

# Tien jaar Resultaten Scoren in de Nederlandse verslavingszorg

## Systematisch werken aan kwaliteit, wetenschap, onderwijs en resultaatmeting

*Ruud Rutten, Martinus Stollenga en Gerard Schippers<sup>1</sup>*

### Samenvatting

Regelmatig worden in het publieke en politieke debat vraagtekens gezet bij het nut en de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg. Zo'n tien jaar geleden was het aan de verslavingszorg om zich maatschappelijk te verantwoorden. Dit was voor een groep bestuurders aanleiding om nu eens niet in de verdediging te schieten, maar om gezamenlijk, gedreven door een gevoel van urgentie, een landelijk netwerk in te richten dat op het gebied van kwaliteit en resultaatmeting de koers ingrijpend zou gaan verleggen. Na tien jaar kunnen we stellen dat die aanpak boven verwachting is geslaagd. Het imago is verbeterd, maar wat belangrijker is: dat is gebeurd op goede gronden. In dit artikel geven we een overzicht van de aanleiding, de ontwikkeling en de resultaten van dit project Resultaten Scoren. Ook geven wij een kleine schets van de toekomst.

### Inleiding

Buitenlandse collega's uiteten vaak bewondering voor de Nederlandse verslavingszorg. Bij nogal wat deskundigen staan wij te boek als vooruitstrevend in de aanpak van verslavingsproblematiek. Men ziet die als gedurfd en van een hoog kwaliteitsniveau. Toponderzoekers en bedenkers van innovatieve zorg, zoals de Amerikanen W.R. Miller of G.A. Marlatt, gaven herhaaldelijk aan in Nederland meer van hun werk in praktijk gebracht te zien dan in eigen land. Toch deed zich zo'n tien jaar geleden scherp het gemis voelen aan wetenschappelijke onderbouwing van behandelmethoden. Het tolerante politieke en maatschappelijke klimaat ten aanzien van drugsgebruik stond maatschappelijk en politiek

---

<sup>1</sup> *Drs. R.J.Th. Rutten* is voorzitter Raad van Bestuur bij Tactus Verslavingszorg te Deventer. E-mail: r.rutten@tactus.nl.

*Drs. M.F. Stollenga* is strategisch adviseur bij VNN te Groningen en voorzitter Stuurgroep Resultaten Scoren.

*Prof. Dr. G.M. Schippers* is hoogleraar Verslavingsgedrag en Zorgevaluatie verbonden aan de afdeling Psychiatrie van het AMC - UvA en de Jellinek te Amsterdam.

onder druk. De politiek had een aantal jaren stevig geïnvesteerd in een meer op dwang en drang gebaseerde behandelaanpak en de resultaten kwamen nog maar moeizaam op gang. Er zou door de politiek nog veel meer geïnvesteerd gaan worden. Bijvoorbeeld in een goede aanpak van chronische opiaatverslaafden, zoals intensivering van de methadonverstrekking (zie verder), medische heroïneverstrekking, aanpak van dubbele-diagnoseproblematiek, misbruik onder jongeren, op niveau brengen van zorg in het justitiële domein en het systematisch bestrijden van dak- en thuisloosheid op stedelijk niveau. De plannen daarvoor waren er eind jaren negentig echter nog niet. Het ontbrak aan ideeën en een gezamenlijke wil van beleidsmakers en de sector. Het ontbrak aan respectievelijk voldoende vertrouwen en voldoende zelfbewustzijn.

Het dominante probleem was een gebrek aan een goede wetenschappelijke onderbouwing. Dit had tot gevolg:

- Er waren in het land te grote verschillen in aanpak, gebaseerd op lokale tradities en persoonlijke voorkeuren.
- De instellingen werkten te veel aanbodgericht, en zorg en behandeling werden vooral bepaald door de toevallige voorkeur waar iemand door binnenkwam of door de voorkeur van de hulpverlener bij wie iemand toevallig terecht kwam. Het behandel- en zorgaanbod was niet transparant en de zorgonderdelen werkten niet of nauwelijks samen.
- Er was een gebrek aan externe legitimering bij overheden, financiers en het algemene publiek.
- Er bestond een ernstig tekort aan verslavingskennis in initiële beroeps- en wetenschappelijke opleidingen. Vooral het jarenlange gebrek aan aandacht binnen de medische opleidingen was pijnlijk te noemen. Derhalve was er ook een magere wetenschappelijk onderzoekstraditie.
- De structuur van de bij- en nascholing was kwetsbaar te noemen.
- De verslavingszorg had binnen de ggz een betrekkelijk geïsoleerde positie, mede door een maatschappelijke dubbelrol (gezondheidszorg en justitie) en, op de achtergrond, de morele betekenis van alcohol- en drugsgebruik.

