

Een onderzoek naar chronische psychiatrische patiënten en hun omgeving: een heterogene patiëntenpopulatie in een homogeen behandelingsmilieu

door *L. Henkelman, B. de Ruiter en B. Tellegen*

Samenvatting

De auteurs analyseren de omgevingsfactoren van een sector voor 264 chronische psychiatrische patiënten in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Zij vinden een weinig gedifferentieerd en homogeen behandelingsaanbod dat niet is afgestemd op individuele patiënten, voornamelijk gericht op niet-veranderen en incoherente afdelingsklimaten.

Een nadere beschouwing van de patiëntenkenmerken laat zien dat de chronische populatie niet alleen homogeen is, maar zeker ook heterogeen wat betreft pathologie en sociaal functioneren.

Enige samenhang tussen deze omgevingsfactoren en patiëntenkenmerken ontbreekt, zodat een heterogene patiëntenpopulatie at random verblijft in een homogeen behandelingsmilieu.

De auteurs hypothetiseren dat de 'homogeniteitsbenadering' in de chronische gestichtspsychiatrie daaraan ten grondslag ligt.

Inleiding

Dit onderzoek naar een populatie van 264 chronische psychiatrische patiënten en hun milieu in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis is een project waarin de vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheid aan de Rijksuniversiteit Utrecht en Ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven samenwerken.

In een eerder artikel hebben we onze theoretische standpunten bij dit onderzoek uiteengezet. We beschrijven daar onder andere een homogeniteitsbeginsel dat naar onze inzichten de afgelopen 100 jaar ten aanzien van de chronische patiënten gehanteerd wordt (Henkelman en De Ruiter 1987).

Elders beschreven wij naar aanleiding van dit samenwerkingsproject de onderzochte chronische populatie en het behandelingsaanbod (De Ruiter en Henkelman, *ter perse*). Wij concludeerden dat dit aanbod gericht is op maximale aanpassing en niet op verandering van de verblijfssituatie en/of een grotere mate van zorgonafhankelijkheid. De patiënten vormen een homogene populatie; apathisch, sociaal geïsoleerd en zorgafhankelijk.

Alvorens in dit artikel een nadere analyse te presenteren van het empirisch materiaal, zullen we hier eerst de opzet van het chroniciteitsonderzoek kort vermelden. Ten behoeve van beleidsontwikkelingen aangaande de chronische sector van het ziekenhuis werd in 1984 ten eerste een inventarisatie gemaakt van patiëntkarakteristieken. Ten tweede werd nagegaan op welke wijze de afdelingen aan de behandelingsomgeving vorm geven. Demografische patiëntkenmerken worden beschreven door middel van gegevens als ICD-9-diagnose, geslacht, leeftijd, en opnameduur. Andere persoonsgebonden variabelen ten aanzien van de pathologie en het sociaal functioneren van de patiënten werden onderzocht met behulp van de volgende beoordelingschalen, observaties en vragenlijsten: de Nurses Observation Scale for Inpatients Evaluation (NOSIE-30, Honigveld e.a. 1966); de Apathieschaal (Schaeffer en Martin 1969); de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (BOP) (v.d. Kam e.a. 1971); een Behandeldoelenlijst, waarmee naast gewenste behandelingsdoelen voor individuele patiënten ook uitspraken betreffende het al dan niet voldoende op het gedragsrepertoire aanwezig zijn van fundamentele sociale en maatschappelijke vaardigheden, activiteiten op het gebied van integratie in de samenleving en basisschoolniveaukennis, geïnventariseerd wordt; klinische observaties met betrekking tot het uiten van emoties, het zichzelf kunnen bezighouden, het hebben van contacten binnen en buiten de inrichting, de aanwezigheid op de therapie, deelname aan het afdelingsprogramma, het (mee)doen van spelletjes; de mening van het personeel over de mate waarin het van mening is dat de patiënt aardig is en in het afdelingsprogramma past; het oordeel van het personeel over de patiënt betreffende diens al dan niet in staat zijn over 2 weken of over 1 jaar, met of zonder begeleiding, binnen of buiten de inrichting, te kunnen wonen.

Wat betreft de inventarisatie van omgevingsvariabelen maakten we gebruik van: een beschrijving per afdeling van functies en doelstellingen; het behandelingsaanbod zoals dat inhoud krijgt door de afdelingsprogramma's, de individuele behandelingsplannen en vastgelegde therapeutische afspraken; het afdelingsklimaat zoals gemeten met de Ward Atmosphere Scale (WAS) (Moos 1974).

Omgevingsvariabelen

De omgeving als beïnvloedende factor in de psychiatrie is al vele malen uitvoerig beschreven (Goffman 1961, Wing en Brown 1970, Moos 1974, Holman en Wennink 1985). Uitgangspunt van deze en dergelijke publikaties is de notie dat het klimaat van een instituut of afdeling, invloed uitoefent op de resultaten van de behandeling.

Wij beschrijven hier het behandelingsmilieu van de onderzochte chronische sector van het ziekenhuis en geven daarbij ruime aandacht aan het afdelingsklimaat.

