

# Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten

Handreiking



Anneke van Wamel  
Christien Muusse  
Sonja van Rooijen

# Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten

Handreiking



## Colofon

### *Projectleiding*

Sonja van Rooijen

### *Projectuitvoering*

Anneke van Wamel

Christien Muusse

### *Financiering*

Ministerie van VWS

### *Beeld*

[www.istockphoto.com](http://www.istockphoto.com)

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via [www.trimbos.nl/webwinkel](http://www.trimbos.nl/webwinkel) met artikelnummer **AF1190**.

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

## **Inhoud**

<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>Deel 1. De inhoud van geïntegreerd behandelen</b>	<b>11</b>
<b>Behandel Componenten</b>	<b>11</b>
Multidisciplinair Team	11
Fase gerichte behandeling	12
Uitgebreide hulpverlening aan dubbele diagnose cliënten	13
Outreach	14
Motiverende gespreksvoering	15
Counseling	16
Dubbele Diagnose Groepsaanbod	16
Aanbod voor familie van dubbele diagnose cliënten	18
Farmacologische Behandeling	19
Gezondheidsbevorderende interventies	21
Secundaire Interventies bij non-respons	22
<b>Organisatorische componenten</b>	<b>25</b>
Visie op geïntegreerde behandeling	25
Screening en assessment van cliënten	25
Individueel behandelplan	27
Individuele behandeling	29
Training en supervisie	30
Het proces monitoren	31
Uitkomsten monitoren	31
Kwaliteitsbewaking	32
Keuzemogelijkheden voor de cliënt voor wat betreft de hulpverlening	32
Transmurale samenwerking	33
Geïntegreerd ontslagplan	34
<b>Deel 2. Het implementatieproces</b>	<b>35</b>
<b>A. De start: is er een probleem?</b>	<b>37</b>
Stap 1. Stel belangrijke vragen	38
Stap 2. Begin het veranderingsproces	38
<b>B. Consensus bereiken</b>	<b>39</b>
Stap 1. Is verandering nodig?	39
Stap 2. Wat gebeurt er nu en waarom?	40
Stap 3. Verzamelen van bruikbare informatie	40
Stap 4. Maak een sterkte en zwakte analyse	41
Stap 5. Betrek het management	41
Stap 6. Onderzoekswijfels	42
<b>C. Motiveren</b>	<b>43</b>
Stap 1. Definieer de rationale	43
Stap 2. Identificeer sleutelfiguren	43

Stap 3. Werk aan consensus	45
Stap 4. Vind uw trekkers	45
Stap 5. Stel de stuurgroep samen	46
Stap 6. Klaar voor de start?	46
Stap 7. Stel een projectgroep samen en benoem de projectleider	46
Stap 8. Selecteer een team	49
Stap 9. Schrijf een implementatieplan	50
<b>D. Implementeren</b>	<b>53</b>
Stap 1. Voer een fidelity nulmeting uit	53
Stap 2. Stel een eerste werkplan op	54
Stap 3. Ontwikkel fasegerichte interventies	55
Stap 4. Wie gaat dat betalen?	57
Stap 5. Zet trainingen in	57
Stap 6. Uitkomsten bijhouden	59
Stap 7. Breng ervaringen naar buiten	61
Stap 8. Pak barrières aan	62
Stap 9. Pak onvoorziene gevolgen aan	63
<b>E. Behouden</b>	<b>67</b>
Stap 1. Hou overzicht	67
Stap 2. Inbedden in systemen	67
Stap 3. Herhalen van metingen	67
Stap 4. Netwerken	68
Stap 5. Bied doorlopende training	68
Stap 6. Breid het aanbod uit	69
Stap 7. Sta stil bij wat bereikt is	69

## Inleiding

Voor u ligt de 'Handreiking implementeren van geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten'. De handreiking is bedoeld als een praktisch hulpmiddel voor iedereen die op het punt staat te starten met de implementatie van geïntegreerd behandelen, daarover aan het denken is of misschien zelfs al is begonnen.

Uit de ervaringen die de afgelopen jaren in Nederland zijn opgedaan met implementatie van geïntegreerde behandeling is duidelijk geworden dat dit geen eenvoudige of kortduurende projecten zijn. Er zijn veel factoren van invloed op het verloop van de invoering. Deze zijn erg divers en raken allerlei niveaus in de organisatie. Het is belangrijk om voorafgaand aan de implementatie factoren als: draagvlak in het team en management, een heldere en duidelijke visie over wat de eindsituatie moet zijn, de invulling van de projectorganisatie en overzicht van financiële mogelijkheden te verkennen. Dit zijn een paar voorbeelden van factoren die vroeger of later op zullen duiken en dan de voortgang van het proces zullen beïnvloeden. Door voor en bij de start zo veel mogelijk van deze factoren in kaart te brengen en voor te bereiden zal de implementatie gemakkelijker en meer succesvol verlopen. Deze handleiding is geschreven om degenen die verantwoordelijk zijn voor de implementatie te helpen om het overzicht op de te nemen stappen te houden.

Hoewel de tekst is geschreven met een projectleider in gedachten, kan deze ook door anderen gebruikt worden om zich te informeren over wat het implementatieproces inhoudt en hoe daar vorm aan gegeven wordt.

De tekst van deze handreiking is niet sectorspecifiek, dat wil zeggen dat zowel teams uit de GGZ als uit de verslavingszorg als dubbele diagnose teams ermee aan de slag kunnen.

De implementatie van geïntegreerd behandelen heeft in Nederland tot nu toe vooral in de GGZ plaatsgevonden waardoor we veel weten over het verloop ervan in deze sector. Dubbele diagnose cliënten bevinden zich echter ook in de verslavingszorg. Om voldoende tegemoet te kunnen komen aan vragen en behoeften van teams uit de verslavingszorg, is een verkenning uitgevoerd naar de stand van zaken van de behandeling van dubbele diagnose cliënten in de Nederlandse verslavingszorg. Dit project is gefinancierd door het Ministerie van VWS.

De inventarisatie is gebaseerd op interviews met medewerkers van vijf verschillende verslavingsteams. De teams zijn gekozen om de dwarsdoorsnede van de verslavingsvorm te vormen:

- Een ambulante verslavingsteam dat werkt vanuit een wijkgericht gezondheidscentrum (van een geïntegreerde instelling);
- Een open opname afdeling voor cliënten met ernstige verslavingsproblemen (van een categorale verslavingsinstelling);
- Een kliniek voor mensen met problemen door gebruik van verslavende middelen of gok/internet gedrag (verslavingscircuit van een GGZ instelling);
- De behandelcoördinator van outreachende verslavingsteams voor chronische cliënten (van een geïntegreerde instelling);
- De manager zorgontwikkeling (van een categorale verslavingsinstelling).

De interviews zijn uitgeschreven en voorgelegd aan de respondenten ter aanvulling of correctie. Daarna zijn de data gescoord met de Dual Diagnosis Capability in Addiction

Treatment schaal (DDCAT, zie voor meer informatie over dit instrument pag. 54) en wederom voorgelegd aan de respondenten en aan meelezers uit het veld.

Uit de inventarisatie kwam naar voren dat de behandeling van dubbele diagnose cliënten in verslavingszorgteams al redelijk op orde is, maar dat er ook nog aanzienlijke verbetering bereikt kan worden op onder meer de volgende punten:

- **Onderkenning psychopathologie:** dit heeft direct te maken met de mate waarop er gescreend wordt op psychopathologie. Screenen op specifieke psychiatrische comorbiditeit wordt in de verslavingszorg steeds meer gedaan, maar vooral op indicatie. Instellingen die de Depressie-Angst-Stress Schaal (DASS) uit de MATE afnemen screenen daarmee op angst en depressie. Als psychiatrisch assessment instrument voldoet de MATE echter niet. De verdere psychiatrische diagnostiek zou veel sterker neergezet kunnen worden, maar vereist wel de aanwezigheid van disciplines die daarvoor bevoegd zijn. Momenteel zijn er grote verschillen tussen instellingen in wat er in de psychiatrische diagnostiek wordt uitgevoerd.

De aanwezigheid van schizofrenie wordt goed herkend, meestal worden deze cliënten gelijk doorverwezen naar de GGZ. Moeilijker is het bij cliënten met depressieve- en angststoornissen. Er wordt wel erkend dat deze stoornissen veel voorkomen bij verslaafde cliënten maar ze worden te weinig herkend.

- **Handvatten voor behandeling van specifieke combinaties van psychiatrische stoornissen met verslaving:** als duidelijk is dat er sprake is van bijkomende psychiatrische problematiek betekent dat niet dat er ook een passend aanbod beschikbaar is. Met name de combinatie persoonlijkheidsproblematiek en verslaving levert problemen in de behandeling op, met name wat betreft de werkrelatie. Maar ook voor andere combinaties zijn er te weinig interventies voorhanden of worden de interventies die wel gebruikt zouden kunnen worden niet ingezet (bijv. motiverende gespreksvoering om behandeling voor psychiatrische symptomen te aanvaarden).

- **Samenwerking en communicatie met de GGZ:** zelfs in de geïntegreerde organisaties is er te weinig sprake van integratie op zorgniveau. Als behandelaren een cliënt 'delen' is er over en weer te weinig afstemming over de behandelinhoud en is er geen gedeeld gevoel van verantwoordelijkheid bij incidenten. Teams hebben over het algemeen wel structurele samenwerking met GGZ-instellingen rond crises. Diverse medewerkers van de verslavingsteams geven aan te merken dat dubbele diagnose cliënten in de GGZ niet populair zijn, met name door het verslavingsdeel van de problematiek en het bijbehorende gedrag.

- **Langdurig aanbod van sociale en maatschappelijke ondersteuning:** de mogelijkheden om het slechte maatschappelijke en sociale functioneren van cliënten aan te pakken zijn beperkt, zeker vanuit een klinische setting. Ook de mogelijkheden om een steun- en structuursysteem rond de cliënt op te zetten blijven onbenut.

Concluderend kunnen we zeggen dat de ervaren knelpunten erg overeenkomen met die van GGZ-teams.

Waar dat in VZ de bovenstaande ingrediënten zijn, zijn dat in de GGZ bijvoorbeeld kennis over middelen en effecten, motivationeel werken en het herkennen van middelengebruik. Beide sectoren moeten eenzelfde soort ingrediënten invoeren om meer geïntegreerd te behandelen. Dat zijn onder andere betere screening en assessment, het inzetten van

interventies die ingaan op de interactie tussen beide aandoeningen en vormgeven van samenwerking met ketenpartners. Dit onderstreept de noodzaak van sectorbrede geïntegreerde behandeling.

Deze handreiking bestaat uit een inleiding die gevolgd wordt door twee delen.

In deel 1 worden alle onderdelen waaruit een volledig geïntegreerde behandeling dient te bestaan beschreven. Een geïntegreerde behandeling bestaat uit veel onderdelen, zowel behandelinhoudelijk als meer organisatorisch. Elk onderdeel wordt toegelicht en geïllustreerd met verwijzingen naar beschikbare materialen, interventies en ervaringen uit de Nederlandse en buitenlandse praktijk. Als basis van de beschrijving is het IDDT-model gebruikt (Integrated Dual Disorder Treatment). IDDT is een evidence based practice die de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische stoornis en problematisch middelengebruik wil verbeteren. Dit is niet het enige model voor geïntegreerde behandeling, maar wel het model dat momenteel het meest verspreid en onderzocht is.

In deel 2 wordt de implementatie van geïntegreerde behandeling stap voor stap beschreven. Vanaf de start (willen we dit; is dit het antwoord op onze vraag), de voorbereidingen (hoe zetten we de projectstructuur op; wie vragen we voor de stuurgroep), de implementatie (wat moeten we toevoegen aan ons aanbod) tot en met borging (hoe houden we de kennis vast) zijn de te nemen stappen beschreven. Er zijn veel voorbeelden, tips en materialen bijgevoegd die u bij de implementatie kunt inzetten. Als basis voor dit deel is de publicatie 'Implementing IDDT: A step-by-step guide to stages of organizational change'<sup>1</sup> gebruikt, maar de inhoud is sterk aangepast om aan te sluiten bij de Nederlandse situatie.

**In de tekst wordt veel verwezen naar bijlagen. Deze bijlagen zijn te vinden op de site [www.ledd.nl](http://www.ledd.nl).**

### **Wat is dubbele diagnose problematiek?**

Onder dubbele diagnose wordt verstaan: het samengaan van ernstige psychiatrische- en verslavingsproblematiek. Onder 'ernstige psychiatrische problematiek' wordt verstaan: aandoeningen van psychiatrische aard met een ernstige en persisterende impact op het psychosociaal functioneren, inclusief de mogelijkheid tot arbeid, het aangaan en onderhouden van interpersoonlijke relaties en de zorg van personen voor zichzelf en hun woonomgeving. Vaak is er sprake van psychotische symptomen, zoals hallucinaties en wanen. Maar ook ernstige angst en depressie klachten kunnen erg invaliderend zijn.

Onder verslavingsproblematiek wordt de problematiek verstaan die voldoet aan de diagnostische criteria van zowel middelenmisbruik als middelenafhankelijkheid volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV).

Dubbele diagnose komt heel veel voor. Het is moeilijk om te onderzoeken hoeveel mensen een dubbele diagnose hebben, maar er zijn wel schattingen gedaan. In Nederland heeft naar schatting 20 tot 50% van de cliënten in de GGZ te kampen met verslavingsproblemen (dus naast andere psychische stoornissen).

Naar schatting 60 tot 80% van de cliënten in de verslavingszorg heeft ook andere psychische aandoeningen. In het bevolkingsonderzoek Nemesis (2010) had 19% van de Nederlandse bevolking in zijn leven ooit te maken gehad met middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Onder mensen met een ernstige psychische stoornis, met name schizo-

---

<sup>1</sup> Deze brochure is een uitgave van het Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence (OHIO SAMI CCOE).

frenie, bipolaire stoornissen of een depressie met psychotische kenmerken, was dat cijfer met 41% veel hoger.

### **Wat is geïntegreerd behandelen?**

Een specifiek aanbod voor dubbele diagnose cliënten ontbreekt in de Nederlandse hulpverlening nog vaak als gevolg van:

- Het ontbreken van systematisch uitvragen van middelenmisbruik (bij de intake);
- Mogelijke onderdiagnostiek van middelenmisbruik;
- Ontoereikende en onjuiste registratie van dubbele diagnose problematiek;
- Onvoldoende deskundigheid in behandelteams op het gebied van verslaving;
- Onvoldoende deskundigheid in behandelteams op het gebied van psychopathologie;
- Onbekendheid met een specifiek behandelaanbod voor dubbele diagnose problematiek;
- Gebrek aan een structurele samenwerking met de verslavingszorg of GGZ;
- Het ontbreken van een specifiek dubbele diagnose zorgprogramma voor deze doelgroep;
- Een attitude waarbij verslaving soms wordt be- of veroordeeld en/of gesanctioneerd of juist wordt genegeerd.

Door de scheiding van verslavingszorg en psychiatrie worden cliënten met dubbele diagnose problematiek vaak tussen verschillende loketten heen en weer verwezen. De ervaring leert dat de psychiatrische problemen van dubbele diagnose cliënten in de verslavingszorg vaak te ernstig worden bevonden om hen daar te behandelen. Omgekeerd is er in de GGZ vaak weerstand of onvoldoende kennis om verslavingsproblematiek te behandelen. Vaak zijn cliënten onvoldoende gemotiveerd om zich naar de verslavingszorg te laten verwijzen of ze vinden de 'afstand' (letterlijk en figuurlijk) tussen verslavingszorg en psychiatrie te groot. Hulpverleners vanuit de GGZ en VZ werken niet altijd even makkelijk samen omdat zij werken vanuit verschillende 'culturen', waarbij in de VZ de verantwoordelijkheid meer bij de cliënt wordt gelegd en men in de GGZ vaker gewend is een deel van de verantwoordelijkheden (tijdelijk) over te nemen. Het gevolg van dit alles is dat veel dubbele diagnose cliënten worden onderbehandeld of niet op de juiste wijze worden behandeld.

Mensen met comorbide psychiatrische en verslavingsproblemen hebben meer kans op allerlei negatieve consequenties:

- Psychiatrische episodes
- Gebruik, misbruik en terugval in het gebruik van alcohol en middelen
- Klinische opnames
- Bezoeken aan eerste hulp afdelingen
- Problemen in relaties
- Geweld (als pleger en als slachtoffer van geweld)
- Zelfmoord
- Arrestatie en detentie
- Werkloosheid
- Dakloosheid
- Infectieziekten als HIV, hepatitis en SOA's
- Complicaties door chronische ziekten als diabetes

Tegen deze achtergrond werd in de Verenigde Staten rond de beginjaren negentig (in het project 'Implementing Evidence Based Practices for persons with severe mental illnesses' het model 'Integrated Dual Disorder Treatment' (IDDT) ontworpen.

De principes van geïntegreerde behandeling zijn: het aanbieden van geïntegreerde zorg, dus één team dat werkt vanuit één locatie en beide stoornissen gelijktijdig en in samenhang behandelt. Het zorgaanbod sluit aan bij de wensen en motivatie van de cliënt. Geïntegreerde behandeling is multidisciplinair en combineert farmacologische (medicatie), psychologische, educatieve en sociale interventies om in te spelen op de behoeften van cliënten en hun familieleden. Geïntegreerde behandeling maakt zich sterk voor de betrokkenheid van de cliënt en diens omgeving bij hulpverlening, stabiele huisvesting als een noodzakelijke voorwaarde voor herstel en de arbeidsmogelijkheden.

Geïntegreerde behandeling is geen interventie die zich richt op één specifieke behoefte zoals een sociale vaardigheidstraining. Het richt zich op het opnieuw vormgeven van zorgsystemen, organisaties en de individuele klinische praktijk om een positieve verandering en herstel van dubbele diagnose cliënten tot stand te brengen.

In het oorspronkelijke IDDT-model is de basis voor de implementatie een GGZ-team dat haar verslavingsexpertise wil uitbreiden. In het geïntegreerde behandelmodel dat hieronder wordt beschreven is dat verruimd naar verslavingsteams die psychiatrische expertise willen toevoegen.

### **Kerncomponenten van geïntegreerde behandeling**

Geïntegreerde behandeling bestaat uit de volgende onderdelen:

<b>Behandelcomponenten</b>	<b>Organisatiecomponenten</b>
1a Multidisciplinair Team	1 Programma visie
1b Geïntegreerde specialist (VZ/GGZ)	2 Toelating/screening van cliënten
2 Fasegerichte interventies	3 Bereik
3 Toegang DD behandelvoorzieningen	4 Assessment
4 Behandelaanbod ongelimiteerd in tijd	5 Individueel behandelplan
5 Outreach ambulant/klinisch	6 Individuele behandeling
6 Motiverende interventies	7 Training
7 Counseling (toepassing CGT principes)	8 Supervisie
8 Dubbele diagnose groepsaanbod	9 Proces monitoring
9 Familie psycho-educatie over DD	10 Uitkomsten monitoring
10 Alcohol & drug zelfhulp groepen	11 Kwaliteitsbewaking
11 Farmacologische behandeling	12 Cliënt keuzemogelijkheden
12 Gezondheidsbevorderende interventies	13 Transmurale samenwerking
13 Secundaire Interventies	14 Geïntegreerd ontslagplan

In het volgende deel van deze handreiking worden deze onderdelen verder toegelicht en uitgewerkt.



# Deel 1. De inhoud van geïntegreerd behandelen

## Kerncomponenten van geïntegreerde behandeling

Zoals gezegd heeft geïntegreerde behandeling twee 'groepen' componenten: behandeling/begeleiding en organisatie. Per component wordt hieronder toegelicht waarom het belangrijk is om daar aandacht aan te besteden en waar de invulling uit dient te bestaan. Om u op weg te helpen zijn er veel voorbeelden gegeven van hoe dit in Nederland uitgewerkt kan worden.

## Behandel Componenten

### Multidisciplinair team

Natuurlijk ligt de focus van behandeling van dubbele diagnose cliënten op symptoombestrijding en controle op het gebruik. Deze doelen hebben meer kans van slagen als de cliënt ook ondersteund kan worden op andere probleemgebieden. Deze cliënten kampen niet alleen met problemen op psychiatrisch gebied en met middelen/of alcohol. Heel vaak komen daar problemen met financiën, huisvesting en hun lichamelijke gezondheid bij. Het sociale netwerk van deze cliënten is over het algemeen minimaal evenals hun copingstrategieën.

Een monodisciplinair team is daarom onvoldoende in staat om deze cliënten te begeleiden bij hun herstel op al deze gebieden. Hiervoor is een multidisciplinair team nodig, dat wil zeggen één team, dat vanuit één plek behandeling en begeleiding aan dubbele diagnose cliënten biedt. In dit team zijn alle noodzakelijke disciplines vertegenwoordigd, er wordt gelet op goede inzet van specifieke deskundigheden en er is een goede onderlinge communicatie.

Idealiter zijn de volgende disciplines in het team vertegenwoordigd:

- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Verslavingsdeskundige
- Ervaringsdeskundige
- Psychiater (eventueel arts-assistent)
- Verslavingsarts
- Trajectbegeleider
- Woonbegeleider
- Maatschappelijk werkende en/of financieel/juridisch medewerker
- (GZ)psycholoog

### Wat doet een multidisciplinair en geïntegreerd behandelteam?

Het multidisciplinaire behandelteam komt dagelijks bijeen om dringende zaken te bespreken en vergadert regelmatig om de voortgang van elke cliënt op alle levensgebieden te bespreken. Teamleden gebruiken formele en informele bijeenkomsten om kennis en inzicht op te doen, en elkaar te adviseren. Ze hebben individuele maar ook groeps gesprekken met de cliënt en hun naastbetrokkenen om de doelen en voortgang te bespreken.

