

**Geïntegreerde behandeling van cliënten met
een dubbele diagnose
(IDDT)**

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Substance Abuse and Mental Health Services Administration
Adres 1 Choke Cherry Road MD 20857
Postcode MD 20857
Plaats Rockville
Email
Telefoon
Website van interventie <http://www.samhsa.gov/co-occurring>

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam
Adres
Postcode
Plaats
Email
Telefoon
Website van interventie

Referentie

Naam auteur Anneke van Wamel (Trimbos-instituut), Arjen Neven (Palier/CDP)
Titel interventie Geïntegreerde behandeling voor cliënten met een dubbele diagnose
Databank Langdurige GGZ
Plaats, instituut Utrecht, Trimbos-instituut
Datum 18-05-2015

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:



Inhoud

Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	5
1. Probleemomschrijving.....	5
2. Beschrijving interventie.....	6
3. Onderbouwing.....	16
4. Uitvoering.....	21
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	25
6. Onderzoek naar de effectiviteit	27
7. Aangehaalde literatuur	31

Samenvatting

Doelgroep

Mensen met een dubbele diagnose, wat wil zeggen: gelijktijdig last hebben van een stoornis in het gebruik van een middel of alcohol en een psychiatrische stoornis. Bijvoorbeeld een ernstige depressie gecombineerd met een alcoholverslaving, een persoonlijkheidsstoornis met cocaïnemisbruik, of schizofrenie met een cannabisverslaving. Allerlei combinaties tussen middelen en psychiatrische stoornissen zijn mogelijk.

Doel

Het doel van geïntegreerde behandeling is het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische stoornis en problematisch middelengebruik.

Aanpak

IDDT is geen interventie maar een organisatorisch behandelmodel waarbinnen verschillende interventies uitgevoerd kunnen worden. Het model beschrijft 13 behandelinhoudelijke onderdelen en 14 organisatorische onderdelen.

Materiaal

De achtergronden en inhoud van IDDT, geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose, is uitgebreid beschreven in boeken en artikelen. De meest bekende daarvan (Mueser et al, 2003) is in het Nederlands verkrijgbaar.

Onderbouwing

De verschillende stoornissen en problemen waar cliënten met een dubbele diagnose mee kampen zijn sterk met elkaar verweven, soms tot een bijna niet te ontwarren kluwen. In een geïntegreerde behandeling is het primaire doel dan ook niet om te trachten dit te ontwarren, maar om allereerst aan te sluiten bij de problemen die de cliënt als de meest dringende beschouwd, om zo toe te werken naar inzicht in de samenhang van de problemen.

Onderzoek

Verschillende buitenlandse onderzoeken tonen de effectiviteit van IDDT aan. Gevonden uitkomsten zijn onder meer vermindering van middelengebruik en verbetering van psychiatrische symptomen. Een meta-analyse van studies in de Verenigde Staten toonde bescheiden maar geen significante positieve effecten aan van IDDT op psychologische uitkomsten en alcoholgebruik, terwijl de standaard zorg leidde tot een vermindering van drugsgebruik.

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

In het afgelopen decennium is het besef gegroeid dat de behandeling van cliënten met een comorbide psychiatrische stoornis en een verslavingsprobleem complex is en speciale aandacht verdient. Niet alleen blijkt het om een relatief grote groep cliënten te gaan; de problemen waar deze cliënten mee geconfronteerd worden, hebben hun weerslag op verschillende levensgebieden en interacteren vaak op een negatieve manier met elkaar. Ervaring en onderzoek tonen aan dat de gescheiden zorg voor beide problemen vaak niet het gewenste resultaat oplevert (Dijkhuizen e.a., 2013).

Spreading

We spreken van comorbiditeit als iemand meerdere aandoeningen heeft. Deze term zou kunnen suggereren dat aandoeningen onderling geen samenhang hebben, dat ze verschillende oorzaken hebben en dus op grond van pure kansberekening samenvallen. Comorbiditeit komt echter veel vaker voor dan louter op kansberekening kan worden voorspeld. Er lijkt dus wel degelijk sprake te zijn van samenhang tussen stoornissen. Verschillende grote epidemiologische studies hebben de situatie in kaart gebracht en de cijfers zijn op zijn minst indrukwekkend te noemen. Ongeveer de helft van de cliënten die lijden aan schizofrenie, kent tijdens het leven een verslavingsprobleem. Van de mensen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, attention deficit hyperactivity disorder (adhd) of conduct disorder (cd) kampt tussen de 50 en 80% met verslavingsproblemen en van de mensen met stemmings- of angststoornissen ongeveer 30%. Cliënten met posttraumatische stressstoornis (ptss) vormen hier een uitzondering, met een hogere prevalentie van verslavingsproblemen. Bij Vietnamveteranen met ptss was deze life-timeprevalentie zelfs 75%, bij andere (niet militaire) cliënten met ptss liggen de percentages tussen 22 en 43% (Kessler e.a., 1995; Kulka e.a., 2001; Jacobsen, Breslau e.a., 1991).

Comorbiditeit beperkt zich niet tot verslaving. Epidemiologisch onderzoek toont aan dat psychiatrische stoornissen op zich vaak samen voorkomen en dat ze de neiging hebben om te clusteren.

Naast de psychotische stoornissen identificeren Kessler en anderen (2005) twee grote clusters van stoornissen die vaak samen voorkomen. Enerzijds de groep van de externaliserende stoornissen, waarbij gedragsdisinhibitie, met vooral symptomen naar buiten toe, het kernaspect vormt (conduct disorder, adhd, antisociale persoonlijkheidsstoornis). Anderzijds de groep van internaliserende stoornissen, waarbij de hoofdsymptomen eerder naar binnen gericht zijn (voornamelijk stemmings- en angststoornissen). Er is daarnaast ook wel enige overlap tussen beide clusters. Comorbiditeit met verslavingsproblemen blijkt voornamelijk zeer uitgesproken te zijn bij stoornissen in het psychotische en het externaliserende spectrum (Dom & Schroevers, 2013).

In deze beschrijving bedoelen we met 'dubbele diagnose' het gelijktijdig last hebben van een stoornis in het gebruik van een middel of alcohol en één of meerdere psychiatrische stoornissen.

Gevolgen

Dubbele-diagnosecliënten worden binnen de nog gescheiden organisatiestructuur geregeld van het kastje naar de muur gestuurd; ze worden binnen de geestelijke gezondheidszorg bij aanmelding

niet geaccepteerd omdat ze ook middelenafhankelijk zijn en ze worden verwezen naar de verslavingszorg, waar ze ook niet voor behandeling geïndiceerd worden in verband met hun psychiatrische stoornis.

Binnen veel organisaties wordt uitgegaan van een sequentieel hulpaanbod; hierbij wordt de dubbele-diagnosecliënt eerst binnen de verslavingszorg behandeld en vervolgens binnen de geestelijke gezondheidszorg, of andersom. De achtergrond van verwijzen over en weer heeft te maken met het hanteren van het secundaire psychopathologie- en/of verslavingsmodel; dit verklaringsmodel gaat ervan uit dat psychopathologie ontstaat als gevolg van het gebruik van middelen of andersom. Hierbij speelt ook het door hulpverleners ervaren deskundigheidstekort wat betreft het andere terrein dan die waar de hulpverlener werkzaam is (Meeuwissen, Kroon & Eland, 2001). Een knelpunt in deze organisatievorm is een gebrek aan overeenstemming over welke stoornis eerst behandeld moet worden, omdat onduidelijk is welke stoornis de primaire diagnose is. Ook zijn er problemen in de eerste fase van behandeling gericht op stabilisatie; het blijft onduidelijk voor welke stoornis het eerst stabilisatie bereikt moet zijn voor er begonnen kan worden met de behandeling van de andere stoornis. Verder kunnen de verschillende stoornissen elkaar op een negatieve manier beïnvloeden, bijvoorbeeld: het staken van het gebruik van alcohol verergert de angstklachten. Een belangrijk probleem betreft het bepalen van het moment van doorverwijzen naar de andere instelling, want wanneer is de eerste behandeling 'gereed'?

Binnen het parallelle hulpaanbod vindt behandeling van beide stoornissen tegelijkertijd maar gescheiden plaats; de middelenafhankelijkheid binnen de verslavingszorg en de psychiatrische stoornissen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het hierbij impliciet gehanteerde verklaringsmodel is dat er aan beide stoornissen een gemeenschappelijke oorzaak ten grondslag ligt. Binnen deze organisatie van zorg treden problemen op als een gebrekkige communicatie tussen beide instellingen, onduidelijkheid over de eindverantwoordelijkheid van de behandeling en het ontbreken van een gemeenschappelijk, geïntegreerd kader en methode.

Na verloop van tijd kwam het besef dat voor cliënten met ernstige psychopathologie in combinatie met verslaving sequentiële of parallelle behandeling mogelijk niet voldoende was. Cliënten met een dubbele diagnose hebben op verschillende levensterreinen meer problemen dan cliënten met een enkelvoudige diagnose. Ze zijn vaker dakloos, hebben geen werk of daginvulling, hebben meer financiële problemen, een kleiner sociaal netwerk en worden vaker opgenomen. Met andere woorden, cliënten met een dubbele diagnose dreigden tussen de wal en het schip te vallen. Ondertussen kwam er meer wetenschappelijk bewijs dat inzicht gaf in de omvang van het probleem maar uiteindelijk ook leidde tot een ander verklaringsmodel van de onderliggende pathologie. Al deze ontwikkelingen hebben uiteindelijk geleid tot de ontwikkeling van geïntegreerd behandelen.

