

Patiëntendossiers als bron van historisch-sociologisch onderzoek

Karen Mogendorff

Akkermans, C., *Aanspoelen aan de achtergracht. Maatschappelijke ontwikkelingen, cliëntevorming en de psychiatrische patiënten van de Amsterdamse GG & GD (1933-1988)*, Amsterdam: Aksant, 2006, 230 pagina's, ISBN 90-5260-215-8, € 24,90.

In dit historisch-sociologische onderzoek draait het om de samenhang tussen sociale en psychische processen: in hoeverre hangen veranderingen in het psychische functioneren van individuele cliënten samen met maatschappelijke veranderingen? Catelijne Akkermans probeert deze samenhang te duiden aan de hand van vooral patiëntendossiers (individuele psychiatrische geschiedenissen) van de Amsterdamse GG & GD uit de periode 1933-1988. De gedachte die aan de basis staat van deze studie is ontleend aan Norbert Elias (1991) en Abram de Swaan (1990): de problemen die mensen met zichzelf en anderen ervaren, hangen samen met maatschappelijke verhoudingen. Biografie en geschiedenis grijpen in elkaar. Meer specifiek gaat het Akkermans in deze studie om de wisselwerking tussen psychische en sociale processen conceptueel te verhelderen en met waarneembare verschijnselen te verbinden (empirisch te funderen). Gaandeweg het onderzoek is daar nog een doelstelling bijgekomen: het verkennen van de mogelijkheden van patiëntendossiers als bron voor historisch-sociologisch onderzoek. Aan de hand van materiaal, methode, analyse en resultaten van Akkermans' studie ga ik in op de vraag in hoeverre Akkermans in haar opzet slaagt met de nadruk op patiëntendossiers als bron van historisch-sociologisch onderzoek.

Het consultatiebureau voor Geestes- en Zenuwzieken van de GG & GD opgericht in 1916 fungeerde als poortwachter voor de opname van Amsterdammers met psychische problemen in psychiatrische inrichtingen. Voor armlastige patiënten moest de gemeente Amsterdam zelf de kosten dragen. Dit bracht de gemeente ertoe te zoeken naar goedkopere alternatieven voor opname in psychiatrische klinieken; een relatief nieuw systeem van voor- en nazorg dat niet gekoppeld was aan een specifieke psychiatrische inrichting of specifieke zuil deed zijn intrede. Dit 'nieuwe' systeem maakte van het consultatiebureau in eerste instantie een voorloper. Deze koppositie zou ze verliezen naarmate de Nederlandse verzorgingsstaat steeds verder werd uitgebouwd. Specialisatie en uitbreiding van zorgarrangementen zorgden ervoor dat jongeren, mensen met verstandelijke beperkingen en ouderen grotendeels uit het bestand van de GG & GD verdwenen. Het bureau, ook wel de afvalbak van de GGZ genoemd, fungeerde steeds meer als vangnet voor mensen die om uiteenlopende redenen door de mazen van het net van andere Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)-instellingen glipten. Deze 'sociale achterblijvers' hadden naast psychische problematiek vooral last van een gebrek aan financieel, sociaal en cultureel

kapitaal waardoor ze moeilijk hun weg konden vinden in het complexe netwerk van GGZ-instanties en ze onvoldoende aansluiting vonden bij de denkwereld van hulpverleners. Het consultatiebureau van de GG & GD had de volgende taken: (1) dure opnames voorkomen, (2) cliënten – zo mogelijk – genezen, (3) cliënten tegen zichzelf beschermen, en (4) anderen tegen cliënten beschermen. De interventies van de GG & GD waren opvallend sociaal van aard, ze behelsden: het organiseren van hulp voor de cliënt, het vergemakkelijken van de aanvraag van voorzieningen, het regelen van (tijdelijke) huishoudelijke hulp, het verstrekken van medicijnen en het regelmatig controleren van cliënten.