Het behandelingsmilieu – Allereerst brachten we het behandelingsmilieu in kaart met:

- a. de locaties;
- b. de fysieke begrenzingen;
- c. het behandelingsaanbod.

a. De locaties. De groep van in totaal 264 chronische patiënten is samengesteld uit 178 mannen (67%) en 86 vrouwen (33%). Zij bevinden zich op 13 afdelingen:

no. afdeling	aantal patiënten	no. afdeling	aantal patiënten
1 gesloten	19	8 open	15
2 open	24	9 open	41
3 open	16	10 gesloten	12
4 open	17	11 gesloten	12
5 open	16	12 open	25
6 gesloten	23	13 open	24
7 gesloten	20		

b. Fysieke begrenzingen. De mate van vrijheid van patiënten is ook een van de operationalisaties van omgevingsfactoren. We constateren dat 76% van de patiënten alle vrijheden heeft. Voor de resterende 24% van de chronici geldt een vrijheid die zich beperkt tot 'onder begeleiding mogen wandelen op het terrein', 'buiten therapietijd vrij terrein wandelen', of het 'in het geheel niet hebben van vrijheden'.

89% van de patiënten verblijft op vrijwillige basis in het ziekenhuis en van de 13 afdelingen zijn er 5 gesloten.

c. Het behandelingsaanbod. Het behandelingsaanbod wordt gevormd door geplande en niet-geplande activiteiten, bezigheden en structuren, met en ten dienste van opgenomen patiënten. Hiervan maakten we een overzicht door informatie over de volgende hulpverleningsaspecten te verzamelen:

- De afdelingsdoelen. Dat zijn de doelstellingen die de afdelingen nastreven. We constateren 2 typen doelen:

Ten eerste afdelingen die zich in hun doelstelling richten op het veranderen van de woon- c.q. verblijfssituatie zoals 'resocialisatie op een zo hoog mogelijk niveau' of 'begeleiden en trainen van cliënten om binnen een bepaalde periode zelfstandig te functioneren, ofwel buiten de poort, ofwel binnen de afdeling'. Ten tweede het doel waarbij ervan wordt uitgegaan dat er geen verandering komt in de huidige verblijfssituatie, hetgeen neerkomt op doelen als 'niet behandelen', 'hier laten wonen', 'op de afdeling een thuisfunctie aanbieden' e.d.

- De afdelingsprogramma's. Dat zijn de omschreven vaste dag/weekactiviteiten die voor patiënten georganiseerd worden en waarvoor personeel beschikbaar is.

- De individuele behandelingsplannen. Het betreft uitgeschreven behandelings- c.q. verpleegdirectieven voor individuele patiënten, met inbegrip van de voorgeschreven psychofarmaca.
- De therapeutische afspraken. Dat zijn de individuele afspraken met patiënten over hun gedrag, zoals vrij wandelen, roken, het verlaten van de afdeling, gebruik van drugs, voedsel, alcohol, agressief gedrag, aangaan/voortzetten van seksuele relaties en het omgaan met angst, onrust, spanning.

We brachten dit behandelingsaanbod onder in 4 categorieën:

Categorie 1. Behandeling is gericht op de individuele psychopathologie. Het betreft zowel de reductie van heftigheid van symptomen als stabilisering van het toestandsbeeld waarvan de floride symptomatologie is onderdrukt. Het structureren van tijd en uitoefenen van toezicht en controle op het doen en laten van patiënten, naast het toedienen van psychofarmaca, zijn hier de essentiële bestanddelen van het behandelingsaanbod. Deze categorie richt zich met name op primaire handicaps.

Categorie 2. Hulpverlening is gericht op het verbeteren en/of stabiliseren van het algemeen sociaal functioneren van de patiënten. Daaronder wordt verstaan het gestichtssociaal gedrag, zoals het deelnemen aan het therapieprogramma, de zelfverzorging, het betrokken zijn bij het afdelingsgebeuren, het in stand houden van dag-en-nachtritme en de zorg voor de directe leefomgeving. In de behandelingsplannen staan hier vermeld 'verbetering van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen', 'stimuleren tot zelfverzorging', 'therapiebezoek' en 'deelname afdelingsactiviteiten'.

De behandeling richt zich op zowel de premorbide als primaire handicaps alhoewel er ten aanzien van deze laatste categorie geen eenduidige interpretatie bestaat (Henkelman en De Ruiter 1987).

Categorie 3 kent een tweedeling. Op de eerste plaats subcategorie 3a die de inhoud en doelstellingen van de categorieën 1 en 2 overneemt maar herformuleert tot een hulpverleningsaanbod in termen van 'wonen' en 'het aanbieden van een thuissituatie'. Een belangrijk kenmerk van het behandelingsaanbod hier is het voorkomen van 'afglijden' van patiënten hetgeen tevens inhoudt dat behandelingsdoelen niet gericht zijn op verandering van bestaande situaties, locaties en verhoudingen. Op de tweede plaats subcategorie 3b waar de behandeling bestaat uit het voorbereiden van patiënten op een verandering van de (woon)situatie, waar minder bescherming geboden wordt en waar men minder gestichtsafhankelijkheid impliceert voor de chronische patiënten dan in hun huidige verblijfssituatie het geval is. Karakteristiek voor het behandelingsaanbod in deze categorie zijn de minder restrictieve individuele afspraken, uitbreiding van het gedragsrepertoire door middel van trainingen in het budgetteren, in sociaal competent gedrag, in tijdstructurering e.d.

Categorie 4 is de laatste en wordt gevormd door behandelingsdoel-

stellingen die zich richten op een diversiteit aan gespecificeerde vormen van zelfstandig wonen, uiteenlopend van mét begeleiding op het terrein, tot zonder begeleiding buiten de poort. Beide laatste categorieën zijn meer gericht op de secundaire belemmerende factoren.

