ondersteuningsaanbod (sociaal domein), dan dienen partijen in onderling overleg tot een oplossing te komen.

Afstemming en nauwe samenwerking met een somatisch specialist en eventueel de ziekenhuispsychiatrie is ook van belang bij een ziekenhuisopname vanwege lichamelijke aandoeningen. Een huisarts of medisch specialist/psychiater (wanneer de patiënt in een ggz-instelling verblijft) kan een verwijsbrief schrijven voor verwijzing van een patiënt met een opiaatverslaving naar een algemeen ziekenhuis.¹⁷⁰

Samenwerking met de zorgsector voor verstandelijk gehandicapten

Bij een gebleken lichte verstandelijke beperking is het betrekken van specifieke deskundigheid bij de begeleiding en behandeling noodzakelijk. Daarvoor kan samenwerking worden gezocht met een van de SGLVG-instellingen in het land. Zij bieden behandeling voor verslavingsproblemen aan volwassenen (18+) met een LVB, ook in forensisch kader. Zie: [generieke module Psychische stoornissen en een lichte verstandelijke beperking (LVB)]

Samenwerking met ouderenzorg

In de zorg voor ouderen die opiaatverslaafd zijn is werken met ouderenpsychiaters, klinisch geriater, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, een POH-ouderen, huisarts, een psycholoog of een maatschappelijk werker die gespecialiseerd is in ouderen aan te bevelen.¹⁷¹ Zie hiervoor de [generieke module Ouderenpsychiatrie]. Er is geen eenduidig zorgbeleid voor verslaafde patiënten die zich niet (meer) willen laten behandelen en waarvan men verwacht dat ze verslaafd zullen sterven. Waar sommige instellingen palliatieve

zorg niet rekenen tot hun takenpakket, zien andere instellingen het als een onderdeel van de zorg aan opiaatverslaafde patiënten die zich niet (meer) willen laten behandelen.¹⁷²

Samenwerking met justitie

Patiënten die in aanraking komen met de politie en vast komen te zitten in politiecellen hebben baat bij een goede voortzetting van de behandeling, met name van de medicamenteuze behandeling. Goede communicatie en afstemming met - bij voorkeur forensisch artsen werkend voor - justitie en met de artsen en psychiaters van de GGD is van belang. Instellingsgebonden protocollen zijn hierbij noodzakelijk.

Detentie biedt een kans om mensen met een verslaving te behandelen. Penitentiaire Inrichtingen (PI's) zijn een belangrijke vindplaats van verslavingsproblematiek en een plaats waar verslavingsbehandeling wordt gestart of voortgezet. Waar dit haalbaar is, moet de detentieperiode optimaal benut worden om verslaafde gedetineerden naar zorgtrajecten te geleiden en zorg op maat te leveren. Het is daarvoor nodig dat de PI's de aansluiting bij partners in de verslavingszorg vinden en verstevigen. Het is de taak van de PI's deze partners te faciliteren om de start of voortzetting van een traject na afloop van detentie al gedurende de detentie voor te bereiden. De 'contactpersonen Middelen & verslaving in de PI's' spelen hierin een cruciale rol. Deze persoon is verantwoordelijk voor blijvende aandacht voor verslavingsproblematiek ter bevordering van case-finding en indicatiestelling, voor de samenwerking met de verslavingszorg, het delen en uitwisselen van kennis met collega's en het verzorgen van voorlichting voor gedetineerden (input werkgroep). Daarnaast is een goede samenwerking met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van belang.

Een Forensisch Psychiatrisch Centrum kan ggz-instellingen die een forensische patiënt vervolgbehandeling bieden zo nodig van de noodzakelijke expertise voorzien, door bijvoorbeeld scholing aan te bieden en hen te ondersteunen bij het risicomanagement. Door informatie uit te wisselen wordt bovendien de intensiteit en de structuur van de zorg afgestemd op de individuele zorgvraag van de patiënt.

Zorg onder justitiële drang vindt plaats onder toezicht van de [reclassering¹⁷³]. In geval van problematisch middelengebruik komen mensen in de meeste gevallen terecht bij de verslavingsreclassering. De Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG) is een netwerkorganisatie van de elf regionale verslavingszorginstellingen. De verslavingsreclassering biedt een aantal geprotocolleerde trainingen aan die zich richten op criminogene factoren, zoals middelengebruik, delictgedrag en agressieregulatie.¹⁷⁴

Het is wenselijk dat de reclassering al in de intramurale fase betrokken wordt bij (de monitoring van) interventies gericht op terugvalpreventie. Voor het toezicht betekent dit dat vanaf het eerste contact gewerkt wordt aan een zo groot mogelijke overeenstemming tussen toezichthouder, patiënt en kliniek over doelen en aanpak. Voor succesvolle resocialisatie is het nodig dat de controles door de reclassering, de woonbegeleiding en de dagbesteding worden ingebed en overgedragen bij ontslag.¹⁷⁵

Alle partijen die verantwoordelijk zijn voor de zorg, begeleiding en nazorg zullen onderling sluitende afspraken moeten maken, voordat de patiënt de eerste stappen buiten de instelling zet. De huisarts wordt tijdig op de hoogte gesteld van verlof/ontslag en wordt indien mogelijk en gewenst betrokken bij het maken van de bijbehorende voorwaarden of afspraken. De forensische zorginstelling, de reclassering, de ggz en de gemeente zijn belangrijke partners in de zorgketen. Direct contact tussen de behandelaars van de verschillende instellingen is hierbij vanzelfsprekend cruciaal. Die samenwerking omvat in elk geval overleg en afstemming tussen de betrokken partijen over:

- de mogelijkheden van de diverse vormen van resocialisatie;
- de afbouw van de zorg (wie verantwoordelijk is voor welke stappen in het proces);

- crisisafspraken;
 - de verdeling van gezamenlijke verantwoordelijkheden.
- Tot slot zijn structurele communicatielijnen tussen de verschillende partijen noodzakelijk.
Zie het [Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg paragraaf 7.6].¹⁷⁶

Tijdens het transmurale verloop spelen diverse vormen van wonen onder toezicht en begeleiding een rol. Deze vormen een continuüm van geheel klinisch, gesloten en extreem gestructureerd wonen, via ambulante woonbegeleiding, tot ongebeleid wonen met poliklinische zorg.¹⁷⁷

Zie voor meer informatie over justitiële verslavingszorg:

- Het rapport “[Interventiematrix Justitiële Verslavingszorg](#)”
- Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden¹⁷⁸
- [Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg](#)

Samenwerking met gemeenten

Voor de afstemming tussen de (forensische) ggz en het sociale domein is de functie van de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz) van groot belang. De verslavingszorg heeft vaak zitting in oggz- of gemeentelijke bemoeizorgteams als signalerende professional. Doelgroep zijn vaak langdurige zorgafhankelijke personen met complexe problemen zonder een expliciete hulpvraag. De teams kunnen bijdragen aan:

- het vroegtijdig signaleren van individuele, wijk- en buurtproblematiek
- een betere, meer vraaggerichte hulpverlening
- het aanpakken van overlastsituaties
- het voorkomen van huisuitzetting of het na onvermijdbare huisuitzetting bieden van een tweede kans
- een betere samenwerking tussen hulpverlenende en dienstverlenende instellingen.

Belangrijke punten bij de afstemming tussen zorg en het sociale domein zijn:¹⁷⁹

- Er is een goede samenwerking tussen ggz en gemeenten met een aanbod van de best mogelijke zorg in de wijk.
- Er is meer ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis.
- Er zijn korte lijnen met andere dienstverleners in de buurt (zoals maatschappelijke en buurtorganisaties, politie en reguliere zorgaanbieders) en zelfhulporganisaties.
- De zorgverlener heeft aandacht voor behoeften van de patiënt op het vlak van wonen, werken en vrijetijdsbesteding. Indien nodig is er contact met werkgevers, re-integratiebureaus en woningcorporaties.

8.2.2 Regie binnen de zorg

Rol van de patiënt

De persoonlijke autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt dienen te worden gewaarborgd. Dit kan onder meer worden bereikt door toepassing van de volgende punten:¹⁸⁰

- De zorgverlener stimuleert proactief het voeren van de eigen regie door de patiënt.
- De zorgverlener maakt samen met de patiënt afspraken over de rol die de patiënt heeft binnen de behandeling of begeleiding.
- De hulpverlener stimuleert het nemen van de verantwoordelijkheid en participatie van de patiënt. In elk stadium worden dan ook zoveel mogelijk beslissingen, keuzes en regie bij de patiënt neergelegd. Het doel is

het bevorderen van empowerment van de patiënt en zijn systeem waardoor hij (opnieuw) verantwoordelijkheid neemt voor zijn eigen herstel.

Binnen het zelfbeschikkingsrecht moet de zorgverlener wel bepalen of de patiënt in staat is dit in voldoende mate zelfstandig uit te kunnen oefenen.

De zorgaanbieder richt de zorg dus zodanig in dat de patiënt in staat is zelf maximaal regie te voeren over de behandeling, ook binnen de kaders van gedwongen zorg. Een essentiële voorwaarde hiervoor is gezamenlijke besluitvorming door de patiënt en zorgverlener over de behandeling en de wijze waarop zij samenwerking met en ondersteuning van naasten invullen.

Wie zijn er bij de zorg betrokken en wie voert wat uit?

In de [LGA 2.1 en 2.2] staat uitgebreid beschreven wie er bij de zorg betrokken zijn en wat zij uitvoeren. De criteria voor doorverwijzing naar generalistische basis ggz en gespecialiseerde hulp zijn te vinden in [paragraaf 4.3.2] van deze zorgstandaard.

Patiënten met stabiele chronische opiaatverslaving kunnen vanuit de huisartsenpraktijk worden begeleid, wanneer deze niet crisisgevoelig is en een laag risico kent. Als er sprake is van comorbiditeit, bijvoorbeeld opiaatverslaving en angst of depressie, dient de patiënt te worden doorverwezen naar de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz.

Organisatiemodellen

Casemanagement

In het algemeen betreft casemanagement de coördinatie van zorg en behandeling voor individuen met complexe problematiek. De te verlenen zorg kan worden uitbesteed aan derden, of door de casemanager of diens team zelf worden uitgevoerd. De meest toegepaste modellen in de Nederlandse sociale verslavingszorg zijn het intensieve casemanagement (met name F-ACT) en het Strengths model.¹⁸¹ Deze worden hieronder verder beschreven. Centraal in beide modellen staat de eerstverantwoordelijke hulpverlener die de zorg rondom een patiënt coördineert en ofwel alle begeleiding zelf biedt of juist andere hulpverleners delen van de begeleiding laat uitvoeren in de vorm van deelplannen. Casemanagement leidt waarschijnlijk tot betere toeleiding naar behandeling en ondersteunende voorzieningen.¹⁸²

F-ACT

'F-ACT' staat voor Flexible Assertive Community Treatment. F-ACT werkt outreachend en assertief: hulpverleners gaan af op (potentiële) patiënten via huisbezoek, op het dagcentrum of op straat, daar waar de patiënt zich bevindt. Zij onderhouden het contact, desnoods met dwang- of drangmiddelen. De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team, inclusief verslavings- en rehabilitatiedeskundigheid (d.w.z. kennis over middelengebruik en behandeling hiervoor en over rehabilitatiemethodieken die meehelpen aan het door de patiënt weer opnemen van rollen in de maatschappij). Een verslavingsarts KNMG maakt onderdeel uit van een verslavings-F-ACT-team. Het team heeft een gezamenlijke caseload: ongeveer 180-220 patiënten (gemiddeld 15 patiënten op 1 fte) in een welomschreven gebied, afhankelijk van de grootte en samenstelling van het F-ACT-team.¹⁸³ De zorg aan patiënten vanuit de F-ACT-teams is van lange duur, omdat de problematiek vaak ernstig en hardnekkig is. Het gaat over patiënten die soms meerdere malen per week in crisis raken.¹⁸⁴ Patiënten die minder intensieve zorg nodig hebben, maar wel voor langere duur, worden behandeld in de generalistische basis ggz. Intensiever casemanagement kan worden geboden via Assertive Community Treatment ACT.¹⁸⁵

F-ACT kan worden verrijkt met 'Resource ACT'. Bij deze nieuwe methode stelt een patiënt bij de start van de behandeling zelf een groep mensen samen, die met elkaar aan de in het behandelplan geformuleerde doelen

gaan werken. Doel is dat de patiënt uiteindelijk met zijn eigen gekozen team verder kan, zonder begeleiding van zorgverleners uit het F-ACT-team.¹⁸⁶

Strengths-model

Het Strengths-model voor casemanagement is gebaseerd op theorieën en kennis over herstel en empowerment. Het Strengths-model is een face-to-facemethode die mensen [helpt¹⁸⁷] om hun persoonlijke kracht te ontdekken (en die van hun omgeving), belangrijke levensdoelen te formuleren en gebruik makend van de krachten deze doelen te bereiken. De interventie is ontwikkeld voor gebruik bij mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar kan ook toegepast worden bij andere mensen in kwetsbare posities, zoals bij mensen die kampen met verslaving of dakloosheid.

De aanpak kent vijf onderdelen:

1. contact maken en ontwikkelen van een helpende samenwerkingsrelatie.
2. het maken van een krachteninventarisatie.
3. doelstelling en planning.
4. het verwerven van hulpbronnen uit de omgeving.
5. voortdurende samenwerking en geleidelijke losmaking.

8.2.3 Benodigde competenties

Zorgaanbieders zorgen ervoor dat in hun organisatie of praktijk zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn, handelen volgens zorgstandaarden en beroepsrichtlijnen en hun deskundigheden op peil houden. Daarnaast worden diverse andere [eisen¹⁸⁸] aan zorgverleners gesteld.

