

Inventarisatie van het zorgaanbod voor dubbele diagnose cliënten in de GGZ en verslavingszorg in Nederland

Publicatie in het kader van de Monitor Langdurige GGZ

Michel Planije
Sonja van Rooijen
Hans Kroon

Trimbos-instituut
december 2006

Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Hans Kroon

Projectuitvoering

Michel Planije

Sonja van Rooijen

- 1 Inleiding**
 - 1.1 Achtergrond
 - 1.2 Afbakening en onderzoeksactiviteiten
 - 2 Kenmerken van de dubbele diagnosevoorzieningen**
 - 2.1 Aantal voorzieningen en bestaansduur
 - 2.2 Capaciteit en personeel
 - 3 Dubbele diagnose-cliënten**
 - 4 Aanbod, werkwijze en organisatie**
 - 4.1 Hulpaanbod
 - 4.2 Werkwijze
 - 4.3 Organisatie
 - 4.3.1 Geïntegreerde behandeling
 - 5 Discussie en conclusie**
- Literatuur**

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd in 2005 de 'Monitor Langdurige GGZ' opgericht. Deze monitor beoogt inzicht te bieden in vraag en aanbod bij mensen met ernstige psychische stoornissen. In het kader van deze monitor is door het Trimbos-instituut een inventarisatie uitgevoerd van het zorgaanbod voor dubbele diagnose cliënten in de GGZ en verslavingszorg. Daarbij was het doel om voor alle GGZ-instellingen en instellingen voor verslavingszorg in Nederland in kaart te brengen welke voorzieningen specifiek zijn gericht op de dubbele diagnose cliënten.

Comorbiditeit van psychische stoornissen en stoornissen in het middelengebruik – de zogenaamde dubbele diagnose – komt veel voor. In het bevolkingsonderzoek Nemesis (Bijl et al, 1997) had 19% van de Nederlandse bevolking ooit in zijn leven te maken gehad met middelenmisbruik- of afhankelijkheid. Onder degenen met een ernstige psychische stoornis (met name schizofrenie, bipolaire stoornissen of een depressie met psychotische klachten) was dat cijfer met 41% aanzienlijk hoger. Bij deze groep gaat de comorbiditeit gepaard met een verhoogd risico op terugval, opnamen, schulden, geweld, gevangenschap, dakloosheid en infectieziekten (Drake et al, 2001).

Gewoonlijk vindt de behandeling van ernstige psychische stoornissen en verslaving apart van elkaar plaats, in respectievelijk de GGZ en de verslavingszorg. Dit is echter geen wenselijke situatie. De problematiek op beide terreinen is meestal nauw met elkaar verweven. Aandacht voor beide terreinen en de samenhang daartussen is in de behandeling een vereiste. Bovendien wordt de patiënt – zeker als de hulpverleners zich onvoldoende deskundig voelen – gemakkelijk heen en weer geschoven tussen GGZ en verslavingzorg.

In een inventarisatie van het Trimbos-instituut (Meeuwissen en Kroon, 2000), constateerden hulpverleners van dubbele diagnose cliënten veel knelpunten: psychiatrische en verslavingshulp waren onvoldoende geïntegreerd, de hulpverlener signaleerden deskundigheidstekorten op een breed front en de toegankelijkheid van de hulpverlening en maatschappelijke instanties schoot tekort.

Met deze inventarisatie willen we de actuele stand van zaken in de zorg voor dubbele diagnosecliënten kaart brengen.

1.2 Afbakening en onderzoeksactiviteiten

Afbakening

Onder dubbele diagnose wordt comorbiditeit van verslaving en psychische problemen verstaan. We spreken van verslaving als er sprake is van middelenafhankelijkheid en/of misbruik volgens de DSM-IV criteria (bij licht of wisselend gebruik spreken we dus niet van verslaving). Onder psychische problemen verstaan we problemen die voldoen aan de omschrijving van een psychiatrische stoornis volgens de DSM-IV criteria.

De inventarisatie beperkt zich tot klinische afdelingen, woonvormen en ambulante zorg die zich specifiek als doel stellen cliënten op zowel psychiatrisch als verslavingsgebied bij te staan. De inventarisatie is gericht op het feitelijke hulpaanbod. Convenanten en principe-afspraken vallen buiten het bereik van deze studie.

Onderzoeksactiviteiten

1. Maken van een overzicht van het zorgaanbod

Voor het krijgen van een overzicht van het aanbod voor dubbele diagnose cliënten in Nederland zijn het platform Dubbele Diagnose, het Vademecum Opvang 2004/2005, GGZ Nederland en de RIBW alliantie geraadpleegd.

In een eerste verkennende ronde zijn in totaal 84 instellingen (41 geïntegreerde GGZ instellingen; 6 RIAGG; 20 RIBW; 17 VZ instellingen) telefonisch benaderd met de vraag of zij een specifiek aanbod hebben voor dubbele diagnose cliënten. Middels de sneeuwbalmethode is getracht een zo compleet mogelijk beeld te krijgen door aan de contactpersonen te vragen of zij bekend waren met andere dubbele diagnose voorzieningen in de regio. Dit resulteerde in een voorlopige lijst van 47 instellingen met een specifiek aanbod voor dubbele diagnose cliënten.

2. Gegevensverzameling

De 47 instellingen die aangaven een dubbele diagnose voorziening te hebben, zijn benaderd met een schriftelijke vragenlijst. In de enquête is gevraagd naar organisatie (soort en capaciteit van voorzieningen), doelgroep (verslaving, psychische problematiek), zorgaanbod (verslavingshulp, psychische hulp, filosofie rondom middelengebruik), werkwijze (theorie/model, mate van implementatie) en het gebruik van richtlijnen.

De LooDDs, Delta Psychiatrisch Centrum

Onder dubbele diagnose verstaan we een gecombineerde aanwezigheid van verslaving en ernstige psychiatrische symptomen. Deze gecombineerde problematiek maakt dat een eenzijdige behandeling in de psychiatrie of in de verslavingszorg vaak ontoereikend is.

De Loodds richt zich op een groep mensen die langdurig afhankelijk zullen zijn van geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijke voorzieningen. De Loodds wil uitdrukkelijk geen afgeronde behandeling bieden, maar met klinische interventies aansluiten op een ambulante trajectplan dat tijdens de opname opgezet of voorgezet kan worden.

De afdeling biedt specialistische dubbele-diagnosebehandeling die onder andere bestaat uit diagnostiek en psycho-educatie. Hulpverleners die bij de patiënt betrokken zijn, betrekken wij actief bij de behandeling. Daardoor draagt de behandeling bij tot integratie van de doelgroep in de reguliere circuits van geestelijke gezondheidszorg en maatschappelijk instellingen. Omgekeerd beogen we met een klinische interventie de ambulante of semiresidentiële hulpverlening in staat te stellen de begeleiding voort te zetten als er door escalerende problematiek stagnatie is ontstaan.

De Loodds heeft twaalf bedden; negen bedden voor reguliere opnames en drie voor time-outopnames. Loodds 3, de crisisafdeling, is gehuisvest in Blaak.

Een reguliere opname duurt maximaal drie maanden. Behandeling wordt geboden in aansluiting op de vraag van de verwijzer en de vraag van de patiënt zelf. Een time-outopname duurt maximaal twee weken. Bij time-out is de opname preventief ter voorkoming van escalerende problematiek. Bij time-out wordt niet begonnen met gericht psychiatrisch onderzoek of psychiatrische behandeling.

De Loodds is een gesloten afdeling. Ook patiënten met een rechterlijke machtiging kunnen worden opgenomen, evenals patiënten in aansluiting op detentie.