Een succesvol geïntegreerd behandelteam coördineert alle aspecten van herstel om zorg te dragen dat cliënten, hulpverleners en de omgeving van de cliënt allemaal samenwerken aan dezelfde doelen.

Wanneer nodig kunnen teamleden voor elkaar invallen. Degene die de medicatie verzorgt kan bijvoorbeeld ook een casemanagementcontact uitvoeren als dat zo uitkomt.

Het succes en de onderlinge samenhang van het team is voor een groot deel afhankelijk van de teamleider en de leidinggevende. Zij dragen zorg voor een goed aannamebeleid,

regelingen die mensen bij het team houden (bijv. een goed opleidingsbeleid) en anticiperen op het onvermijdelijke personeelsverloop.

### **Disciplines nader bekeken**

#### **Geïntegreerde verslavingspecialist/geïntegreerde psychiatisch specialist**

Afhankelijk van de aard van het team (GGZ of VZ) en de doelgroep (geheel of gedeeltelijk dubbele diagnose) wordt er gestreefd naar:

- Werken aan 'dubbele' deskundigheid (expertise op zowel psychiatrie als verslaving) van het volledige team;
- Of het aantrekken van een specialist die een volledig geïntegreerd teamlid is, bij alle overleggen aanwezig, die functioneert als een rolmodel voor geïntegreerd behandelen en andere stafleden daarin kan trainen.

#### *Wat is een 'verslavingsdeskundige'?*

Vanuit Arkin (Mentrum/Jellinek) is i.s.m. het LEDD en Windesheim (opleiding tot verslavingsagoog) een competentieprofiel van de verslavingsdeskundige binnen geïntegreerde behandel- en FACT teams opgesteld. Binnen dit profiel wordt de verslavingsdeskundige gedefinieerd als: 'de verslavingsdeskundige heeft tenminste 2 jaar specifieke training en ervaring in de verslavingszorg'. Het volledige competentieprofiel is op de LEDD-site te vinden.

#### *Wat is een 'psychiatisch deskundige'?*

De Dual Disorder Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index omschrijft een psychiatisch deskundige in een verslavingsteam als: 'On site clinical staff members with mental health licensure (doctoral or masters level), or competency'. Dat zou in Nederland een SPV-niveau betekenen. De hoogste score wordt behaald als 50% van de teamleden hieraan voldoet. Er is voor dit item nog geen voor Nederland aangepaste omschrijving beschikbaar.

#### **Ervaringsdeskundige**

Moet een ervaringsdeskundige die in een dubbele diagnose team werkt ook op beide gebieden ervaringsdeskundig zijn? Als er zo iemand beschikbaar is, heeft dat een zekere meerwaarde, maar het is geen verplichting. Belangrijk is dat de ervaring van deze medewerkers aansluit op de ervaringen van cliënten, ook al hebben die andere psychiatische problemen. Uit de praktijk lijkt ervaring met verslaving belangrijker, omdat dat vaak het stuk is waarover hulpverleners niet goed in gesprek komen met cliënten.

### **Fasegerichte behandeling**

Een belangrijk kenmerk van geïntegreerde behandeling is de gefaseerde aanpak: de verschillende behandelinterventies die worden ingezet, zijn afhankelijk van de mate waarin de cliënt gemotiveerd is voor behandeling én verandering. Het uiteindelijke doel van behandeling is gedragsverandering van cliënten, en dat is iets dat cliënten zelf moeten willen. Het is daarom van groot belang om stil te staan bij de motivatie van cliënten. Een hulpmiddel daarbij zijn de verschillende fasen van motivatie en de bijbehorende fasen van behandeling. Een veel gebruikt model waarmee dat weergegeven wordt, is dat van Prochaska & DiClemente (1983). Dit model gaat uit van een aantal stappen (de fasen) waarin cliënten motivatie ontwikkelen om aan gedragsverandering te willen werken. Dit model is niet lineair, cliënten kunnen ook terugbewegen in de stappen. Het doel van het model binnen geïntegreerd behandelen is niet om cliënten aan een fase toe te wijzen, maar om bewust stil te staan bij de beweegredenen van de cliënt en te bepalen welke interventies of acties het best daarbij aansluiten.

<b>Cliënt: Fase van verandering</b>	<b>Behandelaar: Fase van behandeling</b>
Vooroverwegen	Betrokkenheid tonen
Overwegen / voorbereiden	Overtuiging
Actie	Actieve behandeling
Voortzetten / terugval voorkomen	Terugvalpreventie

Zeker in het begin kan het handig zijn om als hulpmiddel een instrument te gebruiken bij het bespreken van fasen van cliënten. Deze lijsten kunnen bij het behandelplan bewaard worden.

Voorbeelden van lijsten die in het Nederlands beschikbaar zijn:

- Substance Abuse Treatment Scales (SATS);
- Readiness To Change Questionnaire (RTCQ).

Deze lijsten zijn op de LEDD-site te vinden.

De inzet van deze lijsten kan bij de start van het fasegericht werken behulpzaam zijn om een beeld te krijgen van wat elke fase inhoudt. Belangrijker is echter de discussie die er binnen het team wordt gevoerd, tijdens overdrachten, casuïstiek- en behandelplanbesprekingen over en met de cliënt, wat zijn/haar motivatie voor verandering is, hoe dat te zien is en welke interventies gepast zijn. Door deze thema's verplicht terug te laten komen in besprekingen zal het team het snelst inzicht verkrijgen in wat werkt in welke fase en vooral ook wat niet.

### **Uitgebreide hulpverlening aan dubbele diagnose cliënten**

Om tegemoet te komen aan de zorgbehoefte van dubbele diagnose cliënten zal het aanbod zich moeten richten op meer dan alleen de psychiatrie en het middelengebruik. Niet alles kan door hetzelfde team aangeboden worden, maar er kan gebruik gemaakt worden van het bredere aanbod van een instelling. Belangrijk is dan dat er eenheid is in onder andere taal, visie en bejegening van dubbele diagnose cliënten. Als in één organisatieonderdeel gebruikende cliënten welkom zijn, zolang hun gedrag geen problemen oplevert, zal dat in een ander onderdeel niet ineens heel anders moeten zijn.

Het uitgangspunt is dat cliënten gebruik kunnen maken van deze voorzieningen als dat nodig is. Beide aandoeningen zijn ernstig en kunnen chronisch zijn. Goede hulpverlening dient gericht te zijn op lange termijn doelen en aanpak.

Het gaat om bijvoorbeeld deze voorzieningen en doelen:

- Woonvoorzieningen
- Arbeidstoeleiding
- Financiën
- Familie psycho-educatie
- Ziekte management en herstel
- ACT of een andere vorm van intensief casemanagement

### **Wat is Ziekte Management en Herstel (IMR)?**

IMR (Illness Management and Recovery) is een methode die cliënten met langdurende psychiatrische symptomen leert om persoonlijke strategieën te ontwikkelen waarmee zij hun psychiatrische klachten kunnen beheersen en hun dagelijkse leven oppakken. Dat gebeurt met behulp van professionele en ervaringsdeskundige trainers.

IMR is niet één interventie, maar een bundeling van verschillende behandelvormen gericht op herstel. Het doel is de cliënt toe te rusten met kennis en vaardigheden om zelf de regie te kunnen nemen over zijn/haar ziekte (ziektemanagement) en het eigen leven. Het IMR-programma is bedoeld om cliënten die vaardigheden te leren. IMR kan individueel worden gegeven, maar ook in de vorm van een groepscursus.

Met IMR leert de cliënt zelf (weer) de regie te nemen over zijn ziekte. Samen met de cliënt wordt besproken wat nodig is om te leren om het dagelijkse leven weer op te kunnen pakken. IMR is gebaseerd op een drietal uitgangspunten. Als eerste de bewezen werkzame interventies. Ten tweede de didactische technieken. Mensen leren namelijk op verschillende manieren en met deze verschillen wordt rekening gehouden om noodzakelijke kennis over te brengen. En tenslotte is cognitieve gedragstherapie een onderdeel waarop IMR steunt. IMR is een methodiek die gericht is op samenwerking tussen de hulpverlener en de cliënt met zijn waarden en voorkeuren.

Punten die aan de orde komen zijn:

- Herstelstrategieën
- Medicatiekennis
- Kennis over de psychiatrische ziekte
- Terugval voorkomen
- Kennis van de sociale kaart
- Sociale steun opbouwen

IMR is ontwikkeld door het Amerikaanse SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). Dit is de organisatie die onder andere ook IDDT, ACT en IPS heeft ontwikkeld. Dat heeft als groot voordeel dat IMR hier inhoudelijk goed bij aansluit en gemakkelijk te koppelen is aan een van deze modellen.

### **Woonvoorzieningen**

Het LEDD heeft een aparte handreiking samengesteld voor woonbegeleiders, behandelers en managers die te maken hebben met mensen met een dubbele diagnose binnen woonvoorzieningen. Doel is dat de handreiking een goede stimulans en praktische handvatten biedt om de begeleiding en behandeling in woonvoorzieningen beter af te stemmen op de specifieke problemen van deze groep. Deze handreiking is op te vragen bij het LEDD of te downloaden van de LEDD-site.

### **Outreach**

Met name als de cliënt nog twijfelt over het nut van behandeling is het belangrijk dat een team outreachende zorg kan bieden. Door de cliënt hulp te bieden bij huisvesting, medische zorg of financiën in de eigen omgeving van de cliënt kan een werkrelatie tot stand komen. Ook cliënten die wel al in behandeling zijn kunnen baat hebben bij outreach. Dubbele diagnose cliënten vertonen veel dropout als gevolg van de voortdurende hoeveelheid problemen in hun leven, wisselende motivatie en cognitieve problemen. Om het contact met cliënten in stand te houden is een outreachende houding noodzakelijk. Out-

reach wordt vooral geassocieerd met ambulante hulpverlening maar is ook voor klinische teams is outreach belangrijk.

Op een klinische afdeling gebruikt een team outreachende strategieën om dubbele diagnose cliënten actief bij de behandeling te betrekken. Cliënten die zich terugtrekken uit de groep worden actief opgezocht, met verbetering van het contact als inzet. Het team biedt outreach bij crisis, medicatie- en symptoom monitoring en voor basale levensbehoeften (zoals voeding, zelfzorg e.d.) om cliënten te motiveren tot deelname aan het programma. Ook wordt outreach toegepast om de behandelrelatie te behouden en te verbeteren.

### **Motiverende gespreksvoering**

Een belangrijke manier waarop de cliënten geholpen kunnen worden met het veranderen van hun gedrag is het inzetten van motiverende gespreksvoering.

Motiverende gespreksvoering is een veelgebruikte methode om cliënten te stimuleren hulp te zoeken voor hun problemen of hun ongezonde levenswijze aan te pakken. Uit onderzoek is gebleken dat motiverende gespreksvoering effectief is bij allerlei verslavingen, maar ook voor andere problemen zoals depressie, angststoornissen en bijvoorbeeld het vergroten van medicatie- en behandeltrouw.

Motiverende gespreksvoering is goed bruikbaar voor mensen die geen inzicht hebben in de consequenties van hun gedrag, weigerachtig zijn, weerstand vertonen en ambivalent staan tegenover verandering. De hulpverlener versterkt de interne motivatie voor verandering. Het fundament van motiverende gespreksvoering is de 'motivational spirit'. Daarmee wordt bedoeld een open, uitnodigende en niet oordelende basishouding van de hulpverlener, gericht op samenwerking en met respect voor de autonomie van de cliënt. Uitgangspunt is dat de cliënt vanwege zijn eigen argumenten degene is die uiteindelijk de keuzes (De Jonge & Van Giffen, in voorbereiding) maakt.

Behandelaren gebruiken strategieën als:

- Uitdrukken van empathie en begrip;
- Verhelderen van discrepantie tussen doelen en voorzetting van het schadelijke gedrag;
- Uit de strijd blijven;
- Meebewegen met weerstand;
- Bieden van hoop en perspectief.

Deze strategieën worden zo veel mogelijk ingezet en op alle levensterreinen.

#### **MGV en dubbele diagnose**

Motiverende gespreksvoering heeft zijn oorsprong in de verslavingszorg. MGV wordt inmiddels ook succesvol in de behandeling van allerlei andere aandoeningen en problemen ingezet. Wat betreft het gebruik voor dubbele diagnose cliënten verschilt de aanpak niet fundamenteel. Wel zijn er wat aanpassingen wenselijk.

- De hulpverlener heeft gedegen kennis over interacties tussen psychiatrie en verslaving nodig, zodat er op motivationele wijze gericht af en toe informatie kan worden gegeven om kennis bij de cliënt te vergroten en interne motivatie te prikkelen.
- De hulpverlener dient rekening te houden met cognitieve beperkingen, bijvoorbeeld als gevolg van psychosen/schizofrenie. Dat betekent: korte reflecties, niet teveel open vragen, vaker samenvatten, geen reflecties op inhoud van wanen en hallucinaties en gesprekken korter houden in verband met geringe concentratie.

## **Counseling**

Counseling is een laagdrempelige vorm van hulpverlening (in het Engels betekent het 'raadgeven') en is vooral pragmatisch van aard. Het gaat erom dat een cliënt doelen gaat formuleren en gaat handelen om deze doelen te bereiken. Er is geen standaardvorm waarin counseling aangeboden wordt, het kan individueel of in groepen plaatsvinden, samen met familie of in verschillende combinaties daarvan. Binnen geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten gaat het om interventies die ingezet worden bij de start van de behandeling en die gericht zijn op het versterken van cognitief/gedragsmatige vaardigheden:

- Voor- en nadelenbalans van middelengebruik;
- Leren omgaan met trek;
- Psycho-educatie gericht op specifieke stoornissen;
- Terugvalpreventie-strategieën;
- Vaardigheidstraining 'nee zeggen tegen';
- Leren omgaan met risicosituaties;
- Overtuigingen van cliënt met betrekking tot middelengebruik uitdagen/ter discussie stellen;
- Copingstrategieën en sociale vaardigheidstraining;
- Individuele (CGT) therapie;
- Ondersteunende begeleiding.

### **C-BIT (Cognitive-Behavioural Integrated Treatment)**

C-BIT is afkomstig uit Engeland en is ontworpen voor de psychologische behandeling van cliënten die zowel psychiatrische problemen als problemen met middelengebruik hebben. Het kan uitgebreid worden met modules op allerlei thema's, bijvoorbeeld agressie of financiën. Het volledige C-Bit pakket zal waarschijnlijk vooral door ACT teams en volledig geïntegreerde behandelteams toegepast worden. Uit onderzoek is echter gebleken dat C-BIT training ook een grote meerwaarde heeft voor GGZ- en verslavingsteams.

De behandelmethoden op zich zijn niet uniek, maar C-BIT biedt een samenhangend kader en een leidraad voor hoe ze in de diverse fasen van behandeling aangeboden kunnen worden.

Graham, Hermine L, Copello, Alex (2004). Cognitive-behavioural Integrated Treatment (c-bit). A Treatment Manual For Substance Misuse In People With Severe Mental Health Problems. John Wiley & Sons.

## **Dubbele diagnose groepsaanbod**

Een groepsaanbod voor dubbele diagnose cliënten wordt als een belangrijk onderdeel gezien van een geslaagde geïntegreerde behandeling. Een groepsaanbod biedt sociale ondersteuning door het contact met lotgenoten en kan cliënten bewuster maken van effecten van gebruik. In groepsgesprekken kunnen cliënten sneller inzicht krijgen in de interactie tussen psychiatrische en verslavingsproblematiek en hen daardoor motiveren hun gedrag te veranderen. In een groep leren mensen van en met elkaar en vinden herkenning en steun. Bovendien vindt gebruik vaak in sociale situaties plaats: een groepsaanbod kan hier een alternatief voor zijn. De functie van een groep kan voor cliënten in de loop van de tijd ook verschuiven: eerst het vinden van herkenning en sociale onder-

steuning, later soms de bevestiging door het innemen van een positieve voorbeeldfunctie.

In een overzichtsartikel van Drake e.a. (2007) over de effectiviteit van geïntegreerd behandelen werden met name voor groepsinterventies de meeste aanwijzingen voor effectiviteit gevonden. Opvallend is dat effectiviteit vooral wordt bepaald door trouwe deelname door de cliënt over een langere periode (aantal maanden of jaar) en niet door de aard van de interventie. Om cliënten gedurende langere tijd in het groepsaanbod geïnteresseerd te laten zijn zal dit dus variatie moeten bieden, waarbij optimaal wordt ingespeeld op de fasen van motivatie en verandering: vooroverwegingsgroepen/psycho-educatiegroepen dubbele diagnose, overwegingsgroepen, actieve behandelgroepen (Leefstijltraining module 4, Spiraal naar Boven, Leefstijltraining plus van de Brijder en Leefstijltraining Top van de Jellinek). Maar ook sociale vaardigheden, zelfzorg en meer herstelgerichte groepen horen tot het aanbod. Hulpverleners geven voorlichting, stimuleren cliënten om deel te nemen en leiden op actieve wijze toe naar beschikbare groepen.

### **Overwegingsgroepen in Nederland**

Op verschillende plekken in Nederland lopen overwegingsgroepen. In GGZ Noord Holland Noord worden bijvoorbeeld overwegingsgroepen gegeven. Ook Arkin heeft een aantal overwegingsgroepen. Zij hebben tevens een film: 'De Overwegingsgroep, Gebruiken met verstand', gemaakt.

Een specifiek soort groepen voor dubbele diagnose cliënten zijn zelfhulpgroepen. Zelfhulpgroepen bij verslavingen zijn onafhankelijke groepen waarvan deelnemers eenzelfde problematiek delen. Deze groepen worden begeleid of voorgezeten door lotgenoten, waardoor er sprake is van gelijkwaardigheid. Leren van elkaars ervaringen, onderlinge steun en (h)erkenning staan centraal. De deelname aan een zelfhulpgroep is ongelimiteerd in tijd en kan een belangrijke rol spelen bij terugvalpreventie.

Zelfhulpgroepen worden niet georganiseerd door de instelling zelf, het zijn groepen voor en door lotgenoten. Dat wil niet zeggen dat er geen rol is weggelegd voor hulpverleners rond dit onderwerp. Hulpverleners kunnen een actieve rol spelen in het geven van voorlichting en het een verplicht onderdeel maken van het behandelprogramma. Ook kan tijdens de behandelplanbespreking worden afgesproken om standaard aan de orde te laten komen of zelfhulp een goede optie kan zijn voor de cliënt. Cliënten worden altijd geattendeerd op de groepen in de regio bijvoorbeeld tijdens overwegingsgroepen.

In 2009 is de publicatie 'De Echo van het eigen verhaal- Over zelfhulpgroepen bij verslaving en de samenwerking met de GGZ en verslavingszorg' (Muusse, C.& S van Rooijen) verschenen, waarin veel informatie staat over zelfhulpgroepen bij verslaving en hoe deze in te zetten zijn. Deze publicatie is te downloaden via de site:

<http://www.zelfhulpverslaving.nl/>.

### **DRA (Dual Recovery Anonymous)**

Naast de bekende AA (Alcohol Anonymous) en NA (Narcotics Anonymous) groepen worden er sinds een paar jaar ook DRA (Dual Recovery Anonymous) groepen gehouden. Dubbele diagnose cliënten vonden niet altijd herkenning bij de AA en NA deelnemers. Daarom zijn er eigen groepen gestart onder de naam DRA.

DRA-deelnemers zijn herstellende van een dubbele diagnose en komen geregeld bij elkaar om elkaar te helpen clean te blijven. Het primaire doel van DRA is dubbel herstel te bereiken, elkaar te helpen niet terug te vallen en het herstelconcept uit te dragen aan anderen die een dubbele diagnose ervaren. Het DRA programma is gebaseerd op de principes van de Twaalf Stappen en de persoonlijke ervaringen van mannen en vrouwen in dubbel herstel. Er zijn slechts twee eisen ten aanzien van lidmaatschap:

- De wens om op te houden met het gebruik van alcohol en / of drugs, maar ook een gokverslaving, eetverslaving, sexverslaving of gameverslaving vallen hieronder;
- En de wens om onze emotionele of psychiatrische ziekte op een gezonde en constructieve manier te beheren.

Het LEDD heeft het Amerikaanse DRA hand- en werkboek vertaald. Deze publicaties zijn via de LEDD-site te bestellen.

### **Aanbod voor familie van dubbele diagnose cliënten**

Het betrekken van familieleden of belangrijke anderen uit het leven van de cliënt is belangrijk om cliënten te helpen hun eigen steunbronnen te leren inzetten. Dit kan uiteraard alleen met toestemming van de cliënt. Als cliënten hier nog wat huiverig tegenover staan kunt u beginnen met alleen het in kaart brengen van eventuele contacten die betekenisvol zijn of zijn geweest voor de cliënt. Als familieleden wel bij de behandeling betrokken kunnen en willen worden, kan dat bestaan uit: ondersteuning, psycho-educatie, familiebijeenkomsten en informatie over zelfhulpgroepen voor familieleden. Vaak is voor dit aanbod geen uitdrukkelijke toestemming van de cliënt nodig, zolang de cliënt niet het onderwerp van gesprek is.

Daarnaast zou er trainingsaanbod ontwikkeld kunnen worden voor mensen in de omgeving van de cliënt, gericht op vaardigheden en coping. In de regel houdt een behandelteam altijd contact met familieleden tenzij er contra-indicaties zijn.

