

Dubbele Zorg

voor

Dubbele Diagnose Cliënten

Auteur: Pom Schepers

Datum: 08-06-2009

Dubbele zorg voor dubbele diagnose cliënten

Integrale behandelmethode

De afdeling Psychiatrie en Verslaving van de GGZ-instelling Altrecht heeft met ingang van januari 2008 (Overdijk, 2009) een start gemaakt met de ontwikkeling van een nieuwe integrale behandelmethode voor psychiatrie en verslaving. De noodzaak voor deze ontwikkeling komt voort uit het feit, dat bij OGGZ-cliënten sprake is van nauw verweven problematiek van verslaving met psychiatrische stoornissen.

Bio-psycho-sociale model

*Dubbele diagnose*¹ cliënten zijn cliënten met een comorbiditeit van psychiatrie en verslaving. De diagnoses vanuit de DSM-IV-TR van de *American Psychiatric Association* kunnen heel verschillend zijn, evenals de soorten verslavende middelen, die de cliënten tot zich nemen (Laguna, 2008). Door hun complexe en chronische problematiek hebben deze cliënten meestal problemen op diverse leefgebieden. Ondanks een hoge comorbiditeit bij de dubbele diagnose cliënten worden verslavingszorg en behandeling vooralsnog gescheiden aangeboden. Met de opkomst van het *bio-psycho-sociale model* (Engel, 1977) in Nederland, is de relatie tussen verslaving en psychiatrie opnieuw onder de loep genomen. Dit model, ontwikkeld in 1977 door Engel, beschrijft verslaving als een samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren. Zo kan een verslaafde cliënt bijvoorbeeld onder sociale druk van een verkeerde vriendengroep coke gebruiken (sociaal). Als hij dit regelmatig doet, treden er ontweningsverschijnselen en bijwerkingen op (biologisch), waaronder angst- en stemmingsstoornissen (psychisch). Gevoelens van onzekerheid en sociale druk nemen toe, waardoor de cliënt nog meer geneigd is te gebruiken. Een losstaande interventie op verslavingsgebied zou de *craving*² kunnen verminderen, maar niet de sociale druk wegnemen. Daarnaast kunnen stemmingsstoornissen, zoals depressie en angststoornissen langdurig aanwezig blijven en de cliënt opnieuw verleiden tot gebruik.

¹ Dubbele diagnose, comorbiditeit van ernstige psychiatrische ziekte en verslaving

² Craving, de behoefte te gaan gebruiken

IDDT

Met het bio-psycho-sociale model als uitgangspunt is er een weg geopend voor nieuwe behandelvormen, die aandacht hebben voor dit complexe samenspel. Een van deze behandelvormen is Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT). Deze behandelvorm is gedurende 20 jaar ontwikkeld en verfijnd door het *New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center* in Amerika. Al in 1980 kwam men tot de ontdekking, dat ongeveer 50% van de cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis tevens verslavingsproblematiek heeft. Deze comorbiditeit noemt men ook wel *dubbele diagnose*. Cliënten met een dubbele diagnose hebben een grote kans op terugval, hospitalisatie, agressie, opsluiting, dakloosheid en ernstige infecties als HIV en hepatitis (Drake et al., 2001). Tevens werd toen al duidelijk, dat de versnipperde werking van verslavingszorg en psychiatrische zorg niet effectief was voor deze cliënten.

IDDT staat voor het gezamenlijk aanbieden van verslavingszorg en psychiatrische zorg op klinisch niveau, door dezelfde behandelaren en op dezelfde locatie. Oorspronkelijk is IDDT ontwikkeld voor toepassing binnen ACT-teams, omdat deze een groot percentage verslavingsproblematiek binnen hun doelgroep kennen, alle behandelvormen zoveel mogelijk vanuit één team gegeven worden en verslavingsbehandeling één van de slechtst geïmplementeerde onderdelen van ACT bleek (Van Rooijen et al., 2007). Uit recente studies blijkt echter, dat IDDT ook effectief is binnen een klinische setting. (Van Rooijen et al., 2007). Het doel van IDDT is het herstel van zowel verslavings- als psychiatrische problematiek. Herstel staat in dit geval voor het kunnen accepteren en omgaan met beide ziekten, zodat de cliënt zingeving in het leven kan nastreven.

