

Een onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten en hun omgeving

Patiëntkenmerken en behandelingsaanbod

door B. de Ruiter en L. Henkelman

Samenvatting

De auteurs presenteren empirisch materiaal van een onderzoek uit 1984 bij 264 chronisch psychiatrische patiënten en hun inrichtingsomgeving. Zij constateren homogeniteit van patiëntkenmerken en een homogeniteit van behandelingsaanbod op de 13 onderzochte verblijfsafdelingen. Voor het grootste deel van de patiëntenpopulatie is dit aanbod gericht op aanpassing aan de inrichtingsomgeving en leidt dit tot een stabilisatie van hun toestand.

Inleiding

In een samenwerkingsproject tussen ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven en de vakgroep Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Utrecht is in 1984 een onderzoek gedaan naar chronisch psychiatrische patiënten en hun verblijfs- c.q. behandelingsmilieu.

In een eerste artikel hebben wij bij dit onderzoek enige theoretische overwegingen gegeven (Henkelman en De Ruiter 1987). Wij constateerden dat de afgelopen honderd jaar wel verschillende inzichten over de behandeling van chronische patiënten zijn ontwikkeld, maar dat al deze verschillende modellen uitgaan van gemeenschappelijke kenmerken van de populatie. Dat homogeniteitsbeginsel hebben wij nader omschreven. In dit artikel brengen wij, na een korte beschrijving van de opzet van het onderzoek, verslag uit van empirisch materiaal op twee gebieden:

- gegevens van de onderzochte chronische populatie;
- het behandelingsaanbod.

Opzet van het chroniciteitsonderzoek

Voor het ziekenhuis was de doelstelling van het onderzoek een analyse te maken van de bestaande situatie in de chronische sector om op basis hiervan beslissingen voor te bereiden voor eventuele veranderingen in het behandelings- c.q. bejegeningsbeleid.

Een eerste vraag was een overzicht te krijgen van karakteristieken

van de chronische populatie, door het ziekenhuis gedefinieerd als 2 jaar of langer opgenomen en over het algemeen niet verzorgingsbehoefstig. Een tweede vraag was hoe men op de afdelingen het therapeutisch milieu operationaliseert en er inhoud aan geeft.

Methoden: voor de inventarisatie van patiëntkenmerken is, naast demografische gegevens als leeftijd, geslacht, ICD-9 diagnose en titel van verblijf, informatie verzameld over de pathologie en het sociaal functioneren door middel van patiëntgedragsbeoordelingsschalen, gedragsobservaties en vragenlijsten die zowel door patiënten als door personeelsleden werden ingevuld.

Voor de inventarisatie van de omgevingsvariabelen werd informatie verkregen door middel van beschrijving en inventarisatie van afdelingsdoelstellingen, formele functies en beschikbare middelen van afdelingen. Bovendien wordt het behandelingsaanbod beschreven in termen van afdelingsprogramma's, individuele behandelings- c.q. verpleegplannen en ontslagratio. Daarnaast werd door middel van vragenlijsten, voorgelegd aan werkers en patiënten, informatie verkregen over het therapeutisch milieu op de afdelingen, de vrijheden van patiënten, frequentie en duur van individuele contacten met gespecialiseerde hulpverleners, de mening van de 24-uurs zorg over het al dan niet passen van patiënten in de afdelingsprogramma's en de psychofarmaca die verstrekt worden.

In totaal werd informatie ingewonnen over 264 patiënten en 13 afdelingen op 101 variabelen.

Resultaten

Patiëntkenmerken – Wat de demografische gegevens betreft, zien we dat van deze populatie het merendeel ouder is dan 45 jaar en langer dan 5 jaar opgenomen. De diagnose, volgens de ICD-9, kenmerkt zich door langdurige toestandsbeelden als schizofrene psychosen.

