



landelijk expertise- en
implementatiecentrum
dubbele diagnose

Toolkit Dubbele Diagnose

Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose.

Colofon

Projectleiding
Sonja van Rooijen

Redactie
LEDD

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-2971100
F: 030-2971111
www.trimbos.nl

© 2010, 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.

Inleiding

In een geïntegreerde dubbele diagnose behandeling krijgt een cliënt een behandeling aangeboden voor zowel zijn verslavings- als psychiatrische problemen vanuit één team. Een model voor een geïntegreerd behandelaanbod is IDDT (Integrated Dual Disorders Treatment). Dit model gaat uit van verschillende fases van gedragsverandering waar cliënten zich in kunnen bevinden. In een behandeling moeten de aangeboden interventies aansluiten bij deze stadia van gedragsverandering. Dit kan voorkomen dat een cliënt zich onbegrepen voelt of zich terugtrekt, of dat hulpverleners het gevoel hebben tekort te schieten.

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.

De Toolkit is gebaseerd op een aantal bronnen, waaronder de richtlijn *Dubbele Diagnose Dubbele Hulp* (2003) en het boek *Integrated Treatment for dual Disorders* van Mueser et al (2003). Dit is aangevuld met ervaringskennis over interventies waarvan inmiddels bekend is dat zij een meerwaarde kunnen hebben in de behandeling van dubbele diagnose cliënten. De Toolkit dient als een handzame leidraad bij het werken met dubbele diagnose cliënten.

Inhoud

De volgende interventies en methodieken zijn beschreven (in alfabetische volgorde)

- Tool 1. Assertive Community Treatment (ACT)
- Tool 2. Community Reinforcement Approach (CRA)
- Tool 3. Contingency Management
- Tool 4. Detoxificatie
- Tool 5. Farmacotherapie
- Tool 6. Functie-analyse
- Tool 7. Functie - Assertive Community Treatment (F-ACT)
- Tool 8. Gezinsinterventie
- Tool 9. Groepsinterventies
- Tool 10. Harm Reduction
- Tool 11. Individual Placement and Support (IPS)
- Tool 12. Inzet Ervaringsdeskundigheid
- Tool 13. Leefstijltraining
- Tool 14. Liberman module: omgaan met verslaving
- Tool 15. Motiverende gespreksvoering
- Tool 16. Psycho-educatie
- Tool 17. Sociaal-vaardigheidstraining
- Tool 18. Schuldhulpverlening
- Tool 19. Terugvalpreventie (individueel)
- Tool 20. Zelfhulpgroepen

Tool 1. Assertive Community Treatment (ACT)

Begripsomschrijving

ACT staat voor 'Assertive Community Treatment'. Dit organisatie-model is ontwikkeld in de Verenigde Staten. Het is een outreachende vorm van zorg die zich richt op de moeilijkste twintig procent van de mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, waaronder ook cliënten met een dubbele diagnose.

Kenmerken van goede uitvoering

- ACT is *outreaching*: hulpverleners zoeken actief patiënten op en dringen aan op hulp.
- ACT werkt nadrukkelijk voor dak- en thuislozen en bereikt daarmee een groep die anders geen zorg krijgt. De patiënt wordt opgezocht op zijn woon- of verblijfplaats. Ter plekke bieden hulpverleners de zorg en begeleiding die op dat moment nodig is.
- De hulp is *intensief en continue*: patiënten hebben meerdere keren per week en soms zelfs dagelijks contact met hulpverleners.
- De meest effectieve, basale, ingrediënten van ACT zijn frequente hulpverlening op de plek waar de cliënt zich bevindt en langdurige continuïteit van de zorg..
- De zorg wordt geleverd door een breed samengesteld multidisciplinair team (met o.a. psychiaters, verpleegkundigen, SPV, psycholoog, arbeidsspecialist, verslavingsdeskundige en ervaringswerker), waarbij alle patiënten contact hebben met meerdere teamleden en per dag wordt bezien wie de patiënt bezoekt;
- Het team is verantwoordelijk voor het houden van contact;
- Er is 7 x 24 uren beschikbaarheid, toegang tot diensten, opname en bed-op-recept;
- De caseload is meestal klein (1 op 10-15);
- De nadruk ligt op management van ziekte en symptomen en praktische hulp bij het dagelijkse leven.
- ACT is onderdeel van een zorgketen. Het team werkt intensief samen met andere sociaal maatschappelijke instellingen zodat de zorg gecontinueerd kan worden. Ook worden familie en omgeving betrokken bij de behandeling van een patiënt.

Meer informatie

- De Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) wil de toepassing van ACT en FACT in de ambulante ggz bevorderen. Ze kent keurmerken toe aan ACT- en FACT-teams die voldoende modelgetrouw werken. Meer informatie op de website: www.ccaf.nl/nl.
- Mulder C.L., H. Kroon (red). 2009. Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Amsterdam: Boom.

Tool 2. Community Reinforcement Approach (CRA)

Begripsomschrijving

CRA staat voor 'Community Reinforcement Approach'. Het is een behandelprogramma voor mensen die problemen hebben met middelengebruik. CRA is gericht op gedragsverandering en gaat uit van het idee dat omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen bij gebruik. CRA bestaat uit interventies op verschillende levensgebieden die allemaal als doel hebben de leefstijl zonder middelengebruik aantrekkelijk te maken en te bekrachtigen.

Kenmerken van goede uitvoering

Community Reinforcement Approach omvat de volgende elementen:

- **functie-analyse;**
- sobriety sampling, dat is het onderhandelen over een periode waarin iemand nuchter blijft. Een soort time-out periode voor het middelengebruik;
- gebruik van disulfiram onder begeleiding. Disulfiram (Antabus) is een aversieve medicatietherapie bij alcoholverslaving. Onder strikte medische voorwaarden kan dit als interventie worden ingezet. Het heeft alleen zin als een cliënt er zelf mee wil werken. Daarnaast is het van belang een begeleider te hebben die – op een ondersteunende manier – toeziet op het dagelijks innemen van de medicatie;
- behandelplan dat is opgebouwd rond twee elementen: de mate waarin iemand zich gelukkig voelt op verschillende leefgebieden en het vaststellen van (gedragmatige) doelen waarvoor vervolgens plannen worden gemaakt om deze te realiseren;
- **vaardigheidstraining.** Denk hierbij aan bijvoorbeeld communicatieve vaardigheden, oplossingsgerichte vaardigheden, leren weigeren van aangeboden middelen;
- werken aan arbeidsvaardigheden;
- hulp bij het ontplooiën van sociale en recreatieve activiteiten;
- relatietherapie;
- **terugvalpreventie.**

Binnen de behandeling is het belangrijk dat het centrale doel bewaakt wordt: de leefstijl zonder middelengebruik net zo aantrekkelijk maken voor een cliënt als de leefstijl met middelengebruik. Het gevaar bestaat dat hulpverleners zich enthousiast storten op het werken met alle mogelijke interventies, maar hierdoor het totaaldoel uit het oog verliezen. Belangrijk is dat de focus steeds gericht blijft op alle mogelijke bekrachtigers van de leefstijl zonder middelengebruik.

Meer informatie

Budney A.J., S.T. Higgins (1998). Manual 2 - A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction. Uit de serie Therapy Manuals for Drug Addiction van het National Institute on Drug Abuse.

