



# Evaluation

## Pilotprojekt Doppeldiagnosebehandlung der Klinik Selhofen

---

### Abschlussbericht

Dr. Severin Haug, Susanne Schaaf  
Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF)

ISGF-Bericht Nr. 332

Zürich, den 1. Mai 2013

## Allgemeines

Vorliegender Abschlussbericht des Pilotprojekts „Doppeldiagnosebehandlung“ der Klinik Selhofen stellt Charakteristika und Behandlungsergebnisse von Patientinnen und Patienten dar, bei denen eine Doppeldiagnosebehandlung in der Klinik Selhofen durchgeführt wurde. Darin werden die Daten von Patientinnen und Patienten berücksichtigt, bei denen im Zeitraum ab dem 01.01.2010 eine Doppeldiagnosebehandlung durchgeführt wurde und die bis zum 31.12.2012 aus der Klinik ausgetreten sind.

Im vorliegenden Bericht stellt der einzelne Behandlungsfall die primäre Analyseeinheit dar, d.h. unabhängig davon, ob es sich um wiederholte Aufnahmen derselben Personen handelt, stellt jede neue Aufnahme in die Doppeldiagnosebehandlung einen Behandlungsfall dar. Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wird im Bericht aber üblicherweise die Bezeichnung *PatientIn* verwendet.

Im Berichtszeitraum wurden 85 Behandlungsfälle in die Doppeldiagnosebehandlung aufgenommen, diese stammen von 60 unterschiedlichen PatientInnen. Die Anzahl vorliegender Datensätze variiert zwischen PatientInnen und BehandlerInnen. Insbesondere bei der Austrittsbefragung fehlen bei PatientInnen teilweise Daten, z.B. aufgrund eines Abbruchs der Behandlung, während Angaben zum Verlauf aus BehandlerInnensicht vorliegen.

Drei Monate nach Behandlungsende konnte eine strukturierte telefonische Nachbefragung bei 22 PatientInnen durchgeführt werden. Dies entspricht einer Erreichbarkeit von 26%. Gründe dafür, dass Interviews nicht realisiert werden konnten waren in 23 Fällen fehlende Kontaktierungsdaten, in 5 Fällen eine aktive Verweigerung zur Teilnahme, in 32 Fällen konnten die PatientInnen trotz mehrfacher Kontaktierungsversuche nicht erreicht werden (passive Verweigerung), in 2 Fällen hatten die PatientInnen kein Telefon, 1 Person war inzwischen verstorben.

Die folgende Auswertung gliedert sich entlang folgender im Evaluationskonzept formulierten Leitfragen:

1. Ist das Angebot gefragt?
2. Wird das Angebot von der vorgesehenen Zielgruppe genutzt? Welche behandlungsspezifischen und soziodemographischen Merkmale weist die behandelte Klientel auf?
3. Erleben die PatientInnen einen positiven Behandlungsprozess (zieldienlich, unterstützend, zufriedenstellend)?
4. Werden die übergeordneten Ziele der Behandlung (Stabilisierung, positive Veränderung) erreicht?
5. Erreicht der/die Patient/in seine individuellen Therapieziele?
6. Ist das Angebot nachhaltig wirksam?
7. Wie sind die individuellen Verläufe bei Wiederbehandlungen?
8. Gibt es Prädiktoren für ein positives Behandlungsergebnis?
9. Sind die Zuweisenden und Nachbehandelnden zufrieden mit dem Angebot und der Zusammenarbeit?

## 1. Ist das Angebot gefragt?

### Auslastung bei Doppeldiagnosebehandlungen

Die Gesamtauslastung der vier für die Doppeldiagnosebehandlung (D+) vorgesehenen Betten der Klinik Selhofen lag während der Pilotphase 2010 bis 2012 bei 108% (2010: 99%; 2011: 105%; 2012: 120%) und damit deutlich höher als der im Evaluationskonzept definierte Sollwert von 90%.

## 2. Wird das Angebot von der vorgesehenen Zielgruppe genutzt? Welche behandlungsspezifischen und demografischen Merkmale weist die behandelte Klientel auf?

### Charakteristika der Doppeldiagnose-PatientInnen

#### Frühere Klinikaufenthalte in der Klinik Selhofen

Für 33 (39%) der 85 PatientInnen war dies der erste Aufenthalt in der Klinik Selhofen. 18 PatientInnen (21%) waren zum zweiten Mal, 12 PatientInnen (14%) zum dritten Mal, je 7 PatientInnen (8%) zum vierten und fünften Mal und 5 PatientInnen (6%) bereits zum sechsten Mal in der Klinik. Den siebten, elften und zwölften Aufenthalt stellte die Behandlung jeweils für 1 PatientIn (1%) dar.

#### Geschlecht

Von den 85 PatientInnen waren 51 (60%) männlich und 34 (40%) weiblich.

#### Alter

Das Alter der PatientInnen lag bei Aufnahme im Bereich von 18- bis 50 Jahren. Das mittlere Alter (Median) betrug 29.0 Jahre. Die Altersverteilung ist in Abbildung 1 dargestellt.

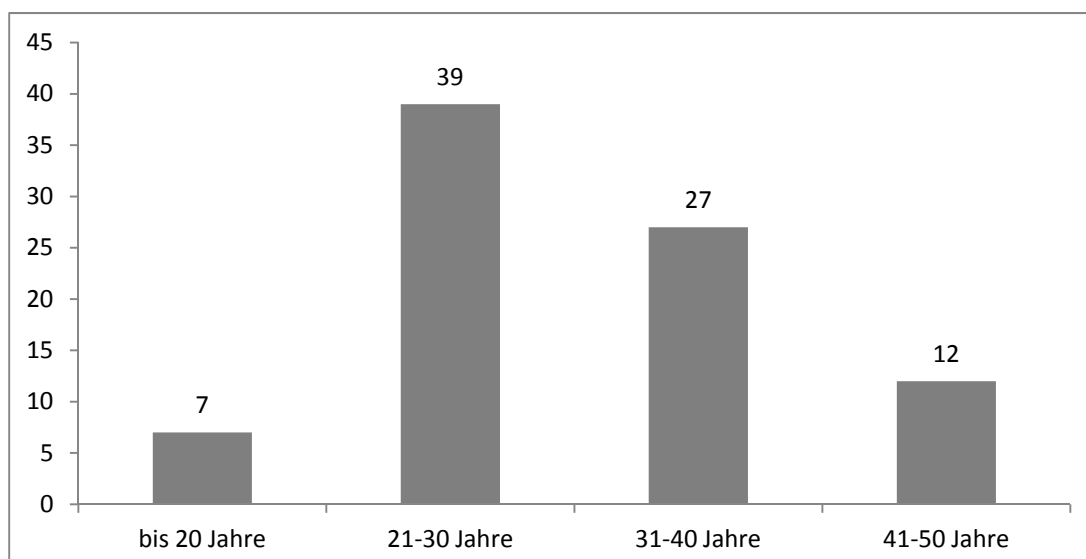


Abbildung 1: Alter der PatientInnen bei Aufnahme in die Klinik.

### Diagnosen nach ICD

Für alle 85 PatientInnen lagen Daten zur ICD-Diagnostik aus Sicht der BehandlerInnen vor. Vierzehn der 85 PatientInnen (16%) erhielten eine suchtspezifische Erstdiagnose aus der Kategorie F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol); 59 (69%) aus der Kategorie F11 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide), 4 (5%) aus der Kategorie F12 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide), 1 (1%) aus der Kategorie F13 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika), 4 (5%) aus der Kategorie F14 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain), 2 (2%) aus der Kategorie F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen) und 1 (1%) aus der Kategorie F55 (Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen). Eine weitere suchtspezifische Diagnose erhielten 58 PatientInnen (68%).

Hinsichtlich der psychischen und Verhaltensstörungen erhielten 44 PatientInnen (52%) eine Diagnose aus dem Bereich „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F60-69). Bei 16 (19%) lag eine psychiatrische Zusatzdiagnose aus dem Bereich „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F90-98), bei 9 (11%) aus dem Bereich „affektive Störungen“ (F30-39), bei 9 (11%) aus dem Bereich „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40-48), bei 3 (4%) aus dem Bereich „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F50-59), bei 4 (5%) aus dem Bereich „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F20-29), vor. Eine weitere psychiatrische Zusatzdiagnose erhielten 30 PatientInnen (35%).

### Komorbidität

Für alle 85 PatientInnen lagen Einschätzungen zur Komorbidität aus Sicht der BehandlerInnen vor. In 4 Fällen (5%) wurde die Komorbidität als „gering“, in 22 Fällen (26%) als „mittelgradig“, in 47 Fällen (55%) als „stark“ und in 12 Fällen (14%) als „sehr stark“ eingeschätzt.

### Konsumierte Substanzen

Für 73 (86%) der 85 PatientInnen lagen Angaben über die Häufigkeit des Konsums verschiedener Substanzen vor Eintritt in die Klinik vor (siehe Abbildung 2). Täglich oder fast täglich wurde von den meisten PatientInnen illegal Heroin (n=35, 41%), verschriebenes Methadon (n=28, 33%) sowie Cannabis (n=28, 33%) konsumiert. Täglicher Konsum von Alkohol wurde von 25 PatientInnen (29%) berichtet.

Fasst man die Häufigkeiten in den Kategorien „täglich oder fast täglicher Konsum“ und „mindestens wöchentlicher Konsum“ zusammen, so zeigt sich, dass illegal konsumiertes Heroin die Substanz ist, die von den meisten PatientInnen vor Eintritt regelmässig konsumiert wurde (n=44, 52%). Darauf folgen Alkohol (n=41, 48%), Cannabis (n=35, 41%), Kokain (n=31, 36%) und verschriebenes Methadon (n=28, 33%).

