

State of the Art

Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Verslaving

Een onderzoek naar de kennis over en behoeften op het gebied van herkenning, behandeling en begeleiding van cliënten met een (ernstige) psychiatrische aandoening en comorbide verslaving.

OPDRACHTGEVER

Kenniscentrum Phrenos
Verslavingskunde Nederland

PROJECTGROEP/AUTEURS

Suzan Oudejans^{1,2}, Masha Spits^{1,3}

¹ Mark Bench, ² Kenniscentrum Phrenos, ³ Verslavingskunde Nederland

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Wim van den Brink, Jaap van Weeghel, Dike van de Mheen, Hendrik Hartevelt, Mirjam Rutgers

MET DANK AAN

Alle professionals en cliënten die de moeite hebben genomen een vragenlijst over hun ervaringen met- en hun mening over behandeling van psychische klachten en verslaving met ons te delen. Ook danken wij de werkgroep LEDD voor hun input bij de uitvoering van het onderzoek. Voor de verspreiding van de vragenlijst danken wij iedereen die mee heeft geholpen door het delen van de berichtgeving op LinkedIn, het opnemen in nieuwsbrieven en websites. Verder danken we de begeleidingscommissie voor hun commentaar op- en suggesties voor de opzet, aanpak en rapportage over dit project.

INLICHTINGEN

Suzan Oudejans (suzan.oudejans@markbench.nl)

NAAR DIT RAPPORT KAN ALS VOLGT WORDEN VERWEZEN:

Oudejans, S.C.C & Spits, M.E. (2020). State of the Art Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Verslaving. Kenniscentrum Phrenos, Verslavingskunde Nederland: Utrecht/Mark Bench: Amsterdam.

© Januari 2020, Amsterdam

Dit onderzoek is door Mark Bench uitgevoerd in opdracht van Kenniscentrum Phrenos en Verslavingskunde Nederland. Alles uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie of andere wijze met verwijzing naar onderhavig rapport.

INHOUDSOPGAVE

1	Samenvatting	4
2	Inleiding.....	7
2.1	Achtergrond	7
2.2	Project State of the Art van Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Verslaving	8
2.3	Projectgroep en Begeleidingscommissie.....	8
2.4	Definities.....	8
3	Aanpak	10
3.1	Literatuuroverzicht	10
3.2	Raadpleging professionals en cliënten	11
3.2.1	Ontwikkeling vragenlijsten.....	12
3.2.2	Werving.....	13
3.3	Selectie goede voorbeelden ten behoeve van potentiële best practices	13
4	Resultaten - Literatuuroverzicht	14
4.1	Wat is de prevalentie van Ernstige Psychiatrische Aandoeningen in combinatie met een verslaving?.....	14
4.1.1	Wat is de prevalentie van EPA?	14
4.1.2	Wat is de prevalentie van verslaving?	14
4.1.3	Hoeveel mensen hebben zowel een verslaving als een ernstige psychiatrische aandoening?.....	15
4.2	Hoe beïnvloedt comorbiditeit het beloop en herstel?	16
4.3	Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de begeleiding van cliënten met deze comorbiditeit?	17
4.3.1	Signalering, screening en diagnostiek van psychische aandoeningen bij cliënten met een verslaving	17
4.3.2	Signalering, screening en diagnostiek van middelenmisbruik bij cliënten met een psychische aandoening ..	18
4.3.3	Behandeling van comorbiditeit.....	18
4.4	Conclusie literatuuroverzicht	21
5	Resultaten – Raadpleging professionals en cliënten	22
5.1	Raadpleging professionals.....	22
5.1.1	Respondenten.....	22
5.1.2	Signaleren en screenen	23
5.1.3	Behandelen	25
5.1.4	Randvoorwaarden voor goede zorg aan cliënten met comorbiditeit	27
5.2	Raadpleging cliënten	30
5.2.1	Respondenten.....	30
5.2.2	Signaleren en screenen	31
5.2.3	Behandeling.....	32
5.3	Best practices	34
5.3.1	Voorbeelden aangedragen door professionals	34
5.3.2	Voorbeelden aangedragen door cliënten	36
5.3.3	Selectie van de voorbeelden	37
6	Samenvatting en Conclusie	42
7	Aanbevelingen.....	46
7.1	Aanzet Projectvoorstel Handreiking EPA – Verslaving	48
7.2	Subsidiemogelijkheden	49
8	Kanttekeningen/beperkingen	51
9	Referenties.....	53
Bijlagen.....		56
1.	Flyer vragenlijst professionals.....	56
2.	Toelichting vragenlijst professionals.....	58
3.	Vragenlijst professionals	60
4.	Flyer vragenlijst cliënten.....	75
5.	Toelichting vragenlijst cliënten	77
6.	Vragenlijst cliënten.....	78
7.	Resultaten: Kenmerken respondenten cliënten	99
8.	Resultaten: Over tabaksverslaving.....	100
9.	Overzicht voorbeelden aangedragen door professionals.....	101
10.	Overzicht voorbeelden aangedragen door cliënten	104

1 SAMENVATTING

Psychische aandoeningen en een verslaving of problematisch middelengebruik komen vaak samen voor. Desondanks is de expertise bij professionals op deze combinatie beperkt of ontbreekt de aandacht. Hierdoor worden deze problemen vaak (te) laat of niet goed herkend en/of behandeld, wat leidt tot een ongunstig beloop en belemmeringen bij het herstel van deze cliënten. Kenniscentrum Phrenos en Verslavingskunde Nederland zijn daarom van mening dat er meer aandacht dient te zijn voor cliënten die een risico lopen op het ontwikkelen van een (ernstige) psychiatrische aandoening en een bijkomende verslaving (comorbiditeit). Het gebrek aan kennis en vaardigheden onder professionals speelt vermoedelijk een rol op het gebied van herkenning, preventie en behandeling van de combinatie van psychische aandoeningen en verslaving. Ook is er een gebrek aan handreikingen waarmee de wél aanwezige kennis (zoals aanwezig in zorgstandaarden, richtlijnen, generieke modules, maar ook in eventuele praktijkvoorbeelden) omgezet kan worden in kwalitatief goede ondersteuning aan of verwijzing van cliënten die te maken hebben met zowel een verslaving als een psychische aandoening. Voordat dergelijke handreikingen worden ontwikkeld, is het van belang inzicht te krijgen in de aard en grootte van het probleem, de ervaringen en behoeften van cliënten en professionals op dit gebied, de kennis die aanwezig is en of er sprake is van goede praktijkvoorbeelden.

In opdracht van Kenniscentrum Phrenos en Verslavingskunde Nederland heeft Mark Bench het volgende onderzocht:

- a) wat er in de aanwezige kennisbronnen bekend is over prevalentie, beloop en zorg aan cliënten met deze comorbiditeit aan de hand van een literatuuroverzicht;
- b) in hoeverre cliënten in aanraking komen met goede zorg voor deze comorbiditeit en waar de behoeften van cliënten en professionals liggen op dit gebied aan de hand van vragenlijsten onder cliënten en professionals;
- c) welke best practices in Nederland kunnen worden geïdentificeerd.

Hoewel verslaving en problematisch middelengebruik (ernstige) psychische aandoeningen zijn, wordt in dit rapport middelengebruik en verslaving apart beschouwd van de (ernstige) psychische aandoeningen.

Ad a: resultaten uit het literatuuroverzicht

Uit de bestaande kennisbronnen die betrekking hebben op (ernstige) psychische aandoeningen en verslaving of problematisch middelengebruik, zoals zorgstandaarden, richtlijnen, generieke modules, websites en handboeken, kwam naar voren dat aandacht voor problematisch middelengebruik en verslaving bij mensen met een psychische aandoening -en vice versa- relevant en urgent is. Bij ten minste één op de vijf mensen die een psychische aandoening hebben, is er sprake van verslavingsproblemen. Bij een ernstige psychische aandoening (EPA) komt bij zeker één op de twee personen problematisch middelengebruik of verslaving voor. Omgekeerd komt bij één derde tot twee

derde van de cliënten binnen de verslavingszorg een (ernstige) psychische aandoening voor. Dit betekent dat meer dan 100.000 cliënten jaarlijks te maken hebben met een psychische aandoening en een comorbide verslaving. Het beloop van een comorbide aandoening is ongunstig: er zijn meer en ernstiger klinische en maatschappelijke problemen en als er behandeling is, dan zijn de uitkomsten vaak minder gunstig dan bij cliënten zonder deze comorbiditeit. Om comorbiditeit te signaleren en te screenen wordt in de literatuur aangeraden om gevalideerde instrumenten te gebruiken. Er is geen wetenschappelijke evidentie over welke vorm van behandeling (serieel, parallel of geïntegreerd) vervolgens het meest effectief is, wel dient er altijd sprake te zijn van samenwerking. Gebaseerd op praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten verdient een geïntegreerde behandeling de voorkeur.

Ad b: ervaringen en behoeften van professionals en cliënten met de zorg

De ervaringen en behoeften van professionals en cliënten zijn geïnventariseerd aan de hand van online vragenlijsten, ingevuld door 474 professionals en 134 cliënten. Een derde tot de helft van de professionals gaf aan nooit een screeningsinstrument te gebruiken om psychische- dan wel verslavingsproblemen te inventariseren. Uit de antwoorden op de open vragen blijkt dat professionals dit zelf als een omissie zien. Uit de ervaringen van de cliënten blijkt dat er in een vijfde tot een kwart van de gevallen geen screeningsinstrument is gebruikt. Ruim twee derde van de professionals geeft aan te weten wat de meest optimale behandelaanpak bij comorbiditeit is. Om goede zorg aan cliënten met comorbiditeit te kunnen bieden moet worden voldaan aan een aantal randvoorwaarden, namelijk de aanwezigheid van een visie, urgentie, plan, middelen en competenties. Aan professionals is gevraagd naar de stand van zaken van deze randvoorwaarden. Ongeveer de helft van hen gaf aan dat hieraan niet of slechts gedeeltelijk werd voldaan. Met name de voorwaarden voor 'Plan' en 'Middelen' ontbreken. Professionals noemen vaak een gebrek aan tijd en mogelijkheden om tot kennisdeling en consultatie te komen als een gemis. Cliënten gaven aan dat bij goede zorg bij comorbiditeit vooral een gecombineerde behandeling, de inzet van ervaringsdeskundigheid, een respectvolle bejegening en nazorg van belang zijn.

Ad c: best practices

Op de vraag naar goede voorbeelden van preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving is door 22% van de professionals en 32% van de cliënten een voorbeeld aangedragen. Op basis hiervan is een lijst opgesteld met best practices, die voorbeelden bevat van teams, aanpakken en organisaties die meerdere keren zijn genoemd. Vaak is er sprake van samenwerking of integratie bij deze voorbeelden, evenals aanwezigheid van ervaringsdeskundigheid en nazorg.

Conclusie van dit onderzoek en aanbevelingen

Het probleem comorbiditeit van verslaving en (ernstige) psychiatrische aandoeningen is groot en cliënten ontvangen lang niet altijd de best passende zorg, ondanks dat kennis en bereidheid bij professionals aanwezig is. Aanwijzingen voor verbeteringen liggen in randvoorwaarden: er is gebrek aan visie, urgentie, een plan, middelen en competenties. Plannen en middelen lijken het meest

gemankeerd, maar dat kan voortvloeien uit een gebrek aan andere randvoorwaarden. Zo is het opvallend dat, ondanks de recente ontwikkeling van verschillende zorgstandaarden, het ontbreekt aan een richtlijn die gaat over comorbiditeit van verslaving en andere psychische aandoeningen. Het is dus hoog tijd voor een aanpak die professionals in staat stelt de geëigende zorg aan hun cliënten te kunnen bieden en het is helder dat hier op verschillende niveaus op geacteerd moet worden.

Aanbevelingen om hier gevolg aan te geven zijn:

- 1) zorg voor juiste randvoorwaarden voor professionals om goede behandeling en begeleiding bij comorbiditeit te bieden (en betrek hier de genoemde best practices als voorbeelden bij);
- 2) ontwikkel en verspreid materialen ten behoeve van kennisvermeerdering, zoals een generieke module.
- 3) investeer in goede samenwerking tussen aanbieders van zorg bij psychische aandoeningen en aanbieders van zorg bij verslaving;
- 4) doe onderzoek naar implementatievoorwaarden en preventie.

2 INLEIDING

2.1 Achtergrond

Cliënten die kampen met een verslavingsprobleem gaan logischerwijs naar instellingen voor verslavingszorg en cliënten die te maken hebben met andere psychische problemen zoeken doorgaans hulp bij ggz-instellingen. Echter, waar moeten cliënten heen die te maken hebben met beide soorten aandoeningen? Er zijn instellingen die behandeling en begeleiding voor beide bieden, maar meestal zijn de mogelijkheden en de expertise op dat gebied beperkt.

De kenniscentra Resultaten Scoren (nu onderdeel van Verslavingskunde Nederland) en Phrenos hebben in 2016 een invitationale conference georganiseerd over het thema 'Geïntegreerde zorg voor mensen met zowel (ernstige) psychische- als verslavingsproblemen'. Naar aanleiding van deze conferentie zijn beide kenniscentra overeengekomen dat er meer aandacht dient te zijn voor de implementatie van goede (preventieve) interventies en behandeling voor cliënten die een risico lopen op het ontwikkelen van een ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en een bijkomende verslaving, of dit al hebben. Kennis met betrekking tot preventie, behandeling en zorg op het snijvlak van EPA en verslaving is aanwezig in best practices, maar ook in zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules die hierop betrekking hebben. Uit de praktijk is echter gebleken dat het simpelweg aanwezig zijn van best practices en standaarden niet automatisch leidt tot implementatie daarvan (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004).

Binnen de ggz wordt een gebrek aan kennis en vaardigheden vermoed op het gebied van herkenning, preventie en behandeling van middelengebruik en verslaving. Tevens is er een gebrek aan handreikingen waarmee de wél aanwezige kennis omgezet kan worden in kwalitatief goede ondersteuning of verwijzing van cliënten die te maken hebben met zowel verslavings- als psychische problemen. Recent werd dit onderstreept door een inventarisatie van kennisbehoeften op het gebied van comorbide verslaving bij cliënten met een psychose onder hulpverleners in VIP- en FACT teams¹ (Claver, Blonk, & Hanegraaf, 2018). Hieruit bleek dat er onder deze teams geen eenduidig behandelbeleid voor comorbide verslaving was, dat de samenwerking met de verslavingszorg vaak moeizaam verliep en er binnen de teams sprake was van een gebrek aan kennis en deskundigheid op het gebied van verslaving (Blonk, Claver, & Hanegraaf, 2018). Over de omgekeerde vraag, namelijk in hoeverre er onder verslavingsprofessionals een lacune is in kennis en vaardigheden op het gebied van (ernstige) psychische aandoeningen, zijn geen feitelijkheden bekend, maar Verslavingskunde Nederland heeft aangegeven lacunes niet uit te sluiten.

Hoewel er dus aanwijzingen zijn voor de behoefte aan ondersteuning onder professionals bij het uitvoeren van goede preventie en zorg op het snijvlak van EPA en verslaving, is het niet duidelijk hoe groot de cliëntengroep exact is waarbij zowel sprake is van een verslaving als van andere (ernstige)

¹ Stagiaires bij het Kenniscentrum Phrenos hebben onderzocht in hoeverre professionals werkzaam in FACT en VIP teams zelf aangeven voldoende kennis en vaardigheden te hebben omtrent verslaving.

psychische aandoeningen. Daarmee is er een gebrek aan inzicht in de grootte van het probleem, en tevens een gebrek aan informatie voor professionals over het vóórkomen van deze problematiek. Voorwaarde voor goede kennisontwikkeling op dit gebied is om vast te stellen óf er inderdaad sprake is van een gebrek aan kennis en vaardigheden onder professionals, en zo ja, wat de ondersteuningsbehoefte is van professionals en van cliënten en welke goede voorbeelden van goede zorg op dit terrein in Nederland al aanwezig zijn. Dit rapport brengt deze aspecten in kaart.

2.2 *Project State of the Art van Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Verslaving*

Bovenstaande was aanleiding voor Verslavingskunde Nederland en Kenniscentrum Phrenos om in een gezamenlijk project:

- 1) te inventariseren wat er in de al aanwezige Nederlandse kennisbronnen bekend is over:
 - a. de *prevalentie* van het gelijktijdig voorkomen van EPA en verslaving,
 - b. het *beloop* van deze comorbiditeit en
 - c. de *aanwezigheid van zorg* aan cliënten gericht op preventie- of behandeling van comorbiditeit;
- 2) te inventariseren in hoeverre cliënten in aanraking komen met de zorg uit 1c,
- 3) te inventariseren waar de behoeften liggen van cliënten en professionals op dit gebied,
- 4) te inventariseren welke best practices in Nederland aanwezig zijn, en
- 5) een handreiking voor professionals te ontwikkelen, gericht op deskundigheidsbevordering en voorzien van praktische tools en factsheets.

Onderhavig rapport beschrijft het onderzoek dat is verricht ten behoeve van de punten 1 t/m 4. Punt 5 is een vervolgproject, waarvoor de resultaten uit dit project als onderlegger dienen. In hoofdstuk 7.1 wordt een aanzet voor punt 5 gegeven, alsmede een overzicht van subsidiemogelijkheden in 7.2.

2.3 *Projectgroep en Begeleidingscommissie*

Het onderzoek is uitgevoerd door Mark Bench, in opdracht van Kenniscentrum Phrenos en Verslavingskunde Nederland (programmaliijn Uniforme Werkwijze en Kwaliteit). De onderzoekers van Mark Bench werden inhoudelijk begeleid door een begeleidingscommissie, bestaande uit prof. dr. Wim van den Brink (emeritus hoogleraar Verslavingszorg), prof. dr. Jaap van Weeghel (bijzonder hoogleraar rehabilitatie), prof. dr. Dike van de Mheen (hoogleraar Transformaties in zorg), Hendrik Hartevelt (vice-voorzitter van het Zwarte Gat) en Mirjam Rutgers (sociaal psychiatrische verpleegkundige). De begeleidingscommissie heeft de meegedacht aan de opzet van het project, de inhoud van de vragenlijsten en zij hebben het rapport meermalen becommentarieerd.

2.4 *Definities*

In dit rapport worden de volgende definities en termen gebruikt:

Comorbiditeit: We doelen met *comorbiditeit* op het tegelijkertijd aanwezig zijn van een verslaving en een andere psychische aandoening.

Verslaving: In dit rapport bedoelen we met *verslaving*: afhankelijkheid van alcohol, drugs, medicijnen, gokken, of gamen. Tabaksverslaving sluiten we uit².

Psychische aandoening: We doelen in dit rapport met *psychische aandoening* op het hebben van een psychiatrische diagnose, met uitzondering van een verslaving. Verslaving is ook een psychische aandoening, maar in dit rapport benoemen we het afzonderlijk. We kiezen in dit rapport voor de term psychische aandoening, maar het had ook een psychische ziekte, een psychiatrische aandoening of ziekte, of een psychische stoornis kunnen zijn.

EPA: Met *EPA* doelen we op ernstige psychiatrische aandoeningen. De definitie hiervan staat elders in dit rapport vermeld. Ernstige verslaving kan ook onder EPA vallen volgens de definitie. Echter om verwarring omtrent comorbiditeit te voorkomen, doelen we in dit rapport met EPA op ernstige psychiatrische aandoeningen, met uitzondering van verslaving.

Psychiatrie: We doelen met *psychiatrie* op de sector die behandeling of begeleiding biedt aan cliënten met een psychische aandoening. Hoewel de verslavingszorg ook onder psychiatrie valt, beperken wij ons in dit rapport tot behandeling/begeleiding aan mensen met een psychische aandoening (tevens in de definitie van dit rapport).

Verslavingszorg: We doelen met *verslavingszorg* op de sector waarin behandeling of begeleiding wordt geboden aan mensen met een verslaving.

GGZ: Met *ggz* doelen we op de geestelijke gezondheidszorg, de gehele sector (dus psychiatrie én verslavingszorg).

Cliënt: We kiezen ervoor om in dit te rapport de term *cliënt* te gebruiken. Hiermee doelen we op mensen die in behandeling zijn, of zijn geweest voor hun psychische aandoening of verslaving.

Hij: In dit rapport wordt er verwezen naar een *hij*, dit kan uiteraard ook een zij zijn.

² Gezien de huidige aandacht, de hogere prevalentie van roken bij mensen met een psychische aandoening en de verhoogde risico's voor hen (Dom et al., 2013) is hierover wel een aantal stellingen opgenomen in de vragenlijst. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in bijlage 8.

3 AANPAK

Het project 'State of the Art van Ernstige Psychiatrische Aandoeningen en Verslaving' beoogt

- 1) te inventariseren wat er in de al aanwezige Nederlandse kennisbronnen bekend is over:
 - a. de *prevalentie* van het gelijktijdig voorkomen van EPA en verslaving,
 - b. het *beloop* van deze comorbiditeit en
 - c. de *aanwezigheid van zorg* aan cliënten gericht op preventie- of behandeling van deze comorbiditeit;
- 2) te inventariseren in hoeverre cliënten in aanraking komen met de zorg uit 1c,
- 3) te inventariseren waar de behoeften liggen van cliënten en professionals op dit gebied, en
- 4) te inventariseren welke best practices daarvan in Nederland kunnen worden geïdentificeerd.

Ten behoeve van de eerste doelstelling is een *literatuuroverzicht* gemaakt van de huidige Nederlandse kennis op het gebied van prevalentie, signalering, screening, behandeling en begeleiding van cliënten met problematisch middelengebruik of een verslaving en een (ernstige) psychiatrische aandoening. De methode wordt beschreven in paragraaf 3.1.

Ten behoeve van de tweede, derde en vierde doelstelling zijn *vragenlijsten* uitgezet onder professionals werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg en cliënten die daar in zorg zijn of zijn geweest. In paragraaf 3.2 worden deze vragenlijsten toegelicht, waarna in paragraaf 3.3 de selectie van de best practices wordt beschreven.

3.1 Literatuuroverzicht

Door middel van een literatuuroverzicht zijn de volgende vragen beantwoord:

- Wat is de prevalentie van comorbiditeit van verslaving en ernstige psychiatrische aandoeningen?
- Wat is de invloed van deze comorbiditeit op het beloop van de aandoeningen?
- Wat is de huidige kennis met betrekking tot het signaleren, screenen, behandelen en begeleiden van cliënten met deze comorbiditeit?