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De uiteindelijke doelgroep van geïntegreerde behandeling zijn cliënten met psychiatrische problemen en comorbide verslavingsproblemen, kortheidshalve ook wel dubbele diagnose genoemd. Onder de term dubbele diagnose problematiek wordt verstaan: de combinatie van de psychische stoornissen die vallen onder de benaming ernstige psychiatrische aandoeningen (de zogenaamde Severe Mental Illnesses) en relevant alcohol- of middelengebruik. Schizofrenie, bipolaire stoornissen, ernstige depressie en ernstige angststoornissen vallen onder Severe Mental Illnesses. Relevant wil zeggen dat er sprake dient te zijn van een stoornis in het gebruik van alcohol

of middelen die van invloed is op de psychische stoornis, dan wel dat de psychopathologie invloed heeft op de mate en ernst van het alcohol- of middelengebruik. Het gaat dan met name om cliënten bij wie de twee aandoeningen elkaar *negatief* beïnvloeden en bij wie er bovendien sprake is van een mate van maatschappelijk disfunctioneren.

Intermediaire doelgroep

Een aantal onderdelen van het geïntegreerde behandelmodel zijn gericht op het team en de organisatie waarin zij werken. Het gaat dan onder andere om: casemanagers, SPV-en, behandelaren, artsen, managers, (psycho)therapeuten, vaktherapeuten, ervaringsdeskundigen, trajectbegeleiders, woonbegeleiders. Ook de omgeving en het systeem van de cliënt behoren tot intermediaire doelgroepen.

Selectie van doelgroepen

Er zijn geen contra-indicaties van toepassing. Wel is het uitgangspunt vanuit de praktijk dat geïntegreerde behandeling in de volle breedte van het model in principe *niet* nodig is, als het gaat om cliënten bij wie het alcohol- of drugsgebruik niet heel problematisch is in combinatie met lichte psychiatrische problematiek (bijv. een cliënt met lichte tot matige angstklachten met regelmatig maar gecontroleerd alcoholgebruik). IDDT is bedoeld voor mensen met langdurige en ernstige problematiek.

2.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van geïntegreerde behandeling is het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische stoornis en problematisch middelengebruik. Omdat aangesloten wordt bij de motivatie van de cliënt, kunnen doelen variëren van het regelmatig kunnen voeren van gesprekken tot daadwerkelijke verandering in het gebruik van middelen of betere medicatietrouw.

Subdoelen

De verbeterde kwaliteit van leven kan behaald worden door te werken aan de subdoelen. Deze zijn gericht op zowel de zorgorganisatie als de cliëntgebonden levensgebieden. Het gaat dan om:

- continuïteit van zorg
- verminderde drop-out
- stabilisatie en/of vermindering van psychopathologie
- stabilisatie en/of vermindering van alcohol- of middelengebruik
- verbeteren van lichamelijk en psychisch functioneren
- verbetering van basale levensomstandigheden

Deze doelen kunnen bereikt worden door te werken aan:

1. Goede zorgtoewijzing, bestaande uit:

- Screening: bij alle cliënten op problemen met middelen in de GGZ en op psychopathologie in de verslavingszorg. Aanbevolen instrumenten zijn CAGE-AID, MINI plus een index of suspicion
- Triage: in welk zorgonderdeel is de cliënt het best op zijn plek?
- Diagnostiek: bij positieve screening uitvoerige en complete assessment en diagnostiek. Aanbevolen instrumenten zijn MATE, Europ-asi, MINI, HONOS

- Geïntegreerde of gezamenlijke intake
2. Het bieden van geïntegreerde behandeling, o.a.:
- Functieanalyse van het gebruik
 - Aangepaste medicatie
 - Aanbieden van specifieke IDDT interventies
 - Monitoren van kwaliteit van leven
3. Continuïteit van zorg
- Geïntegreerd behandelplan
 - Geïntegreerd ontslagplan
4. Deskundige zorgverlening uitgevoerd door getrainde hulpverleners
- Basistraining dubbele diagnose
 - Motiverende gespreksvoering
 - Intervisie en supervisie
-

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Geïntegreerde behandeling (ook wel IDDT: integrated dual disorder treatment) is geen interventie maar een behandelmodel waar allerlei interventies onder kunnen vallen. Het model schetst wel de kaders en de uitgangspunten die nodig zijn voor een goede uitvoering, en een set componenten die idealiter aanwezig moeten zijn.

Centraal staat dat er aandacht is voor beide stoornissen en voor de manier waarop die elkaar beïnvloeden.

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 (psycho-educatie) 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 de behandeling, stabiele huisvesting als een noodzakelijke voorwaarde voor herstel en sterke gerichtheid op arbeidsmogelijkheden dan wel nadere zingeving. Deelname aan zelfhulpgroepen wordt gestimuleerd.
 - Geïntegreerde behandeling is geen interventie die zich richt op één specifieke behoefte zoals een sociale vaardigheidstraining. Het is een model met als gedachtegoed dat de behandeling van complexe comorbide problematiek alleen tot zijn recht kan komen in een geïntegreerd zorgsysteem. De behandeling dient plaats te vinden in een geïntegreerd behandelkader en is erop gericht om een positieve verandering en betere kwaliteit van leven van dubbele-diagnosecliënten tot stand te brengen.
-

Locatie en uitvoerders

Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten wordt uitgevoerd door hulpverleners in een GGZ-team, een verslavingsteam, of in een team/afdeling gespecialiseerd in geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Zoals hierboven beschreven is dat één team dat werkt vanuit één locatie en beide stoornissen gelijktijdig en in samenhang behandelt.

Dit team is multidisciplinair van samenstelling en bevat idealiter de volgende disciplines:

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

Het multidisciplinaire behandelteam werkt *outreaching* en komt dagelijks bijeen om dringende zaken te bespreken en vergadert regelmatig om de voortgang van elke cliënt op alle levensgebieden te bespreken.

Een succesvol geïntegreerd behandelteam coördineert taken op alle levensgebieden die bijdragen aan kwaliteit van leven en herstel en draagt er zorg voor dat cliënten, hulpverleners en de omgeving van de cliënt allemaal samenwerken aan dezelfde doelen. Het team werkt volgens het principe van *shared caseload*. Wanneer nodig kunnen teamleden voor elkaar invallen.

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, deskundigheidsbevordering en een goed opleidingsbeleid.

De locatie van de behandeling wisselt al naar gelang de mogelijkheden van de cliënt. Als deze ambulante zorg of zelfs bemoezorg ontvangt, zullen de meeste contacten in de omgeving van de cliënt plaatsvinden. Tijdens een opname in de GGZ, verslavingszorg of geïntegreerde instelling is de locatie uiteraard de instelling. Heel belangrijk is echter dat wanneer en zodra dat kan de zorg transmuraal wordt aangeboden, d.w.z. een nauwe samenwerking tussen ambulant en klinisch, met zo min mogelijk drempels hiertussen.

Inzet van verslavingsdeskundigen en psychiatrisch specialisten

Idealiter heeft het team een evenwichtige multidisciplinaire samenstelling met zowel verslavingsdeskundigen als psychiatrische deskundigheid. Alle teamleden hebben kennis van zowel verslavingsproblematiek als psychiatrische problematiek en de verwevenheid daarvan. Afhankelijk van de doelgroep waar het team mee werkt (uitsluitend dubbele-diagnosecliënten of een mix) wordt er gestreefd naar:

- een geheel geïntegreerd team met 'dubbele' deskundigheid (expertise op zowel psychiatrie als verslaving) van het volledige team;
- het aantrekken van een specialist op het terrein van IDDT, dan wel een verslavingsspecialist of een psychiatrisch specialist als geïntegreerd teamlid, die bij alle overleggen aanwezig is en 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 ervaring in de verslavingszorg en is specifiek getraind in de principes van geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose'. Het volledige competentieprofiel is op de LEDD-site te vinden.

Wat is een 'psychiatrisch deskundige'?

De Dual Disorder Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index omschrijft een psychiatrisch 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

Het IDDT-model hecht waarde aan zelfhulp en de inzet van ervaringsdeskundigen. De vraag rijst of een ervaringsdeskundige die in een dubbele-diagnoseteam werkt ook op beide gebieden ervaringsdeskundig moet zijn. Uiteraard heeft dat meerwaarde, maar het is geen verplichting. Belangrijk is dat de ervaring van deze ervaringsdeskundige medewerkers aansluit op de ervaringen van cliënten, ook al hebben die mogelijk ook andere psychiatrische problemen. Uit de praktijk lijkt ervaring met verslaving belangrijker, omdat dat vaak het terrein is waarover hulpverleners niet goed in gesprek komen met cliënten. Ervaringsdeskundigen kunnen zich makkelijker bewegen op dit terrein.

Inhoud van de interventie

IDDT is geen interventie, maar een samenhangend behandelmodel. Het model beschrijft 13 behandelinhoudelijke onderdelen en 14 organisatorische onderdelen die hiermee samenhangen. Belangrijk is dat er altijd sprake is van een geïntegreerde aanpak, waarbij zowel de psychiatrische problematiek als de verslavingsproblematiek wordt behandeld. Niet altijd is er een indicatie om alle onderstaande behandelcomponenten onderdeel te laten zijn van het individuele behandelplan. Zo zal een floride psychotische cliënt niet goed gebruik kunnen maken van een zelfhulpgroep en zal een patiënt met goede therapietrouw en adequaat ziekte-inzicht minder vaak outreachende zorg nodig hebben. Wel dienen onderstaande onderdelen altijd aanwezig te zijn binnen een dubbele diagnose afdeling en geïntegreerd te worden ingezet als dit nodig is. Op deze manier is er aandacht voor de verschillende problematische levensgebieden van de cliënt.

