

De organisatie van een token economy

door P. Betgem

Inleiding

Een Token Economy is een vorm van gedragstherapie met speciale voordelen wat betreft de behandeling van langdurig verpleegde psychiatrische patiënten. Er wordt daarbij gebruik gemaakt van 'tokens', het Engelse woord voor waardebon of fiche bij een kaartspel. De tokens worden aan de patiënt verstrekt als beloning voor bepaalde nauwkeurig omschreven gedragingen. De bedoeling is dat de tokens een dermate belonende en stimulerende waarde krijgen dat zij deze geselecteerde gedragingen doen toenemen. In een TE-programma zijn meerdere patiënten tegelijk opgenomen. De functie van verpleegkundigen is van groot belang, want zij zijn immers de meest directe uitvoerders in deze benadering. De personeelsorganisatie vormt een complex geheel van afspraken met de nodige risico's op mislukking, zodat een voortdurende zorgvuldige begeleiding noodzakelijk is. Dit artikel gaat over de praktische aspecten van de Token Economy. Gedurende enige jaren ben ik als psycholoog medeverantwoordelijk voor het beleid van een TE op een afdeling van het psychiatrisch centrum Schakenbosch te Leidschendam. De herstructurering van een verblijfspaviljoen door middel van een consequent gedragstherapeutisch programma, in dit geval voor vierentwintig mannelijke patiënten, vereist een aanzienlijke inzet van de betrokken personeelsleden. Na een korte literatuurbeschouwing beschrijf ik de voorbereidingsfase en de afdeling waar de TE ingevoerd werd. Zowel de ligging en de stijl van het gebouw als het patiëntenbestand komt daarbij aan de orde. Eveneens wordt de financieel-administratieve kant beschreven. Speciale aandacht wijd ik aan het onderwerp personeelsbegeleiding, standaardisatie van instructie en training van verpleegkundigen. Tot slot worden voorbeelden van beloningsprogramma's gegeven.

Het principe van de Token Economy

Ondanks de vele variaties in de uitvoering blijft de werkwijze van een TE-programma altijd verlopen volgens het paradigma voor de operante conditionering. Door consequente bekrachtiging van bepaalde gedragingen wordt toename van functioneel gedrag beoogd en afname van dysfunctioneel gedrag. Idealiter worden de gedragscategorieën in overleg met de patiënt zelf gekozen, maar dit is vaak niet mogelijk, bij voorbeeld in geval van diepgaand autisme of gedragsgestoordheid. Het is wenselijk geleidelijkheid te betrachten en niet ineens veel eisen aan de patiënt te stellen.

Meestal zal men met eenvoudige deelgedragingen beginnen op niveau van elementaire zelfredzaamheid, terwijl na verloop van tijd de beloningen verschoven worden naar hoger-niveaugedrag zoals sociale vaardigheden. Steeds wordt het operant aan te leren nieuwe gedrag omschreven in een programma voor een groep patiënten, hoewel ook individuele programma's mogelijk zijn. Het is essentieel dat personeel en patiënten precies weten welke gedragingen in aanmerking komen voor bekrachtiging in de vorm van een eveneens van te voren bepaald aantal tokens.

Literatuuroverzicht

Ayllon en Azrin (1968) publiceerden een standaardwerk met effectmeting over een periode van zes jaar, dat nog steeds beschouwd kan worden als één der belangrijkste werken uit de literatuur op dit gebied. Hun tokensysteem werd in combinatie met een onderzoek opgezet in het Anna State Hospital in Illinois, en dit onderzoek illustreert dat vaker de langdurig verpleegden dan short-stay patiënten met deze behandelingsvorm benaderd worden. De resultaten die Ayllon en Azrin rapporteren zijn bemoedigend te noemen. De effectmeting besloeg een periode van zes jaar om de bestendigheid van de geconstateerde resultaten na te gaan.

Vermeldenswaard is ook het boek van Ulmer (1976). Uit de publicaties van de zojuist genoemde auteurs mogen we vaststellen dat positieve en duurzame gedragsveranderingen het gevolg kunnen zijn van een goed opgesteld Token-Economy-systeem.

De Ruiter (1975b) concludeert dat binnen een TE niet alleen met tokens beloond gedrag toeneemt, maar dat er tevens een meer globale positieve werking optreedt. Er zou sprake zijn van algemene activiteitstoename bij de patiënten en een vermeerdering van de sociale responsiviteit, zonder dat de operante bekrachtigingsprocedure's hierop gericht zijn. Het rendement beperkt zich niet noodzakelijk tot gedragsprogramma's. Dezelfde auteur beschrijft ook een tokensysteem, zoals opgezet in de RPI en benadrukt dat er geen dwangregiem hoeft te ontstaan zoals sommige Engelstalige literatuur ons doet vermoeden. (De Ruiter, 1975a)

Kazdin (1977) geeft een kritische beschouwing over een groot aantal uiteenlopende Token-Economysystemen. Relativerend stelt hij, dat TE-programma's er nooit in slagen het ideale einddoel

te bereiken, dat wil zeggen de geregredieerde chronische patiënt precies zo laten functioneren als aangepaste leden van de maatschappij. Dit geldt echter evenzeer voor de andere behandelingsstrategieën zoals pharmacotherapie en psychotherapie. Kazdin is van mening dat de tokensystemen wat betreft effect gunstig afsteken bij andere therapieën. Daar komt bij dat er tamelijk veel evaluatieonderzoek verricht is zodat bewijs voor resultaat geleverd kan worden.

TE-programma's zijn echter niet altijd volledig succesvol. In een eerder verschenen publikatie illustreert Kazdin (1973) dit met een overzichtsartikel waarin hij een twintigtal onderzoeksverslagen over het effect van tokensystemen samenvat. Het gaat om beloningsprogramma's in uiteenlopende settingen, alle intramuraal en variërend van verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen tot opvoedingsgestichten voor delinquente jongemannen. Steevast is er een aantal patiënten of pupillen dat niet reageert en een groter aantal waarbij deze vorm van gedragstherapie wel aanslaat. Als ik Kazdin mag geloven is het bijna een ratio: rond de 15% vertoont geen gedragsverandering in de vorm van zelfredzaamheid, sociale vaardigheden of aangepast gedrag. De rest van de patiënten respondeert wel met een meer adequaat gedragsrepertoire. Ik kan stellen dat op grond van de literatuur te verwachten valt dat het merendeel van de patiënten tokens zal gebruiken terwijl een kleinere groep waarschijnlijk niet zal reageren.