### **Triadekaart**

Met de term *triade* wordt de driehoek bedoeld die cliënt/bewoner, zijn naasten én de hulpverlening samen vormen. Omdat het werken in een triade gemakkelijker gezegd is dan gedaan, heeft Ypsilon (familievereniging voor mensen met een psychose) de Triadekaart ontwikkeld. De Triadekaart is overigens niet specifiek voor dubbele diagnose cliënten ontwikkeld.

De Triadekaart helpt om te bepalen op welke manier de naastbetrokkene een passende rol in de zorg kan spelen zonder dat de cliënt/bewoner het gevoel heeft dat hij buitenspel wordt gezet en de hulpverlener weet wat hij van de naastbetrokkene kan vragen en wat niet.

De Triadekaart:

- Is een kapstok om met elkaar in gesprek te komen;
- Maakt concreet wat naastbetrokkenen wel én niet aan de zorg bijdragen;
- Maakt duidelijk welke ondersteuning zij daarbij zelf nodig hebben;
- Signaleert taken die blijven 'hangen';
- Geeft door de tijd heen een beeld van het verloop.

De kaart sluit aan op signaleringsplannen en/of crisiskaarten, in de zin dat deze plannen aangeven wat er moet gebeuren als het misgaat en de Triadekaart wat er moet gebeuren om het goed te laten gaan.

<http://www.ypsilon.org/triadekaart>

### **Farmacologische Behandeling**

Binnen geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten neemt farmacologische behandeling een belangrijke rol in. Allereerst om de psychiatrische symptomen te stabiliseren, maar ook in de behandeling van verslaving wordt medicatie ingezet. Omdat het vaak complexe problematiek betreft en cliënten vaak nog actief een of meerdere middelen gebruiken, moet er zorgvuldig met medicatie omgegaan worden. Binnen geïntegreerde behandeling wordt volgens de onderstaande uitgangspunten gewerkt (Delos Reyes et al, 2008. Medical Professionals & Integrated Dual Disorder Treatment).

#### **1. Schrijf psychiatrische medicatie voor om de psychiatrische symptomen te behandelen, ondanks huidig middelenmisbruik**

Psychiaters en andere medische professionals hebben de neiging om terughoudend te zijn in het voorschrijven van psychotrope medicatie aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, als zij actief drinken en andere drugs gebruiken. Ze vrezen de negatieve gevolgen van de chemische mix. Aangezien middelengebruik bij mensen met ernstige psychische stoornissen echter erg vaak voorkomt, is het belangrijk om de kennis en kunde van het behandelen van beide aandoeningen tegelijk te verhogen. Er zijn natuurlijk allerlei overwegingen om terughoudend in het voorschrijven van psychotrope medicatie te zijn, maar bewust voorschrijven aan actieve gebruikers is beter dan helemaal niet voorschrijven. Dit is echter ook afhankelijk van de combinatie van aandoeningen. Bij psychose en PTSS dient er altijd gelijk medicamenteus behandeld te worden. In het geval van angststoornissen en depressie is er meer discussie. De regel in de Nederlandse praktijk is momenteel dat de verslaving eerst behandeld dient te worden, daarna de angst- en depressieve klachten als deze niet verminderen. Ook over de behandeling van ADHD is discussie. Indien er enkel sprake is van cannabisgebruik kan langwerkende medicatie ingezet worden. Als de cliënt echter bijvoorbeeld veel speed gebruikt, is men hier erg terughoudend in.

Omdat er potentiële risico's aan de combinatie van middelen en medicatie verbonden zijn, is het belangrijk om aan de cliënt uit te leggen dat het gebruik van alcohol en andere drugs serieus afgeraden wordt tijdens het gebruik van psychiatrische medicatie. De medicatie kan veel minder effectief zijn door de werking van andere stoffen. Ook kunnen schadelijke fysieke effecten optreden door de verschillende middelen.

## **2. Werk samen met het behandelteam en met de cliënt**

Doelen van de inzet van farmacologie moeten duidelijk zijn voor iedereen en de effectiviteit moet door de verschillende partijen in onderlinge samenspraak geregeld worden geëvalueerd.

Er dient duidelijk in het dossier van de cliënt terug te vinden te zijn dat:

- Er uitleg is gegeven over het nut van de medicatie en de eventuele risico's;
- De cliënt de risico's begrijpt;
- De cliënt toestemming geeft voor de behandeling;
- De cliënt en het team samen in de gaten houden welke fysieke en psychische effecten van medicatie en middelengebruik optreden.

## **3. Besteed veel aandacht aan medicatietrouw**

Probeer door middel van psycho-educatie over DD problematiek en motiverende gespreksvoering de medicatietrouw te ondersteunen en te verhogen. Houd rekening met de motivatiefase van de cliënt bij het voorschrijven van medicatie.

Medicatie wordt gecombineerd met verschillende psychosociale behandelingen tijdens de verschillende fasen van geïntegreerde behandeling. Het doel is om cliënten te helpen bij het omgaan met de symptomen van beide aandoeningen. Een onderliggend doel is om het middelen- of alcoholgebruik terug te brengen en, als dat haalbaar is, om uiteindelijk met het gebruik te stoppen.

Teamleden maken gebruik van de fasen van behandeling om in de pas met de cliënt te blijven, dus om niet te ver vooruit te lopen (dat wil zeggen, te veel verwachten) of te ver achter te lopen (dat wil zeggen, te weinig verwachten).

Zo heeft het bijvoorbeeld weinig zin om Refusal (Antabus) voor te schrijven als de cliënt niet echt bewezen heeft te willen en vooral ook te kunnen stoppen met het gebruik van alcohol. Het overstappen op depotmedicatie, in overleg met de cliënt, kan een manier zijn om de medicatietrouw te verhogen als de cliënt moeite heeft om geregeld zijn medicatie te nemen.

## **4. Vermijd zoveel mogelijk het gebruik van benzodiazepines en andere verslavende stoffen**

Benzodiazepines worden regelmatig voorgeschreven bij angst, pijn en slapeloosheid als gevolg van lichamelijke en/of psychische aandoeningen. Bij dubbele diagnose cliënten worden benzodiazepines vaak gebruikt om de effecten van ontwenning (met name van alcoholverslaving) te dempen. Deze middelen hebben echter een verslavende werking. Wanneer het gebruik van benzodiazepines onontkoombaar is (bijvoorbeeld bij veel angst en/of detoxificatie) is gedegen voorlichting over de (verslavende) werking van het middel van groot belang en moet het middel gedoseerd en voor een beperkte en duidelijk afgebakende periode worden voorgeschreven.

Er zijn situaties waarin overwogen kan worden om benzodiazepine of stimulantia voor te schrijven aan een cliënt met een voorgeschiedenis van middelengebruik. In deze gevallen is het nuttig als de cliënt al enige tijd bij het team bekend is. Dit geeft de gelegenheid om te observeren hoe hij of zij reageert op medicijnen en andere vormen van behandeling. Als ervoor gekozen wordt om potentieel verslavende medicatie voor te schrijven, zijn enkele aspecten in het beheer van de behandeling belangrijk:

- Schrijf kleine hoeveelheden voor, zonder herhalingsrecept;
- Dring aan op één voorschrijver, overleg met de huisarts over de coördinatie hiervan;
- Zet teamleden in om te controleren dat de cliënt de medicatie op de juiste wijze gebruikt en om eventueel bijgebruik in de gaten te houden;

- Stel een terugvalpreventieplan op voor het geval de cliënt de medicatie misbruikt of terugvalt in het gebruik van alcohol of andere drugs. Dit plan omvat: wat te doen in geval van ontwenningverschijnselen, welke alternatieve behandeling zal worden aangeboden en of/indien de stoffen opnieuw zullen worden aangeboden aan de cliënt;
- Documenteer de klinische reden voor de medicatie;
- Documenteer dat u het gevaar aan de cliënt heeft uitgelegd en dat hij of zij de potentieel verslavende eigenschappen en de risico's van medicatie begrijpt.

### **5. Schrijf bij voorkeur medicatie voor die craving of gebruik vermindert**

Maak zoveel mogelijk gebruik van atypische anti-psychotica (met een voorkeur voor clozapine, indien mogelijk). Aan deze medicatie zijn voorwaarden verbonden: er moet sprake zijn van therapieresistentie, de cliënt moet in beeld zijn en therapietrouw in verband met het bepalen van bloedwaarden. Over het algemeen zijn cliënten in de late overtuigings-, actieve behandelings-, of terugvalpreventiefase van de behandeling daarom de meest geschikte kandidaten voor deze medicatie. Zij zijn gemotiveerd en hebben laten zien dat zij serieus zijn in het terugdringen van hun middelengebruik. Er zijn verschillende medicijnen beschikbaar om craving te behandelen en om terugval te voorkomen (bijvoorbeeld acamprosaat, naltrexone en disulfiram).

#### **Benzodiazepine**

Er zijn verschillende richtlijnen beschikbaar voor het voorschrijven of afbouwen van benzodiazepines aan cliënten met een stoornis in het gebruik van middelen.

- Richtlijn benzodiazepinen dosisreductie, 2003, Novadic –Kentron;
- Voorschrijven van benzodiazepines aan illegale druggebruikers, 2008, Vereniging voor alcohol- en andere drugsproblemen vzw (België);
- Afbouwschema's benzodiazepinen, Apotheek Kennisbank.

Op de LEDD-site vind u de links naar deze richtlijnen.

### **Gezondheidsbevorderende interventies**

Dubbele diagnose cliënten hebben naast hun psychiatrische problemen ook vaak allerlei problemen met hun lichamelijke gezondheid. De combinatie van slechte voeding, zelfzorg en leefstijl en ongezonde leefomstandigheden (met name bij daklozen) zorgt voor veel klachten. Daarom dienen aan alle cliënten bij wie dat nodig is gezondheidsbevorderende interventies aangeboden te worden. Voorbeelden zijn:

- Informatie over het voorkomen van besmettelijke (geslachts) ziekten;
- Cliënten helpen hoog-risico situaties en victimisatie te vermijden;
- Veilige huisvestings situatie zoeken;
- Cliënten aanmoedigen door te gaan met werk, medische zorg, gezonde voeding, extra vitaminen;
- Aandacht voor comorbide somatische problemen.

Voor een deel betreft het hier zogenaamde harm reduction, het beperken van schade en het verminderen van de risico's bij drugsgebruik. Harm reduction is binnen de verslavingszorg een belangrijk concept geworden sinds het besef dat verslaving vaak een chronische aandoening is die moeilijk te genezen valt. Harm reduction is van belang voor de drugsgebruikers zelf, maar dient ook de samenleving als geheel. Voorbeelden hiervan

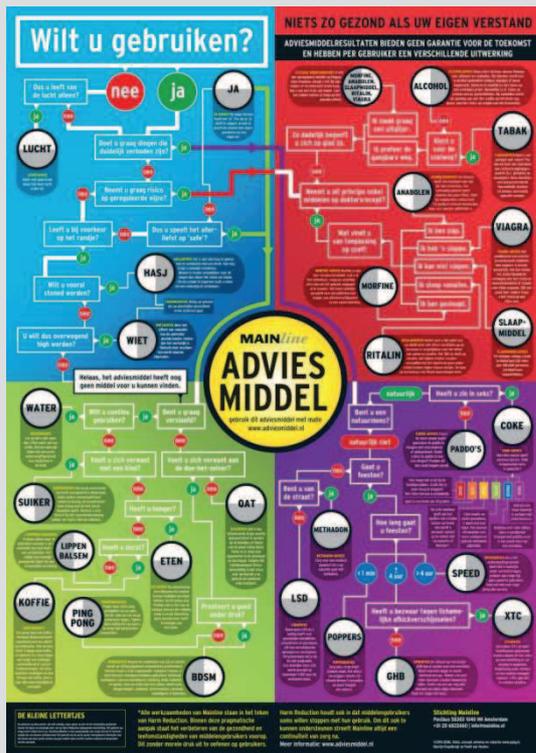
zijn harm reduction maatregelen gericht op het tegengaan van de onderlinge verspreiding van infectieziekten, niet alleen onder drugsgebruikers, maar ook onder de rest van de populatie. Harm reduction bevindt zich in een grijs gebied tussen (geïndiceerde) preventie en behandeling; waar het een ophoudt en het ander begint is niet altijd duidelijk. Harm reduction maatregelen verminderen niet het drugsgebruik, maar bevorderen dat de wijze van gebruik minder riskant is voor de gebruiker zélf, en minder nadelen heeft voor de naaste omgeving en de samenleving.

### Stichting Mainline

Stichting Mainline richt zich op het verbeteren van de gezondheid en de kwaliteit van leven van middelengebruikers. De doelstellingen van Mainline zijn onder andere:

- Het voorlichten van middelengebruikers, zodat zij zo gezond mogelijk leven binnen hun eigen keuzes en mogelijkheden;
- Het uitbreiden van effectieve voorlichtingsmethoden;
- Het terugdringen van infectieziekten onder middelengebruikers.

Mainline ontwikkelt materialen voor en met gebruikers die daardoor qua toon en inhoud goed aansluiten bij de leefwereld van cliënten. Bijvoorbeeld de poster Adviesmiddel (om het belang van harm reduction onder de aandacht te brengen) en het kaartspel voor gebruikers van cocaïne met harm reduction tips.



### Secundaire Interventies bij non-respons

Dubbele diagnose cliënten hebben vaak moeite om aan te haken bij de behandeling. Dat kan allerlei oorzaken hebben: regelmatige terugvallen, een onderliggende ongediagnosti-

ceerde andere stoornis of een gekozen strategie die niet aansluit bij de cliënt. Als cliënten geen baat lijken te hebben bij het geïntegreerde behandelaanbod, blijven zij wel in zorg en dienen specifieke aandacht te krijgen. Om te kunnen constateren dat cliënten geen voortgang boeken is het nodig dat er gemonitord wordt op resultaten (cliënttevredenheid, middelengebruik, kwaliteit van leven). Het is belangrijk dat het team niet één alternatief voorhanden heeft maar zo creatief mogelijk te werk gaat om te zoeken naar een aanpak die mogelijk wel werkt. Er kunnen bijvoorbeeld deskundigen van buitenaf geconsulteerd worden over andere behandelmogelijkheden. Andere opties zijn bijvoorbeeld:

- Het herzien en eventueel wijzigen van medicatie (bijv. clozapine, naltrexone, disulfiram);
- Aanbieden van andere woonvoorzieningen;
- Traumabehandeling als dat aan de orde is;
- Intensieve familie interventies inzetten;
- Intensieve monitoring inzetten om te kunnen volgen wat en waar het misgaat.

### **Traumabehandeling Seeking Safety**

De methode Seeking Safety is gericht op het terugwinnen van veiligheid, zowel in het kader van PTSS als bij verslavingsproblematiek. Het richt zich op het thema veiligheid, en maakt gebruik van 25 cognitieve, gedragsmatige en interpersoonlijke vaardigheden om beide stoornissen tegelijkertijd aan te pakken, vanaf het begin van de behandeling (first stage therapy). De vaardigheden betreffen onder andere grounding (terugkomen naar het hier en nu), eerlijkheid, medelijden, integratie van het gespleten zelf (herkennen van de verschillende kanten van een persoonlijkheid), en het stellen van grenzen binnen relaties. Bij dit model ligt de nadruk op flexibiliteit: de vaardigheden mogen in willekeurige volgorde (naar keuze van de therapeut) aan de orde komen, en behandelduur en dosering zijn variabel. Momenteel is dit het meest empirisch onderzochte en meest gebruikte model voor deze dubbele diagnose.

Bron: Najavits, Lisa M. De ene therapie werkt niet beter dan de andere. Onderzoeken naar de effectiviteit van behandelingen van PTSS. Cogiscope 0308.

Zie ook de LEDD Toolkit Dubbele Diagnose (te downloaden op de LEDD website).



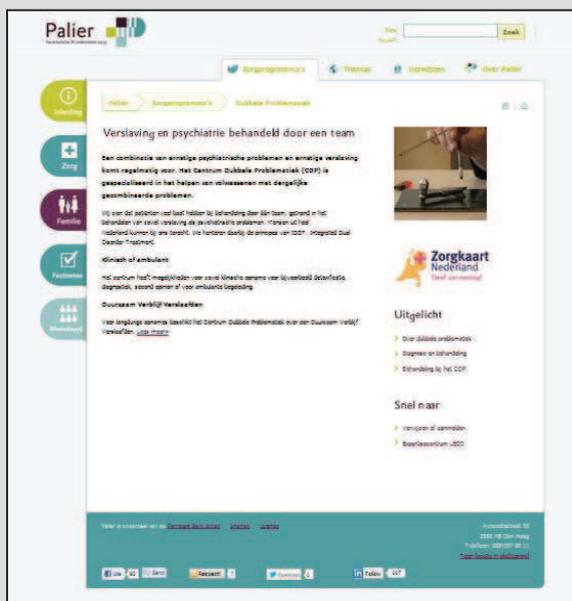
# Organisatorische componenten

Na de meer inhoudelijke beschrijving van wat een geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten inhoudt, volgt hieronder een beschrijving van onderdelen die betrekking hebben op de organisatie van de zorg.

## Visie op geïntegreerde behandeling

Bij de implementatie van geïntegreerd behandelen is een eenduidige visie essentieel. Als er verschillende ideeën bestaan over de inhoud van geïntegreerde behandeling of over de noodzaak van implementatie kan dat onduidelijkheid, irritatie of vertraging opleveren. Zorg er dus voor dat er één duidelijke basisvisie gebruikt wordt, waarin dit is uitgewerkt. Dit document kan vervolgens als bron dienen voor alle interne en externe uitingen. Niet voor niets is vaak de eerste stap van een implementatieproces het uitwerken van een visiedocument. Zie hiervoor ook deel 2.

Hieronder staan de websites van twee instellingen die ervoor gekozen hebben om op hun internet openingspagina duidelijk hun visie op dubbele diagnose terug te laten komen.



<http://www.palier.nl/376/Dubbele-Problematiek.html>



<http://www.dubbele-diagnose.nl>

## Screening en assessment van cliënten

Een screeninginstrument wordt ingezet in een grote groep cliënten om een eerste inschatting te kunnen maken of er sprake is van een dubbele diagnose. Screeninginstrumenten zijn (sensitieve) instrumenten die snel een indicatie kunnen geven of een bepaalde stoornis aanwezig is en onderscheiden cliënten die in aanmerking komen voor een gedetailleerde (specifieke) assessment van cliënten die daar geen baat bij hebben. Bij een positieve uitslag van de screener of twijfel over de positieve uitslag moet een assessment worden gedaan. Het assessment geeft vervolgens inzicht in de aard en ernst van

de aandoening. Als de screener negatief is maar er zijn andere bronnen van informatie (of observaties) waaruit het vermoeden is ontstaan dat er wel degelijk sprake is van een probleem, kan alsnog een assessment ingezet worden.

Selectiecriteria voor het gebruik van een screener middelengebruik of psychopathologie voor cliënten met een dubbele diagnose zijn:

1. De screener moet goed onderzocht en betrouwbaar zijn;
2. De screener moet een zo groot mogelijk net vormen om alle gevallen te traceren;
3. De screener moet zo min mogelijk belasting opleveren voor cliënt en behandelaar (korte afnameduur);
4. De screener moet geschikt zijn voor gebruik bij cliënten met ernstige psychiatrische problematiek (niet te ingewikkeld in verband met beperkte concentratie en dikwijls aangetaste cognitieve functies).

### **Screenen op angst en depressie**

Screenen op specifieke psychiatrische comorbiditeit wordt in de verslavingszorg steeds meer gedaan, maar het is nog niet in alle instellingen standaard onderdeel van de intake. Momenteel zijn er grote verschillen in het herkennen van psychiatrische aandoeningen tussen instellingen en tussen diagnose groepen. Schizofrenie bij cliënten wordt goed herkend, de meerderheid van deze cliënten wordt doorverwezen naar de GGZ. Moeilijker is de herkenning van depressie en angst bij cliënten. Er wordt wel erkend dat deze stoornissen veel voorkomen bij cliënten maar ze worden niet herkend.

Resultaten Scoren heeft twee publicaties uitgebracht waarin de screening en diagnostiek en behandeling van deze twee aandoeningen uitgebreid staan beschreven:

- Guiot, M.G.H., Smeerdijk A.M. et al (2009). Middelenafhankelijkheid en depressie. Diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.
- Snoek A., Wits E., Meulders W. (2012). Richtlijn middelenmisbruik of -verslaving en angststoornissen. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

Beide publicaties zijn te bestellen of (gratis) te downloaden via [www.resultatenscoren.nl](http://www.resultatenscoren.nl).

Een grondige en gedegen assessment is de basis voor een gerichte (dubbele diagnose) behandeling. Behandelaren moeten een idee krijgen van de psychiatrische symptomen, middelenmisbruik/afhankelijkheid, de gebruikte middelen en manieren waarop ze worden gebruikt, de context waarin middelen worden gebruikt, de functie van middelengebruik en inventarisatie van de verschillende levensgebieden (sociale contacten, dagbesteding, zelfzorg en zorg voor woonomgeving etc.). Het assessmentproces is in een dubbele diagnose behandeling geen statisch en strak gestructureerd gebeuren. Het is een doorlopend proces dat gedurende de hele behandeling een rol speelt en de aanknopingspunten moet bieden voor de behandeling. De assessment begint al tijdens de kennismakingsfase, waar de werkrelatie tot stand wordt gebracht en loopt door tot de terugvalpreventiefase. Steeds weer wordt informatie verzameld over middelengebruik en psychiatrische symptomen en wordt nagegaan wat het effect van de toegepaste interventies is. Behandelplannen worden geëvalueerd op basis van de resultaten van de assessment en observaties van de behandelaren en ervaringen van de cliënt en worden op basis van deze gegevens telkens bijgesteld.