Kerncomponenten van geïntegreerde behandeling

Geïntegreerde behandeling bestaat uit de volgende onderdelen:

Behandelcomponenten		Organisatiecomponenten	
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	Outreachend (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

Hieronder volgt een uitwerking van de belangrijkste behandelcomponenten van IDDT:

- 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);
- Volledig en terugkerend systeem van screening en assessment van beide aandoeningen, inclusief het afnemen en toepassen van een functie-analyse;
- Gefaseerde behandeling: dat wil zeggen dat de aard van de hulpverlening verandert met het stadium van verandering waarin de patiënt zich bevindt en met diens motivatie voor behandeling. De volgende fasen worden onderscheiden: opbouw van een werkrelatie, motiveren voor behandeling, actieve behandeling en terugvalpreventie;
- Een geïntegreerd behandelplan, dat samen met cliënt en, wanneer mogelijk, zijn systeem wordt opgesteld;
- Motiverende gespreksvoering: hulpverleners ondersteunen patiënten bij de bewustwording van de consequenties van middelengebruik, de hoop op vooruitgang en de opbouw van motivatie voor behandeling van de problematiek.
- Psycho-educatie en counseling bij middelengebruik: voorlichting en het leren van vaardigheden over 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 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.

In onderstaand schema staan de mogelijke interventies gekoppeld aan de motivatiefasen van de cliënt.

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

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Lindy Fox, een van de hoofdauteurs van het oorspronkelijke boek waarin het IDDT-model beschreven wordt (Mueser e.a. 2003) is een ervaringsdeskundige op het gebied van dubbele diagnose problematiek. Zij heeft gewerkt als expert, trainer en consulent bij het Dartmouth Psychiatric Research Center.

Buitenlandse interventie

In de eerste studies naar dubbele diagnose behandeling in de GGZ, in de jaren tachtig van de vorige eeuw, werden teleurstellende resultaten gevonden van de traditionele verslavingsinterventies. Hulpverleners hielden te weinig rekening met de complexe problemen en behoeftes van deze doelgroep. Outreach en motivationele interventies ontbraken vaak en het gebruik werd niet goed in kaart gebracht, waardoor evaluatie van resultaten achterbleef.

Een aantal pilotprojecten met meer compleet aanbod liet rond dezelfde tijd veelbelovende resultaten zien. Voortbouwend op deze resultaten, de interventies en meer solide onderzoek heeft het New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center (NHDPRC), binnen het 'Implementing Evidence Based Practices' project (Torrey e.a., 2001) IDDT ontwikkeld.

In Nederland is het LEDD (Landelijk expertise Centrum Dubbele Diagnose) de trekker van de implementatie. Het LEDD is een samenwerkingsverband van het Trimbos-instituut, Mentrum (onderdeel van Arkin), GGZ Eindhoven en de Kempen, Palier (ParnassiaGroep) en Antes. Van 2004 tot 2006 is door het Trimbos-instituut een pilotonderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid van implementatie van IDDT in Nederland. Aan dit project deden ambulante teams van vier GGZ-instellingen mee: GGZ Drenthe, GGZ Delfland, GGZ Groep Europoort en GGZ Eindhoven & De Kempen (GGZE). Het project had de volgende doelen:

- Vertaling en bewerking van een Amerikaans implementatiepakket voor geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling (IDDT: Integrated Dual Disorder Treatment);
- Samenstellen en aanbieden van in-company scholing in geïntegreerde behandeling van patiënten met een dubbele diagnose;
- Implementatie van deze geïntegreerde behandeling in ambulante GGZ-teams;
- Het opdoen van kennis over bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie via begeleidend onderzoek, met het oog op bredere implementatie in de jaren daarna.

Uit de pilot werd geconcludeerd dat IDDT een duidelijke meerwaarde voor de Nederlandse hulpverlening heeft, maar ook dat het een lastig te implementeren model is.

Het model is vervolgens op een aantal onderdelen aangepast op de Nederlandse situatie:

- De getrouwheidmaterialen die gebruikt worden om te meten in hoeverre teams werken volgens de modelbeschrijving zijn aangepast aan de Nederlandse situatie. Concreet betekent dat bijvoorbeeld het toevoegen van in Nederland gebruikelijke disciplines aan het item multidisciplinair team, de tijdslimiet van behandeling is eruit gehaald, aanpassen van de minimale evaluatietermijn van behandelplannen. Ook zijn de schalen voor ambulante en klinische behandeling in Nederland in elkaar geschoven omdat deze zorginhoudelijk veel dichterbij elkaar liggen dan in Amerika.
- Het model legt veel nadruk op contact maken en houden, maar biedt minder als het gaat om daadwerkelijke behandeling. De laatste jaren is meer aandacht uitgegaan naar de invulling van de behandeling met in Nederland voor handen zijnde én veelbelovende nieuwe interventies. Het gaat

dan om bijvoorbeeld Community Reinforcement Approach (CRA), Seeking Safety (trauma behandeling) en schematherapie.

- Het model is oorspronkelijk ontworpen voor GGZ-teams in Amerika (die schoten erg tekort in verslavingszorg) en niet voor verslavingsteams. De verslavingszorg in Nederland is daarentegen een volwaardig specialisme en biedt zorg aan een deel van de dubbele diagnose populatie. De praktijk wijst uit dat het echter vooral Nederlandse ggz-teams zijn die werken met het model. Om het voor verslavingsteams meer toegankelijk te maken zijn de Nederlandse publicaties niet meer specifiek op de GGZ gericht, maar ook op de verslavingszorg én andere sectoren (bijv. wonen, LVG).

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Een model dat goed vergelijkbaar is wordt gebruikt door de (Flexible) ACT-verslavingsteams. Zij maken gebruik van de beschrijving *FACT en verslaving* (Van de Sande & Neijmeijer, 2011). Voor (Flexible) ACT teams die zijn opgezet vanuit de verslavingszorg is er (nog) geen eenduidige doelgroep definitie vastgesteld. In de praktijk vertoont de doelgroep veel overlap met die van reguliere (Flexible) ACT teams en de (hoofdzakelijk internationale) literatuur biedt voor een eenduidige definitie ook geen aanknopingspunten.

Flexible ACT is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT. Flexible ACT richt zich op de hele groep van mensen met langdurende of blijvende ernstige psychiatrische aandoeningen buiten het ziekenhuis.

(F)ACT is opgenomen in de databank Effectieve sociale interventies van Movisie en de databank Effectieve interventies in de Langdurige GGZ van het Trimbos-instituut.

Overeenkomsten en verschillen

Zowel (F)ACT als IDDT richten zich op cliënten met ernstige en complexe problematiek, die problemen hebben op allerlei levensgebieden.

De organisatorische eisen die aan (F)ACT teams gesteld worden, komen op veel gebieden overeen met die van een IDDT-team. Beide interventies komen dan ook uit hetzelfde project voort:

'Implementing Evidence Based Practices' van het Dartmouth PRC (Torrey e.a., 2001).

Overeenkomstige organisatorische items zijn: het multidisciplinaire team, multidisciplinair zorgaanbod, verslavingsdeskundigheid, expliciete toelatingscriteria, zorg voor onbeperkte tijd (geldt niet voor klinische teams) en outreach.

Een belangrijk verschil is dat deze criteria in het IDDT model steeds expliciet betrekking moeten hebben op zowel verslaving als psychiatrie.

Een ander belangrijk organisatorisch verschil zijn de eisen die aan caseload en instroom worden gesteld; die zijn in het IDDT model niet aan de orde.

Er is een aantal andere belangrijke verschillen tussen IDDT en (F)ACT-verslavingsteams:

- IDDT is niet gebonden aan een setting, maar is zowel bedoeld voor klinische als ambulante hulpverlening,

- Verslaving is binnen reguliere FACT-teams een aandachtsgebied maar is zorginhoudelijk veel minder sterk aanwezig dan in IDDT teams. In geïntegreerde teams kan meer kennis verwacht worden over de interactie tussen psychiatrie en verslaving. Bovendien werken zij met verslavingsdeskundigen.

- Gedeelde expertise om aan beide probleemgebieden te werken is een eerste vereiste voor IDDT teams, de getrouwheidsmeting van (F)ACT vraagt daar wel naar maar geeft het minder gewicht.

Toegevoegde waarde

IDDT biedt specifieke aandacht aan het verslavingsprobleem van de cliënt, zonder dat deze daarvoor naar een ander team of een andere setting hoeft te gaan.

3. Onderbouwing

Oorzaken

Er bestaan verschillende theorieën over de oorzaken van de hoge comorbiditeit tussen psychiatrische aandoeningen en verslaving. Er is niet een verklaringsmodel waarin alles in te passen valt, waarschijnlijk vullen meerdere modellen elkaar aan. De meest gangbare verklaringsmodellen zijn:

1. Secundaire middelenmisbruik modellen

In deze modellen vormt een primaire psychiatrische stoornis bij de cliënt de aanleiding voor het ontstaan van middelenmisbruik. Een van de bekende modellen is het zelfmedicatiemodel. Van grotere invloed is dat antipsychotische medicatie het dopaminerge systeem afremt. Tijdens psychosen is er sprake van hyperactiviteit van het dopaminerge systeem met als gevolg een overgevoeligheid voor allerlei prikkels en indrukken. Om psychosen te bestrijden en te voorkomen zijn antipsychotische middelen nodig. Het gevaar hierbij is dat de dopaminehuishouding teveel wordt geremd. Als gevolg daarvan hebben veel cliënten die met antipsychotica worden behandeld last van initiatiefverlies, een geremd of geblokkeerd gevoelsleven, concentratie- en inprentingsproblemen. Het risico daarvan is dat cliënten middelen gaan gebruiken om deze vervelende bijwerkingen 'op te heffen' en te compenseren, wat ongewenst is aangezien het middelengebruik de cliënt weer vatbaarder voor psychiatrische symptomen kan maken.

