

FEDERAAL WETENSCHAPSBELEID

**ONDERZOEK NAAR DE
EFFECTIVITEIT VAN
BEHANDELINGSPROGRAMMA'S,
SPECIFIEK VOOR PATIËNTEN MET
EEN DUBBELE DIAGNOSE.**

Promotor: Prof. Dr. B. Sabbe (Universiteit Antwerpen).

Onderzoekster: B. De Wilde (Universiteit Antwerpen).

Oktober 2004.

INLEIDING.

GLOSSARIUM INLEIDING.

REFERENTIES INLEIDING.

DEEL 1: LITERATUURONDERZOEK.

A. DUBBELE DIAGNOSE.

B. WERKSTRESS EN ARBEIDSTEVRLEDENHEID.

1. *INLEIDING.*
2. *WERKSTRESS.*
 - a. *Definitie.*
 - b. *Oorzaken van stress (stressfactoren).*
 - c. *Gevolgen van werkstress.*
3. *ARBEIDSTEVRLEDENHEID.*
 - a. *Definitie.*
 - b. *Antecedenten.*
 - c. *Gevolgen.*
4. *IMPLICATIES ONDERZOEK.*

GLOSSARIUM DEEL 1.

REFERENTIES DEEL 1.

DEEL 2: BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK.

A. PROCES-EVALUATIE.

B. EFFECT-EVALUATIE.

1. *ONDERZOEK DUBBELE DIAGNOSE PATIËNTEN.*
 - a. *Deelnemers.*
 - b. *Materiaal.*
 - c. *Procedure.*
 - d. *Design.*
2. *ONDERZOEK PERSONEELSLEDEN.*
 - a. *Deelnemers.*
 - b. *Materiaal.*
 - d. *Design.*

GLOSSARIUM DEEL 2.

REFERENTIES DEEL 2

DEEL 3: ONDERZOEKSRESULTATEN.

A. PROCESEVALUATIE.

1. *INLEIDING.*
2. *PSYCHIATRISCH CENTRUM SLEIDINGE (PC SLEIDINGE).*
 - a. *Een multidisciplinair & crosstrained team.*
 - b. *Een gespecialiseerde assessment.*
 - c. *Een outreachende werkwijze.*
 - d. *Motivationale gespreksvoering.*
 - e. *Counseling.*
 - f. *Farmacologische behandeling.*
 - g. *Psycho-educatie.*
 - h. *Een lange termijn perspectief.*
 - i. *Verschillende behandelingsstadia.*
 - j. *Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.*
2. *PSYCHIATRISCH CENTRUM SINT-JAN-BAPTIST (ZELZATE – PC SINT-JAN-BAPTIST).*
 - a. *Een multidisciplinair & crosstrained team.*
 - b. *Een gespecialiseerde assessment.*
 - c. *Motivationale gespreksvoering.*
 - d. *Counseling.*
 - e. *Farmacologische behandeling.*
 - f. *Een lange termijn perspectief.*
 - g. *Verschillende behandelingsstadia.*
 - h. *Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.*
3. *CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE DE LIEGE – SERVICE DEDALE (CHP – DEDALE).*
 - a. *Een multidisciplinair & crosstrained team.*
 - b. *Een gespecialiseerde assessment.*
 - c. *Een outreachende werkwijze.*
 - d. *Motivationale gespreksvoering.*
 - e. *Counseling.*
 - f. *Een farmacologische behandeling.*
 - g. *Psycho-educatie.*
 - h. *Een lange termijn perspectief.*
 - i. *Verschillende behandelingsstadia.*
 - j. *Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.*
5. *CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE DE LIEGE – SERVICE CADRAN (CHP – CADRAN).*
 - a. *Een multidisciplinair & crosstrained team.*
 - b. *Een gespecialiseerde assessment.*
 - c. *Counseling.*
 - d. *Een farmacologische behandeling.*
 - e. *Psycho-educatie.*
 - f. *Een lange termijn perspectief.*
 - g. *Verschillende behandelingsstadia.*
 - h. *Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.*

B. EFFECTEVALUATIE.

1. *ONDERZOEK DUBBELE DIAGNOSE PATIËNTEN.*
 - a. *Psychiatrische symptomatologie.*
 - b. *Middelengebruik.*
 - c. *Algemeen functioneren.*
 - d. *Levenskwaliteit.*
2. *ONDERZOEK PERSONEELSLEDEN.*

- a. *Onderzoek lichamelijke en psychiatrische klachten (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986).*
- b. *Onderzoek werkstress.*
- c. *Onderzoek arbeidstevredenheid.*

GLOSSARIUM DEEL 3.

REFERENTIES DEEL 3.

DEEL 4: VOORLOPIGE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.

A. ONDERZOEK DUBBELE DIAGNOSE PATIËNTEN.

1. *PSYCHIATRISCHE SYMPTOMATOLOGIE.*
2. *MIDDELENGEBRUIK.*
3. *ALGEMEEN FUNCTIONEREN.*
4. *LEVENSQUALITEIT.*
5. *KRITISCHE BEMERKINGEN.*

B. ONDERZOEK PERSONEELSLEDEN.

GLOSSARIUM DEEL 4.

REFERENTIES DEEL 4.

DANKWOORD.

INLEIDING.

Aan de hand van het “Onderzoek naar de effectiviteit van behandelingsprogramma's, specifiek voor patiënten met een dubbele diagnose” trachten de onderhavige onderzoekers een antwoord te formuleren op de volgende vragen:

1. Worden dubbele diagnose patiënten effectief behandeld indien zij een residentieel geïntegreerde behandeling volgen?
2. Is er een verschil in effectiviteit tussen residentieel geïntegreerde behandelingen en residentiële standaardbehandelingen?

De onderzoekers menen dat dit onderzoek op internationaal niveau gesitueerd dient te worden binnen de European Union Strategy on Drugs 2000-2004 (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & Europol, 1999). In dit document vinden we immers de volgende doelstellingen terug:

- to reduce significantly over five years the prevalence of illicit drug use, as well as new recruitment to it, particularly among young people under 18 years of age.
- to reduce substantially over five years the incidence of drug-related health damage (HIV, hepatitis B and C, TBC, etc.) and the number of drug-related deaths.
- to increase substantially the number of successfully treated addicts.
- to reduce substantially over five years the availability of illicit drugs.
- to reduce substantially over five years the number of drug related crimes.
- to reduce substantially over five years money-laundering and illicit trafficking of precursors.

Dit onderzoek sluit uiteraard het best aan bij de derde doelstelling waarin gesteld wordt dat het aantal succesvol behandelde patiënten dient toe te nemen. In dit rapport wordt voorts ook gesteld dat deze doelstelling gerelateerd is aan de evaluatie van de effectiviteit van de behandeling. Over de manier waarop dit dient te gebeuren, bestaat echter nog geen consensus.

In België beogen de beleidsmakers een daling in het aantal afhankelijke burgers, een daling in de fysische en psychosociale schade veroorzaakt door het alcohol- en het druggebruik en een daling in de negatieve gevolgen van het alcohol- en drugfenomeen voor de samenleving. Deze doelstellingen worden nagestreefd middels een beleid gebaseerd op (Beleidsnota van de federale regering in verband met de drugsproblematiek, 2001):

- De preventie voor niet-gebruik(st)ers en de -problematische gebruik(st)ers.
- De zorgverlening, risicobeperking en herintegratie voor problematische gebruik(st)ers.
- De repressie voor de producten en de handelaars.

Op nationaal niveau kan het onderzoek dan ook het best gekaderd worden binnen de beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg (Aelvoet & Vandenbroucke, 2001) en de beleidsnota van de federale regering in verband met de drugsproblematiek (2001). In de eerste nota wordt immers gesteld dat er nood is aan specifieke aandacht voor de crisisopvang en behandeling van dubbele diagnose patiënten, terwijl in de tweede nota gesteld wordt dat de experimenten rond dubbele diagnose patiënten ondersteund en geëvalueerd dienen te worden.

Meer concreet betekent dit ten eerste dat de Cel Psychiatrische Zorgverlening¹ in haar omzendbrief de dato 06/05/2002 (referentie: PSY/AA/162/2002) een oproep tot voorstellen lanceerde. De psychiatrische centra werden meer bepaald uitgenodigd een voorstel in te dienen betreffende de residentieel geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose patiënten. De geselecteerde afdelingen, in het bijzonder de dubbele diagnose afdeling van het psychiatrisch centrum Sleidinge en de dubbele diagnose afdeling van het Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège, ontvingen bijkomende subsidies zodanig dat de omkadering van de verschillende afdelingen verbeterd kon worden (zeventien in plaats van tien voltijds equivalenten). Op deze manier wordt het mogelijk beter mogelijk de volgende doelstellingen te verwezenlijken:

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

Ten tweede betekent dit dat ook de Programmatorische Federale Overheidsdienst (POD) Wetenschapsbeleid een oproep tot voorstellen lanceerde. Het onderzoek naar de (differentiële) effectiviteit van de behandelingen aangeboden op de dubbele diagnose afdelingen van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge en het Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège werd hierop toegekend aan de onderhavige onderzoekers.

Het onderhavige rapport is geënt op het “Haalbaarheidsonderzoek voor de evaluatie van behandelcentra voor patiënten met dubbeldiagnose”. In dit laatste rapport, terug te vinden op www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/, worden de kernbegrippen, in het bijzonder de begrippen “dubbele diagnose”, “dubbele diagnose patiënten” en “geïntegreerde behandelingen”, toegelicht. Deze begrippen worden eenduidig gedefinieerd en krijgen een meer inhoudelijk karakter. Tot slot wordt ook een beschrijving gegeven van het geëffectueerde wetenschappelijke onderzoek met betrekking tot de effectiviteit/efficiëntie van residentieel geïntegreerde behandelingen voor dubbele diagnose patiënten en de eigen onderzoeksmethodologie. In het rapport van de tweede fase getiteld “Onderzoek naar de effectiviteit van behandelingsprogramma's, specifiek voor patiënten met een dubbele diagnose” vindt de lezer in deel één een overzicht van de bestaande wetenschappelijke literatuur. In het tweede deel wordt het onderzoek beschreven. De resultaten worden gerapporteerd in het derde deel en besproken in het vierde deel.

¹ De Cel Psychiatrische Zorgverlening viel onder de bevoegdheid van het Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu. Op 15 oktober 2002 werd dit ministerie echter omgedoopt tot de federale overheidsdienst (FOD) Sociale Zekerheid en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

GLOSSARIUM INLEIDING².

- *Consensus*: gelijkheid van opvattingen.
- *Effectiviteit*: doeltreffendheid.
- *Repressie*: bestraffing.
- *Resocialisatie*: het mogelijk maken voor een aangepast leven in de maatschappij.
- *Therapeutische alliantie*: therapeutische relatie.

REFERENTIES INLEIDING.

1. Aelvoet, M., & Vandenbroucke, F. (2001). Beleidsnota voor geestelijke gezondheidszorg.
2. Beleidsnota van de Federale Regering in verband met de drugproblematiek (2001).
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & Europol. (1999). *European Union Strategy on drugs 2000-2004*. Report by the European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction and Europol on the identification of criteria for an evaluation of the European Union Strategy on Drugs (2000-2004) by the Commission. Europol File NR 2564-144.
4. Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

² Basis: Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

DEEL 1: LITERATUURONDERZOEK.