Assessment instrumenten zijn dus meer uitgebreide vragenlijsten om de aard en ernst van middelengebruik of psychiatrische problematiek te beoordelen. Een assessmentinstrument is een specifiek instrument, dus eigenlijk een fijne zeef, die gevallen waarin niet echt sprake is van middelenmisbruik/psychopathologie weer uitfiltert. In die gevallen waar dubbele diagnose een rol speelt, geeft het instrument inzicht in de ernst ervan.

In de richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp (2003) worden de volgende meetinstrumenten aangeraden:

- Voor het screenen op middelenmisbruik wordt aanbevolen om de CAGE en CAGE-AID toe te passen in combinatie met een Index of Suspicion;
- Voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnosecliënten wordt het instrument *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* aanbevolen;
- Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcohol en drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties;
- Inmiddels adviseert GGZ Nederland het gebruik van de MATE voor zowel de screening als de assessment van middelengebruik.

U kunt deze instrumenten of verwijzingen ernaar vinden op de LEDD-site.

Net als bij de screener is bij afname van een assessment een vertrouwenwekkende, geïnteresseerde en open houding van de hulpverlener van belang. Bij de introductie van het instrument kan aan de cliënt worden verteld dat de behandelaar naast informatie over andere levensgebieden en psychiatrische problemen ook gegevens wil verzamelen over middelengebruik. Doel daarvan is om een zo volledig mogelijk beeld van de cliënt te krijgen om in een later stadium een passende behandeling te kunnen bieden. Als aanvulling kan worden benoemd dat bekend is dat onder veel cliënten met psychiatrische problematiek veel middelengebruik voorkomt en dat hier in de behandeling voor beide gebieden aandacht is.

### **Individueel behandelplan**

Elke dubbele diagnose cliënt heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan waarin zowel verslaving als psychiatrie aan de orde komen. Het plan is gebaseerd op assessments. Het plan wordt minimaal elke 6 maanden herzien.

Het behandelplan is de uitkomst van de hiervoor beschreven assessment en de gesprekken met de cliënt die naar aanleiding daarvan zijn gevoerd.

Het opstellen van een geïntegreerd behandelplan zou de volgende stappen moeten bevatten:

1. Vaststellen van de primaire behoeften en hulpvragen van de cliënt en deze behandelen;
2. Vaststellen van het motivatiestadium van de cliënt ten aanzien van middelenmisbruik en psychiatrische behandeling;
3. Concrete en haalbare behandeldoelen stellen;
4. Strategieën bepalen om deze doelen te bereiken;
5. Vaststellen van duidelijke uitkomstmaten om gedragsverandering te evalueren (bijvoorbeeld de cliënt participeert in Libermanmodule Omgaan met Verslaving of cliënt heeft wekelijks contact met behandelaar);
6. Vaststellen evaluatiemomenten voor het behandelplan.

Voorbeeld van een geïntegreerd behandelplan

<b>Behandelplan</b>	<b>Datum</b> 16-04-2007	<b>GGZE</b>
<hr/>		
Naam :	[redacted]	
Geboortedatum :	[redacted]	
Datum intake :	[redacted]	
Zorgprogramma/zorgzaamheid :	Persoonlijkheidspathologie en trauma gerelateerde stroomissen/ Intensieve behandeling: Clinical Casemanagement	
Start behandeling :	[redacted]	
Datum evaluatie :	[redacted]	
(Hoofd)behandelaar :	[redacted]	
Medicatie :	ja	Opmerkingen: [redacted]
Crisis protocol :	nee	Datum: [redacted]
Contact frequentie :	[redacted]	
Earto ear contact :	ja	Opmerkingen: [redacted]
Setting behandel aanbod :	<input checked="" type="checkbox"/> <i>ambulant</i> <input type="checkbox"/> <i>deeltijd</i> <input type="checkbox"/> <i>kliniek</i> <input type="checkbox"/> <i>combinatie/derden</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>individueel</i> [redacted]    [redacted]    [redacted]	
Contacten andere hulpverleners :	intern [redacted]	
Juridische status:	<input type="checkbox"/> <i>vrijwillig</i> <input type="checkbox"/> <i>IBS</i> <input type="checkbox"/> <i>RM</i> <input type="checkbox"/> [redacted]	
Screening/assessment :	Algemeen    Psychose    Pers. Stoomis    Middelen gebruik <input type="checkbox"/> HoNOS <input type="checkbox"/> PANSS <input type="checkbox"/> VKP <input type="checkbox"/> CAGE <input type="checkbox"/> BPRS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SCID-II <input type="checkbox"/> AUDIT <input type="checkbox"/> SCL-90 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MMPI-II <input type="checkbox"/> Europ.-ASI	
<b>DSM IV classificatie</b>	Datum: [redacted]	
As I :	[redacted]	
As II :	[redacted]	
As III :	[redacted]	
As IV :	[redacted]	
As V :	[redacted]	
<b>Fases (algemeen)</b>		
Veranderingssta dia	middelen gebruik: overweging	psychiatrie: overweging
Behandelingssta dia	middelen gebruik: overtuiging	psychiatrie: overtuiging
<hr/>		
<b>Beschrijvende diagnose:</b> [redacted]		
<b>Hulpvraag cliënt:</b> [redacted]		
<hr/>		
1		

<sup>1</sup> Probleemomschrijving op verschillende levensgebieden:	P codes	Veranderstadia	Behandelstadia
Geestelijke gezondheid: [ ] Actie: [ ]	3	actie	actieve behandeling
Lichamelijke gezondheid: nvt Actie: nvt	nvt	.....	.....
Middelen gebruik: [ ] Actie: [ ]	3	actie	actieve behandeling
Wonen: [ ] Actie: [ ]	3	actie	actieve behandeling
Financiën: [ ] Actie: [ ]	1	vooroverwegen	betrokkenheid
Werk/dagbesteding: [ ] Actie: [ ]	3	actie	actieve behandeling
Relaties/sociaal netwerk: [ ] Actie: [ ]	3	actie	actieve behandeling

1  
 Preferentie cliënt : 1= geen behoefte; 2= reeds onder de aandacht; 3= nu onder de aandacht; 4= toekomst; 5=nvt

2

### Individuele behandeling

Dubbele diagnose behandeling dient zowel de psychiatrische stoornis als de problemen in het gebruik van middelen en alcohol aan te pakken. Veel aspecten van de behandeling zijn hiervoor al aan de orde gekomen. Samenvattend moet goede geïntegreerde behandeling voldoen aan de volgende kenmerken:

- De hulpverleners hebben **kennis** van de effecten van alcohol en drugs en hun interacties met de psychische stoornis;
- De hulpverleners besteden op hetzelfde moment aan **beide stoornissen aandacht** (in plaats van eerst de verslaving en dan de psychiatrische stoornis te behandelen of omgekeerd);

- **Gefaseerde behandeling:** dat wil zeggen dat de aard van de hulpverlening verandert met het stadium van verandering waarin de cliënt zich bevindt en met diens motivatie voor behandeling. De volgende fasen worden onderscheiden: opbouw van een werkrelatie, motiveren voor behandeling, actieve behandeling en terugvalpreventie;
- Samen met de cliënt wordt een **geïntegreerd behandelplan** opgesteld;
- **Motiverende gespreksvoering:** hulpverleners ondersteunen cliënten bij de bewustwording van de consequenties van middelengebruik, de hoop op vooruitgang en de opbouw van motivatie voor behandeling van de problematiek;
- **Counseling bij middelenmisbruik:** onder andere leren omgaan met trek, terugval voorkomen en risicosituaties vermijden;
- **Groepsbehandeling:** waarin over gebruik kan worden gepraat en de effecten van gebruik op het leven zichtbaar kunnen worden gemaakt;
- **Familiebegeleiding:** gericht op psycho-educatie, het verminderen van stress bij familieleden, toezicht houden op het gebruik van de cliënt (terugvalpreventie) en goede samenwerking tussen hulpverleners, cliënt en familie;
- **Zelfhulp:** de hulpverleners brengen cliënten en familie in contact met zelfhulpgroepen;
- **Farmacologische behandeling:** antipsychotische medicatie wordt, ondanks de verslaving, niet gemeden, men heeft kennis van de interacties tussen medicatie en verslavende middelen, en schrijft zo nodig middelen gericht op de verslaving, zoals naltrexon en methadon, voor.

Wat er verder aan interventies en activiteiten ingezet kan worden is uiteraard voor een groot deel afhankelijk van de specifieke klachten en de symptomen van de cliënt.

#### **Toolkit Dubbele Diagnose: Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose.**

Het LEDD heeft in 2009 de toolkit dubbele diagnose uitgebracht. Deze Toolkit bevat een overzicht van interventies en methodieken die kunnen worden ingezet bij de behandeling en begeleiding van mensen met dubbele diagnose problematiek. Elk item bevat een beschrijving van het begrip (wat verstaat men er onder), een beschrijving van de kenmerken van goede uitvoering in de praktijk, eventueel achtergrondformatie en een verwijzing naar relevante informatiebronnen. Teams kunnen de Toolkit gebruiken bij het bespreken van het eigen aanbod (komt het overeen met hetgeen we bieden) en bij het selecteren en/of ontwerpen van verbeteracties. In 2012 is de Toolkit aangevuld met interventies gericht op het behandelen van psychiatrie door teams in de verslavingszorg.

De toolkit is gratis te downloaden op <http://www.ledd.nl/>.

#### **Training en supervisie**

Teamleden van het geïntegreerde behandelteam zullen in de meeste gevallen te maken krijgen met nieuwe expertise en vaardigheden. Om te bewerkstelligen dat iedere hulpverlener volgens de uitgangspunten werkt is deskundigheidsbevordering noodzakelijk. Hulpverleners spreken dezelfde taal, begrijpen de uitgangspunten en weten wat er van ze verwacht wordt. Jaarlijks dient er een opfriscursus (een workshop van tenminste een dag) geboden te worden. Alle nieuwe teamleden ontvangen binnen zes maanden een

standaard training in geïntegreerd behandelen (een workshop van tenminste 2 dagen of iets soortgelijks).

Om de geleerde kennis vast te houden en het team te ondersteunen in de toepassing van nieuwe vaardigheden is een systeem van inter- en supervisie noodzakelijk. Zonder dat is het gevaar groot dat het geleerde wegzakt in de drukte van alledag en mensen weer 'terugvallen' in oude werkwijzen.

Het dubbele diagnose team heeft zeker in het begin behoefte aan gestructureerde, twee- of drie wekelijkse supervisie met een begeleider die ervaring heeft met geïntegreerd behandelen (in de praktijk is dit meestal de projectleider). De supervisie kan groepsgewijs of individueel plaatsvinden. Tijdens de supervisie moet de cliënt centraal staan en de supervisie moet zich expliciet richten op de inhoud van geïntegreerd behandelen en de toepassing bij specifieke cliëntsituaties. Deelname is verplicht. Als teamleden zich tegen de invoering van geïntegreerde behandeling verzetten moet dit onderwerp van gesprek zijn, individueel en in het team.

### **Supervisor**

Supervisie kan gegeven worden door een externe of een interne supervisor. Als het enigszins kan heeft een interne supervisor de voorkeur. Zij kennen de organisatie, doelgroepen en structuren waarbinnen het team werkt het best. Het is echter noodzakelijk dat de supervisor op voldoende afstand van de dagelijkse praktijk van het team staat. Dit voorkomt dat de supervisor 'meegezogen' wordt in discussies die niet over de uitvoering van geïntegreerde behandeling gaan. Zoals altijd bij inter- en supervisie dienen tijdens de eerste bijeenkomst duidelijke 'spelregels' afgesproken te worden.

### **Het proces monitoren**

Projectleiders monitoren het implementatieproces van geïntegreerde behandeling regelmatig (elk 6 maanden tot 1 jaar) en gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt volgens een standaard aanpak, bijvoorbeeld door het gebruik van de fidelitieschaal of een andere set van indicatoren. Zie deel 2 voor meer informatie over het gebruik van fidelitymetingen.

### **Uitkomsten monitoren**

De uitkomsten op cliëntniveau worden regelmatig (bijvoorbeeld driemaandelijks) bijgehouden en teruggekoppeld naar het dubbele diagnose team. De effectiviteit van het dubbele diagnose team kan alleen beoordeeld worden door data te verzamelen over tevredenheid en opbrengsten. Door vast te stellen wat werkt en wat niet werkt kan de hulpverlening verbeterd worden.

## Uitkomsten

Aantoonbare positieve uitkomsten vormen het best denkbare argument voor de implementatie van geïntegreerd behandelen. In de Amerikaanse teams worden veel uitkomsten verzameld, ook op financieel gebied. Jaarlijks kunnen daar overzichten uit opgesteld worden, die onder andere gebruikt worden om de inspanningen te verantwoorden naar financiers.

## Registratie- en resultaatoverzicht van Amerikaanse IDDT-ACT teams

IDD-T-ACT Usage Results 20120112.xls [Compatibiliteitsmodus] - Microsoft Excel

Service Categories	Measure Units	BASELINE USEAGE During Year Prior to Being on Team	CURRENT USEAGE RESULTS For Clients on Team One Year or More	CURRENT USEAGE RESULTS For Clients on Team Two Years or More	DIFFERENCE In Usage From Baseline, First Year	DIFFERENCE In Usage From Baseline, Second Year
		Units	First Year Units	Second Year Units	# Percent +/-	# Percent +/-
State Hosp Inpatient	N Days	9.293	4.640	3.026	-50%	-67%
Netcare Services	Crisis Episodes	757	560	337	-26%	-55%
Residential Care	Days	5.991	6.810	4.826	14%	-19%

Program start date = 7/30/2008

As of this report run, there were active 322 consumers on an IDDT-ACT Team; 278 have been in the program 12 mos or more and 246 in for 24 mos or more.

Baseline Prior to Entering Program = One year service utilization prior to being placed on an IDDT-ACT Team for clients with 12 mos or more.

Reactivated clients' usage is based on the most recent team effective dates.

Crisis episodes are identified using MACSIS claims. Claims are for services performed by Netcare (000000002589) with procedure codes S9484 (MH), H0007 (ADD), or M2281 (Holdover). Claims with a modifier of 'GT' (phone contact) are excluded. An episode is defined as daily consecutive claims.

PCS data as of: 12-30-11

MACSIS data as of: 12-30-11

**SELECTION CRITERIA:**

Active clients on IDDT-ACT roster

Inpatient = BIII Type U

Netcare (UPI 2589 ) Crisis Episodes (CSU - M2282 is not counted as new episodes)

**Residential =**

Residential Care: Provides 24-hour supervision in active treatment oriented or structured environment

Per diem rates varied by year and site from \$118.61 to \$220.99 for the period.

Kendall                      Fowler                      Redmond                      Norwich                      Carpenter

Next Generation:                      Group homes with 24/7 support

## Kwaliteitsbewaking

De instelling heeft een kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep met een duidelijk plan om geïntegreerd behandelen of elementen van geïntegreerd behandelen regelmatig (minimaal elke 6 maanden) te beoordelen. Zie deel 2 voor meer informatie over het opzetten van een stuurgroep en de projectstructuur.

## Keuzemogelijkheden voor de cliënt

Alle dubbele diagnose cliënten krijgen keuzemogelijkheden waar dat mogelijk is. De teamleden houden rekening met en houden zich aan de voorkeuren van de cliënt bij het aanbieden en verlenen van hulpverlening en begeleiding. Zo is er voor iedere cliënt een crisissignalering/terugvalpreventieplan, gericht op het voorkomen of stabiliseren van middelengebruik en psychopathologie.

### **Crisiskaarten**

De Crisiskaart © is een samenvatting van het crisisplan dat de cliënt bij zich kan dragen. Op de kaart staat informatie over hoe een crisis er bij de betreffende persoon uitziet en wat er moet gebeuren als er een (psychische) crisis of terugval optreedt. De tekst op deze kaart is een samenvatting van een uitgebreider crisisplan of dossier waarin de cliënt voor hem relevante informatie over een crisis kan (laten) opschrijven en is een onlosmakelijk onderdeel van dit dossier. De cliënt bepaalt zelf hoeveel informatie er op de kaart komt te staan.

Op de site van het Landelijke Crisiskaart Informatie en OndersteuningsPunt (<http://www.crisiskaartggz.nl/>) kunt u veel achtergrondinformatie en voorbeelden vinden.

Naast de crisiskaart zijn er ook nog andere producten die een cliënt kunnen ondersteunen in een crisissituatie. Een voorbeeld dat meer gericht is op verslaving is de SOS kaart. De SOS-kaart helpt cliënten om situaties waarin het risico voor terugval hoog is te herkennen en te vermijden. De SOS-kaart is onderdeel van de Liberman Module Omgaan met verslaving.

### **Transmurale samenwerking**

In geïntegreerde behandeling werken klinische en ambulante teams nauw samen door middel van transmurale zorg om continuïteit van zorg te waarborgen voor alle cliënten bij wie dat aan de orde is. Transmurale samenwerking houdt in dat klinische- en ambulante hulpverleners overleg en afstemming hebben over de behandeling van hun cliënten.

## **Transmurale zorg en ketenzorg**

### **Wat is transmurale zorg?**

Transmurale zorg is in 1995 door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid als volgt geformuleerd: Vormen van zorg die, toegesneden op de behoeften van de cliënt, verleend worden op basis van afspraken over samenwerking, afstemming en regie tussen generalistische en specialistische zorgverleners, waarbij sprake is van een gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid met expliciete deelverantwoordelijkheden. Transmurale zorg is dus geen voorziening, maar een vorm van zorg waarbij verschillende medewerkers uit verschillende instellingen met elkaar samenwerken om zo beter de vraag van de cliënt te kunnen beantwoorden. Dit komt overeen met behandeling.

### **Wat is een keten?**

Een keten is een samenwerkingsverband tussen partijen die zowel zelfstandig als afhankelijk van elkaar functioneren omdat ze na elkaar of parallel handelingen uitvoeren, gericht op een gemeenschappelijk doel. Bij de ordening en de afstemming van activiteiten staat de cliënt, die het primaire proces doorloopt, centraal.

### **Wat is het verschil tussen transmurale zorg en ketenzorg?**

Transmurale zorg is een ouder en breder begrip dan ketenzorg. Met transmurale zorg wordt bedoeld een samenhangend pakket van zorg dat op basis van de behoefte van de klant geboden wordt door meerdere professionals uit meerdere instellingen en waarover onderling afspraken gemaakt zijn.

Ketenzorg is altijd transmurale zorg maar het omgekeerde geldt niet. Er bestaan vormen van transmurale zorg voor bijvoorbeeld diabetescliënten waar geen sprake is van ketenzorg omdat zorgverleners niet achtereenvolgens maar gelijktijdig zorg verlenen aan dezelfde cliënt.

Bron: Stichting Transmurale Zorg, Den Haag en omstreken.

## **Geïntegreerd ontslagplan**

Alle dubbele diagnose cliënten hebben een duidelijk, individueel en geïntegreerd ontslagplan waarin zowel verslaving als psychiatrie aan de orde komen.

In de algemene gezondheidszorg is het opstellen van een ontslagplan heel gebruikelijk. In het plan wordt vastgelegd welke interventies er zijn ingezet, wat er bereikt is, wat er nog is blijven liggen en wie daar verantwoordelijk voor is (inclusief de cliënt zelf). In de psychiatrie is dat veel minder gebruikelijk, maar omdat veel doelen een langetermijnplanning hebben, en door de problemen die veel dubbele diagnose cliënten hebben met het zelf richting geven aan hun leven, kan een goed ontslagplan een duidelijke meerwaarde hebben.

Dit ontslagplan bevat onder andere:

- Informatie over huidige motivatiefase;
- Informatie over wat er aan interventies en activiteiten is ingezet;
- Voortzetting van de behandeling;
- Medicatie (huidig en bij de start van de behandeling);
- Basis zorgbehoeften;
- Wensen voor wat betreft hersteldoelen van de cliënt;
- Afspraken over nazorg/transmurale zorg.

## Deel 2. Het implementatieproces

Hulpverleners lijken in toenemende mate te maken te hebben met cliënten die zowel een verslaving als een psychiatrisch probleem hebben. Hulpverleners hebben hier doorgaans geen goed antwoord op. Het ontbreekt hen aan kennis, maar vooral ook aan handvatten. Het geven van geïntegreerde behandeling, dus het aanpakken van beide problemen tegelijk, biedt hier antwoord op. De implementatie van geïntegreerde behandeling is een complex veranderingsproces, dat voorbereiding, tijd en specifiek aandacht nodig heeft. Afhankelijk van de uitgangssituatie van een instelling kan het gaan om het toevoegen van interventies op psychiatrie en verslaving (maar ook op diverse andere levensgebieden), het scholen van personeel, maar vooral ook het bewerkstelligen van een cultuuromslag in de instelling.

In dit deel van de handreiking wordt in vijf fasen beschreven welke stappen genomen moeten worden om te komen tot een geïntegreerd behandelaanbod. Waar het in het voorgaande deel vooral over de behandelinhoud ging, ligt in dit deel de nadruk op het proces.

