

verder kijken **verder komen**

# Succes met geïntegreerde behandeling?

Annette Bonebakker, PhD, klinisch neuropsycholoog

Kenniscarrousel LEDD Utrecht, 18 april 2017

*fivoor*

forensische en intensieve  
psychiatrische zorg

# Dubbele problematiek

Patiënten met een dubbele diagnose vallen vaak tussen wal en schip als het aankomt op een behandeling voor hun meervoudige problemen.

De verslaving en de psychische stoornis worden nog te vaak gescheiden behandeld of hun onderlinge verwevenheid blijft onderbelicht.

# IDDT

IDDT is geïntegreerde behandeling voor mensen met een dubbele diagnose.

Geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling bestaat uit **gecombineerde aandacht** voor (de interacties tussen) psychiatrische en verslavingsproblematiek vanuit **één multidisciplinair** team.



# Getrouwheidsmeting

1. Multidisciplinair team met geïntegreerde verslavingspecialist
2. Fasegerichte interventies
3. Toegang tot dubbele diagnose behandelvoorzieningen (wonen, werken)
4. Ongelimiteerd in tijd
5. Outreachend
6. Motiverende interventies
7. Psychologische interventies (CGT gericht op verslaving)
8. Groepsbehandeling
9. Familie psycho-educatie
10. Zelfhulpgroepen
11. Farmacologische behandeling
12. Lichamelijke gezondheid
13. Secundaire interventies bij non-respons

**ledd** landelijk expertise- en  
implementatiecentrum  
dubbele diagnose

*fivoor*

# IDDT erkend

“IDDT is door de Erkenningscommissie langdurige GGZ erkend als een goed onderbouwde interventie”.

Bron: [www.ledd.nl](http://www.ledd.nl)

**ledd** landelijk expertise- en  
implementatiecentrum  
dubbele diagnose

# Geïntegreerd behandelen

- De wetenschappelijk evidentie van geïntegreerde behandeling middels de methode IDDT is echter nog beperkt.
- Eigen literatuuronderzoek 2016 middels Prisma zoekstrategie: uit 251 'hits' **6 studies** gevonden, waarvan slechts één RCT (Neven, Kool, Bonebakker, Mulder).
- Opvallend veel diversiteit aan designs en uitkomstmaten. Ook de uitkomsten van de onderzoeken liepen sterk uiteen.

# Evidentie

Auteur, jaar	Design	N	Duur	Interventie	Primaire uitkomstmaat
Mangrum e.a. 2006	RCT, niet geblindeerd	216	1 jaar	IDDT vs. parallelle behandeling	-Aantal opnamedagen
					-Percentage arrestaties
Chandler & Spicer 2006	RCT, niet geblindeerd	182	18 mnd	IDDT vs. TAU	-Aantal detentiedagen
Morrens e.a. 2011	Randomisatie obv beschikbaarheid	85	12 mnd	IDDT vs. TAU	-Psychiatrische symptomen
					-Middelengebruik
					-Kwaliteit van leven
Chandler 2011	Open label	402	1-2 jaar	IDDT hoge vs. gemiddelde getrouwheid	-Psychiatrische symptomen
					-Middelenmisbruik
Staring e.a. 2012	Follow-up	43	12 mnd	ACT + IDDT	-Overlast
					-Misdrijven
Young e.a. 2014	Follow-up	60	6 mnd	ACT + IDDT	-Stabiele verblijfplaats
					-Psychiatrische symptomen
					-Percentage met alcoholgebruik
					-Percentage met drugsgebruik