Altrecht en IDDT

Op de locatie WA-Huis, afdeling Psychiatrie & Verslaving (P&V) van Altrecht is de laatste jaren extra zorg uitgegaan naar het thema veiligheid. Door de genomen interventies als bijvoorbeeld 24-uurs beveiliging in 2007 en 2008 ging het aantal incidenten sterk achteruit, waardoor ruimte ontstond voor het kritisch bekijken van de kwaliteit van de zorg. Opvallend was het tekort aan kennis over verslaving bij het personeel, terwijl de doelgroep van P&V voornamelijk uit dubbele diagnose cliënten bestaat. Margret Overdijk, manager van afdeling P&V, schat het aantal dubbele diagnose cliënten op deze afdeling dan ook op 85%.

Het managementteam van de afdeling P&V is vervolgens breed gaan kijken naar nieuwe behandelvormen, die aansluiten bij deze doelgroep. Na uitvoerig onderzoek is de keuze gevallen op IDDT. Het startsein voor de implementatie van IDDT binnen de afdeling P&V is gegeven in 2008 met als doel in 2012 afdelingsbreed een eenduidige behandelmethodete bewerkstelligen voor zowel klinieken als ambulante teams (Overdijk, 2009). Een uitdagende doelstelling, die leidt tot de vraag wat er nodig is om de integrale behandelvorm Integrated Dual Disorder Treatment succesvol te implementeren binnen de afdeling Psychiatrie en Verslaving?

Invloedsfactoren

Succesfactoren voor implementatie van IDDT

Uit verschillende praktijkstudies komt naar voren, dat de projectleiding een cruciale factor is bij de implementatie van IDDT (Overdijk, 2009; Van Rooijen et al., 2007; Boyle, & Kroon, 2006; Drake et al., 2001). Een geschikte projectleider brengt de IDDT-visie met enthousiasme en regelmaat onder de aandacht. De projectleiding beschikt over de inhoudelijke kennis om trainingen, supervisie en consultaties vorm te geven en heeft genoeg financiële ruimte om deze uit voeren. Verder is de verankering van de projectleiding binnen de organisatie van belang. Als de projectleider extern aangetrokken is, is er minder feeling met collega's en praktijk. Een combinatie van externe en interne projectleiding wordt daarom aanbevolen, waarbij expertise en tijd vanuit de externe projectleider komen en verankering en aandachtsvestiging vanuit de interne projectleider.

Ook het middenmanagement heeft een cruciale rol voor het succes van de implementatie van IDDT (McHugo et al., 2007). Het middenmanagement kan IDDT de prioriteit geven, die het nodig heeft en actie ondernemen, zoals het aannemen, verschuiven en ontslaan van personeel. Daarnaast is de rol van het middenmanagement het aanpassen van structuren zoals behandelplannen, supervisie, observatie en diagnostiek voor middelengebruik. De financiële ruimte, die nodig is voor de implementatie van IDDT, wordt eveneens door het middenmanagement gegeven, waardoor teamleiders en hulpverleners zich op de inhoudelijke

implementatie kunnen richten. Een daadkrachtig en overtuigend middenmanagement is dus nodig om de juiste voorwaarden te scheppen binnen de organisatie.

Een derde belangrijke factor is het organisatiebreed implementeren van IDDT: alle medewerkers en zorgprofessionals dienen voldoende kennis te hebben van de IDDT-behandelvorm. Cliënten doorlopen namelijk doorgaans een keten van afdelingen en instellingen binnen een netwerk als de OGGZ-keten. Voor de passende plaatsing van een cliënt is daarom ook globale kennis van IDDT nodig. Daarnaast moet het beleid van de verschillende instellingen op elkaar aansluiten. Een cliënt, die in de psychiatrie met IDDT wordt behandeld, maar in zijn residentiële instelling geconfronteerd wordt met een conflicterend beleid, zal van zijn behandeling weinig effect ondervinden.

Hetzelfde geldt voor de cliënten binnen de organisatie. Als niet elke cliënt volgens de IDDT-methodiek wordt behandeld, zal hier niet automatisch aandacht voor zijn in het behandelteam tijdens, bijvoorbeeld de behandelplanbesprekingen en intervisie. Juist deze gezamenlijke besprekingen zijn belangrijk voor het bewustwordingsproces van de zorgprofessionals gedurende de eerste jaren. Wanneer IDDT standaard ingezet wordt en dus niet enkel op individuele cliënten wordt toegepast, zal er sprake zijn van een betere beklijving van de methode onder de teamleden.