Ten aanzien van de produktieve symptomatologie vinden we, zoals gemeten met de NOSIE-3 (Honigfeld, Gillis en Klett 1966; Dingemans 1984) weinig manifest psychotisch gedrag en is de heftigheid van het toestandsbeeld relatief laag. Bijna de gehele populatie wordt door de verpleegkundigen niet beschouwd als een gevaar voor zichzelf of de omgeving.

Het merendeel wordt op de BOP-schaal als begeleidingsbehoefstig beoordeeld, dat wil zeggen dat hun sociaal gedrag nogal problematisch is.

Wanneer we kijken hoeveel patiënten door de verpleging in staat geacht worden om over twee weken zonder begeleiding, eventueel samen met anderen, buiten het instituut te wonen, dan constateren we een grote zorgafhankelijkheid.

Voorts treffen we op de apathieschaal (Schaeffer en Martin 1969) een hoge mate van apathie aan, met name in de weekends en avonden.

Een volgende overeenkomst die we binnen de onderzochte populatie aantreffen geldt het sociaal element, zowel waar het gaat om de contactfrequentie binnen en buiten de inrichting als de mate waarin de patiënten ervaren worden normale menselijke emoties te uiten. Uit 16.000 gedragsobservaties in 7 aaneengesloten dagen bleek het merendeel van de patiënten gekenmerkt te worden door een gering aantal contacten onderling en relatief weinig contacten met het personeel. De sociale interesse, zoals gemeten met een gedragsbeoordelings-schaal, ligt voor het merendeel van de patiënten laag. Slechts een enkeling wordt door de verpleging beleefd als iemand die gewoonlijk of altijd normaal menselijke emoties uit. Voorts bleek uit de gedragsobservaties dat de meeste patiënten geen bezoek ontvangen of zelf op bezoek gaan en dat weinig mensen het terrein van de inrichting verlaten, ondanks het feit dat het merendeel op vrijwillige basis binnen het instituut verblijft.

Wanneer we naar de frequentieverdelingen van alle patiëntgebonden variabelen kijken, constateren we op de hierboven genoemde variabelen een extreem scheve verdeling, waarbij de spreiding relatief klein is. In tabel 1 geven we een gedetailleerder overzicht.

Wanneer we deze tabel bezien, dan valt op dat het hier, op basis van de diagnose, gaat om een categorie langdurig geestelijk gestoorde mensen, die gemiddeld 18 jaar zijn opgenomen. Het is opmerkelijk hoe weinig spreiding we op de genoemde variabelen aantreffen, hoe groot de zorgafhankelijkheid bij nagenoeg de gehele onderzochte populatie is, hoe sterk het sociaal isolement is waarin zij leven en hoe zwak het sociaal functioneren, terwijl de heftigheid van de pathologie bij de gehele populatie is afgezwakt.

Behandelingsaanbod – Behandelingsaanbod omschrijven we als het geheel van gestructureerde en ongestructureerde activiteiten, met en ten dienste van patiënten, die vanuit het APZ in verschillende sectoren worden aangeboden en gericht zijn op genezing of behoud en/of herstel van optimale zorgonafhankelijkheid.

Om tot een analyse van het behandelingsaanbod te komen werd informatie ingewonnen over:

1. de afdelingsprogramma's;
2. het therapieaanbod van de afdeling en de middelen;
3. de inhoud van de individuele behandel- c.q. verpleegplannen en de richting van de behandeling;
4. de inhoud van de therapeutische afspraken ter gedragsregulatie;
5. de frequentie en duur van individuele contacten met gespecialiseerde hulpverleners.