# Evidentie

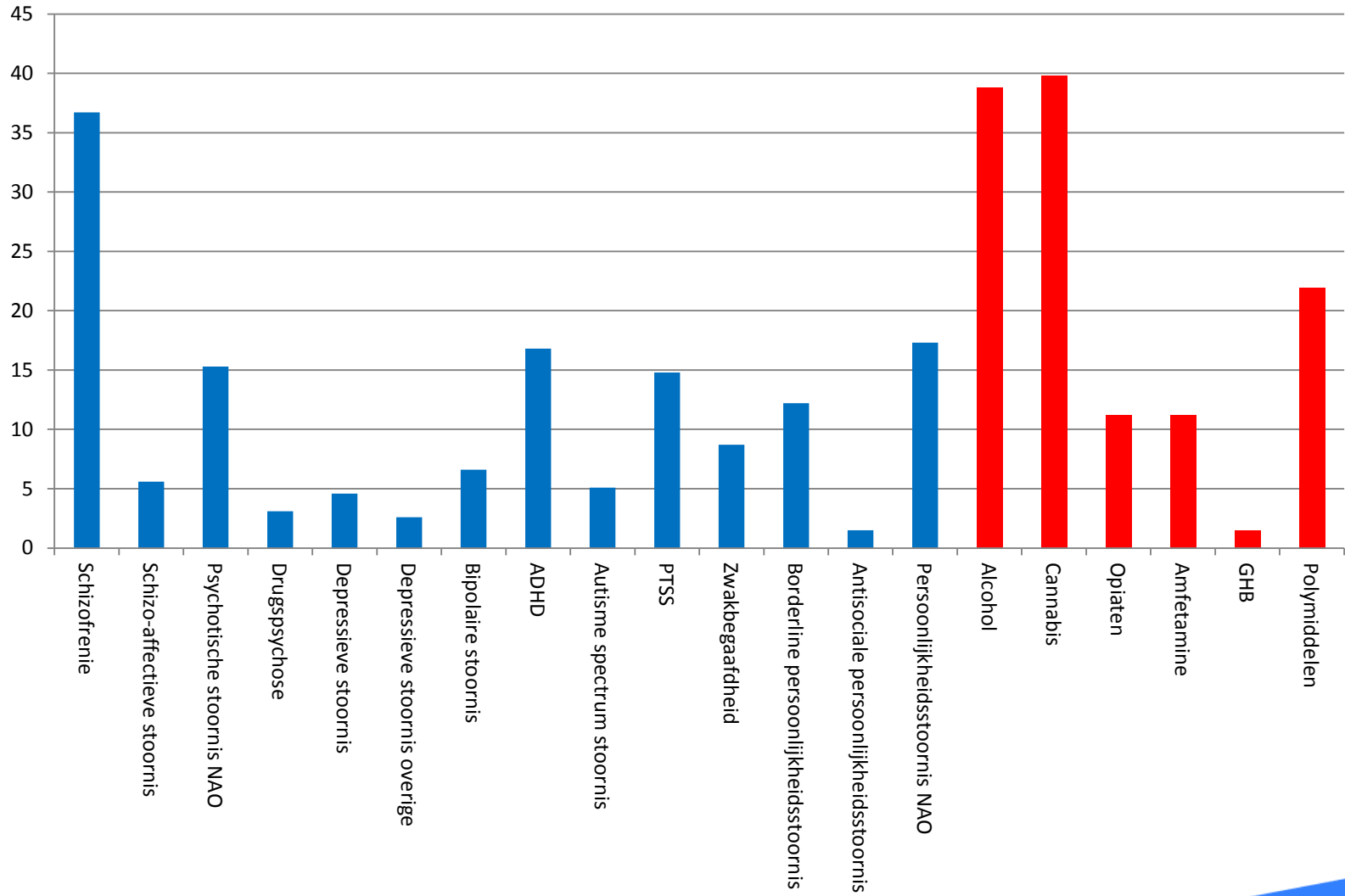
- Evidentie is vooral gebaseerd op onderdelen van IDDT
- Beperkte evidentie voor IDDT model als geheel
- IDDT niet beter dan Treatment As Usual mbt verslaving of psychiatrische symptomen
- IDDT wel beter mbt:
  - Opnamedagen
  - Sociaal functioneren
  - Delictgedrag
  - Kwaliteit van leven



