

Evaluation of a new integrated treatment with interventions of the Structured Clinical Management (SCM) in patients with double diagnosis. A pilot study.

Evaluation of a new integrated treatment with interventions of the Structured Clinical Management (SCM) in patients with double diagnosis: A pilot study

Auteur: Marilyn Winters
Studentnummer: 328858
Onderwijsinstelling: Saxion Hogeschool te Deventer
Opleiding: Toegepaste Psychologie
Afstudeerrichting: Klinische Psychologie
1 e afstudeerbegeleider: Georg Riemann
2 e afstudeerbegeleider: Guido Roemer
Opdrachtgever: Dr. L.M. Kronenberg, Opleider Verpleegkundig Specialist & Teamleider
Klinische Verslavingspsychiatrie Dimence

Datum/plaats: Deventer, 2 juli 2018

Voorwoord

Het onderzoek in deze scriptie is uitgevoerd in opdracht van de GGZ-instelling Dimence, Psychiatrisch Centrum Rielerenk, afdeling verslavingspsychiatrie en betreft een afstudeerscriptie voor de opleiding Toegepaste Psychologie te Saxion Hogeschool Deventer. Ik wil graag mijn waardering en dank uitspreken naar Drs. L.M. Kronenberg (teamleider Zorg Klinische Verslavingspsychiatrie en Opleider Verpleegkundig Specialististen ggz) om mijn afstudeeronderzoek bij Dimence te mogen uitvoeren en voor het meedenken over de vormgeving/ opzet van het onderzoek. Daarnaast gaat mijn dank uit naar alle teamgenoten van de afdeling verslavingspsychiatrie op de locaties Deventer en Zwolle, mijn afstudeerbegeleider Georg Riemann en tweede beoordelaar Guido Roemer, die dankzij hun bijdrage ervoor hebben gezorgd dat dit onderzoek in de gestelde termijn kon worden afgerond.

Marylin Winters,

juli 2018

Samenvatting

Naar aanleiding van het tekortschietende geïntegreerde behandel aanbod voor dubbel diagnose patiënten en de groeiende vraag naar kosteneffectieve interventies binnen de Nederlandse GGZ is onderzocht wat het behandel effect is op de psychische gezondheidstoestand van dubbel diagnose patiënten na het volgen van de nieuwe geïntegreerde behandeling van Dimence op basis van Community Reinforcement Approach, Geïntegreerde Richtlijnbehandeling en Structured Clinical Management. Met een kwantitatief onderzoeksmethode werd middels de zelfrapportagevragenlijsten Dutch General Self-efficacy Scale (Teeuw, Schwarzer & Jerusalem, 1994), Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) (Van Nieuwenhuizen, Schene & Koeter, 2000) en Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) (Terluin, 1996) de self-efficacy, kwaliteit van leven en psychosomatische klachten aan het begin en aan het eind van de behandeling vergeleken met elkaar om het behandel effect te bepalen. Uit de resultaten van de Paired-Samples T test kwamen significante verschillen in de voor- en nametingen bij self-efficacy, kwaliteit van leven en psychosomatische klachten als distress, depressie en angst. Somatisatieklachten bleken niet significant afgenomen te zijn. De conclusie betreft dat dubbel diagnose patiënten een verbeterde psychische gezondheidstoestand hebben na het volgen van de geïntegreerde behandeling. Aanbevelingen zijn verder vervolgonderzoek om meer over de effectiviteit van geïntegreerd behandelen te kunnen zeggen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen bruikbaar zijn bij het inzetten van nieuwe kosteneffectieve interventies. Daarnaast wordt het monitoren van self-efficacy en kwaliteit van leven bij dubbel diagnose patiënten via de Dutch General Self-efficacy Scale en de MANSA aanbevolen vanwege de gebruikersvriendelijkheid en om daarmee kennis te vergaren over de kosteneffectiviteit van de behandeling in de toekomst.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1. Inleiding van het onderzoek	6
1.1 – Aanleiding	6
1.2 – Onderzoeksvraag	7
1.3 – Doelstelling van het onderzoek	8
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	9
2.1 – Dubbel diagnose	9
2.2 – Behandeling dubbel diagnose	9
2.4 – Self-efficacy	10
2.3 – Geïntegreerde behandeling bij Dimence	11
2.4 – Conceptueel model en hypothesen	12
Hoofdstuk 3 Methode van het onderzoek	13
3.1 – Onderzoeksmethode	13
3.2 – Onderzoeksdoelgroep	13
3.3 – Meetinstrumenten	14
3.4 – Procedure	15
3.5 – Analyse	15
Hoofdstuk 4 Resultaten	17
4.1 – Uitvoering	17
4.2 – Respons	17
4.3 – Resultaten	18
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen	20
5.1 – Conclusies	20
5.2 – Discussies	20
5.3 – Aanbevelingen	21
Literatuur	23

Hoofdstuk 1. Inleiding van het onderzoek

Dit hoofdstuk vormt de inleiding van het onderzoek. Hierin wordt de aanleiding en relevantie van het onderzoek toegelicht en worden op basis daarvan onderzoeksvragen gesteld en de doelstelling geformuleerd.

1.1 – Aanleiding

Terwijl naar schatting een groot deel van de patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verslavingszorg bestaat uit dubbel diagnose patiënten (Van Giffen, 2004; Van Rooijen, 2001, in Van der Heijden, 2008; Rutten & Schippers, 2013; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012) en de hulpbehoefte van mensen met een dubbel diagnose erg hoog is (Van der Heijden, 2008), schiet het huidige behandelaanbod voor dubbel diagnose patiënten tekort (Trimbos Instituut, z.j.; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012). De term 'dubbel diagnose' verwijst naar het hebben van een verslaving met tegelijkertijd een andere psychiatrische stoornis (Sheehan, 1993; Van de Wetering & Czyzewski, 2001; Van der Heijden, 2008; Saunders & Cottler, 2012). Ook 'comorbiditeit' kan als term worden gebruikt (Dijkstra, Poel & Ruiter, 2012). Bij een dubbel diagnose zorgt de psychische stoornis naast de verslaving voor een grotere impact op het psychosociale functioneren (Torrens, Mestre-Pintó, & Domingo-Salvany, 2015) en de kwaliteit van leven; dubbel diagnose patiënten rapporteren een lagere kwaliteit van leven dan patiënten met enkel verslavingsproblematiek of enkel een andere psychiatrische stoornis (Benaiges, Prat & Adan, 2012). Bovenop het feit dat zij kampen met psychische problemen en verslavingsproblematiek, hebben zij te maken met problemen op meerdere leefgebieden (Ketwary, Bonebakker & Neven, 2016; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012) en worden vaak, veelal als gevolg van zelfverwaarlozing, psychosomatische klachten ontwikkeld (Terluin, Terluin, Prince & Marwijk, 2008; De Vries, 2007; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012). Vanwege de ernst van een dubbel diagnose problematiek is er in de GGZ en Verslavingszorg zelfs weerstand om deze te behandelen (Trimbos Instituut, z.j.). Door afwijzing in de sectoren worden dubbel diagnose patiënten vaak heen en weer verwezen tussen de GGZ en Verslavingszorg (Van Giffen, 2004; Van der Heijden, 2008; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012), met als gevolg dat zij veelal tussen wal en schip vallen (Ledd, z.j.). Volgens Van Giffen (2004) en Van Wamel, Muusse & Van Rooijen (2012) is de afwijzing te wijten aan onvoldoende kennis bij instellingen in de GGZ over verslavingsproblematiek en onvoldoende kennis over andere psychische stoornissen in de Verslavingszorg. Daarbij maakt een gebrekkige afstemming en samenwerking tussen beide sectoren (Van Giffen, 2004; Van der Heijden, 2008; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012) het voor dubbel diagnose patiënten nog lastiger om goede behandeling te krijgen en bemoeilijkt de incongruentie tussen de sectoren in de filosofie, behandelvisie, 'taal' en cultuur tevens het behandelingsucces (Van Weeghel, Elling & Marck, 1997, in Van der Heijden, 2008; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012). Onderbehandeling is dan ook veelvoorkomend bij dubbel diagnose patiënten (Van Giffen, 2004; Rutten & Schippers, 2013; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012). Echter, wanneer dubbel diagnose patiënten wel succesvol (intensieve) behandeling hebben doorlopen, dan zijn de resultaten toch vaak niet duurzaam, zoals blijkt uit het hoge terugvalpercentage (Sommer, Dekkers & Vanderplasschen, 2013; Van Wamel, 2012; Xie, McHugo, Fox & Drake, 2005). Al met al wordt de indruk gewekt dat het bestaan van een ontoereikend behandelaanbod voor dubbel diagnose patiënten vooral verklaard kan worden vanuit het gebrek aan expertise op beide probleemgebieden in de sectoren.

Terwijl er wel effectieve interventies bestaan binnen beide sectoren voor het behandelen van verslaving en andere psychische problemen, zoals Cognitieve Gedragtherapie (CGT) (Korrelboom & Ten Broeke, 2014), zijn deskundigen het erover eens dat het behandelen van de problematieken afzonderlijk van elkaar en via gescheiden sectoren in de praktijk niet werkt en uiteindelijk leidt tot grote drop-out (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003). Het behandelen van een dubbel diagnose is complex (Van Wamel, 2012) en moeilijker te behandelen dan enkel psychische problematiek of verslavingsproblematiek (Van der Heijden, 2008). Een geïntegreerde behandeling zou het meest effectief moet zijn bij een dubbel diagnose (Dom et al., 2013; Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2011; Van Wamel, 2012; Torrens et al., 2015). Daarmee worden met behulp van meerdere interventies beide stoornissen tegelijkertijd behandeld door een multidisciplinair team dat deskundig is in zowel verslaving als in psychiatrie (Mueser & Gingerich, 2013). Echter het ontbreekt in Nederland nog aan een dergelijk specifiek behandelaanbod voor dubbel diagnose patiënten (Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012), alsmede aan wetenschappelijk onderzoek die de effectiviteit daarvan aantoonst (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003). Er wordt gepleit voor meer onderzoek, zodat de effectiviteit wellicht wel aangetoond kan worden (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003).

Een behandeling wordt als effectief gezien als het doel daarvan bereikt wordt en dat het aannemelijk is gemaakt dat de behandeling daarvan de oorzaak is (Van Yperen, 2010). Een bijkomend probleem is daarbij echter dat in de hedendaagse gezondheidszorg vanwege de alsmaar stijgende uitgaven aan de gezondheidszorg (Machenbach, 2018) en dan vooral in de GGZ (Bijenhof, Folkertsma, Kommer, Slobbe & Polder, 2012), de kosten daarbij ook een belangrijke rol zijn gaan aannemen. Hierdoor heerst er in de hedendaagse GGZ een groeiende vraag naar kosteneffectieve interventies (Boonk, Meulenbeek, Prenger & Smit, 2013), interventies die het best ingezet kunnen worden om voor de doelgroep de beste resultaten te behalen tegen de laagste kosten (NJI, z.j.). Om kosteneffectiviteit te waarborgen binnen de GGZ, staat het bevorderen van zelfmanagement steeds meer centraal bij behandeling (Meije, 2016). Zelfmanagement is 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven' (Huber, 2014, p. 238, in Meije, 2016). Zelfmanagement wordt bevorderd door self-efficacy (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002; Ouwens et al., 2012). Wanneer met het bevorderen van zelfmanagement de regie over het eigen leven vergroot wordt, kan dat resulteren in minder hulpverleningscontacten en daarmee het reduceren van de zorgkosten (Meije, 2016). Gesteld kan worden dat zowel de dubbel diagnose patiënt als de Nederlandse GGZ daar baat bij heeft.

