

# Chronisch schizofrene mannen in 1972/ 1974 en 1984: hun functioneren en hun omgeving

Een vergelijkend matched-pair onderzoek

door *B. de Ruiter en L. Henkelman*

## Samenvatting

In dit artikel presenteren de auteurs een vergelijkend onderzoek van dagprogramma's, verpleegkundig gedrag, enkele voorwaarden voor behandeling, pathologie en sociaal functioneren van chronisch psychiatrische patiënten. Een groep patiënten werd in 1984 samengesteld op grond van diagnose, leeftijd, opnameduur en geslacht, overeenkomstig een identieke groep uit 1972.

De auteurs treffen op beide meetmomenten eenzelfde homogeen behandelingsaanbod aan, een gelijke mate van apathie, een vergelijkbare heftigheid van pathologie en niveau van sociaal functioneren, terwijl zij een stijging aantreffen in aantal verplegend en behandelend personeel en telefoons en een daling in de interactie tussen de 24-uurs zorg en patiënten.

De auteurs zijn van mening dat dit homogene aanbod gericht is op maximale gestichtsaanpassing en instandhouding van een blijvende zorgafhankelijkheid.

Vanaf 1984 wordt, als samenwerkingsproject tussen Ziekenhuis De Grote Beek en de vakgroep Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht op dit ziekenhuis een onderzoek gedaan naar kenmerken van chronische psychiatrische patiënten en hun omgeving.

Op enkele chronische afdelingen van hetzelfde ziekenhuis werd 12 en 10 jaar daarvoor materiaal verzameld, waarbij eveneens zowel het functioneren van de patiënten werd beoordeeld als naar een aantal omgevingsfactoren werd gezocht (De Ruiter 1975; De Ruiter 1982).

Ons realiserend dat we dus soortgelijk materiaal uit verschillende perioden tot onze beschikking hadden, bracht ons tot de vraag: welke overeenkomsten en welke verschillen vinden we zowel ten aanzien van patiëntkenmerken als hun omgeving wanneer we het materiaal uit 1972/1974 vergelijken met dat uit 1984.

## Methode

We vormden een groep chronische patiënten in 1984, overeenkomstig de onderzochte groep uit 1972 (tabel 1) en we vergelijken enkele patiënt- en omgevingskarakteristieken uit dit APZ, zoals geregistreerd in 1972/1974 met die in 1984:

1. aspecten van het behandelingsaanbod, te weten de dagprogramma's uit 1972 en 1984;
2. verpleegkundig gedrag in 1974 en 1984;
3. de context waarin de metingen uit de verschillende jaren plaatsvonden: enkele belangrijke voorwaarden voor behandeling;
4. ten slotte het sociaal functioneren en de pathologie van de patiënten in deze behandelingsomgeving.

Tabel 1: Overzicht van beide groepen

	1972	1984	p-waarde (2-zijdig)
leeftijd gem.	43,9 jaar	44,2 jaar	.47 (n.s.)
opnameduur gem.	167,2 maand	164,3 maand	.59 (n.s.)
geslacht	manlijk	manlijk	
diagnose	schizofreen	schizofreen	
n	30	30	

*Ad 1. Vergelijking van de dagprogramma's* – Beschouwen we het behandelingsaanbod vanuit de dagprogramma's uit 1972, dan constateren we dat op alle chronische afdelingen waar een programma was, activiteiten waren zoals deze beschreven zijn door Van der Drift (1959). In dit aanbod worden genoemd:

- verbale onderdelen, zoals gespreksgroep, zaalbespreking of teamsprekken;
- bewegingsonderdelen, zoals zwemmen, gymnastiek, wandelen, sport of volksdansen;
- bezigheidsaspecten, zoals het doen van spelletjes, handwerken of kralenrijgen;
- activerende c.q. actievere therapie, zoals arbeidstherapie, land- en tuinbouwwerkzaamheden of de inrichtingsbos-onderhoudsploeg;
- recreatieve aspecten, zoals uitstapjes, vakantie, stadsactiviteiten of mondorgelclub.

