

Concretisering Beleid Dubbele Diagnose GGZ Oost Brabant

Anneke van Wamel en Sonja van Rooijen,
Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD)

Ton Dominicus, Ernst Franzek, Robert Pols, Hubèr Thonies,
Karin Janssen, Erik Lemmen
GGZ Oost Brabant

Boekel, 6 december 2016

SAMENVATTING

Aanleiding Beleid Dubbele Diagnose:

GGZ Oost Brabant heeft in toenemende mate te maken met cliënten met een gecombineerde problematiek van psychiatrie en verslaving: cliënten met dubbele diagnose. Exacte landelijke cijfers ontbreken: onder mensen met een psychiatrische stoornis had naar schatting minimaal 41% ooit te maken met middelenmisbruik of -afhankelijkheid (De Graaf, Ten Have et al, 2012).

Onze zorgverleners ervaren toenemende urgentie om de zorg voor betreffende doelgroep, gespecificeerd naar subdoelgroepen, beter te laten aansluiten op de problematiek en op de, in overleg met de cliënt vastgestelde hersteldoelen. Dit geldt in onze voordeur, onze klinische en ambulante zorg, maar ook in onze beschermde en beschutte woonvormen. Dit vormt aanleiding om de eerder geformuleerde visie en het bijbehorende beleid voor dubbele diagnose te concretiseren.

Visie op dubbele diagnose

Uitgangspunt in de zorg (behandeling en begeleiding) voor cliënten met een dubbele diagnose is dat zij geïntegreerde zorg krijgen, waarbij er gelijktijdig aandacht is voor zowel verslaving als psychiatrische problemen vanuit een geïntegreerd, multidisciplinair zorgmodel. GGZ Oost Brabant laat zich inspireren door het IDDT-model (integrated dual disorder treatment), oorspronkelijk ontwikkeld in de Verenigde Staten door Mueser en anderen, en inmiddels in Nederland gangbaar als geïntegreerde dubbele diagnose behandeling (LEDD, 2015). De kern hiervan is dat cliënten passende zorg geboden wordt die aansluit op hun zorgvragen en hun fase van motivatie om hun verslavingsproblemen aan te pakken. We streven daarbij naar abstinentie, voor zover dat mogelijk is voor/bij de betreffende individuele cliënt.

Verslavingsproblemen mogen onder geen enkel beding een reden zijn om cliënten zorg te onthouden. GGZ Oost Brabant hanteert het standpunt dat de behandeling en begeleiding van cliënten met ernstige psychiatrische problemen en co morbide verslavingsproblemen inherent onderdeel dient te zijn van het zorgaanbod. In alle zorgprogramma's en zorgpaden dient er aandacht te zijn voor dubbele diagnose problematiek.

Beleidskader Dubbele Diagnose:

In de notitie '*Beleidsvisie Dubbele Diagnose GGZ Oost Brabant*' (januari 2015) expliciteerden we de genoemde uitgangspunten al:

- We brengen bij al onze cliënten in beeld of en in welke mate verslaving speelt.
- Bij cliënten met dubbele diagnose onderzoeken we of en welke motivatie de cliënt heeft, om hieraan te werken binnen zijn/haar herstelproces, zodat we de cliënt (blijven) motiveren om zoveel mogelijk toe te werken naar totale abstinentie. Het model van Prochaska en DiClemente is daarbij het uitgangspunt: ons zorgaanbod sluit aan op de fase van motivatie waarin de cliënt verkeert (vooroverweging, overweging, voorbereiding, actie, consolideren).
- We bieden geïntegreerde zorg (behandeling en begeleiding), waarbij we zowel de verslaving als psychiatrische klachten zoveel mogelijk gelijktijdig, binnen één behandelteam en zoveel mogelijk vanuit één locatie oppakken (waar nodig met inzet van het expertiseteam).
- We onderzoeken de mogelijkheden van gedifferentieerde zorg (behandeling en begeleiding) in wet, damp, dry huisvesting.
- De landelijke richtlijnen dubbele diagnose en de Herstelvisie van GGZ Oost Brabant vormen daarbij ons uitgangspunt.

Ontwikkelingen 2016:

In 2016 voerden we de activiteiten uit zoals beschreven in de 'Business case GGZ Oost Brabant: Implementatieplan Beleidsvisie Dubbele Diagnose GGZ Oost Brabant voor kalenderjaar 2016' (30-11-2015) (zie figuur).



Figuur: in 2016 uitgevoerde activiteiten rond dubbele diagnose.

Geconcretiseerd beleid: werkplan 2017-2020

In lijn met de Meerjarenstrategie 2016-2020 van GGZ Oost Brabant concretiseert deze notitie de gewenste toekomstige ontwikkelingen op het terrein van ernstige psychiatrische stoornissen en co morbide verslavingsproblemen (dubbele diagnose problematiek).

We beperken ons daarbij in eerste instantie tot alcohol en middelen; in de toekomst vindt uitbreiding plaats naar andere verslavingen (medicijnen, roken, gamen, gokken en internet).

Breed draagvlak en brede bekendheid van de visie is van groot belang, aangezien dubbeldiagnostiek de doelgroep EPA overstijgt. De programmaraad EPA fungeert hierbij als aanjager; implementatie en borging vindt via alle programmaraden plaats.

Het is daarom van groot belang dat alle zorggroepen hiermee aan de slag gaan en goed bekend raken/zijn met de visie. In het activiteitenplan is daarom communicatie over de visie het alleréérst aan de orde, gevolgd door andere activiteiten als bijvoorbeeld scholing, deskundigheidsbevordering en screening in alle intakes.

Dit beleid is uitgewerkt in een werkplan 2017-2020 (bijlage A), met de volgende actiepunten:

- 1) in- en extern eenduidig en consequent uitgedragen en communiceren van de geconcretiseerde beleidsvisie dubbele diagnose;
- 2) investeren in deskundigheidsbevordering:

2017: bijscholing voor:

- i) De huidige 21 team-expertmedewerkers dubbele diagnose (2 medewerkers P1, 19 FACT-medewerkers) die katrekkers zijn in hun teams;
- ii) Nieuw op te leiden team-expertmedewerkers dubbele diagnose:
 - (1) Zes medewerkers vanuit de 2 FACT-teams Kind- en Jeugd en het FACT-plus team;
 - (2) 20 medewerkers vanuit de woonvormen/ODAC (2 per gespecialiseerd GGZ wijkteam, nl 1 uit ODAC en 1 uit woonvorm);
 - (3) Naar inschatting 4 nieuwe FACT-medewerkers (vervanging door verloop in groep van 21 opgeleide experts).
- iii) Alle cliëntgebonden medewerkers van de drie voltallige HIC-teams;
- iv) De hoofdbehandelaars binnen GGZ Oost Brabant via verplichte Masterclasses.

- 2018:** bijscholing ambulante medewerkers (blended: e-learning, teambijeenkomst).
3. inzet GGZ Oost Brabant-breed consultatie-team dubbele diagnose voor complexe casuïstiek in alle settings;
 4. eerste stappen realiseren in fasegericht wonen/verblijven met een indeling naar wet, damp en dry huisvesting;
 5. in ieder zorgpad zal aandacht moeten zijn voor de verslavingsproblematiek (screening en behandeling/begeleiding); in 2017 starten we met inbedding van deze geïntegreerde zorg dubbele diagnose vanuit alle zorgpaden;
 6. dubbele diagnose staat consequent op de agenda van alle programmaraden en inhoudelijke raad.