Een GGZ-instelling in Nederland die met het oog op kosteneffectiviteit op geïntegreerde wijze dubbel diagnose patiënten behandelt, is Dimence. Dimence past een nieuw geïntegreerd behandelaanbod toe bij dubbel diagnose patiënten, wat bestaat uit kosteneffectief bewezen interventies voor enerzijds de verslavingsproblematiek en anderzijds de comorbide psychische problematiek. Voor het behandelen van de verslaving worden modules ingezet gebaseerd op Community Reinforcement Approach (CRA) en voor het behandelen van comorbide psychische problematiek wordt Geïntegreerde Richtlijnbehandeling (GRB) ingezet met modules vanuit de Structured Clinical Management (SCM). GRB met SCM is een nieuw behandelmodel door Dimence toegepast als project van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, waar 12 GGZ-instellingen in Nederland aan meedoen (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, z.j.). Hoewel de effectiviteit van CRA is aangetoond bij verslaving (Finney & Monahan, 1996; Holder e.a., 1991; Miller e.a., 1995, 2003 in Roozen, 2006), alsook in aangepaste vorm (Abbott e.a., 1998; Higgins e.a., 2003; Smith e.a., 1998; Godley e.a., 2001 in Roozen, 2006) en de kosteneffectiviteit van SCM bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Batemen & Fonagy, 2009), zijn deze nog niet als geïntegreerd behandelmodel zoals bij Dimence onderzocht op effectiviteit bij dubbel diagnose patiënten. Tevens is de effectiviteit van GRB bij behandeling van dubbel diagnose patiënten nog niet aangetoond (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2015). Met het in acht nemen van de groeiende vraag naar kosteneffectiviteit in de zorg, is het van belang onderzoek te doen naar de werking van deze geïntegreerde behandelvorm op de gewenste behandelresultaten bij dubbel diagnose patiënten.

1.2 – Onderzoeksvraag

Op basis van de beschreven aanleiding omtrent de hulpbehoefte van dubbel diagnose patiënten en de groeiende vraag naar bewezen kosteneffectieve interventies in de Nederlandse GGZ die voor dubbel diagnose patiënten nog ontbreken, is de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: "In hoeverre is er sprake van een verbetering in de psychische gezondheidstoestand van patiënten met een dubbel diagnose na het volgen van de klinische geïntegreerde behandeling bij Dimence op basis van CRA en GRB met modules van SCM?". Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag worden de volgende vraagstellingen onderzocht:

- Is er bij dubbel diagnose patiënten na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling op basis van CRA en GRB met modules van SCM in vergelijking met voorafgaand aan de behandeling een significant hogere self-efficacy?
- Ervaren dubbel diagnose patiënten na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling op basis van CRA en GRB met modules van SCM in vergelijking met voorafgaand aan de behandeling een significant verbeterde kwaliteit van leven?
- Hebben dubbel diagnose patiënten na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling op basis van CRA en GRB met modules van SCM in vergelijking met voorafgaand aan de behandeling een significante afname in psychosomatische klachten?

Omdat met de behandeling onder andere bevordering van het zelfmanagement wordt beoogd en self-efficacy het zelfmanagement bepaalt/bevordert (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002; Ouwens et al., 2012), wordt in dit onderzoek de self-efficacy onderzocht. Zelfmanagement wordt gedefinieerd als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren in het licht van de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven' (Huber, 2014, p. 238, in Meije 2016) en self-

efficacy als 'het zelfsturend vermogen/ vermogen om problemen proactief op te lossen' (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002). De ervaren kwaliteit van leven betreft het subjectieve oordeel over het functioneren in de verschillende domeinen van het leven (Bijl & Ravelli, 2000; Cramm, Strating, Roebroek & Nieboer, 2013). Psychosomatische klachten zijn psychische klachten gecombineerd met lichamelijke klachten (Terluin, Terluin, Prince & Marwijk, 2008).

1.3 – Doelstelling van het onderzoek

Dit onderzoek vindt plaats op de afdeling verslavingspsychiatrie van Dimence te Deventer en Zwolle, met hetzelfde klinische geïntegreerde behandelaanbod.

Bij Dimence wordt zowel aan jongeren als volwassenen met uiteenlopende psychische problemen (specialistische) geestelijke gezondheidszorg geboden. Daarvoor heeft Dimence verschillende behandellocaties over Oost-Nederland, waarbij patiënten zowel op vrijwillige basis als op grond van de Wet bopz gedwongen kunnen worden opgenomen. In Deventer zit het Psychiatrisch Centrum Rielerenk. Sinds kort is Dimence gestart met een nieuw team en behandelaanbod bij de kliniek Rielerenk op de afdeling verslavingspsychiatrie, dat tevens valt onder een lopend project van Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, waar Dimence lid van is. Met CRA, GRB en SCM worden patiënten met een dubbele diagnose op geïntegreerde wijze behandeld. De geleverde zorg bij Dimence gaat verder dan louter verzorgen van patiënten. Zij heeft als doel duurzaam herstel en het zelfmanagement te bevorderen, waardoor de patiënt meer controle heeft over zijn/haar ziekte en een proactieve coping stijl kan toepassen in het leven. Dimence is een organisatie die zich continu wil ontwikkelen en verbeteren en zorg levert volgens de laatste internationale standaarden. Het meten van behandelresultaten staat daarom hoog in het vaandel.

De doelstelling van dit onderzoek is een bijdrage te leveren aan het verzamelen van bewijs voor de (kosten)effectiviteit van een geïntegreerde behandeling bij dubbel diagnose patiënten en eventueel verbetering/aanpassing van de behandeling bij Dimence. Daarbij richt dit onderzoek zich op het doen van een indicatieve uitspraak over de werking van het klinische geïntegreerde behandelprogramma van Dimence dat bestaat uit CRA en GRB met SCM. Er zal nagegaan worden of de behandeling de beoogde behandelresultaten behaalt. Dit onderzoek wordt gezien als één van de bouwstenen van groter, gericht onderzoek. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen dan ook de aanleiding geven voor het verder doen van gericht onderzoek.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk vormt een theoretisch kader van het onderzoek, waarmee aandacht wordt besteed aan de begrippen en constructen van het onderzoek middels wetenschappelijke literatuur. Na de theoretische verdieping, worden de begrippen/constructen in een conceptueel model weergegeven om de onderlinge verbanden met elkaar te verduidelijken. Op basis daarvan zullen hypothesen worden geformuleerd die uiteindelijk getoetst gaan worden tijdens het analyseren van de data.

2.1 – Dubbel diagnose

De term 'dubbel diagnose' wordt gebruikt om het bestaan van een verslaving met nog een (of meerdere) andere psychische stoornis(sen) aan te duiden (Sheehan, 1993; Van de Wetering & Czyzewski, 2001; Van der Heijden, 2008; Saunders & Cottler, 2012). Ook 'comorbiditeit' wordt gebruikt als definitie voor het gelijktijdig aanwezig zijn van twee of meer psychische stoornissen bij een individu (Dijkstra, Poel & Ruiter, 2012). Psychische stoornissen ontstaan als gevolg van interacties tussen genetische, biochemische, cognitief-gedragmatige factoren en omgevingsfactoren (Swendson & Merikangas, 2000). Over de etiologie van een dubbel diagnose bestaan verschillende modellen (Swendson & Merikangas, 2000; Kraanen, Emmelkamp & De Wildt, 2007; Stohler & Rössler, 2005; Torrens et al., 2015). In de publicatie van European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Torrens et al., 2015) worden drie hoofdwegen naar het ontwikkelen van een dubbel diagnose beschreven, waarvan één op vier manieren een link legt tussen de verslaving en de andere psychische stoornis(sen). Zo kan het ontstaan van een tweede psychische stoornis direct het gevolg zijn van een andere psychische stoornis, kunnen gemeenschappelijke risicofactoren het voorkomen van beide stoornissen waarschijnlijker maken, kunnen aanwezige risicofactoren een psychische stoornis ontwikkelen die weer geassocieerd wordt met andere risicofactoren voor psychische stoornissen en kan tot slot de gelijktijdige aanwezigheid van de diagnostische kenmerken van de samengaande stoornissen zorgen voor nog een derde afzonderlijke stoornis.

Psychische stoornissen zorgen voor beperkingen in het (psychosociale) functioneren (Torrens et al., 2015). Terwijl de ernst van het disfunctioneren varieert per diagnose, is deze sterk verergerd bij comorbiditeit (Bijl & Ravelli, 2000). Een dubbel diagnose heeft een grotere impact op de kwaliteit van leven dan wanneer er sprake is van 'slechts' één psychische stoornis of verslaving (Benaiges, Prat & Adan, 2012; Torrens et al., 2015). Er is dan sprake van verhoogd disfunctioneren in het sociale, emotionele en fysieke domein (Bijl & Ravelli, 2000; Cramm, Strating, Roebroek & Nieboer, 2013). Dat dubbel diagnose patiënten problemen hebben op meerdere leefgebieden zoals huisvesting, financiën, werk/dagbesteding en relaties (Ketwary, Bonebakker & Neven, 2016; De Vries, 2007; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012), wijst tevens op beperkingen in het maatschappelijk functioneren.

Vaak worden bij dubbel diagnose patiënten naast hun psychische klachten ook bijkomende somatische klachten ontwikkeld, vaak als gevolg van zelfverwaarlozing (De Vries, 2007; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012). Deze worden psychosomatische klachten genoemd (Terluin, Terluin, Prince & Marwijk, 2008). Somatische klachten kunnen zelfs belangrijk zijn bij het vaststellen van een aantal psychische stoornissen (Arnold, 2017). Volgens Terluin, Terluin, Prince & Marwijk (2008) bestaan er vier dimensies die vrijwel alle psychosomatische klachten omvatten: distress, depressie, angst en somatisatie. Deze geven inzicht in de ernst van het psychisch lijden, symptomen van ernstige depressie, angststoornissen en in (de ongerustheid over) spanningsklachten.