Hall en Baker (1972) benadrukken dat de organisatie van een TE een complexe zaak blijft door de voortdurende risico's op kortsluiting in de onderlinge samenwerking van het personeel. Het leek me de moeite waard dit als onderwerp te nemen en te beschrijven hoe een Token Economy zich ontwikkelde op een verblijfsafdeling van een Nederlands psychiatrisch centrum.

De bekrachtigers

Laten we aannemen dat het grootste deel van de patiënten tokens accepteert. De tokens nemen de gedaante aan van paviljoensgeld, soms in de vorm van speciaal vervaardigde munten, hoewel ook fiches in verschillende kleuren, waardebonnen of aantekeningen op een registratiekaart gebruikt kunnen worden. Het gaat erom dat de patiënt uiteindelijk zelf de concrete beloning in ruil voor tokens kan kiezen: de token wordt ingeruild voor een 'back-up reinforcer'. Het is aan het personeel om er voor te zorgen dat er een ruime variatie aan back-up reinforcers voorhanden is.

Deze back-up reinforcers laten zich onderverdelen in twee soorten: (1) *Materiële reinforcers of bekrachtigers*: de patiënt ruilt de tokens in voor gebruiksgoederen en consumptie-artikelen naar keuze; hoe meer verschillende artikelen voorhanden zijn des te groter is de bekrachtigende waarde van de token; (2) *niet-materiële reinforcers of bekrachtigers*: de patiënt kan voor de tokens gedragsmogelijkheden verkrijgen; hierbij moeten we denken aan zoiets als gezamenlijke activiteiten met de verpleging van een voor de patiënt aantrek-

kelijke hoedanigheid. Het gaat om bij voorbeeld uitstapjes naar de maatschappij, vrije weekeinden, overdag mogen rusten, wandelen met de verpleging en vrij wandelen. In principe zijn de mogelijkheden talrijk, maar het is onze ervaring dat het veel moeilijker is om niet-materiële bekrachtigers te vinden dan beloningen in de vorm van gebruiksartikelen.

Voor de langdurig gehospitaliseerden zijn vaak niet meer geïnteresseerd in gedragsmogelijkheden, althans niet bereid om daar tokens voor te verdienen.

Ik zal duidelijk maken welke problemen wij bij het vinden van niet-materiële reinforcers hadden.

De afdeling waar de token economy ingevoerd werd

Het paviljoen is enige jaren geleden gebouwd en afgezien van een verdieping met slaapvertrekken is het geheel op de begane grond gelegen. Zes eenheden, voor elk twaalf mannelijke verblijfspatiënten liggen twee aan twee gegroepeerd. Elke eenheid bestaat uit een ruim, modern gemeubileerd woonvertrek tevens eetzaal, voorzien van een open keuken. Zo ontstaan zes leefgroepen, waarbij de afdelingen A1 en A2 enigszins afgezonderd zijn van de overige vier B- en C-units. De A-groepen bestaan uit vierentwintig patiënten die intensief toezicht nodig hebben ofwel de meer gedragsgestoorde. De isoleers bevinden zich ook op de A-afdeling. Hoewel de units in korte perioden van onrust gesloten kunnen zijn hebben de patiënten alle bewegingsvrijheid. De units B en C worden bewoond door patiënten met een goed niveau van zelfstandigheid. Het paviljoen ligt aan de rand van het ziekenhuisterrein.

De patiënten

Tijdens het begin van het tokensysteem bevond zich op de beide A-units een patiëntenbestand waarvan de samenstelling zijn oorsprong vond in een volkomen aselectief toelatingsbeleid gedurende de voorgaande jaren. Historisch verklaarbaar, maar met als nadeel dat de meest uiteenlopende typen opgenomen dienden te worden in een bij aanvang uniform gedragsprogramma. (fig. 2) De aanvechtbaarheid van de psychiatrische diagnose ten spijt presenteert ik in fig. 1 de officiële omschrijving van het ziektebeeld uit de medische status, waarbij ik vooral de bedoeling heb de heterogeniteit van de groep aan te geven. De reacties van de patiënten waren uiteenlopend, maar toch overwegend positief in die zin dat de meesten tokens verbruikten. Een aantal patiënten toonde heel weinig interesse en zoals eveneens uit fig. 1 blijkt, verdienden zij in een makkelijk basisprogramma gemiddeld minder dan 5 tokens per dag tegenover een maximaal te behalen aantal van 30. Dit bleef constant gedurende de eerste 6 maanden en ook daarna, toen wij overgingen tot individuele gedragsprogramma's met een sterk accent op persoonlijke aandacht. Ik heb Kazdins conclusie, dat deze vorm van gedragstherapie niet voor elke patiënt geschikt is, beves-

tigd gezien. Na twee jaar van zoeken naar allerhande materiële en niet-materiële reinforcers is er weinig verandering gekomen in het geringe tokengebruik van deze groep. Ik beschouw de met een sterretje aangegeven patiënten uit fig. 1 als in wezen niet geïndiceerd voor een Token Economy.

Figuur 1: Heterogene samenstelling van het patiëntenbestand bij aanvang van de Token Economy

nr	leeftijd	aantal jaren opgenomen	opnamediagnose
1	39	12	Defectschizofrenie*
2	29	2	Degeneratiepsychose
3	47	17	Hebefrenie
4	69	17	Defectschizofrenie*
5	68	22	Defectschizofrenie
6	42	24	Hebefrenie
7	56	11	Dementia paralytica
8	44	8	Defectschizofrenie*
9	59	31	Defectschizofrenie
10	54	28	Debilitas mentis*
11	47	23	Psychopathie, explosief
12	57	33	Debilitas mentis/Epilepsie
1	57	28	Ernstige dwangneurose/ Debilitas mentis
2	67	33	Imbecillitas*
3	57	1	Korsakovsyndroom
4	52	32	Katatonie*
5	57	1	Korsakovsyndroom
6	56	33	Oligofrenie
7	68	8	Defectschizofrenie
8	52	3	Korsakovsyndroom
9	62	30	Debilitas mentis
10	52	27	Debilitas mentis
11	42	20	hebefrenie
12	60	30	Imbecillitas

* = gedurende de eerste zes maanden een verbruik van minder dan 5 tokens per dag. Deze patiënten kunnen beschouwd worden als in wezen niet geïndiceerd voor een TE

Ondanks het feit dat de deuren meestal niet gesloten waren verliet voor het begin van de tokenprogramma's het merendeel van de patiënten de afdeling hoogst zelden. Enkelen bezochten de activiteitensector, de meesten verbleven overdag in de woonkamer zonder duidelijke bezigheden. De patiënten hadden vrijwel uitsluitend contact met verpleegkundigen.

