

**PROGRAMMATORISCHE FEDERALE OVERHEIDSDIENST
WETENSCHAPSBELEID.**

**Haalbaarheidsonderzoek voor de
evaluatie van behandelcentra voor
patiënten met dubbeldiagnose.**

Promotor: Prof. Dr. B. Sabbe (Universiteit Antwerpen).
Onderzoekster: B. De Wilde (Universiteit Antwerpen).

September 2003.

Inleiding. _____ **5****Luik A: Een onderzoek naar de haalbaarheid van een Belgisch evaluatieonderzoek.** _____ **6****1. Dubbele diagnose.** _____ **6**

- a. Dubbele diagnose (algemeen). _____ 6
- b. Dubbele diagnose (specifiek). _____ 9
 - 1. Prevalentie. _____ 9
 - a. Levensprevalentie psychotische stoornis – middelengebonden stoornis. _____ 9
 - b. Eigenlijke comorbiditeit psychotische en middelengebonden stoornissen. _____ 9
 - c. Enkele kanttekeningen betreffende deze prevalentiecijfers. _____ 10
 - 2. Beschrijving populatie. _____ 11
 - a. Socio-demografische kenmerken. _____ 11
 - b. Verloop en behandeling van de psychotische stoornis. _____ 12
 - c. Medische comorbiditeit. _____ 14
 - d. Forensische comorbiditeit. _____ 14
 - e. Cognitieve comorbiditeit. _____ 15

2. Behandeling dubbele diagnose patiënten. _____ **16**

- a. Lineaire behandelingen. _____ 16
- b. Parallele behandelingen. _____ 16
- c. Geïntegreerde behandelingen. _____ 16
- d. Elementaire componenten van geïntegreerde behandelingen. _____ 17
 - 1. Een (poging tot) gespecialiseerde assessment. _____ 17
 - a. De acute assessment. _____ 17
 - b. Het verder screenen en diagnosticeren. _____ 18
 - 2. Outreachend werken. _____ 22
 - a. Multidisciplinair case management. _____ 22
 - b. Assertieve outreach. _____ 23
 - 3. Motivationale gespreksvoering. _____ 23
 - 4. Counseling. _____ 26
 - a. Individuele counseling. _____ 26
 - b. Groeps counseling. _____ 27
 - 5. Farmacologische behandeling. _____ 27
 - 6. Psycho-educatie in verband met de psychotische stoornis & het middelengebruik. _____ 28
 - 7. Lange termijn perspectief. _____ 29
 - 8. Behandelingsstadia. _____ 29
 - a. Aanhaken. _____ 29
 - b. Overtuiging. _____ 29
 - c. Beslissen en actieve therapie. _____ 29
 - d. Consolidatie en hervulpreventie. _____ 29
 - 9. Werk met familieleden en/of andere leden van het sociaal netwerk van de cliënten. _____ 30
- e. Conclusie geïntegreerde behandelingen. _____ 31
- f. Belgische behandelingen voor dubbele diagnose patiënten. _____ 31
 - 1. Klinische pilootprojecten. _____ 31
 - 2. Het Psychiatrisch Centrum Sleidinge (PC Sleidinge). _____ 32
 - a. Personalia. _____ 32
 - b. Een multidisciplinair team. _____ 32
 - c. Een gespecialiseerde assessment. _____ 33
 - d. Outreachend werken. _____ 34
 - e. Motivationale gespreksvoering. _____ 34
 - f. Counseling. _____ 34
 - g. Farmacologische behandeling. _____ 37

h.	Psycho-educatie.	37
i.	Lange termijn behandelingsperspectief.	37
j.	Behandelingsstadia.	38
k.	Werk met familieleden en/of andere leden van het sociaal netwerk van de cliënten.	38
l.	Aanvullende componenten.	38
m.	Conclusie.	39
3.	Het Centre Hospitalier Psychiatrique (CHP).	39
a.	Personalia.	39
b.	Multidisciplinair team.	39
c.	Een gespecialiseerde assessment.	40
d.	Outreachend werken.	40
e.	Motivationale gespreksvoering.	41
f.	Counseling.	41
g.	Farmacologische behandeling.	41
h.	Psycho-educatie.	42
i.	Lange termijn behandelingsperspectief.	42
j.	Behandelingsstadia.	42
k.	Werk met familieleden en/of andere leden van het sociaal netwerk van de patiënten.	43
l.	Aanvullende componenten.	43
m.	Conclusie.	43
3.	Effectiviteit residentiële geïntegreerde behandelingen.	44
a.	Niet-experimenteel onderzoek.	44
b.	Semi-experimenteel onderzoek.	48
c.	Experimenteel onderzoek.	55
d.	Conclusie residentiële geïntegreerde behandelingen.	59
4.	Conclusies en aanbevelingen.	64
a.	Is er nood aan bijkomend effectiviteitonderzoek?	64
b.	Hoe dient een evaluatieonderzoek, meer bepaald een Belgisch evaluatieonderzoek, uitgevoerd te worden?	65
c.	De creatie van een protocol voor het Belgisch evaluatieonderzoek.	68
1.	Onderzoeksvariabelen met betrekking tot de patiënten.	70
a.	Socio-demografische variabelen.	70
b.	Meting behandelingstrouw.	70
c.	Maat voor het herval, voor de terugval.	70
d.	Variabelen met betrekking tot de psychotische stoornis.	70
e.	Variabelen met betrekking tot de middelengebonden stoornis.	70
f.	De veranderingsbereidheid:	71
g.	De levenskwaliteit:	71
h.	Het juridisch functioneren:	71
i.	Het familiaal functioneren.	71
j.	Het globaal functioneren.	71
2.	Onderzoeksvariabelen personeelsleden.	71
3.	Onderzoek behandelingskost.	71
Luik B: Voorstel onderzoeksprotocol en -design.		72
1.	Beschrijving populatie.	72
2.	Beschrijving instrumentarium.	72
a.	Onderzoek socio-demografische kenmerken patiënten.	72
b.	Onderzoek psychiatrische symptomatologie patiënten.	72
1.	Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay e.a., 1986).	73
2.	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1962; Ventura e.a., 1993).	73
c.	Onderzoek middelengebruik patiënten.	73
1.	Addiction Severity Index (ASI)(McLellan e.a., 1980).	73

2.	Clinician Rating Scales (Alcohol Use Scale (AUS) – Drug Use Scale (DUS)) (Drake e.a., 1990).	74
3.	Drug/alcohol 6-month follow-back calendar (Dartmouth Psychiatric Research Center, 2001).	74
d.	Onderzoek veranderingsbereidheid patiënten.	74
1.	Readiness to Change Questionnaire (RTQ) (Rollnick e.a., 1992).	74
e.	Onderzoek levenskwaliteit patiënten.	74
1.	De Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) (Wilkinson e.a., 2000).	74
2.	De Manchester short assessment of quality of life (MANSA) (Priebe, 1999).	75
f.	Onderzoek familiaal functioneren.	75
2.	McMaster Family Assessment Device (MFAD) (Epstein e.a., 1983; zie Schutte & Malouff, 1995).	75
g.	Onderzoek globaal functioneren patiënten.	75
2.	Clinical Global Impressions (CGI) (Guy, 1976; zie Schutte & Malouff, 1995).	75
3.	Global Assessment of Functioning Scale (GAF)(Goldman e.a., 1992)..	76
h.	Onderzoek professioneel functioneren personeelsleden.	76
1.	Nurse Stress Index (NSI) (Harris, 1989).	76
2.	Leidse Arbeidskwaliteitsschaal (LAKS) (Van der Doef & Maes, 1999).	76
3.	Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 1986).	76
3.	Beschrijving onderzoeksprotocol (tabel 27).	77
4.	Beschrijving onderzoeksdesign.	78
	Bijlagen.	79
	Bijlage 1: DSM-IV criteria ernstige persisterende psychiatrische stoornissen van psychotische aard (American Psychiatric Association, 1995).	79
1.	Diagnostic criteria for schizophrenia.	79
2.	Diagnostic criteria for schizophreniform disorder.	80
3.	Diagnostic criteria for schizoaffective disorder.	81
4.	Diagnostic criteria for delusional disorder.	81
	Bijlage 2: DSM-IV criteria middelengebonden stoornissen (American Psychiatric Association, 1995).	83
1.	Diagnostic criteria for substance dependence.	83
2.	Diagnostic criteria for substance abuse.	84
	Bijlage 3: Sociodemografische gegevens dubbele diagnose eenheid Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús (Martorell, Spanje) (naar Valls Lapica, 2002).	85
	Bijlage 4: Werkbezoek Sankt Hans Hospital (Roskilde, Denemarken).	86
	Bijlage 5: Werkbezoek Germanes Hospitalàries del Sagrat cor de Jesús (Martorell, Spanje).	94
	Referenties.	105

Inleiding.

Dit onderzoek, gevoerd in opdracht van de programmatorische federale overheidsdienst wetenschapsbeleid, kan het best gekaderd worden binnen de “European Union Strategy on Drugs 2000-2004” (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) & Europol, 1999) en de “Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek” (2001). In beide documenten wordt immers gestipuleerd dat de maatschappij niet alleen een daling in negatieve consequenties van het druggebruik doch ook een daling in het aantal druggebruikers beoogt. Volgens de “European Union Strategy on Drugs 2000-2004”, uitgegeven door het EMCDDA en Europol (1999), houden deze doelstellingen ook rechtstreeks verband met de evaluatie van de effectiviteit van de behandelingspraktijk.

In de “Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek” (2001) engageerde de federale regering zich te investeren, zowel in de ondersteuning als in de evaluatie van een aantal nieuwe behandelvormen van dubbele diagnose patiënten, in casu patiënten met een psychotische en een middelengebonden stoornis (infra). Concreet betekent dit dat medio 2002 onder andere gestart diende te worden met twee klinische pilootprojecten voor dubbele diagnose patiënten. Daar er op heden geen consensus bestaat in verband met de effectiviteit van deze behandelingen (Vb: Drake e.a., 1998; Ley e.a., 2002), werd het onderhavige onderzoeksteam gevraagd te onderzoeken hoe een effectiviteitonderzoek dient uitgevoerd te worden. Deze onderzoeksopdracht is duidelijk tweeledig daar eerst dient nagegaan te worden of de uitvoering van een dergelijk onderzoek haalbaar is, en vervolgens ook beschreven dient te worden hoe dit onderzoek dient te verlopen.

In dit rapport vindt u het eindverslag van het “Haalbaarheidsonderzoek voor de evaluatie van behandelcentra voor patiënten met dubbeldiagnose”. Het verslag omvat twee luiken. In een eerste luik wordt een overzicht gegeven van de beschikbare wetenschappelijke literatuur over dubbele diagnose patiënten (hoofdstuk 1), over de geïntegreerde behandeling van deze patiënten (hoofdstuk 2) en over de evaluatie van de residentieel geïntegreerde behandelingen (hoofdstuk 3). Rekening houdend met de bevindingen uit dit literatuuroverzicht, wordt in hoofdstuk 4 een antwoord geformuleerd op de volgende vragen:

1. Is de uitvoering van een evaluatieonderzoek van behandelcentra voor dubbele diagnose patiënten zinvol?
2. Is een dergelijk onderzoek realiseerbaar?
3. Is ook de uitvoering van een Belgisch evaluatieonderzoek mogelijk?

De praktische toepassing van dit laatste hoofdstuk vindt u in het tweede luik waar het onderzoeksprotocol en -design voorgesteld worden.

Luik A: Een onderzoek naar de haalbaarheid van een Belgisch evaluatieonderzoek.

1. Dubbele diagnose.

a. Dubbele diagnose (algemeen).

In een breed kader verwijst de term “dubbele diagnose” naar “het tezelfdertijd voorkomen van een mentale (psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornis) en een middelengebonden stoornis”.

“Die groep van mensen die, tijdelijk of langdurig, lijden aan een of andere psychiatrische aandoening (bv. depressie of angststoornis) en gelijktijdig problemen hebben met hun middelengebruik (alcohol, medicatie of illegale drugs).” (Dom, 2000a, p 17).

“The co-occurrence of substance abuse and severe mental illness.” (Drake e.a., 2001, p 469).

“The coexistence of any psychiatric disorders and substance use disorders in the same individual.” (Williams, 2002, p 7).

“Those people who are experiencing a combination of mental/emotional/psychiatric problems with the abuse of alcohol and/or other psychoactive drugs. More technically speaking, and in diagnostic terms, it refers to any combination of mental health and substance use disorders, as defined for example on either Axis I or Axis II of DSM-IV.” (Centre for addiction and mental health, 2002, p v).

Deze grote eensluidendheid qua definities staat in schril contrast met de heterogeniteit¹ van de aldus omschreven patiëntenpopulatie (Vb: Alcorn e.a., 1999; Drake & Wallach, 2000). Men kiest er dan ook vaak voor deze populatie onder te verdelen in meer homogene categorieën (infra). Afhankelijk van de gekozen indelingscriteria, bekomt men verschillende classificatiesystemen.

Het meest gehanteerde classificatiesysteem werd ontwikkeld door Ries (1993), die gebruik maakte van de volgende twee criteria:

- Ernst psychiatrische symptomen/stoornissen (laag – hoog).
- Ernst middelengebonden symptomen/stoornissen (laag – hoog).

De combinatie van deze criteria levert vier verschillende categorieën op (tabel 1). Per categorie wordt ook aangegeven hoe de samenwerking tussen de verslavingszorg (VZ) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) dient te verlopen én op welke wijze de patiënten behandeld dienen te worden.

¹ Deze heterogeniteit betreft zowel de aard (Vb: psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis) als de ernst (Vb: lage of matige ernst) van de comorbiditeit.

Tabel 1: Mogelijke vormen van comorbiditeit (naar Ries, 1993).

		Ernst psychiatrische symptomen/stoornissen.	
		<i>Laag.</i>	<i>Hoog.</i>
Ernst middelen-gebonden problemen / stoornissen.	<i>Laag.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Overleg GGZ – VZ. • Ambulante GGZ en/of VZ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking GGZ – VZ. • Ambulante en/of residentiële GGZ.
	<i>Hoog.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Samenwerking GGZ – VZ. • Ambulante en/of residentiële VZ. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integratie GGZ – VZ. • Een gespecialiseerde behandeling – multi-disciplinair team.

Ryglewicz & Pepper (1996) ontwikkelden een vrij gelijkaardig classificatiesysteem. Ook deze onderzoekers meenden immers dat de populatie dubbele diagnose patiënten aan de hand van twee criteria (ernst mentale stoornis (psychiatrische stoornis of persoonlijkheidsstoornis en andere mentale/emotionele problemen) – ernst middelengebonden stoornis (verhoogde kwetsbaarheid – gebruik – misbruik – afhankelijkheid – verslaving)) in vier subgroepen opgesplitst kan worden (tabel 2):

Tabel 2: Mogelijke vormen van comorbiditeit (naar Ryglewicz & Pepper, 1996).

Subgroepen binnen de dubbele diagnose populatie.
A major mental illness and a major problem with alcohol and/or drug abuse, dependence or addiction.
A major mental illness and a special vulnerability to the effects of alcohol and other drugs.
Personality disorder and/or mental/emotional problems that are complicated and aggravated by alcohol and/or street drug use or abuse, but no major mental illness that in itself would produce psychotic episodes or require hospitalization.
Diagnosed or identified alcohol/drug abuse, dependence or addiction, plus personality disorder or other mental/emotional/cognitive problems, that are masked by the substance use and which may increase during withdrawal.

De clusteranalyse van Luke & Mowbray (1996) resulteerde in een omvangrijker classificatiesysteem. De zeven clusters (tabel 3) lijken georganiseerd te zijn rond de volgende twee dimensies:

- Het eigenlijke functioneren. De operationalisering van dit begrip gebeurde aan de hand van de subschalen van de Addiction Severity Index (ASI; McLellan e.a., 1980)².
- Het middelengebruik: het gebruik van alcohol en/of drugs.

Tabel 3: Mogelijke vormen van comorbiditeit (naar Luke & Mowbray, 1996)³.

Dubbele diagnose patiënten.	Ernst psychiatrische en andere problemen.	Ernst alcohol-gebruik.	Ernst drug-gebruik.
Best functionerend.	Laag.	Laag.	Laag.
Ongezond alcoholmisbruik.	Hoog.	Hoog.	Laag.
Functionerend alcoholmisbruik.	Matig.	Hoog.	Laag.
Drugmisbruik.	Hoog.	Laag.	Hoog.
Functionerend polymisbruik.	Matig.	Hoog.	Hoog.
Crimineel polymisbruik.	Hoog.	Hoog.	Hoog.
Ongezond polymisbruik.	Hoog.	Hoog.	Hoog.

In de bovenstaande classificatiesystemen worden dus zowel de ernst van de psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornissen, als de ernst van de middelengebonden stoornissen in rekening gebracht. Het Canadese Centre for Addiction and Mental Health (2002) geeft echter de voorkeur aan een indeling, waarbij enkel rekening gehouden wordt met de aard van de niet-middelengebonden stoornis (tabel 4). Ook deze classificatie heeft ondertussen haar praktisch nut bewezen.

Tabel 4: Mogelijke vormen van comorbiditeit (naar het Canadese Centre for Addiction and Mental Health, 2002).

Subgroepen binnen de dubbele diagnose populatie.
Combinatie middelengebonden stoornissen – stemmings- en angststoornissen.
Combinatie middelengebonden stoornissen – ernstige en persisterende mentale stoornissen.
Combinatie middelengebonden stoornissen – persoonlijkheidsstoornissen.
Combinatie middelengebonden stoornissen – eetstoornissen.
Andere combinaties van middelengebonden stoornissen en mentale gezondheidsstoornissen.

² De subschalen van de ASI: lichamelijke gezondheid – opleiding, arbeid, inkomen – drugs, alcohol – justitie, politie – familie, sociale relaties – psychische, emotionele klachten.

³ Opmerking: de patiënten uit de categorie “crimineel polymisbruik”, hebben beduidend meer legale problemen dan de patiënten uit de categorie “on gezond polymisbruik”. In tegenstelling tot de patiënten uit deze tweede categorie vertonen de patiënten uit de eerste categorie weinig medische problemen.

b. Dubbele diagnose (specifiek).

In het kader van dit onderzoek zal de term “*patiënten met een dubbele diagnose*”⁴ enkel nog gebruikt worden ter beschrijving van de “*patiënten die tezelfdertijd lijden aan een ernstige persisterende psychiatrische stoornis van psychotische aard*⁵ en aan een *middelengebonden stoornis*”⁶. Concreet betekent dit dat wij ons concentreren op die patiënten die Richard Ries (1993) onderbrengt in het rechter onderkwadrant van zijn classificatiesysteem (tabel 1). In de classificatiesystemen van Ryglewicz & Pepper (1996), Luke & Mowbray (1996) en het Canadese Centre for Addiction and Mental Health (2002) vinden we deze patiënten respectievelijk terug in de eerste (tabel 2), alle (tabel 3) en de tweede subgroep(en) (tabel 4).

1. Prevalentie.

a. Levensprevalentie psychotische stoornis – middelengebonden stoornis.

In 1984 werd in opdracht van het Amerikaanse National Institute of Mental Health het Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program uitgevoerd. De analyse van de afgenomen interviews (n = 20.291) toont aan dat 47 procent van de personen met een lifetime diagnose van schizofrenie of een schizofreniforme stoornis (1 – 1,5 procent algemene populatie) in het verleden ook een middelengebonden stoornis had (33,7 procent alcoholstoornissen – 27 procent drugstoornissen). Beschouwt men de groep patiënten met een alcohol- of drugstoornis, dan werd respectievelijk 3,3 procent en 6,8 procent ooit eerder gediagnosticeerd met schizofrenie (Regier e.a., 1990).

Uit verschillende meer recente overzichtsstudies blijkt dat 50 tot 65 procent van de patiënten met een psychotische stoornis ooit een middelengebonden stoornis had (Vb: Green, 2000; Cantor-Graae e.a., 2001; Gearon e.a., 2001). Deze percentages lijken nog verder toe te nemen (Ryglewicz & Pepper, 1996).

b. Eigenlijke comorbiditeit psychotische en middelengebonden stoornissen.

Strakowski e.a. (1993) onderzochten psychotische patiënten tijdens hun eerste hospitalisatie. Uit hun onderzoek blijkt dat 22,5 procent van deze patiënten ook een middelengebonden stoornis heeft (puntprevalentie). Kirchner e.a. (1998) stelden vast dat circa 76 procent van de patiënten die reeds langere tijd gediagnosticeerd waren met schizofrenie

⁴ Deze term is een vertaling van de term “dual diagnosis patients”. In de Engelstalige literatuur wordt deze populatie ook aangeduid met termen als “dual disorders”, “comorbidity”, “chemically abusing – mentally ill (CAMI)”, “mentally ill – chemically abusing (MICA)” en “substance abusing – mentally ill (SAMI)” (Vb: De Hert, 2000).

⁵ Zie bijlage 1: DSM-IV criteria ernstige persisterende psychiatrische stoornissen van psychotische aard.

⁶ Zie bijlage 2: DSM-IV criteria middelengebonden stoornissen.

(gemiddelde ziekteduur \pm sd: $13,2 \pm 8,5$ jaar) bij opname minimum één middelengebonden stoornis had⁷ (puntprevalentie).

Overzichtsstudies tonen meestal aan dat 10 tot 65 procent van de patiënten met een psychotische stoornis ook een comorbide middelengebonden stoornis heeft (Vb: Mueser e.a., 1995; zie Virgo e.a., 2001; Degenhardt & Hall, 2000; Kavanagh e.a., 2002).

c. *Enkele kanttekeningen betreffende deze prevalentiecijfers.*

De studie van de bovenstaande gegevens leert ons dat de absolute prevalentiecijfers, ondanks de brede range aan schattingen, vrij hoog zijn. Anno 2003 is men het overigens nog niet eens over de vraag of er sprake is van een reëel verschil in middelenmisbruik bij psychotische patiënten en normale controlepersonen. Regier e.a. (1990) gingen er bijvoorbeeld van uit dat men binnen de psychotische populatie 4,6 keer meer kans heeft op een middelengebonden stoornis dan binnen de algemene populatie⁸. Condren & O'Connor (2001) meenden daarentegen dat er geen verschil in prevalentiecijfers bestaat wat betreft het middelenmisbruik bij psychotische en niet-psychotische personen.

De brede waaier aan prevalentiecijfers kent volgens Mueser e.a. (1992), Blanchard e.a. (2000) en Margolese e.a. (2003) de volgende oorzaken:

- Variabele diagnosestelling psychotische stoornis (diagnose aan de hand van een gestructureerd of een ongestructureerd interview – diagnose “psychotische stoornis” versus diagnose “psychotische persoonlijkheid”).
- Variabele diagnosestelling middelengebonden stoornis (Vb: diagnose aan de hand van strikte DSM-IV criteria of op basis van urineanalyses of zelfrapporteringen – diagnose huidig middelengebruik versus diagnose lifetime middelengebruik).
- Variabele demografische kenmerken van de onderzochte populaties (leeftijd, sekse,...).
- Variabele bestudeerde populaties (ambulante versus residentiële populaties – klinische versus niet-klinische populaties – gevangenisonderzoek)⁹.

Mueser e.a. (1990; zie Dixon, 1999) refereren in dit verband ook aan Berksons *bias of fallacy*. Deze onderzoeker expliciteerde in 1949 reeds dat dubbele diagnose patiënten sneller behandeling zoeken dan patiënten met één enkele diagnose. Wanneer men dus onderzoek

⁷ De onderzoekers vonden slechts in 43 procent van de medische dossiers gegevens betreffende het middelengebruik. Concreet betekent dit dus dat de ware comorbiditeit onderschat wordt op basis van enkel medische dossiers.

⁸ Men zou 3 keer meer kans op een alcoholstoornis en 6 keer meer kans op een drugstoornis hebben.

⁹ Ook Condren & O'Connor (2001) erkennen dat hun bevindingen mogelijk te wijten zijn aan hun populatiekeuze. De patiënten die zij onderzochten, namen immers alle trouw deel aan een ambulante behandelprogramma. Niet-behandelde psychotische patiënten vertonen mogelijk meer middelenmisbruik.

voert bij klinische populaties bekomt men vaak een overschatting van de eigenlijke prevalentie (Vb: Mueser e.a., 1992; El-Guebaly, 1995; zie Williams, 2002).

2. Beschrijving populatie.

a. *Socio-demografische kenmerken.*

Bekijkt men het profiel van dubbele diagnose patiënten, dan stelt men vast dat het hier meestal jonge mannen betreft (Vb: Virgo e.a., 2001; Hunt e.a., 2002; Cantwell, 2003). Vrouwelijke en/of oudere patiënten met een psychotische stoornis, lijken minder vaak middelen te gebruiken¹⁰. Buckley e.a. (1994) en Dervaux e.a. (2001) stelden ook experimenteel vast dat men verhoudingsgewijs meer jonge mannen terugvindt bij de dubbele diagnose patiënten dan bij de enkelvoudig psychotische patiënten.

Dubbele diagnose patiënten zijn meestal ongehuwd (Vb: Dixon e.a., 1991; Gearon e.a., 2001). Uit onderzoek blijkt dat zij in vergelijking met niet-psychotische patiënten meer moeite hebben met het onderhouden van goede interpersoonlijke contacten: de relaties met hun familieleden en/of vrienden verlopen vaak moeizaam of zijn mogelijk zelfs helemaal spaak gelopen (Vb: Penk e.a., 2000; Salyers & Mueser, 2001). Vergelijkt men het sociaal functioneren van dubbele diagnose en enkelvoudig psychotische patiënten, dan dient men echter wel te besluiten dat dubbele diagnose patiënten beter aangepast zijn: niet alleen behouden zij een minimum aan sociale contacten¹¹, ze slagen er ook in hun vrije tijd beter in te vullen (Vb: Penk e.a., 2000; Salyers & Mueser, 2001; Kavanagh e.a., 2002). Ook op seksueel vlak zijn zij beter aangepast dan enkelvoudig psychotische patiënten (Dixon e.a., 1991).

De schoolcarrière van dubbele diagnose patiënten verloopt meestal minder vlot dan bij normale controlepersonen. Hun spijbel- en antisociaal gedrag hebben een negatieve invloed op hun schoolse prestaties (Dixon e.a., 1991), wat maakt dat zij hun opleiding zelden afwerken (Vb: Kavanagh e.a., 2002; Valls Lapica, 2002).

Daar dubbele diagnose patiënten omwille van verschillende oorzaken beperkt zijn in hun functioneren (Drake & Wallach, 2000), zijn ze ook zelden tewerkgesteld (Vb: Virgo e.a., 2001; Kavanagh e.a., 2002). Zij leven dan ook vaak van een uitkering (werkloosheid, invaliditeit) (Valls Lapica, 2002), wat maakt dat zij meestal ook financiële problemen kennen (Vb: U.S. Department of Mental Health and Human Services, 1994; Osher, 2000; Kavanagh e.a., 2002).

Dubbele diagnose patiënten bezitten zelden een eigen woonst, wat maakt dat zij vaak langdurig dakloos zijn (Vb: Leal e.a., 1999; Drake &

¹⁰ De mate van comorbiditeit wordt mogelijk wel onderschat binnen deze populaties (Dixon, 1999).

¹¹ Dubbele diagnose patiënten onderhouden voornamelijk contacten met andere personen uit het drugmilieu.

Wallach, 2000; Soyka, 2000a) of intrekken bij familie en/of vrienden¹² (Virgo e.a., 2001). Hun woonsituatie is vrijwel steeds erg instabiel (Kavanagh e.a., 2002).

Daar dubbele diagnose patiënten zowel aan een psychotische stoornis als aan een middelengebonden stoornis lijden, vertonen zij zowel de symptomatologie van “de psychotische patiënt¹³” als de symptomatologie van “de verslaafde of afhankelijke patiënt¹⁴”. Het tegelijkertijd voorkomen van deze stoornissen veroorzaakt echter ook een aantal bijkomende problemen (Dixon, 1999; Negrete, 2003)^{15,16}.

b. Verloop en behandeling van de psychotische stoornis.

De bestaande onderzoeksresultaten tonen meestal op overtuigende wijze aan dat de middelengebonden stoornis het verloop van de psychotische stoornis in negatieve zin beïnvloedt.

Zo stelden Mueser e.a. (1990; zie Mueser e.a., 1992), Buckley e.a. (1994) en Swofford (2000) vast dat de psychotische stoornis zich vroeger manifesteert bij dubbele diagnose patiënten dan bij enkelvoudig psychotische patiënten. Dubbele diagnose patiënten zouden bij hun eerste hospitalisatie ook jonger zijn dan psychotische patiënten (Vb: Salyers & Mueser, 2001; Bühler e.a., 2002; Cantwell, 2003; Margolese e.a., 2003). De onderzoeksresultaten van Dixon e.a. (1990) en Sevy e.a. (2001) spraken deze bevindingen echter tegen.

Daarnaast geven de meeste onderzoekers ook aan dat dubbele diagnose patiënten meer en ernstiger symptomen vertonen dan enkelvoudig psychotische patiënten (Vb: Mueser e.a., 1992; Gearon e.a., 1999; Osher, 2000; Swofford, 2000). Meer gedetailleerd onderzoek toont aan dat dubbele diagnose patiënten vooral meer positieve symptomen¹⁷ (hallucinaties – psychotische denkwijzen) vertonen dan enkelvoudig psychotische patiënten (Vb: Bühler e.a., 2002; Pencer & Addington, 2003; Margolese e.a., 2003). Wat betreft de aanwezigheid van negatieve symptomen bestaat er voorlopig geen consensus. Bepaalde onderzoekers beweren immers dat dubbele diagnose patiënten minder of evenveel negatieve symptomen hebben dan enkelvoudig psychotische patiënten (Vb: Osher, 2000; Soyka, 2000b; Salyers & Mueser, 2001), terwijl andere onderzoekers stellen dat dubbele

¹² De familieleden en vrienden van dubbele diagnose patiënten zijn echter eveneens vaak middelengebruikers.

¹³ Zie bijlage 1: DSM-IV criteria ernstige persisterende psychiatrische stoornissen van psychotische aard.

¹⁴ Zie bijlage 2: DSM-IV criteria middelengebonden stoornissen.

¹⁵ Ook psychiatrische patiënten die een relatief kleine hoeveelheid alcohol en/of drugs gebruiken, ervaren deze problemen (supersensitiviteitsmodel) (Vb: Drake e.a., 1989; Mueser e.a., 1998; RachBeisel e.a., 1999).

¹⁶ De effecten van de stoornissen zijn echter wel niet additief (Mueser e.a., 1992).

¹⁷ “A positive, or productive, symptom is described as an abnormal feature, such as hallucinations, delusions, and disorganised thinking, that is present in the mental status. A negative, or deficit, symptom is defined as the absence of normal functions and, thus, includes features such as blunted affect, emotional withdrawal, and cognitive deficiency.” (Kay, 1991, p 13).

diagnose patiënten meer negatieve symptomen hebben dan enkelvoudig psychotische patiënten (Vb: De Hert, 2000).

Het middelengebruik heeft niet alleen een effect op het verloop van de psychotische stoornis, het beïnvloedt ook het verloop van de behandeling.

Idealiter worden dubbele diagnose patiënten op een geïntegreerde wijze behandeld (infra). Hierbij wordt onder andere psychofarmacotherapie toegepast. Bij enkelvoudig psychotische patiënten leidt de toediening van antipsychotische medicatie immers tot een opklaring van de psychotische toestand. Hunt e.a. (2002) toonden echter aan dat dit bij dubbele diagnose patiënten niet steeds het geval is. Tevens werd vastgesteld dat dubbele diagnose patiënten die trouw hun medicatie innemen, significant sneller opnieuw gehospitaliseerd worden dan enkelvoudig psychotische patiënten die trouw hun medicatie innemen (tabel 5). Dit duidt op een groter herval ondanks medicatietrouw.

Tabel 5 Effect diagnose & medicatie-inname op de tijd tussen twee opeenvolgende hospitalisaties (naar Hunt e.a., 2002)¹⁸.

Diagnose	Medicatie-inname	Tijd tussen twee hospitalisaties
Dubbele diagnose	Niet-trouw	5 maand
	Trouw	10 maand
Enkelvoudige psychotische stoornis	Niet-trouw	10 maand
	Trouw	37 maand

Het middelengebruik reduceert niet alleen het therapeutisch effect van de medicatie, het gaat ook gepaard met het niet of niet correct innemen van de medicatie (Vb: Green, 2000; Bühler e.a., 2002; Kavanagh e.a., 2002; Margolese e.a., 2003). Dubbele diagnose patiënten zijn minder trouw aan hun behandeling; ze missen meer therapeutische afspraken (Vb: Swofford e.a., 1996) en ronden de behandeling minder vaak af (ontslag tegen medisch advies in) (Vb: Dixon, 1999; Soyka, 2000b; Kavanagh e.a., 2002).

Dubbele diagnose patiënten lijken gemiddeld vaker gebruik te maken van de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Zo melden zij zich vaker aan op spoedafdelingen en worden ze significant meer gehospitaliseerd (Vb: Mueser e.a., 1992; Swofford e.a., 1996; Hunt e.a., 2002; Kavanagh e.a., 2002), wat de behandelingskost doet toenemen (Vb: Dixon, 1999; Salyers & Mueser, 2001; Drake & Mueser, 2002). Volgens Ries e.a. (2000) is de gemiddelde verblijfsduur per opname

¹⁸ Er is geen significant verschil tussen de eerste drie patiëntengroepen. Tussen de eerste drie en de vierde groep is er echter wel een significant verschil.

echter korter bij dubbele diagnose patiënten dan bij enkelvoudig psychotische patiënten¹⁹. Dit gegeven wordt als volgt geïnterpreteerd: het “nuchter zijn” leidt tot een snelle afname van die symptomen die door het middelengebruik geïnduceerd worden, waardoor de patiënten de voorziening ook sneller kunnen verlaten. Met betrekking tot het onderzoek van Ries e.a. (2000) dient wel opgemerkt te worden dat zowel zuivere dubbele diagnose patiënten als patiënten met een middelengeïnduceerde psychotische stoornis deel uitmaakten van de experimentele groep.