Het werkplan voor 2017 is stapsgewijs en financieel uitgewerkt in bijlage B (tabel inclusief excel-tabel).

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting

Concretisering Beleidsvisie Dubbele Diagnose 2016

Aansluiten op landelijke normen

Definitie Dubbele Diagnose

Afbakening Doelgroep

Missie en Visie

Geïntegreerde zorg bij Dubbele Diagnose

Uitgangspunten

Algemeen

Geïntegreerde zorg in alle zorgpaden

Screening, diagnostiek en somatische zorg

Aanbod geïntegreerd zorg dubbele diagnose

Fasegericht wonen en verblijven (wet, damp, dry)

Afstemming en samenwerking in de keten

Geraadpleegde bronnen

Bijlage A: Meerjaren werkplan Dubbele Diagnose GGZ Oost Brabant

Bijlage B: Financiële onderbouwing werkplan 2017 Dubbele Diagnose GGZ Oost Brabant (inclusief excel F&C)

CONCRETISERING BELEIDSVISIE DUBBELE DIAGNOSE 2016

Aansluiten op landelijke normen

Conform landelijke ontwikkelingen en trends heeft GGZ Oost Brabant in toenemende mate te maken met cliënten met een gecombineerde problematiek van verslaving en psychiatrie, de zogenoemde dubbele diagnose cliënten. Het ontbreekt aan precieze cijfers over de omvang van deze groep binnen GGZ Oost Brabant.

Zorgverleners ervaren steeds meer urgentie om de behandeling en begeleiding voor de betreffende doelgroep, met te onderscheiden sub-doelgroepen, beter te laten aansluiten op de co-morbiditeit van cliënten met een dubbele diagnose. Dit geldt zowel voor een aantal klinische afdelingen, waaronder de afdeling voor dubbele diagnose Princepeel 1 (P1), als voor de ambulante behandeling/begeleiding vanuit de gespecialiseerde GGZ-wijkteams (FACT, beschermende en beschutte woonplekken, ODACS) van GGZ Oost Brabant. Daarnaast is een verschuiving merkbaar aan de 'voorkeur', waar hulpverleners eveneens meer cliënten ontmoeten met ernstige psychiatrische problemen en co-morbide verslavingsproblematiek.

GGZ Oost Brabant wil daarom haar visie en beleid rond de behandeling en begeleiding van cliënten met dubbele diagnose expliciteren en op schrift te stellen.

De landelijke norm stelt dat behandeling van deze co-morbiditeit op een geïntegreerde wijze vorm krijgt. Hoewel in een beperkt aantal onderdelen van GGZ Oost Brabant hier al een start mee is gemaakt, moet geïntegreerde behandeling en begeleiding in de meeste betrokken onderdelen van GGZ Oost Brabant nader vorm krijgen.

Dit document beschrijft de visie op dubbele diagnose en bijbehorende zorg. Het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) had een ondersteunende rol bij het opstellen van het document. Als start is een aantal bijeenkomsten georganiseerd met een breed samengestelde werkgroep. De werkgroepleden reageerden op een eerste aanzet voor een beleidsvisie dubbele diagnose en beantwoordden en bediscussieerden openliggende vragen. Uiteindelijk resulteerde dat voorjaar 2015 in de Beleidsvisie Dubbele Diagnose. Deze is verder geconcretiseerd in het huidige document.

Definitie dubbele diagnose

Onder **dubbele diagnose** verstaan we: de combinatie van psychische stoornissen die vallen onder de benaming ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en problematisch alcohol-en/of middelengebruik. Een cliënt met een dubbele diagnose heeft gelijktijdig last van misbruik of afhankelijkheid van alcohol en/of drugs en een psychiatrische stoornis. Allerlei combinaties tussen middelen en psychiatrische stoornissen zijn mogelijk. De verwevenheid (co morbiditeit) tussen beide stoornissen is groot.

Onder **problematisch middelengebruik** wordt verstaan: misbruik van of afhankelijkheid (verslaving) aan alcohol en/of andere middelen¹. Het gaat om het gebruik van alcohol en/of middelen (inclusief medicatie) waarbij de persoon lichamelijk en/of geestelijk van een stof afhankelijk is, waardoor het heel moeilijk is om te stoppen met het gebruik van deze stof. Het gedrag en denken van de persoon is grotendeels gericht op het verkrijgen en innemen van het middel, ten koste van andere belangrijke activiteiten. Er treden ontweningsverschijnselen op als de persoon het middel niet gebruikt.

We spreken van **ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA)** wanneer er sprake is van een psychiatrische stoornis die zorg en behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie) en ernstige beperkingen veroorzaakt in het sociaal en/of

¹ In de DSM 5 is het verschil tussen misbruik en afhankelijkheid opgeheven. De categorie 'Stoornis in het gebruik van middelen' combineert beide in één enkele stoornis, die een continuüm beslaat van mild tot ernstig. Het zal zeker enkele jaren duren voordat de wijzigingen in de DSM 5 helemaal in Nederland doorgevoerd zijn.

maatschappelijk functioneren (niet in functionele remissie) (zie Delespaul). De tekorten en de stoornis zijn onderling gerelateerd (beperking is oorzaak en gevolg van psychopathologie) en niet van voorbijgaande aard (structureel c.q. langdurig). Er is gecoördineerde zorg van professionals geïndiceerd en dit is noodzakelijk om het zorgplan te realiseren (Uitwerking deelvisie Volwassenenzorg, doelgroep EPA, augustus 2013).

Bij dubbele diagnose spelen vaak complexe psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie, bipolaire stoornissen, ernstige depressie en ernstige angststoornissen. Hoewel ernstige alcohol- en drugsverslavingen wel tot de EPA-groep behoren (zie Delespaul, 2011), zal een cliënt met als voornaamste problematiek 'verslaving' in eerste instantie doorverwezen worden naar de verslavingszorg.