Het personeel

De A-afdelingen met gedragsgestoorde, soms agressieve, en vaak

manifest psychotische patiënten hadden bovendien een voorgeschiedenis van personeelstekorten gepaard gaande met een moeilijke werving van gediplomeerd verpleegkundigen. Regelmatig bestond het personeel voor het grootste deel uit leerlingverpleegkundigen of uitzendkrachten. Het was duidelijk dat allereerst deze units een nieuwe impuls nodig hadden voor zowel patiënten als personeel.

Het ontwerpen van de TE kwam in feite voort uit een tweeledig streven. Stimulatie van de patiënten en het doorbreken van apathie was van belang, maar niet in de laatste plaats diende tevens het personeel een werkstructuur geboden te krijgen. De reputatie van de afdeling als zijnde een verblijfspaviljoen waar geen enkele vorm van behandeling verricht werd behalve het geven van medicatie, had niet nagelaten bij het personeel inferioriteitsgevoelens op te roepen. Er heerste de indruk achtergesteld te zijn bij andere afdelingen van het ziekenhuis. Een eigen identiteit ontbrak. Men had eenvoudigweg geen plezier in het alleen maar voeden en verzorgen van verblijfspatiënten. Het ligt voor de hand dat gebrek aan bevrediging in het werk van verpleegkundigen zijn weerslag zal hebben op de patiënten.

De token economy: het ontwerp en de voorbereiding

Aangezien we ons bewust waren van de mogelijkheid dat allerlei onvoorziene problemen de organisatie zouden kunnen belemmeren, kozen we voor een eenvoudige opzet. Achteraf gezien blijkt die eenvoudige opzet complex genoeg geweest, er is beslist een aanloopfase van diverse maanden nodig om de organisatiestructuur van een TE tot een stabiel geheel te maken. De vierentwintig patiënten kregen de eerste zes maanden allemaal een zelfde basisprogramma, waarin een klein aantal eenvoudige gedragingen met tokens beloond werden.

Het begin van de TE stond niet in het teken van een streven naar gedragsverandering bij de patiënten, maar eerder ging het om aandacht voor moeilijkheden in de onderlinge samenwerking van personeel.

Overleg met de drukkerij van het ziekenhuis leverde fraaie tokens op, gebonden in scheurboekjes en uit te schrijven op naam van de patiënt. De tokens werden voorzien van waarde in de vorm van een groot cijfer op het biljet, zodat er boekjes ontstonden met token 1, 2, 3, 4, 5, 10, 25. Bij uitgifte voorziet de verpleegkundige de token van een paraaf. Het uitschrijven op naam bleek uitermate nuttig, en het was bedoeld om onderling stelen en marchanderen te voorkomen. Veel patiënten die in de TE opgenomen werden, waren vaak niet in staat om zich te weren tegen diefstal. Bovendien lieten zij de tokens in het begin wel eens rondslingeren.

De tokens moeten ingeruild kunnen worden voor materiële en niet-materiële bekrachtigers. De eerste soort back-up reinforcers leidde er toe, dat we op de afdeling in een aparte ruimte een winkel oprichtten, de Tokentoko. Speciaal voor in de Token Economy

Figuur 2: Het basisprogramma in de aanvangsperiode.

Gedurende de eerste zes maanden kregen alle patiënten hetzelfde beloningsschema.

	Beloning
1. Dagritme	
– 's ochtends om 7.15 uur, na éénmaal wekken uit zichzelf opstaan	5T
– 's middags, na éénmaal waarschuwen, uit zichzelf aan tafel komen	1T
– 's avonds, na éénmaal waarschuwen, uit zichzelf aan tafel komen	1T
2. Bed en nachtkastje	
– 's ochtends eigen bed opmaken, sprei erover heen; nachtkastje opgeruimd en gesloten	5T
– 's avonds hangkast opruimen, kleding opbergen/opvouwen	4T
3. Scheren	
– wangen en kin goed gladgeschoren	6T
4. Omgang met medebewoners	
– aan tafel blijven zitten tot iedereen uitgegeten is (middag)	4T
– aan tafel blijven zitten tot iedereen uitgegeten is (avond)	4T
Totaal 30T/dag	

opgenomen patiënten vergaarden we een uitgebreid assortiment consumptieartikelen in deze Toko, tevens café en ontmoetingsruimte. Dit bracht met zich mee, dat op vele werkbesprekingen personeel van technische dienst, huishoudelijke dienst en financiële administratie aanwezig waren. Samenwerking met de chef van de afdeling inkoop, het personeel van het magazijn was even noodzakelijk als uitleg aan de schoonmakers werkzaam op het paviljoen. De medewerking die wij van al deze mensen mochten ontvangen was bijzonder plezierig. Het is van het hoogste belang deze personeelsleden die indirect bij het programma betrokken zijn, goed voor te lichten. Ook financieel moest de economie kunnen functioneren en daartoe besloten wij tot iets waarover de meningen nog steeds verdeeld zijn. De materiële bekrachtigers bleken niet te bekostigen uit de verpleegprijs. We verzochten daarom de patiënten en hun familie en eventueel curator, om een bijdrage van maximaal f 185,- per maand te storten op een inzakerekening bij een bank. Dit bedrag was in principe op te brengen ook door patiënten met de allerlaagste uitkering. Afgeboekt worden op de inzakerekening alleen de tokens die in de Toko door de patiënt daadwerkelijk omgeruild zijn voor een verbruiksartikel. Daarom worden de bonnetjes bij de kassa van een stempel voorzien. De gestempelde tokens worden geteld en doorgestuurd naar de financiële administratie waar de afboeking geregeld wordt. Het maxi-