Een decade later zien we een nagenoeg overeenkomstig, homogeen, behandelingsaanbod.

Het aantal uren programma-aanbod in 1972 was 34 uur per week, in 1984 30.6 uur. Het is opmerkelijk hoe weinig verschillen er zijn, wanneer we de therapieprogramma's uit 1984 vergelijken met die van 1972. Het gaat bij beide meetpunten om gelijksoortige bestanddelen die voornamelijk beperkt blijven tot het gericht zijn op gestichtssociale activiteiten: dag- en nachtritme handhaven, zichzelf wassen en er verzorgd uitzien, opmaken van het eigen bed en het wekelijks verschoneren van de lakens, naar de therapie gaan, interesse in de omgeving hebben, betrokken zijn bij het afdelingsgebeuren en het maken van een praatje met medepatiënten en/of personeel.

*Ad 2. Een vergelijking met het verpleegkundig gedrag en enkele voorwaarden* – Voorts maken we een vergelijking ten aanzien van een ander aspect van het behandelingsaanbod, de interactie tussen verpleegkundigen en patiënten. Voor de vergelijking hebben we geen materiaal uit 1972, maar wel uit 1974. Op twee chronische afdelingen werd in 1974 een onderzoek gedaan (De Ruiter 1982), dat in 1984 op twee vergelijkbare afdelingen gerepliceerd is. Met de gegevens die we nu ter beschikking hebben zijn we nagegaan of er over deze periode verschillen bestaan in de aard van de activiteiten van de verpleegkundigen, met name ten aanzien van de volgende gedragscategorieën:

- A. niet sociaal interactief gedrag
- B. sociaal interactief gedrag
- C. instrumenteel gedrag

#### Ad A

- Alle gedrag gerelateerd aan afdelingswerkzaamheden zoals: medicijnen klaarmaken, tafels afruimen, rapportage schrijven. Er volgt geen reactie van patiënten of personeel op dit gedrag: 'werken-geen reactie' (code WK-GR)
- Activiteiten van de verpleging zoals de krant lezen, TV kijken, drentelen, door het raam staren; ook hier: er volgt geen reactie van patiënten of personeel op dit gedrag: 'neutraal gedrag-geen reactie' (code NT-GR).

#### Ad B

Gedrag waar wél een reactie van patiënten of personeel op volgt:

- met collega-verpleegkundigen
- met patiënten
- met de observatoren

#### Ad C

Onder deze categorie vallen gedragingen welke op patiënten gericht zijn, maar door routine een mechanisch karakter dragen: er wordt niet bij gesproken, noch is er sprake van duidelijk gerichte aandacht bij verpleegkundige of patiënt, bij voorbeeld 'aangeven – patiënt neemt aan', zoals kan voorkomen bij het ronddelen van de medicatie.

#### Werkwijze:

Gekozen werd voor eenzelfde time-sampling-observatiemethode met intervaltijden van  $7\frac{1}{2}$  seconde als bij het onderzoek uit 1974. Als uitgangspunt voor toetsing namen we een totaal van 2800 observatieperiodes, gedaan buiten therapietijd, op de afdeling, in één week, door twee in de methode getrainde observatoren.

In tabel 2 geven we een overzicht van de in 1974 en 1984 gevonden frequenties (en proporties) in de globale categorieën niet-sociaal-interactie, sociaal-interactieve en instrumentele gedragingen.

## Resultaten:

Tabel 2: Frequenties (en proporties) in de categorieën in 1974 en 1984

	niet sociaal interactief gedrag	WK- GR	NT- GR	sociale interactie verpl.-verpl.	sociale interactie verpl.-pat.	instrumen- teel	praten tegen observator
1974	898 (.321)	763 (.273)	371 (.133)	618 (.221)	69 (.025)	81 (.029)	
1984	869 (.310)	619 (.221)	593 (.212)	498 (.178)	141 (.050)	80 (.029)	

Ten behoeve van de duidelijkheid hebben we ervoor gekozen de gemiddelden van de afdelingen uit beide jaren te presenteren.