Materiaal, methode en analyse

De studie is te typeren als een nauwgezette, gedetailleerde en toegankelijke analyse van de geschiedenis van de sociaal-psychiatrische dienst van de GG & GD te Amsterdam aan de hand van een analyse van de teksten uit een aselechte steekproef van 566 patiëntendossiers. De analyse van dossierteksten vulde Akkermans aan met interviews met psychiaters, verpleegkundigen en een enkel interview met een administratief medewerkster, die in de onderzochte periode betrokken waren bij de GG & GD. De dossierteksten en – in mindere mate – de interviews dienden inzicht te geven in wat de Amsterdamse GG & GD in de onderzoeksperiode *daadwerkelijk* deed. Akkermans bespreekt in dit verband een realistische en constructivistische zienswijze op dossiers. Ze kiest daarbij niet onomwonden voor een van deze benaderingen. Zo lijkt de doelstelling van het onderzoek te duiden op een realistische benadering van dossiers, namelijk dat dossiers een afspiegeling van de feitelijke realiteit zijn en dossieronderzoek daardoor inzicht kan geven in de werkelijkheid. Akkermans maakt echter ook aannemelijk dat dossiers artefacten zijn die in een specifieke gebruiksccontext tot stand zijn gekomen: tijdgebrek, werkrouines en werkdruk beïnvloeden de dossiervorming.

Akkermans lijkt tussen deze twee benaderingen een middenweg te bewandelen. Ze concludeert onder andere dat dossiers veel inzicht verschaffen in hoe psychiatrische problematiek institutioneel verwerkt wordt (de dossiers bieden inzicht in een deel van de feitelijke realiteit), maar dat tegelijkertijd relevante maatschappelijke ontwikkelingen vaak niet terug te vinden zijn in de dossiers (ze vormen dus geen volledige afspiegeling van de realiteit). Verder heeft Akkermans aangetoond dat er een verband bestaat tussen maatschappelijke ontwikkelingen en materiële omstandigheden enerzijds en de uiting van psychiatrische ziekte anderzijds. Computers bijvoorbeeld deden hun intrede in wanen van patiënten toen ze op grote schaal ingevoerd werden. Dit wil overigens niet zeggen dat uit dossiers verder niets valt op te maken over maatschappelijke ontwikkelingen en ideeën over psychiatrische ziekte: zo kunnen veranderingen in gehanteerde terminologie en het gehanteerde taalgebruik veel zeggen over hoe en wanneer klachten en verschijnselen van patiënten door behandelaars en patiënten geïnterpreteerd worden als ziekte en wat men in die tijd acceptabele manieren vond om met ziekte om te gaan en over ziekte te rapporteren. Hierop gaat Akkermans niet specifiek in (hoewel ze veranderingen in terminologie wel benoemt), hetgeen niet verwonderlijk is aangezien dit niet specifiek binnen Akkermans' vraagstelling valt.

Een belangrijk probleem dat Akkermans benoemt in haar studie is dat dossiers gemakkelijk (onbewust) te manipuleren zijn: (1) wat in het dossier terecht komt, is vaak de uitkomst van een actief proces van waarneming, selectie, inschatting en oordeelsvorming; (2) het cliëntperspectief is in dossiers veelal indirect en fragmentarisch verwoord; en (3) dossiers zijn instrumenten waarmee deskundigen verantwoording afleggen (aan collega's). Dit betekent dat dossiers niet per definitie volledig en waarheidsgetrouw zijn.

Uit het methodische hoofdstuk blijkt hoeveel noeste arbeid Akkermans heeft verricht om de handgeschreven en bont samengestelde dossiers te ordenen en geschikt te maken voor analyse. Het ordenen van de dossiers bracht het nodige puzzelwerk met zich mee: de dossiers bevatten verschillende soorten bijdragen die meestal niet chronologisch of op een andere manier systematisch geordend waren en varieerden in hun leesbaarheid en gedetailleerdheid. De grote diversiteit in het materiaal in de dossiers bemoeilijktte ook het coderen en analyseren ervan. Akkermans is er echter – niet onverdienstelijk – in geslaagd om een coderingsstelsel te ontwikkelen dat een vergelijking van psychische stoornissen (waarvan de terminologie in de tijd veranderde) door de tijd heen mogelijk maakt. Dit heeft ze gedaan door allereerst de gevonden gegevens te ordenen in twee datasets. Eén dataset bevat onveranderlijke gegevens als naam, geslacht, geboortedatum en gegevens ten tijde van het eerste contact. In de tweede dataset zijn per jaar veranderlijke gegevens opgenomen: aantekeningen van psychiaters en verpleegkundigen, de frequentie van het contact tussen patiënt en psychiater en verpleegkundige, hun aantekeningen, correspondentie met andere instellingen, leeftijd van de patiënt, beschreven psychiatrische problemen, enzovoort. Deze ordening van de data maakte het mogelijk om in de analyse rekening te houden met verschillen tussen patiënten in duur en frequentie van hun contacten met het bureau.