A. DUBBELE DIAGNOSE.

Zie www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/

B. WERKSTRESS EN ARBEIDSTEVREDENHEID.

1. Inleiding.

In het tweede deel van het onderhavige rapport worden een aantal belangrijke concepten die mogelijk een invloed hebben op het functioneren van de personen, die instaan voor de behandeling van dubbele diagnose patiënten, bestudeerd. Het betreft hier de concepten “werkstress” en “arbeidstevredenheid”. Daar deze concepten nooit eerder bestudeerd werden bij de personen die verantwoordelijk zijn voor de residentieel geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose patiënten, dienen de onderzoekers zich te baseren op de bestaande onderzoeksresultaten betreffende de werkstress en arbeidstevredenheid bij (psychiatrisch) verpleegkundigen en behandelingsteams.

Het onderhavige onderzoeksteam meent dat het belangrijk is ook deze variabelen op te nemen daar Adams & Bond (2000) stellen:

“while arguably, patient outcomes are the best measure of the effectiveness of hospital care, also important are the effects of hospitals on the staff they employ.” (Adams & Bond, 2000, p 537).

2. Werkstress.

a. Definitie

Sarafino (1998) geeft aan dat het begrip psychologische stress op drie manieren geconceptualiseerd kan worden. Ten eerste kan stress beschouwd worden als een *stimulus* (focus op de omgeving). In dit geval voelt de persoon zich gespannen daar hij of zij bepaalde gebeurtenissen of omstandigheden (stressfactoren) als schadelijk of bedreigend percipieert. Ten tweede kan stress ook gezien worden als een *respons*. Meer concreet betekent dit dat er aandacht besteed wordt aan de reactie van een persoon op een stressfactor. Deze reactie omvat zowel een psychologische (gedrag, denkpatronen en emoties) als een fysiologische component. Ten derde kan stress gepercipieerd worden als een *proces*, waarbij gekeken wordt naar de relatie tussen de persoon en zijn of haar omgeving. De aanhangers van deze visie stellen dat de persoon actief is daar hij of zij de impact van de stressfactor kan beïnvloeden.

Samenvattend kan psychologische stress dus als volgt gedefinieerd worden:

“the condition that results when person-environment transactions lead the individual to perceive a discrepancy – whether real or not – between the demands of a situation and the resources of the person’s biological, psychological, or social systems” (Sarafino, 1998, p 70).

Volgens Edwards & Burnard (2003) is er dan ook sprake van werkstress indien:

“the work situation has certain demands, and that problems in meeting these can lead to illness or psychological distress” (Edwards & Burnard, 2003, p 170).

b. *Oorzaken van stress (stressfactoren)*

Carson & Kuipers (1998; zie Edwards & Burnard, 2003) stellen dat de oorzaken van werkstress drieledig zijn. Zo onderscheiden zij factoren die verband houden met het werk, met belangrijke levensgebeurtenissen (die gebeurtenissen die een zekere mate van psychologische aanpassing vereisen (Vb een zwangerschap – de dood van een geliefde)) en met dagdagelijkse probleempjes (Vb: het niet vinden van de huissleutels). In het kader van het onderhavige onderzoek kiest het onderzoeksteam er uiteraard voor zich toe te spitsen op de factoren die verband houden met het werk, in dit geval het werk binnen de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.

In onderzoek wordt consistent teruggevonden dat de personen die tewerkgesteld zijn in de verplegende en de verzorgende sector zeer veel stress ervaren (Snelgrove, 1998; Healy & McKay, 2000; Happell e.a., 2003; Lee, 2003) én dat de personen die werken met psychiatrische patiënten meer stress ervaren dan de personen die werken met niet-psychiatrische patiënten (Carson e.a., 1995; zie Cottrell, 2001; Edwards & Burnard, 2003)³. Als mogelijke oorzaken van stress onderkennen onderzoekers:

1. Stressfactoren die verband houden met de patiëntenzorg.

De personen die tewerkgesteld zijn in de verplegende en de verzorgende sector ervaren het contact met gewelddadige (Sullivan, 1993) en suïcidale patiënten (Sullivan, 1993; Drake & Brimblecombe, 1999) als stresserend.

2. Stressfactoren die verband houden met de werkomgeving.

Onder deze noemer vallen de factoren die verband houden met:

- het behandelingsteam.
Een tekort aan (competent en/of gemotiveerd) personeel leidt volgens Sullivan (1993) tot een verhoging van het stressniveau.
- de overvloed aan administratieve taken (Jones, 1987; zie Cottrell, 2001; Sullivan, 1993; Parry-Jones & Grant, 1998).
- de hoge werkdruk (Fitter, 1987; zie Cottrell, 2001; Sullivan, 1993; Parry-Jones & Grant, 1998; Burnard e.a., 2000; Healy & McKay, 2000).
- het gebrek aan algemene voorzieningen (Carson, 1991; Coffey, 1999).

3. De interpersoonlijke conflicten.

³ Slechts één keer werd teruggevonden dat algemeen verpleegkundigen meer stress ervoeren dan psychiatrisch verpleegkundigen. Muscroft & Hicks (1998) beweerden echter dat de psychiatrisch verpleegkundigen hun hoge mate van stress ontkenden als gevolg van hun zware burnout.

Interpersoonlijke conflicten komen zelden voor, doch worden wel beschouwd als een belangrijke bron van stress (Fitter, 1987; zie Cottrell, 2001; Sullivan, 1983).

4. De steun van anderen.

Indien het personeel zich niet of onvoldoende gesteund voelt door de collega's en/of het management, stijgt de stress (Sullivan, 1993; Brown e.a., 1995).

5. De perceptie van de organisatie (Sullivan, 1993).

Tot slot rapporteren werkenden ook stress indien zij de doelen van de organisatie niet of onvoldoende kennen, indien de doelen van de organisatie verschillend zijn van de eigen doelen,...

Deze indeling werd overgenomen van Sullivan (1993).

c. *Gevolgen van werkstress.*

Indien het verplegende en verzorgende personeel onder stress staat, heeft dit niet alleen gevolgen voor het personeel zelf, doch ook voor de patiënten, de organisatie en de maatschappij. Herhaaldelijk kon reeds vastgesteld worden dat stress bij het verplegende en verzorgende personeel fysiek en psychisch lijden veroorzaakt (Healy & McKay, 2000; Koivula e.a., 2000; Lee, 2003), wat mogelijk leidt tot burnout⁴, ziekte, absentisme en ontslag (Sutherland & Cooper, 1990; zie Edwards & Burnard, 2003; Muscroft & Hicks, 1998). Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de effectiviteit en de efficiëntie van de zorg afnemen, waardoor de patiënten niet langer de zorg krijgen waar zij recht op hebben (Niven, 1994; zie Muscroft & Hicks, 1998; Kendrick, 2000; zie Happell e.a., 2003). Tot slot blijkt ook dat de werkstress van de verplegers en de verzorgers economische gevolgen heeft voor de werkgever en de maatschappij, in die zin dat de kosten sterk toenemen (Sigman, 1992; zie Muscroft & Hicks, 1998; Cooper & Williams, 1996; zie Siu, 2002).

3. *Arbeidstevredenheid.*

a. *Definitie.*

De term "arbeidstevredenheid" verwijst naar de affectieve toestand die ontstaat ten gevolge van het samenspel tussen de tewerkgestelde personen, hun persoonlijke kenmerken, hun persoonlijke waarden en hun verwachtingen over hun werkomgeving en organisatie (Mueller & McCloskey, 1990; zie Happell e.a., 2003).

b. *Antecedenten.*

Parahoo (1991; zie Happell e.a., 2003) stelde dat een meerderheid van de personen tewerkgesteld in de verplegende en verzorgende sector rapporteert

⁴ Burnout kan gezien worden als de combinatie van emotionele uitputting, depersonalisatie en het gevoel niets te kunnen bereiken (Maslach & Jackson, 1981; zie Kilfedder e.a. (2001).

tevreden tot zeer tevreden te zijn met de eigen functie. De arbeidstevredenheid is wel het laagst bij de personen die psychiatrische patiënten behandelen.

Siu (2002) meent dat de arbeidstevredenheid van het verplegende en verzorgende personeel door de volgende factoren beïnvloed wordt:

1. De demografische kenmerken van het personeel (leeftijd, sekse).
2. Het organisatieklimaat

De term “organisatieklimaat” kan als volgt gedefinieerd worden:

“the shared perceptions of organizational policies, practices, and procedures, both formal and informal, indicative of the organizations goals and appropriate means to goal attainment”
(Reichers & Schneider, 1990, p 22; zie Siu, 2002).

Siu (2002) meent dan ook dat deze factor de volgende componenten omvat:

- de organisatie-eenheid: het ziekenhuis, de werkgevers & collega's,...
- de organisatiekenmerken: het engagement, de flexibiliteit,...
- de organisatiecontext: de omgeving, het welzijn,...

3. Het psychologisch leed (het zich psychisch of fysiek niet goed voelen).

Het meeste onderzoek werd verricht naar de relatie tussen het organisatieklimaat en de arbeidstevredenheid. Zo argumenteerden Hackman & Oldham reeds in 1976 (zie Mäkinen e.a., 2003) dat de volgende elementen geassocieerd zijn met een hoge arbeidstevredenheid: een hoge diversiteit aan taken, de identiteit van de taken, het belang van de taken, autonomie en feedback. Meer recent werd vastgesteld dat het ziekenhuisklimaat de arbeidstevredenheid beïnvloedt. Adams e.a. (1998), Adams & Bond (2000) en Mäkinen e.a. (2003) stelden bijvoorbeeld vast dat een hecht contact tussen de behandelaars en de patiënten de tevredenheid doet toenemen. Indien de behandelaars zich sterk verantwoordelijk voelen voor de zorg over hun patiënten en zij ook aansprakelijk gesteld kunnen worden voor het afleveren van goede zorg, neemt de arbeidstevredenheid eveneens toe (Adams & Bond, 2000; Mäkinen e.a., 2003). Adams e.a. (1998) en Adams & Bond (2000) vonden tenslotte ook terug dat de volgende factoren de arbeidstevredenheid mogelijk in positieve zin beïnvloeden: het gevoel autonoom te kunnen werken, het gevoel zich te kunnen ontplooien binnen de setting en het gevoel gesteund en gewaardeerd te worden door collega's en oversten.

c. *Gevolgen.*

Uit onderzoek blijkt dat er een negatieve correlatie bestaat tussen werkstress en arbeidstevredenheid. Concreet betekent dit dat een lage arbeidstevredenheid dezelfde implicaties heeft als een hoog stressniveau en dat een hoge arbeidstevredenheid het individu mogelijk beschermt tegen de negatieve gevolgen van stress (Cottrell, 2001; Happell e.a., 2003).