2. Secundaire psychopathologiemodellen

Volgens deze modellen is er ook sprake van een causale relatie maar is de richting omgekeerd: de verslaving vormt aanleiding voor het ontstaan van een psychiatrisch toestandsbeeld. Mensen die een kwetsbaarheid hebben voor het ontwikkelen van psychische stoornissen zouden deze eerder ontwikkelen door middelengebruik.

3. Gemeenschappelijke factor modellen

Volgens deze modellen zijn het een of meerdere gemeenschappelijke factoren die de kans op het ontwikkelen van zowel een verslaving als een psychiatrische stoornis vergroten. Recent wordt er steeds meer onderzoek gedaan naar een gemeenschappelijke genetische kwetsbaarheid en neurobiologische factoren die ten grondslag kunnen liggen aan het samen voorkomen van verschillende psychiatrische stoornissen en verslaving. Hiervoor wordt met name bewijs gevonden voor aandoeningen als ADHD, impulscontrolestoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis.

4. Bi-directioneel model

Het bi-directionele model stelt dat verschillende factoren een rol spelen bij het ontstaan en in stand houden van een dubbele diagnose. Bijvoorbeeld: een persoon met een biologische kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van een psychische stoornis kan, door allerlei redenen, beginnen met middelengebruik. Dit gebruik kan de psychische stoornis activeren. Vervolgens blijft de persoon middelen gebruiken om de negatieve symptomen van de stoornis te onderdrukken. Het bi-directionele verklaringsmodel sluit goed aan bij het biopsychosociaal model dat centraal staat binnen het Nederlandse zorgbeleid.

(Mueser e.a., 2003)

Aan te pakken factoren

Het IDDT aanbod 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 aandacht voor arbeidsmogelijkheden.

Aangesloten wordt bij de problemen die de cliënt als de meest dringende beschouwt, om zo toe te werken naar inzicht in de samenhang van de problemen.

Welke factoren zijn beïnvloedbaar door IDDT ?

De relatie tussen middelengebruik en het verergeren van psychiatrische symptomen wordt vaak niet gelegd door cliënten. In eerste instantie lijken de middelen de symptomen juist te onderdrukken en soms is dat op korte termijn ook zo. Door samen met de cliënt een goede functieanalyse op te stellen kan duidelijk worden hoe het gebruik er precies uitziet en wat de gevolgen op de korte maar vooral ook op de lange termijn zijn.

Ook duidelijke en specifieke psycho-educatie is nodig om de spiraal van gebruik en symptomen te doorbreken. Vanuit de hulpverlener moet er ruimte zijn om aan de ene kant andere medicatie te overwegen en aan de andere kant over alternatieve middelen, gebruiksmethoden en hoeveelheden middelen mee te denken. Bijvoorbeeld hasj i.p.v. cannabis omdat bekend is dat dat minder snel psychoses tot gevolg heeft.

Een goede en complete diagnostiek is noodzakelijk om duidelijk te krijgen wat er nu precies met de cliënt aan de hand is. De kluwen aan problemen en de vaak lange geschiedenis in de hulpverlening heeft de meeste dubbele diagnose cliënten een waaier aan diagnoses opgeleverd. ADHD en persoonlijkheidsstoornissen worden vaak verward met zogenaamd verslavingsgedrag.

Het uit elkaar pluizen van wat bij de persoonlijkheid hoort, wat gebrek aan (coping)vaardigheden is en wat bij de aandoening hoort, is een langdurig proces. Tijdens dit proces (niet daarna) is het zaak in kaart te brengen waar de cliënt mee geholpen is en daar mee te starten.

Verantwoording

Het geïntegreerde behandelprogramma bestaat uit een aantal samenhangende componenten (Mueser e.a., 2011, Dijkhuizen e.a. 2013) waardoor gewerkt kan worden aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van mensen met een psychiatrische stoornis en problematisch middelengebruik.

Integratie (subdoel: stabilisatie en/of vermindering van psychopathologie)

De integratie houdt in dat behandelinterventies gericht op verslaving en psychiatrie door een behandelaar of multidisciplinair team geleverd worden. Ook behandelonderdelen als diagnostiek en crisisinterventie worden op geïntegreerde wijze gedaan. Interventies gericht op beide stoornissen worden tegelijkertijd ingezet. Er wordt niet gesteld dat eerst het verslavingsprobleem aangepakt moet zijn, willen interventies gericht op de psychiatrische stoornis ingezet worden of andersom. Als voorbeeld, een cliënt kan tegelijkertijd medicatie krijgen voor psychotische symptomen en deelnemen aan een groep gericht op het leren omgaan met middelenafhankelijkheid. Het zijn geen strijdige interventies maar interventies die elkaar kunnen versterken. Bij bepaalde combinaties van psychiatrie en verslaving zou gekozen kunnen

worden voor een sequentiële behandeling, door bijvoorbeeld bij depressie en alcoholafhankelijkheid eerst het laatste probleem aan te pakken omdat bekend is dat alcoholgebruik kan leiden tot een depressie. Echter in de dagelijkse praktijk is dit vaak moeilijk te realiseren en doet het uitgangspunt dat beide stoornissen complex met elkaar verweven zijn het meest recht aan de cliënt.

Omvattendheid (subdoel: verbetering van basale levensomstandigheden)

Mensen met dubbele-diagnoseproblemen hebben vaak problemen op meerdere levensterreinen. Het is zaak dat de behandeling ook gericht is op gebieden als dagbesteding, beroepsmatig functioneren, sociale vaardigheden, contacten met naastbetrokkenen, financiën en wonen. Dit is ook nodig om de problemen op het gebied van psychiatrie en verslaving met succes te kunnen behandelen. Soms gaan interventies op deze terreinen vooraf aan interventies op het gebied van psychiatrie of verslaving. Dubbele-diagnosecliënten hebben dus op verschillende terreinen hulpverlening nodig, maar ook hulpverlening die verandert in de tijd afhankelijk van de mate van herstel. De hulpverlening wordt bij voorkeur georganiseerd in de vorm van Assertive Community Treatment (ACT) of Functional Assertive Community Treatment (FACT), omdat de aanpak van bovengenoemde terreinen hierin standaard een plaats heeft.

Outreachende hulpverlening (subdoel: verminderen drop-out)

Dubbele-diagnosecliënten worden niet gekenmerkt door een grote motivatie om hulp te zoeken of om in zorg te blijven. Zij breken helaas vaak voortijdig de behandeling af, doordat chaos de overhand krijgt in hun leven, door hun cognitieve beperkingen of gebrek aan motivatie. Een outreachende hulpverlener erkent dat wachten op het initiatief van cliënten niet voldoet en dat het actief bij de behandeling betrekken van dubbele-diagnosecliënten nodig is. Dat kan door cliënten in hun eigen omgeving op te zoeken en praktische hulp te bieden bij het bereiken van doelen die zij zelf belangrijk vinden zoals huisvesting, medische zorg, crisismanagement en juridische hulp. Outreachende hulpverlening is een middel om een werkrelatie op te bouwen tussen behandelaars en cliënten. Deze vorm van zorg wordt vooral geassocieerd met ambulante hulpverlening, maar heeft ook een klinische toepassing. Tijdens een opname is het evengoed een taak van de hulpverleners om dubbele-diagnosecliënten actief bij de behandeling te betrekken, om cliënten die zich terugtrekken op hun kamer actief op te zoeken en in te zetten op contactgroei. Het outreachende karakter van het team vertaalt zich in het motiveren van de cliënt tot deelname aan groepsactiviteiten en programmaonderdelen.

Langetermijnperspectief: hulpverlening zonder tijdslimiet (subdoel: continuïteit van zorg)

Herstel van twee verweven stoornissen is complex en heeft veel tijd nodig. Ernstige dubbele-diagnosestoornissen worden gekenmerkt door een chronisch karakter en een hoog risico op terugval en, zelfs bij langdurige behandeling en rehabilitatie, de aanwezigheid van restsymptomen die aandacht blijven vereisen. Onderzoek naar de resultaten van geïntegreerde behandelprogramma's heeft dan ook aangetoond dat er nauwelijks resultaten van belang behaald worden als cliënten een kortdurend programma volgen (Drake, O'Neal & Wallach, 2008). Cliënten laten alleen na een langere periode van behandeling geleidelijk een verbetering zien. Zo wordt een gezondere leefstijl pas stapsgewijs bereikt na een periode van maanden en jaren. Dat geldt ook voor het ontwikkelen van de vaardigheden die nodig zijn om te leren omgaan met de stoornis, om weer in de maatschappij en in sociale relaties te kunnen functioneren. Het is voor een effectief geïntegreerd behandelprogramma daarom van belang om langdurige hulpverlening zonder tijdslimiet aan te kunnen bieden.

Behandeling op basis van motivatie (subdoel: verminderde drop-out)

Het geïntegreerd behandelmodel beoogt de best passende interventies voor psychiatrie en verslaving aan te bieden. Het uitgangspunt is dat dit gebeurt door interventies te laten aansluiten bij de motivatie van de cliënt. Hiermee nauw verbonden is het model van fasen van behandeling, waarbij de volgende fasen kunnen worden onderscheiden: contact maken, overtuigen, actieve behandeling en terugvalpreventie. Bij iedere fase behoren specifieke interventies (zie het schema bij 2.3), zodat de geboden behandeling zo goed mogelijk aansluit bij de wensen en behoeften van de cliënt. Dit maakt het ook makkelijker voor de cliënt en zijn hulpverlener om gezamenlijk behandeldoelen te ontwikkelen. Als een cliënt door zijn psychiatrische toestandbeeld of het middelengebruik zo ontregeld is dat behandeling niet mogelijk is, kan het noodzakelijk zijn eerst te starten met een stabilisatiefase (Minkoff, 1997).