In de ondersteuning van mensen met een opiaatverslaving is er grote behoefte aan professionals die systemisch denken en werken, vooral bij complexe problematiek en in een onwelwillende omgeving. Dit vraagt om goede samenwerking en afstemming met informele steungevers en andere professionals.¹⁸⁹ We noemen dit 'omgevingsgevoeligheid': rekening houden met, aansluiting zoeken bij en ondersteuning bieden aan de (brede) sociale omgeving.¹⁹⁰

Voor herstelondersteunende zorg zijn persoonlijke kwaliteiten van hulpverleners even hard nodig als hun formele kwalificaties. Zij tonen echte interesse in het verhaal en de achtergronden van de persoon in kwestie en doen dat neutraal en onbevangen.¹⁹¹ De hulpverlener denkt niet voor de patiënt, maar kijkt mee naar wat realistisch en haalbaar is - met een verantwoord risico. De hulpverlener coacht, stimuleert en motiveert om gewenste hersteldoelen te helpen bereiken, zonder eventuele twijfel naar de patiënt toe uit te spreken. Met name bij mensen met een verslaving is dit van belang, omdat hulpverleners over hen vaak [negatiever oordelen 6.3.2] ten opzichte van mensen met andere aandoeningen. Patiënten mogen fouten maken om daar vervolgens van te leren. Daardoor is herstel een uniek en persoonlijk proces dat gepaard kan gaan met vallen en opstaan. De hulpverlener investeert in het zoeken naar gemeenschappelijke doelen en schept een duidelijk kader van taken en verantwoordelijkheden om tijdens de behandeling op terug te kunnen vallen.

Daarnaast vraagt een integrale werkwijze ook om specifieke competenties van zorgverleners, zoals:¹⁹²

- creativiteit: originele of nieuwe oplossingen kunnen bedenken, invalshoeken vinden die afwijken van gevestigde denkpatronen;
- coachen: mensen begeleiden en motiveren om hen beter te laten functioneren door hun zelfinzicht, eigen regie en empowerment te vergroten;
- samenwerken: op effectieve wijze (mee)werken aan een gezamenlijk resultaat, ook als dit niet direct een persoonlijk belang dient;

- netwerken: ontwikkelen, verstevigen van relaties en coalities binnen en buiten de eigen organisatie;
- flexibiliteit: zich bij veranderende omstandigheden gemakkelijk aanpassen;
- overtuigingskracht: anderen voor standpunten en ideeën proberen te winnen en draagvlak creëren.

Algemene competenties

(Afdelingen van) ggz-instellingen en verslavingszorginstellingen die behandeling van problematisch middelengebruik en verslaving aanbieden of onderdeel willen maken van hun reguliere behandelaanbod dienen behandelaars zo nodig aanvullend op te leiden om deze behandeling succesvol te kunnen uitvoeren.¹⁹³

Benodigde competenties van zorgverleners voor het bieden van herstelondersteunende zorg zijn:¹⁹⁴

1. Remoraliseren: hoop creëren, stabiliseren, zorg en ondersteuning geven;
2. Remediatie: uitvoeren van behandelingsprotocollen conform de regels;
3. Rehabilitatie: verbeteren van het functioneren op verschillende levensgebieden, inclusief justitie;
4. Recovery: herstellen van de autonomie, bieden van herstelondersteunende zorg.

Competenties ervaringsdeskundige

In de [Generieke module Herstelondersteuning 4.3] is een overzicht van benodigde competenties van ervaringsdeskundigen te vinden. Het profiel van een ervaringsdeskundige binnen een F-ACT-team, inclusief de taken, is beschreven door Phrenos.¹⁹⁵

8.3 Kwaliteitsbeleid

Om de kwaliteit van de zorg te bewaken en bevorderen is het belangrijk dat in beleid is vastgesteld hoe dit in de organisatie moet gebeuren. Deze paragraaf over het kwaliteitsbeleid beschrijft de voorwaarden voor het werken volgens de zorgstandaard, de registratie en het benchmarken. Voor de zorgverlener staat het verlenen van de beste zorg voor iedere patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft een goed inzicht in de kwaliteit van zorg. Bij voorkeur past de zorgverlener met deze informatie steeds de zorg aan. De zorgstandaard kan een hulpmiddel zijn bij deze 'zorg op maat'. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, naasten, zorgverleners en andere betrokkenen met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met een verslaving of een psychische aandoening.

8.3.1 Kwaliteitsstatuut

Per 1 januari 2017 is het zogeheten (model-)kwaliteitsstatuut van kracht. Hierin staat aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om curatieve ggz (waaronder curatieve verslavingszorg) in het kader van de zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. Iedere ggz-instelling en vrijevestigde behandelaars dienen daarvoor een dergelijk kwaliteitsstatuut te hebben. Dit is ook belangrijk voor patiënten en familie of naastbetrokkenen: zij moeten inzicht hebben in de organisatie van de zorgaanbieder en de uitkomsten en resultaten van de zorg. In het kwaliteitsstatuut van de instelling of vrijevestigde behandelaar geeft de aanbieder bijvoorbeeld invulling aan de volgende vragen van de patiënt: Wat gebeurt er na mijn aanmelding? Met wie heb ik een intakegesprek? Hoe wordt dat bepaald? Wie is mijn aanspreekpunt? Heb ik daarin een keuze? Hoe weet ik of deze professional voldoende deskundig is? Hoe kan ik ervan uitgaan dat deze zorgverlener als het nodig is anderen inschakelt of mij daarnaar verwijst? Heb ik daarin een keuze?

Het model kwaliteitsstatuut is zodanig opgesteld dat het ook toegepast kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.¹⁹⁶ De inhoud

van alle afspraken staat beschreven in het [Model-Kwaliteitsstatuut](#). Dit Kwaliteitsstatuut is onverkort van toepassing op de voorliggende zorgstandaard.

8.3.2 Deskundigheidsbevordering

Een belangrijke voorwaarde voor een passend kwaliteitsbeleid is dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners, bij gemeenten, politie en justitie. Huisartsen, POH-GGZ, zorgverleners in de generalistische basis ggz, gespecialiseerde ggz, bedrijfs- en verzekeringsartsen en zorgverleners in de algemene gezondheidszorg moeten voldoende geschoold zijn in basisvaardigheden zoals motiverende gespreksvoering. Zij dienen deze vaardigheid na een (bij)scholing te versterken en onderhouden (supervisie, intervisie). Om hun kennis op peil te krijgen en te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Zorgverleners moeten de juiste opleiding hebben om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen bieden. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vraagt om de juiste vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

De deskundigheid in het omgaan met de doelgroep 55-plussers moet worden bevorderd door:¹⁹⁷

- het inschakelen ouderenzorgspecialisten (zoals een klinisch geriater of psychiater met aandachtsgebied ouderen) ter consultatie;
- het ontwikkelen en ter beschikking stellen van factsheets met aandachtspunten voor de omgang met de doelgroep in relatie tot de problematiek.

Er is meer aandacht nodig voor de betekenisgeving en zingeving van mensen met een verslaving [zie aanbevelingen generieke module Herstelondersteuning]. Het is aan te bevelen om zorgverleners zich hiertoe te laten (bij)scholen en het onderwerp op te nemen in de curricula van de opleidingen [zie generieke module Herstelondersteuning paragraaf 4.5]. Geestelijk verzorgers kunnen vanuit hun specifieke deskundigheid op het vlak van zingeving, de verbinding leggen tussen herstel, betekenisgeving en zingeving en deze kennis en inzichten overdragen op hun collega-zorgverleners. Zie: [generieke module Herstelondersteuning].

8.4 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

De zorg zoals deze in de voorliggende zorgstandaard wordt beschreven, kan leiden tot (inhoudelijke) aanpassingen in de zorg die aangeboden wordt of tot aanpassingen in het zorgproces.

Kosteneffectief betekent dat de verhouding tussen de kosten van de behandeling en de effecten ervan gunstig is. Mensen leven bijvoorbeeld langer of hebben een betere kwaliteit van leven. Meestal gaat het hierbij alleen om de kosten binnen de gezondheidszorg. Uit een recente review van de literatuur op dit gebied door het RIVM blijkt dat diacetylmorfine, ofwel heroïne op voorschrift, domineert in alle studies: deze behandeling leidt tot lagere kosten en betere effecten dan orale methadon.¹⁹⁸ Naloxon blijkt een kosteneffectieve strategie bij een vermoedelijke overdosis van opiaten.¹⁹⁹

Zelfhulpgroepen

Patiënten en naasten geven aan dat de ervaringen van veel patiënten en naasten met zelfhulpgroepen positief zijn. Deze vorm van ondersteuning is (vrijwel) kosteloos.

8.5 Financiering

Financiering algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

Financiering zorg bij opiaatverslaving

Zorg en ondersteuning in de ggz en maatschappelijke zorg worden vanuit verschillende wetten gefinancierd (Zvw, Wmo, Wet Langdurige zorg, Jeugdwet, etc.). Naast zorgverzekeraars zijn ook gemeenten in toenemende mate bij de zorg voor en het herstel van mensen met een opiaatverslaving betrokken. Sinds 2015 zijn zij verantwoordelijk voor een integraal ondersteuningsbeleid van kwetsbare burgers. Gemeenten leggen verbanden met welzijn, wonen, schuldhulpverlening, jeugdzorg, (speciaal) onderwijs en het lokale werkgelegenheidsbeleid. In dit verband kan ook de Participatiewet genoemd worden. Deze wet biedt één regeling voor mensen met een arbeidshandicap zonder werk, die onder de verantwoordelijkheid van gemeenten vallen.

Een groot deel van de ggz valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er geldt een aantal uitzonderingen. Allereerst de langdurige ggz, die per 2015 onder de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) valt als er een aaneengesloten verblijf in een instelling van meer dan drie jaar is. Uitzondering is ook de jeugd-ggz, die voor het grootste deel onder de Jeugdwet (gemeenten) valt. Tot slot zijn er ook in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) een aantal taken opgenomen die betrekking hebben op de ggz.

De volgende partijen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit en financiering van de hulp die onder deze (nieuwe) wetten valt:

- Zorgverzekeringswet (Zvw): zorgverzekeraars
- Wet langdurige zorg (Wlz): CIZ (indicatie) en zorgkantoren/instellingen
- Jeugdwet en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): gemeenten

Een deel van de zorg wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (ZVW) gefinancierd en een deel via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zorg geleverd binnen de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz is veelal vergoede zorg vanuit de basisverzekering. Wel worden slechts behandelingen vergoed binnen de ZVW die voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Wanneer een bepaalde behandeling niet wordt vergoed kan de huisarts wel verwijzen naar de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz mits de patiënt hier de voorkeur voor heeft en deze zorg zelf kan betalen.²⁰⁰ Ook kan er vergoeding mogelijk zijn vanuit de gemeente (bijv. begeleiding).

9 Kwaliteitsindicatoren

In het samenwerken met verschillende disciplines aan goede zorg voor mensen met een opiaatverslaving is kwaliteit een centraal thema. De organisatie van de zorginstelling moet zo zijn ingericht dat deze de kwaliteit steeds bewaakt en bevordert. Hierbij zal de zorginstelling kritisch moeten kijken naar het resultaat van de geboden zorg. Kwaliteitsindicatoren zijn nuttig om de kwaliteit te bepalen en hierop beleid te maken. Daarnaast zijn ze vereist voor de verantwoording aan de zorgverzekeraar (als contractpartner) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (als toezichthouder). Met deze informatie kunnen zij beoordelen of de zorginstelling goede zorg levert. Daarom bevat elke zorgstandaard een apart hoofdstuk met de beschrijving van de relevante kwaliteitsindicatoren. Deze zijn onderverdeeld in uitkomstindicatoren (weerspiegelen de uitkomst van het individuele zorgproces, zowel aandoeningspecifiek als generiek), procesindicatoren (weerspiegelen de uitvoering van het individuele zorgproces, zowel aandoeningspecifiek als generiek) en structuurindicatoren (weerspiegelen de kwaliteit van de organisatie).²⁰¹

9.1 Uitkomstindicatoren

Zorgaanbieders in de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz dienen de patiëntervaringen te meten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zij monitoren hiermee op systematische wijze de veranderingen in de ernst van de problematiek, het dagelijks functioneren en de ervaren kwaliteit van leven. Hiervoor zetten zij instrumenten in, zoals de CQ-index, verkorte CQI Kortdurende ambulante ggz, Thermometer patiëntwaardering, Routine Outcome Monitoring en Minimale Dataset. Het instrumentarium dient aan te sluiten bij de individuele patiënt. Dat betekent dat een patiënt met meerdere diagnose-behandelcombinaties (DBC's) binnen een instelling niet meerdere malen hetzelfde instrument invult.²⁰²

Voor deze zorgstandaard zijn de generieke kwaliteitsindicatoren voor de ggz (in ontwikkeling) in combinatie met de CQ-Index afdoende om de gewenste uitkomsten te meten.

9.2 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een opiaatverslaving. Procesindicatoren die worden ontwikkeld in generieke modules en andere zorgstandaarden worden afgewacht om na te gaan of aanvulling voor deze specifieke zorg alsnog noodzakelijk is.

9.3 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om structuurindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een opiaatverslaving. Structuurindicatoren die worden ontwikkeld in generieke modules en andere zorgstandaarden worden afgewacht om na te gaan of aanvulling voor deze specifieke zorg alsnog noodzakelijk is.

Eindnoten

¹ Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.

² Patiënten- en familieorganisaties in het Landelijk Platform GGZ hebben hun visie op de thema's: gezondheid als perspectief, herstel van patiënten en naasten, de relatie met patiënten en naasten en gezondheid als maatstaf. Zij gaan daarbij verder in op veelgebruikte termen als: herstelgericht, cliënt- en vraaggestuurd, autonomie en shared decision making. Allemaal begrippen die in het verlengde van elkaar liggen en erop wijzen dat patiënten in de ggz – net als ieder ander – uiteindelijk het meest gebaat zijn bij eigen regie, waarbij zij zelf aan het roer staan en zoveel mogelijk grip houden op de koers van hun leven.

³ Behalve de aanpak van de opiaatverslaving (symptomatisch herstel) is het belangrijk dat een persoon in het dagelijks leven weer kan functioneren (lichamelijk, psychisch en sociaal) en maatschappelijke rollen kan vervullen. Goede zorg dient aan te sluiten bij de vier dimensies van herstel:

Symptomatisch herstel: Lukt het om de verschijnselen van de opiaatverslaving bij de betrokkene weg te nemen of om verergering te stoppen? Dit is de vraag naar klinisch herstel, met genezing als de meest ideale variant daarvan. Zie ook [5.2].

Functioneel herstel: Lukt het om het door de opiaatverslaving veroorzaakte verminderde functioneren te verbeteren of tenminste te compenseren? In de ggz ligt de focus vooral op het herstel van psychische functies en dan vooral het herstel van executieve (uitvoerende) functies die zelfregulatie mogelijk maken.