4. *Implicaties onderzoek.*

Het onderhavige onderzoeksteam meent dat de werkstress en arbeidstevredenheid van het personeel inderdaad onderzocht dient te worden. Zij baseren zich hierbij op de volgende argumenten:

- Adams & Bond (2000) stellen dat een onderzoek naar de effectiviteit van een behandeling onvolledig is indien het functioneren van de zorgverstrekkers buiten beschouwing gelaten wordt.
- De werkstress en de arbeidstevredenheid hebben mogelijk ook een belangrijke negatieve invloed op de kwaliteit van de zorg (Niven, 1994; zie Muscroft & Hicks, 1998; Kendrick, 2000; zie Happell e.a., 2003).

Daar uit de procesanalyse (zie deel 4A) zal blijken dat er een aantal verschillen zijn tussen de experimentele en de controleafdelingen die mogelijk een invloed hebben op werkstress en arbeidstevredenheid, wordt hier de volgende hypothese geponoerd:

- **Hypothese: het personeel dat tewerkgesteld is op de afdelingen waar de patiënten geïntegreerd behandeld worden, vertoont minder stress en is meer tevreden dan het personeel dat tewerkgesteld is op de afdelingen waar de patiënten niet-geïntegreerd behandeld worden.**

Deze hypothese wordt onderzocht middels een semi-experimenteel onderzoek.

GLOSSARIUM DEEL 1⁵.

- *Absenteïsme*: voortdurende of vaak voorkomende afwezigheid.
- *Antecedent*: een voorafgaand feit.
- *Autonoom*: zelfstandig.
- *Depersonalisatie*: problemen in het besef van het eigen ik.
- *Focus*: aandachtspunt.
- *Fysiologisch*: lichamelijk.
- *Perceptie*: waarneming of zienswijze.

REFERENTIES DEEL 1.

1. Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of advanced nursing*, 32 (3), 536-543.
2. Adams, A., Bond, S., & Hale, C., A. (1998). Nursing organizational practice and its relationship with other feature of ward organization and job satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 27 (6), 1212-1222.
3. Brown, D., Leary, J., Carson, J., Bartlett, H., & Eagum, L. (1995). Stress and the community mental health nurse: the development of a measure. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12 (1), 9-12.
4. Burnard, P., Edwards, D., Fothergill, A., Hannigan, B., & Coyle, D. (2000). Community mental health nurses in Wales: self reported stressors and coping strategies. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 7 (6), 523-528.
5. Carson, J., Bartlett, H., & Croucher, P. (1991). Stress in community psychiatric nursing: a preliminary investigation. *Community psychiatric nursing journal*, 12 (1), 8-12.
6. Coffey, M. (1999). Stress and burnout in forensic community mental health nurses: an investigation of its causes and effects. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 6 (6), 433-443.
7. Cottrell, S. (2001). Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 8 (2), 157-164.
8. Drake, M., & Brimblecombe, N. (1999). Stress in community mental health nursing: comparing teams. *Mental health nursing*, 19 (1), 14-15.
9. Edwards, D., & Burnard, P. (2003). Integrative literature reviews and meta-analyses. A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of advanced nursing*, 42 (2), 169-200.
10. Happell, B., Martin, T., & Pinikahana, J. (2003). Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International journal of mental health nursing*, 12 (1), 39-47.
11. Healy, C., M., & McKay, K., M., F. (2000). Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 31 (3), 681-688.
12. Kilfedder, C., J., Power, K., G., & Wells, T., J. (2001). Experience before and throughout the nursing career. Burnout in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 34 (3), 383-396.

⁵ Basis: Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

13. Koivula, M, Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of nursing management*, 8 (3), 149-158.
14. Lee, J., K., L. (2003). Job stress, coping and health perceptions of Hong Kong primary care nurses. *International journal of nursing practice*, 9 (2), 86-91.
15. Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., & Bond, S. (2003). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *Journal of nursing management*, 11 (5), 299-306.
16. Muscroft, J., & Hicks, C. (1998). A comparison of psychiatric nurses' and general nurses' reported stress and counselling needs: a case study approach. *Journal of advanced nursing*, 27 (6), 1317-1325.
17. Parry-Jones, B., & Grant, G. (1998). Stress and job satisfaction among social workers, community nurses and community psychiatric nurses: implications for the care management model. *Health and social care in the community*, 6 (4), 271-285.
18. Sarafino, E., P. (1998). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & sons, inc.
19. Siu, O.-L. (2002). Experience before and throughout the nursing career. Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of advanced nursing*, 40 (2), 218-229.
20. Snelgrove, M., P. (1998). Occupational stress and job satisfaction: a comparative study of health visitors, district nurses and community psychiatric nurses. *Journal of nursing management*, 6 (2), 97-104
21. Sullivan, P., J. (1993). Occupational stress in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 19 (1), 591-601.
22. Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

DEEL 2: BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK.

In dit kapittel worden de methode van de proces- en de effectevaluatie uiteengezet.

A. PROCESEVALUATIE⁶.

De procesevaluatie omvat enerzijds de afname van interviews van bepaalde teamleden en anderzijds de raadpleging van jaarverslagen en informatiebrochures. Op deze manier verzamelen de onderzoekers alle informatie betreffende de residentieel geïntegreerde en niet-geïntegreerde behandelingen, aangeboden

- In het Psychiatrisch Centrum Sleidinge te Sleidinge (proefgroep).
- In het Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège, service Dédale (proefgroep).
- In het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate (controlegroep).
- In het Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège, service Cadran (controlegroep).

B. EFFECTEVALUATIE.

1. *Onderzoek dubbele diagnose patiënten.*

a. *Deelnemers.*

Aan dit onderzoek participeren idealiter veertig dubbele diagnose patiënten die een residentieel geïntegreerde behandeling volgen en veertig dubbele diagnose patiënten die een residentieel niet-geïntegreerde behandeling volgen.

Op heden werden 50 dubbele diagnose patiënten, waaronder 39 proefpatiënten en 12 controlepatiënten geïncludeerd in het onderzoek. In dit rapport worden de resultaten betreffende de eerste zestien proefpatiënten weergegeven. Elke patiënt werd getest bij het begin van de behandeling (moment X_0) en drie maand na het begin van de behandeling (moment X_1).

Bij de onderzochte patiënten bevonden zich veertien mannen en twee vrouwen. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 29 jaar (range: 21 – 38 jaar, standaarddeviatie: 6 jaar). Bij geen van deze patiënten is sprake van een mentale retardatie of een irreversibele chronisch organische stoornis.

b. *Materiaal.*

Zie www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/

c. *Procedure.*

Zie www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/

⁶ Het onderhavige onderzoeksteam opteerde omwille van de volgende redenen voor een procesevaluatie.

1. Zowel el-Guebaly e.a. (1999) als Moggi (2003) stellen dat de keuze voor een niet-equivalent onderzoeksdesign de uitvoering van een procesevaluatie imperatief maakt. El-Guebaly e.a. (1999) menen immers dat dit de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek verhoogt, terwijl Moggi (2003) argumenteert dat men enkel zo de verschillen in effectiviteit en/of efficiëntie kan verklaren.
2. De procesevaluatie maakt het mogelijk een aantal aspecten van het organisatieklimaat, die mogelijk ook een effect hebben op de arbeidstevredenheid van de personeelsleden, in kaart te brengen (supra).

d. Design.

De hier gerapporteerde gegevens betreffende de eerste zestien proefpatiënten, zijn gebaseerd op niet-experimenteel onderzoek (vergelijking moment X_0 en X_1).

2. Onderzoek personeelsleden.

a. Deelnemers.

In de deelnemende centra worden vierenzeventig personeelsleden, in het bijzonder vierendertig verpleegkundigen en veertig niet-verpleegkundigen, tewerkgesteld. Twee van deze personen namen niet deel aan het onderzoek: één persoon was ziek (Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate) en één persoon weigerde deel te nemen (Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège – service Cadran).

De onderstaande vragenlijsten werden ingevuld door dertig mannen en negenendertig vrouwen. Drie personen vulden de vraag betreffende hun sekse niet in. De gemiddelde leeftijd⁷ en het gemiddeld aantal dienstjaren⁸ van deze personen bedroegen respectievelijk 34 jaar (standaarddeviatie: 9 jaar) en 2,40 jaar (standaarddeviatie: 5,40 jaar).

b. Materiaal.

Zie www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/

c. Procedure.

Zie www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/

d. Design.

Zie www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/

⁷ De gegevens betreffende de leeftijd van twee personen ontbraken.

⁸ Eén persoon vulde de vraag met betrekking tot het aantal dienstjaren (op de onderzochte afdeling) niet in.

GLOSSARIUM DEEL 2⁹.

- *Controlepatiënt*: een patiënt die een residentiële standaardbehandeling volgt.
- *Effectevaluatie*: meting en exploratie van de effectiviteit van de interventie.
- *Inclusie*: insluiting.
- *Kapittel*: hoofdstuk.
- *Mentale retardatie*: cognitieve achterstand.
- *Participeren*: deelnemen.
- *Procesevaluatie*: meting en exploratie van de werking van de interventie.
- *Proefpatiënt*: patiënt die een residentieel geïntegreerde behandeling volgt.

REFERENTIES DEEL 2.

1. el-Guebaly, N., Hodgins, D., C., Armstrong, S., & Addington, J. (1999). Methodological and clinical challenges in evaluating treatment outcome of substance-related disorders and comorbidity. *Canadian journal of psychiatry*, 44 (3), 264-270.
2. Moggi, F. (2003). Persoonlijke communicatie.
3. Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

⁹ Basis: Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

DEEL 3: ONDERZOEKSRESULTATEN.

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de proces- en de effectevaluatie voorgesteld.

A. PROCESEVALUATIE¹⁰.

1. *Inleiding.*

De onderhavige onderzoekers kiezen ervoor de verschillende behandelingen voor te stellen aan de hand van de behandelingscomponenten, beschreven in het “Haalbaarheidsonderzoek voor de evaluatie van behandelcentra voor patiënten met dubbeldiagnose”. Op deze manier merken de lezers immers meteen op in welke mate de bestudeerde behandelingen gelijk op of verschillen van de gouden standaard der residentieel geïntegreerde behandelingen.

1. *Psychiatrisch Centrum Sleidinge (PC Sleidinge).*

De Nederlandstalige proefpatiënten worden behandeld op de dubbele diagnose afdeling van het PC Sleidinge. Conform de aanwijzingen van de federale overheidsdienst Volksgezondheid staan zeventien voltijds equivalenten er in voor de behandeling van tien dubbele diagnose patiënten. De patiënten hebben elk hun eigen kamer binnen een afzonderlijke architectonische eenheid.

a. *Een multidisciplinair & crosstrained team.*

Het behandelingsteam bestaat uit een psychiater, een coördinator, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, een creatieve therapeut, een maatschappelijke werker en ondersteunende therapeuten, in het bijzonder een bewegingstherapeut, een huishoudelijke therapeut en een muziektherapeut. Daar zij gespecialiseerde cursussen volgden en hoogstaande vakliteratuur doornamen om hun theoretische en praktische kennis over (de residentieel geïntegreerde behandeling van) dubbele diagnose patiënten uit te breiden, is hier uiteraard ook sprake van een crosstrained team.

b. *Een gespecialiseerde assessment.*

In het PC Sleidinge gebeurt de assessment trapsgewijs daar er sprake is van een fase van acute assessment en een fase van verdere screening en diagnostiek. Tijdens de eerste fase bestudeert het team het medisch, psychologisch en sociaal (dis)functioneren van de patiënten (Vb: onderzoek medische problemen, taxatie agressie, onderzoek woonomstandigheden). Tijdens de tweede fase stelt het team de diagnose en exploreert het team de verdere hulpvragen van de patiënten (autoanamnese, heteroanamnese, psychodiagnostisch materiaal, observaties). De evolutie van de patiënten wordt geëvolueerd tijdens de orgelpunten.