1. De afdelingsprogramma's – Van de 13 chronische afdelingen maken 11 gebruik van een afdelings- of weekprogramma. Op deze 11 afdelingen verblijft 80% van de 264 onderzochte patiënten. Op één afde-

Tabel 1: Overzicht van de patiëntkenmerkvariabelen, in een populatie van 264 patiënten

Variabele	gemiddelde score	spreiding
<i>1. Demografische gegevens</i>		
leeftijd	56,1 jr	73% ouder dan 45 jaar
opnameduur	17,7 jaar	69% langer dan 5 jaar
diagnose ICD-9	—	65% in categorie psychosen
titel van verblijf	—	89% op vrijwillige basis
<i>2. Pathologie</i>		
manifeste psychose (NOSIE)	15,2%	72% in het onderste kwartiel
ernst toestandsbeeld (NOSIE)	25%	97% in de onderste helft
prikkelbaarheid (NOSIE)	25%	89% in de onderste helft
is een gevaar voor zichzelf en anderen	—	91% soms en nooit
<i>3. Sociaal functioneren</i>		
begeleidingsbehoefstig (BOP)		96% wordt als beg. beh. beoordeeld
gestichtssociaal gedrag (NOSIE)	55.1%	86% in de bovenste helft
apathie in weekends en avond	80.0%	70% in het bovenste kwart
<i>4. Sociaal isolement</i>		
doet een spelletje	—	77% nooit, op basis van 16.000 gedragsobservaties
praat met medepatiënt	—	79% minder dan 5 keer op basis van 16.000 gedragsobservaties
praat met personeel	—	82% minder dan 5 keer op basis van 16.000 gedragsobservaties
ontvangt/is op bezoek	—	82% nooit, op basis van 16.000 gedragsobservaties
sociale interesse (NOSIE)	41%	65% in de onderste helft
uit normaal menselijke emoties	—	5% gewoonlijk en altijd
<i>5. Zorgafhankelijkheid</i>		
zonder begeleiding over 2 weken buiten wonen	—	94% niet in staat geacht
zonder begeleiding over 1 jaar wonen buiten	—	90% niet in staat geacht
met eigen geld omgaan	—	82% niet in staat geacht
zelfmedicatie	—	74% niet in staat geacht
in eigen levensonderhoud voorzien (boodschappen, maaltijden, verzorging was en omgeving)	—	82% niet in staat geacht

ling, waar geen afdelingsprogramma wordt vermeld, gaan de werkers uit van de gedachte dat de patiënten hun dag zelfstandig indelen, en op de tweede afdeling werkt men vanuit de principes van de assertieve hulpverlening, zoals elders wordt beschreven (De Ruiter 1986).

Het afdelings- of weekprogramma op deze 11 afdelingen wordt gekenmerkt door enkele opvallende overeenkomsten. In de wekelijkse 168 uren worden er caesuren aangebracht, zoals Van der Drift omschrijft '(...), een voorgeschreven werktijd, waarbij op tijd begonnen wordt (...) waar op tijd geëindigd dient te worden, vormt de regelmaat van de arbeidstherapie die orde en patroon in het leven brengt' (Van der Drift 1959). De caesuren die we aantreffen begrenzen de volgende gestructureerde en niet-gestructureerde activiteiten:

- a. de zelfverzorging: gewekt worden, gestimuleerd worden tot verzorging van zichzelf en de leefomgeving;
- b. het naar de therapie gaan: gestimuleerd worden om aan verschillende vormen van therapie deel te nemen;
- c. gebruik van maaltijden, koffie- en theepauzes;
- d. niet-gestructureerde activiteit tot het opengaan der slaapruimten ('vrije tijd'): tv kijken, over de gang lopen en het trieste leegzitten;
- e. nachtrust.

Voorts wordt dit aanbod gekenmerkt doordat deze structurering van tijd en de inhoud wekelijks terugkeert c.q. herhaald wordt. Ten slotte vinden we naast de structurering van tijd tevens een structurering van ruimte: aan 33% van de patiënten wordt een gesloten afdeling geboden (5 van de 13 afdelingen) en op alle afdelingen bevinden zich ruimten die de patiënten niet mogen betreden.