Een vijfde impactfactor is een gedeelde visie op de behandeling van dubbele diagnose cliënten. De verschillende teams en afdelingen van de organisatie hebben tijd en training nodig om een gedeelde visie op zorg en behandeling te formuleren en van daaruit te kunnen werken. Het effect hiervan is een bottum-up³ opbouw van IDDT, waarbij de medewerkers van de organisatie achter de komende veranderingen staan.

Uit verschillende getrouwheidsonderzoeken blijkt, dat het regelmatig houden van gerichte supervisiebijeenkomsten essentieel is voor een modelgetrouwe invoering van IDDT (Brunette et al., 2008; McHugo et al., 2007; Drake et al., 2001). Tijdens deze supervisie kan aandacht besteed worden aan het consequent toepassen van fasegericht werken en hoe dit doorgevoerd kan worden in behandelplannen. Ook kan individuele casuïstiek ingezet worden voor het oefenen met IDDT-principes. Het houden van tweewekelijks supervisiebijeenkomsten gedurende de eerste twee jaar wordt dan ook aanbevolen als laatste succesfactor.

³ Tegengestelde van top-down: het wordt niet opgelegd van bovenaf, maar vanuit operationeel niveau gedragen.

Belemmerende factoren voor implementatie van IDDT

Met de invoering van IDDT wordt van hulpverleners een gedragsmatige interventie gevraagd. Zij moeten andere vaardigheden aanleren en inzetten dan voorheen. Dit vraagt tijd en geduld, wat gezien kan worden als een belemmerende factor. Tevens geldt voor deze leerschool, dat alle medewerkers nieuwe vaardigheden moeten aanleren. Anders dan bij inwerken binnen een nieuw team, zijn er weinig referentiepunten bij collega's (Brunette et al., 2008; Van Rooijen, 2007).

De diversiteit van de IDDT-toolkit vraagt de nodige capaciteit van de hulpverlener. Hij zal op verschillende terreinen vaardigheden moeten aanleren, wat zwaarder is dan een cursus voor een deelterrein.

De IDDT-toolkit is ontwikkeld voor dubbele diagnose cliënten met een As-I stoornis, zoals schizofrenie (DSM IV-TR). In de praktijk heeft de doelgroep dubbele diagnose echter ook een hoge comorbiditeit met As-II persoonlijkheidsstoornissen, zoals borderline en een antisociale persoonlijkheidsstoornis (DSM IV-TR). Echter de IDDT-toolkit is onvoldoende onderzocht op de As-II diagnoses en dus kunnen onvoorziene belemmerende factoren ontstaan.

Naast bovengenoemde factoren is het nalaten van de succesfactoren uit de voorgaande paragraaf uiteraard ook een belemmerende factor. Door het onjuist inzetten of ontbreken van deze punten kan IDDT niet modelgetrouw worden geïmplementeerd (Brunette et al., 2008; Van Rooijen, 2007).

Ervaringen uit de praktijk

De vraag *wat er nodig is binnen de afdeling P&V om IDDT succesvol te implementeren* kan niet beantwoord worden zonder de mening van haar medewerkers. Hoe kijken de verschillende organisatieniveaus naar de doelgroep en haar problematiek? Waar liggen obstakels en waar de mogelijkheden? Om deze vragen te beantwoorden, zijn interviews gehouden met de medewerkers uit de verschillende managementniveaus van de afdeling P&V van Altrecht. De visie en expertise van de verslavingspsychiatrie is tevens meegenomen middels een interview met Centrum Maliebaan⁴.

⁴ Centrum Maliebaan: Instelling voor verslavingspsychiatrie in de provincie Utrecht.

