

Token economy III: interactie tussen bewoners en medewerkers op afdelingen voor lang verblijf

Een vergelijkend communicatie-onderzoek

door B. de Ruiter

Inleiding

Een probleem voor chronische patiënten is de communicatie binnen de triade van bewoners, verpleegkundigen en academisch geschoolde eindverantwoordelijken. In dit artikel over een token economy (T.E.), die in 1972 op de RPI in Eindhoven gestart is, willen we ingaan op één aspect van deze communicatie: de interactie tussen verpleegkundigen en bewoners.

Uit verschillende buitenlandse onderzoeken blijken de frequentie en de aard van de interactie op chronische afdelingen nogal problematisch te zijn. Schwartz en Will (1953) volgden het gedrag van een verpleegster, die op een zaal met angstige en eenzame mensen werkte. Zij raakte ontmoedigd door het onzichtbaar zijn van het effect van haar enthousiast en betrokken werken. Volgens Schwartz en Will leidt dit tot een wederzijdse terugtrekking: een proces van wederzijdse vermijding, waarin patiënten en medewerkers het face-to-face contact tot een minimum beperken of geheel uit de weg gaan. Uit angst te falen ging zij alleen voor de meest essentiële zaken en dan nog zo kort mogelijk met de patiënt om. Om haar falen te rationaliseren, zag zij de patiënt als chronisch, dus niet in staat om geholpen te worden, met het gevolg dat iedere relatie zinloos werd. Als zij zichzelf als hulpeloos zag, zag ze de patiënten ook als hopeloze gevallen, bij wie toch niets meer hielp. Dat de patiënt zich terugtrok komt dus ten grotendele omdat de verpleegster zich terugtrok.

Cohler en Shapiro (1964) deden een onderzoek op een afdeling met chronisch schizofrene mannen naar de interactie tussen de werkers en patiënten. Zij hadden het idee dat die interactie verwarrend en bedreigend verliep, wat als gevolg had dat de staf zich terugtrok, waardoor de patiënten apathisch werden. Uit het onderzoek bleek o.a. dat de frequentie van de interactie tussen personeel onderling groter was dan met de patiënten. Voorts bleek de interactie inhoudelijk met de patiënten meer instrumenteel te zijn ('trek eens schoon

overhemd aan, Jan'), tussen collega's op kantoor meer sociaal emotioneel.

Gelfand et al. (1967) onderzochten het spontaan, naar eigen inzicht reïnceren van gedrag van bewoners door verpleegkundigen. Het bleek dat door hen gedefinieerd 'ongewenst' (psychotisch) gedrag – onsamenhangend praten, ijsberen, in zichzelf lachen – in 39% van de gevallen gevolgd werd door positieve aandacht van het verpleegkundig personeel. Vele patiënten, concludeerden zij, zijn dus hoogstwaarschijnlijk onderworpen aan een intermitterend bekrachtigingsschema voor psychotisch gedrag. Voor de groep geobserveerde patiënten bestond een zeer hoge rangordecorrelatie tussen de ernst van zijn psychotisch gedrag en de onwenselijkheid van de omgevingsresponsen daarop. Conclusie was, dat hoe ernstiger psychotisch een patiënt is, hoe waarschijnlijker het wordt dat zijn pro-sociale gedrag genegeerd zal worden en zijn vreemd gedrag bekrachtigd. Uit ander onderzoek bleek dat verpleegkundigen meer consistent reïnceren gaven voor afhankelijk dan voor onafhankelijk gedrag. (Mikulic, 1971) ofwel bewoners totaal negeren (Katz et al., 1972).

Verpleegkundigen op chronische afdelingen creëren, volgens buitenlands onderzoek, niet een optimaal therapeutisch klimaat. Vanuit het standpunt van gedragsmodificatie kan aandacht een uiterst effectieve en duurzame reïncere zijn. Een minimum aan interactie tussen verpleegkundigen en bewoners staat gelijk aan een minimum hoeveelheid reïnceren die iedere bewoner kan krijgen. Oorzaak voor dit 'vermijdingsgedrag' wordt vaak gezocht in personeelstekort en een overdaad aan beslommeringen van administratief-organisatorische aard. Uit een onderzoek naar kwantitatieve tekorten (Schmieding, 1966) bleek dat, wanneer een aantal verpleegkundige taken naar het secretariaat verschoven werd, er niet meer tijd aan de omgang met bewoners besteed werd.