Op zichzelf is dat niet zo verwonderlijk. De wetenschappelijke onderbouwing van professionele verslavingsbehandeling is niet alleen een relatief jonge ‘tak van sport’.

Verslaving zelf is een buitengewoon complex en moeilijk te onderzoeken fenomeen. Het is

een stoornis die tendeert naar chroniciteit en die daardoor sterk verweven raakt met allerlei beïnvloedende kenmerken van het betrokken individu en met diens omgeving. Bijvoorbeeld de steun van de omgeving en het vermogen om hier iets mee te doen, hebben sterke invloed op de kans op herstel en ook op terugval. Ook de stoornis zelf is uitermate multifactorieel en daarmee moeilijk en kostbaar om te onderzoeken. Zo wordt de erfelijkheid versus omgevingsinvloed momenteel op fifty-fifty geschat, wordt de neurobiologie zo bepalend geacht dat we spreken van een hersenziekte, maar is bijvoorbeeld 30% van alle alleenstaande, in de stad wonende werkeloze mannen alcoholist. Om daarmee ook nog maar eens de sociale dimensie te onderstrepen (Garritsen & Knibbe, 1983).

## **Historie**

In 1998 nam een groep bestuurders van verslavingszorginstellingen het initiatief om een gezamenlijk antwoord op deze situatie te geven (Walburg e.a., 1998). Zij ontwierpen een programma dat zich drie centrale doelen stelde.

- 1 Het herontwerpen van de verslavingszorg in een aanbod dat bestaat uit geprotocolleerde zorg, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie en geordend in een 'stepped-care'-toepassingshiërarchie.
- 2 De integrale toepassing van een kwaliteitssysteem dat bestaat uit het permanent meten van resultaten. Deze resultaten hebben als doel tot een systeem van permanent leren en verbeteren te komen. Dit geldt sectorbreed en op het niveau van de individuele therapeut en het multidisciplinaire team (benchmark).
- 3 Het opbouwen van een ondersteunend systeem, bijvoorbeeld met initieel onderwijs en bij- en nascholing.

De groep verwierf de steun van medebestuurders, opinieleiders in de organisaties, toonaangevende wetenschappers en last but not least, het ministerie van VWS. Er kwam een budget beschikbaar van een kleine vijf miljoen euro, te verdelen over drie jaar. Deels rechtstreeks van het ministerie van VWS voor het opzetten en onderhouden van de infrastructuur van het project, en deels via ZonMw, binnen te halen via goede aanvragen voor onderzoek in het ZonMw-programma Verslaving (Van Mechelen, 2005).

Even leek het erop dat met dezelfde de kracht waarmee de kopgroep van start was gegaan, deze door onderlinge verdeeldheid voortijdig uiteen zou spatten (Van der Lans, 2007).

Achteraf gezien ging het echter niet alleen om een botsing van ego's maar ook om een botsing

van basale denkbeelden. Amsterdam en Rotterdam hadden toentertijd de twee grootste en daarmee toonaangevende verslavingzorgcentra en hun besturen hadden een leidende rol in de totstandkoming van het project. Daarmee waren er van meet af aan twee onderliggende stromingen: één sterk gericht op behandeling en longitudinaal meten van resultaten, dat alles in een atmosfeer van een 'total quality system'. De tweede stroming was meer gericht op de sociale, maatschappelijk georiënteerde verslavingszorg, met vooral oog voor de complexiteit en chroniciteit. Daarmee was er een meer natuurlijke aandacht voor de psychiatrische en maatschappelijke aspecten (zoals overlast) van vooral de drugsverslaafden. Als compromis werd daarom gekozen voor drie ontwikkelcentra:

- 1 kwaliteit en innovatie;
- 2 sociale verslavingszorg;
- 3 preventie.