De afgelopen jaren heeft de sector verschillende standaarden (zorgstandaarden, generieke modules en richtlijnen) voor goede zorg ontwikkeld, met hulp van wetenschappers, cliënten en praktijkprofessionals (te vinden op www.ggzstandaarden.nl). Het betreft zorgstandaarden, zoals de zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving, de zorgstandaard Opiaten en de zorgstandaard Psychose (Zorgstandaard, 2017a, 2017b, 2017c). Tevens zijn er generieke modules ontwikkeld, waarin aangegeven staat hoe moet worden omgegaan met overkoepelende thema's in de zorg, zoals de generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen, de generieke module

Destigmatisering, en de generieke module Comorbiditeit³ (Generieke_Module, 2017a, 2017b, 2017c). Ook zijn er handboeken en eerder ontwikkelde richtlijnen over comorbiditeit van verslaving en psychische aandoeningen beschikbaar. De volgende bronnen zijn geraadpleegd om een beeld te schetsen van de huidige kennis op het gebied van prevalentie, signalering, screening, diagnostisering, behandeling en begeleiding van cliënten met een verslaving en (ernstige) psychische aandoeningen:

Zorgstandaarden, richtlijnen, generieke modules:

- Generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen (Generieke_Module, 2017c)
- Zorgstandaard Opiaatverslaving (Zorgstandaard, 2017a)
- Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving (Zorgstandaard, 2017b)
- Zorgstandaard Psychose (inclusief EBRO module Vroege Psychose) (Zorgstandaard, 2017c)
- Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Hendriks, Blanken, Croes, & Schippers, 2018). Inclusief het *Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen*.
- Multidisciplinaire richtlijn dubbele diagnose (Posthuma, Vos, & Kerkmeer, 2003)
- Richtlijn Middelenmisbruik-of afhankelijkheid en angststoornissen (Snoek, Wits, & Meulders, 2012)
- Richtlijn middelenafhankelijkheid en depressie (Guiot, Smeerdijk, Franklin, & Kuiper, 2009)
- EMCDDA Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe (Torrens, Mestre-Pinto, & Domingo-Salvany, 2015)

Websites

- DSM 5 (www.dsm5online.nl)
- LEDD (Landelijk Expertise Centrum Dubbele Diagnose): <https://www.ledd.nl/>

Boeken

- Handboek Dubbele Diagnose (Dom et al., 2013)
- Comorbiditeit van psychische stoornissen (Spinhoven, Bockting, Ruhe, & Spijker, 2018)

3.2 Raadpleging professionals en cliënten

Om te inventariseren wat de stand van zaken in de praktijk is op het gebied van signalering, screening, diagnostiek, begeleiding en behandeling van cliënten met problematisch middelengebruik en/of verslaving en psychische aandoeningen en wat de behoeften zijn, ontvingen professionals en cliënten een vragenlijst. Hiermee beoogden we *professionals* te bereiken die in aanraking komen met cliënten met een verslaving of een andere (ernstige) psychische aandoening, onafhankelijk van de vraag of deze professionals specifiek comorbiditeit behandelen. Immers, ook bij cliënten die slechts

³ Deze generieke module betreft echter een andere dan waar het in dit onderzoek om gaat, namelijk 'chronische somatisch-psychische comorbiditeit'. Derhalve is deze niet meegenomen.

één aandoening (lijken te) hebben is het van belang om risicovol middelengebruik of bijkomende psychische klachten te signaleren. De vragenlijst werd uitgezet onder professionals werkzaam in de basis-en specialistische ggz –en verslavingszorg en in VIP- en FACT-teams.

Vragen die we met de vragenlijst voor *professionals* hebben beantwoord, zijn:

- Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot begeleiding (van signaleren tot behandelen en doorverwijzen) van cliënten met (ernstige) psychische aandoeningen en problematisch middelengebruik en/of verslaving in de praktijk?
- Waar ligt behoefte voor het bieden van goede begeleiding aan deze groep?
- Welke voorbeelden van goede begeleiding zijn er op dit gebied?

Met de vragenlijst voor *cliënten* beoogden we hun ervaringen met de zorg te inventariseren, niet alleen van cliënten die in behandeling zijn (geweest) voor beide aandoeningen, maar juist ook cliënten die voor één aandoening behandeling ontvingen. Tevens beoogden we niet alleen cliënten te bevragen die voor een ernstige psychiatrische aandoeningen in behandeling zijn geweest, maar ook voor lichtere problematiek. Bij al deze cliënten is het van belang om te weten in hoeverre er aandacht is geweest voor het signaleren van en screenen op eventuele comorbide problematiek. Bij cliënten die wel voor beide aandoeningen in behandeling zijn geweest, is het van belang om te weten hoe de beide diagnoses zijn vastgesteld en hoe de behandeling vervolgens is verlopen.

Vragen die we met de vragenlijst voor *cliënten* hebben beantwoord, zijn:

- Hoe zag/ziet de zorg eruit, kijkend naar aandacht voor psychische aandoeningen en problematisch middelengebruik en/of verslaving?
- Waaraan is behoefte bij cliënten?
- Welke voorbeelden van goede begeleiding op dit gebied kennen cliënten?

3.2.1 Ontwikkeling vragenlijsten

De vragenlijsten zijn opgesteld aan de hand van de beoogde vraagstellingen en ingebouwd in Survey Monkey, een platform waarmee vragenlijsten via een link naar een URL aan respondenten aangeboden kunnen worden. De data zijn na afloop te downloaden van de website van Survey Monkey in SPSS-format. Na feedback door de begeleidingscommissie bestond de vragenlijst voor professionals uit 15 meerkeuzevragen en 7 open vragen. De vragenlijst bestond uit vijf onderdelen: 1) de werksituatie van de professional, 2) de aanpak door de professional, 3) randvoorwaarden voor goede zorg, 4) mening en behoeften van de professional en 5) best practices. De volledige vragenlijst en een toelichting bij de onderwerpen zijn te vinden in bijlage 2 en 3.

De vragenlijst voor cliënten bestond uit maximaal 25 meerkeuzevragen⁴ en 6 open vragen. De vragenlijst omvatte vier onderdelen: 1) situatie, klachten en de behandeling van de cliënt, 2) informatie en vragen over comorbiditeit, 3) mening en behoeften van de cliënt en 4) best practices. De volledige vragenlijst en een toelichting bij de onderwerpen zijn te vinden in bijlage 5 en 6.

3.2.2 Werving

Voor de verspreiding van de vragenlijsten zijn verschillende kanalen gebruikt, zoals de websites van Mark Bench en Kenniscentrum Phrenos (die het bericht ook in haar nieuwsbrief heeft opgenomen), en verspreid via posts en groepen op LinkedIn (te weten van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD), de Regionale Instellingen voor Nascholing en Opleiding (RINO) en de 'GGZ-groep' op LinkedIn). De Beroepsvereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk, de afdeling Verslavingspsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) en het NIP hebben hun leden via een flyer (zie bijlage 1), nieuwsbrieven of andere communicatiekanalen geattendeerd op de vragenlijst. Ten behoeve van de vragenlijst voor cliënten is contact gelegd met en informatie gestuurd naar verschillende cliëntenraden van zorgaanbieders en cliëntenverenigingen (zie voor de flyer bijlage 4). Verder is er een bericht over het onderzoek in de nieuwsbrief van MIND geplaatst (<http://email.nwsbrf.nl/z8Arvl>), op de website van de vereniging Anoksis, en op de website en in de nieuwsbrief van LEF magazine. Onder de cliënten werden 100 cadeaubonnen verloot van 15 euro (te besteden bij bol.com). De vragenlijst voor professionals stond tussen 20 december 2018 en 18 januari 2019 open, en die voor cliënten tussen 3 en 29 januari 2019.

3.3 Selectie goede voorbeelden ten behoeve van potentiële best practices

Zowel professionals als cliënten werden gevraagd naar goede voorbeelden van zorg, behandeling en begeleiding van cliënten met een verslaving en comorbide psychische aandoening. De genoemde voorbeelden zijn vervolgens ondergebracht in één van de onderstaande categorieën:

1. Ideeën: 'het zou zus en zo moeten gaan zonder concrete methodiek'
2. Algemene voorbeelden/aanbevelingen: bv 'altijd screenen'
3. Voorbeeld casus
4. Concreet voorbeeld: 'die en die afdeling daar en daar doet dit'
5. Minder concreet voorbeeld: een naam of afdeling, zonder informatie over wat die doet.
6. Voorbeeld/verhaal over zichzelf
7. Weet ik niet/andere tekst – geen voorbeeld

De voorbeelden die vielen in de categorieën 4 en 5 kwamen voor verder onderzoek en beschrijving in aanmerking. Voor onderzoek en beschrijving werd de eventuele toelichting door de respondent gebruikt, evenals bronnen via het internet en in sommige gevallen werd contact opgenomen met een eventuele aangereikte contactpersoon.

⁴ Het aantal vragen varieerde per respondent; afhankelijk van de klachten (wel of geen comorbiditeit van verslaving en andere psychische aandoeningen), en of de cliënt op het moment van behandeling alcohol dronk of drugs gebruikte.

4 RESULTATEN - LITERATUUROVERZICHT

4.1 *Wat is de prevalentie van Ernstige Psychiatrische Aandoeningen in combinatie met een verslaving?*

4.1.1 *Wat is de prevalentie van EPA?*

Om over de prevalentie van EPA te kunnen spreken, is het eerst van belang om helder te hebben wat EPA is en hoe dit zich verhoudt tot psychische aandoeningen in het algemeen. Uit het NEMESIS onderzoek - een grootschalig bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van psychische aandoeningen in Nederland - blijkt dat bijna de helft (43.5%) van de Nederlandse bevolking ooit in het leven een psychische aandoening krijgt (de Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010). De jaarprevalentie, oftewel het percentage mensen dat hier in de afgelopen 12 maanden mee te maken had, is 18.0%, (wat neerkomt op 1.896.700 mensen tussen en 18 en 65 jaar). Als zorg noodzakelijk is, de psychische aandoening langdurig is en met ernstige beperkingen in sociaal-maatschappelijk functioneren gepaard gaat, dan spreekt men van een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) (Delespaul & De Consensusgroep, 2013). Op basis van deze definitie is geschat dat er bij ongeveer 15% van de mensen met een psychische aandoening sprake is van EPA, hetgeen neer komt op ongeveer 280.000 mensen in Nederland (Generieke_Module, 2017c), waarvan ruim 75% (216.000) in zorg is bij de ggz (Delespaul & De Consensusgroep, 2013; Vektis, 2018). Ernstige Psychiatrische Aandoeningen zijn niet diagnose-specifiek. Volgens schattingen heeft ongeveer 60% van de EPA-groep een psychotische stoornis, is 10% primair verslaafd en valt 30% in de restgroep met een andere primaire diagnose (o.a. autisme, ernstige depressie of persoonlijkheidsstoornis) (Delespaul & De Consensusgroep, 2013). Overigens wordt internationaal gesproken over *Serious of Severe Mental Illness* (SMI). Echter, tussen landen is er nogal wat verschil in de definitie van SMI (Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006; Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000). Veelal zijn de definities internationaal ruimer dan in Nederland. Dit komt vooral door het in Nederland geldende criterium dat 'gecoördineerde zorg geïndiceerd is' (Generieke_Module, 2017c).

4.1.2 *Wat is de prevalentie van verslaving?*

Verslaving, of 'een stoornis in het gebruik van middelen' zoals de DSM 5 aangeeft, wordt gekenmerkt door een onaangepast patroon van het gebruik van een middel dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijden (www.dsm5online.nl). Uit het NEMESIS onderzoek blijkt dat 19.1% van de bevolking in het leven ooit middelen heeft misbruikt of hiervan afhankelijk is (geweest). De jaarprevalentie (het percentage mensen dat hier in de afgelopen 12 maanden mee te maken had) is 5.6%, wat neerkomt op ongeveer 600.000 volwassen mensen. Alcoholmisbruik of -afhankelijkheid komt het meest voor: in het NEMESIS onderzoek had 80% van de mensen met een stoornis in het gebruik van middelen een alcoholprobleem, en ruim 30% had drugsproblemen (het merendeel cannabis). Uit het feit dat deze percentages optellen tot meer dan 100% blijkt dat misbruik of afhankelijkheid van meerdere middelen regelmatig voorkomt. Een klein deel van de mensen met deze

problemen is in behandeling bij de verslavingszorg: volgens de meest recente cijfers uit 2015 waren dat er 65.000 (Wisselink, Kuijpers, & Mol, 2016). Daarvan komt 45% in behandeling voor problemen met alcohol, 17% voor problemen met cannabis en 14% voor problemen met opiaten.

4.1.3 Hoeveel mensen hebben zowel een verslaving als een ernstige psychiatrische aandoening?

Uit het NEMESIS onderzoek blijkt dat er bij een flink deel van de mensen met een psychische aandoening sprake is van de gelijktijdige aanwezigheid van meerdere aandoeningen: van vier op de tien mensen met een zogenaamde As-1 stoornis (alle psychische aandoeningen, met uitzondering van persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen) heeft bijna de helft (46,3%) te maken met meerdere stoornissen⁵ (de Graaf et al., 2010). Exacte Nederlandse prevalentiecijfers over de comorbiditeit van een *verslaving* en een *ernstige psychiatrische aandoening* ontbreken. In internationaal onderzoek wordt de prevalentie van problematisch middelengebruik bij cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (waarvan de definitie breder is dan die in Nederland wordt gehanteerd) boven de 50% geschat (Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan, & Cleary, 2013). Op nationaal niveau zijn er voornamelijk schattingen die gemaakt zijn binnen het zorgsysteem – ze gaan dus over personen die in zorg of behandeling zijn

Het voorkomen van verslavingsproblemen bij cliënten in zorg voor psychische aandoeningen

Van de cliënten die zorg en/of behandeling in de ggz krijgen, heeft naar schatting tussen de 20% en 50% ook verslavingsproblemen (Hendriks et al., 2018). Meer specifiek, en relevant voor dit onderzoek met de focus op EPA, betreft de schatting dat bijna de helft (47%) van de cliënten met een psychotische aandoening ook een verslaving of problematisch middelengebruik heeft (Zorgstandaard, 2017c). Voor aandoeningen zoals een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) of conduct disorder (cd) wordt het percentage comorbide verslavingsproblemen nog hoger geschat: volgens het Handboek dubbele diagnose kampt 50% tot 80% van deze cliënten met verslavingsproblemen (Dom et al., 2013).

Het voorkomen van psychische aandoeningen bij cliënten in de verslavingszorg

Van de cliënten in de verslavingszorg wordt geschat dat 30% tot 60% tevens te kampen heeft met een psychische aandoening (Hendriks et al., 2018; Zorgstandaard, 2017b). Voor heroïneverslaafden geldt dat de meerderheid te maken heeft met comorbide psychische aandoeningen (NvVP/Trimbos/CCBH, 2012; Zorgstandaard, 2017a). Daarbij zijn verschillen tussen mannen en vrouwen: vrouwen met een verslaving hebben vaker te maken met comorbide stemmings- en angststoornissen en borderline persoonlijkheidsstoornissen, terwijl mannen met een verslaving vaker een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben (Hendriks et al., 2018; Torrens et al., 2015). Experts schatten dat binnen de verslavingszorg een derde van de cliënten te kampen heeft met EPA, hetgeen voor 2011 zou resulteren in ongeveer 22.000 mensen (Delespaul & De Consensusgroep, 2013).

⁵ In NEMESIS zijn As-1 stoornissen meegenomen en het vaststellen van As-2 stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen) is beperkt gebleven tot de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis.

Prevalentie

Wat is nu de prevalentie van beide aandoeningen samen? Het exacte aantal is niet bekend. Er vanuit gaande dat 544.400 cliënten in 2017 specialistische zorg ontvingen (waaronder verslavingszorg) (de Ruiter, Van Greuningen, & Luijk, 2017) en gezien de bovenstaande percentages van comorbiditeit, zou 20-50% van deze cliënten zowel een (E)PA als een verslaving hebben. Dit komt neer op 109.000-270.000 cliënten. Dit betreft ruwe schattingen en betreft alleen cliënten in specialistische zorg, maar wel ook cliënten die niet onder de groep 'ernstige psychiatrische aandoeningen' valt. Het exacte aantal, ook buiten de zorg, zal hoger uitvallen.

4.2 Hoe beïnvloedt comorbiditeit het beloop en herstel?

Cliënten met comorbiditeit hebben meer problemen op het gebied van functioneren dan cliënten zonder comorbiditeit. Ze hebben zowel te maken met een verminderde fysieke en psychische gezondheid, als ook met verminderd sociaal en maatschappelijk functioneren. Ook is de levensverwachting korter dan bij cliënten zonder deze comorbiditeit (Dom et al., 2013). Cliënten met verslaving én ernstige psychiatrische aandoeningen hebben eveneens slechtere prognoses ten aanzien van beide aandoeningen: het bemoeilijkt het herstel van beide aandoeningen (Hendriks et al., 2018). De symptomen kunnen verergeren –de cliënt loopt er langer mee rond- en daarmee wordt de kans op terugval in gebruik en klachten groot en kunnen de aandoeningen chronisch worden (Posthuma et al., 2003; Spinhoven et al., 2018). Bij de behandeling van cliënten met een psychische aandoening en bijkomende verslaving is er meer drop-out en minder therapietrouw dan bij cliënten met een enkelvoudige aandoening. Mede daardoor verloopt de behandeling trager en moeilijker (Spinhoven et al., 2018). Het middelengebruik versterkt ook de psychische klachten en de psychische klachten kunnen op hun beurt het middelengebruik versterken (Spinhoven et al., 2018). Ook worden cliënten met een psychische aandoening en comorbide verslaving meer gestigmatiseerd dan cliënten met een enkele aandoening (Avery, Zerbo, & Ross, 2016; Gilchrist et al., 2011). Tot slot hebben cliënten met een psychische aandoening en comorbide verslaving -in vergelijking tot een enkele aandoening- meer risico om slachtoffer te worden van een misdrijf, wat negatieve gevolgen heeft op de behandeling (de Waal et al., 2018).

Meer specifiek gaat comorbiditeit van *psychotische stoornissen* en verslaving gepaard met een verhoogd risico op terugval -zowel in gebruik als in psychotische klachten-, klinische opnamen, schulden, geweld, gevangenschap, dakloosheid en infectieziekten, in vergelijking tot het hebben van een psychotische stoornis zonder comorbide verslaving (Dom et al., 2013). Tevens blijkt voor deze groep dat er sprake kan zijn van verminderde therapietrouw ten opzichte van cliënten zonder comorbide verslaving (Hartz et al., 2014). Een gevolg kan zijn dat cliënten langer en vaker een onbehandelde psychose en verslaving hebben, waardoor de problematiek verergert. De behandeling van cliënten met een psychotische stoornis is complexer als er bijkomende problematiek (zoals verslavingsproblematiek) aanwezig is en de kans op een nieuwe psychose is dan groter (Zorgstandaard, 2017c). Vermindering van het middelengebruik heeft een gunstig effect op het beloop van de psychotische stoornis (Hendriks et al., 2018).

Ook voor cliënten met een *persoonlijkheidsstoornis* en een comorbide verslaving is de prognose ongunstig. Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis blijkt één van de sterkste voorspellers van terugval bij een verslaving (Verheul, Brink, & Hartgers, 1998; Verheul, van den Bosch, & Ball, 2007). Daarnaast is er bij deze cliënten vaak ook sprake van meer psychopathologie, lagere kwaliteit van leven, meer impulsiviteit en vijandigheid, een groter gevoel van isolement, en minder therapietrouw. Cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en een comorbide verslaving hebben tevens een verhoogd risico op suïcidaal gedrag ten opzichte van cliënten zonder een comorbide verslaving (Hendriks et al., 2018). Cliënten met een drugsverslaving en comorbide psychiatrische aandoeningen blijken -ten opzichte van cliënten met een alcoholverslaving en comorbide psychiatrische aandoeningen- meer risicovol gedrag te vertonen, wat weer leidt tot sociale en maatschappelijke problemen (Torrens et al., 2015).

4.3 *Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de begeleiding van cliënten met deze comorbiditeit?*

Vanwege de lagere slagingskans van behandelingen voor cliënten met comorbiditeit van (ernstige) psychiatrische aandoeningen en verslaving, is aandacht voor de opsporing, diagnosticering en behandeling van comorbiditeit belangrijk. Hiermee kunnen cliënten de meest passende zorg en behandeling met de meeste kans op een gunstig beloop ontvangen.

4.3.1 *Signalering, screening en diagnostiek van psychische aandoeningen bij cliënten met een verslaving*

Het identificeren van psychische problematiek bij cliënten met problematisch middelengebruik of een verslaving is niet gemakkelijk omdat de gevolgen van- en reacties op het middelengebruik zelf, of de ontwenning ervan kunnen lijken op de symptomen van psychische aandoeningen. Desondanks wordt *screening* van psychische problemen met daartoe aangewezen instrumenten aanbevolen (Hendriks et al., 2018; Torrens et al., 2015). Hoewel wetenschappelijk onderzoek naar screeningsinstrumenten beperkt is, worden daarvoor de volgende instrumenten genoemd: een screeningsversie van de CIDI, de DASS en voor jongeren een screeningsversie van de DISC en de IPSJ (Hendriks et al., 2018). De DASS beperkt zich echter tot screening van depressie, angst en stress. De IPSJ en de DASS zijn onderdeel van de in de verslavingszorg veel gebruikte instrumenten MATE-Y (Schippers & Broekman, 2013) en MATE 2.1 (Schippers, Broekman, & Buchholz, 2011). Het heeft de voorkeur om screening op psychische aandoeningen pas te doen bij abstinentie, vanwege de (in)stabiliteit van psychische klachten bij middelengebruik. Echter, dit blijkt niet altijd haalbaar (Spinhoven et al., 2018).

Voor *diagnostiek* wordt abstinentie wel explicieter aanbevolen: voer psychiatrische diagnostiek pas uit na een abstinente periode van twee tot drie weken, luidt de richtlijn (Hendriks et al., 2018; Posthuma et al., 2003; Snoek et al., 2012), maar ook hier worden uitzonderingen gemaakt (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2017). Zo wordt in de MDR Depressie een abstinente periode van vier tot zes weken aangeraden (Spijker et al., 2013). Abstinentie wordt niet expliciet voorgeschreven bij een comorbide sociale angststoornis, PTSS en volwassen ADHD. In het eerste geval is het mogelijk dit vast te stellen onafhankelijk van het middelengebruik en in het tweede geval heeft de aanwezigheid

van PTSS een dermate grote invloed op het middelengebruik, dat er direct aandacht voor dient te zijn (Hendriks et al., 2018). Ten aanzien van volwassen ADHD blijkt het mogelijk om, ook wanneer er nog gebruikt wordt, goede diagnostiek te doen (van Emmerik-van Oortmerssen et al., 2017). Wat betreft instrumenten wordt de SCID, de CIDI, de MINI (-Plus) aanbevolen voor het vaststellen van psychiatrische comorbiditeit onder volwassen cliënten met een verslaving. Voor het vaststellen van psychiatrische comorbiditeit onder jongeren wordt de DISC-IV en de Indicatie Psychiatrische Stoornissen Jongeren (IP SJ) aangeraden (Hendriks et al., 2018).