Strategisch niveau

Margret Overdijk is algemeen manager van de afdeling P&V van Altrecht. Tezamen met Anton Traag (psycholoog-manager) is zij opdrachtgever voor de implementatie van IDDT op deze afdeling. Volgens Margret komt de keuze voor IDDT voort uit de behoefte de kwaliteit van zorg te verbeteren. Zij schat het aandeel dubbele diagnose cliënten op haar afdeling op 85%. Hiermee is de kennis over verslaving een belangrijk aspect om deze kwaliteit te waarborgen. De afdeling P&V heeft zich vervolgens breed georiënteerd op zoek naar een behandelmethode, die zowel verslaving als psychiatrie kon integreren. De uiteindelijke keuze is op IDDT gevallen, waarna een projectplan is geschreven voor de implementatie (Overdijk, Ten Broek, 2009). In het eerste jaar van de implementatieperiode zal de nadruk liggen op het vergroten en gelijk trekken van kennis over verslaving, zodat dit afdelingsbreed op hetzelfde niveau komt te liggen. Ook wordt er aandacht besteed aan de urgentie van IDDT en het commitment van de organisatie hierin. Volgens het projectplan wordt IDDT afdelingsbreed geïmplementeerd en wordt gebruikt gemaakt van een externe trainer en een intern verbetersteam van enthousiaste kartrekkers. Financiële middelen en tijd worden gewaarborgd door het management en aanpalende organisaties geven hun commitment voor IDDT. De afdeling P&V onderstreept een bottom-up benadering en daarmee discussie over visie vanuit de verschillende teams. Themagerichte intervisie en supervisie wisselen elkaar af met de frequentie van minimaal eens per maand. In de twee opvolgende jaren worden nieuwe vaardigheden aangeleerd en geborgd. In het verleden heeft de klinische unit van de afdeling P&V geen contra-indicaties gehad voor het opnemen van dubbele diagnose cliënten. Ongeacht de problematiek was er altijd plek voor deze moeilijke doelgroep. Wel was er een verschil te merken tussen de klinische en ambulante setting. Cliënten met ernstige verslavingsproblematiek vertoonden soms dermate onregelend gedrag, dat een opname klinisch onhoudbaar was. Ambulant speelde dit probleem minder, omdat het gedrag van de cliënt beperkt bleef tot de ambulante afspraken en niet een hele afdeling beïnvloedde.

Als voornaamste problemen van ernstige verslavings- en psychiatrische problematiek ziet Margret vooral het gebrek aan medicatietrouw door verslaving. Ook de wisselwerking tussen psychiatrische toestand en verslaving geeft zorg, aangezien deze versterkend op elkaar kunnen werken. Zo kan middelenmisbruik een psychose versterken en kan de psychische druk van een psychose iemand juist verder in zijn middelenmisbruik duwen. Met de implementatie

van IDDT zullen deze problemen nog steeds aanwezig zijn. Echter zullen de hulpverleners van de afdeling P&V hier beter op in kunnen spelen en gebruik kunnen maken van motiverende gesprekstechnieken.

Margret denkt niet, dat de implementatie van IDDT nieuwe obstakels zal opleveren. Volgens haar zal de nadruk liggen op het vormen van een algemene houding en beleid op haar afdeling. Zij wil werken naar een aanspreekcultuur, waarbij zowel binnen de teams en afdelingen als daarbuiten hulpverleners cliënten vanuit hetzelfde perspectief kunnen benaderen. Een cliënt, die op het terrein van Altrecht gebruikt, zal in de toekomst door elke medewerker van de afdeling vanuit de IDDT-methode benaderd worden. Juist op een locatie als het WA-huis is het belangrijk een eenduidige benaderingswijze te hanteren, omdat cliënten van verschillende afdelingen dagelijks met elkaar in contact komen. De mogelijkheid, dat cliënten elkaar zouden meetrekken in hun verslaving, wordt ondervangen door de IDDT-benadering te laten gelden op het gehele terrein en niet alleen binnen de individuele teams.

Een belangrijk aandachtspunt is de wisselwerking tussen de verschillende teams. Cliënten op een bepaalde afdeling zullen in een andere fase van verslaving zitten volgens het *transtheoretisch model*⁵ van Prochaska en Diclemente (2002), dan hun medecliënten van andere afdelingen. Hoe de wisselwerking tussen deze afdelingen en hun cliënten zal zijn moet nog blijken. Margret verwacht, dat door het ontstaan van begrip bij de afdelingen voor deze fases er geen negatieve beïnvloeding zal plaatsvinden.