De kortstondige crisis bracht echter enkele grondprincipes naar boven die het project Resultaten Scoren juist zo succesvol zou gaan maken. Voor velen was duidelijk dat de gekozen indeling een aantal achterhaalde en impliciete tegenstellingen in stand zou houden. Zoals die tussen alcohol- en drugszorg, tussen academisch meten en de zoektocht van de veelal op hbo-niveau geschoolde professionals in de praktijk. Verder de tegenstellingen tussen behandeling en zorg, die tussen de behandeling van een enkelvoudige stoornis en die van een meervoudige (dubbeldiagnose), die tussen behandeling en preventie en last but not least die tussen de Randstad en de rest van Nederland. Toch heeft de verdeling over drie centra ervoor gezorgd dat er snel en voortvarend aan de slag werd gegaan. De verschillende invalshoeken kregen voldoende aandacht en konden later effectief geïntegreerd worden.

De werkwijze van het ontwikkelcentrum voor kwaliteit en innovatie leverde een aantal snelle successen door de snelle ontwikkeling van de leefstijltrainingen (zie verder). In het Ontwikkelcentrum Sociale Verslavingszorg werden aanknopingspunten en projecten gezocht in een gebied dat wetenschappelijk wereldwijd op een woestijn leek. Veel gebezigde begrippen als case-management en bemoeizorg bleken nauwelijks over wetenschappelijke onderbouwing te beschikken. Dat werk moest van begin af aan op de rails gezet worden. Er was meestal alleen wat resultaatmeting beschikbaar op het gebied van hiv-besmetting en overlast. Ook onderzoek naar therapiedoelen bij professionals bleef steken bij het hanteren en bestrijden van asociaal gedrag en infecties.

Een startpunt voor preventie bleek nog moeilijker te vinden. Daar was de achterstand in wetenschappelijk onderzoek zo mogelijk nog groter dan op andere gebieden van de

verslavingszorg. Dat neemt niet weg dat tien jaar later preventieonderzoek en -methodeontwikkeling de hoofdmoot van Resultaten Scoren lijkt te gaan vormen.

De resultaten van de eerste drie jaar, in combinatie met de ingrijpende herverkaveling van het landschap van de Nederlandse verslavingszorg, maakte de tijd rijp om de drie centra (kwaliteit en innovatie, sociale verslavingszorg en preventie) te integreren tot een enkel centrum, gedragen door de grote meerderheid van de inmiddels in grootte en slagkracht vergelijkbare Nederlands verslavingscentra, al dan niet onderdeel uitmakend van nog grotere ggz-organisaties. Er werd een stuurgroep gevormd die tot op heden stabiel is gebleven. De vorm van die stuurgroep wordt door velen als een belangrijke succesfactor gezien: een gelijke verdeling tussen beroepsbeoefenaren, wetenschappers en instellingenbestuurders, redelijk verdeeld over regio's en typen organisaties. De samenwerking verliep de afgelopen zeven jaar harmonieus met een sterk gemeenschappelijk focus, en zonder tegenstellingen of belangenverschillen tussen deze 'bloedgroepen'.

De stuurgroep stelt jaarplannen op die onderdeel zijn van een meerjarenaanpak. Deze jaarplannen worden opgesteld mede op basis van analyses en adviezen van deskundigen en vertegenwoordigers uit het veld. Vaststelling gebeurt door het collectieve overleg van de verslavingszorgorganisaties, verenigd in het Netwerk Verslavingszorg GGZ Nederland, de brancheorganisatie die Resultaten Scoren onder haar dak heeft en faciliteert.

Via oproepen worden veldpartijen, in de praktijk doorgaans coalities van één of meer zorgaanbieders met een kennisinstituut, opgeroepen in te tekenen. Via een objectieve selectie krijgt dan het beste aanbod de opdracht om een project uit te voeren. De uitvoering en beoordeling van het project vindt plaats aan de hand van het masterprotocol, dat inmiddels een tweede, doorontwikkelde versie kent (Jansen & Snoek, 2007). Kenmerkende eigenschappen van dit protocol zijn: uitvoering van een wetenschappelijke literatuurstudie, een eerste praktijktoetsing en vervolgens een toetsing bij een tweede partij, evenals een onafhankelijke beoordeling door externe deskundigen. Eenmaal ingevoerde protocollen worden periodiek beoordeeld en vervolgens bijgesteld volgens een onderhoudsschema, aan de hand waarvan in een vast tijdsinterval de wenselijkheid tot beoordeling en bijstelling wordt geregeld.