DeFuentes-Merillas L., C. de Jong (2008). Is belonen effectief? Community Reinforcement Approach+ Vouchers: Resultaten van een gerandomiseerde, multi centre studie. NISPA Nijmegen.

Meyers R.J., W. R. Miller (Red). (2001). A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment. Cambridge: Cambridge University Press.

Roozen H.G. (2005). Community Reinforcement Approach and Naltrexone in the Treatment of Addiction. Enschede: FEBO druk.

Tool 3. Contingency Management

Begripsomschrijving

Contingency Management (CM) gaat ervan uit dat (verslavings)gedrag is aangeleerd door bekrachtiging en stimulansen vanuit de omgeving. Vanuit dit idee kan verslavingsgedrag worden aangepakt door het aanleren van positief gedrag en het afleren van negatief gedrag. In samenwerking met de cliënt wordt een behandeldoel opgesteld. Het behalen van een behandeldoel wordt beloond, bijvoorbeeld door het verstrekken van vouchers (tegoedbonnen).

Kenmerken van goede uitvoering

CM interventies bevatten vrijwel altijd één of meer van de volgende elementen om het aanleren van positief gedrag en het afleren van negatief gedrag te bevorderen:

- Positieve bekrachtiging: verschaffen van een gewenste beloning (bijv. tegoedbonnen die kunnen worden ingewisseld voor artikelen) volgend op het behalen van een gesteld behandeldoel.
- Negatieve bekrachtiging: het weghalen van vervelende elementen of van restricties in vrijheid, volgend op het behalen van een gesteld behandeldoel.
- Positieve bestraffing: straffen als gevolg van onwenselijk gedrag.
- Negatieve bestraffing: het weghalen van een positief element als gevolg van onwenselijk gedrag.

Bekrachtiging verdient overigens altijd de voorkeur boven bestraffing. Het is essentieel dat het behandeldoel heel duidelijk wordt opgesteld. Er mag geen discussie ontstaan over het wel of niet behalen van doelen.

Achtergrond

Contingency Management (CM) heeft als uitgangspunt dat gedrag kan worden aangeleerd door middel van bekrachtiging met omgevingsstimuli. Gedrag is een resultaat van de gevolgen die dat gedrag eerder heeft gehad. De veranderbaarheid van (aangeleerd) gedrag is het sleutel-element in deze benadering. Bekrachtiging is overigens niet de enige factor die een rol speelt in de ontwikkeling en bestending van verslavingsgedrag. Kwetsbaarheid voor middelenafhankelijkheid is een complex geheel van biologische, omgevings- en gedragsfactoren.

Meer informatieve

Higgins, S.T., K. Silverman, S. H. Heil (red) (2007). Contingency Management in Substance Abuse Treatment. New York and London, Guilford Press.

Higgins, S.T., K. Silverman (red) (1999) Motivating behavior change among illicit-drug abusers : research on contingency management interventions Washington, DC : American Psychological Association (APA).

Petry, N.M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. Drug and Alcohol Dependence 58 (1-2), 9-25.

Stitzer M. L., R. Vandrey (2008). Contingency management: utility in the treatment of drug abuse disorders. Clinical Pharmacology and Therapeutics, 83(4), 644-647.

Tool 4. Detoxificatie

Begripsomschrijving

Detoxificatie of 'ontgifting' is de medische zorg bij het ontweningsproces van psychoactieve stoffen en onderdeel van een behandeling in de verslavingszorg. Het is bedoeld voor mensen die te maken krijgen met (ernstige) ontweningsverschijnselen nadat ze zijn gestopt met het gebruik van middelen. Detoxificatie verloopt in een aantal stappen en kan variëren in duur. Bij detoxificatie wordt gebruik gemaakt van geprotocolleerde methoden en een cliënt krijgt medicatie en psychosociale begeleiding.

Kenmerken van goede uitvoering

In de aanmeldings- en intakefase wordt de hulpvraag van de cliënt in beeld gebracht. Als er sprake kan zijn van detoxificatie vindt er een aanvullend diagnostisch onderzoek plaats. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door een arts. In het aanvullend onderzoek is er aandacht voor de volgende aspecten:

- de aard en ernst van de aanwezige of te verwachten onthoudingsverschijnselen;
- het gewenste niveau van zorg en begeleiding;
- gebruik van medicijnen om een veilige en humane detoxificatie te realiseren;
- de kenmerken van een individueel plan voor detoxificatie;
- detoxificatie is een fase in het behandelingsproces;
- het volgen van een verkorte procedure in crisissituaties;
- optreden van ernstige onthoudingsverschijnselen;
- duur detoxificatie.

In de verslavingszorg hanteert men wegingsfactoren die van invloed zijn op het besluit van de arts of de detoxificatie ambulante of intramuraal moet plaatsvinden. De wegingsfactoren zijn:

- middelgebruik: hoeveelheid, duur, vorm, frequentie;
- gebruiksgedrag en gebruik van andere psychoactieve middelen;
- ontweningsverschijnselen
- ernstige lichamelijke aandoeningen of zwangerschap;
- zelfzorg;
- behandelingsvoorgeschiedenis;
- psychiatrisch ziektebeeld
- inbedding in de sociale omgeving (relatie, familie, werk);
- wens van en praktische haalbaarheid voor de patiënt.

Meer informatie

- Jong, C. A. J. de, A. F. M. van Hoek, M. Jongerhuis (red.) (2004). Richtlijn Detox: Verantwoord ontgiften door ambulante of intramurale detoxificatie. Amersfoort: GGZ Nederland, project Resultaten Scoren.
- Fact-sheet: Richtlijn Detox (2005). Amersfoort: GGZ Nederland, project Resultaten Scoren.
- Leden van GGZ Nederland kunnen beide publicaties gratis downloaden via GGZ Kennisnet: www.ggzkennisnet.nl

Tool 5. Farmacotherapie

Begripsomschrijving

Farmacotherapie is de behandeling van ziekten en aandoeningen met geneesmiddelen. Ook cliënten met een met een dubbel diagnose kunnen met medicatie behandeld worden voor één of beide aandoeningen. De farmacotherapeutische behandeling van dubbele diagnose cliënten dient echter zeer zorgvuldig te gebeuren i.v.m. de verslavende werking van bepaalde medicatie en het gevaar van ongewenst interacties.

Kenmerken van goede uitvoering

Er is (nog) geen protocol voorhanden dat richting geeft aan een passende medicamenteuze behandeling. Uiteraard is voorzichtigheid geboden omdat (uit de richtlijn "Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp"):

- sommige medicijnen verslavend kunnen zijn (bijvoorbeeld benzodiazepines)
- medicatie interacties kan geven met het gebruikte middel, met onwenselijke resultaten (bijv. verminderde therapietrouw, ontstaan van nieuwe of gewijzigde psychiatrische symptomen)

Wanneer zijn farmacotherapeutische interventies voor middelengebruik aan de orde:

- in nood situaties;
- om ontwenningverschijnselen tegen te gaan en zo abstinentie te bevorderen, in geval van detoxificatie;
- als vervanging van het gebruikte middel om zo schade als gevolg van het middelengebruik terug te dringen;
- om terugval te voorkomen door het terugdringen van craving naar het middel;
- om bijkomende psychiatrische problematiek aan te pakken;
- om fysieke gevolgen te behandelen;
- om al aanwezige fysieke problemen (dus niet het gevolg van het middelengebruik) te behandelen

Meer informatie

Crome, B., T. Myt. (2004). Pharmacotherapy in dual diagnosis. In: *Advances in Psychiatric Treatment* (10), 413–424.