Het behandelingsaanbod van de 13 afdelingen –

Categorie 1 en 2. Een nadere beschouwing van dit behandelingsaanbod laat zien dat de categorieën 1 en 2 een uniform 'basispakket' vormen. De activiteiten zijn er op gericht het afglijden van patiënten te voorkomen. We treffen dit aanbod aan op alle 13 chronische afdelingen. De verschillen die we vinden tussen de afdelingen met ditzelfde aanbod, bestaan uit de soorten en hoeveelheden voorgeschreven medicatie, de mate waarin sancties worden getroffen bij het door patiënten niet nakomen van behandelingsafspraken en de striktheid waarmee patiënten het afdelingsprogramma dienen te volgen. Ondanks deze 'cultuurverschillen' op de afdelingen, is de verscheidenheid aan behandelingsdoelstellingen echter zeer gering te noemen.

Categorie 3a. Het vervolg op dit uniforme 'basispakket' bestaat grofweg uit twee mogelijkheden: behandeling gericht op verandering en behandeling gericht op niet-verandering. Behandeling gericht op niet-verandering, subcategorie 3a, is inhoudelijk niet verschillend van de categorieën 1 en 2, maar wordt anders genoemd. De herformulering van deze activiteiten luidt 'wonen' en 'thuisfunctie aanbieden' en kenmerkt zich door een op stabilisering gericht aanbod. Deze behandelingsinhoud treffen we aan op 10 van de 13 afdelingen.

Categorie 3b en 4. Hier richt de behandeling zich zowel op verandering van locatie als op vermindering van zorgafhankelijkheid en er wordt gewerkt aan specifieke vormen van zelfstandig wonen. Dit veranderingsgericht behandelingsaanbod vinden wij terug op 12 van de 13 afdelingen.

De wijze waarop de afdelingen hun doelstellingen en functies formuleren rechtvaardigt een tweedeling. Enerzijds zien we 7 afdelingen die als doel hebben de verblijfsfunctie van de patiënten te handhaven en anderzijds 6 afdelingen die een verandering beogen van de woonsituatie van de patiënten.

Met betrekking tot de fysieke begrenzingen zien we dat de 11% onvrijwillig opgenomen chronische patiënten verspreid is over 7 van de 13 afdelingen en dat 4 van de 5 gesloten afdelingen zowel vrijwillig als gedwongen opgenomen patiënten herbergen.

Bovenstaande gegevens betreffende het behandelingsaanbod, de al dan niet op verandering van woonsituatie gerichte doelstellingen en de locaties hebben we geordend op basis van onderlinge afstemming. Het blijkt dat:

- slechts een van de 13 afdelingen consistentie vertoont in doelen, gericht zijn op stabilisatie van het ziektebeeld, in niet-verandering en

in een behandelingsaanbod met betrekking tot de categorieën 1 en 2 (3a);

– slechts drie van de 13 afdelingen eenduidig zijn in hun doelstellingen, ingericht zijn op het veranderen van situaties van patiënten en in een behandelingsaanbod waarin de categorieën 3b en 4 zijn terug te vinden;

– maar liefst negen van de 13 afdelingen niet eenduidig zijn qua doelstellingen en hun gericht zijn op al dan niet verandering. De afdelingsdoelen zijn er onduidelijk. Individuele behandelingsplannen zijn er zowel gericht op het behandelen van patiënten naar zelfstandigheid toe, als op het daarmee contrasterende 'niet behandelen' en 'aanbieden van een thuissituatie'. Enerzijds behelst het behandelingsaanbod er uniformiteit wat betreft stabilisatie van toestandsbeelden en gestichtssociaal functioneren, anderzijds is er verscheidenheid ten aanzien van het uitbreiden van het gedragsrepertoire van patiënten en hun zelfstandigheid.

Samenvattend ziet het beeld van de relatie tussen afdelingen en behandelingsaanbod er voor het gehele gebied ambigu en diffuus uit. Behandelingen van individuele patiënten zijn veelal niet geïntegreerd in afdelingsprogramma's en laten een geatomiseerd karakter zien. Vaak ook zijn individuele behandelingsdoelstellingen in tegenspraak met afdelingsdoelstellingen. Het komt voor dat doelstellingen als 'het bezorgen van een gezellige oude dag', gerealiseerd moeten worden op een gesloten afdeling, zonder 'vrij wandelen'. Bovendien blijkt dat naar de mening van de werkers, 36% van de patiënten in het geheel niet, of niet geheel in het therapeutisch programma past. Zo ontstaat een inconsistente omgeving waarin onzes inziens hulpvragen en behandelingsaanbod niet op elkaar zijn afgestemd.

Het behandelingsaanbod en het afdelingsklimaat – Het klimaat op de afdeling beschreven we met behulp van de door ons bewerkte Ward Atmosphere Scale (WAS) van Moos (1974). Deze schaal werd ontwikkeld om verschillende dimensies van behandelingsomgevingen vast te stellen. De schaal bestaat uit 100 vragen die door personeelsleden en patiënten afzonderlijk worden beantwoord. Het afdelingsklimaat wordt vervolgens beschreven in 3 toonaangevende componenten:

- component 1: het omgaan met elkaar;
- component 2: de behandelingsfilosofie;
- component 3: het 'runnen' van de afdeling.