2. Het therapieaanbod van de afdeling: de activiteiten die worden aangeboden – Beschouwen we de omschrijving van het behandelingsaanbod vanuit de dagprogramma's van de afdelingen, dan constateren we op alle 11 afdelingen waar een programma gemeld wordt een activiteitenaanbod van gemiddeld 30.6 uur per week en een gemiddelde kostprijs van slechts f 38,98 per patiënt per jaar.

Onderdelen die in dit aanbod worden genoemd zijn:

- verbale onderdelen, zoals gespreksgroep, zaalbespreking of weekstarter;
- bewegingsonderdelen, zoals zwemmen, gymnastiek, wandelen, sport of volksdansen;
- bezigheidsaspecten, zoals het doen van spelletjes, handwerken of kralen rijgen;
- activerende onderdelen, zoals creatieve activiteiten, landbouwgroep of kwekerij;
- recreatieve aspecten, zoals uitstapjes, vakantie, stadsactiviteiten of mondogelclub.

Daarnaast vinden we op 9 van de 13 afdelingen voor slechts 14% van de 264 onderzochte patiënten een therapieaanbod dat niet in een alge-

meen dagprogramma is opgenomen, maar door de verpleegkundigen bij individuele patiënten wel genoemd wordt. Daarbij treffen we in dit individuele behandelingsaanbod aan: expressiegroep, kookles, leren structureren van tijd, training in budgetteren, oriëntatie en geheugen-training, regressiegroep, leren contacten leggen, schrijfles (2 patiënten) en training in het opkomen voor een eigen mening (1 patiënt).

3. Individuele behandel- c.q. verpleegplannen – Voor 80% van de 264 patiënten wordt medicamenteuze behandeling genoemd: antipsychotische medicatie (70,3% van de patiënten), anxiolytica (17,9%), antidepressiva (12,2%), hypnotica (5,3%) en antiparkinsonmiddelen (35,4%). Voorts werd door de verpleging voor 97% van de patiënten (i.e. 256 patiënten) een individueel behandelings- c.q. verpleegplan vermeld. Het betreft 459 uitspraken, welke wij als volgt kunnen categoriseren:

a. Op de eerste plaats vinden we op alle afdelingen plannen ten aanzien van *het algemeen sociaal functioneren*, die bedoeld zijn ter verbetering van het toestandsbeeld.

Onder 'algemeen sociaal functioneren' verstaan we gestichtssociaal gedrag als handhaven van dag- en nachtritme, zichzelf wassen en er verzorgd uitzien, het opmaken van het eigen bed en wekelijks verschonen van de lakens, naar de therapie gaan, interesse in de gestichtsomgeving hebben en het maken van een praatje. Het betreft hier in feite gedrag dat in de gestichtswereld als 'gewenst gedrag' beschouwd wordt. Dit wordt nagestreefd door behandelplannen die 'stimuleren tot zelfverzorging en therapiebezoek', 'betrekken bij activiteiten en afdelingsgebeuren' en 'stimuleren tot sociaal contact op de afdeling' inhouden. Van de 459 uitspraken valt 59% in deze categorie.

Tevens vinden we op alle afdelingen behandelingsplannen genoemd die een gedragsbeperkende intentie hebben wanneer de patiënten volgens de verpleging ongewenst gedrag vertonen, zoals: 'stemming en gedrag corrigeren', 'consequent benaderen', 'gestructureerde aanpak', 'confronteren met eigen gedrag', 'bewaken van financiën' en 'reguleren van drankgebruik'. Deze plannen met een gedragscorrigerende intentie maken voor 11,9% deel uit van de 459 uitspraken.

b. Op de tweede plaats wordt er in 19,5% van de 459 uitspraken aangegeven of er in de behandeling naar gestreefd wordt patiënten binnen de instelling te houden of naar elders te plaatsen: *de locatie waarheen behandeld wordt*. Enerzijds vinden we daarbij plannen die een verandering in de verblijfssituatie beogen in de richting van een grotere mate van zelfstandigheid zoals: zelfstandig wonen op het terrein of buiten het APZ, gezinsvervangend tehuis en bejaardentehuis. Van die 90 behandelplan-uitspraken die zo'n richting van behandeling aangeven vormt deze categorie 'verandering van verblijfssituatie' 52%.