Op de Loodds werkt een team van verpleegkundigen, sociotherapeuten, activiteitenbegeleiding, een maatschappelijk werker, een psycholoog, een arts en een psychiater.

Bron: www.delta-pz.nl/zorg/testsubitem/index.html

2 Kenmerken van de dubbele diagnosevoorzieningen

2.1 Aantal voorzieningen en bestaansduur

Van de 47 benaderde instellingen hebben er 32 instellingen een enquête ingevuld. Drie instellingen hadden twee voorzieningen gericht op dubbele diagnose. Uiteindelijk zijn er 35 voor analyse bruikbare enquêtes geretourneerd.

Daarbij gaat het om 19 voorzieningen bij GGZ-instellingen, 7 bij instellingen voor verslavingszorg en 9 bij instellingen voor beschermd wonen (RIBW's)¹. Speciale voorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose komen dus vaker voor in de GGZ dan in de Verslavingszorg.

Vier voorzieningen bevinden zich nog in de fase van voorbereiding; 7 voorzieningen zijn in de fase van uitvoering. Tien voorzieningen bevinden zich in de fase van evaluatie en instandhouding. Zeventien voorzieningen beschouwen zichzelf als voorbeeld voor instellingen die een soortgelijk voorziening willen starten.

De voorzieningen zijn gemiddeld 3 jaar oud. Drie voorzieningen zijn gestart in 1996. Vanaf 2003 nam het aantal voorzieningen in snel tempo toe; in de periode 2003-2006 openden 26 van de 35 voorzieningen hun deuren.

Wij vroegen de medewerkers naar de werksoort van de dubbele-diagnosevoorzieningen (tabel 2.1.). Ruim de helft van de 35 voorzieningen biedt ambulante behandeling en begeleiding. Met name de dubbele-diagnosevoorzieningen in de verslavingszorg zijn gericht op ambulante zorg. Bij 13 voorzieningen is voltijdse klinische behandeling en begeleiding de setting. Klinische behandeling in deeltijd komt minder vaak voor.

Tabel 2.1 Werksoort van de dubbele-diagnosevoorzieningen (in absolute aantallen)

	<i>Totaal</i> <i>N=35</i>	<i>GGZ</i> <i>N=19</i>	<i>VZ</i> <i>N=7</i>	<i>RIBW</i> <i>N=9</i>
Ambulante behandeling en begeleiding	19	13	6	-
Klinische behandeling en begeleiding voltijd	13	8	5	-
Beschermde woonvorm	13	3	1	9
Ambulante woonbegeleiding	10	5	2	3
Klinische behandeling en begeleiding deeltijd	7	6	1	-
Anders	5	4	-	2

Vanzelfsprekend bieden alle RIBW's beschermd wonen maar ook enkele instellingen voor GGZ en verslavingszorg rekenen beschermd wonen tot hun werksoort. Ambulante woonbegeleiding wordt door ongeveer eenderde van de voorzieningen geboden. Bij de andere werksoorten werden ondermeer genoemd: hostel, woonpension en zorgboerderij.

¹ Het is niet altijd even duidelijk onder welke paraplu de dubbele-diagnosevoorziening te scharen is. Vijf voorzieningen zijn het resultaat van een samenwerkingsverband tussen verschillende instellingen. Daarnaast maken fusies tussen GGZ-instellingen en RIBW en/of verslavingszorg het onderlinge onderscheid diffuus. Als leidraad voor de indeling gold de instelling waarvoor de respondent werkzaam was.

Afdeling Dubbeldiagnostiek Zwolse Poort

De afdeling dubbeldiagnostiek van de Zwolse Poort heeft plaats voor 16 cliënten. Er is van buitenaf geen vrije toegang tot deze 'besloten' afdeling. De afdeling is bedoeld voor mensen die naast een verslavingsprobleem ook kampen met een ernstig psychisch probleem en daarvoor een behandeling nodig hebben.

De behandeling kent twee fasen: een periode van ongeveer zes weken, waarin wij veel aandacht besteden aan ontgiften, diagnostiek, motiveren van betrokkene voor de behandeling en hulp bij praktische zaken (zoals huisvesting en financiën). Ook het omgaan met medepatiënten is een aandachtspunt.

In de tweede fase, die ongeveer vier tot vijf maanden duurt, leert de cliënt vaardigheden aan en om te gaan met eigen gedrag en met verantwoordelijkheden. Wij bieden hulp bij het structureren van het dagelijks leven, een zinvolle tijdsbesteding en de terugkeer in de maatschappij. In alle gevallen sluiten wij nauw aan bij de persoonlijke mogelijkheden van de cliënt.

Bron: www.zwolsepoort.nl

2.2 Capaciteit en personeel

Capaciteit

De aard en omvang van de verschillende voorzieningen loopt sterk uiteen. Het gaat bijvoorbeeld om een 4-persoonswoning bij een RIBW, specifiek voor dubbele diagnosecliënten maar ook om een zorgprogramma Dubbele diagnose, gericht op een regio met 200 (potentiële) cliënten.

Tabel 2.2 geeft een (beperkt) overzicht van het aantal cliënten en het aantal bedden van de dubbele-diagnosevoorzieningen².

Van 20 dubbele diagnose voorzieningen is het aantal cliënten bekend, in totaal gaat het om 1284 cliënten. Dat zijn gemiddeld 64 cliënten per voorziening, variërend van 4 tot 200 cliënten. Het betreft 650 cliënten in de GGZ (8 voorzieningen, gemiddeld 81 cliënten, min. 12 - max. 200); 380 cliënten in de verslavingszorg (4 voorzieningen, gemiddeld 95 cliënten, min. 50 - max. 180) en 255 cliënten bij de instellingen voor beschermd wonen (8 voorzieningen, gemiddeld 32 cliënten, min. 4 - max. 176).

Wanneer we aannemen dat de cliëntenaantallen van deze 20 voorzieningen representatief zijn voor de 47 die we bij aanvang van de inventarisatie identificeerden – het is niet bekend of deze aanname correct is – dan zou dat betekenen dat anno 2006 ruim 3000 cliënten in Nederland gebruik maken van een specifieke dubbele diagnosevoorziening.

Tabel 2.2 Aantal cliënten en bedden van dubbele-diagnosevoorzieningen (in absolute aantallen)

	<i>Totaal</i>	<i>N</i>	<i>Gemiddeld</i>	<i>Min. – max.</i>	<i>Mediaan</i>
Aantal cliënten	1284	20	64	4 – 200	45
Aantal bedden	391	23	17	4 – 65	16

Het totaal aantal bedden bij 23 dubbele diagnosevoorzieningen bedraagt 391. Gemiddeld zijn dat 17 bedden per voorziening, uiteenlopend van 4 tot 65 bedden. Daarbij gaat het om 144 bedden in de GGZ (9 voorzieningen, gemiddeld 16 bedden, min. 9 - max. 32); 80 bedden in de verslavingszorg (5 voorzieningen, gemiddeld 16 bedden, min. 9 - max. 24) en 171 bedden bij de RIBW's (9 voorzieningen, gemiddeld 19 bedden, min. 4 - max. 65).

² Niet alle voorzieningen hebben capaciteitsgegevens verstrekt.

Personeel

Van 27 dubbele-diagnosevoorzieningen is het aantal arbeidsplaatsen bekend. In totaal bedraagt de voltijdsformatie 317 fte: gemiddeld 11,7 fte per voorziening, uiteenlopend van 1 tot 39 fte.

Bij 7 ambulante voorzieningen bedraagt de totale voltijdsformatie 33 fte. Het totaal aantal cliënten bedraagt 372. Dit komt neer op een caseload van 11 cliënten per hulpverlener (1 fte). Dit is een veel lagere caseload dan in de ambulante geestelijke gezondheidszorg gebruikelijk is. Dit specifieke aanbod is dus intensief.