In onderstaand schema ziet u een overzicht van de vijf fasen en de stappen die daarbij horen. In de tekst die volgt worden de stappen verder beschreven. Afhankelijk van uw uitgangssituatie kunt u uw eigen route door het schema volgen en meer of minder tijd aan specifieke onderdelen besteden.

## Alle stappen van het implementatieproces in vogelvlucht

**Probleemverkenning**

- Stel belangrijke vragen
- Begin het veranderingsproces

**Werken aan consensus**

- Is verandering nodig?
- Wat gebeurt er nu en waarom?
- Verzamelen van bruikbare informatie
- Maak een sterke en zwakte analyse
- Betrek het management
- Besteed aandacht aan hinderpalen

**Voorbereiding**

- Definieer de rationale
- Identificeer sleutelfiguren
- Werk aan draagvlak
- Kartrekkers aanwijzen
- Stel de stuurgroep samen
- Klaar voor de start?
- Stel een projectgroep samen en benoem de projectleider
- Selecteer een team
- Schrijf een implementatieplan

**Implementeren**

- Voer een fidelity nulmeting uit
- Stel een eerste werkplan op
- Ontwikkel fasegerichte interventies
- Wie gaat dat betalen?
- Zet trainingen in
- Uitkomsten bijhouden
- Breng ervaringen naar buiten
- Pak barrières aan
- Pak onvoorziene gevolgen aan

**Behouden**

- Overzicht houden
- Inbedden in systemen
- Herhalen van fidelity-metingen
- Volg uitkomsten
- Netwerken
- Bied doorlopende training
- Breid het aanbod uit
- Sta stil bij wat bereikt is

## A. Probleemverkenning

De uitgangssituatie van organisaties die aan het begin staan van geïntegreerd behandelen wordt gekenmerkt door een traditionele benadering van cliënten met een dubbele diagnose. De GGZ en verslavingszorginstellingen bieden parallelle of sequentiële behandeling, dat wil zeggen dat de problemen van de cliënt opeenvolgend of naast elkaar worden behandeld, door verschillende (delen van) instellingen, verschillende hulpverleners en op gescheiden tijdstippen. De behandeling richt zich vaak niet op herstel van meerdere levensgebieden. Managers en behandelaren in deze organisaties merken misschien al wel dat deze behandelstructuur onvoldoende effectief is.

Vaak is de aanleiding om na te denken over een andere manier van hulpverleners min of meer ongepland. Dat kunnen bijvoorbeeld een ongewoon hoog persoonsverloop of tegenvallende uitkomsten zijn, iets dat opvalt in de dagelijkse routine. De vraag om stil te staan bij de gang van zaken kan van verschillende kanten komen: zorgverzekeraars, de politiek, bestuurders, behandelaren, cliënten of naastbetrokkenen.

In 2009 werd door de Inspectie van Volksgezondheid het rapport uitgebracht: 'Cliënt met schizofrenie en verslaving gebaat bij meer samenhang in zorgaanbod'. De ondertitel luidt: Geaggregeerde rapportage van het thematisch toezicht naar de zorg voor de schizofrene cliënt met middelenafhankelijkheid in 33 geïntegreerde GGZ-instellingen.

In dit rapport werd gekeken naar een aantal indicatoren, afkomstig uit de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie en andere evidence-based inzichten. Het merendeel van de instellingen had naar oordeel van de inspectie de zorg kwalitatief goed georganiseerd, maar niet allemaal. Aan deze instellingen werd gevraagd een plan van aanpak ter verbetering te leveren, waarvan de uitvoering in 2010 werd getoetst in het jaargesprek van de inspectie met de Raad van Bestuur.

Naar aanleiding hiervan heeft een aantal instellingen besloten hun behandeling van deze en andere dubbele diagnose doelgroepen meer geïntegreerd te gaan aanbieden.

Het IGZ rapport is te vinden op de site [www.igz.nl](http://www.igz.nl).

Het kunnen soms ook heel onverwachte gebeurtenissen zijn, die een verandering in gang zetten. Zoals in onderstaand voorbeeld, waar ineens ruimte ontstond om stil te staan bij de gang van zaken.

### Paviljoen zwaar beschadigd na brand Huize Padua

Publicatie: omroep Brabant 6 maart 2011

**BOEKEL** - Het zal nog wel even duren voordat de achttien bewoners terug kunnen keren naar hun paviljoen in Huize Padua in Boekel. Volgens de brandweer is hun woonvoorziening zondagavond zo goed als uitgebrand.

In het pand verbleven cliënten met ernstige psychiatrische problemen. Een aantal kon binnen de organisatie van de GGZ Oost Brabant de nacht doorbrengen; enkele bewoners bij een andere instelling. Niemand is gewond geraakt.

Het team van dit paviljoen was al langer bezig om de zorg aan hun cliënten te verbeteren, maar dit kwam door de drukte van alledag niet goed van de grond. De brand en noodgedwongen verbouwing van het paviljoen werd aangegrepen om een implementatietraject op te zetten, om de afdeling te kunnen omvormen naar een dubbele diagnose afdeling.

### **Stap 1. Stel belangrijke vragen**

Het stellen van de juiste vragen is van belang om het implementatieproces zichtbaar te maken. Lange tijd was de verslavingsproblematiek van dubbele diagnose cliënten de reden om hen uit te sluiten van behandeling in de psychiatrie en hun ernstige psychiatrische problematiek was de reden voor uitsluiting in de verslavingszorg. Daardoor vielen zij vaak tussen wal en schip en werden niet behandeld of onderbehandeld. Ook voor hulpverleners was dit een onwenselijke situatie, zij merkten dat ze tekortschoten in de behandeling van deze cliënten. Onvrede over de resultaten van behandeling bij zowel behandelaren, bestuurders, cliënten als hun omgeving was het gevolg.

In een dergelijke situatie is het van belang dat bestuurders en behandelaren zich afvragen of mensen met dubbele problematiek binnen hun organisatie behandeling krijgen voor beide aandoeningen, bij voorkeur gelijktijdig. Hoe, waar binnen de instelling en door wie wordt deze behandeling geboden? Wanneer het antwoord op deze vraag negatief is of men het idee krijgt dat deze cliënten elders beter af zijn (en dit onwenselijk wordt gevonden), is het tijd voor verandering.

### **Voorbeelden van uitgangsvragen**

1. Is er een duidelijk beleid voor de behandeling van dubbele diagnose cliënten?
2. Hoe herkent uw instelling cliënten met een dubbele diagnose? Zijn er screenings- en assessmentinstrumenten in uw instelling beschikbaar?
3. Weet u welke cliënten co-morbide aandoeningen hebben en waar zij momenteel worden behandeld?
4. Bent u bekend met de hulpvragen en dagelijkse levensbehoeften van deze cliënten?
5. Zijn hulpverleners in staat om goed in te spelen op de hulpvragen van dubbele diagnosecliënten?
6. Verzamelt u behandeluitkomsten van deze cliëntengroep en analyseert en deelt u deze?
7. Is de geboden behandeling toereikend? Vindt u de uitkomsten bevredigend?

### **Stap 2. Begin het veranderingsproces**

Op het moment dat deze vragen zijn beantwoord én u vindt dat deze aanleiding geven tot verandering van het hulpverleningsproces, kunt u verkennen of het geïntegreerd behandel model geschikt is voor uw organisatie. De stappen in deze publicatie kunnen helpen bij de invoering van het model of onderdelen ervan.

## B. Werken aan consensus

In deze fase staan het afwegen van de voor- en nadelen van geïntegreerd behandelen centraal, het in kaart brengen van vragen, zorgen en aandachtspunten met betrekking tot het implementatieproces en het inwinnen van informatie bij collega-instellingen en/of een expertisecentrum. Deze activiteiten dragen bij om duidelijkheid te krijgen over de bereidheid en mogelijkheden om de implementatie te starten. Contact leggen met collega's die dezelfde weg hebben afgelegd (dat wil zeggen de implementatie van geïntegreerd behandelen) heeft als groot voordeel dat fouten die zij gemaakt hebben niet opnieuw gemaakt worden. Zij kunnen hun ervaringen en adviezen doorgeven.

De implementatie van geïntegreerd behandelen vraagt (soms) om grote veranderingen. De organisatie van deze veranderingen vraagt om een aanzienlijke investering in tijd, energie, menskracht en ook geld. Het is daarom belangrijk om goed voorbereid te starten. Geïntegreerde behandeling biedt hulpverlening voor zowel de psychiatrische aanpak als de verslaving, vanuit één centrale plek, door één team. Om dit te verwezenlijken zullen veel administratieve en klinische onderdelen van de organisatie nader bekeken, herordend, geëvalueerd en opnieuw vormgegeven moeten worden.

Deze handreiking is bedoeld om hierbij te helpen. Een implementatieproces kan niet sneller gaan dan het gaat, soms nemen voorbereidende stappen al een jaar in beslag. Het is daarom belangrijk om regelmatig na te vragen bij de medewerkers die betrokken zijn bij de implementatie of het proces nog de koers volgt die zij voor ogen hebben.

### Stap 1. Is verandering nodig?

Wat ook de reden is om te willen beginnen met geïntegreerd behandelen, de motivatie voor verandering moet vanuit de organisatie zelf komen. Als dat niet zo is, zal er veel weerstand en weinig verandering optreden. Het is daarom belangrijk dat u en uw medewerkers zelf tot een conclusie komen over hoe de hulpverlening aan dubbele diagnose cliënten eruit moet zien en naar welke uitkomsten gestreefd wordt.

Om deze gegevens te verzamelen kunnen allerlei onderdelen van de instelling en belangrijke ketenpartners ingeschakeld worden. Vraag hen om de volgende gegevens met betrekking tot uw cliënten:

- Van welk zorgaanbod gebruik gemaakt wordt;
- Met welke frequentie daar gebruik van wordt gemaakt;
- Wat is de duur van het gebruik;
- Wat zijn de kosten van het gebruik.

Daarnaast is het belangrijk om ook aan uw cliënten en hun naastbetrokkenen te vragen naar hun zorggebruik en mening over hun kwaliteit van leven.

Door te kijken naar deze vragen kunt u bepalen op welke plekken binnen uw organisatie de invoering van geïntegreerd behandelen het hardste nodig is en op welke doelgroepen gefocust moet worden. Wanneer de behandeluitkomsten voor cliënten met een dubbele diagnose op dit moment goed zijn (er is een behoorlijke mate van herstel en maatschappelijke re-integratie) en u kent het proces waarmee deze uitkomsten behaald zijn, dan is er binnen uw organisatie blijkbaar geen directe noodzaak tot innovatie. Het is natuurlijk wel belangrijk dat deze uitkomsten behouden worden.

## Stap 2. Wat gebeurt er nu en waarom?

Voordat u besluit dat de implementatie van geïntegreerde behandeling aan de orde is, is het belangrijk om stil te staan bij de rationale.

- *Waarom* wilt u deze verandering in gang zetten?
- Wat is de ontstaansgeschiedenis en wat zijn de motieven geweest voor de huidige structuren en inhoud van de hulpverlening?
- Hoe verhouden deze motieven zich tot de veranderingen die u nu voor ogen heeft?
- Zullen deze de verbetering brengen die u voor ogen heeft?
- Wat verwacht uw organisatie van invoering van geïntegreerd behandelen en welke doelen streeft zij na?
- Hoe wil zij die doelen operationaliseren?

### Kenmerken van de organisatie

Bij het LEDD is een vragenlijst verkrijgbaar waarmee u kunt bepalen in welke mate de organisatie er klaar voor is om geïntegreerd behandelen te implementeren. Deze lijst is een bewerking van de General Organisational Index (zie deel 1).

De vragen gaan, onder andere, in op:

- Welke definities gangbaar zijn in de organisatie;
- Wat de houding van de medewerkers ten aanzien van dubbele diagnose is;
- Hoe het team omgaat met veranderingen;
- Ervaringen in het verleden met implementatieprojecten;
- Of er een duidelijke trekker is voor de implementatie van geïntegreerd behandelen;
- In hoeverre de huidige praktijk en visie al overeenkomen met de uitgangspunten van geïntegreerd behandelen;
- Of er voldoende financiële ruimte is voor een implementatietraject.

U kunt deze vragenlijst vinden op [www.ledd.nl](http://www.ledd.nl).

## Stap 3. Verzamelen van bruikbare informatie

Investeer in het verzamelen van goede informatie over geïntegreerde behandeling voordat er geld wordt uitgegeven en er daadwerkelijke veranderingen in gang worden gezet. Hiermee bereidt u uzelf, uw collega's en uw onderdeel van de instelling voor op wat gaat komen, kunnen twijfels en weerstand weggenomen worden en worden de onvermijdelijke kosten beter in kaart gebracht.

Er is in Nederland inmiddels voldoende informatie aanwezig over wat het betekent om geïntegreerde behandeling te implementeren. Bronnen van informatie zijn bijvoorbeeld:

- Het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) biedt een informatieve website, faciliteert het Platform Dubbele Diagnose, heeft een vraagbaakfunctie, verzorgt presentaties en introductietrainingen;
- Werkbezoeken (of telefonische gesprekken) bij collega-instellingen: de beste bron van informatie zijn over het algemeen collega instellingen die al verder in het implementatieproces zijn. Vragen die aan hen gesteld kunnen worden zijn:
  - Wat zijn de belangrijkste voordelen van het implementeren van geïntegreerd behandelen voor team en cliënten?

- Wat zijn de belangrijkste hindernissen of knelpunten tijdens de implementatie geweest? Hoe zijn deze opgelost?
- Wat zijn de drie belangrijkste factoren die het moeilijk maken om het werken met geïntegreerd behandelen vol te houden? Wat zijn uw plannen om deze factoren aan te pakken? Hoe bent u op deze aanpak gekomen?
- Stel dat u het implementatieproces over zou mogen doen. Wat zou u precies zo weer doen en wat zou u anders aanpakken?

#### **Stap 4. Maak een sterkte en zwakte analyse**

De verzamelde informatie kan worden gebruikt om de behoeftepeiling opnieuw te bekijken. Nu is het waarschijnlijk gemakkelijker om een aantal belangrijke vragen beter te beantwoorden. Onderstaande punten kunnen gebruikt worden om de voor- en nadelen van het invoeren van geïntegreerd behandelen tegen elkaar af te wegen.

- Bekijk de verkenning nogmaals en maak een lijst van de behoeften van cliënten, hulpverleners, betrokken ketenpartners. Zal geïntegreerd behandelen aan deze behoeften tegemoet komen?
- Wat is er binnen uw organisatie al aanwezig om de invoering van geïntegreerd behandelen te faciliteren en hoe kunt u deze zaken optimaal inzetten?
- Waar liggen drempels en hoe kunnen die worden overwonnen?
- Wat zijn de geschatte inspanningen van het beoogde implementatieproject en hoe kunnen die worden gefinancierd?
- Is er procesondersteuning beschikbaar, in welke vorm en tegen welke kosten?
- Zijn er aanvullende financiën beschikbaar, bijvoorbeeld medefinanciers of project-subsidies?
- Hoe hebben de collega-instellingen deze barrières overwonnen?

#### **Stap 5. Betrek het management**

De inventarisatie uit de vorige stappen heeft de voor- en nadelen van de invoering van geïntegreerd behandelen verduidelijkt. Deze kennis kan worden ingezet om draagvlak en consensus over de noodzaak van geïntegreerd behandelen te vergroten. Het is belangrijk om alle lagen van de organisatie bij de plannen te betrekken, omdat geïntegreerd behandelen de hele organisatie raakt. De leidinggevenden en hoger management moeten geïnformeerd worden om hun medewerking te krijgen. Bovendien kunnen zij later in het proces ingezet worden om het draagvlak te vergroten en op directieniveau met andere organisaties te overleggen.

Enige voorbeelden van beleidsvragen rond de implementatie:

- Welke activiteiten vergoed worden (outreach, training);
- Wat gaan de uitkomstmaten worden? Voortgang door fasen, abstinentie, dagbesteding/werk, huisvesting, kwaliteit van leven in plaats van uitstroom?
- Hoe worden processen en procedures gedocumenteerd?
- Hoe worden cliëntgebonden gegevens gedocumenteerd (uitkomsten screening en assessment, behandelplannen)?
- Wijzigingen in de organisatie structuur (inter- of supervisie, zorgorganisatie per team in plaats van zorgprogramma's);
- Team samenstelling, welke disciplines moeten aangetrokken worden? Welke functienschrijvingen horen daarbij?

- Is de fysieke omgeving geschikt? Is er bijvoorbeeld ruimte om groepen te draaien?
- Is er ruimte om tijd vrij te maken voor deelname in werkgroepen, overleg en inter- en supervisie?

### **Stap 6. Besteed aandacht aan hinderpalen**

Het is belangrijk om eventuele twijfels met betrekking tot invoering van geïntegreerd behandelen te onderzoeken en serieus te nemen. Ook tijdens het geïntegreerd behandelen en implementatieproces kunnen geregeld weer vragen en twijfels opkomen. Door stil te staan bij dergelijke twijfels en vragen en deze met anderen, zoals bijvoorbeeld collega-instellingen of met experts, te bespreken, kunnen vragen worden beantwoord en onzekerheden worden gedeeld of weggenomen. Uitwisseling met anderen kan inspireren en nieuwe ideeën genereren. De ervaring samen met anderen bezig te zijn op eenzelfde weg met eenzelfde doel, namelijk het vergroten van de kwaliteit van leven van dubbele diagnose cliënten, biedt steun.

Adviesorganisaties kunnen u op basis van hun kennis en expertise op maat adviseren over een implementatieproject dat past binnen uw organisatie en zorggebied. In Nederland biedt het LEDD mogelijkheden om u te adviseren en ondersteunen bij de implementatie van geïntegreerd behandelen. Ondersteuning kan in verschillende varianten vormgegeven worden, van een eenmalig adviesgesprek tot inhoudelijke ondersteuning tijdens het hele implementatieproces.

#### **TIP**

Organisatorische verandering is veel complexer dan persoonlijke verandering. Niet alle betrokkenen zullen op hetzelfde moment van mening zijn dat geïntegreerd behandelen een meerwaarde heeft, mensen veranderen van mening en weer terug. Focus niet te veel op hindernissen en knelpunten, die zullen er namelijk **altijd** zijn. Vergeet niet waar het uiteindelijk om begonnen is: het vergroten van positieve uitkomsten voor zowel de cliënt als de organisatie!

## C. Voorbereiding

Na afronding van de vorige stappen gaat het er nu om medewerkers in uw eigen organisatie te motiveren voor invoering van geïntegreerde behandeling. Maar niet alleen zij, ook andere betrokken organisaties, ketenpartners en eventueel maatschappelijke organisaties (bijvoorbeeld MO en woon- en werkvoorzieningen) worden uitgenodigd om mee te denken over de mogelijkheden van implementatie van geïntegreerde behandeling. Sleutelfiguren als gezaghebbende psychiaters kunnen hun ervaring en expertise hiervoor inzetten en een actieve voortrekkersrol vervullen.

Alle informatie die hiervoor verzameld is, wordt ingezet om de verschillende doelgroepen te informeren en te betrekken bij de implementatie-activiteiten. In de communicatie ligt de nadruk op het volgende:

- Het belang van het opnemen van de principes voor geïntegreerd behandelen in missie en visie 'statements';
- De prevalentie van dubbele diagnose in de cliëntpopulatie;
- De gevolgen van dubbele diagnose voor cliënten en hulpverlening;
- Huidige uitkomsten, behoefte van cliënten en behoeften van hulpverleners en instellingen;
- De resultaten die door het inzetten van geïntegreerde behandeling worden nagestreefd;
- Huidige barrières voor verandering;
- Huidige bevorderende factoren voor verandering;
- Potentiële samenwerkingspartners.

### Stap 1. Definieer de rationale

Voordat u verder kunt gaan, is het belangrijk om te definiëren waarom de implementatie van geïntegreerd behandelen voor uw organisatie noodzakelijk is. Bekijk de missie en visie van uw organisatie goed en kijk of deze overeen komen met de uitgangspunten van geïntegreerd behandelen. Als dat *niet* het geval is, overweeg dan om de missie aan te passen en de veranderingen uit te leggen aan uw medewerkers. De principes van geïntegreerd behandelen zullen meer betekenis en invloed hebben als zij deel gaan uitmaken van de missie en waarden van uw organisatie.

### Stap 2. Identificeer sleutelfiguren

Voor een goed resultaat zal aan veel verschillende personen gevraagd worden hun enthousiasme, expertise en talenten in te zetten. Het is ook belangrijk een stuurgroep te formeren met daarin vertegenwoordigers van uw organisatie en van andere betrokken organisaties. Sleutelfiguren buiten de stuurgroep kunnen ingezet worden als kartrekkers (zie ook stap 4). Zij zullen het implementatieproces steunen door hun belangen, ideeën, zorgen en ervaringen en die van hun cliënten in te brengen.

#### *Samenstelling*

Maak een strategische keuze in wie hiervoor benaderd wordt. Wie kan een waardevolle bijdrage leveren aan de implementatie? Een goede mix van mensen met kennis én ervaring met het maken van beleid en het uitvoeren van zorginnovaties is nodig. Bovendien zijn er ook mensen nodig die toegang hebben tot financiële- en (politieke) beleidsniveaus.

### *Omvang*

Het is het meest effectief om een kleine stuurgroep samen te stellen. Kleinere groepen kunnen in het algemeen meer bereiken in een kortere tijd. Deze basisgroep kan altijd uitgebreid worden met meer mensen naarmate het implementatieproces vordert.