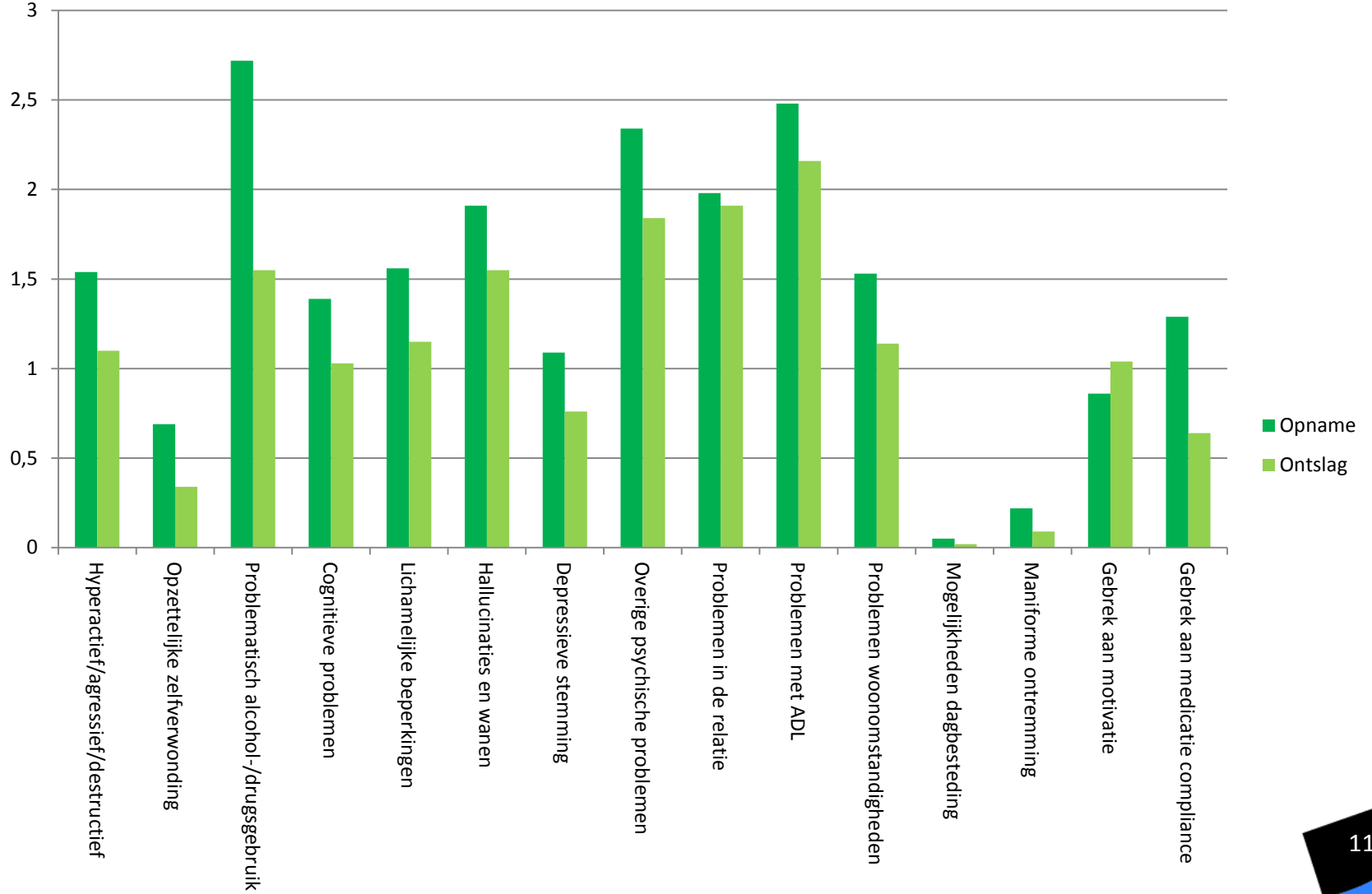
# Eigen onderzoek

- Op basis van de ROM gegevens van alle klinische patiënten van het CDP in 2016 (N=196)
- Analyseren welke verbeteringen er optreden in de ROM gegevens op een klinische IDDT afdeling voor dubbele problematiek

