

Haalbaarheid van dagbehandeling voor de opnamepopulatie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis

Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (II)

door H. Kluiters, R. Giel, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en D. Wiersma

Samenvatting

Verslag wordt gedaan van de toetsing van de hypothese dat opnamevervangende dagbehandeling in betekenisvolle mate haalbaar is voor de opnamepopulatie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De onderzochte patiënten zijn representatief voor de opnamepopulatie van de Nederlandse APZ'en. Toetsing geschiedde binnen het kader van een gerandomiseerd experiment, waarin bij de experimentele patiënten geprobeerd werd hen in opnamevervangende dagbehandeling te plaatsen. De controlepatiënten ontvingen de gangbare klinische behandeling. Per behandelweek werd nagegaan in hoeverre het lukte om de patiënten de nachten thuis te laten doorbrengen; dat wil zeggen hen alleen overdag in het ziekenhuis te behandelen. Geconcludeerd wordt dat voor 40% van de patiënten dagbehandeling niet of in onvoldoende mate lukte. Voor 38% lukte dagbehandeling volledig of in aanzienlijke mate. Op basis van deze bevindingen wordt betoogd dat het monopolie van de klinische 24-uurs zorg in de Nederlandse psychiatrie heroverweging behoeft.

Inleiding en hypothese

In ons eerste bericht (Wiersma, Kluiters, Nienhuis, Rüphan en Giel 1989) zijn doelstelling, achtergrond en opzet van het Substitutieproject Drenthe uiteengezet. In dit bericht zullen we een eerste antwoord trachten te geven op de vraag of OpnameVervangende DagBehandeling (in het vervolg afgekort met OVDB) voor een APZ-opnamepopulatie haalbaar is. Hiertoe willen we de te toetsen hypothese als volgt formuleren: 'OVDB is in betekenisvolle mate te realiseren bij een algemene opnamepopulatie'. Wetenschappelijk onderbouwde steun voor deze hypothese is niet overvloedig¹ (Lystad e.a. 1958; Zwerling e.a. 1966; Herz e.a. 1971; Stein en Test 1975; Washburn e.a. 1976; Penk e.a. 1978; Fenton e.a. 1979; Hoult e.a. 1982; Dick e.a. 1985). De gerapporteerde uitkomsten zijn echter maar tot op zekere hoogte geldig voor het Substitutieproject. Niet eerder werd de hypothese getoetst aan een patiëntenpopulatie waarbij de selectiecriteria zo ruim waren geformuleerd als in ons onderzoek. Bovendien zijn de elders beproefde inter-

venties maar ten dele vergelijkbaar met onze Opnamevervangende Dagbehandeling. Zie verder Neffinger (1981), Falloon (1982) en Schene (1985) over de diversiteit in aanpak. De vergelijking wordt ernstig bemoeilijkt doordat de verschaft informatie over de experimentele behandelprogramma's doorgaans minimaal is; wat trouwens ook geldt voor de controleprogramma's.

In dit artikel doen we verslag van de uitkomsten van de toetsing van de boven geformuleerde hypothese. Over de invloed van een aantal factoren van sociaal-demografische en psychopathologische aard op de haalbaarheid van OVDB zullen we in volgende publikaties berichten.

De onderzochte patiënten

Onderzocht werden 160 patiënten, van wie 103 in de experimentele conditie (S-conditie) werden geplaatst en 57 in de controleconditie (K-conditie). Deze plaatsing geschiedde at random, in de vaste verhouding 9 S-patiënten en 5 K-patiënten.² De criteria voor inclusie hadden betrekking op alle patiënten, woonachtig in Assen en omgeving, die voor opname in het APZ Licht en Kracht waren geaccepteerd en die niet leden aan dementie of voor een juridische expertise waren aangemeld (zie voor details Wiersma e.a. 1989). De onderzoeksgroep bleek representatief te zijn voor de landelijke opnamepopulatie in de Nederlandse APZ'en wat betreft sociodemografische en diagnostische kenmerken.

Benadrukt dient te worden dat *niet eerder* gerandomiseerd onderzoek of onderzoek op basis van matching naar OVDB of verwante behandelingsvormen is gedaan bij zulk een ruim geselecteerde populatie (zie literatuuroverzichten van Herz 1975; Braun e.a. 1981; Kiesler 1982; Creed e.a. 1984; Wilkinson 1984; Vaughan 1985; Greene en De la Cruz 1986; Schene en Gersons 1986). In vrijwel alle onderzoeken wordt een leeftijdsgrens gehanteerd (bovengrens meestal 60 à 65 jaar). In ons onderzoek was de oudste patiënt bij opname 92 jaar; 12,5% van onze patiënten was ouder dan 65 jaar; de gemiddelde leeftijd was 42,5 jaar. Doorgaans worden ook drugs- of alcoholafhankelijke patiënten uitgesloten. In ons onderzoek had 7% van de patiënten de opnamediagnose 'verslaving aan of misbruik van drugs of alcohol'. In schema 1 wordt een overzicht gegeven van selectiecriteria van verwant onderzoek, voorzover die min of meer expliciet waren omschreven. Het overzicht betreft om redenen van vergelijkbaarheid alleen gerandomiseerde en 'gematchte' onderzoeken.

