

Fidelity-meting IDDT

Doel:

Meer inzicht krijgen in de werkwijze van het eigen team op het gebied van geïntegreerd behandelen. De oefening geeft inzicht in het huidige functioneren, sterke punten en tekortkomingen. De discussie n.a.v. de oefening kan duidelijk maken aan welke punten het team wil werken en wat hiervoor nodig is.

Toelichting

Een fidelity-meting brengt in kaart hoe de zorg voor dubbele diagnose cliënten binnen een team eruit ziet en hoeverre een team modelgetrouw werkt volgens de uitgangspunten van IDDT. Het afnemen van de vragenlijst maakt inzichtelijk wat de sterke en zwakke punten van een team zijn wat betreft het bieden van een geïntegreerde behandeling aan dubbele diagnose cliënten. De uitkomsten van een fidelity-meting worden vaak gebruikt voor het opzetten van een werkplan door het team, om de geïntegreerde zorg voor dubbele diagnose cliënten verder te verbeteren.

Een fidelity-meting bestaat meestal uit een serie interviews door een externe partij met verschillende leden van een team. De meting wordt vaak na een bepaalde periode (bijvoorbeeld 2 jaar) herhaald om te kijken of de gestelde doelen zijn behaald en waar nog verbetering nodig is.

Opdracht

In groepjes van 3 of 4 gaan jullie zelf de fidelity-schaal invullen voor jullie team. De verschillende items kunnen worden gescoord op een schaal van 1 tot 5. Waarbij 5 staat voor volledig geïntegreerde zorg volgens de uitgangspunten van IDDT.

Bij elk item wordt een toelichting gegeven. De bedoeling is dat jullie niet alleen de consensuscore van jullie groep invullen (1/2/3/4/5) maar ook een toelichting geven. Ga daarbij vooral in op de volgende punten:

- Hoe ziet de praktijk van zorg er op dit moment uit?
- Wat is aanwezig en gaat goed?
- Wat is nog niet aanwezig en kan worden verbeterd?

Presentatie

Elke team zal de resultaten van de fidelity's kort aan elkaar presenteren en kort toelichten (circa 10 minuten). Ga daarbij in op de items die er volgens jullie groep het meest uitspringen. Dit kan zijn omdat het al heel goed gaat, of juist omdat verbetering volgens jullie op dat punt gewenst is. Of misschien omdat er veel discussie onderling over was?

Onderwerpen om te bespreken zijn:

- Wat gaat er goed?
- Wat gaat er nog niet goed?
- Wat vinden we vooral belangrijk om aan te pakken?
- Wat is er nodig om dit te verbeteren?

Slotdiscussie

Verschillende scores tussen de groepjes kunnen input zijn voor een slotdiscussie over de stand van zaken in het team nu en ideeën over verandering in het team m.b.t. de zorg voor dubbele diagnose cliënten.

Score Formulier

Verkorte getrouwheidsschaal behandelitem (fidelity)

		Score	Consensus score
1a	Multidisciplinair Team		
1b	Geïntegreerde verslavingspecialist		
2	Fasegerichte behandeling		
3	Toegang van IDDT cliënten tot uitgebreide DD behandelvoorzieningen		
4	Behandelaanbod ongelimiteerd in tijd		
5	Outreach		
6	Motiverende interventies		
7	Verslavings counseling		
8	Dubbele Diagnose Groepsaanbod		
9	Familie Psycho-educatie over DD		
10	Participatie in Alcohol & Drug Zelfhulp Groepen		
11	Farmacologische behandeling		
12	Gezondheidsbevorderende interventies		
13	Secundaire Interventies voor verslavingsbehandeling bij Non-Responders		

Getrouwheidsschaal behandelitems (fidelity)

1a. Multidisciplinair Team: Alle disciplines zijn in het team vertegenwoordigd: Alle disciplines zijn in het team vertegenwoordigd: <ul style="list-style-type: none"> • SPV-en • Verslavingsdeskundige • ervaringsdeskundige • psychiater • arts-assistenten • trajectbegeleider • woonbegeleider • revalidatiewerker • maatschappelijk werkende • psycholoog 	score
Het team is overwegend monodisciplinair samengesteld, andere disciplines worden niet bij de behandeling betrokken.	1
Het team is monodisciplinair samengesteld, overige disciplines zijn op consultatie basis beschikbaar.	2
Het team is multidisciplinair samengesteld, echter er is weinig functie-differentiatie tussen bijvoorbeeld maatschappelijk werkers en SPV-en.	3
De belangrijkste disciplines zijn in het team vertegenwoordigd, en de taken van de verschillende disciplines zijn gedifferentieerd. Overige disciplines zijn op consultatie basis beschikbaar.	4
Vrijwel alle disciplines zijn in het team vertegenwoordigd, en er wordt gelet op goede inzet van specifieke deskundigheden en goede onderlinge communicatie.	5