Meestal dient men ook vast te stellen dat dubbele diagnose patiënten sneller en meer hervallen dan enkelvoudig psychotische patiënten (Vb: Swofford e.a., 1996; Bühler e.a., 2002; Junghan e.a., 2002).

c. *Medische comorbiditeit.*

Bepaalde medische problemen waarmee dubbele diagnose patiënten geconfronteerd worden, kunnen rechtstreeks toegeschreven worden aan het middelengebruik (Vb: delirium tremens (U.S. Department of Mental Health and Human Services, 1994) – longkanker ten gevolge van het roken (Kavanagh e.a., 2002)).

Daarnaast wordt ook consistent aangetoond dat het middelengebruik bij patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis geassocieerd is met een aantal medische problemen. Zo heeft men een verhoogde kans aangetoond op neurologische stoornissen zoals hersenbloedingen (U.S. Department of Mental Health and Human Services, 1994), op infecties zoals het HIV-virus en hepatitis (Vb: U.S. Department of Mental Health and Human Services, 1994; Drake & Wallach, 2000; Osher, 2000), op endocriene stoornissen zoals diabetes (Vb: U.S. Department of Mental Health and Human Services, 1994),...

Dixon (1999) besluit dan ook dat dubbele diagnose patiënten een hogere morbiditeit en mortaliteit hebben dan enkelvoudige psychotische patiënten.

d. *Forensische comorbiditeit.*

In hun onderzoek toonden Dervaux e.a. (2001) aan dat psychotische patiënten met een lifetime middelengebonden stoornis impulsiever zijn dan psychotische patiënten zonder lifetime middelengebonden stoornis. Kavanagh e.a. (2002) menen dat deze verhoogde impulsiviteit aan de basis ligt van het door dubbele diagnose patiënten vertoonde gewelddadige gedrag²⁰. In recente overzichtsstudies vindt men inderdaad consistent terug dat dubbele diagnose patiënten mogelijk gewelddadig(er) zijn naar anderen (Vb: Drake & Wallach, 2000; Ries

¹⁹ Opmerking: die patiënten die de voorziening tegen medisch advies in, verlaten hadden, werden niet opgenomen in de steekproef.

²⁰ Kavanagh e.a. (2002) menen dat de verhoogde impulsiviteit ook de medische risico's (supra) doet toenemen.

e.a., 2000; Hunt e.a., 2002) en/of naar zichzelf (automutilatie – suïcide) (Vb: Kamali e.a., 2000; Ries e.a., 2000; Soyka e.a., 2001) toe.

Meestal neemt men aan dat dubbele diagnose patiënten minimum twee keer zoveel gewelddadige feiten plegen als enkelvoudig psychotische patiënten (Vb: Lindquist & Allebeck, 1989; Eronen e.a., 1996; zie Soyka, 2000b). Wright e.a. (2002) verfijnden deze bevindingen: zij stellen immers dat gehospitaliseerde dubbele diagnose patiënten enkel in een ver verleden meer overtredingen begaan dan enkelvoudig psychotische patiënten (77 versus 22 procent). In de periode net voor hun hospitalisatie plegen dubbele diagnose patiënten en enkelvoudig psychotische patiënten dus evenveel overtredingen. Wat betreft de ernst van de gepleegde feiten merkt men geen verschil op. Desondanks komen dubbele diagnose patiënten wel vaker in contact met het gerecht (Cantwell, 2003) en verblijven zij ook vaker in de gevangenis (Drake & Mueser, 2002).

Wanneer men in dit verband spreekt over de *dubbele diagnose paradox*, dan doelt men op het feit dat deze patiënten ondanks hun gedragsmatige problemen (supra – forensische comorbiditeit), toch ook een zekere vorm van sociale competentie verworven hebben.

e. *Cognitieve comorbiditeit.*

Op dit moment bestaat er duidelijk nog geen consensus over dit onderwerp. Mueser e.a. (1992), Thomas e.a. (1997), Swofford (2000) en Gearon e.a. (2001) stellen immers dat het middelengebruik de cognitieve deficits waarmee psychotische patiënten belast zijn (Vb: verstoorde informatieverwerking, geheugenproblemen, stoornissen van planning en de executieve functies), doet toenemen, terwijl Pencer & Addington (2003) argumenteren dat het gebruik van middelen geen effect heeft op de cognitieve functies van personen met een psychotische stoornis. Mogelijk kan het verschil in bevindingen ook hier toegeschreven worden aan de methodologische verschillen tussen deze onderzoeken (supra).

2. *Behandeling dubbele diagnose patiënten.*

Dubbele diagnose patiënten kunnen zowel op een lineaire, op een parallelle als op een geïntegreerde wijze behandeld worden. In het kader van onze onderzoeksopdracht wensen wij hier te focussen op de geïntegreerde behandelingen.

a. *Lineaire behandelingen.*

Dubbele diagnose patiënten die op een lineaire, seriële of sequentiële wijze behandeld worden, genieten een aantal elkaar opvolgende behandelingen uit de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (Vb: NSW Health Department, 2000; Centre for addiction and mental health, 2002; Department of health, 2002). Dergelijke behandelingsmodellen voeren terug op een hiërarchische ordening tussen de psychotische en de middelengebonden stoornissen, waarbij dus een oorzaak-gevolg relatie verondersteld wordt (Polstra, 1999).

b. *Parallele behandelingen.*

In geval van parallelle behandelingen ontvangen dubbele diagnose patiënten tegelijkertijd hulp uit de GGZ en de VZ (Vb: Polstra, 1999; NSW Health Department, 2000; Department of health, 2002). Hoewel elke stoornis door slechts één zorgcircuit behandeld wordt (Negrete, 2003), zijn de beide circuits gezamenlijk verantwoordelijk voor de verstrekte hulp. Een goede zorgcoördinatie wordt mogelijk dankzij case management (Polstra, 1999).

c. *Geïntegreerde behandelingen.*

Indien zowel de psychotische als de middelengebonden stoornis consistent en simultaan door een multidisciplinair en crosstrained hulpverlenerteam behandeld worden²¹, spreekt men van geïntegreerde behandelingen (Vb: Mueser e.a., 1997; Polstra, 1999; Siegfried e.a., 1999; Reno, 2001; Todd e.a., 2002). Gezien het feit dat vooral de interactie tussen de stoornissen aanleiding geeft tot het ontstaan van de specifieke problematiek van dubbele diagnose patiënten (supra), wordt vaak geargumenteed dat dergelijke behandelingen imperatief zijn binnen deze populatie (Vb: Inderlin & Belisle, 1991; Ries, 1993²²; Kavanagh e.a., 1998; ASAM, 2000; Drake e.a., 2001; Reno, 2001; Department of health, 2002; Grella & Gilmore, 2002).

De studie en inventarisatie van de bestaande wetenschappelijke literatuur betreffende de geïntegreerde behandelingen leert dat er een grote variëteit aan behandelprotocollen bestaat (Vb: Mueser e.a., 1997; Drake e.a., 2001; Ley e.a., 2002). Binnen het kader van dit onderzoek is het echter vooral belangrijk een representatieve geïntegreerde behandeling te beschrijven. Vandaar ook dat het onderhavige onderzoeksteam hier niet opteert voor een exhaustief overzicht

²¹ Beide stoornissen worden dus gezien als primaire stoornissen (Minkoff, 2001).

²² Zie ook tabel 1.

van de bestaande behandelprotocollen, doch wel voor een exhaustief overzicht van de meest elementaire componenten van deze behandelmodellen.

d. Elementaire componenten van geïntegreerde behandelingen.

Zoals reeds hoger gesteld werd, is er enkel sprake van een geïntegreerde behandeling indien één crosstrained behandelaar, interventieteam of organisatie de psychotische en de middelengebonden stoornis simultaan behandelt (Vb: Mueser e.a., 1997; Polstra, 1999). De studie en inventarisatie van de verschillende behandelmodellen toont dat de meeste behandelingen voorts ook de volgende elementen omvatten²³:

1. Een (poging tot) gespecialiseerde assessment.

Het assessment proces bestaat doorgaans uit de volgende fasen:

- *De acute assessment*: de taxatie van mogelijk levensbedreigende situaties.
- *De verdere screening en diagnostiek*: het stellen van de diagnose.

Daar dubbele diagnose patiënten vooral hulp zoeken wanneer zij zich in een crisissituatie bevinden, lijkt het belangrijk deze volgorde steeds te respecteren.

a. De acute assessment²⁴.

De acute assessment van dubbele diagnose patiënten behelst het onderzoek naar het bestaan van mogelijk levensbedreigende situaties op de volgende drie terreinen (Vb: U.S. department of Mental Health and Human Services, 1994; Rorstad e.a., 1996; Department of health, 2002; Todd e.a., 2002):

- **Het medisch functioneren:**
Uiteraard is het belangrijk zich ervan te vergewissen of de aangemelde patiënten lijden aan een acute, eventueel levensbedreigende (Vb: delirium tremens) of chronische medische conditie (Vb: AIDS). Indien men bij een patiënt een medisch

²³ Daar men de hier vermelde componenten ook in andere behandelingsparadigma's (behandelingen voor enkelvoudig psychotische patiënten – behandelingen voor patiënten met een middelengebonden stoornis) terugvindt, is het mogelijk noodzakelijk de geplande interventie aan te passen aan het specifieke profiel van de dubbele diagnose patiënt. Drake & Mueser (2000) menen dat deze modificaties eigen zijn aan geïntegreerde behandelingen.

²⁴ Praktische toelichting:

Tijdens de intake in het Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús te Martorell (bijlage 5) worden de patiënten door de psychiater, de internist, de maatschappelijk assistente en een verpleegkundige gezien. De internist en de verpleegkundige onderzoeken of er zich een acuut (Vb: vitamine B12-tekort) of chronisch (Vb: hemiplegie) medisch probleem stelt. Indien men inderdaad een probleem vaststelt, dient men hiermee rekening te houden bij de behandeling. In uitzonderlijke gevallen dient men de opname zelfs uit te stellen. De psychiater evalueert steeds ook de impulsiviteit en de agressiviteit van de patiënten. Mogelijk agressieve patiënten worden verwezen naar de gesloten afdeling alwaar men de patiënten indien nodig ook kan isoleren. De maatschappelijk assistente evalueert het sociaal functioneren. Zij zorgt ervoor dat zowel de basisbehoeften als de momentane noden van de patiënten vervuld worden.

probleem vaststelt, dient men hem of haar hiervoor te behandelen of te verwijzen.

- Het psychologisch functioneren:
Daar dubbele diagnose patiënten een verhoogd risico op geweld naar zichzelf en/of anderen toe vertonen (supra), is het van primordiaal belang hun gedachtegang hieromtrent te exploreren. Na vastgesteld te hebben dat iemand mogelijk suïcidaal/agressief zou kunnen zijn, dient men ook na te gaan of hij of zij in staat zou kunnen zijn dit gedrag uit te voeren. Indien nodig, dient men de nodige maatregelen te nemen.
- Het sociaal functioneren:
Met betrekking tot het sociaal functioneren is het belangrijk erover te waken dat de primaire behoeften van de patiënten (voeding – behuizing – inkomen) steeds vervuld zijn.

b. Het verder screenen en diagnosticeren.

Het screenen en diagnosticeren van dubbele diagnose patiënten blijkt niet eenvoudig te zijn. Zo vonden Shaner e.a. (1998) dat de initiële assessment slechts bij 18 procent van de patiënten in een definitieve diagnose (door middelengebruik geïnduceerde psychose – dubbele diagnose) resulteert. Achttien maand na de initiële assessment had men bij circa 70 procent van de patiënten nog steeds geen definitieve diagnose gesteld²⁵.

Daar het resultaat van een holistisch assessment proces – de geïntegreerde visie op de meest relevante levensdomeinen – belangrijk is bij de oriëntatie van het behandelingsproces (Vb: Carey & Correia, 1998; Drake & Mueser, 2000; Todd e.a., 2002), mogen de teleurstellende resultaten van Shaner e.a. (1998) er de behandelaars echter niet van weerhouden een grondige (poging tot) assessment uit te voeren. In 2002 stipuleerde het Department of Health dan ook dat de volgende topics steeds bevraagd/onderzocht dienen te worden:

- Het middelengebruik (het consumptiepatroon – de aan het middelengebruik gerelateerde levensproblemen – de verwachtingen en motieven voor het gebruik – de situationele context van het gebruik) (Carey & Correia, 1998).
- De psychiatrische stoornis (in casu de psychotische stoornis).
- De interactie tussen het middelengebruik en de psychiatrische stoornis.

²⁵ Tabel 6: Onderzoekresultaten Shaner e.a. (1998).

	Aantal onderzochte patiënten.	Aantal correct gestelde diagnoses.
Initiële assessment.	165.	30 (18 procent).
Follow-up na 18 maand.	138.	42 (30 procent).

- De interactie tussen het alcohol- en/of druggebruik en de medicatie.
- De medische, psychologische, sociale, financiële en juridische noden.
- De algemene zorgnood.
- De behandelingsgeschiedenis.
- De individuele verwachtingen in verband met de behandeling.
- De bereidheid tot verandering.
- De nood aan farmacotherapie.

De informatie over deze topics kan op verschillende wijzen vergaard worden:

- *Screening* (Nikkel & Coiner, 1991; Carey & Correia, 1998):
Ten eerste kan men de patiënt zelf interpellieren (*zelfbeoordelingvragenlijsten*). In geval van een psychiatrische opname leidt het gebruik van deze flexibele en weinig intrusieve instrumenten mogelijk wel tot een onderrapportering van de reële problematiek. Ten tweede kan men familieleden en vrienden van de patiënt interpellieren (*collaterale informatie*). Ook het gebruik van deze methode leidt mogelijk tot onderrapporteringen. Bovendien is het meestal zeer moeilijk betrouwbare informanten op te sporen (*supra*). Ten derde kunnen ook *observatiegegevens* bijdragen tot de creatie van een holistisch beeld van de patiënt. Ten vierde kan men voor het verkrijgen van bepaalde informatie rond het middelengebruik *bio-chemische markers* (Vb: adem-, bloed-, urine-, en haaranalyses) hanteren. De waarde van deze tests is echter beperkt.
- *Diagnostiek*:
Idealiter wordt de diagnose pas gesteld na de afname van een (semi-) gestructureerd interview (Carey & Correia, 1998). Drake & Wallach (1989; zie Carey & Correia, 1998) meenden dat men daarnaast ook gebruik dient te maken van collaterale informatie en longitudinale gedragsobservaties. Kranzler e.a. (1994) opteerden dan ook voor de Longitudinal Expert All Data (LEAD) procedure. Het gebruik van deze procedure houdt in dat de informatie die over een langere periode (weken – jaren) aan de hand van verschillende informatiebronnen verzameld werd, geïntegreerd wordt.

Boven kon u reeds lezen dat uit het onderzoek van Shaner e.a. (1998) blijkt dat zelfs de zorgvuldige toepassing van de bovenstaande richtlijnen en aanbevelingen geen garantie vormt voor het stellen van een correcte diagnose. Bij wijze van voorbeeld vindt u in tabel 7 dan ook informatie over de problemen inherent verbonden aan het screenen en diagnosticeren van middelengebruik bij deze patiënten (linkerkolom), en over de mogelijke oplossingen hiervoor (rechterkolom). Per assessment topic kan een dergelijke tabel opgesteld worden.

Tabel 7: De assessment van middelengebruik bij psychotische patiënten (naar Carey & Correia, 1998; Carey, 2002).

Probleemgebied.	Oplossingsstrategie.
<i>De sociale en motivationele context.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • De behandelaar voert een onnauwkeurige assessment uit. • De patiënten vrezen dat de gegeven informatie niet vertrouwelijk behandeld wordt (idee: bepaalde gegevens worden doorgespeeld naar het gerecht). • De patiënten vrezen dat de gegeven informatie tegen hen gebruikt kan worden (Vb: het druggebruik is een exclusie criterium binnen een “dry” voorziening). 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle behandelaars zijn cross-trained. • De assessment van het middelengebruik maakt integraal deel uit van de standaard assessment procedure (cfr K. Minkoff (2001, p 598): “Comorbidity should be expected, not considered an exception”). • Aan de patiënten wordt duidelijk verteld hoe de patiëntgebonden gegevens behandeld zullen worden. • De creatie van een aanvaardende, niet-veroordelende werksfeer verhoogt de nauwkeurigheid van het gerapporteerde middelengebruik. • Men maakt de patiënten duidelijk dat het meedelen van deze informatie ook nuttig kan zijn (Vb: betere monitoring).
<i>Psychiatrische toestand.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Indien men geïntoxiceerd of acut psychotisch is, leiden zelfrapporteringen zelden tot een nauwkeurig beeld van het middelengebruik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Idealiter voert men geen assessment uit wanneer iemand in crisis is (Vb: bij een spoedopname of in geval van suïcidale ideatie) of acut psychotisch is. Dit betekent echter niet dat enkel symptoomvrije patiënten onderzocht kunnen worden: ook gestabiliseerde patiënten kunnen immers getest worden.

	<ul style="list-style-type: none"> De patiënten zijn liefst ook nuchter. Een voorafgaande alcohol en/of drugtesting kan/kunnen hierover uitsluitel geven.
<i>Chronische cognitieve stoornissen.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Patiënten met een psychotische stoornis hebben meestal aandachts- en concentratieproblemen. Vandaar ook dat zij het vaak moeilijk hebben met het begrijpen van en/of het volharden in een bepaalde opdracht. Schizofrene patiënten slagen er mogelijk niet in de bedoeling en/of de toon van de sociale interacties te ontdekken. Mogelijk vinden de patiënten het assessment proces te abstract. 	<ul style="list-style-type: none"> Men dient steeds na te gaan of de vragen en de eventuele antwoordmogelijkheden begrepen worden²⁶. Het is mogelijk ook aangewezen zelfbeoordelingvragenlijsten voor te lezen of aan te bieden als gestructureerde interviews. Onduidelijkheden worden zo vroegtijdig onderkend en kunnen vervolgens ook opgehelderd worden. Idem voorgaande opmerkingen. In dergelijke gevallen is het belangrijk duidelijke, concrete en weinig bedreigende taken aan te bieden.
<i>Relevantie inhoud instrumenten.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> Daar het screenen en diagnosticeren van Nederlandstalige en Franstalige dubbele diagnose patiënten voorlopig enkel mogelijk is aan de hand van instrumenten ontwikkeld voor psychiatrische patiënten enerzijds en voor middelengebruikers anderzijds²⁷, is de sensitiviteit van het gebruikte onderzoeksmateriaal vaak zwak. De items zijn immers zelden aangepast aan de 	<ul style="list-style-type: none"> Idealiter vindt er een grondige evaluatie van het praktisch nut van deze instrumenten plaats.

²⁶ Wanneer men dit doet, onderzoekt men best ook de leesvaardigheid van de patiënt.

²⁷ Voor dubbele diagnose patiënten bestaat er op heden slechts één gevalideerd en betrouwbaar Engelstalig screeningsinstrument: de Dartmouth Assessment of lifestyle Instrument (DALI) (Rosenberg e.a., 1998).

psychosociale context van de patiënten (supra). Dit betekent mogelijk ook dat men de specifieke aspecten van de interactie tussen de psychotische en de middelengebonden stoornis onvoldoende nauwkeurig taxeert ²⁸ .	
--	--

2. Outreaching werken.

Verschillende bronnen tonen aan dat dubbele diagnose patiënten er zelden in slagen om goede relaties te onderhouden met hun familieleden en/of vrienden (supra) én dat zij vaak teleurgesteld zijn in de GGZ en/of de VZ²⁹ (Vb: Center for mental health services, 1998; Drake & Mueser, 2000). Daar deze negatieve ervaringen met hun directe leefomgeving zich meestal vertalen in een sterk wantrouwen naar anderen en dus ook naar hun therapeut(en) toe, is het belangrijk veel aandacht te besteden aan de op- en uitbouw van een goede therapeutische alliantie (Vb: Center for mental health services, 1998; Carey e.a., 2000). Binnen een geïntegreerd behandelingsparadigma gaat men er meestal van uit dat dit groeiproces bespoedigd kan worden door “outreaching” te werk te gaan (Vb: Drake e.a., 2001; Minkoff, 2001; Centre for addiction and mental health, 2002; Negrete, 2003).

Drake e.a. (2001) menen dat “outreaching werken” een combinatie van een intensieve case management én assertieve outreach vereist.

a. *Multidisciplinair case management.*

Een gedegen case management beleid voorziet in het op elkaar afstemmen van los van elkaar opererende voorzieningen (zorgintegratie) én in het bieden van zorgcontinuïteit (Polstra, 1997; zie Polstra, 1999). Concreet betekent dit dat case managers verantwoordelijk zijn voor het engageren van patiënten: niet alleen tonen zij hen de weg naar de zorgcircuits, ze blijven hen ook tijdens en na de behandeling volgen (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Mueser e.a., 1997).

²⁸ Vb: bij dubbele diagnose patiënten kan ook een zeer beperkt middelengebruik klinisch significant zijn, wat maakt dat het niet diagnosticeren van middelengebruik of –afhankelijkheid niet noodzakelijk betekent dat de persoon ook geen hinder ondervindt van zijn of haar gebruik (zie ook noot 15).

²⁹ Ondanks het feit dat toonaangevende onderzoekers ervoor ijveren dubbele diagnose patiënten op een geïntegreerde wijze te behandelen (Vb: Kavanagh e.a., 1998; Drake e.a., 2001), worden ze voornamelijk serieel of parallel behandeld. Concreet betekent dit dat er zelden sprake is van coherente behandelingen en dat men vaak heen en weer geslingerd wordt tussen de verschillende zorgcircuits (pingpongeffect) (Dom, 2000b).

Na een vergelijking gemaakt te hebben tussen verschillende case management modellen, abstraheerde het Center for mental health services (1998) de volgende gemeenschappelijke kenmerken:

- Assertieve outreach.
- Het leggen van contacten met bepaalde voorzieningen.
- Het doorverwijzen naar andere voorzieningen.
- Het van nabij opvolgen van de patiënten (Vb: het toezicht houden op de medicatie-inname, begeleid wonen, etc.).
- Het onderrichten over de verschillende stoornissen.
- Het coördineren van de behandeling.

b. *Assertieve outreach.*

De behandelingsbetrokkenheid van dubbele diagnose patiënten kan ook verhoogd worden door outreachend te werken. Concreet betekent dit dat men de patiënten opzoekt in hun natuurlijke leefomgeving^{30,31} (Vb: Polstra, 1999; Drake, 2001) waar men hen praktische hulp biedt (Vb: ervoor zorgen dat de patiënt een uitkering krijgt, het regelen van een woonplaats, etc.) (Vb: Mueser e.a., 1997; Polstra, 1999). Samen met de patiënten worden ook een aantal behandelingsdoelen opgesteld (Vb: Mueser & Drake, 2000; Drake, 2001).

Drake (2001) meent dat men de patiënten zo niet alleen toont dat men hun problemen wenst te begrijpen, doch ook dat men geïnteresseerd is in hun “zijn”. Volgens Polstra (1999) maken dergelijke interventies de “gebruikswaarde” van de hulpverleningsrelatie beter zicht- en tastbaar.

3. *Motivationale gespreksvoering.*

Werkt men met dubbele diagnose patiënten, dan stelt men regelmatig vast dat deze mensen weinig of niet gemotiveerd zijn wat betreft hun behandeling en/of gewenste gedragsveranderingen³² (Vb: Dom, 2000d; Drake e.a., 2001; Negrete, 2003). Prochaska e.a. (1992) argumenteerden echter dat “het gemotiveerd zijn” geen statisch gegeven is, wat dus betekent dat de motivatie op bepaalde momenten verder kan toe- of afnemen. Deze onderzoekers onderscheidde dan ook een vijftal fasen die men dient te doorlopen alvorens er sprake kan zijn van een blijvende gedragsverandering (zie tabel 8). Prochaska e.a. (1992) benadrukten dat vele patiënten dit proces herhaaldelijk doorlopen daar zij mogelijk ook een terugval of hervat³³ kennen.

³⁰ Daar zowel de kwaliteiten als de noden van dubbele diagnose patiënten gemakkelijk observeerbaar zijn binnen de persoonlijke context, stellen Nikkel & Coiner (1991) dat het assertief outreachend werken vaak bijkomende assessment informatie oplevert.

³¹ Zoekt men de patiënten op in hun natuurlijke leefomgeving, dan maakt men idealiter gebruik van “*core conditions*” als empathie, aanvaarding en congruentie (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Polstra, 1999).

³² Daar deze patiënten zelden volledig abstinente zijn, kunnen zowel een vermindering in middelengebruik als een beperking in negatieve gevolgen van het middelengebruik (harm reduction) als een positief behandelingsresultaat beschouwd worden (Department of health, 2002, Van Deun, 2003).

³³ Prochaska e.a. (1994) spreken van een terugval (lapse) indien de persoon het oude, ongezonde gedrag slechts één keer uitvoert (Vb: iemand die clean is, rookt een joint op een feestje). Een hervat (relapse) wordt

Tabel 8 Het motivatieproces (Naar Prochaska e.a. (1992) & Keymeulen (1996)).

Motiverings- proces of pretherapie.	<i>Voorbeschouwing.</i>	In tegenstelling tot zijn of haar omgeving, ervaart de patiënt geen hinder van zijn of haar gebruik.
	<i>Beschouwing of overpeinzing.</i>	Ook de patiënt zelf beschouwt zijn of haar gebruik als problematisch. Na de voor- en nadelen overwogen te hebben, denkt hij of zij, voor het eerst, aan een gedragsverandering.
	<i>Beslissing.</i>	De beslissing het gebruik al dan niet te staken, wordt genomen.
Therapie.	<i>Actieve verandering.</i>	Daar men het gebruik actief aanpakt, treedt er nu ook effectief een gedragsverandering op.
	<i>Consolidatie.</i>	De veranderde gedragspatronen worden geïntegreerd in het leven van de patiënt.

Aan de hand van de motivationele gespreksvoering tracht men de intrinsieke motivatie tot gedragsverandering te verhogen, zodat de patiënten sneller evolueren doorheen het motivatieproces (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Addington & el-Guebaly, 1998; Drake e.a., 2001; Martino e.a., 2002; Negrete, 2003).

“Motivational interviewing aims to facilitate and enhance the patient’s intrinsic motivation to change substance use or other problem behaviors by engaging the patient in an empathetically supportive but strategically directed conversation about the patient’s use of substances and related life.” (Martino e.a., 2002, p 297).

Wil men de bovenstaande doelstelling verwezenlijken, dan dient men volgens Rollnick e.a. (1992; zie Martino e.a., 2002) zowel microvaardigheden als strategieën te hanteren. Het gebruik van *microvaardigheden* (Vb: open vragen – reflectief luisteren – affirmeren – samenvatten) helpt de klinici immers bij het initiëren van een open gesprek over het middelengebruik van de patiënten. Indien men het gewenste resultaat, in casu een betere probleempceptie, niet bereikt aan de hand van deze empathische aanpak, kan men overgaan tot het gebruik van meer directieve *strategieën* (Vb: opstelling beslissingsmatrices – uitlokking bepaalde discrepanties). Zelfs als de patiënten op dat ogenblik veel

gedefinieerd als de fase waarin het oude, ongezonde gedrag weer integraal deel uitmaakt van het leven van de persoon (Vb: een persoon die clean was, wordt nu opnieuw gediagnosticeerd als heroïnegebruiker).

weerstand bieden, blijft het belangrijk aanvaardend en niet-confronterend te werk te gaan.

Martino e.a. (2002) zorgden voor een verdere verfijning van de bovenstaande vrij algemene richtlijnen, zodanig dat de motivationele gespreksvoering beter afgestemd raakte op de specifieke noden en problemen van dubbele diagnose patiënten. Ten eerste argumenteerden zij dat niet alleen de bespreking van het middelengebruik, doch ook de bespreking van de psychiatrische behandeling en het wel/niet trouw innemen van de medicatie op deze manier dienen te gebeuren³⁴. Ten tweede meenden zij ook dat de voor psychotische patiënten kenmerkende informatieverwerkingstekorten, een verandering in aanpak noodzakelijk maakten. Zo dient men regelmatig herhalingen in te lassen, dient men gebruik te maken van eenvoudig, concreet verbaal en/of visueel materiaal,... Tot slot dient men ook de microvaardigheden en strategieën te verfijnen (zie tabel 9).

Tabel 9: Aangepaste motivationele gespreksvoering bij dubbele diagnose patiënten (naar Martino e.a., 2002).

Vaardigheid.	Specifieke aanpassing.
<i>Microvaardigheden.</i>	
Het gebruik van open vragen.	<ul style="list-style-type: none"> • Duidelijke en bondige formulering vragen. • Geen bij- en/of nevenschikte zinnen.
Reflectief luisteren (begrip tonen via reflecties, herformulering en parafrasering).	<ul style="list-style-type: none"> • Veel aandacht schenken aan betekenisvolle en logisch georganiseerde elementen – minder aan wanhopige uitspraken en/of negatieve levensgebeurtenissen. • Eenvoudig en bondig taalgebruik. • Veelvuldig reflecteren en samenvatten.
Affirmeren.	<ul style="list-style-type: none"> • Veel nadruk gelegd op het erkennen van de persoonlijke kwaliteiten. <p>Men laat de patiënten voelen dat men gelooft in hun potentieel.</p>
<i>Strategieën.</i>	
Bespreking discrepantie momentane	• Persoonlijke, eenvoudig

³⁴ Bij dubbele diagnose patiënten leidt het gebruik van motivationele interventies immers zelden tot abstinentie. Mogelijk zijn deze interventies wel effectief bij het bewerkstelligen van andere gedragsveranderingen (Vb: actieve participatie in een dagbehandelingprogramma) (Carey, 1998; zie Polstra, 1999).

problematiek – te realiseren doelen.	verwoorde en gevisualiseerde feedback in verband met het gebruik, de psychiatrische symptomen en de interactie hiertussen.
Constructie beslissingsmatrix.	<ul style="list-style-type: none"> • Normaliter hanteert men een 2x2 matrix (positieve/negatieve gevolgen continueren/discontinueren gedrag). Daar Martino e.a. (2002) slechts één beslissingsbalans hanteren, nemen de taakvereisten af.

Aan de hand van de assertieve outreach en het case management trachten de therapeuten de patiënten te doen participeren in een geïntegreerd behandelingsprogramma. De motivationele interventies worden vooral aangewend in een poging een gedragsverandering te bewerkstelligen³⁵.

4. Counseling.

Eens zij zichzelf een aantal gewenste doelstellingen opgelegd hebben, worden dubbele diagnose patiënten mogelijk geconfronteerd met het feit dat hun huidige gewoonten de realisatie van deze doelstellingen bemoeilijken/verhinderen (Vb: Drake e.a., 2001; Martino e.a., 2002; Negrete, 2003)³⁶. Neemt hun motivatie tot gedragsverandering hierdoor toe en wensen zij vervolgens ook ander, meer conform gedrag aan te leren, dan dienen zij meestal vast te stellen dat dit voor hen zeer moeilijk is, daar zij een aantal essentiële competenties en/of vaardigheden niet of onvoldoende beheersen. Vandaar ook dat Drake e.a. (2001) stellen dat dubbele diagnose patiënten individueel of in groep de kans moeten krijgen een aantal cognitieve en gedragsmatige vaardigheden aan te leren en grondig in te oefenen.

a. *Individuele counseling.*

Volgens het U.S. department of mental health and human services (1994) dienen dubbele diagnose patiënten inderdaad op individuele basis begeleid te worden. Zo krijgen zij immers de kans hun therapeut aan te spreken over hun specifieke noden en/of tekorten (Vb: invulling vrije tijd – moeilijkheden bij het initiëren van een gesprek) en hun persoonlijk groeiproces (Vb: beschrijving realisatie doelen – bespreking behandelplan) (Vb: Bennett e.a., 2001; Drake e.a., 2001). Het literatuuronderzoek van Drake e.a. (2001) toont overigens aan dat hulpverleners tijdens deze individuele counseling gebruik maken van

³⁵ Opmerking: deze interventies kunnen zowel in individuele als in groepstherapieën aangewend worden.

³⁶ Zie ook tabel 9: strategieën motivationele gespreksvoering.

technieken en strategieën uit de cognitieve gedrags-, psychoanalytische, Rogeriaanse en eclectische therapieën.

b. *Groepsounseling.*

Het U.S. department of mental health and human services (1994) stelt dat ook een aan deze populatie aangepaste³⁷ groepsbehandeling noodzakelijk is binnen een geïntegreerd behandelingsprogramma. Deze groepsounseling kan onder andere een van de volgende vormen aannemen:

- *De 12-stappen groepen (cfr zelfhulpgroepen AA).*

Daar de participanten hier steeds opnieuw geconfronteerd worden met hun middelengebruik en de gevolgen ervan, is deze werking meestal minder geschikt voor dubbele diagnose patiënten (Vb: U.S. department of mental health and human services, 1994; Mueser & Noordsy, 1996; zie Polstra, 1999; O'Connell, 1998).

Vandaar ook dat men in de USA een aantal "double trouble" groepen opgericht heeft (O'Connell, 1998).

- *De sociale vaardigheidstrainingen.*

Via modelleren, rollenspel, positieve terugkoppeling en huiswerkopdrachten leert men een aantal sociale vaardigheden (Vb: het leggen van sociale contacten – het ontwijken van risicovolle situaties) aan. Deze vaardigheden helpen de patiënten bij de uitbouw van een alcohol- en drugvrij bestaan en bij het opzoeken van gezond vertier (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Mueser & Noordsy, 1996; zie Polstra, 1999; O'Connell, 1998; Roberts e.a., 1999; Bennett e.a., 2001).

Naast sociale vaardigheidstrainingen worden vaak ook meer algemene vaardigheids- (Vb: geldbeheer) en assertiviteitstrainingen aangeboden (Mueser e.a., 1997). Dankzij deze interventies krijgen de patiënten niet alleen meer inzicht in hun handelen, doch kunnen ze bepaalde (hoge risico) situaties ook beter hanteren.

- *De educatieve steungroepen (infra).*
- *De stapsgewijze groepstherapieën (infra).*

5. Farmacologische behandeling.

Dom (2000b) meent dat een goed geïnitieerde en bovendien ook goed opgevolgde farmacologische behandeling de volgende gunstige resultaten kan bewerkstelligen:

- De stabilisatie van een acute crisis.
- De ondersteuning van de ontwenning.
- De ondersteuning van de verdere abstinentie.

³⁷ Zie ook tabel 9: specifieke aanpassingen.

- De behandeling van de psychiatrische stoornis.