Waar we, als werkhypothese, in dit onderzoek van uit willen gaan, is dat therapeutische effecten van afdelingen niet enkel en alleen het resultaat zijn van meer personeel, maar van educatieve en therapeutische interacties die tussen bewoners en werkers plaatsvinden. Een belangrijk aspect van token-systemen is deze organisatie van interactie, die, zoals blijkt, spontaan niet optreedt. Aan deze organisatie van interactie zijn twee aspecten te onderscheiden:

1. het creëren van een gestructureerde situatie, teneinde te garanderen dat interactie plaatsvindt;
2. het trainen van de medewerkers in gedragsmodificatieprincipes, teneinde te garanderen dat de aard van de interactie educatief en therapeutisch is.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de effecten van de organisatie van de interactie in token-systemen op de feitelijke interactie tussen bewoners en verpleegkundigen: kennis van stimuluscondities wordt in feite bijna nergens verzameld, maar bijna overal direct via het gedrag van de bewoners 'vertaald'. Gaat de bewoner vooruit t.o.v. het geselecteerde doelgedrag, dan is men blijkbaar ver ge-

noeg. Om een vaak gehoorde uitspraak van Ayllon te citeren: 'it works', waarmee aan een hoop nieuwsgierigheid naar daadwerkelijk functioneren een eind gekomen is. In dit verband is een onderzoek van Mandelker et al. (1970) het enig bekende relevante. De token economy werd niet in een psychiatrische setting maar in een lagere-schoolklas uitgevoerd. De voornaamste bevinding uit dit onderzoek is, dat tijdens de contingente fase, waarbij door de onderwijzeres tokens uitgedeeld werden, haar aandacht-gevend gedrag systematisch veranderde (d.w.z. méér contacten in deze fase). Een van de conclusies die de auteurs aan het onderzoek verbinden, is dat het contingent reinforcen met tokens ook contingenties legt op het gedrag van degene die ze geeft.

Vraagstelling

In dit onderzoek willen we nagaan wat het effect is van de organisatie token economy op de interactie tussen de bewoners en de verpleegkundigen, en deze vergelijken met de interactie op traditionele chronische afdelingen. Deze algemene vraagstelling valt uiteen in drie deelvraagstellingen:

1.- Onderscheiden token economy-verpleegkundigen zich t.o.v. collega's eveneens werkzaam op chronische afdelingen, met betrekking tot de *aard van hun activiteiten* op de afdeling? Een voor de hand liggende vraag is of men met het invoeren van een nieuw verpleegkundig systeem en daarmee een aantal nieuwe en andere taken, tevens bewerkstelligt dat de proportie van de tijd die besteed wordt aan de omgang met bewoners, verandert. Onderzocht zal worden of er verschillen bestaan tussen de verschillende afdelingen op de volgende gedragscategorieën:

- 1.1 Niet sociaal interactieve gedragingen: vraagstelling is of er verschillen bestaan wat betreft de frequentie van het werkgedrag en het neutrale gedrag (in zekere zin een maat voor inertie) van de verpleegkundigen.
- 1.2. Sociaal interactieve gedragingen: hiermee wordt alle informatie-uitwisseling van de verpleegkundigen bedoeld met: (a) bewoners, (b) collega-verpleegkundigen en (c) observatoren. Vraagstelling is of er verschillen bestaan tussen de afdelingen m.b.t. de frequentie van deze activiteiten van verpleegkundigen.

1.3. Instrumenteel gedrag.

2.- Bestaan er verschillen tussen token economy verpleegkundigen en verpleegkundigen van traditionele afdelingen met betrekking tot de *hoeveelheid contact* met de bewoners? Nauw verwant met vraagstelling 1.2 betreffende sociaal-interactief gedrag is de vraag hoe de verdeling van de contacten op de verschillende afdelingen ligt, met welke bewoners de verpleegkundigen zich bezighouden. Ook als zou blijken dat de totale som van de interactie bewoner-verpleegkundigen hoog is, maar dat het slechts een klein aantal bewoners betreft waar de verpleegkundigen zich mee bezighouden, kan men nauwelijks spreken van een optimaal therapeu-

tisch klimaat. Therapeutisch gezien lijkt de situatie het gunstigst wanneer de principemogelijkheid geboden word dat alle bewoners evenveel kans hebben op sociaal-interactief gedrag met verpleegkundigen. Theoretisch bezien lijkt een normaal-verdeling echter reëler, rekening houdend met voorkeur voor bepaalde individuen van beide kanten, de kans op interactie die in de ene situatie groter is dan in de andere, etc. Extreme voorkeur aan de ene kant, en/of totaal negeren van bepaalde bewoners aan de andere kant, zou de normaalverdeeldheid zodanig aantasten, dat deze afwijkingen in sociaal-interactief gedrag niet meer aan toevalsfactoren toe te schrijven zouden zijn. Vraagstelling is dan of de hoeveelheid sociaal-interactief gedrag van de verpleegkundigen met de afzonderlijke bewoners normaal verdeeld is.