Maatschappelijk herstel: Lukt het om de door de opiaatverslaving niet verkregen en/of verloren maatschappelijke positie alsnog te bereiken of weer terug te krijgen? Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg in engere zin. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject en er zijn plekken in de samenleving nodig (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is. De aanpak van vooroordelen in de maatschappij ('destigmatisering') en in de zorgverlening ten opzichte van verslaving is hiervoor nodig. Zie ook [6.2], [6.3] en de [Generieke Module Herstelondersteuning].

Persoonlijk herstel: Lukt het de betrokkene om zijn of haar herstel zelf ter hand te nemen? Persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene belangrijkste waarden en doelen. Zelfwaardering, positieve emoties en innerlijke motivatie, waaronder zingeving en spiritualiteit, zijn bij persoonlijk herstel de drijvende krachten. Ook een toenemend inzicht in en relativering van de betekenis van de aandoening zorgen ervoor dat betrokkenen de verslaving leren onderscheiden van wie ze zijn of willen zijn, bijvoorbeeld door middel van 'framing' (Van der Stel, 2015) Zie [6.1] en de [Generieke Module Herstelondersteuning].

De bovengenoemde vormen van herstel hoeven niet per definitie allemaal, of in een bepaalde volgorde te worden bereikt. [Uitgangspunten 6.1.2] voor herstelondersteunende zorg gaan onder andere over zelfsturing, empowerment, steun van lotgenoten en hoop.

⁴ Opdrachtgever was het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, die het veld (beroepsgroepen, zorgaanbieders, patiënten en kennisinstituten) opriep om met projectvoorstellen te komen. Patiënten waren nauw betrokken bij het opstellen van het projectplan voor de ontwikkeling van de zorgstandaard en waren bij de ontwikkeling van deze zorgstandaard projectpartner (zie paragraaf 2.4).

⁵ De Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (MDR) (Van den Brink et al., 2013) en de herziene richtlijn Detoxificatie (B. Dijkstra et al., 2016) zijn daarbij het meest bepalend geweest.

⁶ Het betreft o.a. Een visie op verslaving van GGZ Nederland, de LPGGZ basisset kwaliteitscriteria, het document Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend van het Zwarte Gat (De Haan & Oude Bos, 2011; GGZ Nederland, 2013).

⁷ In het schema wordt zichtbaar dat verwijzing naar de generalistische basisggz en gespecialiseerde ggz via de huisarts verloopt. Als iemand zonder verwijzing van de huisarts wordt behandeld in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz, dan wordt deze zorg niet vanuit de zorgverzekeringswet vergoed.

⁸ Zie: Van Amsterdam J, van den Brink W. The Misuse of Prescription Opioids: A Threat for Europe? Curr Drug Abuse Rev. 2015;8(1):3-14; Van Amsterdam JG, Wartenberg HH, van den Brink W. [Steep increase in prescribed opioids in the Netherlands. Are we going the same way as the U.S.?]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A9245. (Dutch).

⁹ American Psychiatric Publishing. (2013). DSM-5. Washington D.C. / London, England: American Psychiatric Publishing.

¹⁰ Van der Pol, P. & Van Laar, M. (2015). Kerncijfers Drugsgebruik. Utrecht: Trimbos-instituut

¹¹ Als we specifiek kijken naar probleemgebruikers, dan blijkt uit wat oudere gegevens dat Nederland in 2012 ongeveer 14.000 problematische opiaatgebruikers telde. Het aantal problematische opiaatgebruikers is daarmee gedaald met 21 procent ten opzichte van de vorige schatting voor 2008-2009 (Cruts, van Laar, & Buster, 2013).

¹² Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2015). Kerncijfers Verslavingszorg 2014. Houten.

¹³ Idem.

¹⁴ Nabben, T., Benschop, A., & Korf, D. (2012). Antenne 2011: trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

¹⁵ Cruts, G., M. Van Laar, and M. Buster, Aantal en Kenmerken van problematische opiatengebruikers in Nederland. 2013, Trimbos-Instituut: Utrecht.

¹⁶ Hallers-Haalboom, E.T., Kunst, L.E., Bekker, M.H.J., 2016. Sekse en gender in Alcohol- en opiaatverslaving. Tilburg.

¹⁷ Lichamelijke problematiek Opiatverslaving is bij veel patiënten, maar zeker niet bij allemaal, een chronisch probleem van decennia lang, waarbij er vaak in toenemende mate bijkomende lichamelijke problemen ontstaan. Desondanks is de aan opiaatverslaving gerelateerde sterfte beperkt te noemen (Multidisciplinaire Richtlijn Opiatverslaving, 2013). Mensen met een opiaatverslaving hebben een verhoogde kans op verschillende en ook ernstige lichamelijke aandoeningen, zowel door de effecten en toedieningswijze van het middel zelf, als door de bijkomende leefstijl en de lichamelijke effecten van voorgeschreven medicatie (met name die voor psychische comorbiditeit).

Veel voorkomende lichamelijke aandoeningen bij een chronische opiaatverslaving zijn:

- Longaandoeningen (infecties, longontsteking, COPD, TBC, nicotineverslaving)
- Infectieziekten (hepatitis B en C, hiv, griep, etc.)
- Hart- en vaatziekten (methadon & QT-verlenging)
- Metabool syndroom
- Gebitsproblemen
- Huidaandoeningen
- Maligniteiten (kanker)
- Ondervoeding / overgewicht
- Obstipatieklachten (toevoeging werkgroep)

In de praktijk worden bovendien relatief vaak botontkalking en seksuele functiestoornissen gezien bij deze patiënten. Tot slot komt risicovol seksueel gedrag frequent voor bij aan opiaten verslaafde mannen en vrouwen, waardoor er een verhoogd risico

is op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en ongewenste zwangerschappen (Loth et al., 2012).

Een opiaatverslaving leidt regelmatig tot slechte zelfzorg, hygiëne en leefstijl (een ongezond voedingspatroon, te weinig beweging en een onregelde slaap-/waakpatroon). Daarbij komt dat opiaatgebruik vaak samengaat met verslavingen die zeer schadelijk zijn voor de lichamelijke gezondheid (met name tabaksverslaving, alcoholverslaving en cocaïneverslaving). Veel lichamelijke aandoeningen bij mensen met een opiaatverslaving zijn gerelateerd aan een dergelijke ongezonde leefstijl (bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, maligniteiten, infectieziekten, gebitsproblemen, ondervoeding en overgewicht) (Zie <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/b4810fc9-e197-4de4-bae5-67593ed234da.pdf>). Daarbij komt dat de groep mensen met een opiaatverslaving veroudert; de gemiddelde leeftijd ligt nu rond de 48 jaar. Deze veroudering gaat gepaard met toenemende (chronische) gezondheidsklachten en aandoeningen.

Zorgvuldige gezondheidszorg voor patiënten met een opiaatverslaving vraagt om diagnostiek, behandeling en monitoring van deze lichamelijke comorbiditeit. Mensen met een opiaatverslaving willen hun lichamelijke klachten nogal eens onderrapporteren. Aan de ene kant komt dit door de dempende werking van het middel (pijn wordt minder gevoeld) en aan de andere kant door zorgmijdend gedrag. Psychische en lichamelijke comorbiditeit doen zich vaak tegelijk voor. Een proactieve houding van zorgverleners is daarom gewenst.

¹⁸ Psychische problematiek Kenmerkend voor een opiaatverslaving is het frequent samengaan met andere psychische problemen en/of sociale problemen. Het merendeel van de heroïneverslaafde patiënten heeft te maken met comorbide psychische aandoeningen (Knapen e.a., 2007; WHO, 2009; Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving, 2013). Het betreft bijvoorbeeld stemmingsstoornissen, angststoornissen en psychotische stoornissen maar ook persoonlijkheidsstoornissen (Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

De aanwezigheid van een psychische aandoening - naast de opiaatverslaving - heeft gevolgen voor het behandelplan en de kans op slagen van de behandeling.

De groep patiënten met een ernstige, chronische opiaatverslaving valt onder de EPA-doelgroep (mensen met een ernstige psychiatrische stoornis) (zie paragraaf 7.6).

Psychische klachten (zoals angst, depressie en stemmingswisselingen) en problematisch gedrag (zoals impulsiviteit, agressie) kunnen het gevolg zijn van problematisch alcohol- en/of drugsgebruik. Hulpverleners dienen hier bij patiënten met psychische problemen of problematisch gedrag alert op te zijn. Omgekeerd kunnen psychische- en gedragsproblemen juist de oorzaak zijn van problematisch middelengebruik. Het is van belang dat behandeling en begeleiding bij een opiaatverslaving en eventuele andere psychische problemen geïntegreerd worden aangeboden [8.1.2 Samenwerking in de keten].

Specifieke aandacht is ook nodig voor de doelgroep met een justitiële achtergrond, waar vaak complexe problemen aan de orde zijn. Van alle gedetineerden heeft circa 30 procent alcoholproblemen en circa 38 procent kampt met problematisch drugsgebruik (Oliemeulen, e.a. 2007). Vijftig procent van deze groep heeft daarnaast ook bijkomende psychische problematiek (kaal, e.a. 2009). Vaak hebben deze patiënten een veelheid aan problemen die aangepakt moeten worden om de kans op criminele recidive en terugval in verslaving te verlagen. Daarbij is de expertise van verschillende instellingen nodig die soms al bij de patiënt betrokken zijn, zoals forensische poliklinieken, ggz-instellingen, RIBW's, reclassering, organisaties in het sociale domein, zelfhulpgroepen en informele zorg.

Voor uitgebreide informatie over comorbide psychische problematiek kunt u de volgende rapporten raadplegen:

- Richtlijn Middelennisbruik of –afhankelijkheid en angststoornissen; richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelennisbruik of –afhankelijkheid. (2012).

<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/angst-en-verslaving.html>

- Middelenaafhankelijkheid en depressie; diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenaafhankelijkheid en depressieve stoornissen. (2009).

<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/middelenaafhankelijkheid-en-depressie.html>

- Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling (2003).

<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/dubbele-diagnose-dubbele-hulp.html>

- Hendriks, V., Spijkerman, R., Van Oort, M., Van de Glind, G., Müller, M., Van der Schee, E., ... De Jong, C. (2014). Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten. Screening, diagnostiek en behandeling in de jeugd-GGZ en jeugdverslavingszorg. Amersfoort: Resultaten Scoren.

- Protocol ADHD bij verslaving. Screening, diagnostiek en behandeling voor de ambulante en klinische verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.

http://www.psyq.nl/files/Files/PsyQ/Diagnose%20instrumenten/ADHD%20bij%20volwassenen/protocol_adhd_01.pdf

- Programma verslaving, Comorbiditeit: verslaving plus een psychische stoornis. (NWO ZON-MW Den Haag, JC van der Stel, (2006) http://www.jaapvanderstel.nl/wp-content/uploads/Verslaving_comorbiditeit_2006.pdf

¹⁹ Verslaving aan andere middelen naast opiaten. Van de patiënten in de verslavingszorg met opiaatproblematiek heeft 66 procent ook problemen met andere middelen, vooral cocaïne, tabak, alcohol, cannabis en andere opiaten (Wisselink, Kuijpers & Mol, 2015; Richtlijn Opiatoonderhoudsbehandeling, 2012; Van de Glind & Groeneveld, 2009).

²⁰ van Hasselt, N. (2010). Preventie van schadelijk alcoholgebruik en drugsgebruik onder jongeren. Utrecht.

²¹ Solis, J., Shadur, J., Burns, A., & Hussong, A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Curr Drug Abuse Rev*, 5(2), 135–47.

²² Bij ouders met een drugsverslaving kunnen de opvoeding en het welzijn van kinderen onder druk staan door:

- De directe effecten van alcohol en drugs op het waarnemend vermogen, de stemming en het gedrag van deze ouders en de leefwijze die samengaat met het middelengebruik. Deze kunnen (zeer) nadelig zijn voor het welzijn van kinderen.
- Erfelijke belasting en schadelijke effecten van opiaatgebruik tijdens de zwangerschap (Testa et al., 2003). Deze kunnen leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid bij kinderen voor het ontwikkelen van een verslaving (Chassin et al., 1999) of andere psychische aandoeningen (Connell & Goodman, 2002).

De manier waarop de ouder en het kind met elkaar omgaan bepaalt eveneens voor een deel hoe een kind zich ontwikkelt. Bekende risicofactoren zijn:

1. Weinig aandacht van de ouder.
2. Een onveilige hechting met de ouder.
3. Geringe betrokkenheid tussen ouder en kind.
4. Weinig zicht van de ouder op het doen en laten van het kind.
5. Agressie en kindermishandeling in het gezin.
6. Inadequate opvoedstrategieën en slecht voorbeeldgedrag van ouders.

(https://www.loketgezondleven.nl/sites/default/files/o15222_Factsheet-KOPP-KVO_DEF2.pdf)

²³ Spijkerman, R., Müller, M., Glopper, A. de, Rosenberg, E., Willems, W., & Hendriks, V. (2015). Programma Verslaving & Ouderschap (PVO); Van der Stel, J. (2012). Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Amsterdam: Boom Lemma uitgevers.

²⁴ Symptomatisch herstel: Lukt het om de verschijnselen van de opiaatverslaving bij de betrokkene weg te nemen of om verergering te stoppen? Dit is de vraag naar klinisch herstel, met genezing als de meest ideale variant daarvan. Zie ook [5.2].

Functioneel herstel: Lukt het om het door de opiaatverslaving veroorzaakte verminderde functioneren te verbeteren of tenminste te compenseren? In de ggz ligt de focus vooral op het herstel van psychische functies en dan vooral het herstel van executieve (uitvoerende) functies die zelfregulatie mogelijk maken.

Maatschappelijk herstel: Lukt het om de door de opiaatverslaving niet verkregen en/of verloren maatschappelijke positie

alsnog te bereiken of weer terug te krijgen? Voor een belangrijk deel is deze vorm van herstel afhankelijk van de inzet van personen en organisaties buiten de zorg in engere zin. Het vereist een zorgvuldig re-integratietraject en er zijn plekken in de samenleving nodig (wonen, arbeid, dagbesteding) waar dit mogelijk is. De aanpak van vooroordelen in de maatschappij ('destigmatisering') en in de zorgverlening ten opzichte van verslaving is hiervoor nodig. Zie ook [6.2], [6.3] en de [Generieke Module Herstelondersteuning].