Daar dubbele diagnose patiënten echter zelden intrinsiek gemotiveerd zijn tot het (correct) innemen van hun medicatie (supra), verloopt de implementatie van een farmacologische behandeling meestal zeer moeizaam. Vandaar ook dat aangeraden wordt ook motivationele gespreksvoering (supra) en psycho-educatie (infra) over de medicatie-inname, op te nemen in het behandelingsprotocol (Vb: U.S. department of mental health and human services, 1994; Polstra, 1999; Dom, 2000b).

6. Psycho-educatie in verband met de psychotische stoornis & het middelengebruik.

Ook een zekere vorm van psycho-educatie maakt idealiter deel uit van een geïntegreerd behandelingsprogramma (Vb: Sciacca & Thompson, 1996; Mueser e.a., 1997). Met deze interventie tracht men de patiënten immers beter bewust te maken van de negatieve consequenties van hun psychotische en middelengebonden stoornis. Ryglewicz (1991) stelt dat de patiënten zo de rol van student en actieve beslisser toebedeeld krijgen, wat maakt dat hun *intrinsieke* motivatie tot gedragsverandering mogelijk verder toeneemt.

Tijdens de individuele en/of groepssessies (de educatieve steungroepen) kan men op een gestructureerde en gevisualiseerde wijze informatie verstrekken over de volgende onderwerpen:

- De psychotische stoornis en de gevolgen ervan (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Ryglewicz, 1991).
- De middelengebonden stoornis en de gevolgen ervan (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Ryglewicz, 1991).
- De interactie-effecten tussen de psychotische en de middelengebonden stoornis (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Ryglewicz, 1991; U.S. department of mental health and human services, 1994; Sciacca & Thompson, 1996).
- De medicatie: doelstellingen – resultaten – bijwerkingen (U.S. department of mental health and human services, 1994).
- De interactie-effecten tussen alcohol en/of drugs en de voorgeschreven medicatie (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Ryglewicz, 1991; U.S. department of mental health and human services, 1994; Sciacca & Thompson, 1996).
- De hervaldynamiek (Nikkel & Coiner, 1991).
- De gezondheidsrisico's (Galanter & Egelko, 1994).

Ryglewicz (1991) en het Centre for addiction and mental health (2002) menen dat ook de familieleden van de patiënten baat kunnen hebben bij een zekere vorm van psycho-educatie. Daar men hen immers leert hoe zij enerzijds kunnen anticiperen op bepaalde situaties en hoe zij anderzijds ook kunnen reageren op bepaalde (levens)gebeurtenissen, treden zij de patiënten met minder angst tegemoet, waardoor de onderlinge contacten beter verlopen.

7. Lange termijn perspectief.

Daar zowel de psychotische als de middelengebonden stoornissen een chronisch fluctuerend verloop kennen, menen Mueser e.a. (1997) en Drake e.a. (2001) dat dubbele diagnose patiënten idealiter gedurende langere tijd behandeld worden. Concreet betekent dit dat de patiënten op elk moment binnen een gedifferentieerd netwerk aan ambulante en residentiële voorzieningen terecht kunnen.

8. Behandelingsstadia.

De incorporatie van een lange termijn perspectief impliceert ook een behandeling in verschillende behandelingsstadia, waarbij elk behandelingsstadium verband houdt met het motivatiestadium van de patiënt (Vb: Mueser e.a., Drake, 2001; Drake e.a., 2001; Negrete, 2003).

a. *Aanhaken.*

Tijdens dit behandelingsstadium, dat mogelijk maanden tot jaren duurt, wenst men een goede therapeutische alliantie te creëren tussen de therapeuten en de patiënten. De therapeuten bieden dan ook interventies als assertieve outreach, case management en motivationele gespreksvoering aan (supra) en stellen voorts weinig of geen eisen aan de patiënten (tabel 10). De patiënten voelen zich zo meer verbonden met het centrum en de therapeuten waardoor hun kans op een succesvolle behandeling toeneemt (Vb: Drake, 2001; Department of health, 2002; Negrete, 2003).

b. *Overtuiging.*

Het bestaan van een goede therapeutische alliantie betekent niet noodzakelijk dat de patiënten ook een gedragsverandering overwegen. De therapeuten dienen dan ook een aantal interventies ter verhoging van de motivatie met betrekking tot een verandering in middelengebruik en/of een verandering in medicatie-inname, in te bouwen (tabel 10) (Vb: Drake, 2001; Department of health, 2002; Negrete, 2003).

c. *Beslissen en actieve therapie.*

De interventies die in dit behandelingsstadium aangeboden worden, zijn gericht naar patiënten die één of meerdere gedragsverandering(en) wensen te implementeren (tabel 10) (Vb: Drake, 2001; Department of health, 2002; Negrete, 2003).

d. *Consolidatie en hervalpreventie.*

Daar psychotische en middelengebonden stoornissen een chronisch verloop kennen (supra), dient men steeds rekening te houden met een mogelijk(e) terugval of herval³⁸. Concreet betekent dit dat men de patiënten bewust maakt van hun blijvende kwetsbaarheid hiervoor en

³⁸ Een terug- of herval wordt overigens meestal beschouwd als een leerervaring (Sciaccia & Thompson, 1996).

dat men hen ook duidelijk maakt dat de terugkeer naar een meer actieve therapie steeds mogelijk is (tabel 10) (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Drake, 2001; Department of health, 2002; Negrete, 2003).

Tabel 10: Behandelingsstadia en mogelijke interventies (Negrete, 2003).

Behandelingsstadium.	Voorbeelden van interventies.
Stadium 1: Aanhaken.	<ul style="list-style-type: none"> • Screening en assessment psychiatrische en middelengebonden stoornis. • Gespecialiseerde farmacotherapie.
Stadium 2: Overtuiging.	<ul style="list-style-type: none"> • Psycho-educatie over de psychiatrische en middelengebonden stoornis. • Sociale vaardighedentraining.
Stadium 3: Beslissen en actieve therapie.	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilisatie en detoxificatie. • Psychiatrische case management en individuele verslavings-counseling.
Stadium 4: Consolidatie en hervalpreventie.	<ul style="list-style-type: none"> • Blijvende individuele case management. • Lange termijn farmacotherapie. • Hervalpreventie.

De boven vermelde behandelingsstadia voorzien zowel de individuele als de groepsessies van de nodige structuur (Vb: Noordsy & Fox, 1991; Mueser & Noordsy, 1996; zie Polstra, 1999).

9. *Werk met familieleden en/of andere leden van het sociaal netwerk van de cliënten.*

Familieleden en vrienden van de patiënten kunnen een positieve invloed uitoefenen op het behandelingsproces. Zo kunnen zij hulpverleners bijkomende informatie verschaffen over de symptomatologie van de patiënten (collaterale informatie screening & assessment patiënten) (Nikkel & Coiner, 1991). Voorts kunnen zij de patiënten tijdens en na hun behandeling ook ondersteunen en praktische hulp aanbieden (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Valls Lapica, 2002; Department of health, 2002).

Familieleden en vrienden van de patiënten hebben mogelijk ook zelf nood aan de begeleiding van de therapeuten (Vb: individuele counseling – groeps counseling – psycho-educatie (supra)) (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Mueser e.a., 1997; Centre for addiction and mental health, 2002). Concreet betekent dit dat de therapeuten actief luisteren naar het narratief van deze personen, dat ze psycho-educatiesessies inlassen, dat ze advies geven,...

e. Conclusie geïntegreerde behandelingen.

Aan de hand van geïntegreerde behandelingen tracht men dubbele diagnose patiënten in hun totaliteit te begeleiden. De aangeboden behandelingen zijn vooral gericht op het stabiliseren en resocialiseren van de patiënten, zodat de patiënten zich zo goed mogelijk kunnen handhaven binnen de maatschappij.

f. Belgische behandelingen voor dubbele diagnose patiënten.

De drie hoger vermelde behandelingsmodellen (lineaire – parallelle – geïntegreerde behandelingen) vindt men ook binnen de Belgische GGZ en VZ (tabel 11) terug.

Tabel 11: Voorbeelden van Belgische voorzieningen voor dubbele diagnose patiënten.

	Ambulante zorg.	Residentiële zorg.
NIET-GEÏNTEGREERDE BEHANDELINGEN.	Centre d'aide aux toxicomanes Herstal.	Clinique Notre-Dame Des Anges Liège.
GEÏNTEGREERDE BEHANDELINGEN.	CGG 3 stromen Lokeren.	Therapeutische gemeenschap dubbele diagnose De Sleutel Sint – Kruis – Winkel

Binnen het kader van deze onderzoeksopdracht beperken wij ons tot de beschrijving van de klinische pilotprojecten, in casu het behandelingsprogramma aangeboden in het Psychiatrisch Centrum Sleidinge en het behandelingsprogramma aangeboden in het Centre Hospitalier Psychiatrique te Luik. Aan de hand van de boven beschreven elementaire componenten van geïntegreerde behandelingsmodellen onderzoeken wij of ook deze behandelingen geïntegreerd zijn.

1. Klinische pilotprojecten.

In haar omzendbrief de dato 06/05/2002 (referentie: PSY/AA/162/2002) lanceerde de Cel Psychiatrische Zorgverlening³⁹ een oproep tot voorstellen betreffende de pilotprojecten voor de intensieve behandeling van patiënten met een dubbele diagnose. Enkel psychiatrische ziekenhuizen konden zich kandidaat stellen⁴⁰.

³⁹ De Cel Psychiatrische Zorgverlening viel onder de bevoegdheid van het Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, dat op 15 oktober 2002 gesplitst werd in de federale overheidsdienst (FOD) Sociale zekerheid en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

⁴⁰ Ook Juan Negrete (2003) meent dat de behandeling van dubbele diagnose patiënten idealiter binnen een psychiatrisch ziekenhuis plaatsvindt: “Dual-pathology patients need comprehensive care with appropriate pharmacotherapy and psychosocial interventions. This treatment can be best provided within the context of a continuing care psychiatric service.” Negrete (2003, p 14).

Zoals in de Federale Beleidsnota Drugs de dato 19/01/2001 gestipuleerd werd, werden de voorziene subsidies⁴¹ aangewend ter verbetering van de omkadering van de bestaande dubbele diagnose werking. Concreet betekent dit dat de pilootcentra 17 in plaats van de gebruikelijke 10 voltijds equivalenten (VTE) in dienst hebben. De hogere personeelsbezetting zou de verwezenlijking van de volgende algemene en individuele doelstellingen beter mogelijk moeten maken:

- Algemene doelstelling:
 - De stabilisatie van de gezondheidstoestand.
- Individuele doelstellingen:
 - De versterking van de therapeutische alliantie.
 - De resocialisering.
 - De verbetering van het algemeen functioneringsniveau.
 - De afbouw van het druggebruik en de eraan gerelateerde problemen (harm reduction).
 - De stabilisering van de psychiatrische stoornissen.
 - De beperking van de risico's.

Tot slot werd door de FOD Volksgezondheid gestipuleerd dat de dubbele diagnose werking georganiseerd diende te worden in afzonderlijke architectonische eenheden. Binnen deze eenheden dient voor elke patiënt een individuele kamer voorzien te worden.

2. Het Psychiatrisch Centrum Sleidinge (PC Sleidinge).

a. *Personalia.*

Officieel adres:

PC Sleidinge.
Weststraat 135.
9940 Sleidinge.

Contactpersoon:

Raoul De Cuyper, algemeen directeur.

b. *Een multidisciplinair team.*

Hoger werd reeds gesteld dat er enkel sprake is van een geïntegreerde behandeling indien de psychotische en de middelengebonden stoornissen simultaan door een multidisciplinair en crosstrained team behandeld worden.

Het *behandelingsteam* van de dubbele diagnose afdeling (afdeling 2B – PC Sleidinge) bestaat uit een psychiater, een coördinator, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, een creatief therapeut, een maatschappelijk werker en ondersteunende therapeuten

⁴¹ Elke eenheid ontvangt op jaarbasis €495.789 extra.

(bewegingstherapeut – huishoudelijk therapeut – muziektherapeut). Daar de personeelsleden hun kunde trachten te perfectioneren aan de hand van het volgen van *cursussen* (Vb: VAD-cursussen rond dubbele diagnose) en het doornemen van *vakliteratuur*, kan men concluderen dat deze basisconditie vervuld is.

In tabel 12 vindt u de verschillende overlegmomenten van het team terug.

Tabel 12: De teamvergaderingen.

Overlegmoment team.	Doel overleg.
Dagelijkse ochtendbriefing Verpleegkundige overdracht.	Bespreking observaties & aandachtspunten. Bespreking evolutie patiënten.
Wekelijkse teamvergaderingen.	Interdisciplinaire bespreking patiënten. Verifiëring & aanpassing behandelplannen. Verfijning diagnose.
Wekelijkse vergaderingen. intervisie-	Verbeteren van de teamwerking.
6-maandelijke vergaderingen. beleids-	Evaluatie werkpunten afdeling.

c. *Een gespecialiseerde assessment*⁴².

In het PC Sleidinge vindt zowel een acute assessment als een verdere screening en diagnosestelling plaats.

Wat betreft de *acute assessment* van het medisch functioneren kan opgemerkt worden dat acuut psychotische en/of ernstig geïntoxiceerde patiënten steeds doorverwezen worden naar andere ziekenhuisafdelingen. Tijdens de intake wordt de patiënten gevraagd of zij mogelijk lijden aan hepatitis. Binnen het PC Sleidinge kan men beroep doen op de kwaliteitscommissie agressie (acute assessment psychologisch functioneren). Tijdens de intake taxeert men ook het sociaal functioneren van de patiënten (familiale en sociale relaties – woonsituatie – justitie – arbeid & opleiding).

Het *diagnoseproces* wordt gezien als een longitudinaal en continu proces. Concreet betekent dit dat de patiënten zowel voor⁴³ als tijdens hun opname onderzocht worden aan de hand van psychodiagnostisch materiaal (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders

⁴² Opmerking: eens het evaluatieonderzoek opgestart wordt, zal een ander protocol gevolgd worden (zie luik b).

⁴³ De patiënten kunnen overigens reeds intern (op de opnamedienst – op de eenheid voor crisis -toxicomanie) of extern (door de huisarts – in een centrum geestelijke gezondheidszorg) gediagnosticeerd zijn.

(SCID; First e.a., 1996) – projectief materiaal). De verdere *hulpvragen* van de patiënten worden opgehelderd aan de hand van een auto- en een heteroanamnese en aan de hand van observaties tijdens de individuele en de groeps counseling. Uit de diagnostische beschouwingen extraheert men tijdens teamvergaderingen en casusbesprekingen een holistische visie op de patiënten. In overleg met de patiënten krijgen de betrokken instanties en personen hierover feedback.

Aan de hand van de orgelpunten (infra) en de driemaandelijke afname van de Addiction Severity Index (ASI, McLellan e.a., 1980) wordt de evolutie van de patiënten geëxploreerd en in kaart gebracht.

d. *Outreaching werken.*

- Case management.

Daar de case manager, verbonden aan het PC Sleidinge, enkel wat betreft risicopatiënten verantwoordelijk is voor de coördinatie en organisatie van de hulpverlening, is hier sprake van een *strengths based case manager*. De case manager tracht dus de hulpbronnen en mogelijkheden van de patiënten te ontdekken en indien nodig ook verder uit te breiden en/of te vermeerderen. Bij ontslag zorgt hij of zij ervoor dat de patiënten in hun thuismilieu of in een andere instelling opgevangen worden. De levenskwaliteit van de patiënten staat hierbij centraal.

In tegenstelling tot de hoger beschreven modellen gaat de case manager niet actief op zoek naar mogelijke dubbele diagnose patiënten.

- Assertieve outreach.

Momenteel wordt er binnen het PC Sleidinge *weinig of geen aandacht* besteed aan assertieve outreach.

e. *Motivationale gespreksvoering.*

Daar men voorheen geen gebruik maakte van motivationale gespreksvoering, plande de directie een interne bijscholing, zodanig dat ook het motivationeel denkkader binnen de behandelingseenheid geïmplementeerd kan worden.

Meestal bevinden de opgenomen patiënten zich in de precontemplatie- of voorbeschouwingsfase (*fase van de pretherapie*). Het team wordt dan ook vaak geconfronteerd met een zekere weerstand tot gedragsverandering. De hulpverleners geven aan mee te gaan in deze weerstand.

f. *Counseling.*

Het PC Sleidinge opteert voor een *psychodynamisch beleid met een minimum aan structuur en een maximum aan verantwoordelijkheden*. Binnen

dit kader biedt men de patiënten zowel individuele als groeps counseling aan.

- Individuele counseling.

In overleg met de patiënt⁴⁴ ontwikkelt men een *individueel behandelplan*, opgebouwd uit *ankerpunten* (korte termijn doelstellingen – persoonlijk project). Tijdens de *orgelpunten*⁴⁵, waarop zowel de aanwezigheid van het team als de aanwezigheid van de patiënt vereist is, worden de reeds bestaande ankerpunten geëvalueerd en indien nodig verder op punt gesteld, en worden er ook nieuwe ankerpunten gecreëerd. Deze orgelpunten, die minimum één keer per maand plaatsvinden⁴⁶, kennen steeds de volgende structuur:

- Gegevensverzameling.
- Probleemdefiniëring.
- Doelstellingen.
- Actieplan.
- Evaluatie.

In een poging paranoïde overdrachten te vermijden, opteert men binnen het PC Sleidinge voorts ook voor een complex aan referenten⁴⁷ waaruit de patiënt zelf één of meerdere referent(en) selecteert (verticale therapeutische werkingsas). Idealiter ontwikkelt de langzaam opgebouwde vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn of haar referent(en), zich tot een therapeutische alliantie, waarna ook gedacht kan worden aan de laterale uitbouw van een sociaal netwerk. Daar de referent ook fungeert als intermedium tussen de patiënten, de case managers en de extramurale samenwerkingspartners, dient het contact tussen de referent en de patiënt continu en intensief te zijn.

- Groeps counseling.

Naast een individueel behandelplan biedt men ook een *algemeen behandelplan* (figuur 1) aan, bestaande uit verplichte en niet-verplichte (groeps)activiteiten.

⁴⁴ Zowel de patiënten als de teamleden zijn dus verantwoordelijk voor het verloop van de behandeling.

⁴⁵ Een orgelpunt is dus een vergadermoment.

⁴⁶ Het eerste orgelpunt vindt plaats op het eind van de acclimatiseringperiode die circa 1 maand duurt. Naarmate de behandeling vordert, volgen de orgelpunten elkaar sneller op.

⁴⁷ Een “referent” of “persoonlijke begeleider” is een personeelslid waarin de patiënt zeer veel vertrouwen stelt.

	MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG
9.00 – 9.30	Weekopener	Ochtendbijeenkomst	Gespreks-groep	Ochtendbijeenkomst	
9.30 – 10.00		Bossen/Bib		Zwemmen / atelier	Muziek-atelier
10.00 – 10.30	Kiosk				
10.30 – 11.00			Atelier		
11.00 – 11.30	Sport				Ate-lier
11.30 – 12.00	Middagmaal	Middagmaal	Middagmaal	Middagmaal	Middagmaal
12.00 – 13.00	Sport	Sport	Vrije namiddag of orgelpunt	Sport	Special event
13.00 – 14.00					
14.00 – 14.30	Muziekatelier		Psycho-educatie		
14.30 – 15.00					
15.00 – 15.30	Koffie	Koffie	Koffie	Koffie	Koffie
15.30 – 16.00	Muziek beluisteren	Krea-moment	Vrije namiddag of orgelpunt	Groepsgesprek	Special event
16.00 – 16.30					Weekafsluiter
16.30 – 17.00	Avondbijeenkomst	Avondbijeenkomst	Psycho-educatie	Avondbijeenkomst	

Figuur 1: algemeen behandelplan (exclusief de individuele gesprekken en contacten met de psychiater, de psycholoog of de referent). De gearceerde velden bevatten de verplichte activiteiten (*minimumprogramma*). Verdere informatie over het behandelplan kan men bekomen bij het behandelingsteam.

De dagelijkse ontmoetingen tussen de patiënten en het team (Vb: ochtendbijeenkomsten, avondbijeenkomsten en groepsgesprekken) zijn essentieel bij de installatie van de *horizontale therapeutische werkingsas*. Tijdens deze groepsessies biedt men de patiënten een forum waar hun grieven en problemen besproken worden en waar hun vragen een antwoord krijgen.

Volgens de teamleden biedt deze groepswerking de patiënten de volgende *voordelen*: ze leren er verantwoordelijkheid te dragen (individuele en groepsverantwoordelijkheid), ze leren er bepaalde sociale en communicatieve vaardigheden te cultiveren, etc. Deze werking kan dus gezien worden als een *groeiproces* waarbij de draagkracht van de groep een bepalende factor is.

De groepsleden worden ook voorbereid op een leven buiten het PC Sleidinge (*resocialisering patiënten – creatie maatschappelijke ankerpunten*). Concreet betekent dit dat het team aandacht besteedt aan de ontwikkeling van een grotere sociale zelfredzaamheid, aan de creatie

van een betere woon- en werksituatie⁴⁸, aan harm reduction (Vb: psycho-educatie rond veilig spuiten), etc. Voorts worden de patiënten ook gestimuleerd bij de uitvoer van ADL-vaardigheden⁴⁹ zoals koken, wassen en strijken.

g. Farmacologische behandeling.

De afdelingspsychiater creëerde een coherent en consequent medicatie-beleid. Voorlopig tracht men de medicatie-inname te optimaliseren door gerichte controles uit te voeren. In de toekomst wenst men de medicatie-inname echter ook te bespreken in de psycho-educatiesessies.

h. Psycho-educatie.

Tijdens deze sessies worden de patiënten voorlopig enkel geïnformeerd rond bepaalde lichamelijke problemen zoals hepatitis.

i. Lange termijn behandelingsperspectief.

De dubbele diagnose afdeling binnen het PC Sleidinge dient beschouwd te worden als een *laagdrempelige* afdeling met een *flexibele heropnameregeling*. Daar zowel de directie als het hulpverleningsteam ervan overtuigd zijn dat de interne kwaliteit afhankelijk is van de kwaliteit van het zorgnetwerk, werken zij ook actief mee aan de verdere uitbouw van het *Gentse zorgnetwerk*. Concreet betekent dit dat zij met de volgende voorzieningen een *samenwerkingsverband* afsloten:

- MSOC Gent – de Sleutel (vertegenwoordigd binnen Ovidius⁵⁰).
- De Kiem.
- Beschut wonen (BW): VZW Odysseus – BW Ithaka – BW Sleidinge – BW Sint-Jan de Deo, PC de Pelgrim, Dienst Geestelijke GezondheidsZorg (DGGZ) Eclips – Hand in hand.
- Ziekenhuizen: Sint-Lucas algemeen ziekenhuis, Jan Palfijn, Universitair Ziekenhuis Gent.
- Medisch Urgentie team.
- Activiteitscentrum de Moester.
- Thuiszorgdiensten (o.a. familie zorg).
- Psychiatrische thuiszorg (ambulante woonbegeleiding).
- Poco Loco (aanloophuis te Gent).
- Meta-wonen.
- Gentse thuiszorg.
- Samenwerkingsverband: gedwongen opname.

⁴⁸ Hiervoor neemt de sociale dienst contact op met instellingen als het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), de Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), beschutte werkplaatsen, opleidingscentra, etc.

Wenst men een woonst te vinden, dan kan men mogelijk ook een beroep doen op familieleden en/of vrienden.

⁴⁹ De afkorting “ADL” staat voor “activiteiten dagelijks leven”.

⁵⁰ Het Oost-Vlaams Intersectoraal Drugoverleg, InformatieUitwisseling en Samenwerking (Ovidius) stimuleert en ondersteunt de afstemming en samenwerking binnen de drughulpverlening (Mostien, 2003).

Voor de eigenlijke continuïteit in de hulpverlening zorgen de referenten, de case manager en het cliëntenoverleg groot Gent – Lokeren.

j. Behandelingsstadia.

1. Diagnosestelling (supra).
2. Aanpassings- of acclimatisatieperiode.

Nadat de patiënt door een verpleegkundige verwelkomd wordt (beluisteren hulpvraag – algemene informatie over de afdeling – rondleiding op de afdeling), maakt hij of zij kennis met de andere teamleden. Tijdens de groepsgesprekken krijgt elke patiënt ook een peter of meter (individuele verantwoordelijkheid) toegewezen.

Deze fase kan dus gezien worden als een voorbereidingsfase op het eigenlijke behandelingsprogramma dat aanvangt met het eerste orgelpunt. Tijdens deze fase dient er ook een vertrouwensband te ontstaan tussen de patiënt en zijn of haar referent(en).

3. Behandelingsprogramma (supra).
4. Ontslagmanagement.

Reeds tijdens de opname worden de patiënten voorbereid op een leven na hun ontslag uit de instelling (supra). Dankzij een goede samenwerking tussen intramurale en extramurale diensten staat het centrum garant voor een goede zorgcontinuïteit. Patiënten die dit wensen, kunnen bovendien ook blijvend beroep doen op psychologische ondersteuning (nabehandeling door psycholoog).

k. Werk met familieleden en/of andere leden van het sociaal netwerk van de cliënten.

Op heden voorziet men in het PC Sleidinge geen systeempsychotherapie. Dit betekent echter niet dat de familieleden van de patiënten helemaal niet betrokken worden bij de therapie: het team besteedt immers voldoende aandacht aan het hernieuwen of verbeteren van de dialoog tussen de patiënten en hun familie en/of vrienden. Voorts worden zij ook ingelicht over de behandeling en krijgen zij, indien gewenst, ook de mogelijkheid het eigen verhaal te brengen.

l. Aanvullende componenten.

De volgende interventies zorgen er voor dat de patiënten ook tijdens hun hospitalisatie ingang vinden in de maatschappij: enerzijds organiseert men activiteiten buiten het centrum (Vb: bibliotheekbezoek – wekelijkse uitstapjes). Anderzijds raakt de buitenwereld via tentoonstellingen, buurtfeesten,... ook vertrouwd met het PC Sleidinge.

m. *Conclusie.*

Daar bijna alle elementaire componenten terug te vinden zijn in de behandeling die aangeboden wordt in het PC Sleidinge, kan men concluderen dat deze behandeling geïntegreerd is.

3. Het Centre Hospitalier Psychiatrique (CHP).

a. *Personalia.*

Officieel adres:

Centre Hospitalier Psychiatrique.
Société civile coopérative.
Rue Professeur Mahaim, 84.
4000 Liège.

Contactpersoon:

Albert Franck, algemeen directeur.

b. *Multidisciplinair team.*

Daar het *behandelingsteam* samengesteld is uit psychiaters, psychologen, een hoofdverpleegkundige, verpleegkundigen, opvoeders, een criminoloog, een sociaal assistent, een ergotherapeut en een bewegingstherapeut, kan men ook hier spreken van een multidisciplinair team. Vooraleer de afdeling operationeel werd, werden de teamleden niet alleen *theoretisch gevormd* (GGZ & VZ), doch kregen ze ook de kans een aantal dagen *mee te draaien in de voorzieningen waarmee het CHP een samenwerkingsverband sloot* (infra).

Tabel 13 geeft een overzicht van de verschillende teamvergaderingen.

Tabel 13: De teamvergaderingen.

Overlegmoment team.	Doel overleg.
Dagelijkse overlegmomenten (9u15-9u45; 13u15-14.00).	Informatieoverdracht (Bespreking patiënten). Bewerkstelling coherent beleid (Vb: gemeenschappelijk overleg tuchtregels).
Wekelijkse teamvergadering.	Goede coördinatie interventies.
Overleg met verschillende partners.	Informatieoverdracht. Aanpassing individuele of algemene behandelingsprogramma's cfr de door de partners ervaren noden.

c. *Een gespecialiseerde assessment.*

Ondanks het feit dat de meeste patiënten reeds gediagnosticeerd werden⁵¹, kunnen zij pas gehospitaliseerd worden na een *preliminair onderhoud met de psychiater, de psycholoog en een derde teamlid*. Het doel van dit onderhoud is tweeledig, daar men de patiënten enerzijds wenst te onderzoeken en anderzijds ook wenst te informeren over de behandeling.

1. *Assessment.*

Het gebruik van een multimodale inventaris enerzijds en collaterale informatie anderzijds maakt zowel de *acute assessment* (de analyse van het medisch, psychologisch en sociaal functioneren) als de *verdere screening* (de analyse van de momentane deficieten, noden en hulpvragen) mogelijk. De *diagnose* wordt gesteld aan de hand van de DSM-IV criteria. De *precisering van de symptomen* vindt plaats met behulp van de Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay, 1991) en de ASI (McLellan e.a., 1980).

2. *Informatieoverdracht* (doel: creatie vertrouwensrelatie – verhoging therapietrouw).

- a. Bespreking therapeutische mogelijkheden.
- b. Bespreking therapeutisch programma.
- c. Bespreking leefregels.

Afhankelijk van de hoogdringendheid van de hospitalisatie vindt dit onderhoud in één of in twee fasen plaats⁵².

d. *Outreaching werken.*

• *Case management.*

Daar de case manager verantwoordelijk is voor een goede afstemming tussen de verschillende interventies die de patiënten genieten, staat hij of zij garant voor de continuïteit in zorg. Concreet betekent dit dat hij of zij regelmatig contact heeft met de patiënten en/of hun familieleden, dat hij of zij vergaderingen belegt tussen de verschillende partners, dat hij of zij het zorgnetwerk activeert, etc. De patiënten kunnen de keuze van de case manager (Vb: huisarts, referent) beïnvloeden.

• *Assertieve outreach.*

Het team houdt (telefonisch) contact met de patiënten die de instelling verlaten hebben.

⁵¹ De meeste patiënten werden immers reeds gediagnosticeerd door hun interne (Vb: Le Portail) of externe verwijzer (Vb: CHR La Citadelle).

⁵² In geval van hoogdringendheid nemen de patiënten en hun familie samen deel aan het preliminair onderhoud. Vereist de toestand van de patiënt geen urgente opname, dan wordt hij of zij pas gezien nadat het team contact gehad heeft met de familie.

e. *Motivationale gespreksvoering.*

Ook binnen het CHP maakt men niet systematisch gebruik van motivationale interventies.

f. *Counseling.*

Het behandelingsprotocol is terug te voeren tot een combinatie van interventies, komende uit verschillende behandelingsparadigma's (*eclectische visie*). Zo wordt elke patiënt bijvoorbeeld gezien in functie van zijn of haar voorgeschiedenis (*psychodynamische therapieën*) en milieu (*systeemtherapie*). Daar de behandeling daarnaast ook *cognitief-gedragsmatige* componenten omvat, krijgen de patiënten de kans nieuwe vaardigheden aan te leren.

Ook het CHP biedt zowel een individuele als een groeps counseling aan.

- *Individuele counseling.*

Net zoals het PC Sleidinge opteert het CHP voor een complex aan referenten (*référénts hospitaliers*). De referenten zijn verantwoordelijk voor de creatie van de geïndividualiseerde behandeling- en zorgprogramma's. De basis van deze programma's vindt men terug in de gegevens verzameld tijdens het screenings- en diagnoseproces en in de observatiegegevens. Naast een individueel behandelingsprogramma heeft elke patiënt ook een individueel takenpakket.

De sociale dienst waakt erover dat de patiënten op administratief en financieel vlak goed begeleid worden. Deze dienst zorgt er ook voor dat de patiënten na hun ontslag uit de instelling over een veilige woonst kunnen beschikken.

- *Groeps counseling.*

Het CHP biedt zowel groepsgesprekken als -activiteiten aan.

Tijdens de groepsgesprekken, waarbij de patiënten hun communicatieve en interpersoonlijke vaardigheden kunnen oefenen, worden ondermeer de volgende onderwerpen behandeld: het zelfbeeld, de familiale contacten, de copingsprocessen, de invulling van de vrije tijd,...

De groepsactiviteiten stimuleren de patiënten dan weer op creatief, cultureel en sportief vlak. De activiteiten die buiten het CHP plaatsvinden, leiden mogelijk tot een betere maatschappelijke integratie.

g. *Farmacologische behandeling.*

In het CHP krijgen de patiënten zowel antipsychotische medicatie als substitutiebehandelingen aangeboden. Daar men meent dat dit de therapietrouw verhoogt, hecht men zeer veel belang aan het

overbrengen van informatie rond deze behandelingscomponent (psycho-educatie; infra).

h. Psycho-educatie.

Het CHP voorziet psycho-educatie omtrent de volgende onderwerpen:

- De psychotische stoornis (Vb: PACTmodules⁵³).
- Hervalpreventie (Vb: identificatie hoge risicosituaties).
- Harm reduction (Vb: veilig spuiten).
- De gezondheidstoestand (Vb: HIV).
- De medicatie (Vb: secundaire effecten antipsychotische medicatie).
- De Activiteiten Dagelijks Leven (Vb: hygiëne, kledij & wonen, koken & voeding, huishoudelijke klusjes, gebruik openbaar vervoer).

Vrouwelijke patiënten informeert het team ook over contraceptie, affectieve afhankelijkheid, de risico's van het zich prostitueren, etc.

i. Lange termijn behandelingsperspectief.

Het CHP maakt deel uit van een netwerk dat een tweeledig doel dient: de organisatie van het zorgcircuit (verdeling verantwoordelijkheden) en de opvolging van specifieke cliënten.

De partners van het CHP zijn:

- De subgroep toxicomanie van het "Réseau", verantwoordelijk voor de coördinatie en valorisatie van het Luikse psycho-medisch-sociale netwerk.
- De Commission Assuétude van de provincie Luik.
- La Cellule Drogues van de Université de Liège.
- L'atelier Toxicomanies du Contrat de Sécurité.
- La Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise.
- CHR la Citadelle.
- Le Centre de Santé Mentale ALFA (gespecialiseerd in de VZ).
- Les Centres de Réadaptation Fonctionnelle régionaux (CRF).
- START – MASS.
- ASBL Réflexions (patiëntenvereniging die psycho-educatie verleent over psychotische stoornissen).
- SPADI (soins psychiatriques à domicile intégrés).
- Straathoekwerkers en apothekers (methadonverstrekking).
- Familiehulp, maaltijdbezorging, psychiatrische thuiszorg.
- Zelfhulpgroepen (Vb: AA, Vie Libre, ALANON, Similes).
- Vrijwilligersverenigingen (Vb: restos du cœur, lire et écrire, Oxfam).

j. Behandelingsstadia.

De behandeling aangeboden in het CHP, bestaat uit de volgende vier stadia:

⁵³ PACT staat voor Psychose, Aider, Comprendre, Traiter.