*Ad 3. De context* – Tevens geven we in tabel 3 de context waarin de metingen uit de verschillende jaren plaatsvonden; referentiekaders die bestaan uit de verhouding van het totaal aantal verpleegkundigen en patiënten (verplegenden-ratio), het aantal medisch en sociaal-wetenschappelijke stafleden en het aantal patiënten (staf-ratio) en de verhouding van het aantal telefoons en aantal patiënten (telefoon-ratio).

Tabel 3: Drie ratio's

<i>verplegenden-ratio:</i>	1972: 34.2%
	1974: 34.5%
	1983: 62.9%
<i>staf-ratio:</i>	1972: 1.6%
	1974: 2.6%
	1984: 4.5%
<i>telefoon-ratio:</i>	1972 11.0%
	1984: 28.5%

We constateren dat de verplegenden-ratio bijna twee keer zo groot is geworden, de msw-staf-ratio drie keer en dat de telefoon-ratio ruim verdubbeld is.

Het is opvallend dat we ten aanzien van het verpleegkundig gedrag een gelijke proportie niet-sociaal interactief gedrag aantreffen, een stijging van de interactie tussen de verpleegkundigen onderling en een daling in de interactie tussen verpleegkundigen en patiënten, wanneer we de gegevens uit 1984 vergelijken met die van 1974.

*Ad 4. Pathologie en sociaal functioneren*

Gedragbeoordeling van patiënten:

Voorts vergeleken we de beoordeling van de twee matched-pair groepen door twee verpleegkundigen, in 1972 en 1984, op een aantal facto-

ren van de NOSIE (Honigfeld e.a. 1966): sociale vaardigheden, sociale interesse, netheid, manifeste psychose en prikkelbaarheid. In tabel 4 geven we een overzicht van de scorepercentages, dat wil zeggen de ruwe scores in de percentages van de maximumscore omgezet.

Tabel 4: Vergelijking van beide steekproeven op enkele factoren van de NOSIE

	1972	1984
sociale vaardigheid	78%	67%
sociale interesse	32%	37%
netheid	56%	43%
manifeste psychose	20%	25%
prikkelbaarheid	9%	28%

We zien weinig verschil tussen beide groepen voor wat betreft de 'sociale vaardigheid', 'sociale interesse', en 'netheid' – overigens positief gelabelde termen daar in feite wordt bedoeld: zich aan de regels houden, niet weigeren de normale dingen te doen die verwacht worden, een praatje met een ander beginnen, voor iedereen vriendelijk proberen te zijn, nooit slordig te zijn, zijn kleding schoon te houden en geen slechte tafelmanieren te hebben –: de operationalisering van *gestichtssociaal gedrag*.

Opvallend is de stijging op de factor 'prikkelbaarheid': de groep uit 1984 wordt door verpleegkundigen als ongeduldiger, sneller kwaad en opgewonden beleefd dan de groep uit 1972.

#### Vergelijking van de apathie:

Hiervoor werd zowel in 1972 als in 1984 gebruik gemaakt van de apathieschaal van Schaeffer en Martin (1969). Volgens deze directe observatiemethode wordt gedurende een bepaalde tijd het gedrag van patiënten met een time-sampling-methode geregistreerd. Er zijn drie observatiecategoriën:

- de plaats waarop iemand zich bevindt
- wederzijds uitsluitend gedrag: i.e. lopen, rennen, zitten, liggen en staan; ieder gedrag op een afdeling kan onder een van deze vijf gedragingen geclassificeerd worden, zonder dat twee of meer gedragingen tegelijkertijd kunnen voorkomen.
- concomitant gedrag: mensen kunnen een van de hierboven genoemde wederzijds uitsluitende gedragingen tegelijkertijd met een ander gedrag uitvoeren: zo kan men bij voorbeeld tegelijkertijd staan en praten, zitten en lezen.