3.— Bestaan er verschillen tussen token economy verpleegkundigen en hun collega's van traditioneel chronische afdelingen m.b.t. de *aard van het sociaal-interactief gedrag* met de bewoners? Deze vraagstelling is verwant aan de genoemde onderzoeken van Gelfand et al. (1967) en Mikulic (1971), waaruit bleek dat verpleegkundigen geen optimale voorwaarden verschaffen om vanuit gedragsmodificatiestandpunt, gedragsverandering te bewerkstelligen. De vraag is of er in een token economy, waarin de verpleegkundigen een training ondergaan (De Ruiter, 1975a) het er in dit opzicht beter van afbrengen, met name wat betreft het toepassen van de bekrachtigingscontingenties. Eén vraagstelling is:

3.1. Bestaan er verschillen tussen de afdelingen m.b.t. het wel dan niet juist hanteren van reinforcement door de verpleegkundigen t.a.v. hun bewoners?

Een andere vraagstelling die voortkomt uit een analyse van de gedrag- en reactiecodes van de categorie sociaal-interactief gedrag (1.2) heeft betrekking op verschillen in verpleegkundig gedrag bij hun omgang met bewoners. Zo zouden 'sfeerverschillen' min of meer zichtbaar gemaakt kunnen worden; bevoorbeeld: wordt er veel of weinig gelachen, veel of weinig gepraat met bewoners, komt er veel of weinig fysiek contact voor, in de vorm van een schouderklop, iemand de arm om de schouder leggen etc. Vraagstelling is:

3.2. Verschilt het gedrag van de verpleegkundigen van de afdeling m.b.t. specifieke gedragscategorieën bij hun omgang met de bewoners?

Methode

Gekozen werd voor een directe time-sampling observatiemethode voor omschreven categorieën. Er werd gebruik gemaakt van het gedragscoderingssysteem voor het vaststellen van gezinsinteracties van Ray, Pattersons en Shaw, omdat hierbij zowel het gedrag van het gezinslid als wel de reactie van de sociale omgeving opgenomen wordt. Aangezien het in dit onderzoek ging om verpleeggedrag, voor zover het aanzet en gevolg is van informatieuitwisseling met bewoners, werd een aantal omschrijvingen van gedrag van bewo-

ners, welke relevant waren voor de in het onderzoek van Gelfand et al. genoemde vraagstellingen, toegevoegd.

Voor de time-sampling observatietijd werd een intervallengte gezocht die enerzijds zo lang was dat zij één gedrags- en één reactiecode omvatte, en anderzijds niet zo kort dat hetzelfde gedrag gecodeerd werd in 2 tijdsintervallen. Dit resulteerde in observatieintervaltijden van 7½ seconde. Als uitgangspunt voor toetsing werd een totaal van 2800 observatieperioden per afdeling gedaan door 2 observatoren op drie afdelingen. Per afdeling werden 5 verpleegkundigen geobserveerd.

Voor een beschrijving van deze afdelingen verwijzen we naar ons tweede artikel over het T.E.-project (De Ruiter 1975b); de controle-afdelingen in dit onderzoek zijn dezelfde als in het onderzoek naar de effectmeting. Om een representatieve steekproef te verkrijgen van het relevante gedrag, waren slechts een aantal uren van de dag geschikt, nl. die waarop theoretisch alle bewoners en 2 of meer verpleegkundigen op de afdeling aanwezig waren. In de praktijk bleken dat de volgende tijden te zijn: 7.30-8.30; 11.55-13.30; 17.00-17.45 uur.

De geobserveerde in het onderzoek is de verpleegkundige in zijn 'natuurlijke' omgeving. Daar het verstrekken van de werkelijke reden van het onderzoek op de afdelingen een verstoring van de werkelijkheid zou kunnen betekenen, diende helaas een 'fake-hypothese' opgesteld te worden. Teneinde te voorkomen dat de onderzoeksgegevens consequenties zouden kunnen hebben voor de betreffende afdelingen, werd besloten de informatie pas vrij te geven, wanneer de controle-afdelingen met hun medewerkers t.g.v. reorganisaties e.d. niet meer zouden bestaan en de onderzoeksactiviteit in de vergetelheid zou zijn geraakt.