Persoonlijk herstel: Lukt het de betrokkene om zijn of haar herstel zelf ter hand te nemen? Persoonlijk herstel heeft betrekking op de voor de betrokkene belangrijkste waarden en doelen. Zelfwaardering, positieve emoties en innerlijke motivatie, waaronder zingeving en spiritualiteit, zijn bij persoonlijk herstel de drijvende krachten. Ook een toenemend inzicht in en relativisering van de betekenis van de aandoening zorgen ervoor dat betrokkenen de verslaving leren onderscheiden van wie ze zijn of willen zijn, bijvoorbeeld door middel van 'framing' (Van der Stel, 2015) Zie [6.1] en de [Generieke Module Herstelondersteuning].

De bovengenoemde vormen van herstel hoeven niet per definitie allemaal, of in een bepaalde volgorde te worden bereikt.

²⁵ Van der Stel, J., 2012. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers, Amsterdam.

²⁶ Deze leeftijdsgrens sluit aan bij het adviesrapport 'Ouderen en Verslaving' van Resultaten Scoren (Bovens, Van Etten & Weingart, 2013). Hierbij merken we op dat deze leeftijdsgrens niet te strak gehanteerd moet worden (Generieke module ouderenpsychiatrie).

²⁷ 1. Zij kampen vaak zelf ook met psychische problemen zoals stressklachten, angstklachten en depressieve klachten. Zij moeten leren om grenzen te stellen en zichzelf weer op de eerste plaats te zetten. Naast kunnen hulp krijgen van zorgverleners van preventieafdelingen van veel verslavingszorginstellingen of via zelfhulporganisaties (zie [5.1.4]), ook als de naaste met een opiaatverslaving niet in behandeling is.
2. Zij spelen een [belangrijke rol²⁷] in het herstelproces van de patiënt.
3. Naast kunnen van belang zijn bij de toeleiding naar zorg van een patiënt. Daarom zijn voor hen effectieve [trainingen 1.4] beschikbaar.

²⁸ De Haan, G., & Oude Bos, J. (2011). *Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend*. Dalfsen/Groningen.

²⁹ Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2015). *Kerncijfers Verslavingszorg 2014*. Houten.

³⁰ Zie [Agenda GGZ, Achtergrondnotitie](#).

³¹ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

³² Idem.

³³ Geïndiceerde preventie wordt aangeboden aan mensen die verschijnselen hebben van een aandoening, maar (nog) niet voldoen aan de criteria van deze aandoening. Ook mensen bij wie de kans groot is dat ze een aandoening zullen ontwikkelen komen in aanmerking. Doel van de interventie of behandeling is om het ontstaan van een aandoening of verdere gezondheidsschade te voorkomen. Denk hierbij ook aan symptoombestrijding.

³⁴ GGZ Nederland. (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.

³⁵ - Testa, M., Quigley, B., & Das Eiden, R. (2003). The effects of prenatal drug exposure on infant mental development: a meta-analytical review. *Alcohol and Alcoholism*, 38(4), 295–304;

- Chassin, L., Pitts, S. C., DeLucia, C., & Todd, M. (1999). A longitudinal study of children of alcoholics: predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 106–119. Journal Article,

Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.;

- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746–773. Journal Article, Meta-Analysis, Review.

³⁶ - Spijkerman, R., Müller, M., Glopper, A. de, Rosenberg, E., Willems, W., & Hendriks, V. (2015). Programma Verslaving & Ouderschap (PVO).

- Van der Stel, J. C., & Buisman, W. R. (2013). Van kwetsbaar naar weerbaar: Eindrapport project preventie en zorg voor kwetsbare groepen en middelengebruik. Amerfoort: Stichting Resultaten Scoren.

³⁷ zie onder andere [paragraaf 2.3 van de Generieke Module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek].

³⁸ De Kindcheck is bedoeld voor mensen die werken met volwassen patiënten, zoals (huis)artsen, POH-GGZ, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychiaters en psychologen. De Kindcheck houdt in dat er wordt nagegaan of er kinderen in het gezin zijn en of zij veilig zijn. Om de Kindcheck effectief te laten zijn is het van belang dat het netwerk hieromheen goed is georganiseerd opdat er voldoende deskundigheid over opvoeding en de ontwikkeling van kinderen voor handen is. Meer informatie over de Kindcheck te vinden via: <https://www.augeo.nl/nl-nl/thema/kindcheck/kindcheck/>

³⁹ De verpleegkundige en arts kunnen in voorkomende gevallen oordelen dat onmiddellijk moet worden gestart met een behandeling, nog voor de indicatiestelling is afgerond. Op basis van urine-onderzoek, ECG, kort uitvragen van de problemen door de verpleegkundige en een intake/ lichamelijk onderzoek door arts en/of verpleegkundig specialist beoordelen zij of dit medisch verantwoord is.

⁴⁰ Alle richtlijnen op het gebied van verslaving benadrukken het belang van het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor diagnostiek. Deze moeten met een duidelijk doel worden gebruikt. Dit doel moet worden bepaald door de patiënt en de zorgverlener. Als deze lijsten worden ingezet ter ondersteuning van het klinisch beeld voelen patiënten zich vaak serieus genomen. Door het afnemen van vragenlijsten wordt zichtbaar welke somatische, psychische of andere problemen ervaren worden door patiënten die tot voorheen misschien genegeerd werden.

⁴¹ Zowel de EuropASI als de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) kennen psychometrische tekortkomingen. Het gebruik van deze instrumenten ter ondersteuning van de indicatiestelling en diagnostiek blijft echter te prefereren boven niet-gestructureerde diagnostiek (Van den Brink et al., 2013).

De MATE is ontwikkeld voor het inventariseren en monitoren van de problemen en situatie van de patiënt - opiaatgebruik, psychische en sociale problemen. Van de MATE zijn verschillende aangepaste versies beschikbaar. De MATE-Q is een vragenlijstversie en bestaat uit negen modules van de MATE die door de cliënt zelf kan worden ingevuld. De MATE-S (Selectie) bestaat uit één lijst met 14 ja/nee vragen. De MATE-S is afgeleid van module 4 van de MATE, waarmee de ernst van de problematiek kan worden vastgesteld. Voor een volledig beeld van de persoon zijn zowel de MATE-S als de MATE-Q nodig. Deze zijn geschikt voor:

- aanmelding en behandeling via internet (e-health);
- laagdrempelige afname in de generalistische basis ggz;
- verkorting van de intake in de verslavingszorg.

De MATE-S kan drempelloos en anoniem worden ingevuld en kan dienen als opstap naar de MATE-Q. De MATE-S kan in ongeveer 2 minuten ingevuld worden en de MATE-Q in ongeveer 20-25 minuten. Bron en vragenlijsten via:

<http://www.mateinfo.eu/pubs/MATE-Q-nl%202.1%20Manual-D.pdf>

De volledige MATE (versie 2.1) wordt in steeds meer Nederlandse verslavingszorginstellingen gebruikt bij de intake van de gespecialiseerde ggz. Diverse problemen – die zowel een gevolg als een oorzaak van de opiaatverslaving kunnen vormen – worden geïnventariseerd om vervolgens de zorgzwaarte en prioriteiten voor behandeling te bepalen. De zorgzwaarte zoals die met behulp van de MATE kan worden bepaald is opgebouwd uit drie dimensies:

- ernst van de verslaving;
- ernst van comorbide psychopathologie;
- ernst van sociale desintegratie.

Patiënten met een opiaatverslaving gebruiken vaak ook andere middelen. De MATE bevat een inventarisatie van veel andere middelen (o.a. nicotine, cannabis, sedativa). Ook bevat de MATE een korte inventarisatie van lichamelijke klachten.

De MATE 2.1 is vrij verkrijgbaar via <http://www.mateinfo.eu/pubs/MATE-nl%202.1-D.pdf>

⁴² Verslaving brengt veelal een risicovolle leefstijl met zich mee. Bovendien is er bij mensen met een opiaatverslaving relatief vaker sprake van zorgmijndend gedrag en onderrapportage van klachten. Daarom is het van belang dat alle vermeldingen van de patiënt uitgediept worden en dat de indicatie voor vervolgonderzoek royaal wordt gesteld. Meer dan bij andere patiënten is alertheid op lichamelijke ziekten en aandacht voor preventie noodzakelijk. Denk daarbij aan aandacht voor een gezonde leefstijl, veilig (hygiënisch) drugsgebruik en seksuele gezondheid.

⁴³ Veel voorkomende lichamelijke aandoeningen bij een chronische opiaatverslaving zijn:

- Longaandoeningen (infecties, longontsteking, COPD, TBC, nicotineverslaving)
- Infectieziekten (hepatitis B en C, hiv, griep, etc.)
- Hart- en vaatziekten (methadon & QT-verlenging)
- Metabool syndroom
- Gebitsproblemen
- Huidaandoeningen
- Maligniteiten (kanker)
- Ondervoeding / overgewicht
- Obstipatieklachten (toevoeging werkgroep)

In de praktijk worden bovendien relatief vaak botontkalking en seksuele functiestoornissen gezien bij deze patiënten. Tot slot komt risicovol seksueel gedrag frequent voor bij aan opiaten verslaafde mannen en vrouwen, waardoor er een verhoogd risico is op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en ongewenste zwangerschappen (Loth et al., 2012).

⁴⁴ Zie: De Gee, A., Laghaei, F. & Van der Poel, A. (red), 2016. Het Somatisch Onderzoek bij Opiaatverslaving (SOO). Een praktische handreiking voor artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants. Utrecht: Netwerk Infectieziekten & Harm Reduction (I&HR)/ Trimbos-instituut.

⁴⁵ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ Het algoritme met indicaties voor aanvullend laboratoriumonderzoek uit de RIOB en MDR is integraal opgenomen in de handreiking SOO.

⁴⁸ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

-
- ⁴⁹ Van den Brink en Schippers (2012) hebben een aanzet gegeven om via staging en profilering een betere inschatting van de aard, ernst en beloop van de verslaving te maken. Zo wordt beter rekening gehouden met de heterogeniteit van de groep patiënten met een verslaving. Van den Brink, W. en G.M. (2012). Staging en profilering bij verslaving. Tijdschrift voor psychiatrie (54) 11, 941-948].
- ⁵⁰ Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2016. Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde GGz. Utrecht.
- ⁵¹ Uitzondering hierop zijn situaties waarin al jarenlang sprake is van een stabiele situatie en er bij de patiënt geen wens bestaat om het behandelplan te wijzigen. De halfjaarlijkse evaluatie kan samen opgaan met het afnemen van ROM-instrumenten.
- ⁵² ROM heeft vier functies:
1. Behandelen en begeleiden: door structureel de uitkomsten van een behandeling of begeleiding te meten kunnen behandelaar en patiënt, indien nodig, tijdig bijsturen in de behandeling of begeleiding.
 2. Leren: de ROM uitkomsten worden landelijk verzameld om zicht te krijgen op de kwaliteit van zorg in de ggz. Instellingen kunnen zo hun eigen resultaten afzetten tegen het landelijk gemiddelde.
 3. Verantwoorden: instellingen kunnen de uitkomsten gebruiken ter verantwoording aan toezichthouders en financiers over de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg.
 4. Onderzoek: ROM gegevens kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek. ROM kent voor de verslavingszorg een aantal [instrumenten <https://www.sbggz.nl/MDS>]
- Zie voor actuele informatie en wijzigingen: <https://www.sbggz.nl/MDS?contentitem=8706ee76-860c-454f-9ae7-c254f6a41e4c>. Voor *ouderen* is de HONOS-65 ontwikkeld en gevalideerd.
- ⁵³ Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (2012).
- ⁵⁴ Trimbos instituut. (2015). Infectieziekten en harm reduction bij drugsgebruik. Retrieved from <https://www.trimbos.nl/themas/infectieziekten-en-harm-reduction-bij-drugsgebruik>.
- ⁵⁵ MDR Opiaatverslaving (2013).
- ⁵⁶ Zie ook: Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde GGz (2016).
- ⁵⁷ De Haan, G., Oude Bos, J., 2011. Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend. Dalfsen/Groningen.
- ⁵⁸ Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Fletcher, L., 2012. J. Consult. Clin. Psychol. 80, 43–53.
- ⁵⁹ Higgs, J., Andresen, L., Fish., D. (2004). Practice knowledge – its nature, sources and contexts. In: Higgs, J., Richardson, B. Abrandt Dahlgren, M. (eds). Developing practice knowledge for health professionals. Butterworth-Heinemann, Oxford, p. 51-69.
- ⁶⁰ Shared decision making, oftewel gedeelde besluitvorming, is een gezamenlijk besluitvormingsmodel waarbij hulpverlener, cliënt en naasten samenwerken om op basis van uitgebalanceerde informatie de juiste paden te verkennen en beslissingen te nemen. Het gaat om het delen van evidence-based, professionele en ervaringskennis. Hierdoor wordt de patiënt zich meer bewust van waar hij werkelijk naar zoekt in de behandeling en krijgt de patiënt de mogelijkheid om zijn wensen duidelijk aan te geven. Aan de andere kant wordt de zorgverlener zich meer bewust van de eventuele verschillen in de doelen en van de verwachtingen van de patiënt. Onderhandeling tussen de patiënt en zorgverlener hierover zorgt voor meer consensus over de behandeling. Daarnaast is het een effectieve manier om tot evaluatiegesprekken te komen en de vooruitgang van de patiënt

te kunnen observeren en rapporteren (zie ook Samen Beslissen: Joosten, Jaspers, Dijkstra, & de Jong, 2015). Zie ook de [factsheet](#). Voor patiënten heeft de NPCF een [gesprekshandleiding Samen Beslissen](#) ontwikkeld.

⁶¹ Landelijk platform GGz. (2015). Basisset Kwaliteitscriteria GGz.

⁶² <https://www.bsl.nl/shop/een-verslaving-in-huis-9789031398102.html>

⁶³ <https://www.bsl.nl/shop/community-reinforcement-and-family-training-craft-9789036810319.html>.

