De effectiviteit van psychiatrische deeltijdbehandeling: een overzicht

door A.H. Schene en B.P.R. Gersons

Inleiding

Psychiatrische deeltijdbehandeling, met name dagbehandeling, is een wijze van psychiatrische hulpverlening die zich in Nederland vooral het laatste decennium heeft ontwikkeld.

In 1932 wordt in Moskou voor het eerst een vorm van psychiatrische dagbehandeling toegepast (Dzhagarov 1932). Na de tweede wereldoorlog worden in Montreal (Cameron 1947) en Londen (Bierer 1951) de eerste centra voor dagbehandeling geopend. In Groot-Brittannië neemt het aantal 'day hospitals' in de jaren vijftig reeds sterk toe (Farndale 1962) en de Mental Health Act van 1959 geeft deze groei een extra impuls. In Amerika vormt de aanname van de Community Mental Health Act in 1963 een soortgelijk moment. In de periode 1963-1972 vindt daar een veertienvoudige toename in het aantal behandelde patiënten plaats (Luber 1979). In Nederland, evenals in de DDR (Steinhart 1983), is de ontwikkeling van een latere datum. Hier worden in 1961, respectievelijk 1962 de eerste dagcentra geopend. In ons land zien we na de erkenning van dagbehandeling krachtens de Ziekenfondswet in 1969 het aantal voorzieningen toenemen. Thans (1985) bestaan uitsluitend voor volwassenen 71 voorzieningen met ongeveer 1850 plaatsen.

Genoemde groei loopt parallel aan een vermindering van het aantal psychiatrische bedden, dat sinds het begin van de jaren zeventig met circa 4000 is gedaald tot het huidige bestand van ongeveer 23000. Momenteel verhouden zich het aantal deeltijdplaatsen ten opzichte van het aantal 24-uursplaatsen als 1:15, de exploitatiekosten verhouden zich als 1:35.

De schrijvers zijn respectievelijk als arts-onderzoeker en hoogleraar Ambulante en Sociale Psychiatrie verbonden aan de Vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit, Utrecht.

Adres: Psychiatrische Universiteitskliniek van het AZU, Hoofddijk 23, 3584 CW Utrecht.

In de nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid wordt de deeltijdbehandeling regelmatig genoemd. De Staatssecretaris stelt hierin: 'de mogelijkheden voor deeltijdbehandeling dienen te worden uitgebreid. Derhalve heb ik besloten om ingaand 1986 per jaar vijftig plaatsen voor deeltijdbehandeling te doen creëren. Een en ander door substitutie van APZ-bedden'.

De richtlijnen ingevolge de Wet Ziekenhuis Voorzieningen stellen de behoeftenorm voor dagbehandeling op 0.2 promille. Dit betekent een kleine 3000 plaatsen in 1990, een aanzienlijke groei in vergelijking met het huidige bestand. Een groei die, vanuit de filosofie dat 'de cliënt dicht bij huis en met zo min mogelijk verbreking van sociale contacten wordt geholpen' (*Nota Geestelijke Volksgezondheid* 1983), gepaard gaat met een verdere inkrimping van het aantal bedden: de APZ-norm werd onlangs verlaagd van 1.5 naar 1.1 promille.

Verstaat men onder substitutie 'een kwantitatieve verschuiving van de klinische zorg in de afdelingen voor acute opnamen en kortdurende behandeling (inclusief die voor een gedifferentieerde vervolgbehandeling) naar de semi- en extramurale zorg, zonder verlies van kwaliteit in de hulpverlening aan de individuele patiënt en zijn omgeving' (Substitutieprojekt Assen 1984), dan stelt Marlet (1984) terecht dat toetsing van dit substitutieprincipe niet of onvoldoende heeft plaatsgevonden.

In het navolgende wordt een overzicht van de wetenschappelijke literatuur over deeltijdbehandeling gegeven. We beperken ons daarin voornamelijk tot de buitenlandse literatuur, want zoals de Nota terecht vermeldt: 'In Nederland is tot nu toe vrijwel geen onderzoek gedaan naar de resultaten van deeltijdbehandeling'.