## **Resultaten**

De resultaten zijn zonder meer indrukwekkend te noemen. Voorafgaand, maar ook na de moeilijkheden in de beginfase, zouden weinigen voorspeld hebben dat het project na tien jaar

nog zou bestaan en meer dan honderd publicaties zou hebben opgeleverd. Belangrijker nog is de ongekend hoge graad van toepassing van het gepubliceerde in de dagelijkse praktijk. Spits e.a. rapporteren hier uitgebreid over (zie elders in dit nummer).

Hun onderzoek laat zien dat de toepassing in de praktijk een grotere en nog steeds groeiende toepassing kent dan bijvoorbeeld richtlijnen van het CBO. Overigens gaat het niet bij alle publicaties om direct in de praktijk toepasbare protocollen. Bij de meeste onderwerpen uit de sociale verslavingszorg moest de lange weg afgelegd worden van eerste begripsverkenning en veldonderzoek naar modelbeschrijving, om pas veel later toe te komen aan het onderzoeken van de toepassing in de praktijk. Dit was het geval bij uiteenlopende thema's van instrumentontwikkeling tot aan bemoeizorg en casemanagement.

Een ander resultaat van Resultaten Scoren is de bijdrage aan wat de 'academisering van de verslavingszorg' genoemd kan worden. De gehele verslavingszorg is niet meer afhankelijk van lokale praktijktheorieën maar geeft tegenwoordig de voorkeur aan een algemeen wetenschappelijk denkkader. Zo droeg Resultaten Scoren bij aan de toename van wetenschappelijk onderzoek, publicaties, promoties, leerstoelen en lectoraten op het gebied van verslaving. Resultaten Scoren had bovendien een stimulerende rol in het verbeteren van het onderwijs aan aankomende professionals. De rol van de door de stuurgroep opgerichte Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling is hierin markant. Ook kwam er een groot en groeiend netwerk tot stand voor bij- en nascholing in de sector.

Meer hierover in de artikelen van Buisman e.a. en Van der Stel elders in dit nummer. Deze laatste is ook auteur van *Canon verslaving. Wat elke professional over verslaving moet weten* (Van der Stel, 2007), een product van Resultaten Scoren met een overzicht van de essentiële vakkennis ten behoeve van onderwijs en leermiddelen.

## **Enkele voorbeeldprojecten**

### *Leefstijltraining*

De bekendste en meest toegepaste protocollen zijn die van de leefstijltrainingen (Van den Broek & Merckx, 2003a, 2003b; De Wildt, 2000a, 2000b). Het gaat daarbij om middelonaafhankelijke gedragstherapeutische werkboeken, die werden ontwikkeld op basis van het werk van Monti (1989), Miller en Rollnick (2002) en de handboeken van het project MATCH (Donovan & Mattson, 1994). Er zijn vier versies: een van vier en een van tien sessies en elk met een individuele en een groepsvariant. De handboeken beschrijven iedere

sessie en bevatten opdrachten voor de cliënten, evenals vragenlijsten en evaluatie-instrumenten voor resultaatmeting (Schipper, Nabitz & Buisman, 2009).

### *RIOB*

De al in de jaren zestig in de Verenigde Staten ontwikkelde integrale behandeling van opiaatafhankelijken met onder meer methadon, was verworden tot een vorm van systematische ‘harm-reduction’ en een overlast- en criminaliteitspreventie-instrument. Daarmee was deze behandelmethodete ver verwijderd geraakt van goede verpleegkundige en medische behandeling, volgens de organisaties, beroepsgroepen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, 2005). Toch duurde het ook binnen Resultaten Scoren nog een hele tijd voordat de noodzakelijke ingrediënten aanwezig waren (geld, wetenschappelijke ploeg, gezamenlijke doelstellingen) om aan te sluiten bij praktijkprojecten van zowel geneeskundigen als verpleegkundigen (Loth, 2009) en te komen tot een gezamenlijke moderne richtlijn. De Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB; Loth, Oliemolen & De Jong, 2005) bestaat uit medicatierichtlijnen, richtlijnen voor verstrekking aan diverse groepen en in speciale omstandigheden (vakantie, detentie) als ook een multidisciplinaire diagnostiek en begeleiding, gebaseerd op zorgzwaartecategorieën. Deze laatste zijn ontwikkeld aan de hand van een ander Resultaten Scoren-product: *Cliëntprofielen* (Wits e.a., 2003). Vervolgens was er veel voor nodig om bij de politiek middelen te verwerven voor een systematische toepassing in de praktijk. Inmiddels is ook dat gelukt en wordt de landelijke implementatie systematisch ondersteund.