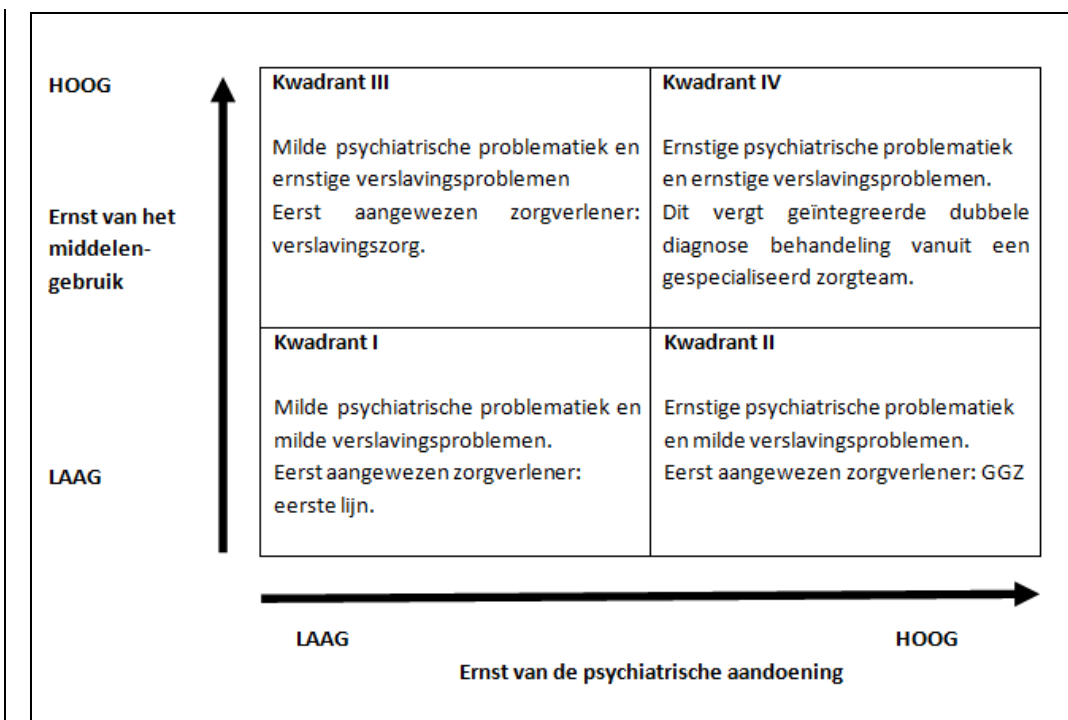
Het aanbod voor dubbele diagnose cliënten binnen GGZ Oost Brabant richt zich op cliënten waar het alcohol- of middelenmisbruik van invloed is op de psychische stoornis, dan wel waar de psychopathologie invloed heeft op het middelengebruik. Er is sprake van een zekere verwevenheid. Het gaat dus niet zozeer om twee aparte diagnoses maar om *co-occurring disorders*, stoornissen die zich min of meer gelijktijdig kunnen manifesteren en samen oplopen of die afzonderlijk van elkaar zijn ontstaan maar gaandeweg een interactie met elkaar zijn aangegaan.

GGZ Oost Brabant besteedt in haar Meerjarenstrategie 'Bevlogen realiseren' (2016-2020) eveneens aandacht besteed aan de co-morbiditeit die vaak waarneembaar is bij mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). *"Zij hebben naast een langdurende ernstige aandoening ook (soms forse) problemen op andere levensgebieden (sociale activiteiten en participatie). Die problemen zijn onderling gerelateerd. Er is in veel gevallen sprake van co-morbiditeit (verslaving en/of verstandelijke beperkingen). Ze zijn sociaal-maatschappelijk gezien behoorlijk gemarginaliseerd. Bij EPA+ gaat het om mensen die geen zorgvraag stellen (openbare GGZ) en/of forensisch psychiatrische problemen hebben."*

In de praktijk beperkt de problematiek van dubbele diagnose cliënten zich inderdaad niet tot de twee velden van verslavingsproblemen en psychiatrische problemen. Bijna altijd zijn er ook problemen met huisvesting, justitie, financiën en lichamelijke gezondheid. De term 'dubbele diagnose' dekt de lading dan ook niet, het zou beter zijn om te praten over multi-problematiek of co-morbiditeit. We gebruiken toch de term 'dubbele diagnose', omdat deze inmiddels sterk is ingeburgerd.

De prevalentie van dubbele diagnose is hoog. In Nederland heeft naar schatting 20 tot 50% van de cliënten in de GGZ te kampen met co-morbide verslavingsproblemen, dus naast andere psychische stoornissen. Naar schatting 60 tot 80% van de cliënten in de verslavingszorg heeft ook andere psychische aandoeningen. In het bevolkingsonderzoek Nemesis had 19% van de Nederlandse bevolking in zijn leven ooit te maken gehad met middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Onder mensen met een ernstige psychische stoornis, met name schizofrenie, bipolaire stoornissen of een depressie met psychotische kenmerken, was dat cijfer met 41% veel hoger (De Graaf, Ten Have e.a. 2012).

Het bekende model van Kenneth Minkoff (2001) wordt vaak gebruikt om deze grote groep dubbele diagnose cliënten in te delen naar de best passende zorgverlener. Minkoff maakt een tweedeling in de ernst van de verslavingsproblemen en de ernst van de psychiatrische problematiek. De ernst kan hoog of laag genoemd worden. Zo ontstaan vier kwadranten (zie figuur).



Figuur: Kwadrantenmodel Minkhoff. Bron: www.pinewoodcentre.org

Afbakening doelgroep

De meerjarenstrategie 2016-2020 van GGZ Oost Brabant geeft richting aan de zorgverlening in de komende jaren. GGZ Oost Brabant richt zich specifiek op complexe en/of ernstige psychische of psychiatrische problematiek en omschrijft haar doelgroepen als:

- mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA), inclusief zorgmijders;
- mensen met meervoudige, vaker voorkomende psychische of psychiatrische aandoeningen, die door de ernst en/of de complexiteit (langdurende) specialistische behandeling en/of begeleiding nodig hebben;
- mensen met een ernstige, zeer specifieke, complexe psychische of psychiatrische zorgvraag, die top specialistische zorg in bovenregionaal verband nodig hebben.

Dat betekent dat GGZ Oost Brabant qua doelgroep dubbele diagnose cliënten kiest voor problematiek die valt onder kwadranten II en IV: ernstige psychiatrische problematiek/milde verslavingsproblemen en ernstige psychiatrische problematiek/ernstige verslavingsproblemen (zie figuur 'Kwadrantenmodel van Minkhoff' in paragraaf 'Definitie dubbele diagnose').

We beperken ons daarbij in eerste instantie tot alcohol en middelen; in de toekomst vindt uitbreiding plaats naar andere verslavingen (medicijnen, roken, gamen, gokken en internet).

Missie en Visie

GGZ Oost Brabant biedt excellente specialistische en hoog-specialistische GGZ aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). We werken vanuit de herstelvisie, op basis van landelijke richtlijnen (waaronder de landelijke richtlijnen dubbele diagnose) en bewezen effectieve behandelmethodes.

De unieke mens staat bij ons centraal, waarbij we integraal aandacht hebben voor haar gezondheid, identiteit en functioneren in de diverse rollen.

Geïntegreerde zorg bij Dubbele Diagnose

Uitgangspunten

Algemeen

GGZ Oost Brabant biedt gespecialiseerde zorg en zet haar expertise in voor de meervoudige complexe aandoeningen waarbij een hulpvraag speelt op één of meerdere levensterreinen. In onze zorgverlening gaan we uit van 'stepped care' en 'matched care' principes:

- 'Stepped care' (zo licht als kan en zo intensief als nodig) wordt ingezet bij cliënten waarbij nog niet duidelijk is welke interventies de meest gepaste zijn.
- 'Matched care' (direct beginnen met de waarschijnlijk meest effectieve behandeling) wordt ingezet als er meer duidelijk is over de aard en ernst van de aandoening.

Dit betekent:

- Zo dichtbij als mogelijk, zo geconcentreerd als nodig.
- Ambulant als het kan, klinisch als het nodig is.
- Zo integraal mogelijk, zo gedifferentieerd als noodzakelijk.

GGZ Oost Brabant heeft tevens de ambitie haar missie en strategie te realiseren in de wijk, met andere partners in de regio, zo dicht mogelijk bij de cliënt.