mum bedrag betekent dat de patiënt f 6,- per etmaal aan tokens kan verdienen. Aangezien de tokens door een geldwaarde van f 0,20 gedekt worden, houdt dit in dat een patiënt nooit meer dan 30 tokens per dag mag ontvangen. Deze vrijwillige bijdrage, die we overigens nooit als een selectie-criterium gebruikt hebben, zorgde in een aantal gevallen voor problemen. In de maanden voorafgaande aan de TE hebben wij alle familieleden voorgelicht op kennismakingsavonden, schriftelijk en in persoonlijke gesprekken. De reacties waren meestal heel positief. Het gegeven op zich, dat een dergelijk systeem ontworpen werd voor hun opgenomen vader, broer of neef en de eventuele mogelijkheid van verbetering in hun gedragspatroon, deed de meeste familieleden zelfs wel eens wat al te enthousiast reageren. In deze aanvangsfase besloten we tot het oprichten van de Raad van Toezicht, een comité met controlerende bevoegdheid bestaande uit een aantal familieleden van patiënten in de Token Economy. De Raad van Toezicht komt enige malen per jaar bijeen en krijgt volledig inzicht in de financiële administratie en economische balans van het tokensysteem. De leden van de Raad van Toezicht waren ons meermalen tot steun. Het was ons helaas niet altijd mogelijk om meteen een vorm van samenwerking met familieleden van patiënten te bereiken. Soms was extra uitleg in de vorm van persoonlijke gesprekken noodzakelijk. Familieleden bleken dermate gewend aan vrijheid in het geven van allerhande artikelen aan patiënten dat zij dit niet wilden opgeven, daarmee ongewild een soort van inflatie bewerkstelligend. In een klein aantal gevallen kwam de betaling van de maandelijkse bijdrage, door de familie behartigd, niet door en zo ontstond een debet van bepaalde patiënten op de financiële balans. Met veel aandacht werden deze problemen uiteindelijk wel tot een oplossing gebracht, maar het was niet te vermijden dat dit soort zaken veel tijd ging kosten. We gingen bij weerstanden nooit in de verdediging. Liever hanteerden we een strategie van toenadering en stimulatie tot medewerking. Na een periode van aarzeling in de acceptatie van de TE kwamen deze moeilijkheden zelden meer voor.

Behandelaars die overwegen een gedragstherapeutisch belonings-systeem op een afdeling van een psychiatrisch centrum in te voeren, dienen zich te bezinnen op de financiering van de materiële reinforcers. Daar komt bij, dat op een long-stay afdeling de patiënten in de aanvangsfase vaak uitsluitend te motiveren zijn met bekrachtigers in de consumptieve sfeer. Ik moet nog vermelden dat wij de primaire levensbehoeften, zoals de maaltijden driemaal daags en de koffie op de afdeling met opzet buiten de Token Economy hebben gelaten. Zowel bij de patiënten, hun familieleden als bij het personeel van het ziekenhuis had het zeker weerstanden opgeleverd indien wij hier de materiële bekrachtigers gezocht hadden. Heel bewust hebben wij de TE alleen gezien als een benadering waaraan de patiënt zich makkelijk kan onttrekken als hij wil – en die keuze vind ik nog steeds een heel verstandige stellingname. De beloningen liggen allemaal in de surplussfeer. Maar dat betekent wel dat een aanzienlijk aantal reinforcers afgeschreven is. Ik vind niet dat we

hiervan nadeel ondervonden hebben. Een Token Economy, waarbij de patiënten hun primaire levensbehoeften met tokens moeten verdienen, kan een uitermate onsympathiek karakter met zich meebrengen.

Een dergelijk dilemma doet zich eveneens voor bij de andere categorie van beloningen, de niet-materiële reinforcers. Ayllon en Azrin geven aan dat de meest krachtige niet-materiële reinforcers bestaan uit het recht de afdeling tegen betaling van tokens te mogen verlaten. De mogelijkheid voor de patiënt een eigen kamer te huren staat even hoog genoteerd, zodat bewegingsvrijheid en privacy in verschillende hoedanigheden, gedragsmogelijkheden met een reinforcend karakter zijn.

Evenals bij de materiële reinforcers verkozen wij ook hier bekrachtigers die niet van deprivatie afhankelijk zijn om negatieve reacties en angsten bij de patiënten te voorkomen. We wilden de patiënten geen beperkingen opleggen.

Als niet-materiële beloningen voor tokens te verkrijgen kozen wij:

- het kijken van kleurentelevisie;
- tafeltennissen of andere spellen doen met de verpleging;
- groepsgewijs wandelen samen met verpleegkundigen;
- met verpleegkundigen in de maatschappij boodschappen doen;
- aanwezig zijn op de wekelijks georganiseerde gezelligheidsmiddag;
- aanwezig zijn op de maandelijkse filmvoorstelling.

De patiënten waren behalve in korte periodes van onrust op de afdeling vrij om te gaan waar zij wilden en zij behielden de kamers die zij reeds lang toegewezen hadden gekregen. Wij waren er ons van bewust op deze manier belangrijke reinforcers te verliezen.

De token Economy: aanvang en ontwikkeling

De officiële opening van de Toko was een succes en vrijwel alle patiënten accepteerden en gebruikten vanaf de eerste dag tokens, hoewel een bepaalde groep weinig interesse toonde. (Fig. 2) De Toko werd een ontmoetingscentrum, het is een afdelingscafé geworden en gebleven. Tot op de dag van vandaag is de belangstelling van de patiënten voor de Toko constant en bijna altijd staan bewoners voordat de winkel opengaat op de gang te wachten. De Toko is tweemaal per dag een half uur toegankelijk, op de dinsdagmiddagen is er een sociëteit.

Wegens de gestadige afname van artikelen kreeg de Toko tevens het karakter van een winkel. Uitsluitend de verpleegkundigen als beheerders bracht toch problemen met zich mee en na korte tijd ontstonden geruchten over diefstal door personeel. De kwetsbaarheid van de TE in ogenschouw genomen, verkozen wij hieraan niet al te veel aandacht te geven. We verzochten iemand van de huishoudelijke dienst als verantwoordelijk beheerder op te treden. Sindsdien waren alle moeilijkheden van de baan.

Het assortiment van de Toko wordt telkens bijgesteld naar het behoeftenpatroon van de patiënten en vormt zo een niet aflatende

bron van bekrachtigers. De ervaring met de Toko als ontmoetingsruimte voor patiënten en personeel zijn buitengewoon gunstig; ik beschouw dit onderdeel als een van de grootste pluspunten van de Token Economy.