Binnen de dubbele-diagnosevoorzieningen zijn mensen uit verschillende disciplines werkzaam (tabel 2.3). Vrijwel alle voorzieningen in de GGZ en de verslavingszorg beschikken over een psychiater. Het personeel in de voorzieningen bij de GGZ-instellingen bestaat daarnaast vooral uit SPV-ers en maatschappelijk werkers. In de voorzieningen bij de verslavingszorg zijn vooral psychiatrisch verpleegkundigen en psychologen werkzaam. Driekwart van de voorzieningen in de verslavingszorg beschikt over een verslavingsarts, bij de GGZ beschikt eenderde van de voorzieningen over een verslavingsarts.

Tabel 2.3 Disciplines werkzaam in dubbele-diagnosevoorzieningen (in absolute aantallen)

	<i>Totaal</i> <i>N=35</i>	<i>GGZ</i> <i>N=19</i>	<i>VZ</i> <i>N=7</i>	<i>RIBW</i> <i>N=9</i>
Psychiater	24	16	7	1
Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige	21	14	5	2
Maatschappelijk werker	18	12	4	2
Woonbegeleider	18	8	1	9
Psychiatrisch verpleegkundige	17	10	6	1
Psycholoog	16	10	6	-
Verslavingsarts	12	6	5	1
Psychotherapeut	6	3	3	-
Arts (geen psychiater)	6	3	3	-
Anders	10	4	4	2

Vanzelfsprekend werken bij de RIBW's vooral woonbegeleiders maar soms ook SPV-ers en maatschappelijk werkers. Het aanbod voor dubbele-diagnosecliënten bij de RIBW's richt zich vooral op woonbegeleiding, voor de behandeling van cliënten wordt meestal een beroep gedaan op de verslavingszorg en/of GGZ. Er zijn dan ook nauwelijks psychologen, artsen en/of psychotherapeuten werkzaam binnen de RIBW's.

KP 48, RIBW Den Haag

KP 48 is een beschermde woonvorm, waar ongeveer zes uur per dag, door twee woonbegeleiders en een individueel begeleider, ondersteuning wordt gegeven. Momenteel wonen op KP 48 vijf mannen, waarvan de meeste met dubbele problematiek. Zowel de begeleiding als het huisreglement is hier op afgestemd.

Vanuit zeer gestructureerde woon-, en werkomstandigheden wordt gewerkt aan een drugs-, en alcoholvrije toekomst. Doel is om steeds grotere zelfstandigheid voor de cliënt te realiseren, waarbij de grenzen worden bepaald in samenspraak met de cliënt, individuele begeleider en de behandelaar.

De ondersteuning bestaat het bieden van dagstructuur, waarbij aandacht gegeven wordt aan hygiëne, medicatiebeheer, dagbesteding, opleiding en (re)socialisatie. Indien mogelijk wordt gewerkt aan terugkeer naar een zelfstandige woonsituatie.

Gezamenlijk met een begeleider worden de dagelijkse boodschappen gedaan en de maaltijd bereidt voor de hele groep. Bewoners krijgen naar behoefte ondersteuning in het bijhouden van de woonruimte, het op orde houden van de financiën, medicatiebeheer en het zoeken naar goede dagbesteding. Het is de bedoeling dat de bewoners uiteindelijk nog maar 1 dag per week aanwezig zijn in de woonvorm.

Deze begeleidingsaspecten zijn opgesteld binnen een begeleidingsplan die regelmatig en op vastgestelde data met de bewoners worden door genomen. Indien nodig zijn er meer individuele gesprekken of wordt het begeleidingsplan bijgesteld. De begeleiding heeft regelmatig contact met de SPV-ers van Parnassia en/of werkbegeleiders van dagbestedingprojecten.

Bron: Schriftelijke informatie RIBW Den Haag

3 Dubbele diagnose-cliënten

Cliëntkenmerken

Uit onderzoek komt naar voren dat mensen met een dubbele diagnose op verschillende levensterreinen meer problemen hebben dan degenen zonder verslavingsproblemen (Drake et al, 2001; Kroon, 2006). Zij zijn vaker dakloos, hebben minder vaak dagbesteding, hebben een kleiner sociaal netwerk, meer conflicten, meer schulden meer psychotische symptomen en een algeheel lager niveau van conflicten.

In de inventarisatie is aan de medewerkers gevraagd een nadere omschrijving te geven van de doelgroep van hun voorziening. Er worden soms verschillende termen gebruikt, zoals zorgmijders, verslaafde dak- of thuislozen of langdurig verslaafden met complexe problemen, maar de primaire doelgroep van de dubbele diagnose voorzieningen zijn mensen met een combinatie van verslaving en ernstige psychische problemen.

Iedere combinatie van verslaving met een ander psychiatrisch probleem. Langdurende, meervoudige problematiek, waaronder dakloosheid en/of psychopathologie.

Mensen van 18-65 jaar, met een ernstige aanhoudende psychiatrische stoornis, met name schizofrenie en bipolaire stoornis, en comorbide middelenafhankelijkheid.

Mensen met verslaving en psychose, eventueel ook dakloos, bij wie eerdere behandelingen binnen de GGZ en verslavingszorg onvoldoende effect hebben gehad.

Problemen

Om zicht te krijgen op de psychische en verslavingsproblematiek van dubbele diagnose cliënten wordt vaak gebruik gemaakt van de kwadrantenverdeling van Minkoff (1989). Hierbij wordt een tweedeling gemaakt in enerzijds de ernst van de verslaving en anderzijds de ernst van de psychiatrische problematiek. Minkoff maakt onderscheid tussen ernstige en milde vormen van beide probleemgebieden. Deze inzichtelijke indeling maakt het goed bruikbaar voor de praktijk. Er is echter nog weinig empirische ondersteuning gevonden voor het model (Dubbele Diagnose, Dubbele hulp, 2003).

De medewerkers in de inventarisatie hebben aangegeven welk van de vier categorieën volgens hen het meest van toepassing is op de cliëntengroep van hun voorziening. Uit tabel 3.1 blijkt dat ruim driekwart (79%) van de cliënten tot de 'zwaarste' categorie worden gerekend. Er is sprake van ernstige en chronische psychiatrische stoornis in combinatie met middelenafhankelijkheid.

Tabel 3.1 Kwadrantenverdeling Minkoff (inschatting medewerkers, in percentages*)

	<i>N=34</i>
	<i>%</i>
<i>Psychiatrie hoog, verslaving hoog</i> Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenafhankelijkheid	79
<i>Psychiatrie hoog, verslaving laag</i> Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenmisbruik	27
<i>Psychiatrie laag, verslaving hoog</i> Milde psychiatrische problematiek met middelenafhankelijkheid	23
<i>Psychiatrie laag, verslaving laag</i> Milde psychiatrische problematiek met middelenmisbruik	6

* Het totaal telt op tot boven de 100% omdat een aantal respondenten meerdere categorieën heeft aangekruist.

Naar schatting van de medewerkers heeft een kwart van de cliënten (27%) vooral een ernstige, chronische psychiatrische stoornis met daarnaast misbruik van middelen. Bij

een ander deel (23%) van de cliënten is dit juist andersom; de verslavingsproblematiek is ernstig terwijl de psychiatrische problematiek mild is. Een klein deel van de cliënten (6%) heeft milde psychiatrische problemen gecombineerd met middelenmisbruik.