1b Geïntegreerde verslavingspecialist De verslavingsdeskundige werkt samen met het behandelteam, is een rolmodel voor IDDT vaardigheden en traint andere staf in IDDT.	score
Er is geen verslavingsdeskundigheid in het team aanwezig.	1
IDDT-cliënten worden verwezen naar een verslavingsafdeling elders in de instelling of worden verwezen naar een instelling voor verslavingszorg.	2
De verslavingsdeskundige is op consultatiebasis beschikbaar, maar is niet aanwezig op overleggen en besprekingen.	3
Er is een verslavingsdeskundige aan het team verbonden, maar niet in de zin van een rolmodel voor andere teamleden. Evenmin worden trainingen verzorgd door de verslavingsdeskundige. Geen volwaardig teamlid.	4
De verslavingsdeskundige is een volledig geïntegreerd teamlid, is bij alle overleggen aanwezig, is een rolmodel voor IDDT vaardigheden en traint andere staf in IDDT.	5

Item 2. Fase gerichte behandeling Behandeling is in overeenstemming met de motivatiefase waarin de cliënt/ zich bevindt (engagement, motivation, action, relapse prevention)	score
Het team is niet of nauwelijks bekend met de verschillende motivatiefasen en houdt er geen rekening mee in de behandeling.	1
Het team is op de hoogte van de fasen maar stemt de behandeling minimaal af op de motivatiefase waarin de cliënt zich bevindt.	2
Het team is bekend met de fasen en bijbehorende interventies. Er is een begin gemaakt met het afstemmen van de behandeling op de fasen. Vastleggen in het behandelplan gebeurt nog niet structureel.	3
Het team is goed bekend met de fasen en heeft voor alle cliënten vastgesteld in welke fase zij zitten. Dit wordt vast gelegd in het behandelplan. De afstemming van de behandeling op de fasen en evaluatie hiervan gebeurt echter nog niet consequent.	4
Het team stemt de behandeling maximaal af op de motivatiefase van de cliënt. Dit wordt voor alle cliënten vastgelegd in het behandelplan en regelmatig (tenminste elk half jaar) geëvalueerd.	5

Item 3. Toegang van IDDT cliënten tot uitgebreide DD behandelvoorzieningen <ul style="list-style-type: none"> • Woonvoorzieningen • Arbeidstoeleiding • Familie psycho-educatie • Ziekte management • (F)ACT of ICM 	score
Minder dan twee voorzieningen zijn toegankelijk voor DD cliënten OF: er zijn in de regio weinig (specifieke) voorzieningen/diensten voor dubbele diagnose-clieñten.	1
Twee voorzieningen worden door de instelling aangeboden en zijn in beperkte mate beschikbaar voor IDDT cliënten.	2
Drie voorzieningen worden door de instelling aangeboden en zijn daadwerkelijk beschikbaar voor IDDT cliënten (toereikend aanbod voor de meerderheid van de IDDT cliënten).	3
Vier voorzieningen worden door de instelling aangeboden en zijn daadwerkelijk beschikbaar voor IDDT cliënten (toereikend aanbod voor een ruime meerderheid van de cliënten).	4
Alle vijf voorzieningen worden door de instelling aangeboden en zijn daadwerkelijk beschikbaar voor IDDT cliënten (toereikend aanbod op alle genoemde terreinen voor vrijwel alle cliënten).	5