### *MATE*

In de intake en in de verschillende benchmarkprojectens wordt nog volop gebruik gemaakt van de Adiction Severty Index (ASI), het bekendste meetinstrument op verslavingsgebied. Er kleven echter belangrijke conceptuele, psychometrische en klinische beperkingen aan dit instrument. Na het integreren van de ontwikkelcentra zijn de ontwikkelingen op het gebied van instrumenttoepassing (De Wildt & Schramade, 2002) en instrumentontwikkeling (Broekman, Rutten & Kersten, 2002) samengevoegd om tot een eigen Europees alternatief te komen: Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE; Schipper, Broekman & Buchholz, 2007). Naast de MATE-crimi, voor het justitiële veld ontwikkeld en op dit moment

geëvalueerd, wordt er gewerkt aan een uitkomst- en monitorvariant en ligt er een jeugdversie in het verschiet.

### *Metten is weten*

Van meet af aan was het verbeteren van zorg en behandeling op basis van uitkomsten en onderlinge vergelijking daarvan (benchmarken) gezien als onderdeel van Resultaten Scoren. Niet alleen om resultaat aan te tonen, maar vooral ook om een leercyclus tot stand te brengen bij therapeuten, teams en instellingen en zo tot verbeteringen te komen. Beleidsmakers en financiers zien dergelijke systemen als goede manieren om kwaliteit en kosten te meten en te toetsen, met andere woorden als een systeem voor verantwoording en inkoop. Er zijn echter ook goede argumenten tegen permanent meten. Een alternatief is periodiek en incidenteel goed effectonderzoek doen en vervolgens toezien op juiste uitvoering van de effectief bewezen methode. Benchmarksystemen kosten immers veel tijd, energie en dus geld. Bovendien zijn gegevens vaak slecht vergelijkbaar, onbetrouwbaar of verouderd op het moment van analyse. Vanuit managementperspectief is er het gevaar dat benchmarken vooral leidt tot verbeteren van het bestaande en minder tot het innoveren naar het toekomstige. Toch lopen er momenteel vier benchmarkprojecten. Voor detoxificatie, leefstijltraining, intramurale motivatiecentra (IMC's) en dubbele-diagnoseafdelingen. Twee nieuwe worden nu opgezet: voor jeugdverslavingszorg en voor klinisch behandelen. Hierdoor en door het MATE-project heeft de sector in het veld van de ggz een voorsprong in het ontwikkelen van 'routine outcome measurement' (ROM). Er is echter nog een grote verscheidenheid aan toepassingsgraad, methode en verwerkings- en terugkoppelingssystemen. Momenteel wordt er hard gewerkt om de lopende en nieuw op te starten systemen te integreren tot een enkel goed toepasbaar systeem. Landelijk en bij de sectoren is er terecht nog veel discussie over doel, inhoud en organisatie van ROM. De grote verscheidenheid en de technische beperkingen van software in het verleden speelt hierin een cruciale rol, evenals het feit dat meting en hulpverlening als proces nog niet echt geïntegreerd konden worden, met veel organisatie en administratie als gevolg. Het vermoeden is gerechtvaardigd dat in de verslavingszorg de komende jaren op dit terrein, wellicht later dan aanvankelijk gehoopt, belangrijke stappen gezet kunnen worden.

### **De toekomst**



Terugkijkend is, zoals opgemerkt, de samenwerking tussen bestuurders, wetenschappers en beroepsbeoefenaren een sleutelfactor geweest in het succes van Resultaten Scoren. Een tweede succesfactor is ongetwijfeld de destijds gedeelde 'sense of urgency': er móest iets gebeuren. Verder is de steun van de overheid van cruciaal belang in het opzetten en onderhouden van een dergelijk grootschalig innovatie- en kwaliteitstraject. Ook de stoornisspecifieke aanpak heeft bijgedragen aan het succes (Porter & Teisberg, 2006).

In een wereld van stelselwijzigingen en toenemende marktwerking zullen organisaties en de wijze waarop zorg wordt uitgevoerd permanent wijzigen. Kwaliteitsontwikkeling moet zich dan ook richten op het primaire product: de zorg en behandeling van specifieke stoornissen. Dat geldt onverkort in situaties waarin patiënten lijden aan meerdere stoornissen. Instelling moeten afgerekend en vergeleken worden op de wijze waarop ze een stoornis aanpakken en niet op de kosten van een specifieke verrichting (bij meerdere stoornissen). Alleen dan kan er een win-winsituatie ontstaan voor zowel aanbieder, financiers als patiënt waarin concurrentie leidt tot kwaliteitsverbetering, omdat innovatie dan kan renderen.