Psychotherapeutische benadering (subdoel: verbeteren psychisch functioneren)

Psychotherapeutische behandelingen kunnen goed voor dubbele-diagnosecliënten ingezet worden. Het kan dan gaan om individuele, groeps- of familiegesprekken. Zoals hierboven al opgemerkt, is het hierbij van belang om goed te kijken naar de motivatiefase van de cliënt. Cliënten die zich bijvoorbeeld in de eerste fasen van motivatie bevinden, hebben het meest baat bij interventies die redelijk informeel zijn en gericht zijn op het aanleren van bijvoorbeeld sociale vaardigheden of het omgaan met symptomen. In latere fasen kan cognitieve gedragstherapie ingezet worden waarin wordt ingegaan op de interactie tussen beide aandoeningen. Graham heeft een cognitief gedragstherapeutisch, geïntegreerd behandelmodel (c-bit: Cognitive-Behavioural Integrated Treatment) met fasegerichte interventies beschreven. De eerste interventies zijn gericht op het opbouwen van een werkrelatie, vervolgens richt de behandeling zich op gedragsverandering en afsluitend op terugvalpreventie (Graham, 2004).

Vermindering van negatieve gevolgen (subdoel: verbetering van basale levensomstandigheden)

De gevolgen van dubbele diagnose kunnen, vooral bij ernstige gevallen, zeer verstrekkend zijn. Cliënten kunnen bijvoorbeeld financiële problemen krijgen; dit is ook de groep met een verhoogde kans op dakloosheid. Door slechte voeding en risicovol gedrag kunnen er gezondheidsproblemen ontstaan en hebben cliënten een verhoogde kans op infectieziekten. *Harm reduction* kan cliënten beschermen tegen dit soort negatieve gevolgen. Interventies kunnen gericht zijn op het aanbieden van veilige nacht- of dagopvang, maaltijden ter beschikking stellen, het aanbieden van schone naalden en gesprekken met een psycho-educatief karakter over het beperken van lichamelijke risico's door bijvoorbeeld het gebruik van condooms. Soms kan insteken op deze wensen motiverend werken om ook behandeling aan te gaan voor de psychische of verslavingsproblemen.

Werkzame elementen

Onderzoek naar de evidentie van IDDT wordt in grote mate bemoeilijkt door de uitgebreidheid van het model. Veel onderzoek heeft te kampen met methodologische problemen of zwakheden. Gecombineerd met de enorme diversiteit van de doelgroep heeft dat geleid tot beschikbaar onderzoek dat helaas fragmentarisch te noemen is. Zie bijvoorbeeld de studies van Bradizza e.a. (2014) en Chow e.a. (2013).

Geïntegreerd behandelen bestaat uit een veelheid aan mogelijke interventies. Het is de vraag welke interventies effectief zijn. Onderzoek hiernaar geeft aan dat ten minste drie soorten

interventies gericht op verslavingsproblemen mogelijk effectief zijn bij een dubbele-diagnosepopulatie: groeps counseling, contingency management en langdurige klinische behandeling (Drake, O'Neal & Wallach, 2008).

Onder groeps counseling wordt verstaan: wekelijkse bijeenkomsten gedurende een periode van een half jaar of langer waarin gebruik wordt gemaakt van cognitieve gedragstherapie of gemengde technieken. Inhoudelijk zijn ze gericht op de interactie tussen psychiatrie en gebruik van middelen. Er wordt gebruik gemaakt van psycho-educatie en lotgenotencontact.

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).

Langdurige klinische behandeling wordt in deze review beschreven als aan pakket specifieke interventies die aangeboden worden en gemonitord tijdens een langdurige opname. De doelgroep hiervoor zijn cliënten met ernstige problemen (waaronder vaak dakloosheid) met wie al lange tijd ambulante interventies zijn geprobeerd zonder resultaat.

4. Uitvoering

Materialen

Op basis van de ervaringen met IDDT in Nederland is een aantal materialen ontwikkeld voor instellingen die geïntegreerde behandeling willen bieden:

- Het LEDD (Landelijk expertise Centrum Dubbele Diagnose) biedt via de website (www.ledd.nl) informatie aan voor belangstellenden. Het LEDD ondersteunt bij de implementatie van geïntegreerde behandeling en heeft een uitgebreid scholingsaanbod.
- Handreiking 'Geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnose cliënten'. Deze is bedoeld als een praktisch hulpmiddel voor iedereen die op het punt staat te starten met de implementatie van geïntegreerd behandelen of al is begonnen. Deze handreiking is gratis te downloaden op www.ledd.nl.
- 'Het vormgeven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose' is een handreiking voor woonbegeleiders, behandelaars en managers die te maken hebben met mensen met dubbele diagnose in woonvoorzieningen. Deze handreiking is gratis te downloaden op www.ledd.nl.
- Toolkit Dubbele Diagnose. Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose. Deze toolkit is gratis te downloaden op www.ledd.nl.
- Werkboek geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose, bedoeld voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg. Dit werkboek is gratis te downloaden op www.ledd.nl.
- Modelgetrouwheidsschaal (herziene versie 2010) waarmee in kaart gebracht kan worden in hoeverre een team werkt volgens de modelbeschrijving. Deze materialen zijn op te vragen via het LEDD.
- Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling (2011) K.T. Mueser, D.L. Noordsy, R.E. Drake, L. Fox. De Tijdstroom, Utrecht.
- Handboek dubbele diagnose (2013). Geert Dom, Albert Dijkhuizen, Bas van der Hoorn, e.a. (redactie). De Tijdstroom, Utrecht.

Type organisatie

Momenteel wordt geïntegreerde dubbele diagnose behandeling aangeboden in een groot aantal GGZ-instellingen, verslavingsinstellingen en in gespecialiseerde dubbele diagnose settings. Dit betreft zowel ambulante als klinische aanbod. In de laatste jaren is het aanbod uitgebreid met meer specifieke doelgroepen, waaronder jongeren en cliënten met LVB.

Opleiding en competenties

Er is gerichte opleiding/training vereist voor de uitvoering van geïntegreerde behandeling. Daarnaast zijn veel van de componenten een aanvulling of meer specifieke uitwerking van taken van bestaande disciplines. Uit de praktijk blijkt dat het vaak nodig is om teams bij te scholen in

kennis over middelen, verslaving en de interactie met psychiatrie. Ook voor het toepassen van motiverende gespreksvoering is training, gevolgd door terugkerende boostersessies, nodig. (Zie voor competenties ook onder 'Implementatie')

Kwaliteitsbewaking

Voor het monitoren van de kwaliteit van de uitvoering van IDDT wordt aangeraden de IDDT getrouwheidsschaal te gebruiken. Deze fidelity dient te worden afgenomen door getrainde externe auditoren of interne auditoren die niet direct bij het te beoordelen team betrokken zijn. De eerste meting is een nulmeting waarna met enige regelmaat vervolgmetingen gedaan kunnen worden. Vervolgmetingen worden na een periode van circa anderhalf jaar gedaan.

Randvoorwaarden

Uit de ervaringen die de afgelopen jaren in Nederland zijn opgedaan met implementatie van geïntegreerde behandeling is duidelijk geworden dat dit geen eenvoudige of kortdurende 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 bepaalde factoren te verkennen, zoals: 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. 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 (zie ook de Handreiking 'Geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnose cliënten').

Als er beperkte ruimte is om te starten met IDDT, is uit de praktijkervaring gebleken dat het beste gekozen kan worden voor een basistraining van het team, de invoering van motivationele interventies en het inrichten van interventies naar motivatiefase van de cliënt, dit alles opgenomen in een geïntegreerd behandelplan. Met deze drie onderdelen kan veel bereikt worden qua bejegening en meer effectieve inzet van beschikbare middelen. Daarna kan het aanbod uitgebreid worden met onderdelen als geïntegreerde interventies (overwegingsgroepen, psycho-educatie, aanbod op verslaving in GGZ en op psychiatrie in verslavingszorg) en de organisatie ingericht met bijvoorbeeld geïntegreerde behandelplannen.

Implementatie

Om teams te helpen bij de implementatie is o.a. de Handreiking 'Geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnose cliënten' geschreven. Als basis voor dit deel is de publicatie 'Implementing IDDT: A step-by-step guide to stages of organizational change' gebruikt. Deze brochure is een uitgave van het Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence (OHIO SAMI CCOE). De inhoud is echter sterk aangepast om beter aan te sluiten bij de Nederlandse situatie (zie ook onder 'materialen').

Uit het pilot-implementatieproject kwamen de volgende succesfactoren voor implementatie van IDDT naar voren:

Projectleiding

Een belangrijke succesfactor om IDDT modelgetrouw in te voeren, is op de eerste plaats een enthousiaste kartrekker die de principes van een geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnose cliënten goed kent en op waarde schat. Bovendien is het van belang dat de lokale projectleider voldoende tijd ter beschikking heeft om IDDT in te bedden in de organisatie en de werkwijze van het team. Het gaat om een goede combinatie van inhoudelijke expertise, leiderschapskwaliteiten en voldoende tijd.

Commitment en inbedding in de organisatie

Een algemeen bekende succesfactor voor de implementatie van nieuwe werkwijzen is de mate van commitment in de organisatie. Met name de lokale IDDT-projectleiders moeten erop kunnen rekenen dat het management het implementatieproces ondersteunt. Dat betekent concreet dat de projectleiders voldoende tijd tot hun beschikking krijgen voor de implementatie van IDDT en dat er financiële middelen worden vrijgemaakt o.a. voor werkbezoeken, training en supervisie. Tevens is het van belang dat de geïntegreerde dubbele diagnose behandeling wordt ingebed in de organisatie. Elders in de organisatie moet men op hoofdlijnen op de hoogte zijn van de IDDT-werkwijze en weten welke cliënten in aanmerking komen voor IDDT. Op z'n minst geldt dit voor de medewerkers (werkzaam in de voordeurteams) die betrokken zijn bij de indicatiestelling, screening en assessments.