2.2 – Behandeling dubbel diagnose

Een dubbel diagnose kan op drie wijzen worden behandeld: sequentieel, parallel en geïntegreerd (Torrens et al., 2015). Bij een sequentiële behandeling worden de psychische problematiek en verslavingsproblematiek afzonderlijk van elkaar en na elkaar behandeld, afhankelijk van welke als "het meest ernstig" wordt beschouwd. Bij parallelle behandeling wordt de dubbele problematiek wel gelijktijdig behandeld maar dan bij twee verschillende instellingen. Bij een geïntegreerde behandeling worden de verslaving en de andere psychische stoornis(sen) gelijktijdig behandeld in één instelling door een multidisciplinair team dat deskundig is in zowel verslaving als in psychiatrie (Mueser & Gingerich, 2013; Torrens et al., 2015). De eerste twee vormen van behandeling worden als ineffectief beschouwd, omdat het behandelen van dubbel diagnoses in gescheiden sectoren leidt tot grote dropout (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003) en omdat bij het behandelen van de problematieken afzonderlijk van elkaar de interacties van beide stoornissen niet meegenomen wordt in de behandeling, wat eveneens leidt tot een groter risico op drop out en daarnaast de kans op terugval vergroot (Torrens et al., 2015). Sequentieel behandelen zou volgens deskundigen niet meer

moeten plaatsvinden bij het behandelen van dubbele diagnoses (Burnam & Watkins, 2006 in Torrens et al., 2015). Een geïntegreerde behandeling wordt als het meest effectief gezien (Dom et al. 2013; Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2011; Van Wamel, 2012). Een belangrijk onderdeel van de geïntegreerde behandelvorm is het multidisciplinaire team. Het bestaat uit verschillende deskundigen, waaronder een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een verslavingsdeskundige, een ervaringsdeskundige, een psychiater, een verslavingsarts, een trajectbegeleider, een woonbegeleider, maatschappelijk werkers (of een financieel/juridisch werker) en een (GZ) psycholoog (Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012). Ondanks de eensgezindheid onder deskundigen over het belang van een geïntegreerde behandeling bij dubbel diagnose patiënten, is de effectiviteit daarvan nog niet aangetoond (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003). Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van dubbel diagnose behandelingen is schaars en heeft nog niet geleid tot de verwachte effectiviteit (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003). Dat er nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek is verricht kan verklaard worden door het feit dat een geïntegreerd behandelaanbod voor specifiek dubbel diagnose patiënten nog ontbreekt in Nederland (Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012). Hierdoor wordt er gepleit voor meer onderzoek, zodat wellicht de effectiviteit wel aangetoond kan worden (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003).

Bij het beoordelen van de effectiviteit van een behandeling, zijn twee zaken van belang. Ten eerste moet het doel van de behandeling worden bereikt en ten tweede moet het aannemelijk zijn gemaakt dat de behandeling daarvan de oorzaak is (Van Yperen, 2010). Het doel kan worden bepaald op basis van wat de dubbel diagnose patiënt wenst te bereiken en wat er met de behandeling wordt beoogd. Mensen met psychische problemen die in behandeling gaan doen dit door de beperkingen die zij ervaren in hun functioneren (Meije, 2016; De Vries, 2007). Bij dubbel diagnose patiënten is er sprake van verhoogde psychosomatische klachten en van disfunctioneren in verschillende domeinen die de kwaliteit van leven aantasten (zie paragraaf 2.2.). Mensen met psychische problemen wensen met behandeling niet een optimale staat van gezondheid zonder ziekte en gebreken, maar het vermogen om zich aan te passen en regie te hebben over hun sociale, mentale en fysieke leven (Meije, 2016). Dit wordt zelfmanagement genoemd (Huber, 2014, p. 238 in Meije, 2016; Ouwens et al., 2012). Zelfmanagement is een proces waarin patiënten zelf verantwoordelijkheid nemen voor het veranderen van hun gezondheidsgedrag, kennis verwerven over hun aandoening en de behandeling daarvan, en de symptomen, fysieke en psychosociale gevolgen van hun aandoening managen. Het zorgt dus voor een betere controle over de ziekte, betere gezondheid en een betere kwaliteit van leven (Blanson Henkemans, Molema, Franck & Otten, 2010). Daarmee sluit het doel van dubbel diagnose patiënten aan op het doel van een geïntegreerde behandeling. Het doel van een geïntegreerde behandeling is herstel (Drake, 2004) en het verbeteren van de kwaliteit van leven van dubbel diagnose patiënten (Trimbos Instituut, z.j.). Herstel op de lange termijn betekent dat de dubbel diagnose patiënt beide psychische stoornissen leert zelf te 'managen' en een betekenisvol leven en identiteit kan voortzetten die niet in beslag wordt genomen door ziekte en beperkingen (Drake, 2004). Zelfmanagement neemt tevens een steeds belangrijkere rol aan bij behandeling in de GGZ, zoals blijkt uit de actuele Kwaliteitsontwikkeling GGZ (Meije, 2016). Daarmee wordt de kosteneffectiviteit gewaarborgd (Meije, 2016).

2.4 – Self-efficacy

Volgens Bodenheimer (2002) en Ouwens et al. (2012) bevordert self-efficacy het zelfmanagement. Self-efficacy wordt gedefinieerd als het eigen geloof dat iemand op een succesvolle wijze gedrag kan uitvoeren dat nodig is voor een gewenst resultaat (Bandura, 1977) en betreft het zelfsturend vermogen/ vermogen om problemen proactief op te lossen (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002). Het voorspelt gezond gedrag en het managen van de aandoening (Bar-Mor, BarTal, Krulik & Zeevi, 2000). Daarnaast hangt het samen met een betere kwaliteit van leven (Cramm, Strating, Roebroek & Nieboer, 2012) en terugval (Bandura, 1986; Kadden & Litt, 2011). Uitgaande van de sociaal cognitieve theorie van Bandura (1986) is het bij mensen die in behandeling gaan vanwege hun verslaving en een lage self-efficacy hebben waarschijnlijker dat ze na de behandeling een terugval hebben die verder gevorderd is. Een minder goede cognitieve regulering en gestuurde aandacht resulteert dan in minder goede zelfbeheersing (Morrison & Bennett, 2013), waardoor hoog risicosituaties (situaties die craving veroorzaken) moeilijker kunnen worden weerstaan (Bandura, 1986). Daarnaast geven Luszczynska, Scholz & Schwarzer (2005) aan dat een lage self-efficacy leidt tot negatieve emoties zoals stress, angst en depressie en dat daardoor als gevolg van cognitieve verwarring een slechtere coping ontstaat. Met een hoge self-efficacy is het waarschijnlijker dat verslaafden slechts een uitglijder ervaren en zich weer herpakken (Bandura, 1968) en kunnen

hogere doelstellingen/ gewenste resultaten worden behaald of een ongewenste afloop van gebeurtenissen worden voorkomen (Morrison & Bennett, 2013).

De theorie over self-efficacy wordt ondersteund door een aantal onderzoeken uitgevoerd bij dubbel diagnose patiënten. Self-efficacy blijkt veelal een voorspellende waarde te hebben (Kadden & Litt, 2011). Zo voorspelde een hogere self-efficacy minder alcohol- en drugsgebruik (Warren, Stein & Grella, 2007), bleek self-efficacy een beschermende factor voor terugval (Ramo, Anderson, Tate & Brown, 2005) en voorspelde een lage self-efficacy eerdere terugval/kortere duur van abstinentie bij dubbel diagnose patiënten (Tate et al., 2008). Uit de voorgaande theorie en bevindingen kan gesteld worden dat het bevorderen van self-efficacy van belang is voor zowel dubbel diagnose patiënten als Dimence bij het behalen van hun doel met de behandeling.

2.3 – Geïntegreerde behandeling bij Dimence

Dimence is een GGZ-instelling die dubbel diagnose patiënten een nieuw geïntegreerd behandelaanbod aanbiedt dat bestaat uit effectief bewezen interventies die zowel de verslaving als de andere psychische problematiek gelijktijdig behandelt. Voor het behandelen van de verslaving worden modules ingezet gebaseerd op Community Reinforcement Approach (CRA) en voor het behandelen van comorbide psychische problematiek wordt Geïntegreerde Richtlijnbehandeling (GRB) ingezet met modules vanuit de Structured Clinical Management (SCM).

CRA is een multidimensionele behandeling die is ontwikkeld om verslaving te behandelen (Roozen, 2006). Met CRA wordt er toegewerkt naar vermindering van drugs door alternatieve activiteiten aantrekkelijker te maken en zo de leefstijl van verslaafde mensen te veranderen. Verslaafde mensen benutten activiteiten op bepaalde levensgebieden minder dan niet-verslaafden en blijken daar ook minder plezier uit te halen. CRA leert de patiënt dat er alternatieven zijn voor het nemen van alcohol of drugs. Er is aangetoond dat toename in alternatieve activiteiten gepaard gaat met vermindering in middelengebruik (Correia, Benson & Carey, 2005 in Roozen, 2006). Om alternatieve activiteiten aantrekkelijker te maken worden de operante leerprincipes van Skinner (Skinner, 1938 in Roozen 2006) gebruikt. Middelengebruik wordt gezien als gedrag en dat gedrag wordt gevolgd door een positieve ervaring, wat als beloning wordt ervaren. Dit wordt positieve bekrachtiging genoemd. Wanneer gedrag gerelateerd is aan bekrachtiging is het waarschijnlijker dat dat gedrag herhaald wordt.

CRA bevat cognitief-gedragsmatige interventies die kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën interventies die gericht zijn op het veranderen van de leefstijl en het vergroten van alternatieve bekrachtigende activiteiten en interventies die blootstelling aan en de bekrachtigende werking van middelengebruik verminderen, zoals het weigeren van middelen, zelfcontroletechnieken en farmacotherapie (Roozen, 2006). Niet alle CRA-interventies hoeven te worden toegepast bij de patiënt. De soort, duur en intensiteit van de interventies zijn afhankelijk van de leefgebieden waarop de problemen van de patiënt zich voordoen, wat de doelen zijn en wat de motivatie en voorkeur is van de patiënt (Roozen, 2006). Bij Dimence worden de CRA-modules Problemen oplossen, Zelfverzorging, Terugvalpreventie, Verdieping (zelfregulatie), Behandeldoelen formuleren en Vaardigheden vrijetijdsbesteding toegepast.