In de inventarisatie is gevraagd naar de overwegende psychische problematiek van de cliëntengroep. Tabel 3.2 laat zien dat vrijwel alle voorzieningen (94%) te maken hebben met cliënten die last hebben van schizofrenie/psychosen. Bij driekwart (77%) van de voorzieningen zijn er cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast bestaat bij bijna de helft (47%) van de voorzieningen de cliëntengroep uit mensen met ADHD, depressie en/of bipolaire stoornissen. Bij ruim een kwart van de voorzieningen kampen de cliënten met angststoornissen (29%) en andere aandoeningen (27%). Als belangrijkste andere aandoening wordt autisme genoemd.

Tabel 3.2 Belangrijkste psychische problematiek dubbele diagnose-cliënten (inschatting medewerkers, in percentages)

	<i>N=34</i>
	%
Schizofrenie, psychosen	94
Persoonlijkheidsstoornissen	77
ADHD	47
Depressie	44
Bipolaire stoornissen	41
Angststoornissen	29
Anders	27

In tabel 3.3 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste verslavingsproblematiek van cliënten van de dubbele diagnose voorzieningen. Bijna alle voorzieningen (94%) hebben te maken met cliënten die alcohol gebruiken. Veel voorzieningen (83%) hebben cliënten die cocaïne gebruiken.

Tabel 3.3 Belangrijkste verslavingsproblematiek dubbele diagnose-cliënten (inschatting medewerkers, in percentages)

	<i>N=35</i>
	%
Alcohol	94
Cocaïne	83
Cannabis	74
Heroïne	51
Amfetamines	37
Methadon	34
Medicijnen op voorschrift	26

Driekwart (74%) van de voorzieningen heeft cliënten die cannabis gebruiken en de helft (51%) van de voorzieningen heeft heroïnegebruikers in de cliëntengroep. Andere veel voorkomende middelen zijn amfetamines en methadon. Verslaving aan medicijnen op voorschrift, zoals benzodiazepinen en barbituraten, komt regelmatig voor. Daarnaast worden andere middelen gebruikt zoals medicijnen niet op voorschrift, xtc en andere opiaten.

Beleid rondom middelengebruik

Wat is bij de dubbele diagnosevoorzieningen het beleid rondom het gebruik van alcohol en/of drugs?

Uit de inventarisatie komt naar voren dat 12 van de 35 voorzieningen (34%) streven naar abstinentie en/of naar het verminderen van de schadelijke gevolgen van het gebruik (harm reduction).

Bij 7 voorzieningen (20%) is het gebruik van middelen niet toegestaan, dit betreft allen intramurale voorzieningen. Bij enkele voorzieningen leidt het gebruik tot een schorsing of staking van de behandeling. Bij 5 voorzieningen (14%) is het gebruik van middelen toegestaan en/of wordt gestreefd naar vermindering van gebruik.

Bij 2 voorzieningen wordt er alleen aandacht besteedt aan middelengebruik wanneer dit een negatieve invloed heeft op de totale behandeling.

Fase van verandering

Om zicht te krijgen in welke veranderingsfase van verslaving en/of problematisch gedrag cliënten zich bevinden, wordt vaak gebruik gemaakt van het veranderingsmodel van Prochaska en DiClemente (1984). Zij hebben het proces van verandering in vijf fases beschreven.

In de eerste fase (*vooroverweging*) is de cliënt zich nog niet bewust van het feit dat er mogelijk een probleem zou kunnen zijn, of de cliënt ontkent dit. In deze fase is de hulpverlening vooral gericht op het in standhouden van de relatie. In de tweede fase (*overweging*) begint de cliënt zich er bewust van te worden dat er een probleem is en gaat hij overwegen om tot verandering van gedrag te komen, maar er leven ook nog sterke twijfels. In deze fase ligt de bij de hulpverlening de nadruk op het motiveren/overreden van de cliënt. In de derde fase (*actie*) neemt de cliënt een beslissing om te veranderen. De hulpverlening is daarbij gericht op stimuleren en ondersteuning. De vierde (*behoud*) en vijfde (*terugvalpreventie*) fase worden vaak samengevoegd. Het is de fase waarin de cliënt zich actief inzet om de ingezette verandering te handhaven en te bestendigen. Terugval moet worden voorkomen. De hulpverlening richt zich op preventie van terugval en blijvend motiveren.

Aan de medewerkers van de voorzieningen is gevraagd voor de gehele cliëntengroep een inschatting te maken van welk deel zich in welke fase van verandering van verslaving en/of problematisch gedrag bevindt. Daarbij is het van belang erop te wijzen dat cliënten de verschillende fasen doorgaans niet in chronologische volgorde doorlopen.

Tabel 3.4 Fase van verandering van verslaving en/of problematisch gedrag dubbele diagnose-cliënten (inschatting medewerkers, in percentages)

	<i>Totaal</i> N=27	<i>GGZ</i> N=12	<i>VZ</i> N=6	<i>RIBW</i> N=9
	%	%	%	%
Fase van vooroverweging	26	33	24	17
Fase van overweging	28	32	33	20
Fase van actie	29	29	27	29
Fase van behoud/terugvalpreventie	20	13	16	34

Tabel 3.4 laat zien dat bijna tweederde (65%) van de cliënten in dubbele-diagnosevoorzieningen van de GGZ in de fase van (voor)overweging zitten. Dit geldt voor 57% van de cliënten in de verslavingszorg. Cliënten die verblijven in de RIBW lijken iets verder in het proces van verandering: van hen bevindt 37% zich nog in fase van (voor)overweging.

Ruim een kwart (29%) van alle cliënten is bezig met het besluit om te veranderen (fase van actie). De gegevens duiden er op dat nog maar een klein deel van de cliëntgroep van

de voorzieningen in de GGZ (13%) en de verslavingszorg (16%) bezig is met het handhaven van het gewenste gedrag en het voorkomen van terugval. Bij de RIBW's is deze groep groter (34%).

Voorzieningen van de RIBW's zijn vooral gericht op cliënten bij wie de psychische en verslavingsproblemen niet al te heftig meer spelen. Acute verslavingsproblemen en/of ernstige psychiatrische problemen zijn vaak een contra-indicatie. Dit kan verklaren waarom RIBW's, in vergelijking met de GGZ en de verslavingszorg, meer cliënten hebben die zich in de fase van behoud en terugvalpreventie bevinden.

Overigens bestaan er tussen de voorzieningen grote verschillen in de samenstelling van de cliëntgroep. Zo is er een RIBW waar, volgens de medewerker, alle cliënten in de fase van behoud zitten. Aan de andere kant schat een medewerker van een ACT team dat 80% van de cliëntgroep zich in de fase van vooroverweging bevindt.

Dubbele Diagnose Unit, Altrecht en Centrum Maliebaan

De DD-unit is een samenwerkingsverband tussen Altrecht (GGZ) en Centrum Maliebaan (Verslavingszorg). We richten ons op patiënten met een combinatie van zowel langdurig, ernstig verslavingsproblematiek als een psychiatrische stoornis. De interactie tussen beide soorten problemen maakt, dat een behandeling alleen in de verslavingszorg òf alleen in de psychiatrie tekort schiet. Patiënten worden bij ons opgenomen omdat zorg geboden vanuit de zogenaamde "moedercircuits" (verslavingszorg of psychiatrie), niet toereikend is gebleken.

Voor 10 plaatsen is er een opnameduur van 16 weken en voor 2 plaatsen bestaat de mogelijkheid tot overbrugging naar de volgende hulpvoorziening. De opnameduur is mede afhankelijk van de vraag van de verwijzende instelling. Er zijn twee units van ieder 6 plaatsen. De patiënten komen uit de provincie Utrecht en hun leeftijd is boven de 18 jaar.