Uit onderzoek naar de inhoudelijke betekenis van de apathieschaal bleek dat patiënten, die als apathisch, teruggetrokken en ongeïnteresseerd in hun omgeving worden beschreven, weinig concomitant gedrag vertoonden. Patiënten van wie wordt waargenomen, met deze methode, dat zij meer op de dagzaal zitten of op de gang lopen, zonder daarnaast concomitant gedrag te vertonen, zijn dan apathischer dan

patiënten die op de dagzaal een spelletje zitten te doen of op de therapie een praatje staan te maken.

De apathiescore wordt uitgedrukt in een percentage door deling van het geobserveerde concomitant gedrag door het totaal aantal observaties.

De gemiddelde apathiescore in de weekends en de avonduren bij de groep uit 1972 was 59% (range 30-90%), bij de steekproef uit 1984 58% (range 7-95%). Het blijkt dat in 1972 de apathie buiten de therapieuren hoog was, ondanks het feit dat koffie drinken en TV kijken als concomitant gedrag zijn opgevat.

Opmerkelijk is dat de apathie eveneens buiten de grenzen van de gestructureerde tijden in 1984 hetzelfde was.

### **Conclusie**

We maken een vergelijking tussen het therapieaanbod, verpleegkundig gedrag, enkele voorwaarden voor de behandeling en patiëntfunctioneren bij twee overeenkomstige groepen chronische patiënten: een groep uit 1972/1974 en een uit 1984.

Ten aanzien van de patiënten vinden we dat het gestichtssociaal gedrag van een matched-pair groep van 30 schizofrene mannen in 1984 hetzelfde is als van een dergelijke groep mannen uit 1972, en evenzo hun apathie. Ten aanzien van het verpleegkundig gedrag op enkele chronische afdelingen in 1974 als in 1984, op eenzelfde manier gemeten, constateren we een daling in de interactie tussen de verpleegkundigen en patiënten en een stijging van de interactie tussen de verpleegkundigen onderling. Ten aanzien van het behandelingsaanbod treffen we in 1984 eenzelfde stereotiepe therapieaanbod aan als een tiental jaren voorheen, voornamelijk gericht op gestichtssociale activiteiten.

Samenvattend kunnen we stellen dat er veel overeenkomsten zijn op de meetpunten 1972/1974 en 1984, met betrekking tot patiëntfunctioneren en de onderzochte dagprogramma's, terwijl de verschillen voornamelijk opvallen in: de hoeveelheid beschikbaar verpleegkundig personeel, MSW-staf en telefoons.

### **Discussie**

We vragen ons af welke betekenis deze overeenkomsten en verschillen (zouden) kunnen hebben en we kwamen tot enkele overwegingen en veronderstellingen.

Op de eerste plaats constateren we dat de inhoud van de dagprogramma's op beide meetmomenten een aanzienlijke overeenkomst vertonen: ze zijn niet gericht op verandering van verblijfssituatie maar op de tijdspassing tussen de caesuren welke een belangrijk onderdeel van het totale behandelingsaanbod uitmaakt (Van der Drift 1959; De

Ruiter en Henkelman 1989; Henkelman en De Ruiter 1988). De vraag is, of dit behandelingsaanbod niet gericht is op maximale aanpassing en daardoor een blijvende zorgafhankelijkheid in stand houdt: interesse in de gestichtsomgeving, netheid, gestichtssociale vaardigheden en onderdrukking van de pathologie. Everaerd (1970) kwam in zijn laboratoriumonderzoek naar de interactie tussen gedrag van chronische patiënten en hun omgeving tot de stelling dat '... het aansturen op maximale aanpassing (...) allerminst lijkt bij te dragen tot verandering van de patiënt. Aanpassing heeft meestal tot gevolg dat het gedragsrepertoire van de patiënt verkleind wordt'. Op de tweede plaats constateren we een verschil waar het gaat om het aantal verpleegkundigen en de interactie tussen verpleegkundigen en patiënten, in die zin dat de interactie bij meer personeel tussen verpleegkundigen en patiënten kwantitatief daalt en tussen de verpleegkundigen onderling stijgt. Daarnaast nemen we waar dat het aantal telefoons op de paviljoens verdubbeld is: wellicht was er geopteerd voor een efficiëntere coördinatie van de behandeling?