Schema 1: Overzicht van gerandomiseerd of 'gematched' onderzoek, met specificatie van de experimentele interventie, de in- en uitsluitingscriteria, en de feitelijk behandelde of geselecteerde leeftijdsklassen. Het gaat in alle gevallen om een opnamepopulatie (DB = dagbehandeling in een dagcentrum)

Onderzoek	Type	Exp. interventie	Uitsluiting/insluiting	Leeftijd
Lystad (1985) e.a.	matched trial	vervangingsopname door db	in: na zes weken opname; alleen eerste opnamen door db 30 vrouwen/12 mannen	20-79
Zwerling (1965) e.a.	random trial	vervangingsopname door db	vermoedelijk geen uitsluitingen; alle acute opnamen geaccepteerd; incl. organische hersensyndroom; informatie onduidelijk	geen informatie
Herz (1971) e.a.	random trial	vervangingsopname door db	uit: te ziek 33%, te gezond 20%, overigen 26% in: 22%	15-65
Stein en Test (1975)	random trial	vervangingsopname door thuiszorg, ook day centre	uit: primair alcoholisme; organische hersenstoornis in: overigen	18-62 gemiddeld 31
Washburn (1976) e.a.	random trial	vervangingsopname door db	in: vrouwen bereid tot participatie uit: onvoldoende inkomen/verzekerd non-acceptatie, db-staf	16-72 gemiddeld 33
Penk (1978) e.a.	matched trial	vervangingsopname door db	uit: lichamenlijk invaliden; chronisch hersensyndroom; acuut suïcidaal/homicidaal	gemiddeld 32
Fenton (1979) e.a.	random trial	vervangingsopname door thuiszorg	uit: organisch hersensyndroom; drugs/alcoholafhankelijk; lichamenlijke handicap; chronisch; geen contact familie	15-55+ 12%: 55+
Hoult (1983) e.a.	random trial	vervangingsopname door thuiszorg, ook day centre	uit: drugs/alcoholafhankelijk; organische hersenstoornis; zwervend in: overigen	18-65
Dick (1985) e.a.	random trial	vervangingsopname door db	uit: ongeschikt voor vroege overplaatsing naar day centre in: neurosen persoonlijkheidsstoornis, 'adjustment reaction'	20-50+ 16%: 50+
Substitutie Drenthe (1989)	random trial	poging tot vervanging van opname door db	in: allen geaccepteerd voor opname uit: dementie/expertise pro justitia	18-92 gem. 42.4 12.5% is 65+

De controle- en experimentele conditie

De *controleconditie* bestaat uit de behandelaanpak die gangbaar is in het APZ waar het onderzoek plaatsvond. Deze aanpak impliceert een situatie waarin de patiënt in beginsel 24 uur per etmaal in klinische zorg is en al die tijd in het ziekenhuis verblijft. Er zijn geen redenen aan te nemen dat de klinische behandeling in dit APZ afwijkt van wat in de andere Nederlandse APZ'en als standaard geldt.

Het begrip *experimentele conditie* kan semantische misverstanden oproepen. In onderzoek als het onderhavige waarin van te voren niet vaststaat of de patiënt daadwerkelijk in staat is de nieuwe behandeling te ontvangen, betekent 'experimentele conditie' in feite: de poging om de patiënt aan de nieuwe behandeling te doen deelnemen. In de praktijk komt dat erop neer dat slechts een deel van de S-patiënten in meer of mindere mate dagbehandeling krijgt. Ook in andere vergelijkbare onderzoeken in het buitenland lukt het niet om 100% van de proefpersonen de alternatieve aanpak te doen ondergaan. De toepassing van de experimentele conditie in ons onderzoek impliceert derhalve twee klassen van effect- of afhankelijke variabelen. Enerzijds de variabelen die een indicatie geven van de mate waarin de poging gelukt is. Anderzijds de gebruikelijke effectvariabelen met betrekking tot het therapeutisch succes, de last op de familie, de kosten van de behandeling etc. Dit onderscheid tussen twee klassen van variabelen is niet gangbaar in dergelijk onderzoek, maar sluit wel aan op de kritiek van Creed e. a. (1989, p. 305) ter zake waarin wordt gesteld dat geen enkele studie op dit terrein '... has provided separate data for those patients who could not be managed solely in the day hospital'.

Opnamevervangende dagbehandeling wordt binnen het Substitutieproject op tweeërlei wijze gerealiseerd: of op het speciaal opgerichte dagcentrum 'De Es', of via partieel-klinische behandeling op een gewone afdeling (zie voor een nadere uiteenzetting van de behandelaanpak Van Veldhuizen e. a. 1988). Tijdens de behandeling kunnen combinaties van zeer uiteenlopende aard van beide modaliteiten bij dezelfde patiënt voorkomen. Essentieel is dat patiënt de nacht in de eigen thuissituatie of bij 'mantelzorgers' (familie, vrienden, burens etc.) doorbrengt. Het onderscheid tussen beide behandelmodaliteiten zal in dit artikel verder niet aan de orde komen.