¹⁰ Daar de behandelaars voortdurend stellen dat het niet mogelijk is per patiënt aan te geven welke specifieke sinterventies hij of zij genoot, kiest het onderhavige onderzoeksteam ervoor eerder algemene omschrijvingen te geven van de verschillende componenten die de behandelaars hun patiënten aanbieden.

c. *Een outreachende werkwijze.*

Bepaalde patiënten kunnen na hun ontslag uit het ziekenhuis beroep doen op een case manager (strengths based case manager). Deze persoon is verantwoordelijk voor de coördinatie en organisatie van de nazorg.

d. *Motivationale gespreksvoering.*

Via een interne bijscholing maakten de teamleden kennis met de techniek van de motivationale gespreksvoering. Op heden passen zij deze techniek zowel op individueel als op groepsniveau toe.

e. *Counseling.*

Het PC Sleidinge opteert voor een psychodynamisch beleid met een minimum aan structuur en een maximum aan verantwoordelijkheden. Binnen dit kader biedt het team de patiënten zowel individuele als groeps counseling aan.

f. *Farmacologische behandeling.*

De afdelingspsychiater wordt verantwoordelijk geacht voor de uitbouw en uitvoering van het meest optimale medicatieschema.

g. *Psycho-educatie.*

Tijdens deze sessies verschaffen teamleden en/of externe deskundigen informatie betreffende bepaalde relevante onderwerpen.

h. *Een lange termijn perspectief.*

Het merendeel van de patiënten verblijft drie tot zes maand op deze afdeling. Na hun ontslag uit het ziekenhuis kunnen de patiënten die dat wensen terecht in een gedifferentieerd netwerk van ambulante en residentiële voorzieningen ((psychiatrische) ziekenhuizen, MSOC Gent, De Sleutel, De Kiem, beschut wonen, activiteitencentra, thuiszorgdiensten,...).

i. *Verschillende behandelingsstadia.*

- Diagnosestelling.
- Aanpassings- of acclimatisatieperiode.

Tijdens deze fase maakt de patiënt kennis met de afdeling en wordt hij of zij voorbereid op de eigenlijke behandeling.

- Behandelingsprogramma.
- Ontslagmanagement.

j. *Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.*

Op vraag van de patiënt kan gewerkt worden aan de dialoog tussen de patiënt en zijn of haar sociaal netwerk. Indien de patiënt hierin toestemt, kan het sociaal netwerk ook ingelicht worden over de toestand van de patiënt.

2. *Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist (Zelzate – PC Sint-Jan-Baptist).*

De Nederlandstalige controlepatiënten worden behandeld op de opnamedienst van het PC Sint-Jan-Baptist. Op deze dienst kunnen 15 patiënten terecht. Zij worden er behandeld door een team van 10 voltijds equivalenten.

a. Een multidisciplinair & crosstrained team.

Het behandelingsteam bestaat uit een psychiater, een psychologe, psychiatrisch verpleegkundigen, een maatschappelijke werker en een kinesitherapeut. De personeelsleden nemen op geregelde tijdstippen deel aan cursussen, doch tot op heden volgde niemand een gespecialiseerde cursus over (de residentieel geïntegreerde behandeling van) dubbele diagnose patiënten.

b. Een gespecialiseerde assessment.

Aan de hand van medisch-technische onderzoeken en diagnostische analyses tracht het behandelingsteam zich een beeld te vormen van het (dis)functioneren van de patiënten.

c. Motivationale gespreksvoering.

Bepaalde personen volgden een opleiding rond motivationele gespreksvoering, waarna ze de opgedane kennis ook doorgaven aan hun teamleden. Middels deze techniek tracht het team de patiënten ervan te overtuigen dat zij hun middelengebruik dienen te herzien.

d. Counseling.

In dit psychiatrisch centrum wordt geopteerd voor een combinatie van het medische model en het cognitief-gedragsmatige model. De begeleiding gebeurt zowel op individueel als op groepsniveau.

e. Farmacologische behandeling.

De psychiater is verantwoordelijk voor de op punt stelling van de medicatie.

f. Een lange termijn perspectief.

Het verblijf op de opnamedienst is meestal van korte duur. Eens de patiënten voldoende stabiel zijn, kunnen zij echter doorverwezen worden naar een afdeling die beter aangepast is aan hun specifieke wensen en noden. Na hun ontslag uit het ziekenhuis, kunnen de patiënten die dat wensen een beroep doen op intra- en extramurale voorzieningen (Vb: beschut wonen).

g. Verschillende behandelingsstadia.

- Observatie.
- Behandeling.
- (Mutatie).
- Ontslag.

h. Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.

Op vraag van de patiënt wordt het sociaal netwerk van de patiënt betrokken.

3. Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège – service Dédale (CHP – Dédale).

De zeventien voltijds equivalenten, tewerkgesteld op de afdeling Dédale, staan in voor de behandeling van tien dubbele diagnose patiënten. De patiënten verblijven in een aparte architectonische eenheid, waar zij elk een eenpersoonskamer betrekken.

a. Een multidisciplinair & crosstrained team.

Het behandelingsteam is samengesteld uit een psychiater, psychologen, een hoofdverpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundigen, opvoeders, een criminoloog, een maatschappelijke werker, een ergotherapeut en een bewegingstherapeut. Voor en tijdens de uitvoering van het pilootproject kregen de teamleden de kans zich theoretisch te vormen. Alle teamleden maakten ook kennis met de verschillende voorziening waarmee het CHP samenwerkt (stages).

b. Een gespecialiseerde assessment.

Willen de teamleden de acute assessment en de verdere screening en diagnosestelling tot een goed einde brengen, dan dienen zij gebruik te maken van de multimodale inventaris en de relevante collaterale informatie.

c. Een outreachende werkwijze.

Na hun ontslag uit het psychiatrisch centrum kunnen de patiënten terecht bij een case manager, die wel of niet deel uitmaakt van het behandelingsteam.

d. Motivationale gespreksvoering.

Deze techniek wordt steeds meer toegepast op de afdeling Dédale.

e. Counseling.

Het behandelingsteam opteert voor een eclecticische behandeling, waarbij de patiënten gezien worden in functie van hun geschiedenis (psychodynamische therapie) en milieu (systeemtherapie). Tijdens de cognitief-gedragsmatige sessies krijgen zij ook de kans nieuwe vaardigheden te oefenen. De begeleiding gebeurt zowel op individuele basis als in groep.

f. Een farmacologische behandeling.

Op de afdeling Dédale wordt de patiënten ook een farmacologische behandeling aangeraden.

g. Psycho-educatie.

De patiënten worden wekelijks geïnformeerd betreffende relevante onderwerpen.

h. Een lange termijn perspectief.

De afdeling Dédale maakt deel uit van een gedifferentieerd netwerk van ambulante en residentiële voorzieningen ((psychiatrische) ziekenhuizen, regionale overlegplatformen, beschut wonen,...).

i. Verschillende behandelingsstadia.

1. Observatie – evaluatie.
2. Uitwerking project.
3. Concretisering project.
4. Netwerk en zorgcircuit.

j. Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.

Het sociaal netwerk wordt systematisch betrokken bij de therapie.

5. Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège – service Cadran (CHP – Cadran).

De Franstalige controlepatiënten worden gerecruteerd op een afdeling voor mensen met een psychose. Op deze afdeling waar 24 mensen tewerkgesteld worden is plaats voor veertig patiënten.

a. Een multidisciplinair & crosstrained team.

Het team bestaat uit een psychiater, een psycholoog, maatschappelijke werkers, een hoofdverpleegkundige, psychiatrisch verpleegkundigen, logistieke hulpjes, ergotherapeuten, kinesitherapeuten en een bewegingstherapeut. Geen van de personeelsleden volgde een cursus over de (residentieel geïntegreerde behandeling van) dubbele diagnose patiënten.

b. Een gespecialiseerde assessment.

De multimodale inventaris en collaterale informatie worden ook hier aangewend om zowel de fase van de acute assessment als de fase van de verdere screening en diagnostiek te voltooien.

c. Counseling.

Op de afdeling Cadran hanteert het team een cognitief-gedragsmatige visie. Er is sprake van individuele counseling en groeps counseling.

d. Een farmacologische behandeling.

De psychiater stemt de medicatie af op de reële noden van de patiënten.

e. Psycho-educatie.

Het team last systematisch psycho-educatiesessies in betreffende de psychotische stoornissen en de mogelijke gevolgen hiervan. De aandacht gaat ook uit naar het belang van de therapietrouw.

f. *Een lange termijn perspectief.*

De patiënten die verblijven op de afdeling Cadran, worden na hun ontslag uit het psychiatrisch centrum opgevangen door het boven vermelde netwerk.

g. *Verschillende behandelingsstadia.*

1. Aanhaken.
2. Actieve therapie.
3. Ontslagplanning.

h. *Het werk met het sociaal netwerk van de patiënten.*

Het sociaal netwerk wordt zoveel mogelijk betrokken bij de behandeling.

B. EFFECTEVALUATIE.

1. Onderzoek dubbele diagnose patiënten.

a. *Psychiatrische symptomatologie.*

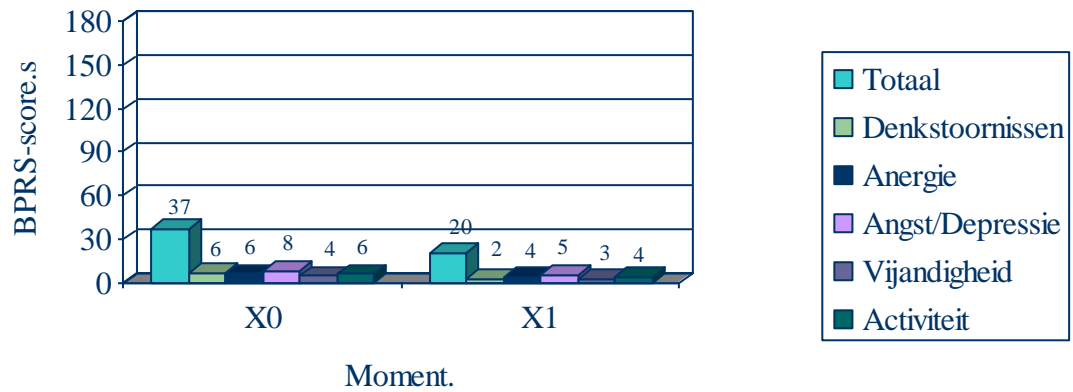
Uit de resultaten op de psychiatrische onderzoeksinstrumenten, die aan het begin van de behandeling (X_0) en drie maand na het begin van de behandeling (X_1) worden afgenomen, blijkt dat de ernst van de psychiatrische symptomatologie significant afneemt bij de patiënten die geïntegreerd behandeld worden. Concreet betekent dit dat zowel de BPRS-score als de PANSS-score significant lager zijn drie maand na het begin van de behandeling dan aan het begin van de behandeling (Overall & Gorham, 1962; Kay e.a., 1986a) ($t(15)_{BPRS\ totaal} = 5,410$, $p < 0,001$ – $t(15)_{PANSS\ totaal} = 5,128$, $p < 0,001$). Een meer gedetailleerd onderzoek van de resultaten verzameld op moment X_0 en moment X_1 , toont dat er bij vier BPRS-schaalscores en bij drie PANSS-schaalscores sprake is van een significante afname. Er is geen verschil op de BPRS-subsschaal anergie (tabel 11).