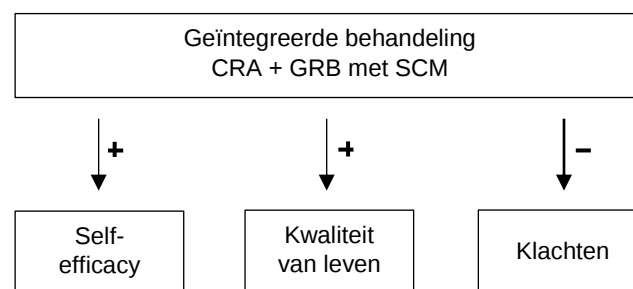
GRB is een behandelkader dat is ontstaan vanuit een literatuurstudie van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2015) naar werkzame elementen in effectieve specialistische behandelingen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Het doel daarvan was het ontwikkelen van een algemeen specifiek behandelaanbod voor persoonlijkheidsstoornissen dat toegankelijker en kosteneffectiever is dan specialistische behandelingen. Op basis van de literatuurstudie zijn gemeenschappelijke kenmerken gevonden die betrekking hebben op het behandelkader, behandelstrategieën, de therapeutische houding, therapeutische relatie en behandelcompetenties. Daarbinnen worden basiselementen en basisprincipes benoemd met specifieke eisen die toegepast moeten worden. Deze hebben geleid tot één coherent kader (GRB) waar een organisatie zich aan vast kan houden om kosteneffectiviteit te waarborgen. Binnen het algemene behandelkader met basiselementen waar een organisatie zich aan vast kan houden tijdens de behandeling, bevat GRB ook een probleemoplossingsmodule, Structured Clinical Management (SCM (Batemen & Krawitz, 2013). Het betreft een gestructureerde behandeling gericht op probleemoplossing (Bateman & Krawitz, 2013). GRB laat echter ruimte over voor behandelaren om eigen modules te implementeren. Zolang de basisprincipes van de GRB maar bewaakt blijven, kunnen behandelteams zelf kiezen en bepalen met welke modules zij het prettigst werken of wellicht de meeste ervaring mee hebben (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2015). Dimence past SCM toe bij hun dubbel diagnose patiënten. De modules die Dimence vanuit SCM hanteert komen

voort uit de kernbehandelstrategieën van SCM (Batemen & Krawitz, 2013) en betreffen Emotieregulatie, Problemen oplossen, Crisisvaardigheden leren (terugvalpreventie), Crisisvaardigheden leren (zelfregulatie), en Interpersoonlijk leren. Terwijl SCM effectief is bevonden bij patiënten met de Borderline-persoonlijkheidsstoornis (Batemen & Fonagy, 2007), gaat de Borderlinepersoonlijkheidsstoornis vaak samen met andere psychische stoornissen en is er maar zeer weinig sprake van een op zichzelf staande Borderline-persoonlijkheidsstoornis zonder comorbiditeit (Batemen & Krawitz, 2013).

Bevindingen uit onderzoeken naar de effectiviteit van de behandelingen afzonderlijk van elkaar scheppen een positief beeld. De effectiviteit van CRA is al meerdere malen met verschillende gehanteerde modules aangetoond bij verslaving (Roozen, 2006; Roozen, DeFuentes-Merillas & Greeven, 2014). Daarbij was vooral sprake van vermindering in alcohol/drugsgebruik en daarnaast werd verbetering op de leefgebieden gevonden, waaronder in werk en relaties (Roozen, DeFuentesMerillas & Greeven, 2014). Tevens heeft CRA in eerder onderzoek geleid tot een verbeterde kwaliteit van leven (Roozen, DeFuentes-Merillas & Greeven, 2014). De effectiviteit van SCM is aangetoond bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Batemen & Fonagy, 2007), die veelal samengaat met andere psychische stoornissen en middelengebruik en zelden op zichzelf staat (Batemen & Krawitz, 2013). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Morrens, Dewilde, Sabbe, Dom, De Cuyper & Moggi (2011) dat geïntegreerde behandelvormen bij dubbel diagnose patiënten de potentie hebben om de kwaliteit van leven te verbeteren.

2.4 – Conceptueel model en hypothesen

Door de bevindingen over CRA en SCM en de verwachtingen omtrent geïntegreerd behandelen bij dubbel diagnoses wordt in dit onderzoek verwacht gunstige behandel effecten te vinden. Om bewijs te verzamelen voor de effectiviteit van een geïntegreerde behandeling bij dubbel diagnose patiënten wordt in dit onderzoek vastgehouden aan de definitie van Van Yperen (2010) (zie paragraaf 2.2). Hierdoor wordt er uitgegaan van een gunstig behandel effect op de self-efficacy, kwaliteit van leven en klachten. Op basis daarvan zijn drie hypothesen geformuleerd om de verwachtingen te toetsen, welke conceptueel worden weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1. Conceptuele weergave van de onderlinge relatie tussen de onderzoeksvariabelen.

De eerste hypothese betreft dat dubbel diagnose patiënten na de geïntegreerde klinische behandeling bij Dimence een hogere self-efficacy ervaren. De tweede hypothese luidt dat dubbel diagnose patiënten na het volgen van de geïntegreerde klinische behandeling bij Dimence een verbeterde kwaliteit van leven ervaren. En tot slot wordt als derde hypothese gesteld dat de psychosomatische klachten als distress, depressie, angst en somatisatie zijn verminderd bij dubbel diagnose patiënten na het volgen van de geïntegreerde klinische behandeling bij Dimence.

In hoofdstuk 3 wordt verder uitgewerkt op welke wijze deze hypothesen worden onderzocht en hoe deze worden getoetst. Daarbij zullen cijfermatige gegevens worden vergaard over hoe dubbel diagnose patiënten hun self-efficacy, kwaliteit van leven en klachten ervaren voorafgaand aan de behandeling en na de behandeling, om deze vervolgens met elkaar te vergelijken. Op basis van significante verschillen worden de hypothesen aangenomen.

Hoofdstuk 3 Methode van het onderzoek

Voor het beschrijven van het onderzoeksdesign volgt een beschrijving van de onderzoeksmethode in paragraaf 3.1, de onderzoeksdoelgroep in paragraaf 3.2 en de onderzoeksinstrumenten in paragraaf 3.3.

3.1 – Onderzoeksmethode

In deze pilotstudie wordt gebruik gemaakt van een kwantitatieve onderzoeksmethode om de hypothesen te toetsen. Zelfrapportagevragenlijsten worden ingezet aan het begin van de behandeling en aan het eind van de behandeling. Antwoorden op de vragenlijsten worden vergaard middels Likertschalen, wat cijfermatige gegevens oplevert (Verhoeven, 2007). Zo kunnen gegevens van beide meetmomenten met elkaar worden vergeleken. Met inzet van deze methode wordt getracht de vraagstellingen zo betrouwbaar en valide mogelijk te kunnen onderzoeken met een zo hoog mogelijke gebruiksvriendelijkheid en een zo laag mogelijke belastbaarheid voor patiënten. Om de interne validiteit van een onderzoek te waarborgen, dient er doorgaans sprake te zijn van minstens één controlegroep en één experimentele groep (Verhoeven, 2007). Echter laat het tijdsbestek, het budget en de mogelijkheden binnen dit onderzoek het niet toe om dit te waarborgen. Omdat met deze pilotstudie een eerste indruk wordt gevormd over het behandelingseffect, is bepaald dat een voor- en nameting met betrouwbare en valide meetinstrumenten zonder controlegroep ook volstaat.

3.2 – Onderzoeksdoelgroep

De onderzoeksdoelgroep bestaat uit nieuw vrijwillig opgenomen meerderjarige dubbel diagnose patiënten die de klinisch geïntegreerde behandeling ondergaan op de afdeling verslavingspsychiatrie bij Dimence te Deventer en Zwolle. Inclusiecriteria voor deelname aan dit onderzoek betreffen dat het dubbel diagnose patiënten zijn met een leeftijd die varieert tussen de 18 en 65 jaar, dat er door iedere patiënt voorafgaand aan deelname aan het onderzoek een informed consent is ondertekend bij zowel de voormeting als de nameting en dat iedere patiënt de behandeling afrondt, wat betekent dat vijf á zes weken lang de modules van CRA en SCM gevolgd zijn. Exclusiecriteria betreffen patiënten die de Nederlandse taal zodanig beperkt machtig zijn en derhalve de vragen op de vragenlijsten niet kunnen begrijpen of beantwoorden, het niet voldoen aan de eisen van de voor- en nameting en het ontbreken van een van beide metingen (zie procedure).

De meeste patiënten die worden opgenomen op de afdeling verslavingspsychiatrie binnen Dimence zijn reeds gediagnosticeerd. Wanneer dit in enkele gevallen niet zo is, zal diagnostiek binnen Dimence kunnen plaatsvinden. Hoe de diagnostiek tot stand komt verschilt per patiënt. Mogelijk is dat patiënten eerder in behandeling geweest zijn en daar al zijn onderzocht of dat in de verwijfsbrief van de huisarts van de patiënt een diagnose vermeld staat. Binnen Dimence wordt altijd eerst een gesprek gevoerd met de patiënt om na te gaan hoe de diagnose tot stand is gekomen. Psychologisch onderzoek zal altijd de diagnose moeten kunnen onderbouwen om de diagnose aan te nemen. Wanneer diagnostiek binnen Dimence op de afdeling verslavingspsychiatrie plaatsvindt, wordt allereerst een anamnesegebesprek gevoerd met de verpleegkundig specialist, verslavingsarts of psychiater. De basispsycholoog ziet de patiënten in de derde week van hun opname om een diagnostievraag te bepalen. Diagnostiek vindt vrijwillig plaats. Wanneer hiervan sprake is, doet de basispsycholoog de afspraken en verslaglegging onder supervisie van een GZ-psycholoog. Om een diagnose vast te stellen worden passende testonderdelen/instrumenten gebruikt. De MATE wordt gebruikt voor het vaststellen van de ernst van de verslaving, de MINI voor alle as-I-problematiek (welke kan worden aangevuld door de schokverwerkingslijst voor PTSS of de BDI voor de ernst van de depressieve klachten), de SCID-II voor het vaststellen persoonlijkheidsproblematiek, een ontwikkelingsanamnese/ heteroanamnese aangevuld met de AQ, DIVA of Interview van Annelies Spek voor het vaststellen van ADHD/autismespectrumstoornis, de Complexe figuur van Rey, Trail Making Test, BADS, 15-woordentest, D2, Boudon-VOS en Strooptest voor het vaststellen van cognitieve en executieve problemen en tot slot de WAIS-IV voor het vaststellen van het intelligentieprofiel.

Omdat in deze pilotstudie een indicatieve uitspraak wordt gedaan, is het niet zozeer van belang uitspraken te doen over de representativiteit van de steekproef voor de populatie (Thabane et al., 2010). Wel is het relevant dat de omvang van de steekproef groot genoeg is om bruikbare informatie te leveren voor het doen van een indicatieve uitspraak en voor vervolgonderzoek (Thabane et al., 2010). Zodoende wordt in dit onderzoek gestreefd naar een omvang die statistische significantie kan opleveren in de resultaten, die afhankelijk is van de analysemethode die wordt toegepast (zie

paragraaf 3.5). De gewenste omvang dient te worden bereikt in maximaal 26 weken voor het verrichten van het maximaal aantal voormetingen en de laatste nameting(en). De omvang is echter afhankelijk van de instroom van patiënten en de drop out binnen het maximale tijdsbestek. Alleen patiënten met een voor- en nameting kunnen worden meegenomen in dit onderzoek. De verwachte instroom is gemiddeld genomen één patiënt per week op beide locaties. De hoogte van de drop out is onvoorspelbaar. Om die reden kan niet worden vastgesteld wat de maximale omvang zal zijn en binnen welk termijn de gewenste omvang kan worden bereikt. Uitgaande van het verwachte gemiddelde, kan de maximale omvang worden geschat op 52 respondenten.