Anderzijds vinden we uitspraken die een handhaving van de huidige verblijfssituatie beogen, zoals: thuisfunctie aanbieden, prettig verblijf

bieden en een prettige oude dag op de afdeling bezorgen. Van de 90 uitspraken bestaat deze categorie 'handhaving van de verblijfssituatie' uit 48%.

Wanneer we kijken naar het totaal aantal patiënten voor wie een richting in het behandelplan wordt genoemd, constateren we dat voor 30,5% van de 264 onderzochte patiënten een verandering van de verblijfssituatie wordt genoemd en voor 22,7% een handhaving van de verblijfssituatie. Voor de resterende 46,8% van de patiënten wordt in het behandelingsplan géén richting genoemd, hetgeen impliceert dat er geen uitspraak gedaan wordt over het al dan niet nastreven van een meer zelfstandige woonsituatie voor deze patiënten.

c. Op de derde plaats vinden we onder de 459 individuele behandelings- c.q. verpleeguitspraken 44 plannen (i.e. 9,6%) die gericht zijn op *verandering van de pathologie en op uitbreiding van het gedragsrepertoire*, zoals: verbeteren en kanaliseren van behoeftes, leren zelf de tijd te structureren, leren keuzes maken, positief zelfbeeld aanleren, leren koken en budgetteren, het leren van sociale vaardigheden. Deze plannen gelden voor 41 van de 256 patiënten, i.e. 16%.

Samenvattend kunnen we stellen dat voor een derde van de populatie, in het behandelingsplan, een verandering van de verblijfssituatie geformuleerd wordt, dat op repertoire-uitbreiding gerichte behandelingsplannen slechts voor 16% van de patiënten geldt en dat uit het merendeel van de plannen voor het grootste deel van de populatie in feite alleen stabilisatie van de toestand blijkt.

4. De inhoud van de therapeutische afspraken ter gedragsregulatie – We constateren dat op afdelingen door de werkers afspraken met patiënten gemaakt worden over gedrag en consequenties van gedrag zoals: het gebruik van voedsel (op 13 van de 13 afdelingen), het aangaan c.q. voortzetten van seksuele relaties tussen patiënten (op 12 van de 13 afdelingen), het met verlof gaan (op 11 van de 13 afdelingen), het op de eigen kamer blijven (op 9 van de 13 afdelingen), de afdeling verlaten en vrij wandelen (op 7 van de 13 afdelingen).

5. Frequentie en duur van individuele contacten met gespecialiseerde hulpverleners – Ten slotte vinden we naast de bijdrage van de verpleegkundige en activiteitensector in het behandelingsaanbod een bijdrage van de medisch-psychologische sector: psychiater, psycholoog en maatschappelijk werker.

We zijn nagegaan hoeveel patiënten hoe vaak individueel contact hadden met een gespecialiseerde hulpverlener en hoe lang dat contact duurde. Van de 260 patiënten over wie informatie beschikbaar kwam, hadden er slechts 83 individueel contact met een gespecialiseerde hulpverlener, i.e. 32%. De frequentie varieerde van 2 keer per week tot 1 keer per jaar (sic!) met een gemiddelde gespreksduur van 17 minuten, hetgeen neerkomt op één gesprek per maand van gemiddeld 12 minuten.

Samenvatting en conclusie

Vanuit het verzameld empirisch materiaal over 264 chronische patiënten en hun behandel- c.q. verblijfsmilieu constateren we een homogene populatie, zoals deze elders in de literatuur over psychiatrische chroniciteit ook omschreven wordt: apathisch, sociaal geïsoleerd en zorgafhankelijk. In een vorig artikel formuleerden wij de hypothese, dat homogeniteitsdenken met betrekking tot kenmerken van chronische patiënten ertoe leidt dat ook het behandelingsaanbod homogeen en beperkt van aard is.