4.3.2 Signalering, screening en diagnostiek van middelenmisbruik bij cliënten met een psychische aandoening

In het handboek Dubbele Diagnose worden kenmerken weergegeven die een verhoogd risico geven op problematisch middelengebruik of verslaving bij cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (Dom et al., 2013). Naast een persoonlijke voorgeschiedenis met problematisch middelengebruik, betreft dat de volgende kenmerken:

- Demografische kenmerken: man, jong, laag opgeleid en ongetrouwd.
- Anamnesticke kenmerken: familiegeschiedenis van middelenmisbruik, gedragsstoornis in de jeugd, slecht premorbide sociaal functioneren, aanwezigheid van trauma.
- Klinische kenmerken: antisociale persoonlijkheidsstoornis, zwakke naleving van medicatie, agressief gedrag, depressie, suïcidaliteit, in aanraking geweest met justitie en dakloosheid.

Voor het screenen op middelenmisbruik en -verslaving bij cliënten met een psychische aandoening dienen instrumenten ingezet te worden die vragen naar meerdere middelen. Aanbevolen instrumenten hiervoor zijn de ASSIST - Lite voor volwassenen en de CRAFFT of CAGE-AID voor adolescenten. Om het gebruik uitgebreider in kaart te brengen wordt de MATE (-Y) (middelenmatrix en classificatie van een stoornis) of de ASSIST aanbevolen. Voor mensen met een licht verstandelijke beperking wordt voor dit doel de SumID-Q aangewezen (Hendriks et al., 2018). Aangegeven wordt dat diagnostiek van gebruik en verslaving bij een comorbide psychiatrische aandoening een dynamisch proces is. Niet altijd is het mogelijk om in een vroeg stadium een diagnose vast te stellen, en soms dient de diagnose gaandeweg bijgesteld te worden, omdat deze kan veranderen in de loop van de tijd, door de wisselwerking die de stoornissen op elkaar hebben.

4.3.3 Behandeling van comorbiditeit

Als er dan sprake is van comorbiditeit, dan zijn er drie gangbare behandelmodellen (Dom et al., 2013; Spinhoven et al., 2018):

- Sequentieel of seriële behandeling, waarbij cliënten eerst behandeld worden voor de ene aandoening en vervolgens voor de andere, bij dezelfde of bij een andere instelling of locatie. Bijvoorbeeld: eerst wordt iemand behandeld voor een alcoholverslaving en bij abstinentie en afronding van die behandeling wordt gestart met een behandeling voor depressie.
- Parallele behandeling, waarbij de behandelingen tegelijkertijd plaatsvinden, maar er wel sprake is van verschillende behandelaars, soms op andere locaties en veelal met een

verschillende aanpak. Bijvoorbeeld: een behandeling voor alcoholverslaving met cognitieve gedragstherapie op een locatie en tegelijkertijd, op een andere locatie door een andere behandelaar, een behandeling met medicatie voor depressie.

- Geïntegreerde behandeling waarbij zowel de psychische aandoening als de verslaving wordt aangepakt, in samenhang met elkaar, door dezelfde organisatie, vaak door hetzelfde team of door dezelfde behandelaar. Bijvoorbeeld: de behandeling van depressie en alcoholverslaving wordt in samenhang door één behandelaar of één team uitgevoerd.

Voor de comorbiditeit van verslaving met ernstige psychiatrische aandoeningen wordt geïntegreerd behandelen vaak aangewezen als meest effectieve methodiek (Dom et al., 2013; Van der Stel, 2006). Echter, de evidentie voor geïntegreerd boven sequentieel is niet erg sterk (Hendriks et al., 2018; Spinhoven et al., 2018). Desondanks wordt het in samenhang behandelen van stoornissen, zoals in het IDDT model wordt voorgeschreven, wel vaak aanbevolen vooral omdat cliënten en professionals daar de voorkeur aan geven. Voor wat betreft het type interventies is er geen evidentie dat de ene beter is dan de andere (cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering, contingentie management, multisysteem therapie, gezinstherapie en oplossingsgerichte therapie lijken gemiddeld even effectief). Belangrijkste voor de behandeling van cliënten met een psychische aandoening en comorbide verslaving is dat de behandeling op beide aandoeningen gericht moet zijn, ofwel binnen één team of organisatie ofwel in nauwe samenwerking (Hendriks et al., 2018). Hieronder volgt een nadere toelichting over de geïntegreerde behandeling volgens het IDDT model, de community reinforcement approach en farmacologische behandeling voor behandeling van cliënten met een psychische aandoening en comorbide verslaving.

Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)

Het IDDT model is gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten met een psychische aandoening en comorbide verslaving. IDDT is een model waarbinnen verschillende interventies kunnen worden uitgevoerd. Centraal staat dat er aandacht is voor beide aandoeningen en de manier waarop deze elkaar beïnvloeden. Het model gaat uit van vijf principes (Dom et al., 2013; Neven, Kool, Bonebakker, & Mulder, 2018; Van Wamel & Neven, 2015):

1. Integratie: één team, één locatie, gelijktijdig werken aan beide aandoeningen.
2. Aansluiting bij wensen van cliënt.
3. Multidisciplinaire behandeling: combinatie van farmacologische, psychologische, educatieve en sociale interventies.
4. Gericht op cliënt en diens omgeving (werk, huisvesting, herstel).
5. Gericht op meerdere interventies binnen een geïntegreerd zorgsysteem en behandelkader. Er worden dus verschillende interventies gegeven, maar wel binnen één kader.

Onderdeel van IDDT is dat aanvullende hulp kan worden ingeschakeld zonder dat daardoor de eerder gestarte behandeling stagneert of stopt omdat het binnen één behandelkader plaatsvindt en daarmee in hetzelfde team of netwerk te organiseren is (Zorgstandaard, 2017a, 2017b). Geïntegreerde behandeling conform het IDDT model wordt dan ook aanbevolen, met name vanwege de uitgesproken

voorkeur van cliënten en professionals (Dom et al., 2013; Zorgstandaard, 2017b, 2017c). Er blijkt echter nauwelijks wetenschappelijk bewijs voor de grotere effectiviteit van IDDT ten opzichte van andere behandelingen die beide stoornissen aanpakken (Hendriks et al., 2018) en een volledige implementatie ervan is arbeidsintensief en duur (Spinhoven et al., 2018). Meer onderzoek naar IDDT wordt dan ook aangeraden (Neven et al., 2018).

Community Reinforcement Approach

In de zorgstandaarden Alcohol en Opiaten wordt naast behandeling volgens het IDDT model ook Community Reinforcement Approach (CRA) aangeraden (Zorgstandaard, 2017a, 2017b). CRA is een cognitief-gedragstherapeutische behandelmethodiek, gebaseerd op de principes van operante conditionering (Meyers, Roozen, & Smith, 2011). Het is specifiek gericht op cliënten met een verslaving en bijkomende problemen. Het doel van CRA is, naast het terugdringen van middelengebruik, het aanpassen en waarderen van een gezondere leefstijl. Omdat zowel CRA als IDDT multi-modaal zijn, te weten gericht op diverse gebieden, kunnen deze heel goed samengaan. Dit is overigens niet ondersteund met evidentie. Het element dat vooral gewaardeerd wordt door professionals en cliënten is dat er bij comorbiditeit ook aandacht moet zijn voor behandeldoelen die niet direct gericht zijn op het stoppen of minderen van het gebruik, maar op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Daarbij wordt aangegeven dat één van de mogelijkheden CRA is, maar dat ook gebruik gemaakt kan worden van Individuele Plaatsing en Steun (IPS), Housing First en fysieke inspanning (Hendriks et al., 2018).

Farmacologische behandeling

Farmacologische behandeling bij cliënten met een psychische aandoening en comorbide verslaving is een belangrijk onderwerp: in veel studies wordt deze groep namelijk geëxcludeerd (Spinhoven et al., 2018). Er is evidentie dat farmacologische behandeling bij specifieke combinaties van comorbide aandoeningen veelbelovend kan zijn. Belangrijk aspect van farmacologische behandeling voor de psychische aandoening bij comorbiditeit is dat er goed gelet moet worden op de interactie van de medicatie met het middel waaraan de persoon verslaafd is: de werking en bijwerkingen moeten meer dan gewoonlijk worden gevolgd. Zo kan een combinatie van psychofarmaca en sommige soorten drugs een risico op hartproblemen opleveren. Ook zijn er extra risico's bij cliënten met een verslaving om verslaafd te raken aan het medicijn (Hendriks et al., 2018; Snoek et al., 2012; Zorgstandaard, 2017a, 2017c). In het Addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen, horende bij de Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Hendriks et al., 2018), staat voor de meest voorkomende combinaties van comorbide aandoeningen aangegeven voor welke medicatie evidentie is en op welk niveau, en voor welke er geen evidentie is. Zo is er enige evidentie dat clozapine bij cliënten met schizofrenie en een comorbide verslaving effectief is bij de vermindering van middelengebruik. Dit wordt eveneens bevestigd in een recente review hierover (Murthy, Mahadevan, & Chand, 2019). Voor cliënten met een depressie of angststoornis en comorbide verslaving zijn er geen duidelijke aanbevelingen op het gebied van farmacologie ten behoeve van het middelengebruik, voor cliënten met ADHD en middelengebruik zijn er wel aanbevelingen voor het type medicatie

(Hendriks et al., 2018). Ten slotte wordt zowel in de MDR als in het eerder genoemde recente review aangegeven dat voor cliënten met een bipolaire stoornis en comorbide verslaving valproaat het meest effectief lijkt (Hendriks et al., 2018; Murthy et al., 2019).

4.4 Conclusie literatuuroverzicht

Bovenstaande geeft aan dat aandacht voor problematisch middelengebruik en verslaving bij mensen met een psychische aandoening relevant en urgent is: van zeker één op de vijf mensen (maar schattingen lopen op tot één op de twee) die een psychische aandoening hebben kan verwacht worden dat er sprake is van verslavingsproblemen. Is er sprake van een ernstige psychische aandoening, dan kan verwacht worden dat er bij zeker één op de twee personen sprake is van problematisch middelengebruik of verslaving. Andersom is aandacht voor psychische aandoeningen binnen de verslavingszorg niet minder relevant en urgent: bij één tot twee derde van de cliënten binnen de verslavingszorg is er tevens sprake van een psychische aandoening. Een andere schatting geeft aan dat men er rekening mee moet houden dat 30% tot 60% van de cliënten in de verslavingszorg dermate last heeft van die psychische klachten, dat deze kunnen worden gelabeld als 'ernstig' en dus als EPA. Dit betekent dat meer dan 100.000 cliënten jaarlijks te maken hebben met een psychische aandoening en een comorbide verslaving. Een exact eenduidig beeld van de prevalentie van psychische aandoeningen en problematisch middelengebruik of verslaving (in de bevolking en in het zorgsysteem) is lastig te geven, echter de aantallen zijn wel van die grootte dat aandacht voor en behandeling van (risico op) comorbiditeit relevant is voor veel cliënten. Een en ander wordt onderstreept door het feit dat er voor deze cliënten sprake is van een zeer ongunstig beloop. Een comorbide aandoening leidt (in vergelijking met cliënten bij wie sprake is van een enkelvoudige aandoening) tot meer en ernstiger klinische- en maatschappelijke problemen. Daarnaast worden de klachten minder snel herkend vanwege het gelijkende beeld dat beide aandoeningen kunnen geven. Het is voor deze groep cliënten moeilijk om een behandeling te (blijven) volgen en als er behandeling is, dan zijn de uitkomsten minder gunstig en is het risico op terugval groter.

Bovenstaande onderstreept dat vroegtijdige opsporing, screening en behandeling van comorbide aandoeningen van belang is. Signalering en screening worden dan ook aangeraden in meerdere handboeken en richtlijnen, waarbij bij positieve signalen screening aan de hand van gevalideerde vragenlijsten wordt aangeraden. Met betrekking tot de preventie van comorbide problematiek is minder bekend: er zijn geen aanwijzingen gevonden over wat effectieve strategieën zijn om het ontwikkelen van psychische aandoeningen bij personen met verslavingsproblemen enerzijds, of verslavingsproblemen bij personen met een psychische aandoening anderzijds,. Over de behandeling van comorbide problematiek is meer bekend, zij het dat de kennis hierover bescheiden is. Dat voor zowel de psychiatrische- als de verslavingsproblemen behandeling nodig is, lijkt een open deur, maar het gebeurt nog heel vaak niet. Helaas is er geen wetenschappelijke evidentie over welke aanpak (serieel, parallel of geïntegreerd behandelen) dan het meest effectief is, wel wordt, op basis van praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten, de geïntegreerde behandeling aanbevolen.

5 RESULTATEN – RAADPLEGING PROFESSIONALS EN CLIËNTEN

5.1 Raadpleging professionals

5.1.1 Respondenten

In totaal zijn 509 professionals begonnen met het invullen van de vragenlijst. Van hen hebben er 474 (93%) de vragenlijst volledig ingevuld (zie tabel 1).

Tabel 1: kenmerken professionals

Beroep / functie	Aantal (percentage) N = 474
Psycholoog	49 (10.4%)
Maatschappelijk werker	37 (7.8%)
Psychiater	26 (5.5%)
Psycho-of sociotherapeut	17 (3.6%)
Verpleegkundige	97 (20.5)
Pedagoog	10 (2.1%)
Ervaringsdeskundig professional	30 (6.3%)
Meerdere	41 (8.6%)
Anders, nl...	167 (35.2%)
Setting	
FACT team	99 (21.1%)
VIP team	17 (3.6%)
Verslavingszorg	66 (14.1%)
Dubbele diagnose	60 (12.8%)
Zelfstandig	19 (4.1%)
RIBW	90 (19.2%)
Sociaal Domein	33 (7.0%)
Anders, nl...	85 (18.1%)
Door professionals behandelde cliënten	
Voornamelijk met psychische aandoening, meestal geen verslaving	159 (33.5%)
Voornamelijk met een verslaving, meestal geen psychische aandoening	11 (2.3%)
Voornamelijk met zowel verslaving als psychische aandoening	234 (49.4%)
Evenveel cliënten met een psychische aandoening als met een	43 (9.1%)
Cliënten met ernstigere of lichtere problematiek?	
Voornamelijk cliënten met ernstige problematiek	311 (65.6%)
Voornamelijk cliënten met lichtere problematiek	47 (9.9%)
Ongeveer evenveel cliënten met ernstige als lichtere problematiek	116 (24.5%)

Te zien is dat veel verpleegkundigen de vragenlijst hebben ingevuld (20.5%); de andere grote groepen zijn psychologen (10.3%) en maatschappelijk werkers (7.8%). Ruim een derde gaf aan een ander beroep of discipline te hebben. Dit betrof onder meer activiteiten-, woon-, of ambulante begeleiders, ergotherapeuten, Sociaal Pedagogisch Hulpverleners (SPH) en Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV)⁶. Er waren 41 respondenten met meerdere beroepen. De meeste respondenten zijn werkzaam in een FACT-team (21.1%), in instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW, 19.2%) of in de verslavingszorg (14.1%). Ook gaf 18.1% aan dat ze in een andere setting werken, dat betrof onder meer ACT-teams, de forensische zorg, HIC, kinder- en jeugd psychiatrie, IHT, huisartsen of gespecialiseerde klinieken. Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat de meeste van hun cliënten zowel een verslaving als een psychische aandoening hebben. De andere grote groep betreft professionals die aangeven dat de meeste van hun cliënten een '...psychische aandoening, meestal geen verslaving' hebben (33.5%). Opvallend is het kleine percentage professionals dat aangeeft 'cliënten met een verslaving, meestal geen psychische aandoening' te hebben (2.3%). Dus, het merendeel van die 14% die in de verslavingszorg werkzaam is, geeft aan dat hun cliënten zowel een verslaving als een psychische aandoening heeft. Ruim 65% van de respondenten geeft aan dat ze voornamelijk cliënten met ernstige problematiek behandelen of begeleiden.

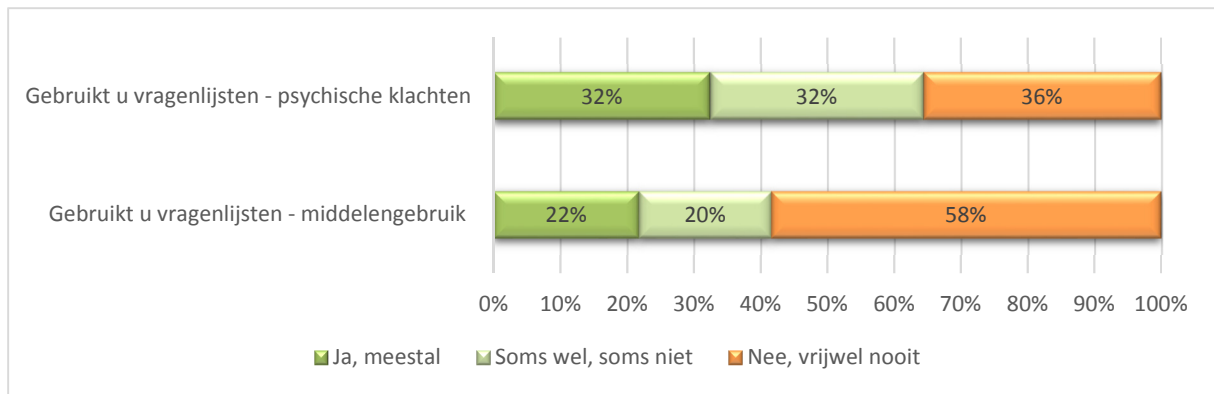
Aan de respondenten is ook gevraagd hoe vaak zij denken dat comorbiditeit van verslaving en psychische aandoeningen voorkomt. Ruim één derde (35%) geeft aan, conform de literatuur, dat dit zo rond de 50% ligt. Ongeveer een kwart geeft minder (23.2%) of meer (27.9%) dan de middencategorie aan. Een kleine 6% denkt dat het nauwelijks voorkomt en een kleine 4% denkt dat het altijd samen voorkomt. Tot slot geven 66 respondenten (13.9%) aan dat ze dit percentage niet kunnen inschatten.

5.1.2 Signaleren en screenen

We hebben de respondenten gevraagd of zij een vragenlijst gebruikten bij het inventariseren van problematisch middelengebruik en psychische klachten⁷. De resultaten daarvan staan vermeld in figuur 2.

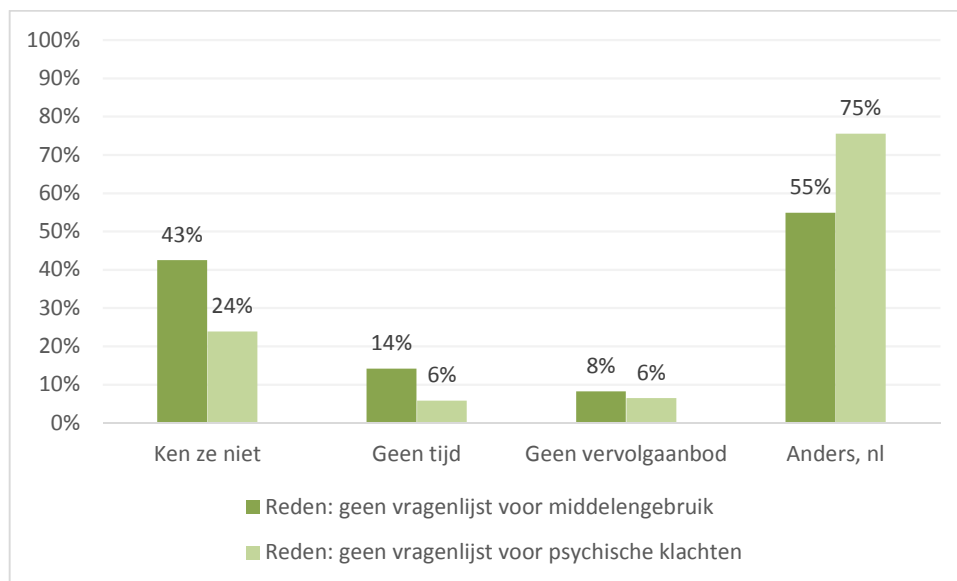
⁶ Dit gaven de respondenten zelf als zodanig aan; Zo zijn SPV-ers ook verpleegkundigen, een deel heeft echter aangegeven anders en dit omschreven, een ander deel zal verpleegkundigen hebben aangevinkt.

⁷ Deze vragen zijn niet door alle respondenten beantwoord. Op de vraag naar het gebruik van vragenlijsten voor het screenen van psychische klachten hebben 39 respondenten niet geantwoord, mbt vragenlijsten naar problematisch middelengebruik hebben 15 respondenten niet geantwoord. De percentages in figuur 2 zijn berekend over de respectievelijk 435 en 459 respondenten.



Figuur 2: Inzet vragenlijsten bij signaleren en screenen

Te zien is dat 36% van de respondenten vrijwel nooit een vragenlijst gebruikt voor het inventariseren van psychische klachten; voor middelengebruik geldt dit voor 58% van de respondenten. De respondenten die hadden aangegeven 'vrijwel nooit' een vragenlijst te gebruiken, hebben we naar de redenen gevraagd. Dit betrof voor vragenlijsten voor het inventariseren van psychische klachten 155 respondenten en voor de vragenlijsten voor middelengebruik 268 respondenten. Het resultaat staat weergegeven in figuur 3.



Figuur 3: Redenen niet inzetten vragenlijsten

Opvallend is dat onbekendheid met vragenlijsten voor het inventariseren van *middelengebruik* door 43% wordt aangegeven, terwijl dit in 24% van de gevallen een reden is voor het niet gebruiken van een vragenlijst voor het inventariseren van *psychische klachten*. In beide gevallen wordt echter door het merendeel aangegeven dat de reden 'anders' is (55% -middelengebruik- en 75% -psychische klachten- van de respondenten). De redenen die zijn genoemd is met name dat de vragenlijsten werden afgenomen door andere disciplines binnen de organisatie en dat het afnemen niet tot de taken van de respondent behoorde. Andere redenen waren dat het uit gesprekken duidelijk werd - vooral genoemd bij het inventariseren van middelengebruik- en dat het daarom niet nodig was. Ook werd

aangegeven dat de vragenlijsten niet voor handen waren in de organisatie. Kader 1 geeft enkele redenen weer.