Item 4. Behandel aanbod ongelimiteerd in tijd	score
<ul style="list-style-type: none"> • Verslavings-behandeling • Woonbegeleiding • Trajectbegeleiding • Familie psycho-educatie • Ziekte management • ACT en ICM • psycho-educatie • Ziekte management 	
≤20% van het beschikbare aanbod diensten wordt ongelimiteerd in tijd aangeboden (bijv. cliënten worden na een bepaalde tijd uit het meeste aanbod uitgeschreven of doorverwezen).	1
21%- 40% van het beschikbare aanbod diensten wordt ongelimiteerd in tijd aangeboden.	2
41%- 60% van het beschikbare aanbod diensten wordt ongelimiteerd in tijd aangeboden.	3
61%- 79% van het beschikbare aanbod diensten wordt ongelimiteerd in tijd aangeboden.	4
≥80% van het beschikbare aanbod diensten wordt ongelimiteerd in tijd aangeboden met een aan de cliënt aangepaste intensiteit.	5

Item 5. Outreach: Het behandelprogramma geeft blijkt van wel doordachte strategieën voor outreach en maakt gebruik van deze strategieën wanneer nodig:	score
<ul style="list-style-type: none"> • Hulp bij huisvesting/onderdak • Medische zorg • Crisis management • Juridische bijstand • Begeleiding ook in detentie 	
Het programma/team is afwachtend in het benaderen van 'zorgmijders' en verlenen van outreachende zorg; bemoeizorg wordt vrijwel niet toegepast.	1
Het programma/team biedt in beperkte mate outreachende zorg maar richt zich voornamelijk op de meest gemotiveerde cliënten.	2
Het programma/team werkt outreachend en biedt bemoeizorg wanneer dat geboden is voor cliënten die ertoe neigen om contacten met hulpverleners te mijden.	3
Het programma/team werkt outreachend en biedt bemoeizorg wanneer dat geboden is. Het programma/team werkt planmatig om cliënten te benaderen en in zorg te krijgen.	4
Als 4. Het programma/team hanteert consequent goed doordachte strategieën en biedt outreachende zorg wanneer dat nodig is. Tevens wordt frequent contact onderhouden met cliënten in detentie.	5

Item 6. Motiverende Interventies: Behandelaren gebruiken strategieën zoals:	score
<ul style="list-style-type: none"> • Uitdrukken van empathie/begrip • Verhelderen van discrepantie tussen doelen en voortgezet (middelen) gebruik • Uit de strijd blijven • Meebewegen met weerstand • Bieden van hoop en perspectief 	
Teamleden zijn slechts in beperkte mate bekend met motivationele interventies. Toepassing van motivationele technieken is erg beperkt.	1
Enige teamleden zijn bekend met motivationele interventies en passen het toe in de behandeling.	2
De meeste teamleden zijn bekend met motivationele interventies maar het wordt nog wisselend en niet structureel toegepast. (geen vast punt van bespreking in het behandeloverleg).	3
Het hele team is bekend met en getraind in motivationele interventies. Deze worden zo veel als mogelijk ingezet wanneer dat nodig is, op alle levensterreinen. Dit krijgt aandacht tijdens het behandeloverleg.	4
Als 4. Teamleden krijgen jaarlijks een opfriscursus en ontvangen persoonlijke coaching of supervisie om vaardigheden te verbeteren.	5

Item 7. Verslavingscounseling: Cliënten krijgen op de aangewezen momenten verslavingsbehandeling die het volgende omvat:	score
<ul style="list-style-type: none"> • Voor- en nadelenbalans van middelengebruik • Leren omgaan met trek • Terugvalpreventie-strategieën • Vaardigheidstraining 'nee zeggen tegen' • Leren omgaan met risicosituaties • Overtuigingen van cliënt m.b.t. middelengebruik uitdagen/ter discussie stellen • Copingstrategieën en sociale vaardigheidstraining • Individuele (CGT) therapie 	
Er is geen specifiek behandel aanbod voor verslavingsbehandeling. Teamleden zijn niet op de hoogte van methoden en principes van basale verslavingsbehandeling en bieden cliënten geen stimulans hiertoe.	1
Het aanbod voor verslavingsbehandeling is beperkt en weinig gevarieerd (bijvoorbeeld alleen de Liberman-module). Teamleden brengen het aanbod niet gericht onder de aandacht en passen de genoemde onderdelen niet zelf toe.	2
Het aanbod voor verslavingsbehandeling is beperkt en weinig gevarieerd. Enkele teamleden (bijv. verslavingsartsen) zijn op de hoogte van basale verslavingsbehandeling principes en passen dit toe bij hun cliënten. In de praktijk is er nog geen sprake van een gestructureerde aanpak welke terug te vinden is in het behandelplan.	3
Er is een gevarieerd behandel aanbod voor IDDT. Dit aanbod wordt actief onder de aandacht gebracht bij cliënten. De meeste teamleden zijn op hoogte van basale verslavingsbehandeling principes en passen dit toe bij hun cliënten (gestructureerde aanpak die overeenkomt met motivatiefase).	4
Als 4. Voor alle cliënten staat in het behandelplan omschreven op welke wijze verslavingsbehandeling wordt geboden. Dit wordt regelmatig geëvalueerd.	5