Posthuma, T., R. Vos, M. Kerkmeer, P. Blanken, C. de Klerk, en C. van der Meer (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp: Richtlijnen voor Diagnostiek en Behandeling*. Utrecht: GGZ Nederland.

Farmacotherapeutisch Kompas:

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

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Platform verslaving):

<http://www.nvvp.net/index.asp?a=29376&s=2815&p=1>

American Psychiatric Association (practice guidelines):

http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_5.aspx

American Psychological Association (divisie 28 – Psychofarmacology and Substance Abuse):

<http://www.apa.org/divisions/div28/>

Tool 6. Functie-analyse

Begripsomschrijving

In een functie-analyse wordt samen met een cliënt nagegaan hoe probleemgedrag (middenmisbruik) ontstaat en wat het in stand houdt. Een functie-analyse neemt een belangrijke plek in een geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose problematiek. Vanuit een functie-analyse kan een behandelplan worden opgesteld of gewijzigd.

Kenmerken van goede uitvoering

In een functie-analyse wordt er specifiek gedrag geplaatst binnen een bredere context, met alles wat aan het gedrag vooraf gaat en wat er op volgt. Bij een cognitieve functie-analyse komen daar de zelfopvattingen en de cognitieve schema's die iemand hanteert nog bij. Met behulp van een functie-analyse kan de cliënt in kaart brengen welke functies het middelengebruik heeft. De analyse kan gebruikt worden om te toetsen of zelfcontrolemaatregelen werken of nieuwe zelfcontrole maatregelen opleveren. Een functie-analyse gaat daarmee verder dan een voor- en nadelenbalans. Een voor/nadelenbalans is onderdeel van een functie-analyse maar een functie-analyse is uitgebreider en vraagt ook de 'vijf G's' vanuit de cognitieve gedragstherapie uit:

- Gebeurtenis
- Gedachten (automatische gedachten, deze bepalen onze gevoelens en dit leid tot gedrag)
- Gevoelens, (boos, bang, bedroeft, beschaamd en blij, vijf categorieën waarin alle gevoelens onder te brengen zijn)
- Gedrag
- Gevolgen

Meer informatie

In de leefstijltrainingen (zie tool 17) is de inhoud van een functie-analyse verder uitgewerkt. Deze zijn de downloaden via ggzkennisnet.nl

Tool 7. Functie - Assertive Community Treatment (F-ACT)

Begripsomschrijving

FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment en is in Nederland ontwikkeld als afgeleide van ACT. Waar ACT zich richt op de moeilijkste patiëntengroep, is FACT er voor de hele groep patiënten met langdurige en complexe problematiek, waaronder cliënten met een dubbele diagnose. FACT-teams werken in wijken of regio's tot 50.000 inwoners. Ze bieden individuele behandeling en zorg die wordt opgeschaald tot ACT-zorg als problemen verergeren.

Kenmerken van goede uitvoering

FACT teams zijn breed samengestelde multidisciplinaire 'wijkteams' die op twee manieren werken:

- individuele begeleiding door een casemanager voor stabiele patiënten. Patiënten krijgen ondersteuning bij rehabilitatie en herstel.
- intensieve begeleiding door het hele team voor patiënten die onstabiel zijn of in een crisis dreigen te raken. Deze begeleiding is volgens het [ACT-model](#).

Achtergrond

FACT teams werken wijkgericht, meestal in een kleinere regio van zo'n 50.000 inwoners. Ze zijn outreachend en ambulante. Daardoor kennen ze de wijk goed en weten wijkbewoners en instanties hen goed te vinden. Dat biedt mogelijkheden voor samenwerking met andere organisaties in de wijk. Denk bijvoorbeeld aan de huismeester van de woningcorporatie, de wijkagent, de huisarts en de apotheek. FACT teams werken in de wijk vaak direct samen met het Dag Activiteiten Centrum (DAC). Veel FACT teams besteden ook aandacht aan toeleiding naar arbeid en onderhouden contacten met de werkvoorziening of andere werkgevers. FACT-teams zijn multidisciplinair en hebben de kennis in huis voor de complexe problemen van patiënten. Ze pakken de problemen op alle leefgebieden op. Daarbij hoort ook de integrale aanpak van verslavingsproblemen en actieve aandacht voor de lichamelijke klachten van patiënten, samen met de huisarts.

Meer informatie

- De Stichting Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF) wil de toepassing van ACT en FACT in de ambulante ggz bevorderen. Ze kent keurmerken toe aan ACT- en FACT-teams die voldoende modelgetrouw werken. Meer informatie op de website: www.ccaf.nl/nl.
- Door de GGZ Noord Holland Noord wordt een implementatiepakket voor FACT ontwikkeld met een 'Standaard FACT'; tevens zijn er adviestrajecten en modules voor (startende) FACT teams en een opleiding voor FACT-werkers; www.ggz-nhn.nl.
- Veldhuizen van J.R., M. Bahler, W. Teer (2006). FACT, de Functie ACT, in: MGv, juni 2006, pag 525-534.
- Veldhuizen van J.R., A. Snijdewind (red). (2006). Almaar Ambulanter. Uitgave Mension, te verkrijgen via GGZ NHN.
-

Tool 8. Gezinsinterventie

Begripsomschrijving

Een gezinsinterventie richt zich op problemen van een cliënt en de invloed die dit kan hebben op de relatie met zijn of haar familieleden. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van terugval, verminderen van heropnames, het bevorderen van medicatietrouw en het ontlasten van de familieleden van de cliënt.

Kenmerken van goede uitvoering

- Eén of meer cognitief gedragstherapeuten en/of systeemtherapeuten gaan een therapeutische werkrelatie aan met het gezin;
- De belangen van de patiënt en de gezinsleden wegen even zwaar;
- De nadruk ligt op het normaliseren van de ziekte en het onderkennen van de beperkingen en behoefte aan hulp van anderen;
- Belangrijke thema's zijn: controle en autonomie; rouw en verdriet; overbetrokkenheid, vijandigheid en kritiek; stigma en sociaal maatschappelijk functioneren;
- Uit onderzoek blijkt dat de interventie het meest effectief is wanneer de patiënt erbij aanwezig is;
- Gezinsinterventie die zich richt op het individuele gezin en die bij voorkeur aan huis plaatsvindt, is het meest effectief met betrekking tot het uitstellen van terugval;
- Afhankelijk van de uitkomstmaat moeten de gezinsinterventies langer dan 6 maanden duren en meer dan 10 zittingen bevatten of de duur moet minimaal zes weken zijn.

Gezinsinterventie is bedoeld voor gezinnen die nauw contact hebben of samenwonen met een gezinslid met schizofrenie. Vooral voor gezinnen met een gezinslid met een recente terugval, een groot terugvalrisico, of blijvende symptomen is gezinsinterventie belangrijk.

De doelen van gezinsinterventie zijn:

- het functioneren van de gezinsleden bevorderen;
- langdurige conflicten helpen oplossen;
- bevorderen van het functioneren van het oudersysteem;
- bevorderen van het functioneren van het partnersysteem;
- verminderen van individuele lijdensdruk van familieleden;
- het voorkomen van terugval;
- het verminderen van heropnames;
- bevorderen van medicatietrouw;
- het verminderen van de 'burden of family'.