<i>"Daar cliënten bij mij bijna altijd met een specifieke hulpvraag komen ligt het probleem (incl gebruik) direct op tafel"</i>
<i>"De nadruk ligt voornamelijk op de EPA, daardoor is er minder systematisch aandacht voor de verslaving"</i>
<i>"Eigenlijk nooit overwogen om die in te zetten, waarschijnlijk omdat ik denk dat ik er op een andere manier wel achter kom, ik zou op moeten zoeken welke lijsten het best werken voor mijn praktijk"</i>
<i>"Het maakt het gesprek erg statisch en klinisch in plaats van persoonlijk en openhartig"</i>
<i>"Er wordt gewoonweg niet mee gewerkt. Mogelijk lijkt het uitvragen tijdens intake voldoende"</i>
<i>"Weinig psychische klachten, ieder geval niet op de voorgrond"</i>
<i>"Ik vertrouw op mijn vertrouwens band. Als ze het niet in een gesprek willen zeggen dan willen ze dat ook niet op een vragenlijst"</i>
<i>"Eigenlijk heel stom, het is vaak een stap die over geslagen wordt. Ik denk al goed in te kunnen schatten of iets problematisch is. Ik vind het stom om te zeggen maar nu ik deze vragenlijst invul denk ik weer: "O ja, dat is goed om te doen""</i>

Kader 1

5.1.3 Behandelen

In een open vraag is respondenten gevraagd wat hun aanpak doorgaans is bij de behandeling van cliënten met zowel een psychische aandoening als een verslaving. Van de 474 respondenten hebben 390 daarop een antwoord gegeven (82.3%). De antwoorden die gegeven zijn, zijn grofweg te verdelen in vier categorieën: 1) afhankelijk van de wens van de cliënt, 2) samenwerken met of doorverwijzen naar verslavingszorg, 3) geen aanpak, vanwege gebrek aan aanbod, en 4) beide behandelen. Deze antwoorden staan hieronder toegelicht, met enkele voorbeelden in de kaders.

Ad 1: Afhankelijk van cliënt

Respondenten gaven aan dat de aanpak afhangt van wat de cliënt wil, met betrekking tot beide problemen.

<i>"Bespreek dit met cliënt over wat deze daarin wil, overleg met collega's in team en geef de mening van team aan cliënt"</i>
<i>"Informerer of er enige veranderbereidheid is. Indien iemand enigszins openstaat voor behandeling van de verslaving, dan verwijs ik naar de verslavingszorg voor dat deel en hou de patiënt zelf in zorg voor de psychische aandoening"</i>
<i>"Onderzoeken wat cliënt hier mee wil doen. Is er motivatie om dit te veranderen?"</i>

Kader 2

Ad 2: Samenwerking met, doorverwijzen naar verslavingszorg

Veel respondenten geven aan dat ze aan beide problemen aandacht geven, waarbij vaak samenwerking opgezocht wordt. Opvallend is wel dat met name vanuit instellingen waar de psychische aandoeningen worden behandeld samenwerking wordt gezocht met verslavingszorginstellingen. Andersom -dat er vanuit de verslavingszorg samenwerking wordt gezocht voor de psychische problematiek- wordt niet genoemd.

"Beoordelen per situatie, dan beste aanpak bepalen, eventueel in overleg met verslavingszorg"

"Consult bij collega verslavingszorg"

"Samenwerken met verslavingsinstelling. Daar wordt de verslaving behandeld en ik behandel de psychische aandoening"

"Dat hangt af van de mate waarin de verslaving interfereert met de behandeling van de andere klachten. Bij ernstig verslavingsgedrag schakel ik gespecialiseerde instelling in als co-behandelaar"

"De RIBW waar ik werk is niet gespecialiseerd in verslaving, dus is dat in principe doorverwijzen. We kunnen wel met behandelaar overleggen en hier begeleiding op aanpassen."

Kader 3

Ad 3: Gebrek aan aanbod

Een aantal respondenten geeft aan dat ze geen mogelijkheden kennen of hebben om cliënten met zowel een psychische aandoening als een verslaving met beide problemen te helpen. Andere respondenten geven aan dat je vooral duidelijk moet zijn en dient te *"...benadrukken dat de verslaving wordt behandeld en niet de psychische aandoening"*.

"Er is nauwelijks aanbod. IDDT is een bekend begrip. alleen komt deze in de praktijk nauwelijks van de grond. Het middelengebruik staat nog steeds de toegang tot veel behandeling voor psychische stoornissen in de weg"

"Ik richt de behandeling voornamelijk op de verslaving, aangezien dat zo wordt opgedragen door de werkgever. Ik pak comorbide problematiek aan hoe en waar ik kan, maar de mogelijkheden zijn beperkt. Er is bijvoorbeeld geen ruimte voor EMDR, schematherapie, of een volledig CGT protocol gericht op angst/depressie"

"Kijken of ik hem kan motiveren iets te doen met de verslaving. het is lastig om iemand te begeleiden die een verslaving heeft"

Kader 4

Ad 4: Beide behandelen/onderzoeken

Een aantal respondenten geeft aan dat ze beide aandoeningen aanpakken: van het onderzoeken hoe de ene aandoening zich tot de andere verhoudt, tot aan zelf beide behandelen.

"Bespreekbaar maken en houden, proberen inzichten te geven, motiveren tot stoppen of anders minderen."

"Beiden serieus nemen, vind wel dat de verslavingsproblematiek een andere aanpak, in mijn ogen duidelijke en hardere aanpak, nodig heeft dan de psychische aandoening."

"Zowel inzetten op verslaving en psychiatrie, maar wel eerst onderzoeken of psychiatrische problematiek voortkomt uit de verslaving of hier los van staat."

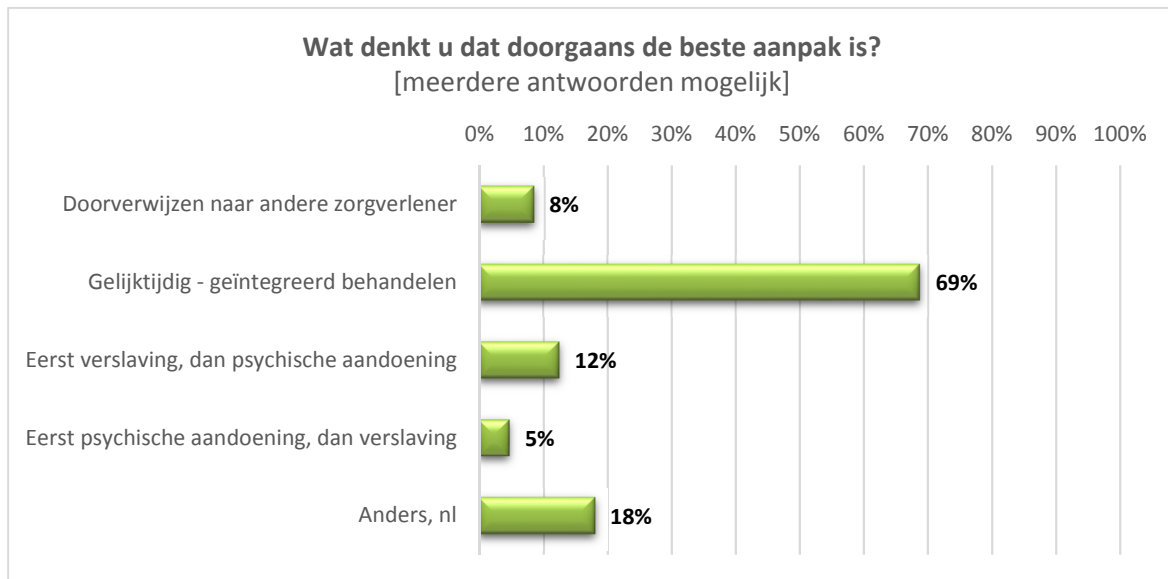
"Indien iemand niet openstaat voor verwijzing dan hou ik de patiënt zelf in behandeling voor zover er sprake is van een psychische aandoening anders dan verslaving, en hou ik het middelengebruik bij vrijwel ieder gesprek op de agenda."

"Eerst de verslaving behandelen: grip krijgen op gebruik en toewerken naar abstinentie om de overgebleven klachten goed in kaart te kunnen brengen en te kunnen behandelen."

"Onderzoeken wat de hoofddiagnose is en of het middelengebruik in functie staat van de psychische stoornis."

Kader 5

Tevens hebben we de respondenten gevraagd naar wat zij denken dat doorgaans de beste aanpak is. In figuur 4 staat vermeld wat respondenten daarop hebben geantwoord.



Figuur 4: Beste aanpak comorbiditeit

Ruim twee derde (68.8%) van de respondenten gaf aan dat het gelijktijdig of geïntegreerd behandelen doorgaans de beste aanpak is. Een kleine 18% gaf aan dat ze een andere aanpak de beste vonden, bijvoorbeeld afhankelijk van de motivatie en voorkeur van de cliënt, of afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek.

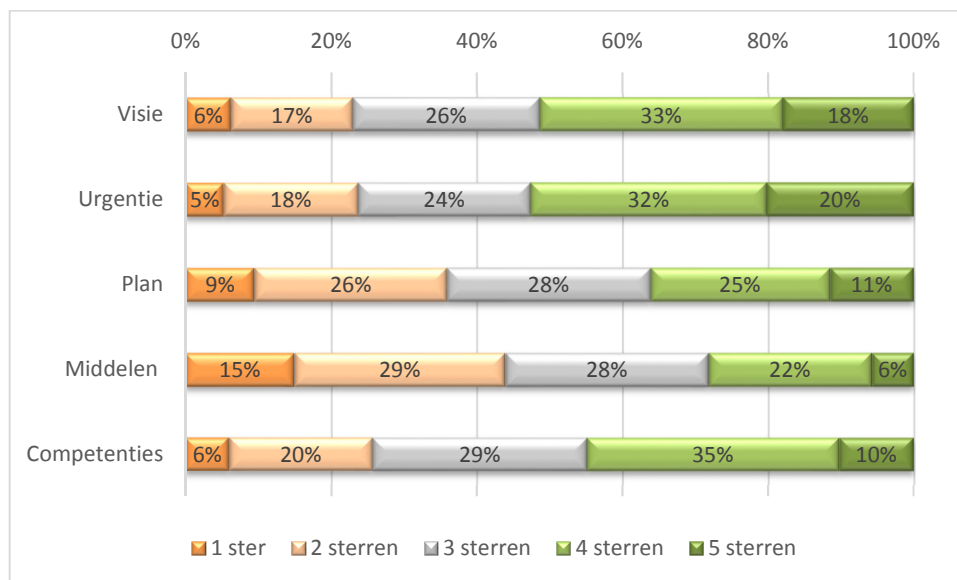
5.1.4 Randvoorwaarden voor goede zorg aan cliënten met comorbiditeit

Goede zorg vereist gunstige randvoorwaarden. Om de aanwezige randvoorwaarden en behoeften te achterhalen hebben we een aantal vragen gesteld afkomstig uit de verandermanagementtheorie van Knoster (Kolmos & De Graaff, 2007). We hebben de respondenten gevraagd in welke mate zij vinden dat er in hun organisatie sprake is van:

- **Visie:** in hoeverre is er een duidelijke visie over de preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving binnen uw organisatie of praktijk?
- **Urgentie:** in hoeverre ervaart u binnen uw organisatie of praktijk urgentie met betrekking tot aandacht voor preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving?
- **Plan:** In hoeverre is er volgens u een plan met betrekking tot het goed kunnen toepassen van preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving binnen uw organisatie of praktijk?
- **Middelen:** Zijn er volgens u genoeg middelen (vertaald in tijd, geld of materialen) voor het goed kunnen toepassen van preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving binnen uw organisatie of praktijk?

- **Competenties:** Heeft u voldoende competenties (voelt u zich voldoende bekwaam, bijvoorbeeld qua kennis en vaardigheden) voor het goed kunnen toepassen van preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving binnen uw organisatie of praktijk?

Respondenten konden met sterren aangeven in welke mate zij vonden dat deze factoren aanwezig zijn binnen hun organisatie. Vijf sterren geeft aan dat die factor compleet aanwezig is, en één ster wil zeggen dat die factor compleet afwezig is. Met een open vraag is vervolgens gevraagd om de behoeften op het betreffende gebied te beschrijven (zie figuur 5).



Figuur 5: Randvoorwaarden goede zorg

Te zien is dat de factor urgentie en visie het meest positief beoordeeld zijn; respectievelijk 52% en 51% van de respondenten geeft aan dat die factor voldoende aanwezig is, met 4 of 5 sterren. Slechts 28% en 36% van de respondenten geeft 4 of 5 sterren voor de factoren middelen en plan. Dat wil zeggen dat twee derde van de respondenten voor deze factoren aangaf dat ze niet of onvoldoende aanwezig zijn, voor de andere factoren is dat ongeveer de helft. Om aanknopingspunten te vinden voor verbetering op deze factoren, kijken we naar de respondenten die het meest kritisch zijn op de betreffende factoren en wat volgens hen verbeterd zou kunnen worden. Daarom staan hieronder de antwoorden samengevat van de respondenten die één of twee sterren (wat we classificeren als 'onvoldoende aanwezig') hebben gegeven.

Visie

Ongeveer een kwart van de respondenten (N=92) heeft aangegeven dat de factor visie onvoldoende aanwezig is. Op de open vraag hoe een duidelijke visie gevormd zou kunnen worden, hebben 48 van hen een antwoord gegeven (52.2%), uiteenlopend van toelichtingen tot suggesties voor verbetering. Zo bevestigt een respondent bijvoorbeeld dat er inderdaad een "...*duidelijke visie ontbreekt*" en dat de regel geldt dat "...*we mensen met een verslaving moeten doorsturen*". Ook geeft een respondent aan dat er "...*meer alertheid op verslaving gewenst is*". Tevens worden er concrete ideeën genoemd, zoals "*een breed gedragen document te ontwikkelen met handvatten hoe te handelen bij*

comorbiditeit". Een ander geeft aan dat de regio van samenwerkende partijen meegenomen moet worden: *"..een locatiegebonden visie-opdracht met betrekking tot comorbiditeit"*.

Urgentie

De factor urgentie is door 23% van de respondenten (N=95) aangemerkt als onvoldoende aanwezig. Op de open vraag, beantwoord door 38 respondenten (40%), wordt het gebrek aan urgentie bevestigd: *"Middelengebruik wordt te weinig als probleem gezien"* en *"...de sGGZ wordt uitgekleeft, ik moet meestal naar een 3^e lijns DD kliniek doorverwijzen"*. Oplossing is aanwezigheid van *"...een groot en gedeeld gevoel van het belang van een daadwerkelijk geïntegreerde aanpak"*.

Plan

De aanwezigheid van een plan is door 35% van de respondenten (N=144) met één of twee sterren beoordeeld. De open vraag werd beantwoord door 76 respondenten (52.8%). De verbetervoorstellen betroffen onder meer samenwerking, beleid en leren uit de praktijk. Zo moet de samenwerking worden verbeterd: *"een betere samenwerking tussen ggz, verslavingszorg, sociale wijkteams en verstandelijk gehandicaptenzorg"*, *"...er wordt wel verwezen, maar soms is denk ik een intensievere samenwerking zinvol"*, en *"kennisdelingsmomenten met het team verslavingspsychiatrie"*. Anderen wijzen op een duidelijker beleid: *"duidelijk beleid dat toepasbaar is in de praktijk en recht doet aan de wensen van cliënten"*. Tot slot werd het van belang is om te leren uit de praktijk genoemd: *"wie, wat waar, wanneer en minimaal één keer per jaar evalueren. Leren uit praktijkervaring..."* en *"..alleen door deze enquête bedenk ik me al dat we de verslavingspartner bij een evaluatie uit kunnen nodigen. Is nu niet gangbaar..."*.

Middelen

Het meest kritisch zijn de respondenten over de aanwezigheid van middelen: bijna de helft (44%) gaf daarvoor één of twee sterren (N=176). De open vraag is beantwoord door 96 respondenten (54.5%). De verbetervoorstellen voor dit onderwerp betroffen zowel tijd, geld als mankracht. Zo werd aangegeven dat *"afstemmen met andere behandelaren buiten een organisatie [...] tijd kost en dat dat er vaak onvoldoende is"*. Ook werd er aangegeven dat het nodig is om *"budget beschikbaar te stellen voor interne scholing"* en dat de *"deskundigheid op het gebied van verslaving een vast onderdeel in het team zou moeten zijn"*. Andersom werd dit ook aangegeven: *"meer medewerkers binnen mijn organisatie met ervaring en kennis vanuit de ggz [zijn nodig]"*. Heel praktisch werd ook aangegeven dat het nodig is om *"meer tijd/uren krijgen om voldoende aandacht te kunnen schenken aan de problematiek van de cliënt"*. Tot slot, een punt dat zowel competenties als middelen betreft, gaf iemand het volgende aan: *"Scholing! Ik mis elke vorm van scholing, begeleiding, of intervisie wat betreft behandelen van mensen met verslaving en comorbide problematiek"*.

Competenties

Meer dan een kwart van de respondenten (26%; N=103) geeft aan dat de factor competenties onvoldoende aanwezig is. Op de open vraag, beantwoord door 64 van hen (62.1%), gaven veel respondenten aan dat ze behoefte hadden aan meer scholing: *"Betere en gerichtere scholing m.b.t."*

verslaving én psychiatrie” en “permanent kunnen gebruik maken van scholing, deskundigheid kunnen consulteren”. Anderen wilden ook meer begeleiding: “Ik krijg geen enkele vorm van begeleiding wat betreft behandeling van comorbiditeit. De resultaten worden slechts door mezelf geëvalueerd. Door meer begeleiding zou ik me zekerder voelen”. Meer kennisuitwisseling werd ook genoemd: “Jaarlijkse terugkeerbijeenkomst over verslaving, zodat je up-to-date blijft”. Sommigen hadden ook concrete vragen: “Geïntegreerde behandeling verslaving en EPA: hoe doe je dat dan?”

5.2 Raadpleging cliënten

5.2.1 Respondenten

In totaal zijn 164 (voormalige) cliënten begonnen met het invullen van de vragenlijst. Van hen hebben 134 cliënten de vragenlijst volledig afgerond. In tabel 2 is een aantal kenmerken van de respondenten weergegeven. Eén derde van de respondenten gaf aan nu in behandeling te zijn, één derde in de afgelopen drie jaar, en één derde langer geleden. De meeste respondenten (70%) zijn (onder andere) in behandeling geweest voor verslaving aan alcohol of drugs en 44% is in behandeling (geweest) voor depressieve klachten. Een kwart van de respondenten geeft aan dat ze voor angststoornissen en persoonlijkheidsstoornissen in behandeling zijn (gegaan). Respondenten die aangaven dat de reden ‘anders’ was (19%), gaven vooral aan dat het autisme, PTSS, of eetstoornissen betroffen. Een ruime meerderheid van de respondenten (N=105; 64%) geeft aan dat ze voor meerdere klachten in behandeling zijn gegaan. Van de respondenten geven 73 (44.5%) aan dat ze voor zowel verslavingsproblematiek als andere psychische aandoeningen in behandeling zijn gegaan. In bijlage 7 staat een uitgebreidere beschrijving van de respondenten.

Tabel 2: kenmerken cliënten

In behandeling?	Aantal (percentage)
Ja, op dit moment	51 (31.3%)
Nee, wel in de afgelopen 3 jaar	50 (30.5%)
Nee, wel langer geleden	56 (34.1%)
Dat geef ik liever niet aan	1 (0.6%)
Anders, nl..	6 (3.7%)
Waarvoor in behandeling (meerdere opties mogelijk)	
Verslaving aan of problematisch gebruik van alcohol of drugs	115 (70.1%)
Depressie of depressieve klachten	73 (44.5%)
Angststoornis of angstklachten	39 (23.8%)
Persoonlijkheidsstoornis, persoonlijkheidsproblematiek	38 (23.2%)
ADHD / ADD	18 (11.0%)
Psychotische klachten	15 (9.1%)
Verslaving aan of problematisch gokken of gamen	7 (4.3%)
Manie of manische klachten	5 (3.0%)
Schizofrenie	5 (3.0%)
Anders, nl	31 (18.9%)

5.2.2 Signaleren en screenen

We hebben de respondenten ingedeeld op basis van hun antwoord op de vraag waarvoor ze in behandeling zijn gegaan:

- Verslaving en een andere psychische aandoening (N=73; 44.5%)
- Meerdere psychische aandoeningen (N=32; 19.5%)
- Alleen een verslaving (N=43; 26.2%)
- Alleen een psychische aandoening (N=16; 9.8%)

In tabel 3 hieronder staat per categorie aangegeven of er in de behandeling vragenlijsten zijn afgenomen voor het signaleren of screenen van de psychische aandoening of het alcoholgebruik⁸. Tevens staat erin of er gesproken is over de gevolgen van psychische aandoeningen en middelengebruik/verslaving en of cliënten vonden dat ze goed zijn voorgelicht.

Tabel 3: Behandelingen (verslaving/psychiatrie), vragenlijsten en informatie

	Verslaving & Psychische aandoening (N=73)*	Meerdere Psychische aandoeningen (N=32)*	Alleen een verslaving (N=43)*	Alleen een psychische aandoening (N=16)*
Heeft u een vragenlijst ingevuld over uw psychische klachten?				
Ja	39 (73.6%)	23 (76.7%)	13 (37.1%)	14 (93.3%)
Nee	9 (17.0%)	6 (20.0%)	16 (45.7%)	0
Weet ik niet meer / geef ik liever niet aan	5 (9.4%)	1 (3.3%)	6 (17.2%)	1 (6.7%)
Toen u in behandeling ging, dronk u toen weleens alcohol of gebruikte u wel eens drugs?				
Ja, alcohol (geen drugs)	29 (45.3%)	16 (51.6%)	23 (54.8%)	5 (31.3%)
Ja, alcohol en drugs	23 (35.9%)	2 (6.5%)	17 (40.5%)	3 (18.8%)
Ja, drugs (geen alcohol)	12 (18.8%)	2 (6.5%)	1 (2.4%)	1 (6.3%)
Nee, geen van beide	0	11 (35.5%)	0	6 (37.5%)
Dat geef ik liever niet aan	0	0	1 (2.4%)	1 (6.3%)
Heeft u een vragenlijst ingevuld over uw alcoholgebruik? Alleen gesteld aan de respondenten die aangaven dat ze alcohol dronken (N=119)				
Ja	36 (75.0%)	7 (38.9%)	27 (71.1%)	5 (62.5%)
Nee	12 (25.0%)	11 (61.1%)	11 (28.9%)	3 (37.5%)
Is tijdens uw behandeling gesproken over de risico's of mogelijke problemen en gevolgen van psychische klachten en middelengebruik en/of verslaving?				
Ja	34 (64.2%)	8 (26.7%)	19 (54.3%)	6 (40.0%)
Nee	11 (20.8%)	15 (50.0%)	9 (25.7%)	6 (40.0%)
Dat weet ik niet meer	8 (15.0%)	7 (23.3%)	7 (20.0%)	3 (20.0%)
Hoe goed vindt u dat u bent voorgelicht over de gevolgen van middelengebruik/verslaving en psychische klachten? (Schaal 1-5; 1 niet goed, 5 heel goed)				
Gem (SD)	3.8 (1.3) ^{ab}	2.9 (1.4) ^a	4.0 (1.0) ^b	3.0 (.73) ^a

* deze vragen zijn niet door alle respondenten beantwoord, de missende waarden zijn niet meegenomen in de waarden.