Aard van de informatie in het observatieschema

A. Niet sociaal-interactieve gedragingen

1. Codering NT-GR (neutraal gedrag – geen reactie): omvat activiteiten als ergens naar toe lopen, krant lezen, niets doen. Er volgt geen reactie uit de sociale omgeving op.
2. WK-GR (werken – geen reactie): alle gedrag gerelateerd aan afdelingswerkzaamheden als: medicijnen klaarmaken, tafels afruimen, rapportage schrijven, etc. Ook hier: er volgt geen reactie uit de sociale omgeving op.

B. Sociaal-interactieve gedragingen

1. Met collega-verpleegkundigen, gecodeerd Pr-Pr, niet gespecificeerd
2. Met bewoners; te onderscheiden zijn:
 - (a) algemene categorie Pr: alle verbaal gedrag van de verpleegkundigen:
 - (b) gedrag met *positief reïncorcerende aspecten*; hieronder vallen:
 - aandacht
 - goedkeuring

- positief fysiek contact
- lachen, als positieve reactie op het gedrag van iemand;
- (c) gedrag met *extingerend aspect*: het niet reageren op gedrag van de ander;
- (d) gedrag met *punishment aspecten*:
 - negativisme: uiting van een negatieve houding
 - afkeuring
 - negatief fysiek contact (bijv. slaan, wegduwen, iemand opzettelijk doorgang belemmeren etc.)
 - krenken

C. Instrumenteel gedrag

Hieronder vallen gedragingen welke op bewoners gericht zijn, maar door routinematig gebruik een mechanisch karakter dragen; er wordt niet bij gesproken, noch is er sprake van duidelijk gerichte aandacht bij verpleegkundige of bewoner, bijv. 'aangeven - bewoner neemt aan', zoals bij het ronddelen van de medicatie.

D. Specifieke gedrag van bewoners; te onderscheiden zijn:

1. Stereotiepe gedragingen:

(a) stereotiepe verbale gedragingen:

- verbaal gedrag dat vaak als stereotiep omschreven wordt voor bepaalde 'ziektebeelden';
- verbaal gedrag dat gekenmerkt wordt door verwardheid en onsamenhangendheid als 'God is zwart', 'de Russen schieten door de lucht', 'ik ben Jezus Christus';
- in zichzelf onverstaanbaar mompelen;

(b) stereotiepe idiosyncratische gedragingen zoals:

- met opengesperde mond in de spiegel kijken,
- om de vier passen tegen de muur trappen,
- ijsberen,
- voor zich uitstaren
- slapen op de grond van het dagverblijf etc.

2. Niet stereotiepe gedragingen:

- duidelijk verstaanbaar verbaal gedrag, dat meestal betrekking heeft op dagelijkse activiteiten, praatjes houden, korte vragen stellen;
- verbale activiteiten die een grotere sociale sensitiviteit en initiatief van de bewoner inhouden, zoals het voeren van samenhangende gesprekken, waarbij geoordeeld en gewaardeerd wordt.

Uitwerking van de gegevens

Voor de betrouwbaarheidsindex werd gekozen voor een Inter Observer Agreement score berekend over alle observaties volgens de formule:

$$I.O.A. = \frac{f. \text{agreement/interval}}{f. \text{disagreement/int.} + \text{agreement/int.}} \times 100$$

De IOA-scores tussen de 2 observatoren lagen op alle 3 afdelingen boven de 95%.

Resultaten

Vraagstelling 1, naar de verschillen tussen de drie afdelingen m.b.t. de aard van de activiteiten.

In tabel 1 geven we een overzicht van de frequenties (en proporties) in de globale categorieën: niet sociaal-interactieve, sociaal-interactieve en instrumentele gedragingen, waargenomen in de 2800 observatieperioden van 7½ seconde.

Tabel 2 geeft een overzicht van de toetsing van de verschillen tussen de afdelingen per globale categorie. Gebruik werd gemaakt van Fishers toets voor verschillen tussen ongecorreleerde proporties.