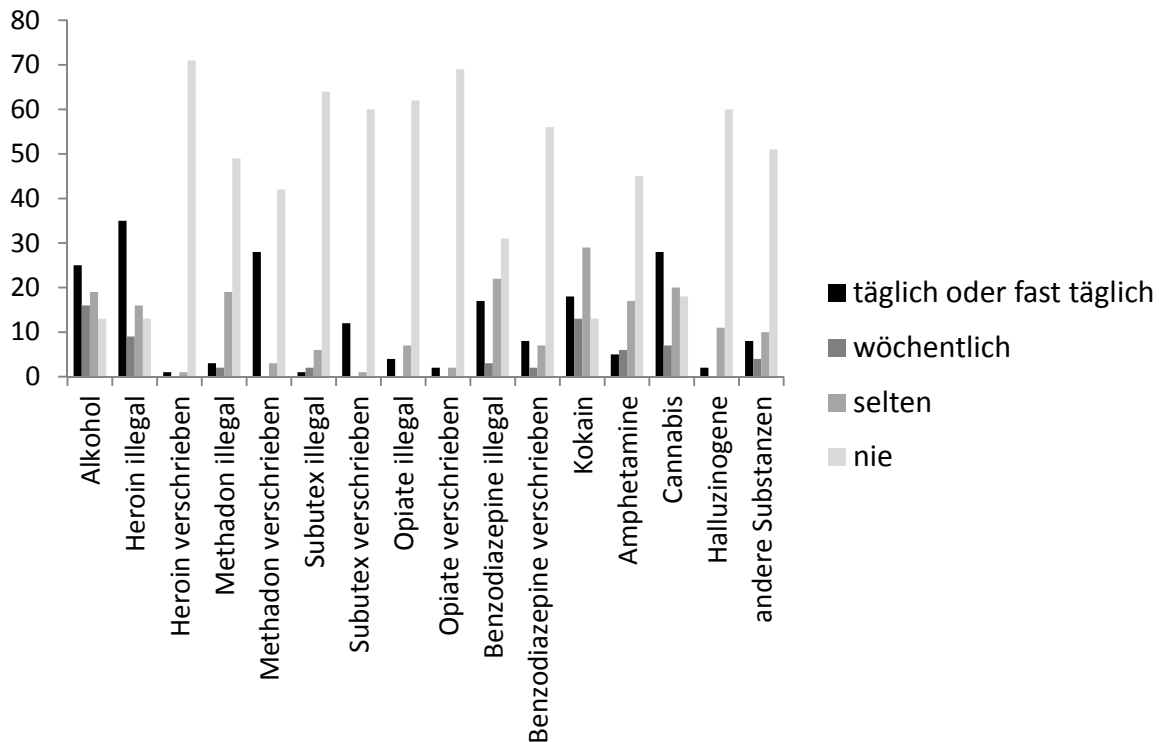


Abbildung 2: Häufigkeit des Konsums verschiedener Substanzen vor Eintritt in die Klinik.

### Politoxikomanie

Politoxikomanie wurde in 34 von 85 Fällen (40%) von den BehandlerInnen gemäss ICD-Kriterien diagnostiziert.

### Substitution

Von den 85 PatientInnen gaben 44 (52%) an, bei Eintritt in die Klinik innerhalb eines Substitutionsprogrammes behandelt worden zu sein. Bei 23 dieser 44 PatientInnen erfolgte die Substitution mit Methadon über den Hausarzt bzw. die Apotheke, bei 15 PatientInnen erfolgte die Substitution über eine Methadonabgabestelle, 6 Personen wurden mit einer anderen Substanz (z.B. Subutex) substituiert.

### Psychische Beeinträchtigung

Die subjektiv erlebte psychische Beeinträchtigung wurde zu Beginn der Behandlung in der Klinik Selhofen, bei Übertritt in die Doppeldiagnosebehandlung sowie bei Austritt aus der Klinik mit Hilfe des Brief Symptom Inventory (BSI) erfasst. Das BSI ist ein indirektes Veränderungsmaß und eignet sich insbesondere für die Beurteilung der allgemeinen psychischen Belastung mit Hilfe des Global Severity Index (GSI) - ein Mittelwert über 9 Skalen zur Erfassung der Ausprägung unterschiedlicher psychopathologischer Auffälligkeiten (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus).

Die Werte des BSI können im Bereich von 0-4 liegen, wobei höhere Werte eine stärkere psychische Beeinträchtigung anzeigen. Der Trennwert zwischen psychisch gesunden und kranken Personen



liegt bei 0.54, d.h. Personen mit einem Wert über 0.54 können als behandlungsbedürftig angesehen werden.

Unter Anwendung dieses Kriteriums waren bei Eintritt in die Klinik 60 der 77 Personen (78%), von denen Angaben zum GSI vorhanden waren, behandlungsbedürftig. Bei Übertritt in die Doppeldiagnosebehandlung waren dies 36 von 55 Personen (65%), bei Austritt waren dies 18 von 40 Personen (45%).

### **3. Erleben die PatientInnen einen positiven Behandlungsprozess (zieldienlich, unterstützend, zufriedenstellend)?**

#### PatientInnenzufriedenheit

Mit Hilfe eines Fragebogens im Umfang von 40 Items wurden bei Austritt die Zufriedenheit der PatientInnen mit dem Aufenthalt in der Klinik, mit einzelnen Aspekten der Behandlung sowie der Behandlung insgesamt erhoben. Die Zufriedenheitswerte können im Bereich von 1 bis 4 liegen, wobei ein höherer Wert eine geringere Zufriedenheit repräsentiert. Die Mittelwerte der vorliegenden 43 Bewertungen zur PatientInnenzufriedenheit liegen zwischen 1.0 und 2.5 (Median: 1.35), also insgesamt im sehr guten Bereich. Der Anteil der PatientInnen welche völlig zufrieden oder eher zufrieden mit der Behandlung sind (Werte < 2.5) liegt bei 98% und damit über dem im Evaluationskonzept definierten Wirkungsziel von 80%.

#### Therapeutische Arbeitsbeziehung

Eine Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung erfolgte während der Behandlung in regelmässigen Abständen anhand der Session Rating Scale (SRS). Diese erfasst den Grad der Übereinstimmung des Patienten/der Patientin mit dem Berater in Bezug auf Ziele und Themen sowie in Bezug auf die eingesetzten Methoden und den Beratungsansatz. Weiterhin erfolgt eine Bewertung der allgemeinen therapeutischen Beziehung und der zurückliegenden Therapiesitzung. Der Wertebereich für diese vier Bewertungsdimensionen kann dabei jeweils zwischen -2 und +2 liegen, wobei Werte von +1 und +2 eine positive Einschätzung widerspiegeln.

Anhand der Angaben von 55 PatientInnen erfolgte ein Vergleich der ersten Einschätzung während der Behandlung mit der jeweils letzten. Dieser ergab für die allgemeine therapeutische Beziehung eine Zunahme der positiven Einschätzungen von 96% (erste Sitzung) auf 100% (letzte Sitzung). Bei der Bewertung der zurückliegenden Therapiebesitzung ergab sich eine Zunahme der positiven Einschätzungen von 95% auf 98%, bei der Übereinstimmung in Bezug auf Themen und Ziele von 93% auf 98%, bei der Übereinstimmung hinsichtlich der eingesetzten Methoden von 93% auf 96%.

#### Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer entspricht dem Zeitraum zwischen Eintritt und Austritt in die Klinik Selhofen (inkl. Abklärung/Diagnostik). Auf Grundlage der Daten von 84 PatientInnen variierte diese zwischen 7 und 134 Tagen. Im Mittel lag diese bei 55.8 Tagen (Standardabweichung SD=32.8 Tage).

#### Wartezeit bis Beginn der Doppeldiagnosebehandlung

Zur Wartezeit nach abgeschlossener Abklärung und Diagnostik bis zum Beginn der Doppeldiagnosebehandlung liegen Daten von 85 PatientInnen vor. Die Wartezeit lag in allen



Fällen bei 0 Tagen, da die spezifische Behandlung immer gleich nach Abschluss der Diagnostik aufgenommen werden konnte. Die Wartezeit bzw. Abklärungszeit vom Eintritt in die Klinik bis zum Start der Doppeldiagnosebehandlung variierte zwischen 0 und 112 Tagen und lag im Mittel bei 13.4 Tagen (Standardabweichung  $SD=21.8$  Tage). Damit konnte der im Evaluationskonzept definierte Sollwert von 25 Tagen Wartefrist unterschritten werden.

#### Behandlungsdauer in Doppeldiagnosebehandlung

Die Behandlungsdauer innerhalb der Doppeldiagnosebehandlung entspricht dem Zeitraum zwischen Start der Doppeldiagnosebehandlung (nach Diagnostik) und dem Austritt aus der Klinik Selhofen. Dieser Zeitraum betrug auf Grundlage der Daten von 84 PatientInnen zwischen 3 und 113 Tagen und lag im Mittel bei 38.0 Tagen (Standardabweichung  $SD=30.9$  Tage).

#### Rückfall

Zu einem möglichen Rückfall während der Behandlung liegen Daten von 83 PatientInnen vor. Während 63 PatientInnen (76%) keinen Rückfall hatten, zeigte sich bei 20 PatientInnen (24%) ein Rückfall mit Entlassung aus der Klinik.

#### Behandlungsabschluss

Zum Behandlungsabschluss liegen Daten von 84 der 85 behandelten PatientInnen vor. In 50 Fällen (60%) erfolgte ein regulärer Austritt, in 23 Fällen (27%) eine disziplinarische Entlassung und in 11 Fällen (13%) ein Abbruch der Behandlung. Der Anteil der regulären Austritte (59%) lag damit über dem im Evaluationskonzept definierten Sollwert von 55%.

#### Anschlussbehandlung

Zur Anschlussbehandlung liegen ebenfalls Daten von 84 der behandelten 85 PatientInnen vor. In 41 Fällen (49%) erfolgte eine ambulante, in 11 Fällen (13%) eine stationäre Anschlussbehandlung. Keine professionelle Anschlussbehandlung erfolgte bei 30 PatientInnen (36%). Einmal (1%) erfolgte eine Verlegung in eine somatische Klinik, einmal (1%) eine Verlegung in die Psychiatrie. Der Anteil der PatientInnen mit Anschlussbehandlung lag somit insgesamt bei 64% und damit über dem im Evaluationskonzept definierten Sollwert von 55%.

#### Abschluss eines Entzugs

Bei 72 (86%) von 84 PatientInnen mit vorliegenden Daten wurde ein Entzug während der Behandlung abgeschlossen. In 12 Fällen (14%) wurde der Entzug nicht abgeschlossen.

## **4. Werden die übergeordneten Ziele der Behandlung (Stabilisierung) erreicht?**

#### Veränderung des Verhaltens und Erlebens

Der VEV-VW (Veränderungsfragebogen des Verhaltens und Erlebens) wurde als direktes Veränderungsmaß zur Beurteilung der Veränderung des psychischen Befindens aus Patientensicht zu zwei Zeitpunkten vorgegeben: (1) bei Übertritt in die Doppeldiagnosebehandlung und (2) bei Austritt. Die Werte des VEV-VW können zwischen 27 und 189 liegen, wobei Werte über 108 positive



Veränderungen, Werte unter 108 negative Veränderungen im psychischen Befinden repräsentieren.

Bei Übertritt in die Doppeldiagnosebehandlung wurde der VEV-VW von 55 PatientInnen ausgefüllt; die Werte lagen im Bereich von 44 bis 189 bei einem Median von 140.0. Bei Austritt wurde der VEV-VW von 37 PatientInnen ausgefüllt, wobei die Werte zwischen 101 und 189, bei einem Median von 157.0, lagen. Insgesamt berichteten 35 von 37 PatientInnen (95%) bei Austritt eine positive Veränderung ihres psychischen Befindens.