Introductie en training

De implementatie van IDDT verdient een zorgvuldige introductie in de betrokken teams. Alvorens te starten met de IDDT-training is het van belang om aandacht te besteden aan visieontwikkeling zodat er een gedeelde visie ontstaat op de zorg en behandeling voor cliënten met dubbele diagnoses. In eerste instantie moeten teams op hoofdlijnen geïnformeerd worden over de filosofie en werkwijze van de geïntegreerde dubbele diagnose behandeling. In tweede instantie moet er ruimte zijn voor discussie daarover zodat de teamleden de filosofie achter IDDT kunnen doorgronden en – desnoods geleidelijk aan – onderschrijven en ondersteunen. Gelijktijdig worden alle medewerkers getraind om te kunnen werken volgens de uitgangspunten van IDDT.

Supervisie en coaching

De supervisiebijeenkomsten blijken in belangrijke mate bij te dragen aan het implementatieproces. Kennis over IDDT wordt opgefrist en de medewerkers leren het zich aan om consequent te werken met de fasegerichte interventies en dit door te voeren in de behandelbesprekingen.

Competenties

Om IDDT te kunnen uitvoeren dienen hulpverleners te beschikken over een aantal competenties:

- (basis)kennis over middelen, verslaving en de interacties tussen psychiatrie en middelen;
- kennis over mogelijkheden en noodzaak van geïntegreerde behandeling;
- contact kunnen leggen d.m.v. open, geïnteresseerde houding;
- middelengebruik op neutrale manier bespreken (los van eigen normen en waarden) en vraag;
- aan kunnen sluiten bij het motivatiestadium van de cliënt.

Kosten

Er is in Nederland nog geen onderzoek uitgevoerd naar de kosten van geïntegreerd behandelen ten opzichte van behandeling in gescheiden zorgsystemen. Duidelijk is dat geïntegreerde behandeling geen goedkoop traject is, gezien het veelomvattende karakter ervan.

Daartegenover staat dat een aanzienlijk deel van de dubbele diagnose cliënten behoort tot de categorie cliënten met de hoogste behandelkosten. Zij kampen met complexe, meervoudige en ernstige psychiatrische en somatische aandoeningen, een grote mate van beperking en zeer weinig sociale en maatschappelijke steunfactoren. Deze cliënten maken veelvuldig gebruik van de duurste GGZ/VZ voorzieningen, met helaas (te) weinig resultaat. Vaak zijn zij in meerderde circuits tegelijk bekend en maken zij in geen daarvan het behandeltraject succesvol af.

Uit onderzoek blijkt dat zelfs het inzetten van minder uitgebreide interventies op middelengebruik in deze doelgroep al snel leidt tot kostenbesparing (Dom en Moggi, 2014).

Voorbeeld van een implementatietraject

Stap 1. Beleid formuleren, vaststellen, vastleggen

Opzetten projectstructuur bestaat uit een stuurgroep en aantal werkgroepen.

Tijdsinvestering: 3 tot 5 dagen (exclusief het schrijven van het beleidsplan)

Stap 2. Beleid implementeren

Informatie of startbijeenkomst, uitgangssituatie van team(s) in kaart brengen d.m.v. afname van de IDDT-fidelityschaal en een werkplan opstellen en uitvoeren.

Tijdsinvestering: informatiebijeenkomst 2 dagen, fidelitymeting per team 2 dagen

Stap 3. Trainen van het team

Afhankelijk van het start niveau van het team is dit een korte of langere training.

Een uitgebreide in-company training van het LEDD, omvat de volgende onderwerpen:

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

Dagdeel 2: Introductie geïntegreerd behandelen

Dagdeel 3: Fasenmodel en werken met fasen

Dagdeel 4: Screening en assessment

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

Een in-company training via het LEDD kost 40-45 euro per dagdeel per persoon, uitgaand van een groep van 20 personen.

Via het Centrum voor Dubbele Problematiek van Palier in Den Haag worden onderdelen van bovenstaande training gegeven. De prijs voor een training is 250 euro per dagdeel, waarbij twee sprekers aanwezig zijn.

In overleg kan de inhoud, de hoeveelheid deelnemers en de tijdsduur van de cursus worden besproken.

Stap 4. Supervisie

Na het afronden van de training wordt in het eerste jaar supervisie aangeraden om de borging te garanderen door IDDT voortdurend onder de aandacht te houden.

Tijdsinvestering: 6-8 supervisie bijeenkomsten van 2 uur.

De kosten van een dergelijk traject zijn variabel, afhankelijk van de intensiteit.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de praktijkervaringen met IDDT, wel is er een pilot implementatie en een Doorbraakproject uitgevoerd. Deze zijn gevolgd door onderzoek.

- Rooijen, S. van, Wamel, A. van, Kroon H. Implementatie van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling. Trimbos-instituut, juni 2007.
- Wamel, A. van, Kroon, H., Rooijen S. van. (2009). Systematic implementation of integrated dual disorders treatment in The Netherlands. *Mental Health and Substance Use: dual diagnosis*, 2:2,101-110.

Deze publicaties beschrijven het implementatieproject geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling dat van medio 2004 tot eind 2006 werd uitgevoerd bij ambulante teams van vier GGZ-instellingen: GGZ Drenthe, GGZ Delfland, GGZ Groep Europoort en GGz Eindhoven & De Kempen (GGzE). Uit deze implementatiestudies blijkt dat de implementatie van IDDT geen eenvoudig proces is, maar ook dat het een verbetering van de bestaande zorg is en leidt tot grotere tevredenheid bij zowel het behandelteam als bij cliënten.

Het project heeft de volgende resultaten opgeleverd:

- Vertaling en bewerking van een Amerikaans implementatiepakket (toolkit) voor geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling (IDDT: Integrated Dual Disorder Treatment);
 - Samenstellen en aanbieden van in-company scholing in geïntegreerde behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. Alle deelnemende teams hebben deel genomen aan deze training;
 - Implementatie van deze geïntegreerde behandeling in vijf ambulante GGZ-teams. Om het implementatieproces te bevorderen zijn fidelitymetingen gehouden, werden projectleiders-bijeenkomsten en werkbezoeken georganiseerd en kregen teams op verzoek coaching aangeboden;
 - Het opdoen van kennis over bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie via begeleidend onderzoek, met het oog op bredere implementatie in de jaren daarna.
- Wamel A. van, Jansen H., Kuijpers E. (2009). Verslaving en persoonlijkheidsstoornissen; naar een geïntegreerd behandelmodel. Implementatie in een behandelteam voor persoonlijkheidsstoornissen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 3, 167- 176.

Een belangrijke vraag bij de invoering van het IDDT-model tijdens de hierboven beschreven pilot was wat er van het model overeind zou blijven, wanneer het op een doelgroep met persoonlijkheidsstoornissen werd toepast. Dat blijkt verrassend veel te zijn. Hoewel het aanleren van motiverende technieken en vooral de fasegerichte behandeling de meeste winst lijken op te leveren, worden praktisch alle onderdelen van het model ingezet.

- Monsma M, Roosenschoon BJ, Wamel A van, Rooijen S van (2010) Lukt modelgetrouwe implementatie van Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)? Resultaten van het Doorbraakproject Dubbele Diagnose. In: *Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel*, 2, 2010. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

In het kader van het Doorbraakproject Dubbele Diagnose is onderzocht of het lukt een geïntegreerde behandeling modelgetrouw te implementeren. Voor het onderzoek is de modelgetrouwheidsschaal voor IDDT gebruikt. Het Doorbraakproject lijkt bij te dragen aan de Modelgetrouwe Implementatie, want de modelgetrouwheid blijkt bij de deelnemende zeven ambulante teams na het Doorbraakproject hoger te zijn dan daarvoor. De ambulante teams varieerden bij de eerste meting van 2,4 tot 2,9 (schaal van 0-5) met een gemiddelde score van 2,7. Bij de tweede meting was de variatie tussen de teams 2,6 tot 3,6 met een gemiddelde score van 3,3. Bij de tweede meting was de gemiddelde score voor alle teams gestegen. De gemiddelde score van alle teams tezamen was met 0,6 punten omhoog gegaan. Wel waren de onderlinge verschillen groter geworden.

- Giffen, M. van, Stolker, J.J., Rooijen, S. van. (2013) Implementatie van geïntegreerde behandeling volgens motivationele principes. In: Handboek Dubbele Diagnose. Utrecht: De Tijdstroom.

In dit hoofdstuk beschrijven de auteurs hun ervaringen met de implementatie van IDDT. Een aantal praktijkervaringen met invoering van IDDT binnen Nederlandse instellingen laat tot nu toe de volgende resultaten zien. Cliënten hoeven niet langer heen en weer te gaan tussen verschillende 'loketten' voor psychiatrie en verslavingszorg. De behandeling is cliëntgericht en sluit beter aan op de motivatie en wensen en doelen van cliënten. Ook leidt invoering van IDDT tot kwaliteitsverbetering in het algemeen: actuele, geïntegreerde behandelplannen, gedegen screening en assessment en diagnostiek, continuïteit van zorg en een gevarieerd behandelaanbod. Hulpverleners ontwikkelen een meer cliëntgerichte attitude, hebben veel meer begrip voor verslavingsproblemen en hebben meer oog voor motivationele vaardigheden en bejegening. Ook krijgen zij meer kennis en begrip van de samenhang tussen psychiatrie en verslaving. En – niet onbelangrijk – men ziet dubbele-diagnosebehandeling als een langdurig behandelproces. Een behandeltraject waarin telkens kleine, haalbare doelen moeten worden gesteld en waarbij sterk rekening gehouden moet worden met de beperkingen of onmacht van cliënten en waar maar al te vaak terugvalmomenten voorkomen.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

Er is nog geen Nederlands onderzoek gedaan naar de effectiviteit van geïntegreerde behandeling.