Tabel 11: Resultaten t-toets BPRS & PANSS.

Subschaal: resultaten t-toets	
BPRS-score (denkstoornissen):	$t(15) = 3,172$, $p < 0,01$.
BPRS-score (anergie):	$t(15) = 1,719$, <i>ns.</i>
BPRS-score (angst–depressie):	$t(15) = 3,061$, $p < 0,01$.
BPRS-score (vijandigheid–achterdocht):	$t(15) = 2,316$, $p < 0,05$.
BPRS-score (activiteit):	$T(15) = 3,733$, $p < 0,005$.
PANSS-score (positieve symptomatologie):	$T(15) = 3,748$, $p < 0,005$.
PANSS-score (negatieve symptomatologie):	$T(15) = 3,222$, $p < 0,01$.
PANSS-score (algemene psychopathologie):	$T(15) = 3,431$, $p < 0,005$.

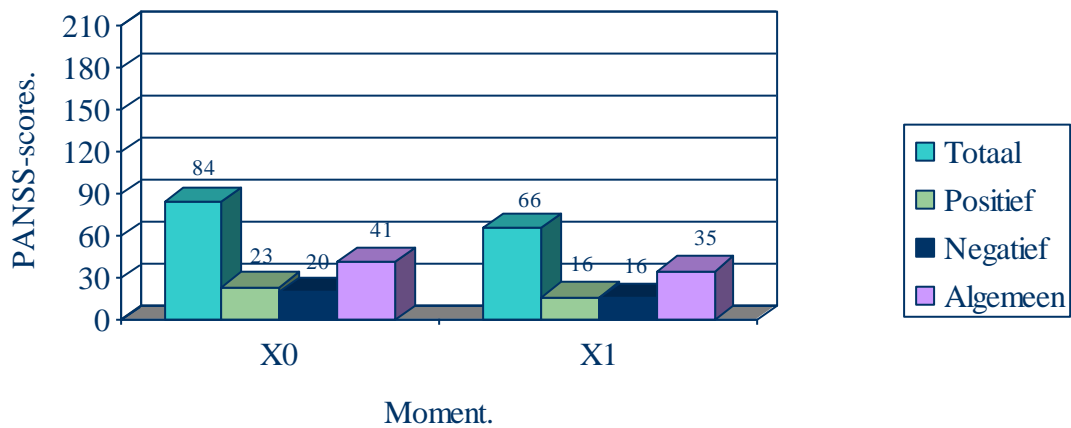
De gemiddelde verandering in BPRS- en PANSS-(subsschaal)scores worden respectievelijk weergegeven in figuur 1 en figuur 2.

Psychiatrische symptomatologie.



Figuur 1: BPRS-scores (n = 16)¹¹.

Psychotische symptomatologie.



Figuur 2: PANSS-scores (n = 16).

De bovenstaande resultaten, die de hypothese dat de psychiatrische problematiek van de patiënten verlicht, bevestigen, werden alle bekomen aan de hand van t-toetsen voor gepaarde steekproeven.

¹¹ De maximumscore per instrument wordt in de figuur weergegeven als maximumwaarde op de Y-as.

b. *Middelengebruik.*

De klinici-onderzoekers oordelen dat de ernst van het middelengebruik even groot is aan het begin van de behandeling als drie maand na het begin van de behandeling. Concreet betekent dit dat er geen significant verschil is in ASI-ernstscores ($\underline{t}(14)_{\text{ASI alcohol}} = 0,116, \underline{\text{ns}}$ – $\underline{t}(14)_{\text{ASI drugs}} = 1,494, \underline{\text{ns}}$), AUS-score en DUS-scores aan het begin van de behandeling en drie maand na het begin van de behandeling (McLellan e.a., 1980; Raes, 2002; Drake e.a., 1990). De klinici-onderzoekers nemen wel een marginaal significante daling in AUS-score en DUS_{cannabis}-score waar ($\underline{T}(15)_{\text{AUS}} = -1,857, \underline{p} < 0,10$ – $\underline{T}(15)_{\text{DUS cannabis}} = -1,770, \underline{p} < 0,10$)¹².

Ook wat betreft de veranderingsbereidheid dient het onderzoeksteam te besluiten dat er geen significante verschillen bestaan tussen moment X_0 en moment X_1 ($\underline{T}(7)_{\text{RTQ alcohol}}: -0,577, \underline{\text{ns}}$ – $\underline{T}(13)_{\text{RTQ drugs}}: 0,564, \underline{\text{ns}}$).

De bovenstaande resultaten, bekomen aan de hand van t-toetsen en Wilcoxon-toetsen, beide voor gepaarde steekproeven (ASI-ernstscores – AUS, DUS, RTQ), zijn niet in overeenstemming met de hypothese dat het middelengebruik een gunstige evolutie kent.

c. *Algemeen functioneren.*

De klinici-onderzoekers stelden vast dat twaalf patiënten uit vrije wil in opname kwamen, terwijl vier patiënten (drie justitiële verwijzingen) hiertoe gedwongen werden. De meeste patiënten kwamen ook in het verleden reeds in contact met de geestelijke gezondheidszorg en/of de verslavingszorg (gemiddeld aantal ambulante en/of residentiële interventies ten gevolge van de psychotische stoornis/het middelengebruik: $9 \pm 10/9 \pm 11$).

Uit het onderzoek blijkt dat de patiënten laag opgeleid en zelden tewerkgesteld zijn (tabel 12).

Tabel 12: Scholings- en tewerkstellingsgraad patiënten¹³.

Scholingsgraad: vermelding hoogst behaalde diploma.
Eén patiënt zonder diploma. Negen patiënten met een diploma lager onderwijs. Vier patiënten met een diploma secundair onderwijs (2 BSO, 1 TSO, 1 ASO). Eén patiënt met een diploma hoger onderwijs (korte type).
Tewerkstellingsgraad.

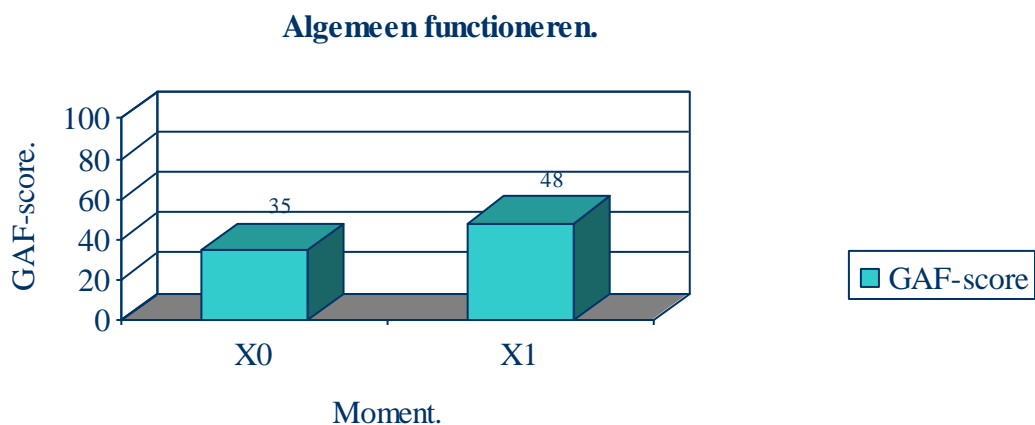
¹² De andere DUS-scores, in het bijzonder de DUS_{cocaïne}-, de DUS_{hallucinogenen}-, de DUS_{opiaten}-, de DUS_{PCP}-, de DUS_{stimulantia}-, de DUS_{sedativa/hypnotica/anxiolytica}- en de DUS_{medicatie}-score, worden niet geanalyseerd daar de onderzoekers menen dat deze steekproeven te klein zijn om statistische analyses op uit te voeren ($n < 6$).

¹³ De gegevens van één van de patiënten ontbreken.

Drie patiënten zijn tewerkgesteld (2 fulltime, 1 parttime).
Zeven patiënten zijn werkloos.
Vijf patiënten zijn ziek of invalide.

Dertig dagen voor hun opname op de dubbele diagnose afdeling woonden negen patiënten zelfstandig (eigen woonst/huurwoonst) terwijl zes patiënten reeds verbleven in een voorziening (1 patiënt in een beschut wonen project – vijf patiënten in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis). De gegevens van de zestiende patiënt ontbreken.

De vergelijking van de GAF-scores aan het begin van de behandeling en drie maand na het begin van de behandeling toont tenslotte dat het algemeen functioneren van de patiënten die een geïntegreerde behandeling genieten, significant verbetert ($t(15)_{\text{GAF}} = -4,691$, $p < 0,001$ – figuur 3 – Goldman e.a., 1992). Deze t-toets voor gepaarde steekproeven bevestigt dus hypothese 1C (zie deel 1E).



Figuur 3: GAF-score.

d. Levenskwaliteit.

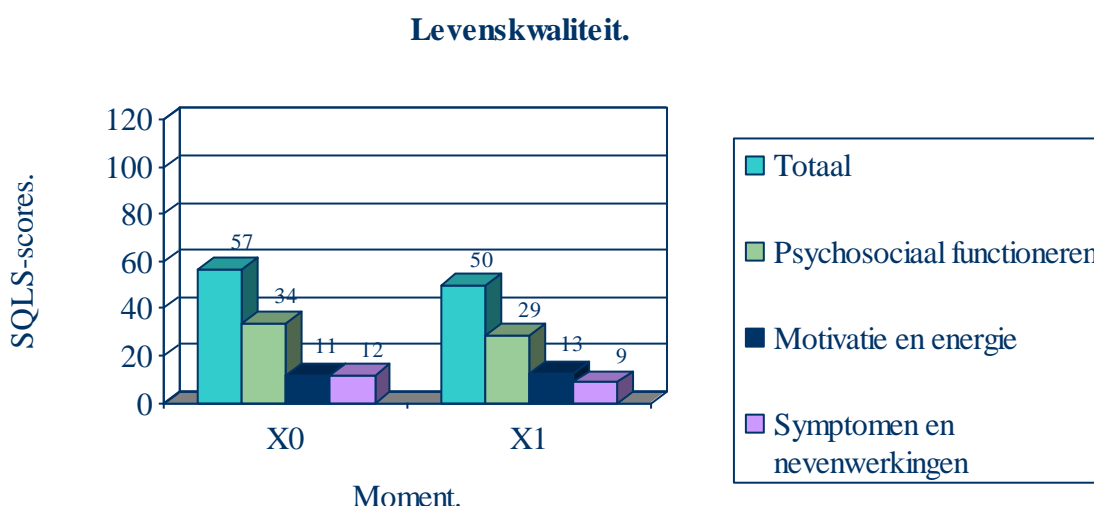
Het onderzoek naar de subjectieve levenskwaliteit (SQLS) van de patiënten toont dat er geen significant verschil bestaat tussen moment X_0 en moment X_1 wat betreft:

- Algemene levenskwaliteit ($t(15)_{\text{SQLS totaal}} = 1,624$, ns).
- Motivatie & energie ($t(15)_{\text{SQLS motivatie \& energie}} = -0,997$, ns).
- Symptomen & nevenwerkingen ($t(15)_{\text{SQLS symptomen \& nevenwerkingen}} = 1,604$, ns).