### *Wees bewust van strategische belangen*

Het aantrekken van deelnemers voor de stuurgroep is een praktisch én strategisch proces. In elke organisatie spelen kwesties rond macht, invloed en relaties, op alle niveaus. Benader daarom iedereen vanuit een positieve attitude en blijf gefocust op het gemeenschappelijk belang, waaronder de betere resultaten die geïntegreerde behandeling biedt.

### *Stel een lijst van namen op*

Een goed begin is om te starten met het opstellen van een lijst met alle sleutelfiguren die aan de stuurgroep deel zouden kunnen nemen. Begin met de het benoemen van een vertegenwoordiger uit elk onderdeel van de keten waarvan u denkt dat die betrokken zou moeten worden. De volgende personen kunnen in de stuurgroep gevraagd worden:

- Directie zorginhoudelijk
- Directie bedrijfsvoering
- Circuit/sector management
- Betrokken teamleiders
- Uitvoerenden (bijvoorbeeld casemanagers)
- Kwaliteitsmedewerker

Wie zijn de geschikte sleutelfiguren? Beantwoord de onderstaande vragen voor elke persoon om te bepalen of ze bereid en in staat zijn om een daadwerkelijke bijdrage te leveren.

#### *Interesse*

- Heeft laten zien geïnteresseerd te zijn in deze doelgroep en is bereid om hierin te investeren;
- Is in staat om assertief en accuraat zijn/haar instelling te kunnen representeren.

#### *Bereid*

- Staat bekend als iemand die goed kan samenwerken;
- Is bereid om cliënten door te verwijzen naar een geïntegreerd behandelteam of voorziening.

#### *Is in staat*

- Heeft een reputatie om bemoedigend en ondersteunend op te treden bij veranderingen;
- Heeft toegang tot middelen die het proces helpen of vergemakkelijken (kennis, contacten, fondsen);
- Heeft de positie om beleidsveranderingen in gang te zetten;
- Is in staat om ideeën goed en duidelijk over te brengen.

### **Stap 3. Werk aan draagvlak**

De uiteindelijke stuurgroep kan het beste uit een mix van belanghebbenden bestaan. Ga bij elke kandidaat langs, presenteer de plannen en vraag om feedback en vragen. Houd er rekening mee dat niet iedereen even ver is in zijn of haar gedachtevorming over geïntegreerd behandelen. Er zullen mensen zijn die u nodig heeft, maar die nog niet enthousiast zijn over het idee om mee te werken. Dit kan een barrière voor het slagen van het project zijn. U zult een manier moeten vinden om hen op een andere manier te betrekken of om aanvankelijk zonder hen te starten. Extern advies en ondersteuning kunnen hierbij helpen.

#### *Beleidsconsensus*

Het management heeft de positie om beleid zodanig aan te passen dat het geïntegreerd behandelen ondersteunt. Daarom moeten zij bij het implementatieproces betrokken worden. Als een organisatie de verantwoordelijkheid bijvoorbeeld bij een teamleider neerlegt, zal dat problemen gaan opleveren. Hij of zij zal vroeger of later tegen een aantal barrières oplopen die alleen managers kunnen opheffen. Denk bijvoorbeeld aan hoge productienormen voor casemanagers, waardoor zij geen outreachende of bemoeizorg activiteiten kunnen uitvoeren. Bovendien heeft het hoger management meer toegang tot sleutelfiguren als Raden van Bestuur.

#### *Teamconsensus*

Het is belangrijk om een team van hulpverleners te verzamelen die achter het geïntegreerde behandelmodel staan. Hulpverleners die gewend zijn aan de 'oude manier van hulpverleners' kunnen weerstand voelen om te veranderen.

Maak intern bekend dat de organisatie zich aan het klaarmaken is om geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnose cliënten te implementeren. Wees duidelijk over de uitgangspunten en help medewerkers om hun eigen voors en tegens in kaart te brengen.

#### *Ketenpartners betrekken*

In het proces van contact leggen met ketenpartners moet informatie gegeven worden over geïntegreerde behandeling zodat zij bekend raken met de basisprincipes, waaronder fasegerichte behandeling. Betrokken organisaties zullen mogelijk hun houding ten aanzien van dubbele diagnose moeten herzien en daarmee ook de interactie met uw instelling. In het verleden werden cliënten bijvoorbeeld naar de verslavingszorg verwezen met de verwachting dat abstinentie binnen drie maanden een uitkomst was. Geïntegreerd behandelen vindt meer stapsgewijs en gedurende een langere periode plaats. Er mogen geen onrealistische eisen aan cliënten worden opgelegd.

Vraag aan elke ketenpartner of zij meer willen weten over geïntegreerd behandelen en eraan willen bijdragen. Om enthousiasme te vergroten is goede en persoonlijke informatie nodig over de uitkomsten die bereikt kunnen worden met goede (modelgetrouwe) implementatie.

### **Stap 4. Kartrekkers aanwijzen**

Rolmodellen of kartrekkers zijn bevlogen mensen uit uw organisatie die staan voor de principes van geïntegreerd behandelen. Zij zijn de voortrekkers van de implementatie die anderen kunnen inspireren en enthousiasmeren. Ze kunnen bewust ingezet worden op een aantal momenten tijdens de implementatie: ze bezoeken stuurgroep- en teambijeenkomsten, lezen evaluatieverslagen. Omdat ze soms dicht bij het team zitten hebben

ze goed zicht op welke trainingen nodig zijn. Zij hebben contact met collega's in dezelfde positie en vertegenwoordigen regelmatig uw organisatie op bijeenkomsten en symposia. Kortom, deze trekkers houden de energie, de focus en de motivatie levend. Als zij geen bestuurders zijn, hebben ze ondersteuning van het hoger management nodig om te zorgen dat het beleid hen in hun positie ondersteunt.

### **Stap 5. Stel de stuurgroep samen**

Inmiddels is er een overzicht van personen binnen en buiten de organisatie die geïnteresseerd zijn in geïntegreerde behandeling en samenwerking. Er kunnen nu deelnemers uitgenodigd worden om deel te nemen in uw stuurgroep. De taak van de stuurgroep is om uw organisatie te helpen gefocust te blijven op de implementatie en de borging van de resultaten. De stuurgroep geeft richting. Daarnaast werken zij aan het verminderen van barrières tussen sectoren.

### **Stap 6. Klaar voor de start?**

Er is inmiddels al een heel aantal stappen genomen. Er is in kaart gebracht wat de huidige situatie is wat betreft de behandeling van dubbele diagnose cliënten, er is besloten dat geïntegreerde behandeling meerwaarde heeft voor uw organisatie en er is een stuurgroep geformeerd. De voorbereiding voor de implementatie is bijna klaar. Dit is het moment om terug te kijken en te bepalen of alle noodzakelijke aspecten zijn overwogen. De volgende zaken worden nagelopen:

- Aanwijzingen voor de noodzaak voor verandering;
- Factoren die van invloed zijn bij de invoering van geïntegreerde behandeling;
- Steun voor de implementatie binnen de eigen organisatie en partnerorganisaties;
- Recente ervaringen met het invoeren van zorginnovaties;
- Informatie uit de behoeftepeiling;
- Huidige visie op behandeling van dubbele diagnose cliënten;
- Aanwezigheid van een stuurgroep;
- Huidige en verwachte uitkomsten;
- Huidige vormen van hulpverlening en teamsamenstelling;
- Kennisniveau van de medewerkers, attitude en bereidheid om te veranderen;
- Structuren voor supervisie en intervisie;
- Betrokkenheid van cliënten en naastbetrokkenen bij het zorgproces;
- Financieringsmogelijkheden en fondsen voor implementatie;
- Samenwerkingspotentieel met ketenpartners;
- Kennis over de kerncomponenten van geïntegreerd behandelen en implementatieprocessen.

U kunt deze inschatting zelf maken of er extern advies bij vragen. Sommige instellingen zullen concluderen meer menskracht en financiën nodig te hebben voordat ze het proces kunnen starten.

### **Stap 7. Stel een projectgroep samen en benoem de projectleider**

Als het besluit is om door te gaan met de plannen, is het tijd om een projectgroep en een formele projectleider te benoemen. Het verschil tussen de stuurgroep en de projectgroep is dat de eerste adviseert terwijl de projectgroep uitvoert.

De projectgroep bestaat uit personen uit uw eigen organisatie. Deze groep is hoofdvantwoordelijk voor de implementatie van geïntegreerde behandeling. Zij sturen de in-

houdelijke beslissingen aan, in samenspraak met het team en volgen de gegeven behandeling. Ook volgen zij de opzet en uitvoering van verbeter- of werkplannen. Zij inventariseren de opleidingsbehoefte en coördineren de trainingen.

Het is erg belangrijk om goed voorbereid aan de implementatie te beginnen. Vraag uw projectteam om aan de hand van de volgende vragen nogmaals te bepalen of de organisatie er klaar voor is:

- Is er consensus over de implementatie?
- Is dit de juiste tijd om organisatieveranderingen in te zetten?
- Hebben we de tijd en energie om ons echt te committeren aan het implementatieproces?
- Zijn we ervan overtuigd dat we voldoende financiële middelen hebben om geïntegreerde behandeling aan te bieden?
- Zijn we bereid het beleid en de procedures te veranderen?

### **Activiteiten van de projectgroep**

- Het bespreken en beoordelen van de inventarisatie van de uitgangssituatie;
- Benoemen en minimaliseren van belemmeringen voor implementatie en uitvoering;
- Een overkoepelend implementatieplan opstellen;
- Een werkplan opstellen (met het team) naar aanleiding van de fidelity uitkomsten;
- Het vaststellen en volgen van gewenste uitkomsten op proces- en cliëntniveau;
- Het plannen van een startbijeenkomst voor sleutelfiguren om bekendheid aan de plannen te geven en enthousiasme te kweken;
- De fidelitymeting uitvoeren en de uitkomsten bespreken;
- In kaart brengen en versterken van administratieve processen en praktijken (behandelplannen, documentatie);
- Bespreken van uitkomsten en vorderingen (minimaal elke 3 maanden);
- Bijhouden van kwaliteitsverbeteringen;
- Zoeken naar aanvullende financiering, als dat nodig is.

Het LEDD heeft veel ervaring met implementatieprojecten en raadt de onderstaande projectstructuur aan. Maak echter altijd de overweging of deze structuur past bij uw organisatie, mogelijk vraagt uw specifieke structuur om meer of minder onderdelen.

<b>Externe adviesorganisatie biedt ondersteuning aan alle niveaus</b>	<b>Projectniveaus</b>
	<b>Raad van bestuur:</b> draag de boodschap uit "Dit is belangrijk, dit is de kant die we uitgaan in deze organisatie".
	<b>Stuurgroep:</b> legt de kaders neer, communicatie met de RvB, faciliteert de benodigde stappen.
	<b>Projectgroep en projectleider:</b> bepalen de inhoud, maken werkplannen, creëren draagvlak op alle niveaus.
	<b>Aandachtsfunctionaris:</b> vormt de brug tussen het uitvoerende team en de projectgroep, stroomlijnt de informatie, motiveert teamleden, inhoudelijke voeding van het team.
	<b>Team(s):</b> interventies uitvoeren, cliëntcontacten, scholing.

De projectleider is de spil van de implementatie. Er moet gezocht worden naar een persoon die meerdere rollen tegelijk kan vervullen. Er zijn organisatievaardigheden nodig, daadkracht, abstractievermogen, relativerend vermogen, enthousiasme, humor, verbindend vermogen maar ook de kracht om snel beslissingen te nemen en flexibel te handelen.

Dit alles betekent dat er veel van deze persoon gevraagd en verwacht wordt. Een HBO werk- en denkniveau is noodzakelijk. Verder zijn onder andere belangrijk:

- Voldoende tijd beschikbaar waarin de projectleider zich op het project kan richten;
- Voldoende bevoegdheid om te sturen;
- Een korte lijn met het management;
- Kunnen werken volgens een methodische aanpak.

De projectleider is weliswaar de organisatorische trekker van de implementatie, maar de steun van het management, inclusief directie of Raad van Bestuur is een harde voorwaarde. Het management heeft de taak om het team en de teamleden te faciliteren in tijd en middelen en de boodschap uit te stralen dat de invoering van geïntegreerde behandeling noodzaak is en geen vrijblijvende keuze.

### **Taken van de projectleider per fase van het implementatietraject**

#### Vorbereidingsfase:

- Afstemming met het management;
- Afstemming met cliënten(vertegenwoordigers)/ervaringsdeskundigen;
- Noodzakelijke randvoorwaarden creëren (tijd/geld);
- Commitment bewerkstelligen op de afdelingen/teams;
- Samenstellen projectteam;
- Organiseren van de bijeenkomsten van het projectteam;
- Informeren van overige medewerkers;
- Informatie verkrijgen: SWOT-analyse of getrouwheidsmeting (organiseren);
- Doelen helder krijgen;
- Verwachtingen over en weer afstemmen;
- Projectplan en communicatieplan opstellen;
- Draagvlak creëren voor het projectplan.

#### Uitvoeringsfase:

- Uitvoeren projectplan;
- Veranderingen doorvoeren;
- Resultaten tussentijds evalueren;
- Activiteiten bijstellen of nieuwe activiteiten opstarten;
- Communicatieplan uitvoeren;
- Regelmatig overleg met management;
- Enthousiasmeren teamleden;
- Project aansturen;
- Bewaken van de voortgang.

#### Fase van borging en verspreiding:

- Inspirator voor andere afdelingen/teams;
- Successen vieren;
- Successen bekendmaken en verspreiden;
- Projectresultaten uitbouwen;
- Verdere verspreiding.

*Voorbeeld uit: Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ (Hendriksen et al 2012).*

### **Stap 8. Selecteer een team**

In de eerste inventarisatie is gekeken naar de afdelingen/teams die het meeste belang hebben bij een geïntegreerde behandeling. Het is waarschijnlijk niet mogelijk om nu al deze teams direct te betrekken bij het implementatieproces. In dat geval moet een keuze worden gemaakt voor het team dat als eerste start. Als het beginnende team eenmaal een redelijke modelgetrouwheid en goede resultaten heeft bereikt, kunnen er uitbreidingen gepland worden.

Sommige instellingen zullen in de gelegenheid zijn om de implementatie van geïntegreerde behandeling vorm te geven door een nieuw behandelteam op te zetten. Hoe een dergelijk team er qua opbouw en inhoud idealiter uitziet, kunt u vinden in deel 1 (multidisciplinair behandelteam).

In de praktijk zal geïntegreerde behandeling echter vaker ingevoerd worden in een of meerdere bestaande teams. Bij de keuze van de teams is een aantal overwegingen van belang:

- Kijk welke teams aangegeven hebben problemen te hebben met contact maken en behandelen van dubbele diagnose cliënten of welke teams matige resultaten met deze doelgroep hebben;
- Vraag na welke teams open staan voor veranderingen in werkwijzen en attitude;
- Onderzoek of er voldoende rust in het team is. Conflicten of reorganisaties zullen de aandacht en energie van de teamleden teveel van de implementatie afhouden;
- Vraag na of er vanuit andere organisatie onderdelen in dezelfde periode plannen zijn om nieuwe methodieken of systemen in te voeren. Het gevaar is dat teams die bekend staan als bereidwillig en lerend steeds opnieuw uitgekozen worden om verbeteringen in te voeren, waardoor ze overvraagd kunnen worden.

### **Stap 9. Schrijf een implementatieplan**

Een eerste implementatieplan is een lijst van praktische zaken om geïntegreerd behandelen op te starten. Het plan is bedoeld om richting te geven aan de eerste activiteiten van de projectgroep. De externe adviesorganisatie (of een andere vorm van advies) kan eventueel van dienst zijn bij het schrijven van het implementatieplan.

Een goed startplan bevat minimaal de vier volgende onderdelen:

- Welk probleem moet worden aangepakt?
- Wat willen we bereiken?
- Hoe gaan we data doen?
- Taken die gedaan moeten worden;
- Personen die hiervoor verantwoordelijk zijn;
- Planning en tijdsplan wanneer taken klaar moeten zijn.

Er zijn allerlei verschillende formats voor werkplannen te bedenken. Een goed voorbeeld is te vinden op de site van ZonMw. Hier staan onder het thema 'implementatie' veel tips en materialen om u te helpen bij het schrijven van een goed implementatieplan.

<http://www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/thema-detail/>

### **Kick-off**

Nu het tijd is om in actie te komen, is ook het moment aangebroken om dit officieel te starten met alle betrokken sleutelfiguren. Dat kan bijvoorbeeld door een 'kick off' bijeenkomst te organiseren. Neem daarin de tijd om het model, uitgangspunten en aanpak te beschrijven. Benadruk ook de verwachte uitkomsten. Het is belangrijk om te benadrukken dat de implementatie van geïntegreerde behandeling niet alleen uw eigen organisatie raakt, maar dat het een gezamenlijke inspanning is. Het succes van de implementatie is voor een belangrijk deel afhankelijk van de actieve inzet van iedere betrokkene.

### **Programma Kick-off bijeenkomst Doorbraak Dubbele Diagnose**

10:00 uur	Ontvangst met koffie en thee
10:15 uur	Welkom door de dagvoorzitter (stuurgroep)
10.30 uur	Geïntegreerde behandeling bij Dubbele Diagnose. Presentatie over de geïntegreerde behandeling
11.30 uur	Teams aan het werk: kennismaking (teams stellen zich aan elkaar voor)
12.30 uur	Lunch
13:15 uur	Uitleggen opdracht
13:30 uur	Teams aan het werk: SWOT-analyse (Teams inventariseren waar hun sterke en zwakke kanten liggen m.b.t. behandeling en begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose)
14:30 uur	De werkwijze, de planning en het project Dubbele Diagnose
15.00 uur	Pauze
15.30 uur	Teams aan het werk: doelen. Om de doelen te realiseren zijn vier verbeterthema's geformuleerd. Teams stellen per thema hun prioriteiten vast en maken een aanzet tot het formuleren van doelen
16.30 uur	Plenaire terugkoppeling
17.00 uur	Afsluiting van de dag



## D. Implementeren

In deze fase gaat de implementatie echt van start. De invulling van de geïntegreerde behandeling begint met het vormgeven van fasegerichte behandeling aan dubbele diagnose cliënten. De projectgroep en de stuurgroep volgen de voortgang door de werkplannen te bekijken, voortgangsverslagen te lezen en de resultaten te analyseren. Bovendien is het belangrijk om de verschillende reacties op de veranderingen te volgen. Zowel het project- als de stuurgroep blijven informatie geven aan iedereen die door de implementatie geraakt wordt, lossen eventuele conflicten op en doen hun best barrières voor verandering op te heffen.

Dit is ook het moment dat project- en teamleden deelnemen aan deskundigheidsbevordering om te leren de principes in praktijk te brengen.

### Stap 1. Voer een fidelity nulmeting uit

De fidelitymeting is een objectieve en onafhankelijke manier om de huidige behandeling van dubbele diagnose cliënten af te zetten tegen de verschillende onderdelen die geïntegreerde behandeling omvat. Het is geen audit of accreditatie. Het is puur een instrument ter kwaliteitsverbetering dat u helpt te bepalen welke stappen er genomen moeten worden.

Een fidelitymeting kan het beste jaarlijks uitgevoerd worden. Samen met de werkplannen die uit de meting volgen vormen zij een belangrijk terugkerend onderdeel van de verbetercyclus.

#### Wie neemt de fidelity af?

In Nederland worden fidelity (nul)metingen over het algemeen uitgevoerd door medewerkers van het LEDD, vaak in combinatie met getrainde medewerkers van de eigen instelling.

Het zelf uitvoeren van een fidelitymeting wordt ontraden omdat de ervaringen in de Verenigde Staten en in Nederland hebben aangetoond dat deze metingen niet objectief zijn en daardoor minder waarde hebben voor het implementatieproces. Hiermee bedoelen we de constructie dat teamleden hun eigen team gaan bevragen of een team waarbij zij op een of andere wijze nauw betrokken zijn.

Een goede constructie is om onderzoeks- of opleidingsmedewerkers van de instelling deze rol te geven. Ook zijn er instellingen die een pool van medewerkers getraind hebben die intern ingezet kunnen worden, zodat fidelity uitvoerders beschikbaar zijn die voldoende afstand tot het bekeken team hebben.

#### *Fidelity Schaal*

Met de fidelitymetingen wordt bijgehouden in hoeverre het team aan dubbele diagnose cliënten geïntegreerde behandeling biedt en gebruik maakt van aangewezen effectieve interventies.

De meting maakt gebruik van twee instrumenten: de geïntegreerd behandelen fidelity-schaal en de General Organizational Index (GOI). De schalen die door het LEDD worden gebruikt zijn aangepast aan de Nederlandse situatie. De fidelityschaal is behandelinhoudelijk en is opgebouwd uit 14 items. Dit instrument meet de huidige situatie en activiteiten, niet de activiteiten die men van plan is te gaan uitvoeren.

De GOI bestaat eveneens uit 14 items, maar richt zich op de kenmerken en processen in de organisatie. Gekeken wordt of deze ondersteunend zijn om geïntegreerde behandeling te implementeren en te borgen.

### *Gegevensverzameling*

De meting bestaat uit interviews met de projectleider, een aantal casemanagers, programmaleiders, cliënten, psychiater of voorschrijvend arts en de verslavingsdeskundige. Daarnaast worden er dossiers bekeken aan de hand van een aantal vragen en wordt, indien mogelijk, een teambijeenkomst geobserveerd.