Meer informatie

- Kenniscentrum Schizofrenie (2006). Cognitieve gedragstherapeutische behandelingen bij mensen met een psychose. deel IV
- McFarlane, WM. (2002). Multifamilygroups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York, Guilford press (boek);
- Mueser, K, S. Gingerich (1994). Coping with schizophrenia: a guide for families. Oakland, New Harbinger Publications;
- Siegert, E. (2006). Schema drietrapsinterventie voor naastbetrokkenen van mensen met schizofrenie. Centrum preventieve ggz, GGz Groningen.

Tool 9. Groepsinterventies

Begripsomschrijving

Door behandeling in groepen kunnen dubbele diagnose cliënten leren van andere mensen die vergelijkbare ervaringen hebben gehad. Groepen kunnen ook een krachtig middel zijn voor cliënten om meer over zichzelf te weten te komen en nieuwe vaardigheden aan te leren. Een netwerk van lotgenoten waarin mensen elkaar steunen en elkaar hoop geven kan het herstel bevorderen.

Kenmerken van goede uitvoering

Er worden veel soorten groepen gebruikt voor cliënten met een dubbele diagnose.

- Groepen voor vaardigheidstraining kunnen mensen bepaalde vaardigheden bijbrengen in de omgang met vrienden, familie en anderen.
- Psycho-educatie groepen richten zich doorgaans op het geven van gestructureerde informatie, training en voorlichting aan patiënten of hun familieleden rond bepaalde onderwerpen, zoals de effecten van alcohol- of drugsgebruik.
- Op verschillende stadia afgestemde behandelgroepen hebben tot doel mensen die in de dezelfde behandelingsfase zitten op weg te helpen naar herstel van hun verslaving.

Groepen naar stadium

Overwegingsgroepen zijn bedoeld voor cliënten die nog niet inzien dat hun alcohol- of drugsgebruik een probleem vormt; ze bevinden zich in de vooroverweging- en overwegingsfasen.

Kenmerken van overwegingsgroepen

- Ondersteunend
- Niet veroordelend
- Vergemakkelijken interactie tussen lotgenoten
- Bieden educatie
- Maken gebruik van motivationele gesprekstechnieken
- Lange termijn
- Laagdrempelig

Actieve behandelgroepen zijn bedoeld voor cliënten die besloten hebben dat alcohol- of drugsgebruik een probleem is waaraan ze iets willen doen, dus voor mensen in de actieve behandelings- en terugvalpreventiefase.

Kenmerken van actieve behandelingsgroepen

- Ondersteunend
- Educatief
- Reikt vaardigheden aan om alcohol- of drugsgebruik te beperken of nuchter en clean te blijven
- Kijkt naar triggers om alcohol of drugs te gebruiken
- Sociale vaardigheden
- Coping-technieken
- Zelfhulpvaardigheden
- Lange termijn
- Nuchterheid is voorwaarde voor deelname

Meer informatie

Mueser, K. T., D. L. Noordsy, R. E. Drake & L. Fox (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. New York: Guilford Publications.

Mueser, K.T., D. L. Noordsy (1996). Group treatment for dually diagnosed clients. In: R.E. Drake & K.T.

Mueser (red.), Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Disorder II: Recent Research and Clinical Implications (pp.33-51). San Francisco: Jossey-Bass,

Werkboek behorende bij de toolkit IDDT:

<http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/cooccurring/>

(Nederlandse vertaling van het werkboek is aan te vragen bij het LEDD via info@ledd.nl)

Tool 10. Harm Reduction

Begripsomschrijving

Harm Reduction is gericht op het beperken van de risico's die het gebruik van alcohol en drugs teweegbrengen voor gebruikers zelf en hun omgeving. Ook kan Harm Reduction worden ingezet om een behandelrelatie tot stand te brengen. Dit is een belangrijke strategie bij cliënten met een dubbele diagnose die nog niet gemotiveerd zijn hun middelengebruik te veranderen.

Kenmerken van goede uitvoering

Voorbeelden van Harm Reduction interventies zijn:

- Preventie van infectieziekten (voorlichting, spuitenuitruil)
- Preventie van drugsdoden (gebruikersruimtes/ vitamine B1)
- Methadon/ buprenorfine verstrekking, heroïne op recept
- Bemoeizorg en casemanagement

Harm Reduction is een belangrijk uitgangspunt van het Nederlandse drugsbeleid. Dit houdt in dat er veel nadruk ligt op het voorkomen van alcohol- en drugsgebruik en het beperken van de risico's en de schade die alcohol en drugs teweegbrengen. Het is een strategie waarbij de acceptatie van druggebruik voorop staat. Het is belangrijk dat professionals in de verslavingszorg kennis hebben over het risicogedrag van hun cliënten om hier op in te kunnen spelen.

Volgens de Richtlijn 'Dubbele Diagnose Dubbele Hulp' is de mening van veel experts dat bij dubbele diagnose cliënten abstinentie het te prefereren behandeldoel is. Dit vanwege de verhoogde kwetsbaarheid van deze doelgroep voor de effecten van psychoactieve middelen. Harm Reduction wordt gezien als interventie om het sociaal-maatschappelijk functioneren te vergroten. Daarnaast kan gekozen worden voor Harm Reduction als het contact met de cliënt gevaar loopt door te hoge eisen te stellen, of om het eerste contact te leggen. Volledige abstinentie kan dan een lange termijn doel zijn.

Meer informatie

- **Factsheet preventie**, infectieziekten en druggebruik in Nederland. Te downloaden via <http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/%5BAF0788%5D%20LSP%20Factsheet%20Infectieziekten.pdf>
- <http://www.mainline.nl>
- <http://www.harmreduction.org/>

Tool 11. Individual Placement and Support (IPS)

Begripsomschrijving

IPS is een arbeidsrehabilitatie programma gericht op mensen met ernstige psychiatrische problemen, waaronder cliënten met een dubbele diagnose. Uitgangspunt is dat een cliënt regulier werk vindt. Een trajectbegeleider helpt een cliënt bij het zoeken van een zelfgekozen functie en biedt dan begeleiding op maat. ('Place then train'). De trajectbegeleider maakt deel uit van een multidisciplinair behandelteam zodat de behandeling van psychiatrische symptomen en het begeleiden van het werk gelijktijdig plaats vinden

Kenmerken van goede uitvoering

Het IPS-model kent de volgende principes:

- Het doel van IPS is dat de cliënt regulier, betaald werk vindt.
- De trajectbegeleider maakt deel uit van een GGZ-team.
- Elke cliënt die wil werken, kan IPS-trajectbegeleiding krijgen, ongeacht bijvoorbeeld zijn arbeidsverleden, middelengebruik of symptomen.
- De cliënt en zijn omgeving (familieleden, maar ook werkgevers en collega's) worden ondersteund door de trajectbegeleider.
- De trajectbegeleider helpt cliënten zo snel en zo gericht mogelijk bij het zoeken naar een betaalde baan die zoveel mogelijk aansluit bij de kwaliteiten, interesses en werkervaring van de cliënt. De voorkeuren van de cliënt staan hierbij centraal.
- De cliënt en de werkgever wordt hulp en advies aangeboden bij het regelen van administratieve zaken (bijvoorbeeld het regelen van de uitkering, het inzetten van re-integratie-instrumenten en het regelen van het arbeidscontract).