De eerste maanden heb ik in samenwerking met de leidinggevende verpleegkundigen veel energie moeten besteden aan de organisatie van de TE. Al snel bleek dat de aanwezigheid van het in-service leerlingensysteem nadelig was. De frequente wisseling van leerlingen maakte een tamelijk omslachtige informatiecampagne noodzakelijk en helaas was de afdeling het eerste half jaar van de TE voor zijn gediplomeerd verpleegkundigen op uitzendkrachten aangewezen. Maandenlang was de coördinatie van het systeem afhankelijk van de hoofdverpleegkundige en van mij als psycholoog, waarbij het gemis aan gediplomeerden in vaste dienst voelbaar werd. Bovendien bleek dat het eenvoudige basisprogramma voor de verpleging vaak al te zwaar was omdat het tegelijkertijd beoordelen en belonen van vierentwintig patiënten meer werk vertegenwoordigde dan we hadden getaxeerd. Hierin kwam pas verbetering toen kort na elkaar twee gediplomeerd verpleegkundigen in vaste dienst kwamen, die bereid waren zich te verdiepen in de gedragstherapeutische benadering van de TE.

Een gunstige wending kwam er ook met de diaserie. We construeerden een audiovisueel programma in de vorm van een volautomatische diareeks met geluidsband. De ingesproken tekst combineerden wij met illustraties en zo vonden wij een voorlichtingsprocedure die ons ontlastte van het voortdurende uitleggen over de Token Economy. Dit is onze redding geweest. Omdat we verkozen op elke vorm van weerstand met het geven van informatie te reageren, bleek de diaserie nogal wat werk te besparen. De wijze van voorlichten, projectie in een soort bioscoopzaal, kwam ook gunstig over.

Soms kwam het voor dat leerlingverpleegkundigen door gebrek aan begeleiding de TE verwaarloosden en heel zelden saboteerden. Thans zijn psycholoog en (sub)hoofdverpleegkundige geen directe begeleiders meer in de organisatie. Er is een redelijk stabiel kader verpleegkundigen op de afdeling werkzaam, zodat de leerlingen voldoende begeleiding en instructie krijgen. Nieuwe risico's ontstaan echter bij ziekmeldingen en vakanties van gediplomeerden. Ik heb in de eerste maanden gemerkt dat een dergelijk gedragstherapeutisch project erg kwetsbaar is voor vacatures onder het personeel. Extra gevaar dreigt in de afhankelijkheid van één of een klein aantal functionarissen als psycholoog en afdelingshoofd. Een Token Economy mag nooit een privéonderneming zijn, kennis en vaardigheden moeten uitgebreid worden naar zoveel mogelijk personeelsleden.

Speciale problemen in de organisatie

A. Het personeelsbeleid

De voorbereiding en scholing van verpleegkundig personeel kan

beter dan ik het in dit geval gedaan heb. Teveel improvisaties en ad hoc gegeven klinische lessen vergden veel energie en leverden naar verhouding weinig rendement. Aanzienlijk beter is het gestructureerd trainen van de verpleging voordat een dergelijk programma begint. Het beste kan dit gedaan worden door een gestandaardiseerde cursus. Bruikbaar is de korte opleiding 'Gedragstherapeutische Vaardigheden' (Van der Gaag en Van der Plas, 1982). Een onderzoek naar het effect van deze cursus op het gedrag van verpleegkundigen wordt verricht in de RPI Eindhoven. Onze ervaringen met deze bijscholing zijn positief, temeer omdat de lessen gericht zijn op de praktijk van de operante benadering binnen de gedragstherapie.

Als er sprake is van wisselende leerlingverpleegkundigen voldoet een audiovisueel programma bij wijze van voorlichting bijzonder goed. Er liggen hier mogelijkheden voor instellingen die over videoapparatuur beschikken, hoewel ook een automatische diaserie toereikend is. Van schriftelijk gegeven informatie in de vorm van stencils moet men zich niet teveel voorstellen: het wordt meestal niet gelezen.

In de afgelopen maanden kwamen wij tot de slotsom dat de hoeveelheid afspraken binnen de TE in verband met wijzigingen in de beloningsprogramma's (steeds meer individueel gericht) en uitbreiding van de Economy naar de rest van de afdeling, de werving van een nieuw personeelslid noodzakelijk maakt. De gediplomeerden van de afdeling schieten tekort in organisatorische vaardigheden, maar nog meer in de hoeveelheid tijd die zij ter beschikking hebben. Inmiddels is er een full-time gedragstherapeutisch medewerkster met HBO-opleiding aangenomen. Met opzet viel de keuze niet op een verpleegkundige omdat ons gebleken is dat er alle kans op rolverwarring ontstaat als een gediplomeerde zich voor een deel als tokenorganisator opwerpt. Verpleegkundigen accepteren het heel moeilijk als een collega zich onttrekt aan daadwerkelijke verpleging en meer administratief gaat werken.

De gedragstherapeutisch medewerkster wordt gedetailleerd op de hoogte gebracht van gedragstherapie voor zover van belang voor de TE en krijgt gerichte supervisie. De noodzaak een personeelslid aan te nemen speciaal voor de Token Economy deed zich zo sterk voelen, dat we besloten hieraan een vacature voor een verpleegkundige te besteden. De gehele coördinatie van het systeem komt uiteindelijk bij de gedragstherapeutisch medewerkster te liggen. Ik geef in fig. 3 schematisch weer hoe de organisatie dan wordt.