#### Veränderung der psychischen Beeinträchtigung

Der Global Severity Index (GSI) des Brief Symptom Inventory (BSI) wurde als indirektes Veränderungsmaß für die Beurteilung der allgemeinen psychischen Belastung (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) eingesetzt. Für den GSI wurden Veränderungen für die einzelnen PatientInnen auf Grundlage des Konzepts der reliablen/klinisch signifikanten Veränderungen berechnet.

Eine *klinisch signifikante Verbesserung* liegt demnach vor, wenn sich die Symptomatik eines Patienten statistisch signifikant verbessert hat und es eine Verbesserung der Symptomatik vom dysfunktionalen zum funktionalen Normbereich gab. Eine *reliable Verbesserung* liegt vor, wenn sich die Symptomatik eines Patienten statistisch signifikant verbessert hat, ohne dass ein Wechsel vom non-funktionalen zum funktionalen Normbereich stattgefunden hat.

Es liegen GSI-Daten von 37 PatientInnen bei Eintritt und Austritt vor. Dabei ergab sich in 11 Fällen (30%) eine klinisch signifikante Verbesserung der Symptomatik, in 18 Fällen (49%) eine reliable Verbesserung der Symptomatik und in 8 Fällen (22%) keine Verbesserung der Symptomatik. Bei Übertritt in die Doppeldiagnosebehandlung und Austritt liegen GSI-Daten von 29 PatientInnen vor. Dabei ergab sich zwischen Übertritt und Austritt in 5 Fällen (17%) eine klinisch signifikante Verbesserung der Symptomatik, in 14 Fällen (48%) eine reliable Verbesserung der Symptomatik und in 10 Fällen (35%) keine Verbesserung der Symptomatik.

#### Veränderung der allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt die individuelle Erwartung, aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen erfolgreich selbst ausführen zu können, z.B. Probleme zu lösen, Ziele zu verwirklichen oder mit Schwierigkeiten umzugehen. Diese Erwartung wurde anhand eines Fragebogens mit 10 Items bei Eintritt, Übertritt in die Doppeldiagnosebehandlung und Austritt erfasst. Eine mittlere Selbstwirksamkeitserwartung über 2.5 (Wertebereich 1-4) zeigt, dass eine Person überwiegend zuversichtlich ist aufgrund eigener Kompetenzen gewünschte Handlungen selbst ausführen zu können.

Es liegen Daten von 24 PatientInnen vor, bei denen die Selbstwirksamkeitserwartung zu allen drei Zeitpunkten erfasst werden konnte. Während bei Eintritt 11 von 24 Personen (46%) eine eher positive Selbstwirksamkeitserwartung hatten, waren dies beim Übertritt 14 (58%) und beim Austritt 18 (75%).

Betrachtet man die 33 PatientInnen, bei denen die Selbstwirksamkeitserwartung bei Eintritt und Austritt erfasst werden konnte, hatten bei Eintritt 16 (48%) und bei Austritt 23 (70%) eine eher positive Selbstwirksamkeitserwartung.



## 5. Werden die individuellen Therapieziele erreicht?

### Zielerreichungsskala

Beim Beginn der Behandlung bestimmen PatientIn und TherapeutIn gemeinsam welche individuellen Therapieziele erreicht werden sollen. Die individuellen Ziele werden jeweils getrennt für den Suchtbereich, den psychischen Bereich und den sozialen Bereich festgelegt. Am Ende der Doppeldiagnosebehandlung wird die Zielerreichung auf der Zielerreichungsskala (Goal Attainment Scale – GAS) bewertet.

Die Zielerreichung wird dabei zwischen -2 (Verschlechterung, z.B. „ich bin nur noch am Konsumieren, gehe nicht mehr zur Arbeit und packe nichts mehr an“) und +4 (Zielzustand vollständig erreicht, z.B. „ich kenne Risikosituationen und Auslösersituationen, ich gestalte meine Wochenenden sinnvoll“) eingestuft, wobei 0 keine Veränderung bedeutet (z.B. „in schwierigen Situationen flüchte ich mich in die Drogen und verdränge meine Probleme damit; ich verbringe meine Wochenenden mit konsumieren“). Eine bewertete Zielerreichung von +2 und höher wird als Indikator für Behandlungserfolg angesehen.

Auf Grundlage der GAS-Austrittsbewertungen von 45 PatientInnen konnten 39 (90%) das suchtspezifische Behandlungsziel und 37 (84%) das psychische Behandlungsziel erreichen. Auf Grundlage der Daten von 44 PatientInnen konnten 41 (93%) das Behandlungsziel im sozialen Bereich erreichen. Der Mittelwert hinsichtlich der Zielerreichung über die 3 Zielbereiche hinweg lag bei 37 PatientInnen (82%) bei 2.0 und höher. Das im Evaluationskonzept definierte Wirkungsziel der Zielerreichung von mindestens 55% der PatientInnen wurde damit erreicht.

### Zieleinschätzung durch PatientInnen und FallmanagerInnen

Zur Bewertung der Zielerreichung liegen 57 auswertbare Datensätze von PatientInnen und 84 Datensätze von FallmanagerInnen vor. 49 (86%) PatientInnen und 65 (77%) FallmanagerInnen gaben an, dass innerhalb der Behandlung „einiges“, „viel“, „sehr viel“ oder das Ziel „vollständig“ erreicht wurde.

Abbildung 3 zeigt die Antworthäufigkeiten zur Einschätzung der Zielerreichung durch PatientInnen und FallmanagerInnen.

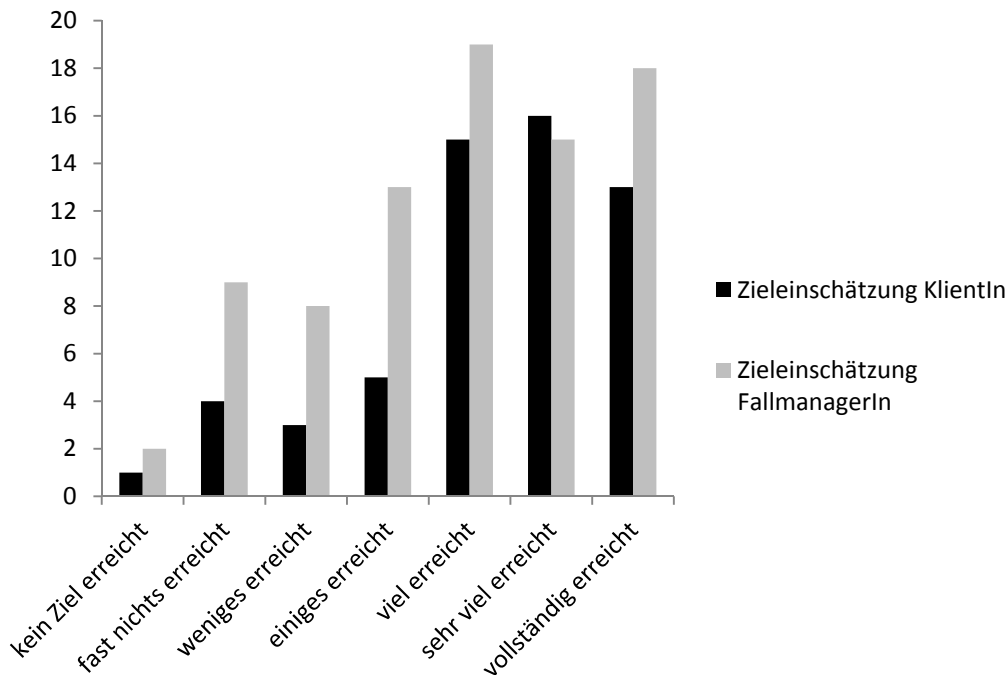


Abbildung3: Antworthäufigkeiten zur Einschätzung der Zielerreichung durch PatientInnen und FallmanagerInnen.

## 6. Ist das Angebot nachhaltig wirksam - Ergebnisse der Nachbefragung nach 3 Monaten

### PatientInnenzufriedenheit

Mit Hilfe von 4 Items wurde bei der Nachbefragung nach 3 Monaten die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Behandlung und dem Aufenthalt in der Klinik erhoben. Von den 22 Befragten berichteten 20 (91%), sie hätten die Behandlung erhalten die sie wollten und ihnen hätte der Aufenthalt geholfen. 21 (95%) berichteten, sie würden die Klinik weiterempfehlen. Auf die Frage, ob sie wieder in die Klinik kommen würden wenn notwendig, antworteten 18 PatientInnen (82%) mit „ja“, 4 PatientInnen (25%) dagegen mit „nein“. Abbildung 4 zeigt die Anzahl der Antworthäufigkeiten auf die Fragen zur PatientInnenzufriedenheit.

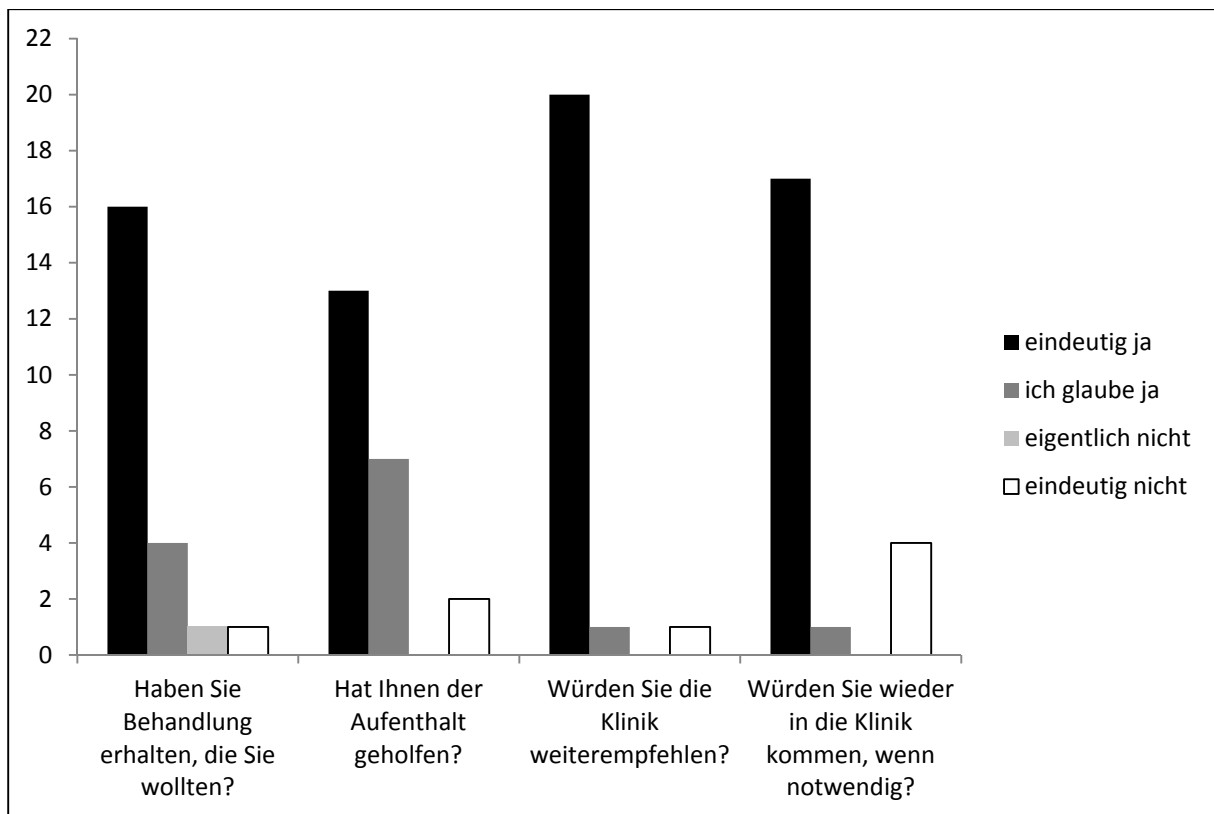


Abbildung4: Antworthäufigkeiten auf Fragen zur PatientInnenzufriedenheit.