⁸ In de vragenlijsten is ook gevraagd naar het invullen van een vragenlijst over drugsgebruik, echter aangezien het aantal mensen dat drugs had gebruikt en niet voor een verslaving in behandeling is gegaan, dermate klein is (N=8), hebben we de antwoorden hier niet opgenomen.

Te zien is dat 70% tot 90% van de cliënten een vragenlijst heeft ingevuld voor de aandoening waarvoor ze kwamen. Structurele inventarisatie van psychische klachten bij mensen met alleen verslavingsproblemen lijkt minder frequent: daar heeft 37.1% een vragenlijst ingevuld. Echter, het kan mogelijk zijn dat er uit een signalering bleek dat er geen aanleiding voor systematische screening nodig was. Met betrekking tot het signaleren van alcoholgebruik, hebben we dat kunnen ondervangen. We hebben namelijk alleen aan de mensen die aangaven dat ze ten tijde van hun behandeling dronken, gevraagd of ze een vragenlijst hebben ingevuld. Ruim 60% van de respondenten met meerdere psychische aandoeningen geeft aan dat ze hier geen vragenlijst over hebben ingevuld. Gemiddeld genomen vonden de respondenten dat ze goed voorgelicht zijn over de gevolgen van middelengebruik en psychische aandoeningen; een meerderheid geeft hiervoor een 4 of een 5. Echter, respondenten die voor één of meerdere psychische aandoeningen in behandeling zijn gegaan, zijn wel kritischer over de voorlichting dan respondenten die (ook) in behandeling zijn gegaan voor verslaving ($F(3,124) = 5.45, p = .001$). Respondenten konden tevens een toelichting geven, dat hebben 59 respondenten gedaan (36%). Een aantal toelichtingen daarvan staat in kader 6 vermeld.

“Alcohol gebruik aangegeven en dat is niet opgepakt door veranderend psychiater”

“Door behandelaren is dit weinig besproken. Wat ik erover weet heb ik uit mijn studie gehaald.”

“Er is goed uitgelegd wat verslaving is en welke psychische klachten hiermee gepaard gaan.”

“Er is heel veel verteld over oorzaken en gevolgen.”

“Gedurende de periode van ambulante psychiatrie is alcoholverslaving NIMMER ter sprake gekomen. Wellicht was ik een meester in het verbergen en camoufleren. Zelf initiatief tot ontwenningsskliniek genomen. Toen alcohol als zelfmedicatie was weggevallen braken angst en depressie des te heftiger door.”

“Het heeft me 3 jaar gekost om binnen de ggz duidelijk te krijgen dat ik óók verslaafd ben”

“In het begin wist men niet van mijn psychische klachten dat is pas later uit gekomen”

“Voor mijn verslavingsproblematiek werd ik doorverwezen naar een aparte behandeling; alsof het toch twee aparte zaken waren. Er was geen overleg / samenwerking tussen deze hulpverlenende instanties.”

“Heb mijzelf nooit als alcohol verslaafde gezien. De instellingen voor mij gevoel ook niet. Hebben er nooit over doorgevraagd. Had wel moeten.”

“...het heeft vaak een wisselwerking op elkaar. Echter er alleen naar vragen is niet voldoende. Naar mijn mening is er te weinig kennis binnen de psychiatrie over verslaving.”

Kader 6

5.2.3 Behandeling

Aan de 73 respondenten die hebben aangegeven dat ze zowel voor verslavingsproblematiek als psychische problematiek in behandeling zijn gegaan, is gevraagd of ze voor beide problemen zijn behandeld en hoe dat ging. Bijna twee derde (63.6%) gaf aan dat ze voor beide problemen geholpen zijn, 21.2% gaf echter aan dat ze alleen voor hun verslaving werden geholpen⁹.

⁹ De overige respondenten gaven aan dat ze alleen voor de psychische klachten geholpen werden (3%) of dat het anders was gegaan (12.1%).

Behoeften met betrekking tot de behandeling

Op de open vraag 'Waar zou u behoefte aan hebben, of waar denkt u dat andere cliënten behoefte aan zouden hebben als het gaat om het behandelen of begeleiden van cliënten met zowel een verslaving als een andere psychische aandoening?' hebben 108 respondenten (65.9%) een antwoord gegeven. De onderwerpen die het vaakst genoemd werden, staan hieronder geïllustreerd met een toelichting en voorbeelden. Dit betreffen 1) gecombineerde behandeling, 2) bejegening, 3) de inzet van ervaringsdeskundigheid en 4) meer aandacht voor nazorg. Deze staan hieronder toegelicht met enkele voorbeelden in de kaders. Andere onderwerpen die terug kwamen, waren nog meer tijd voor de behandeling, meer focus op oorzaken en gevolgen, aandacht voor andere terreinen, zoals wonen, werk, meer aansluiting bij zelfhulpgroepen en meer kennisdeling van behandelaren onderling.

Ad 1: Gecombineerde behandeling

Het aanreiken van een behandeling waarin zowel aandacht wordt besteed aan psychische aandoeningen als aan de verslavingsproblematiek, of het middelengebruik, wordt door veel respondenten benoemd. Enkele voorbeelden staan hieronder in kader 7.

"Behandeling door één team. Benaderen als één persoon met meerdere problemen"

"De behandeling moet op beide zijn gericht. Bij de intake moet alles worden meegenomen en in de behandeling moet alles aan bod komen."

"Gecombineerde behandeling met verslavings-arts, ggz-verpleegkundige, psychologen, en ervaringsdeskundigen"

"Nu krijgen mensen met een verslavingsprobleem de mededeling dat ze eerst moeten stoppen en dan hulp krijgen bij de andere problemen. Nasr mijn mening moet dit veel meer gelijktijdig. Want als ze stoppen met gebruik. Komen de klachten intenser naar voren maar krijgen ze geen of onvoldoende tools om er mee om te gaan."

"Dat er meer instanties zijn die beide problematieken tegelijkertijd kunnen behandelen en niet via verschillende instellingen"

"Verslaving krijgt naar mijn mening te weinig aandacht in het geval van psychische aandoeningen. Als verslaving niet wordt aangepakt, geven de klachten mogelijk geen goed beeld van de psychische aandoening en/of verslaving (wisselwerking). Ook denk ik dat een cliënt die abtinent is succesvoller behandeld kan worden voor psychische aandoeningen."

Kader 7

Ad 2: Bejegening

Respondenten geven tevens frequent aan dat erkenning en begrip belangrijk zijn voor de behandeling (kader 8).

"Erkenning en waardering"

"Duidelijker maken dat het meer voorkomt dan men denkt . Uit de taboe sfeer halen. Men ziet het niet altijd aan de buitenkant maar moet net zo gewoon worden als een lichamelijk gebrek zoals gebroken arm. Niemand wil uiteindelijk afhankelijk worden van middelen"

"Gehoord te worden, oprechte en passionele behandelaren zonder oordeel, stigmatisering, maar volledige aandacht"

"Dat er niet gekeken wordt naar ons als junkies, we zijn mensen met een probleem."

"...het heeft vaak een wisselwerking op elkaar. Echter er alleen naar vragen is niet voldoende. Naar mijn mening is er te weinig kennis binnen de psychiatrie over verslaving."

Kader 8

Ad 3: Inzet van ervaringsdeskundigheid

Ook de inzet van ervaringsdeskundigheid wordt benoemd als belangrijke factor (kader 9).

"Gecombineerde behandeling met verslavings-arts, ggz-verpleegkundige, psychologen, en ervaringsdeskundigen."

"Ervaringsdeskundigheid inzetten, iemand die weet waar je het over hebt en voelt wat je bedoelt."

"Een combinatie van psychische ondersteuning begeleiding door psycholoog of psychiater (oorzaak) en begeleiding bij herstel in gedrag en verslaving door ervaringsdeskundige therapeut / coach (gevolg)."

"Inzet ervaringsdeskundigen vergroten en dan met name ook met een opleiding op psychiatrisch en/of verslavingsgebied."

"Ex-gebruikers en ex-psychiatrische cliënten meer gebruiken in nazorg trajecten."

"Doorverwijzen naar ervaringsdeskundigen"

Kader 9

Ad 4: Nazorg

Respondenten geven aan dat er ook na de behandeling contact of aandacht moet blijven. De mogelijkheid tot nazorg wordt door verschillende respondenten expliciet genoemd (kader 10).

"Veel meer focus op nazorg. Intensievere begeleiding na behandeling ambulante of klinisch. Weg van de absurde gedachte dat een verslaafde in staat is om met enkel ambulante hulp eruit te komen. Klinische behandeling is de kick start voor herstel waarna intensieve nazorg essentieel is om dat herstel te behouden."

"Een directe start van nazorg vanuit de detox bestaande uit hoe om te gaan met craving, en de behandeling van de psychische klachten"

"Nazorgtraject, contact blijven houden met de cliënt"

"Een duidelijk vangnet creëren en een bereikbaar telefoondienst buiten kantooruren."

Kader 10

5.3 Best practices

5.3.1 Voorbeelden aangedragen door professionals

Van de 474 professionals hebben 106 respondenten (22%) een antwoord ingevuld op de vraag of ze goede voorbeelden kenden op het gebied van de preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving. Daarvan betrof het in 23 gevallen opmerkingen, ideeën of algemene voorbeelden (zie een aantal daarvan in kader 11), 18 betroffen casussen of verhalen uit de eigen praktijk (zie kader 12) en in 65 gevallen noemde de respondent een (of meerdere) meer of minder concre(e)t(e) voorbeeld(en) van een locatie, afdeling of aanbieder waar die goede voorbeelden kende, of over gehoord had. Voor die 65 gevallen is een lijst opgesteld van in totaal 50 voorbeelden, over in totaal 34 organisaties of instellingen (zie bijlage 9). Hiervan werden er 21 aangedragen door een professional die bij de betreffende organisatie uit het voorbeeld werkte.

"Preventie voor terugval ligt veelal bij aanleren van vaardigheden in dagelijks leven en zinvolle dagbesteding. Begeleiding is goed, maar aanleren van vaardigheden waardoor cliënten zelf regie kunnen houden is gezonder en effectiever."

"Middelengebruik reguleren en constant bespreekbaar maken. De psychische aandoening behandelen vanuit een ervarings- en belevingsgerichte vaktherapie. Behandeling individueel afstemmen op iedere cliënt."

"Ervaringsdeskundige inzet, herstelondersteunend werken, benieuwd zijn naar de cliënt, oordeel loos zijn."

Een fundament vormen voor cliënten, ook als ze niet altijd aankomen. Langere behandelrelaties/vertrouwen vormen de weg tot succes. Soms duurt het 7 jaar om een doel te behalen; stel overzichtelijke kleine doelen om tot grotere doelen te komen.

"Door vroegtijdig thuisbegeleiding in te schakelen wordt de cliënt wekelijks praktiseren ondersteun. Wordt er snel gesignaleerd als een cliënt achter uit gaat en wordt de cliënt geadviseerd om dit te bespreken met zijn behandelaar."

"Cognitieve gedragstherapie aanbieden, nadruk leggen op motiverende gesprekstechnieken."

"Samenwerking somatische poli van FACT team met praktijkassistente huisartsen bij wens om te stoppen met roken."

"De richtlijnen die ontwikkeld zijn zoals EPA en somatische leefstijl."

"Signaleringsplan en steunend netwerk."

"Afdelingen DD. Maar in FACT team hebben we ook collega's die er hebben gewerkt of er cursussen voor hebben gedaan, of beide."

"Mondelinge informatie over de inwerking van een sigaret op je lichaam, of informatie over de verwerking van alcohol in je lichaam. Dit kan beter door iemand die er iets van weet zoals een ex-gebruiker of arts."

Kader 11

"Client worstelde vele jaren lang met een traumatisch verleden en huidige relaties. Pas toen ik de huidige partner kon laten inzien waarom cliënt soms zo reageert zoals deze reageert en de partner dit kon accepteren, kon cliënt het gedrag veranderen in meer geaccepteerd gedrag en werd de alcoholverslaving kleiner en minder problematisch."

"Niet echt [een goed voorbeeld], af en toe een uitzondering van iemand die goed aankomt en waar doorgepakt wordt."

"We hebben een cliënt die een aantal keren een enorme woede uitbarsting heeft gehad. De cliënt gebruikt af en toe harddrugs. Cliënt heeft in de nacht af en toe belevingen en overdag depressieve gevoelens. Deze cliënt was in het verleden op andere locatie niet echt open over het gebruik en heeft dit ook niet zo vaak met de behandelaar besproken. Omdat hij bij ons wel die ruimte was om over het gebruik te praten kwam er ook inzicht over de gevolgen hiervan, n.l. dat cliënt meer last had van psychotische belevingen en depressieve gedachten."

"Ik heb hier in de praktijk nog niet echt een goed en geslaagd voorbeeld van. De mensen met een verslaving zitten al een aantal jaar op de afdeling bij ons en we houden de verslaving redelijk onder controle bij de meesten. Maar echt een succesverhaal kan ik zo niet opnoemen."

"Als zelfsturend team wat onder 'algemene psychiatrie' valt hebben wij geen behoefte aan een duidelijke visie/plan m.b.t. psychische aandoening en verslaving. Binnen onze organisatie zijn er voldoende mogelijkheden en kennis beschikbaar. We weten welke weg we moeten bewandelen. Wanneer iemand meer zorg nodig heeft dan wij kunnen bieden, dan zorgen wij ervoor dat cliënt op de juiste plek met de juiste ondersteuning terecht komt."

"Onze afdeling Verslaving, waar we nauw mee samenwerken. De cannabisverslaving wordt behandeld vóór de PTSS behandeling."

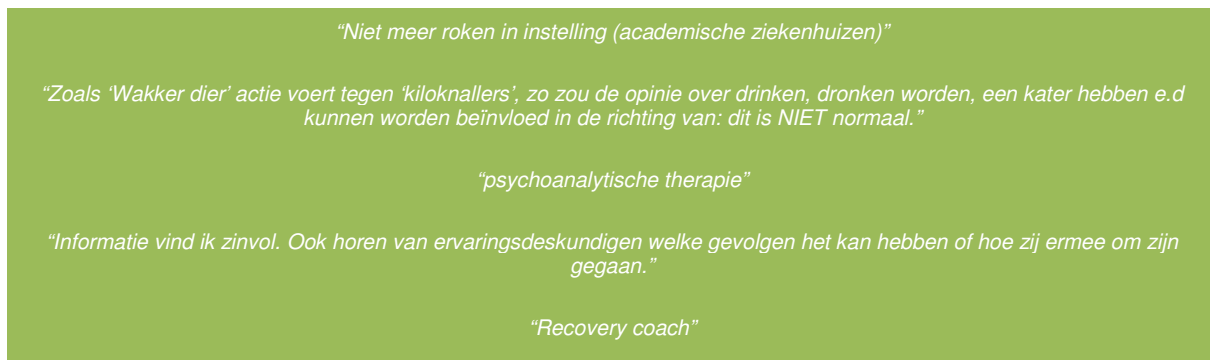
Kader 12

Er konden 31 voorbeelden aangemerkt worden als potentiële best practice: er was een organisatie genoemd, een afdeling, in veel gevallen een contactpersoon en er werden enige aanwijzingen gegeven over waarom dit volgens de respondent een goed voorbeeld zou zijn. Voorbeelden zijn niet meegenomen als er alleen personen genoemd werden, of als de beschrijving niet concreet genoeg was. In twee gevallen is daar een uitzondering op gemaakt, daar het een persoon betrof die meerdere

malen als goed voorbeeld werd genoemd en het in één geval ging om een scholingsaanbod ontwikkeld door deze personen – en dit erg goed past bij onderhavig project. De eerstgenoemde voorbeelden betreffen Dubbel diagnose klinieken en (F)-ACT teams. Tabel 4 (pagina 41) toont een selectie van de genoemde voorbeelden.

5.3.2 Voorbeelden aangedragen door cliënten

Van de 164 cliënten hebben er 53 (32%) een antwoord gegeven op de vraag of ze goede voorbeelden kenden op het gebied van de preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving. Daarvan betrof het in 5 gevallen opmerkingen ideeën of algemene voorbeelden (zie kader 13), 4 betroffen casussen of verhalen uit de eigen praktijk en in 44 gevallen noemde de respondent een (of meerdere) meer of minder concre(e)t(e) voorbeeld(en) van een aanbieder of organisatie waar die goede voorbeelden kende, of over gehoord had.



Kader 13

Een concrete afdeling of locatie is overigens zelden genoemd door cliënten: in de meeste gevallen betrof het alleen de organisatie, soms aangevuld met een naam van een behandelaar (of contactpersoon). De voorbeelden die bij de cliënten zijn opgehaald zijn daardoor algemener van aard dan die bij de professionals. Van de casussen of verhalen uit de praktijk, betrof het in alle vier de gevallen de cliënt zelf, zonder dat er genoemd werd waardoor. In twee gevallen werd een praktijk of organisatie genoemd.

Uit de opmerkingen van de cliënten is een lijst samengesteld van in totaal 33 voorbeelden van in totaal 36 organisaties of instellingen (zie bijlage 10). In bijna de helft van de gevallen betrof het voorbeeld de organisatie waar de cliënt zelf in behandeling is (geweest). In 17 gevallen is er door de cliënten aangegeven waarom zij dit een goed voorbeeld vonden, in de andere gevallen bleef het voorbeeld beperkt tot het noemen van de organisatie en/of aanpak. Meest genoemde voorbeelden betroffen specifieke aanbieders (waarvan Solutions, Trubendorffer en Tactus het meest werden genoemd) en de AA. Hieronder volgt per voorbeeld een beknopte beschrijving. In tabel 4 (pagina 40) is een selectie van de meest belangrijke voorbeelden te zien.

5.3.3 Selectie van de voorbeelden

Binnen de lijsten met voorbeelden van professionals en cliënten is een aantal voorbeelden aan te wijzen die tegemoet kunnen komen aan lacunes en behoeften die zichtbaar werden in het literatuuroverzicht en de resultaten uit de vragenlijsten. Dit betreffen voorbeelden a) waarin samenwerking tussen/integratie met aanbieders wordt genoemd op het gebied van verslaving en psychiatrie, b) die scholing betreffen, c) waar aandacht voor een respectvolle bejegening wordt genoemd, d) waar inzet van ervaringsdeskundigheid en nadruk op zelfhulp aan de orde is, e) met aandacht voor nazorg. Tevens lichten we er voorbeelden uit die een algemene aanpak betreffen, organisaties die meerdere malen genoemd zijn, of voorbeelden die over preventie gaan. Een overzicht van de voorbeelden is te zien in tabel 4 op pagina 39.

Flexible Assertive Community Treatment en ACT

FACT staat voor (Flexible) Assertive Community Treatment. FACT is voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA). Behandeling is gericht op het verminderen van de symptomen en leren omgaan met de aandoening. Begeleiding kan zich richten op alle levensdomeinen. In een FACT team werken verschillende hulpverleners samen, zoals psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, IPS Trajectbegeleiders, (Sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen (SPV), casemanagers en ervaringsdeskundigen. Tevens is verslavings- en rehabilitatiedeskundigheid aanwezig in het team, dat wil zeggen kennis over middelengebruik en behandeling hiervoor en over rehabilitatiemethodieken die meehelpen aan het door de cliënt weer opnemen van rollen in de maatschappij.

Voorbeelden van FACT teams waarin geïntegreerd behandeld wordt: FACT teams GGZ Friesland en VNN, Diverse FACT teams Antes, w.o. Spijkenisse, FACT team Oost Rotterdam, FACT Oost Brabant (adolescentengroep)

Voorbeelden van FACT teams waarbij samengewerkt wordt met verslavingspsychiatrie: FACT team Zwolle (Dimence): samenwerking met afdeling verslavingspsychiatrie, FACT team Zoetermeer (Parnassia).

Een voorbeeld van ACT (dat is gericht op cliënten met de meest complexe problemen) dat meerdere keren genoemd is, is BinG: Bemoeizorg in Groningen. BinG is voor mensen met complexe verslavings- en psychiatrische problemen, een dubbele diagnose. BinG biedt ambulante hulp, bijvoorbeeld op gebied van middelengebruik, gezondheid, wonen, familie en financiën. BinG is een samenwerking van Verslavingszorg Noord-Nederland (VNN) en Lentis. Het team bestaat uit onder andere een verslavingsarts, een ervaringswerker, psycholoog, ambulante verpleegkundigen, een psychiater en woon- trajectbegeleiders.

Geïntegreerd aanbod woonbegeleiding

Voorbeelden van woonvoorzieningen gericht op mensen met dubbele problematiek zijn de locatie Intensief Beschermd Wonen Rotterdam Prinsenland (op dezelfde locatie als het FACT Team Oost) en het initiatief Buurt M/V, beide van Antes. Tevens wordt de woonvoorziening Varikstraat van HVO-

Querido in Amsterdam Zuid-Oost genoemd. De Varikstraat biedt begeleiding en zorg waarbij samengewerkt wordt met de GGD, die de verslavingszorg regelt en Arkin die vanuit de ggz de psychiatrische zorg levert.

Scholing

Een voorbeeld van scholingsaanbod op het gebied van verslaving binnen de psychiatrie betreft een intern scholingsaanbod aan regiebehandelaren bij Mediant GGZ. Doel was om verslavingsproblematiek geïntegreerd te kunnen behandelen, kennis te optimaliseren en zorgpaden te ontwikkelen.

Een ander voorbeeld betreft voorlichting door verslavingsartsen van Triora aan huisartsen/apothekers die worstelen met het probleem dat cliënten die bij hun in beeld komen benzodiazepines en opiaten misbruiken en zij niet goed weten hoe hier mee om te gaan.

Klinieken voor dubbele diagnose/IDDT

Klinieken voor dubbele diagnose bestaan uit multidisciplinaire teams, die mensen behandelen waarvan de behandeling van de aandoening ernstig wordt gecompliceerd door het bestaan van twee problematieken (dubbele diagnose). Genoemde voorbeelden betreffen: kliniek dubbele diagnose Wolfheze (Iriszorg), verslavingszorg dubbele diagnose kliniek Hoofddorp (Brijder), het zorgprogramma dubbele diagnose van Emergis en Rodersana.

Aanbieders die meerdere keren genoemd zijn als goed voorbeeld

In vijf gevallen is SolutionS door cliënten genoemd als goed voorbeeld van zorg en behandeling voor mensen met een dubbele problematiek. Daarbij wordt het 12-stappenprogramma en het fellowship van de AA genoemd, evenals de zelfhulpgroepen en de aanwezigheid van ervaringsdeskundigheid. Deze aspecten, of een aantal daarvan, worden ook genoemd als kracht van Trubendorffer, Castle Craig, en Novadic Kentron. Tactus wordt ook driemaal aangedragen als goed voorbeeld, waar de geïntegreerde aanpak als sterk punt wordt aangedragen. Yes We Can Clinics – een private jeugdcliniek voor verslaving- wordt tweemaal genoemd, zonder specifieke redenen.