Tabel 1: Frequenties (en proporties) in de categorieën per afdeling

afdeling	1 WK-GR	2 NT-GR	3 sociale interactie verpl.-verpl.	4 sociale interactie verpl.-bew.	5 instru- menteel	6 praten tegen observator
T.E.	604 (.216)	460 (.164)	320 (.114)	1346 (.481)	20 (.007)	50 (.018)
controle- afd. I	938 (.335)	699 (.250)	359 (.128)	611 (.218)	119 (.042)	74 (.026)
controle- afd. II	857 (.306)	827 (.295)	383 (.136)	626 (.224)	19 (.007)	88 (.031)

Tabel 2: Toetsing van de verschillen tussen de afdelingen per globale categorie

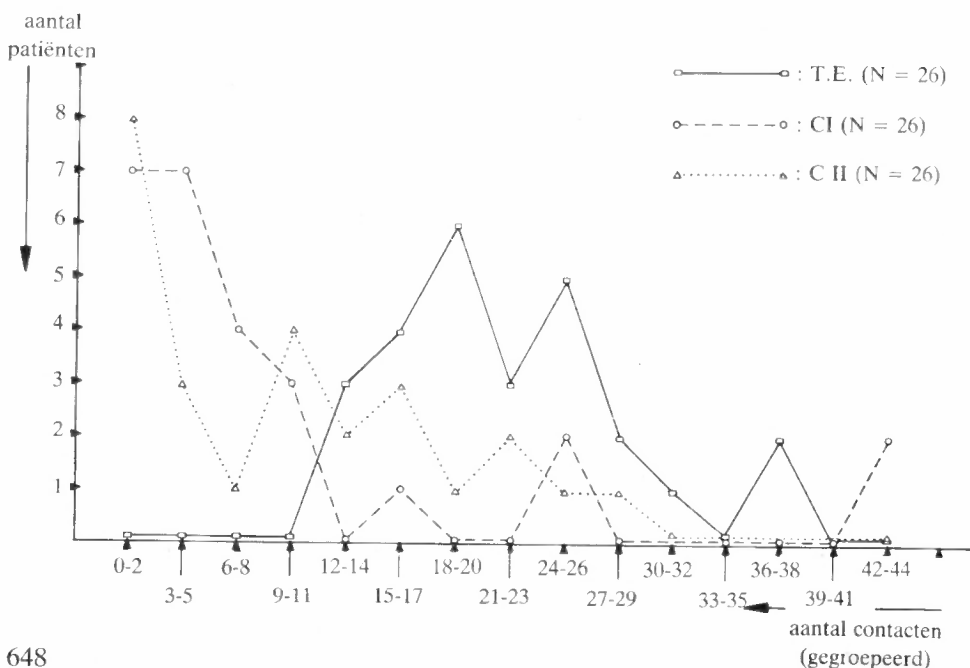
categorie	afdeling	significantie
WK-GR	TE-CI	p .001
	TE-CII	p .001
	CI-CII	n.s.
NT-GR	TE-CI	p .001
	TE-CII	p .001
	CI-CII	p .001
interactie verpl.-verpl.	TE-CI	n.s.
	TE-CII	p .05
	CI-CII	n.s.
interactie verpl.-bewon.	TE-CI	p .001
	TE-CII	p .001
	CI-CII	n.s.
instrumenteel	TE-CI	p .001
	TE-CII	n.s.
	CI-CII	p .001
praten tegen observatoren	TE-CI	n.s.
	TE-CII	p .01
	CI-CII	n.s.

Verreweg het grootste gedeelte van het totaal aan observaties valt binnen de niet sociaal-interactieve gedragingen en de sociaal-interactieve gedragingen. Vooral de globale categorie sociale interactie verpleegkundige – bewoner springt er bij de TE uit, aangezien er bijna 50% van al het verpleegkundig gedrag hierbinnen valt. Hiermee onderscheidt de TE zich op significante wijze van beide andere afdelingen, terwijl het verschil tussen CI en CII niet significant is. Wat betreft de niet sociaal-interactieve gedragingen (categorieën WK-GR en NT-GR) zijn alle verschillen significant: de verpleegkundigen van de TE zijn in beide categorieën met de minste observaties vertegenwoordigd.

Vraagstelling 2, met betrekking tot het *aantal contacten* dat iedere bewoner met de verpleegkundigen heeft.

In de onderstaande grafiek geven we een overzicht van het gegroepeerde aantal contacten. Wat betreft de hoogte van het aantal contacten valt op dat geen enkele bewoner op TE minder dan 12 maal contact heeft, terwijl op CI meer dan 80% en op CII 61% minder dan 12 contacten heeft. Met de Kolmogorov-Smirnow toets werd vervolgens nagegaan in hoeverre de drie frequentieverdelingen normaal verdeeld waren. Voor de afdeling CI week de gevonden verdeling significant af van een normaalverdeling ($P < .10$). Rekening houdend met de extreem positieve scheefheid van de verdeling van CII, kan ook deze beschouwd worden als significant afwijkend van een normaalverdeling. De verdeling van de TE wijkt niet significant af van de normaalverdeling.