#### Wohlbefinden und Gesundheitszustand im Verlauf

Das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden sowie der subjektiv erlebte allgemeine Gesundheitszustand wurden bei Eintritt, Austritt und Nachbefragung jeweils über eine einzelne Frage erfasst. Diese Fragen wurden allerdings erst seit Juni 2010 vorgegeben. Es liegen Daten von 9 PatientInnen zu den Zeitpunkten Eintritt, Austritt und Katamnese vor.

Die Abbildungen 5-8 zeigen eine deutliche Verbesserung des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens sowie des subjektiv erlebten allgemeinen Gesundheitszustandes zwischen Eintritt und Austritt, sowie auch zwischen Eintritt und Nachbefragung. In allen Bereichen zeigen sich zwischen dem Austritt und der Nachbefragung wieder leichte Verschlechterungen.

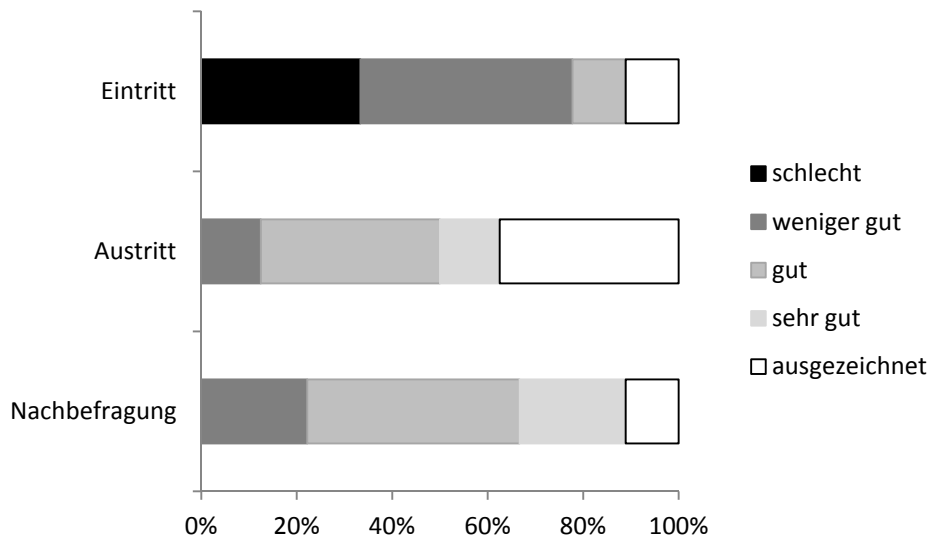


Abbildung 5: Körperliches Wohlbefinden im Verlauf (n=9)

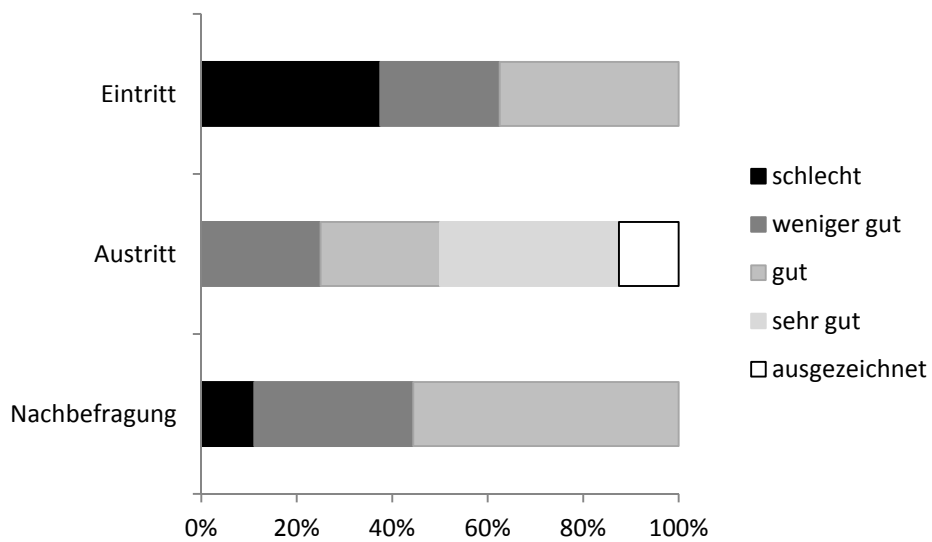


Abbildung 6: Psychisches Wohlbefinden im Verlauf (n=9)

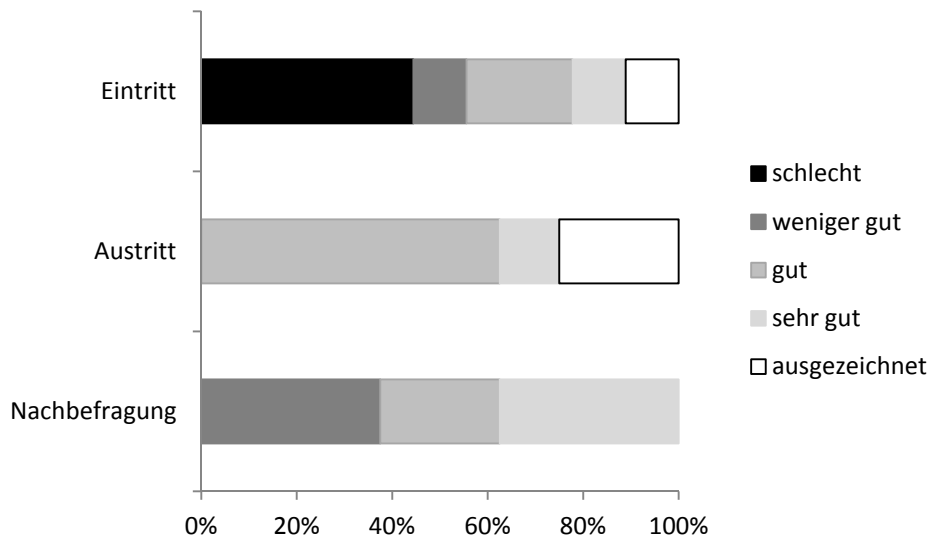


Abbildung 7: Soziales Wohlbefinden im Verlauf (n=9)

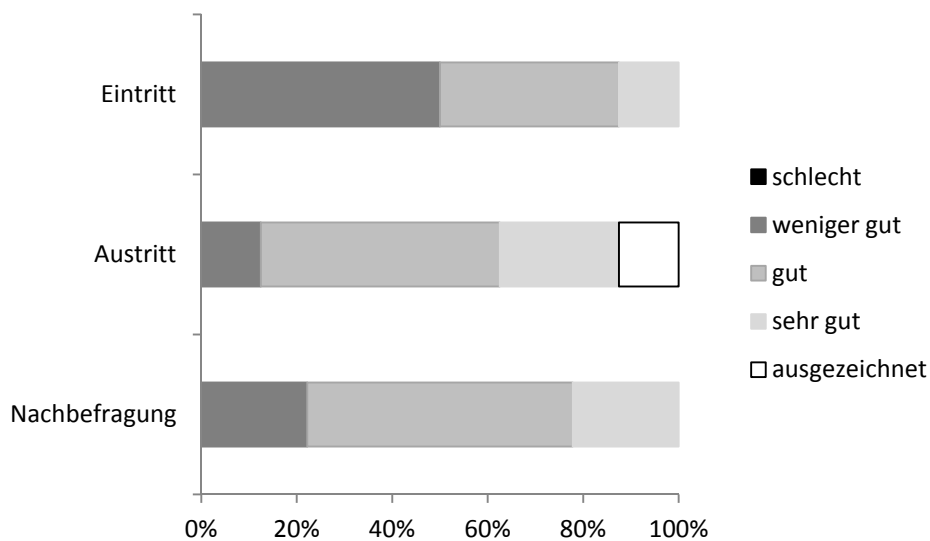


Abbildung 8: Allgemeiner Gesundheitszustand im Verlauf (n=9)

### Konsumierte Substanzen im Verlauf

Die Anzahl und Häufigkeit konsumierter Substanzen wurden bei Eintritt in die Klinik und bei der Nachbefragung erhoben. Die Abbildungen 9 und 10 zeigen für 20 PatientInnen, für die entsprechende Daten zu beiden Erhebungszeitpunkten vorliegen, die Häufigkeit des Substanzkonsums. Dabei zeigt sich bei allen Substanzen eine Abnahme des täglichen oder fast täglichen Konsums. Fasst man die Häufigkeiten in den Kategorien „täglicher oder fast täglicher Konsum“ und „mindestens wöchentlicher Konsum“ zusammen, so war der Konsum bei allen Substanzen seltener zum Zeitpunkt der Nachbefragung als bei Aufnahme.