Diverse professionals en cliënten hebben de uitwisseling en samenwerking bij Brijder Verslavingszorg genoemd: intensieve schematherapie, de Emiliehoeve en uitwisseling tussen specialismegroepen verslaving (Brijder) en psychiatrie (Parnassia). Brijder heeft ongeveer 8 jaar geleden gekozen om comorbiditeit van verslaving en niet-EPA zelf integraal te behandelen. Een voorbeeld van de consequentie van dat beleid is dat er op elke locatie een EMDR-therapeut is. Daarnaast zijn er op regionaal niveau afspraken gemaakt over integrale behandeling (in FACT-teams bijvoorbeeld) van de cliënten in de regio die de comorbiditeit van verslaving en bipolaire stoornissen/chronische psychose hebben. Ook is er een afdeling voor schematherapie in Alkmaar voor de behandeling van comorbiditeit van verslaving en persoonlijkheidsproblematiek. De Emiliehoeve is omgebouwd tot een

afdeling voor klinische vervolgbehandeling van de combinatie van verslaving en comorbiditeit. Daar is gekozen voor Dialectische Gedragstherapie als behandelmethodiek.

Parnassia heeft (binnen haar specialismegroepen) een visie en beleid ontwikkeld voor de aanpak van comorbiditeit van verslaving met angststoornissen, PTSS en persoonlijkheidsstoornissen. De aanpak van comorbiditeit met psychose en met ADHD zijn nog in ontwikkeling.

Alcoholics Anonymus (AA)

In vijf gevallen wordt de AA (en soms de NA en de CA) genoemd als goed voorbeeld, waar de beschikbaarheid van groepen over de hele wereld en het blijven werken aan herstel worden genoemd als gunstige aspecten.

Het blad LEF

Lef Magazine is een publiekstijdschrift voor verslaafden in herstel, hun naasten en familieleden ('daarnaast zijn we er ook voor hulpverleners en iedereen die zich interesseert in alles wat met verslavingszorg te maken heeft'). De redactie geeft aan dat ze wil bijdragen de maatschappelijke opinie en beeldvorming over de ziekte verslaving en stigmatisering van het onderwerp op alle fronten wil tegengaan. De boodschap luidt dan ook: veranderen en genezen kan¹⁰.

¹⁰ <https://www.lef-magazine.nl/lef-magazine/over-lef>

Tabel 4: Overzicht best practices en bijdrage aan aspect

Voorbeeld	Aanbieder	Betreft							
		Samenwerking/integratie	scholing	respectvolle bejegening	ervaringsdeskundigheid/zelfhulp	nazorg	preventie	Meerdere malen genoemd	Genoemd door
(F-)ACT	BinG: Lentis & VNN	V			V			V	P
	GGz Friesland & VNN	V			V				P
	Antes (Spijkenisse)	V			V				P
	Parnassia (Oost Rotterdam, Zoetermeer)	V			V				P
	Dimence (Zwolle)	V			V				P
	GGz-Oost Brabant	V			V				
Schloingsaanbod regiebehandelaren	GGz-Mediant		V						P
Voorlichting huisartsen/apothekers	Triora		V						C
Uitwisseling tussen specialismegroepen	Brijder	V	V						C, P
Woonbegeleiding	Antes (Intensief Beschermd wonen, LOODDS/Buurt M/V)	V		V					C, P
	HVO-Querido (Varikstraat)	V							P

Klinieken dubbel diagnose/IDDT	Irizorg (Wolfheze)	V							P
	Brijder (Hoofdorp)	V							P
	Emergis	V							P
	Rodersana	V							P
Preventie	Tactus						V		P
	Mondriaan						V		P
Algemeen	Solutions	V			V	V		V	C
	Trubedorffer				V	V		V	C
	Castle Craig					V		V	C
	Novadic-Kentron				V			V	C
	Tactus	V						V	C
	Yes we can							V	C
AA	nvt				V	V			C
Het blad LEF	Nvt			V	V			V	C

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

Dit onderzoek heeft door raadpleging van literatuur en inventarisatie van ervaringen van cliënten en professionals zicht gegeven op de huidige stand van zaken met betrekking tot de beschikbare kennis over prevalentie, beloop en behandeling van cliënten met een (ernstige) psychiatrische aandoening en comorbide verslaving.

Samenvatting-literatuur

Uit de literatuur valt op te maken dat comorbiditeit van ernstige psychiatrische aandoeningen en verslaving vaak voorkomt: bijna de helft van cliënten in de zorg heeft op enigerlei manier te maken met deze comorbiditeit. Hierbij is behandeling moeilijk en het beloop is doorgaans ongunstig. Er zijn duidelijke aanbevelingen en ideeën voor de signalering, screening en behandeling voor deze doelgroep. Zo wordt aangegeven dat het inventariseren van middelengebruik en van psychische klachten gestructureerd dient te gebeuren: als er signalen zijn, dient er gescreend te worden met een daartoe geëigend instrument. Voor wat betreft behandeling, dient er aandacht voor beide aandoeningen te zijn, bij voorkeur in een geïntegreerde behandeling. Dit laatste is niet zozeer gestoeld op wetenschappelijke evidentie, maar eerder op ervarings- en praktijkkennis en voorkeuren van professionals en cliënten.

Samenvatting-praktijk

Hoewel dus sterk aangeraden in de literatuur, blijkt dat ruim een derde tot de helft van de professionals aangaven in de praktijk nooit een instrument te gebruiken om psychische- dan wel verslavingsproblemen te inventariseren. Vooral meetinstrumenten voor het inventariseren van verslavingsproblemen worden weinig gebruikt. Redenen hiervoor zijn veelal dat professionals aangeven dat het niet tot hun taken behoort-dat iemand anders dat doet in de organisatie-, maar daarnaast geeft 25 tot 40% van de professionals aan hier geen instrumenten voor te kennen. Uit de antwoorden op de open vragen valt op te maken dat professionals dit zelf ook als een omissie zien. Uit de ervaringen van de cliënten komt een beeld naar voren waarbij (ook als mensen in behandeling zijn voor de betreffende aandoening) er in een vijfde tot een kwart van de gevallen geen screeningsinstrument is gebruikt. Indien verslaving niet de primaire aandoening lijkt te zijn, worden screeningsinstrumenten nauwelijks ingezet. Opvallend is dat onder de cliënten die alcohol dronken, in een ruime twee derde van de gevallen het alcoholgebruik niet verder lijkt te zijn geïnventariseerd met een instrument (hoewel enige voorzichtigheid gepast is, daar de aantallen respondenten hier klein zijn). In de antwoorden op de open vragen komt uit een aantal opmerkingen naar voren dat cliënten dit wel gemist hebben. Kennis over wat als meest optimale manier van behandelen bij comorbiditeit wordt gezien, is aanwezig bij een ruime twee derde van de professionals. Vrijwel allen geven aan dat geïntegreerde behandeling de beste methodiek is. Ook een deel van de cliënten geeft aan behoefte te hebben aan gecombineerde zorg. Echter, het blijkt dat 1 op de 5 cliënten niet voor hun psychische

aandoening was geholpen, terwijl daar in hun ogen wel sprake van was. Andersom is in de open tekstvelden ook te lezen dat het alcoholgebruik van de cliënt, tijdens de behandeling voor psychische aandoeningen, onvoldoende aandacht heeft gehad.

Aan de vragen over de vijf randvoorwaarden voor het bieden van geëigende zorg is te zien dat steeds ongeveer de helft van de professionals aangeeft dat deze niet of slechts voldoende op orde waren, met uitschieters voor de randvoorwaarden 'Plan' en 'Middelen'. Hiervoor geeft een ruime twee derde aan dat dit mondjesmaat op orde is om goede zorg aan cliënten met comorbiditeit te bieden. Een gebrek aan tijd en mogelijkheden om tot kennisdeling en consultatie te komen worden vaak genoemd door professionals.

Op de vraag waar cliënten behoeften aan hadden op dit gebied van behandeling van comorbiditeit, geven zij aan dat een gecombineerde behandeling, maar ook de inzet van ervaringsdeskundigheid, een goede respectvolle bejegening en nazorg in hun ogen bijdragen aan goede zorg bij comorbiditeit. Bejegening bleek tevens als belangrijke factor genoemd in het onderzoek onder cliënten van VIP teams (Blonk et al., 2018). De cliënten zijn tevreden over hoe ze zijn geïnformeerd over psychische aandoeningen en middelengebruik, maar er is nog wel verbetering mogelijk vooral wat betreft voorlichting aan cliënten die in eerste instantie voor een psychische aandoeningen in behandeling komen.

De lijst met 25 best practices die is samengesteld naar aanleiding van door professionals en cliënten aangedragen voorbeelden, bevat voorbeelden van teams, aanpakken en organisaties die meerdere keren zijn genoemd, óf die bijdragen aan een aspect dat relevant is voor dit onderzoek: scholing. Van deze voorbeelden is te leren. Vaak is er sprake van samenwerking of integratie bij deze voorbeelden, evenals aanwezigheid van ervaringsdeskundigheid en nazorg.

Kort gezegd is het probleem van comorbiditeit van verslaving en (ernstige) psychiatrische aandoeningen groot, komen cliënten lang niet altijd in aanraking met de best passende zorg daarvoor, ondanks dat er kennis en behoefte bij professionals aanwezig is. Dat die kennis niet optimaal is, blijkt uit het feit dat relatief veel professionals niet op de hoogte zijn van screeningsinstrumenten en dat zij zelf aangeven dat de competenties onvoldoende aanwezig zijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat mogelijk niet alle professionals die de vragenlijst hebben ingevuld zelf betrokken zijn bij screening en diagnosticeren van cliënten. Indien zij dit niet als hun taakopvatting zien, zullen zij vermoedelijk minder kennis over mogelijke instrumenten hebben en beschikken zij minder over de benodigde competenties. Aanwijzingen voor verbetering hiervan ligt in de vijf randvoorwaarden: vaak is er gebrek aan visie, urgentie, een plan, middelen en competenties. Plannen en middelen lijken de meest gemankeerde randvoorwaarden, maar deze kunnen voortvloeien uit een gebrek aan de andere randvoorwaarden. Het is dus hoog tijd voor een aanpak die professionals in staat stelt passende zorg aan hun cliënten te kunnen bieden en dat hierbij op verschillende niveaus geacteerd moet worden.

Conclusies

Welke conclusies zijn er nu uit dit onderzoek te trekken?

Competentieverbetering door toegankelijke documentatie

Er is zeker verbetering mogelijk en nodig op het gebied van competenties van de professionals, zoals een deel ook zelf aangeeft als hun naar competenties wordt gevraagd. Een mogelijke factor hierin kan zijn het ontbreken van een richtlijnen op dit gebied, waardoor er geen vertrekpunt voor implementatie is. Zo is het opvallend dat er geen generieke module bestaat over Comorbiditeit verslaving en andere psychische aandoeningen. Het *addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen*, horende bij de MDR stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Hendriks et al., 2018) is een zeer belangrijke bron waarin veel kennis over dit thema voorhanden is. De positionering van dit document zorgt echter voor een beperkte beschikbaarheid van deze kennis voor professionals: zij die voornamelijk werken met cliënten die in eerste instantie een psychische aandoening en geen verslaving lijken te hebben, zullen deze richtlijn er niet snel bij pakken, noch professionals die vooral te maken hebben met cliënten met een alcoholverslaving. Het is daarom van belang dat deze kennis bij alle professionals terecht komt die werken met cliënten die psychische aandoeningen hebben en mogelijk middelenmisbruik of verslaving. Dit document belicht met name de betreffende middelen uit de MDR (cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepinen), en zijdelings ook alcohol en opiaten, maar geen comorbiditeit met tabaksverslaving. Een document gericht op de comorbiditeit met deze middelen zou een goede en belangrijke aanvulling zijn.

Inzicht in randvoorwaarden

De bereidwilligheid van professionals en cliënten om de vragenlijsten in te vullen, duidt erop dat dit onderwerp belangrijk is voor beide partijen, en er onder hen wel een gevoel van urgentie van dit probleem is. Ook het groot aantal ingevulde open tekstvelden is opvallend: op de verschillende open vragen is door ongeveer de helft van zowel de cliënten als de professionals geantwoord. Echter, professionals geven aan dat binnen hun organisaties de urgentie nog wel eens ontbreekt. Hier is dus ruimte en noodzaak om dit probleem verder aanhangig te maken.

Conform de literatuur geven ook de professionals aan dat geïntegreerd behandelen de aangewezen weg is bij deze doelgroep. Echter zelf doen ze dat meestal niet: de mogelijkheden in de organisatie zijn er veelal niet, waardoor ze moeten doorverwijzen. Ook laten ze vaak aan de cliënt over wat er gedaan wordt. Anderen geven aan dat er geen aanbod is, en spreken niet over doorverwijzen. Er wordt wel over samenwerking gesproken met verslavingszorginstellingen, maar niet over samenwerking met instellingen specifiek voor psychische aandoeningen. Het lijkt erop dat hun attitude conform de literatuur is, maar dat het niet altijd mogelijk is hieraan gevolg te geven. Mogelijk zijn dit voortvloeiende van het ontbreken van plannen en middelen: de wil is er, de kennis ook wel, maar aan

de daadwerkelijk uitvoering ervan kan door professionals individueel of in teamverband geen vorm gegeven worden.

Een voorbeeld waarin een visie is uitgewerkt in een plan, met voldoende middelen, met urgentie en bijdragend aan competenties is de manier waarop Brijder verslavingszorg gekozen heeft om verslaving en niet-EPA zelf integraal te gaan behandelen. Dit model is nu verder voortgezet waarvan ook moeder-maatschappij Parnassia Groep (en dus haar cliënten) van kunnen profiteren. Deze beweging is 8 jaar geleden al ingezet, wat weergeeft dat dergelijke veranderingen een lange adem vergen.

Als laatste: mogelijk hebben organisaties weinig zicht op welke randvoorwaarden op orde moeten zijn, willen ze goede zorg bij (het voorkomen van) comorbiditeit van verslaving en (ernstige) psychische aandoeningen kunnen bieden. Een hulpmiddel hierbij kan zijn om een korte checklist aan te bieden, zoals bijvoorbeeld vereniging Ypsilon die biedt voor naastenbeleid, of Samen Sterk zonder Stigma en Kenniscentrum Phrenos deze ontwikkelen voor destigmatiserend werken. Hiermee krijgen organisaties in een oogopslag helder wat hen te doen staat om implementatie van de behandeling van comorbiditeit voor elkaar te krijgen.

7 AANBEVELINGEN

Het veld voor de zorg van cliënten met verslaving en andere psychische aandoeningen overlapt. Dit onderzoek maakt duidelijk dat meer samenwerking, zorginhoudelijke kennisontwikkeling en -verspreiding en kwaliteitshandhaving vereist is voor beide sectoren. Uit dit onderzoek zijn verschillende aanbevelingen op te maken. Deze zijn onder te verdelen in randvoorwaarden, kennisontwikkeling en –verspreiding, samenwerking en onderzoek. Deze aanbevelingen worden - conform de opdracht- afgesloten met een aanzet tot een projectvoorstel voor een handreiking EPA-Verslaving, en een overzicht van subsidiemogelijkheden.

Aanbeveling 1: Zorg voor goede randvoorwaarden

De aanleiding voor dit onderzoek was een verondersteld gebrek aan kennis bij professionals in het veld voor wat betreft comorbiditeit van verslaving en (ernstige) psychische aandoeningen. Hoewel dit ook is aangetroffen, gaven ook veel professionals aan dat er niet aan de randvoorwaarden voor het bieden van hierop gerichte zorg wordt voldaan in hun organisatie of omgeving. Zonder iets aan die randvoorwaarden te doen, zal kennisontwikkeling alleen geen verandering en verbetering brengen in behandeling van deze comorbiditeit, en de ontwikkeling vastlopen op verwarring, weerstand, chaos, frustratie of angst –al naar gelang welke randvoorwaarde ontbreekt.

De eerste, voorwaardelijke, aanbeveling is daarom om in kaart te brengen hoe de genoemde randvoorwaarden idealiter invulling moeten krijgen. Daarvoor bieden de door professionals en cliënten opgehaalde best practices een goed vertrekpunt. Door verder uit te zoeken hoe de randvoorwaarden daar geregeld zijn, wat daar de belemmerende en bevorderende factoren waren, kunnen deze voorbeelden verder worden uitgenut dan in dit onderzoek mogelijk was. Van veel genoemde voorbeelden zijn contactgegevens beschikbaar, waarmee bovenstaande verder in kaart gebracht kan worden. Mogelijk kan informatie hieruit opgenomen worden in een implementatiehandreiking, als aanvulling op de inhoudelijke handreiking uit paragraaf 7.1.

Aanbeveling 2: Ontwikkel en verspreid materialen ten behoeve van kennisvermeerdering

Onze tweede aanbeveling is om goede materialen (door) te ontwikkelen en te verspreiden ten behoeve van het vergroten van kennis op dit onderwerp bij professionals en cliënten. Deze materialen betreffen het beschikbaar stellen en toegankelijk maken van een A) standaard/module over comorbiditeit, B) een training of handreiking en C) cliënteninformatie.

- A. Ontwikkeling Generieke Module Comorbiditeit Verslaving en andere Psychische Aandoeningen / Uitbreiding- en landelijke verspreiding van het Addendum comorbiditeit

Met de recente ontwikkeling van de zorgstandaarden en generieke modules, is het opvallend dat er geen standaard is over de comorbiditeit van psychische aandoeningen en verslaving. Er ontbreekt een generieke module met dit onderwerp. Dit hoeft geen nieuwe module te zijn, maar wel een waarin de juiste informatie betreffende de specifieke combinatie van aandoeningen te vinden is, met de

correcte doorverwijzingen. Een praktisch alternatief kan zijn om het 'addendum stoornissen in middelengebruik in combinatie met andere psychiatrische aandoeningen' van de MDR Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines (Hendriks et al., 2018) zodanig aan te passen, uit te breiden en te verspreiden dat het breed toegankelijk is voor de brede ggz-sector. Deze is op dit moment beschikbaar, echter niet toegankelijk vanwege de specifieke naamgeving.

B. Handreiking – training ontwikkelen – verspreiden

Een voornemen bij de start van dit traject was, dat onderhavig rapport onderlegger kon vormen voor nader te ontwikkelen handreikingen of trainingen. Dit onderzoek toont aan dat hieraan ook behoefte is. Echter, deze producten zullen hun weg niet vinden als ze niet landen op een plek waar de randvoorwaarden voldoende op orde zijn. Daarom raden we –eventueel parallel – zowel ontwikkeling van handreiking met inhoudelijke kennis en competenties aan, als implementatie van deze handreiking, gebaseerd op implementatiekennis en kennis uit de genoemde voorbeelden in dit onderzoek. Onderdeel van de handreiking kan een zogenaamde Quick Scan 'Goede zorg bij comorbiditeit' vormen: een checklist, waarmee teams of organisaties kunnen nagaan of de randvoorwaarden voor het bieden van goede zorg voor dit thema voldoende aanwezig zijn. Ontwikkeling van nieuwe trainingen is mogelijk niet nodig, want er is veel voorhanden bij instellingen en bijvoorbeeld bij het LEDD (<https://www.ledd.nl/scholing/trainingen1>). Wel is het van belang dat dergelijke trainingen landelijk bekend en uitgerold worden. Daarnaast heeft het LEDD ook kennisdocumenten op hun website staan, ook daaruit kan geput worden voor verdere ontwikkeling en verspreiding van informatie.

C. Cliënteninformatie

Het is van belang dat alle cliënten goed op de hoogte zijn van de relatie tussen middelengebruik en psychische klachten, juist ook ter voorkoming van ernstigere problematiek. Door het geven van informatie, bijvoorbeeld door het aanbieden van een duidelijke folder over het samengaan van middelengebruik en psychische klachten, is de cliënt alert. Mogelijk kan dit leiden tot het bespreekbaar maken van deze problematiek, waardoor het inzetten van vragenlijst ten behoeve van screening en monitoring in de dagelijkse praktijk ingezet kan worden.

Aanbeveling 3: investeer in een goede samenwerking tussen aanbieders van zorg bij psychische aandoeningen en aanbieders van zorg bij verslaving

Onze derde aanbeveling betreft een verbetering van de samenwerking tussen instellingen en professionals. Er is veel behoefte aan kennisdeling, maar onvoldoende mogelijkheid en tijd. Het lijkt erop dat niet alle professionals de mogelijkheden of contacten hebben om expertise te raadplegen. Vooral bij kleinere instellingen is dat vermoedelijk niet zo makkelijk. Tevens lijkt het niet gangbaar bij instellingen waar primair verslaving wordt behandeld om samen te werken met instellingen waar primair andere psychische aandoeningen worden behandeld. Instellingen dienen ondersteund te worden in hoe ze dit het beste aan kunnen pakken. Ook het recentelijk uitgevoerde onderzoek onder VIP-teams beveelt een goede samenwerking aan (Blonk et al., 2018). Het opzetten van een

Leernetwerk kan daaraan bijdragen. Naar het model van het Netwerk Vroege Psychose, Herstel voor Iedereen en het Autisme Netwerk Nederland van Kenniscentrum Phrenos, en het LEDD (gefaciliteerd door het Trimbos Instituut) kan een vergelijkbare aanpak aangewend worden voor onderhavig onderwerp.

Aanbeveling 4: doe onderzoek naar implementatievoorwaarden en preventie

Onze vierde aanbeveling betreft het uitvoeren van onderzoek naar implementatievoorwaarden – om de randvoorwaarden te optimaliseren- en preventie maatregelen. Dit kan door A) meer onderzoek te doen op de dataset van onderhavig onderzoek, B) verder onderzoek te doen naar de best practices en C) onderzoek te doen naar preventieve maatregelen.

A. Onderzoek op de bestaande dataset

We bevelen aan om meer onderzoek te doen naar implementatievoorwaarden. Op basis van onderhavig onderzoek kunnen er verdiepende vraagstellingen worden beantwoord over dit onderwerp. Zo kan met de beschikbare data uitgezocht worden welke professionals (in termen van functie, werkplek en cliënten) welke behoeften hebben. Ditzelfde kan gespecificeerd worden bij de data van de cliënten, in termen van diagnose, soort behandeling en middelengebruik. Met die gegevens kan men gericht inzicht krijgen in welke randvoorwaarden voor wie nodig zijn en wie waar behoeften aan heeft.