Alle in de dossiers genoemde symptomen, klachten, persoonlijkheidstrekken, problemen, stoornissen en verschijnselen zijn vervolgens gecategoriseerd aan de hand van de DSM-IV (versie APA 1994). Problemen die niet afzonderlijk in de DSM-IV worden benoemd, maar wel veelvuldig in de dossiers voorkwamen, kregen een aparte code. Verder heeft Akkermans in haar databestand velden aangelegd met codes en velden met tekstfragmenten waarop deze codes zijn gebaseerd zodat ze het databestand zowel op code als op tekst (trefwoord) kon doorzoeken. Deze ordening maakte het ook mogelijk betekenisverschuivingen op te sporen. In de *analyse* vergelijkt Akkermans vervolgens incidentie- en prevalentiecijfers van de geclassificeerde problemen met elkaar door de tijd heen. Meer specifiek gaat ze in op veranderingen in incidentiecijfers van psychische problemen (hoofdstuk 4) en van psychosociale en omgevingsproblemen (hoofdstuk 5).

Resultaten

Maatschappelijke veranderingen zijn gedeeltelijk terug te lezen in de dossiers: de woningnood in de jaren vijftig, de introductie van psychofarmaca. Jammer genoeg geeft Akkermans hierbij niet aan hoe ze bepaalde welke maatschappelijke veranderingen in de onderzoeksperiode speelden en terug te vinden zouden moeten zijn in de patiëntendossiers. Verder valt op dat in het onderzoek vooral materiële veranderingen naar voren komen en niet zozeer fundamentele veranderingen in psychische problemen gerelateerd

aan maatschappelijke veranderingen. Een verrassend resultaat dat uit de dossieranalyse naar voren komt, is dat oorlogsmoeilijkheden tijdens de oorlog nauwelijks gepsychiatriseerd werden, maar vooral geduid werden als sociale problemen die ingrijpen in het dagelijkse leven van cliënten. Dit laatste zou kunnen samenhangen met het gegeven dat problematiek of gedrag veelal pas geduid wordt als psychiatrisch als ze buiten het normale verwachtingspatroon vallen of als irreal worden gezien in een specifieke context. Angstaanvallen in een oorlogssituatie bijvoorbeeld zal men minder snel duiden als irreal gedrag dan in situaties waarin niet duidelijk is dat er gevaar dreigt. Anders gezegd: maatschappelijke omstandigheden bepalen mede wanneer een bepaald verschijnsel als psychisch wordt geduid en wellicht ook welk etiket het krijgt. Dit zou betekenen dat de afname in diagnoses niet hoeft te betekenen dat de verschijnselen en klachten die ten grondslag lagen aan de diagnose minder vaak voorkomen. Dit maakt het extra lastig om het effect van maatschappelijke verschijnselen op psychische problematiek te duiden.

Op microniveau heeft Akkermans overigens wel maatschappelijke en culturele thema's, politieke kwesties en technologische ontwikkelingen teruggevonden in concrete verschijnselen als angsten, wanen en hallucinaties van cliënten.

Daarnaast komt uit de studie naar voren dat denkbeelden over de geestelijke gezondheidszorg en opvattingen over psychiatrische stoornissen en de behandeling ervan veranderen. Niet alleen worden diagnostische termen in de loop van de tijd vervangen (bijvoorbeeld *dementia praecox* veranderde in schizofrenie), maar ook psychisch lijden wordt in de loop van de onderzoeksperiode anders benoemd. Hiermee kan echter nog niet gesteld worden dat de aard van het lijden wezenlijk is veranderd.