De benadering van de respondenten voor deelname vindt individueel plaats, zowel schriftelijk via het informed consent als mondeling via het behandelteam op de afdeling verslavingspsychiatrie. Op de eerste opnamedag wordt rekening gehouden met een verslechterde psychische toestand van patiënten. Men wordt daardoor eerst de ruimte gegeven de eerste dag te acclimatiseren binnen de instelling, voordat zij worden benaderd voor deelname. Het behandelteam bewaakt wanneer een patiënt in staat is de voor- en nameting te voldoen. Omdat een lage belastbaarheid wordt gewaarborgd en rekening wordt gehouden met een verslechterde psychische toestand aan het begin van de opname, worden er omtrent de bereidheid om deel te nemen geen problemen voorzien.

3.3 – Meetinstrumenten

De meetinstrumenten die worden ingezet betreffen de volgende drie zelfrapportagevragenlijsten: Dutch General Self-efficacy Scale (Teeuw, Schwarzer & Jerusalem, 1994), Manchester Short Assessment of quality of life (Van Nieuwenhuizen, Schene & Koeter, 2000) en Vierdimensionale Klachtenlijst (Terluin, 1996). Alvorens deze worden ingezet, worden demografische gegevens uitgevraagd die van belang zijn voor het includeren. Deze betreffen geslacht, leeftijd, een vrijwillige of gedwongen opname en de diagnose. De diagnose betreft een open vraag die beantwoord dient te worden via de behandelaar of vanuit het DBC-overzicht. Hier is voor gekozen, omdat er mogelijk nog diagnostiek plaats gaat vinden en het onwenselijk is dat deze vraag door de patiënt beantwoord wordt. Allerlei stoornissen zouden bij een dubbel diagnose kunnen voorkomen en wanneer alle mogelijke opties (of de meest voorkomende opties) al voorgenoemd worden op het formulier, kan het zijn dat de vraag te veel indruk maakt op de patiënt. Het antwoord kan tevens onbetrouwbaar of onvolledig zijn door onwetendheid, gokken of het achterwege laten van een diagnose. In deze paragraaf volgt een beschrijving van de meetinstrumenten en welke deelvragen ermee beantwoord trachten te worden.

Met de Dutch General Self-efficacy Scale (DGSES) wordt iemands zelfvertrouwen in dat zijn of haar acties verantwoordelijk zijn voor succesvolle uitkomsten, oftewel dat men controle heeft over uitdagende eisen die de omgeving stelt, gemeten (Dijcks & Joeris, 2012). Hiermee wordt de self-efficacy in kaart gebracht (Dijcks & Joeris, 2012). De vragenlijst is opgebouwd uit 10 items die beantwoord worden middels een vierpunts Likertschaal met de antwoordcategorieën volledig onjuist, nauwelijks juist, enigszins juist en volledig juist. Een voorbeelditem betreft “Het is voor mij makkelijk vast te houden aan mijn plannen en mijn doel te bereiken”. De afnameduur bedraagt ongeveer 5 minuten. Onderzoeken van Hommes (2006), Scholz et al. (2002), Schwarzer (z.j.), Schwarzer & Born (1997) tonen met een Cronbach's alpha die uiteenloopt van 0.75 tot 0.91 een goede interne consistentie aan. Onderzoek van Leganger, Kraft & Rysamb (2000) en Scholz et al. (2002) bevestigen de betrouwbaarheid van het instrument middels correlatiecoëfficiënten tussen de 0.55 en 0.82 bij de test-hertestbetrouwbaarheid. De DGSES wordt gebruikt om de eerste deelvraag te beantwoorden.

De Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) betreft een zelfrapportagevragenlijst waarmee de tevredenheid wordt vastgesteld over leefomstandigheden op verschillende dimensies en op basis daarvan de kwaliteit van leven wordt bepaald. (Telepsy, z.j.). De tevredenheid wordt uitgevraagd middels 16 items, waarvan 12 met een zevenpunts Likertschaal worden beantwoord en vier items met een dichotome schaal. De Likertschalen bevatten de antwoordmogelijkheden uiteenlopend van 1=kan niet slechter tot 7=kan niet beter. Een voorbeelditem van de zevenpunts Likertschaal is “hoe tevreden bent u met hoe goed u bij kas zit?” en van de dichotome schaal “bent u het afgelopen jaar slachtoffer geweest van lichamelijk geweld?”. De afnameduur bedraagt ongeveer 5 minuten. Er is sprake van een goede interne consistentie (≥ 0.80) en goede convergente, discriminerende en divergente validiteit (Baert, 2008). De MANSA wordt gebruikt om de tweede deelvraag te beantwoorden.

De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) bestaat uit vier dimensies die vrijwel alle psychosomatische klachten omvatten: distress, depressie, angst en somatisatie. Het onderscheidt stresssymptomen van depressie, angst en somatisatie. De Distress-schaal vraagt naar psychische spanningsklachten, variërend van licht (piekeren, gespannenheid) tot ernstig (onmacht, demoralisatie).

De Depressieschaal vraagt naar specifieke symptomen van een stemmingsstoornis, zoals ernstige anhedonie en depressieve cognities. De Angstschaal vraagt naar specifieke symptomen van angststoornissen, onder te brengen in irrationele en fobische angst. De Somatisatieschaal vraagt naar functionele lichamelijke klachten (Datec, 2017). De 4DKL bestaat uit 50 items, 16 items voor distress, 6 items voor depressie, 12 items voor angst en 16 items voor somatisatie. De items worden beantwoord middels een vijfpunts Likertschaal met de antwoordmogelijkheden “nee”, “soms”, “regelmatig”, “vaak” en “zeer vaak/voortdurend”. De afnameduur wordt geschat op ongeveer 5 minuten. De 4DKL is door de COTAN in 2005 beoordeeld met een goede interne consistentie van de schalen, hoge test-hertest betrouwbaarheid, voldoende begripsvaliditeit en voldoende criteriumvaliditeit (Evers, van Vliet-Mulder & Groot, 2006; Datec, 2017). De 4DKL wordt gebruikt om de derde deelvraag te beantwoorden.

3.4 – Procedure

De vragenlijsten worden als setje en samen met de informed consent tweemaal ingezet in de behandeling. De eerste keer dient als voormeting en de tweede keer als nameting. De vragenlijsten worden schriftelijk ingevuld. Het behandelteam op de afdeling verslavingspsychiatrie overhandigt de vragenlijsten samen met de informed consent bij beide metingen en bewaart de metingen samen met de informed consent om de vergelijking van de gegevens per patiënt mogelijk te maken. Voor het behandelteam wordt een pakketje aan setjes van vragenlijsten op beide locaties op de afdelingen gelegd. Deze wordt aangevuld met nieuwe pakketjes wanneer nodig. Als er nametingen hebben plaatsgevonden, worden de setjes die ingevuld zijn opgehaald. Op dat moment wordt de bijbehorende informed consent ondertekend door de onderzoeker. Om de anonimiteit van de patiënten te waarborgen, wordt de informed consent achtergelaten bij het behandelteam. Het usernummer van de patiënt wordt dan in plaats daarvan opgevraagd, zodat nagegaan kan worden welke setjes aan elkaar gekoppeld zijn. Met de usernummers gekoppeld aan de setjes kan achteraf de diagnose worden opgevraagd en de koppeling tussen de diagnose en de bijbehorende gegevens gemaakt worden. Voor de voormeting wordt een termijn gehanteerd van één week, waarbij op de eerste opnamedag geen meting plaatsvindt. Afnames vanaf de achtste opnamedag zijn in dit onderzoek ongeldig als voormeting, omdat de meting dan eerder beschouwd wordt als een tussenmeting. Nametingen vinden bij iedere patiënt ongeveer vijf á zes weken na de start van opname plaats. Bij de nameting heeft de patiënt de klinische behandeling met de modules van CRA en SCM gevolgd. Het moment van de nameting is dan het moment dat er voor de patiënt, afhankelijk van het advies(gesprek), ofwel een overgang plaatsvindt naar een andere fase (ambulant of (een andere) vervolgbehandeling) ofwel dat de patiënt met ontslag gaat. Patiënten die voortijdig de behandeling beëindigen en dus niet de gehele behandeling hebben doorlopen, worden niet meegenomen in het onderzoek en hoeven de vragenlijsten niet in te vullen. Een uitzondering is echter wanneer de behandeling volgens het behandelteam en de patiënt zelf zodanig positieve resultaten oplevert, dat de patiënt verdere behandeling niet voort hoeft te zetten en derhalve voortijdig met ontslag gaat. De onderzoeker houdt op basis van de informatie van het behandelteam administratief bij wanneer er een voormeting heeft plaatsgevonden en wanneer daarvoor een nameting verricht moet worden. Om elkaar onderling op de hoogte hiervan te houden, wordt vanwege de wekelijks verwachte instroom wekelijks per mail of telefonisch contact onderhouden.

3.5 – Analyse

De cijfermatige gegevens verkregen uit de meetinstrumenten worden geanalyseerd in het programma Statistical Package for Social Sciences 24 (SPSS). De gegevens van zowel de voor- als nameting per respondent zijn hierbij vereist. Alvorens de gegevens worden ingevoerd, wordt per meetinstrument bepaald op welke wijze de gegevens geïnterpreteerd en vervolgens geanalyseerd kunnen worden.

Bij de DGSES is een totaalscore het resultaat uit het aantal ingevulde antwoorden op de Likertschalen (Teeuw, Schwarzer & Jerusalem, 1994). De totaalscore die behaald kan worden varieert van minimaal 10 tot maximaal 40 punten met een gemiddelde van 29 punten. Er is geen sprake van een cutoff score voor een hoge of lage self-efficacy. Uitgangspunt is hoe hoger de score, des te hoger de self-efficacy.

Bij de MANSA kan eveneens een totaalscore worden berekend (Telepsy, z.j.). Dichotome vragen, die gaan over veiligheid en vriendschap, zijn extra toegevoegd aan de vragenlijst en worden buiten

beschouwing gelaten bij het berekenen van de totale score (Telepsy, z.j.). Om die reden zal alleen de som van de 12 items die beantwoord worden middels de zevenpunts Likertschaal de totale score vormen. De totaalscore kan variëren van minimaal 12 tot maximaal 84, waarbij een hogere score een hogere tevredenheid betekent.