In een volgende publikatie zal in detail verslag worden gedaan van de analyse van kwalitatieve en kwantitatieve kenmerken van de experimentele en controlebehandeling.

Methoden van analyse

We hebben onze hypothese als volgt uitgewerkt: 'Patiënten toegewezen aan de experimentele conditie (S-patiënten) verblijven gemiddeld

meer nachten door-de-week buiten het APZ – in hun eigen thuissituatie of elders bij mantelzorgers – dan patiënten toegewezen aan de controleconditie (K-patiënten)'. Dit impliceert in deze context dat er dan sprake is van dagbehandeling die een 24-uursopname vervangt. Van doorslaggevend belang voor de bepaling van de mate van haalbaarheid van OVDB is, of het lukt de patiënt *door de week* 's nachts buiten het APZ te laten verblijven. Immers de huidige klinische behandelpraktijk houdt dikwijls al in dat er een ruim verlofbeleid voor het weekend wordt gevoerd, terwijl de patiënt door de week zoveel mogelijk binnen moet blijven. Het lijkt geen echte winst voor het behandelbeleid als mocht blijken dat de S-patiënten alleen zaterdag en zondag méér naar huis zouden kunnen. Toetsing van de verschillen met betrekking tot het weekend is dan ook van ondergeschikt belang voor de beantwoording van de vraag naar de haalbaarheid en wordt hier achterwege gelaten.

Enkele in de hypothese gebruikte termen behoeven nog nadere toelichting. 'Gemiddeld meer' moet worden begrepen als een statistisch significant hoger rekenkundig gemiddelde. De 'nachten door-de-week' hebben betrekking op de vijf nachten van zondag op maandag tot en met donderdag op vrijdag. Het gaat dan wel om de nachten zoals voorgeschreven door het opnamevervangende behandelbeleid, en niet om de nachten tijdens welke de patiënt zonder toestemming buiten het APZ verbleef (ongoorloofde afwezigheid). Onder 'thuissituatie' moet worden verstaan de verblijfplaats waar patiënt vóór opname overwegend verkeerde. Dit kan het eigen gezin zijn of het huis waar de alleenstaande patiënt woont, maar kan ook betrekking hebben op de beschermende woonvorm, het pension, internaat en dergelijke. 'Elders bij mantelzorgers' houdt in dat de patiënt niet in de eigen thuissituatie verkeert, maar bij familie, vrienden of bekenden die tijdelijk de zorg buiten het ziekenhuis voor de patiënt op zich hebben genomen.

Van elke patiënt is telkens gedetailleerd geregistreerd waar hij zich gedurende de behandeling op het APZ overdag, 's avonds en 's nachts bevond (Kluiter en Rüphan 1986). Deze registratie is uitgevoerd door verpleegkundigen van de afdeling waar de patiënt op dat moment verbleef.

De toetsing van de hypothese beperkt zich tot maximaal vijftien weken van de indexopname. Deze periode moet voldoende lang worden geacht om een verantwoorde uitspraak te kunnen doen over de haalbaarheid van OVDB. Uit recente PIGG-gegevens (1989) blijkt dat zo'n 60% van de doorsnee opnamepopulatie binnen drie maanden na opname met ontslag gaat. Per behandelweek wordt getoetst of S-patiënten méér nachten geoorloofd buiten de kliniek hebben kunnen verblijven dan K-patiënten. Toetsing per behandelweek heeft als methodologisch voordeel dat de storende variatiebron 'verschillen in bruto-behandelduur tussen S- en K-patiënten' wordt geneutraliseerd: elke

patiënt die in de betreffende behandelweek nog aanwezig is, wordt in de vergelijking betrokken en heeft op dat moment dezelfde brutobehandelduur achter zich. Onder brutobehandelduur wordt verstaan de tijd tussen het begin van de behandeling c.q. opname en het ontslag daaruit, dat wil zeggen de periode tussen de administratieve opname en ontslagruimte. Meermalen is gevonden dat innovatieve alternatieven voor psychiatrische opname een langere bruto-, maar een kortere nettobehandelduur tot gevolg hebben: dus minus de tijd waarin de patiënt feitelijk, in tegenstelling tot formeel, niet in zorg is (zie Kiesler 1982; Dick e.a. 1985). De formulering van de hypothese houdt in dat voor elke behandelweek de verschillen tussen S en K worden getoetst (dus vijftien statistische toetsingen) waarvoor telkens variantieanalyse met één factor met twee condities is gebruikt. Het significantieniveau is bepaald op een overschrijdingskans van 5%.