⁶⁴ Voorbeelden van zelfhulp(groepen) zijn:

- Stichting Verslaafd aan jou (Landelijk steun- en informatiepunt voor naasten van verslaafden) (<http://www.verslaafdaanjou.nl/>),
- Moedige Moeders (<http://www.moedigemoeders.nl>),
- LSOVD (Landelijke Stichting voor Ouders en Verwanten van Druggebruikers) (<http://www.lsovd.nl>),
- Al-Anon (<http://www.aa-nederland.nl/informatie-over-aa/al-anon-alateen-aca/>),
- Stichting Zelfhulp Netwerk Zuidoost-Brabant (www.zelfhulpnetwerk.nl)

⁶⁵ Een familie-ervaringsdeskundige heeft door scholing tot ervaringsdeskundige de mogelijkheid om de opgedane kennis en ervaring en de ontwikkelde vaardigheden constructief in te zetten. Hij of zij kan een schakel zijn tussen familieleden/verwanten en professionals en kan bijdragen aan de verbetering van het welzijn van familie en patiënten (Familierraden, 2012). Informatie en steun is daarnaast te vinden op <http://www.moedigemoeders.nl/>.

⁶⁶ Deze methode is erkend als theoretisch goed onderbouwd door de Erkenningscommissie van het Centrum Gezond Leven. (<https://www.trimbos.nl/producten-endiensten/trainingen/training/?event=41>)

⁶⁷ De Haan, G., & Oude Bos, J. (2011). Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend. Dalfsen/Groningen.

⁶⁸ De zorgverlener bespreekt met de patiënt die bij hem/haar in behandeling is wegens een verslaving of, in welke mate en wanneer de partner of eventueel andere gezinsleden betrokken worden bij de behandeling. De sociale omgeving kan het gedragspatroon van de patiënt mede in stand houden zonder dat men zich dat bewust is (*NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (derde herziening)*, 2014).

⁶⁹ Zelfhulpgroepen, supportgroepen en buddyprojecten kunnen een goede aanvulling zijn op professionele hulpverlening. Zorgverleners dienen alle patiënten met een opiaatverslaving daarom op de hoogte te brengen van het bestaan en de werkwijze van de zelfhulporganisaties en hoe patiënten ermee in contact kunnen komen (Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009). Zij kunnen patiënten wijzen op de NA (Anonieme Verslaafden Nederland) (<https://www.na-holland.nl/>) of andere zelfhulpgroepen (<http://www.zelfhelp.nl>, www.zelfhulpnetwerk.nl). Ook veel instellingen voor verslavingszorg organiseren zelfhulpgroepen. Informatie over (de mogelijkheden van) lotgenotencontact en de patiëntenvereniging moet verkrijgbaar zijn bij de zorgverlener.

⁷⁰ Ter inspiratie zie de [Kwaliteitsstandaard Levensvragen] (2015) van het Expertisenetwerk Levensvragen en Ouderen en het kennisoverzicht over zingeving in het sociale domein: <https://www.movisie.nl/zoeken/Zingeving>.

⁷¹ Religieuze inbedding vormt een beschermende factor voor het ontwikkelen van een verslaving (Snoek, Wits, Van der Stel, & Van de Mheen, 2010). NA groepen houden zich bezig met de spirituele kant van het mens zijn. Zie voor meer informatie:

- Miller W. (2013) Addiction and Spirituality. Substance Use and Misuse. 48(12);1258-9. Miller W.R., Forcehimes, A., O'Leary, M.J., LaNoue, M.D. (2008) Spiritual direction in addiction treatment: Two clinical trials. Journal of Substance Abuse Treatment 35, p 343-442. Schoenthaler, S.J., Blum. K., Braverman, E.R., Giordano J., Thompson, B., Oscar-Berman, M., Badgaiyan,

- .D., Madigan, A.M., Dushaj, K., Demotrovs, Zsolt., Waite, R.L. & Gold, M.S. (2015) NIDA-Drug Addiction Treatment Outcome Study (DATOS) Repulse as a Function of Spirituality/Religiosity. *Journal of Reward Deficiency Syndrome* 1 (1).
- Gorsuch, R.L. (1995) Religious Aspects of Substance Abuse and Recovery. *Journal of Social Issues*, Vol. 51, No. 2, 1995, pp. 65-83.
- Unterrainer, H.F., Lewis, A.J., & Fink, A. (2014) Religious/Spiritual Well-Being, Personality and Mental Health: A Review of Results and Conceptual Issues. *J Relig Health* 53:382-392.
- Avants, S.K., Warburton, L.A., Margolin, A., (2001). Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. *J Psychoactive Drugs* 33(1): 39-45.
- Lyons, G.C.B., Deane, F.P., & P.J. Kelly (2010) Forgiveness and purpose in life as spiritual mechanisms of recovery from substance use disorders. *Addiction Research and Theory* 18(5): 528-543.
- Brown, A.E., Pavlik, V.N., Shegog, R., Whitney, S.N., Friedman, L.C., Romero, C., Davis, G.C., Cech, I. (2007) Association of Spirituality and Sobriety During a Behavioral Spirituality Intervention for Twelve Step (TS) Recovery. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 611–617.
- Sterling RC, Weinstein S, Losardo D, Raively K, Hill P, Petrone A, Gottheil E. 2007. A retrospective case control study of alcohol relapse and spiritual growth. *The American Journal on Addictions* 16:56–61.
- Koenig HG, George LK, Meador KG, Blazer DG, Ford SM. 1994. Religious practices and alcoholism in a southern adult population. *Hospital and Community Psychiatry* 45:225–231.
- Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. 1997. Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry* 154:322–329.
- Kaskutas LA, Turk N, Bond J, Weisner C. 2003. The role of religion, spirituality and Alcoholics Anonymous in sustained sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly* 21:1–6.
- Zemore S. 2007. A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31:76s–79s.
- Neff JA, MacMaster SA. 2005a. Spiritual mechanisms underlying substance abuse behavior change in faith-based substance abuse treatment. *Journal of Social Work in the Addictions* 5:33–54.
- Neff JA, MacMaster SA. 2005b. Applying behavior change models to understanding spiritual mechanisms underlying change in substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 31:669–684.
- Neff JA, Shorkey CT, Windsor LC. 2006. Contrasting faith-based and traditional substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30:49–61.
- Conner BT, Anglin MD, Annon J, et al. Effect of religiosity and spirituality on drug treatment outcomes. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. 2008; 36(2).
- Alford GS, Koehler RA, Leonard J. Alcoholics anonymous-narcotics anonymous model inpatient treatment of chemically dependent adolescents: A 2-year outcome study. *Journal of Studies on Alcohol* 1991; 52(2):118–126.
- Piderman KM, Schneekloth TD, Pankratz VS, Maloney SD, Altchuler SI. 2007. Spirituality in alcoholics during treatment. *The American Journal on Addictions* 16:232–237.
- Piderman KM, Schneekloth TD, Pankratz VS. 2008. Spirituality during alcoholism treatment and continuous abstinence for one year. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 38:391–406.
- Kass, J. D., Friedman, R., Leserman, J., Zuttermeister, P. C., & Benson, H. (1991). Health outcomes and a new index of spiritual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 30, 203–211.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58, 64–74.
- Robinson E.A., Cranford, J.A., Webb, J.R., & Brower, K.J. (2007) Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in an treatment-seeking sample. *J Stud Alcohol Drugs* 68(2): 282-90.

⁷² Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

⁷³ Zelfhulpgroepen, supportgroepen en buddyprojecten kunnen een goede aanvulling zijn op professionele hulpverlening: het is aannemelijk dat deelname aan zelfhulpgroepen de kans op blijvende abstinentie vergroot (Van den Brink et al., 2013). Zelfhulp en inzet van ervaringsdeskundigen zorgen ervoor dat patiënten beter op de hoogte raken van soorten hulp en hun

effect, van de weg door de instelling. Dat blijkt stabiliserend te werken (Loth et al., 2012). Zorgverleners dienen alle patiënten met opiaatafhankelijkheid op de hoogte te brengen van het bestaan en de werkwijze van de zelfhulporganisaties en hoe patiënten ermee in contact kunnen komen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2009). Zij kunnen patiënten wijzen op de NA (Narcotics Anonymous) of andere zelfhulpgroepen (<http://www.zelfhelp.nl>, www.zelfhulpnetwerk.nl). Ook veel instellingen voor verslavingszorg organiseren zelfhulpgroepen. Informatie over (de mogelijkheden van) lotgenotencontact en de patiëntenvereniging moet verkrijgbaar zijn bij de zorgverlener.

⁷⁴ De forensische verslavingszorg en verslavingsreclassering opereren in het grensgebied tussen verslavingszorg en justitie. Patiënten hebben in het algemeen een justitiële titel (bijvoorbeeld): toezicht, voorwaarde bij voorwaardelijke veroordeling, sepot, schorsing of invrijheidstelling). Deze 'justitiële drang' begrenst de mogelijkheden van de verslavingszorg. Justitie kan voorwaarden stellen aan de activiteiten van de verslavingsreclassering en justitiële verslavingszorg die ze vergoedt. Bijvoorbeeld ten aanzien van de setting (beveiliging) en de inhoud (ook aandacht voor recidive en de relatie verslaving delictgedrag). Het justitieel kader kan ook invloed hebben op de hulpverleningsrelatie. Er is sprake van een combinatie van beveiliging (breed opgevat, als voorkomen recidive) en zorg. Vaak is er sprake van verzet van patiënten tegen het opgelegde contact en, in het verlengde hiervan, een beperkte interne motivatie tot verandering bij de justitiabele. Aan de andere kant biedt de relatie met justitie ook voordelen. Door het justitieel kader wordt instroom en retentie in behandeling minder vrijblijvend en verder biedt het justitieel kader de mogelijkheden om in contact te komen met de patiënten (Koeter, Campen, & Langeland, 2009).

De toeleiding via justitie is een waardevolle interventie, het is gebleken dat klinische behandelingen in een formeel juridisch kader niet meer of minder succesvol zijn dan formeel vrijwillige behandelingen (Koeter & van Maastricht, 2006). Dit is te verklaren doordat mensen met een ernstige stoornis in middelengebruik zich meestal wenden tot de hulpverlening met een externe motivatie, en of die motivatie nu uit de relationele, maatschappelijke, somatische, financiële of juridische hoek komt, maakt dan niet veel verschil.⁷⁴

⁷⁵ Oudere patiënten (55+) met een opiaatverslaving hebben kenmerken die om een andere aanpak vragen. Op oudere leeftijd verdraagt de mens middelen zoals alcohol en andere drugs slechter dan op jongere leeftijd. Dit komt doordat de oudere patiënt minder lichaamsvocht en een relatieve toename van vetweefsel heeft. Lever en nieren werken wat minder en de lichamelijke weerstand neemt af. Bij oudere patiënten moet de dosis methadon en buprenorfine vaak worden aangepast op geleide van leverfuncties en klinische symptomen die worden veroorzaakt door een vertraagde afbraak (veranderend metabolisme). Er bestaat bij deze patiënten een verhoogde kans op lage bloeddruk en collaps (een kortdurende en vanzelf-overgaande bewusteloosheid veroorzaakt door een verminderde bloedtoevoer naar de hersenen). Er dient extra aandacht te zijn voor de toenemende (chronische) lichamelijke comorbiditeit onder deze groep. Verder moet er bij oudere patiënten extra aandacht zijn voor het mogelijk wegvallen of zwakker worden van hun sociale netwerk. Eenzaamheidsproblematiek is bij deze groep een belangrijke reden om veel of vaak middelen te gaan gebruiken (Loth et al., 2012).

Ouderen met een opiaatverslaving hebben specifieke zorg en verpleging nodig. Sommige [woonvoorzieningen⁷⁵] spelen hierop in. In het adviesrapport "*Ouderen en verslaving*" van Resultaten Scoren (2013) wordt aanbevolen om bij ouderen uit te gaan van de richtlijnen voor behandeling van volwassenen. Wel zouden programma's rekening moeten houden met deze doelgroep. De deskundigheid in het omgaan met de doelgroep 55-plussers moet worden bevorderd door:

- Het inschakelen van ouderenpsychiaters, klinisch geriater, specialisten ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialisten, een POH-ouderen, een psycholoog of een maatschappelijk werker die gespecialiseerd zijn in ouderen ter consultatie
- Het ontwikkelen en ter beschikking stellen van factsheets met aandachtspunten voor de omgang met de doelgroep in relatie tot de problematiek. Zie <http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/ouderen-en-verslaving.html>.

⁷⁶ De aandacht die vrouwen verdienen in de opiaatvervangende behandeling dient in ieder geval gericht te zijn op:

- Medische begeleiding bij zwangerschap, zoals veranderend medicatiebeleid tijdens de zwangerschap,
- Medische begeleiding bij gezondheidsproblemen die voortkomen uit het werken in de prostitutie;

- Medische begeleiding/ondersteuning en advisering rondom anticonceptie voor vrouwen in de fertile leeftijd;
- Aandacht voor de ontwikkeling van het ongeboren kind en de mogelijkheden van de aanstaande ouders (moeder) om voor het kind te kunnen zorgen; zie hiervoor de instellingsprotocollen KVO (Kinderen van Verslaafde Ouders), instellingsdocumenten over de contacten met AMK en jeugdzorg en bestaande opvoedingsondersteunende interventies voor hulpverleners in de verslavingszorg;
- De organisatie van het ophalen van de medicatie: afstemmen van de ophaaltijden met de school-en vakantietijden van de kinderen, afstemmen op de onregelmatige werktijden van prostituees;
- Seksespecifieke begeleiding die onder andere gericht is op de leefomstandigheden en persoonlijke mogelijkheden die vrouwen hebben, zoals een ondersteunend netwerk.

Zie voor meer informatie over opvoedvragen het handboek "Programma Verslaving & Ouderschap (PVO)" van Brijder. Dit handboek voor professionals in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg beschrijft een gestandaardiseerde werkwijze voor het tijdig signaleren, bespreekbaar maken en aanpakken van opvoedingsvragen en -problemen bij ouders die in zorg komen vanwege verslavingsproblematiek.