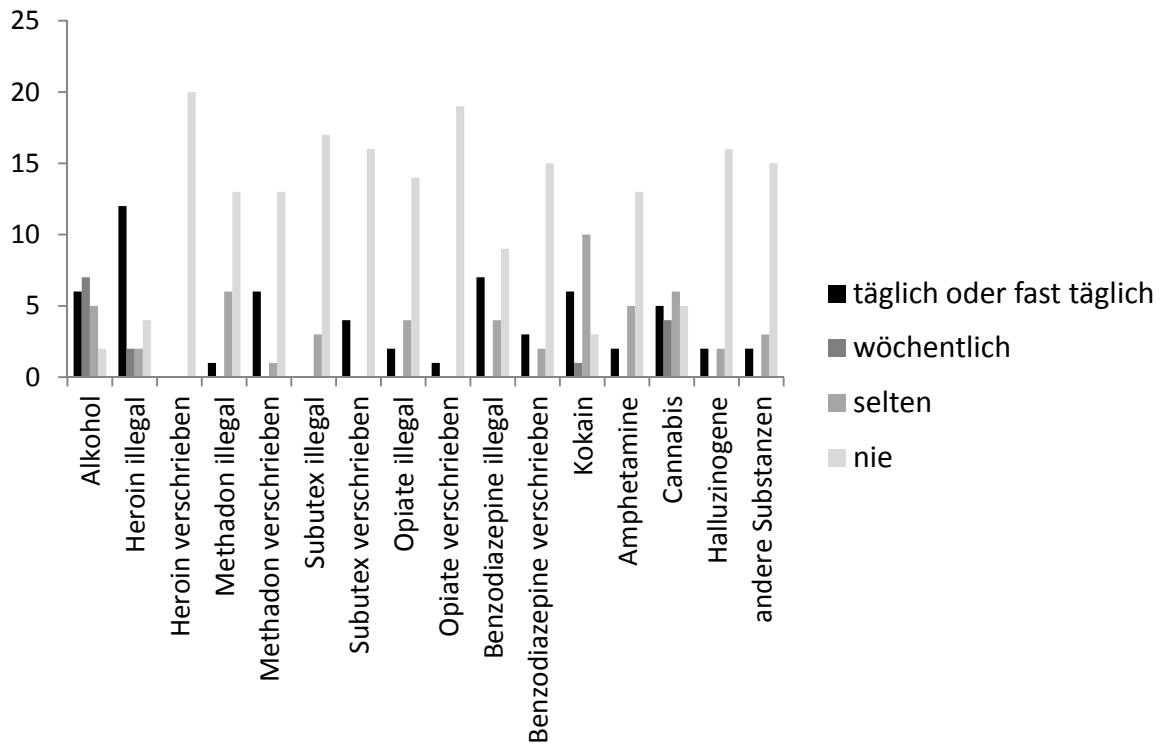


Abbildung 9: Häufigkeit des Substanzkonsums bei Eintritt (n=20)

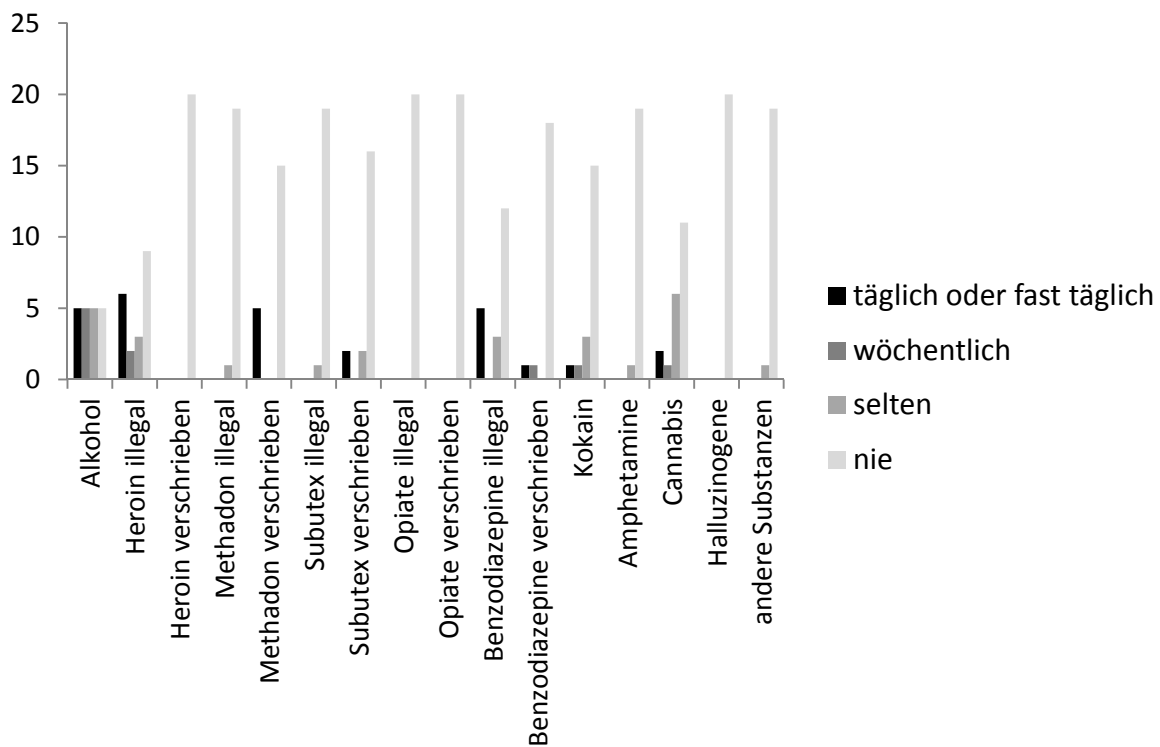


Abbildung 10: Häufigkeit des Substanzkonsums bei der Nachbefragung (n=20)

## 7. Individuelle Verläufe bei Wiederbehandlungen

Innerhalb des Berichtszeitraums erfolgte bei 21 PatientInnen ein wiederholter Eintritt in die Doppeldiagnosebehandlung. Auf Grundlage der vorliegenden Eintrittsdaten von 15 bzw. 16 PatientInnen wurde exploriert, inwieweit sich bei wiederholt aufgenommenen PatientInnen das psychische Befinden, die Selbstwirksamkeit und der Substanzkonsum zwischen Ersteintritt in die Doppeldiagnosebehandlung und Wiedereintritt unterscheiden.

Für die psychische Beeinträchtigung erfasst über den Gesamtbeeinträchtigungsschwerescore des Brief Symptom Inventory (BSI) zeigte sich bei der Zweitbehandlung eine tendenzielle geringere Beeinträchtigung beim Eintritt (siehe Abbildung 11). Eine Überprüfung anhand eines t-Tests für abhängige Stichproben ergab jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied ( $t=.69, p=.50$ ).

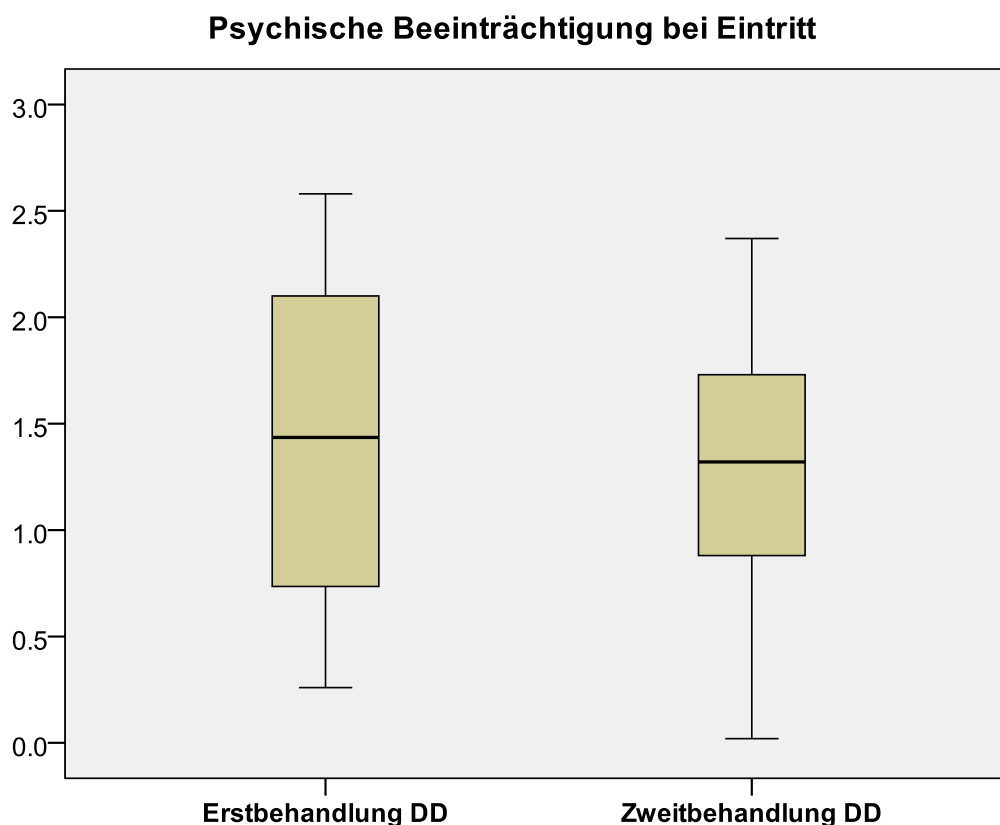


Abbildung 11: Psychische Beeinträchtigung erfasst über das Brief Symptom Inventory (BSI) beim ersten und zweiten Eintritt in die Doppeldiagnosebehandlung ( $n=16$ ). Die Boxplots stellen jeweils das 10., 25., 50., 75. und 90. Perzentil dar.

Bei der Selbstwirksamkeitserwartung beim Eintritt zeigten sich bei der Zweitbehandlung im Vergleich zur Erstbehandlung tendenzielle höhere Werte (siehe Abbildung 12). Eine Überprüfung anhand eines t-Tests für abhängige Stichproben ergab jedoch ebenfalls keinen statistisch signifikanten Unterschied ( $t=.16, p=.88$ ).

### Selbstwirksamkeitserwartung bei Eintritt



Abbildung 12: Selbstwirksamkeitserwartung beim ersten und zweiten Eintritt in die Doppeldiagnosebehandlung (n=15). Die Boxplots stellen jeweils das 10., 25., 50., 75. und 90. Perzentil dar.

Vergleicht man den Substanzkonsum zwischen dem Ersteintritt und dem Zweiteintritt in die Doppeldiagnosebehandlung ergeben sich jeweils nur minimale Unterschiede in der Konsumhäufigkeit bei den einzelnen Substanzen (siehe Abbildungen 13 und 14).