Tactisch niveau

Ook Annemiek Geuze, teamleidster van het ambulante ACT-1 team, afdeling P&V schat het aandeel dubbele diagnose cliënten binnen haar team op 85%. Het ACT-1 team behandelt in principe alle dubbele diagnose cliënten, tenzij deze te bedreigend zijn voor het personeel. Volgens Annemiek ligt de zwaarte van behandeling van ernstige psychiatrie en verslaving in de complexiteit van deze problematiek. Cliënten met deze diagnose werken niet mee, waardoor gedwongen opnames en hogere doseringen van medicatie nodig zijn. Doordat het misbruik van verdovende middelen de psychoses versterkt, is het moeilijker vertrouwen te winnen en de cliënt te motiveren. Omdat de wisselwerking van verslaving en psychiatrie voor elke cliënt anders uitpakt, is het moeilijk het beleid hierop te protocolleren. IDDT biedt de

⁵ het transtheoretisch model, ook wel stages of change model genoemd, is de insteek de mate waarin mensen gemotiveerd zijn om hun gedrag binnen een bepaalde termijn te veranderen.

hulpverleners van P&V extra handvaten om dubbele diagnose cliënten te behandelen. De kennis over de verschillende fasen van verslaving alsmede het kunnen inzetten van motiverende gesprekstechnieken, ziet zij als belangrijke verbeteringen.

Met de komst van IDDT ziet Annemiek een manier om één lijn te kunnen trekken in de benadering van de doelgroep. Deze lijn houdt bijvoorbeeld in, dat elke medewerker van Altrecht cliënten op dezelfde punten zal begrenzen. Een belangrijke kanttekening is wel, dat de hulpverlener kan schipperen binnen deze lijn om aan te sluiten bij de individuele cliënt.

Als mogelijk obstakel bij de IDDT-behandeling noemt Annemiek het gegeven, dat cliënten van diverse afdelingen op één enkel terrein samenkomen. De mogelijkheid, dat cliënten elkaar meetrekken in hun verslavingsgedrag is reëel, doordat er meer prikkels aanwezig zijn. Cliënten verdienen vaak bij door het dealen in verdovende middelen en zullen andere cliënten dan ook aanmoedigen in hun gebruik. Ook is er de mogelijkheid, dat cliënten in een remissiefase van verslaving sneller terug zullen vallen, doordat zij geconfronteerd worden met cliënten, die nog volop aan het gebruiken zijn.

Een ander mogelijk obstakel ziet Annemiek in de logistiek van een grote afdeling als P&V. Afhankelijk van de verslavingsfase waarin een cliënt zich bevindt, is een opname op een bepaalde unit vereist. Dit zal echter lang niet altijd mogelijk zijn, vanwege wachtlijsten. Hierdoor kan een cliënt niet verder met zijn behandeling en zal sneller terugvallen in een eerdere fase van behandeling.

Operationeel niveau

Aziz Sabir is zorgcoördinator bij het ambulante ACT-2 team, afdeling P&V, van Altrecht. Voorheen heeft hij gewerkt bij Centrum Maliebaan, een instelling voor verslavingspsychiatrie. Hij schat het aantal dubbele diagnose cliënten binnen zijn team op 70%. Aziz denkt, dat de behandeling van dubbele diagnose cliënten met ernstige verslaving moeilijk is vanwege het agressieve gedrag dat deze cliënten kunnen vertonen. Een ander interessant punt is de financiering, die gepaard gaat met opnamen. Als een cliënt opgenomen werd op een klinische unit zoals van P&V, was het lastig tegelijkertijd ambulante verslavingszorg zoals van Centrum Maliebaan te financieren. Met de komst van de DBC-

financiering⁶ is dit knelpunt echter verholpen. De prioriteit van behandelen ligt bij de verslaving, omdat deze sneller te behandelen is dan de chronische psychiatrische ziekte.

Ernstige verslaving werkt ontregelend op de behandeling van dubbele diagnose cliënten, aldus Aziz. Zij zullen altijd prioriteit geven aan de belangrijkste behoefte. Deze is niet behandeling, maar komt voort uit de craving naar verslavende middelen. Hun dagelijkse leven bestaat uit het zoeken naar financiële middelen en vervolgens naar de verslavende middelen zelf. Daarbij is weinig ruimte voor het nakomen van afspraken of het innemen van medicatie. Aziz merkt op, dat er relatief weinig kennis over verslaving is bij de medewerkers van de afdeling P&V. Deze inhaalslag ziet hij als belangrijkste pijler voor het welslagen van de IDDT-implementatie. Hij zou graag concrete interventies zien, zoals het meelopen met verslavingszorg en het investeren in ervaringsdeskundigen uit diezelfde sector. De ervaringsdeskundige kan vanuit de praktijk aanvoelen in welke fase van verslaving een cliënt zit en weet welke interventies wel of niet werken.