Naast de klinische faciliteiten zijn we ook bezig met het ontwikkelen van een poliklinische voorziening. Tevens wil de DD-unit dienen als "kenniscentrum". Soms zijn er vragen over de bejegening van deze patiënten en het leren herkennen en omgaan met verslavingsgedrag. In de praktijk blijkt dat 'straffen voor gebruik' geen oplossing biedt, maar dat dit als een behandel/zorgprobleem moet worden opgenomen. In zo'n geval kan één van ons naar de betreffende instelling gaan om de casus met het team te bespreken.

De missie van de DD-unit is het ontwikkelen van een adequaat zorgaanbod, waarin nieuwe ontwikkelingen worden meegenomen, om uiteindelijk een gepast zorgprogramma te leveren. De DD-unit is een centraal onderdeel in een zorgketen waarbij wij streven naar afstemming van het totale aanbod.

Momenteel worden patiënten opgenomen op de DD-unit voor zogenaamde "onderzoeksopnames". Dit betekent dat er onderzoek wordt gedaan naar;

- het helder krijgen van de problematiek (door specialistische diagnostiek),
- het vaststellen van de zorgbehoefte en
- een goed zorg- of behandelplan (waarover we een verwijzer dan kunnen adviseren)

Bron: www.altrecht.nl

4 Aanbod, werkwijze en organisatie

4.1 Hulpaanbod

In de inventarisatie is gevraagd op welke vorm(en) van hulpverlening de dubbele diagnose voorziening is gericht. Tabel 4.1 geeft een overzicht. De voorzieningen bieden verschillende vormen van hulp. De meest genoemde vormen van hulp bij de voorzieningen in de GGZ zijn psychiatrische behandeling, diagnostiek en behandeling, crisisinterventie en verwijzing en toegang tot de zorg.

Tabel 4.1 Vormen van hulpverlening in dubbele-diagnosevoorzieningen

	<i>Totaal</i>	<i>GGZ</i>	<i>VZ</i>	<i>RIBW</i>
	<i>N=35</i>	<i>N=19</i>	<i>N=7</i>	<i>N=9</i>
	%	%	%	%
Psychiatrische behandeling	71	95	100	-
Diagnostiek en indicatiestelling	60	79	86	-
Werken, opleiding en dagbesteding	54	47	43	79
Wonen	54	42	29	100
Abstinentie/ detoxificatie	51	58	86	11
Crisisinterventie	49	68	29	22
Verwijzing en toegang tot de zorg	43	63	43	-
Consultatie	37	58	29	-
Casefinding	23	42	-	-
Anders	3	5	-	-

Ook in de verslavingszorg zijn psychiatrische behandeling en diagnostiek veel voorkomend, gevolgd door hulp bij abtinentie en detoxificatie. Bij de RIBW's zijn met name ondersteuning bij wonen en werken, opleiding en dagbesteding belangrijk. Alleen de voorzieningen in de GGZ geven aan dat casefinding een onderdeel is van het zorgaanbod.

Specifieke verslavingszorg

Binnen de dubbele-diagnosevoorzieningen wordt specifiek aandacht gegeven aan de verslavingsproblemen. Uit de inventarisatie blijkt dat bij alle voorzieningen motiverende gespreksvoering het vaakst onderdeel is van het zorgaanbod (tabel 4.2). Bij de voorzieningen in de GGZ wordt daarnaast vaak individuele begeleiding (90%) en voorlichting over middelen (79%) geboden. Dit geldt ook voor de voorzieningen in de verslavingszorg maar zij bieden daarnaast ook hulp bij detoxificatie (100%), verstrekken methadon (86%), hulp bij zelfcontrole en terugvalpreventie (71%) en urinecontroles (71%).

Tabel 4.2 Specifieke verslavingshulp binnen dubbele-diagnosevoorzieningen

	<i>Totaal</i> <i>N=35</i>	<i>GGZ</i> <i>N=19</i>	<i>VZ</i> <i>N=7</i>	<i>RIBW</i> <i>N=9</i>
	%	%	%	%
Motiverende gespreksvoering	89	90	100	78
Individuele begeleiding	86	90	86	78
Voorlichting over middelen	71	79	71	56
Zelfcontrole en terugvalpreventie	57	63	71	33
Urinecontrole	57	53	71	57
Methadonverstrekking	54	42	86	56
Detoxificatie	54	58	100	11
Groepsbehandeling*	54	68	57	22
Contingency management	20	21	29	11
Leefstijltraining 1	17	21	29	-
Leefstijltraining 2	11	11	29	-
Familiegroepen	11	21	-	-
Anders	26	21	57	-
*Groepsbehandeling:				
• Libermanmodule Omgaan met verslaving	37	42	43	22
• Leefstijltraining 3	9	16	-	-
• Leefstijltraining 4	9	16	-	-
• Blow up. Blow out	3	-	14	-
• Overwegingsgroep	3	5	-	-
• Andere groepsbehandeling	31	42	43	-

Bij ruim driekwart (78%) van de instellingen voor beschermd wonen wordt individuele begeleiding geboden. Meer dan de helft van de voorzieningen bij de RIBW's doen urinecontroles (57%), verstrekken methadon (56%) en geven voorlichting over middelengebruik (56%).

Contingency management (het belonen van gewenst gedrag), Leefstijltraining 1 en 2 en familiegroepen maken het minst vaak onderdeel uit van het zorgaanbod voor verslavingsproblemen. De Leefstijltrainingen zijn korte, ambulante interventies ontwikkeld door Resultaten Scoren, gericht op inzicht en gedragsverandering bij de patiënt

Met name in de GGZ en verslavingszorg maakt groepsbehandeling deel uit van de verslavingshulp, respectievelijk bij 68% en 57% van de voorzieningen. Het vaakst wordt de Libermanmodule Omgaan met verslaving gebruikt: bij 42% van de GGZ-voorzieningen, 43% van de voorzieningen in de verslavingszorg en 22% van de RIBW-voorzieningen. De medewerkers noemen daarnaast verschillende andere vormen van groepsbehandeling. Het kader hieronder geeft een indruk.

Groepswerk, De Loodds, Delta Psychiatrisch Centrum

We verwachten van alle opgenomen patiënten dat zij meedoen aan de groepen. De inhoud van de groepen is laagdrempelig, zodat ook patiënten met cognitieve stoornissen kunnen meedoen. We werken niet met confrontatietechnieken.

De doelengroep

De deelnemer stelt zichzelf een doel dat hij of zij de komende week wil realiseren. De groepswerker helpt de patiënt dit doel te concretiseren. Na een week wordt het doel in de doelengroep geëvalueerd.

Sociale vaardigheidstraining

In een spel oefent de deelnemer sociale vaardigheden, als assertiviteit, kritiek geven en ontvangen.

Omgaan met alcohol en drugs

Wij bieden niet de klassieke klinische verslavingsbehandeling van detoxificatie, stabilisatie en resocialisatie. De deelnemer krijgt voorlichting over verslaving, korte termijneffecten en lange termijneffecten. De deelnemer maakt een keuze tussen doorgaan met gebruik, gecontroleerd gebruik en stoppen. Er is aandacht voor terugvalpreventie en gedragalternatieven.

Psycho-educatie

In de psycho-educatiegroep wordt voorlichting gegeven over medische aspecten van verslaving, psychiatrische beelden en medicatiegebruik.

Activiteitenbegeleiding

Activiteitenbegeleiding is een belangrijk onderdeel van het programma van de Loodds. De kliniek biedt dagelijks een groepsaanbod ter plekke. Enkele keren per week wordt er gesport. Verder kunnen patiënten vanuit het Werk- en activiteitencentrum van Delta meedoen aan werkprojecten.