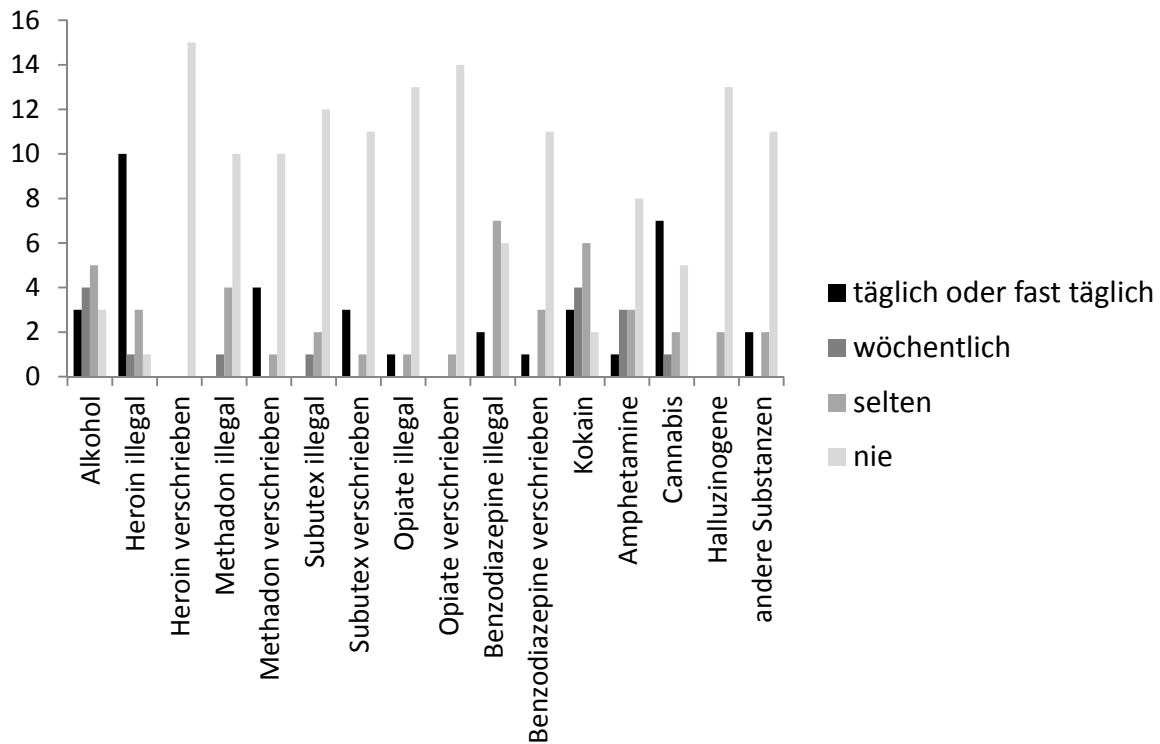


Abbildung 13: Häufigkeit des Konsums verschiedener Substanzen beim Ersteintritt in die Doppeldiagnosebehandlung (n=15).

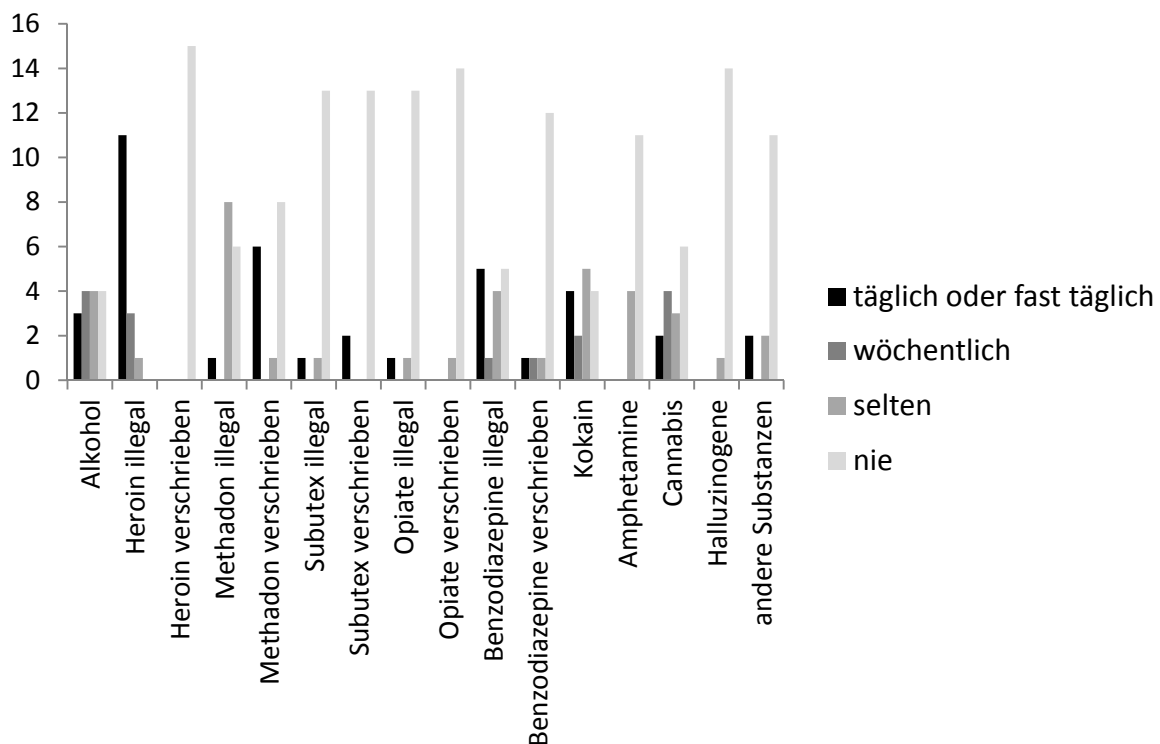


Abbildung 14: Häufigkeit des Konsums verschiedener Substanzen beim zweiten Eintritt in die Doppeldiagnosebehandlung (n=15).

## 8. Gibt es Prädiktoren für ein positives Behandlungsergebnis?

Im Folgenden wurde der Frage nachgegangen, ob sich das Behandlungsergebnis zwischen PatientInnen in Abhängigkeit von soziodemografischen, behandlungs- gesundheits- und substanzbezogenen Variablen unterscheidet. Anhand von Regressionsmodellen wurde überprüft, inwieweit sich ein positives Behandlungsergebnis operationalisiert über (1) einen regulären Austritt (2) eine positive Einschätzung hinsichtlich der Zielerreichung durch den Fallmanager vorhersagen lassen.

In den Regressionsanalysen wurden die folgenden bei Eintritt erhobenen Variablen als Prädiktoren zunächst jeweils separat innerhalb von bivariaten Modellen getestet: (1) Geschlecht, (2) Alter, (3) Nationalität (Schweiz vs. andere Nationalität), (4) Aufenthalt in der Klinik (Erstbehandlung vs. Folgebehandlung), (5) Substitution bei Eintritt, (6) Freiwilligkeit der Behandlung, (7) Zivilstand, (8) Wohnsituation, (9) Arbeitssituation, (10) primäre soziale Kontakte, (11) Legalverhalten, (12) Hauptsuchtmittel, (13) Politoxikomanie, (14) Diagnose aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen, (15) Stärke der Komorbidität von Sucht- und psychischer Störung, (16) psychische Beeinträchtigungsschwere gemäss Brief Symptom Inventory, (17) Selbstwirksamkeitserwartung, (18) Wartezeit zwischen Eintritt und Beginn der Doppeldiagnosebehandlung.

Anschliessend wurden signifikante Prädiktoren ( $p < .10$ ) der bivariaten Regressionsmodelle innerhalb eines gemeinsamen Regressionsmodells überprüft, um mögliche Korrelationen der Prädiktoren zu berücksichtigen. Im Folgenden werden signifikante Prädiktoren ( $p < .10$ ) aus den gemeinsamen Regressionsmodellen berichtet und dargestellt.

### Prädiktoren für einen regulären Austritt

Die Daten von 84 PatientInnen konnten verwendet werden, um einen regulären Austritt (vs. Abbruch oder Entlassung) aus der Klinik vorherzusagen. Folgende Variablen konnten als Prädiktoren für einen regulären Austritt identifiziert werden: (1) keine Substitution bei Eintritt, (2) primäre soziale Kontakte.

Von den 44 PatientInnen mit Substitution bei Eintritt hatten 22 (50%) einen regulären Austritt, unter den 40 PatientInnen ohne Substitution bei Eintritt hatten 28 (70%) einen regulären Austritt, d.h. keine Substitution bei Eintritt war mit einem regulären Austritt assoziiert (siehe Abbildung 15).

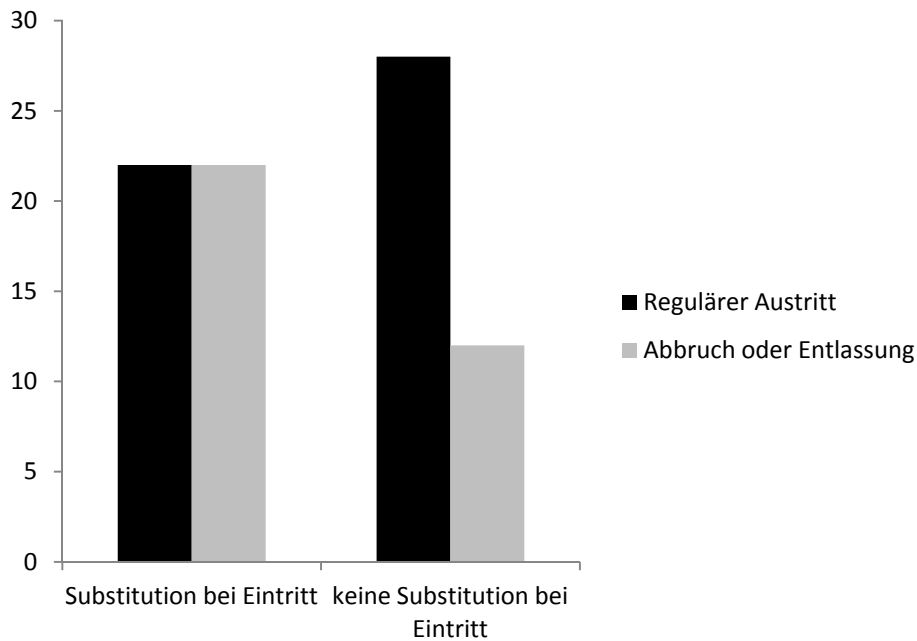


Abbildung 15: Häufigkeit regulärer und irregulärer Austritte in Abhängigkeit von einer Substitution bei Eintritt (n=84).

Bestand der primäre soziale Kontakt des Patienten/der Patientin bei Eintritt in einem cleanen Partner/einer cleanen Partnerin, erfolgte in 9 von 10 Fällen (90%) ein regulärer Austritt. War der Partner/die Partnerin suchtmittelabhängig, erfolgte in 11 von 18 Fällen (61%) ein regulärer Austritt. Bestand der primäre Kontakt in cleanen KollegInnen, erfolgte in 6 von 6 Fällen (100%) ein regulärer Austritt, bei suchtmittelabhängigen Kolleginnen in 10 von 19 Fällen (53%). War die Herkunftsfamilie der primäre soziale Kontakt, erfolgte in 11 von 22 Fällen (50%) ein regulärer Austritt, waren die eigenen Kinder der primäre soziale Kontakt, erfolgte in 1 von 3 Fällen (33%) ein regulärer Austritt. War eine geringe soziale Einbindung vorhanden, erfolgte in 1 von 5 Fällen (20%) ein regulärer Austritt (siehe Abbildung 16).