B. Het patiëntenbestand

Bij aanvang van de Token Economy bevond zich op de afdeling een patiëntenbestand waarbij het niet mogelijk was geweest te selecteren op eventuele geschiktheid voor deze gedragstherapeutische benadering. Fig. 1 illustreert welke uiteenlopende patiënten deel uitmaakten van de TE-groep. Een relatie leggen met de psychiatrische diagnose is moeilijk. Ik zou, wat betreft onze ervaring, de volgende richtlijnen willen geven om patiënten uit te sluiten van

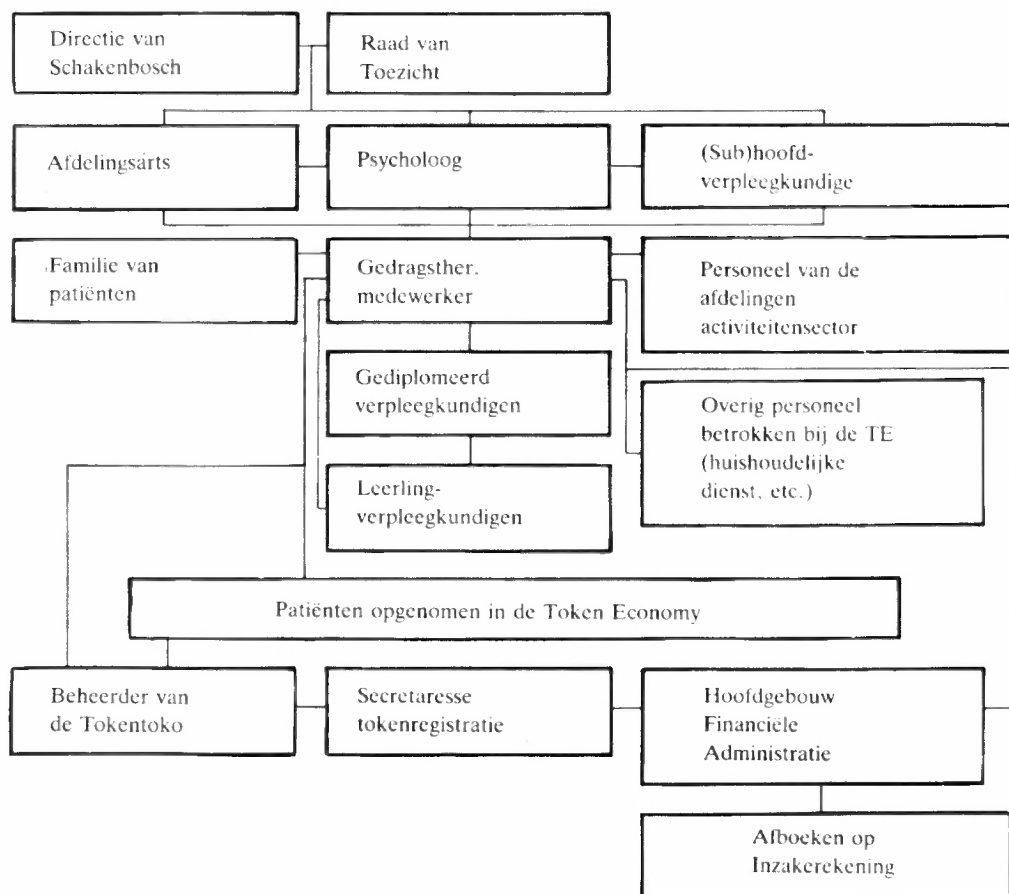
een tokensysteem.

– Indien patiënten alleen maar behoeften hebben in de sfeer van de primaire levensvoorwaarden, zoals eten en drinken, wordt het moeilijk bekrachtigers te vinden als men niet wil depriveren. We hebben er voor gekozen om primaire levensvoorwaarden buiten het systeem te laten, in tegenstelling tot diverse Amerikaanse systemen waar patiënten hun voedsel met tokens moesten verdienen. Ik zou een dergelijke benadering nooit willen adviseren. Omgekeerd geldt, dat hoe gedifferentieerder het behoeften/interessespatroon van de patiënt is, hoe meer resultaat er in een Token Economy verwacht mag worden.

– Patiënten met het syndroom van Korsakov zijn niet de meest aangewezen personen om met een dergelijke benadering behandeld te worden, evenmin als patiënten met dementieverschijnselen. De reden ligt voor de hand: Inprentingsstoornissen zullen het leervermogen aantasten.

– De meer ontwikkelde patiënten, zoals dat blijkt uit hogere

Figuur 3: De organisatiestructuur van de Token Economy. De coördinerende functie van de gedragstherapeutisch medewerkster heeft vooral betrekking op administratie, organisatie en voorlichting.



schoolopleidingen, voortgezet onderwijs en/of scores boven gemiddeld op een IQ test, reageren averechts op een TE. Zij hebben de neiging het systeem kinderachtig en vernederend te vinden. Op zijn minst zal bij deze categorie – op onze afdeling ondervertegenwoordigd – een speciale vorm gevonden dienen te worden.

– De zeer depressieven zullen waarschijnlijk niet reageren; soms is de depressiviteit zo erg dat zelfs interesse voor primaire levensbehoeften wegvalt.

Ik heb de indruk dat er uiteindelijk wel degelijk éénduidige, betrouwbare selectiecriteria te vinden zullen zijn op grond waarvan men wel of niet zal besluiten operante conditionering in de hier beschreven vorm toe te passen.

De Token Economy is na een periode van twee jaar redelijk als behandelingsvorm binnen het ziekenhuis geaccepteerd. Inmiddels is bekend geworden, dat de afdeling in het kader van een gedragstherapeutisch programma probeert patiënten tot zelfstandig en sociaal functioneren te stimuleren.

Thans doen zich twee problemen voor. In de Token Economygroep bevindt zich een aantal patiënten dat in feite niet op zijn plaats is in deze benadering. Volgens de weg van geleidelijke overplaatsing, interne verschuiving op het paviljoen wordt getracht een patiëntenbestand te creëren waarbij gedragstherapie met tokens geïndiceerd is. Hiervoor zijn wij in overleg met andere afdelingen en met de directie, om de differentiatie van het ziekenhuis zo uit te werken dat er plaats is voor een speciale Token Economy afdeling.

Daarnaast is er nog iets anders. Indien er een gefundeerd overplaatsingsbeleid beoogd wordt zullen er criteria geformuleerd moeten zijn op grond waarvan overwogen kan worden een patiënt in het TE-programma te plaatsen. Ik heb zojuist iets geschreven over bepaalde regels tot uitsluiting, maar tot nu toe zijn we nog niet in staat geweest duidelijke indicatiecriteria op te stellen. In de nabije toekomst zullen we trachten de wat vage richtlijnen door meer nauwkeurige aanwijzingen te vervangen, zodat vooral de andere afdelingen begrijpen welke patiënten voor de TE aangeboden kunnen worden.