Bron: www.delta-pz.nl/zorg/testsubitem/index.html

Specifieke zorg voor psychische problematiek

In tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van het hulpaanbod gericht op psychische problematiek. Vrijwel alle voorzieningen (97%) verstrekken medicatie. Veel voorzieningen in de verslavingszorg (86%) bieden daarbij ook medicatiemanagement. Bij de GGZ-instellingen en de RIBW's is dit een minder regulier onderdeel van het zorgaanbod. Psycho-educatie wordt door een kwart van de voorzieningen (71%) aangeboden, met name bij instellingen in de GGZ en de verslavingszorg.

Tabel 4.3 Specifieke psychische hulp binnen dubbele-diagnosevoorzieningen

	<i>Totaal</i> N=35	<i>GGZ</i> N=19	<i>VZ</i> N=7	<i>RIBW</i> N=9
	%	%	%	%
Medicatie	97	100	100	89
Psycho-educatie	71	79	86	44
Medicatiemanagement	49	42	86	33
Cognitieve gedragstherapie	46	58	57	11
Libermanmodule 1 Omgaan met anti-psychotische medicatie	31	47	14	11
Libermanmodule 2 Omgaan met psychotische symptomen	29	42	14	12
Gezinstherapie	23	37	14	-
Interpersoonlijke therapie	20	32	14	-
Dialectische gedragstherapie (Linehan)	11	21	-	-
Anders	34	32	43	33

Ruim de helft van de voorzieningen in de GGZ (58%) en de verslavingszorg (57%) bieden cognitieve gedragstherapie. De Libermanmodules 1 en 2 worden met name in de voorzieningen van de GGZ-instellingen aangeboden. Interpersoonlijke therapie en dialectische gedragstherapie komen het minst vaak voor.

Door eenderde (34%) van de medewerkers worden nog andere vormen van psychische hulp genoemd, waarbij de Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) het vaakst voorkwam.

4.2 Werkwijze

In de inventarisatie is gevraagd of de dubbele diagnose-cliënten worden behandeld en begeleid volgens een bepaalde werkwijze (tabel 4.4). De meerderheid van de voorzieningen (59%) hanteert geen specifiek werkwijze, dat wil zeggen dat zij niet nadrukkelijk voor één bepaald model of methode kiezen. Vaak wordt gebruik gemaakt van elementen uit verschillende theorieën of behandelmethodieken

Tabel 4.4 Werkwijze van de dubbel-diagnosevoorzieningen

	<i>Totaal</i> N=34	<i>GGZ</i> N=18	<i>VZ</i> N=7	<i>RIBW</i> N=9
	%	%	%	%
Geen specifieke werkwijze	59	45	43	10
IDDT model	18	28	14	-
ACT model	15	17	29	-
Landelijke richtlijn Dubbele diagnose	9	11	14	-

Bij zes van de voorzieningen (18%) wordt gewerkt volgens het IDDT model (geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose-cliënten)³. Vijf voorzieningen (15%) werken aan de hand van het ACT model (Assertive Community Treatment). Drie voorzieningen (9%) hebben hun werkwijze gebaseerd op de 'Landelijke richtlijn Dubbele diagnose, dubbele hulp' zoals ontwikkeld door Resultaten Scoren.

Landelijke Richtlijnen

In 2003 verscheen in het kader van Resultaten Scoren de landelijke richtlijnen Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp. Deze richtlijnen voor diagnostiek en behandeling voor dubbele diagnose cliënten is opgesteld door medewerkers van Verslavingszorg Parnassia.

Er zijn drie voorzieningen die structureel werken op basis van de landelijke richtlijnen. Daarnaast geven medewerkers van 6 voorzieningen aan dat er incidenteel gebruik wordt gemaakt van de richtlijnen. De medewerkers van deze negen voorzieningen waar (wel eens) gebruik wordt gemaakt van de richtlijnen hebben hiermee positieve ervaringen opgedaan. Volgens hen bieden de richtlijnen handvatten voor het behandelbeleid en de organisatorische vormgeving. Een belangrijk knelpunt is dat de praktijk vaak weerbarstiger is dan de theorie.

De meerderheid van de voorzieningen werkt dus niet volgens de richtlijnen. De belangrijkste redenen die hiervoor worden genoemd zijn: onbekend met de richtlijnen; werkwijze volgens een andere methodiek; de richtlijnen zijn teveel gericht op behandeling; de richtlijnen zijn te globaal.

4.3 Organisatie

Het aanbod voor dubbele-diagnose cliënten is op verschillende wijzen georganiseerd (tabel 4.4). Bij ruim de helft van de voorzieningen (58%) is er, naar eigen zeggen, sprake van geïntegreerde behandeling of begeleiding. Dat wil zeggen dat er gecombineerde aandacht is voor (de interacties tussen) psychiatrische en verslavingsproblemen binnen één team (zie 4.2.1). Bij alle dubbele diagnosevoorzieningen in de verslavingszorg is dit het geval. Bij tweederde (65%) van de voorzieningen in de GGZ wordt ook geïntegreerd behandeld en/of begeleid. In de

³ Van 3 voorzieningen is bekend dat zij het werkboek geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose gebruiken (Toolkit van Amerikaanse Implementing Evidence-Based Practices Project). Van één voorziening is bekend dat de werkwijze is gebaseerd op het handboek van Mueser et al: Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice (2003).

RIBW's komt geïntegreerde behandeling slechts bij 1 voorziening voor. De behandeling van psychische en verslavingsproblemen van dubbele diagnosecliënten verloopt hier gescheiden (44%) of door behandeling van psychische problemen met toegevoegde consultatie rond verslavingsproblemen (33%).

Tabel 4.5 Organisatie van zorgaanbod

	<i>Totaal</i> <i>N=33</i> %	<i>GGZ</i> <i>N=17</i> %	<i>VZ</i> <i>N=7</i> %	<i>RIBW</i> <i>N=9</i> %
Geïntegreerde behandeling of begeleiding van psychische en verslavingsproblemen binnen dezelfde locatie en hetzelfde team	58	65	100	11
Gescheiden behandeling of begeleiding van psychische en verslavingsproblemen	24	24	-	44
Behandeling of begeleiding van psychische problemen met toegevoegde consultatie rond verslavingsproblemen	12	6	-	33
Behandeling of begeleiding van verslavingsproblemen met toegevoegde consultatie rond psychische problemen	-	-	-	-
Anders	6	6	-	11

Bij een kwart (23%) van de GGZ voorzieningen is de behandeling van psychiatrische en verslavingsproblemen gescheiden. In een enkel geval (6%) wordt vanuit een GGZ voorziening een verslavingsdeskundige geraadpleegd.

Behandeling of begeleiding van verslavingsproblemen met toegevoegde consultatie rond psychische problemen komt niet voor.

4.3.1 Geïntegreerde behandeling

Geïntegreerde behandeling betekent, zoals gezegd, dat een multidisciplinair team van een en dezelfde organisatie intervenieert bij zowel de psychische stoornis als de verslaving. De aandacht voor geïntegreerde dubbele-diagnosebehandeling is nog betrekkelijk jong, van de jaren negentig van de vorige eeuw. Onduidelijk is nog welke concrete interventies binnen deze behandeling essentieel zijn (Kroon et al, 2006). Recente reviews en effectonderzoek bieden echter ondersteuning voor de meeste onderdelen van de geïntegreerde dubbele-diagnosebehandeling (Haddock et al, 2003; Drake, 2004; Kroon, 2006; Bellack et al, 2006).

In de inventarisatie is nagegaan of en in hoeverre de dubbele diagnose voorzieningen werken volgens de belangrijkste elementen van geïntegreerde behandeling. Er is gebruik gemaakt van een antwoordschaal lopend van 1= nooit; 2 = soms; 3= meestal tot 4 = standaard. Tabel 4.6 geeft een overzicht.