B. Onderzoek naar de best practices

Om meer te kunnen leren van de best practices, is het van belang deze nader te onderzoeken. Daarmee kan vastgesteld worden waarom het best practices zijn, welke kenmerken de voorbeelden hebben, of en hoe ze aan de juiste randvoorwaarden voldoen. Op basis daarvan kan besloten worden om bepaalde best practices, waar mogelijk, landelijk verder te implementeren.

C. Onderzoek naar preventieve maatregelen

Tot slot bevelen wij aan om onderzoek te doen naar de aanwezigheid en evidentie van preventieve maatregelen om de ontwikkeling en verergering van psychische aandoeningen en verslaving te voorkomen. Deze kennis dient dan goed verspreid te worden en mogelijk effectieve interventies kunnen dan worden geïmplementeerd.

7.1 Aanzet Projectvoorstel Handreiking EPA – Verslaving

Titel: Handvatten bij comorbiditeit EPA-Verslaving

Doel: Professionals versterken in hun competenties betreffende het signaleren, de behandeling en de begeleiding van cliënten met comorbide ernstige psychiatrische aandoeningen en verslaving.

Organisaties versterken op het gebied van het ontwikkelen van een visie en een plan op het gebied van het signaleren, de behandeling en begeleiding van cliënten met comorbide ernstige psychiatrische aandoeningen en verslaving.

Aanpak: Samen met professionals, wetenschappers en cliënten worden factsheets in de vorm van handreikingen en een training ontwikkeld. Daartoe wordt onderzocht welke trainingen al zijn

ontwikkeld op dit gebied. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van bestaande materialen. Deze kunnen dan landelijk worden uitgerold, of online (via ggz e-academy) worden aangeboden.

Inhoud: De trainingen en de factsheets bevatten informatie over *hoe* een professional kan handelen. Het gaat in op 1) wanneer en hoe er het beste gesignaleerd kan worden op welke problematiek, 2) wat te doen als er sprake is van comorbide problematiek – afhankelijk van de mate van problematiek, 3) wat te doen om te monitoren en de voortgang te bewaken, 4) hoe de behandeling eruit zou kunnen zien, wat de mogelijkheden zijn. Tevens is er ruimte voor elke organisatie om de belangrijkste samenwerkingspartner en contactpersonen op te nemen, met een aanpak hoe dat contact het beste kan worden geborgd. De argumentatie wordt in een separaat achtergronddocument verwerkt.

Zoals aangegeven, dienen deze handreiking vergezeld te worden van implementatiehandreikingen: zonder goede randvoorwaarden zullen het aanreiken en stimuleren van competenties niet landen. Deze handreikingen worden gebaseerd op informatie uit de aangedragen best practices uit onderhavig onderzoek.

Resultaat: Training, factsheets en achtergronddocumentatie.

7.2 *Subsidiemogelijkheden*

Scholingstraject en ontwikkeling voor het ontwikkelen of doorontwikkelen van een training over comorbiditeit; met specifieke aandacht en opleiding voor de 'andere' problematiek. Kennis aandragen in combinatie met praktische handvaten.

- **Sector plan plus:** (aan te vragen vanuit werkgever ten behoeve van professionals die werkzaam zijn in het primaire proces) – ook voor kortdurende trainingen en ontwikkeling. ("training en ontwikkeling: kortdurend (3 tot 40 uur). In het derde kwartaal van 2019 wordt bekend gemaakt wanneer de aanvraagperiode is voor het 4^e tijdvak (3^e loopt nu).
- **Zon MW: Duurzame uitwisseling tussen onderwijs en praktijk in het kader van verward gedrag** (aan te vragen door onderwijsinstelling – hogescholen, MBO's, samen met praktijkinstelling). Voor het oprichten van een Leernetwerk in het kader van verward gedrag. Dat zou een Leernetwerk comorbiditeit kunnen zijn. Het gaat in dit Leernetwerk om bij- en nascholing van professionals die een rol hebben in de ondersteuning voor mensen met verward gedrag. Van belang is dat cliënten en naasten centraal staan. **Deadline 21 mei 2019** (voor een volledige aanvraag). Hiervoor moet dus wel de koppeling comorbiditeit en verward gedrag worden gemaakt.
- **Zon MW: Gender en Gezondheid – Implementatieronde II.** Uit de literatuur blijkt een verschil in prevalentie van comorbiditeit (in soorten) tussen mannen en vrouwen. Met deze subsidie kan nader gekeken worden welke aanpak per geslacht het meest geschikt is. Maar het iligt minder in de lijn der verwachting en dient op zeer korte termijn worden aangevraagd. **Deadline 7 mei 2019** (voor een volledige aanvraag).
- **Innovatiefonds Zorgverzekeraars: (2020).** Innovatief is de kruisbestuiving van ggz en verslavingszorg. Professionals worden over en weer bijgeschoold en handige tools worden ontwikkeld. Mogelijk met een e-learning module via de e-academy?

- **Stichting Achmea Gezondheidszorg:** (Zilveren Kruis). Criteria voor toekenning betreffen onder meer dat het project 'leidt tot aantoonbare verhogen van kwaliteit van zorg' en het mag niet puur wetenschappelijk zijn. Bij de aanvullende criteria staat verder dat er een aantal aanvullende criteria zijn, waaronder: 'verbetering samenhang binnen de zorg' en 'landelijk uitrolbaar en kan geborgd worden binnen de reguliere zorgstructuren'. Past goed, maar de kans op toekenning is klein want de financiële middelen zijn beperkt omdat de reserves op zijn. De slagingskans is na te vragen.

8 KANTTEKENINGEN/BEPERKINGEN

Dit onderzoek kent een aantal kanttekeningen en beperkingen, waarvan de eerste en belangrijkste het brede onderwerp is. Het onderscheid tussen EPA, verslaving en andere psychische aandoeningen was niet altijd duidelijk te maken, het overlapt deels. Ook is het aandachtsgebied 'zorg' groot: preventie, behandeling en begeleiding. Dat dit toch breed is opgepakt, heeft te maken met de brede behoeften in de praktijk. Zo zijn op dit gebied al deze doelgroepen van belang, omdat het voorkomen van ernstige psychiatrische aandoeningen in combinatie met een verslaving, dient te gebeuren bij cliënten die mogelijk een risico hebben om deze combinatie te ontwikkelen. Door die breedte zijn veel en diverse bronnen in het literatuuroverzicht geraadpleegd, terwijl beperking in opname in dit rapport was gewenst. Het is mogelijk om met dit onderwerp een boek te vullen, waarin men specifiek kan gaan op de combinatie van verschillende verslavingen, met verschillende aandoeningen. Echter, we hebben besloten om meer algemeen te blijven, met als prijs het mogelijke gemis aan specificiteit.

Tevens hebben we verslaving afgebakend door tabaksverslaving niet mee te nemen. Daarmee mist het beeld over de comorbiditeit van psychische aandoeningen en tabaksverslaving. Reden is dat historisch gezien tabaksverslaving geen aandoening is die behandeld werd in de verslavingszorg. Echter, het staat op dit moment volop in de belangstelling en in vervolgonderzoek dient ook de comorbiditeit met deze verslaving verder te worden uitgezocht. Een kleine aanzet is gegeven door in dit onderzoek wel vragen over tabaksverslaving op te nemen in de vragenlijst voor professionals. De eerste resultaten daarvan zijn te zien in bijlage 8 en kunnen worden meegenomen in eventueel vervolgonderzoek.

Gevolgen van de brede scope is dat we bij het werven van respondenten voor de vragenlijsten geen eisen hebben gesteld aan type aandoening van cliënten of welke aandoeningen de professionals behandelden. Daarmee geven de resultaten de diversiteit van de praktijk weer. Echter daarmee zijn de resultaten ook divers en breed, en geven ze vooral een algemene indruk. Een andere kanttekening betreft representativiteit: we hebben geen zicht op de mate van representativiteit van de respondenten, zowel bij cliënten en professionals. Het betreft echter wel een flinke hoeveelheid respondenten (veel meer dan we van tevoren hadden verwacht), die wat betreft kenmerken divers zijn en we hebben geen opvallende afwijkingen kunnen waarnemen.

Een andere kanttekening betreft het uitvragen van de inzet van vragenlijsten bij cliënten; om te weten of er instrumenten zijn ingezet ten behoeve van het screenen van middelengebruik danwel psychische klachten, hebben we gevraagd of ze vragenlijsten hebben ingevuld. Echter, het is mogelijk dat ze denken dat ze niet hebben gedaan, terwijl er wellicht wel een vragenlijst is afgenomen in interviewvorm. De resultaten van deze inventarisatie zijn dan vermoedelijk niet besproken, maar het is niet met zekerheid te zeggen dat het ook niet is afgenomen op systematische wijze.

Verder hebben we beperkte gegevens verkregen over preventieve maatregelen om comorbiditeit van ernstige psychiatrische aandoeningen en verslaving te voorkomen. Reden hiervan is dat we in het literatuuroverzicht vooral hebben gezocht in bronnen die ingaan op comorbiditeit. Daarbij is dus al sprake van gediagnosticeerde psychische aandoeningen en verslaving. De gevonden literatuur geeft niet veel informatie over de preventieve maatregelen. Het is echter wel bekend dat een vroegtijdige

herkenning en behandeling van ADHD bij kinderen kan voorkomen dat er later een verslaving ontstaat (Ohlmeier et al., 2008; Wilens & Fusillo, 2007). Mogelijk geldt dat ook voor andere aandoeningen, maar dat vereist verder onderzoek.

Tot slot geeft het uitvragen van best practices via deze weg een zeer divers beeld en werden er veel voorbeelden gegeven. Dit resulteerde in minder gangbare voorbeelden dan die mogelijk zouden zijn genoemd als instellingen zelf zouden zijn benaderd. Het nadeel was echter dat het veel analysetijd vergde, en de voorbeelden verschilden in vorm, inhoud, en specificiteit, hetgeen clusteren bemoeilijkte. Ook dat zijn gevolgen van de brede scope van dit project.

Desalniettemin geeft dit project een breed beeld over wat er speelt op het gebied van behandeling en begeleiding van cliënten met verslaving en andere psychische aandoeningen én geeft het praktische aanknopingspunten om de zorg op dit gebied te bestendigen en verbeteren.

9 REFERENTIES

- Avery, J., Zerbo, E., & Ross, S. (2016). Improving Psychiatrists' Attitudes Towards Individuals with Psychotic Disorders and Co-Occurring Substance Use Disorders. *Academic Psychiatry, 40*(3), 520-522. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0361-6>. doi:10.1007/s40596-015-0361-6
- Blonk, O., Claver, J., & Hanegraaf, I. (2018). De Gouden hand. Van de handen in het haar, naar de handen in elkaar. In H. Utrecht (Ed.), (pp. 8). Utrecht.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine, 158*(16), 1789-1795.
- Claver, J., Blonk, O., & Hanegraaf, I. (2018). *Van de handen in het haar naar de handen in elkaar*. (stageverslag), Hogeschool Utrecht/Kenniscentrum Phrenos, Utrecht.
- de Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- de Ruiter, G., Van Greuningen, M., & Luijk, R. (2017). *Zorgthermometer ggz. Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg*. Retrieved from
- de Waal, M. M., Christ, C., Dekker, J. J. M., Kikkert, M. J., Lommerse, N. M., van den Brink, W., & Goudriaan, A. E. (2018). Factors associated with victimization in dual diagnosis patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 84*, 68-77. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547217301502>. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.001>
- Delespaul, P., & De Consensusgroep, E. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr, 55*(6), 427-438.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., van der Hoorn, B., Kroon, H., Muusse, C., Van Rooijen, S., . . . van Wamel, A. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Generieke_Module. (2017a). *Generieke Module Comorbiditeit*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Generieke_Module. (2017b). *Generieke Module Destigmatisering*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Generieke_Module. (2017c). *Generieke Module Ernstige Psychiatrische Aandoeningen*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction, 106*(6), 1114-1125. Retrieved from <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x>. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03407.x
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly, 82*(4), 581-629.
- Guiot, M. G. H., Smeerdijk, A. M., Franklin, L. C., & Kuiper, B. J. H. (2009). *Middelenafhankelijkheid en depressie. handleiding*. Utrecht GGZ Nederland.
- Hartz, S. M., Pato, C. N., Medeiros, H., Cavazos-Rehg, P., Sobell, J. L., Knowles, J. A., . . . Pato, M. T. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *JAMA psychiatry, 71*(3), 248-254.
- Hendriks, V., Blanken, P., Croes, E., & Schippers, G. (2018). *Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., & Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of*

- Systematic Reviews*(10). Retrieved from <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub3>. doi:10.1002/14651858.CD001088.pub3
- Kolmos, A., & De Graaff, E. (2007). *Management of Change. Implementation of problem-based project-based learning in engineering*. Rotterdam: Sense Publishers.
- Meyers, R. J., Roozen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach: an update of the evidence. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(4), 380-388. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23580022>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC3860533/>.
- Murthy, P., Mahadevan, J., & Chand, P. K. (2019). Treatment of substance use disorders with co-occurring severemental health disorders. *Curr Opin Psychiatry*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30973368>. doi:10.1097/YCO.0000000000000510
- Neven, A., Kool, N., Bonebakker, A. E., & Mulder, C. L. (2018). [Efficacy of integrated dual disorder treatment for dual disorder patients: a systematic literature review]. *Tijdschr Psychiatr*, 60(4), 231-240.
- NvvP/Trimbos/CCBH. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn Opiaatverslaving*. Utrecht: NVvP/Trimbos instituut.
- Ohlmeier, M. D., Peters, K., Wildt, B. T. T., Zedler, M., Ziegenbein, M., Wiese, B., . . . Schneider, U. (2008). Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol and alcoholism*, 43(3), 300-304. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/alcalc/agn014>. doi:10.1093/alcalc/agn014 %J Alcohol and Alcoholism
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 457-463.
- Posthuma, T., Vos, R., & Kerkmeer, M. (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp- richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Amersfoort: Resultaten Scoren / Parnassia.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/article/definition-and-prevalence-of-severe-and-persistent-mental-illness/44991EA2B93AD2537AED6383AC730137>. doi:10.1192/bjp.177.2.149
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2013). *MATE-Y 2.1a. Handleiding en protocol voor de MATE-Jeugd*. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Schippers, G. M., Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2011). *MATE 2.1. Handleiding & protocol*. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Snoek, A., Wits, E., & Meulders, W. (2012). *Richtlijn middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen. Addendum bij de mdr angststoornissen versie 1.0*. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Spijker, J., Bockting, C., Meeuwissen, J., van Vliet, I., Emmelkamp, P., Hermens, M., & van Balkom, A. (2013). Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie). *Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Ruhe, E., & Spijker, J. (2018). Comorbiditeit van psychische stoornissen.
- Torrens, M., Mestre-Pinto, J., & Domingo-Salvany, A. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).
- Van der Stel, J. (2006). *Co-morbiditeit: verslaving plus een psychische stoornis*: ZonMw.

- van Emmerik-van Oortmerssen, K., Vedel, E., Kramer, F. J., Koeter, M. W., Schoevers, R. A., & van den Brink, W. (2017). Diagnosing ADHD during active substance use: Feasible or flawed? *J Drug alcohol dependence*, *180*, 371-375.
- Van Wamel, A., & Neven, A. (2015). *Geïntegreerde behandeling voor cliënten met een dubbele diagnose*. Retrieved from Utrecht:
- Vektis. (2018, 30-8-2018). Ernstige Psychiatrische Aandoeningen. *Vektis Intelligence*.
- Verheul, R., Brink, W., & Hartgers, C. (1998). Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addict Behav*, *23*. Retrieved from [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00065-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00065-3). doi:10.1016/S0306-4603(98)00065-3
- Verheul, R., van den Bosch, W., & Ball, S. (2007). Verslaving en persoonlijkheidspathologie. In E. H. M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Eds.), *Handboek Persoonlijkheidspathologie* (pp. 387-402). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wilens, T. E., & Fusillo, S. J. C. P. R. (2007). When ADHD and substance use disorders intersect: Relationship and treatment implications. *9*(5), 408-414. Retrieved from <https://doi.org/10.1007/s11920-007-0053-3>. doi:10.1007/s11920-007-0053-3
- Wisselink, D. J., Kuijpers, W. G. T., & Mol, A. (2016). *Kerncijfers Verslavingszorg 2015. LADIS Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Zorgstandaard. (2017a). *Zorgstandaard Opiaatverslaving*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Zorgstandaard. (2017b). *Zorgstandaard Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.
- Zorgstandaard. (2017c). *Zorgstandaard Psychose*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

BIJLAGEN

1. *Flyer vragenlijst professionals*

2. Toelichting vragenlijst professionals

1. Werksituatie

Om te weten wat de stand van zaken is omtrent het signaleren, begeleiden en behandelen van cliënten met een verslaving en een andere psychische aandoening, is het van belang om informatie te verzamelen over de werksituatie van de professionals die worden bereikt. Met deze gegevens kunnen we tevens de reikwijdte van de bereikte professionals zien. Daartoe hebben we hun gevraagd wat hun beroep is, in welke setting ze werken en welke cliënten zij doorgaans behandelen. Tot slot hebben we hun gevraagd hoe vaak zij denken dat cliënten zowel een verslaving hebben als een andere psychische aandoening, zowel met betrekking tot hun eigen cliënten als met betrekking tot hun visie op het landelijke beeld.

2. Aanpak

Als eerste hebben we de professionals vragen gesteld over het signaleren van middelengebruik en psychische klachten. Naast een open vraag, hebben we tevens gevraagd of ze daartoe vragenlijsten inzetten. Als ze aangaven dit meestal niet te doen, hebben we hen naar de redenen gevraagd. Als tweede hebben we de professionals met open en gesloten vragen bevestigd over de behandeling of begeleiding van de cliënten met een verslaving en een andere psychische aandoening.

Deze vragenlijst, en het doel van het onderzoek, betrof niet de verslaving aan tabak. Echter, gezien de huidige ontwikkeling omtrent tabaksontmoediging en het belang van tabaksontmoediging voor deze groep, hebben we aan deze vragenlijst enkele stellingen toegevoegd over de rol die tabaksverslaving speelt in de huidige praktijk. Een van deze stellingen luidt bijvoorbeeld "Mijn organisatie / praktijk biedt behandeling voor tabaksverslaving", met een 5-puntsschaal kon aangegeven worden in hoeverre dit van toepassing is.

3. Mening en behoeften

De behandeling van verslaving en psychische aandoeningen wordt van oudsher in verschillende organisaties gedaan, een goede integratie, of aanpak omtrent comorbiditeit vereist een verandering. Het veranderingsmanagement model van Knoster geeft inzicht in wat er nodig is voor een succesvolle verandering (Kolmos & De Graaff, 2007). Dit model onderscheidt een aantal belangrijke factoren die aanwezig moet zijn, te weten visie, urgentie, plan, middelen en competenties.

Om te weten hoe de professional vindt hoe er vanuit zijn of haar organisatie gekeken wordt naar comorbiditeit, hebben we een aantal vragen gesteld die te maken hebben met veranderingen. Voor veranderingen of verbeteringen van routines of werkwijzen, zoals aandacht geven aan verslaving én psychiatrie binnen de zowel de ggz als de verslavingszorg, geldt dat de omstandigheden dusdanig moeten zijn dat dit ook daadwerkelijk gebeurt. Daarvoor moet een paar factoren aanwezig zijn. Er moet sprake zijn van een visie (met welk doel doen we dit en wat is er nodig?), mensen moeten de urgentie ervan inzien (waarom is het belangrijk en waarom nu), er moet een plan zijn (hoe gaan we dit uitvoeren), er moeten middelen zijn (geld of tijd) om de verandering te kunnen maken en er

moeten competenties of vaardigheden onder de uitvoerders zijn (voel ik me voldoende vaardig om de werkwijze uit te voeren?). Als al deze factoren aanwezig zijn, dan volgt er succes. Als (één van) deze factoren echter ontbreken, dan ontstaat er: verwarring, weerstand, chaos, frustratie of angst. In de vragenlijst kon voor elk van deze factoren aangegeven worden in hoeverre (met een 5-puntsschaal) deze factor aanwezig is binnen de eigen organisatie of praktijk. Tevens vroegen we per factor met een open tekstveld waar de professional behoefte aan had op dat gebied.

4. Best practices

Tot slot hebben we de professionals gevraagd of zij 'best practices' kenden op dit gebied. Dit konden zij aangeven in een open tekstveld, met de vraag: *“Tot slot zouden we nog willen weten of u goede voorbeelden kent op het gebied van de preventie en behandeling van cliënten met psychische aandoeningen en verslaving. Zo ja, kunt u een toelichting geven en aangeven wie we daarvoor zouden kunnen benaderen?”*

3. Vragenlijst professionals

4. Flyer vragenlijst cliënten

5. Toelichting vragenlijst cliënten

1. Situatie, klachten, behandeling

De vragenlijst begon met een aantal vragen over de situatie van de cliënt: voor welke klachten de cliënt in behandeling ging, wat voor soort behandeling dat is geweest, hoe hij/zij daar terecht gekomen is en bij wat voor organisatie de behandeling plaatsvond. Als de cliënt aan had gegeven in behandeling te zijn geweest voor verslaving en een andere psychische aandoening, dan vervolgde de vragenlijst met vragen over de inhoud van deze behandeling.

Om zicht te krijgen op de urgentie om psychische klachten en middelengebruik uit te vragen is aan alle cliënten gevraagd of zij, op het moment van de behandeling alcohol of drugs gebruikten. Tevens is gevraagd of zij vragenlijsten hebben ingevuld over middelengebruik en/of psychische klachten. Als zij aangaven dat ze alcohol of drugs gebruikten, dan volgde vragen over de hoeveelheid. Voor het alcoholgebruik zijn vragen van de AUDIT-C gesteld, een screeningsvragenlijst naar alcoholgebruik bestaande uit drie items (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn, & Bradley, 1998). Voor het drugsgebruik bestaat geen verkorte screener, om die reden hebben we gevraagd naar de frequentie van gebruik en het type middel.

1. Informatie en vragen over comorbiditeit

We hebben de cliënten gevraagd hoe vaak zij denken dat comorbiditeit van verslaving en andere psychische problemen voorkomt. Na een uitleg over de prevalentie en gevolgen, hebben we gevraagd in hoeverre ze vinden dat ze goed zijn voorgelicht hierover en hoe belangrijk ze vinden dat er naar zowel middelengebruik als psychische klachten wordt gevraagd. Zij konden op deze vragen met een 5-puntsschaal antwoorden.

Net als bij de vragenlijst voor professionals, hebben we ook aan de cliënten een viertal stellingen over tabaksverslaving voorgelegd. Een stelling luidt bijvoorbeeld 'Er is meer voorlichting nodig over de relatie tussen roken en psychische klachten'. Zij konden op een 5-puntsschaal aangeven in hoeverre zij het daarmee eens waren.