Grafiek van het gegroepeerd aantal contacten



Tabel 3: Overzicht van de frequenties in de afzonderlijke categorieën

	algemeen verbaal gedrag	categorieën met positief reinforende aspecten	goed- keuring	positief fysiek contact	lachen	gedrag met extingerend aspect	gedrag met punishment aspect	negatief fysiek contact	krenken
PR		aandacht				negeren	negativisme	afkeuring	
TE	846	134	64	14	44	6			
CI	367	119	4	1	8	13	12	1	5
CII	407	127	2	4	15	6	4	6	2

Vraagstelling 3, m.b.t. de aard van het *sociaal-interactief gedrag* van verpleegkundigen met bewoners.

Een overzicht van de frequenties in de afzonderlijke categorieën geven we in tabel 3. De categorieën met de hoogste frequenties zijn 'praten' en 'aandacht'. Opvallend zijn de redelijk hoge frequenties t.o.v. de controle-afdelingen in de categorieën 'goedkeuring' en 'lachen'. Toetsing van de categorieën 'praten' en het totaal aan positieve reinforcement levert een significant verschil op ($p < .001$) (Fishers toets voor de verschillen tussen ongecorrleerde proporties) tussen de verpleegkundigen van de TE enerzijds en van de controle-afdelingen anderzijds. Tussen de controle-afdelingen was het verschil niet significant.

Een tweede vraagstelling met betrekking tot de aard van de interactie tussen de verpleegkundigen en de bewoners, betrof de reinforcement-contingenties. Bewonersgedrag werd daartoe onderverdeeld in stereotiep en niet-stereotiep gedrag. De vraag is, welk bewonersgedrag gevolgd werd door de verschillende reinforcement-categorieën. In tabel 4 geven we een overzicht van de verdeling van gedrag van verpleegkundigen met positieve reinforcement, non-reinforcement en punishment-aspecten als reactie op stereotiep en niet-stereotiep bewonersgedrag.

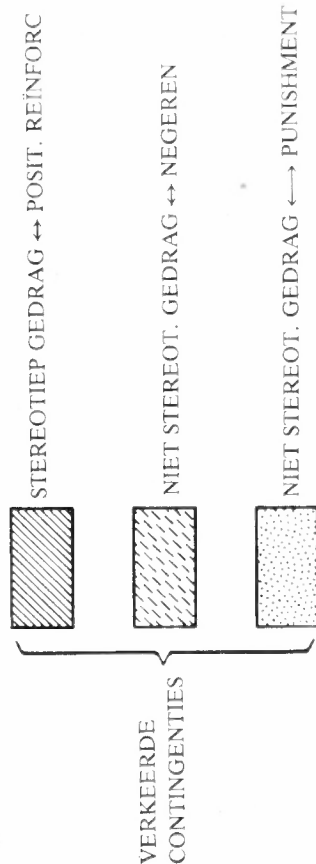
Ondanks de lage frequentie van geobserveerd stereotiep gedrag – waarmee de geschiktheid van de gevolgde time-sampling methode voor dit doel discutabel wordt – lijkt er een trend aanwezig in de gegevens: TE-verpleegkundigen reageren, vanuit het standpunt van gedragsmodificatie, juist op diverse vormen van bewonersgedrag; CI-verpleegkundigen reageerden in 20% van de observaties van niet-stereotiep bewonersgedrag met non-reinforcement en punishment; CII-verpleegkundigen reageerden, in overeenstemming met de bevindingen van Gelfand et al., met ruim 60% van de gecodeerde instanties met positieve reinforcement op stereotiep bewonersgedrag.

Samenvatting en discussie

In dit onderzoek hebben we het gedrag van verpleegkundigen op een TE-afdeling vergeleken met dat van collega's op twee controle-afdelingen voor chronische patiënten. Op de token economy-afdeling zien we dat de interactiefrequentie tussen de verpleegkundigen en bewoners twee keer zo groot is als op de controle-afdelingen. Daarnaast zagen we dat op de traditionele afdelingen de helft van de geobserveerde tijd het gedrag van de verpleegkundigen in de categorie 'niet-sociaal interactief' viel, zoals het uitvoeren van administratieve werkzaamheden, iets opruimen, niets doen, ergens naar toe lopen, de krant en de Panorama lezen etc. De combinatie van deze informatie bevestigt de observaties van Schwarts en Will en Cohler en Shapiro, dat op traditionele chronische paviljoens een proces van wederzijdse vermijding optreedt, waarin patiënten en verpleegkundigen het face-to-face contact tot een minimum beperken, of geheel uit de weg gaan.