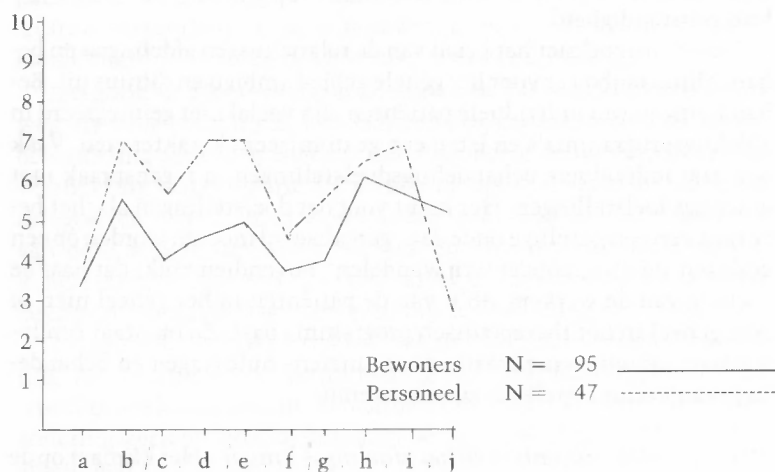
Elk van deze componenten is opgebouwd uit een aantal factoren:

- | | | |
|-------------------------------------|---|----------------|
| a. betrokkenheid bij de afdeling | } | component
1 |
| b. de waargenomen steun | | |
| c. spontaniteit van gevoelsuitingen | | |

- | | | |
|--|---|----------------|
| d. gericht zijn op zelfstandigheid | } | component
2 |
| e. gericht zijn op het leren van praktische vaardigheden | | |
| f. bepraten van persoonlijke problemen | | |
| g. uiten van kwaadheid en agressie | } | component
3 |
| h. het belang van orde en netheid | | |
| i. duidelijkheid van het programma | | |
| j. beheersbaarheid van de afdeling | | |

In figuur 1 laten we een overzicht zien van gemiddelde scores op de WAS, van 47 personeelsleden en 95 patiënten op de 13 door ons onderzochte chronische afdelingen.

Figuur 1: Gemiddelde scores per factor op de Ward Atmosphere Scale over 13 chronische afdelingen



Factor	Bewoners	Personeel
a	4.5	4.7
b	5.7	7.
c	4.1	5.7
d	4.7	7.
e	5.1	6.9
f	3.9	4.6
g	4.1	5.5
h	6.3	6.6
i	5.8	7.
j	5.5	2.9

	Bewoners	Personeel
Component 1	4.8	5.8
Component 2	4.4	6.0
Component 3	5.9	5.5

We zien ten aanzien van de chronische sector in zijn geheel dat in de beleving van de patiënten en het personeel, de sfeercomponenten 'Behandelingsfilosofie' en 'Het "runnen" van de afdeling', elkaars spiegelbeeld zijn. Dat wil zeggen dat met name waar het de behandelingsfilosofie betreft, het personeel deze sfeercomponent als dominant ervaart over de gehele sector genomen, en de bewoners juist niet.

Wanneer we echter kijken naar die afdelingen waar het homogene 'basispakket' overwegend de inhoud vormt van het behandelingsaanbod, dan zien we dat de sfeer zowel door patiënten als personeel, beleefd wordt als het minst bepaald door de component 'behandelingsfilosofie'. Een aanbod dat zich voornamelijk richt op ADL, het betrekken van patiënten bij het afdelingsgebeuren, het stimuleren om naar de therapie te gaan, medicatie en regelmaat van dag- en nachtritme, wordt noch door personeel, noch door de patiënten op die afdelingen, als behandeling beleefd.

Om een wat gedetailleerder beeld van de chronische sector en het klimaat te krijgen relateerden we de gegevens van de WAS niet alleen aan het behandelingsaanbod, maar ook aan de consistentie in doelstellingen en behandelingsaanbod van de afdelingen. Dan ontstaat het volgende beeld:

Er is één afdeling consistent gericht op niet-verandering waar als behandelingsplan voor alle patiënten vermeld wordt 'het aanbieden van een thuissituatie'. Het klimaat, zo vinden de patiënten én de werkers hier, wordt bepaald in de rangorde

1. het 'runnen' van de afdeling
2. het omgaan met elkaar
3. de behandelingsfilosofie

Dit is tevens de afdeling waar patiënten, tijdens de onderzoekswEEK, het minst aantal keren op de therapie worden waargenomen, waar patiënten het minst bezoek ontvangen, het minst onderling contact hebben, en een zeer grote mate van apathie laten zien in de weekends en avonduren. De 2800 observaties van 7,5 seconden verpleeggedrag bestonden hier voor 13% uit interacties met patiënten en voor 25% uit contacten tussen het personeel onderling en 'kantoorgedrag'. Van de geobserveerde tijd werd 50% besteed aan niet sociaal-interactieve bezigheden zoals aantekeningen maken, medicijnen uitzetten, planten verzorgen, drentelen, krant lezen e.d. Hieruit ontstaat kennelijk een klimaat waar kenmerkend is: veel aandacht voor orde en netheid, weinig gezelligheid, weinig onderlinge interacties en zeer veel apathie.

Op de 3 afdelingen die consistent gericht zijn op wél verandering qua doelstelling en operationalisatie daarvan, wordt het klimaat door patiënten waargenomen als evenveel bepaald door alle drie de componenten. De verpleegkundigen geven echter nadrukkelijk aan dat de behandelingsfilosofie de meest bepalende component is voor het klimaat, vervolgens het omgaan met elkaar en zeer uitgesproken als laatste, het 'runnen' van de afdeling. Het is op deze 3 afdelingen waar

een correlatie tussen de sfeercomponent 'behandelingsfilosofie' en het aantal zelfstandige patiënten duidelijk naar voren komt in de variabele 'tonen van verantwoordelijkheid' bestaande uit items als: patiënten maken op eigen initiatief afspraken, zeggen tijdig afspraken af indien nodig, zorgen voor eigen bezittingen, maken begonnen taken ook af e.d.