Resultaten Scoren heeft laten zien dat in een tijd van toenemende concurrentie toch de gedeelde ervaring van succes, zeker ook in de toepassing op de werkvloer, een belangrijke factor is, evenals geduld en doorzettingsvermogen. Veel hindernissen moesten overwonnen worden: gebrek aan wetenschappelijke traditie, gebrek aan fondsen wanneer onderzoeksvoorstellen niet gehonoreerd werden, visieverschillen, diversiteit in softwarepakketten en gebrek aan goede meetinstrumenten.

Aanleiding van het project was het slechte imago van de sector. Belangrijk resultaat is dan ook het verbeterde imago. Weliswaar blijft de sector delen in het nog algemeen negatieve gevoel dat verslaving en verslaafden oproepen. Eveneens is er algemener het beeld van de geestelijke gezondheidszorg die kritisch bevraagd wordt op het diffuse beeld van haar methoden en resultaten. Toch heeft de sector gewonnen aan imago, vertrouwen en zelfbewustzijn. Daarmee is het vak verslavingszorg aantrekkelijker geworden voor financiers, wetenschappers, professionals en opleidingen.

Binnen de verslavingszorg zijn de meesten het er wel over eens dat het nodig is een systeem in te richten dat permanent bewaakt of werkwijzen, onderwijs en onderzoek op voldoende niveau zijn. Bovendien moet er regie gevoerd worden op het onderhoud ervan dan wel het weer op niveau brengen na een periode van veronachtzaming, bezuinigingen, enzovoort. Minstens zo belangrijk is het permanent verzamelen en beheren van resultaten van interventies bij verschillende cliëntprofielen of diagnosecategorieën. Vooral om die terug te koppelen naar behandelaars en bestuurders. Dit belang is voor de verslavingszorg te meer

urgent omdat het thema verslaving wereldwijd politiek en maatschappelijk gevoelig is en voorlopig ook nog wel blijft.

Kennisontwikkeling werd lange tijd, en door velen nog steeds, gezien als het exclusieve domein van wetenschappers en beroepsgroepen. Door de versnelling van de kennisontwikkeling, de marktwerking in de zorg en door de schaal waarop die kennis in instellingen wordt toegepast is dit echter de laatste twee decennia ingrijpend veranderd. Net als in de techniek wordt veel kennis opgedaan en ontwikkeld, juist in de grootschalige toepassing in bedrijven. De daar ontwikkelde kennis wordt van daaruit weer teruggeleid naar wetenschappelijke instituten en individuele professionals, al dan niet via het onderwijs. De belangrijkste technische uitvindingen vinden plaats in bedrijven. In de zorg denken we nog steeds dat universiteiten en beroepsgroepen zorg dragen voor kennis en methodiekontwikkeling. Dat is nu al voor een groot deel achterhaald, maar dat zal het in de toekomst nog meer zijn. We zijn op dit punt toe aan een paradigmashift. Instellingen en hun leiding zullen zich meer en meer gaan bezighouden met het ontwikkelen van nieuwe behandel- en zorgmethoden. Kennisontwikkeling wordt daarmee van eminent strategisch belang voor organisaties en daarmee ook een verantwoordelijkheid van de bestuurders. Vandaar dat we in de verslavingszorg streven naar het continueren van een coalitie van beroepsbeoefenaren, wetenschappers en bestuurders van instellingen. Innovatie en verbetering van kwaliteit moet gezamenlijk gedragen worden en zich bevinden op een plek die niet wordt verstoord door onderlinge concurrentie, rivaliteit of botsende belangen. Dat kan bijvoorbeeld als zelfstandige stichting of als relatief autonome dochter van de branchorganisatie GGZ Nederland. De financiering van projecten komt dan van subsidies, opdrachten van derden en gezamenlijk gefinancierde projecten. De instellingen die participeren in Resultaten Scoren kunnen een financiële bijdrage leveren uit de opbrengstcomponent voor kwaliteit en innovatie. Zo kennen de zorgverzekeraars bonussen toe voor geleverde kwaliteit. Voor een goede duurzame ontwikkeling zal het nodig zijn dat de kosten hiervoor zijn terug te vinden in een door de grote financiers structureel geaccepteerde kostprijscomponent. Resultaten Scoren heeft laten zien dat onder de juiste omstandigheden en met de juiste maatregelen een hele sector in tien jaar tijd een kwaliteitstransformatie kan ondergaan op het gebied van 'evidence-based' werken. Dat geldt voor wetenschappelijk onderzoek, het ontwikkelen en beschrijven van behandelmethoden en het opleiden van professionals. Ook zijn er belangrijke stappen gezet op het gebied van permanent resultaat meten. De sector heeft haar verantwoordelijkheid genomen om de kwaliteit permanent te verbeteren en is voornemens dat voort te zetten. De toekomst zal leren of er bij stakeholders als overheid,