Onderzoek in het buitenland

1.) Morrens et al, 2008

A. **Morrens M, Dewilde B, Sabbe B, Dom G, De CR, Moggi F. Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. Eur Addict Res 2011; 17(3):154-163.**

B. Type onderzoek: gecontroleerde *open-label trial*

Twee goed omschreven patiënten-populaties ontvingen ofwel IDDT ofwel standaardzorg. Of participanten IDDT of standaardzorg ontvingen, werd bepaald door de ziekenhuisafdeling waar ze opgenomen waren. Deze toewijzing was uitsluitend gebaseerd op beschikbaarheid en niet op patiëntkarakteristieken, en in die zin een soort van 'gerandomiseerd'.

Meetmomenten: nulmeting, na 3 maanden, na 6 maanden en na 12 maanden.

Meetinstrumenten: European version of the Addiction Severity Index (EuropASI), Alcohol Use Scale (AUS), Drugs Use Scale (DUS), Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS), Readiness Of Change questionnaire Drugs (RCQ-D), en de Readiness Of Change questionnaire Alcohol (RCQ-A).

Doelgroep: patiënten tussen de 18 en 45 jaar met een psychotische stoornis en middelenmisbruik, gediagnosticeerd via DSM-IV, met een ziekte duur van meer dan 2 jaar. Patiënten met een geschiedenis van neurologische stoornissen werden geëxcludeerd.

C. N=120

Resultaten: Patiënten in de IDDT-conditie laten significante reducties zien in illegaal middelen- en alcoholgebruik en verbeteringen op alle psychiatrische symptome domeinen, ze rapporteren hogere kwaliteit van leven en verbeteren op het gebied van sociaal- en gemeenschapsfunctioneren. In tegenstelling daarmee zijn de verbeteringen in de controlegroep matig en beperkt tot een aantal middelengebruik- en psychiatrische uitkomsten. De controlegroep had significant hogere drop-out aantallen, 6 en 12 maanden na de nulmeting, wat de suggestie wekt dat het IDDT programma succesvoller was in het betrekken van patiënten.

D. Dit is geen gerandomiseerde studie, sample sizes zijn relatief klein en er was een substantieel verschil in sample size tussen de twee groepen. Er is sprake van een vrij hoge drop-out in beide patiëntengroepen. Auteurs geven aan dat onderzoek nodig is naar de actieve/werkzame componenten van IDDT. Verschillen in hoeveelheid staf, motivatie en competentie van de staf, de focus op een meer homogene groep in het IDDT programma of de positie van staf jegens middelengebruik, kunnen de resultaten hebben vertekend.

2.) Chandler, 2011

A. **Chandler DW. Fidelity and outcomes in six integrated dual disorders treatment programs. Community Ment Health J 2011; 47(1):82-89.**

B. Type onderzoek: pre-post studie

Modelgetrouwheidsscores en individuele uitkomsten op het gebied van psychische gezondheid en middelengebruik werden meerdere malen gemeten in zes ambulante IDDT programma's.

Meetmomenten modelgetrouwheid:

- In vier programma's: nulmeting, na 6 maanden, na 12 maanden en na 18 maanden
- In twee programma's: nulmeting, na 6 maanden, na 12 maanden, na 18 maanden, na 24 maanden en na 30 maanden.

Meetmomenten individuele uitkomsten:

- In vier programma's: nulmeting, na 6 maanden en na twaalf maanden
- In twee programma's: nulmeting, na 6 maanden, na twaalf maanden, na 18 maanden en na 24 maanden

Meetinstrument modelgetrouwheid: (aangepaste versie van de) National Project IDDT fidelity scale

Meetinstrumenten individuele uitkomsten: Multnomah Community Ability Scale (MCAS) en Stages of Treatment Scale (SATS).

Doelgroep: patiënten met psychische aandoening en stoornis in middelengebruik.

C. N=402

Resultaten: Drie van de zes programma's bereikten hoge modelgetrouwheid (minstens score 4 op een schaal van 5) en drie matige modelgetrouwheid (minstens score 3 op een schaal van 5).

In vier programma's werd een significante verbetering in abstinentie voor ten minste 6 maanden gemeten (twee hoog modelgetrouwe en twee matig modelgetrouwe programma's). Verbeterde scores op psychisch functioneren waren significant voor een hoog en een matig modelgetrouw programma. Statistisch significante reducties in ziekenhuisopnames werden gevonden in twee hoog en een matig modelgetrouw programma. Kortom, uitkomsten voor individuele programma's waren over het algemeen positief maar niet consistent binnen programma's of tussen programma's.

Op het niveau van de personen, werden geen significante veranderingen in de tijd gevonden op het gebied van psychisch functioneren, middelengebruik en ziekenhuisopnames. Hogere eind-modelgetrouwheid en verbetering in modelgetrouwheid waren allebei niet geassocieerd met positieve verandering op het gebied van middelengebruik en ziekenhuisopnames.

D. Er is geen controlegroep. De auteurs verwachten dat dit mogelijk heeft gezorgd voor een onderschatting van het effect. Omdat de periode van observatie deels 1 en deels 2 jaar was, zijn de uitkomsten onstabiel. Auteurs geven aan dat er een beperkte spreiding is in modelgetrouwheid tussen de programma's en dat het mogelijk is dat de modelgetrouwheidsschaal onvoldoende in staat is belangrijke verschillen tussen programma's in kaart te brengen.

3). Mangrum et al, 2006

A. Mangrum LF, Spence RT, Lopez M. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment 2006; 30(1):79-84.

B. Type onderzoek: deels gerandomiseerde, gecontroleerde trial

De onderzoekspopulatie werd verkregen uit drie behandelprogramma's voor dubbele diagnose. Twee programma's implementeerden een experimenteel design waarbij participanten random werden toegewezen aan twee groepen: een geïntegreerd behandelprogramma (op basis van model IDDT) of een controlegroep met traditioneel parallel aangeboden diensten (psychiatrie en verslavingszorg apart). Het derde programma biedt behandeling aan op twee verschillende locaties, waarbij op de ene locatie geïntegreerd en op de andere een parallel aanbod wordt gegeven. Participanten in dit derde programma kwamen op basis van hun geografische locatie terecht in een geïntegreerd of een parallel aanbod.

Meetmomenten: 12 maanden voor nulmeting, nulmeting, 12 maanden na nulmeting.

Meetinstrumenten: Uitkomstdata voor ziekenhuisopname en arrestaties werden verkregen uit registratiesystemen (voor 100% van de patiënten was deze informatie beschikbaar).

Doelgroep: patiënten met een diagnose middelenafhankelijkheid of middelenmisbruik (DSM-IV) en gedocumenteerd gebruik van middelen gedurende de 6 maanden voor de start van het programma, in combinatie met een diagnose ernstige en aanhoudende psychiatrische aandoening zoals schizofrenie, ernstige depressie, bipolaire stoornis of andere psychische ziekten met ernstige en chronische beperkingen.

- C. N=216
Resultaten: Vergelijkingen laten zien dat de experimentele groepen significant grotere reducties bereiken in de incidentie van ziekenhuisopnames, het aantal dagen opname en incidentie van arrestaties, dan in de controlegroepen. In de studieperiode daalde het aantal ziekenhuisopnames in de experimentele groep van 12,2% naar 3,3%, terwijl deze in de controlegroep steeg van 6,5% naar 10,8%. Het aantal dagen opname in deze periode daalde in de experimentele groep (5,7-2,4) en steeg in de controlegroep (2,5-6,1). Op het gebied van arrestaties blijkt er in de experimentele groep in de studieperiode sprake van een daling van de incidentie van 11,4% naar 7,3%, ten opzichte van een marginale daling in controlegroep van 10,8% tot 9,7%.
- D. De resultaten worden beperkt door een methodologische zwakte die volgens auteurs vergelijkbaar is met andere studies naar geïntegreerde behandeling. De auteurs geven ook aan dat ze hebben geprobeerd aanvullende data te verzamelen over psychisch functioneren en middelengebruik en arbeidsstatus, maar dat er teveel incomplete data was op deze uitkomsten om deze mee te nemen in de analyse.

4). Wüsthoff et al, 2014

- A. **Wüsthoff, LE, Waal H Gräwe RW. The effectiveness of integrated treatment in patients with substance use disorders co-occurring with anxiety and/or depression. A group randomized trial. BMC Psychiatry 2014; 14.**
- B. Type onderzoek: pragmatische rct / multi-centre studie.
Negen ambulante afdelingen van ggz-instellingen deden mee in de studie. Vijf afdelingen werden getraind in het aanbieden van geïntegreerde behandeling, vier vormden de controlegroep. De randomisatie vond dus plaats op centrum-level.
Meetmomenten: nulmeting, na 6 maanden en na 12 maanden.
Meetinstrumenten: Symptom Check List 90 (SCL-90R), European Addiction Severity Index (EuropASI), Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS), the Alcohol Use Scale (AUS), the Drug Use Scale (DUS), the Global Assessment of Functioning Scale (split version) (GAF), Substance Abuse Treatment Scale (SATS-r), en voor de assessment: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification), DUDIT (Drug Use Disorders Identification).
Doelgroep: nieuw doorverwezen patiënten boven de 18 met een angststoornis en/of een depressie, met of zonder een persoonlijkheidsstoornis, in combinatie met een middelenafhankelijkheid of middelenmisbruik (DSM-IV). Exclusiecriteria waren psychotische stoornis (m.u.v. door drugs uitgelokte psychose), verhuisplannen, taalbarrières, benzodiazepine- of nicotineafhankelijkheid als enige stoornis in het middelengebruik en acute ziekte.
- C. N=76
Resultaten: In zowel de experimentele- als controlegroep werd een reductie in alcohol en middelengebruik gevonden, waarbij de verschillen tussen beide groepen niet significant waren. In beide groepen is geen significante verbetering te zien in psychiatrische symptomen. In de experimentele groep werd na 12 maanden een significant grotere stijging in motivatie voor behandeling voor middelengebruik gevonden dan in de controlegroep.
- D. Geen duidelijkheid over modelgetrouwheid.