1. Observatie – evaluatie.
Tijdens deze fase die aanvangt met de assessment, worden de patiënten gestabiliseerd. Tijdens deze fase creëert het team ook het individuele behandelingsprogramma.
2. Uitwerking project.
De realisatie van een aantal projecten helpt de patiënten bij het bereiken van hun doelen. Hierdoor verkrijgen zij niet alleen meer autonomie, ze komen ook tot persoonlijke groei.
3. Concretisering project.
Eens de patiënten voldoende autonomie verworven hebben, worden zij actief voorbereid op hun vertrek uit de instelling. Concreet betekent dit dat zij samen met het team een extramurale therapeutische piste uitstippelen.
4. Netwerk en zorgcircuit.
Tijdens deze fase evalueert men de evolutie van de patiënten die de instelling verlaten hebben.

k. Werk met familieleden en/of andere leden van het sociaal netwerk van de patiënten.

Daar men de aangeboden behandeling wenst te optimaliseren, wordt de familie systematisch betrokken bij de therapie. Zowel tijdens het preliminair onderhoud als tijdens de wekelijkse ontmoetingsmomenten verschaffen zij het team bijkomende assessment informatie. Tijdens deze ontmoetingen kunnen de familieleden ook zelf een beroep doen op de diensten van het team (Vb: vraag naar psychologische begeleiding – vraag naar psycho-educatie – vraag naar zelfhulpgroepen).

l. Aanvullende componenten.

Op heden evalueert het team op eigen initiatief het functioneren van de patiënten (evolutie diagnostische kenmerken).

m. Conclusie.

Daar ook het CHP bijna alle elementaire componenten incorporeert in de behandeling, kan ook de hier aangeboden therapie als geïntegreerd omschreven worden.

3. **Effectiviteit residentiële geïntegreerde behandelingen**⁵⁴.

In dit caput wordt onderzocht of:

1. De residentieel geïntegreerde behandelingsmodellen effectief zijn wat betreft de behandeling van dubbele diagnose patiënten.
2. Dubbele diagnose patiënten in de residentieel geïntegreerde behandelingsseenheden effectiever behandeld worden dan in de standaard residentiële behandelingsseenheden.

a. **Niet-experimenteel onderzoek**⁵⁵.

In 1990 rapporteerden Ries & Ellingson (zie Drake e.a., 1998) over een onderzoek uitgevoerd bij 17 patiënten^{56,57} die een geïntegreerde behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis genoten. Deze behandeling, die gemiddeld 13,4 dagen duurde, omvatte de volgende drie kerncomponenten:

- AA-, CA- en/of NA-vergaderingen⁵⁸. Deze vergaderingen, die zowel intra- als extramuraal georganiseerd werden, dienden dagelijks bijgewoond te worden.
- Drug- en alcoholeducatie (via videomateriaal).
- Ontslagplanning (focus: afhankelijkheid).

Een maand na hun ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis werden de patiënten opnieuw gecontacteerd in verband met hun momentaan middelengebruik. Gebruik makend van zelfrapporteringen, stelden de onderzoekers vast dat twaalf patiënten (71 procent) nog steeds abtinent waren.

Drake e.a. (1998) meenden dat dit onderzoek de volgende hiaten vertoonde:

- De zelfrapporteringen werden niet geverifieerd.
- De follow-up periode kende een te korte duur.

Ons inziens was zowel de grootte van de steekproef ($n = 17$; $n = 5$ in het kader van de onderhavige onderzoeksopdracht) als het aantal afhankelijke variabelen ($n = 1$) te klein.

Bartels & Drake (1996; zie Drake e.a., 1998) onderzochten 41 patiënten⁵⁹, die deelnamen aan een drie⁶⁰ tot zes maand durend residentieel dubbele diagnose programma opgebouwd uit de volgende componenten:

⁵⁴ De hier besproken onderzoeken omvatten steeds de evaluatie van één of meerdere holistische behandeling(en). Die onderzoeken waarbij slechts één elementaire component geëvalueerd wordt, worden hier niet besproken.

⁵⁵ *Niet-experimenteel onderzoek (single-cohort pretest-posttest comparison)* (Speer, 1998): een aantal van de patiënten die de te onderzoeken behandeling volgen, wordt zowel voor de aanvang van deze behandeling als na de voleinding ervan getest. *Semi-experimenteel onderzoek (nonequivalent comparison group strategies)* (Speer, 1998): de behandelingsresultaten van verschillende niet-equivalente groepen worden vergeleken. De onderzochte patiënten worden niet at random gegroepeerd. *Experimenteel onderzoek (randomized comparison group design)* (Speer, 1998): de patiënten worden at random ondergebracht in één van de behandelingscondities, waarna de behandelingsresultaten van de verschillende groepen vergeleken worden.

⁵⁶ De term "patiënten" verwijst in dit caput naar die patiënten die een dubbele diagnose in de ruime zin hebben.

⁵⁷ Deze patiënten hadden allen twee psychiatrische stoornissen, waaronder ook een middelengebonden stoornis. Slechts vijf van de patiënten hadden zowel een middelengebonden als een psychotische stoornis.

⁵⁸ AA: Alcoholics Anonymous – CA: Cocaine Anonymous – NA: Narcotics Anonymous.

⁵⁹ 26 patiënten (63,4 procent) hadden zowel schizofrenie als een middelengebonden stoornis.

- Psychotherapiegroepen.
- 12-stappengroepen (intra- en extramuraal).
- Regelmatige drugtesten (urineonderzoek).
- Medicatiemanagement.
- Werkactiviteiten.

Uit het follow-up onderzoek, zes maand na ontslag, bleek dat deze behandeling geen effect had op de onderzochte afhankelijke variabelen, in casu het middelengebruik en het gebruik van de ziekenhuisvoorzieningen.

Ook in dit onderzoek is de steekproefgrootte vrij klein (n = 41). Bovendien is er sprake van een hoge behandelingsdrop-out (69 procent) en een beperkt aantal afhankelijke variabelen.

In Europa, meer bepaald in Bern, verrichtten Moggi e.a. (1999a, 2002) onderzoek naar de effectiviteit van een residentieel geïntegreerd behandelingsprogramma. Het programma, dat 4 maand in beslag nam, omvatte de volgende componenten:

- Psychotherapie (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Milieutherapie (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Hervalpreventie (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Educatiegroepen (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Medicatie (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Sociale en copingsvaardigheden (Moggi e.a., 2002).
- Familie therapie (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Financiële ondersteuning (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Behuizing (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- Tewerkstelling (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).
- 4 behandelingsstadia: aanhaken – overtuigen – intensieve behandeling – ontslagplanning (Moggi e.a., 1999a, Moggi e.a., 2002).

Na de afname van een intake-interview weerhieldden Moggi e.a. (1999a) 78 patiënten⁶¹ (response rate: 62,4 procent) voor behandeling. Eén jaar na het beëindigen van hun behandeling namen 52 patiënten (response rate: 66,7 procent) deel aan een follow-up interview. Tijdens dit interview werden de volgende afhankelijke variabelen getaxeerd (onderzochte periode: laatste 30 dagen):

- Psychiatrische symptomen (BPRS⁶²-subschalen: thinking disturbance – withdrawal/retardation – anxiety/depression – suspiciousness/hostility).
- Middelengebruik (wekelijks – tweewekelijks – nooit).
- Woonsituatie (eigen woonst – residentieel verblijf – dakloos/in een tehuis).

⁶⁰ Opmerking: slechts 31 procent van de patiënten rondde het 3-maand durend programma af (hoge drop-out).

⁶¹ De patiënten, die gediagnosticeerd werden aan de hand van de ICD-10 criteria, vertoonden allen een middelengebonden stoornis en een psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis. Schizofrenie was de meest voorkomende stoornis. Opmerking: het exacte percentage schizofrene patiënten met een middelengebonden stoornis werd niet vermeld.

⁶² Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gordham, 1962).

- Arbeidssituatie (deeltijds werk & arbeidsuitkering – arbeidsuitkering – zonder inkomen).

Moggi e.a. (1999a) stelden zowel een significante daling in positieve symptomen als een marginaal significante daling in angstige en depressieve symptomen (respectievelijk BPRS thinking disturbance – BPRS anxiety/depression) vast. Zij tekenden geen afname in negatieve symptomen (BPRS withdrawal/retardation) noch in middelengebruik op. Wat betreft de woon- en arbeidssituatie, merkte men voornamelijk gunstige evoluties op (tabel 14).

Tabel 14: Woon- en werksituatie dubbele diagnose patiënten (n = 52) (Moggi e.a., 1999a).

Onderzoeksvaariabele.	#	Evolutie.	
Woonsituatie.	21	Identieke woonsituatie.	
	31	Veranderde woonsituatie.	
		#	Evolutie.
		17	Dakloos/tehuis → niet langer dakloos/niet langer in een tehuis.
		5	Residentieel verblijf → eigen woonst.
		1	Niet dakloos/niet in een tehuis → dakloos/tehuis.
		2	Eigen woonst → residentieel verblijf.
Arbeidssituatie.	12	Identieke arbeidssituatie.	
	31	Veranderde arbeidssituatie.	
		#	Evolutie.
		13	Zonder inkomen → deeltijds werk/arbeidsuitkering.
		2	Zonder inkomen → arbeidsuitkering.
		13	Arbeidsuitkering → deeltijds werk/arbeidsuitkering.
		3	Deeltijds werk/arbeidsuitkering → arbeidsuitkering.
	9	Geen gegevens.	

In een tweede onderzoek (Moggi e.a., 2002) namen 84 patiënten⁶³ (response rate: 70,6 procent) deel aan het follow-up interview⁶⁴. Zij werden bevraagd over:

- Hun psychiatrische stoornissen (supra).

⁶³ 54 van deze patiënten (64,3 procent) leden zowel aan een middelengebonden stoornis als aan schizofrenie. De overige patiënten leden aan een middelengebonden stoornis en een depressie (4,7 procent) of een persoonlijkheidsstoornis (31 procent). Ook deze diagnoses werden gesteld aan de hand van de ICD-10 criteria.

⁶⁴ Opmerking: de onderzochte patiënten hadden een gemiddelde verblijfsduur van 102 dagen. Concreet betekent dit dat slechts 25,6 procent de behandeling volledig afrondde (gewenste verblijfsduur: 120 dagen).

- Hun alcohol- en/of druggebruik (supra).
- Het feit of ze wel (code 1) of niet (code 0) gehospitaliseerd werden na ontslag.
- Hun woonsituatie (code 0: dakloos/tehuis/gevangenis – code 1: eigen woonst/residentieel verblijf).

Men vroeg de patiënten enkel de laatste 30 dagen in overweging te nemen.

Aan de hand van deze follow-up interviews stelden Moggi e.a. (2002) vast dat de ernst van de psychiatrische problematiek significant afnam (significante daling op alle BPRS-schalen, met uitzondering van de BPRS-schaal withdrawal/retardation). Wat betreft het middelengebruik, constateerden zij dat de patiënten op het moment van de follow-up significant minder gebruikten⁶⁵ en ook significant meer abtinent waren (24, 1 procent ? 0 procent) dan op het moment van de opname. De significante interactie-effecten tussen de psychiatrische symptomatologie en het middelengebruik vindt u terug in tabel 15.

Tabel 15: Significante interactie-effecten psychiatrische symptomatologie – middelengebruik.

Psychiatrische symptomatologie.	Middelengebruik.
Withdrawal/retardation.	Heroïne.
Withdrawal/retardation.	Niet-voorgeschreven medicatie.
Withdrawal/retardation.	Algemeen middelengebruik.
Anxiety/depression.	Niet-voorgeschreven medicatie.
Totale BPRS-score.	Heroïne.
Totale BPRS-score.	Niet-voorgeschreven medicatie.

Er werden ook significant minder patiënten gehospitaliseerd na hun ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis dan voor hun opname (44,1 procent tegenover 89,3 procent). Moggi e.a. (2002) stelden bovendien ook vast dat circa 50 procent van de patiënten die na hun opname niet meer gehospitaliseerd werden, verder ambulantly behandeld werd (belang van de zorgcontinuïteit). De overige niet-gehospitaliseerde patiënten werden niet formeel behandeld.

Binnen deze populatie bestonden er ook significante correlaties tussen het wel/niet gehospitaliseerd worden en de “thinking disorders” subschaal enerzijds en tussen het wel/niet gehospitaliseerd worden en het gebruik van heroïne anderzijds.

De gegevens betreffende de woonsituatie vindt u terug in tabel 16.

⁶⁵ Zo stelde men bijvoorbeeld vast dat een aantal patiënten participeerde in een methadonprogramma (oorzaak verminderd heroïnegebruik).

Tabel 16: Woonsituatie patiënten (n = 84) (Moggi e.a., 2002).

	#		
Identieke woonsituatie:	54 (code 1).		
Veranderde woonsituatie:	30.		
	#	Opname:	Follow-up:
	28.	Code 0.	Code 1.
	2.	Code 1.	Code 0.

Op basis van deze onderzoeksresultaten besloten Moggi e.a. (1999a, 2002) dat de geïntegreerde behandelingen veelbelovend lijken wat betreft de behandeling van dubbele diagnose patiënten. De veralgemeenbaarheid van hun onderzoeksresultaten wordt echter wel beperkt door:

- De grootte van de steekproef (n = 52 (Moggi e.a., 1999a)).
- De grote behandelingsdrop-out (74,6 procent (Moggi e.a., 2002)).
- De hoge uitvalpercentages (respons rate = 66,7 procent (Moggi e.a., 1999a) – respons rate = 70,6 procent (Moggi e.a., 2002)).
- De afwezigheid van een controlegroep (Moggi e.a., 1999a; Moggi e.a., 2002).
- Het uitblijven van de verificatie van de zelfgerapporteerde gegevens (Moggi e.a., 1999a; Moggi e.a., 2002).
- De afwezigheid van meer specifieke variabelen (Vb: bepaling verandering in de kwaliteit/kwantiteit van het middelengebruik – levenskwaliteit) (Moggi e.a., 1999; Moggi e.a., 2002).

b. Semi-experimenteel onderzoek.

Aan de hand van een semi-experimenteel onderzoek wensten Blankertz & Cnaan (1994) zowel de effectiviteit van een geïntegreerd programma als de effectiviteit van een standaardprogramma te meten en te exploreren (tabel 17).

Tabel 17: Beschrijving verschilpunten tussen de verschillende programma's. (Blankertz & Cnaan, 1994).

Programma-elementen.	Geïntegreerde behandeling.	Traditionele behandeling.
Organisatie behan- deling:	Voorname-lijk GGZ.	Voorname-lijk VZ.
Filosofische oriëntatie:	Psychosociale rehabilitatie, aangepast aan de doelpopulatie.	Therapeutische gemeenschap, aangepast aan de doelpopulatie.
Ontslagregeling:	Geen exclusiecriteria. Cliënten die een consistente bedreiging voor zichzelf of de anderen vormen, worden mogelijk wel overgebracht naar een ander programma.	Exclusie cliënten die de regels consistent overtreden. Dit programma is niet verantwoordelijk voor de organisatie van de nazorg.

Modificatie gedrag:	Combinatie positieve beloningen & contingentiecontracten.	Combinatie confrontatie & straf.
Case management:	Intensief (ratio: 1:7).	Traditioneel (ratio: 1:25).
Staf:	Professionelen (crosstrained).	Paramedisch personeel – ex-verslaafden.
Geslotenheid instelling:	Overdag: open instelling – 's nachts: gesloten instelling.	Oriëntatieperiode: gesloten beleid – later: vergezeld door een buddy.
Psychiatrische zorg:	Binnen de voorziening: individuele en groeps counseling.	Extern aan de voorziening: individuele counseling en medicatie.
Locus of control:	Interne locus of control. Doelen, limieten en beloningen worden door de cliënt zelf bepaald.	Externe locus of control. Doelen, limieten en beloningen worden door de groep bepaald.
Verantwoordelijke(n) individuele counseling:	Counselors, psychiaters, gespecialiseerde therapeuten en case managers.	Individuele counselor (paramedisch personeelslid – ex-gebruik(st)er).
Ontwikkeling veranderingsbereidheid:	De negatieve gevolgen van het middelengebruik worden geëxploreerd binnen een vertrouwensrelatie.	De cliënten worden (in groep) geconfronteerd met de negatieve gevolgen van het gedrag.

Tijdens de duur van het onderzoek vatten 176 patiënten⁶⁶ één van de bovenstaande behandelingen aan. Daar men enkel die patiënten die minimum 60 dagen in behandeling bleven, onderzocht, werden 87⁶⁷ patiënten geweerd uit het onderzoek (response rate: 50,6 procent) (niet-equivalente groepen).

Blankertz & Cnaan (1994) meenden dat de aangeboden behandeling succesvol was als de patiënt gedurende minimum drie maand aan de volgende voorwaarden voldeed:

- De psychiatrische toestand was stabiel (Vb: de patiënt werd niet gehospitaliseerd).
- De patiënt was abstinente.
- De patiënt functioneerde succesvol binnen de maatschappij (Vb: de patiënt had een vaste verblijfplaats).

Elke onderzoeksvariabele werd steeds multimodaal onderzocht (Vb: onderzoek abstinentie aan de hand van het ASI-interview, aan de hand van

⁶⁶ Deze patiënten leden allen aan minimum twee as-1 stoornissen (100 procent middelengebonden stoornissen – 70 procent psychotische stoornissen – 9 procent schizoaffectieve stoornissen). 53 procent van de patiënten leden bovendien ook aan een as-2 stoornis.

⁶⁷ Deze patiëntengroep bestond zowel uit patiënten die de instelling tegen medisch advies in, verlaten hadden (n = 46), als uit patiënten die nog steeds in behandeling waren (n = 41).

een urineanalyse, aan de hand van zelfrapporteringen en aan de hand van collaterale informatie (case manager & klinische staf). Uit de statistische analyse van de aldus verzamelde onderzoeksresultaten kon vervolgens afgeleid worden dat de patiënten in de experimentele conditie (geïntegreerde behandeling) significant frequenter succesvol behandeld werden dan de patiënten in de controleconditie (standaardbehandeling) (tabel 18)⁶⁸.

Tabel 18: succesratio verschillende behandelingen (Blankertz & Cnaan, 1994).

	Geïntegreerde behandeling.	Standaardbehandeling.
Succesvolle behandeling.	15 (29,4 %).	3 (7,9 %).
Niet-succesvolle behandeling.	36 (70,4 %).	35 (92,1 %).

Daar deze resultaten Blankertz & Cnaan (1994) echter niet konden overtuigen van de absolute effectiviteit van de bovenstaande geïntegreerde behandeling, stelden zij dat het essentieel is verder te speuren naar alternatieve behandelingsvormen.

Tot slot vermelden wij hier ook nog de reële onderzoekshiaten:

- Beide behandelingen kenden een hoog drop-out percentage (34,1 procent).
- De bestudeerde periode (in casu 3 maand) was mogelijk te kort om de effecten op lange termijn te onderkennen.

Veel klinici meenden dat de operationalisering van de gekozen variabele (in casu het behandelingssucces) te streng verliep. Hanteert men voor de patiënten minder stringente condities, dan kent de behandeling mogelijk een veel grotere doch even betekenisvolle succesratio.

Het onderzoeksproject van Drake e.a. (1997) nam 18 maand in beslag. Tijdens deze periode onderzochten ze het differentiële effect van een geïntegreerde en een parallelle behandeling op 2 niet-equivalente dakloze patiëntengroepen (tabel 19).

Tabel 19: beschrijving patiëntenpopulatie onderzoek Drake e.a. (1997).

	Experimentele conditie.	Controleconditie.
Dubbele diagnose patiënten:	158	59
Patiënten met een middelengebonden	66	16

⁶⁸ Blankertz & Cnaan (1994) toonden overigens aan dat de verschillende behandelingsresultaten wel degelijk te wijten waren aan het verschil in behandelingsprogramma en dus niet aan het verschil in cliëntkenmerken en/of programmegebruik.

stoornis en schizofrenie:		
Patiënten met een middelengebonden en een schizoaffectieve stoornis:	22	4

Drake e.a. (1997) oordeelden dat de verschillende programma's voornamelijk identieke componenten (behandeling psychiatrische/middelengebonden stoornis – regeling woonsituatie – regeling ambulante nazorg) omvatten. Enkel de mate waarin deze componenten binnen de setting geïntegreerd waren, was duidelijk verschillend (geïntegreerde behandeling – parallele behandeling).

De differentiële effectiviteit van de verschillende behandelingsprogramma's trachtte men vervolgens vast te stellen aan de hand van de informatie die verzameld werd in vier consecutieve, gestructureerde patiënteninterviews⁶⁹ enerzijds en aan de hand van collaterale informatie anderzijds. Zo kon ten eerste vastgesteld worden dat het drop-out percentage hoger was in de parallele dan in de geïntegreerde behandeling. Ten tweede ontdekte men dat alle behandelde patiënten hun alcohol- en/of druggebruik reduceerden.

Enkel wat betreft het alcoholgebruik (en dus niet wat betreft het druggebruik) stelde men een differentieel behandelingseffect vast, in die zin dat de afname in gebruik significant groter was bij de patiënten die een geïntegreerde behandeling genoten dan bij de patiënten die een standaardbehandeling genoten. Uit de onderzoeksresultaten leerde men ten derde ook dat de patiënten in de experimentele conditie (geïntegreerde behandeling – stadium van de actieve behandeling) zich verder in de motivatiecyclus bevonden dan de patiënten in de controleconditie (parallele behandeling – stadium van de overtuiging). Ten vierde merkte men ook op dat alle behandelde patiënten na hun ontslag uit de instelling, minder frequent dakloos waren. De patiënten in de experimentele conditie verbleven in tegenstelling tot de patiënten in de controleconditie, significant minder frequent in een instelling en significant meer frequent op een vast woonadres dan voor hun behandeling. Tot slot stelden de onderzoekers bij de behandelde patiënten ook een aantal secundaire effecten vast (Vb: significante verbetering op de BPRS-subschaal "anergia", significante verbetering op de ASI-subschaal "legal").

De verklaring voor het feit dat de beide niet-equivalente patiëntenpopulaties bepaalde gelijkaardige significant positieve evoluties doormaakten, diende volgens Drake e.a. (1997) gezocht te worden in de uniformiteit van de aangeboden interventies. De vastgestelde superioriteit van de experimentele conditie kon na de eliminatie van een aantal alternatieve verklaringen, enkel

⁶⁹ Het eerste interview vond plaats aan het begin van de behandeling. Het tweede, derde en vierde interview werden respectievelijk 6, 12 en 18 maand na het begin van de behandeling afgenomen. Deze interviews waren alle gebaseerd op andere interviews waaronder ook de Addiction Severity Index (ASI; McLellan e.a., 1980) en de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall & Gorham, 1962).

te wijten zijn aan de mate van integratie. Ook Drake e.a. (1997) meenden dus dat de aangeboden geïntegreerde behandeling significant effectiever was dan de standaardbehandeling.

Het onderzoek van Nuttbrock e.a. (1998) waarbij de effectiviteit van een geïntegreerde behandeling binnen een community residence (CR) vergeleken werd met de effectiviteit van een geïntegreerde behandeling binnen een therapeutische gemeenschap (TG)⁷⁰, leverde de volgende resultaten op:

- In de CR-conditie leverden significant meer patiënten een positief urinestaal af dan in de TG-conditie.
- Enkel in de TG-conditie constateerde men na 2, 6 en 12 maand een significante daling in algemeen psychiatrische (BPRS) en in depressieve symptomatologie (Center for Epidemiological Studies – Depression Scale). In de beide condities stelde men na 2, 6 en 12 maand een significante daling in angstsymptomen (BPRS) en een significante verbetering in algemeen functioneren (Global Assessment of Functioning) vast.

Op basis van deze resultaten concludeerden Nuttbrock e.a. (1998) enerzijds dat de aangeboden geïntegreerde behandelingen beide effectief waren en anderzijds ook dat de effectiviteit van de behandeling aangeboden in de TG, groter leek te zijn dan de effectiviteit van de behandeling aangeboden in de CR.

Ook dit onderzoeksdesign vertoont een aantal hiaten die de veralgemeenbaarheid van de resultaten hypothekeren. Ten eerste bestond de onderzochte patiëntenpopulatie enkel uit Afro-Amerikaanse dakloze mannen en ten tweede was er ook sprake van een zeer hoge uitval.

In 1999 rapporteerden Moggi & Crosby en Moggi e.a. (b) over de evolutie van 981⁷¹ mannelijke gehospitaliseerde patiënten waaronder ook 142 patiënten met zowel een middelengebonden als een psychotische stoornis. Gedurende drie tot vier weken kregen deze patiënten in vijftien verschillende centra (acht centra met een dubbele diagnose klimaat – zeven centra zonder een dubbele diagnose klimaat) een intramuraal verslavingsprogramma (12-stappen programma – cognitief-gedragsmatig programma) aangeboden. Daar waar Moggi & Crosby (1999) zich focusten op de exploratie van de algemene⁷² en specifieke⁷³ copingsvaardigheden, zetten Moggi e.a. (1999b) een ruimere bril

⁷⁰ Tabel 20: Patiëntenpopulatie onderzoek Nuttbrock e.a. (1998).

	Aantal behandelde patiënten.	Response rate.
Community residence:	169.	45,3 procent.
Therapeutische gemeenschap:	121.	37,7 procent.
Onderzoek:	290.	41,8 procent.

48,8 procent van deze patiënten had een psychotische stoornis.

⁷¹ Response rate: 77,4 procent.

⁷² Algemene copingsvaardigheden: het omgaan met algemene stresserende situaties (Moggi & Crosby, 1999).

⁷³ Specifieke copingsvaardigheden: het omgaan met stresserende situaties die betrekking hebben op het wel of niet abstinente zijn (Moggi & Crosby, 1999).

op en onderzochten zij de evolutie van variabelen als de psychiatrische toestand, het wel of niet tewerkgesteld zijn en het wel of niet gehospitaliseerd zijn na ontslag.

Uit de onderzoeksresultaten van Moggi & Crosby (1999) bleek dat alle copingsvaardigheden significant toenamen in de periode tussen het begin en het einde van de therapie, waarna ze significant afnamen in de periode tussen het ontslag en het moment van de follow-up⁷⁴. Op het moment van de follow-up waren alle copingsvaardigheden wel nog steeds significant beter dan op het moment van de opname. Voorts stelden deze onderzoekers ook een aantal secundaire verbanden vast. Zo lijkt er op het moment van de follow-up een verband te bestaan tussen alle copingsvaardigheden en het abtinent zijn én lijkt er op elk moment een verband te bestaan tussen de algemene copingsvaardigheden en de psychiatrische symptomen. De associatie tussen het dubbele diagnoseklimaat enerzijds én de deelname aan een ambulante zorgcircuit (bezoek zelfhulpgroepen/ambulante psychiatrische consulten) en het abtinent zijn anderzijds werd als matig omschreven.

Op basis van deze bevindingen concludeerden Moggi & Crosby (1999) dat alle behandelingsmodellen, dus zowel de behandelingen met als zonder een dubbele diagnose klimaat, effectief waren in het versterken van de copingsvaardigheden. In vergelijking met de behandelingen zonder een dubbele diagnose klimaat zouden de behandelingen met een dubbele diagnose klimaat wel een superieur effect bewerkstelligen (supra).

De onderzoeksresultaten van Moggi e.a. (1999b) zorgden voor een verdere bevestiging van de hypothese dat de behandelingen met een dubbele diagnose klimaat mogelijk effectiever zijn dan de behandelingen zonder dubbele diagnose klimaat. Het bestaan van een dubbele diagnose klimaat was immers geassocieerd met een significant hogere kans op een klinisch belangrijke afname in psychiatrische symptomatologie, met een significant hogere kans op het vrij zijn van verdere hospitalisaties en met een significant hogere kans op werkgelegenheid.

De onderzoeksteams (Moggi & Crosby, 1999; Moggi e.a., 1999b) onderkennen de volgende onderzoekstekorten. Ten eerste stelden zij zich vragen bij de veralgemeenbaarheid van de teruggevonden resultaten (bestudeerde populatie: mannelijke veteranen). Ten tweede beschikten zij over onvoldoende betrouwbaarheids- en validiteitscijfers betreffende de klinische interviews (doel: diagnosestelling). Wat betreft het onderzoek van Moggi & Crosby (1999) werd ten derde onvoldoende aandacht besteed aan het onderzoek naar andere variabelen die mogelijk ook goede copingspredictors zouden kunnen zijn (Vb: stressoren – sociale ondersteuning). Ons inziens was er ook sprake van een gebrek aan uniformiteit wat betreft de verzameling van de follow-up gegevens (zowel schriftelijk als telefonisch beantwoorde vragenlijsten).

⁷⁴ De follow-up vond plaats één jaar na ontslag.

Ries e.a. (2000) vergeleken het differentiële effect van een residentieel geïntegreerd behandelingsprogramma op twee niet-equivalente patiëntenpopulaties (240 dubbele diagnose patiënten – 368 enkelvoudig psychotische patiënten)⁷⁵. Op deze manier stelden zij vast dat dubbele diagnose patiënten bij hun ontslag, dat significant sneller plaatsvond dan bij enkelvoudig psychotische patiënten (supra), significant minder ernstige hallucinaties en wanen vertoonden dan de enkelvoudig psychotische patiënten. Er zou dus sprake zijn van een grotere behandelingsrespons bij dubbele diagnose patiënten dan bij enkelvoudig psychotische patiënten.

Ons inziens is dit resultaat mogelijk ook te wijten aan het feit dat Ries e.a. (2000) geen onderscheid maakten tussen zuivere dubbele diagnose patiënten en patiënten met een middelengeïnduceerde psychotische stoornis, wier psychotisch beeld vaak opklaart na het zich onttrekken aan het middel.

In tegenstelling tot Ries e.a. (2000) meenden Brunette e.a. (2001) dat de patiënten meer effect ondervinden van een langer durende behandeling (experimentele conditie). Zij argumenteerden immers dat de matige behandelingsresultaten (Vb: de hoge uitval – de beperkte reductie in middelengebruik en hospitalisatiedagen) het gevolg zijn van de te korte verblijfsduur die een gedegen consolidatie van de behandeling onmogelijk maakt. Uit hun onderzoeksresultaten bleek inderdaad dat de patiënten die gedurende lange tijd behandeld werden (43 patiënten⁷⁶; 400 ± 496 dagen) een significant beter behandelingsresultaat boekten dan de patiënten die gedurende minder lange tijd behandeld werden (controleconditie; 39 patiënten⁷⁷; 66 ± 56 dagen). De patiënten in de experimentele conditie vertoonden immers niet alleen een significant hoger engagement, ze waren zes maand na hun ontslag uit de residentieële voorziening, ook significant meer abtinent en significant minder frequent dakloos dan de patiënten in de controleconditie. Beschouwde men enkel de patiënten in de experimentele conditie, dan diende men vast te stellen dat de patiënten die een volledige remissie kenden, significant langer in behandeling geweest waren dan de patiënten die nog steeds middelen gebruikten (625 ± 578 dagen tegenover 165 ± 228 dagen). Wat betreft het aantal psychiatrische hospitalisaties kon men geen significante verschillen vaststellen tussen de experimentele en de controleconditie.

De kritieken op het onderzoek van Brunette e.a. (2001) houden alle verband met de aard van het onderzoeksdesign (semi-experimenteel, longitudinaal onderzoek).

⁷⁵ Response rate: 79,4 procent.

⁷⁶ Response rate: 76,8 procent – 63 procent van deze patiënten hebben een schizofrene stoornis.

⁷⁷ Response rate: 95,1 procent – 63 procent van deze patiënten hebben een schizofrene stoornis.

c. Experimenteel onderzoek.

Burnam e.a. (1995) rapporteerden over 276 dakloze patiënten⁷⁸, die at random ondergebracht werden in één van de drie bestudeerde programma's (geïntegreerde residentiële behandeling; gebruik sociaal model – geïntegreerde dagbehandeling; gebruik sociaal model – geen behandeling⁷⁹). Uit de onderzoeksresultaten kon afgeleid worden dat alle patiënten, ongeacht de gevolgde behandeling, een positieve evolutie doormaakten wat betreft middelengebruik, psychiatrische stoornis en woonsituatie. Drie maand na de aanvang van de behandeling vertoonden de patiënten die op een geïntegreerde wijze behandeld werden een significant grotere stabiliteit wat betreft hun woonsituatie dan de patiënten die op een niet geïntegreerde wijze behandeld werden. Zes tot negen maand na de aanvang van de behandeling werd dit effect niet langer opgetekend.

Het niet terugvinden van bepaalde correlaties (Vb: de behandelingsvorm & de woonsituatie na 6 tot 9 maand – de behandelingsvorm & het middelengebruik) was volgens de onderzoekers mogelijk te wijten aan het feit dat men ook in de niet-geïntegreerde behandeling een groot aantal voorzieningen genoot. Bovendien was de duur van de geïntegreerde behandelingen ook te kort en waren bepaalde interventies onvoldoende geïntegreerd in de geïntegreerde behandelingen.

De creatie van het onderzoeksdesign van Mowbray e.a. (1999) en Herman e.a. (2000) had tot doel een aantal frequent gerapporteerde hiaten in ander evaluatieonderzoek rond de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen (zie tabel 23) te vermijden.

Mowbray e.a. (1999) en Herman e.a. (2000) opteerden voor een experimenteel onderzoek waarbij 429 patiënten⁸⁰ at random ondergebracht werden in één van de residentiële behandelingscondities (geïntegreerde behandeling – standaardbehandeling). Na hun ontslag uit de voorziening werden deze patiënten gedurende circa 18 maand (na 2 – 6 – 10 – 14 – 18 maand) onderzocht aan de hand van voldoende betrouwbare en gevalideerde onderzoeksinstrumenten.

In tabel 21 vindt u terug welke interventies deze patiënten genoten

Tabel 21: Beschrijving van de aangeboden interventies (Herman e.a., 2000).

Interventies.	Geïntegreerde behandeling (experimentele groep).	Standaardbehandeling (controlegroep).
Crosstrained team:	Ja.	Neen.
Staf:patiënt ratio:	1:6.	1:8.

⁷⁸ 38 procent lijdt aan schizofrenie en aan een stemmingsstoornis – 7 procent lijdt aan schizofrenie.

⁷⁹ De controlepatiënten werden niet behandeld, doch genoten wel van de gemeenschapsvoorzieningen.

⁸⁰ 28,1 procent van deze patiënten hebben een schizofrene stoornis.