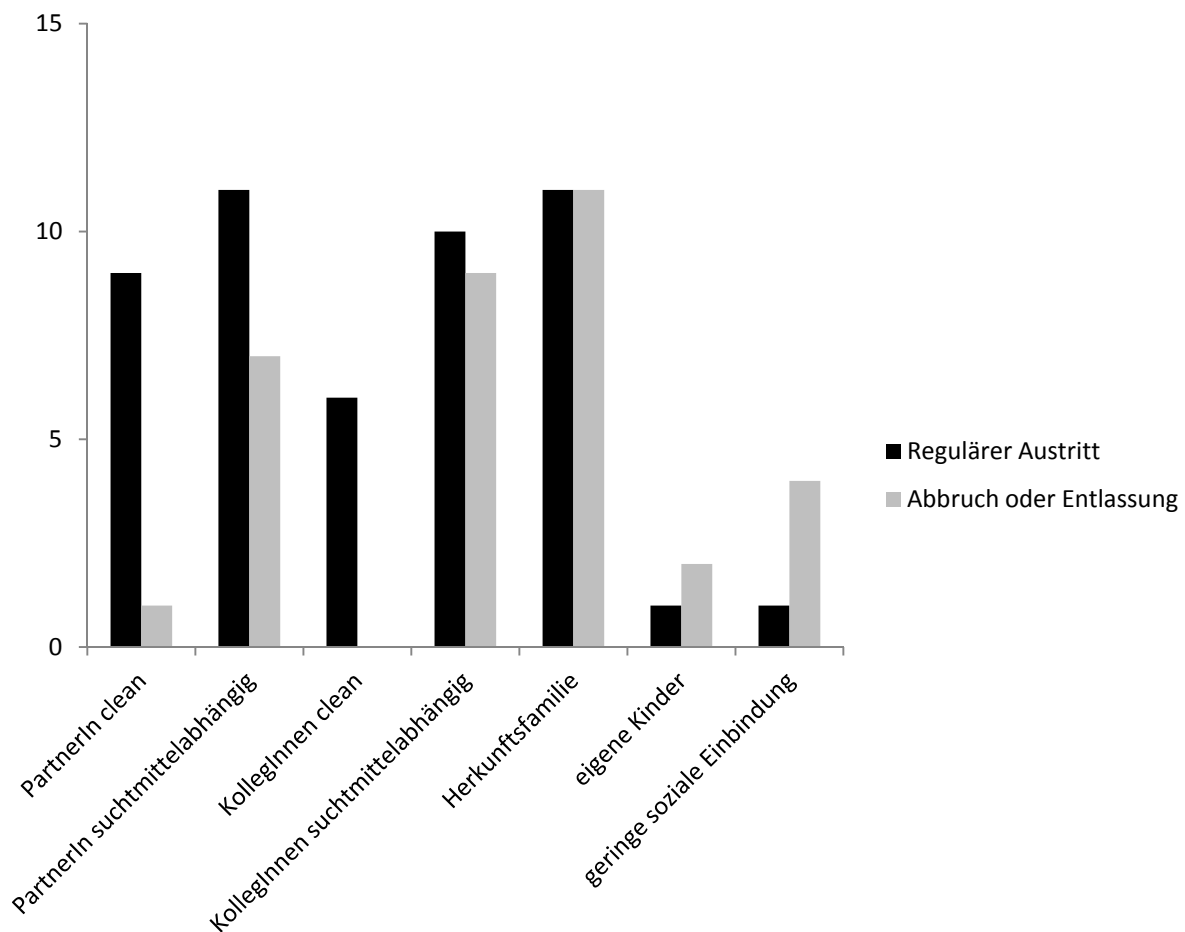


Abbildung 16: Häufigkeit regulärer und irregulärer Austritte in Abhängigkeit vom primären sozialen Kontakt der Patientin/des Patienten bei Eintritt (n=84).

### Prädiktoren für die Zielerreichung

Die Daten von 84 PatientInnen konnten verwendet werden, um eine positive Zielerreichung aus Sicht des Fallmanagers/ der Fallmanagerin (einiges, viel, sehr viel oder Ziel vollständig erreicht vs. kein Ziel, fast nichts oder wenig erreicht) vorherzusagen. Dabei konnte eine geringere Komorbiditätsstärke von psychischer Störung und Suchtstörung als Prädiktor für eine positive Zielerreichung identifiziert werden (siehe Abbildung 17).

Während bei einer geringen oder mittelstarken Komorbidität 22 von 25 PatientInnen (88%) zumindest einiges erreichen konnten, waren dies bei PatientInnen mit starker Komorbidität 36 von 47 (77%) und bei PatientInnen mit sehr starker Komorbidität 7 von 12 (58%).

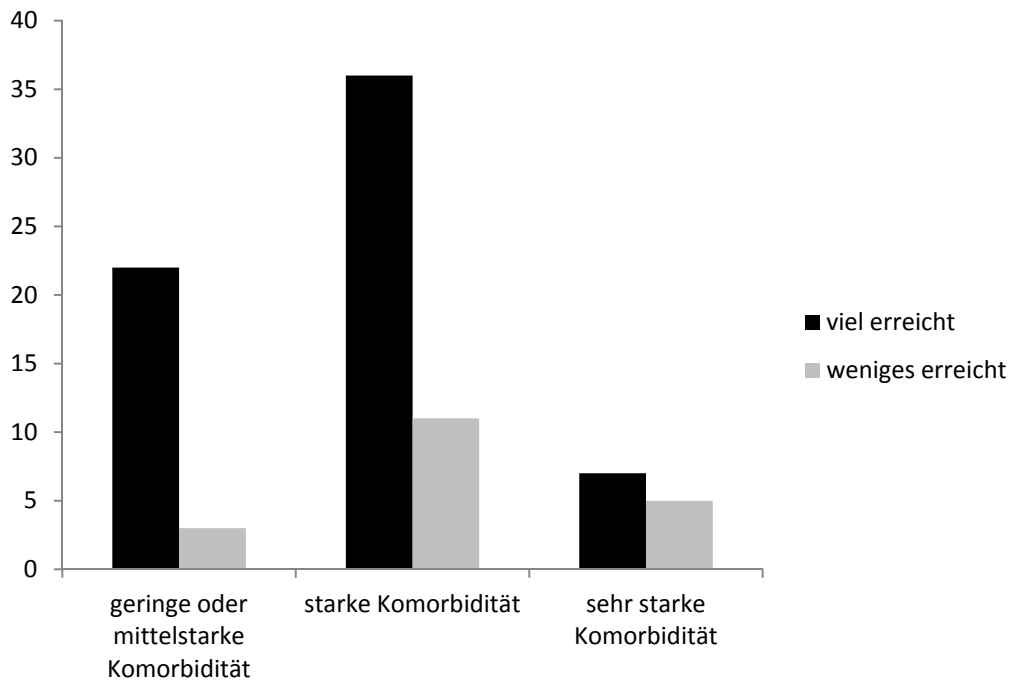


Abbildung 17: Häufigkeit der Zielerreichung aus Sicht des Fallmanagers/der Fallmanagerin in Abhängigkeit von der Komorbiditätsstärke von psychischer Störung und Suchtstörung (n=84).

## 9. Sind die Zuweisenden und Nachbehandelnden zufrieden mit dem Angebot und der Zusammenarbeit?

### Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Von 90 zuweisenden bzw. nachbehandelnden Institutionen liegen Bewertungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen vor (siehe Abbildung 18). Die Zuweiser und Nachbehandler bewerten die Zusammenarbeit mit der Klinik Selhofen in allen Bereichen überwiegend positiv. Am ehesten Verbesserungsbedarf besteht nach Ansicht der zuweisenden und nachbehandelnden Institutionen in deren Einbezug in die Behandlung.

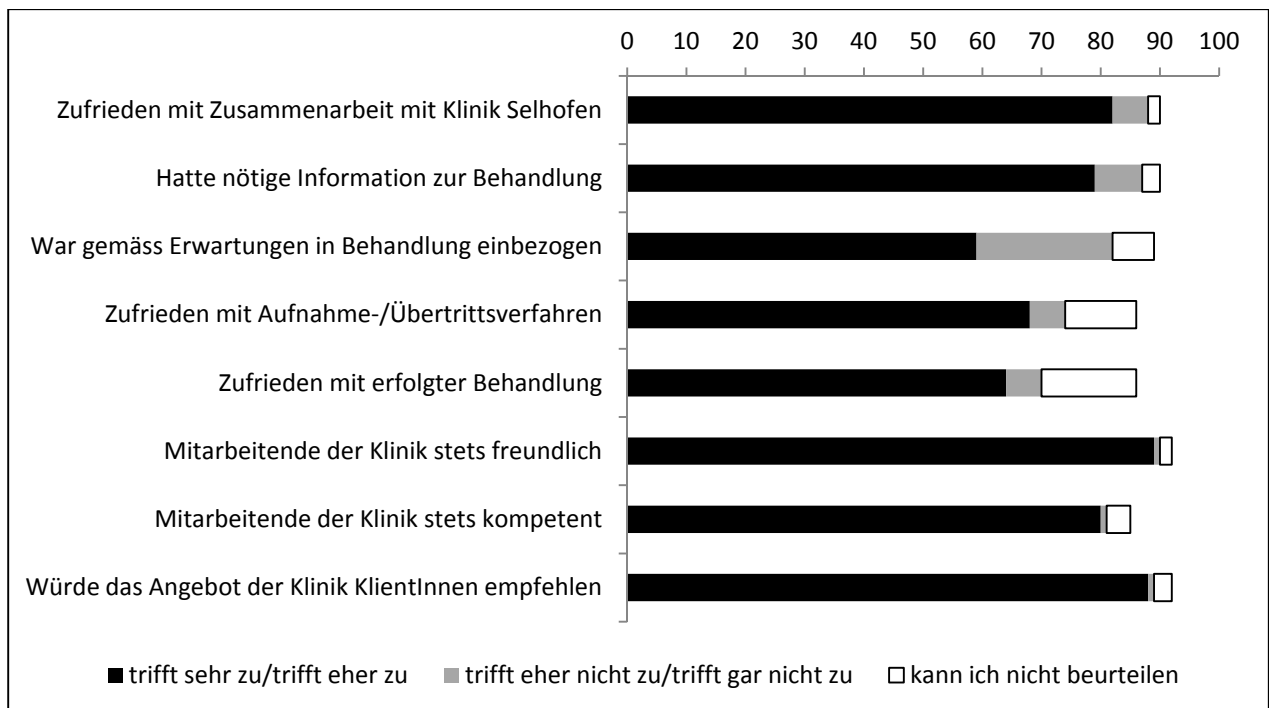


Abbildung 18: Bewertungen der Klinik Selhofen durch zuweisende und nachbehandelnde Institutionen. Werte entsprechen Antworthäufigkeiten.