Op de SQLS-subschaal psychosociaal functioneren stellen we wel een marginaal significante verbetering in functioneren vast ($\text{SQLS}_{\text{psychosociaal functioneren}} (\underline{t}(15) = 1,970, p < 0,10)$) (figuur 4 – Wilkinson e.a., 2000).

Op de MANSA (Priebe, 1999) geven de patiënten enkel aan dat zij drie maand na het begin van hun behandeling significant meer tevreden zijn over hun geestelijke gezondheid dan aan het begin van hun behandeling ($\underline{T}(15) = -3,020, p < 0,005$). Op de andere MANSA-items merken we dus geen verschil in tevredenheid aan.

De bovenstaande resultaten, die bekomen werden aan de hand van t-toetsen en Wilcoxon-toetsen voor gepaarde steekproeven, zorgen voor een gedeeltelijke bevestiging van de hypothese dat de levenskwaliteit van de patiënten toeneemt.



Figuur 4: SQLS-scores.

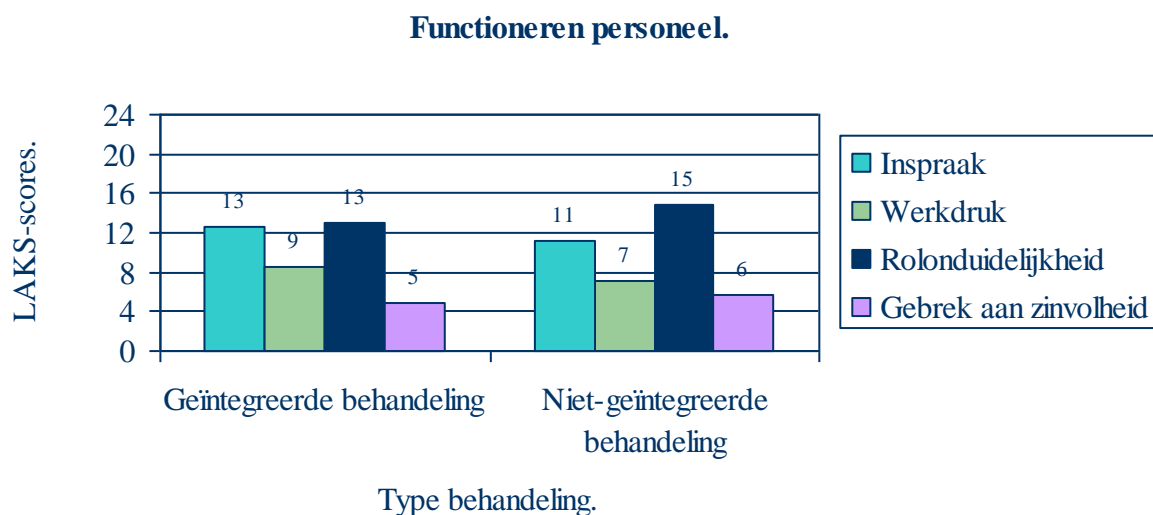
2. *Onderzoek personeelsleden.*

- a. *Onderzoek lichamelijke en psychiatrische klachten (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986).*

Daar twee personeelsleden een te hoge algemene psychopathologiescore hebben ($\text{SCL-90}_{\text{algemene psychopathologie } \text{♂}} > 170 - \text{SCL-90}_{\text{algemene psychopathologie } \text{♀}} > 204$), worden hun gegevens hier niet weergegeven. De studie van de onderzoeksresultaten van de overige zeventig personeelsleden toont dat er geen significante verschillen zijn in algemene psychopathologiescore noch in SCL-90 schaalscores. Deze resultaten werden bekomen aan de hand van t-toetsen voor onafhankelijke steekproeven.

b. *Onderzoek werkstress.*

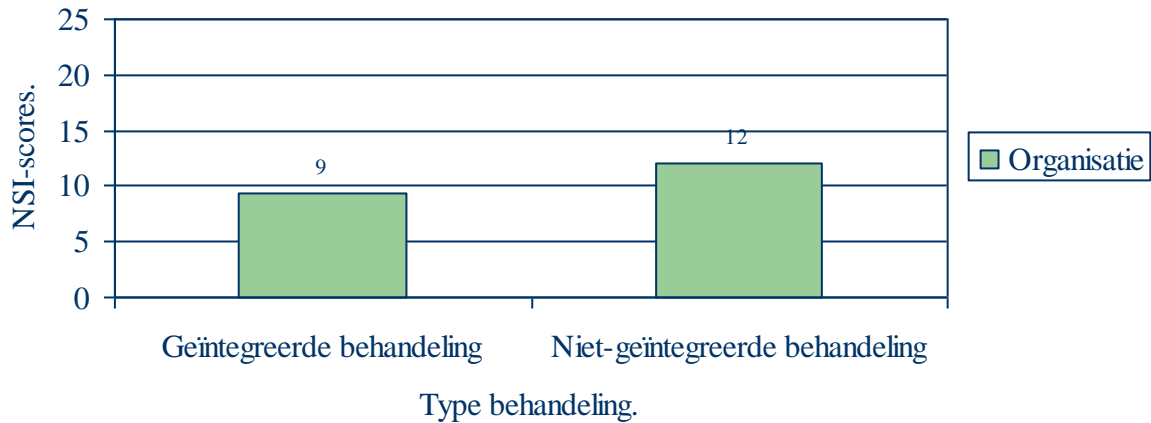
De studie van de LAKS-resultaten (Van der Doef & Maes, 1999) toont dat er een aantal significante verschillen bestaan tussen de personeelsleden op de experimentele afdelingen en de personeelsleden op de controleafdelingen. Ten eerste rapporteren de personeelsleden op de experimentele afdelingen dat zij meer inspraak hebben dan de personeelsleden op de controleafdelingen ($F(2,66) = 7,665, p < 0,005$). Ten tweede ervaren de personeelsleden op de experimentele afdelingen meer werkdruk dan de personeelsleden op de controleafdelingen ($F(2,64) = 3,554, p < 0,05$). Ten derde merken wij ook op dat de personeelsleden op de experimentele afdelingen meer duidelijkheid kennen betreffende hun rol dan de personeelsleden op de controleafdelingen ($F(2,66) = 6,898, p < 0,005$). Ten vierde menen de personeelsleden op de experimentele afdelingen dat zij zinvoller werk verrichten dan de personeelsleden op de controleafdelingen ($F(2,65) = 11,055, p < 0,001$) (figuur 5).



Figuur 5: functioneren personeel (LAKS-scores).

De verpleegkundigen op de experimentele afdelingen stellen dat zij minder stress ervaren ten gevolge van de organisatie dan de verpleegkundigen op de controleafdelingen (NSI (Harris, 1989) – $F(2,29) = 4,702, p < 0,05$ – figuur 6).

Functioneren verpleegkundigen.



Figuur 6: functioneren verpleegkundigen (NSI-scores).

Op de andere LAKS- en NSI-schalen werden geen verschillen vastgesteld tussen de personeelsleden op de experimentele afdelingen en de personeelsleden op de controleafdelingen.

c. Onderzoek arbeidstevredenheid.

De analyse van de LAKS-subschaal arbeidstevredenheid toont dat er geen verschil in arbeidstevredenheid is tussen de personeelsleden op de experimentele afdelingen en de controleafdelingen.

De bovenstaande onderzoeksresultaten betreffende de personeelsleden werden alle bekomen via ANOVA-toetsen. Er werd gecorrigeerd voor dienstjaren. Deze resultaten zijn deels in overeenstemming met onze hypothese (deel 1B4).

GLOSSARIUM DEEL 3¹⁴.

- *Acclimatisering*: gewenning.
- *Architectonisch*: op de bouwkunst betrekking hebbend.
- *Conform*: overeenstemmend.

REFERENTIES DEEL 3.

1. Arrindell, W., A., & Ettema, J., H., M. (1986). SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator.
2. Drake, R., E., Osher, F., C., Noordsy, D., L., Hurlbut, S., C., Teague, G., B., & Beaudett, M., S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 16 (1), 57-67.
3. Goldman, H., H., Skodol, A., E., & Lave, T., R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American journal of psychiatry*, 149 (9), 1148-1156.
4. Harris, P., E. (1989). The nurse stress index. *Work & stress*, 3 (4), 335-346.
5. Kay, S., R., Opler, L., A., & Fiszbein, A. (1986a). *Handleiding voor het scoren op de schaal voor positieve en negatieve symptomen*.
6. McLellan, A., T., Luborsky, L., & O'Brien, C., P. (1980). Improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. *Journal of nervous and mental disease*, 168, 26-33.
7. Overall, J., E., & Gorham, D., R. (1962). The brief psychiatric scale. *Psychological reports*, 10, 799-812.
8. Priebe, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International journal of social psychiatry*, 45 (1), 7-12.
9. Raes, V. (2002). *European Addiction Severity Index – EuropASI & Follow-up ASI. Handleiding De Sleutel*. Merelbeke: De Sleutel.
10. Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.
11. Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Leiden Quality of Work Questionnaire: its construction, factor structure and psychometric qualities. *Psychological reports*, 85 (3), 954-962.
12. Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British journal of psychiatry*, 177, 42-46.

¹⁴ Basis: Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

DEEL 4: VOORLOPIGE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN.