Geïntegreerde zorg in alle zorgpaden

Landelijke richtlijnen adviseren om geïntegreerde behandeling te bieden aan cliënten met complexe dubbele diagnose problematiek (Richtlijn Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003; Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie 2012; Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008). Samengevat zijn de uitgangspunten van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling dat zowel de psychiatrische stoornis, als de verslaving zoveel als aangewezen gelijktijdig binnen één behandelteam en zoveel mogelijk vanuit één locatie behandeld worden. Beide stoornissen worden als primair beschouwd.

Breed draagvlak en brede bekendheid van de visie is van groot belang, aangezien dubbeldiagnostiek de doelgroep EPA overstijgt. De programmaraad EPA fungeert hierbij als aanjager; implementatie en borging vindt via alle programmaraden plaats. Het is daarom van groot belang dat alle zorggroepen hiermee aan de slag gaan en goed bekend raken/zijn met de visie. In het activiteitenplan is daarom communicatie over de visie het alleréérst aan de orde, gevolgd door andere activiteiten als bijvoorbeeld scholing, deskundigheidsbevordering en screening in alle intakes.

Hierna beschrijven we de uitgangspunten en componenten van geïntegreerde dubbele diagnose behandeling.

Uitgangspunten:

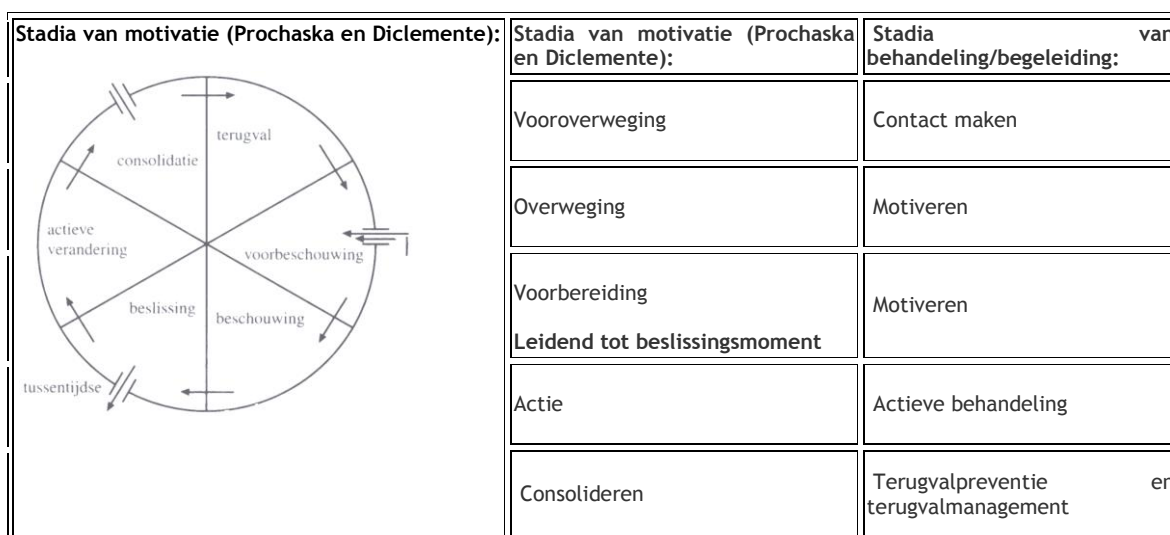
1. Co morbiditeit is eerder regel dan uitzondering. Onderzoeken laten zien dat bij het overgrote deel van de cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis, co-morbiditeit in de vorm van middelenmisbruik voorkomt.
2. Als een psychiatrische stoornis en middelenmisbruik of -afhankelijkheid naast elkaar bestaan, moeten beide stoornissen gelijktijdig behandeld worden.
3. Een succesvolle behandeling vereist als belangrijkste voorwaarde een uitnodigende, empathische en langdurige behandelrelatie die door een geïntegreerde behandeling in alle behandel fasen continuïteit van zorg biedt.
4. In de context van zo'n langdurige behandelrelatie, moet een balans gevonden worden tussen de verschillende relationele stijlen: confrontatie en het wijzen op

eigen verantwoordelijkheid versus een empathische, zorgende houding met oog voor de beperkingen van de cliënt.

5. Psychiatrische stoornissen en middelenafhankelijkheid zijn voorbeelden van chronische, bio-psychosociale stoornissen, die het beste kunnen worden begrepen vanuit een ziekte- en herstelmodel. Beide worden gekenmerkt door parallel verloopende fasen van herstel: acute stabilisatie, engagement en motivatie, actieve behandeling en een verlengde stabilisatie, rehabilitatie en herstel. Bij herstel gaat het om persoonlijk herstel in de zin van regie over het eigen leven, meedoen en keuzerecht.
6. Er is geen eenduidig juiste behandeling voor een dubbele diagnose. Richtlijnen wijzen op het belang van geïndividualiseerde interventies die passen bij de specifieke diagnose van elke stoornis, de fase van herstel of het stadium van verandering en de capaciteiten en beperkingen van de cliënt.
7. Binnen een zorgsysteem (lees: zorgprogramma) kan elk van de geïndividualiseerde, fase-specifieke interventies op ieder zorgniveau worden toegepast. Er is behoefte aan instrumenten om de individuele zorgbehoefte met een multidisciplinair 'assessment' te meten.

De belangrijkste componenten van een geïntegreerd behandelprogramma zijn:

- 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.
- Gefaseerde behandeling: dat betekent dat de aard van de hulpverlening verandert met het stadium van verandering waarin de cliënt zich bevindt en met diens motivatie voor behandeling (vooroverweging, overweging, voorbereiding, actie en consolideren). Deze motivatie-stadia worden gematched met verschillende fasen in de zorg (behandeling, begeleiding): opbouw van een werkrelatie, motiveren voor behandeling, actieve behandeling, behoud en terugvalpreventie (zie figuur).



Figuur: Stadia van motivatie bij gedragsverandering (Prochaska en Diclemente, 1982) gekoppeld aan stadia van behandeling/begeleiding.

- Samen met de cliënt wordt een geïntegreerd, multidisciplinair behandelplan opgesteld.

- Motiverende gespreksvoering: hulpverleners ondersteunen cliënten bij de bewustwording van de consequenties van middelengebruik, de hoop op vooruitgang en de opbouw van motivatie voor behandeling van de problematiek.
- Counseling bij middelenmisbruik: Het aanbod bestaat idealiter uit het maken van een voor- en nadelenbalans van middelengebruik, leren omgaan met trek, terugvalpreventie-strategieën, vaardigheidstraining in 'nee zeggen tegen', leren omgaan met risicosituaties, de overtuigingen van de cliënt over middelengebruik uitdagen en ter discussie stellen, coping strategieën en sociale vaardigheidstraining en individuele therapie, zoals CGT (cognitieve gedragstherapie).
- 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: anti-psychotische medicatie wordt, ondanks de verslaving, niet gemeden, de behandelaar heeft kennis van de interacties tussen medicatie en verslavende middelen en schrijft zo nodig middelen voor gericht op de verslaving, zoals naltrexon en methadon. Er wordt zeer terughoudend met benzodiazepinen omgegaan.