Bij de 4DKL wordt een scoringsformulier gehanteerd. Per subschaal wordt op het scoringsformulier de score per item getransformeerd tot een cutoff score, waarbij het antwoord 'nee'=0, 'soms'=1 en 'regelmatig' of 'vaker'=2 wordt (Telepsy, z.j.). Hiervan wordt vervolgens per subschaal een totaalscore berekend, die weer onderverdeeld kan worden in de categorieën laag, matig verhoogd en sterk verhoogd met een andere interpretatie per subschaal. Bij de onderverdeling in categorieën per subschaal wordt het risico gelopen dat er ondanks wel degelijk verschil tussen de voor- en nameting geen verschil zichtbaar lijkt, omdat de verschillende scores nog steeds in dezelfde categorie kunnen vallen. Om deze reden worden er analyses gedaan met de totaalscores van de cutoff scores.

Alle items van de DGSES en MANSA worden ingevoerd in SPSS, waarvan vervolgens totaalconstructen worden gemaakt om met totaalscores te kunnen analyseren. Van de 4DKL worden gelijk de totaalscores per subschaal ingevoerd. Omdat er enkel een verschil onderzocht wordt tussen de voormetingen en nametingen van de self-efficacy, kwaliteit van leven en de subschalen van klachten zonder daar een verwachte richting aan te geven, wordt de Paired-Samples T test van SPSS gebruikt. Het bepalen van een significant verschil wordt gedaan op basis van een betrouwbaarheidsinterval van 95%. Met de berekening van de effectgrootte via Cohen's d wordt vervolgens bepaald hoe de grootte van dit verschil geïnterpreteerd kan worden. Of er wel of niet sprake is van een significant verschil wordt bij deze toets bepaald door de hoogte van de t-waarde (t) en het aantal vrijheidsgraden (df) (Baarda, 2014). Des te hoger de t-waarde en des te groter het aantal vrijheidsgraden, des te kleiner is de kans dat het verschil op toeval berust (Baarda, 2014). De grootte van de steekproef bepaalt de grootte van het aantal vrijheidsgraden ($n-1$), dus hoe groter de steekproef hoe groter de kans dat er een significant verschil gevonden kan worden. Omdat bij het toepassen van de T test doorgaans steekproeven bij beide metingen worden gebruikt van minimaal 30 respondenten (Baarda, Van Dijkum & De Goede, 2014), wordt in dit onderzoek ook gestreefd naar 30 voor- en nametingen om de gewenste analyse te kunnen doen.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten weergegeven die zijn verkregen vanuit de zelfrapportagevragenlijsten Dutch General Self-efficacy Scale (DGSES), Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) en Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). De gegevens uit de vragenlijsten zijn geanalyseerd met Statistical Package for Social Sciences 24 (SPSS). Allereerst volgt een beschrijving van de uitvoering en respons, gevolgd door een beschrijving van de resultaten.

4.1 – Uitvoering

Middels zelfrapportagevragenlijsten werden op twee momenten data vergaard: aan het begin van de behandeling en aan het eind van de behandeling. Voor de voormeting werd een tijdsbestek van één week gehanteerd en voor de nameting een periode van vijf á zes weken, wanneer het einde van de klinische behandeling werd bereikt. De setjes zelfrapportagevragenlijsten werden door het behandelteam op beide meetmomenten overhandigd aan de patiënt, die voorafgaand aan het invullen daarvan een informed consent ondertekenden. Omdat gemiddeld wekelijks nieuwe opnames konden binnenstromen, werd wekelijks bijgehouden of er nieuwe voor- en nametingen verricht dienden te worden en werd het behandelteam daaraan herinnerd per mail of telefonisch contact. Middels bijbehorende usernummers werd achterhaald welke gegevens uit de voormeting bij welke respondent behoorde bij de nameting. Op deze wijze werd tevens de diagnose (die mogelijk nog onderzocht moest worden tijdens de behandeling) achteraf verkregen vanuit het DBC-overzicht. Patiënten waarvan achterhaald werd dat daarbij nog een voormeting gedaan zou moeten worden, maar al langer dan een week op de afdeling waren opgenomen, zijn geëxcludeerd en alleen bij patiënten die gedurende vijf á zes weken de behandeling hebben gehad zonder voortijdig of tussentijds ontslag, werden de nametingen verricht. Eén keer werd de uitzondering voor de nameting gehanteerd bij een respondent die na vier weken op zowel verzoek van patiënt als advies van het behandelteam al met ontslag ging vanwege positieve resultaten. Deze uitzondering is gehanteerd om de kans te vergroten op het behalen van het gewenste aantal respondenten.

4.2 – Respons

In aanmerking voor deelname aan dit onderzoek kwamen nieuwe vrijwillig opgenomen dubbel diagnose patiënten die vanaf week 45 in 2017 tot week 25 in 2018 de reguliere klinische behandeling van zes weken volgden op de afdeling verslavingspsychiatrie bij de klinieken van Dimence te Deventer en Zwolle. Alleen gegevens van respondenten die zowel een voormeting als nameting hadden ingevuld konden worden geanalyseerd. Uiteindelijk hebben 24 respondenten (n=24) zowel een voor- als nameting ingevuld. Van hen waren er 11 man (45,8%) en 13 vrouw (54,2%). De gemiddelde leeftijd betreft 38 jaar (SD = 13,1) met een minimale leeftijd van 18 jaar en een maximale leeftijd van 62 jaar. Via de Multiple Response Analyse is onderzocht wat de frequentie van de niet middelgerelateerde stoornissen gecombineerd met middelgerelateerde stoornissen waren (zie Tabel 1). In totaal komen er 50 verschillende dubbel diagnoses combinaties voor, waarvan de aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis gecombineerd met een middelgerelateerde stoornis het meest voorkomt (14%) gevolgd door de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis gecombineerd met een middelgerelateerde stoornis (12%) en de depressieve stoornis gecombineerd met een middelgerelateerde stoornis (12%).

Tabel 1.

Frequentie niet-middelgerelateerde gecombineerd met middelgerelateerde stoornissen.

	Middel- gerelateerd	Alcohol	Cannabis	Hypnoticum of anxiolyticum	Opioïde	Amfetamine	Totaal respons	
Niet Middel- Gerelateerd								
	N	N	N	N	N	N	N	%
Borderline-persoonlijkheidsstoornis	1	3	-	-	-	-	4	8%
Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis	2	3	1	-	-	-	6	12%
Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis	1	-	-	-	-	-	1	2%
Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis	1	-	-	-	-	-	1	2%
Ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis	1	1	-	-	-	-	2	4%

Antisociale persoonlijkheidsstoornis	-	1	-	-	-	1	2%
Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis	1					1	2%
Bipolaire stoornis	3	1	-	-	-	4	8%
Gegeneraliseerde angststoornis	1					1	2%
Sociale angststoornis	1	-	1	-	-	2	4%
Angststoornis door alcohol	1		1			2	4%
Ongespecificeerde angststoornis	1	1	-	-	-	2	4%
Depressieve stoornis	2	4	-	-	-	6	12%
Autismespectrumstoornis	1	2	-	-	-	3	6%
Aandachtsdeficiëntie- /hyperactiviteitsstoornis	2	4	-	1	-	7	14%
Ziekteangststoornis	1	1	-	-	-	2	4%
Genitopelvienepijn-/penetratiestoornis	1	1	-	-	-	1	2%
Psychotische stoornis door een middel/medicatie	-	-	-	-	1	1	2%
Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis	1	-	-	-	-	1	2%
Totaal respons	22	23	1	1	1	50	100%

Opmerking. Totaal is gebaseerd op het aantal antwoorden (N). Respondenten kunnen meer dan één stoornis bevatten op zowel middelgerelateerd als niet middelgerelateerd (één respondent kan één niet middelgerelateerde stoornis hebben en twee middelgerelateerde stoornissen, waardoor het totaal hoger wordt dan het aantal respondenten met een dubbel diagnose). In totaal kunnen 50 verschillende dubbel diagnoses onderscheiden worden.

4.3 – Resultaten

Van de meetinstrumenten Dutch General Self-efficacy Scale en 4DKL werden alle vragen correct beantwoord. Bij de MANSA heeft één respondent bij zowel de voor- als nameting één item niet ingevuld en één respondent bij de nameting één item niet ingevuld. Deze zijn als missing values opgegeven. Omdat geanalyseerd werd met totale scores is bij het analyseren van de gegevens ervoor gekozen deze missing values te excluderen als “cases analysis by analysis”, zodat bij de analyses van de variabele kwaliteit van leven de gegevens van deze twee respondenten niet worden meegenomen, maar de andere gegevens van deze twee respondenten bij de andere variabelen nog wel konden worden gebruikt.

Een Paired-Samples T test werd uitgevoerd om de gemiddelden van de variabelen (X) self-efficacy, kwaliteit van leven en klachten aan het begin van de behandeling (T0) te vergelijken met de gemiddelden van self-efficacy, kwaliteit van leven en klachten aan het eind van de behandeling (T1). De gemiddelden en de standaarddeviaties van de variabelen bij de voor- en nametingen zijn weergegeven in Tabel 2.

Tabel 2.

Verschillen tussen voor- en nametingen uit de Paired Samples T test.

X	T0			T1	
	n	M	SD	M	SD
Self-efficacy*	24	24,96	3,97	27,63	4,32
Kwaliteit van leven*	22	47,73	10,03	51,0	8,96
Distress*	24	20,88	8,57	15,96	9,17
Depressie*	24	5,54	4,91	3,25	4,02
Angst*	24	9,54	6,39	7,54	6,74
Somatisatie	24	12,54	7,2	10,42	7,41

Opmerking. * $p < 0.05$ bij 95%, n=aantal respondenten, M=gemiddelde, SD=std.deviate.

Er is een significant verschil gevonden in de scores van self-efficacy aan het begin en aan het eind van de behandeling $t(23) = 4,71$, $p = < 0,001$, waarbij er sprake is van een grote toename in de ervaren self-efficacy ($d = 0,96$). Daarnaast is een significant verschil gevonden in de scores van

kwaliteit van leven aan het begin en aan het eind van de behandeling $t(21) = 2,53$, $p = 0,019$. Hierbij is sprake van een middelgrote verbetering ($d = 0,54$). Bij het vergelijken van de klachten distress, depressie, angst en somatisatie aan het begin van de behandeling en aan het eind van de behandeling is wel een significant verschil gevonden in de scores van distress $t(23) = -4,085$, $p < 0,001$, depressie $t(23) = -3,62$, $p = 0,001$ en angst $t(23) = -2,39$, $p = 0,025$, maar niet in de scores van somatisatie $t(23) = -1,83$, $p = 0,08$. De significante afname in klachten is bij distress groot ($d = -0,83$) en bij zowel depressie ($d = -0,74$) als angst ($d = -0,49$) middelgroot. De niet-significante afname van klachten in somatisatie ($d = -0,37$) is middelgroot.