C. De gedragsprogramma's

Na de proefperiode van 3 maanden met het voor alle patiënten gelijke basisprogramma waren de meeste organisatorische problemen min of meer opgelost. Merkbaar was inmiddels geworden hoezeer de vierentwintig patiënten verschilden in hun reactie op de Token Economy en dat er aanmerkelijke variaties waren in leervermogen per individu. Voor een behoorlijk aantal patiënten bleek het basisprogramma veel te gemakkelijk. We experimenteerden ruim een half jaar met niveaugroepen. Deze groepsprogramma's zijn nooit een succes geworden. Het was organisatorisch onmogelijk om de niveaugroepen een aparte behuizing te geven omdat we maar over twee units beschikten, en we op een gegeven moment drie niveaugroepen op de afdeling gecreëerd hadden. Tijdsgebrek en onvoorziene gebeurtenissen tijdens spitsuren als bij voorbeeld

het ontbijt, maakten het bovendien voor de verpleegkundigen telkens weer onmogelijk om meerdere patiënten tegelijkertijd aandacht te geven en te stimuleren voor een bepaald gedrag door middel van tokens.

In die periode ontstond contact met het personeel van de psychiatrische inrichting Sancta Maria. Zij rapporteerden succes met individuele tokenprogramma's (iedere patiënt zijn eigen, op hem toegemeten beloningspunten) waarbij een sterk accent lag op persoonlijk contact van verpleegkundigen met patiënten. Wij namen deze procedure over en handhaafden de methode toen al snel bleek dat zowel patiënten als personeel de individuele contacten op prijs stelden. Onze ervaringen met de 'evaluaties' – zoals de gesprekken genoemd worden – zijn veel gunstiger dan met de chaotische groepsprogramma's waarbij de verpleging een token uitdeelt en vrijwel geen tijd heeft voor iets anders.

De werkwijze is als volgt:

- een gediplomeerde bepaalt in overleg met de patiënt een aantal beloningspunten; de gedragingen mogen niet te moeilijk zijn maar ook niet te makkelijk;
- de beloning in aantallen tokens wordt eveneens bepaald, waarbij de verpleegkundige erop let dat voor de patiënt moeilijk gedrag gekoppeld wordt aan een hoog aantal tokens, en vice versa;
- het programma wordt genoteerd op een standaardformulier (zie bijlage);
- als er een periode van zeven dagen verstreken is, wordt het programma precies zo herhaald of bijgesteld naar de capaciteit van de patiënt;
- vaste evaluatietijden worden afgesproken, meestal twee per dag;
- tijdens de evaluaties bespreekt de verpleegkundige met de patiënt hoe het programma verlopen is en betaalt direct tokens uit als zij verdiend zijn; dit gaat altijd gepaard met een lovend woord en uitgesproken waardering (!)

Evaluatiegesprekken vinden plaats rond het middaguur en na het avondeten. De verpleging besteedt gemiddeld tien minuten per patiënt, want iedereen moet aan de beurt komen. De tijden liggen altijd vast, zowel de patiënten als het personeel zijn er aan gebonden. Op een verblijfsafdeling heeft dat het voordeel dat onttrekken aan contact bemoeilijkt wordt maar niet onmogelijk is. De patiënt heeft de vrijheid om weg te blijven met als nadeel dat er dan geen tokens te verdienen vallen. Het personeel is verplicht op het afgesproken uur aanwezig te zijn. Het gestructureerde contact, de persoonlijke aandacht, het samen opstellen van een gedragsprogramma hebben niet nagelaten de omgang van personeel met patiënten te verbeteren.

Wat zijn van deze vorm van gedragstherapie de theoretische implicaties? Het is niet eenvoudig daar een uitspraak over te doen. Men kan zich afvragen of er nog sprake is van een operante benadering als de bekrachtigers later in de tijd, vaak enige uren na het gedrag, toegediend worden. Toch valt de gevolgde procedure anderzijds niet te betitelen als zelfcontrole, want de gediplomeerde kent het

beloningsprogramma van de patiënt en weet meestal ook heel goed welke gedragingen verricht zijn. De controle blijft in handen van het personeel. In geval van twijfel zal de verpleegkundige steekproefgewijs controleren. De contingentie van de reinforcers is

(Bijlage)

EVALUATIEPROGRAMMA

Dhr.: J. JANSSEN (FICTIEF) Afd.: A1
De week van 1-2 tot 7-2
Waardering in: Tokens/punten



schakenbosch
psychisch centrum
leidschendam

Paviljoen LARIKSHOF

Evaluatie nr. 1 van 1200 uur tot 1210 uur
Evaluatie nr. 2 van 2200 uur tot 2210 uur

Programma samengesteld
door: K. DE VRIES

Te evalueren gedrag, zo kort en duidelijk mogelijk omschreven		Ev. Nr.	T	Registratie van bij evaluatie gegeven waardering in aantal tokens of punten													
				MA		DI		WOE		DO		VRIJ		ZA		ZO	
				1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	UIT ZICHZELF NA EENMAAL WEKKEN OPSTAAN OM 7.15 UR (ZA/30 10.00 UR)	1/2	2	0	X	2	X	0	X	0	X	2	X	2	X	2	X
2	WASSEN / DOUKEN / HAARKAMMEN / SCHEREN	1/2	2	0	X	0	X	2	X	0	X	2	X	2	X	2	X
3	KLEDING SCHOON, SLUITINGEN DICT, SCHOENEN MET VETERS GESLOTEN. ERG HETTES 2 EXTRA!	1/2	2(+2)	0	X	2	X	4	X	0	X	2	X	4	X	4	X
4	CORVEE ONTBIJT - LUNCH - AVONDETEN. TAFELS AFRUIMEN, SCHOONMAKEN, AFWASSEN, OPRUIMEN.	1/2	4	X	0	X	4	X	4	X	0	X	4	X	4	X	4
5	GEWERKT IN TUIN THERAPIE VAN 9.30 - 11.00 UR	1/2	5	0	X	5	X	5	X	5	X	5	X	X	X	X	X
6	AANWEZIG OP DE AFDELINGSVERGADERING 21.00 UR - 21.30 UR	1/2	3	X	0	X	0	X	3	X	0	X	0	X	X	X	X
7	SPREKEN OP GOED VERSTAAN BARE NORMALE CONVERSATIE TOON	1/2	3/3	0	3	3	3	0	0	3	0	3	0	3	3	3	3
8	SIGARETTEN AS EN PEUKEN IN DE ASBAK GEDAAN	1/2	2/2	2	2	0	0	2	0	2	2	2	0	2	0	0	2
9		1/2															
10		1/2															
11		1/2															
12		1/2															
13		1/2															
14		1/2															
15		1/2															
16		1/2															
17		1/2															
18		1/2															
19		1/2															
20		1/2															
MAXIMUM AANTAL PER DAG →				30													

minder direct en het komt incidenteel wel voor dat beloond wordt voor een prestatie die de patiënt niet volbracht heeft. Dit gebeurt steeds minder naarmate de beloningsprogramma's langer ingesteld en dus meer algemeen bekend zijn. In geval van frauderen is er geen sprake van terugbetaling van tokens maar van extra opletten in de toekomst.