Deze onderdelen moeten vertaald worden in een zorginhoudelijk programma, verbonden aan de zorgpaden, met daarbij aandacht voor:

- **Cliënt centraal:** De focus moet liggen op de mogelijkheden van iemand en het aanbod moet uitgaan van zijn of haar wensen. Bij zowel cliënt als hulpverlener moet helder zijn hoe te handelen bij gebruik. Daarnaast moet een tijdelijke terugval mogelijk zijn.
- **Goede diagnostiek:** Bij cliënten die steeds weer uitvallen ontbreekt het vaak aan een zorgvuldig vastgestelde diagnose, waardoor de hulpvraag en problematiek onvoldoende in beeld zijn. Goede afstemming met behandelaren is hierbij van belang.
- **Passende zorg/ behandeling en begeleidingsprogramma's** voor specifieke groepen die regelmatig worden geëvalueerd. Hierbij moet aandacht zijn voor de samenhang tussen psychiatrische problemen en middelengebruik.
- **Monitoring:** is de cliënt gebaat bij de zorg? Is de zorg effectief? Ook dient systematisch worden bekeken of iemand nog steeds op de meest geschikte plek zit: wat zijn iemands wensen? Bij deze doelgroep moet er daarbij specifiek aandacht zijn voor de motivatie en wensen rond het gebruik van middelen en alcohol.
- **Rehabilitatie en herstel:** hierbij moet de focus liggen op de toekomst en niet het verleden. Het (weer) verkrijgen van gewenste sociale en maatschappelijke rollen is daarbij de inzet.

GGZ Oost Brabant heeft rond verschillende hoofddiagnosen zorgpaden opgezet. Vanuit het idee om dubbele diagnose cliënten geïntegreerde zorg te bieden, dient in elk zorgpad aandacht te zijn voor co-morbiditeit. Vooral nog wordt dus niet gekozen voor een apart zorgpad voor co-morbiditeit; het is nadrukkelijk de bedoeling dat in *alle* zorgpaden voldoende aandacht is voor co-morbiditeit.

Daar waar de deskundigheid rond co-morbiditeit tekort schiet, kan elk team vanaf najaar 2016 (via haar team-experts rond dubbele diagnose) een beroep doen op het 'consultatieteam voor dubbele diagnose'.

Overigens is het bij complexe problematiek niet altijd eenvoudig om cliënten (met dubbele diagnose) in te delen in zorgpaden. Het gevolg is dikwijls dat cliënten regelmatig van zorgpad worden gewisseld. Bij complexe, meervoudige problematiek is een verlengde intakefase te overwegen, voordat gekozen wordt voor een specifiek bepaald zorgpad.

De specifieke zorgpaden hebben (in de toekomst) hun eigen set aan Routine Outcome Monitoring instrumenten. Voor de dubbele diagnose cliënten (kwadrant IV) zullen daar specifieke instrumenten aan toegevoegd worden.

Richting voor de toekomst:

- In elk zorgpad moet aandacht zijn voor co-morbiditeit. De zorgpaden zijn grotendeels al beschreven, maar met uitzondering van het zorgpad EPA, staat daarin niets over co morbiditeit. Dit behoeft aanvulling in elk zorgpad.
- Client-gebonden medewerkers van alle teams hebben door aanvullende scholing/deskundigheidsbevordering voldoende, up to date basiskennis en zijn vaardig in het bieden van geïntegreerde zorg rond dubbele diagnose.
- Gespecialiseerde GGZ-wijkteams (gaan) beschikken over dubbele diagnose team-experts (twee vanuit FACT, twee vanuit woonvormen); team-experts krijgen aanvullende deskundigheidsbevordering, zodat ze functioneren als experts en kartrekkers in hun teams.
- Voor specifieke vragen kan elk team van GGZ Oost Brabant een beroep doen op het consultatie- en adviesteam dubbele diagnose in oprichting.

Screening, diagnostiek en somatische zorg

Momenteel is er binnen GGZ Oost Brabant (te) weinig aandacht voor screening van alcohol- en middelengebruik en aansluitende diagnostiek. Screening moet standaard op globale wijze aan de voordeur plaatsvinden en krijgt vervolgens een verdieping nadat cliënten zijn toegewezen aan een bepaald zorgpad. Als de uitkomst van de screener positief is, wordt een verdergaande assessment ingezet. Ook bij gereede twijfel over de (negatieve) uitkomst van de screener kan gekozen worden voor verdere diagnostiek (zie figuur).

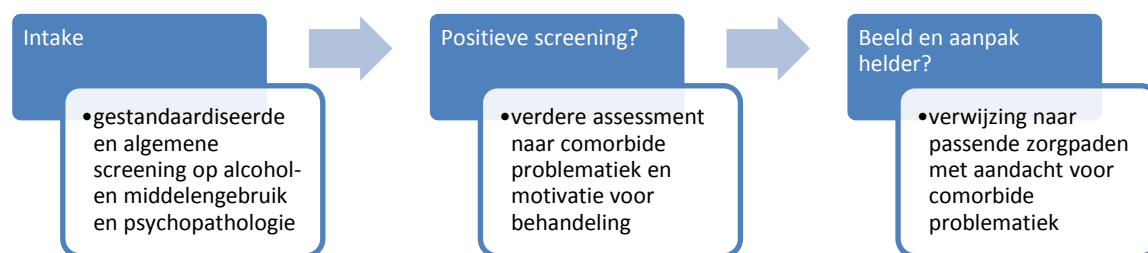
Als algemene screener voor een probleem met alcohol- of middelengebruik kan de CAGE AID gebruikt worden. Dit is een eenvoudige en korte screener die bij alle cliënten aan de voordeur gebruikt kan worden.

Daarnaast kan zowel voor nadere screening als assessment (een deel van) de MATE (Measurement in Addiction for Triage and Evaluation; Schippers, Broekman & Buchholz, 2011) gebruikt worden (vooral module 1 en 4).

Ook de EuropASI (European addiction Severity Index) is een geschikt instrument om het gebruik van cliënten en problemen op levensgebieden in kaart te brengen.

Voor screening en assessment van de psychopathologie van cliënten kan de MINI plus (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus) gebruikt worden. Dit instrument bevat zowel screeningsvragen als vragen voor verdere assessment.

Ook de somatische conditie van cliënten dient standaard in de screening opgenomen te worden.



Figuur: Cliëntroute dubbele diagnose cliënten.

W. van den Brink en G.M. Schippers² (2012) stellen voor om bij verslaving conform de kankerbehandeling met stagering en profilering te werken. Zij betogen dat een zorgtoewijzing, waarin beter gekeken wordt naar stagering en profilering bij de diagnostiek, een oplossing kan bieden voor de grote heterogeniteit en vaak tegenvallende behandeluitkomsten binnen de beoogde doelgroep. De verwachting is dat deze methoden zullen leiden tot een betere voorspelling van het beloop, een betere inschatting van de vereiste zorgintensiteit (op basis van stagering) en een betere indicatie voor specifieke (medicamenteuze) behandelingen (op basis van profilering). Dit zal op termijn leiden tot een effectievere en efficiëntere vorm van behandeling van verslaving met minder terugval en met aanzienlijk minder kosten voor de maatschappij.