Interventie rond middelengebruik:	<p>Reductie ontkenning. Het aanleren en oefenen van copingsvaardigheden. Het verbeteren van interpersoonlijke contacten.</p>	<p>Geen interventie rond middelengebruik.</p>
Behandelingsstadia:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilisatie acute psychiatrische en fysieke conditie (medische en psychiatrische assessment –screening middelengebruik). 2. Aanhaken (individuele therapie – groepstherapie – actieve therapie – patiënteneducatie – familie-educatie – deelname aan AA-en/of NA-groepen – seksespecifieke ondersteuningsgroepen). 3. Overtuiging (40 formeel educatieve lessen (ziekteconcept verslavingen – fysiologische effecten drugs – HIV/AIDS preventie). 4. Actieve behandeling (individuele psychotherapie (minimum 1 uur per week) – groepstherapie (minimum 1 uur per dag) – actieve therapie). 5. Hervalpreventie – ontslagplanning (studie strategieën om nuchter/clean te blijven – lokalisatie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stabilisatie acute psychiatrische en fysieke conditie (medische en psychiatrische assessment –screening middelengebruik). 2. Aanhaken (individuele therapie – groepstherapie – actieve therapie). 3. Actieve behandeling (individuele psychotherapie (minimum 30 minuten per week) – groepstherapie (minimum 1 uur per week) – actieve therapie). 4. Hervalpreventie – ontslagplanning.

	plaatselijke AA- & NA- groepen).	
Gemiddelde behandelingsduur:	51,4 dagen.	31,1 dagen.

Op het moment van hun ontslag beschikten de patiënten in de experimentele conditie in vergelijking met de patiënten in de standaardconditie over een significant grotere kennis omtrent de onderwerpen die verband houden met hun alcoholgebonden stoornis. Zij waren ook significant meer gemotiveerd om hun alcoholgebruik te controleren, om nuchter te blijven en om 12-stappen groepen bij te wonen. Uit de follow-up assessment na twee maand bleek dat de patiënten in de experimentele conditie (gemiddeld 2,5 dagen per maand) significant minder frequent alcohol gebruikten dan de patiënten in de controleconditie (gemiddeld 4,7 dagen per maand). Hoewel het alcoholgebruik na deze periode verder afnam, kon men geen significante effecten meer vaststellen. Uit de onderzoeksresultaten van Herman e.a. (2000) bleek voorts dat er een significant negatieve correlatie bestond tussen het gediagnosticeerd zijn met een psychotische stoornis en het gebruik van alcohol. Tot slot stelden zij ook vast dat het “sterk gemotiveerd zijn” leidde tot een significante reductie in gebruik.

Uit hun onderzoek leidden Herman e.a. (2000) ook af dat het alcoholgebruik door de volgende elementen in positieve zin (reductie gebruik) beïnvloed kan worden:

- Een geïntegreerde behandeling.
- Een sterke motivatie tot gedragsverandering.
- De (intentie tot) deelname aan zelfhulpgroepen.
- Een sterk betrokken familie.
- Het in de cel zitten.
- De sekse: het vrouwelijk zijn.

De veralgemeenbaarheid van deze onderzoeksresultaten wordt vooral beperkt door het feit dat hier uitsluitend gebruik gemaakt werd van zelfrapporteringen. Voorts hield men ook geen rekening met mogelijk verwarrende variabelen (Vb: het zorgnetwerk waarvan de patiënten deel uitmaakten).

Mowbray e.a. (1999) bestudeerden de gegevens van 379 patiënten⁸¹. Zij trachtten hierbij een vergelijking te maken tussen de patiënten die een zeer positieve evolutie⁸² doormaakten (n = 93) en de patiënten die helemaal geen of een negatieve evolutie doormaakten (n = 87).

⁸¹ Deze patiënten maakten ook deel uit van de door Herman e.a. (2000) bestudeerde populatie.

⁸² Deze patiënten waren significant minder gehospitaliseerd en rapporteerden significant minder problemen rond hun medische conditie, rond hun tewerkstelling, rond juridische aspecten, rond hun familiale situatie,... Zij waren ook significant meer gemotiveerd dan de patiënten die geen of een negatieve evolutie ondergingen.

Uit de onderzoeksanalyse bleek dat de patiënten in de eerste groep bij opname significant jonger waren, significant minder frequent aan een psychotische stoornis leden en significant vaker een organische stoornis hadden. De eerste patiëntengroep was bovendien samengesteld uit een significant hoger percentage polydruggebruikers (inclusief alcoholgebruik), terwijl de tweede patiëntengroep voornamelijk samengesteld was uit patiënten die enkel alcohol of cocaïne gebruikten. De eerste patiëntengroep was in vergelijking tot de tweede patiëntengroep significant minder vaak gehospitaliseerd, leefde in significant minder aangename leefomstandigheden, was significant frequenter betrokken in illegale activiteiten en had bijgevolg ook significant meer juridische problemen. De eerste patiëntengroep werd marginaal significant meer frequent behandeld in de experimentele (geïntegreerde behandeling) dan in de controleconditie (standaardbehandeling).

Op basis van deze onderzoeksresultaten meenden Mowbray e.a. (1999) dat zelden of niet gehospitaliseerde patiënten met een weinig actief leven en een hoge score op de ASI-subschalen “psychische, emotionele klachten” en “drugs/alcohol (polydruggebruik)” een significant positief effect kunnen ondervinden van een residentieel geïntegreerde behandeling. Daar de onderzoeksanalyse niet duidelijk maakte of dit het gevolg is van de integratie van de verschillende componenten, van de hoge staf:patiënt ratio of van een andere factor dient men deze stellingname steeds met de nodige voorzichtigheid te hanteren. De hier gehanteerde veranderingsvariabele (zeer positieve evolutie – geen of negatieve evolutie) dient bovendien nog gevalideerd te worden.

De door DiNitto e.a. (2002) bestudeerde patiënten (n = 97)⁸³, genoten gedurende 28 dagen de volgende interventies (residentieel standaardbehandeling – controleconditie):

- Medische supervisie.
- Educatie.
- Groepstherapie.
- Individuele counseling.
- Introductie AA- en andere groepen.

Achtenveertig van deze patiënten namen ook deel aan een aanvullende “good chemistry” groep (residentieel geïntegreerde behandeling – experimentele conditie). Deze interventie omvatte 9 sessies bestaande uit een combinatie van psycho-educatie (15 min) en gestructureerde groepstherapie (45 min).

De vergelijking tussen de experimentele en de controlegroep leverde op geen enkel moment (na één, twee en drie maand) een significant verschil op wat betreft:

- Het middelengebruik.
- De participatie in zelfhulpgroepen na ontslag.

⁸³ Slechts 10 patiënten (10 procent) hadden een psychotische stoornis.

- Het in de gevangenis zitten.
- De psychiatrische symptomen.
- Het aantal hospitalisaties na ontslag.
- De trouwe inname van de psychotrope medicatie.
- De ASI-subschalen.

Ondanks het feit dat er ook in dit onderzoek sprake is van een aantal reële onderzoekstekorten (hoge uitval, lage therapietrouw, korte follow-up periode), meenden DiNitto e.a. (2002) toch te kunnen besluiten dat de toevoeging van een meer geïntegreerde component de effectiviteit van de standaardbehandeling niet deed toenemen. Zij stelden overigens helemaal niet dat de geïntegreerde behandeling ook helemaal niet effectief zouden zijn.

d. Conclusie residentiële geïntegreerde behandelingen.

De formulering van een coherente conclusie wat betreft de effectiviteit van de residentiële geïntegreerde behandelingen wordt duidelijk bemoeilijkt door de grote variabiliteit in onderzoeksresultaten (supra), die binnen dit onderzoeksveld resulteerde in een heuse polemiek tussen verschillende prominente onderzoekers (Vb: Drake e.a., 1998; Ley e.a., 2002).

Zo meent een meerderheid aan onderzoekers (Vb: Blankertz & Cnaan, 1994; Drake e.a., 1998; Moggi e.a., 1999a/b; Mowbray e.a., 1999; Herman e.a., 2000; Brunette e.a., 2001) dat de teruggevonden bevindingen de hypothese dat de residentieel geïntegreerde behandelingsparadigma's effectief zijn ter behandeling van dubbele diagnose patiënten, ondersteunen, terwijl een minderheid aan onderzoekers stelt dat de teruggevonden onderzoeksresultaten geenszins duiden op de mogelijke effectiviteit van deze behandelingsparadigma's (Vb: Ley e.a., 2002).

De onderzoekers die menen dat de residentieel geïntegreerde behandelingen effectief zijn, beroepen zich voornamelijk op het feit dat de onderzoeksteams zelden significant negatieve doch meestal wel significant positieve behandelingsresultaten (verhoogd engagement, afname in psychiatrische symptomatologie, afname in middelengebruik, reductie gebruik residentiële voorzieningen, verbeterde werk- en/of woonsituatie) terugvinden (Tabel 22) (Vb: Drake e.a., 1998; Herman e.a., 2000).

Tabel 22: Samenvatting bevindingen residentieel geïntegreerde behandelingen⁸⁴.

OnderzoeksvARIABLEN.						
Onderzoek.	Var 1.	Var 2.	Var 3.	Var 4.	Var 5.	Var 6.
Niet-experimenteel onderzoek.						
Ries & Ellingson	N.	N.	+	N.	N.	N.

⁸⁴ Var 1: behandelingsengagement – var 2: psychiatrische stoornis – var 3: middelengebonden stoornis – var 4: hospitalisaties – var 5: werkgelegenheid – var 6: woonsituatie.
 +: significant positieve evolutie; -: significant negatieve evolutie; 0: status quo; N: niet onderzocht.

(1990).						
Bartels & Drake (1996).	N.	N.	0.	0.	N.	N.
Moggi e.a. (1999a, 2002)	N.	0 tot +.	+	+	N.	+
Semi-experimenteel onderzoek.						
Blankertz & Cnaan (1994).	N.	+ (circa 30 %).	+ (circa 30 %).	N.	N.	+ (circa 30 %).
Drake e.a. (1997).	+	N.	+	+	N.	+
Nuttbrock e.a. (1998).	N.	+ (TG).	N.	N.	+ (algemeen functioneren).	
Moggi & Crosby (1999).	N.	N.	N.	+	+ (copingsvaardigheden).	
Moggi e.a. (1999b)	N.	+	N.	+	+	N.
Ries e.a. (2000)	N.	+	N.	N.	N.	N.
Brunette e.a. (2001).	+	N.	+	0.	N.	+
Experimenteel onderzoek.						
Burnam e.a. (1995).	N.	+	+	N.	N.	+
Herman e.a. (2000).	N.	N.	+	N.	N.	N.
DiNitto e.a. (2002).	N.	0.	0.	0.	N.	N.

De adepten van de premisse dat de geïntegreerde behandelingen niet effectief zijn, argumenteren dat de teruggevonden effecten (supra – tabel 22) niet alleen zeer uiteenlopend doch ook klinisch gezien weinig relevant zijn (Vb: Ley e.a., 2002). Deze stellingname kan teruggebracht worden tot:

Ad1. De vaststelling dat de uitgevoerde evaluatieonderzoeken vaak belangrijke hiaten (tabel 23 – tabel 24) vertonen, waardoor een zware hypothese geplaatst wordt op de veralgemeenbaarheid van de resultaten.

Tabel 23: Vaak voorkomende onderzoekshiaten (Vb: Mueser e.a., 1997; Drake e.a., 1998; Mowbray e.a., 1999; Ley e.a., 2002).

	Hiaat.	Resultaat.
Design:	<ul style="list-style-type: none"> • Niet-experimenteel design (geen controlegroep – within-subjects onderzoek). 	<ul style="list-style-type: none"> • Geen controlegroep. • Niet-equivalente groepen.
	<ul style="list-style-type: none"> • Te korte follow-up. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niet opmerken van

		sleeper-effecten (el-Guebaly e.a., 1999).
Steekproef:	<ul style="list-style-type: none"> • Te kleine steekproeven. • Hoog aantal drop-outs. • Hoge uitval. • Niet representatief (Vb: inclusie patiënten met een middelengeïnduceerde stoornis). 	<ul style="list-style-type: none"> • De uitvoering van een statistische analyse wordt ernstig gehypothekeerd. • Ecologische validiteit ??? • Extrapolatie resultaten ???
Variabelen:	<ul style="list-style-type: none"> • Omissie essentiële variabelen (Vb: forensische comorbiditeit). • Zelden probleemloze operationalisering variabelen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Holistische persoonsbeschrijving ??? • Kwaliteit onderzoek ???
Onderzoeks-instrumenten:	<ul style="list-style-type: none"> • Geen gebruik LEAD-methode. • Gebruik niet-valide en/of niet-betrouwbare instrumenten⁸⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> • Niet-valide en/of niet-betrouwbare meting onderzoeksvariabelen.

Tabel 24: Illustratie tabel 23: onderzoekshiaten hoger vermeld onderzoek⁸⁶.

Onderzoekshiaten.						
Onderzoek.	Design.	Follow-up.	Steekproef.	Drop-out of uitval.	Variabelen.	Instrumentarium.
Niet-experimenteel onderzoek.						
Ries & Ellingson (1990).	+	+ (te kort).	+ (te klein).	-	+ (slechts één variabele).	+ (enkel zelfrapporteringen).
Bartels & Drake (1996).	+	-	+ (te klein).	+ (hoog).	+ (beperkt # variabelen).	-
Moggi e.a. (1999a, 2002)	+	-	+ (vrij klein).	+ (zeer hoog).	+ (beperkt # variabelen).	+ (enkel zelfrapporteringen).
Semi-experimenteel onderzoek.						
Blankertz & Cnaan (1994).	+	+ (te kort).	-	+ (hoog).	-	-
Drake e.a. (1997).	+	-	-	+ (hoog).	-	-
Nuttbrock e.a. (1998).	+	-	+ (Afro-Amerikaanse)	+ (hoog).	-	-

⁸⁵ Hierdoor verloopt de operationalisering van de gekozen variabelen mogelijk ook problematisch.

⁸⁶ +: probleem; -: geen probleem; 0: onduidelijk of niet vermeld.

			mannen)			
Moggi & Crosby (1999).	+	-	+ (mannelijke veteranen).	+ (hoog).	+ (beperkt # variabelen).	+ (Validiteit? Betrouwbaarheid? Uniformiteit?).
Moggi e.a. (1999b)	+	-	+ (mannelijke veteranen).	+ (hoog).	-	+ (Validiteit? Betrouwbaarheid? Uniformiteit?).
Ries e.a. (2000)	+	0.	+ (diagnose steekproef?)	+ (hoog).	-	-
Brunette e.a. (2001).	+	-	-		-	-
Experimenteel onderzoek.						
Burnam e.a. (1995).	-	-	-	0.	-	-
Herman e.a. (2000).	-	-	-	+ (hoog).	-	+ (enkel zelfrapporteringen).
DiNitto e.a. (2002).	-	+ (te kort – uniformiteit?).	-	+ (hoge uitval). (lage dropout).	-	-

Ad2. De vaststelling dat men op heden beschikt over een mozaïek aan behandelingseffecten waarvan de wetenschappelijke waarde onvoldoende gekend is.

Ad3. Het feit dat men er zelden in slaagt de eigen bevindingen of de bevindingen van collegae te repliceren.

Hoewel de onderzoekers het meestal eens zijn over het bestaan van de bovenstaande elementen⁸⁷, kwamen zij nooit eerder tot een geïntegreerd besluit. Elk voor zich interpreteerden zij deze elementen immers in het voor- of nadeel van de geïntegreerde behandelingen (Vb: Drake e.a., 1998; Drake e.a., 2001; Ley e.a., 2002). Ons inziens kan men op basis van de bovenvermelde gegevens enkel besluiten dat er nog steeds nood is aan experimenteel onderzoek dat de bestaande twijfels in verband met de vermeende effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen, dient weg te nemen.

Daar men een consensus derft betreffende de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen, is het niet verwonderlijk dat er ook geen consensus bestaat betreffende de vermeende superieure effectiviteit van deze

⁸⁷ Het niet voorkomen van negatieve behandelingseffecten – het herhaaldelijk terugvinden van onderzoekshiaten – de mozaïek aan behandelingseffecten – het niet kunnen repliceren van eerdere bevindingen.

behandelingen in vergelijking met de residentiële standaardbehandelingen. De polemiek in verband met de vermeende superieure effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen verloopt overigens volledig analoog aan de hoger geschetste pennenstrijd over de mogelijke effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen (Vb: Drake e.a., 1998; Drake e.a., 2001; DiNitto e.a., 2002; Ley e.a., 2002).

Daar uit verschillende onderzoeken bleek dat de patiënten die in een residentiële instelling geïntegreerd behandeld werden, minstens even goed functioneerden als de patiënten die in een residentiële instelling op een standaardwijze behandeld werden (tabel 22) (Blankertz & Cnaan, 1994; Burnam e.a., 1995; Drake e.a., 1997; Moggi & Crosby, 1999; Moggi e.a., 1999; Herman e.a., 2000; DiNitto e.a., 2002), besloot een aantal onderzoekers (Vb: Drake e.a., 1998; Herman e.a., 2000) dat de residentieel geïntegreerde behandelingen minstens even goede behandelingsvormen zijn als de standaardbehandelingen. Andere onderzoekers (Vb: DiNitto e.a., 2002; Ley e.a., 2002) wierpen echter op dat deze resultaten vaak voortvloeiden uit slecht gevoerd onderzoek (tabel 23 – tabel 24), dat ze zeer verscheiden waren en dat ze ook zelden gerepliceerd werden. Zij stelden dan ook dat de bekomen onderzoeksresultaten geenszins wezen op de superieure effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen. Ook hier dient men dus te besluiten dat er nood is aan verder onderzoek.

4. Conclusies en aanbevelingen.

In dit hoofdstuk dient een antwoord geformuleerd te worden op de volgende vragen:

- Beschikt men over afdoende wetenschappelijke en/of praktijkgebonden argumenten voor de uitvoering van een evaluatieonderzoek?
- Is de uitvoering van een evaluatieonderzoek mogelijk?
- Is de uitvoering van een Belgisch evaluatieonderzoek mogelijk?

a. Is er nood aan bijkomend effectiviteitonderzoek?

Het bovenstaande literatuuroverzicht leert ons niet alleen dat het *onderzoek* naar de effectiviteit van de residentieel geïntegreerde behandelingen *uitermate schaars* is, doch ook dat het reeds geëffectueerde onderzoek *weinig consistente resultaten* oplevert (tabel 22). Op heden heeft dit echter niet geleid tot een definitieve verwerping van deze behandelingen, doch wel tot de vraag naar verder onderzoek (Vb: Drake e.a., 1998; Ley e.a., 2002). Ons inziens is deze vraag ook gerechtvaardigd daar:

- Men *enkel neutrale en/of significant positieve behandelingseffecten* kon vaststellen (supra). Op heden vond men dus *geen negatieve behandelingseffecten* terug.
- De variabiliteit in onderzoeksresultaten (supra) deels terug te voeren valt tot een *reële variabiliteit in gekozen onderzoeksvariabelen, -instrumenten, -protocollen en -design*. De gedetailleerde studie van deze bevindingen toont immers dat alle onderzoeksresultaten passen binnen één van de volgende categorieën:
 - Verhoogd engagement.
 - Afname in psychotische symptomatologie.
 - Kwantitatieve (daling in gebruik) en kwalitatieve (veiliger gebruik) modificaties in middelengebruik.
 - Verbeterde werk- en woonomstandigheden.
- De *effectiviteit van de ambulante geïntegreerde behandelingen* (Vb: Drake e.a., 1998; Ho e.a., 1999; Barrowclough e.a., 2001) en *elementaire behandelingscomponenten* (Vb: Nikkel & Coiner, 1991; Martino e.a., 2003) *wel geïllustreerd* kon worden na uitvoeriger onderzoek.

In het kader van onze specifieke onderzoeksoopdracht kunnen bijkomend ook deze argumenten aangehaald worden:

- De bovenstaande onderzoeken, met uitzondering van de onderzoeken van Moggi & Crosby (1999) en Moggi e.a. (1999a; 1999b; 2002), werden alle in de Verenigde Staten uitgevoerd. Daar de organisatie van de GGZ, de VZ en de coördinatie tussen deze zorgsectoren daar anders verloopt dan in België, kan men niet zondermeer aannemen dat de bovenstaande resultaten ook hier gelden.
- De hoger bestudeerde populaties waren bovendien ook zelden identiek aan de door ons te bestuderen populatie. Daar Moggi e.a. (1999b; 2002) vaststelden dat het therapeutisch effect van een residentieel geïntegreerde behandeling vaak kleiner is bij patiënten met een middelengebonden én

een psychotische stoornis dan bij patiënten met een minder ernstige symptomatologie, raadden zij aan deze populatie in aparte behandelingsseenheden te behandelen. Ook dergelijke eenheden (Vb: PC Sleidinge – CHP) zouden geëvalueerd moeten worden.

Samenvattend kan men dus stellen dat een Belgisch onderzoek naar de effectiviteit van de geïntegreerde behandelingen bij dubbele diagnose patiënten inderdaad noodzakelijk is. Een dergelijk onderzoek past ons inziens ook binnen de huidige tendens om een Belgische evaluatiecultuur te installeren (Pelc e.a., 2001).

b. Hoe dient een evaluatieonderzoek, meer bepaald een Belgisch evaluatieonderzoek, uitgevoerd te worden?

De literatuurstudie die in het kader van het onderhavige onderzoeksproject werd uitgevoerd, verschaft ons multipale aanwijzingen wat betreft de creatie van een (Belgisch) onderzoeksdesign en -protocol.

Zoals hoger reeds gesteld argumenteerden Ley e.a. (2002) dat enkel empirisch onderzoek betrouwbare en ecologisch valide onderzoeksresultaten oplevert. Daar een klinisch gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

“Favours simpler treatment, short-term effects, and unambiguous outcomes but may undervalue complex, clinically significant factors.” (el-Guebaly e.a., 1999, p 265),

meenden el-Guebaly e.a. (1999) dat men ook alternatieve onderzoeksdesigns in overweging diende te nemen⁸⁸. Zij prefereerden dan ook het “observational outcome monitoring” design, waarbij *representatieve dubbele diagnose patiënten* die een *representatieve behandeling* genieten, geëvalueerd worden.

Het onderhavige onderzoeksteam meent dat het **gebruik van een verrijkt “observational outcome monitoring” design** (infra) ook **aangewezen is binnen de Belgische context**. Het team beroept zich hiervoor op de volgende praktische en theoretische argumenten:

1. *Binnen de Belgische context is een gerandomiseerd onderzoek moeilijk realiseerbaar.*

Bij de uitvoering van een empirisch onderzoek kiest men er vaak voor om de aangemelde patiënten at random onder te brengen in één van de behandelingscondities (experimentele conditie – controleconditie) die binnen elk onderzocht behandelingscentrum aangeboden worden. Concreet zou dit dus betekenen dat de patiënten die zich in het PC Sleidinge of in het CHP aanmelden, at random ondergebracht worden in de proefgroep (eenheid 2B – unité Dédale) of in de controlegroep (standaardbehandeling PC Sleidinge – standaardbehandeling CHP). Een dergelijk design, waarbij men dus zowel de proefgroep als de controlegroep binnen éénzelfde instelling situeert, behelst echter een

⁸⁸ El-Guebaly e.a. (1999) meenden overigens wel dat het gebruik van een klinisch gerandomiseerd gecontroleerd onderzoeksdesign het beter mogelijk maakt causale verbanden te leggen.

dubbele selectiebias. Geïntegreerde behandelingseenheden beschikken immers meer frequent over de meest gemotiveerde personeelsleden en over de moeilijkste patiënten (Dom, 2002). Vandaar ook dat de leden van het begeleidingscomité (vergadering 2002) deze optie wegstemden.

Een tweede optie wat betreft de uitvoering van empirisch onderzoek, is dat men de geselecteerde patiënten at random onderbrengt in behandelingscentra waar men enkel de experimentele of enkel de controleconditie aanbiedt⁸⁹. Daar er in Vlaanderen, noch in Wallonië een centraal intakebureau bestaat en daar elke patiënt recht heeft op de vrije keuze van zijn of haar beroepsbeoefenaar⁹⁰ (Belgisch staatsblad, 2002), meldt men zich voornamelijk rechtstreeks aan in een behandelingscentrum naar keuze. Concreet betekent dit dat ook deze tweede optie verworpen werd.

2. Ook een “*observational outcome monitoring*” design levert valide resultaten op. De keuze voor een “*observational outcome monitoring*” design is uiteraard niet alleen gestoeld op een verwerping van het klinisch gerandomiseerd, gecontroleerd onderzoek (supra – citaat), doch ook op het feit dat men met een dergelijk design eveneens valide onderzoeksresultaten bekomt (el-Guebaly e.a., 1999⁹¹). El-Guebaly e.a. (1999) stelden wel dat de bekomen onderzoeksresultaten enkel valide zijn, indien de volgende voorwaarden gerespecteerd worden (tabel 25):

Tabel 25: essentiële elementen bij de creatie van een verrijkt “*observational outcome monitoring*” design (el-Guebaly e.a., 1999).

1. De psychiatrische diagnose wordt gesteld in een abstinente periode.
2. Men gebruikt enkel gestandaardiseerde instrumenten.
3. Men gebruikt enkel face-to-face follow-up interviews.
4. Men zorgt voor een combinatie van een proces- en een effectevaluatie.
5. Men hanteert geen andere exclusiecriteria dan de exclusiecriteria die door de behandelingseenheid vooropgesteld werden.
6. Men zorgt voor een langere follow-up periode (Vb: 1 jaar).

Daar het onderzoeksteam opteert voor een verrijkt “*observational outcome monitoring*” design, dient bij de creatie van het onderzoeksprotocol rekening gehouden te worden met de hoger vermelde directieven (tabel 25). Conform deze richtlijnen zou het team er dus moeten op toezien dat enkel abstinente

⁸⁹ Schematische voorstelling:

Patiënt in de periferie → centraal intakebureau → at random ondergebracht in de proefgroep (eenheid 2B (PC Sleidinge) – unité Dédale (CHP)) of in de controlegroep (standaardbehandeling in een Vlaams psychiatrisch centrum met uitzondering van het PC Sleidinge – standaardbehandeling in een Waals psychiatrisch centrum met uitzondering van het CHP).

⁹⁰ Opmerking: deze stelregel geldt behoudens beperkingen, opgelegd krachtens de wet.

⁹¹ Opmerking: de onderzoeksresultaten van deze onderzoekers vond u hoger niet terug daar deze onderzoekers tot op heden enkel rapporteerden over *ambulante* geïntegreerde behandelingen.

patiënten gediagnosticeerd worden. Deze doelstelling lijkt het onderhavige onderzoeksteam echter moeilijk realiseerbaar daar behandelaars op heden zelden eisen dat dubbele diagnose patiënten volledig abtinent zijn bij de aanvang van hun behandeling. Conform de aanbevelingen van Carey & Correia (1998) en Carey (2002) wordt dan ook beslist de volgende stelregel te hanteren: **“De patiënten worden enkel gediagnosticeerd of onderzocht indien zij enerzijds gestabiliseerd (geen crisis – geen acuut psychotisch beeld) en anderzijds niet geïntoxiceerd zijn.”** Concreet betekent dit dat de diagnose pas gesteld wordt wanneer de patiënt reeds enkele weken in behandeling is (el-Guebaly e.a., 1999)⁹².

Idealiter gebruikt men dus steeds **gestandaardiseerde instrumenten** en opteert men voor **face-to-face follow-up interviews**. Het onderzoeksteam waakt er over deze beide voorwaarden in de mate van het mogelijke te respecteren (infra). Zo engageert het team zich erop toe te zien dat elke onderzoeker de nodige kwalificaties heeft, wat betreft de gestandaardiseerde afname van de verschillende instrumenten. Voorts verbindt het team er zich ook toe per onderzoeker een klapper samen te stellen waarin in detail vermeld wordt hoe elk instrument op gestandaardiseerde wijze afgenomen dient te worden.

Wat betreft het moment van de follow-up, dient opgemerkt te worden dat niet steeds gebruik gemaakt zal worden van face-to-face interviews. Elke patiënt zal immers ook gevraagd worden twee korte vragenlijsten in te vullen (infra). Daar elk van deze instrumenten voldoet aan de door Carey (2002) gestelde eisen wat betreft het testonderzoek bij dubbele diagnose patiënten (korte afnameduur, eenvoudig interpreteerbaar, eenvoudig hanteerbaar, nuttig voor het plannen van de behandeling, nuttig voor het geven van feedback en nuttig voor het opvolgen van de behandeling), doet het gebruik van deze onderzoeksinstrumenten ons inziens geen afbreuk aan de validiteit van de teruggevonden onderzoeksresultaten.

Uit tabel 25 valt ook het belang af te leiden van zowel een proces- als een effect- of productevaluatie. Concreet betekent dit dat zowel de **werking (procesevaluatie)** als de **effectiviteit van de interventie (effect- of productevaluatie)** gemeten en geëxploreerd zullen worden (Swanborn, 1999) (tabel 26).

Tabel 26: Voorbeelden van een proces- en een effectevaluatie.

Procesevaluatie.	Effectevaluatie.
Evaluatie intern functioneren eenheid.	Evaluatie persoonlijk & familiaal functioneren patiënten.
Evaluatie ingebed zijn in een zorgcircuit.	Evaluatie werkstress & arbeidstevredenheid personeelsleden.
	Evaluatie behandelingskost.

⁹² Uit het onderzoek van Shaner e.a. (1998) blijkt echter dat een correcte diagnosestelling steeds moeilijk is.

De combinatie van een procesevaluatie én een effectevaluatie leidt normaliter tot het vinden van een antwoord op de vragen welke interventies aangepast dienen te worden én welke interventies het meest effectief zijn.

Tot slot stellen el-Guebaly e.a. (1999) dat het noodzakelijk is een **lange follow-up periode** in overweging te nemen. Het onderhavige onderzoeksteam verbindt zich er dan ook toe de patiënten gedurende de volledige duur van het onderzoek (14 maand) verder op te volgen en te onderzoeken (infra).

Zoals hoger reeds vermeld preferereert het onderhavige onderzoeksteam het “observational outcome monitoring” design. In tegenstelling tot el-Guebaly e.a. (1999) opteert dit team wel voor de **inclusie van een controlegroep**. In België staat het elke patiënt immers vrij te kiezen welk behandelingscentrum hij of zij verkiest (supra), waardoor er zich dus geen ethische bezwaren stellen. De selectie van een aantal representatieve controlecentra en –patiënten dient uiteraard zeer nauwgezet te verlopen. Ons inziens dient hierbij ook rekening gehouden te worden met:

- De wens dat ook de controlecentra psychiatrische centra zijn.
- De wens dat deze centra representatieve dubbele diagnose patiënten standaard behandelen⁹³.

c. De creatie van een protocol voor het Belgisch evaluatieonderzoek.

Na de selectie van het onderzoeksdesign, vindt uiteraard ook de verdere op puntstelling van het onderzoeksprotocol plaats. Concreet betekent dit dat het team per onderzoeksmoment aangeeft welke onderzoeksvariabelen aan de hand van welke onderzoeksinstrumenten onderzocht dienen te worden.

Boven werd reeds gesteld dat er in het verleden zelden onderzocht werd of residentieel geïntegreerde behandelingen enerzijds effectief zijn en anderzijds ook effectiever zijn dan standaard residentiële behandelingen. In België wordt op heden zelfs voor het eerst onderzoek verricht over dit onderwerp. Daar hier dus sprake is van exploratief onderzoek en daar het gebruik van een te beperkt aantal variabelen meestal beschouwd wordt als een onderzoeks-hiaat (tabel 23), opteert het onderhavige team voor de *inclusie van een groot aantal onderzoeksvariabelen*⁹⁴.

Bij de eigenlijke selectie van de verschillende onderzoeksvariabelen hield het team rekening met de:

- Boven vermelde onderzoeken en onderzoeksresultaten.
In navolging van de bemerkingen van Ley e.a. (2002) wenst het team een aantal bevindingen uit de boven beschreven onderzoeken te repliceren. Concreet betekent dit dat bepaalde onderzoeksvariabelen die reeds in de

⁹³ Moggi (2003) stelde dat een procesevaluatie (supra) essentieel is in geval van een niet-gerandomiseerd onderzoek. Enkel zo kan men immers de oorzaak van significante verschillen tussen de geïntegreerde en de standaardbehandeling vaststellen.

⁹⁴ In bijlage 4 vindt u een geheel ander onderzoeksprotocol. Vanaf september 2003 zal dit protocol gebruikt worden door de onderzoekers van het Sankt Hans Hospital te Roskilde (Denemarken).

boven beschreven onderzoeken gebruikt werden, opgenomen worden in het evaluatieprotocol (infra).

- Vb 1: de inclusie van een aantal socio-demografische variabelen.
Uit het onderzoek van Mowbray e.a. (1999) blijkt dat jongere dubbele diagnose patiënten een significant groter therapeutisch effect ervaren dan oudere dubbele diagnose patiënten⁹⁵. Indien deze correlatie ook hier teruggevonden wordt, kunnen de federale overheidsdiensten verzocht worden een aantal acties op touw te zetten, zodanig dat deze patiënten op jongere leeftijd gedetecteerd (Vb: met behulp van een case manager) en behandeld worden.
- Vb 2: de inclusie van de variabele “veranderingsbereidheid”.
Uit de onderzoeksresultaten van Herman e.a. (2000) blijkt dat de patiënten die bij hun ontslag een gedragsverandering wensten, twee jaar na hun ontslag significant vaker abstinente⁹⁶ waren dan de patiënten die bij hun ontslag geen gedragsverandering wensten. Indien uit deze onderzoeksresultaten blijkt dat het trouw zijn aan een behandeling niet onmiddellijk leidt tot een significante afname in alcohol- en/of druggebruik doch wel tot een significante toename in veranderingsbereidheid, dient uiteraard gedacht te worden aan vervolgonderzoek.
- Omvangrijke comorbiditeit van dubbele diagnose patiënten (supra).
Boven werd reeds gesteld dat het onderzoeksteam een holistisch beeld wenst te schetsen. Vandaar ook dat het team niet alleen peilt naar de psychiatrische symptomatologie (algemene psychopathologie – psychotische stoornis – middelengebonden stoornis), doch ook naar profielkenmerken (Vb: interpersoonlijke relaties – woonsituatie), medische (Vb: aantal ziekenhuisopnames omwille van lichamelijke klachten – onderzoek concrete gezondheidsproblemen) en forensische comorbiditeit (Vb: onderzoek gepleegde delicten – onderzoek gevangenisverleden).