Teneinde ook inzicht te krijgen in de mate waarin OVDB over de gehele periode van behandeling haalbaar is gebleken, is een samenvattende maat voor succes geconstrueerd, aangeduid als 'percentage nachten thuis'. Deze maat is als volgt bepaald: de som van het aantal 'nachten door-de-week thuis' gedeeld door het totaal aantal 'nachten door-de-week' over de gehele behandelduur van maximaal vijftien weken, maal honderd. Het percentage van 0° geeft aan dat de patiënt in het geheel niet thuis is geweest en dat OVDB voor hem volstrekt niet haalbaar is gebleken; 100% betekent dat de patiënt géén enkele nacht in de kliniek heeft hoeven te verblijven en dat OVDB volledig is gerealiseerd.

We zullen nagaan hoe de S- en K-patiënten op deze afhankelijke variabele zijn verdeeld. In volgende publikaties onderzoeken we of bepaalde sociaal-demografische en psychiatrische kenmerken samenhangen met deze uitkomst- of succesmaat.

Resultaten

In tabel 1 zijn de resultaten van de toetsing van de hypothese vermeld. Voor de eerste veertien behandelweken kan de statistische nulhypothese (geen verschil tussen S- en K-patiënten) ondubbelzinnig worden verworpen. Voor behandelweek 15 wordt het significantieniveau met een fractie overschreden, zodat de nulhypothese gehandhaafd blijft. Al met al betekent deze uitslag een zeer krachtige ondersteuning van onze hypothese dat opnamevervangende dagbehandeling in betekenisvolle mate te realiseren is. Grafiek 1 brengt de resultaten uit tabel 1 nog eens in beeld.

Tabel 1: Gemiddeld aantal nachten door-de week in de thuissituatie voor S- en K-patiënten; berekend voor elke behandelweek (wecknr.)

Behandel- week	S-patiënten		K-patiënten		Toetsing Gemiddelden		
	Gem.	N (aanw)	Gem.	N (aanw)	F	DF (obs)	P/HO
1	0.77	97	0.02	55	15.96	1,150	.0001
2	1.42	84	0.09	46	19.33	1,128	.0000
3	1.82	78	0.29	45	18.89	1,121	.0000
4	2.23	75	0.36	39	23.09	1,112	.0000
5	2.38	73	0.62	35	17.74	1,106	.0001
6	2.75	71	0.52	29	25.15	1,98	.0000
7	2.84	67	0.81	26	18.59	1,91	.0000
8	2.73	63	0.33	24	26.71	1,85	.0000
9	2.67	60	0.33	21	21.04	1,79	.0000
10	2.66	59	0.55	20	16.63	1,77	.0001
11	2.62	56	0.77	18	11.07	1,72	.001
12	2.51	47	0.47	17	12.68	1,62	.0007
13	2.61	44	0.56	16	11.91	1,58	.001
14	2.50	42	0.87	15	6.98	1,55	.01
15	2.73	41	1.38	13	3.77	1,52	.0576*

Gem. = gemiddeld aantal nachten in thuissituatie

N (aanw) = aantal patiënten in die behandelweek nog aanwezig

F (obs) = geobserveerde waarde van de toetsingsgrootheid F

DF = aantal vrijheidsgraden voor F

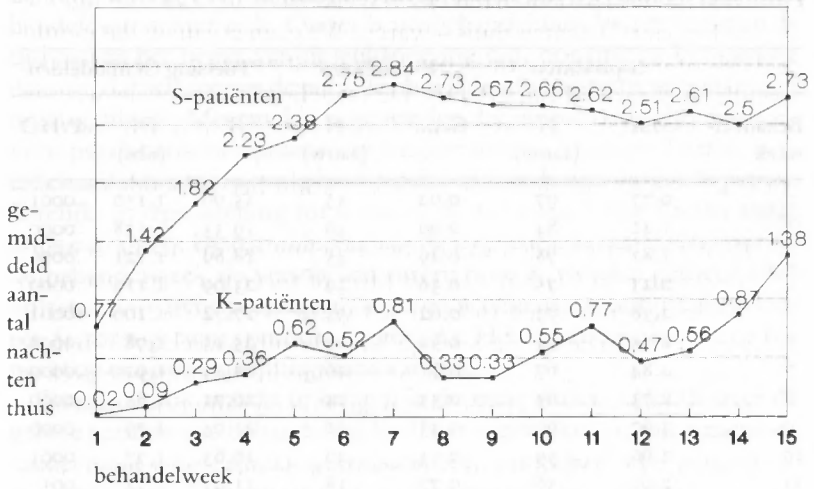
P/HO = overschrijdingskans gegeven de nulhypothese dat het verschil in gemiddelde nul is

* = niet significant (niveau 5%)

Uit de grafiek blijkt duidelijk dat S-patiënten over alle behandelweken in aanzienlijke mate meer 's nachts door-de-week thuis zijn dan K-patiënten. Er is kennelijk een aanlooperperiode van zo'n vier à vijf weken nodig alvorens een stabiel gemiddelde wordt bereikt. In de eerste behandelweek vindt OVDB slechts zeer beperkt plaats. De systematisch lage gemiddelden voor de K-patiënten suggeren dat het 'nachtverlof door-de-week' in de 24-uurs opnamesituatie maar incidenteel wordt gegeven. Pas na langere tijd (drie maanden) gaan ook de K-patiënten wat meer door de week naar huis, hetgeen mogelijk duidt op een geleidelijk aflopen van de klinische behandelduur of de overgang naar secundaire (deel)dagbehandeling.