Aziz is niet bang, dat cliënten elkaar zullen meetrokken in hun verslaving. Volgens hem komen cliënten overal in aanraking met prikkels en weten zij met gemak verdovende middelen op te zoeken buiten het terrein van Altrecht. De verantwoordelijkheid dit niet te doen, ligt dan ook deels bij de cliënt en kan niet worden ingevuld door de hulpverlener. Een ander belangrijk punt is het terug laten komen van de IDDT-methode in teambesprekingen en intervisies, zodat de kennis ook beklijft bij de hulpverleners.

Centrum Maliebaan

Josien Leurdijk is unitmanager van de afdeling reclassering van Centrum Maliebaan. Volgens Josien is het aandeel dubbele diagnose cliënten binnen Centrum Maliebaan 100%. Centrum Maliebaan behandelt verslaving met lichte psychiatrische problematiek. Zij ziet vooral ernstige persoonlijkheidsproblematiek of psychoses als probleem bij de behandeling van deze cliënten. Cliënten met deze problematiek willen niet opgenomen worden, waardoor zij zich ontwrichtend opstellen binnen een klinische setting. Ook Josien ziet IDDT als een grote inhaalslag wat kennis over verslaving betreft. IDDT kan de hulpverleners van Altrecht leren omgaan met terugval van cliënten.

⁶ DBC GGZ: Diagnose Behandeling Combinaties, een vraaggerichte en prestatiegerichte bekostigingssystematiek

Van obstakel naar succesfactor

Met de informatie uit de interviews en de literatuur als achtergrond kan antwoord gegeven worden op de vraag wat er nodig is om IDDT succesvol te implementeren op de afdeling P&V. Gezien het grote aandeel dubbele diagnose cliënten op de afdeling P&V onderstrepen medewerkers van alle managementniveaus de noodzaak van een behandelprogramma, zoals IDDT.

Op basis van de interviews kunnen zes obstakels bij de implementatie van IDDT genoemd worden: het ontregelende gedrag van de dubbele diagnose cliënten, medicatieontrouw, versterkende werking van psychose en verslaving, gebrek aan kennis over verslaving bij hulpverleners, het onderling meetrekken van cliënten in de verslaving en het gebrek aan mogelijkheden voor doorstroom.

Het *ontregelende gedrag*, met name in een klinische setting en soms gepaard met ernstige verslaving bij deze cliënten, wordt als voornaamste struikelblok gezien bij de behandeling. Dit gedrag komt grotendeels voort uit het verslavingsgedrag, waar in het verleden geen passend antwoord op was binnen de klinische settings van de afdeling P&V. Met de invoering van IDDT zullen medewerkers betere handvatten hebben om op dit gedrag in te spelen. Daarbij is belangrijk, dat cliënten ook buiten de kliniek begrensd worden, namelijk op het terrein van Altrecht. Hierdoor zullen zij minder snel voor de deuren van de kliniek afspreken met dealers om in hun verslaving te voorzien.

Verdere, bijkomende moeilijkheden zijn een *gebrek aan medicatietrouw* en de *versterkende werking van psychose en verslaving*. Deze twee obstakels zijn inherent aan de problematiek van deze cliënten. Voor beide factoren bieden motivering via gespreksvoering uitkomst, maar nog belangrijker is een lange adem bij het winnen van vertrouwen van de cliënten. Door het herkennen van de fase van verslaving kunnen hulpverleners hun verwachtingen bijschroeven en branden zij minder snel af wanneer interventies niet meteen aanslaan.

Op alle niveaus komt naar voren, dat er *gebrek aan kennis over verslaving* is. De implementatie van IDDT staat of valt dan ook met het succesvol bijshaven van deze kennis. Uit de literatuur komt naar voren, dat de voorwaarden, die nodig zijn voor het verwerven van deze kennis, voornamelijk op strategisch en operationeel niveau liggen. De keuzes, die door

het management van Altrecht gemaakt zijn, sluiten goed aan bij de aanbevelingen van deze literatuur.