## Percentages



## HONoS items bij opname en ontslag



# Resultaten

- De HONoS totaalscore en 12 van de 15 items van de HONoS waren in significante mate verbeterd.
- Ook de CGI, CGI-VZ en GAF waren significant verbeterd.

## Beperkingen:

Geen controlegroep, retrospectief

Alleen ROM gegevens

Hoe ging het verder na opname?

# Conclusies

1. Het is opmerkelijk hoe weinig en gedegen IDDT in de volle breedte is getoetst.
2. meer gedegen onderzoek naar IDDT is o.i. waardevol en wenselijk!
3. De praktische bruikbaarheid van IDDT is groot, er zijn veel positieve ervaringen mee opgedaan (oa bij CDP)
4. het is een beter model dan een sequentiële of parallelle behandeling (Dom e.a. 2013).

# Behandeling casus dubbele problematiek

*Een samenspel van angststoornis,  
persoonlijkheidsproblematiek,  
trauma en verslaving*

*fivoor*

# Geïntegreerd behandelen: een casus

- 35-jarige vrouw, borderline PS, vroegkinderlijk getraumatiseerd
- Paniekstoornis met agorafobie, sociale angst
- Alcohol- en cannabisafhankelijkheid
- Veel suicidaliteit (51 x brief crisisdienst) veel automutilatie
- zeer onveilige jeugd, veel huiselijk geweld, patiënte werd fysiek en geestelijk mishandeld waaronder opgesloten in kamer
- vanaf 23 jaar toename cannabisgebruik en ontstaan alcoholabusus ten gevolge van nieuw trauma (seksueel misbruik)

# Klacht- en behandelgeschiedenis

- 2014: Overname behandeling van CIB Den Haag
- Zij werd aangemeld omdat de behandeling gestagneerd was. Patiënte durfde ten tijde van de intake niet meer de straat op en zat voortdurend binnen te drinken.



# Beschrijving proces

- Middels twee langere opnames werd abstinentie bereikt en kon een behandeling van de angststoornis worden ingezet.
- Veel geïnvesteerd in contact maken en vertrouwen winnen.
- Klinische en poliklinische traumabehandeling (schematherapie en EMDR).
- In de loop van de behandeling bleken paniekstoornis en daaronder sociale angst het herstel te belemmeren en de verslaving in stand te houden: EMDR en CGT ingezet, wordt onderhouden.
- EMDR bij craving omdat patiënte toch bleef worstelen met de alcohol.
- Afgelopen jaar is COMET (zelfbeeldmodule) ingezet.

# Behandeling CDP

## Resultaat

- Patiënte is nu anderhalf jaar abtinent, vorig jaar 1 terugval in cannabis die ze zelf heeft overwonnen!
- Panieklachten zijn gering, suïcidaliteit en zelfbeschadiging zijn in remissie
- Patiënte oefent veel met autonomie, goede ouderboodschappen en positief zelfbeeld.
- Heeft nu 2 jaar een vaste relatie, zingt in een band waarmee ze ook optreedt, sport, heeft een (beperkt) sociaal leven.

# Conclusies

- Juist omdat er vanuit verschillende disciplines is samengewerkt en diverse interventies zijn gecombineerd, is er sprake van een positief behandelresultaat.
- Het was niet mogelijk de verslaving en angststoornis los van elkaar te behandelen.
- Tevens werd er een combinatie gemaakt van de mogelijkheden van de kliniek en het ambulante veld.
- De verwevenheid van de klachten vroeg om een samenspel van interventies.

**Einde**

*Bedankt voor uw aandacht*

*fivoor*