⁷⁷ In principe geldt dat wat de huisarts kan doen, door de huisarts gedaan moet worden. Verslavingsartsen geven aan dat hiervan afgeweken kan worden indien de continuïteit en veiligheid van zorg mogelijk niet geborgd kan worden bij een doorverwijzing. Dat geldt bijvoorbeeld als de patiënt geen (goed contact met zijn) huisarts heeft, of wanneer het feit dat de huisarts het verslavingszorgdossier van de patiënt niet in kan zien een goede zorgverlening zou kunnen belemmeren. Bij doorverwijzing wordt aanbevolen regulier overleg te plegen met de behandelend arts.

⁷⁸ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013); Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (2012)

⁷⁹ Helsper CW, Borkent-Raven BA, DE Wit NJ, VAN Essen GA, Bonten MJ, Hoepelman AI, Janssen MP, DE Wit GA. Cost-effectiveness of targeted screening for hepatitis C in The Netherlands. *Epidemiol Infect.* 2011;1-12.

⁸⁰ Zie <https://www.netwerkihr.nl/trainingen>.

⁸¹ Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2015). *Kerncijfers Verslavingszorg 2014*. Houten.

⁸² Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (2012).

⁸³ Blankers, M., Weijde, W. Ter, & van Laar, M. (2015). *Rookbeleid in de GGZ*. Utrecht.

⁸⁴ Zie voor uitgebreide informatie over diagnostiek en behandeling van verslaving en comorbide psychische problematiek:

- Richtlijn Middelenmisbruik of – afhankelijkheid en angststoornissen; richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid. (2012).
<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/angst-en-verslaving.html>
- Middelenaafhankelijkheid en depressie; diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenaafhankelijkheid en depressieve stoornissen. (2009).
<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/middelenaafhankelijkheid-en-depressie.html>
- Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. (2003).
<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/dubbele-diagnose-dubbele-hulp.html>
- Müller, M. & van Oort, M. (2014). *Werkboek ADHD en middelengebruik bij adolescenten*. (2014)
- Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten. (2014).

⁸⁵ Voor uitgebreide informatie over de behandeling van comorbide psychische problematiek, zoals angststoornissen of depressie, kunt u de volgende rapporten van Resultaten Scoren raadplegen:

- Richtlijn Middelenmisbruik of – afhankelijkheid en angststoornissen; richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis en comorbide middelenmisbruik of –afhankelijkheid. (2012).

<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/angst-en-verslaving.html>

- Middelenaafhankelijkheid en depressie; diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenaafhankelijkheid en depressieve stoornissen. (2009).

<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/middelenaafhankelijkheid-en-depressie.html>

- Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. (2003).

<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/dubbele-diagnose-dubbele-hulp.html>

- Müller, M. & van Oort, M. (2014). Werkboek ADHD en middelengebruik bij adolescenten. (2014)

- Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten. (2014).

⁸⁶ NIDA. (2012). Principles of drug addiction treatment. A research-based guide (3rd ed.). National Institute on Drug Abuse.

⁸⁷ Wanneer verslavingsbehandeling gevolgd wordt door een relatief lichte nazorginterventie, zoals telefonische monitoring en gerichte feedback, leidt dit tot betere resultaten (McKay et al., 2010). Ook een herstelwerkgroep georganiseerd door ervaringsdeskundigen, eventueel begeleid door professional, kan patiënten ondersteunen. Het blijven deelnemen aan nazorg, de frequentie en intensiteit van deelname en de duur van de nazorg beïnvloeden in belangrijke mate het positieve effect van nazorg. Vooral voor patiënten die een klinische behandeling hebben gevolgd is er vaak een aanbod van nazorg. Het lijkt effectief om ook ambulante patiënten een vorm van nazorg aan te bieden (Polman et al., 2014).

⁸⁸ Voorlichting wordt zowel gesproken, geschreven als praktisch ('voordoen') aangeboden. Daarbij is het belangrijk dat na elk consult of gesprek gecontroleerd wordt of de patiënt alles heeft begrepen en of hij nog vragen heeft. Het verdient aanbeveling gebruik te maken van materialen en toepassingen die de patiënt ook in zijn persoonlijke situatie kan gebruiken als ondersteuning bij het omgaan met een opiaatverslaving. De patiënt krijgt voor hem begrijpelijke en schriftelijke informatie mee naar huis, zodat hij deze eventueel samen met zijn partner of familie nog eens kan nalezen en zo nodig kan gebruiken. Het is essentieel dat een patiënt de informatie begrijpt, zodat hij dit kan relateren aan zijn eigen situatie, gedachtes, gevoelens en opiaatgebruik. Bij het geven van voorlichting en educatie kan de zorgverlener gebruik maken van verschillende gesprekstechnieken. In ieder geval moet er ook plaats zijn voor de emoties die het hebben van een verslaving met zich meebrengt. Daarbij is (getoond) begrip en inlevingsvermogen door alle zorgverleners van belang.

⁸⁹ In een periode van onthouding van opiaten bouwt het lichaam namelijk heel snel de opgebouwde tolerantie voor opiaten af. Dit houdt in dat het lichaam door abstinentie veel minder goed in staat is de effecten van opiaten op het zenuwstelsel te compenseren, zoals de invloed op bloeddruk, hartslag en ademhaling. Dit gebeurt al na een relatief korte periode van abstinentie. Na een periode van abstinentie is inname van de hoeveelheid opiaten waaraan de patiënt voor de periode van abstinentie gewend was, potentieel levensbedreigend. Ook bij exitgesprekken moet dit risico onder de aandacht van patiënten worden gebracht (Van den Brink et al., 2013).

⁹⁰ Van de Glind, G., & Groeneveld, L. (2009). Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Utrecht.

⁹¹ European monitoring centre for drugs and drug addiction. (2015b). Perspectives on drugs. The role of psychosocial interventions in drug treatment.

⁹² Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol, 2009.

⁹³ Motiverende gespreksvoering behelst bij uitstek een hulpverlenersrelatie waarin samengewerkt wordt. Het is niet alleen een set technieken of aan te leren vaardigheden, maar ook een stijl van benaderen vanuit een empathische, patiëntgerichte houding, die respect behelst en uitgaat van de autonomie van de patiënt. Motiverende gespreksvoering benadrukt de

keuzevrijheid en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt waar het gaat om het besluit tot en de gevolgen van gedragsverandering. Tegelijkertijd is het een directieve benadering omdat deze stuurt naar het eerst creëren en vervolgens oplossen van de ambivalentie.

⁹⁴ - Saunders, B., Wilkinson, C., & Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction* (Abingdon, England), 90(3), 415–424. Clinical Trial, Comparative Study, Journal Article, Randomized Controlled Trial, Research Support, Non-U.S. Gov't.

- Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

⁹⁵ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

⁹⁶ Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (2012).

⁹⁷ Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123–138. Journal Article, Research Support, Non-U.S. Gov't, Review.
<http://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.01.011>

⁹⁸ Wame, V., & Neven, A. (2015). Geïntegreerde behandeling voor cliënten met een dubbele diagnose. Utrecht.

⁹⁹ Trimbos instituut. (2015). Infectieziekten en harm reduction bij drugsgebruik. Retrieved from
<https://www.trimbos.nl/themas/infectieziekten-en-harm-reduction-bij-drugsgebruik>

¹⁰⁰ Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht.

¹⁰¹ European monitoring centre for drugs and drug addiction. (2015a). Perspective on drugs, Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence. Lissabon, Portugal. Voor uitgebreide informatie over gebruiksruimten (o.a. doelen, organisatie, doelgroep) zie 'Gebruiksruimten in Nederland. Update van de handreiking bij organisatie en inrichting.' (Trimbos-instituut, 2011): <https://assets.trimbos.nl/docs/8a563139-c1ed-464e-ab44-72abba63aae5.pdf>

¹⁰² Raadpleeg andere relevante zorgstandaarden en het Addendum "Stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen" bij de MDR Niet-opioïde drugs wanneer sprake is van bijkomende psychische problematiek en/of persoonlijkheidsproblematiek.

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Dijkstra, B., van Oort, M., & de Jong, C. (2016). Richtlijn Detoxificatie- Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie van psychoactieve stoffen. Amersfoort.

¹⁰⁵ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

¹⁰⁶ Schippers, G. M., Smeerdijk, M., & Merckx, M. (2014). Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken. Utrecht: Perspectief Uitgevers.

¹⁰⁷ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).

-
- ¹⁰⁸ Community Reinforcement Approach is gebaseerd op de aanname dat verslaving in stand wordt gehouden door allerlei bekrachtigers (beloningen) die gekoppeld zijn aan het gebruik, terwijl alternatieve bekrachtigers die niet aan gebruik gekoppeld zijn, nagenoeg ontbreken. Het ontwikkelen of tot stand brengen van zulke beloningen is essentieel voor het bereiken en vasthouden van abstinentie. Dit geldt met name voor sociale activiteiten, zodat abstinentie lonender is dan drinken. CRA benadrukt daarom het belang van werk, ontspannende activiteiten en gezins- of familiebanden en betreft belangrijke anderen bij de behandeling. Daarnaast integreert CRA naar behoefte - afhankelijk van de functionele analyse van het middelengebruik - diverse andere behandelcomponenten, waaronder ook farmacologische interventies.
- ¹⁰⁹ - Mark B. Powers Maarten B. Zum Vörde Sive Vörding Paul M.G. Emmelkamp (2009). Acceptance and Commitment Therapy: A Meta-Analytic Review. *Psychother Psychosom* 2009;78:73-80. DOI: 10.1159/000190790.
- A-Tjak et al., 2015.
- ¹¹⁰ Polman, P., Visser, E., Beurs, P., Salzmänn, W., van Amesfoort, L., & Streuper, C. (2014). Verslavingszorg in beeld-alcohol en drugs. Diemen.
- ¹¹¹ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).
- ¹¹² Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (2012).
- ¹¹³ Model Zorgstandaard 2.1. (2016). Utrecht.
- ¹¹⁴ Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2015). Kerncijfers Verslavingszorg 2014. Houten.
- ¹¹⁵ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).
- ¹¹⁶ Idem.
- ¹¹⁷ Samengevat: Bij alle patiënten bij wie de hulpverlening en de patiënt zijn overeengekomen te gaan samenwerken aan het terugdringen van de alcohol inname van de patiënt wordt standaard een blaastest afgenomen. De blaastest is niet leidend voor een beslissing over het niet of gedeeltelijk verstrekken van methadon. Het beeld dat de verpleegkundige/ verstrekker heeft van de patiënt is leidend.
Grenswaarden bij voorschrijven van methadon:
- Alcohol tot 1,0 promille: geen actie
- Alcohol vanaf 1,0 tot 2,0 promille: halve dosering methadon
- Alcohol vanaf 2,0 promille en hoger: geen methadon
- ¹¹⁸ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).
- ¹¹⁹ De keuze voor methadon, buprenorfine of de combinatie buprenorfine/naloxon dient gemaakt te worden op basis van de kenmerken van de patiënt, het gebruikspatroon van de patiënt en de voorkeur van de patiënt. De manier waarop de afbouw plaatsvindt wordt voornamelijk bepaald door de keuze van het medicament (methadon of buprenorfine), de mate waarin illegale opiaten worden gebruikt (veel of weinig) en de setting waarin de ontgiftiging plaatsvindt (ambulant of klinisch). Bij gebruik van meer dan 1 gram heroïne per dag dient in principe altijd met methadon te worden gestart. Wanneer de methadon is afgebouwd tot ongeveer 30 mg per dag, kan worden overgegaan op buprenorfine. (Van den Brink et al., 2013)
- ¹²⁰ Idem.

-
- ¹²¹ Idem.
- ¹²² Thijs, A., ter Huurne, C., & de Heer, J. (2007). Palliatieve zorg aan verslaafden. Deventer.
- ¹²³ Richtlijn Opiaatonderhoudsbehandeling (2012).
- ¹²⁴ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).
- ¹²⁵ Idem.
- ¹²⁶ Multidisciplinaire Richtlijn Opiaatverslaving (2013).
- ¹²⁷ Zie het overzichtsartikel van Luigjes e.a. over toepassing en effect van verschillende neuromodulatie technieken als interventie voor (opiaat)verslaving, zoals elektro-encefalografie (eeg)- en real-time-functionele-MRI (rt-fMRI)-neurofeedback, transcraniële magnetische stimulatie (TMS), transcraniële gelijkstroomstimulatie (tDCS) en diepe hersenstimulatie (DHS). De eerste DHS-pilotstudies suggereren dat de nucleus accumbens een veelbelovend stimulatiegebied is voor alcohol- en heroïneafhankelijkheid (Luigjes, Breteler, Vanneste, & Ridder, 2013).
- ¹²⁸ Idem.; Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2009). Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht.
- ¹²⁹ GGZ Nederland. (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.
- ¹³⁰ Vrij naar Slade. (2009). Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press.
- ¹³¹ Lees meer over empowerment via: http://www.canonsociaalwerk.eu/nl_ggz/details.php?cps=14&canon_id=296.
- ¹³² Zie bijvoorbeeld Moedige Moeders: <http://www.moedigemoeders.nl/>, of de Landelijke Stichting ouders en verwanten van druggebruikers: <http://www.lsovd.nl/>.
- ¹³³ Van der Stel, J., 2012. Focus op persoonlijk herstel bij psychische problemen. Boom Lemma uitgevers, Amsterdam.
- ¹³⁴ GGZ Nederland. (2013). Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.
- ¹³⁵ Services Administration Substance Abuse and Mental Health (2012). SAMSHA' s working definition of recovery. 10 guiding principles of recovery. Rockville. Meer informatie is te vinden op [SAMHSA](http://www.samhsa.gov).
- ¹³⁶ Couwenbergh, C., & van Weeghel, J. (2014). Over de Brug, Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht.
- ¹³⁷ Shaw, B.A., Agahi, N., Krause, N., 2011. J. Stud. Alcohol Drugs 72, 917–925.
- ¹³⁸ Housing First-projecten vanuit de verslavingszorg bieden (vaak in samenwerking met woningcorporaties) een vorm van begeleid wonen waarbij een moeilijk plaatsbare doelgroep direct een woning krijgt aangeboden. Het streven is dat patiënten het vertrouwen in de maatschappij en in zichzelf terugkrijgen. De nadruk ligt op herwinnen van de regie over de eigen leefsituatie. De doelgroep bestaat uit dak- en thuisloze patiënten met meervoudige en complexe problematiek als gevolg van de verslavingsproblematiek. Een deel van deze groep verblijft met enige regelmaat in de voorzieningen van de nachtopvang.