Op alle niveaus wordt ook nagedacht over de vraag of *het elkaar meetrekken van cliënten in verslaving* een obstakel zal blijven na de implementatie van IDDT. De meningen zijn verdeeld over het wel of niet op eenzelfde locatie behandelen van cliënten in een verschillende fase van verslaving. Een antwoord hierop komt niet uit de literatuur naar voren en zal door de toekomst uitgewezen moeten worden. Iedereen is het er echter wel over eens, dat kennis over de verschillende fasen van verslaving en een eenduidige benaderingswijze een positieve invloed hierop hebben.

Een ander belangrijk obstakel is *het gebrek aan doorstroommogelijkheden*. Wachtlijsten hebben een negatief effect op de succesvolle behandeling met IDDT. Deze randvoorwaarden gaan veel verder dan de invloedssfeer van een afdeling als P&V en kunnen niet zomaar worden opgelost. Daarom is het commitment en de globale kennis van aanpalende organisaties betreffende IDDT van groot belang. Juist door samen te werken aan doorstroom en het belang van de kwaliteit van zorg ook naar zorgverzekeraars, RIBW's⁷ en overheid uit te stralen, blijft de positieve attitude voor verandering gewaarborgd.

Door de bottom-up benadering van de afdeling P&V bij de implementatie van IDDT, worden alle meningen van de verschillende units en teams meegenomen en versmolten tot één visie. Er is een duidelijke positieve attitude richting toekomst en daarmee is aan de belangrijkste voorwaarde voor succes voldaan. Met deze insteek zullen de dubbele diagnose cliënten op afdeling P&V ook daadwerkelijk dubbele zorg ontvangen.

⁷ RIBW: Regionale instellingen voor beschermd wonen

Referentielijst

1. Anoniem (2008), *Literatuurstudie naar mens en verslaving*, Mens en Gezondheid, Laguna
2. Borgesius, Els, Hermanides, Roel (2008), 'Drugs en drugsoverlast in de psychiatrie' , Maandblad Geestelijke volksgezondheid jaargang 63, nummer 07-08, pp. 578-586
3. Boyle, P.E., Kroon, H. (2006). Integrated dual disorder treatment: Comparing facilitators and challenges of implementation for Ohio and the Netherlands, *International Journal of Mental Health* 35 (2), pp. 70-88
4. Brunette, M.F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W.J., Wieder, B.L., Jones, A.M., McHugo, G.J. (2008). Implementation of integrated dual disorders treatment: A qualitative analysis of facilitators and barriers, *Psychiatric Services* 59 (9), pp. 989-995
5. Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., (...), Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness, *Psychiatric Services* 52 (4), pp. 469-476
6. G.L. Engel (1977), The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, Vol. 196, Issue 4286, 129-136, Copyright © by American Association for the Advancement of Science
7. McHugo, G.J., Drake, R.E., Whitley, R., Bond, G.R., Campbell, K., Rapp, C.A., Goldman, H.H., Finnerty, M.T. (2007). Fidelity outcomes in the national implementing evidence-based practices project, *Psychiatric Services* 58 (10), pp. 1279-1284
8. Overdijk, Margret, et al (2009), *Projectplan – Implementatie van IDDT op de afdeling Psychiatrie & Verslaving*, Altrecht
9. Prochaska, J.O., Redding, C.A., Evers, K.E. (2002). The transtheoretical model and stages of change. In: K. Glanz, B.K. Rimer, F.M. Lewis et al (red.), *Health behaviour and health education: theory, research and practice*, 3rd edition, (pp. 99-120). San Francisco, CA: Jossey-Bass
10. Rapp, C.A., Etzel-Wise, D., Marty, D., Coffman, M., Carlson, L., Asher, D., Callaghan, J., Whitley, R. (2008). *Evidence-based practice implementation strategies: Results of a qualitative study* , *Community Mental Health Journal* 44 (3), pp. 213-224
11. Rooijen, S. van, et al (2007), *Implementatie van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling*, Trimbos-instituut
12. Wetering, B.J.M. van de, et al (mei 2001), *Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*, Drukkerij de Cirkel, Bouman Verslavingszorg, Schiedam

13. [http://123management.nl/0/020_structuur/a231_structuur_01_besturende_processen.htm](http://123management.nl/0/020_structuur/a231_structuur_01_besturende_processen.html)
l