financiers en organen als NZA en DBC-onderhoud voldoende steun komt om deze kwaliteitsontwikkeling structureel te ondersteunen.

## Literatuur

Broek, B. van den, & Merks, M. (2003a). *Leefstijltraining 3. Handleiding trainer*. Utrecht: Resultaten Scoren.

Broek, B. van den, & Merks, M. (2003b). *Leefstijltraining 4. Handleiding trainer*. Utrecht/Amersfoort: Resultaten Scoren.

Broekman, Th., Rutten, R., & Kersten, T. (2002). *Sociale verslavingszorg. Ontwikkeling Sociale Verslavingszorg Instrument (OSVI). Op weg naar meetinstrumentarium voor de verslavingszorg*. Utrecht: Resultaten Scoren.

Donovan, D.M., & Mattson, M.E. (1994). *Journal of Medical Studies on Alcohol, Alcoholism Treatment Matching Research: Methodological and clinical approaches*. New Jersey: Center of Alcohol Studies, Rutgers University.

Garritsen, H.F.L., & Knibbe, R.A. (1983). *Alcohol-preventieonderzoek Rotterdam/Limburg*. Leidsendam: Ministerie van WVC.

IGZ (2005). *Behandeling met methadon: het kan en moet beter*. Den Haag: Inspectie van de Gezondheidszorg.

Jansen, H.A.M., & Snoek, A. (2007). *Masterprotocol Resultaten Scoren. Handleiding voor de ontwikkeling van protocollen en kennisdocumenten voor de verslavingszorg*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Lans, J. van der (2007). *Bert Kuijf. Werken aan verslavingszorg 1982-2007*. Malden: Thoben Offset Nijmegen.

Loth, C., Oliemolen, L., & Jong, C. de (2005). *RIOB-richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling*. Amersfoort: Resultaten Scoren.

Loth, C.A. (2009). *From cram care to professional care. From handing out methadon to proper nursing in methadon maintenance treatment*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Mechelen, P. van (2005). *Verslaving. Programma verslaving ZonMw*. Den Haag: ZonMw.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.) New York: Guilford Press.

Monti, P. M. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. New York: Guilford Press.

- Porter, M.E., & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care, creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Schippers, G.M., Broekman, T., & Buchholz, A. (2008). *MATE. Handleiding en protocol*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Schippers, G.M., Nabitz, U.W., & Buisman, W.R. (2009). Die Innovation in der Niederländischen Suchthilfe. *Sucht*, 55, pagina 243-253.
- Stel, J. van der (2007). *Canon verslaving. Wat elke professional over verslaving moet weten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Walburg, J.A., Czyzewski, E.C.J.E., Ruth, L.E.F. van, Kuijf, B.F.M., Rutten, R., & Stollinga, M. (1998). *Resultaten Scoren. Kwaliteit en innovatie in de verslavingszorg*. Utrecht: Resultaten Scoren.
- Wildt, W.A.J.M. de (2000a). *Handleiding trainer leefstijltraining 1*. Zeist: Care & Cure.
- Wildt, W.A.J.M. de (2000b). *Handleiding trainer leefstijltraining 2*. Zeist: Care & Cure.
- Wildt, W.A.J.M., & Schramade, M.V. (2002). *Module indicatiestelling en trajecttoewijzing*. Utrecht: Resultaten Scoren.
- Wits, E., Knibbe, R., Verveen, J., & Meulders, W. (2003). *Ontwikkeling richtlijn cliëntprofielen. Eindrapportage*. Utrecht: Resultaten Scoren.