De operationalisering van de variabelen gebeurt op een niet-rigide wijze. Concreet betekent dit dat de meeste *variabelen continu* in plaats van dichotoom gedefinieerd worden⁹⁷.

De selectie van het instrumentarium gebeurt op basis van de volgende criteria:

- De instrumenten zijn *valide en betrouwbaar*. Indien de psychometrische eigenschappen van een instrument nog onvoldoende gekend zijn, tracht het team een eigen betrouwbaarheid- en validiteitonderzoek uit te voeren.
- In de mate van het mogelijke voldoen de instrumenten ook aan de door Carey (2002) gestelde eisen. Concreet betekent dit dat ze vrij *kort, eenvoudig*

⁹⁵ Dergelijk onderzoek kadert ook perfect binnen de zoektocht naar protectieve en risicofactoren.

⁹⁶ Opmerking: deze onderzoekers onderzochten enkel de veranderingsbereidheid met betrekking tot het gebruik van alcohol.

⁹⁷ Vb: de variabele “tewerkstelling” wordt niet geoperationaliseerd als “het wel of niet tewerkgesteld zijn” (dichotome variabele), doch wel gebruik makend van elementen als “het aantal gewerkte dagen in de afgelopen maand” en de “tevredenheid over de eigen arbeidssituatie” (continue variabele).

interpreteerbaar en hanteerbaar zijn (Vb: de Schizophrenia Quality of Life; Wilkinson e.a., 2000). Bepaalde instrumenten, zoals de PANSS (Kay e.a., 1986) en de ASI (McLellan e.a., 1980), voldoen niet aan deze eigenschappen doch werden wel opgenomen in het protocol, daar zij in voorgaande onderzoeken hun nut bewezen hebben. In een pilootonderzoek werd overigens ook onderzocht of het mogelijk was deze instrumenten af te nemen bij dubbele diagnose patiënten.

- Belangrijk is ook dat de onderzoeksinstrumenten *herhaaldelijk afgenomen* kunnen worden (Vb: ASI & follow-up ASI), zodanig dat de evolutie in functioneren onderzocht kan worden.

Omwille van de veronderstelde cognitieve comorbiditeit (supra) besloot het onderhavige onderzoeksteam tenslotte ook te opteren voor verschillende beoordelaars (patiënten, professionelen verbonden aan de participerende psychiatrische centra, familieleden). Op deze manier tracht het team de mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten te beperken.

Na eerst de bovenstaande algemene opmerkingen weergegeven te hebben, volgt nu een opsomming van de verschillende onderzoeksvariabelen. Tussen haakjes staat telkens het instrument waarmee elke variabele gemeten wordt. De beschrijving van de verschillende instrumenten bevindt zich in deel B.

1. Onderzoeksvariabelen met betrekking tot de patiënten.

a. *Socio-demografische variabelen.*

- Leeftijd (patiëntendossier).
- Sekse (patiëntendossier).
- Burgerlijke stand (patiëntendossier).
- Opleidingsniveau (patiëntendossier).
- Tewerkstelling (patiëntendossier – ASI (McLellan e.a., 1980)).
- Woonsituatie (patiëntendossier).
- Overlijden (patiëntendossier).

b. *Meting behandelingstrouw.*

- Percentage drop-outs (patiëntendossier).
- Duur opname (patiëntendossier).

c. *Maat voor het herval, voor de terugval.*

- Aantal heropnames (patiëntendossier).
- Duur heropname(s) (patiëntendossier).

d. *Variabelen met betrekking tot de psychotische stoornis.*

- Gemiddelde verandering in psychotische symptomatologie (Positive And Negative Syndrome Scale ((Kay, 1991) – Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962)).

e. *Variabelen met betrekking tot de middelengebonden stoornis.*

- Gemiddelde verandering in middelengebruik (ASI (McLellan e.a., 1980) – Clinician Rating Scale (Drake e.a., 1990) – Drug/alcohol 6-month follow back calendar (Dartmouth Psychiatric Research Center, 2001)).

f. *De veranderingsbereidheid:*

- Readiness to Change Questionnaire (Rollnick e.a., 1992).

g. *De levenskwaliteit:*

- Schizophrenia quality of Life (SQLS; Wilkinson e.a., 2000).
- Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe, 1999)

h. *Het juridisch functioneren:*

- Subschaal ASI (McLellan, e.a., 1980) – aantal vragen MANSA.

i. *Het familiaal functioneren.*

- McMaster Family Assessment Device (Epstein e.a., 1983; zie Schutte & Malouff, 1995).

j. *Het globaal functioneren.*

- Clinical Global Impressions (Guy, 1976; zie Schutte & Malouff, 1995).
- Global Assessment of Functioning (Goldman e.a., 1992).

2. Onderzoeksvariabelen personeelsleden.

- Werkverzuim (personeelsdienst).
- Werkstress (Nurse Stress Index (Harris, 1989), Leidse Arbeidskwaliteitsschaal (Van der Doef & Maes, 1999), Symptom Checklist-90 (Arrindell & Ettema, 1986)).
- Arbeidstevredenheid (Nurse Stress Index (Harris, 1989), Leidse Arbeidskwaliteitsschaal (Van der Doef & Maes, 1999), Symptom Checklist-90 (Arrindell & Ettema, 1986)).

3. Onderzoek behandelingskost.

- Gegevens boekhoudkundige dienst.

Luik B: Voorstel onderzoeksprotocol en -design.

1. *Beschrijving populatie.*

De deelnemers aan het onderzoek zijn alle dubbele diagnose patiënten, in casu patiënten met een psychotische (bijlage 1) en een middelengebonden stoornis (bijlage 2). Zoals hoger reeds vermeld, worden de diagnoses idealiter pas gesteld na een zekere periode van stabilisatie of abstinentie (circa 2 weken). Zo tracht men immers te voorkomen dat patiënten met een middelengeïnduceerde psychotische stoornis in de steekproef worden opgenomen⁹⁸.

De patiënten die deelnemen aan het onderzoek, hebben zich alle aangemeld in één van de participerende centra (klinische pilootcentra – controlecentra), alwaar zij, indien zij voldoen aan de hier vooropgestelde inclusie- en exclusiecriteria, opgenomen werden voor behandeling.

- *Inclusie criterium:*

- De patiënt (man/vrouw) is een dubbele diagnose patiënt. Concreet betekent dit dat een clinicus aan de hand van de DSM-IV criteria vastgesteld heeft dat deze patiënt zowel een psychotische (zie bijlage 1) als een middelengebonden (zie bijlage 2) stoornis heeft.
- De ziekte duur is langer dan twee jaar.
- De patiënt is 18 tot 45 jaar oud.

- *Exclusie criteria:*

- De patiënt lijdt enkel aan een middelengebonden stoornis én dus niet aan een psychotische stoornis.
- De patiënt heeft een mentale handicap (IQ < 65).
- De patiënt heeft een irreversibele chronische organische pathologie.

Elke deelnemer dient een informed consent te handtekenen.

2. *Beschrijving instrumentarium.*

Per instrument wordt hier een korte beschrijving gegeven.

a. Onderzoek socio-demografische kenmerken patiënten.

Daar het onderhavige onderzoeksteam ook denkt aan de inclusie van een aantal persoonsgebonden gegevens (supra), is het belangrijk een convenant af te sluiten tussen de onderzoekers en de participerende klinische piloot- en controlecentra. Dit convenant betreft het beroepsgeheim en de bescherming van de persoonsgebonden gegevens.

b. Onderzoek psychiatrische symptomatologie⁹⁹ patiënten.

De psychiatrische symptomatologie wordt aan de hand van twee onderzoeks-instrumenten gemeten en geëxploreerd. Ten eerste wordt gebruik gemaakt

⁹⁸ Opmerking: uit het onderzoek van Shaner e.a. (1998) blijkt echter dat zelfs deze handelswijze niet steeds resulteert in een correcte diagnosestelling (supra).

⁹⁹ Opmerking: de middelengebonden stoornis wordt onderzocht aan de hand van specifieke instrumenten (infra).

van de Positive And Negative Syndrome Scale (Kay e.a., 1986) aan de hand waarvan de psychotische symptomatologie in kaart gebracht wordt. Ten tweede wordt ook gebruik gemaakt van de Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) waarmee de meer algemene psychiatrische symptomatologie onderzocht wordt.

1. Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay e.a., 1986).

De PANSS omvat 30 items (7 items met betrekking tot de positieve symptomen, 7 items met betrekking tot de negatieve symptomen, 16 items met betrekking tot de algemene psychopathologie), die alle op een 7-punten Likertschaal geëvalueerd worden door de clinicus (1: afwezig – 7: extreem). Bij de beoordeling van de items beroept men zich op de informatie verzameld aan de hand van een formeel, semi-gestructureerd interview en aan de hand van andere informatiebronnen.

De onderzochte betrouwbaarheid- (interne consistentie – test-hertest & interrater betrouwbaarheid) en validiteitsmaten (discriminerende validiteit – convergente validiteit – predictieve validiteit – criteriumgebonden validiteit) zijn alle hoog.

2. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1962; Ventura e.a., 1993).

Overall & Gorham (1962) omschrijven de BPRS als een eenvoudig te hanteren instrument, waarmee de verandering in functioneren in kaart gebracht wordt. Na eerst een klinisch interview afgenomen te hebben, beoordeelt de clinicus het functioneren van de patiënten aan de hand van 18 schalen of items. Hij of zij maakt hiervoor gebruik van een 7-punten Likertschaal (Ventura e.a., 1993).

In evaluatieonderzoek maakt men idealiter gebruik van de totaalscore in plaats van de individuele schaalscores.

De interraterbetrouwbaarheid is goed (Woerner e.a., 1988).

c. Onderzoek middelengebruik patiënten.

1. Addiction Severity Index (ASI)(McLellan e.a., 1980).

De ASI is een semi-gestructureerd interview, waarin een aantal potentiële probleemgebieden (lichamelijke gezondheid – opleiding, arbeid, inkomen – drugs/alcohol – justitie, politie¹⁰⁰ – familie, sociale relaties – psychische, emotionele klachten) behandeld worden. Per leefgebied wordt op basis van een aantal kritische items enerzijds en de zelfbeoordeling van de patiënt anderzijds een ernstscore bepaald.

Uit onderzoek blijkt dat de ASI ook bij dubbele diagnose patiënten betrouwbaar afgenomen kan worden (Herman e.a., 2000).

¹⁰⁰ De ernstscore op dit probleemgebied wordt gebruikt ter evaluatie van de forensische comorbiditeit.

2. *Clinician Rating Scales (Alcohol Use Scale (AUS) – Drug Use Scale (DUS))* (Drake e.a., 1990).

Aan de hand van dit instrument beoordeelt de clinicus het alcohol- en/of druggebruik van de patiënten. Op basis van de beschikbare informatie komende uit interviews, getuigenissen van derden, gedragsobservaties, etc. kent de clinicus de patiënten een score van 1 (abstinentie) tot 5 (ernstige afhankelijkheid) toe.

Worden deze instrumenten ingevuld door een clinicus die de patiënt reeds geruime tijd volgt, dan zijn ze zowel betrouwbaar, sensitief als specifiek.

3. *Drug/alcohol 6-month follow-back calendar (Dartmouth Psychiatric Research Center, 2001)*.

De Drug/alcohol 6month follow-back calendar (Dartmouth Psychiatric Research Center, 2001) bestaat uit vier eenvoudige vragen waarmee men het alcohol- en/of druggebruik (soort drugs – hoeveelheid drugs) van de patiënt in kaart brengt.

d. Onderzoek veranderingsbereidheid patiënten.

1. *Readiness to Change Questionnaire (RTQ) (Rollnick e.a., 1992)*.

Deze korte vragenlijst bestaat uit 12 stellingen die elke patiënt beoordeelt aan de hand van een 5-punten schaal (helemaal niet akkoord – niet akkoord – onzeker – akkoord – helemaal akkoord). Daar elke patiënt een score bekommt op de precontemplatie-, op de contemplatie- en op de actieschaal, ontdekt men zo de veranderingsbereidheid van de patiënten.

Rollnick e.a. (1992) meenden dat de convergente validiteit van dit instrument matig tot zeer goed is.

Het onderhavige onderzoeksteam paste deze vragenlijst, die oorspronkelijk enkel bedoeld was voor alcoholgebruikers, aan zodanig dat ze ook bij drugsverslaafden gebruikt kan worden.

e. Onderzoek levenskwaliteit patiënten.

1. *De Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) (Wilkinson e.a., 2000)*.

Met behulp van deze vragenlijst onderzoekt men de subjectieve levenskwaliteit van de patiënten. De vragenlijst omvat de volgende schalen:

- Psychosociaal functioneren (15 items).
- Motivatie & energie (7 items).
- Symptomen & nevenwerkingen (8 items).

Elk van deze dertig uitspraken dient aan de hand van een 5-punten Likertschaal (0: nooit – 1: zelden – 2: soms – 3: vaak – 4: altijd) beoordeeld te worden. Op deze manier geeft de patiënt dus aan in welke mate hij of zij moeilijkheden heeft met een bepaalde uitspraak.

Onderzoek toont aan dat zowel de interne consistentie, de constructvaliditeit als de inhoudsvaliditeit vrij hoog tot hoog zijn. Dit instrument lijkt dan ook zeer geschikt te zijn voor de evaluatie van klinische interventies.

2. *De Manchester short assessment of quality of life (MANSA) (Priebe, 1999).*

Ook de MANSA wordt gebruikt ter evaluatie van de subjectieve levenskwaliteit van de patiënten. Dit interview bestaat uit de volgende drie secties:

- Consistente persoonlijke details (4 items) (Vb: geboortedatum).
- Variabele persoonlijke details (9 items) (Vb: tewerkstellingsstatus).
- 4 objectieve (ja/nee) en 12 subjectieve (7-punten Likertschaal) vragen betreffende de subjectieve levenskwaliteit.

In geval van een herevaluatie dient enkel de laatste sectie hernomen te worden.

Zowel de convergente validiteit, de face validiteit als de construct validiteit zijn hoog. Ook de interne consistentie is voldoende hoog.

f. Onderzoek familiaal functioneren.

1. *McMaster Family Assessment Device (MFAD) (Epstein e.a., 1983; zie Schutte & Malouff, 1995).*

Dit instrument zal gebruikt worden om het familiaal functioneren (probleem oplossen, communicatie, rollen, affectieve responsiviteit, affectieve betrokkenheid, gedragscontrole en algemeen functioneren) van de patiënten te onderzoeken. Telkenmale zal één van de familieleden gevraagd worden zestig uitspraken in verband met het familiaal functioneren te beoordelen aan de hand van een 4-punten Likertschaal (1: helemaal akkoord – 2: akkoord – 3: niet akkoord – 4: helemaal niet akkoord).

Uit onderzoek blijkt dat zowel de interne consistentie als de test-hertest betrouwbaarheid voldoende zijn. De ecologische validiteit is hoog (Schutte & Malouff, 1995).

g. Onderzoek globaal functioneren patiënten.

1. *Clinical Global Impressions (CGI) (Guy, 1976; zie Schutte & Malouff, 1995).*

Op elk onderzoeksmoment zal een clinicus gevraagd worden het aanpassingsvermogen van zijn of haar patiënten te beoordelen. Concreet betekent dit dat de clinicus een oordeel velt wat betreft de volgende items: ernst van de ziekte (7-puntenschaal), globale verbetering (7-puntenschaal) en effectiviteit (2-assenstelsel).

Dit instrument heeft een hoge test-hertest betrouwbaarheid.

2. Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Goldman e.a., 1992)..

De Global Assessment of Functioning Scale (GAF) is een 90-punten schaal aan de hand waarvan de clinicus het psychologisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van de patiënten beoordeelt.

Zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van de GAF zijn voldoende (niet hoog).

h. Onderzoek professioneel functioneren personeelsleden.

De combinatie van de volgende drie instrumenten laat het onderzoeksteam toe een uitspraak te doen over de werkstress en de arbeidstevredenheid van de personeelsleden.

1. Nurse Stress Index (NSI) (Harris, 1989).

Deze zelfrapporteringsvragenlijst, die de werkstress onderzoekt, bestaat uit 30 items die ondergebracht kunnen worden in de volgende subschalen:

2. Omgaan met de werklast 1.
3. Omgaan met de werklast 2.
4. Ondersteuning en betrokkenheid vanuit de instelling.
5. Omgaan met patiënten en verwanten.
6. Conflicten tussen werk en thuis.
7. Zelfvertrouwen en competentie.

Elk item wordt beoordeeld op een 5-punten ratingschaal gaande van 1 (geen spanning) tot 5 (extreme spanning).

2. Leidse Arbeidskwaliteitsschaal (LAKS) (Van der Doef & Maes, 1999).

Deze zelfrapporteringsvragenlijst omvat 11 subschalen (ontwikkelingsmogelijkheden/taakvariantie – inspraak – werkdruk – rolduidelijkheid – lichamelijke belasting – werkplekrisico's – toekomstonzekerheid – sociale steun leiding – sociale steun collega's – betrokkenheid bij/zinvolheid van het werk – arbeidstevredenheid). De personeelsleden geven telkens aan in welke mate ze het wel of niet eens zijn met een gegeven uitspraak (n = 64) (helemaal oneens – oneens – eens – helemaal eens).

3. Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Arrindell & Ettema, 1986).

Deze zelfbeoordelingsvragenlijst bestaat uit 90 items verdeeld over 8 subschalen (agorafobie – angst – depressie – somatische klachten – insufficiëntie van denken en handelen – wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit – hostiliteit – slaapproblemen). Elk item dient beoordeeld te worden aan de hand van een 5-punten ratingschaal (1: helemaal niet – 2: een beetje – 3: nogal – 4: tamelijk veel – 5: heel erg).

3. Beschrijving onderzoeksprotocol (tabel 27).

Het onderhavige onderzoeksteam opteerde voor een longitudinaal onderzoek (tabel 27). Op deze manier kan men immers niet alleen het momentane functioneren doch ook de evolutie in het functioneren van de patiënten in kaart brengen. Bovendien kan men zo ook bepaalde sleepereffecten ontdekken (el-Guebaly e.a., 1999).

Tabel 27: onderzoeksschema (X₀: begin van de behandeling – X₁: drie maand na het begin van de behandeling – X₂: zes maand na het begin van de behandeling – X₃: twaalf maand na het begin van de behandeling¹⁰¹).

	X ₀	X ₁	X ₂	X ₃
Patiënten.				
PANSS	X	X	X	X
BPRS	X	X	X	X
ASI	X	X	X	X
TLFB	X		X	X
SQLS	X	X	X	X
MANSA	X	X	X	X
RCQ	X	X	X	X
Personeelsleden.				
GAF	X	X	X	X
CGI			X	X
AUD	X	X	X	X
DUD	X	X	X	X
Familieleden.				
MFAD	X	X	X	X

Elke zes maand dient het personeel ook de NSI, de LAKS en de SCL-90 in te vullen.

Het team meent dat de behandelingen succesvol zijn, indien aan de hand van één of meer van de gebruikte instrumenten één of meerdere significante verbetering(en) opgetekend worden (inter-subject vergelijking). Indien blijkt dat een behandeling significant betere resultaten produceert dan een andere behandeling, dan spreekt men van een superieure effectiviteit van deze behandeling (between-subject vergelijking).

¹⁰¹ Gezien de duur van het onderhavige onderzoeksproject (14 maand), zullen slechts zeer weinig patiënten onderzocht worden op moment X₃.

De boven beschreven productevaluatie wordt aangevuld met een procesevaluatie. Concreet betekent dit dat het onderzoeksteam nauwkeurig registreert welke interventies de patiënten aangeboden krijgen.

4. Beschrijving onderzoeksdesign.

Zoals ook hoger reeds gesteld wordt geopteerd voor een observational outcome monitoring design met controlegroep.

Bijlagen.***Bijlage 1: DSM-IV criteria ernstige persisterende psychiatrische stoornissen van psychotische aard (American Psychiatric Association, 1995).******1. Diagnostic criteria for schizophrenia.***

A. *Characteristic symptoms:* two (or more) of the following, each present for a significant proportion of time during a 1-month period (or less if successfully treated):

- (1) delusions
- (2) hallucinations
- (3) disorganized speech (e.g., frequent derailment or incoherence)
- (4) grossly disorganized or catatonic behaviour
- (5) negative symptoms, i.e., affective flattening, alogia, or avolition

Note: only one Criterion A symptom is required if delusions are bizarre or hallucinations consist of a voice keeping up a running commentary on the person's behavior or thoughts, or two or more voices conversing with each other.

B. *Social/occupational dysfunction:* for a significant portion of the time since the onset of the disturbance, one or more major areas of functioning such as work, interpersonal relations, or self-care are markedly below the level achieved prior to the onset (or when the onset is in childhood or adolescence, failure to achieve expected level of interpersonal, academic, or occupational achievement).

C. *Duration:* continuous signs of the disturbance persist for at least 6 months. This 6-months period must include at least 1 month of symptoms (or less if successfully treated) that meet Criterion A (i.e., active-phase symptoms) and may include periods of prodromal or residual symptoms. During these prodromal or residual periods, the signs of the disturbance may be manifested by only negative symptoms or two or more symptoms listed in Criterion A present in an attenuated form (e.g., odd beliefs, unusual perceptual experiences).

D. *Schizoaffective and mood disorder exclusion:* schizoaffective disorder and mood disorder with psychotic features have been ruled out because either (1) no major depressive, manic, or mixed episodes have occurred concurrently with the active-phase symptoms; or (2) if mood episodes have occurred during active-phase symptoms, their total duration has been brief relative to the duration of the active and residual periods.

- E. *Substance/general medical condition exclusion*: the disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.
- F. *Relationship to a pervasive developmental disorder*: if there is a history of autistic disorder or another pervasive developmental disorder, the additional diagnosis of schizophrenia is made only if prominent delusions or hallucinations are also present for at least a month (or less if successfully treated).

Classification of longitudinal course:

Episodic with interepisode residual symptoms (episodes are defined by the re-emergence of prominent psychotic symptoms); also *specify if*: **with prominent negative symptoms**

Episodic with no interepisode residual symptoms

Continuous (prominent psychotic symptoms are present throughout the period of observation); also *specify if*: **with prominent negative symptoms**

Single episode in partial remission; also *specify if*: **with prominent negative symptoms**

Single episode in full remission

Other or unspecified pattern

Less than 1 year since onset of initial active-phase symptoms

2. *Diagnostic criteria for schizophreniform disorder.*

- A. Criteria A, D, and E of Schizophrenia are met.
- B. An episode of the disorder (including prodromal, active and residual phases) lasts at least 1 month but less than 6 months. (When the diagnosis must be made without waiting for recovery, it should be qualified as "Provisional.")

Specify if:

Without good prognostic features

With good prognostic features: as evidenced by two (or more) of the following:

- (1) onset of prominent psychotic symptoms within 4 weeks of the first noticeable change in usual behavior of functioning
- (2) confusion or perplexity at the height of the psychotic episode
- (3) good premorbid social and occupational functioning
- (4) absence of blunted or flat affect

3. Diagnostic criteria for schizoaffective disorder.

- A. An uninterrupted period of illness during which, at some time, there is either a major depressive episode, a manic episode, or a mixed episode concurrent with symptoms that meet Criterion A for Schizophrenia.

Note: the major depressive episode must include Criterion A1: depressed mood.

- B. During the same period of illness, there have been delusions or hallucinations for at least 2 weeks in the absence of prominent mood symptoms.
- C. Symptoms that meet criteria for a mood episode are present for a substantial portion of the total duration of the active and residual periods of the illness.
- D. The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.

Code based on type:

- .0 Bipolar type:** if the disturbance includes a manic or a mixed episode (or a manic or a mixed episode and major depressive episodes)
- .1 Depressive type:** if the disturbance only includes major depressive episodes.

4. Diagnostic criteria for delusional disorder.

- A. Nonbizarre delusions (i.e., involving situations that occur in real life, such as being followed, poisoned, infected, loved at a distance, or deceived by spouse or lover, or having a disease) of at least 1 month's duration.
- B. Criterion A for schizophrenia has never been met.

Note: tactile and olfactory hallucinations may be present in delusional disorder if they are related to the delusional theme.

- C. Apart from the impact of the delusion(s) or its ramifications, functioning is not markedly impaired and behavior is not obviously odd or bizarre.
- D. If mood episodes have occurred concurrently with delusions, their total duration has been brief relative to the duration of the delusional periods.
- E. The disturbance is not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or a general medical condition.

Specify type (the following types are assigned based on the predominant delusional theme):

Erotomaniac type: delusions that another person, usually of higher status, is in love with the individual.

Grandiose type: delusions of inflated worth, power, knowledge, identity or special relationship to a deity or famous person

Jealous type: delusions that the individual's sexual partner is unfaithful

Persecutory type: delusions that the person (or someone to whom the person is close) is being malevolently treated in some way

Somatic type: delusions that the person has some physical defect or general medical condition

Mixed type: delusions characteristic of more than one of the above types but no one theme predominates

Unspecified type

Bijlage 2: DSM-IV criteria middelengebonden stoornissen (American Psychiatric Association, 1995).

1. Diagnostic criteria for substance dependence.

A maladaptive pattern of substance use, leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by three (or more) of the following, occurring at any time in the same 12-month period:

- (1) tolerance, as defined by either of the following:
 - (a) a need for markedly increased amounts of the substance to achieve intoxication or desired effect
 - (b) markedly diminished effect with continued use of the same amount of the substance
- (2) withdrawal, as manifested by either of the following:
 - (a) the characteristic withdrawal syndrome for the substance (refer to Criteria A and B of the criteria sets for Withdrawal from the specific substances)
 - (b) the same (or a closely related) substance is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms
- (3) the substance is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended
- (4) there is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control substance use
- (5) a great deal of time is spent in activities necessary to obtain the substance (e.g., visiting multiple doctors or driving long distances), use the substance (e.g., chain-smoking), or recover from its effects
- (6) important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of substance use
- (7) the substance use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance (e.g., current cocaine use despite recognition of cocaine-induced depression, or continued drinking despite recognition that an ulcer was made worse by alcohol consumption)

Code course of dependence in fifth character:

- 0 Early full remission
- 0 Early partial remission
- 0 Sustained full remission
- 0 Sustained partial remission
- 2 On agonist therapy
- 1 In a controlled environment
- 4 Mild/moderate/severe

Specify if:

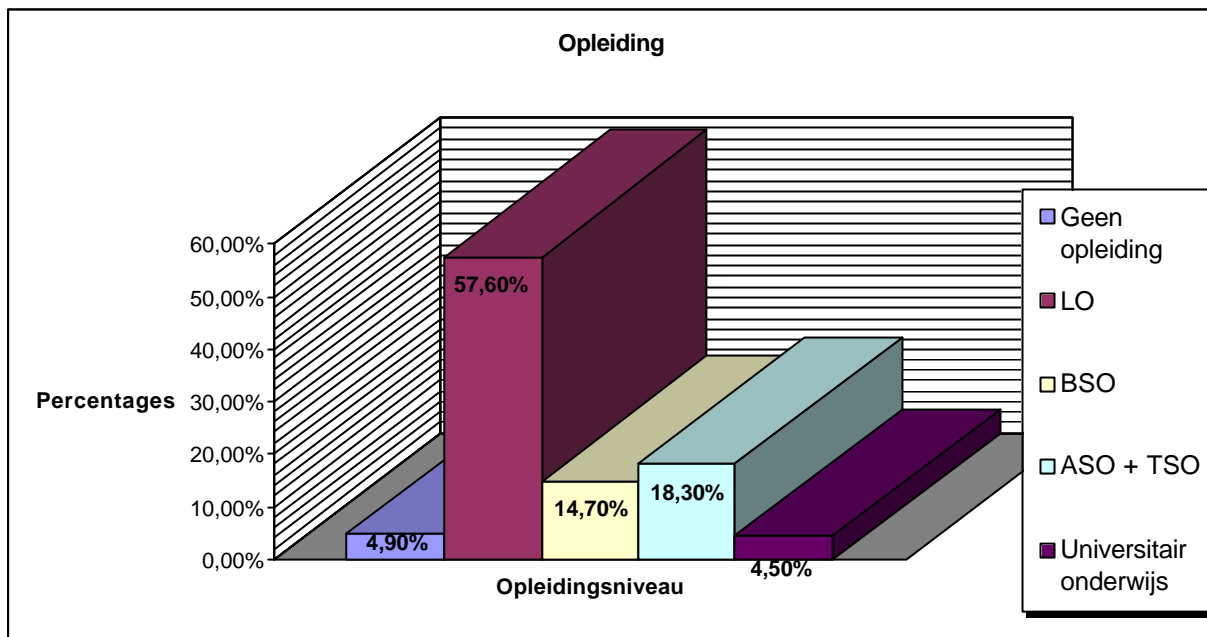
With physiological dependence: evidence of tolerance or withdrawal (i.e., either item 1 or 2 is present).

Without physiological dependence: no evidence of tolerance or withdrawal (i.e., neither item 1 nor 2 is present).

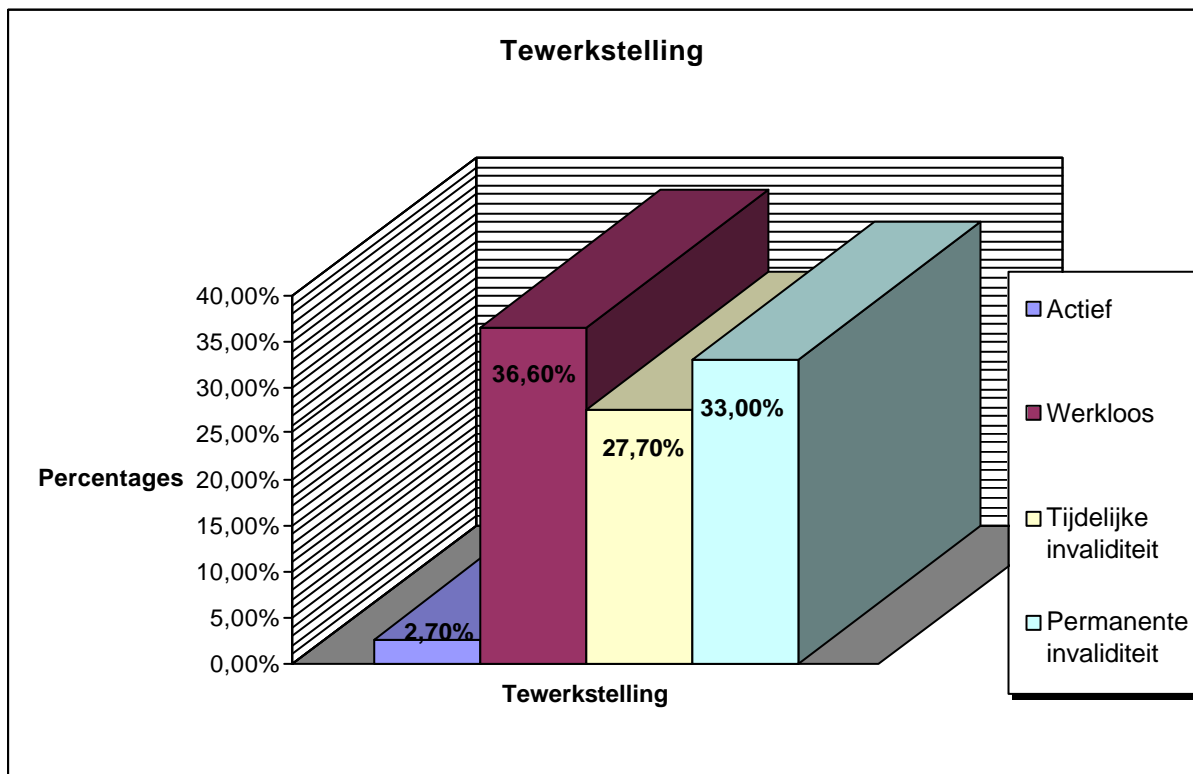
2. Diagnostic criteria for substance abuse.

- A. A maladaptive pattern of substance use leading to clinically significant impairment or distress, as manifested by one (or more) of the following, occurring within a 12-month period:
- (1) recurrent substance use resulting in a failure to fulfil major role obligations at work, school or home (e.g., repeated absences or poor work performance related to substance use; substance-related absences, suspensions, or expulsions from school; neglect of children or household).
 - (2) recurrent substance use in situations in which it is physically hazardous (e.g., driving an automobile or operating a machine when impaired by substance use)
 - (3) recurrent substance-related legal problems (e.g., arrests for substance-related disorderly conduct)
 - (4) continued substance use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the substance (e.g., arguments with spouse about consequences of intoxication, physical fights)
- B. The symptoms have never met the criteria for substance use dependence for this class of substance.

Bijlage 3: Sociodemografische gegevens dubbele diagnose eenheid Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús (Martorell, Spanje) (naar Valls Lapica, 2002).



Figuur 2: aangevat opleidingsniveau patiënten dubbele diagnose eenheid Sagrat Cor (n = 224).



Figuur 3: Tewerkstelling patiënten dubbele diagnose eenheid Sagrat Cor (n = 224).

Bijlage 4: Werkbezoek Sankt Hans Hospital (Roskilde, Denemarken).

Identificatiegegevens:

Irene Henriette Oestrich (diensthoofd).
Center for Kognitiv Terapi (CKT).
Sankt Hans Hospital, afdeling M.
4000 Roskilde.
Denemarken.

Tel: 0045 4633 4891

GSM: 2262 9019

E-mail: Irene.Oestrich@shh.hosp.dk

Stephen Austin (onderzoek).
Center for Kognitiv Terapi (CKT).
Sankt Hans Hospital, afdeling M.
4000 Roskilde.
Denemarken.

E-mail: fitzgerald@post.tele.dk

Agenda bezoek dd 10 juli 2003:

- Introductie dubbele diagnose programma (Irene Oestrich).
- Voorstelling evaluatieonderzoek – voorstelling onderzoek rond self-esteem (Stephen Austin).
- Bezoek M6.
- Bezoek M20.

Algemene schets Sankt Hans Hospital (SHH).