Wanneer we naar het totale behandelingsaanbod kijken, dan is een opvallend kenmerk voor alle afdelingen, de structurering van tijd per dag en per week, en de niet ophoudende herhaling van deze structurering, waarbij de inhoud van het grootste gedeelte eveneens gestructureerd is, met een zeer kleine vrijheidsgraad om zelf een invulling te geven.

Beschouwen we de inhoud van het aanbod, vanuit de afdelingsprogramma's, therapieprogramma's en de individuele behandelingsplannen, dan valt op dat het merendeel van de therapieonderdelen bestaat uit gelijksoortige bestanddelen, die beperkt blijven tot gestichtssociale activiteiten, die nauwelijks divers te noemen zijn, doch veeleer een stereotiep karakter hebben. Er wordt weliswaar op enkele plaatsen een rudimentair aanbod aangetroffen, opgebouwd uit ongelijksoortige bestanddelen, dus meer geïndividualiseerd en gericht op een individuele hulpvraag, maar dat geldt slechts voor een enkeling. Wij hebben weinig aanwijzingen dat dit aanbod niet representatief zou zijn voor de werkwijze op traditionele chronische paviljoens in Nederland.

Het door ons beschreven aanbod wijkt namelijk niet af van het aanbod zoals dat naar voren wordt gebracht in het rapport 'Chroniciteit, individualiteit en voorzieningen' van de NZR (1987) en de beschrijving van het geheel aan gestructureerde en structurerende activiteiten in een vergelijkende studie over langdurig verblijf (Romme e.a. 1982).

De doelstelling van dit homogene aanbod vinden we al terug bij de argumenten van Van der Drift (1959), resumerend in '... het doorbreken en voorkomen van nivellerende factoren uit het leven van de patiënt ...'.

Wij concluderen nu dat het een aanbod is dat de nivellering in het geheel niet doorbreekt, maar gericht is op maximale aanpassing, zoals bij voorbeeld geoperationaliseerd in de factor 'gestichtssociaal gedrag' van de Nosie 30 en dat niet gericht is op het aansturen op verandering van verblijfssituatie en/of zorgonafhankelijkheid, hetgeen leidt tot de hypothese, dat het homogeniteitsdenken deze populatie extra invalideert. In een volgend artikel zullen we op deze stelling nader ingaan.

Literatuur

- Dingemans, P.M., en H. van Engeland (1984), De relatie tussen psychose recidief en de kwaliteit van de interactie patiënt sociaal milieu. *PG 8402-Ex 1984*, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Drift, H. van der (1987), *Aspecten van arbeid en arbeidstherapie*. Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Henkelman, L., en B. de Ruiter, Een onderzoek naar chronische psychiatrische patiënten en hun omgeving: theoretische overwegingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 29, 5, 282-296.
- Honigfeld, G., R.C. Gillis en C.J. Klett (1966), NOSIE-30. A treatment sensitive ward behavior scale. *Psychological Reports*, 19, 180-192.
- NZR (maart 1987), *Chroniciteit, invaliditeit en voorzieningen*, NZR-rapport Utrecht, p. 64, 65.
- Romme, M.A.J., e.a. (1982), *Langdurig verblijf in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis*. RU Limburg, Capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie.
- Ruiter, B. de (1986), Token Economy bij chronische psychiatrische patiënten. In: P.F.M. Kop, F.J. Grauenkamp en L.M.G. Curfs, *Gedragsmodificatie in de intramurale gezondheidszorg*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Schaeffer, H.H., en P.L. Martin (1969), *Behavioral Therapy*. McGraw-Hill, New York.

Schrijvers zijn psycholoog, werkzaam respectievelijk bij ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven en bij de Rijksuniversiteit Utrecht, vakgroep Klinische psychologie.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 17-5-'88.