Achtergrond

Individual Placement and Support (IPS) is een uit de Verenigde Staten afkomstig programma voor arbeidsrehabilitatie. IPS is bedoeld voor mensen met ernstige, vaak langdurende, psychische beperkingen. De begrippen Supported Employment en IPS worden vaak naast elkaar gebruikt. In feite is IPS de standaardisatie van Supported Employment ten behoeve van voornoemde doelgroep. In de praktijk wordt IPS vooral aangeboden aan cliënten van ambulante GGZ-teams. Onderzoek heeft uitgewezen dat 50 tot 60% van deze mensen graag wil werken. In Nederland heeft minder dan 10% van hen een betaalde baan.

Meer informatie

- Erp N van, F Giesen, L. van Leeuwen, J. van Weeghel (2005). Implementatie van Individual Placement and Support (IPS) in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Het Kenniscentrum Rehabilitatie een praktische handreiking geschreven voor de implementatie van IPS in een reguliere GGZ-praktijk ('Een IPS-programma opzetten, hoe doe je dat?').
- Begin 2007 is het *Landelijk Platform IPS* van start gegaan. Tijdens de Platformbijeenkomsten (drie á vier per jaar) wisselen de deelnemers kennis en ervaringen over IPS uit, discussiëren over belangrijke thema's in de IPS-praktijk en nemen desgewenst gezamenlijke initiatieven. Geïnteresseerden kunnen zich aanmelden bij jweeghel@kenniscentrumrehabilitatie.nl

Tool 12. Inzet Ervaringsdeskundigheid

Begripsomschrijving

Met 'inzet van ervaringsdeskundigheid' wordt het inzetten van ervaringsdeskundigen (mensen die een persoonlijke ervaring hebben met de ggz- of verslavingszorg) in verschillende onderdelen van de zorg bedoeld. Dit gebeurt vanuit de overtuiging dat het toepassen van ervaringsdeskundigheid een waardevolle bijdrage kan leveren aan het herstel van cliënten in de ggz.

Kenmerken van goede uitvoering

- Het team is voorbereid op de komst van een ervaringswerker en wil rekening houden met diens kwetsbaarheid (eventuele werkaanpassingen en mogelijk ziekteverzuim)
- Taken en verantwoordelijkheden zijn vooraf duidelijk met de ervaringswerker doorgesproken en zijn afgestemd op diens competenties en draagkracht.
- Taken en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd in een passende functieomschrijving.
- De ervaringswerker kan zich ontwikkelen in de dingen waar hij/zij goed in is, wordt carrièreperspectief geboden en krijgt de mogelijkheid om een opleiding te volgen.
- Betaling is (minimaal) in overeenstemming zijn met de verantwoordelijkheden en er wordt, indien nodig en mogelijk, gebruik gemaakt van loonaanvullingsregelingen.
- Vanwege de minderheidspositie die de ervaringswerker vervult is het wenselijk dat voor hem/haar ondersteuning wordt geboden door een externe coach of supervisor.
- Vooraf worden afspraken gemaakt over de scheiding tussen professionele contacten en privé-contacten.
- De instelling stelt stageplaatsen beschikbaar voor ervaringswerkers in opleiding.
- De instelling faciliteert contacten met andere ervaringsdeskundigen op de werkvloer.

NB. De ontwikkeling en inzet van ervaringsdeskundigheid is in volle gang en aan verandering onderhevig. Ervaringsdeskundigen worden steeds meer ingezet in verschillende zorgsettings in het gehele land.

Achtergrond

Het inzetten van ervaringsdeskundigen in verschillende onderdelen van de zorg kan een aantal voordelen hebben:

- Het bevorderen van cliëntgerichte bejegening en verminderen van stigmatisering.
- Ervaringsdeskundigen kunnen een rolmodel zijn en zorgbehoeftes eerder herkennen.
- Ervaringsdeskundigen kunnen hand-in-hand zorg leveren en een brug vormen naar lotgenotengroepen.

Voorbeelden van de inzet van ervaringsdeskundigen zijn:

- inzet in (F)ACT-teams,
- inzet op klinische (gesloten) afdelingen,
- het (mede) geven van psycho-educatie,
- het leiden van lotgenotengroepen,
- het afnemen van vragenlijsten en
- het bijdragen aan zorg(vernieuwing)beleid.

Meer Informatie

- Erp, N. van, A.I. Hendriksen-Favier, M. Hoeve, M. Boer (2008). Werken met begeleiders in de GGZ met ervaringsdeskundigheid. Een onderzoek naar voordelen, valkuilen en belangrijke

condities voor de inzet en scholing van BGE-ers. Utrecht: Trimbos-instituut

- Slooten, J.D.F. van, C.A.J van Bekkum (2005). 'Ervaringsdeskundigheid in ACT: de winst en de weerstand'. In: Mulder C.L., H. Kroon (2005). Assertive community treatment. Nijmegen, p.129-147
- Landelijk platform ervaringswerkers in F-ACT teams. Dit platform komt 4 keer per jaar bij elkaar en richt zich op zowel de belangen van de ervaringswerkers als de inhoudelijke ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid. Contactpersoon: M.Baehler@ggz-nhn.nl
- Er zijn verschillende opleidingen voor ervaringsdeskundigen, o.a de BGE-opleiding (Begeleider GGz met Ervaringsdeskundigheid). op SPW-4 niveau ,TOED (Traject Opleiding Ervarings Deskundigheid) en opleiding SPH voor ervaringsdeskundigen van Fontys Hogeschool.

Tool 13. Leefstijltraining

Begripsomschrijving

Leefstijltrainingen zijn een onderdeel van een verslavingsbehandeling. De trainingen zijn vooral geschikt voor dubbele diagnose cliënten die bereid zijn iets aan hun middelengebruik te veranderen. De leefstijltrainingen worden op verschillende niveaus gegeven, individueel en in groepen.

Onderwerpen die aanbod komen zijn:

- voor- en nadelen van gebruik
- zelfcontrole
- omgaan met trek
- terugvalpreventie
- herkennen van risicosituaties
- het weerstaan van sociale druk om te gebruiken of gokken.

Kenmerken van goede uitvoering

Leefstijltrainingen vormen een onderdeel van de behandeling in de verslavingszorg. Het is het minst intensieve aanbod gericht op verandering van het verslavingsgedrag. Er zijn vier leefstijltrainingen.

Leefstijltraining 1 is gericht op verandering van het middelengebruik of gokgedrag.

In de individuele training komen aan bod:

- motivering,
- het doorbreken van het gedrag (zelf-controletraining)
- en terugvalpreventie.

De module richt zich op abstinentie of regulering van het gebruik en het voorkomen van terugval. De cliënt leert de belangrijkste risicosituaties te herkennen. Er wordt in de training geen aandacht besteed aan behandeling van achterliggende problemen (zoals relatieproblematiek). Bij deze training gaat men ervan uit dat de cliënt indien nodig zelf in staat is overige veranderingen in zijn of haar leven aan te brengen.

Leefstijltraining 2 is een intensieve individuele training die veel overeenkomsten heeft met de lichtere variant. Ook Leefstijltraining 2 heeft het doorbreken van problematisch middelengebruik of gokgedrag als doel. Leefstijltraining 2 is bedoeld voor cliënten met problematisch gebruik of afhankelijkheid van middelen of bij wie er is sprake van gokproblematiek.