Reeds geruime tijd wordt er in de literatuur gewag gemaakt van het feit dat de frequentie en de aard van de interactie tussen werkers en patiënten op chronische afdelingen problematisch is (Schwartz en Will 1953; Cohler en Shapiro 1964; De Ruiter 1982).

Reeds lang ook bestaat de tendens tot wederzijdse vermijding, waardoor patiënten en medewerkers het face-to-face contact tot een minimum beperken of geheel uit de weg gaan. In dit opzicht onderstrepen we de gedachte van Giel, wanneer hij in 1984 zijn artikel de titel meegeeft: 'Onze moeite met moeilijke mensen'.

Het plaatsen van meer personeel op chronische afdelingen lijkt op zichzelf geen garantie te bieden voor meer interactie tussen verpleegkundigen en patiënten. Blijkbaar is daar meer voor nodig.

Ten slotte zien we dat er een grote overeenkomst is ten aanzien van pathologie en sociaal functioneren bij twee matched-pair groepen chronisch schizofrene mannen uit 1972 en 1974 op een APZ.

We realiseren ons dat de groepen bij dit vergelijkend onderzoek niet representatief hoeven te zijn voor de gehele chronische populatie. Wel zien we dat deze chronische patiënten rond de 45 jaar zijn, langer dan 10 jaar zijn opgenomen en de diagnose schizofrenie hebben. In deze opzichten vertegenwoordigen zij van de langdurig opgenomen psychiatrische patiënten, de groep 'permanent verblijf' (Romme 1982), een groep die  $\pm 43\%$  van het totaalbestand van de intramurale chronische patiënten vormt en door Haveman e.a. (1986) de groep 'zeer langdurig opgenomen patiënten' genoemd worden.

## Literatuur

Cohler, J., en L. Shapiro (1964), Avoidance patterns in staff-patient interactions on chronic schizophrenic treatment ward. *Psychiatry*, 27, 377-388.

- Drift, H. van der (1959), *Aspecten van arbeid en arbeidstherapie*. Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Everaerd, W.Th.A.M. (1970), *Operante conditionering met chronisch psychiatrische patiënten*. Bronder-Offset NV, Rotterdam.
- Haveman, M.J. (1986), *Vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Verslag van het landelijk substitutieonderzoek Maastricht, RUL capaciteitsgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek.
- Henkelman, L., en B. de Ruiter (1987), Een onderzoek naar chronische psychiatrische patiënten en hun omgeving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 5, 282-296.
- Henkelman, L., B. de Ruiter en B. Tellegen (1988), Een onderzoek naar chronische psychiatrische patiënten en hun omgeving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 9, 614-630.
- Honigfeld, G., R.C. Gillis en C.J. Klett (1966), NOSIE-30. A treatment sensitive ward behavior scale. *Psychological Reports*, 19, 180-192.
- Romme, M.A.J., e.a. (1982), *Langdurig verblijf in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis*, RUL Capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie.
- Ruiter, B. de (1982), Token Economy III: interactie tussen bewoners en medewerkers op afdelingen voor langverblijf. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 10, 641-654.
- Ruiter, B. de, en L. Henkelman (1989), Een onderzoek naar chronische patiënten en hun omgeving: patiënt-kenmerken en behandelingsaanbod. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 1, 29-37.
- Schaeffer, H.H., en P.L. Martin (1969), *Behavioral Therapy*, McGraw-Hill, New York.
- Schwartz, M., en G. Will (1953), Low morale and mutual withdrawel on a mental ward. *Psychiatry*, 16, 37-44.

---

Schrijvers zijn psycholoog, verbonden aan respectievelijk Ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven en vakgroep Klinische Psychologie, Rijksuniversiteit Utrecht.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 16-6-'89.