A. ONDERZOEK DUBBELE DIAGNOSE PATIËNTEN.

1. *Psychiatrische symptomatologie.*

De eerste deelhypothese luidt dat de psychiatrische problematiek van de dubbele diagnose patiënten die een residentieel geïntegreerde behandeling volgen, verlicht. Uit de bovenstaande resultaten, bekomen aan de hand van de BPRS (Overall & Gorham, 1962) en de PANSS (Kay e.a., 1986a), kan mogelijk afgeleid worden dat de ernst van de psychiatrische stoornissen¹⁵ afneemt bij de onderzochte patiënten. Deze bevinding strookt met de eerder teruggevonden onderzoeksresultaten van Nuttbrock e.a. (1998; niet-experimenteel onderzoek) en Burnam e.a. (1995; experimenteel onderzoek) (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/)

De gedetailleerde analyse van de BPRS- en de PANSS-scores brengt aan het licht dat zowel de ernst van de angstig-depressieve als van de psychotische symptomatologie schijnbaar afneemt. Ook andere onderzoekers merkten dergelijke evoluties op. Nuttbrock e.a. (1998; niet-experimenteel onderzoek) en Moggi e.a. (1999a; 2002; niet-experimenteel onderzoek) stelden bijvoorbeeld een marginaal significante tot significante verbetering in angstig-depressief toestandbeeld vast, terwijl Moggi e.a. (1999a; 2002; niet-experimenteel onderzoek) en Ries e.a. (2000; semi-experimenteel onderzoek) een significante verandering in psychotische symptomatologie waarnamen (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/). De onderhavige onderzoekers merken op dat er toch ook een belangrijk verschilpunt bestaat tussen de onderzoeksresultaten van Moggi e.a. (1999a; 2002; niet-experimenteel onderzoek) en Ries e.a. (2000; semi-experimenteel onderzoek) enerzijds en de resultaten van de onderhavige onderzoekers anderzijds. Daar waar Moggi e.a. (1999a; 2002; niet-experimenteel onderzoek) en Ries e.a. (2000; semi-experimenteel onderzoek) een reductie op slechts één PANSS-schaal (positieve symptomen) zagen, nemen de onderhavige onderzoekers immers een reductie op alle PANSS-schalen (positieve symptomen, negatieve symptomen en algemene psychopathologie) waar. Dit positieve resultaat kan mogelijk aan de volgende elementen toegeschreven worden:

1. Met uitzondering van de resultaten van Moggi e.a. (1999a; 2002; niet-experimenteel onderzoek) werden de boven beschreven resultaten (Nuttbrock e.a., 1998; niet-experimenteel onderzoek; Ries e.a., 2002; semi-experimenteel onderzoek – zie deel 1D) alle teruggevonden bij patiënten die een behandeling volgden die slechts een beperkt aantal elementen gemeen had met de gouden standaard der residentieel geïntegreerde behandelingen (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/). De verschillen tussen de hier bestudeerde residentieel geïntegreerde behandelingen (dubbele diagnose afdeling Psychiatrisch Centrum Sleidinge –

¹⁵ De middelengebonden stoornis wordt hier buiten beschouwing gelaten.

service Dédale Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège – zie deel 3A) en de gouden standaard der residentieel geïntegreerde behandelingen (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/) zijn daarentegen eerder miniem. Meer concreet betekent dit dat de hier bestudeerde patiënten een behandeling genieten, waarvan momenteel aangenomen wordt dat zij ideaal en dus ook imperatief is voor hen (Ries, 1993; Kavanagh e.a., 1998; Drake e.a., 2001; Department of health, 2002). Het verschil in teruggevonden onderzoeksresultaten is dus mogelijk te wijten aan het verschil in gevolgde behandeling.

2. Uit de resultaten van Brunette e.a. (2001) blijkt dat de patiënten die een langdurige residentieel geïntegreerde behandeling genieten significant meer vooruitgang boeken dan de patiënten die een kortdurende residentieel geïntegreerde behandeling volgen (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/). Daar de resultaten van Nuttbrock e.a. (1998; niet-experimenteel onderzoek), Moggi e.a. (1999a; 2002; niet-experimenteel onderzoek) en Ries e.a. (2000; semi-experimenteel onderzoek) bekomen werden bij patiënten die een korte behandeling genoten en de hier bekomen resultaten bekomen werden bij patiënten die minimum negentig dagen in behandeling waren¹⁶, kan het verschil in effectiviteit dus ook verklaard worden door het verschil in behandelingscontinuïteit.

2. *Middelengebruik.*

De hypothese betreffende het middelengebruik wordt niet bevestigd. De klinici-onderzoekers menen immers dat de ernst van het middelengebruik constant blijft (ASI-ernstscores, McLellan e.a., 1980) of slechts marginaal significant afneemt (AUS, Drake e.a., 1990; DUS_{cannabis}, Drake e.a., 1990) tijdens de behandeling. Deze vaststellingen bevestigen de bevindingen van Bartels & Drake (1996; zie Drake e.a., 1998; niet-experimenteel onderzoek) en Moggi e.a. (1999a; niet-experimenteel onderzoek), doch zijn in strijd met de bevindingen van Ries & Ellingson, 1990; zie Drake e.a., 1998; niet-experimenteel onderzoek), Burnam e.a. (1995; experimenteel onderzoek), Drake e.a. (1997; semi-experimenteel onderzoek) en Moggi e.a. (2002; niet-experimenteel onderzoek) (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/). De meest voor de hand liggende conclusie is uiteraard dat het volgen van de hier bestudeerde residentieel geïntegreerde behandelingen geen effect heeft op het middelengebruik. De onderhavige onderzoekers menen echter dat deze conclusie te voorbarig is. Zij baseren zich hierbij op de volgende argumenten:

1. Op www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/ kon reeds teruggevonden worden dat de klinici-onderzoekers aan de hand van de ASI-ernstscores aangeven in welke mate de patiënten nood hebben aan

¹⁶ Het onderzoeksteam wenst hier wel op te merken dat niet alle patiënten gedurende de volle negentig dagen op de experimentele afdeling verbleven. Eén patiënt kreeg immers een time-out waardoor hij twee weken in een ander ziekenhuis opgevangen werd en twee patiënten werden gedurende een korte periode getransfereerd binnen het ziekenhuis (gesloten afdeling crisistoxicomanie – rehabilitatieafdeling).

bepaalde interventies of behandelingen. Daar geen van de bestudeerde patiënten op moment X_1 reeds ontslagen was uit het psychiatrisch centrum, is het ook niet zo verwonderlijk dat deze patiënten zowel op moment X_0 als op moment X_1 een hoge ASI-ernstscore behalen. De onderhavige onderzoekers stellen dan ook dat een niet-significant verschil in ASI-ernstscores enkel en alleen verontrustend is indien de patiënten voor en na hun behandeling onderzocht worden.

- De onderzoekers menen dat ook de tweede vaststelling, in het bijzonder de marginaal significante reductie in AUS- en $DUS_{cannabis}$ -score, niet noodzakelijk impliceert dat de bestudeerde residentieel geïntegreerde behandelingen geen effect hebben op het alcohol- en/of druggebruik van de patiënten. Ook hier kan immers geargumenteed worden dat de bestudeerde patiënten nog steeds in behandeling zijn en dat bepaalde behandelingsdoelen dus mogelijk nog niet (helemaal) bereikt zijn¹⁷. In dit verband wensen de onderhavige onderzoekers ook te verwijzen naar de onderzoeksresultaten van Moggi e.a. (2002; niet-experimenteel onderzoek) en Herman e.a. (2000; experimenteel onderzoek). Moggi e.a. (2002; niet-experimenteel onderzoek) onderzochten de effecten van een residentieel geïntegreerde behandeling die zeer gelijkaardig was aan de hier bestudeerde behandeling. Zij stelden vast dat (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/):

¹⁷ Tabel 13: AUS-scores en $DUS_{cannabis}$ -scores bestudeerde patiënten (n = 16).

Code	Alc_1	Alc_2	Evolutie alcoholgebruik	Can_1	Can_2	Evolutie cannabisgebruik
A	0	0	Niet van toepassing	4	4	Afhankelijkheid → afhankelijkheid
B	1	1	Geen gebruik → geen gebruik	1	1	Geen gebruik → geen gebruik
C	1	1	Geen gebruik → geen gebruik	1	1	Geen gebruik → geen gebruik
D	1	1	Geen gebruik → geen gebruik	4	4	Afhankelijkheid → afhankelijkheid
E	1	1	Geen gebruik → geen gebruik	3	3	Misbruik → misbruik
F	3	3	Misbruik → misbruik	2	1	Gebruik → geen gebruik
G	3	1	Misbruik → geen gebruik	4	1	Afhankelijkheid → geen gebruik
H	0	0	Niet van toepassing	5	2	Zware afhankelijkheid → gebruik
I	0	0	Niet van toepassing	3	3	Misbruik → misbruik
J	5	3	Zware afhankelijkheid → misbruik	0	0	Niet van toepassing.
K	1	1	Geen gebruik → geen gebruik	1	1	Geen gebruik → geen gebruik
L	1	1	Geen gebruik → geen gebruik	1	3	Geen gebruik → misbruik
M	3	3	Misbruik → misbruik	3	2	Misbruik → gebruik
N	3	3	Misbruik → misbruik	3	3	Misbruik → misbruik
O	2	1	Gebruik → geen gebruik	1	2	Geen gebruik → gebruik
P	3	2	Misbruik → gebruik	2	2	Gebruik → gebruik

Uit deze tabel blijkt dat het middelengebruik bij veertien patiënten stabiel blijft of **afneemt**, terwijl het bij twee patiënten **toeneemt**. De onderhavige onderzoekers wensen duidelijk te stellen dat deze tabel enkel ter illustratie wordt toegevoegd. Zij kan dus geenszins gezien worden als een bevestiging van de hypothese dat het middelengebruik van de patiënten afneemt.

- Het middelengebruik *één jaar na de beëindiging van de behandeling* significant minder ernstig was dan voor de behandeling.
- Het aantal abstinente patiënten *één jaar na de beëindiging van de behandeling* significant groter was dan voor de behandeling.

Ook uit het onderzoek van Herman e.a. (2002; experimenteel onderzoek) (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/) kan afgeleid worden dat de significante reductie in alcoholgebruik pas *twee maand na het beëindigen van de behandeling* waargenomen wordt. Omwille van de bovenstaande bevindingen achten de onderhavige onderzoekers het raadzaam verdere resultaten (onderzoeksmoment X_2 en X_3) af te wachten alvorens een definitief oordeel te vellen betreffende het effect van residentieel geïntegreerde behandelingen op het middelengebruik van dubbele diagnose patiënten.

Herman e.a. (2002; niet-experimenteel onderzoek) toonden aan dat een residentieel geïntegreerde behandeling de motivatie tot gedragsverandering doet toenemen en dat de kans op een reductie in middelengebruik groter is bij gemotiveerde dan bij niet-gemotiveerde patiënten (www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf/). De onderhavige onderzoekers kozen er dan ook voor deze variabele op te nemen in het onderzoek. De resultaten bekomen aan de hand van de $RTQ_{alcohol}$ en de RTQ_{drugs} (Rollnick e.a., 1992) wezen echter uit dat de hier bestudeerde behandelingen geen effect hadden op het motivatiestadium van de patiënten. Desondanks blijven de onderhavige onderzoekers hoopvol. Zij stelden immers vast dat zes van de acht patiënten met een alcoholprobleem en elf van de veertien patiënten met een drugprobleem zich reeds op moment X_0 in de actiefase bevonden¹⁸. Dit gegeven impliceert mogelijk dat deze patiënten hun gedrag op korte of op lange termijn wensen te veranderen (Herman e.a., 2002; niet-experimenteel onderzoek).

3. *Algemeen functioneren.*

In één van de hypotheses wordt gestipuleerd dat het algemeen functioneren van de dubbele diagnose patiënten die een residentieel geïntegreerde behandeling volgen, verbetert. Het significante verschil in GAF-scores (Goldman e.a., 1992) bevestigt deze veronderstelling en is dus in overeenstemming met de bevindingen van Nuttbrock e.a. (1998; niet-experimenteel onderzoek).

Een meer longitudinaal onderzoek (vergelijking momenten X_0 , X_1 , X_2 en X_3) dient uiteraard ook aan het licht te brengen of dit gegeven zich vertaalt in een positieve verandering in ziekenhuisgebruik, woon- en werkstatus,...