De onderzoeksvragen

Naar deeltijdbehandeling werd de afgelopen twintig jaar een aanzienlijke hoeveelheid onderzoek verricht. Het merendeel van dit onderzoek is van Amerikaanse, een kleiner deel van Britse origine. De onderzoeksvragen die men zich daarbij stelde, richtten zich op de relatieve effectiviteit: hoe effectief is deze vorm van behandelen in het reduceren van symptomatologie en in het verbeteren van het sociaal functioneren; hoe verhoudt de effectiviteit zich ten opzichte van een 24-uursbehandeling of ten opzichte van een ambulante behandeling. Tevens vroeg men zich af wélke patiënten in het bijzonder in aanmerking komen voor deeltijdbehandeling en welke factoren bepalend zijn voor een succesvolle afloop. Ook de mogelijk grotere belasting voor de familie en de kans op heropname werden onderzocht.

De methodologie

Guy (1967) en Braun (1981) noemen een aantal voorwaarden waaraan een goede methodologie zou moeten voldoen. Indien men een vergelij-

kend onderzoek wil doen, dan dienen de patiënten bij voorkeur door randomisatie te worden verdeeld over een experimenteel en een controleprogramma. Vóór de randomisatie moet een nauwkeurige beschrijving worden gegeven van de te onderzoeken populaties. Hierbij moeten sociodemografische, economische en psychiatrische gegevens worden verzameld. De beide programma's moeten nauwkeurig worden beschreven, het moet bekend zijn aan welk type behandeling de patiënt heeft deelgenomen. Dit betekent dat ook de aard en de hoeveelheid van de toegediende medicatie wordt geregistreerd. Interviews die het therapeutisch resultaat vast moeten leggen, worden door onafhankelijke onderzoekers afgenomen. Men kiest tenminste een drietal meetmomenten: bij aankomst, bij ontslag en een follow-up. Het aantal patiënten moet voldoende zijn ($N > 50$) voor een statistische analyse.

Uit de hierna te behandelen onderzoeken zal blijken dat het gemakkelijker is een dergelijk onderzoek te ontwerpen, dan het op een dienovereenkomstig nauwkeurige wijze uit te voeren.

De behandelde populatie

In de literatuur worden deeltijdprogramma's beschreven voor niet-geselecteerde patiëntengroepen (zie verder) en voor geselecteerde zoals kinderen (Freedman 1959; Frommer 1967; Baumann 1976; Luber 1979; Bettschart 1982), adolescenten (Golombek 1966; Herzka 1983) en bejaarden (Arie 1975; Wächtler 1982).

Bennett (1969) vatte kort maar juist samen dat 'diagnostic categories vary widely' en de opsommingen van de behandelde patiënten in de verschillende onderzoeken tonen dit duidelijk aan.

Craft (1959) onderzocht van de in zijn centrum behandelde populatie speciaal de depressieve patiënten. Hij concludeerde dat voor deze groep de dagbehandeling waarschijnlijk in een kortere tijd even goede resultaten kan behalen als de 24-uursbehandeling.

Meier (1982) behandelde in Boston met goed succes (64%) patiënten met langdurige depressieve klachten in groepen.

Door een aantal auteurs (Harrington 1959; Smith 1957; Wilder 1966) wordt er de nadruk op gelegd dat vooral de neurotische problematiek geschikt is voor dagbehandeling.

Dat borderline-patiënten, met hun sterke neiging tot regressie en afhankelijkheid, eerder gebaat zijn bij een dag- dan bij een 24-uursbehandeling, wordt beargumenteerd door Pildis (1982).

Ook psychotische patiënten kunnen met dagbehandeling worden geholpen. Dit geldt zowel voor de meer acute vormen (Wilder 1966; Kris 1965) als voor de chronische vormen (Lamb 1967; Guy 1969; Hersen en Luber 1977).

Naast de voor speciale leeftijdscategorieën beschreven programma's, zijn ook voor alcoholici (Fox 1968), mensen met obesitas (Westlake 1974), epileptici (DiBella 1982), mentaal geretardeerden (Luber

1979), diabetici (Spaulding 1976), mensen met kanker of een chronische ziekte (Wilkes 1978) en voor gehele families (Davies 1966), speciale dagprogramma's opgezet en beschreven.