Op de 9 afdelingen, diffuus, omdat zij niet consistent zijn in doelstellingen en behandelingsaanbod, wordt naar het beleven van de patiënten het klimaat het meest bepaald door het 'runnen', op de tweede plaats door 'het omgaan met elkaar' en op de laatste plaats door de 'behandelingsfilosofie'. Voor het personeel geldt dat zij geen uitgesproken component vinden domineren in het afdelingsklimaat. Daarnaast geven de werkers aan dat de sfeer even veel als even weinig bepaald wordt door alle drie de componenten. Hier treffen we een afdeling bij voorbeeld die als doelstelling heeft het 'aanbieden van een thuisfunctie' waar voor 40% van de patiënten als individueel behandelingsdoel vermeld staat, 'voorbereiden op socio-woning'. Bovendien beleven de patiënten er de afdelings sfeer als voornamelijk bepaald door controle en organisatie.

In schema ziet het overzicht van de relatie tussen de afdelingen en het klimaat er als volgt uit:

Overzicht relatie afdelingsconsistentie en klimaat

Consistentie	Bepalend voor het klimaat	
	patiënten	personeel
Afdeling eenduidig gericht op niet-verandering (categorie 3a)	1. 'runnen' afdeling 2. omgaan met elkaar 3. behandelingsfilosofie	1. 'runnen' afd. 2. omgaan met elk. 3. behandelingsfilosofie
Afdelingen eenduidig gericht op verandering (categorie 3b en 4)	alle drie de componenten van evenveel invloed	1. behandelingsfilos. 2. omgaan met elk. 3. 'runnen' afd.
Afdelingen met diffuse doelstellingen en operationalisaties (categorie 3a, b en 4)	1. 'runnen' afdeling 2. omgaan met elk. 3. behandelingsfilosofie	alle drie de componenten van evenveel invloed

Aangaande de omgevingsvariabelen constateren we dat het behandelingsaanbod bestaat uit individuele behandelingsplannen, afdelingsprogramma's en afspraken die weinig onderlinge samenhang vertonen. Tevens stellen we vast dat de relaties van het behandelingsaanbod met de locaties en de fysieke begrenzingen niet eenduidig zijn. Bovendien zien we dat de componenten waaruit de afdelingsklimaten zijn opgebouwd geen coherent geheel vormen met de behandeling.

Dit leidt ertoe dat binnen dit behandelingsmilieu een afdelingsdoel 'aanbieden van een thuisfunctie' meerdere malen gestalte krijgt in een ongezellig klimaat, met veel controlerende maatregelen van het personeel, een hoge mate van patiëntenapathie en zeer weinig sociale interacties. Een niet-geprofileerd afdelingsklimaat treffen we zowel aan op afdelingen waar het 'wonen' en niet-veranderen wordt nagestreefd, als op afdelingen die juist wél gericht zijn op verandering.

We denken dat deze omgeving heel moeilijk therapeutisch kan zijn omdat een behandelingsmilieu, met zo weinig consistentie in het behandelingsaanbod, en incoherente afdelingsklimaten, een omgeving vormt welke de gestelde doelen moeilijk faciliteert. Wij vragen ons zelfs af of een dergelijk milieu niet antitherapeutisch werkt.

Patiëntenvariabelen

In een vorig artikel formuleerden wij de hypothese dat het denken over kenmerken van chronische patiënten in termen van homogeniteit leidt tot een weinig gedifferentieerd, homogeen behandelingsaanbod en concludeerden we dat het aanbod inderdaad voor het merendeel is opgebouwd uit gelijksoortige bestanddelen (De Ruiter en Henkelman, ter perse). Na de hier beschreven kwalitatieve analyse van het behandelingsmilieu richten we ons nu op de homogeniteit-heterogeniteitanalyse van de kenmerken van de patiëntenpopulatie. Maatgevend voor heterogeniteit van de populatiescores nemen we de spreiding. De variatiecoëfficiënt in het SPSS-X-programma, welke een heterogeniteitsmaat is, heeft als nadeel in principe onbegrensd te zijn. Dat wil zeggen dat er geen norm voor handen is van waaruit de variatie in de spreiding van de scores als veel of weinig beoordeeld kan worden. De door ons ontwikkelde heterogeniteitscoëfficiënt (heco) ondervangt dit nadeel en kent wél een dergelijke norm: de verhouding van de feitelijke spreiding van de scores ten opzichte van de maximaal haalbare spreiding van de scores. Op deze manier is het mogelijk, ondanks het gebruik van verschillende schalen, toch een uitspraak te doen over de mate van heterogeniteit en homogeniteit met betrekking tot de behaalde scores. Bovendien is de heco niet gevoelig voor extreme scores. Voor scores die worden weergegeven in een ordinale of intervallschaal geldt de formule:

$$\frac{sd}{(sc-max - sc-min) / 2} = heco$$

sd = standaarddeviatie
 $sc-max$ = hoogst mogelijke score
 $sc-min$ = laagst mogelijke score

Hoe meer de uitkomst van deze berekening de nul nadert, hoe geringer de populatiescores zich kenmerken door diversiteit en des te homogener wij hen noemen. Hoe meer echter de uitkomst de 1 benadert, des te verschillender scoort de populatie en noemen wij deze des te heterogener. Voor de schalen die een dichotomie aangeven wordt de maximale

heterogeniteit bereikt als evenveel scores in de ene zowel als in de andere antwoordmogelijkheid vallen. De ratio van 1 is dan eveneens gelijk aan maximale heterogeniteit.

In onderstaande tabel 1 geven we een overzicht van de heterogeniteitscoëfficiënten van de patiëntenvariabelen.