#### Bekanntheit von Programmen der Klinik Selhofen

Das Programm Doppeldiagnosebehandlung ist bei 56% der zuweisenden bzw. nachbehandelnden Stellen mit auswertbaren Daten bereits gut bekannt (siehe Abbildung 19) und damit ähnlich gut bekannt wie das Integrationsprogramm. Im Vergleich zum Stabilisierungsprogramm (65%) und dem Entzugsprogramm (90%) ist dessen Bekanntheit jedoch noch geringer.

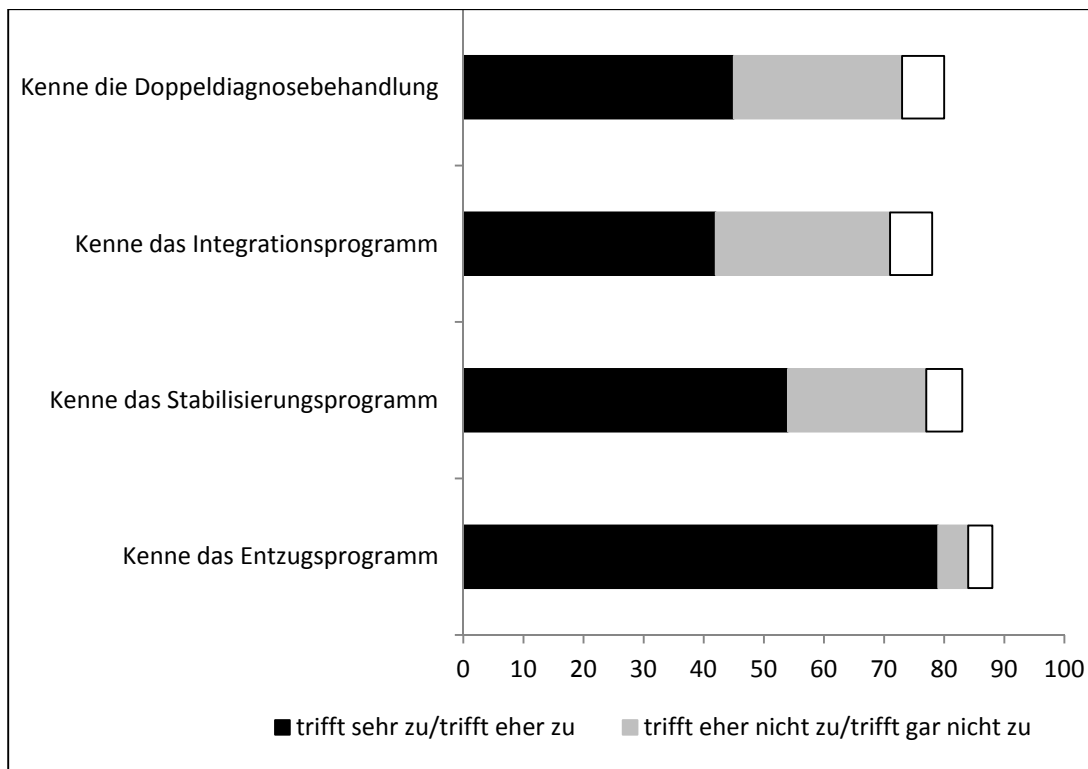


Abbildung 19: Bekanntheit von Programmen der Klinik Selhofen. Werte entsprechen Antworthäufigkeiten.

## Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Vorliegender Bericht stellt die Evaluationsergebnisse des Pilotprojekts „Doppeldiagnosebehandlung der Klinik Selhofen“ dar. Im Pilotzeitraum von 2010-2012 wurden 85 PatientInnen in die Doppeldiagnosebehandlung aufgenommen. Die mittlere Behandlungsdauer innerhalb der Doppeldiagnosebehandlung lag bei 38 Tagen, variierte jedoch sehr stark von 3 bis 113 Tagen. Die Auslastung der vier für die Doppeldiagnosebehandlung vorgesehenen Betten war mit 108% sehr hoch. Dennoch konnte der überwiegende Anteil der Patientinnen und Patienten ohne längere Wartezeiten (im Mittel 13.4 Tage) in die Behandlung aufgenommen werden. Ein grosser Anteil der PatientInnen (61%) war bereits früher zu Behandlung in der Klinik Selhofen.

Die PatientInnen innerhalb der Doppeldiagnosebehandlung waren etwas häufiger männlich (60%) und im Mittel 29 Jahre alt. Der Konsum von Opioiden stellte bei mehr als zwei Drittel der PatientInnen (69%) das primäre Suchtproblem dar. Zusätzlich hatten, basierend auf der ICD-Diagnostik alle PatientInnen eine behandlungsbedürftige psychische Problematik, überwiegend aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Auch die subjektiv erlebte psychische Beeinträchtigung aus PatientInnensicht lag bei 78% aller PatientInnen im behandlungsbedürftigen Bereich. Bei 86% der PatientInnen wurde ein Entzug während der Behandlung abgeschlossen. Der Anteil der regulären Austritte lag bei 59%. Bei knapp zwei Drittel der PatientInnen (64%) wurde eine Anschlussbehandlung nach Ende der Doppeldiagnosebehandlung organisiert.

Die therapeutische Arbeitsbeziehung wurde von nahezu allen PatientInnen bereits zu Beginn der Behandlung positiv bewertet und verbesserte sich in deren Verlauf. Auch die Behandlungszufriedenheit der PatientInnen, welche bei Austritt einen Fragebogen ausfüllten, war sehr hoch. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass bei PatientInnen mit Abbruch oder disziplinarischer Entlassung dazu häufig Daten fehlen. So liegen von 70% der PatientInnen mit regulärem Austritt aber nur von 24% der PatientInnen mit Abbruch oder disziplinarischer Entlassung Daten zur PatientInnenzufriedenheit vor.

Die vorliegenden PatientInnenangaben bei Austritt und zum Zeitpunkt der Nachbefragung nach drei Monaten zeigen insgesamt eine deutliche Verbesserung der psychischen und suchtbezogenen Problematik. Allerdings ist auch hier mit einer Verzerrung durch häufigeren Kontaktverlust bei PatientInnen mit irregulären Austritten zu rechnen. Die Angaben der FallmanagerInnen deuten darauf hin, dass bei 3 von 4 PatientInnen (77%) hinsichtlich des individuellen Therapieziels mindestens einiges erreicht werden konnte.

Die zuweisenden und nachbehandelnden Institutionen bewerteten die Zusammenarbeit mit der Klinik in allen Bereichen überwiegend sehr gut oder gut und auch das Doppeldiagnosebehandlungsprogramm ist über der Hälfte (56%) der kooperierenden Stellen bekannt.

Betrachtet man die Pilotphase 2010-2012, so konnten alle sechs im Evaluationskonzept definierten Leistungs- und Wirkungsziele durch die Klinik Selhofen erreicht werden. Diese sind in folgender Tabelle zusammenfassend dargestellt.

<b>Ziel</b>	<b>Angestrebt laut Evaluationskonzept</b>	<b>Erreicht 2010-12</b>
Auslastungsgrad Doppeldiagnosebehandlung	Mindestens 90%	108%
Mittlere Wartezeit	Maximal 25 Tage	13.4 Tage
Reguläre Austritte	Mindestens 55%	59%
Anschlussbehandlung (ambulant oder stationär)	Mindestens 55%	64%
Zielerreichung bei Austritt	Mindestens 55%	82%
Zufriedenheit PatientInnen	Mindestens 80%	98%

Innerhalb des Berichtszeitraums erfolgte bei 21 PatientInnen ein wiederholter Eintritt in die Doppeldiagnosebehandlung. Auf Grundlage der Erst- und Zweiteintrittsdaten dieser PatientInnen wurde exploriert, inwieweit sich bei wiederholt aufgenommenen PatientInnen das psychische Befinden, die Selbstwirksamkeit und der Substanzkonsum zwischen Ersteintritt in die Doppeldiagnosebehandlung und Wiedereintritt unterscheiden. Dabei ergaben zwischen dem Erst- und Zweiteintritt keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich der psychischen Beeinträchtigung, der Selbstwirksamkeit und in der Häufigkeit des Substanzkonsums. Tendenziell zeigten sich jedoch eine etwas geringere psychische Beeinträchtigung sowie eine höhere Selbstwirksamkeit beim Zweiteintritt.





Insbesondere Personen ohne Substitution bei Eintritt und Personen mit PartnerInnen oder KollegInnen ohne Suchtmittelabhängigkeit beenden die Behandlung in der Klinik Selhofen regulär. Dagegen sind Behandlungsabbrüche oder Entlassungen bei substituierten PatientInnen sowie bei PatientInnen mit suchtmittelabhängigen PartnerInnen oder KollegInnen sowie bei PatientInnen mit geringer sozialer Einbindung häufiger.

Die Stärke der Komorbidität zwischen psychischer und Suchtproblematik zeigte einen Zusammenhang zum Behandlungsergebnis aus Sicht des Fallmanagers/der Fallmanagerin. So war eine geringere Komorbiditätsstärke mit einer häufigeren Zielerreichung assoziiert.

Eine Limitierung der vorliegenden Evaluationsergebnisse liegt im relativ hohen Anteil fehlender Daten zu bestimmten Erhebungszeitpunkten. So fehlen insbesondere Angaben aus PatientInnensicht bei Austritt und bei der Nacherhebung. Infolgedessen wurden bei den Prädiktorenanalysen ausschliesslich Variablen aus BehandlerInnensicht berücksichtigt, die nahezu vollständig erfasst waren.

Die Analysen zeigen, dass hinsichtlich verschiedener Variablen Unterschiede zwischen PatientInnen mit regulären und irregulären Austritten und infolgedessen auch Unterschiede zwischen nachbefragten und nicht nachbefragten Personen bestehen. Infolgedessen sind die Angaben aus PatientInnensicht beim Austritt und der Nachbefragung mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren.

Insgesamt zeigen die Evaluationsergebnisse aus dem Pilotprojekt einen deutlichen Bedarf für spezifische Doppeldiagnosebehandlungen, einen hohen Anteil an PatientInnen, welche ihre individuellen Therapieziele erreichen sowie eine positive Bewertung des Angebots und der Zusammenarbeit durch zuweisende bzw. nachbehandelnde Institutionen.