### *Fidelityscoring en rapportage*

De (externe) fidelity uitvoerders evalueren alle gegevens en scoren deze met behulp van de fidelityschaal. De argumenten voor de scores worden altijd eerst met alle uitvoerders besproken om consensus te bereiken over de eindscores. Daarna wordt er een rapportage geschreven met daarin per item de argumentatie. De rapportage bevat ook eindconclusies en aanbevelingen waarmee een volgende stap in het verbeterproces gezet kan worden. Vervolgens wordt een terugkoppeling naar het team gegeven.

#### **DDCAT en DDCMHT**

Twee andere schalen waarmee bepaald kan worden in welke mate uw instelling dubbele diagnose behandeling biedt zijn de:

- Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index, voor instellingen waar de nadruk ligt op verslavingsbehandeling en de
- Dual Diagnosis Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) Index, voor instellingen waar de nadruk ligt op psychiatrische behandeling.

Beide indexen zijn getrouwheidsinstrumenten voor het meten van het programma-aanbod aan dubbele diagnose cliënten. De indexen zijn in ontwikkeling sinds 2003, en zijn gebaseerd op en verwant aan eerder ontwikkelde getrouwheidsschalen (DACT, IDDTfidelity schaal). Het verschil is dat de indexen niet zozeer kijken naar een behandelteam dat geïntegreerd behandelen implementeert, maar meer naar de capaciteit van de setting waarin dat gebeurt. De IDDT-schaal en de DDCAT/DDMHT kunnen ook goed naast elkaar gebruikt worden.

Meer informatie over deze schalen is op de LEDD-site te vinden.

### **Stap 2. Stel een werkplan op**

Vaak wordt al tijdens de terugkoppeling van de fidelityrapportage naar het team een start gemaakt met het opstellen van een werkplan. Dit is belangrijk omdat het team op deze manier zelf kan aangeven waar wat hen betreft de prioriteiten liggen. Het draagvlak en de bereidheid om zich in te zetten voor de benodigde acties is daardoor veel groter.

Aan de hand van het werkplan kunnen de acties voor de komende tijd in kaart gebracht worden, wie verantwoordelijk is/zijn voor de uitvoering en binnen welke periode een actie uitgevoerd moet zijn. De projectgroep en de stuurgroep vullen het plan aan en beoordelen ze op kwaliteit en haalbaarheid.

Evenals het eerste implementatiewerkplan bestaat het fidelitywerkplan uit (minimaal) deze vier onderdelen:

- De verbeterdoelen en de streefscores;
- De benodigde acties;
- De personen die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering;
- De planning en de deadline.

De fidelity omvat een groot aantal onderdelen (zie deel 1). Een eerste stap naar aanleiding van het verslag is met het team te bepalen welke doelen prioriteit moeten krijgen. Daarna kan per doel uitgewerkt worden welke stappen genomen moeten worden om tot het gewenste resultaat te komen. Maak de stappen en de acties niet te groot, een werkplan dat overzichtelijk en concreet is heeft meer kans van slagen dan een ambitieus en complex plan. Werkplannen zijn werkdocumenten, dat wil zeggen dat zij voortdurend aangepast en aangevuld worden gedurende de implementatie.

U kunt op de LEDD-site het **format** voor een fidelitywerkplan vinden.

### **Stap 3. Ontwikkel fasegerichte interventies**

Binnen geïntegreerde behandeling wordt benadrukt dat herstel geleidelijk bereikt wordt middels het doorlopen van verschillende fasen van verandering en behandeling. Daaruit volgt dat grote veranderingen als abstinentie, het kunnen omgaan met symptomen en zo zelfstandig mogelijk wonen, voortkomen uit een serie van kleine veranderingen in gevoel, gedachten en gedrag. De hulpverlening dient daarop in te spelen.

Dit is het moment dat het behandelteam het idee van fasegericht werken naar handelen gaat vertalen. Ook dit proces zal overigens in fasen verlopen!

Allereerst moeten teamleden het onderscheiden van de fasen in de vingers krijgen. Dat wil zeggen dat ze nauwkeurig in kaart brengen wat de ervaringen van de cliënt zijn, wat de symptomen van beide stoornissen zijn en waar de cliënt zelf aan wil werken. Daarna moet bepaald worden wat de meest gepaste interventies zijn, behorende bij de fasen van verandering.

De teamleden zullen waarschijnlijk nieuwe vaardigheden moeten ontwikkelen of deze verder oefenen. Niet iedereen zal hier gelijk de noodzaak van inzien ("ik doe dit werk toch al jaren" en "ach, motiveren, ik doe niet anders" zijn veelgehoorde reacties). Het heeft geen zin om teamleden te forceren, maar wees wel vasthoudend dat dit moet gebeuren.

Herinner hen eraan dat mensen met een dubbele diagnose het meeste vertrouwen krijgen in hun eigen herstel wanneer zij opeenvolgende kleine successen ervaren. Het erkennen en benoemen van deze successen door teamleden is erg belangrijk.

Behandelingsfasen	Kenmerken	Interventies
<p>1. Kennismakingsfase</p> <p><b>Doel: behandelrelatie opbouwen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandelrelatie nog niet gevestigd</li> <li>• Cliënt komt afspraken niet (goed) na</li> <li>• Cliënt gebruikt middelen en heeft psychische problemen</li> <li>• Cliënt is zich niet bewust van dubbele problematiek</li> <li>• Multipelen problemen (evt. crises)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandelrelatie/vertrouwen opbouwen (open houding!)</li> <li>• Primaire hulpverlening (bijvoorbeeld schuldsanering, crisisinterventie, gezondheidsbevordering)</li> <li>• Screening en assessment: dubbele problematiek, levensgebieden, krachtfactoren, hulpvragen van cliënt</li> <li>• Acceptatie van middelengebruik</li> <li>• Kennismaking met systeem</li> </ul>
<p>2. Overwegingsfase</p> <p><b>Doel: Bewustwording psychiatrische problematiek en middelenmisbruik om een weloverwogen keuze te maken voor verdere behandeling</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is een behandelrelatie</li> <li>• Cliënt komt geregeld op afspraken</li> <li>• Cliënt vertoont enige twijfel rondom psychiatrische problemen en middelenmisbruik</li> <li>• Problemen worden beter bespreekbaar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psycho-educatie over dubbele diagnose aan cliënt en systeem</li> <li>• Motiverende gespreksvoering</li> <li>• Overwegingsgroep gericht op bewustwording van dubbele diagnose</li> </ul>
<p>3. Actieve behandel fase</p> <p><b>Doel: gedragsverandering inzetten en ondersteunen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cliënt kiest voor a. doorgaan met gebruik, b. gecontroleerd gebruik of c. abstinentie</li> <li>• Cliënt gebruikt sinds enige weken minder of is gestopt</li> <li>• Uitglijders en terugvalmomenten komen voor</li> <li>• Cliënt stelt zich open voor dubbele diagnose behandeling</li> </ul>	<p><b>Indien a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harm reduction dubbele diagnose problematiek</li> <li>• Overwegingsgroep</li> </ul> <p><b>Indien b of c:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actieve behandelgroep/Libermanmodules Omgaan met Verslaving/Psychose/Medicatie</li> <li>• Anti-trekmedicatie</li> <li>• Terugvalmomenten gebruiken als leermomenten</li> <li>• Afspraken met systeem voor ondersteuning</li> <li>• Trajectbegeleiding: sociale contacten, zingeving, dagbesteding</li> <li>• Cliënt en systeem informeren over zelfhulp/lotgenotengroepen voor psychiatrische- en verslavingsproblemen</li> <li>• Basisaanname over middelengebruik onderzoeken en bewerken</li> <li>• Geïntegreerd terugvalpreventie- en signaleringsplan opstellen</li> </ul>
<p>4. Terugvalpreventiefase</p> <p><b>Doel: gedragsverandering consolideren</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinds enkele maanden gebruikt cliënt minder of geen middelen</li> <li>• Psychiatrische aandoening is gestabiliseerd. Cliënt kan met dubbele diagnose problemen omgaan en herkennen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participatie zelfhulpgroepen</li> <li>• Rehabilitatiemethodieken</li> <li>• Bekrachtiging nieuw gedrag</li> <li>• Herstel van evt. verbroken contacten</li> <li>• Cliënt kan rolmodel zijn voor anderen (bijvoorbeeld in overwegingsgroep en zelfhulpgroepen)</li> <li>• Terugvalpreventie en signaleringsplan verfijnen door geregelde evaluatie</li> </ul>

Bron: Arkin (Mentrum)

#### **Stap 4. Wie gaat dat betalen?**

Maak een lijst van alle behandelonderdelen die u wilt gaan aanbieden (bijvoorbeeld per fase van motivatiefase) en bepaal de (mogelijke) financieringsbron van elk onderdeel. Dit helpt om te bepalen wat al in huis is, wat nog niet en welke kosten aan aanvulling van het aanbod verbonden zijn.

Uit de ervaringen met implementatie van geïntegreerd behandelen blijkt bijvoorbeeld dat activiteiten als het aanschuiven bij een behandelplanbespreking van een andere instelling, cliënten bezoeken tijdens klinische opname of detentie en het uitvoeren van meer outreachende activiteiten momenteel door minder ambulante teams soms niet vergoed worden.

Er zal naar andere financieringsmogelijkheden gezocht moeten worden, of met budgetten en uren geschoven. De beste bron van advies hierbij zijn andere instellingen die geïntegreerde behandeling aanbieden. Vraag hen hoe zij hun budgetten hebben georganiseerd.

#### **Particuliere fondsen**

Denk bij het zoeken naar aanvullende (project)financiering ook eens aan particuliere fondsen. Op de website van het FIN, de vereniging van fondsen in Nederland vindt u een overzicht (<http://www.verenigingvanfondsen.nl/de>). Deze fondsen stellen vaak specifieke eisen aan een project wat betreft doelgroep, eindproduct of werkwijze, maar het is de moeite waard om eens te kijken of er iets voor u tussen zit. Zij kunnen bijvoorbeeld geïnteresseerd zijn om een specifiek onderdeel van uw implementatie te financieren.

#### **Stap 5. Zet trainingen in**

Het is belangrijk dat zowel projectleiders als hulpverleners kennis en vaardigheden opdoen om geïntegreerde behandeling in praktijk te brengen. Om dit te bewerkstelligen is het scheppen van een lerende omgeving nodig, waarin opleiding een vanzelfsprekend onderdeel is van ieders professionele ontwikkeling. Daarnaast functioneren teamleider en supervisors als rolmodel op de werkvloer en in de dagelijkse praktijk.

##### *Trainingsonderwerpen*

Maak een overzicht van de onderwerpen waarin uw medewerkers getraind moeten gaan worden. Begin zo breed mogelijk en breng daarna, in overleg met het team, een prioritering aan.

Een uitgebreide in-company training van het LEDD die regelmatig wordt gegeven omvat de volgende onderwerpen:

**Dagdeel 1: Werking van drugs en het verband tussen middelengebruik en psychische stoornissen**

- Middelen en effecten
- Wat is verslaving en de neurobiologie van verslaving?
- Redenen van gebruik
- Gevolgen van verslaving
- Interactie met psychiatrisch aandoeningen
- Craving en omgaan met trek
- Oefening maken noodplan
- Psychofarmaca en dopaminehuishouding
- Verslaving en somatiek

**Dagdeel 2: Introductie geïntegreerd behandelen**

- Inleiding dubbele diagnose
- Biopsychosociaal model, interactie tussen beide aandoeningen
- Verschillen tussen parallelle, lineaire en geïntegreerde behandeling
- Geïntegreerd behandelen-filosofie
- Onderdelen geïntegreerde behandeling
- Visieontwikkeling op geïntegreerd behandelen door middel van oefeningen en discussie

**Dagdeel 3: Fasenmodel en werken met fasen**

- Uitleg van het model (motivatie, behandeling)
- Oefeningen
- Opnemen in behandelplan

**Dagdeel 4: Screening en assessment**

- Inleiding op de doelen
- Instructie cage aid
- Instructie EuropASI

**Dagdeel 5 en 6: Verslaving en persoonlijkheidsstoornissen**

**Dagdeel 7 en 8: Rehabilitatie**

**Dagdeel 8, 9, 10 en 11: Motiverende technieken en gespreksvaardigheden**

**Dagdeel 12 en 13: Verslavingsbehandeling en terugvalpreventie**

- Voor- en nadelen balans;
- Functie- analyse;
- Cues en triggers;
- 5G schema;
- Omgaan met craving;
- Leren nee zeggen, etc.

### *Trainen van overige hulpverleners*

Het kan nuttig zijn om geïnteresseerde medewerkers aan (een deel van) de trainingen deel te laten nemen, ook als zij niet werken in het onderdeel waar geïntegreerde behandeling wordt geïmplementeerd. Dit zal de borging en verspreiding van de implementatie ten goede komen, omdat er een pool van getrainde mensen beschikbaar is om plekken in te vullen als die vrij komen door ziekte, pensioen e.d.

Het personeelsverloop in de GGZ is hoog, dus anticipeer daarop.

Zet een opleidingssysteem op waarin nieuwe mensen direct getraind worden in de benodigde vaardigheden om cliënten met dubbele diagnose adequaat te behandelen.

### **Stap 6. Uitkomsten bijhouden**

Evaluaties kunnen gebruikt worden om de effectiviteit van geïntegreerde behandeling aan te tonen. De gegevens geven de mogelijkheid om afstand te nemen van de drukte van alledag en belangrijke vragen te stellen, zoals: "Hoe goed doen we het?" en "Wat zouden we beter kunnen doen?"

Het is essentieel dat een organisatie een mechanisme ontwikkelt om gegevens te verzamelen, te evalueren en te rapporteren aan iedereen die met de behandeling van dubbele diagnose cliënten te maken heeft, waaronder:

- Cliënten zelf
- Naastbetrokkenen
- Hulpverleners
- Bestuurders
- Sleutelfiguren buiten de instelling
- Beleidsmakers
- Financiers
- Maatschappelijke omgeving

Een investering in een monitoringsysteem of uitbreiding van de ROM is behulpzaam bij het nemen van een onderbouwde beslissing over toekomstige investeringen in geïntegreerde dubbele diagnose behandeling. Zorg ervoor dat uw project- en stuurgroep de uitkomstenmaten hebben benoemd vóórdat u de uitvoering start. Zorg er ook voor dat u het proces heeft vormgegeven waarmee de uitkomsten worden verzameld, geregistreerd, geanalyseerd en beoordeeld.

In de eerste inventarisatie zijn gegevens verzameld die kunnen dienen als nulmeting. Uitkomsten die gemonitord kunnen worden zijn:

Uitkomsten niveaus	Clïëntniveau	Familie	Organisatie- en programma
Kwaliteit van leven	X	X	
Psychiatrische symptomen	X	X	
Alcohol en middelengebruik	X	X	
Abstinentie	X		X
Fasen van verandering	X		X
Opleidingsniveau	X		
Sociale relaties	X	X	
Justitiële problemen	X		X
Tevredenheid met hulpverlening	X	X	X
(Vrijwilligers)werk	X		X
Huisvesting	X		X
Psychiatrische opnames	X		X
Toename probleemoplossend vermogen	X	X	
Afname van last en stress		X	
Ziekte inzicht	X	X	
Zorggebruik	X		X
Crisisopnames	X		X
Dagen in detox	X		X
Kosteneffectiviteit			X

### *Evalueren van meetinstrumenten*

Er zijn vele meetinstrumenten beschikbaar die gebruikt kunnen worden om de data te verzamelen (zie deel 1 Screening en assessment). Kies de instrumenten die aan uw behoeften voldoen. Hieronder volgt een aantal tips die kunnen helpen bij het maken van uw keuze:

- Levert het instrument de gegevens die u nodig heeft om cliënt- en organisatie uitkomsten te volgen?

- Is het instrument ontworpen en getest voor een dubbele diagnose populatie?
- Is het instrument gemakkelijk genoeg af te nemen?
- Is het instrument onderzocht en gevalideerd?

### **Overzicht meetinstrumenten**

De website van het Tijdschrift voor Psychiatrie biedt een zeer uitgebreid overzicht van meetinstrumenten. Per instrument krijgt u de afkorting en de volledige naam van het instrument, de copyright gegevens van de internationale en eventuele Nederlandse versie, de verkrijgbaarheid van de Nederlandse vertaling, of het gratis te downloaden is en te linken naar de originele en vertaalde versie.

<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments/>

### **Stap 7. Breng ervaringen naar buiten**

Zowel het behandelteam als de projectgroep doet veel praktische ervaring op met de principes en de praktijk van geïntegreerd behandelen. Dit biedt de mogelijkheid om deze kennis te delen met sleutelfiguren en andere betrokkenen. Deel de kennis die u opdoet, bezoek hun organisaties en vraag hen bij u te komen kijken. Mogelijk kunnen ze aanschuiven bij trainingen.

Door ook de betrokkenen van buiten uw organisatie bij de deskundigheidsbevordering te betrekken wordt de extramurale continuïteit van het aanbod aan geïntegreerde behandeling bevorderd.

Ga door met het betrekken van sleutelfiguren bij uw implementatieproces en stel hen in de gelegenheid om hun expertise, ervaring en bronnen in te zetten voor de implementatie van geïntegreerde behandeling.

Het uitgeven en verspreiden van een (digitale) nieuwsbrief met vorderingen en successen kan een goede manier zijn om externe partners op de hoogte te houden en enthousiast te krijgen.

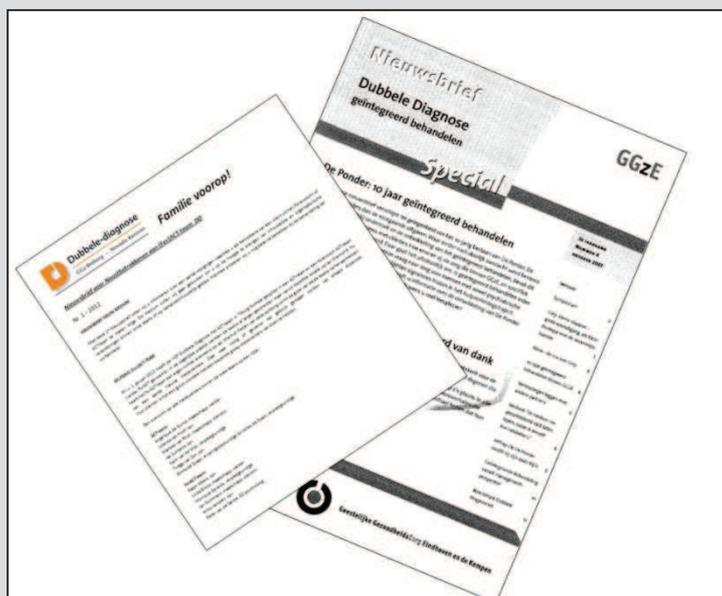
GGZ Oost Brabant steekt veel werk in het verspreiden van resultaten van innovatietrajecten. Op YouTube zijn filmpjes te vinden waarin verschillende projectleden verslag doen van hun ervaringen met bijvoorbeeld het project Drang en Dwang.

Zoektermen: GGZ Oost Brabant + drang en dwang



Ook het BING team in Groningen, een ACT team dat zich op dubbele diagnose cliënten richt, presenteert zich op YouTube.  
 Zoektermen: dubbele diagnose + bing

Andere instellingen kiezen voor nieuwsbrieven op papier of in digitale vorm. Deze kunnen intern en extern verspreid worden, maar ook op de website van een instelling geplaatst worden.



### Stap 8. Pak barrières aan

Tijdens het werken aan consensus heeft u (mogelijke) belemmerende factoren besproken. Nu de implementatie van start is gegaan zult u deze, en meestal ook nog andere, gaan tegenkomen. Als u merkt dat de vaart en de voortgang van het proces vertraagt of

zelfs tot stilstand komt, is het zaak om te kijken of deze factoren een rol spelen. De meest voorkomende barrières zijn verweven in het beleid, de procedures en praktijken van uw eigen, of samenwerkende instellingen. Geïntegreerde behandeling vraagt bijvoorbeeld om het denken in lange termijn doelen. Het kan zijn dat uw instelling momenteel het beleid heeft om na een aantal maanden zonder enig contact, de cliënt uit te schrijven. Dat staat in de weg van de lange termijn aanpak om de cliënt te helpen met het aanpakken van terugval, opnames, justitiële problemen of dakloosheid. Het is aan de stuurgroep om op aanwijzing van de projectgroep deze belemmeringen aan te pakken.

### Stap 9. Pak onvoorziene gevolgen aan

Er zijn gevolgen van de implementatie die u voorzien heeft, maar er zijn er ook die onvoorzien opduiken, zowel positief als negatief. Breng alle positieve en negatieve gevolgen in bij uw stuurgroepleden en vraag hen om aanbevelingen om hiermee om te gaan.

Bedenk dat uw medewerkers en andere betrokkenen zich moeten aanpassen aan de veranderingen die uw instelling aan het maken is. Timing en geduld zijn belangrijk. Soms is een negatieve reactie niet meer dan een eerste respons op verandering, die vrij snel gevolgd wordt door een meer positieve kijk op de situatie. Soms echter is er wel sprake van weerstand.

Bekijk de mogelijke gevolgen van het veranderen van de organisatorische processen. Het is niet altijd gemakkelijk om te voorspellen hoe mensen zullen reageren op plannen rond geïntegreerde behandeling. Het kan handig zijn om een plan te maken om te anticiperen op de eventuele negatieve gevoelens en reacties van medewerkers. Mogelijk moet u 'bondgenoten' zoeken die kunnen helpen bij het realiseren van het geïntegreerde behandelprogramma, met name onder de samenwerkingspartners buiten het directe team.