5.) Judd et al, 2003

- A. **Judd PH, Thomas N, Schwartz T, Outcalt A, Hough R. A dual diagnosis demonstration project: treatment outcomes and cost analysis. J Psychoactive Drugs 2003; 35 Suppl 1:181-192.**
- B. Type onderzoek: (uitgebreide) longitudinale cohortstudie met herhaalde metingen
Patiënten werden na de start in een IDDT programma drie jaar gevolgd. De studie omvatte tevens een kosteneffectiviteitsanalyse.
Meetmomenten: nulmeting, na 6 maanden, na 12 maanden, na 18 maanden, na 24 maanden, na 30 maanden en na 36 maanden. Strafrecht en gezondheidszorgkosten werden vergeleken twee jaar voor en twee jaar na de start van de behandeling.
Meetinstrumenten: Addiction Severity Index-Lite (een verkorte versie van Addiction Severity Index), Kennedy Axis V Subscales, Global Assessment of Functioning (GAF) Scale, Behavior and Symptom Identification Scale (BASIS-32), Center for Epidemiologic Studies for Depression Scale (CES-D), California Quality of Life Inventory (CA-QOL), Lehman's

Quality of Life Inventory, Short Form Health Status Questionnaire (SF-12), Pearl in Mastery Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale en Behavioral Healthcare Rating of Satisfaction (BHRS). Strafrecht en gezondheidszorgkosten werden verkregen uit nationale en lokale registraties.

Doelgroep: patiënten met zowel een DSM-IV as-I middelenmisbruik stoornis en een ax-I psychiatrische aandoening, die actief gebruiken of minder dan 90 dagen sober zijn.

C. N=126

Resultaten: De studie vond statisch significante verbeteringen in psychiatrische symptomen na zes maanden en deze verbeteringen hielden stand in de rest van de follow-up. De studie vond een significante afname in gedrag dat gevaarlijk is voor de persoon zelf of anderen zoals boze uitbarstingen, geweld, zelfmoordpogingen, zelfverwondend gedrag. De studie vond een significante verbetering op het gebied van middelenmisbruik, een effect dat sterker was voor mensen die langer in het programma bleven. Patiënten ervoeren significante verbeteringen in hun dagelijkse functioneren, self-esteem maar geen verbeteringen in self-efficacy. Er werden blijvende significante verbeteringen gevonden in het gevoel van nabijheid tot anderen, met anderen kunnen opschieten en realisme ten aanzien van jezelf. Na 18 maanden ervoeren patiënten significante verbeteringen in financiële tevredenheid en deze verbeteringen werden in de rest van de follow-up gehandhaafd. Arbeidsstatus bleef gelijk en er werden geen verbeteringen gevonden op ervaren gezondheid of medische status.

Er werd ook een vermindering in strafrecht en acute en subacute zorgkosten in relatie tot psychiatrie en middelengebruik gevonden en een verhoging in ambulante zorggebruik.

D. Geen controlegroep. Maar het is wel een hele mooie uitgebreide longitudinale studie met aanwijzingen voor werkzaamheid van het model.

6). Chow et al, 2013

A. **Chow CM, Wieman D, Cichocki B, Qvicklund H, Hiersteiner D. Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis. Mental Health and Substance Use 2013; 6(2):150-168.**

B. Type onderzoek: meta-analyse over 13 studies

De resultaten van verschillende studies in de VS werden geanalyseerd op de effectiviteit van het IDDT (integrated care) programma op drugs- en alcoholgebruik, psychiatrische symptomen en functioneren. Daarnaast werd het effect van IDDT bekeken wat betreft de behandelsetting (residentieel vs. ambulante).

Doelgroep: volwassen cliënten (tussen 18 en 66 jaar, gemiddelde leeftijd 38 jaar)

C. N=2824

Resultaten: de resultaten laten (niet statistisch significant) positieve resultaten zien van de toepassing van integrated care wat betreft psychiatrische symptomen en functioneren en alcoholgebruik, in vergelijking met care as usual (TAU). Reductie van drugsgebruik d.m.v. de inzet van integrated care werd wel significant aangetoond.

Het effect van integrated care in een ambulante setting versus een residentieel setting bleek variabel en afhankelijk van de instelling waar de cliënt in behandeling was.

D. De onderzoekers doen suggesties voor verder onderzoek, met name wat betreft de variaties van de effecten in de verschillende instellingen en settings (ambulante, residentieel). Omdat de verschillen in de kosten voor behandeling tussen residentieel en ambulante cliënten groot zijn, kunnen de uitkomsten van deze studie belangrijke politieke gevolgen hebben.

7. Aangehaalde literatuur

- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrad, P., Craig, T., e.a. (2010). *Integrated motivational interviewing and cognitive behavior therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial*. *BMJ*, On line first, 341: c6325,doi: 10.1136/bmj.c6325.
- Bradizza, C.M., Stasiewicz, P.R., Dermen, K.H. Dermen (2014). *Behavioral Interventions for Individuals Dually Diagnosed with a Severe Mental Illness and a Substance Use Disorder*. *Curr Addict Rep* (2014) 1:243–250. DOI 10.1007/s40429-014-0032-9
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults*. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Chow, C. M., Wieman, D., Cichocki, B., Qvicklund, H., & Hiersteiner, D. (2013). *Mission impossible: Treating serious mental illness and substance use co-occurring disorder with integrated treatment: A meta-analysis*. *Mental Health And Substance Use*, 6(2), 150-168. doi:10.1080/17523281.2012.693130
- Dijkhuizen A., Wamel, A. van, Kikkert M (2013). *Geïntegreerd behandelen*. In: *Handboek Dubbele Diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der. (redactie). (2013). *Handboek dubbele diagnose*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Dom, G., Moggi, F (ed). (2015). *Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders. A Practice-Based Handbook from a European Perspective*. Springer.
- Drake, R.E., McHugo, G.J., Xie, H., Fox, M., Packard, J., & Helmstatter, B. (2006). *Ten-year recovery outcomes for clients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders*. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 464-473.
- Drake, R.E., O'Neal, E.L., & Wallach, M.A. (2008). *A systemic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138.
- Giffen, M. van, Stolker, J.J., Rooijen, S. van. (2013) *Implementatie van geïntegreerde behandeling volgens motivationele principes*. In: *Handboek Dubbele Diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Graham, H.L. (2004). *Cognitive-Behavioural Integrated Treatment (c-bit), a treatment manual for substance misuse in people with severe mental health problems*. Chicester: John Wiley & Sons.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., e.a. (2003). *Cognitive behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse*. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.

- Jacobsen, L.K., Southwick, S.M., & Kosten, T.R. (2001). *SUD in patients with PTSD: a review of the literature*. American Journal of Psychiatry, 158, 1184-1190.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). *Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry, 52, 1048-1060.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., e.a. (2001). *Trauma and the Vietnam War Generation*. American Journal of Psychiatry, 158, 8.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox L. (2011) *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Minkoff, K. (1997). *Integration of addiction and psychiatric treatment*. In N.S. Miller (red.), *The principles and practice of addictions in psychiatry* (pp. 191-199). Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company.
- Monsma M, Roosenschoon BJ, Wamel A van, Rooijen S van (2010) *Lukt modelgetrouwe implementatie van Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)? Resultaten van het Doorbraakproject Dubbele Diagnose*. In: Tijdschrift voor Rehabilitatie en Herstel, 2, 2010. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Morrens, M., Dewilde, B., Sabbe, B., Dom, G., Cuyper, R. de, & Moggi, F. (2011). Treatment outcomes of an integrated residential programme for patients with schizophrenia and substance use disorder. European Addiction Research, 17, 154-163.
- Rooijen, S. van, Wamel, A. van, Kroon H. *Implementatie van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling*. Trimbos-instituut, juni 2007.
- Sande, Y. van, Neijmeijer L. (2011) *Modelbeschrijving (F)ACT Verslavingspsychiatrie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tiet, Q.Q., & Mausbach, B. (2007). *Treatment for patients with dual diagnosis: a review*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31, 513-536
- Torrey, W.C., Drake, R.E., Dixon, L., Burns, B.J., Flynn, L., Rush, A.J., Clark, R.E., & Klatzker, D. (2001). *Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses*. Psychiatric Services, 52, 45-55.
- Wamel, A. van, Kroon, H., Rooijen S. van. (2009). *Systematic implementation of integrated dual disorders treatment in The Netherlands*. Mental Health and Substance Use: dual diagnosis, 2:2,101-110.
- Wamel A. van, Jansen H., Kuijpers E. (2009). *Verslaving en persoonlijkheidsstoornissen; naar een geïntegreerd behandelmodel. Implementatie in een behandelteam voor persoonlijkheidsstoornissen*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 3, 167- 176.