Gemiddelden geven echter alleen een indirect, en tevens een beperkt inzicht in verdelingen. In tabel 2 is (opnieuw) per behandelweek weer gegeven hoe de S- en K-patiënten procentueel zijn verdeeld over het

Grafiek 1: Weergave van de gemiddelden per behandelweek als vermeld in tabel 1



Tabel 2: Procentuele verdeling van de S- en K-patiënten over het aantal nachten dat zij tijdens hun behandeling door-de-week in de thuissituatie doorbrachten; percentering steeds per week over de patiënten in die week in behandeling; percentages afgerond (voor de aantallen patiënten per behandelweek zie tabel 1)

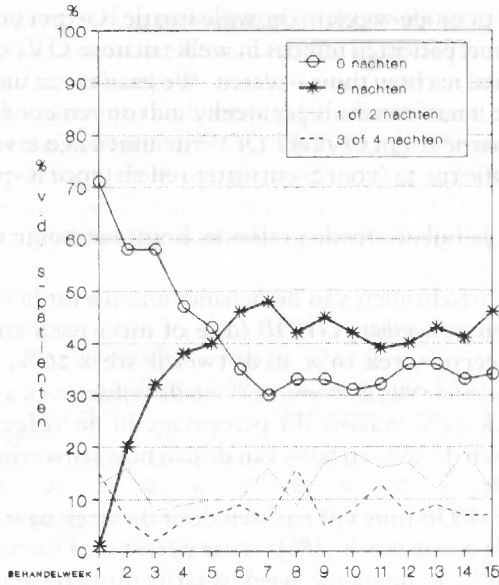
		S-patiënten					K-patiënten						
aantal nachten thuis		0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
behandel- week	1	71	7	6	5	10	1	98	2	0	0	0	0
	2	58	12	4	2	4	20	91	9	0	0	0	0
	3	58	4	4	0	2	32	78	15	7	0	0	0
	4	47	4	5	5	1	38	80	15	0	2	0	3
	5	43	5	5	4	3	40	66	20	8	0	3	3
	6	35	6	4	6	3	46	66	28	0	3	3	0
	7	30	9	7	3	3	48	58	23	8	7	0	4
	8	33	6	3	10	6	42	71	25	4	0	0	0
	9	33	10	7	2	3	45	71	24	5	0	0	0
	10	31	12	7	5	3	42	65	25	5	0	5	0
	11	32	9	7	7	6	39	67	11	11	5	0	6
	12	36	11	6	0	7	40	71	12	17	0	0	0
	13	36	7	5	7	2	43	63	25	6	6	0	0
	14	33	17	2	2	5	41	47	33	13	0	7	0
	15	34	5	7	8	0	46	39	31	15	0	0	15

aantal nachten door-de-week in de thuissituatie. De 2x15-verdelingen laten zien hoeveel patiënten telkens in welke mate in OVDB – afgemeten aan het aantal nachten thuis – waren. We gaan ervan uit dat gemiddeld drie of meer nachten thuis per week duidt op een goede en betekenisvolle haalbaarheid van OVDB. De verdelingen zijn tevens weergegeven in de grafieken 2a (voor S-patiënten) en 2b (voor K-patiënten).

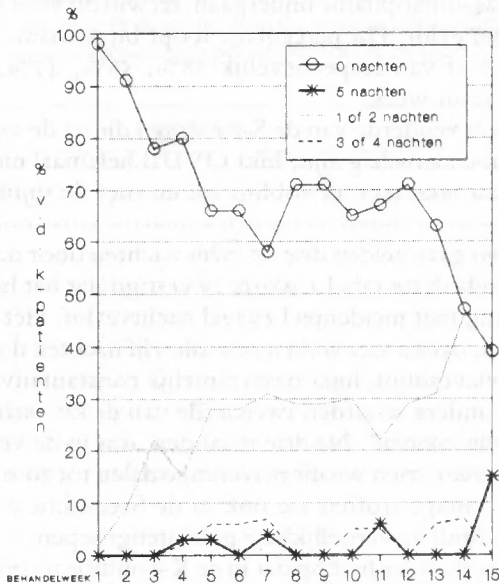
Uit tabel 2 en de bijbehorende grafieken komt het volgende naar voren:

- Bij het voortschrijden van de behandeling neemt het percentage S-patiënten in *haalbare OVDB* (drie of meer nachten naar huis) toe: in de eerste week 16%, in de tweede week 26%, in de derde week 34%, in de vierde week 44%, in de vijfde week 47% en in de zesde week 55% waarna dit percentage in de volgende weken steeds tussen de 50% en 60% van de dan nog aanwezige patiënten schommelt.
- *Volledige OVDB* (dus vijf nachten door de week naar huis) is beperkt in de eerste week (1%), maar neemt snel toe van 20% via 32% tot 40% in de vierde week waarna dit percentage tamelijk constant blijft.
- In de eerste behandelweek moet 71% van de S-patiënten nog een volledige 24-uursopname ondergaan, terwijl dit voor 98% van de K-patiënten geldt. Dit percentage loopt bij toename van de behandelduur af van respectievelijk 58%, 58%, 47%, 43% naar 35% in de zesde week.
- Bij ongeveer één derde van de S-patiënten die na de vijfde behandelweek nog aanwezig zijn, lukt OVDB helemaal niet. Dit percentage van ongeveer 33% blijft tot en met de vijftiende week constant.
- K-patiënten gaan zelden drie of méér nachten door de week naar huis. De indruk uit tabel 1 wordt bevestigd dat het hier gaat om een enkeling met incidenteel zoveel nachtverlof. Het percentage K-patiënten dat na vier weken nog alle vijf nachten door de week in de kliniek verblijft, ligt op een tamelijk constant niveau van 65-70%; met andere woorden tweederde van de klinische patiënten is dus steeds 'binnen'. Na drie maanden, dus in de veertiende en vijftiende week, zien we dit percentage dalen tot zo'n 40%. Eenzelfde percentage troffen we ook in de S-conditie aan, hetgeen misschien duidt op vergelijkbare patiëntengroepen.
- Terzijde merken we hier op dat in de K-conditie na ongeveer vier weken ongeveer één derde van patiënten één à twee nachten door de week al thuis blijkt te zijn (en waarschijnlijk ook het weekend). Dit relateert ten dele de percentages OVDB in de S-conditie.

De verdeling van de succesmaat 'percentage nachten thuis' is in tabel 3 weergegeven. De bruto behandelduur in deze analyse varieert van



GRAFIEK 2A



GRAFIEK 2B

Procentuele verdeling van de S-patiënten (grafiek 2a) en de K-patiënten (grafiek 2b) over het aantal nachten thuis per behandelweek, als vermeld in tabel 2

twee dagen tot vijftien weken. Ter wille van de begrijpelijkheid zijn de percentages omgezet in gemiddeld aantal nachten in de thuissituatie. Bij de interpretatie ervan moet bedacht worden dat een laag niveau van OVDB in het begin van de behandeling gecompenseerd kan worden door hoge 'scores' later en omgekeerd. Het gaat om een samenvattende weergave waarin de detaillering uit de andere tabellen ontbreekt. De tabel geeft een globale indicatie van de percentages patiënten in een APZ-opnamepopulatie die met meer en minder succes in OVDB kunnen worden genomen.

Tabel 3: Procentuele verdeling van de S- en K-patiënten over het gemiddeld aantal nachten dat zij door-de-week in de thuissituatie doorbrengen tijdens de gehele brutobehandelduur (tussen haakjes de absolute aantallen)

gem. aantal nachten in thuissituatie		S-patiënten		K-patiënten	
		%	(N)	%	(N)
0	nachten	23.7	(23)	52.7	(29)
0	1 nachten	16.5	(16)	29.1	(16)
1	2 nachten	11.3	(11)	16.4	(9)
2	3 nachten	10.3	(10)	1.8	(1)
3	4 nachten	14.5	(14)	0	(0)
4	4.5 nachten	6.2	(6)	0	(0)
4.5	5 nachten	17.5	(17)	0	(0)
totaal		100%	(97)	100%	(55)

Uitgaande van de gehele behandelduur (tot max. vijftien weken) van de indexopname is bij 40% van de S-patiënten OVDB niet haalbaar gebleken. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat zulks ook het geval is als de patiënt wordt heropgenomen. Uit enkele casusbeschrijvingen is al naar voren gekomen dat OVDB dan wel realiseerbaar is (Kluiter e.a. 1989). 17,5% zijn uitgesproken OVDB-patiënten aangezien zij, op de eerste week na, praktisch niet 's nachts op de kliniek in zorg zijn geweest. Een kwantitatief goed niveau van OVDB (gemiddeld drie of meer nachten thuis) kon worden gerealiseerd bij 38% van de patiënten.

De verschillen in verdeling tussen S- en K-patiënten in dit opzicht zijn substantieel en vormen opnieuw een krachtige ondersteuning van de hypothese.

Conclusies en discussie

Gersons en Perquin (1978) constateren in hun bespreking van het 'Boston Model' dat in Nederland werkzame alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis nauwelijks zijn ontwikkeld, binnen noch buiten de ziekenhuismuren. Naar de gronden voor deze – in internationaal per-

specifiek gezien – achterstand moet worden geraden. Het moet niet uitgesloten worden geacht dat vrees voor het algehele of het gedeeltelijke verlies van de ziekenhuisfunctie door dergelijke initiatieven een rol speelt. Onze onderzoeksuitkomsten zouden een bijdrage kunnen leveren aan de discussie over het monopolie van de klinische 24-uursbehandeling.