Item 8. Dubbel Diagnose Groepsaanbod: DD cliënten krijgen groepsaanbod specifiek gericht op de combinatie van psychiatrische- en verslavingsproblemen aangeboden	score
Er is geen groepsaanbod voor dubbele diagnose cliënten.	1
Dubbele diagnose cliënten kunnen deelnemen aan het bestaande groepsaanbod (bijv. Liberman) maar de groepen zijn niet specifiek gericht op IDDT. Het aanbod wordt niet nadrukkelijk onder de aandacht gebracht bij cliënten.	2
Het groepsaanbod voor dubbele diagnose cliënten heeft (recent) al enige vorm gekregen. Er zijn bijvoorbeeld overwegingsgroepen opgezet. Cliënten worden op de hoogte gesteld van het aanbod.	3
Er zijn een aantal groepen beschikbaar voor dubbele diagnose cliënten. Hulpverleners geven voorlichting en stimuleren cliënten om hieraan deel te nemen.	4
Er is een gevarieerd groepsaanbod voor dubbele diagnose cliënten waarbij optimaal wordt ingespeeld op de fasen van motivatie en verandering: vooroverwegings-groepen/ psycho-educatiegroepen dubbele diagnose, overwegingsgroepen, actieve behandelgroepen (Leefstijltraining module 4, Spiraal naar Boven). Hulpverleners geven voorlichting, stimuleren cliënten om deel te nemen en leiden op actieve wijze toe naar beschikbare groepen.	5

Item 9. Familie Psycho-educatie over DD: Behandelaren voorzien familieleden en belangrijke anderen uit het systeem van:	score
<ul style="list-style-type: none"> • Educatie over DD • Vaardigheids/coping training • Samenwerking met het behandelteam • Support 	
Er is geen apart aanbod voor familieleden (of belangrijke anderen) over dubbele diagnose.	1
Het aanbod voor familieleden (of belangrijke anderen) is voornamelijk beperkt tot psycho-educatie over dubbele diagnose. Dit aanbod is niet structureel van aard (bijvoorbeeld eens per jaar een bijeenkomst).	2
Er is een structureel aanbod voor familie psycho-educatie over dubbele diagnose. Tevens is er een familiespreekuur voor support.	3
Familieleden krijgen op diverse manieren ondersteuning: support, psycho-educatie, familiebijeenkomsten en worden geattendeerd op zelfhulpgroepen voor familieleden.	4
Als 4. Daarnaast is er een trainingsaanbod voor vaardigheidstraining en coping. Er wordt in de regel altijd contact onderhouden met familieleden tenzij er contra-indicaties zijn.	5

Item 10. Participatie in Alcohol & Drug Zelf-Hulp Groepen: Cliënten maken gebruik van zelfhulpgroepen in de regio, zoals AA en NA of worden worden actief door de instelling geïnformeerd.	score
Er zijn geen dubbele diagnose cliënten die deelnemen aan zelfhulpgroepen. Evenmin worden cliënten op de hoogte gesteld van het aanbod.	1
Incidenteel worden cliënten geattendeerd op zelfhulpgroepen of overwegingsgroepen. In enkele gevallen nemen cliënten daaraan deel.	2
De instelling/afdeling heeft voorlichting over zelfhulp goed en op structurele wijze georganiseerd.	3
Als 3. Voorlichting maakt deel uit van het verplichte behandelprogramma.	4
Als 4. Tijdens behandelplanbespreking wordt standaard besproken of zelfhulp een goede optie kan zijn voor de cliënt. Cliënten worden altijd geattendeerd op de groepen in de regio bijvoorbeeld tijdens overwegingsgroepen.	5