Naast een huis ontvangt de patiënt een vorm van ambulante woonbegeleiding volgens de rehabilitatiemethodiek. Tevens worden patiënten begeleid en gemotiveerd om vormen van hulpverlening (en/of behandeling) te aanvaarden. Dit is geen voorwaarde of verplichting¹³⁸.

¹³⁹ - Fitzpatrick-Lewis, D., Ganann, R., Krishnaratne, S., Ciliska, D., Kouyoumdjian, F., Hwang, S.W., 2011. BMC Public Health 11, 638.

- Mares, A.S., Greenberg, G.A., Rosenheck, R.A., 2008. Community Ment. Health J. 44, 367–376.

¹⁴⁰ Reif e.a. (Reif et al., 2014) hebben een systematische review uitgevoerd naar *recovery housing*. *Recovery housing* is een tijdelijke vorm van groepswonen voor mensen met verslavingsproblemen of een dubbele diagnose (verslaving en psychische problemen), waarbij abstinentie (onthouding) verplicht is. Sommige van deze voorzieningen zijn door cliënten opgezet. Voorbeelden van *recovery housing* zijn 'Oxford houses' en 'Sober living houses'. De review van Reif bevat vijf artikelen van twee RCT's en een quasi-experimentele studie. Hierin wordt *recovery housing* vergeleken met standaardzorg. Hieruit komt naar voren dat *recovery housing* het middelengebruik en de psychiatrische symptomen bij cliënten vermindert. Verder leidt het tot een verbetering van het arbeidsfunctioneren van cliënten en tot een vermindering van criminaliteit. De kwaliteit van de opgenomen studies is matig door verschillen in de beschrijving van het programma en in uitkomstmaten en door de kleine onderzoeksgroepen. Ook is er sprake van een beperkt aantal studies.

¹⁴¹ Reif, S., George, P., Braude, L., Dougherty, R.H., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Delphin-Rittmon, M.E., 2014. Psychiatr. Serv. 65, 295–300.

¹⁴² - Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C.J., Krausz, M., Somers, J.M., 2013. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 48, 1245–1259.

- Rog, D.J., Marshall, T., Dougherty, R.H., George, P., Daniels, A.S., Ghose, S.S., Delphin-Rittmon, M.E., 2014. Psychiatr. Serv. 65, 287–294.

¹⁴³ Dit kan via inzet van:

- Een herstelcoach, voor laagdrempelige ondersteuning bij herstel en participatie;
- Een trajectbegeleider, om mensen naar buurthuis, vrijwilligerswerk e.d. te begeleiden;
- Een kwartiermaker, om voorzieningen en activiteiten toegankelijk te maken;
- Een familie-ervaringsdeskundige, voor ondersteuning van betrokken naasten.

¹⁴⁴ Participatieweg (Gemeenten), Wet WIA, Ziekteweg (UWV).

¹⁴⁵ Bron: <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/implementatietrajecten/ips/>

¹⁴⁶ Zie voor meer informatie over re-integratie de generieke modules Arbeid als medicijn en de Multidisciplinaire richtlijn Werk en Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) via <http://GGZrichtlijnen.nl/>

¹⁴⁷ Van Boekel, L.C., Brouwers, E.P.M., Van Weeghel, J. Garretsen, H.F.L. (2015). Stigmatisering van patiënten met een verslaving en de gevolgen voor de hulpverlening: een systematisch literatuuronderzoek. Tijdschrift voor psychiatrie, 57, 489-497.

¹⁴⁸ Hoekstra, R., van Hoorn, E., de Wit, L., & Zuiderhoudt, R. (2015). De zaak Bart van U.: het rapport van de onderzoekscommissie strafrechtelijke beslissingen Openbaar Ministerie naar aanleiding van de zaak-Bart van U.

¹⁴⁹ Knelpunten zijn:

1. Een gedwongen opname vanwege een verslaving leidt te vaak tot opname zonder een op deze doelgroep gerichte

behandeling. Indien een persoon met een verslaving voor een gedwongen opname op een afdeling terechtkomt die primair bedoeld is voor de behandeling van bijvoorbeeld schizofrenie, leidt de opname niet tot een gerichte verslavingsbehandeling. Met andere woorden: er zijn te weinig plaatsen waar in een gesloten setting gewerkt wordt aan ernstige verslavingsproblematiek. De mogelijkheid bestaat wel dat de patiënt in het kader van een voorwaardelijk ontslag wordt overgeplaatst naar een niet-BOPZ-aangemerkte verslavingskliniek, met als voorwaarde behandeling aldaar. Bij een mislukte behandeling volgt dan terugplaatsing naar de BOPZ-aangemerkte afdeling.

2. Zelfs in het geval dat er in een gesloten setting specifieke verslavingsbehandeling kan worden aangeboden, is dat geen garantie voor een succesvolle behandeling. Terugval en heropname zijn immers de dagelijkse praktijk bij veel patiënten met een ernstige vorm van verslaving. Men kan niet binnen een gesloten, drugsvrije setting, leren hoe men in de buitenwereld van middelen kan afblijven. Therapeutisch proefverlof tijdens een klinische opname is een belangrijk onderdeel van de behandeling, ook in de laatste fase van een onvrijwillige behandeling. Daarnaast is het van groot belang dat de behandelaar gebruikmaakt van de ambulante vormen van de BOPZ, het voorwaardelijk ontslag en de voorwaardelijke Rechterlijke Machtiging (RM), om snel weer te kunnen ingrijpen bij terugval, of om randvoorwaarden in de ambulante situatie mogelijk te maken.

3. Een RM dwingt de patiënt tot opname, niet tot behandeling. Als een patiënt weigert mee te werken aan behandeling heeft een lange gedwongen opname geen zin, tenzij er sprake is van chronisch gevaar voor de persoon, de omgeving of de openbare orde.

Bij de RM op eigen verzoek doen zich nog enkele praktisch problemen voor:

1. Patiënten kunnen het idee hebben dat als zij op eigen verzoek de RM aanvragen, en er dus ook op eigen verzoek weer vanaf kunnen. Dat is niet het geval.
2. Patiënten kunnen een RM, al dan niet op eigen verzoek, misbruiken vanwege problemen met geld of dakloosheid.

¹⁵⁰ McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 41–47. Journal Article. <http://doi.org/10.1002/mrdd.20092>.

¹⁵¹ Idem.

¹⁵² Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking*. Utrecht.

¹⁵³ Van der Nagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2013). *Iedereen gebruikt toch? Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Amsterdam: Boom.

¹⁵⁴ Wits, E., Doreleijers, T., Van den Brink, W., Meije, D., Van Wijngaarden, B., & Van de Glind, G. (2016). *Richtlijn middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming*. Utrecht.

¹⁵⁵ <http://www.kennispleingehandicaptensector.nl/docs/KNP/KNP%20GS/LVB/trimbos-handreiking-zelfbeschikking-lvb-en-middelengebruik.pdf>

¹⁵⁶ Geus, R., Kiewik, M., VanderNagel, J., & Sieben, G. (2009). *Verstandelijk gehandicapten en verslavingsproblematiek*. In *Verslaving*.

¹⁵⁷ Van der Nagel, J., Van Dijk, M., Kemna, L., Barendregt, C., Wits, E., 2016. (H)erkend en juist behandeld, Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB vriendelijke intake in de verslavingszorg. Amersfoort.

¹⁵⁸ Andere uitgangspunten voor de organisatie van herstelondersteunende zorg zijn (Couwenbergh & van Weeghel, 2014):
- Behandeling, begeleiding en ondersteuning worden zoveel mogelijk in de gewone samenleving en in de eigen omgeving van de patiënt aangeboden.

- Alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties zijn goed bereikbaar (flexibel op- en af te schalen) en toegankelijk voor patiënten (en naastbetrokkenen), ongeacht achterliggende bekostigingsstructuren.
- Nauwe samenwerking tussen netwerkpartners (inclusief, en op gelijkwaardig niveau, met mensen met verslavingsproblematiek en hun naaste omgeving).
- De zorgaanbieder betreft patiënten(organisaties) bij het inrichten en verbeteren van de zorg (LPGGZ, basisset kwaliteitscriteria (Landelijk platform GGZ, 2015)).
- Binnen een integrale herstelbenadering dient ook het zelfmanagement [5.1] en het herstelvermogen van de patiënt zelf fors gestimuleerd moeten worden en maken nazorg, [re-integratie en rehabilitatie 6.2, 6.3] onderdeel uit van de zorg.
- Ook naasten worden gezien: niet alleen als mede-ondersteuner of zelfs co-begeleider, maar ook als mens met een mogelijk ondersteuningsbehoefte (zie [3.3.3] en [5.2] en [GM Ondersteuning naasten]). Ook is er aandacht voor mogelijk betrokken [kinderen (KOPP/KVO) *link* 3.3.3].
- Er is sprake van een goede relatie, samenwerking, zorgcoördinatie en afstemming met de somatiek en met professionals buiten het zorgdomein, bijvoorbeeld om mensen met psychisch aandoeningen zo snel mogelijk terug te leiden naar de arbeidsmarkt en (weer) deel te laten nemen aan de samenleving.

¹⁵⁹ De huisarts kan deze hulp bieden door:

- Uitbreiding van de huisartsenpraktijk met een POH-GGZ
- een verbreed aanbod van e-health
- een verbreed aanbod van consultatiemogelijkheden bij de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.

Ook patiënten met chronische psychische problematiek worden vaker door de huisarts ondersteund en begeleid. In de generalistische basis ggz worden vaker mensen met ernstigere en complexere problematiek behandeld dan voorheen in de eerstelijns psychologische zorg. In de gespecialiseerde ggz is de ambulantisering van de zorg, mede als gevolg van vereiste beddenreductie, meer op de voorgrond gekomen en heeft de patiënt ook ernstigere en complexere problematiek dan eerder. Een onderdeel van de gespecialiseerde ggz is de hoogspecialistische ggz, die richt zich op patiënten die vanwege de ernst, complexiteit en/of zeldzame aandoeningen onvoldoende resultaat hebben van behandeling in de gespecialiseerde ggz en naar verwachting wel zullen profiteren van een behandeling in de hoogspecialistische ggz.

¹⁶⁰ Huisarts en POH-GGZ kunnen eventueel na afschaling van zorg zelf behandelen bij stabiele chronische problematiek, die niet crisisgevoelig is en een laag risico kent (categorie 1). Vrijwel alle patiënten met een opiaatverslaving hebben echter intensievere hulp nodig dan de huisarts kan bieden, merendeels in de gespecialiseerde ggz. In sommige situaties (grotendeels behorend tot categorie 1, deels categorie 2) kan specialistische zorg worden afgeschaald naar de generalistische basis ggz, mits de situatie bij een eventuele terugval in ongecontroleerd gebruik niet risicovol en goed beheersbaar is en de lokale generalistische basis ggz-behandelaren zich capabel achten. In principe behandelt de generalistische basis ggz alleen patiënten waarbij geen risico op terugval meer is. Toch is er altijd een risico op terugval. De vraag is hoe de patiënt omgaat met terugval en of hij in staat is om het herstel zelf op te pakken. Dit bepaalt of iemand in de generalistische basis ggz terecht kan, waarbinnen de terugval vaak in heel korte tijd kan worden hersteld.

¹⁶¹ In principe behandelt de generalistische basis ggz alleen patiënten waarbij geen risico op terugval meer is. Toch is er altijd een risico op terugval. De vraag is hoe de patiënt omgaat met terugval en of hij in staat is om het herstel zelf op te pakken. Dit bepaalt of iemand in de generalistische basis ggz terecht kan, waarbinnen de terugval vaak in heel korte tijd kan worden hersteld. Huisarts en POH-GGZ kunnen bij uitzondering na afschaling van zorg zelf behandelen bij stabiele chronische problematiek, die niet crisisgevoelig is en een laag risico kent (categorie 1). Vrijwel alle patiënten met een opiaatverslaving hebben echter intensievere hulp nodig dan de basis ggz en huisartszorg kan bieden.

¹⁶² Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces.

Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt. De regiebehandelaar moet passend zijn bij het type behandeling en de doelgroep. In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een –gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan een aantal voorwaarden.

¹⁶³ Landelijk zullen de bij de zorgstandaarden betrokken partijen nog afspraken maken over welke brongegevens worden vastgelegd tijdens het primaire proces en welke gegevens worden uitgewisseld tussen zorgverleners. Daarnaast maken zij nog afspraken over welke terminologie zij hierbij gebruiken en definiëren zij de kernbegrippen. Deze afspraken over een eenduidige wijze van communicatie zullen de basis vormen voor digitale communicatie in een informatiestandaard. Daarbij staat het doel van de informatie-uitwisseling centraal (een optimale en levensbrede ondersteuning van de patiënt in zijn persoonlijke proces van herstel) en wisselen zorgverleners geen gegevens uit buiten de patiënt om. In de informatiestandaard komt ook de uitwisseling van informatie aan bod met begeleiders en ondersteuners die geen zorgverlener zijn, zoals bijvoorbeeld re-integratie- en participatieprofessionals.

¹⁶⁴ In de ggz:

- zijn voor de wachttijden de [Treknormen](#) van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;
- is de zorglocatie/praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk. De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;
- stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naasten en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- informeert de zorgverlener de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of problemen met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is de juiste ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis aanwezig. Dit in het kader van de transitie en beoogde toename van Wmo georganiseerde begeleiding;
- worden wachttijsten voorkomen.

¹⁶⁵ Informed consent betekent in de eerste plaats dat de zorgverlener de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeert over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven. Deze toestemming kan onder omstandigheden ook impliciet plaatsvinden. Daarbij kan gedacht worden aan een behandeling in een acute of noodsituatie.

¹⁶⁶ Een patiëntondersteuner kan iemand zo helpen bij het voorbereiden op en voeren van het zogenaamde 'keukentafelgesprek', bij een eventuele beroepsprocedure en bij het zoeken en vinden van de hulp en steun die bij hem of haar past. De cliëntondersteuner helpt dus de weg te vinden naar de oplossingen en als dat nodig is daarbij een gerichte aanspraak te doen op de gemeente (het sociaal domein: Wmo, Jeugdwet, Participatiewet), de zorgverzekeringswet of de Wlz. Deze omschrijving maakt ook duidelijk wat een cliëntondersteuner niet doet: het begeleiden van mensen om hun problemen op te lossen. Daarnaast en in aanvulling daarop kan iemand te allen tijde een naaste vragen aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek. Dit wordt géén cliëntondersteuning genoemd. Volgens het inspiratiedocument van de VNG kan patiëntondersteuning in drie lagen worden benaderd en zouden gemeenten idealiter aandacht moeten hebben voor alle drie de lagen:

- Cliëntondersteuning bij reflectie op het eigen leven.
- Cliëntondersteuning bij de toegang tot ondersteuning in het sociaal domein.