Tabel 4: Bewonersgedrag, gevolgd door de 3 verschillende reinforcementcategorieën

TE	CI		CII	
	STEREO- TIEP GEDRAG	NIET STEREO- TIEP GEDRAG	STEREO- TIEP GEDRAG	NIET STEREO- TIEP GEDRAG
POSITIEF REINFORC.	1	255	2	130
NON- REINFORC.	6	—	—	13
NEGATIEF REINFORC.	—	—	—	18



Voorts blijkt een T.E.-systeem niet alleen de interactie te faciliteren, maar ook effect te hebben op de verdeling van aandacht over de afdelingsbewoners: op de traditionele afdelingen heeft het merendeel van de bewoners geen enkel contact, en 2 of 3 bewoners relatief zeer veel. Op deze extreme verdeling van aandacht van de verpleegkundigen komen we in een volgend artikel terug.

Op de T.E.-afdeling bleek de aandacht van de verpleegkundigen normaal verdeeld te zijn. Dit is begrijpelijk, omdat verpleegkundigen op T.E.-afdelingen met behulp van gedragsmodificatieprocedures voor zichzelf werkroosters kunnen maken (plaats- en tijd-roosters voor reinforcement), waardoor ook de minst responsieve, apathische en mutistische patiënt kans op reinforcement krijgen. Een ander aspect van het structureren van de interactie is, juist wanneer het gaat om een populatie waar op korte termijn geen blijvende gedragsverandering te verwachten is, de organisatie zodanig te plannen, dat de gestructureerde interactie in stand blijft, door de verpleegkundigen dagelijkse, wekelijkse en maandelijkse feedback over het gedrag van de bewoners als een mogelijke vorm van reinforcement aan te bieden (Panyan et al., 1970).

Hoewel op de RPI geen systematisch onderzoek is gedaan naar de effecten van andere vormen van reinforcement op het gedrag van de verpleegkundigen, en andere auteurs binnen hun setting andere reinforcement-vormen bepleiten (Pomerleau et al., 1973; Pommer & Streedback, 1974; Loeber, 1971) willen we stellen dat, indien er een organisatie ontwikkeld wordt, het voor de continuïteit noodzakelijk is procedures te ontwikkelen waardoor gedrag van de verpleegkundigen in stand gehouden wordt.

Een laatste punt uit het onderzoek dat we willen vermelden, is de trend dat T.E.-verpleegkundigen een grotere variëteit binnen hun positieve reinforcement-repertoire bleken te hebben: er werd naast aandacht meer gelachen, er werd meer goedkeuring gegeven en er was meer positief fysiek contact. De tweede trend was dat er minder 'verkeerde' contingenties gegeven werden op stereotiepen niet-stereotiep bewonersgedrag dan op de controle-afdelingen, hetgeen in de richting gaat van de bevindingen van Gelfand et al. Nu blijkt uit de literatuur dat het structureren van de interactie geen garantie is voor de kwaliteit van de interactie. Trudel et al. (1974) vonden in hun T.E.-afdeling dat verpleegkundigen weliswaar vaker 'gewenst gedrag' bekrachtigden, maar ongeveer even vaak ongewenst gedrag positieve aandacht gaven als hun controle-collega's. Ook Lachenmeyer (1968) concludeerde dat een T.E. op zich geen garantie biedt voor effectieve interactie. Behalve dat gestructureerde interactie niet behoeft te impliceren dat de reinforcementcontingenties optimaal zijn, kunnen verpleegkundigen het systeem ook zodanig gaan hanteren, dat de nogal eens geuite kritiek, dat token-interactie alleen maar instrumenteel en robotachtig is en dat er daardoor geen ruimte voor 'echt' contact met de bewoners is, gerechtvaardigd lijkt. 'Procedures kunnen zo rigide toegepast worden dat bewoners niet als mensen gezien worden maar als een aantal categorieën' (Wild, 1969). Daar staat tegenover

dat dit fenomeen niet inherent aan een T.E. behoeft te zijn: uit het eerder genoemde onderzoek van Cohler en Shapiro bleken verpleegkundigen die de vaardigheden hadden om méér dan instrumenteel met bewoners om te gaan, ook meer contact te hebben. In een vergelijkend onderzoek tussen milieu-therapie en T.E., concludeerden Paul en Lentz (1977) dat de kwantiteit van de interactie tussen verpleegkundigen en bewoners van minder belang was dan de kwaliteit, het hoe en wanneer. Naast de organisatie van de interactie, waardoor de kwantiteit van de interactie een controleerbare variabele blijft, is de training in gedragsmodificatieprincipes en vooral de training in vaardigheden om deze toe te passen van groot belang.