4.6 Tabel Kenmerken van zorg geïntegreerde behandeling

	<i>Totaal</i> N=35	<i>GGZ</i> N=19	<i>VZ</i> N=7	<i>RIBW</i> N=9
Toegang tot diverse voorzieningen	3,4	3,4	2,9	3,8
Geïntegreerde verslavingsspecialist	3,4	3,5	4	2,7
De cliënten krijgen begeleiding van een multidisciplinair team	3,3	3,5	4	2,3
Fasegerichte behandeling	3,2	3,3	3,7	2,8
Motiverende gespreksvoering	3,2	3,1	3,3	3,3
De hulpverlening is niet begrensd in de tijd	3,1	3,3	2,4	3,3
Er wordt outreachende zorg geboden	3	3	2,9	3
Gezondheidsbevorderende interventies	3	3	3,4	2,4
Er vindt verslavingsbehandeling plaats.	3	3	4	2,3
Farmacologische behandeling	2,9	3	3,9	1,8
Cliënten krijgen medicatie om verslavingsgedrag ('craving', trek) tegen te gaan.	2,6	2,4	3,3	2,4
Groepsbehandeling	2,5	2,8	3,1	1,3
Familiebegeleiding	2,5	2,5	3,1	2,2
Zelfhulp	2,1	2,2	2,1	1,9

Uit tabel 4.6 blijkt dat de voorzieningen het best scoren op de items toegankelijkheid van andere voorzieningen en het aanwezig zijn van een verslavingsdeskundige. Volgens de medewerkers van de voorzieningen kunnen cliënten meestal zonder veel moeite beroep doen op de aanwezige voorzieningen. Bij de meeste voorzieningen maakt een deskundige⁴ op het gebied van verslavingsbehandeling deel uit van het team. Bij de voorzieningen in de verslavingszorg is dit een standaard onderdeel van de zorg. Ook standaard in de verslavingszorg is de begeleiding door een multidisciplinair team en (vanzelfsprekend) verslavingsbehandeling.

Fasegerichte behandeling, motiverende gespreksvoering en lange termijn hulpverlening maken bij veel van de voorzieningen meestal onderdeel van de behandeling:

- Bij fasegerichte behandeling sluiten de interventies aan bij en worden bepaald door de behandelingsfase waarin de cliënt zich bevindt.
- De interacties met cliënten zijn gebaseerd op de principes van motiverende gespreksvoering.
- De hulpverlening is niet begrensd in de tijd.

De voorzieningen werken meestal ook met de volgende elementen van geïntegreerde behandeling:

- Het bieden van outreachende zorg.
- Cliënten krijgen omvattende, gestructureerde educatie over gezondheidsbevordering.
- Verslavingsbehandeling.
- Farmacologische behandeling: medici getraind in DD- behandeling werken samen in het team, vermijden het voorschrijven van verslavende middelen en schrijven middelen voor die positief kunnen ingrijpen op verslavingsgedrag.

De items over medicatie, groepsbehandeling, familiebegeleiding en zelfhulp scoorden het laagst:

- Cliënten krijgen medicatie om verslavingsgedrag ('craving', trek) tegen te gaan.
- Cliënten nemen deel aan groepsbehandeling gericht op zowel de psychiatrische – als verslavingsproblemen.

⁴ Onder verslavingsdeskundige verstaan wij iemand met ruime ervaring (> 2 jaar) in de verslavingszorg en die gerichte opleidingen daartoe heeft gevolgd.

ACT team GGZ Delfland

Het ACT-team is er voor patiënten die last hebben van zeer ernstige en blijvende symptomen ten gevolge van een psychiatrische ziekte. Door de ernst van de symptomen, is het voor patiënten erg moeilijk om simpelweg te voorzien in dagelijkse levensbehoeften. Patiënten die in aanmerking komen voor ACT-diensten hebben vaak een lange geschiedenis van opnames achter de rug en/of leven op straat ten gevolge van hun ziekte.

Er is geen limiet aan hoe lang een patiënt diensten kan blijven ontvangen. Dit betekent dat het ACT-team beschikbaar is zolang dit nodig is. Het ACT-team zal nooit een patiënt ontslaan omdat deze "te moeilijk" is of omdat er te weinig "voortgang" wordt geboekt. Het team is er om te behandelen, wat er ook gebeurt.

Samenstelling team

Het ACT-team bestaat uit een groep van 10 tot 12 professionals. Het team bestaat uit een psychiater, een arts, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, een maatschappelijk werker, een woonbegeleider, een werkbegeleider en een specialist op het gebied van middelenmisbruik. De teamleden werken zo veel mogelijk samen. Het is dus niet zo dat één van deze teamleden in het bijzonder de behandelaar is. Er wordt zo veel mogelijk samengewerkt om van een ieders expertise gebruik te maken.

Het ACT team kan hulp bieden op verschillende gebieden. Hieronder staat een korte samenvatting van een aantal mogelijkheden:

- *Dagelijkse activiteiten*

Boodschappen doen en koken; zorg voor kleding; gebruik maken van (openbaar) vervoer; sociale en familie relaties.

- *Gezinsleven/ omgeving van de patiënt*

Crisismanagement; advies en psycho educatie voor verwanten; coördinatie van zorg rond de kinderen; ondersteunen van patiënten in de ouderrol; contacten met diverse instanties.

- *Werk*

Voorlichting geven op het werk over psychiatrie; voorbereiden op de arbeidsmarkt; hulp bij het vinden en behouden van werk; ondersteunen tijdens het werk.

- *Behandeling bij middelenmisbruik*

Behandeling bij middelenmisbruik wordt geleverd door het ACT-team zelf.

- *Gezondheid*

Voorlichting om gezondheidsproblemen te voorkomen; medische hulp; inplannen van vervolgspraken; cliënten doorverwijzen als acute medische hulp noodzakelijk is; seksuele voorlichting.

- *Ondersteuning bij medicatiegebruik*

Bestellen van medicatie; afleveren van medicatie als dit nodig is; voorlichting geven over medicatie; patiënten herinneren aan medicatie inname; observeren van eventuele bijwerkingen; toedienen van medicatie.

- *Woonbegeleiding*

Zoeken van geschikte woonruimte; hulp bij betalen van de huur; verkrijgen van huishoudelijke spullen; contact bevorderen met de woningbouwvereniging; verbeteren van huishoudelijke vaardigheden.

- *Begeleiding bij financiën*

Budgetteren; hulp bij schuldsanering; hulp bij betalen van de rekeningen; vergroten van de onafhankelijkheid bij het regelen van financiële zaken.

- *Advies*

Gericht op het oplossen van problemen; als onderdeel van alle activiteiten; omgaan met en verbeteren van vaardigheden m.b.t. het ziektebeeld.

Bron: <http://www.ggz-delfland.nl/Page/sp7117/ml1/Index.html>

- Er vindt familiebegeleiding plaats door de familie/ netwerk te betrekken, psycho-educatie te geven, samenwerking in de behandeling na te streven en ondersteuning te bieden.
- Hulpverleners brengen cliënten (vanaf actieve behandeling) in contact met zelfhulpgroepen / stimuleren deelname aan zelfhulpgroepen.

Kenmerken van de organisatie

In tabel 4.7 zijn enkele kenmerken van de zorgorganisatie van de dubbele-diagnosevoorzieningen in kaart gebracht. Het opstellen van individuele behandelplannen voor cliënten is vrijwel standaard bij de voorzieningen. In het behandelplan wordt aandacht besteed aan verslavingsproblemen en ggz-problemen. Ook het screenen van cliënten, om te bepalen of zij in aanmerking komen geïntegreerde behandeling, wordt bijna standaard gedaan.