- Het SHH werd in het midden van de vorige eeuw opgericht. De stad Kopenhagen financierde het centrum toentertijd en stuurde er zijn psychiatrische patiënten heen. Daar de patiënten na hun ontslag uit het SHH meestal in Roskilde bleven en ze bij een heropname dus niet langer inwoners van Kopenhagen waren, kocht ook de stad Roskilde een deel van het ziekenhuis.
- Op heden bestaat het SHH uit 12 afdelingen (afdeling ontwikkeling – administratie – IT afdeling – afdeling M – afdeling P – afdeling R – afdeling U – een klinisch psychologische afdeling – fysiotherapie – een klinisch chemische afdeling – professionele vorming – logistiek). Anno 2002 beschikte het centrum over 444 bedden¹⁰².

¹⁰² **Tabel a:** Beschrijving verschillende afdelingen SHH (gegevens: mei 2002. Meer recente gegevens waren niet beschikbaar).

- Zowel de structuur als de patiëntenpopulatie van het SHH is gelijkaardig aan de structuur en de patiëntenpopulatie van twee andere Deense ziekenhuizen. Deze drie ziekenhuizen zijn de drie grootste psychiatrische ziekenhuizen in Denemarken.

Algemene schets afdeling M.

- Deze afdeling richt zich exclusief tot dubbele diagnose patiënten. Ten gevolge van een recente reorganisatie (dd januari 2003), passend binnen de Deense decentralisatiepolitiek, telt deze afdeling momenteel circa 100 tot 150 patiënten.
- De toegepaste behandelingsfilosofie past binnen de cognitief-gedragsmatige paradigma's. Terwijl het intuïtief experimenteren met de cognitieve therapie op afdeling M6 (infra) tot de ontwikkeling van een eigen *cognitief gestuurd therapieprogramma* leidde, zorgde de komst van psychologe I. Oestrich voor de introductie van de *cognitieve milieutherapie*¹⁰³ op de afdelingen M20, M21 en M22 (infra).

Centrum voor cognitieve therapie.

- Daar I. Oestrich de toepassing van de cognitieve milieutherapie wenst te optimaliseren, richt zij ook cursussen in voor interne en externe personeelsleden (één cursus voor artsen en psychologen – één cursus voor de andere leden van het multidisciplinaire team).

M6.

- De patiënten die hier verblijven, lijden allen aan een psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis. Voorts voldoen zij ook aan de volgende inclusie/exclusiecriteria:
 1. De patiënten zijn voldoende gemotiveerd.
 2. De patiënten zijn geen momentane gebruikers (de detoxificatie gebeurde dus reeds voordien). Een screening, zowel aan het begin van de behandeling als tijdens de behandeling (arbitraire screening – screening in geval bepaalde signalen wijzen op middelengebruik), geeft uitsluitel over deze voorwaarde.
 3. Veel patiënten hebben een persoonlijkheidstoornis (Cluster C) en angststemmingstoornissen.
 4. De patiënten zijn niet (acuut) psychotisch.
 5. De patiënten zijn niet dement of hebben geen ander organisch psychiatrisch beeld.

Afdeling	# departementen.	# ambulante patiënten.	# residentiële patiënten.
M.	11	155	28
P.	10	109	70
R.	6	74	0
U.	9	106	0
TOTAAL.	36	444	98

¹⁰³ Zie werk Nicolas Tarrrier (Manchester, UK).

- M6 telt 20 residentiële patiënten en 1 ambulante patiënt¹⁰⁴ (gemiddelde leeftijd: 30 – 40 jaar). Deze patiënten worden door een multidisciplinair team, bestaande uit één psychiater (drie uur per week), een psycholoog¹⁰⁵, zeven verpleegkundigen (FTE), vier verpleegassistenten (FTE), een orthopedagoog (FTE) en een sociaal assistent, behandeld.
- Meestal komt men op M6 terecht na een *interne of externe doorverwijzing*. *Rechtstreekse aanmeldingen* zijn echter evenzeer mogelijk. De wachttijd bedraagt enkele maanden.
- De aangeboden behandeling die de rehabilitatie van de patiënten tot doel heeft, is sterk *cognitief geïnspireerd*. Samen met de patiënt gaat het team immers op zoek naar die schema's die de *basisassumptie* dat *het gebruikte middel en medicijn* is, ondersteunen. Concreet betekent dit o.a. dat elke patiënt regelmatig gevraagd wordt zich een concrete situatie voor de geest te halen. Belangrijk hierbij is de *beschrijving van de ervaren automatische gedachten, lichamelijke signalen, gevoelens en handelingen*). Nadat de patiënt vervolgens zijn of haar automatische gedachten kritisch onderzocht heeft, wordt hem of haar gevraagd een *alternatieve strategie* te zoeken. Deze strategie wordt later ook effectief uitgeprobeerd (*exposure*). Indien de alternatieve oplossing faalt, zoekt men samen met de patiënt naar de oorzaak van dit falen. Deze interventies vinden zowel op individuele basis als in groep plaats.

Daar er dagelijks *patient-staff meetings* plaatsvinden, kan men stellen dat deze afdeling belang hecht aan de uitbouw van een *horizontale therapeutische werkingsas*. Voorts biedt men de patiënten *medische begeleiding, psycho-educatie, vaardigheids-trainingen* (Vb: sociale vaardigheidsgroepen), *groeps gesprekken, sport, relaxatie,...* aan. Het team hecht belang aan *het opnemen van verantwoordelijkheden*.

- Normaliter worden de patiënten pas ontslagen nadat men hen een woonst en een zinvolle activiteit gevonden heeft. Indien gewenst, kunnen zij terugkeren naar de afdeling (*soepele heropnameregeling*). Af en toe doet men aan *assertieve outreach (follow-up onderzoek)*.
- De gemiddelde verblijfsduur op deze afdeling bedraagt drie tot zes maand.

M20.

- Op deze afdeling (° januari 2003) worden *dubbele diagnose patiënten*, in casu patiënten met een psychotische en een middelengebonden stoornis, *op een geïntegreerde wijze behandeld*. Vaak vertonen zij ook een *comorbiede persoonlijkheidsstoornis* (Vb: vermijdende persoonlijkheidsstoornis) *en/of depressie*.

¹⁰⁴ Opmerking: deze patiënt bezoekt de afdeling reeds zeer lang. Indertijd werd hij op een psychodynamische wijze behandeld. Eens deze patiënt niet meer langskomt, telt de afdeling enkel nog residentiële patiënten.

¹⁰⁵ Normaliter dient het team enkele uren per week beroep te kunnen doen op een psycholoog. Op dit moment heeft de afdeling, ten gevolge van de herstructurering, echter geen contact met deze persoon.

- De infrastructuur van deze afdeling die plaats biedt aan 28 patiënten (twee gangen van veertien patiënten), is zodanig dat men te allen tijde kan opteren voor een *open of een gesloten* (n = 2, 8 of 14 patiënten) *behandelingsregime*.
- De patiënten worden behandeld door een *multidisciplinair team* bestaande uit één psychiater¹⁰⁶ (FTE), vier psychiatrisch verpleegkundigen (FTE), zes verpleegassistenten (FTE), één psycholoog (tien uur per week), één ergotherapeut (zestien uur per week) en één sociaal assistent (twee dagen per week). Dit team staat in voor de behandeling van 14 patiënten. Indien er zich op één van de gangen een crisis voordoet, kan men zich tijdelijk beroepen op de hulp van een aantal personeelsleden die normaliter verantwoordelijk zijn voor de behandeling van de patiënten op de andere gang (belang van de *flexibiliteit*). Daarnaast kunnen de patiënten ook een beroep doen op een fysiotherapeut en/of een gymleraar. Tot slot kunnen zij ook deelnemen aan workshops en/of werken in de tuin. Deze activiteiten vinden alle plaats op de ziekenhuiscampus.
- *Behandelingsproces.*

Ook hier gebeurt de *aanmelding ofwel rechtstreeks ofwel na doorverwijzing* (intern/extern). Op heden bedraagt de wachttijd circa twee tot drie weken.

Het begin van de opname gaat gepaard met *het stellen van de diagnose* enerzijds en het *creëren van een individueel aangepast behandelingsprogramma* anderzijds. Meestal stelt het multidisciplinair team na een gemeenschappelijk overleg de diagnose, waarna die vervolgens door de behandelende psychiater gecontroleerd wordt¹⁰⁷. Elke maand wordt de correctheid van de diagnose geëvalueerd door de arts, de patiënt en zijn of haar referent.

De *eigenlijke behandeling*, gebaseerd op de *cognitieve milieutherapie*, omvat onder andere de volgende componenten¹⁰⁸:

- *Ochtend- en avondmeetings.* Tijdens deze patient-staff ontmoetingen plant men activiteiten en bespreekt men grondregels (Vb: men mag niet lenen van medebewoners).
- *Ergotherapie.*
- *Psycho-educatie.* Irene Oestrich ontwikkelde een specifieke module, bestaande uit 15 topics die alle verband houden met gezondheid (ruime betekenis). De vragen van de patiënten inspireerden haar bij de samenstelling van deze module. Deze sessies die circa 1 uur duren, zijn verplicht. Indien dit nodig mocht zijn, kunnen de patiënten de sessies verlaten en later terugkeren.

¹⁰⁶ De behandelende psychiater is mogelijk nog in opleiding. Hij of zij wordt dan gesuperviseerd door de hoofdpsychiater.

¹⁰⁷ Deze periode neemt circa twee weken in beslag.

¹⁰⁸ Opmerking: meestal worden de patiënten door de psychologen in groep behandeld. Op heden worden slechts enkele patiënten ook individueel begeleid door de psychologen.

- *Vaardigheidstrainingen (self-esteem – sociale vaardigheden – drug & medicatie-management)*. Tijdens deze samenkomsten leren de patiënten hoe ze in bepaalde situaties beter kunnen reageren (Vb: het afwijzen van een dealer – het weigeren van drugs). De aangeleerde vaardigheden worden ingeoeffend via rollenspel.

Daar men in het centrum over hightech videomateriaal beschikt, wenst men in de toekomst opnames te maken van deze sessies, zodanig dat de patiënten hun gedrag ook visueel kunnen bestuderen.

De ruimtes waar de communicatiegroepen plaatsvinden, werden uitgerust met een one-way screen, zodanig dat de supervisie van het personeel mogelijk wordt.

- *Ontspanning en angstreducerende technieken.*
- *Activiteiten dagelijks leven (ADL).*
- *Sport.*

Zowel de personeelsleden als de patiënten beschikken over een *handleiding* waarin zowel de principes als de werking van de cognitieve milieutherapie uiteengezet worden.

Volgens Irene Oestrich leidt de combinatie “exposuretechnieken – herstructurering – positieve psychologie” tot een *toename in de self-esteem* van de patiënten, een belangrijke outcomewaarde (infra). In een poging naar closure toe te werken, leert men de patiënten zich te focussen op de eigen positieve kwaliteiten.

- Oorspronkelijk zouden de patiënten minimum één tot maximum vijf maand in het centrum verblijven. Het team merkt echter op dat de patiënten er vaak langer verblijven, daar zij na vijf maand nog onvoldoende voorbereid zijn op een leven buiten de instelling (Vb: gebrek aan een woonst – gebrek aan een zinvolle activiteit¹⁰⁹).
- Op heden voorziet de instelling *geen follow-up* voor deze patiënten.
- M21 en M22 hebben een identieke structuur als M20. Normaliter zou ook de patiëntenpopulatie identiek moeten zijn, doch dat is op heden nog niet het geval.
- Op elke afdeling worden zowel vrijwillige patiënten als patiënten met een meer gedwongen statuut (Vb: forensische patiënten) opgenomen.

¹⁰⁹ Indien de patiënten dat wensen, kunnen zij in Kopenhagen terecht in een ambulante centrum voor dubbele diagnose patiënten (circa 50 plaatsen). De hoofdpsychiater, verbonden aan M20, M21 & M22, werkt daar ook.

Evaluatieonderzoek.

1. Self-esteem onderzoeksproject.

Dit onderzoek verloopt in samenwerking met de universiteit van Manchester (N. Tarrier).

Doelstellingen onderzoek.

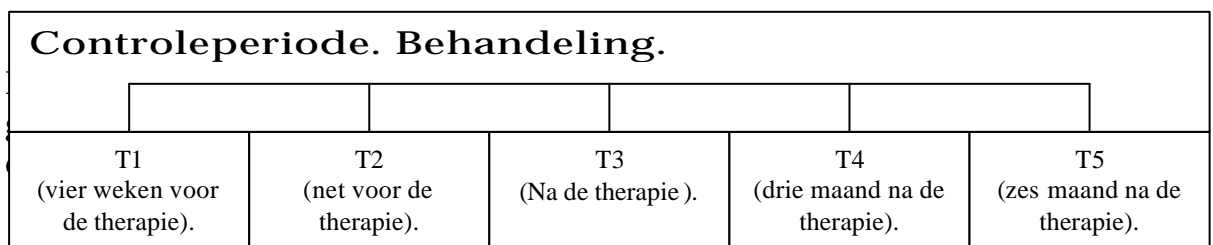
De bestaande onderzoeksopdracht is tweeledig. Ten eerste wenst men te onderzoeken of korte cognitief-gedragsmatige interventies rond self-esteem effectief zijn binnen een gestabiliseerde dubbele diagnose populatie. Ten tweede wenst men ook de relatie tussen self-esteem, psychotische symptomen en depressie te verhelderen (pilotonderzoek).

Beschrijving aangeboden interventies.

De aangeboden therapie omvat acht sessies, gespreid over vier weken. Het doel van de therapie bestaat erin de self-esteem van de patiënten te doen toenemen aan de hand van cognitief-gedragsmatige strategieën.

Eigenlijk onderzoek:

- Deelnemers onderzoek.
Aan het onderzoek namen tot nu toe 26 gestabiliseerde dubbele diagnose patiënten deel. Geen van de patiënten heeft een organisch hersenletsel. De deelnemende patiënten hebben geen leerproblemen.
- Instrumenten.
Het effect van de hoger omschreven interventie wordt geëvalueerd aan de hand van de volgende instrumenten:
 - De *Beck Depression Inventory* (BDI) (meting depressie & suïcidaliteit).
 - De *Robson Self-Concept Questionnaire* (SCQ) (meting self-esteem & zelfwaarde).
 - De *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (meting positieve en negatieve symptomen).
- Procedure & design.
Het team maakt gebruik van een *repeated measures within-subjects design*.



Figuur 4: Onderzoeksprotocol.

2. Fjordhus¹¹⁰ evaluatie

Dit onderzoek wordt normaliter geïmplementeerd in september 2003.

Doelstellingen onderzoek.

Aan de hand van dit onderzoek wenst men zowel de effectiviteit van de cognitieve milieutherapie bij residentiële dubbele diagnose patiënten, als de impact van individuele interventies op hiervoor geselecteerde patiënten, te evalueren.

Beschrijving cognitieve milieutherapie.

Het team biedt zowel farmacologische als psychologische interventies aan. Binnen de cognitieve milieutherapie hecht men veel belang aan het sociaal functioneren en het symptoommanagement. Op deze manier wenst men de terugkeer naar de maatschappij te bespoedigen en het herval te beperken.

Eigenlijk onderzoek:

- Deelnemers onderzoek.
Dubbele diagnose patiënten behandeld in het Fjordhus.
- Outcome variabelen.
 - Kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie cognitieve milieutherapie (druggebruik – psychopathologie – sociaal functioneren).
 - Kwantitatieve evaluatie specifieke interventies (Vb: angst, sociale vaardigheden).
 - Zorgkwaliteit (tevredenheid patiënten – psychopathologie – afdelingsatmosfeer).
 - Normen in verband met het meest geschikte behandelingsniveau voor dubbele diagnose patiënten.
 - Beschrijving reële en ideale afdelingsatmosfeer.
- Instrumenten.
 - Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (psychiater).
 - Global Assessment of Functioning (GAF) (psychiater).
 - Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ) (patiënt).
 - Ward Atmosphere Scale (WAS) (patiënt - personeel).
 - Schema for Social Skills (SSF) (patiënt – personeelslid).
 - Vragenlijst over het druggebruik.
 - Robson Self-Concept Questionnaire (SCQ).
 - Beck Depression Inventory (BDI).
 - Beck Anxiety Inventory (BAI).
- Procedure & design.
De evaluatie van de algemene interventies gebeurt aan de hand van een within-subjects design (zie figuur 5).

¹¹⁰ “Fjordhus” is de verzamelnaam voor M20, M21 en M22.

T1 (bij opname in het Fjordhus).		T2 (Na 6 maand of bij ontslag).		T3 (Na 12 maand of bij ontslag).
WAS – PSQ – SSF. BPRS – GAF. SSF. Druggebruik.		WAS – PSQ – SSF. BPRS – GAF. SSF. Druggebruik.		WAS – PSQ – SSF. BPRS – GAF. SSF. Druggebruik.

Figuur 5: Onderzoeksprotocol algemene interventies.

De evaluatie van de individuele interventies gebeurt aan de hand van een between-subjects design (vergelijking proefgroep en controlegroep) (zie figuur 6).

T1 (bij opname).	T2 (voor de interventie).	T3 (na de interventie).	T4 (3 maand na de interventie).
BDI BAI SCQ SSF	BDI BAI SCQ SSF	BDI BAI SCQ SSF	BDI BAI SCQ SSF

Figuur 6: Onderzoeksprotocol individuele interventies.

Bijlage 5: Werkbezoek Germanes Hospitalàries del Sagrat cor de Jesús (Martorell, Spanje).

Identificatiegegevens:

Dr. José Javier Valls Lapica.

Germanes Hospitalàries del Sagrat cor de Jesús, SSM.
Comte de Llobregat, 117.
08760 Martorell.
Spanje.

Tel: 0034 93 7752200

Organisatie Spaanse geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

⇒ Vroeger: geestelijke gezondheidszorg (GGZ) & verslavingszorg (VZ) = nationaal georganiseerd.

Twee volledig gescheiden netwerken (GGZ – VZ).

De patiënten werden in één netwerk opgevangen. Eens men een netwerk gekozen had, kon men bijna niet meer terecht in het andere netwerk (geen ping-pong effect).

⇒ Nu: GGZ & VZ = georganiseerd door de gemeenschappen.

⇒ Spanje (met uitzondering van Catalonië):

⇒ Staatsziekenhuizen.

⇒ Situatie blijft onveranderd.

⇒ Catalonië.

⇒ Ziekenhuizen in handen van privé-personen (Vb: religieuze ordes).

⇒ Opmerking: geen privé-ziekenhuizen.

Germanes Hospitalàries del Sagrat cor de Jesús, SSM (Martorell, Catalonië).

⇒ Psychiatrisch ziekenhuis (350 bedden).

⇒ Opgericht in 1967.

⇒ Juni 2001: oprichting dubbele diagnose unit (25 bedden – capaciteit: 40 bedden).

De inrichting kwam er op vraag van de Catalaanse overheid.

Begin: veel gesprekken gehad over de werking.

Begin: deel personeel = weigerachtig & angstig – ondertussen: min of meer bijgedraaid.

Op dit moment is dit de enige dubbele diagnose eenheid in Spanje. Men denkt er echter wel aan het aantal centra uit te breiden (zowel binnen Catalonië als in de rest van Spanje).

Doelen eenheid:⇒ *Klinisch luik*

Binnen de eenheid behandelt men enkel dubbele diagnose patiënten¹¹¹ die tijdelijk niet in de reguliere instellingen terecht kunnen (inclusiecriteria – zeer moeilijke populatie).

De geïntegreerde behandeling die in het centrum aangeboden wordt, heeft tot doel de acute episode waarin de patiënt zich bevindt, te stabiliseren (kortverblijf: gemiddelde verblijfsduur: circa 14 dagen). Eens dit doel verwezenlijkt is, wordt de patiënt opnieuw doorverwezen naar de GGZ (ambulante of residentiële voorzieningen) en/of de VZ (voornamelijk ambulante voorzieningen).

⇒ *Structureel luik (figuur 7).*

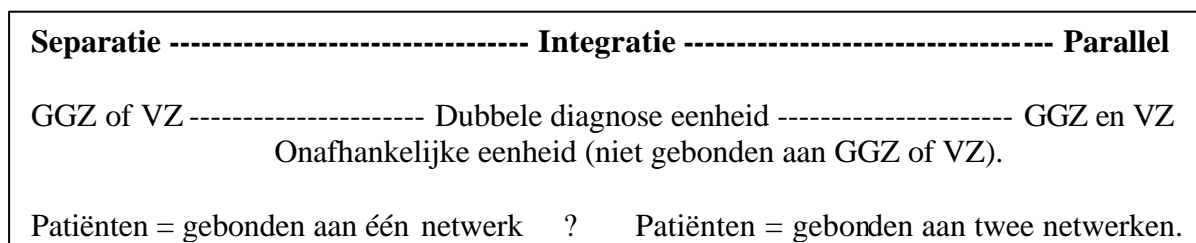
Deze opdracht is mogelijk nog belangrijker dan de eerste daar dat men de communicatie en de samenwerking tussen de beide netwerken (GGZ en VZ) wenst te verhogen.

Concreet betekent dit dat men werkt rond *bewustmaking*: men tracht de behandelaars en de behandelcentra er immers van te overtuigen dat verschillende problemen (psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis – middelengebonden stoornis) een rol kunnen spelen. Op deze manier tracht men de in de netwerken bestaande (negatieve) *attitudes* tegenover dubbele diagnose patiënten te *veranderen*.

⇒ Vb: VZ: de onopgemerkte psychiatrische problematiek aankaarten.

⇒ Vb: GGZ: niet langer weigeren van een persoon met een drugprobleem.

Dit doel kan verwezenlijkt worden via het klinisch luik.



Figuur 7: Schematische voorstelling structureel luik.

Opmerking: ondanks de grote vraag naar herhospitalisaties, geeft men er de voorkeur aan hier zo weinig mogelijk op in te gaan. Het kan immers niet de bedoeling zijn een derde netwerk (een zogenaamd dubbele diagnose netwerk) te creëren¹¹². De patiënten dienen dus zo veel mogelijk behandeld worden binnen de bestaande zorgvoorzieningen (GGZ & VZ).

¹¹¹ Zeer brede definitie dubbele diagnose patiënten.

Personen die tegelijkertijd lijden aan een middelengebonden stoornis en een psychiatrische (AS 1-stoornis) en/of persoonlijkheidsstoornis (AS 2-stoornis, voornamelijk patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis).

¹¹² De creatie van een derde netwerk zou immers een nog grotere segregatie/separatie met zich meebrengen.

Behandelingsteam.

- ⇒ 3 psychiaters.
- ⇒ 1 algemeen geneesheer (is verbonden aan het psychiatrisch centrum).
- ⇒ 1 psycholoog.
- ⇒ 4 verpleegkundigen.
- ⇒ 3 hulpkrachten.
- ⇒ 1 sociaal werkster.
- ⇒ 1 ergotherapeut.

Dr. Valls merkt op dat hij over meer verplegend personeel wenst te beschikken. Indien de totale opnamecapaciteit (40 in plaats van 25 bedden) benut zou worden, wenst hij naast extra verplegend personeel, ook een extra psychiater en psycholoog in dienst te nemen.

Takenpakket behandelingsteam.

Psychiaters.

- ⇒ Dr. Valls – *diensthofd – coördinator.*
 - ⇒ *Coördineert de opnames:* beslist wie wel of niet in aanmerking komt voor opname.
 - ⇒ Op basis van “telefonische intakes” (korte beschrijving toestand patiënt).
 - ⇒ Wachtijd: 1 (hoogdringendheid) tot 7 (minder urgente situaties) dagen.
- Een opname is enkel mogelijk indien deze aangevraagd wordt door een externe verwijzer (1 van de circa 250 GGZ/VZ voorzieningen). Een patiënt kan dus nooit opgenomen worden na positief advies uit de eerste lijnszorg, op vraag van de patiënt zelf of op vraag van zijn of haar familie. Deze instanties en/of personen zijn immers minder goed op de hoogte van de gestelde inclusiecriteria.
- Tijdens de intake schat men zowel de ernst van de situatie als de momentane noden van de patiënten in (aangrijpingpunten verdere werkwijze).

VOORAFGAANDE OPMERKING: OMWILLE VAN DE KORTE VERBLIJFSDUUR VAN DE PATIËNTEN, IS ER ZELDEN SPRAKE VAN LANGE TERMIJN BEHANDELINGSDOELEN. DE MEESTE INTERVENTIES ZIJN DAN OOK GERICHT OP EEN VLOTTE REÏNTEGRATIE IN DE MAATSCHAPPIJ. HET VOORDEEL VAN EEN KORTE VERBLIJFSDUUR IS DAT DE PATIËNTEN ZO MIN MOGELIJK UIT HUN NATUURLIJKE OMGEVING GERUKT WORDEN. DIT GEGEVEN VERGEMAKKELIJKT REEDS DE MAATSCHAPPELIJKE REÏNTEGRATIE.

OPMERKING: DE BEHANDELING IS VOORNAMELIJK MEDISCH GEORIËNTEERD.

- ⇒ 2 psychiaters: klinisch werk.
 - ⇒ *Beoordeling mentale status patiënt – beoordeling middelengebonden stoornis patiënt.* Dit beoordelingsproces vangt aan bij opname (onderzoek voorgeschiedenis – onderzoek zeer recente geschiedenis (laatste dagen – weken)).
 - ⇒ *Beoordeling ernst situatie:* opname in isolatie- of gesloten afdeling.

- ⇒ Verantwoordelijk voor de *psychotherapeutische behandeling van de patiënten*. Zorgen meestal zelf voor de uitvoer van de psychotherapie¹¹³. Patiënten met een zeer ernstige problematiek worden op advies van de psychiater doorverwezen naar de psycholoog.
- ⇒ Oppuntstelling *medicamenteuze behandeling*.
 - ⇒ Medicamenteuze behandeling psychiatrische stoornis – persoonlijkheidsstoornis.
 - ⇒ Medicamenteuze behandeling middelengebonden stoornis.
 - ⇒ Substitutiebehandeling: methadon.
 - ⇒ Een bestaande methadonbehandeling wordt voortgezet of mogelijk ook afgebouwd binnen het centrum.
 - ⇒ Dergelijke behandelingen worden nooit stopgezet.
 - ⇒ Ze worden zelden opgestart binnen het centrum.

Algemeen geneesheer.

- ⇒ *Medisch onderzoek patiënten die opgenomen worden.*
- ⇒ Opmerking: indien dit onderzoek aantoont dat de medische conditie van de patiënt het hem of haar niet toelaat in de dubbele diagnose eenheid behandeld te worden, kan besloten worden de patiënt te weigeren. Deze situatie is echter zeer uitzonderlijk.

Psycholoog.

- ⇒ *Individuele begeleiding moeilijke patiënten* (na doorverwijzing door psychiaters).
Opmerking: de psychologe is psychoanalytisch geschoold. Binnen het centrum is het echter onmogelijk de patiënten op een psychoanalytische wijze te behandelen (reden: specifieke populatie – korte opnameduur).
- ⇒ *Leidt groepssessies* (3 uur per week – telkens in de namiddag).
 - ⇒ Behandelde thema's: psycho-educatie in verband met druggebruik – assertiviteitstraining – sociale vaardigheidstraining – hervalpreventie – ...
 - ⇒ Het verloop van de sessies wordt voornamelijk bepaald door de patiënten zelf. Hun momentane noden/problemen geven richting aan de sessies. Tijdens de sessies krijgen zij de kans zich te oefenen in vaardigheden waarin zij in het dagelijkse leven mogelijk falen.
 - ⇒ Opmerking: deze sessies overlappen met de groepssessies die door de ergotherapeut gegeven worden. De psycholoog en de ergotherapeut beslissen dagelijks samen welke patiënten welke sessie dienen bij te wonen. De patiënten dienen deze sessies steeds bij te wonen – hun deelname aan de sessie is echter niet verplicht. Indien er zich problemen stellen, kunnen zij de sessie verlaten.

¹¹³ Opmerking: de psychotherapie zou weinig gestructureerd verlopen.

⇒ *Geen testonderzoek – geen diagnostisch werk.*

Verpleegkundigen.

⇒ Verpleegdossier:

⇒ Bij opname: invulling formulier (*Virginia Henderson module*).

⇒ Basisidee: patiënten kunnen op 14 gebieden afhankelijk zijn van anderen. Indien vastgesteld kan worden dat zij inderdaad op één of meerdere gebieden afhankelijk zijn, dan dienen zij geholpen te worden.

⇒ Beschrijving van de 14 gebieden: ademhaling – voeding & hydratatie – eliminatie – voortbeweging – slaap – zich aankleden – thermoregulatie – hygiëne & huidbescherming – arousal – communicatie – geloofsovertuiging – werk, gemoedstoestand & sociale ondersteuning – hobby's & vrije tijd – opleidingsniveau (o.a. ziekte-inzicht en interesse in de eigen ziekte-toestand).

⇒ Deze evaluatie gebeurt op basis van de informatie verschaft door de patiënt en zijn of haar familie en/of op basis van observaties.

⇒ Tijdens de opname: observaties – verdere aanvulling verpleegdossier.

⇒ Bij ontslag: invulling soortgelijk formulier als bij de intake. Dit formulier wordt in tweevoud ingevuld – één exemplaar is bestemd voor de patiënt.

⇒ Opmerking: de verpleegkundige geeft aan dat het gebruikte formulier niet echt geschikt is voor de evaluatie van dubbele diagnose patiënten¹¹⁴. Zij hebben immers zelden nood aan de zorgen die hier geëvalueerd worden. Naar de toekomst toe wenst men dan ook zowel bij de opname als bij het ontslag van de patiënten een *verpleegkundige diagnose* te stellen.

⇒ De acties van de verpleegkundigen zijn meestal *afgestemd op de momentane noden van de patiënten* (Vb: ondersteuning/troost bieden – supervisie – controle agressie). De verpleegkundigen schenken op individueel niveau ook aandacht aan *psycho-educatie* (Vb: persoonlijke hygiëne – activiteiten dagelijks leven). Ze participeren ook in de groepsessies gegeven door de ergotherapeut (doel: rehabilitatie).

Sociaal assistente.

⇒ Tijdens de intake worden de volgende topics bevraagd:

⇒ De opleiding.

⇒ De professionele carrière (vroeger – nu).

⇒ De socio-familiale situatie.

⇒ De woonsituatie.

⇒ Het inkomen.

⇒ De bestaande relatie met de sociale voorzieningen.

⇒ De maatschappelijk assistente voert voorts ook de volgende taken uit:

⇒ Zij tracht de *verbroken relaties met familieleden te herstellen*¹¹⁵.

¹¹⁴ Dit formulier is eerder bestemd voor gebruik op een gerontologische afdeling.

¹¹⁵ Opmerking: dit betekent niet dat er sprake zou zijn van een grondig uitgebouwde familie- of systeemtherapie. De familieleden krijgen daarnaast ook geen psycho-educatie.

- ⇒ Zij tracht samen met de patiënt zijn of haar *problemen met betrekking tot zijn of haar arbeidssituatie op te lossen*¹¹⁶. Daar de patiënten meestal werkloos zijn of leven van een tijdelijke of een permanente invaliditeitsuitkering, volgt meestal een oriëntatie naar een rehabilitatieprogramma.
Indien de patiënt tewerkgesteld was, poogt men te bekomen dat hij of zij zijn of haar oorspronkelijke betrekking na ontslag uit de afdeling, kan hervatten.
Men kan dus besluiten dat er voornamelijk aandacht gegeven wordt aan het *informer* en aan het (*her*)*oriënteren* van de patiënten (doel: reïntegratie).
- ⇒ Zij zorgt ook voor de *opvolging* van het *juridisch dossier* van de patiënt.
- ⇒ Zij zoekt samen met de patiënt ook naar een *veilige behuizing* (? dakloosheid).
- ⇒ Zij richt zich ook op de *momentane noden* van de *patiënt* (Vb: in orde brengen van een verzekering – tabak).

Samenvattend kan men stellen dat de maatschappelijk assistente zorgt voor een grotere stabiliteit in het leven van de patiënten (goed contact met familieleden – stabiele woonomgeving). Zij tracht de patiënten voor te bereiden op een voorspoedige reïntegratie in de maatschappij.

- ⇒ Bij ontslag regelt de maatschappelijk werkster ook de *nazorg* van de patiënten. Zij zorgt ervoor dat de patiënten verder in de GGZ en/of de VZ worden opgevangen (reguliere opvang dubbele diagnose patiënten).

Opmerking: de eenheid is enkel verantwoordelijk voor de doorverwijzing naar andere voorzieningen. Omwille van het groot aantal patiënten (jaarlijks meer dan 200 opnames) en omwille van het groot aantal centra waarmee samengewerkt wordt (n = 200 – 250), acht men het niet mogelijk case managers aan te stellen. Soms is er wel sprake van een informele follow-up.

Ergotherapeut.

Ook de ergotherapie staat volledig in het teken van de *rehabilitatie* van de patiënt. Concreet betekent dit dat men tijdens de therapie aandacht besteedt aan de volgende vaardigheden:

- ⇒ *Uitvoerende en cognitieve functies.*

Dr. Valls geeft aan dat deze therapieën binnen zijn centrum louter omwille van praktische redenen niet aan bod komen (te korte opnameduur – gebrek aan voorzieningen en middelen). Hij erkent dan ook het belang van de familie voor de patiënt (Vb: vergezellen de patiënt bij opname – geven hem of haar vaak financiële steun – zijn zeer belangrijk wat betreft de nazorg, daar deze meestal op ambulante basis plaatsvindt (85-90 procent ? circa 10 procent doorverwijzingen naar een therapeutische gemeenschap en circa 5 procent doorverwijzingen naar een residentiële GGZ-voorziening)).

¹¹⁶ Opmerking: Dr. Valls stelt dat er in Spanje weinig aandacht besteed wordt aan de vocational training.

- ⇒ *Skills training* (sociale relaties – sociale vaardigheden – belangrijk: het onafhankelijk leren maken van keuzes).
- ⇒ *Activiteiten dagelijks leven*.
- ⇒ *Organisatie vrije tijd* (Vb: keuze: in de tuin of deelname aan de crea-therapie).

Technieken:

Alle *activiteiten* worden *in groep* georganiseerd. Op deze manier krijgen de patiënten ook uitgebreid de kans hun *sociale vaardigheden* te *oefenen*. Tijdens de sessies leren zij *respect* op te brengen voor elkaar. Zij leren er hoe zij op een aangename manier *met elkaar* kunnen *omgaan* / kunnen *communiceren*.