Er zijn in Nederland waarschijnlijk heel wat niet gepubliceerde draaiboeken over inservice-vaardigheidstrainingen voor verpleegkundigen, veelal door werkers in het veld 'voor intern gebruik' tussen de bedrijven door ontwikkeld. Een probleem hierbij is dat trainingen in het veld nooit op effect getoetst worden, ten gevolge waarvan nieuwe ontwikkelingen in het trainingspakket uitblijven. Vaak zien we dan ook dat een inservice-training aan het begin van een programma intensief is, en geleidelijk aan uitdooft (Hall en Baker, 1972). Anderzijds zien we een enkel gepubliceerd trainingspakket, gericht op een enkele vaardigheid, bijv. empathie, ontwikkeld op universitair niveau, met effect-toetsing, maar zonder verder vervolg (Goldstein en Goedhart, 1973). In beide gevallen ontbreekt een continuïteit en raakt de informatie op basis waarvan de inservice-trainingen verbeterd kunnen worden verloren. Een samenwerking van veldwerkers om te komen tot een trainingspakket voor mediatietherapie t.b.v. de chronische populatie, waarin stap voor stap verschillende procedures worden beschreven, praktische oefeningen, modellen voor huiswerkformulieren worden gegeven, met mogelijkheden voor effect-toetsing, zou een zinvolle ontwikkeling zijn. Het werk van v.d. Gaag en v.d. Plas (1982) zou hiertoe een goed uitgangspunt kunnen zijn.

Literatuur

- Cohler, J. en L. Shapiro (1964), Avoidance patterns in staff-patient interactions on a chronic schizophrenic treatment ward. *Psychiatry*, 27, 377-388.
- Gaag, M., v.d. en J. v.d. Plas (1982), *Werkboek Gedragstherapeutische vaardigheden*. De Tijdstroom, Lochem-Popering.
- Gelfand, D. M., S. Gelfand en W. R. Dobson (1967), Unprogrammed reinforcement of patients behavior in a mental hospital. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 201-207.
- Goldstein, A. P. en A. Goedhart (1973), The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapist training. *Journal of Community Psychology*, 1, 168-173.
- Hall, J. en R. Baker (1973), Token Economy Systems: breakdown and control. *Behaviour Research and Therapy*, 253-263.
- Katz, R. C., C. A. Johnson en S. Gelfand (1972), Undergraduates as behavioral technicians on an adult token economy ward. *Behaviour Therapy*, 3, 589-592.
- Lachenmeyer, C. W. (1968), Systematic socialization: observations on a programmed environment for the rehabilitation of anti-social retardates. *Psychological*

Record, 11, 101-108.

- Loeber, R. (1971) Engineering the behavioral engineer. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4, 321-326.
- Mandelker, A. V., T. A. Brigham en D. Bushell (1970), The effects of token procedures on teacher's social contacts with her students. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3, 169-174.
- Mikulic, M. A. (1971), Reinforcement of independant and dependant patient behaviours by nursing personnel: an exploratory study. *Nursing Research*, 20, 162-165.
- Panyan, M., H. Boozer en N. Morris (1970), Feedback to attendants as a reinforcer for applying operant techniques. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3, 1-4.
- Paul, G. L. en R. J. Lentz (1977), *Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients: Milieu versus Social Learning Programs*. Harvard University Press, Cambridge, Massachussets.
- Pomerleau, O. F., P. H. Bobrove en R. H. Smith (1973), Rewarding psychiatric aides for the improvement of assigned patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 383-390.
- Pommer, D. A. en D. Streedbeck (1974), Motivating staff performance in an operant learning program for children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7, 217-21.
- Ruiter, B. de (1975a), Token Economy: een motiverende omgeving voor chronische patiënten. *T. Psychiatrie*, 17, 194-204.
- Ruiter, B. de (1975b), Token Economy II. *T. Psychiatrie*, 17, 789-799.
- Schmieding, N. J. (1966), Study of nurse activity after removal of management functions. *Journal of psychiatric nursery*, 4 (6), 531-537.
- Schwartz, M. en G. Will (1953), Low morale and mutual withdrawal on a mental ward. *Psychiatry*, 16, 37-44.
- Trudel, G. et al. (1974), Unprogrammed reinforcement of patients behaviors in wards without token economy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 5, 147-149.
- Wild, W. F., (1969), Behaviour modification: a therapeutic milieu for chronic schizophrenics. *Hawaii Med. Journ.*, 29, 20-26.

Dank aan Jos Claus en Arthur de Vries.