4. *Levenskwaliteit.*

De vierde deelhypothese betreffende de levenskwaliteit van de patiënten kon slechts gedeeltelijk bevestigd worden. Meer concreet betekent dit dat de patiënten enkel op de $SQLS$ -subschaal_{psychosociaal functioneren} een marginaal significante verbetering in

¹⁸ Dit gegeven wijst mogelijk op het bestaan van een plafondeffect.

levenskwaliiteit rapporteerden. De clinici-onderzoekers menen dat het niet terugvinden van significante veranderingen op de levenskwaliiteitschalen een gevolg is van de farmacologische behandeling en de kwantitatieve en/of kwalitatieve veranderingen in middelengebruik. Zij stellen dat de negatieve behandelingseffecten (de bijwerkingen van de psychofarmaca, het minder vaak ervaren van de positieve gevolgen van het middelengebruik) de positieve behandelingseffecten (zie deel 3B1a en deel 3B1c) tenietdoen, waardoor de levenskwaliiteit stabiel blijft.

Hoger (zie deel 3B1d) werd reeds gesteld dat enkel de algemene tevredenheid wat betreft de geestelijke gezondheidszorg significant toenam (MANSA, Priebe, 1999). De onderhavige onderzoekers menen dat dit niet verwonderlijk is. De overige geëvalueerde schalen betreffen immers vaak levensdomeinen waarop objectief gezien weinig of geen verandering mogelijk is daar de patiënten zowel op moment X_0 als op moment X_1 gehospitaliseerd zijn (Vb: algemene tevredenheid betreffende de werksituatie – algemene tevredenheid betreffende de woonsituatie).

5. Kritische bemerkingen.

Daar de bovenstaande bevindingen en conclusies teruggevonden werden in een niet-experimenteel onderzoek waarbij zestien proefpatiënten twee keer onderzocht werden (begin van de behandeling – drie maand na het begin van de behandeling), stellen de onderhavige onderzoekers dat deze slechts voorlopig zijn. Op www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/Drug/rDR05_nl.pdf werd immers reeds gestipuleerd dat betekenisvolle resultaten enkel en alleen bekomen kunnen worden in een semi-experimenteel onderzoek waarbij minimum tachtig dubbele diagnose patiënten die een residentiële behandeling volgen, gedurende langere tijd (minimum twaalf maand) gevolgd worden. Meer concreet betekent dit dus dat het aantal proefpatiënten dient uitgebreid te worden en dat hun functioneren vergeleken dient te worden met het functioneren van dubbele diagnose patiënten die een residentiële standaardbehandeling genieten. De onderhavige onderzoekers menen dat een dergelijk onderzoek eind december 2005 afgerond kan worden. De aldus verkregen resultaten zullen het mogelijk maken een meer definitief antwoord te formuleren op de onderstaande vragen:

1. Worden dubbele diagnose patiënten effectief behandeld indien zij een residentieel geïntegreerde behandeling volgen?
2. Is er een verschil in effectiviteit tussen de residentieel geïntegreerde en de residentieel standaardbehandelingen?

In het vervolgonderzoek wordt ook de kost van de aangeboden behandelingen in beschouwing genomen. Zo wordt de efficiëntie van de behandelingen bestudeerd. De aldus teruggevonden resultaten kunnen door de beleidsmakers gebruikt worden bij de verdere uitbouw van de Belgische geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.

B. ONDERZOEK PERSONEELSLEDEN.

De bovenstaande onderzoeksresultaten (zie deel 3B2b&c) zijn slechts gedeeltelijk in overeenstemming met de hypothese, geformuleerd in deel 1B4. Uit deze resultaten blijkt

immers dat er geen significante verschillen bestaan tussen de algemene werkstress en arbeidstevredenheid van de personeelsleden op de experimentele afdelingen en de controleafdelingen. De meer gedetailleerde analyse brengt echter aan het licht dat:

- de personeelsleden op de experimentele afdelingen het gevoel hebben meer inspraak te hebben dan de personeelsleden op de controleafdelingen.
- de personeelsleden op de experimentele afdelingen het gevoel hebben meer werkdruk te ervaren dan de personeelsleden op de controleafdelingen.
- de personeelsleden op de experimentele afdelingen het gevoel hebben beter te weten wat hun rol behelst dan de personeelsleden op de controleafdelingen.
- de personeelsleden op de experimentele afdelingen het gevoel hebben meer zinvol werk te verrichten dan de personeelsleden op de controleafdelingen.
- de verpleegkundigen op de experimentele afdelingen minder stress ervaren ten gevolge van de organisatie dan de verpleegkundigen op de controleafdelingen.

De onderhavige onderzoekers menen dat de meeste van deze bevindingen in de lijn der verwachtingen liggen. Op de experimentele afdelingen werd immers voor de start van de klinische pilootprojecten zeer veel tijd uitgetrokken om in gemeenschappelijk overleg een behandelingsstrategie uit te werken. Daar aan deze overlegmomenten zowel de teamleden als de directieleden deelnamen, biedt dit gegeven mogelijk een verklaring voor het feit dat de verpleegkundigen op de experimentele afdelingen minder stress vertonen ten gevolge van de organisatie dan de verpleegkundigen op de controleafdelingen. Ook tijdens de eigenlijke uitvoering van het klinische pilootproject wordt er voldoende ruimte gelaten om overleg te plegen. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de personeelsleden op de experimentele afdelingen het gevoel hebben meer inspraak te ervaren dan de personeelsleden op de controleafdelingen en dat zij het gevoel hebben beter te weten wat hun rol behelst. In tegenstelling tot de verwachtingen merken de onderhavige onderzoekers op dat de personeelsleden op de experimentele afdelingen meer druk ervaren dan de personeelsleden op de controleafdelingen. Dit gegeven kan mogelijk aan de volgende elementen toegeschreven worden:

1. De personeelsleden op de experimentele afdelingen ervaren mogelijk meer druk daar zij meer administratieve taken dienen uit te voeren dan de personeelsleden op de controleafdelingen (Vb: uitvoering evaluatieonderzoek¹⁹ – opstellen van het jaarverslag voor het ministerie van volksgezondheid).
2. Situationele omstandigheden:
 - Op één van de experimentele afdelingen vond een suïcide plaats net voor de personeelsleden bevraagd werden.
 - Op één van de experimentele afdelingen waren de personeelsleden een studiedag aan het voorbereiden.

¹⁹ Toen het functioneren van de personeelsleden onderzocht werd, werden enkel op de experimentele afdelingen reeds patiënten onderzocht

GLOSSARIUM DEEL 4²⁰.

- *Continuïteit*: ononderbroken samenhang.
- *Impliceren*: omvatten.
- *Longitudinaal*: langdurig.
- *Stipuleren*: bepalen.

REFERENTIES DEEL 4.

1. Brunette, M., F., Drake, R., E., Woods, M., & Hartnett, T. (2001). A comparison of long-term and short-term residential treatment programs for dual diagnosis patients. *Psychiatric services*, 52 (4), 526-528.
2. Burnam, M., A., Morton, S., C., McGlynn, E., A., Petersen, L., P., Stecher, B., M., Hayes, C., & Vaccaro, J., V. (1995). An experimental evaluation of residential and nonresidential treatment for dually diagnosed homeless adults. *Journal of addictive diseases*, 14 (4), 111-134.
3. Department of health (2002). *Mental health policy implementation guide. Dual diagnosis good practice guide*. <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth/dualdiag.pdf>
4. Drake, R., E., Essock, S., M., Shaner, A., Carey, K., B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F., C., Clark, R., E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services*, 52 (4), 469-476.
5. Drake R., E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., T., McHugo, G., J., & Bond, G., R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment. *Schizophrenia bulletin*, 24 (4), 589-608.
6. Drake, R., E., Osher, F., C., Noordsy, D., L., Hurlbut, S., C., Teague, G., B., & Beaudett, M., S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 16 (1), 57-67.
7. Drake, R., E., Yovetich, N., A., Bebout, R., R., Harris, M., & McHugo, G., J. (1997). Integrated treatment for dually diagnosed homeless adults. *The journal of nervous and mental disease*, 185 (5), 298-305.
8. Goldman, H., H., Skodol, A., E., & Lave, T., R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American journal of psychiatry*, 149 (9), 1148-1156.
9. Herman, S., E., Frank, K., A., Mowbray, C., T., Ribisl, K., M., Davidson II, W., S., BootsMiller, B., Jordan, L., Greenfield, A., L., Loveland, D., & Luke, D., A. (2000). Longitudinal effects of integrated treatment on alcohol use for persons with serious mental illness and substance use disorders. *Journal of behavioural health services & research*, 27 (3), 286-302.
10. Kavanagh, D., J., Young, R., Sithartan, T., Clark, D., Clair, A., Boyce, L., Heffernan, E., & Thompson, K. (1998). Treatment of substance abuse in schizophrenia: pilot of an integrated psychological treatment. *Schizophrenia research*, 29 (1-3), 23-23.
11. Kay, S., R., Opler, L., A., & Fiszbein, A. (1986a). *Handleiding voor het scoren op de schaal voor positieve en negatieve symptomen*.
12. McLellan, A., T., Luborsky, L., & O'Brien, C., P. (1980). Improved diagnostic instrument for substance abuse patients: the addiction severity index. *Journal of nervous and mental disease*, 168, 26-33.

²⁰ Basis: Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.

13. Moggi, F., Brodbeck, J., Költzsch, K., Hirsbrunner, H.-P., & Bachman, K., M. (2002). One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-month integrated inpatient treatment. *European addiction research*, 8 (1), 30-37.
14. Moggi, F., Hirsbrunner, H.-P., Brodbeck, J., & Bachmann, K., M. (1999a). One-year outcome of an integrative inpatient treatment for dual diagnosis patients. *Addictive behaviors*, 24 (4), 589-592.
15. Nuttbrock, L., A., Rahav, M., Rivera, J., J., Ng-Mak, D., S., & Link, B., G. (1998). Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric services*, 49 (1), 68-76.
16. Overall, J., E., & Gorham, D., R. (1962). The brief psychiatric scale. *Psychological reports*, 10, 799-812.
17. Priebe, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life. *International journal of social psychiatry*, 45 (1), 7-12.
18. Ries, R. (1993). Clinical treatment matching models for dually diagnosed patients. *Recent advances in addictive disorders*, 16 (1), 167-175.
19. Ries, R., K., Russo, J., Wingerson, D., Snowden, M., Comtois, K., A., Srebnik, D., & Roy-Byrne, P. (2000). Shorter hospital stays and more rapid improvement among patients with schizophrenia and substance disorders. *Psychiatric services*, 51 (2), 210-215.
20. Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British journal of addiction*, 87 (5), 743-754.
21. Van Dale. (1984) Groot woordenboek der Nederlandse taal. Utrecht: Van Dale Lexicografie.
22. Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R., & Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British journal of psychiatry*, 177, 42-46.

DANKWOORD.

De onderzoekers danken de Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid voor de financiële en logistieke ondersteuning van dit project. Tevens danken zij de leden van het begeleidingscomité voor hun talrijke aanwijzingen bij de uitvoering en de rapportage van dit onderzoek.

Tot slot wenst de onderzoeksploeg de directie, het personeel en de patiënten van de volgende psychiatrische ziekenhuizen te danken voor hun medewerking aan dit onderzoek:

Het Psychiatrisch Centrum Sleidinge te Sleidinge.

Het Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège.

Het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist te Zelzate.