Leefstijltraining 3 is groepsgericht en beoogt problematisch middelengebruik of gokgedrag te doorbreken. Doelen worden pas tijdens de training en voor elke deelnemer afzonderlijk gesteld. In combinatie met deze trainingen kan bij de verandering van verslavingsgedrag medicamenteuze ondersteuning worden aangeboden. Er wordt geen aandacht besteed aan de behandeling van comorbide problematiek. Uitgangspunt is dat de cliënt voldoende zelfredzaam is om overige veranderingen in zijn of haar leven aan te brengen.

Leefstijltraining 4 is een uitgebreidere variant van Leefstijltraining 3 en is eveneens groepsgericht. Het is een intensieve training van 12 bijeenkomsten die eventueel vooraf gegaan kan worden door een ambulante of klinische detoxificatie. De module kan worden gecombineerd met farmacotherapie of modules voor het veranderen van comorbide problematiek.

In deze training komen achtereenvolgens de volgende thema's aan de orde:

- voor- en nadelenbalans,
- zelfcontrolemaatregelen,
- inventarisatie risicosituaties,
- **functieanalyse,**

- noodplan,
- omgaan met trek,
- verandering van gedachten,
- omgaan met sociale druk,
- omgaan met gevoelens.

Meer informatie

Factsheet leefstijltrainingen 1 en 2 (Project Resultaten Scoren)

Factsheet leefstijltrainingen 3 en 4 (Project Resultaten Scoren)

Deze factsheets en de handleidingen bij de leefstijltrainingen zijn als downloads te vinden op www.ggzkennisnet.nl

Tool 14. Liberman module: omgaan met verslaving

Begripsomschrijving

Libermanmodules zijn gestructureerde vaardigheidstrainingen waarin psychiatrische cliënten praktische en sociale vaardigheden aanleren om zo zelfstandig mogelijk te leven. Het doel van de module 'omgaan met verslaving' is het leren van 'nee' zeggen tegen verslavende middelen en 'ja' zeggen tegen gezonde genoegens. Deelnemers leren de verworven kennis te gebruiken in diverse situaties door veel te oefenen en te herhalen. Deze module is voor geschikt voor dubbele diagnose cliënten die bereid zijn iets aan hun verslavingsgedrag te veranderen.

Kenmerken van goede uitvoering

De module omgaan met verslaving is gericht op mensen met een psychiatrische stoornis, zoals schizofrenie of een bipolaire of persoonlijkheidsstoornis, die daarnaast verslaafd zijn. Door het aanleren van vaardigheden en het geven van informatie, worden deelnemers aangezet af te zien van het misbruik van drugs, alcohol en andere verslavende middelen of gewoontes. De module bestaat uit drie soorten trainingen die elk een aantal sessies bevatten. Deze sessies zijn onafhankelijk van elkaar te geven en te volgen.

Basistraining

Dit deel is bestemd om de deelnemers te informeren en te motiveren. Pas als alle acht sessies van deze training zijn doorlopen, kan een deelnemer door naar de vaardigheidstraining.

Vaardigheidstraining

Hierin worden praktische vaardigheden aangeleerd aan de hand van een aantal leerstappen. Dat zijn een inhoudelijke inleiding, videodemonstratie en vraag- en antwoord sessies, rollenspelen, keuze van hulpmiddelen, probleemsituaties, praktische oefeningen en huiswerkopdrachten. Door de zeven leeractiviteiten is er sprake van 'overlearning', dat wil zeggen dat de vaardigheid in meerdere situaties met veelal verschillende activiteiten wordt ingesleten.

Oefensessies

In deze sessies worden de vaardigheden geoefend aan de hand van praktijksituaties van de deelnemers. De oefensessies zijn toegankelijk voor zowel de deelnemers aan de basistraining als de vaardigheidstraining en voor hen die beide trainingen hebben afgerond.

Achtergrond

De Liberman modules zijn ontwikkeld door de University of California Los Angeles (UCLA) door prof. R.P. Liberman en prof. Wallace. Er bestaan zes verschillende modules met elk hun eigen thema:

- 'Omgaan met psychotische symptomen';
- 'Omgaan met antipsychotische medicatie';
- 'Omgaan met intimiteit en relaties';
- 'Omgaan met verslaving';
- 'Omgaan met werk';
- 'Omgaan met vrije tijd'.

Liberman Modules zijn ontwikkeld voor mensen die lijden aan schizofrenie en/of psychosen, maar ze kunnen ook aan andere doelgroepen worden aangeboden. Vooral de module 'Omgaan met verslaving' wordt veel gebruikt bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

In 1996 werden de Liberman modules in Nederland geïntroduceerd door de Stichting Liberman

Modules, een non-profit organisatie die de verspreiding van de modules verzorgt en ondersteunt. Met ingang van 1 juli 2008 heeft de Stichting Liberman Modules samen met de RINO Groep en Stichting Storm Rehabilitatie de krachten gebundeld in het Centrum Opleidingen Langdurige & Complexe Zorg. Het centrum is een onderdeel van de RINO Groep. Om de modules optimaal in te zetten wordt een training aangeraden.

Meer informatie

- Besteladres modules en achtergrond informatie : <http://lczorg.rinogroep.nl/>
- Erp, N. van, M. van Vugt, D. Verhoeven, F. Giesen, H. Blankman, R. Jansen, H. Kroon (2008). Systematische implementatie van de Liberman Modules in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tool 15. Motiverende gespreksvoering

Begripsomschrijving

Motiverende gespreksvoering is een therapeutische techniek die veel wordt gebruikt binnen een geïntegreerde dubbele diagnose behandeling. Samen met de cliënt verkent de behandelaar wat de problemen zijn en wat daaraan te doen is. Bij motiverende gespreksvoering werkt een hulpverlener aan een relatie die is gebaseerd op samenwerking en eigen verantwoordelijkheid. Gedrag wordt niet veroordeeld, ook al is het zelfdestructief. Niet de doelen van de hulpverlener staan centraal, maar het krijgen van een balans tussen de wensen en gedrag van de cliënt zelf. Constructieve zelfconfrontatie kan gedragsverandering uitlokken doordat het een cliënt duidelijk maakt dat wat hij wil of zegt, niet overeenstemt met wat hij doet.

Kenmerken van goede uitvoering

Motiverende gespreksvoering vereist een onvoorwaardelijke acceptatie van de cliënt en zijn probleem. Naast het kunnen toepassen van de techniek vergt de methodiek van de hulpverlener ook veel reflectie op de eigen normen en waarden. Men probeert de afhankelijkheid - die de cliënt vaak buiten zichzelf plaatst - om te zetten in een eigen verantwoordelijkheidsgevoel. De cliënt wordt voorgehouden dat er wel degelijk keuzemogelijkheden zijn en dat hij of zij zelf verantwoordelijk is voor de keuzes die gemaakt worden.

Principes van motiverende gespreksvoering:

1. Toon begrip
2. Wijs op discrepantie
3. Vermijd discussies
4. Meegaan met weerstand
5. Bevorder zelfwerkzaamheid

Niet bij elke cliënt is motiverende gespreksvoering mogelijk. Contra-indicaties zijn:

- de cliënt maakt zich niet ongerust over de eigen situatie en ziet daardoor geen noodzaak tot veranderen;
- onvoldoende gevoel van eigenwaarde;
- onvoldoende sociale vaardigheden om te veranderen;
- cliënt is niet in staat zijn eigen verantwoordelijkheden te dragen.

