



ledd

landelijk expertise- en  
implementatiecentrum  
dubbele diagnose



Beter geïntegreerd!  
Wat zeggen de richtlijnen?

Richtlijnen / B. van der Hoorn, A. Dijkhuizen / Amersfoort, 30 maart 2009



# Beter geïntegreerd! Wat zeggen de richtlijnen?

- Richtlijnen
- Casus
- IDDT
- Richtlijnen, wat zeggen ze niet!

# Richtlijnen

- Dubbele Diagnose, Dubbele hulp (2003)
- British Association for Psychopharmacology (2004)
- Integrated Dual Disorder Treatment (2003)





# Dubbele Diagnose, Dubbele hulp

## Screening / assessment middelengebruik

- Voor het screenen op middelengebruik wordt aanbevolen om de *CAGE* en *CAGE-AID* toe te passen in combinatie met een *Index of Suspicion*.
- Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcohol en drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties.



# Dubbele Diagnose, Dubbele hulp

## Assessment psychopathologie

- Voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnose patiënten wordt het instrument *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* aanbevolen.



# Dubbele Diagnose, Dubbele hulp

## Samenhang in behandeling tussen psychiatrie en verslaving

- Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor volledige integratie, wordt aanbevolen om de verschillende interventies bij dubbele diagnose in sterke samenhang aan te bieden.
- Ten aanzien van de volgorde van behandelen wordt aanbevolen om gelijktijdig psychopathologie en middelenafhankelijkheid te behandelen bij schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis. Sequentiële behandeling waarbij het middelengebruik het eerst wordt aangepakt, wordt aangeraden bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis.



# Dubbele Diagnose, Dubbele hulp

## Bijkomende problematiek

- Bij dubbele diagnose is bijkomende problematiek zo belangrijk dat bij goede behandeling aandacht voor maatschappelijke problemen nooit kan ontbreken. *Dakloosheid* is hierbij een van de ernstige factoren.

## Klinische en ambulante behandeling

- Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond.

## Motivatie

- Motiverende gespreksvoering heeft altijd een plaats in het behandelaanbod, ongeacht het stadium van motivatie van de patiënt.



# Dubbele Diagnose, Dubbele hulp

## Abstinentie

- Voor veel dubbele diagnosepatiënten zijn kleine hoeveelheden cannabis of cocaïne al ontregelend. Abstinentie is daarom een goed behandeldoel, zij het soms op de lange termijn. Voorkomen moet worden dat de patiënt het contact met de hulpverlening verbreekt omdat er ten aanzien van zijn middelenmisbruik te hoge eisen worden gesteld.

## Medicamenteuze behandeling

- Adequate (medicamenteuze) behandeling van bijkomende psychiatrische stoornissen dient in de verslavingszorg prioriteit te krijgen.



# British Association for Psychopharmacology

## Behandeling comorbiditeit

- Bij voorkeur worden beide stoornissen (verslaving en psychische stoornis) tegelijkertijd behandeld; dit brengt niet noodzakelijkerwijs met zich mee dat verbeteringen in de ene stoornis ook vooruitgang in de andere stoornis laat zien.
- Bij voorkeur wordt een diagnose van de (bijkomende) psychische stoornis pas gemaakt na een abstinentieperiode van 3 tot 4 weken; in de praktijk is zo 'n periode vaak niet haalbaar.
- Het is gewenst een zo compleet mogelijke anamnese te maken van de verslavingsgeschiedenis, liefst gecomplementeerd met drugscreens (urinetesten of anderszins) en bloedtesten.
- Het is noodzakelijk om bij het voorschrijven van medicijnen niet alleen te letten op 'drug-drug' interacties maar ook op hoe de medicatie wordt toegediend en bewaakt. Dit is vooral van belang voor de preventie van opzettelijke zelfbeschadiging.