Voormiddagsessies (optioneel):

- ⇒ Aanleren van *relaxatietechnieken*.
 - ⇒ Gebruik Jacobson methode.
 - ⇒ Doel: controle angst → mogelijk leidend tot het maken van een andere keuze.
 - ⇒ Heel belangrijk hierbij: de patiënt ziet dat deze techniek snel resultaat heeft (belang van de onmiddellijke beloning).
- ⇒ *Gymnasium*.
 - ⇒ Relaxatie – psychomotorische training.
 - ⇒ Psycho-educatie: aandacht voor hygiëne: douchen na oefeningen.
 - ⇒ Bijbrengen van structuur (aanleren van routines).

Namiddagsessies (verplichte aanwezigheid, supra):

- ⇒ Op maandag en woensdag: *cognitieve stimulatie*.
 - ⇒ Aan de hand van bepaalde spelletjes (Vb: memory – vertellen van een verhaal – beschrijven van een foto) worden verschillende cognitieve functies onderzocht en getraind (Vb: korte termijn geheugen – werkgeheugen – concentratie – rekenvaardigheden – schrijven).
 - ⇒ Het is belangrijk de patiënten te *stimuleren* (*vermijden van frustraties*).
 - ⇒ Daarnaast is het ook belangrijk zeer *flexibel* te zijn. De basis van de sessies ligt meestal vast – de concrete invulling ervan is echter afhankelijk van de momentane noden van de patiënten.
- ⇒ Op dinsdag: *persgroep*.
 - ⇒ Deze sessie heeft tot doel de patiënten sterker te betrekken op de realiteit (realiteitsoriëntatie). De patiënten leren er zich een opinie te vormen – ze leren er respect op te brengen voor elkaars meningen – ze leren er sociale omgangsregels (Vb: niet zelf spreken als iemand anders reeds aan het spreken is).
 - ⇒ Tijdens deze sessie bespreekt men het nieuws en maakt men een nieuwspaneel.
- ⇒ Op vrijdag: *spelletjesnamiddag*.

- ⇒ De bedoeling van deze namiddag is enerzijds dat men een aangename tijd doorbrengt en anderzijds ook dat men de sociale vaardigheden verder oefent.
- ⇒ Geen sessie op donderdag.

CONCLUSIES:

- ⇒ *Elk teamlid is verantwoordelijk voor een specifiek deel van de therapie.*
- ⇒ *Elk teamlid evalueert het functioneren van de patiënt aan de hand van specifieke formulieren.* Tijdens de teamvergaderingen worden de patiënten dan in hun totaliteit besproken. Een *globaal evaluatieformulier* met betrekking tot het functioneren van de patiënt *ontbreekt*.
- ⇒ De dubbele diagnose eenheid beschikt over een *algemeen gestandaardiseerd behandelingsprotocol*. Daar de behandelde populatie zeer heterogeen is, achten de behandelaars het noodzakelijk dit algemeen protocol (een waaier aan mogelijke interventies) aan te passen aan de individuele klinische noden van de patiënt (individueel behandelingsprogramma). Concreet betekent dit dat het behandelteam *zeer flexibel* dient te zijn.

Overlegmomenten team.

Het team heeft wekelijks twee formele overlegmomenten (absoluut minimum volgens Dr. Valls):

- ⇒ Dinsdag.
- ⇒ Vrijdag.

Tijdens deze overlegmomenten worden zowel de patiënten (Vb: functioneren patiënten –bespreking discrepante meningen met betrekking tot patiënten) als de werking op de afdeling (Vb: bespreking discrepante meningen in verband met afdelingsvoorschriften¹¹⁷) besproken.

Daarnaast vinden er ook tal van informele overlegmomenten plaats.

Vb: overleg tussen psychiater en assistent-psychiater.

Vb: korte briefing in het verpleeglokaal over een nieuwe patiënt.

Beschrijving eenheid.

- ⇒ De dubbele diagnose eenheid is een eenheid binnen een psychiatrisch centrum.
- ⇒ Het gebouw bestaat uit vier verdiepingen.
 - ⇒ Kelder: opslagplaats persoonlijke spullen teamleden.
 - ⇒ Gelijkvloers:

¹¹⁷ Vb: in principe is elk druggebruik verboden op deze afdeling (vrijwillig opgenomen patiënten (89,70 procent) verklaren zich hiermee akkoord door bij opname het informed consent te ondertekenen – Niet-vrijwillig opgenomen patiënten (10,30 procent) ondertekenen dit formulier niet. Deze regel blijft echter ook voor hen geldig). In bezit genomen drugs worden onmiddellijk vernietigd. Voorts spreekt het team ook een sanctie uit. Deze sanctie is variabel, afhankelijk van de diagnose en het functioneren van de patiënt (Vb: afname bepaalde privileges – onmiddellijk ontslag).

- ⇒ Wachtzaal nieuwe patiënten.
- ⇒ Box: langs deze ruimte komen alle nieuwe patiënten binnen. In deze ruimte vinden ook alle intakegesprekken (met de psychiater – met de geneesheer – met de verpleegkundige – met de sociaal werkster) plaats.
- ⇒ Ontvangstkamers voor patiënten en hun familie (o.a. voor bezoek).
- ⇒ Bureaus psychiaters – psychologe – maatschappelijk werkster – ergotherapeut.
- ⇒ Verpleeglokaal.
- ⇒ Isolatieafdeling (intensive care unit).
 - ⇒ De psychiaters beslissen wie op deze afdeling verblijft (Vb: patiënten met een hoog suïciderisico – patiënten met ernstige gedragsproblemen).
 - ⇒ Opmerking: de twee afdelingen zijn enkel architectonisch gescheiden te noemen. Structureel gezien vormen zij wel een eenheid in die zin dat de patiënten op elk moment van afdeling kunnen veranderen.
 - ⇒ De graad van isolatie is variabel: bepaalde patiënten worden vastgebonden in bed – andere patiënten mogen de kamer niet verlaten (deur op slot) – de rest van de patiënten mag de afdeling niet verlaten (afdeling op slot).
 - ⇒ 12 eenpersoonskamers.
 - ⇒ De inrichting van de kamers is minimaal gehouden (bed – individuele badkamer met douche, toilet, lavabo en spiegel).
 - ⇒ De veiligheid van de patiënten is van primordiaal belang (Vb: vast-geschroefde bedden – lage douches (? verhangings) – plastic spiegels).
 - ⇒ TV-ruimte, bestaande uit enkele tafels en stoelen.
 - ⇒ Eetruimte.
- ⇒ Leefruimte gesloten afdeling.
 - ⇒ Eetruimte.
 - ⇒ Twee recreatiekamers (TV-ruimte – knutsellokaal – therapielokaal).
 - ⇒ Gymlokaal.
 - ⇒ Tuin met pingpongtafel. Hoewel deze tuin volledig omheind is, behoudt men toch een open gevoel. De patiënten krijgen hierdoor een gevoel van verantwoordelijkheid: ontsnappen is immers vrij gemakkelijk.
- ⇒ Eerste verdieping:
 - ⇒ 14 tweepersoonskamers, ingedeeld in een mannen- en een vrouwenafdeling.
 - ⇒ Per kamer:
 - ⇒ Twee bedden.
 - ⇒ Twee nachtkastjes.
 - ⇒ Tafel + twee stoelen.
 - ⇒ Gedeelde badkamer.
 - ⇒ In elke afdeling bevindt zich ook een kleine leefruimte (tafels + stoelen).
 - ⇒ De mannen- en vrouwenafdeling kunnen 's nachts afgesloten worden van elkaar, doch dit gebeurt niet steeds (reden: men leert de patiënten

omgaan met de eigen verantwoordelijkheden¹¹⁸). De kamers gaan 's nachts ook zelden op slot.

- ⇒ Dr. Valls vindt het belangrijk ook over tweepersoonskamers te beschikken. Enerzijds *bevordert* dit het *sociaal contact*. Anderzijds *verhoogt* het ook *de veiligheid van de patiënten*. Indien er zich immers een probleem stelt (Vb: in geval van suïcide ideatie), kan de medepatiënt het personeel om hulp verzoeken.
- ⇒ Tweede verdieping:
 - ⇒ Technische dienst (Vb: airconditioning).

Beschrijving plaats in het netwerk.

Deze dubbele diagnose eenheid is uniek in Spanje, in die zin dat deze patiënten nergens anders op een geïntegreerde wijze behandeld worden. De eenheid biedt haar diensten enkel aan aan personen, woonachtig te Catalonië (aantal inwoners: 6.000.000)¹¹⁹.

De dubbele diagnose eenheid is operationeel sinds 11/06/2001. Daar de Catalaanse overheid verzuimde het bestaan van de eenheid bekend te maken, diende de coördinator, Dr. Valls, gedurende circa twee jaar zijn instelling persoonlijk voor te stellen aan alle Catalaanse voorzieningen (GGZ/VZ). Deze inspanningen bleven overigens niet zonder resultaat (groeiend aantal partners – groeiend aantal patiënten).

De eenheid opereert volledig onafhankelijk van de bestaande netwerken (GGZ – VZ) (supra). De eenheid werkt wel intensief samen met de beide netwerken in die zin dat de netwerken de patiënten doorverwijzen naar de dubbele diagnose eenheid én dat de patiënten bij ontslag opnieuw doorverwezen worden naar de verschillende netwerken.

Er vinden wel geen formele vergaderingen plaats tussen de eenheid en haar partners. Dit gegeven kan verklaard worden door het zeer grote aantal coalitiepartners (meer dan 200).

Evaluatie.

Op dit moment vindt er geen gestandaardiseerde evaluatie plaats in het centrum. Deze evaluatie is wel gewenst, doch dient volgens Dr. Valls te gebeuren door een onafhankelijke onderzoeksgroep, gefinancierd door de overheid.

Dr. Valls meent dat de evaluatie op twee terreinen dient te gebeuren.

Ten eerste dient er een *individuele evaluatie* plaats te vinden, waarbij onderzocht dient te worden of de oorspronkelijk gestelde individuele doelen ook effectief gerealiseerd worden (evaluatie effectiviteit individuele therapie). Ten tweede dient ook een *globale*

¹¹⁸ Relaties tussen patiënten zijn immers verboden op de afdeling.

¹¹⁹ De dubbele diagnose eenheid wordt immers integraal gefinancierd door de Catalaanse overheid (supra).

evaluatie uitgevoerd te worden waarbij de rol van de eenheid binnen het zorgverlenernetwerk bestudeerd dient te worden.

Referenties.

1. Addington, J., & el-Guebaly, N. (1998). Brief communication: group treatment for substance abuse in schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry*, 43 (8), 843-845.
2. Alcorn, R., Hewitt, L., Lavoie, D., & Quirk, A. (1999). Dual diagnosis: the comorbidity of psychotic mental illness and substance misuse. *Executive summary*, 63.
3. American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition, international version. Washington: American Psychiatric Association.
4. Arrindell, W., A., & Ettema, J., H., M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
5. ASAM. American Society of Addiction Medicine. (2000). Public policy statement on co-occurring addictive and psychiatric disorders. *Journal of addictive diseases*, 20 (3), 121-123.
6. Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S., W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *The American journal of psychiatry*, 158, 1706-1713.
7. Begeleidingscomité project DR/05 (2002). Persoonlijke communicatie, dd 18/12/2002.
8. Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek (2001).
9. Belgisch staatsblad (2002). 22 augustus 2002 – Wet betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch staatsblad, publicatie 26/09/2002*.
10. Bennett, M., E., Bellack, A., S., & Gearon, J., S. (2001). Treating substance abuse in schizophrenia. An initial report. *Journal of substance abuse treatment*, 20, 163-175.
11. Blanchard, J., J., Brown, S., A., Horan, W., P., & Sherwood, A., R. (2000). Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. *Clinical psychology review*, 20 (2), 207-234.
12. Blankertz, L., E., & Cnaan, R., A. (1994). Assessing the impact of two residential programs for dually diagnosed homeless individuals. *Social service review*, 68, 536-560.
13. Brunette, M., F., Drake, R., E., Woods, M., & Hartnett, T. (2001). A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric services*, 52 (4), 526-528.
14. Buckley, P., Thompson, P., Way, L., & Meltzer, H., Y. (1994). Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy. *American journal of psychiatry*, 151 (3), 385-389.

15. Bühler, B., Hambrecht, M., Löffler, W., an der Heiden, W., & Häfner, H. (2002). Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse – a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophrenia research*, 54 (3), 243-251.
16. Burnam, M., A., Morton, S., C., McGlynn, E., A., Petersen, L., P., Stecher, B., M., Hayes, C., & Vaccaro, J., V. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of addictive diseases*, 14 (4), 111-134.
17. Cantor-Graae, E., Nordström, L., G., & McNeil, T., F. (2001). Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophrenia research*, 48 (1), 69-82.
18. Cantwell, R. (2003). Substance use and schizophrenia: effects on symptoms, social functioning and service use. *Britisch journal of psychiatry*, 182 (4), 324-329.
19. Carey, K., B. (2002). Clinically useful assessments: substance use and comorbid psychiatric disorders. *Behaviour research and therapy*, 40 (11), 1345-1361.
20. Carey, K., B., & Correia, C., J. (1998). Severe mental illness and addictions. Assessment considerations. *Addictive behaviors*, 23 (6), 735-748.
21. Carey, K., B., Purnine, D., M., Maisto, S., A., Carey, M., P., & Simons, J., S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness. Clinicians' perspectives. *Journal of substance abuse treatment*, 19 (2), 189-198.
22. Centre for addiction and mental health. (2002). *Best practices. Concurrent mental health and substance use disorders.* www.cds-sca.com
23. Center for mental health services. Substance abuse and mental health services administration. U.S. department of health and human services. (1998). *Implementing interventions for homeless individuals with co-occurring mental health and substance use disorders. A path technical assistance package.*
24. Condren, R., M., & O'Connor, J. (2001). Prevalence and patterns of substance misuse in schizophrenia. A catchment area case-control study. *Psychiatric bulletin*, 25 (1), 17-20.
25. Dartmouth Psychiatric Research Center (2001). Drug/Alcohol 6-month follow-back calendar.
26. Degenhardt, L., & Hall, W. (2000). The association between psychosis and problematic drug use among Australian adults: findings from the national survey of mental health and well-being. Sydney: NDARC.
27. De Hert, M. (2000). Schizofrene psychose en middelen. In: Dom, G. (2000). *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan.* Berchem: uitgeverij EPO vzw.
28. Department of health (2002). *Mental health policy implementation guide. Dual diagnosis good practice guide.* <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/dualdiag.pdf>
29. Dervaux, A., Baylé, F., J., Laqueille, X., Bourdel, M.-C., Le Borgne, M.-H., Olié, J.-P., & Krebs, M.-O. (2001). Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? *American journal of psychiatry*, 158 (3), 492-494.

30. DiNitto, D., M., Webb, D., K., & Rubin, A. (2002). The effectiveness of an integrated treatment approach for clients with dual diagnoses. *Research on social work practice, 12* (5), 621-642.
31. Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia research, 35*, S93-S100.
32. Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., J., Sweeney, J., & Frances, A., J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American journal of psychiatry, 148* (2), 224-230.
33. Dom, G. (2000a). Algemene schets van de dubbeldiagnose problematiek. In: Dom, G. (2000). *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*. Berchem: uitgeverij EPO vzw.
34. Dom, G. (2000b). Het gebruik van medicatie in de behandeling. In: Dom, G. (2000). *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*. Berchem: uitgeverij EPO vzw.
35. Dom, G. (2000c). Inleiding. In: Dom, G. (2000). *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*. Berchem: uitgeverij EPO vzw.
36. Dom, G. (2000d). Omvang van de dubbeldiagnose problematiek. In: Dom, G. (2000). *Dubbeldiagnose, als verslaving en psychische problemen samengaan*. Berchem: uitgeverij EPO vzw.
37. Dom, G. (2002). Persoonlijke communicatie, dd 18/12/2002.
38. Drake, R. (2001). Behandeling bij dubbele diagnose: van onderzoek tot implementatie in de praktijk. In: *Een shot vernieuwing. Proeve(n) van het programma verslaving. Verslag conferentie 7 december 2001, De Meervaart, Amsterdam*. http://www.zonmw.nl/publicaties/Verslag_Verslaving_7-12-01.pdf
39. Drake, R., E., Essock, S., M., Shaner, A., Carey, K., B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F., C., Clark, R., E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services, 52* (4), 469-476.
40. Drake R., E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., T., McHugo, G., J., & Bond, G., R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment. *Schizophrenia bulletin, 24* (4), 589-608.
41. Drake, R., E., & Mueser, K., T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia bulletin, 26* (1), 105-118.
42. Drake, R., E., & Mueser, K., T. (2002). Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia. *Alcohol research & health, 26* (2), 99-103.
43. Drake, R., E., Osher, F., C., Noordsy, D., L., Hurlbut, S., C., Teague, G., B., & Beaudett, M., S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin, 16* (1), 57-67.
44. Drake, R., E., Osher, F., C., & Wallach, M., A. (1989). Alcohol-use and abuse in schizophrenia – a prospective community study. *Journal of nervous and mental disease, 177* (7), 408-414.
45. Drake, R., E., Yovetich, N., A., Bebout, R., R., Harris, M., & McHugo, G., J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *The journal of nervous and mental disease, 185* (5), 298-305.

46. Drake, R., E., & Wallach, M. (2000). Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric services, 51* (9), 1126-1129.
47. el-Guebaly, N., Hodgins, D., C., Armstrong, S., & Addington, J. (1999). Methodological and clinical challenges in evaluating treatment outcome of substance-related disorders and comorbidity. *Canadian journal of psychiatry, 44* (3), 264-270.
48. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & Europol. (1999). *European Union Strategy on drugs 2000-2004*. Report by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction and Europol on the identification of criteria for an evaluation of the European Union Strategy on Drugs (2000-2004) by the Commission. Europol File NR 2564-144.
49. First, M., B., Gibbon, M., & Spitzer, R., L. (1996). *User's guide for the SCID-I structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I version 2.0, February 1996, final version)*. New York: Biometrics research department. New York state psychiatric institute.
50. Galanter, M., & Egelko, S. (1994). A treatment system for combined psychiatric and addictive illness. *Addiction, 89* (10), 1227-1235.
51. Gearon, J., S., Bellack, A., S., & Liberto, J. (1999). Concurrent and test-retest reliability of the addiction severity index and the time line follow-back among people with schizophrenia. *Schizophrenia research, 36* (1-3), 8.
52. Gearon, J., S., Bellack, A., S., RachBeisel, J., & Dixon, L. (2001). Drug-use behavior and correlates in people with schizophrenia. *Addictive behaviors, 26* (1), 51-61.
53. Green, A., I. (2000). What is the relationship between schizophrenia and substance abuse? *Harvard mental health letter, 17* (4), 8.
54. Goldman, H., H., Skodol, A., E., & Lave, T., R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American journal of psychiatry, 149* (9), 1148-1156.
55. Grella, C., E., & Gilmore, J. (2002). Improving service delivery to the dually diagnosed in Los Angeles County. *Journal of substance abuse treatment, 23* (2), 115-122.
56. Harris, P., E. (1989). The nurse stress index. *Work and stress, 3*, 335-346.
57. Herman, S., E., Frank, K., A., Mowbray, C., T., Ribisl, K., M., Davidson II, W., S., BootsMiller, B., Jordan, L., Greenfield, A., L., Loveland, D., & Luke, D., A. (2000). Longitudinal effects of integrated treatment on alcohol use for persons with serious mental illness and substance use disorders. *Journal of behavioural health services & research, 27* (3), 286-302.
58. Ho, A., P., Tsuang, J., W., Liberman, R., P., Wang, R., Wilkins, J., N., Eckman, T., A., & Shaner, A., L. (1999). Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and comorbid substance dependence. *American journal of psychiatry, 156* (11), 1765-1770.
59. Hunt, G., E., Bergen, J., & Bashir, M. (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophrenia research, 54* (3), 253-264.

60. Inderlin, B., J., & Belisle, K., C. (1991). From dualism to integration: the consolidation of services for persons with dual diagnoses. *Psychosocial rehabilitation journal*, 15 (2), 99-103.
61. Junghan, U., Lanser, A., Pfammatter, M., Tschacher, W., & Brenner, H., D. (2002). Substance use in persons with schizophrenia and other severe mental disorders: does it affect the utilization of acute inpatient treatment? *Schizophrenia research*, 53 (3), 223-223, suppl. S.
62. Kamali, M., Kelly, L., Gervin, M., Browne, S., Larkin, C., & O'Callaghan, E. (2000). The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta psychiatrica scandinavica*, 101 (6), 452-456.
63. Kavanagh, D., J., McGrath, J., Saunders, J., B., Dore, G., & Clark, D. (2002). Substance misuse in patients with schizophrenia. *Epidemiology and Management. Drugs*, 62 (5), 743-755.
64. Kavanagh, D., J., Young, R., Sithartan, T., Clark, D., Clair, A., Boyce, L., Heffernan, E., & Thompson, K. (1998). Treatment of substance abuse in schizophrenia: pilot of an integrated psychological treatment. *Schizophrenia research*, 29 (1-3), 23-23.
65. Kay, S., R. (1991). *Positive and negative syndromes in schizophrenia. Assessment and research*. New York: Brunner/Mazel.
66. Kay, S., R., Opler, L., A., & Lindenmayer, J.-P. (1986). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry research*, 23, 99-110.
67. Kirchner, J., E., Owen, R., R., Nordquist, C., & Fischer, E., P. (1998). Diagnosis and management of substance use disorder among inpatients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 49 (1), 82-85.
68. Keymeulen, R. (1996). Hoe werken aan motivatie. *De sleutel magazine*, (2), 8-14.
69. Kranzler, H., R., Kadden, R., M., Babor, T., F., & Rounsaville, B., J. (1994). Longitudinal, Expert, All Data procedure for psychiatric-diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Journal of nervous and mental disease*, 182 (5), 277-283.
70. Leal, D., Galanter, M., Dermatis, H., & Westreich, L. (1999). Correlates of protracted homelessness in a sample of dually diagnosed psychiatric inpatients. *Journal of substance abuse treatment*, 16 (2), 143-147.
71. Ley, A., Jeffery, D., P., McLaren, S., & Siegfried, N. (2002). *Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Cochrane review)*. In: *The Cochrane Library*, 3. Oxford: Update software.
72. Lindquist, P., & Allebeck, P. (1989). Schizophrenia and assaultive behavior: the role of alcohol and drug abuse. *Acta psychiatrica scandinavica*, 82, 191-195.
73. Luke, D., A., & Mowbray, C., T. (1996). Exploring the diversity of dual diagnosis: utility of cluster analysis for program planning. *Journal of mental health administration*, 23 (3), 298-307.
74. Margolese, H., C., Malchy, L., Negrete, J., C., Tempier, R., & Gill, K. (2003). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia research*, in press.

75. Martino, S., Carroll, K., Kostas, D., Perkins, J., & Rounsaville, B. (2002). Dual diagnosis motivational interviewing: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *Journal of substance abuse treatment, 23* (4), 297-308.
76. McLellan, A., T., Luborsky, L., & O'Brien, C., P. (1980). Improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. *Journal of nervous and mental disease, 168*, 26-33.
77. Minkoff, K. (2001). Best practices: developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric and substance use disorders. *Psychiatric services, 52* (5), 597-599.
78. Moggi (2003). Persoonlijke communicatie.
79. Moggi, F., Brodbeck, J., Költzsch, K., Hirsbrunner, H.-P., & Bachman, K., M. (2002). One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-month integrated inpatient treatment. *European addiction research, 8* (1), 30-37.
80. Moggi, F., & Crosby, P. (1999). Dual diagnosis patients in substance abuse treatment: relationship of general coping and substance-specific coping to 1-year outcomes. *Addiction, 94* (12), 1805-1816.
81. Moggi, F., Hirsbrunner, H.-P., Brodbeck, J., & Bachmann, K., M. (1999a). One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addictive behaviors, 24* (4), 589-592.
82. Moggi, F., Ouimette, P., C., & Finney, J., W. (1999b). Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: a model of treatment factors associated with one-year outcomes. *Journal of studies on alcohol, 60* (6), 856-866.
83. Mostien, B. (2003). Project zorgcoördinatie middelenmisbruik. Waar Ovidius de mosterd vandaan haalde voor zijn martino ... of 6 jaar werken aan samenwerking in de drughulpverlening. PopovGGZ/ZCMM/2003/BM/008.
84. Mowbray, C., T., Jordan, L., Ribisl, K., M., Kewalramani, A., Luke, D., Herman, S., & Bybee, D. (1999). Analysis of postdischarge change in a dual diagnosis population. *Health & social work, 24* (2), 91-101.
85. Mueser, K., T., Bellack, A., S., & Blanchard, J., J. (1992). Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *Journal of consulting and clinical psychology, 60* (6), 845-856.
86. Mueser, K., T., Drake, R., E., & Miles, K., M. (1997). The course and treatment of substance use disorder in persons with severe mental illness. *NIDA Research monograph, 172*, 86-109.
87. Mueser, K., T., Drake, R., E., & Wallach, M., A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive behaviors, 23* (6), 717-734.
88. Negrete, J., C. (2003). Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. *Canadian journal of psychiatry, 48* (1), 14-21.
89. Nikkel, R., & Coiner, R. (1991). Critical interventions and tasks in delivering dual-diagnosis services. *Psychosocial rehabilitation journal, 15* (2), 57-66.
90. Noordsy, D., & Fox, L. (1991). Group intervention techniques for people with dual disorders. *psychosocial rehabilitation journal, 15* (2), 67-78.

91. NSW Health Department. (2000). *The management of people with a co-existing mental health and substance use disorder. Discussion paper.* <http://www.health.nsw.gov.au>
92. Nuttbrock, L., A., Rahav, M., Rivera, J., J., Ng-Mak, D., S., & Link, B., G. (1998). Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric services, 49 (1), 68-76.*
93. O'Connell, D., F. (1998). *Dual disorders. Essentials for assessment and treatment.* New York: the Haworth press.
94. Osher, F. (2000). *Chapter 10: Co-occurring addictive and mental disorders. SAMHSA's national mental health information center.* <http://www.mentalhealth.org/publications/allpubs/SMA01-3537/chapter10.asp>
95. Overall, J., E., & Gorham, D., R. (1962). The brief psychiatric scale. *Psychological reports, 10, 799-812.*
96. Pelc, I., De Ruyver, B., Casselman, J., Noirfalise, A., Macquet, C., Bosman, G., Bullens, F., From, L., Meuwissen, K., Nicaise, Vander Laenen, F., & Warland, O. (2001). *Evaluatie van de medisch-sociale opvangcentra voor druggebruikers. Algemeen rapport.* Diensten van de eerste minister. Federale diensten voor wetenschappelijke, technische en culturele aangelegenheden.
97. Pencer, A., & Addington, J. (2003). Substance use and cognition in early psychosis. *Journal of psychiatry and neuroscience, 28 (1), 48-54.*
98. Penk, W., E., Flannery, R., B., Irvin, E., Geller, J., Fisher, W., & Hanson, A. (2000). Characteristics of substance-abusing persons with schizophrenia: the paradox of the dually diagnosed. *Journal of addictive diseases, 19 (1), 23-30.*
99. Polstra, L. (1999). Lineaire, parallelle of integrale hulp. In: Polstra, L., Bosma, H., & De Jonge, M. (1999). *Dubbel & dwars. Samenwerking in zorg voor dubbele diagnose cliënten.* Groningen: stichting ambulante verslavingszorg provincie Groningen.
100. Priebe, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life. *International journal of social psychiatry, 45 (1), 7-12.*
101. Primm, A., B., Gomez, M., B., Tzolova-Iontchev, I., Perry, W., Thi Vu H., & Crum, R., M. (2000). Mental health versus substance abuse treatment programs for dually diagnosed patients. *Journal of substance abuse treatment, 19 (3), 285-290.*
102. Prochaska, J., O., Diclemente, C., C., & Norcross, J., C. (1992). In search of how people change – applications to addictive behaviors. *American psychologist, 47 (9), 1102-1114.*
103. Prochaska, J., O., Norcross, J., C., & DiClemente, C., C. (1994). *Changing for good. The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits.* New York: William Morrow and company.
104. RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: a review of recent research. *Psychiatric services, 50 (11), 1427-1434.*
105. Regier, D., A., Farmer, M., E., Rae, D., S., Locke, B., Z., Keith, S., J., Judd, L., L., & Goodwin, F., K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse – Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American medical association, 264 (19), 2511-2518.*

106. Reno, R. (2001). Maintaining quality of care in a comprehensive dual diagnosis treatment program. *Psychiatric services*, 52 (5), 673-675.
107. Ries, R. (1993). Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Recent advances in addictive disorders*, 16 (1), 167-175.
108. Ries, R., K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K., A., Srebnik, D., & Roy-Byrne, P. (2000). Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatric services*, 51 (2), 210-215.
109. Roberts, L., I., Shaner, A., & Eckman, T., A. (1999). *Overcoming addictions. Skills training for people with schizophrenia*. New York: W. W. Norton & company, Inc.
110. Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British journal of addiction*, 87 (5), 743-754.
111. Rorstad, P., Checinski, K., McGeachy, O., & Ward, M. (1996). *Dual diagnosis: facing the challenge. The care of people with a dual diagnosis of mental illness and substance misuse*. Kenley: Wynne Howard publishing.
112. Rosenberg, S., D., Drake, R., E., Wolford, G., L., Mueser, K., T., Oxman, T., E., Vidaver, R., M., Carrieri, K., L., & Luckoor, R. (1998). Dartmouth assessment of lifestyle instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American journal of psychiatry*, 155 (2), 232-238.
113. Ryglewicz, H. (1991). Psychoeducation for clients and families: a way in, out, and through in working with people with dual disorders. *Psychosocial rehabilitation journal*, 15 (2), 79-90.
114. Ryglewicz, H., & Pepper, B. (1996). *Lives at risk. Understanding and treating young people with dual disorders*. New York: the free press.
115. Salyers, M., P., & Mueser, K., T. (2001). Social functioning, psychopathology, and medication side effects in relation to substance use and abuse in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 48 (1), 109-123.
116. Sciacca, K., & Thompson, C., M. (1996). Program development and integrated treatment across systems for dual diagnosis: mental illness, drug addiction, and alcoholism (MIDAA). *Journal of mental health administration*, 23 (3), 288-297.
117. Schutte, N., S., & Malouff, J., M. (1995). *Sourcebook of adult assessment strategies*. London: Plenum Press.
118. Sevy, S., Robinson, D., G., Holloway, S., Alvir, J., M., Woerner, M., G., Bilder, R., Goldman, R., Lieberman, J., & Kane, J. (2001). Correlates of substance misuse in patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 104 (5), 367-374.
119. Shaner, A., Roberts, L., J., Eckman, T., A., Racenstein, J., M., Tucker, D., E., Tsuang, J., W., & Mintz, J. (1998). Sources of diagnostic uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers. *Psychiatric services*, 49 (5), 684-690.
120. Siegfried, N., Ferguson, J., Cleary, M., Walter, G., & Rey, J., M. (1999). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding patients' problematic drug and alcohol use. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33 (2), 267-273.
121. Soyka, M. (2000a). Alcoholism and schizophrenia. *Addiction*, 95 (11), 1613-1618.

122. Soyka, M. (2000b). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behavior. *British journal of psychiatry*, 176, 345-350.
123. Soyka, M., Albus, M., Immler, B., Kaghmann, N., & Hippus, H. (2001). Psychopathology in dual diagnosis and non-addicted schizophrenics – are there differences? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*.
124. Speer, D., C. (1998). *Mental health outcome evaluation*. San Diego: Academic Press.
125. Strakowski, S., M., Tohen, M., Stoll, A., L., Faedda, G., L., Mayer, P., V., Kolbrener, M., L., & Goodwin, D., C. (1993). Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *American journal of psychiatry*, 150 (5), 752-757.
126. Swanborn, P., G. (1999). *Evalueren. Het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies: een methodische basis voor evaluatieonderzoek*. Amsterdam: boom.
127. Swofford, C., D. (2000). Double jeopardy: schizophrenia and substance use. *American journal of drug and alcohol abuse*, 26 (3), 343-353.
128. Swofford, C., D., Kasckow, J., W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L., B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 20 (1-2), 145-151.
129. The Brown University Digest of Addiction Theory & Application. Integrated treatment is the most successful for those dually diagnosed with schizophrenia and alcoholism. *The Brown University Digest of Addiction Theory & Application*, 17 (10), 1-3.
130. Thomas, S., M., Scheller-Gilkey, G., & Wiley, J. (1997). A comparison of the neuropsychological functioning of substance abusing and non-substance abusing schizophrenia subjects. *Schizophrenia research*, 24 (1-2), 126-127.
131. Todd, F., C., Sellman, J., D., & Robertson, P., J. (2002). Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36 (6), 792-799.
132. U.S. Department of Mental Health and Human Services. Public Health Service. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Substance Abuse Treatment (1994). *Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Treatment improvement protocol, series 9*. <http://www.samhsa.gov>
133. Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Leiden Quality of Work Questionnaire: its construction, factor structure and psychometric qualities. *Psychological reports*, 85 (3), 954-962.
134. Van Deun, P. (2003). *Persoonlijke communicatie*.
135. Valls Lapica, J., J. (2002). *La unidad de patologia dual*. Unpublished data, presented at Citran, Sitges¹²⁰.
136. Ventura, J., Green, M., F., Shaner, A., & Liberman, R., P. (1993). Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: 'the drift busters'. *International journal of methods in psychiatric research*, 3, 221-244.
137. Virgo, N., Bennett, G., Higgins, D., Bennett, L., & Thomas, P. (2001). The prevalence and characteristics of co-occurring serious mental illness (SMI) and substance abuse or dependence in the patients of adult mental health and addictions services in eastern Dorset. *Journal of mental health*, 10 (2), 175-188.

¹²⁰ De hier vermelde gegevens kan u terugvinden in bijlage 3.

138. Williams, H. (2002). Dual diagnosis – an overview: fact or fiction? In: Rassool, G., H. (2002). *Dual diagnosis. Substance misuse and psychiatric disorders*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
139. Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British journal of psychiatry*, 177, 42-46.
140. Woerner, M., G., Mannuzza, S., & Kane, J., M. (1988). *Psychopharmacology bulletin*, 24 (1), 112-117.
141. Wright, S., Gournay, K., Glorney, E., & Thornicroft, G. (2002). Mental illness, substance abuse, demographics and offending: dual diagnosis in the suburbs. *The journal of forensic psychiatry*, 13 (1), 35-52.