- Cliëntondersteuning voor mensen die al van bepaalde voorzieningen gebruik maken.

Zie: VNG (2015). Inspiratiedocument cliëntondersteuning:

<https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaaldomein/publicaties/inspiratiedocument-clientondersteuning>

¹⁶⁷ Model Zorgstandaard 2.1. (2016). Utrecht.

¹⁶⁸ Samenwerkingspartners van de verslavingszorg zijn bijvoorbeeld:

- Algemeen maatschappelijk werk, MEE
- Welzijnswerk
- Ouderenzorg (niet-medische zorg)
- Zelfhulpgroepen
- Patiënten/consumentenorganisaties
- Culturele of religieuze organisaties, vrijwilligersorganisaties
- Politie, justitie
- Jeugdhulp (anders dan jeugd ggz)
- Veilig Thuis (voorheen Advies en Meldpunt Kindermishandeling/ Meldpunt Huiselijk Geweld)

¹⁶⁹ Gedetacheerde of aangestelde psychiaters in de verslavingszorg, en verslavingsspecialisten in de ggz, maken naadloze samenwerking mogelijk (Loth et al., 2012). Belangrijk is dat verslavingsbehandelaars ook ter plaatse in ggz-instellingen helpen om verslavingsproblematiek te herkennen, deskundigheid bevorderen en zo de brug slaan (consultatie bieden). Wanneer dit niet voldoende kan worden gerealiseerd is het van belang dat de verslavingszorg en ggz-instelling een structurele multidisciplinaire samenwerking hebben, met daarin afspraken over periodieke monitoring (zie ook 8.2.2).

¹⁷⁰ <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/verwijzer-medisch-specialistische-zorg>.

¹⁷¹ Bovens, R. H. L. M., Van Etten, D. M., & Weingart, S. W. S. M. (2013). Advies ouderen en Verslaving. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

¹⁷² Kennisinstituten IVO en NISPA zijn voornemens om, in samenwerking met Resultaten Scoren en patiënten, een methodiek te ontwikkelen voor de (beslissing tot) palliatieve zorg.

¹⁷³ De reclassering heeft een belangrijke rol vanwege haar toezichhoudende en adviserende functie, maar ook vanwege de verwijzende functie naar de forensische zorginstellingen. Daarnaast heeft de reclassering een belangrijke rol wat betreft het effectief omgaan met terugval, om:

- negatieve consequenties te beperken;
- te leren van de terugval;
- gezondheidsrisico's te beperken en het creëren van een stabiel leefpatroon.

¹⁷⁴ Lans, M., Raaijmakers, L., & Wits, E. (2015). Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg. Utrecht/ Rotterdam.

¹⁷⁵ Idem.

¹⁷⁶ Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2016

¹⁷⁷ Zie paragraaf 7.10 van het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg.

¹⁷⁸ Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). (2008). Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden. Utrecht.

¹⁷⁹ Landelijk platform GGz. (2015). Basisset Kwaliteitscriteria GGz.

¹⁸⁰ Landelijk platform GGz. (2015). Basisset Kwaliteitscriteria GGz.

¹⁸¹ - Brun, C., & Rapp, R. C. (2001). Strengths-based case management: individuals' perspectives on strengths and the case manager relationship. *Social Work*, 46(3), 278–288. Journal Article.

- Jenner, J.. (2008). Heeft ACT de toekomst? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 207–216.

- Van der Sande, Y., & Neijmeijer, L. (2011). Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie. Utrecht.

¹⁸² Zie ook de 'Richtlijn voor casemanagers in de verslavingszorg' (Resultaten Scoren, 2007).

<http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/downloaden/richtlijn-casemanager.html>.

¹⁸³ Tot op heden is er geen gerandomiseerde gecontroleerde studie naar FACT uitgevoerd. Wel zijn er enkele Nederlandse effectstudies over FACT gepubliceerd. Zo bleek uit een observationele studie (Bak et al., 2007, 2008) dat het aantal patiënten in remissie toenam in de periode na de introductie van FACT, echter na correctie voor vertekende factoren was dit verschil niet meer significant. Een onderzoek van Drukker et al. (2013) vergeleek patiënten in FACT met patiënten die ooit FACT zorg hadden maar op het moment van de meting niet meer, en met een groep patiënten die nooit FACT zorg had ontvangen. Patiënten in FACT hadden meer ambulante contacten met hulpverleners en een beter psychosociaal functioneren dan de patiënten in de twee controlegroepen. Zie <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/flexible-assertive-community-treatment>

FACT zou hoge zorgkosten voorkomen doordat patiënten hierdoor minder en korter worden opgenomen in een kliniek of ziekenhuis. Door de FACT-zorg kunnen ook ernstig ontregelde verslaafde, (en vaak ook psychiatrische) patiënten zelfstandig in een wijk wonen en (meer) meedoen in de samenleving. De zorg aan patiënten vanuit de FACT-teams is van lange duur, omdat de problematiek vaak ernstig en hardnekkig is. Het gaat over patiënten die soms meerdere malen per week in crisis raken. <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/flexible-assertive-community-treatment>

¹⁸⁴ F-ACT-zorg is effectief bij diverse doelgroepen met psychische problematiek in het voorkomen van gezondheidsschade, verlies van kwaliteit van leven en overlast voor de omgeving. Over de effectiviteit van F-ACT-zorg bij patiënten met verslavingsproblematiek is veel minder bekend. F-ACT voorkomt hoge zorgkosten doordat patiënten hierdoor minder en korter worden opgenomen in een kliniek of ziekenhuis. Door de F-ACT-zorg kunnen ook ernstig ontregelde verslaafde (en vaak ook psychiatrische) patiënten zelfstandig in een wijk wonen en (meer) meedoen in de samenleving.

¹⁸⁵ ACT-teams richten zich op mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die deze zeer intensieve hulp nodig hebben. Verslaving en complexe maatschappelijke problemen, zoals dakloosheid en schulden komen bij hen vaak voor. Dankzij ACT worden zij geholpen bij hun problemen, verbetert hun kwaliteit van leven en kan hun ziekte en/of verslaving worden behandeld. Zie: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2012. Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. De Tijdstroom, Utrecht.

¹⁸⁶ Vaste partners in het team zijn de psychiater en de casemanager van het FACT-team. Verder kiest de patiënt de voor hem waardevolle naasten die hij nauw wil betrekken bij de uitvoering van zijn behandelplan. Daarbij kan ook gedacht worden aan informele zorg als ondersteunend aan formele zorg, met name aan de zelfhulpgroepen. Na een uitgebreid assessment door de casemanager met de patiënt en de uitgekozen naasten, stelt de patiënt met hulp van de casemanager een behandelplan op. Hierna komt het gevormde team bij elkaar en vergadert over het behandelplan waarbij duidelijk moet worden wie wat doet om de gestelde doelen te bereiken. Er wordt bepaald met welke frequentie men bij elkaar komt om het plan te evalueren. Doel is dat de patiënt uiteindelijk met zijn eigen gekozen team verder kan, zonder begeleiding van het FACT-team.

Onderzoek in Nederland is nodig om de meerwaarde en effectiviteit van deze werkwijze aan te tonen.

¹⁸⁷ Het Strengths-model is in de Verenigde Staten en Zweden op effectiviteit onderzocht. Uit enkele studies blijkt dat het betere effecten heeft dan standaardzorg. In Nederland is tot dusver één evaluatiestudie gedaan. Hieruit komen positieve ervaringen naar voren. De methode is erkend door de Erkeningscommissie langdurige ggz. Zie:

https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/strengths-model_april_2015.

¹⁸⁸ Zorgverleners zorgen er bovendien voor dat:

- er gewerkt wordt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care);
- de effectiviteit van de behandeling regelmatig wordt gemeten. De frequentie hiervan is stoornis- en patiëntafhankelijk en wordt (op termijn) beschreven in de zorgstandaarden;
- behandelingen worden afgesloten wanneer er onvoldoende gezondheidswinst wordt behaald. Dat kan worden geconstateerd door het hanteren van criteria voor beëindiging van de behandeling (deze worden op termijn opgenomen in de zorgstandaarden) en via intervisie en peer reviews;
- zorgverleners voldoende kennis hebben over het betrekken en ondersteunen van naasten waarbij bekend is dat veel informatie en ondersteuning gegeven mag worden zonder het beroepsgeheim van of de vertrouwensband met de patiënt te schaden. Tijdige signalering van mogelijke overbelasting van naasten (en zo nodig doorverwijzing) hoort in het takenpakket van elke zorgprofessional ongeacht het echelon of zorgdomein;
- zorgaanbieders in de curatieve ggz ROM-gegevens aanleveren voor de landelijke benchmark ggz conform vigerende bestuurlijke afspraken.

¹⁸⁹ GGZ Nederland, 2013. Een visie op verslaving en verslavingszorg : focus op preventie en herstel. Amersfoort.

¹⁹⁰ Van Hoof, F. & Van Rooijen, S., 2013. Werkplaats ambulantisering. Naar een regionaal transitiekader ambulantisering en vermaatschappelijking. Utrecht: Trimbos-instituut.

Zie ook Delespaul, Ph., Keet, R., Feltz-Cornelis, C.van der, 2014. Inrichting van de sociale psychiatrie in de moderne tijd. In Van der Feltz-Cornelis en N. Mulder (red.), Handboek Sociale Psychiatrie (85-102). Utrecht: DeTijdstroom.

¹⁹¹ Tielens, J. (2013). Verbindende gesprekstechniek: een praktische handleiding om in contact te komen en te blijven met mensen met een psychose. Voordracht op het Wetenschappelijk Middag Programma Dijk en Duin. Castricum, 10 oktober 2013.

¹⁹² Wijland, Y. en Goede, E. De (2012). Competentieprofiel generalist. Amsterdam: Ellen de Goede Training, Coaching, Mediation en Wijland Advies en Coaching TMA.

¹⁹³ Verschillende beroepsgroepen in de verslavingszorg hebben competentieprofielen ontwikkeld; zie bijvoorbeeld het opleidingsplan Verslavingsgeneeskunde (Luijckx, 2012), ontworpen door de Vereniging van Verslavingsartsen in Nederland (VVGn). <https://www.knmg.nl/web/file?uuiid=5d389181-64b3-48ae-986a-243c8a2f2702&owner=5c945405-d6ca-4deb-aa16-7af2088aa173&contentid=2050&elementid=154142>.

¹⁹⁴ Spiets, M., Verspoor, A., Buisman, W., & Haan, G. de. (2012). Effectief hulpverlenerschap in de verslavingszorg en de GGZ en de rol van specifieke factoren in de behandeling. Arnhem.

¹⁹⁵ Zie: [Ervaringsdeskundigheid. Beroepscompetentieprofiel](#)

¹⁹⁶ Het kwaliteitsstatuut beschrijft de wijze waarop een aanbieder in de ggz de integrale zorg voor de individuele patiënt heeft georganiseerd, in het bijzonder de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de betrokken (andere) zorgverleners

en hun onderlinge verhoudingen, op een zodanige manier dat de autonomie en regie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gestimuleerd en de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk en toetsbaar zijn. Het kwaliteitsstatuut van de zorgaanbieder:

- Maakt voor de patiënt en diens naasten inzichtelijk hoe de zorgverlener aan minimale kwaliteitsaspecten vorm en inhoud geeft. Het kwaliteitsstatuut stelt de patiënt zo in staat een weloverwogen keuze te maken voor een bepaalde zorgaanbieder en te participeren in de besluitvorming met betrekking tot hun individuele behandelproces;
- Dient als kader voor werkafspraken binnen de instelling en/of het professioneel netwerk;
- Stelt financiers, toetsende en toezichhoudende instanties in de gelegenheid om zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg zoals die door een individuele zorgaanbieder wordt geboden.

¹⁹⁷ Zie <http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/ouderen-en-verslaving.html>.

¹⁹⁸ Suijkerbuijk, A., van Gils, P., & de Wit, G. (2014). De kosteneffectiviteit van interventies gericht op verslaving aan alcohol en middelen : Een review van de literatuur. Bilthoven.

¹⁹⁹ Het RIVM-rapport bevat een aanbeveling om aanvullend onderzoek te doen en daarin alle maatschappelijke kosten en baten te betrekken omdat dit een compleet inzicht geeft in de kosten van verslavingen en de baten van behandelingen.

Verslavingen veroorzaken immers ook veel kosten buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld als gevolg van criminaliteit, en daardoor van politie en justitie. Maatschappelijke kostenbesparingen door goede zorg, zoals minder ziekteverzuim, minder criminaliteit en minder verkeersongevallen, worden lang niet altijd in onderzoek meegenomen.

- Economische evaluaties waarin een behandeling met buprenorfine, al dan niet in combinatie met naloxon, vergeleken wordt met methadon of met niet behandelen tonen uiteenlopende resultaten. De kosten van de behandeling, de inclusie van kosten van criminele activiteiten en de gewonnen QALY's (extra levensjaren in goede gezondheid) hebben grote invloed op de kosteneffectiviteit.

- In de enige studie over naltrexon is het perspectief (gezondheidszorgperspectief of breder maatschappelijk perspectief) zeer bepalend. Bij toepassing van een gezondheidszorgperspectief is de kosteneffectiviteitsratio (IKER) voor naltrexon versus een placebo € 72.250 per QALY. Als een breder maatschappelijk perspectief, inclusief criminele activiteiten, wordt toegepast dan is naltrexon zowel beter en goedkoper dan een placebo.

²⁰⁰ Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis ggz en gespecialiseerde GGz, 2016.

²⁰¹ Model Zorgstandaard 2.1. (2016). Utrecht.

²⁰² Landelijk platform GGz (2015). Basisset Kwaliteitscriteria GGz.



Kwaliteits-
ontwikkeling
GGZ

Netwerk voor goede zorg