Tabel 1

Variabelen/omschrijving	Patiënten aantal	heco
<i>Demografische gegevens:</i>		
– Opnameduur in maanden	263	0.54
– Leeftijd in jaren	263	0.47
<i>Pathologie:</i>		
– Ernst van het toestandsbeeld (NOSIE-schaal):		
• prikkelbaarheid	261	0.37
• manifeste psychose	261	0.35
• retardatie	261	0.46
– Gestichtssociaal gedrag (NOSIE-schaal):		
• sociale vaardigheid	261	0.36
• sociale interesse	261	0.37
• zelfverzorging	261	0.53
– Apathie (63 gedragsobservaties, per 7 dagen, per individu)	211	0.51
– Het uiten van normaal menselijke emoties	260	0.42
– Begeleidingsbehoefte (BOP-schaal)	237	0.85
– Agressie (BOP-schaal)	260	0.47
– Depressief (BOP-schaal)	260	0.48
– Psychische invaliditeit (BOP-schaal)	260	0.32
– Inactiviteit (BOP-schaal)	260	0.44
– Gewenste behandelingsdoelen (in onvoldoende mate bij de patiënt aanwezig):		
• fundamentele sociale vaardigheden (oogcontact, gesprek beginnen, op gang houden, mimiek e.d.)	260	0.86
<i>Sociaal isolement:</i>		
– Patiënt kan zichzelf bezighouden	260	0.54
– Heeft contacten buiten het apz	259	0.55
– Gewenst behandelingsdoel (in onvoldoende mate bij de patiënt aanwezig):		
• gebruik maken van openbare gelegenheden (mu- sea, restaurant, café, markt, winkels e.d.)	253	0.37
• kennis verwerven betreffende algemeen maat- schappelijke zaken (nieuws, actualiteiten)	234	0.73
<i>Zorg(on)afhankelijkheid:</i>		
– Aanwezig op de therapie (63 observaties per week, per individu)	246	0.43

Variabelen/omschrijving	Patiënten aantal	heco
– Past in het programma van de afdeling	259	0.73
– Gaat op eigen initiatief de stad in	260	0.68
– Kan zelfstandig wonen:		
• over 2 weken, mét begeleiding, buiten het apz	209	0.90
• over 1 jaar, met begeleiding, buiten het apz	228	0.84
• over 2 weken, zonder begeleiding, buiten het apz	163	0.10
• over 1 jaar, zonder begeleiding, buiten het apz	171	0.18
– Neemt deel aan het afdelingsprogramma	235	0.28
– Gewenst behandelingsdoel (in onvoldoende mate bij de patiënt aanwezig):		
• scholing buiten het apz	226	0.74
• vrijetijdsbesteding	259	0.17
• lezen en schrijven op basisschoolniveau	226	0.40
• zelfmedicatie	232	0.41
• kennis van openbare instanties (gemeentehuis, sociale dienst, e.d.)	209	0.45
• met eigen geld omgaan	250	0.70
• in eigen levensonderhoud kunnen voorzien	248	0.46
<i>Sociaal functioneren:</i>		
– Neemt deel aan groepsactiviteiten (gedragsobservaties 63 per week, per individu)	246	0.08
– Praat met mede-patiënten (gedragsobservaties)	246	0.11
– Praat met personeel (gedragsobservaties)	246	0.08
– Is aardig	260	0.40
– Doet spelletjes (gedragsobservaties)	246	0.03
– Gewenst behandelingsdoel (in onvoldoende mate aanwezig bij de patiënt):		
• verbeteren sociale interactie	259	0.61
• gebruik maken van maatschappelijke organisaties buiten apz (recreatief, religieus, politiek e.d.)	250	0.85
• verbeteren van de communicatie	234	0.95
• het tonen van verantwoordelijkheid	258	0.74

In deze tabel zien we dat de populatie chronici op veel variabelen betreffende de pathologie, de demografische gegevens, het sociale isolement en het sociaal functioneren, heterogeen scoort. Dat wil zeggen dat op die variabelen de feitelijke scores ruim verspreid zijn over de totale range van mogelijke scores.

Samenvattend stellen we dat de statistische bewerking van het materiaal laat zien dat de populatie op vele aspecten helemaal niet zo homogeen is als het homogene behandelingsaanbod voor deze patiënten kan doen vermoeden.

Samenhang tussen patiëntenkenmerken en omgevingsvariabelen

Tot nu toe bespraken we afzonderlijk de omgeving van de patiënten en de populatie zelf. We bekijken nu de spreiding van de chronische populatie over de afdelingen om na te gaan hoe de situatie er uit ziet van een homogeen behandelingsaanbod voor een heterogene patiëntenpopulatie. We bespreken met name de situatie van de patiënten in de hun aangeboden omgeving, door die variabelen welke een heterogeniteitscoëfficiënt van 0.50 laten zien, in verband te brengen met de 13 verblijfslocaties.

a. Opnameduur

Op 12 van de 13 afdelingen zijn patiënten opgenomen met een opnameduur van langer dan 5 jaar. Deze groep chronici beslaat 65% van het totaalbestand. Op 8 van de 13 afdelingen verblijven patiënten met een opnameduur van 0 tot 1 jaar. Op 7 van de 13 afdelingen zijn patiënten met een verblijfsduur van 0 tot 1 jaar, vermengd met patiënten die 10 jaar of langer zijn opgenomen. Op 8 van de 13 afdelingen zijn zij vermengd met hen die langer dan 5 jaar in het apz verblijven. Ten slotte is de groep lang-verblijvende patiënten, met een verblijfsduur tussen 1 en 5 jaar, zijnde 25% van de totale populatie, verspreid over 11 van de 13 afdelingen.