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt op basis van de gevonden resultaten een conclusie gegeven. De resultaten worden in meer of mindere mate bediscussieerd naar aanleiding van de beperkingen van dit onderzoek. Tot slot worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

5.1 – Conclusies

Het doel van dit onderzoek was een indicatieve uitspraak te doen over het effect van de geïntegreerde behandeling van Dimence op de gewenste behandelresultaten bij dubbel diagnose patiënten. Hierbij werd de onderzoeksvraag gesteld in hoeverre er sprake is van een verbetering in de psychische gezondheidstoestand van patiënten met een dubbele diagnose na de klinische geïntegreerde behandeling op basis van CRA en GRB met modules van SCM bij Dimence te hebben gevolgd. Een kwantitatieve onderzoeksmethode werd toegepast om de hypothesen bij de vraagstellingen over de ervaren self-efficacy, kwaliteit van leven en psychosomatische klachten van dubbel diagnose patiënten voorafgaand aan de behandeling en na de behandeling te toetsen.

De eerste vraagstelling betrof of er bij dubbel diagnose patiënten sprake is van een hogere self-efficacy na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling op basis van CRA en GRB met modules van SCM in vergelijking met voorafgaand aan de behandeling. De resultaten geven aan dat dubbel diagnose patiënten gemiddeld genomen een hogere self-efficacy hebben aan het eind van de behandeling dan aan het begin van de behandeling. Er is sprake van een grote toename in de self-efficacy en het verschil is significant. Om die reden wordt de hypothese dat dubbel diagnose patiënten na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling bij Dimence een hogere self-efficacy hebben dan die aan het begin van de behandeling aangenomen.

De tweede vraagstelling betrof of dubbel diagnose patiënten na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling op basis van CRA en GRB met modules van SCM in vergelijking met voorafgaand aan de behandeling een verbeterde kwaliteit van leven ervaren. Uit de resultaten komt naar voren dat dubbel diagnose patiënten gemiddeld genomen een middelgrote verbeterde kwaliteit van leven hebben aan het eind van de behandeling in vergelijking met de kwaliteit van leven het begin van de behandeling. Deze verbetering is significant. De hypothese dat dubbel diagnose patiënten na de geïntegreerde klinische behandeling van Dimence een verbeterde kwaliteit van leven hebben, wordt hierdoor aangenomen.

De derde vraagstelling betrof of dubbel diagnose patiënten na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling op basis van CRA en GRB met modules van SCM in vergelijking met voorafgaand aan de behandeling een afname in psychosomatische klachten hebben. Uit de resultaten blijkt dat er gemiddeld genomen een grote afname is in distressklachten en een middelgrote afname in depressieve klachten, angstklachten en somatisatieklachten. Bij distressklachten, depressieve klachten en angstklachten is de afname significant en bij somatisatieklachten is er geen sprake van een significant verschil. De gestelde hypothese dat de psychosomatische klachten zijn verminderd bij dubbel diagnose patiënten na het volgen van de geïntegreerde klinische behandeling bij Dimence wordt hierdoor aangenomen voor de afname in de klachten distress, depressie en angst, maar verworpen voor somatisatie.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een verbetering in de psychische gezondheidstoestand van patiënten met een dubbele diagnose na het volgen van de klinisch geïntegreerde behandeling bij Dimence op basis van CRA en GRB met modules van SCM.

5.2 – Discussies

De resultaten van het onderzoek voldoen aan de eerder gestelde verwachting dat er sprake zou zijn van een positief behandel-effect. De behandelingen CRA voor de verslavingsproblematiek en SCM voor de comorbide psychische problematiek werden in eerdere onderzoeken al effectief bevonden. Met CRA kwam uit eerdere onderzoeken al een verbeterde kwaliteit van leven naar voren en verbetering op de leefgebieden met betrekking tot werk en relaties (Roozen, 2006; Roozen, DeFuentes-Merillas & Greeven, 2014). De effectiviteit van SCM heeft enkel plaatsgevonden bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Batemen & Fonagy, 2007), echter de veelvoorkomende comorbiditeit van deze stoornis met andere stoornissen en middelengebruik (Batemen & Krawitz, 2013) schepten positieve verwachtingen over het behandel-effect bij dubbel diagnose patiënten. Eén onderzoek buiten Nederland is gevonden die ook aantoont dat een geïntegreerde behandeling bij een dubbel diagnose leidt tot een verbeterde kwaliteit van leven (Morrens, Dewilde, Sabbe, Dom, De Cuyper & Moggi, 2011). Wat betreft de andere verwachte resultaten omtrent self-efficacy en

psychomatische klachten bij behandeling van dubbel diagnose patiënten is er weinig tot geen vergelijkingsmateriaal. Self-efficacy blijkt vooral een voorspellende waarde te hebben op terugval na de behandeling (Kadden & Litt, 2011). Over de behandeling van dubbel diagnose patiënten werd in de gevonden literatuur gesteld dat sequentieel behandelen van dubbel diagnose patiënten niet meer zou moeten plaatsvinden en er kwam veel naar voren dat geïntegreerd behandelen het meest effectief is (Burnam & Watkins, 2006 in Torrens et al., 2015; Dom et al. 2013; Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2011; Torrens et al., 2015; Van Wamel, 2012). De resultaten van dit onderzoek sluiten hierop aan in de zin dat geïntegreerd behandelen een positief effect heeft op de behandeldoelen van zowel de dubbel diagnose patiënt als Dimence. Door het ontbreken van wetenschappelijk onderzoek in Nederland die deze stelling onderbouwt (Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, 2003; Van Wamel, Muusse & Van Rooijen, 2012), is er echter geen vergelijkingsmateriaal om de bewijskracht van dit onderzoek te vergroten.

Om te bepalen in hoeverre de resultaten in dit onderzoek bruikbaar zijn, wordt gekeken naar beperkingen, validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek. De validiteit van een onderzoek houdt in of er daadwerkelijk gemeten wordt wat gewenst wordt te meten en de betrouwbaarheid is de mate waarin een meting vrij is van toevallige fouten, dus herhaalbaar is (Baarda, 2014; Verhoeven, 2007). Een beperking van dit onderzoek is dat er slechts een indicatieve uitspraak is gedaan en dat niet aannemelijk is gemaakt dat de behandelresultaten direct het gevolg zijn van de geïntegreerde behandeling, wat van belang is bij het bepalen van de effectiviteit van een behandeling (Van Yperen, 2010). Het onderzoek toont aan wat het behandel-effect is, maar niet wat de oorzaken van het behandel-effect zijn. Om aannemelijk te maken dat de resultaten direct het gevolg zijn van de behandeling, zou een derde variabele die het behandel-effect beter kan verklaren uitgesloten moeten worden of zou een controlegroep aan de metingen kunnen worden toegevoegd om te kijken of de groep die behandeling ondergaat significant meer veranderd is dan de groep die de behandeling niet ondergaat. Deze beperkingen beïnvloeden de validiteit van het onderzoek. Verdere beperkingen die de betrouwbaarheid kunnen aantasten zijn dat er ondanks de hantering van een grens bij de voor- en nametingen geen standaardisatie heeft plaatsgevonden. Respondenten vulden de vragenlijsten binnen één week in waarin de omstandigheden van de respondenten op de meetmomenten verschilden. Verschillende omstandigheden kunnen een beïnvloedende factor zijn geweest op het invullen van de vragen, zoals de mate waarin iemand al dan niet werd afgeleid door factoren uit de omgeving op dat moment. Wanneer de omstandigheden van de meetmomenten van elkaar verschillen waarin een respondent een vragenlijst invult, kan deze als minder betrouwbaar worden geacht, omdat het dan waarschijnlijker is dat de vragenlijst anders wordt ingevuld (Baarda, 2014). Verder betreft een nadeel van zelfrapportagevragenlijsten dat de context waarbinnen de respondenten de antwoorden hebben gegeven onbekend is (Verhoeven, 2007). Er kan niet worden vastgesteld met welke beweegredenen een respondent een bepaald antwoord heeft gekozen. Zelfrapportages vergen enige mate van zelfinzicht en kunnen gevoelig zijn voor zelfoverschatting of sociale wenselijkheid, wat leidt tot een verlaagde betrouwbaarheid van de antwoorden. De betrouwbaarheid zou dan kunnen worden verhoogd met aanvullend kwalitatief onderzoek of een meetinstrument dat zelfinzicht meet. De gehanteerde meetinstrumenten binnen dit onderzoek zijn daarentegen wel betrouwbaar en valide bevonden.

5.3 – Aanbevelingen

De resultaten van dit onderzoek zouden onder andere bruikbaar beschouwd kunnen worden voor het verzamelen van bewijskracht voor kosteneffectieve geïntegreerde behandelvormen in de GGZ voor dubbel diagnose patiënten. Als vooronderzoek komen de resultaten de hoge verwachtingen over de effectiviteit van geïntegreerd behandelen al tegemoet (Dom et al. 2013; Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2011; Van Wamel, 2012). Daarnaast laten de resultaten zien dat het behalen van de behandeldoelen (verbeterde self-efficacy en kwaliteit van leven en afname in psychosomatische klachten) voor beide partijen mogelijk kosteneffectief kan, aangezien zowel SCM als CRA kostenbesparing met zich meebrengen (Batemen & Fonagy, 2009; Roozen, 2006) en deze op basis van de huidige resultaten in korte tijd (6 weken) het behalen van de behandeldoelen bij Dimence al waarschijnlijker maakten. Dat SCM naast de borderline-persoonlijkheidsstoornis ook bij een meer diverse groep aan psychische stoornissen leidt tot positieve behandel-effecten, zou kunnen betekenen dat wellicht andere deuren geopend kunnen worden voor het bevorderen van kosteneffectiviteit, zoals het inzetten van interventies die al elders (kosten)effectief zijn gebleken, in plaats van geheel nieuw ontwikkelde interventies. Tevens blijkt dat de DGSSES naast de MANSA als een gebruiksvriendelijke uitkomstmaat kan dienen voor het monitoren van behandelresultaten die gewenst zijn in de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg, waardoor voortzetting daarvan wordt aanbevolen. Omdat dit onderzoek dient te worden gezien als één van de eerste bouwstenen van

groter en gericht onderzoek en de eerste resultaten al veelbelovend zijn, wordt het doen van verder onderzoek aanbevolen, waarbij geadviseerd wordt de gevonden behandelresultaten als gevolg van de behandeling aannemelijker te maken. Omdat duurzaam herstel het doel is van Dimence, lijkt onder andere het doen van een follow-up studie bij dubbel diagnose patiënten passend om te kijken of de patiënten de hogere self-efficacy en kwaliteit van leven en lagere psychosomatische klachten hebben weten te behouden en of deze hebben geleid tot het voorkomen van terugval.