Vraag externe adviseurs om advies over hoe u het beste om kunt gaan met onbedoelde gevolgen. Zij zijn dit vaker tegengekomen in andere implementatietrajecten. Zij kunnen strategieën aanraden die ook voor u kunnen werken. Instellingen die verder zijn in hun implementatie zijn meestal erg bereid om hun ervaringen met collega's te delen. Deze ervaringen zijn van grote waarde in alle fasen van het implementatieproces.

<b>Praktijkervaringen met geïntegreerd behandelen: resultaten</b>	
<b>Vanuit teams</b>	<b>Vanuit cliënten</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorkomen frustratie</li> <li>• Voorkomen teleurstellingen</li> <li>• Mogelijkheid tot reflectie</li> <li>• Grotere tevredenheid over gegeven behandeling</li> <li>• Minder vroegtijdige dropout</li> <li>• Beter behandelrelatie</li> <li>• Haalbare doelen</li> <li>• Minder discussie</li> <li>• Uitdagender</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer serieus genomen</li> <li>• Niet meer weggestuurd</li> <li>• Meer vertrouwen</li> <li>• Meer zelfvertrouwen</li> <li>• Prettiger contact</li> <li>• Beter inzicht in problemen</li> <li>• Goede diagnostiek</li> <li>• Bijstaan bij terugval</li> </ul>

## **Uit de nieuwsbrief IDDT van Arkin (Mentrum)**

### **Interview Martje van Giffen met aandachtsfunctionarissen dubbele diagnose Sara Braaksma en Miranda Dijks (team Passeerdersstraat).**

#### **Hoe heeft jullie team de hoge score op de IDDT fidelitschaal voor elkaar gekregen en wat zijn de stappen die jullie tijdens de implementatiefase hebben gezet?**

*'Het was een lange weg met steeds weer nieuwe stappen. Belangrijk was dat we als team al snel de visie op geïntegreerd behandelen van dubbele diagnose deelden. Dat is een belangrijke motor geweest voor het implementatieproces. Steun van teamleider en psychiater waren wisselend. We hebben heel duidelijk gemerkt dat afwezigheid van die steun belemmerend werkte en aanwezigheid van die steun een goede impuls gaf. Het is dus essentieel dat de IDDT visie binnen alle gelederen van een team wordt gedragen en ook op het niveau van leidinggevende en psychiater actief wordt gesteund.*

#### **Trainingen belangrijke voorwaarde**

*De basistrainingen motiverende gespreksvoering en IDDT hebben geholpen om anders naar dubbele diagnose te gaan kijken en deskundigheid te verwerven om deze doelgroep te behandelen. We hebben er steeds voor gezorgd dat we nieuwe teammedewerkers meteen aanmeldden voor de basistrainingen, zodat zij mee konden in ons proces. De boostertrainingen hielpen ons om kennis op te frissen en te verdiepen en om onze vaardigheden motiverende gespreksvoering te oefenen. Gelukkig kregen wij deze trainingen als teamtrainingen; dat bood ons de gelegenheid onderling van gedachten te wisselen. Overigens lastig om motiverende gespreksvoering echt goed onder de knie te krijgen. Sommige hulpverleners hebben een natuurtalent voor motiverende gespreksvoering en pikken het snel op, omdat het past bij hun idealen en visie op hulpverlening. Voor anderen is het heel lastig zich deze gespreksmethodiek eigen te maken. Misschien is het daarom wel goed om bepaalde hulpverleners binnen een team zich te laten specialiseren in MGV en hen de specifieke taak te geven een aantal gerichte MGV gesprekken met cliënten te voeren over leefstijlverandering. De IDDT teamsupervisie door Sandra en Martje hielp om IDDT handen en voeten te geven in onze dagelijkse praktijk. We kregen een aparte training in het afnemen van de CAGE/CAGE AID en MATE modules. Aanvankelijk lieten collegae het graag aan ons over om screening en assessment van verslaving te doen. Door een teamtraining in deze meetinstrumenten, teamleden te laten oefenen in afname, het samen met hen te doen en te monitoren of zij daarna daadwerkelijk de CAGE en MATE afnamen en de resultaten daarvan gebruikten voor de behandeling, lukte het geleidelijk aan iedereen daarvoor verantwoordelijk te maken.*

#### **Checklist als hulpmiddel**

*We maakten een checklist met punten die voor een behandelplanbespreking moeten worden gedaan, zoals het invullen van CAGE en MATE en het vaststellen van de motivaatiestadia voor behandeling. We hebben in de loop van de tijd gemerkt dat belemmeringen om te spreken over middelengebruik doorgaans bij de hulpverlener vandaan komen en niet zozeer vanuit de cliënt. Cliënten willen graag over hun gebruik spreken: het is een belangrijk onderdeel van hun leven. In het begin was dit soms lastig. Het kon gebeuren dat wij dan net met een cliënt in gesprek waren over het middelengebruik en deze daarna daarop werd gesanctioneerd door de psychiater. Dan was alle openheid natuurlijk meteen weer van tafel en kostte het veel tijd om het onderwerp weer op de agenda te krijgen'.*

#### **Wat waren tijdens de implementatiefase bevorderende en belemmerende factoren?**

*'Bevorderende factoren waren zaken als de IDDT checklist voor behandelplanbesprekin-*

gen, de boostertrainingen en IDDT teamsupervisie, het faciliteren en monitoren van de afname van de CAGE en MATE en het actief op onze agenda houden van toepassing van motiverende gespreksvoering. De aanwezigheid van een goed bereikbaar en enthousiast IDDT supportteam was voor ons ondersteunend en stimulerend. Met name de waardering voor wat we bereiken doet ons goed.

Belemmerend was het als de IDDT visie onvoldoende werd ondersteund door teamleider en psychiater'.

**Wat heeft invoering van IDDT veranderd in jullie behandelaanpak van dubbele diagnose?**

'We zijn onze cliënten vanuit een open en niet oordelende houding gaan bejegenen. We zitten nu niet meer op beheersing, maar veel meer op begeleiding en coaching. We kijken nu veel meer naar wat onze cliënten zelf willen en proberen hen daarin te faciliteren en ondersteunen. Cliënten worden nu veel positiever benaderd en voelen zich nu veel meer uitgenodigd. Ook zien we meer vooruitgang bij onze cliënten'.

**Jullie integreren op een mooie wijze IDDT en SLM (Supported Living Model). In hoeverre biedt de combinatie van deze methodieken voldoende handvatten voor de behandeling van complexe en langdurige psychiatrische problematiek? Wat missen jullie eventueel nog?**

'IDDT en SLM sluiten goed op elkaar aan en vormen samen een goede combinatie om complexe en langdurige problematiek te behandelen. Samen bieden deze methodieken goede handvatten. Op dit moment missen we een psycholoog, een ervaringsdeskundige en een overwegingsgroep. Dit hadden we wel. Maar onze psycholoog en ervaringsdeskundige zijn wegbezuinigd. Een psycholoog, een ervaringsdeskundige en een overwegingsgroep bieden binnen de IDDT behandeling een onmisbare bijdrage'.

**Wat is nu de situatie binnen jullie team? Wat is er naar jullie idee nodig om jullie IDDT modelgetrouwheid te behouden?**

'Er staan ons team grote veranderingen te wachten als gevolg van de ambulantisering. Samen met het team van de Dolhaantjestraat en een aantal van onze cliënten verhuizen we naar de kliniek op de Domselaerstraat. Dat hakt er nu wel even in. Om in de toekomst IDDT en SLM getrouw te blijven werken zijn een aantal zaken van belang: De BU Wijkgerichte Zorg moet haar duidelijke IDDT beleid continueren. Ons team moet op basis van het laatste fidelity verslag een werkplan maken en daarmee aan de slag gaan.

Zodra de herstelkliniek op de Domselaerstraat van start gaat, moeten er lijnen worden uitgezet voor IDDT behandeling. Ook in de toekomst is het belangrijk dat dubbele diagnose aandachtsfunctionarissen IDDT op de kaart blijven houden. Onze psychiater is vertrokken. Het is belangrijk dat de nieuwe psychiater de IDDT visie ondersteunt en kennis heeft of krijgt van IDDT en motiverende gespreksvoering'.

Martje van Giffen



## E. Behouden

In de vorige stappen was de aandacht gericht op een verbetertraject waarin geïntegreerde dubbele diagnose behandeling centraal stond. Als u de stappen in deze handreiking heeft gevolgd, kan de behandeling verder vormgegeven worden.

De stappen op de volgende pagina's zijn bedoeld om uw organisatie te helpen om alle vooruitgang die tot nu toe is gemaakt ook te behouden en te verspreiden. De project- en stuurgroep zullen zich bijvoorbeeld blijven richten op de fidelitymetingen en uitkomsten terwijl uw instelling het geïntegreerde aanbod uitbreidt door meer behandelteams in te zetten, met meer cliënten, en door de principes van geïntegreerde behandeling toe te passen op andere onderdelen.

In deze fase kunnen er veranderingen plaatsvinden die de bereikte kwaliteitsverbetering in gevaar kunnen brengen. Te denken valt aan: uitbreiding van de organisatie, fusies, personeelwisselingen, het verlies van belangrijke voortrekkers, veranderingen in financieringsstromen, invoering van andere evidence based practices en veranderingen in het management. Het is een grote uitdaging om ondanks dergelijke 'bedreigingen' de bereikte kwaliteitsverbetering te behouden. De projectleiding en het management spelen daarin een belangrijke rol. De volgende stappen kunnen hierbij helpen:

### Stap 1. Overzicht houden

Als de implementatie al verder gevorderd is, hoeft de stuurgroep minder vaak bij elkaar te komen. Het projectteam gaat echter nog steeds door met de fidelitymetingen en de bijbehorende werkplannen. Zij zorgen ook voor continuïteit in de aansturing van de activiteiten als mensen van functie veranderen.

Hoewel de frequentie van de stuurgroepbijeenkomsten omlaag gaat komt de projectgroep nog steeds maandelijks of tweemaandelijks bijeen. Samen sturen ze een aantal activiteiten aan die de kwaliteitsverbetering gaande houden:

- Jaarlijkse fidelityverslagen bespreken;
- De werkplannen bespreken;
- Uitkomsten volgen;
- Aanbevelingen doen voor veranderingen in inhoudelijke processen en beleidsprocessen;
- Financiering van het vervolgplan.

### Stap 2. Inbedden in systemen

Het is erg behulpzaam voor het borgen van activiteiten om digitale systemen aan te passen, bijvoorbeeld door een geïntegreerd behandelplan, geïntegreerd signaleringsplan en terugvalpreventieplan op te nemen in het ECD. Maar denk ook aan het opnemen van geïntegreerde behandeling in de hele planning- en controlcyclus en de evaluatie daarvan (bijvoorbeeld opname van trainingen in begroting en jaarplannen, aannahme van verslavingsdeskundigen of juist psychiatrische deskundigen en de geregelde evaluatie van de uitvoering van de jaarplannen.

### Stap 3. Herhalen van metingen

Zonder regelmatig terugkerende fidelitymetingen, rapportages en werkplannen bestaat het gevaar dat de resultaten van verbeteractiviteiten wegzakken en de teams weer vervallen in 'oude' praktijken.

Op het moment dat er bijvoorbeeld bezuinigd moet worden en er besloten wordt om casemanagers weg te halen uit het dubbele diagnoseteam neemt de verhouding van cliënten per hulpverlener toe. Dit zal de kwaliteit van de hulpverlening niet ten goede komen. Wanneer een team een hoge fidelityscore heeft behaald, is er nog steeds aandacht nodig om het bereikte vast te houden. De GGZ is voortdurend in beweging waardoor verbeteringen die bereikt zijn niet vanzelfsprekend behouden worden zonder daar aandacht aan te besteden.

#### **Stap 4. Netwerken**

Tijdens alle stappen van het implementatieproces is er contact geweest met allerlei mensen. Blijf dit informele en formele netwerk onderhouden. Het is voor alle deelnemers een waardevol netwerk om ervaringen en geleerde lessen met betrekking tot de implementatie van geïntegreerd behandelen te delen. Deze vorm van kennisverspreiding helpt bestaande en nieuwe dubbele diagnose teams om valkuilen te vermijden, belemmeringen te overwinnen en werkzame strategieën in te zetten. Niet alleen het onderhouden maar ook het uitbreiden van netwerken is belangrijk. Leg contact met collega's in andere sectoren en andere disciplines om kennis uit te wisselen.

Er is bijvoorbeeld vanuit justitie veel belangstelling voor het verbeteren van de behandeling van dubbele diagnose cliënten. Ook de (SG)LVG sector kan enerzijds veel ervaring inbrengen maar heeft anderzijds ook nog veel vragen rondom middelengebruik door cliënten.

Gebruik congressen, studiedagen en andere bijeenkomsten om de dialoog aan te gaan met collega's uit andere werkvelden. Organiseer ook binnen de eigen organisatie geregeld themabijeenkomsten over geïntegreerde behandeling om medewerkers gemotiveerd en up to date te houden. Sta open voor nieuwe inzichten: de uitwisseling kan op een later moment leiden tot samenwerking.

#### **LEDD Platform Dubbele Diagnose**

Het platform Dubbele Diagnose van het LEDD (Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose) is een platform voor een ieder die in zijn werk te maken krijgt met de behandeling van dubbele diagnose cliënten. Dit kunnen hulpverleners, psychiaters, onderzoekers of andere geïnteresseerden zijn. De bijeenkomsten van het platform vinden drie keer per jaar plaats: twee themabijeenkomsten op het Trimbos-instituut en één bijeenkomst op locatie. U kunt hier gratis aan deelnemen.

#### **Stap 5. Bied doorlopende training**

Training is een essentieel onderdeel van het kwaliteitsverbeteringproces. Het geeft bestuurders, teamleiders, hulpverleners en anderen de kennis en vaardigheden die zij nodig hebben om hun werk voortdurend te verbeteren. In de eerste fase van de implementatie heeft u naar hulpverleners gezocht die er een uitdaging in zien voortdurend te blijven leren en zich te ontwikkelen.

Daarvoor is een werkomgeving nodig die dit ondersteunt, door een continu aanbod van opleiding in de belangrijkste onderdelen van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling aan te bieden.

#### *Maak een breder opleidingsplan*

Door uw organisatie geleidelijk te veranderen bouwt u capaciteit op om alle cliënten met een dubbele diagnose beter te behandelen. Door een introductie in geïntegreerd behandelen op te nemen in het trainingsprogramma voor alle (nieuwe) medewerkers van uw

organisatie voorkomt u dat bij uitbreiding van het geïntegreerde aanbod naar andere teams of onderdelen alle voorbereidende stappen herhaald moeten worden. Houd hen ook tussentijds op de hoogte van de ontwikkelingen en resultaten. Zo houdt u een pool van medewerkers gereed die, wanneer dat aan de orde is, snel aan kunnen haken bij uw implementatieactiviteiten.

Bestuurders, teamleiders en supervisoren moeten eraan werken dat de werkomgeving nadruk legt op:

- Verkennen en implementeren van bewezen effectieve interventies;
- Leren door te doen;
- Supervisie in de dagelijkse praktijk;
- Aandacht voor de werkomgeving;
- Personele ondersteuning;
- Aandacht voor belemmerende factoren;
- Aandacht voor interculturele factoren;
- Vieren van successen van cliënten én van het team.

#### *Supervisie tijdens cliëntcontacten*

Supervisie vindt niet alleen plaats tijdens teamoverleggen maar kan ook tijdens cliëntcontacten uitgevoerd worden. Juist dan kan direct feedback gegeven worden over sterke en zwakke punten in de attitude en de behandeling en wordt aangegeven waar mogelijkheden voor verbeteringen liggen.

Het succes van bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering is afhankelijk van de hele inzet van de hulpverlener: lichaamshouding, toon, woordkeuze, timing en de vaardigheid om de discrepantie te tonen tussen wat cliënten willen en wat zij doen.

Zelfs de meest ervaren hulpverlener kan baat bij supervisie hebben. Benadruk dat het geen controle is, maar dat het opdoen van nieuwe kennis en vaardigheden niet ophoudt bij de deur van het kantoor.

#### **Stap 6. Breid het aanbod uit**

Eerder al is een schatting gemaakt van het totale aantal cliënten in uw instelling die baat zullen hebben bij geïntegreerde behandeling. Waarschijnlijk hebt u zich tot nu toe beperkt tot een kleinere groep om de implementatie haalbaar te houden. Als het team waarin de implementatie gestart is goede resultaten heeft bereikt, is het tijd om de implementatie uit te breiden, bijvoorbeeld door meerdere teams bij de implementatie te betrekken. De project- en stuurgroep en het behandelteam moeten zich buigen over de vraag: 'hoe bereiken we de meeste cliënten die voor geïntegreerde dubbele diagnose behandeling in aanmerking komen?'

#### **Stap 7. Sta stil bij wat bereikt is**

De uitbreiding van het aantal geïntegreerde behandelteams en de betrokkenheid van collega's uit andere afdelingen en organisaties zal tot gevolg hebben dat uw organisatie als geheel begint te veranderen. Zowel het aanbod als de houding verandert, waardoor geïntegreerde behandeling steeds meer de norm zal gaan worden.

#### *Faciliteer innovaties*

Als geïntegreerde behandeling eenmaal geïmplementeerd is en voor alle dubbele diagnose cliënten kan worden ingezet, kan het aanbod verder uitgebreid worden met specifieke onderdelen. Denk bijvoorbeeld aan het opnemen van interventies gericht op trauma. Deze aanvullingen dienen uiteraard met de stuurgroep besproken te worden. Als de uitkom-

sten positief beïnvloed worden, kunt u dit laten weten aan collega instellingen zodat zij dit ook kunnen gaan toepassen.

#### *Vier en evalueer successen*

De werkdruk en het tempo in de meeste GGZ- en verslavingszorginstellingen is hoog. Het lijkt alsof managers en medewerkers van het ene naar het andere project 'rennen'. In deze situatie is er weinig tijd om stil te staan bij wat er inmiddels bereikt is. Neem de tijd om successen te benoemen, te vieren en te evalueren, om zo iedereen bewust te maken van de veranderingen die zijn ingezet. Betrek de teamleden, managers, stuurgroepleden, cliënten, hun naastbetrokkenen en externe betrokkenen hierbij en wees open over de resultaten. Medewerkers, collega's en cliënten voelen zich gewaardeerd en u zult merken dat dit energie vrijmaakt voor toekomstige innovaties.

## Referenties

Delos Reyes, C.M., Kubek, P., Kruszynski, R. and P. Boyle (2008). Medical Professionals & Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT). Cleveland, Ohio: Center for Evidence-Based Practices, Case Western Reserve University.

Drake, R.E., Mueser, K.T., & Brunette, M.F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. In: *World Psychiatry*, 6, 131-136.

Graaf, R. de, Have M. ten, Margreet, Dorsselaer S. van. *Nemesis 2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten.* 2010. Utrecht. Trimbos-instituut.

Graham, Hermine L, Copello, Alex (2004). *Cognitive-behavioural Integrated Treatment (c-bit). A Treatment Manual For Substance Misuse In People With Severe Mental Health Problems.* John Wiley & Sons.

Guiot, M.G.H., Smeerdijk A.M. et al (2009). *Middelenafhankelijkheid en depressie. Diagnostiek en cognitief gedragstherapeutische behandeling van comorbide middelenafhankelijkheid en depressieve stoornissen.* Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

Hendriksen-Favier, A. Nijmens, K. en S. van Rooijen (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Inspectie van Volksgezondheid (2009). *Patiënt met schizofrenie en verslaving gebaat bij meer samenhang in zorgaanbod. Geaggregeerde rapportage van het thematisch toezicht naar de zorg voor de schizofrene patiënt met middelenafhankelijkheid in 33 geïntegreerde GGZ-instellingen.* Den Haag: IVZ.

Kruszynski, R., Kubek, P. and Boyle, P. (2006). *Implementing IDDT. A step-by-step guide to stages of organizational change.* Cleveland, Ohio: Center for Evidence-Based Practices, Case Western Reserve University.

Landelijk Expertise Centrum Dubbele Diagnose (2012). *Toolkit Dubbele Diagnose: Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose.* Utrecht, LEDD.

Muusse, C. en S. van Rooijen (2009). *De echo van het eigen verhaal. Over zelfhulpgroepen bij verslaving en de samenwerking met de GGZ en verslavingszorg.* Utrecht: Trimbos-instituut

Najavits, Lisa M. *De ene therapie werkt niet beter dan de andere. Onderzoeken naar de effectiviteit van behandelingen van PTSS.* Cogiscope 0308.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 390-395.

Snoek A., Wits E., Meulders W (2012). Richtlijn middelenmisbruik of -verslaving en angst-stoornissen. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009). Integrated Treatment for Co-Occurring Disorders: How to Use the Evidence-Based Practices KITs. DHHS Pub. No. SMA-08-4366, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.

### **Nuttige sites**

Landelijk Expertise Centrum Dubbele Diagnose (LEDD) [www.ledd.nl](http://www.ledd.nl).

Center for Evidence-Based Practices, Case Western Reserve University  
[www.centerforebp.case.edu/index.html](http://www.centerforebp.case.edu/index.html).

Tijdschrift voor Psychiatrie (Meetinstrumenten)  
[www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments).

Resultaten Scoren Kenniscentrum Verslaving [www.resultatenscoren.nl/](http://www.resultatenscoren.nl/).

Informatie Zelfhulpgroepen en verslavingen [www.zelfhulpverslaving.nl/](http://www.zelfhulpverslaving.nl/).

Trimbos-instituut [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl).

Familievereniging Ypsilon [www.ypsilon.org/triadekaart](http://www.ypsilon.org/triadekaart).