Romme (1982) onderscheidt binnen de categorie langdurig gehospitaliseerden, diegenen die een verhoogd risico lopen op permanent verblijf, de zogenaamde 'at risk'-groep, die langer dan 1 jaar en ten hoogste 5 jaar is opgenomen en diegenen die permanent verblijven, dat wil zeggen een verblijfsduur hebben van langer dan 5 jaar. Deze 'at-risk'-groep nu, die bovendien als karakteristiek bij zich draagt een positieve houding ten aanzien van ontslag uit de inrichting, blijkt in het door ons onderzochte gebied geheel vermengd met patiënten die beschouwd moeten worden als mensen die het instituut niet meer zullen verlaten.

Met betrekking tot de opnameduur, als heterogeen kenmerk van de patiënten, kunnen wij geen ordeningsprincipe naar de verblijfslocaties vinden. Overigens ook niet voor hun leeftijd, geslacht, diagnose en juridische situatie.

b. Pathologie

Zelfverzorging en verwaarlozing worden als essentiële kenmerken van chronische psychiatrische patiënten beschreven (De Jong 1984). Daarom analyseerden we de NOSIE-scores op deze variabele in relatie tot de afdelingen. De patiënten die zowel extreem hoog als extreem laag scoren op de variabele zelfverzorging (NOSIE), zijn verdeeld over alle 13 chronische afdelingen. Voor de persoonlijke zelfverzorging zien we dat de patiënten die de laagste scores hebben, verspreid zijn over 10 van de 13 afdelingen en de hoogst scorenden over alle 13.

Wat betreft de begeleidingsbehoefte (BOP), uitgedrukt in problematische sociale adaptatie en cognitieve ontregelingen, zien we dat patiënten die het allerminst begeleiding behoeven, verspreid zijn over 10

van de 13 afdelingen. De meest begeleidingsbehoeftigen vinden we terug op 12 van de 13 locaties.

De 53 patiënten (20.2%) die geen psychofarmaca gebruiken zijn verspreid over 12 van de 13 afdelingen.

Wij konden geen ordeningsprincipe herleiden met betrekking tot de relatie niet homogene pathologie en locatie.

c. Sociaal functioneren

Indicaties betreffende het sociaal functioneren van de patiënten operationaliseerden wij onder andere door middel van de beoordelingen door het verpleegkundig personeel over het in voldoende mate aanwezig zijn van fundamentele sociale vaardigheden bij patiënten, van adequate sociale interactie, van het tonen van verantwoordelijkheid, naast de mate waarin patiënten contacten buiten de inrichting hebben, op eigen initiatief de stad ingaan, gebruik maken van openbare gelegenheden en de wijze waarop zij hun vrije tijd besteden. De scores op deze variabelen laten ten aanzien van de chronische populatie niet alleen heterogeniteit zien. Het blijkt eveneens dat zowel patiënten die deze vaardigheden in het geheel niet bezitten, als patiënten die ten aanzien van dit gedrag wél competent geacht worden, verspreid zijn over alle 13 chronische afdelingen.

Tevens werd duidelijk dat het in voldoende mate beschikken over fundamentele sociale vaardigheden, dat wil zeggen, oogcontact hebben tijdens een gesprek, luisteren, geven en ontvangen van complimentjes, gesprek beginnen e.d., positief correleert met de contactfrequentie met werkers op de afdeling. Bovendien bleek die groep patiënten door verpleegkundig personeel beoordeeld te worden als aardige mensen, als meer in staat tot het normaal kunnen uiten van menselijke emoties, en als meer zelfstandig. De patiënten die op deze variabele, fundamentele sociale vaardigheden, het hoogst scoren zijn verspreid over 11 van de 13 afdelingen. Patiënten die het laagst hierop scoren verblijven op alle 13 onderzochte afdelingen.

d. Zelfstandig wonen

Groepen patiënten die in staat geacht worden om mét begeleiding buiten het apz zelfstandig te kunnen wonen, zowel over 1 jaar als reeds nu, treffen we over alle 13 afdelingen verspreid aan. Daarnaast laten de factoren 'kunnen lezen en schrijven', 'communiceren', 'omgaan met geld', 'het kunnen voorzien in eigen levensonderhoud' en 'het beschikken over kennis wat betreft algemene maatschappelijke zaken', als indicaties van de zorg(on)afhankelijkheid, eenzelfde beeld zien.

Samenvattend zien we bij nadere analyse van de kenmerken van de chronische patiënten, dat deze heterogene populatie at random verspreid is over de 13 afdelingen waar een homogene behandeling wordt aangeboden. Dat wil zeggen dat zowel met betrekking tot het individueel pathologische niveau, als met betrekking tot het sociaal functioneren van de patiënten, er geen individu-gericht behandelingsbeleid valt te constateren.

Conclusie

Een nadere analyse van de door ons verzamelde gegevens betreffende de omgevingsfactoren levert een totaalbeeld op van een apz-milieu voor chronische patiënten waarin het gebrek aan afstemming van behandelingsactiviteiten, -plannen, -programma's, -doelen en -klimaten, opvallend is. Daarnaast is het behandelingsaanbod weinig gedifferentieerd, homogeen van karakter en voornamelijk gericht op niet-veranderen.

Een verdere beschouwing van de patiëntenkarakteristieken laat zien dat de patiëntenpopulatie niet alleen homogeen is, maar zeker ook heterogeen op relevante variabelen betreffende hun pathologie en sociaal functioneren.

Bezien we de samenhang tussen de omgevingsfactoren en deze patiëntenkenmerken dan constateren we dat die samenhang grotendeels feitelijk ontbreekt. Noch qua ernst en heftigheid van pathologie, noch qua al dan niet competent sociaal functioneren, konden wij een afstemmingsprincipe herleiden naar het verblijf van de patiënten in gelokaliseerde milieus. Dit geldt eveneens voor een aantal indicatoren betreffende de zorg(on)afhankelijkheid van patiënten (zie tabel 1) en voor hun opnameduur, leeftijd, geslacht en diagnose. Dit betekent dat een heterogene patiëntenpopulatie at random in een ongedifferentieerd behandelingsmilieu verblijft.