Uit het materiaal dringen zich twee conclusies op: de eerste is dat een substantieel deel van de opnamepopulatie het niet lijkt te kunnen stellen zonder de 24-uurszorg van het APZ. De tweede is dat een minstens even substantieel deel de klinische 24-uurszorg slechts (zeer) tijdelijk of helemaal niet nodig heeft. Men kan hierover opmerken dat in deze gevallen de opname-indicatie niet juist of misschien te gemakkelijk is gesteld. Uit geen van de analyses tot nu toe blijkt dat deze groep patiënten lijdt aan 'lichtere' problemen, of dat het een nieuwe groep patiënten betreft die anders niet in het APZ terecht zou zijn gekomen (zie ook het derde bericht: Wiersma e.a. 1990). Het feit dat een patiënt in Opnamevervangende Dagbehandeling kan worden geplaatst is zonder nadere kwalificatie van geen belang. Men kan immers tegenwerpen dat Opnamevervangende Dagbehandeling op kortere of langere termijn schadelijke effecten heeft. Daarover zullen we in de volgende publikaties rapporteren.

De brutobehandelduur van S-patiënten blijkt statistisch significant langer dan die van de K-patiënten (66,6 dagen versus 50,6 dagen; $F=5.74$, $p=.02$). Dit is een resultaat dat echter niet ongewoon is voor nieuwe alternatieve behandelvormen (Herz 1971; Kiesler 1982; Dick 1985). De verklaring voor dit verschijnsel moet nog nader worden bestudeerd. Niet uitgesloten is dat het te maken heeft met factoren als een meer voorzichtig behandel- en ontslagbeleid uit angst voor calamiteiten, bedrijfseconomische druk om het dagcentrum vol te houden of druk om de (klinische) bedden niet te lang bezet te houden. Het verschijnsel zal ook geanalyseerd moeten worden vanuit het gezichtspunt van de bruto- en nettobehandelduur. Immers, een belangrijke parameter in de vergelijking tussen behandelmodaliteiten is het beslag op de personele en materiële middelen. Dan levert een vergelijking op basis van de nettobehandelduur meer relevante informatie.

De hier gerapporteerde uitkomsten impliceren geenszins dat het APZ, respectievelijk de klinische functie, moet verdwijnen. Enerzijds blijkt dat er een groep patiënten is die het vrijwel niet zonder 24-uursziekenhuiszorg kan stellen. Anderzijds heeft het merendeel van de patiënten een 'klinische' aanlooperperiode nodig om vervolgens in de Opnamevervangende Dagbehandeling te kunnen worden geplaatst. Ook moet in de loop van de behandeling kortdurend een beroep gedaan worden op een bed. In een redactioneel artikel in *The Lancet* (1984) wordt gewezen op de voordelen van een functionele verbinding tussen het 'day hospital' en het gewone APZ, dit zou intern de 'continuity of

care' ten goede komen. Een bijkomend voordeel is dat specialistische voorzieningen op het gebied van diagnostiek, zorg en behandeling dicht bij de hand zijn als de toestand van de patiënt daarom vraagt.

Het voorgaande is niet meer dan een tussentijdse balans; er zullen nog andere analyses moeten volgen voordat een definitief oordeel over de waarde van OVDB kan worden geveld. Dan zal ook moeten worden nagegaan of nader te identificeren subgroepen van patiënten meer of minder gebaat zijn bij de S- of de K-aanpak, of bij een bepaalde verhouding tussen klinische 24-uurszorg en Opnamevervangende Dagbehandeling.

Noten

1. Het aantal reviews overtreft zo langzamerhand het aantal gerandomiseerde of 'gematchte' onderzoeken.
2. Eerder vermeldden we het aantal van 162 patiënten; echter, twee patiënten moesten na observatie op grond van de diagnose dementie alsnog uit het cohort worden verwijderd.

Literatuur

- Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro, S. Greenberg, J.E. Gudeman, S. Johnson en M.F. Shore (1981), Overview: deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry* 138, 736-749.
- Creed, F., D. Black en P. Anthony (1989), Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal. *British Journal of Psychiatry* 154, 300-310.
- Dick, P., L. Cameron, D. Cohen, M. Barkow en A. Ince (1985), Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *British Journal of Psychiatry* 147, 246-250.
- Falloon, I.R.H. (1982), Achieving the goals of day treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 170, 279-285.
- Fenton, F.R., L. Tessier en E.K. Struening (1979), A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. *Archives of General Psychiatry* 36, 1073-1079.
- Gersons, B.P.R., L.N.M. Perquin (1987), Het dagziekenhuis-herbergmodel: alternatief voor 24-uurs psychiatrische opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 87, 621-637.
- Greene, L.R., A. DeLaCruz (1981), Psychiatric day treatment as alternative to and transition from full-time hospitalization. *Community Mental Health Journal* 17, 191-202.
- Herz, M.I. (1975), Partial Hospitalization: Day care and night hospitalization. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. 2. A.M. Freedman, H.I. Kaplan en B.J. Sadock (red.). The Williams and Wilkins Cie., Baltimore, 1995-2003.
- Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer en A. Mesnikoff (1971), Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *American Journal of Psychiatry* 127, 107-118.