In Akkermans' studie is een verband tussen maatschappelijke ontwikkelingen en individuele psychische problematiek lastig empirisch vast te stellen: (1) onduidelijk is wat ze precies met maatschappelijke processen bedoelt en daarmee samenhangend, (2) ontbreken er hypothesen of aannames over *hoe* maatschappelijke processen terug te zien zouden moeten zijn in individuele psychische problematiek, (3) er ontbreken hypothesen over de *aard* van de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op psychische problematiek in het algemeen; het zou immers kunnen zijn dat maatschappelijke ontwikkelingen niet van invloed zijn op de uiting van specifieke psychische problematiek, maar bijvoorbeeld wel op de prevalentie van bepaalde problematiek, en (4) vermoedelijk het lastigste punt: de duiding van psychische problematiek als psychisch is context- en situatieafhankelijk. Wellicht kan men beter beginnen met het in kaart brengen van gedragingen en symptomen waarop in een bepaalde tijdsperiode het etiket van een psychiatrische diagnose wordt geplakt en/of dat samenhangt met cliëntkenmerken (sekse, etniciteit, leeftijd). Vervolgens zou men kunnen nagaan of de diagnoses significant samenhangen met gebeurtenissen in de tijdsperiode dat ze worden gesteld en of die als maatschappelijk geduid zouden kunnen worden. Groot nadeel hierbij is wel dat men afhankelijk blijft van behandelaars die mogelijk niet volledig zijn geweest in hun rapportage.

Relevantie studie

Werpen de geschetste maatschappelijke invloeden op de dossiers van individuele patiënten nu een licht op de samenhang tussen sociale en psychische problematiek? Dat valt

moeilijk te zeggen, alleen al omdat Akkermans niet definieert wat ze precies onder sociale en psychische processen verstaat (behalve dan dat ze deze ruimer ziet dan de DSM-IV). Wel kan men zeggen dat het empirisch toetsen van de samenhang tussen sociale en psychische processen, zeker op macroniveau, niet is gelukt. De mogelijkheden die dossieronderzoek biedt, lijken hiervoor te beperkt en de stap van micro naar macro te groot. De waarde van de studie lijkt er vooral in te liggen dat ze een gedetailleerd inzicht geeft in de geschiedenis van cliëntlevorming van de sociaal-psychiatrische afdeling van de Amsterdamse GG & GD en – in samenhang daarmee – de institutionele verwerking van cliënten.

Het consultatiebureau van Geestes- en Zenuwzieken bedient niet alleen een specifieke groep van cliënten, de sociale achterblijvers, ook de samenstelling van de cliëntèle van het consultatiebureau verandert sterk in de loop van de tijd. De dossiers geven daarmee inzicht in een specifieke selectie van voorkomende psychische problemen en de wijze waarop daarmee wordt omgegaan, maar die groep is niet representatief voor de Amsterdamse bevolking als geheel. Daarbij komt dat behandelaars relevante gegevens niet volgens een eenduidige systematiek optekenden; de gedetailleerdheid en hoeveelheid informatie per dossier kon nogal verschillen, waardoor de onderlinge vergelijking van dossiers en het leggen van relaties tussen sociale en psychische problematiek moeilijker wordt.

Belangrijk is verder dat de dossiers hooguit indirect inzicht geven in de beleving van cliënten van hun psychisch welbevinden in relatie tot hun sociale en maatschappelijke omstandigheden. Het zijn de psychiaters en verpleegkundigen die de dossiers vullen met hun beknopte observaties en interpretaties van wat ze horen en zien van cliënten en wat ze te horen krijgen *over* deze cliënten van collega's. Idealiter zouden de perspectieven van alle stakeholders bij de studie betrokken moeten worden, tenzij men de relatie tussen sociale en maatschappelijke processen enerzijds en de duiding van psychische problematiek door een *specifieke* stakeholder anderzijds zou willen onderzoeken.

Kortom, de studie geeft lezers een gedetailleerd en rijk inzicht in de cliëntlevorming van het bureau van Geestes- en Zenuwzieken van de Amsterdamse GG & GD in de periode 1933-1988 en biedt daarnaast inzicht in de ontwikkelingen in de duiding en omgang met psychiatrische problematiek door het bureau. Akkermans' studie biedt echter onvoldoende zicht op de samenhang tussen maatschappelijke ontwikkelingen en psychische problematiek van individuele cliënten om uiteenlopende redenen. Dossieronderzoek biedt een rijkdom aan informatie en potentiële inzichten zolang men zich ook bewust is van haar beperkingen en de consequenties daarvan voor de onderzoeksvragen die men met patiëntendossiers kan beantwoorden.