Literatuur

- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E. & Sabbe, B. (2009). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken. Les pratiques 'evidence based' dans l'aide aux toxicomanes: un état des lieux*. Gent: Academia Press
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers
- Baarda, B., Van Dijkum, C. & De Goede, M. (2014). *Basisboek Statistiek met SPSS. Handleiding voor het verwerken en analyseren van en rapporteren over (onderzoeks)gegevens. Vijfde druk*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baert, S. (2008). *De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstencompassen. Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Benaiges, I., Prat, G., Adan, A. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10:106. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1186/1477-7525-10-106>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Bandura A Psychol Rev.* 1977 Mar; 84(2):191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bar-Mor, G., Bar-Tal, Y., Krulik, T., & Zeevi, B. (2000). Self-efficacy and physical activity in adolescents with trivial, mild, or moderate congenital cardiac malformations. *Cardiology in the Young*, 10(6), 561-566. doi:<https://doi.org/10.1017/S1047951100008829>
- Batemen, A.W. & Krawitz, R. (2013). *Borderline personality disorder. An evidence-based guide for generalist mental health professionals*. United Kingdom: Oxford University Press
- Batemen, A.W. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization - based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12):1355-64
- Bijenhof, A.M., Folkertsma, M.A., Kommer, G.J., Slobbe, L.J.C., & Polder, J.J. (2012). Kostenontwikkeling GGZ. Geraadpleegd van https://www.volksgezondheidenzorg.info/sites/default/files/o16171_kvz-2012-1-kostenontwikkeling-ggz.pdf
- Bijl, R.V. & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30(3), 657-68. Geraadpleegd van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10883720>
- Blanson Henkemans, O.A., Molema, J.J.W., Franck, E.J.H., & Otten, W. (2010). Zelfmanagement als Arbeidsbesparende Innovatie in de Zorg. Geraadpleegd van http://www.arbeid.tno.nl/media/2198/zelfmanagement_als_arbeidsbesparende_innovatie.pdf
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002 Nov 20;288(19):2469-75.
- Boonk, E., Meulenbeek, P., Prenger, R., & Smit, F. (2013). Kosteneffectiviteitsanalyses in de ggz: begrippen en technieken. *GZ – Psychologie* 2013, 5(6). 20-23. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s41480-013-0050-6>
- Van den Brink, W. (2009). Uit de kliniek: Verslaving een chronisch recidiverende hersenziekte. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 17(4), 155-160. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/BF03081165>
- Cohen, J. & Reynolds, M.R. (2008). Interpreting the results of cost -effectiveness studies. *Journal of the American College of Cardiology*, 52(25), 2119–2126.
- Cramm, J.M., Strating, M.M.H., Roebroek, M.E., Nieboer, A.P. The Importance of General Self-Efficacy for the Quality of Life of Adolescents with Chronic Conditions. *Socia Indicators Research*, 113(1), 551-561. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0110-0>
- Datec. (2017). 4DKL. Geraadpleegd van: <https://www.datec.nl/4dkl/>
- Dijkstra, M., Van der Poel, A., & Ruiter, M. (2011). Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (2011), 89: 420. <https://doi.org/10.1007/s12508-011-0144-8>
- Dijcks, B. & Joeris, S. (2012). Uitgebreide toelichting van het meetinstrument General Self-Efficacy Scale (GSE). Geraadpleegd van https://meetinstrumentenzorg.blob.core.windows.net/test-documents/Instrument211/211_1_N.pdf
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. Van der, Kroon, H., Muusse, C., Van Rooijen, S., Schoevers, R., & Drake, R. E. (2004). Dual Diagnosis. *Psychiatry*, 3(10), 60-63. doi:10.1383/psyt.3.10.60.52409

- Drake, R. E., O'Neal, E. L., Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123–138.
- Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Rapport project Dubbele Diagnose door Verslavingszorg Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag, 2003
- Evers, A., Van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2006). Documentatie van tests en testresearch in Nederland, aanvulling 2006/02 (COTAN). Amsterdam: Boom test uitgevers
- Van Giffen, M. (2004). Motiverende gespreksvoering. Geraadpleegd van http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp72/sp72_hoofd02.pdf
- Van Ham, & Sabbe. (2006). Onderzoek naar de effectiviteit van residentieel geïntegreerde behandeling voor patiënten met een dubbeldiagnose. Gent: Academia Press.
- Van der Heiden, S. (2008). Dubbele diagnose: brug tussen wal en schip. In: van Dam A., Mulder N. (eds) *Motivatatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Hommes, M.A. (2006). *Zelfinstructie bij gesprekstraining voor afstandsonderwijs*. Geraadpleegd van file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/HommesProefschrift.pdf
- Kadden, R.M., & Litt, M.D. (2011). The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- Ketwaru, H.A.N., Bonebakker, A.E. & Neven, A. (2016). Geïntegreerd behandelen bij een dubbele diagnose. *Tijdschrift Verslaving*, 12, 33-37.
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. (2015). De Geïntegreerde RichtlijnBehandeling Een behandelkader voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Geraadpleegd van: <http://www.kenniscentrumpers.nl/sites/default/files/publications/handleidinggrb-2015.pdf>
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Kraanen, F., Emmelkamp, P. & De Wildt, W. (2007). Psychopathologie bij behandelde verslaafden. *Verslaving*, 3(4), 140-155. <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/BF03075432>
- Ledd. (z.j.). Geïntegreerde behandeling. Geraadpleegd van: <https://www.led.nl/behandeling/geintegreerde-behandeling>
- Leganger, A, Kraft, P., & Rysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behavior research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology and Health* 2000; 15: 51-69
- Luszczynska, A., Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 2005, 139(5), 439–457.
- Mackenbach J. (2018). Kostenstijging in de zorg en gezondheidswinst in de bevolking – is er een verband?. In: Levi M. (eds) *De dokter en het geld*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten
- Meije, D.M.G. (2016). Generieke module zelfmanagement voor de geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd van: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2015/04/Generieke-module-zelfmanagement.pdf>
- Morrison, V. & Bennett, P. (2013). *Gezondheidspsychologie. 2e editie*. Amsterdam: Pearson Benelux
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, L. (2011). Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling. Utrecht: De Tijdstroom
- Mueser, K.T., & Gingerich, S. (2013). Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Social Work in Public Health*, 28, 424–439.
- Nederlands Jeugdinstituut (NJI). (z.j.). Kosteneffectiviteit. Geraadpleegd van: <https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Effectieve-jeugdhulp/De-effectieve-organisatie-Kosteneffectiviteit>
- Ouwens, M.B.A., Van der Burg, S., Faber, M. & Van der Weijden, T. (2012). Shared Decision Making & Zelfmanagement. Literatuuronderzoek naar begripsbepaling. Geraadpleegd van: https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_Shared_DecisionMaking_en_Zelfmanagement.pdf
- Ramo D.E., Anderson, K.G., Tate, S.R., & Brown, S.A. (2005). Characteristics of relapse to substance use in comorbid adolescents. *Addictive Behaviors*. 2005;30:1811–1823.
- Roozen, H. (2006). De Community Reinforcement Approach. *Verslaving*, 2(4), 132 -139. doi:10.1007/BF03075378
- Roozen H., DeFuentes-Merillas L., Greeven P. (2014) Geschiedenis van de Community Reinforcement Approach. In: Greeven P., DeFuentes-Merillas L., Roozen H. (eds) *Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

- Rutten, R. & Schippers, G. (2013). Integratie verslavingszorg en ggz: leidt het tot betere zorg?. *Verslaving*, 9(2), 3-14. doi: <https://doi-org.saxion.idm.oclc.org/10.1007/s12501-013-0012-1>
- Saunders, J. B., & Cottler, L. B. (2012). Treatment of dual diagnosis disorders. *Psychiatry*, 25(3), 194-200. doi:10.1097/YCO.0b013e328351a3e0
- Scholz, U., Dona, B.G., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self- efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological assessment* 2002; 18(30): 242-251.
- Sheehan, M.F. (1993). Dual Diagnosis. *Psych Quart.* 64(2), 107-134. doi:<https://doi.org/10.1007/BF01065865>
- Schwarzer, R. (z.j.). General perceived self-efficacy in 14 cultures. Geraadpleegd van <http://userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm> 6.
- Schwarzer, R., & Born, A. (z.j.). Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychology* 1997; 3 (1-2), 177-190.
- Swendsen, J.D., & Merikangas, K.R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Elsevier*, 20(2), 173-189. doi:10.1016/S0272-7358(99)00026-4
- Tate, S.R., Wu, J., McQuaid, J.R., Cummins, K., Shriver, C., Krennek, M., & Brown S.A. (2008). Comorbidity of substance dependence and depression: role of life stress and self-efficacy in sustaining abstinence. *Psychol Addict Behav*, 22(1):47-57. doi: 10.1037/0893-164X.22.1.47
- Teeuw, B., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1994). *Dutch adaptation of the general self-efficacy scale*. Berlin, Germany
- Telepsy. (z.j.). Manchester verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA - 12/16). Geraadpleegd van <https://www.telepsy.nl/mansa>
- Terluin, B. (1996). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL): Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie. *Huisarts Wet* 1996; 39:538-47
- Terluin, B., Terluin, M., Prince, K., Van Marwijk, H. (2008). De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL) spoort psychische problemen op. *Huisarts en Wetenschap*, 51(5), 251-255. doi:<https://doi.org/10.1007/BF03086756>
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J. Ismaila, A., Rios, L.P., ... Goldsmith, C.H. (2010). A tutorial on pilot studies: The what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J., & Domingo-Salvany, A. (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Trimbos Instituut. (z.j.). Behandeling van dubbel diagnose. Geraadpleegd van: <https://www.trimbos.nl/themas/behandeling-dubbele-diagnose>
- Trimbos Instituut. (z.j.b.). Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT). Geraadpleegd via: <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/geintegreerde-behandeling-van-clienten-met-een-dubbele-diagnose-iddt>
- Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Tweede herziene druk. Amsterdam: Boom onderwijs
- De Vries. (2007). Zorg voor chronisch psychiatrische patiënten door de huisarts. *Bijblijven*, 23(1), 3-10. doi:<https://doi.org/10.1007/BF03087534>
- Warren, J.L., Stein, J.A. & Grella, C.E. (2007). Role of social support and self-efficacy in treatment outcomes among clients with co-occurring disorders. Geraadpleegd van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17329040/>
- Van Wamel, A.L. (2012). Dubbel diagnose. *Bijblijven*, 28(10), 44-50. doi:<https://doi.org/10.1007/s12414-012-0074-7>
- Van Wamel, A., Muusse, C., & Van Rooijen, S. (2012). Geïntegreerde behandeling van dubbel diagnose patiënten. Handreiking. Geraadpleegd van <https://assets.trimbos.nl/docs/dbdaa93b-5b42-4362-811a-e8b136eb7ada.pdf>
- Van de Wetering, B.J.M., & Czyzewski, E.C.J.E. (2001). *Het is tijd voor een paradigmaverschuiving in de verslavingszorg*. Rotterdam: Bouman Verslavingszorg
- Xie, H., McHugo, G. J., Fox, M. B., & Drake, R. E. (2005). Special Section on Relapse Prevention: Substance Abuse Relapse in a Ten-Year Prospective Follow-up of Clients With Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1282-1287. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1282>
- Van Yperen. (2010). 55 vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg. Geraadpleegd van [https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/\(301939\)-55-Vragen-over-effectiviteit.pdf](https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/(301939)-55-Vragen-over-effectiviteit.pdf)