Item 11 Farmacologische Behandeling: Psychiaters/voorschrijvend artsen van dd cliënten: <ul style="list-style-type: none"> • Schrijven psychiatrische medicatie voor ondanks actief middelengebruik • Werken nauw samen met het team en de cliënt • Focussen op het verbeteren van de therapietrouw • Vermijden benzodiazepines en andere verslavende stoffen • Gebruiken clozapine, naltrexone, disulfiram 	score
Psychiaters/artsen hebben praktisch geen contact met het behandelend team en besteden geen aandacht aan het verbeteren van de therapietrouw.	1
De meeste strategieën blijven onbenut, bijv: psychiaters/artsen hebben minimaal contact met het team; er zijn nauwelijks pogingen om therapietrouw te verbeteren of om het middelengebruik te minderen door medicatie.	2
3 van de 5 strategieën worden gebruikt, bijv: er zijn aanwijzingen dat psychiaters/artsen input van het team of de cliënt gebruiken, zij proberen de therapietrouw te verbeteren en middelengebruik te verminderen.	3
4 van de 5 strategieën worden gebruikt, bijv, artsen krijgen in ieder geval goede input van het IDDT team om de therapietrouw van cliënten te verbeteren; artsen proberen verslavende medicijnen af te bouwen en kiezen medicijnen die helpen middelengebruik te verminderen.	4
Er kan aangetoond worden dat alle 5 strategieën gebruikt worden; artsen krijgen voortdurend input van het behandelteam over medicatie en strategieën om de maximale therapietrouw van cliënten te bereiken. Middelengebruik is geen belemmering om antipsychotica voor te schrijven; er wordt medicatie aangeboden waarvan bekend is dat die middelengebruik kan verminderen.	5

Item 12. Gezondheidsbevorderende interventies: Voorbeelden zijn:	score
<ul style="list-style-type: none"> • Informatie over het voorkomen van besmettelijke (geslachts) ziekten • Clienten helpen hoog-risico situaties en victimisatie te vermijden • Veilige huisvestingsituatie verzekeren • Clienten aanmoedigen door te gaan met werk, medische zorg, , gezonde voeding, extra vitaminen. • Aandacht voor comorbide somatische problemen 	
Het team besteedt geen aandacht aan gezondheidsbevorderende interventies.	1
Er is geen standaard programma, het team heeft enige kennis over het tegengaan van negatieve consequenties van middelengebruik maar past dat zelden toe.	2
Er is een standaard programma, teamleden hebben ook kennis over gezondheids-bevorderende interventies maar zetten dit niet structureel in. Een minderheid van de cliënten krijgt gezondheids-bevorderende interventies.	3
Er is een standaard programma en alle teamleden zijn bedreven in het toepassen van aangewezen interventies, maar ze zetten dat niet standaard in voor <i>alle</i> cliënten bij wie dat aan de orde is.	4
Alle cliënten bij wie dat nodig is krijgen gezondheidsbevorderende interventies aangeboden, alle teamleden zijn bedreven in het toepassen van aangewezen interventies en krijgen zo nodig training daarin.	5

Item 13. Secundaire Interventies voor verslavingsbehandeling bij non-Responders: het programma heeft een protocol voor het identificeren van non-responders in verslavingsbehandeling en biedt geïndividualiseerde secundaire interventies, zoals:	score
<ul style="list-style-type: none"> • Clozapine, naltrexone, disulfiram • Langdurige woonvoorzieningen • Trauma behandeling • Intensieve familie interventies • Intensieve monitoring 	
Er is weinig aandacht voor clienten die geen baat lijken te hebben bij IDDT-aanbod. Monitoring vindt niet plaats.	1
Clienten die geen baat lijken te hebben bij IDDT-aanbod kunnen wel in zorg blijven maar alternatieve interventies worden nauwelijks toegepast. Monitoring vindt niet plaats.	2
Clienten die geen baat lijken te hebben bij IDDT-aanbod, blijven in zorg en krijgen specifieke aandacht. Alternatieve interventies worden zo mogelijk uitgetoetst. Er is een (bescheiden) monitor op cliëntuitkomsten (bijv.de HoNOS).	3
Als 3, echter de wijze waarop team alternatieven uitprobeert is zo creatief mogelijk. Er worden bijvoorbeeld deskundigen van buitenaf geconsulteerd over andere behandelmogelijkheden. Er is een (bescheiden) monitor op cliëntuitkomsten (bijv.de HoNOS).	4
Als 4, echter met een uitgebreide monitor van cliëntuitkomsten (cliënttevredenheid, middelengebruik, kwaliteit van leven).	5