Dit zou een interessante mogelijkheid kunnen zijn om binnen GGZ Oost Brabant te implementeren. Momenteel werkt het LEDD samen met GGZ Oost Brabant aan een aanpassing van dit zorgtoewijzingschema voor cliënten met dubbele diagnose.

Richting voor de toekomst:

- Bij al onze cliënten is voldoende aandacht voor alcohol- en middelengebruik in screening, verdergaande assessments, de somatische conditie en aansluitende diagnostiek; hiervoor zijn keuzes nodig in de te gebruiken korte screener(s) en aanvullende assessments.
- We ontwikkelen een eenduidig en helder zorgtoewijzingschema voor cliënten met dubbele diagnose.

² Brink, W. van den, Schippers, G.M. Tijdschrift voor psychiatrie 54 (2012) 11

Aanbod geïntegreerde zorg dubbele diagnose

Na screening (met korte screener om middelengebruik te signaleren) en assessment (uitgebreide vragenlijsten om ernst van middelengebruik en/of psychiatrie te beoordelen indien er een positieve uitslag is op de screener), bieden we vanuit de zorgpaden geïntegreerde zorg (behandeling, begeleiding) die aansluit op de motivatiefase van de cliënt met dubbele diagnose.

Deze zorg bestaat uit vier stadia (zie figuur paragraaf 'Geïntegreerde zorg bij dubbele diagnose'):

- contact maken (kennismaking): motivatiestadium voor gedragsverandering is vooroverweging;
- motiveren (overweging): motivatiestadium voor gedragsverandering is overweging of voorbereiding leidend tot een beslissingsmoment;
- actieve behandeling: stadium van motivatie voor gedragsverandering is actie;
- terugvalpreventie en terugvalmanagement: motivatiestadium voor-verandering van gedrag is consolideren.

Geschikte interventies in deze vier stadia van zorg, staan beschreven in het document 'Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT)' (van Wamel en Neven, 2015).

Richting voor de toekomst:

- We maken keuzes over de interventies die we vanuit onze organisatie beschikbaar willen hebben in ons zorgaanbod, aansluitend op de vijf motivatiefasen van de cliënt met dubbele diagnose

Fasegericht wonen en verblijven (wet, damp, dry)

Zorgverleners constateren veel verslavingsproblemen onder mensen die wonen in een beschermende of beschutte woonvorm en het idee bestaat dat de problemen groter worden. Beheersing van de verslaving in de woonvormen wordt door de begeleiding als problematisch ervaren. Een visie op co morbiditeit binnen het beschermd en beschermd wonen is dan ook een vereiste.

De behandeling van mensen met een dubbele diagnose die beschermd en beschermd wonen, bestrijkt in engere zin slechts een gedeelte van de zorg. Minstens zo belangrijk is de woonbegeleiding en de bejegening. Maar ook de situering van de woonvorm zelf, de veiligheid van de buurt of het ziekenhuisterrein en de participatiemogelijkheden spelen een rol.

Het principe van fasegericht aanbieden van begeleiding en behandeling moet ook toegepast worden op wonen en verblijven. Mensen met een dubbele diagnose hebben behoefte aan verschillende soorten huisvesting, waarin de regels en begeleiding aansluiten bij hun motivatie voor gedragsverandering en de fase in het eigen herstelproces.

Onderstaand schema illustreert de zorg (behandeling en begeleiding) in de verschillende woon/verblijfsmogelijkheden gerelateerd aan middelengebruik (wet, damp, dry housing).

Tabel: indeling wet, damp en dry housing (Bron: Mueser e.a. 2011).

Soort huisvesting:	Tolerantie van het middelen gebruik:	Stadium van zorg voor zowel psychiatrie als verslaving:	Belangrijke functies rond huisvesting, begeleiding en behandeling:
Wet Housing	Betrekkelijk tolerant met duidelijke kaders	-Contact maken -Overtuigen	-Onderdak en veiligheid; -Stabiele huisvesting; -Tolerant tov middelengebruik; -Stabilisatie psychiatrische symptomen; -Harm reduction: kwalitatief goede zorg op maat, beperking van schade;
Damp Housing	Gedogen (dulden)	-Overtuigen -Actieve behandeling	-Stabiele huisvesting die bepaalde grenzen stelt aan het middelengebruik; -Ondersteuning van cliënten bij het onderzoeken van de effecten van het middelengebruik op hun leven en psychiatrische symptomen; -Grenzen stellen aan het middelengebruik en de eerste stappen naar beperking en abstinentie stimuleren. -Opnieuw instellen medicatie;
Dry Housing	Middelen gebruik niet toegestaan (abstinente woon/verblijfsvorm)	-Actieve behandeling -Terugvalpreventie	-Stabiele huisvesting die cliënten helpt om een leefstijl van abstinente te handhaven; -Loskomen van een sociaal netwerk dat kampt met problematisch middelengebruik; -Sociale ondersteuning van andere cliënten die ervoor kiezen om middelenvrij te zijn; -Werken aan het bevorderen van andere levensgebieden, zoals werken aan sociale contacten en dagbesteding; -Behandeling van restsymptomen.

Bij bovenstaande is nadrukkelijke aandacht nodig voor verantwoorde en veilige zorg.

De indeling naar wet, damp en dry huisvesting levert de volgende voordelen:

- We ondersteunen hiermee het individuele herstelproces van de cliënt, omdat gefaseerde huisvesting aansluit op de persoonlijke motivatie en wensen rond middelengebruik;
- het komt veiligheid ten goede: we voorkomen dat cliënten geplaatst worden in voorzieningen waarbij tevoren al duidelijk is, dat hij/zij zich niet aan de huisregels kan houden;
- het komt de werkrelatie ten goede, omdat het zowel bij bewoners als bij zorgverleners onnodige frustratie en conflicten voorkomt;
- het verhoogt de toegankelijkheid en continuïteit van woonbegeleiding, omdat middelengebruik in de praktijk vaak een exclusiecriteria en barrière is om passende huisvesting te vinden. Het overtreden van regels kan leiden tot schorsing en uitplaatsing naar de nachtopvang.

Richting voor de toekomst:

- GGZ Oost Brabant wil cliënten een passend woon/verblijfsklimaat bieden, waarbij we binnen de mogelijkheden onderscheid maken tussen wet- damp- of dry housing met bijpassende zorg (behandeling en begeleiding), op individuele leest geschoeid. Bij dit te ontwikkelen plan is borgen van veiligheid een nadrukkelijk aandachtspunt. Inclusie- en exclusiecriteria dienen duidelijk omschreven te worden net als de bijpassende begeleiding en behandeling. Het is van belang dat medewerkers aan de voordeur goed op de hoogte zijn van het huisvesting- en begeleidingsaanbod in de regio en daarmee actief samenwerken (o.a. verslavingszorg, Leger des Heils, maatschappelijke opvang en collega ggz-instellingen). Op het moment dat mensen niet in aanmerking komen voor wonen bij GGZ Oost Brabant moet duidelijk zijn wie deze zorg wel gaat leveren.
- Woonbegeleiders hebben ondersteuning nodig om adequaat om te gaan met cliënten dubbele diagnose. De taak van de begeleiding bestaat uit signalering van gebruik of veranderingen daarin, het bieden van ondersteuning bij het wonen en praktisch functioneren, en ondersteunen van persoonlijke doelen in het individuele herstelproces. Deskundigheidsbevordering in begeleiding van dubbele diagnose cliënten is nodig.
- De behandeling van cliënten in woonvormen wordt momenteel door het bijbehorende FACT-team uitgevoerd; in de nabije toekomst is de FACT-werkwijze geborgd in de gespecialiseerde GGZ-wijkteams (team bestaand uit: FACT, beschermd wonen, ODAC). Toenemende expertise in de gespecialiseerde GGZ-wijkteams en bijbehorende geïntegreerde zorg zullen (in)direct positieve gevolgen hebben voor de situatie in de woonvormen.