Achtergrond

Mensen met een alcohol- of drugsprobleem worden nogal eens benaderd met een afwachtende, confronterende of moraliserende houding. Er wordt vanuit gegaan dat de cliënt niet gemotiveerd is voor verandering, het problemen ontkent en weerstand heeft tegen behandeling.

Motiverende gespreksvoering gaat uit van de stelling dat motivatie geen persoonlijkheidskenmerk is of voorkomt uit de autoriteit van de hulpverlener maar dat een cliënt zelf een veranderstrategie kiest en volhoudt en dat deze strategie beïnvloedbaar is.

Motivatie wordt binnen de motiverende gespreksvoering gezien als het streven van de mens om zijn gedrag in overeenstemming te laten zijn met zijn uitspraken, zijn gevoelens en zijn houding. Wanneer dit niet in overeenstemming met elkaar is dan spreken we van cognitieve dissonantie. De cliënt kan kiezen om deze zaken met elkaar in balans te brengen door:

- het verschil te ontkennen;
- zijn houding aan te passen;
- zijn gedrag aan te passen.

Meer Informatie

- Schippers, G , J. De Jonge (2002). Motiverende gespreksvoering, MGV (57), 250-255
- Miller, W.R., S. Rollnick (2002). Preparing people for change. New York: Guilford Press.

Tool 16. Psycho-educatie

Begripsomschrijving

Psycho-educatie bestaat uit gestructureerde informatie, training en voorlichting aan patiënten of hun familieleden. Doel is om de kennis, acceptatie en begrip over ziektebeeld, diagnostiek en behandelmogelijkheden te vergroten. Psycho-educatie wordt meestal in een cursusvorm aangeboden. Hierbij staat het persoonlijke perspectief van de cliënt of de familie centraal. Op die manier kan de deelnemer de informatie op zijn eigen situatie betrekken en toepassen in zijn eigen leven.

Kenmerken van goede uitvoering

- Psycho-educatie heeft verschillende doelen, waarvan de belangrijkste zijn:
 - Informatie geven over ziektebeeld, diagnostiek, behandelmogelijkheden, omgaan met beperkingen, bijwerkingen van medicatie, wetgeving, contacten, werk en opleiding en stigma;
 - Komen tot een weloverwogen behandelingsovereenkomst;
 - Bevorderen van begrip van en inzicht in het ziektebeeld bij de patiënt en diens omgeving;
 - Bevorderen van acceptatie van ziekte en kwetsbaarheid bij patiënt en diens omgeving;
 - Bevorderen van de therapietrouw van de patiënt;
 - Relapspreventie door het veranderen van de relatie tot de ziekte.
- Psycho-educatie beperkt zich niet tot de patiënt, ook naasten zoals partners, familieleden en vrienden kunnen worden betrokken;
- Naast overdracht van kennis is het inpassen van deze kennis in de persoonlijke situatie van belang, zodat het de betrokken in staat stelt de nodige aanpassingen in hun leven te maken;
- Psycho-educatie is systematisch opgebouwd. Achtereenvolgens komen de volgende onderdelen aan de orde: de symptomatologie, het beloop, de oorzaak, behandeling en rehabilitatie;
- Psycho-educatie bestaat uit meerdere gesprekken. Op basis van praktijkervaring blijken voor patiënten ongeveer 20 sessies nodig. Voor psycho-educatie aan naasten van de patiënt zijn minder sessies nodig.
- Psycho-educatie kan gegeven worden door verschillende hulpverleners: maatschappelijk werker, (sociaal) psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, psychiater, huisarts of psychotherapeut.
- Psycho-educatie is iets anders dan goed informeren en voorlichten. 'Voorlichting' wordt in tegenstelling tot psycho-educatie niet gestructureerd of herhaald gegeven.

Achtergrond

In het kader van de WGBO is het noodzakelijk dat mensen dusdanig geïnformeerd zijn over hun aandoening dat zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen over de behandeling en/of in kunnen stemmen met een voorgestelde aanpak. Dit pleit in *alle* gevallen voor een vorm van psycho-educatie;

Meer Informatie

- Bransen, E., F. van Mierlo (2005). Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie. Werkmaterialen voor cursusdeelnemers. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Mierlo van F., K. de Boer, J. Heygele (2004). Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie, Draaiboek voor de cursusleider. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Peperstraten, J.J. van, H.C.W.M. Aalders, M. van der Gaag, C.J. Slooff, R. de Valk (2003). Psycho-educatie voor mensen met schizofrenie of verwante psychose. Handleiding en werkboek. Den Haag: Kenniscentrum Schizofrenie.

Tool 17. Sociaal-vaardigheidstraining

Begripsomschrijving

Het doel van sociaal-vaardigheidstraining is het vergroten van sociale vaardigheden en het zelfvertrouwen van een cliënt. Daarnaast gaat het in de training om het verminderen van sociale angst en vermijdingsgedrag. De training is voor dubbele diagnose cliënten om verschillende redenen belangrijk. Bijvoorbeeld om te leren middelen te weigeren of om te leren sociale relaties aan te gaan met mensen die niet gebruiken.

Kenmerken van goede uitvoering

Sociaal-vaardigheidstraining voor dubbele diagnose cliënten is erop gericht om hen specifieke vaardigheden aan te leren om met situaties om te kunnen gaan waarin alcohol en drugs een rol spelen. De training geeft dubbele diagnose cliënten de mogelijkheid om vaardigheden te leren in een veilige omgeving waardoor zij beter in staat zijn in hun eigen leven op een andere manier met alcohol en drugs om te gaan. Cliënten is alle stadia van verandering kunnen baat hebben bij deze trainingen, wanneer de inhoud is aangepast aan de situatie waarin zij zich bevinden.

De training omvat onder andere:

- communicatie vaardigheden,
- assertiviteit,
- vaardigheden voor het ontwikkelen en ondersteunen van interpersoonlijke verhoudingen
- leren om gaan met situaties waarin de verleiding om drugs gebruiken groot is (nee zeggen).
- omgaan met conflicten
- leren van sociale vaardigheden met betrekking tot het werk, familie en andere situaties.

Sociaal-vaardigheidstraining wordt meestal in een groep gegeven omdat daar de mogelijkheid tot oefenen met anderen mogelijk is. In een enkel geval kan het beter zijn een deel van de training individueel te geven. Een training in een groep van 2-3 tot 10 cliënten is mogelijk, ideaal is echter een groepsgrootte van 6 tot 8 cliënten waarin iedereen aanbod kan komen bij het oefenen van verschillende rollen.

Er wordt gewerkt met theorie, gesprek, modellering en rollenspelen. Eventueel kan gewerkt worden met huiswerkopdrachten.

Dubbele diagnose cliënten kunnen om verschillende redenen veel baat hebben bij sociale vaardigheidstrainingen. Zij gebruiken bijvoorbeeld in sociale situaties omdat zij niet kunnen of durven weigeren, omdat zij zo wie zo moeite hebben met het aangaan van sociale relaties, omdat ze moeite hebben sociale relaties aan te gaan met mensen die niet gebruiken of omdat het de enige manier van ontspanning en vrijetijdsbesteding is die ze kennen

Meer informatie

- Bekende sociaal-vaardigheidstrainingen zijn te vinden in de Liberman modules:
<http://www.liberman.nl/>
- Mueser, K. T., D. L. Noordsy, R. E. Drake, L. Fox (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders. A Guide to Effective Practice. New York: Guilford Publications.