# Psychiatrie en verslaving

- Schizofrenie (psychose)
- Angststoornis
- Depressie
- ADHD
- Persoonlijkheidsstoornis



# IDDT Fidelity Scale

## behandelkarakteristieken

- 1a : Multidisciplinair, cross-trained team
- 1b : Geïntegreerde verslavingsdeskundige
- 2 : Fasegerichte behandeling (behandelstadia)
- 3 : Toegang tot uitgebreide DD-voorzieningen
- 4 : Continuïteit van zorg
- 5 : Outreachend
- 6 : Motivationale interventies
- 7 : Behandeling middelenmisbruik
- 8 : DD-groepen
- 9 : Familie psychoeducatie
- 10 : Participatie in zelfhulpgroepen
- 11 : Farmacologische behandeling
- 12 : Gezondheidsbevorderende interventies
- 13 : Behandeling non-responders



# IDDT GOI

## organisatorische karakteristieken

- G1 : Programmafilosofie
- G2 : Toelating / screening van patiënten
- G3 : Bereik
- G4 : Assessment
- G5 : Individueel behandelplan
- G6 : Individuele behandeling
- G7 : Training
- G8 : Supervisie
- G9 : Het proces monitoren
- G10 : Uitkomsten monitoren
- G11 : Kwaliteitsbewaking
- G12 : Keuzemogelijkheden voor de patiënt m.b.t. hulpverlening



# Beter geïntegreerd!

## Wat zeggen de richtlijnen *NIET*?



# Dit weten al...

- Comorbiditeit met schizofrenie en antisociale persoonlijkheidsstoornis het grootst:
- RR 4.6!
- Nicotine gebruik voorop (70-90%) (Normal population 26%, Buckley 1998)

ECA (Regier 1990)



# Epidemiologie comorbiditeit

- Lifetime prevalence binnen schizofrenie: 40-80%!

Meest voorkomend:

- nicotine
- alcohol
- cannabis
- cocaïne
- amfetamine



# Gedeelde kwetsbaarheid

## REVIEW

---

### A Neurobiological Basis for Substance Abuse Comorbidity in Schizophrenia

R. Andrew Chambers, John H. Krystal, and David W. Self

---

*It is commonly held that substance use comorbidity in schizophrenia represents self-medication, an attempt by*

*found that patients with schizophrenia are 4.1 times more likely to have substance use disorders than t*



Multidisciplinaire  
Richtlijnontwikkeling

GGZ

MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN

# Schizofrenie

beoordeling van functioneel  
cliënten met schizofrenie

Blz 167, hdst 6.15.1, 5 regels

Multidisciplinaire richtlijn  
persoonlijkheidsstoornissen, blz  
198- 204.

# Status van IDDT richtlijn

- Expert based richtlijn vs evidence based
- IDDT: de som der delen.....
- Waar is echte evidentie?

- Lopende studies





# Veel gehoorde kritiek...

- Op as 1 en verslaving toegespitst (ACT)
- Ondanks geïntegreerd model toch aparte specialismen: verslavingsdeskundige
- Erg Amerikaans model:
  - continuïteit van zorg in Nederland beter
  - zorg anders georganiseerd / gefinancierd
  - zelfhulp groepen



# IDDT en justitie

- Culpa in causa: “Verslaving is geen ziekte”
- Verslaving en BOPZ (IBS, RM)
- Verslaving en strafrecht
- Relatie verslaving en recidive risico
- Verwachtingen vanuit justitie zijn niet IDDT!

**GROOT SPANNINGSVELD!**



# IDDT en de dagelijkse praktijk

- *Ambulant*: IDDT makkelijker in te voeren.  
(Mits de omgeving meewerkt en begrijpt.)
- *Klinisch*:
  - “Gele en rode kaarten”?
  - Gebruik maar toestaan?
  - Ook op een gesloten afdeling?



# IDDT in de kliniek

Zowel binnen verslavingszorg als psychiatrie is druggebruik reden voor ontslag.

Onbegrijpelijk? Of niet?

Zou je het niet kunnen/moeten behandelen?

Hoe doe je dat op een veilige/effectieve manier?

# Het Nederlandse veld

Is niet eenduidig:

- Geen DD programma is gelijk!
- DD-Benchmark vanuit verslavingszorg en LEDD vanuit GGZ instellingen. Waar is de geïntegreerdheid?



# Dé uitdaging voor de LEDD...

...ligt in het – gezamenlijk - vergroten van onze kennis langs niet-gebaande wegen, zeker ook omdat nog lang niet alles bekend is, resulterend in een:

- Nederlandse richtlijn DD
- Vertaling boek Mueser
- Bereikbaar kenniscentrum
- Onderzoeksprogramma