Tabel 4.7 Kenmerken van de organisatie van dubbele-diagnosevoorzieningen*

	<i>Totaal</i> N=35	<i>GGZ</i> N=19	<i>VZ</i> N=7	<i>RIBW</i> N=9
Individueel behandelplan	3,8	3,7	4	4
Toelating/screening van cliënten	3,6	3,5	4	3,6
Supervisie	3	2,8	3,9	2,7
Training	3	3	3,3	2,8
Monitoring	2,9	3	3,5	2,4
Assessment	2,5	2,3	3,7	1,7

* Er is gebruik gemaakt van een antwoordschaal lopend van 1= nooit; 2 = soms; 3= meestal tot 4 = standaard.

Supervisie (groepsgewijs of individueel) van hulpverleners door iemand die ervaring heeft met dubbele diagnose vindt meestal plaats. Bij de supervisie staat de cliënt centraal. Aan het vereiste dat alle medewerkers getraind zijn in de begeleiding aan dubbele diagnose -cliënten, wordt ook meestal voldaan.

De uitkomsten van de behandeling op cliëntniveau moeten minimaal één keer per jaar op gestandaardiseerde wijze worden gemonitord en teruggekoppeld aan de hulpverleners. De voorzieningen geven aan dat dit meestal lukt.

Het laagst scoren de voorzieningen op assessment. Desondanks komt het toch regelmatig voor dat cliënten gestandaardiseerde assessments ontvangen. De assessments bevatten geschiedenis en behandeling van medische en psychiatrische stoornissen, verslaving, de actuele stand van alle stoornissen, netwerk, enz.

4.4 Knelpunten

Welke knelpunten bestaan er in de organisatie en uitvoering van de hulpverlening bij de dubbele diagnose voorzieningen? In tabel 4.8 worden de belangrijkste knelpunten op een rijtje gezet.

Een veel gesignaleerd knelpunt is het ontbreken van voorzieningen. Volgens de medewerkers van de voorzieningen gaat het daarbij vooral om het gebrek aan geschikte woonvormen en/of huisvesting voor dubbele diagnose cliënten. Ook genoemd wordt het gebrek aan voorzieningen voor dagbesteding. In het verlengde hiervan ligt de gebrekkige toegang tot algemene maatschappelijke voorzieningen. Door 46% van de voorzieningmedewerkers wordt dit als een belangrijk knelpunt gezien.

Tabel 4.8 Knelpunten in de organisatie en uitvoering (in percentages)

	<i>N</i>	In sterke mate of vaak %	In enige mate of soms %	Geheel niet of nooit %
Ontbreken van voorzieningen	24	50	29	21
Toegang van de cliënt tot algemene maatschappelijke voorzieningen	33	46	33	21
Deskundigheid op het gebied van medicijnen en drugsgebruik en de interactie tussen beide	33	24	36	39
Ontbreken van behandel- en begeleidingsmethodieken	25	24	36	40
Deskundigheid op het gebied van behandeling en begeleiding	34	21	32	47
Samenwerking met andere hulpverleners (instanties)	34	18	68	15
Deskundigheid op het gebied van psychische problemen	34	15	27	59
Deskundigheid op het gebied van diagnostiek en indicatiestelling	33	15	33	51
Deskundigheid op het gebied van verslavingsproblemen	34	14	47	38
Toegang van de cliënt tot de gespecialiseerde verslavingszorg	34	-	59	41
Andere knelpunten	12	42	42	17

In mindere mate worden problemen ervaren met de kennis op het gebied van (de interactie tussen) medicijnen en drugsgebruik en het ontbreken van behandel- en begeleidingsmethodieken. Hierbij wordt erop gewezen dat de geïntegreerde behandeling niet overal standaard wordt gebruikt. Ook hebben enkele medewerkers onvoldoende kennis van bemoezorgmethodieken.

De knelpunten die het vaakst worden genoemd door de voorzieningen in de GGZ en de verslavingszorg zijn het ontbreken van voorzieningen en de toegang van de cliënt tot algemene maatschappelijke voorzieningen. Het belangrijkste knelpunt voor de RIBW's is (het gebrek aan) deskundigheid op het gebied van (de interactie tussen) medicijnen en drugsgebruik.

5 Discussie en conclusie

Uit de enquête rijst het beeld op van een GGZ (inclusief Verslavingszorg en RIBW) die zich in toenemende mate toelegt op de behandeling van dubbele diagnosecliënten. Anno 2006 melden 47 van de 84 geënquêteerde instellingen (56%) een specifieke voorziening voor dubbele diagnosecliënten te hebben. 32 van deze instellingen informeerden ons over 35 voorzieningen. Doordat de respons in de enquête niet volledig was, kunnen we geen volledig kwantitatief beeld garanderen. Maar de groei van het aanbod kan eenvoudig worden afgemeten aan de recente status van de voorzieningen waarover we informatie hebben; driekwart van de geïnventariseerde voorzieningen is in de afgelopen drie jaar van start gegaan.

De voorzieningen zijn goed gespreid over kliniek, beschermd wonen, deeltijdbehandeling en ambulante hulp. Zo zijn er anno 2006 ten minste 13 klinische afdelingen voor dubbele diagnose.

In 2000 verrichtten we eveneens een enquête over de hulpverlening aan dubbele-diagnosecliënten (Meeuwissen & Kroon, 2000). Die enquête was anders van opzet en daarom niet zonder meer vergelijkbaar. We vroegen toen naar de hulpverlening aan individuele cliënten, nu vroegen we om algemene informatie per voorziening. Ook was de eerdere enquête niet exclusief beperkt tot dubbele diagnose voorzieningen.

Als we – met voorzichtigheid – toch een vergelijking trekken dan valt op dat men nog steeds veel knelpunten in de organisatie en uitvoering van de hulpverlening ervaart, waarbij men nog wel het meest aanloopt tegen onvoldoende toegankelijkheid en beschikbaarheid van voorzieningen. De stijging in het aantal voorzieningen lijkt dus nog niet gepaard te gaan met het oplossen van knelpunten in de hulpverlening.

Positief nieuws is dat er veel meer specifieke interventies beschikbaar gekomen zijn voor cliënten. Waar de toepassing van motiverende gespreksvoering en voorlichting in de enquête van 2000 slechts mondjesmaat gerapporteerd werd, wordt deze interventies in de dubbele diagnose voorzieningen van 2006 vrijwel standaard aangeboden. Bij de interventies die in wetenschappelijk onderzoek hun waarde bewezen hebben (Kroon, 2005; Drake e.a., in press) valt nog veel winst te behalen op het gebied van groepsbehandeling, contingency management en familiebegeleiding.

Literatuur

- Bellack, A.S., Bennett, M.E., Gearon, J.S., Brown, C.H., Yang, Y. A. (2006). Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Archives General Psychiatry* 63:426-432.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, K., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E. & Rickars, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 469-476.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., Brunette, M.F. & McHugo, G.J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27,360-374.
- Drake, R.E. O'Neil EL, Wallach MA (in press). A Systematic Review of Research on Interventions for People with Co-occurring Severe Mental and Substance Use Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Den Haag: Verslavingszorg Parnassia, 2003.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N.A., Quinn, J., Palmer, S., Davies, L., Lowens, I., McGovern, J. & Lewis, S. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.
- Kroon, H. (2006). Geïntegreerde dubbele diagnose-behandeling in ACT-teams. In: Mulder C.L., Kroon H. (red.). *Assertive Community Treatment*. Amsterdam: Boom.
- Kroon, H., Rooijen, van, S., Wamel, van, A. Implementatie van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling. Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.
- Meeuwissen, J., Kroon, H., Eland, A. Een basisprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Meeuwissen, J.A.C., Kroon, H. Kenmerken van dubbele-diagnosecliënten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2000.
- Minkoff, K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital & community psychiatry*, 40(10):1031-6.
- Prochaska, J., DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill.: Dow Jones-Irwin.