Tool 18. Schuldhulpverlening

Begripsomschrijving

Veel cliënten met een dubbele diagnose hebben problemen met financiën. Het inkomen is vaak laag waardoor het beschikbare geld opgaat aan middelen en er schulden ontstaan. Schuldhulpverlening kan bestaan uit:

- Budgetvoorlichting
- Budgetbegeleiding
- Schuldregeling/Inkomensbeheer

Kenmerken van goede uitvoering

Cliënten met een dubbele diagnose hebben problemen op verschillende leefgebieden. Problemen met financiën is daar bijna altijd een van. Het inkomen van deze cliënten is meestal laag, waardoor het beschikbare geld snel opgaat aan middelen. Er ontstaan schulden die snel kunnen oplopen. In het behandelplan zal daarom aandacht besteedt moeten worden aan een vorm van schuldhulpverlening

Onder Schuldhulpverlening wordt het geheel van activiteiten gericht op hulpverlening aan huishoudens met problematische schulden verstaan.

Schuldhulpverlening kan bestaan uit:

Budgetvoorlichting

Budgetvoorlichting is preventief, gericht op het voorkomen van problematische schulden of het opnieuw ontstaan van schulden. Het gaat dan bijvoorbeeld om hoe iemand inzicht kan krijgen in uitgaven.

Budgetbegeleiding

Onder budgetbegeleiding wordt verstaan: het leren afstemmen van de uitgaven op de inkomsten. Budgetbegeleiding kan zowel preventief als curatief van aard zijn.

Schuldregeling

Schuldregeling is curatief, gericht op het oplossen van al aanwezige problematische schulden.

Schuldregeling kan bestaan uit:

- schuldbemiddeling: het regelen van (nieuwe) betalingsafspraken met schuldeisers;
- schuldsanering: het verstrekken van een lening waarmee alle schulden in een keer kunnen worden afbetaald.

Inkomensbeheer

Onder inkomensbeheer wordt verstaan het geheel of gedeeltelijk beheren van zowel de inkomsten als uitgaven van de schuldenaar.

Achtergrond

Er zijn een aantal officiële instanties waaronder kredietbanken, sociale diensten (bijstandsconsulenten) en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW heeft echter vaak het hebben van ernstige verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek als contra-indicatie). Deze instanties werken met een gedragscode en klachtenrecht en zijn kosteloos.

Meer informatie:

- <http://www.schulden.nl/>
- <http://www.nibud.nl/>

Tool 19. Terugvalpreventie (individueel)

Begripsomschrijving

Aan een terugval gaan vaak verschillende kleine stappen vooraf. Terugvalpreventie is er op gericht om zo vroeg mogelijk in dit proces in te grijpen om de bereikte resultaten van een behandeling vast te houden en te consolideren. Terugvalpreventie is vooral van belang voor cliënten met een dubbele diagnose die gemotiveerd zijn om hun gebruik te veranderen.

Kenmerken van goede uitvoering

Terugvalpreventie kan al vroeg in de behandeling gestart worden. Hulpverleners kunnen samen met hun cliënt op zoek gaan naar signalen die mogelijk een waarschuwing geven dat het gevaar op terugval erg groot is. Bij terugvalpreventie wordt nadrukkelijk aandacht gegeven aan sociale vaardigheidstraining en actieve copingstrategieën. De gedachte is dat zowel de directe determinanten (hoogrisico situaties, copingvaardigheden, verwachtingen over het effect van de behandeling) als achterliggende antecedenten (leefstijlfactoren, aandrang en cravings) bijdragen tot terugval. Ook episodes van psychiatrische stoornis kunnen leiden tot alcohol- of drugsgebruik.

Terugvalpreventie is een geheel van interventies en technieken en kan bestaan uit:

- identificeren van risicosituaties
- sociale vaardigheidstraining
- aanleren van copingsstrategieën
- ontwikkelen van terugval preventieplannen
- deelname aan zelfhulpgroepen

Achtergrond

Terugval is een serie van gebeurtenissen die al dan niet gevolgd worden door een terugkeer naar het gedrag dat men wou veranderen. Een veranderingsproces stopt niet bij het bereiken van de doelstellingen. Om de bereikte resultaten vast te houden moet daar speciale aandacht voor zijn, wat een aparte fase in een veranderingsproces is. Het centrale idee is dat terugvallen niet zomaar uit het niets opduikt. Voor iemand terugvalt zijn er verschillende kleinere stappen gezet in de richting van terugval. Terugvalpreventie helpt de cliënt om de zelfcontrole over dit proces te vergroten.

Meer informatie

- De leefstijltrainingen bevatten modules terugvalpreventie. De leefstijltrainingen zijn als downloads te vinden op www.ggzkennisnet.nl. Ook de Libermanmodules besteden aandacht aan terugvalpreventie.
- Werkboek behorende bij de toolkit IDDT: <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/communitysupport/toolkits/cooccurring/> (Nederlandse vertaling van het werkboek is aan te vragen bij het LEDD via info@ledd.nl).
- Keymeulen, R. (2001). Klippen omzeilen. Terugvalpreventie bij polydrugverslaafden. Merelbeke: De sleutel.
- Stel, J van, (2004). Handboek Preventie: voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid, Assen:Uitgeverij Van Gorcum,

Tool 20. Zelfhulpgroepen

Begripsomschrijving

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 staat centraal. De deelname aan een zelfhulpgroep is ongelimiteerd in tijd en kan een belangrijke rol spelen bij terugvalpreventie.

Kenmerken van goede uitvoering

Een goede voorlichting over de mogelijkheden van zelfhulpgroepen door instellingen voor ggz- en verslavingszorg is belangrijk, omdat ze een belangrijke rol kunnen spelen bij terugvalpreventie. Bij het contact tussen de onafhankelijke zelfhulpgroepen en instellingen voor ggz- en verslavingszorg moeten de volgende handreikingen in acht worden genomen:

- Er moet over en weer voldoende kennis zijn over elkaars werkwijze.
- Er moet respect zijn voor elkaars werkwijze.
- De autonomie van zelfhulpgroepen moet in acht worden genomen
- De keuze voor deelname aan zelfhulpgroepen ligt altijd bij de deelnemer of cliënt zelf.
- Doel van samenwerking moet altijd zijn dat het hulpaanbod voor iemand met een verslavingsprobleem verbetert. Dit geldt ook voor de familie en naastbetrokkenen van een verslaafde.
- In de samenwerking met zelfhulpgroepen moet aandacht zijn voor de groepen voor familieleden en andere naastbetrokkenen van verslaafden.

Sinds kort zijn er op een aantal plaatsen speciale zelfhulpgroepen voor dubbele diagnose cliënten actief. Ook in 'gewone' zelfhulpgroepen zijn cliënten met een dubbele diagnose welkom.

Meer informatie

- Site over zelfhulp: <http://www.zelfhulpverslaving.nl/>
- Geelen K., P. Gottmer, H. Scheurs. A. Thijs (2004). Onbenutte mogelijkheden, handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen. Resultaten Scoren. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Muusse C., R. Henskens, S van Rooijen (2008). Zelfhulpgroepen en de verslavingszorg stand van zaken 2007 en een vergelijking met 2008. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Muusse, C., 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.
- Zelfhulp op de kaart, een intentieverklaring voor de samenwerking tussen zelfhulpgroepen voor verslaafden en hun naasten en de instellingen voor ggz- en verslavingszorg. (2009) Utrecht: Trimbos-instituut.