Afstemming en samenwerking in de keten

Het Meerjarendocument 2016-2020 maakt inzichtelijk hoe het zorgaanbod concreet ingevuld wordt. Daarbij kan de zorg voor cliënten met dubbele diagnose er als volgt uitzien (zie ook figuur 'Kwadrantenmodel van Minkhoff' in paragraaf 'Definitie dubbele diagnose'):

1. Basis-ggz in de wijk/buurt

De basis-ggz omvat de zorg aan mensen met enkelvoudige, niet complexe psychische klachten. GGZ Oost Brabant wil de expertise bij het herkennen van psychische problematiek binnen de basis-ggz vergroten en biedt op verzoek consultatie en dienstverlening aan.

2a. Specialistische GGZ-zorg in de wijk

Deze omvat specialistische, ambulante zorg voor de meervoudige en complexe psychiatrische stoornissen, waarbij tevens sprake is van beperkingen in het functioneren in het dagelijks leven. Dit is een primaire verantwoordelijkheid van GGZ Oost Brabant waar de gespecialiseerde GGZ-wijkteams (FACT-werkwijze) een belangrijke rol in spelen. Een vereiste is dat deze teams beschikken over de benodigde deskundigheid rond ten aanzien van dubbele diagnose.

Richting voor de toekomst:

- Alle gespecialiseerde GGZ-wijkteams zijn -deskundig op gebied van dubbele diagnose:
 - a. De huidige 19 teamexperts (aandachtsfunctionarissen) dubbele diagnose vanuit negen FACT-teams. Zij fungeren als kartrekker en vraagbaak voor hun teamleden en dragen actief hun kennis en ervaring uit.
 - b. Ook vanuit de twee FACT-teams Kind en Jeugd en in het FACT-plus team worden per team twee zorgmedewerkers opgeleid tot teamexpert.
 - c. per wijkteam worden twee medewerkers (1 uit woonvorm, 1 uit ODAC) opgeleid tot teamexpert;
 - d. overige cliëntgebonden medewerkers van FACT, de woonvormen en ODACs ontvangen de benodigde scholing en deskundigheidsbevordering zodat basiskennis voorhanden is
- Het gespecialiseerde GGZ-wijkteam biedt consultatie aan samenwerkende instellingen voor zover het gaat over FACT-cliënten. Vragen over andere cliënten worden in principe binnen de zorgpaden beantwoord in samenwerking met het consultatieteam.
- Gespecialiseerde GGZ-wijkteams kunnen via hun teamexperts een beroep doen op het GGZ-brede consultatieteam voor Dubbele Diagnose.

2b. Specialistische GGZ-zorg in de (sub)regio

Deze specialistische ggz is er voor de meervoudige en complexe psychische of psychiatrische stoornissen, waarbij tevens sprake is van ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren. Deze zorg wordt ambulant, in dagbehandeling, of (als dat niet voldoende is) in een klinische omgeving geleverd. GGZ Oost Brabant rekent deze zorg tot haar primaire taak.

Richting voor de toekomst:

- Alle zorgpaden bieden geïntegreerde zorg bij dubbele diagnose.
- Klinische opnames voor dubbele diagnose is mogelijk op Huize Padua (HP, Princepeel 1) en de dubbele diagnose kliniek van Novadic-Kentron. Er zal wellicht later voorzien moeten worden in een voorziening voor kortdurende opname voor screening, diagnostiek en opzetten van behandeling. We verkennen mogelijkheden een detox te realiseren op HP.
- We verhelderen en verbeteren afspraken over de overgang van poliklinisch naar klinisch (Van RCG naar de terreinen). Momenteel is het contact met verwijzer minimaal of afwezig, als cliënten naar Huize Padua of Coudewater gaan. Alleen in het geval van FACT-cliënten blijft de cliënt (formeel) onder de verantwoordelijkheid van het FACT-team vallen.
- De drie HIC-teams ontvangen scholing/deskundigheidsbevordering rond dubbele diagnose.

3. Bovenregionale (waaronder top-specialistische) zorg

GGZ Oost Brabant vervult voor vier bijzondere doelgroepen een bovenregionale functie:

- Volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel (NAH).
- Jongeren en volwassenen met eetstoornissen.
- Mensen met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problemen (LVB-P, voorheen MPP). Het gaat om adolescenten en volwassenen.
- Kinderen, jongeren en volwassenen met autisme.

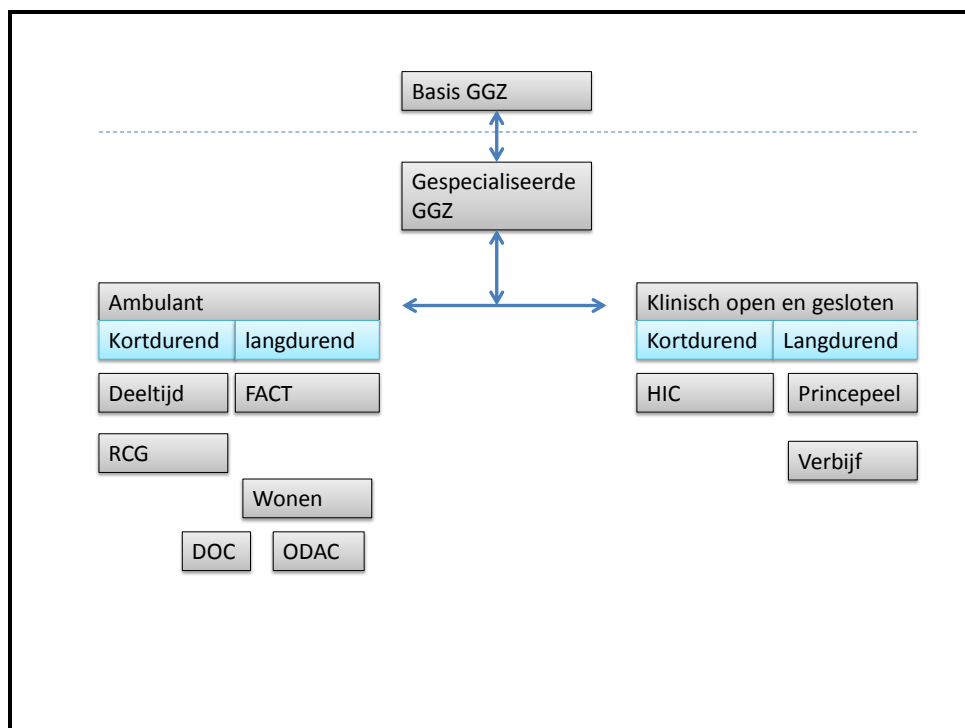
Richting voor de toekomst:

- Uit onderzoek is bekend dat onder volwassenen met NAH, de LVB-P groep en jongeren met autisme veel middelengebruik voorkomt. Momenteel is er een tekort aan kennis en expertise in GGZ Oost Brabant voor de herkenning en behandeling van problematisch middelengebruik onder deze doelgroepen. Dit vergt specifieke aandacht qua deskundigheidsbevordering en qua samenstelling van het GGZ-brede consultatieteam. Dit team kan worden versterkt door deskundigen met specifieke kennis, bijvoorbeeld op het gebied van LVB-P. De betreffende deskundigen kunnen een rol vervullen in de deskundigheidsbevordering die nodig is voor de betrokken zorgpaden.
- -Verslavingsproblematiek bij mensen met LVB komt vaak in combinatie met co morbide gedrags- en psychische problemen voor. Om hoeveel mensen het gaat is niet bekend, maar Neijmeijer en anderen (2010) schatten dat tussen 10 en 40% van de cliënten binnen de GGZ een licht verstandelijke beperking heeft. Hier bevinden de meesten zich binnen ACT-teams, voorzieningen voor maatschappelijke opvang, woon- en verblijfsvoorzieningen. Neijmeijer en anderen komen tot de conclusie dat hulpverleners binnen de GGZ niet alleen weinig kennis hebben over LVB, maar evenmin beschikken over de juiste instrumenten en methoden voor diagnostiek, begeleiding en behandeling (Didden e.a., 2013). Niet alleen is hier een parallel te trekken met de zorg aan dubbele diagnose cliënten, maar er is ook sprake van een niet onaanzienlijke overlap van problematiek. Het consultatieteam zal hier expliciet aandacht aan moeten besteden. Aanbevolen wordt om standaard een LVB-screener in de intakeprocedure op te nemen, zoals de SCIL (gebruikt binnen FACT).

In de voorgaande paragrafen is het nodige opgemerkt over het zorginhoudelijke aanbod voor cliënten met psychische en co morbide verslavingsproblemen. In deze paragraaf gaan we in op de interne, organisatorische zorgketen voor dubbele diagnose cliënten.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998) omschrijft een zorgketen als volgt: 'Een zorgketen is een geïnstitutionaliseerd, regionaal of lokaal samenwerkingsverband van instellingen en beroepsbeoefenaren, gericht op het faciliteren van samenwerking op uitvoerend niveau met het doel te komen tot een samenhangend, integraal aanbod voor specifieke patiëntencategorieën'.

Een zorgpad beschrijft de zorg en behandeling rondom een bepaalde groep cliënten (bijv. met eenzelfde diagnose) van begin tot eind. Een (interne) zorgketen beschrijft niet zozeer de specifieke behandeling, maar de gewenste route van de cliënt door de organisatie en de samenhang tussen verschillende onderdelen. Om de zorgketen als zodanig te laten functioneren, zijn goede afspraken tussen de verschillende onderdelen noodzakelijk. Het gaat om afspraken over toegang, verwijzing, duur en regie. Voor GGZ Oost Brabant ziet de interne zorgketen voor dubbele diagnose cliënten er als volgt uit (zie figuur).



Figuur: interne zorgketen voor dubbele diagnose cliënten.

Volgens het principe van stepped care worden cliënten bij voorkeur ambulant behandeld. Mocht een klinische opname nodig zijn, dan zo kort en open mogelijk, waarna de behandeling ambulant wordt overgenomen of de cliënt terug verwezen wordt naar de Basis GGZ. De regie blijft in dit geval bij de ambulant behandelaar (FACT).

Bij langdurende klinisch opnamen zullen afspraken over de overdracht van regie gemaakt moeten worden. Bovendien zal voortdurend getoetst moeten worden of de klinische opname nog de beste optie voor de cliënt is. Als cliënten doorstromen naar de woonvoorzieningen van GGZ Oost Brabant, maar nog wel behandeling nodig hebben, zal deze door het FACT-team (gespecialiseerde GGZ-wijkteam) verzorgd

Wat betreft de organisatie van geïntegreerd behandelen moeten er enkele belangrijke keuzes gemaakt worden:

- Wie zijn onze ketenpartners in de zorg rond dubbele diagnose cliënten?
- Welke samenwerking met ketenpartners is gewenst?
- Welke zorg moet aan andere ketenpartners overgelaten worden?

GGZ Oost Brabant bevindt zich in een regio waar veel andere organisaties werkzaam zijn op gebied van dubbele diagnose (zie tabel, zoals in de vorige beleidsnotitie door de LEDD werd opgesteld).

Tabel: Inventarisatie 'actoren' rond dubbele diagnose cliënten (bron: LEDD).

Instellingen en organisaties Geestelijke Gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none">■ GGZ instellingen (GGzE, Reinier van Arkel Groep, GGZ WNB, Vincent van Gogh)■ Dubbele Diagnose voorzieningen (VOF DD, dubbele diagnose kliniek Novadic-Kentron)■ Crisisdiensten■ PAAZ■ Eerstelijnspsychiatrie, vrijgevestigden
Verslavingszorg	<ul style="list-style-type: none">■ Instellingen voor verslavingszorg (Novadic-Kentron, Vincent van Gogh)■ Vrijgevestigde verslavingsbehandelaren
Justitie en politie	<ul style="list-style-type: none">■ Forensische voorzieningen (Rooyse Wissel en Woenselse Poort)■ Justitie en politie■ Rechterbanken■ Reclassering■ Gevangenissen en huizen van bewaring
Algemene gezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none">■ Algemene ziekenhuizen■ Huisartsen, bedrijfsartsen, instellingsartsen■ GGD-en
Werken	<ul style="list-style-type: none">■ Sociale werkvoorzieningen■ Re-integratie voorzieningen■ Ondernemers, werkgevers
Wonen	<ul style="list-style-type: none">■ Maatschappelijke opvang■ Inloopcentra■ Begeleide en beschermende woonvormen■ Woningbouwverenigingen
Cliënten en naastbetrokkenen	<ul style="list-style-type: none">■ Cliëntenraden■ Familieraden■ Maatschappelijke steunsystemen

Het is belangrijk om goed af te stemmen en samen te werken met ketenpartners (in- en extern).

Richting voor de toekomst:

- We maken een actuele omgevingsanalyse bestaande uit drie stappen: inventariseren (welke partners), analyseren (naar inhoud en positie) en bepalen van onze strategie (gericht op samenwerking) (bron: www.rijksoverheid.nl).
- Medewerkers zijn goed op de hoogte van de gemaakte afspraken rond afstemming en samenwerking.

Geraadpleegde bronnen

Dom, G ea (2013). Handboek dubbele diagnose. De Tijdstroom, Utrecht.

Mueser, KT ea (2011). Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. De Tijdstroom, Utrecht.

Wamel, van A, Neven, A. Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT). Werkblad beschrijving interventie. Ontwikkelaar: Substance abuse and mental health services administration. Trimbos-instituut, Utrecht.

CCAF (2016). Flexibele ACT werkboek 2016.

De Graaf, Ten Have et al, (2012).

Delespaul, P (2011).

Brink, W. van den, Schippers, G.M. Tijdschrift voor psychiatrie 54 (2012) 11.

Schippers, Broekman & Buchholz, 2011.

Neijmeijer en anderen (2010).

Didden e.a. (2013).

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998).