- Hoult, J., I. Reynolds, M. Charbonneau-Powis, P. Weekes en J. Briggs (1983), Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomized trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 17, 160-167.
- Kiesler, Ch.A. (1982), Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy. *American Psychologist* 37, 349-360.
- Kluiters, H., en M. Rüphan (1987), Instrumentarium ter registratie en analyse van de behandeling en zorg binnen het kader van het Substitutieproject (versie hoofdonderzoek), Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen/Projectbureau Assen.
- Kluiters, H., F. Nienhuis, M. Rüphan en D. Wiersma (1989), Zes casusbeschrijvingen: klinische en S-behandeling met elkaar vergeleken. Projectbureau Assen, juli 1989.
- Lancet, The (1985), Day hospitals for psychiatric care. Editorial, *The Lancet* 11, 1106-1107.
- Lystad, M.H. (1958), Day hospital care and changing family attitudes toward the mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease* 127, 145-152.
- Moscowitz, I.S. (1980), The effectiveness of day hospital treatment: A review. *Journal of Community Psychology* 8, 155-164.
- Neffinger, G.G. (1981), Partial hospitalization: an overview. *Journal of Community Psychology* 9, 262-269.
- Penk, W.E., H.L. Charles en T.A. van Hoose (1978), Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 94-101.
- Rosic, J.S. (1987), Partial hospitalization: A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 1291-1299.
- Schene, A.H. (1985), Psychiatrische deeltijdbehandeling: een overzicht. NcGv, Utrecht.
- Schene, A.H., B.P.R. Gersons (1986), Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74, 335-340.
- Stein, L.I., M.A. Test en A.J. Marx (1975), Alternative to the hospital: A controlled study. *American Journal of Psychiatry* 132, 517-522.
- Vaughan, P.J. (1985), Developments in psychiatric day care. *British Journal of Psychiatry* 147, 1-4.
- Van Veldhuizen, J.R. van, D. Wiersma, L.M. Ram (1988), Opnamevervangende dagbehandeling in ontwikkeling. Een bericht uit het Substitutieproject Drenthe, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1, 3-18.
- Washburn, S.L., M. Vannicelli en B.J. Scheff (1976), Irrational determinants of the place of psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 27, 179-182.
- Wiersma, D., H. Kluiters, F. Nienhuis, M. Rüphan en R. Giel (1989), Evaluatieonderzoek naar Substitutie in de GGZ. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (I). *Ned. Tijdschrift voor Psychiatrie* 9, 599-617.
- Wiersma, D. (1988), Notitie inzake criteria ter bepaling van het welslagen van het Substitutieproject Drenthe. Projectbureau Assen, maart 1988.
- Wilkinson, G. (1984), Day care for patients with psychiatric disorders. *British Medical Journal* 288, 1710-1711.
- Zwerling, I.H. (1964), An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. *The Israel annals of psychiatry and related disciplines* 2.

Summary: Feasibility of a day-treatment program for the severely mentally ill; first results of a randomized experiment

The feasibility of day-treatment for the severely mentally ill was tested by means of a randomized experiment.

Study-design: Longitudinal randomized experiment with blocked allotment in a ration 9 experimentals to 5 controls; follow-up period of 2 years.

Patients: 103 in the experimental condition; 56 in the control condition; the cohort is representative for psychiatric patients admitted to Dutch psychiatric hospitals.

Inclusions: Patients accepted for admission to a psychiatric hospital, living in a circumscribed catchment-area.

Exclusions: Patients suffering from dementia and those assessed on request of court were the only exclusions from the study.

Conditions: The control condition consists of standard clinical care; the experimental condition consists of a newly developed day-treatment program.

Inferences: Day-treatment is not feasible for some 40% of this severely ill population; 38% can be treated in a day-program in a satisfactory degree. Time series are presented that indicate which percentage of patients can be taken at which point in time into day-treatment.

The authors quest the monopoly of clinical care for the severely mentally ill in the Dutch mental health system. They claim that their results are an empirical contribution to a rational re-evaluation of this monopoly.

H. Kluiters, F.J. Nienhuis en M. Rüphan zijn als psycholoog, D. Wiersma als socioloog en R. Giel als hoogleraar psychiatrie verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie RUG. Correspondentieadres: Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen, Academisch Ziekenhuis, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen, tel. 050-612079.

Het artikel werd geaccepteerd voor publicatie op 15-5-1990.