Discussie

Ons uitgangspunt bij het onderzoek is dat de hulpverlening 'optimale zelfstandigheid' dient na te streven. Hierbij kan men denken aan een continuüm met aan de ene kant zorgafhankelijkheid en aan de andere kant zorgonafhankelijkheid. In de voetsporen van onder anderen Leenen (1978) en van Van Dijk (1980) gaan wij uit van een menselijke behoefte aan het volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving en het maatschappelijk verkeer. Volwaardig interpreteren wij als optimaal zelfstandig.

Bij chronische psychiatrische patiënten hebben we te maken met handicaps betreffende de pathologie en het sociaal functioneren die zich in tijd laten karakteriseren als blijvend of voortdurend, waardoor zelfstandige deelname aan het maatschappelijk verkeer belemmerd wordt. Zelfstandigheid is echter een relatief begrip. Daarom spreken we van optimale zelfstandigheid. De invulling ervan hangt af van vele interdependenties betreffende de individuele patiënt, diens behandelingsmilieu, verblijfsituatie maar ook bredere omgeving. Gezien het chronische karakter van de belemmeringen, zowel intern als extern van aard, welke deze patiënten ondervinden bij hun zelfstandig autonoom functioneren, is voor velen van hen, meer of minder intensiteit van hulp, gedurende langere of kortere tijd, noodzakelijk.

Het herstelproces naar het zo zelfstandig mogelijk deelnemen aan het maatschappelijk leven impliceert dat de doelstelling van psychiatrische hulpverlening, het bevorderen van deze zelfstandigheid is. Het is duidelijk dat het realiseren van deze doelstelling tevens een normatief beoordelingsprobleem is. Aspecten die daarbij een rol spelen betreffen directe patiëntenhulpvragen, de individuele psychopathologie, het gemis aan vaardigheden waardoor het sociaal functioneren gehandicapt verloopt, sociale incompetenties en zowel mogelijkheden als beperkingen van het milieu binnen en buiten het algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

Het komt ons voor dat in de praktijk niet op een dergelijke wijze aan het herstelproces in de richting van optimale zelfstandigheid, gewerkt wordt. In de door ons onderzochte omgeving lijkt het nastreven van geformuleerde behandelingsdoelen er toe te leiden dat artefacten en paradoxale effecten worden voortgebracht.

Vanuit onze optiek zou de homogeniteitsbenadering in de chronische gestichtspsychiatrie wel eens de grote boosdoener kunnen zijn (Henkelman 1988). Wellicht is een weg uit deze paradox het niet alleen onderkennen van de heterogeniteit van de chronische psychiatrische patiënten maar tevens het daaraan verbinden van behandelings- en bejegeningconsequenties. Dit kan dan leiden tot een genuanceerd zorgconcept, met op gedifferentieerde hulpvragen afgestemde locaties, behandelingsplannen, programma's, behandelingsdoelen en -klimaten, zowel binnen als buiten de kliniek.

Literatuur

- Dijk, W.K. van (1980), Eenheid en eigenheid van de psychiatrie. In: Mooij en Procee (red.), *Aspecten van de psychiatrie*. Basisboeken AMBO, Baarn.
- Goffman, E. (1961), *Asylums*. Penguin Books, New York.
- Henkelman, L., en B. de Ruiter (1987), Een onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten en hun omgeving: theoretische overwegingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 5, 282-295.
- Henkelman, A.L.C.M. (1988), Over kenmerken van het milieu van chronische psychiatrische patiënten. In: *Verslag Symposium 'Psychiatrische Invaliditeit'* 12-2-1988, 50-62. Uitgave RIGG Midden-Westelijk Utrecht, april 1988.
- Holman, B., en J. Wennink (1985), *Gedachten en data rond verblijfspsychiatrie*. Stichting Centrum St. Bavo, Noordwijkerhout.
- Honigfeld, G., R.C. Gillis en C.J. Klett (1966), NOSIE-30. A treatment sensitive ward behavior scale. *Psychological Reports*, 19, 180-192.
- Jong, P. de (1984), Psychisch invalide of niet? *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 10, 1038-1049.
- Kam, P. van der, en M.F.H.G. Winners (1971), *Beoordelingsschaal voor oudere patiënten*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Leenen, H.J.J. (1978), *Rechten van mensen in de gezondheidszorg: een gezondheidsrechtelijke studie*. Samsom, Alphen aan den Rijn.

- Moos, R.H. (1974), *Evaluating treatment environments, a social ecological approach*. Wiley, New York.
- Romme, M.A.J., e.a. (1982), *Langdurig verblijf in het APZ*. Rijksuniversiteit Limburg, afdeling Sociale Psychiatrie, Maastricht.
- Ruiter, B. de, en L. Henkelman (1988), Een onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten en hun omgeving: patiëntkenmerken en behandelingsaanbod. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, ter perse.
- Schaeffer, H.H., en P.L. Martin (1969), *Behavioral Therapy*. McGraw-Hill, New York.
- Wing, J.K., en G.W. Brown (1970), *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge University Press, Londen.

Schrijvers zijn psycholoog, werkzaam respectievelijk bij de Rijksuniversiteit Utrecht, vakgroep Klinische Psychologie, bij ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven en bij Stichting Centrum voor Onderwijsonderzoek te Amsterdam.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 19-7-'88.