Hoewel we misschien niet kunnen spreken van een altijd sluitende controle op gedrag heb ik gemerkt dat van persoonlijke gesprekken aan de hand van de evaluatieformulieren een sterke positieve werking uitgaat. Het is interessant hier te wijzen op het TE-programma van Kuypers et al. (1968) met schoolkinderen. Theoretisch consequent opgezet met nauwkeurige gedragscontrole faalde het project toch omdat, zoals de auteurs aangeven, de leerkrachten bij het uitdelen van de tokens geen 'social reinforcement' gaven. Het vriendelijk woord en de waardering ontbraken. Op grond waarvan we mogen concluderen dat het alléén verstrekken van tokens niet voldoende is.

Veel gedrag blijft overigens controleerbaar aan de eindresultaten, zoals in het geval van persoonlijke hygiëne en goed verzorgde kleding. Als getwijfeld wordt of de patiënt zijn bed opgemaakt heeft kan er even samen gekeken worden. Ik geloof niet dat de reinforcers veel aan kracht verliezen louter door het feit dat ze later in de tijd gegeven worden. Ervaring van personeel met deze werkwijze is van groot belang als het gaat om de efficiëntie van een TE, dat geldt zowel bij de klassieke Token Economy van Ayllon en Azrin als bij de variant die ik in dit artikel beschrijf. In een onderzoek van De Ruiter (1982) werd de interactie tussen personeel en patiënten van een verblijfsafdeling nagegaan binnen het kader van een Tokensysteem. Vergelijking met een afdeling zonder TE toonde aan: Meer patiënt personeel interacties, de interacties zijn gelijkmatiger verdeeld over alle patiënten en de personeelsleden gebruiken aanzienlijk meer positieve reinforcement.

Conclusie

Uit veel literatuur komt de Token Economy naar voren als een waardevolle behandelingsvorm voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten. Ik heb getracht speciaal de omvangrijke organisatie te beschrijven die noodzakelijk wordt als we, zoals in dit geval, vierentwintig patiënten tegelijk in een dergelijk programma opnemen. Het rendement van een TE is tweeledig: Positieve gedragsveranderingen bij patiënten en meer voldoening in het werk voor verpleegkundigen zijn aspecten die waarschijnlijk in onderling verband staan. Succes kwam vooral met de invoering van individuele gedragsprogramma's waarbij de nadruk ligt op persoonlijk contact van verpleegkundigen met patiënten. Bij deze gestructureerde gesprekken worden de tokens weliswaar niet onmiddellijk volgend op de te belonen gedraging uitgedeeld, maar er is toch wel sprake van een goede controle. De contingentie gaat niet verloren. Een ander positief aspect van het Tokensysteem is het

ontstaan van een afdelingscafé, de Tokentoko. Hier worden de tokens ingewisseld voor de back-up reinforcers.

Het bleek onontkoombaar voor het programma een full-time personeelslid aan te stellen met een managementfunctie wat betreft voorlichting en het maken van afspraken. Daarnaast is het van belang over de inzet van gemotiveerde verpleegkundigen te kunnen beschikken die zelf initiatief nemen en bereid zijn zich in de achtergronden van deze vorm van gedragstherapie te verdiepen. Kwaliteit van het gediplomeerdenkader is een vereiste omdat de leerlingverpleegkundigen door het vaste personeel begeleid dienen te worden. Een inservice systeem is niet ideaal bij een Token Economy, maar gestandaardiseerde voorlichting, bij voorbeeld door een audiovisueel programma, kan veel complicaties voorkomen. Het is wenselijk alle betrokken personeel goed voor te lichten en in te oefenen voordat de TE begint.

Tot slot deed zich de noodzaak voelen een zekere selectie van patiënten toe te passen en criteria te formuleren op grond waarvan besloten kan worden dat een Token Economy voor een bepaalde patiënt de meest gewenste behandelingsvorm is. Deze criteria zijn nog te onduidelijk, zij dienen verbeterd te worden opdat een goede indicatiestelling mogelijk is. Bij dit alles is het belangrijk de medewerking van andere afdelingen van het ziekenhuis te verkrijgen en het behandelingspakket van de instelling ook officieel uit te breiden met de Token Economy.

Indien moeilijkheden in de organisatie voorkomen worden of overwonnen zijn is er een behandelingswijze ontstaan die vele voordelen biedt.

Literatuur

- Ayllon, T. en Azrin, N. (1968) *'The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation'* New York, Appleton-Century-Crofts
- Van der Gaag, M. en Van der Plas, J. W. (1982) *Werkboek 'Gedragstherapeutische Vaardigheden'*. De Tijdstroom, Lochem-Poperinge.
- Hall, J. en Baker, R. (1973) 'Token Economy Systems: Breakdown and Control'. *Beh. Res. & Therapy*, 1973, Vol. 11, pp. 253-263.
- Kazdin, A. E. (1973) 'The failure of some patients to respond to token-programs'. *J. Behav. Ther. & Exp. Psychiatry*, Vol. 4 pp. 7-14.
- Kazdin, A. E. (1977) *'The Token Economy: A Review and Evaluation'*. Plenum Press, New York.
- Kuypers, D. S., Becker, W. C., O'Leary, K. D. (1968) 'How to make a Token System fail'. *Exceptional Children*, okt.
- De Ruiter, B. (1975a) 'Token Economy: een motiverende omgeving voor chronische patiënten'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 194-204.
- De Ruiter, B. (1975b) 'Token Economy II: responsgeneralisatie of de effecten van een TE-systeem op gedrag dat niet met tokens bekrachtigd wordt'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10-11, 789-799.
- De Ruiter, B. (1982) 'Token Economy III: interactie tussen bewoners en medewerkers op afdelingen voor lang verblijf'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 641-654.
- Ulmer, R. A. (1976) *'On the development of a Token Economy Mental Hospital Treatment Program'*. John Wiley & Sons.