2. Mening en behoeften & 4. Best practices

Tot slot hebben we de cliënten gevraagd om in open tekstvelden aan te geven waar zij denken dat cliënten behoefte aan zouden hebben als het de behandeling en begeleiding betreft van cliënten met zowel een verslaving als een andere psychische aandoening. Ook hebben we gevraagd om aan te geven waarop zij denken dat de zorg verbeterd zou kunnen worden. Als laatste hebben we hen, net als de professionals, gevraagd of zij 'best practices' kenden op dit gebied. Dit konden zij aangeven in een open tekstveld. Cliënten konden ten slotte aangeven -door het opgeven van hun e-mailadres- of zij mee wilden dingen met de verloting van 100 cadeaubonnen van 15 euro (te besteden bij bol.com).

6. *Vragenlijst cliënten*

7. Resultaten: Kenmerken respondenten cliënten

Variabele	Aantal (percentage) ¹
In behandeling?	
Ja, op dit moment	51 (31.3%)
Nee, wel in de afgelopen 3 jaar	50 (30.5%)
Nee, wel langer geleden	56 (34.1%)
Dat geef ik liever niet aan	1 (0.6%)
Anders, nl..	6 (3.7%)
Waarvoor in behandeling (meerdere opties mogelijk)	
Verslaving aan of problematisch gebruik van alcohol of drugs	115 (70.1%)
Depressie of depressieve klachten	73 (44.5%)
Angststoornis of angstklachten	39 (23.8%)
Persoonlijkheidsstoornis, persoonlijkheidsproblematiek	38 (23.2%)
ADHD / ADD	18 (11.0%)
Psychotische klachten	15 (9.1%)
Verslaving aan of problematisch gokken of gamen	7 (4.3%)
Manie of manische klachten	5 (3.0%)
Schizofrenie	5 (3.0%)
Anders, nl	31 (18.9%)
Wat voor soort behandeling (meerdere opties mogelijk)	
Kort in kliniek opgenomen geweest (minder dan 6 weken)	49 (29.9%)
Lang in kliniek opgenomen (meer dan 6 weken)	85 (51.8%)
Kort ambuland (bv 1-2/wk gesprekken, gedurende minder dan 6 mnd)	37 (22.6%)
Lang ambuland (bv 1-2/wk gesprekken, langer dan 6 mnd)	74 (45.1%)
Onder begeleiding (bv Beschermd Wonen)	10 (6.1%)
Gecombineerd; kliniek en ambuland	32 (19.5%)
Anders, nl	27 (16.5%)
Hoe bent u in behandeling gekomen?	
Via de huisarts (of de POH-GGZ)	80 (48.8%)
Direct bij de instelling - praktijk	63 (38.4%)
Via het ziekenhuis	9 (5.5%)
Via een andere instelling - praktijk	22 (13.4%)
Anders, nl	40 (24.4%)
Leeftijd	
jonger dan 25	3 (2.6%)
25-40	36 (31.3%)
41-55	45 (39.1%)
56-70	28 (24.3%)
ouder dan 70	2 (1.7%)
dat geef ik liever niet aan	1 (0.9%)
Sekse	
Man	51 (44.3%)
Vrouw	62 (53.9%)
Dat geef ik liever niet aan	2 (1.7%)
Inschatting percentage comorbiditeit Landelijk	

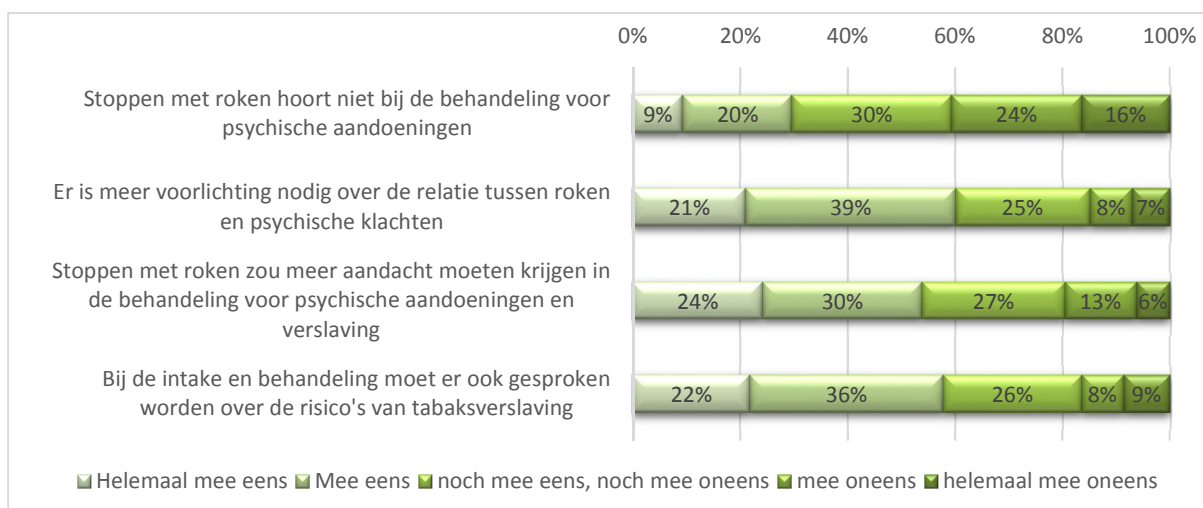
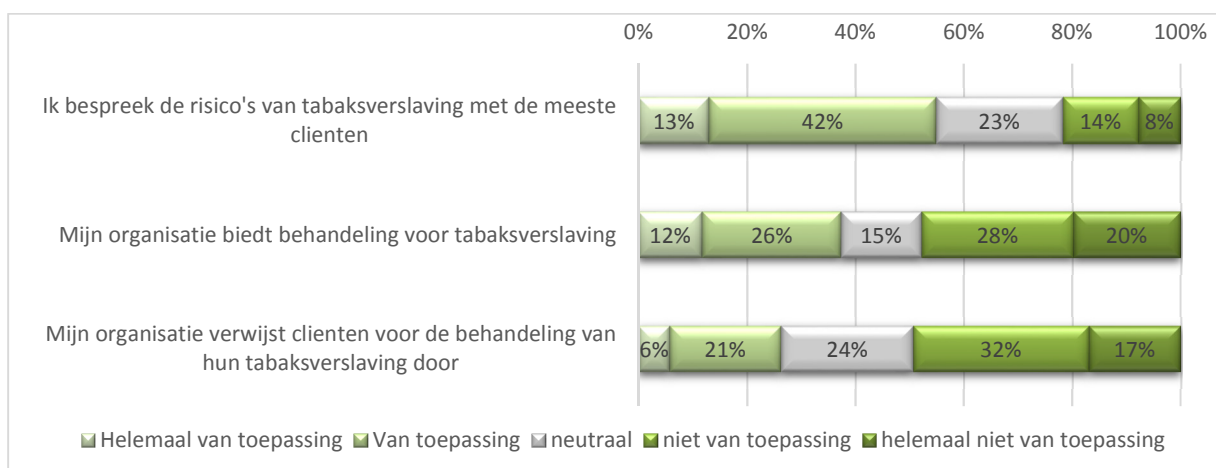
0-20%	2 (1.5%)
20-40%	14 (10.5%)
40-60%	29 (21.8%)
60-80%	49 (36.8%)
80-100%	32 (24.1%)
Weet niet	7 (5.3%)

* Het totaal aantal respondenten varieert bij deze vragen tussen de 115 en 164; Niet alle vragen zijn door alle respondenten volledig ingevuld.

Respondenten die alcohol dronken	Verslaving & Psychische aandoening (N=44)*	Meerdere Psychische aandoeningen (N=16)*	Alleen een verslaving (N=33)*	Alleen een psychische aandoening (N=8)*
Audit C - score				
Lager dan 6	1 (2.3%)	9 (56.3%)	1 (3.0%)	3 (37.5%)
6 en hoger	43 (97.7%)	7 (43.7%)	32 (97.0%)	5 (62.5%)
Gemiddelde (SD)	10.0 (1.9) ^a	5.3 (2.7) ^c	10.2 (2.4) ^a	7.8 (4.4) ^b

8. Resultaten: Over tabaksverslaving

In de figuren hieronder staan de antwoorden van respectievelijk de professionals en de cliënten op de stellingen over tabaksverslaving.



9. Overzicht voorbeelden aangedragen door professionals

	Aanbieder	afdeling/initiatief	beschrijving	Aantal keer genoemd	Potentiele Best practice?
1	Lentis & VNN	BING	Geïntegreerde behandeling vorm gegeven vanuit één team bestaande uit medewerkers van twee instellingen. Samenwerkingsverband tussen Verslavingszorg Noord Nederland en Lentis. Dit is een DD behandelteam met ACT werkwijze. Goed geïntegreerd team op het gebied van Dubbel Diagnose. Ook worden wij zowel door de Hanze Hogeschool en de RuG regelmatig gevraagd om scholing aldaar te doen. Ook binnen Lentis komen de meeste vragen op gebied van verslaving bij ons terecht.	3	Ja
2	Iriszorg	Wolfheze	Dubbeldiagnose kliniek	1	Ja
3	Trubendorffer		De kliniek heeft een duidelijke aanpak, duidelijke visie, duidelijk beleid.	1	Ja
4	Tactus	PRK	Veel persoonlijk contact, behandeling op maat	1	Nee
5		Niet nader omschreven	Met onderzoek en behandeling	1	Nee
6		Preventie team	X en Y zijn al 20 jaar toppers op gebied van preventie	1	Ja
7		Zelfhulpgroepen en preventie	Wij werken met preventiemedewerkers	1	Nee
8	Parnassia	Brijder	specialisme verslaving parnassia groep werkt met andere specialismen samen om beter aan te sluiten bij de behoefte/18 specialismen volgens de DSM waarbij 'verslaving' dus een apart specialisme is maar bijv samenwerkt met het psychose of depressie etc .	1	Nee
9		Brijder	Combinatie van vaardigheidstraining op gebied van verslaving en gedragstherapie in de vorm van schemagerichte therapie. Start vaak klinisch en wordt afgebouwd naar een dagklinische behandeling. Intensieve schematherapie	1	Ja
10		Brijder – Hoofddorp	Het dubbele diagnostiek opnametraject + GHB-aanbod van Brijder (Hoofddorp). Cliënten worden hier voor langere tijd opgenomen op de detox, zodat zij de kans krijgen om volledig 'schoon' psychisch onderzoek te ondergaan.	1	Ja
11		FACT team Zoetermeer	die steunsysteem betreft bij behandeling. Kijkt naar wensen van cliënt en mogelijkheden om te kunnen veranderen. Goed luisteren en echt willen leren kennen.	1	Ja
12		Parnassia groep - Antes - polikliniek verslaving – Spijkenisse (ook genoemd bij Antes)		1	Ja
13	Solutions		Nemen het Minnesotamodel als uitgangspunt van behandeling	1	Ja
14	Pluk & plenty	https://plukenplenty.nl/dit-zijn-wij/team-vrijwillgers/	Dagbesteding zonder druk naar werk	1	Ja
15	IDDT			1	Nee

16	GGZ Delfland	Ridder 8	Werkend volgens het CRA model is deze afdeling een mooi voorbeeld van respectvolle behandeling met succes. Tegenwoordig wordt op de afdeling ook eHealth ingezet	1	Ja
17	Kwintes	Locatie fasehuis	Op onze locatie is een groep bewoners actief met de werkgroep Lef, zij bespreken met elkaar de problemen die (ex)verslaafden ondervinden en hoe ze daar mee omgaan. De werkgroep wordt ondersteund door enkele begeleiders.	1	Ja
18		AC Jan Steen	Op AC Jan Steen was dit in ieder geval tot voor kort goed op orde. Daar was ook veel en met grote regelmaat contact met het netwerk zodat ieder wist waaraan gewerkt werd en waar tegenaan gelopen werd.	1	Ja
19	Emergis	Zorgprogramma DD/ism LEDD		1	Ja
20	De Brug	Katwijk	mensen die tgv verslaving in criminele circuit terecht zijn gekomen. waarbij contact gezocht wordt als mensen nog in detentie zitten. wordt start gemaakte met inventariseren van problemen en wensen voor behandeling begeleiding. krijgen een mentor, sprake van dagopvang, inzet kringloop	1	Ja
21	MEE	Zuid-Limburg	doet veel onderzoek en samenwerking betreft de gedetineerdenpopulatie en LVB, vaak ook in combinatie met verslaving en psychische problematiek.	1	Ja
22	Stevig-dichterbij		actief als behandelpartij betrokken bij de doelgroep LVB.	1	Ja
23	Mondriaan	Zuid-Limburg	een eigen preventietak heeft	1	Twijfel
24	Dimence		psychiater met veel kennis en kunde over het geïntegreerd behandelen van psychiatrie en verslaving	1	Ja, maar twijfel
25			ik ken X, een deskundige psychiater die zich inzet voor mensen met ASS en verslaving maar heeft ook veel kennis over persoonlijkheidsstoornissen.	1	Nee
26			werkt met dubbeldiagnose afdelingen verslavingspsychiatrie/dubbeldiagnose dimence	4	Nee
27			teamleiders zorg belangrijke rol in verspreiden en verbinden van gedachtengoed	1	Ja
28		FACT team (Zwolle?)	Toegankelijke leefstijl groep: geschikt voor mensen met matige concentratie, sociale fobie en verstandelijke beperking. We experimenteren hiermee bij ons FACT team, in samenwerking met afd verslavingspsychiatrie	1	Ja
29		Verslavingszorg Dimence Deventer	vind ik goed werken	1	Nee
30	Antes	Loods – Portugaal	Verscheidene cliënten hebben het traject daar met succes doorlopen. Mooie geïntegreerde behandeling en goede attitude tav verslaving en psychiatrie	1	Ja
31		Romanohof (BW)	Mooie geïntegreerde behandeling en goede attitude tav verslaving en psychiatrie	1	Ja
32			binnen een aantal FACT teams Antes wordt geïntegreerd verslaving en psychiatrie behandeld	1	Ja
33		Parnassia groep - Antes - polikliniek verslaving – Spijkensisse	(ook genoemd bij Parnassia)	1	Ja
34	GGZ Breburg	X	X is een bijzonder inspirerende man. Ervaringsdeskundig bovendien.	1	Nee
35	Jellinek		Goede ervaringen mee	1	Nee
36	GGNet	Herstelcentrum	Inzet ervaringsdeskundigen en voorlichting	1	Nee

37	Lievegoed		Een gestructureerde dagindeling waarbij gelet op de capaciteiten van de patiënt een passende behandeling kan plaatsvinden. Nu is het vrijblijvend echter zou het een wat meer verplicht karakter moeten krijgen. Elke dag een doel stellen waaraan gewerkt gaat worden.	1	Nee
38	H v.d. Hoevenkliniek		Is forensisch, maar m.i. een goed voorbeeld voor de wenselijke ontwikkelrichting. De v.d.Hoeven neemt als uitgangspunt, 'het leven van de opgenomen patiënt' o.m. ontwikkeld door X	1	Nee
39	Lentis			1	Nee
40	De Brouwerij		De brouwerij Amsterdam lijkt mij een toffe organisatie. en plek waar cliënten voor elkaar zorgen, meewerken en meedenken aan de zorg. Ik betrek nu zelf cliënten bij het bedenken van trajecten die hen beter voorbereiden op de detox. Nu ontwikkel ik een activeringstelsel gebaseerd op token economy om deze moeilijk activerende doelgroep in beweging te krijgen. er starten begin volgend jaar 3 pilots. Ik vind de brouwerij echt inspirerend.	1	Ja
41	HVO Querido	DD Varikstraat	benadert vanuit een woongroep diverse behandelaars, MDO	1	Ja
42	GGZ Mediant		X en Y gaven intern scholingsaanbod voor regiebehandelaren van Mediant GGZ. doel is om verslavingsproblematiek geïntegreerd te kunnen behandelen. Kennis geoptimaliseerd, zorgpaden ontwikkelt, geneesmiddelencommissie erbij betrokken, somatische poli protocollen gemaakt etc.	1	Ja
43	St Patrick's University Hospital / Trinity College Dublin, Ierland		X leidt een grote afdeling voor de behandeling van psychiatrische patiënten met comorbide verslaving. Zie zijn boek	1	Nee
44	Discus	Bierkalender	Klant houdt zelf bij hoeveel hij drinkt, er wordt inzichtelijk gemaakt wat de klant drinkt en hoeveel en ook wanneer, waarom bijvoorbeeld meer op woensdag? Wat levert spanning op. Kan eventueel uitgebreid worden met stemmingsiconen. Werkt heel goed bij klanten met LVB	1	Ja
45	Fivoor	X	Zij heeft ons zorgprogramma opnieuw ingericht aan de hand van resultaten scores. Zij heeft hierin de vaktherapie omarmd.	1	Nee
46	GGZ Centraal	De Duynenhof	95% comorbide probl (vaak ook nog LVB). Herstel gerichte benadering. Uitgaande van contact/ voorkomen dwang	1	Ja
47	ZIENN/GGZ Friesland/VNN	ACT Leeuwarden	Zij hebben goede resultaten geboekt met cliënten in de nachtopvang van ZIENN. http://zienn.nl/act/180113_hulp-aan-warrige-dakloze_lc/	1	Ja
48	Wij zijn Broer		werken met hun samen	1	Ja
49	GGZ Oost Brabant	start adolescentengroep met dubbeldiagnostiek	Binnen FACT is er een toename te zien van deze doelgroep	1	Ja
50	Pret in herstel			1	Ja

10. Overzicht voorbeelden aangedragen door cliënten

	Aanbieder	afdeling/initiatief	beschrijving	Aantal keer genoemd	Potentiele Best practice?
1	Triora verslavingszorg		voorlichting van verslavingsartsen aan huisartsen (in opleiding) ikzelf (dat was het voorbeeld, code 6 in BP SPSS)	2	Ja
2, 3, 4	De Skuul Texel, Enik in Utrecht, Lievegoed zorggroep, Castle Craig		Veel ruimte voor zelfhulp en herstel	1	Ja
5	Antes	Stichting buurt m/v, nu overgenomen door antes wmo	Praktische ondersteuning op het gebied van normaal leven. Financiën, afspraken maken en nakomen, huishouding op orde krijgen etc.	1	Ja
6	Solutions	12 stappenprogramma/ klinieken, Fellowship	Opname met een uitgebreid dagelijks programma met verschillende soorten therapie/Minnesota model (zelfhulpgroepen)	5	Ja, 5 genoemd
7	Yes We Can		Mijn zoon heeft in Yes we can gezeten. Ik zou zoiets ook wel willen zien voor volwassenen. Kliniek voor jongeren tussen de 1e en 23 jaar waar je 10 weken intern zit en het doel vooral is om bij je gevoel te komen en te kijken wat er allemaal onder ligt.	2	Ja
8	AA		mijn echtgenoot (alcoholist), die al 20 jaar alcoholvrij leeft dankzij AA. De verschillende AA groepen in Nederland zelfs in de hele wereld. Blijf werken aan je herstel. Het werkt als je er aan werkt. Gebruik maken van ervaringsdeskundigen,	5	Ja, 5x genoemd
9	De Viersprong		Mijn behandelaren wilden geen alcoholgebruik. Meldingsplicht werd van mij verwacht.	1	Ja
10	Elsden training, HBO geaccrediteerd en gaat uit van totale abstinentie. Dit is de enige manier om te kunnen herstellen van verslaving. Alle andere visies houden verslaving in stand.		LEF magazine, veel info en breekt de taboe die op verslaving heerst. Meer betaalde ervaringsdeskundigen die een goede opleiding hebben genoten. Geen Howie the harp of etc, deze hebben geen niveau.	1	Ja
11	PsyQ		Kan alleen zeggen dat ikzelf veel baat heb bij een behandeling waar mijn verslaving niet op de voorgrond staat maar vooral gekeken wordt naar mijn patronen. Dus vers-training en schematherapie.	1	Ja
12	Mondriaan zorg groep	Professionele begeleiding X bij Mondriaan	Inloopvoorziening Aambosveld Hier kunnen mensen met een ggz achtergrond terecht	1	Ja
13	PHASE 01		Ik weet van een organisatie welke nu bezig is met een sterk initiatief: een herstelgemeenschap. De focus ligt daar op uitgebreide nazorg en intensieve begeleiding naar een onafhankelijk en zelfredzaam leven	1	Ja
14	Ready For Change		Ik ben behandeld bij Ready For Change. Goed inzicht gekregen in mijn problematiek en de juiste handvatten aangereikt gekregen.	1	Ja

15	Silva Nederland, Rotterdam		Eigen regie in handen nemen door gebruik van eigenschappen die we allemaal hebben.	1	Ja
16	Stichting Voor Door Met		Cursus Herstellen doe je Zelf / WRAP	1	Twijfel
17	Trubendorffer		Combinatie GGZ en zelfhulpgroepen/ De kracht van prof en ervaringsdeskundigen samen!!!	3	Ja, 3x genoemd
18	Villa Ramadas Portugal		Change and Grow Persoonlijke ontwikkeling	1	Twijfel
19	Rodersana		Bij Rodersana wordt dit uitgebreid behandeld	1	Ja
20	Tactus		behandeling van verslaving en psychische problemen tactus (perfect)	3	Ja, 3x genoemd
21	VNN		X trauma en verslaving / hechtingsproblemen Y	1	
22	Castle Craig Hospital, Den Haag, Schotland		12 stappen minnesota programma i.c.m. therapie/ Ik had goede ervaringen bij Castle Craig	2	Twijfel,
23	Dimence		Tai Chi - cursus	1	Twijfel
24	Brijder	Geen afdeling genoemd/ emiliehoeve den haag	Schematherapie https://www.brijder.nl/onze-locaties/verslavingszorg-den-haag-kliniek-emiliehoeve	2	Twijfel, hoewel 2x genoemd
25	Jellinek Minnesota		mezelf	1	Nee,
26	Ggz breburg		X	1	Nee
27	LEF		Het blad LEF, Alle extra publiciteit in de media genereert een grotere bereidheid tot acceptatie en wil tot behandeling	2	Ja
28	Novadic Kentron		Door veel gebruik te maken van ervaringsdeskundigen	2	Twijfel, bij de een wel concreet bij de ander niet waarom
29	GGZ Momentum		De oorzaak van bepaald gedrag onderzoeken en door verschillende behandeltechnieken dit gedrag leren veranderen en te bestendigen. [inzet van] ervaringsdeskundige	2	Ja
30	Ggze		De behandeling van een vriendin met een borderline persoonlijkheidsstoornis die zij geniet op woenselse poort te Eindhoven pakt heel erg goed uit voor haar en is dus een goed voorbeeld	1	Twijfel
31	Iriszorg,			1	Nee
32	BAVO		Ervaringsdeskundigen inzetten	1	Twijfel
33	Stichting Voorkom		Ikzelf, geef les als ervaringsdeskundige	1	Nee