De literatuur vermeldt verschillende prototypen van dagbehandelingspatiënten. Hogarty (1968) beschrijft deze als blank, gehuwd, hoger geschoold, afkomstig uit een gedurende de jeugd ernstig verstoord milieu, wiens ziektebeloop zich over langere tijd uitstrekt en die een bekende is voor de geestelijke-gezondheidszorg.

Crouse (1983) komt eerder tot het volgende type: een individu, hetzij man of vrouw, met een leeftijd van achttien tot vijfenvijftig jaar, die een psychotische stoornis heeft, die acuut of chronisch van aard is. Hij meent dat de populatie dagpatiënten in de door hem onderzochte 'mental health centers', het meest overeenkomt met die in de psychiatrische ziekenhuizen. In de laatste worden echter minder neurotische patiënten en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis behandeld. Ook Kraft (1964) kon geen verschillen vinden tussen de groepen dag- en 24-uurspatiënten, als hij lette op de factoren: gevaarlijk voor zichzelf, gevaarlijk voor anderen, eerdere suïcidepogingen, afstand tot het instituut, relatie met de familie of een belaste juridische anamnese.

Dat alleen hoger geschoolden voor dagbehandeling in aanmerking komen wordt weerlegd door Ruiz (1972). Hij nam in één der Newyorkse ghetto's gedurende twee jaar 343 patiënten in dagbehandeling, waarvan tweederde voldoende kon worden geholpen om naar huis terug te keren. De overigen werden overgeplaatst naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Toch worden in wisselende mate uitsluitingscriteria beschreven: patiënten die gevaarlijk voor zichzelf of voor anderen zijn; onvoldoende voor zichzelf kunnen zorgen of onvoldoende primair milieu hebben; verslaafden aan drugs of alcohol; degenen met een organisch hersensyndroom en degenen die behoefte hebben aan somatische verpleging (Michaux 1969). Verder kunnen vervoerproblemen of het fysiek niet in staat zijn dagelijks te reizen een rol spelen. Dat soms geen dagbehandeling kan worden gegeven kan samenhangen met (voor)oordelen over deze manier van hulpverlening bij patiënt, familieleden (Washburn, Vannicelli, Scheff 1976) of clinici (Fink 1979).

Naast instituten die selecteren op deze uitsluitingscriteria zijn er die ook de meest ernstige patiënten in deeltijdbehandeling nemen (Steinman 1961; 1962; Wilder 1966). Een wisselend percentage patiënten moet dan worden doorverwezen naar een 24-uursafdeling: Cameron (1947): 8-13%; Craft (1959): 10-15%; McDonnell (1977): 0%; Beigel (1970): 15%; Morrice (1973): 10%; Smith (1957): 8%; Davis (1978): 14%; Fottrell (1973): 19%.

In een tweetal studies (Zwerling 1962; 1964) waarbij patiënten door middel van randomisatie werden verdeeld over dag- en 24-uursbehandeling, moesten 23.5% respectievelijk 31.6% van de patiënten voor dagbehandeling worden afgewezen. De voornaamste redenen waren

vervoersproblemen, onvoldoende primair milieu en het hebben van een somatische ziekte, met name een organisch hersensyndroom.

Indien de outillage aanwezig is om, in die gevallen waarin dat noodzakelijk wordt geacht, patiënten een (tijdelijke) overnachtingsmogelijkheid te bieden, dan daalt het percentage doorverwijzingen. Vele auteurs noemen deze 'hotelfunctie' essentieel voor het welfunctioneren van een dagkliniek (Fottrell 1979; Davis 1978; Falloon 1982; e.a.).

Salzman (1969) die dit 'overnachten' speciaal onderzocht, stelde vast dat 20 procent van de patiënten daarvoor in aanmerking komt. Het ging hoofdzakelijk om psychotische en depressieve patiënten. De behoefte hiertoe bestond vooral in de eerste periode van de behandeling. Redenen waren suïcidaliteit, onacceptabel gedrag, ernstig gestoorde spraak en depersonalisatieverschijnselen.

Wilder bemerkte dat 59% alleen de eerste nacht en 29% de tweede tot en met de zevende nacht een bed behoefden. Bij psychotische, agressieve, mannelijke patiënten kwam dit meer voor. Herz (1971) moest aan 22 procent van de na randomisatie aan de dagbehandeling toegekende groep patiënten gemiddeld 13.7 nachten een bed aanbieden.

Vannicelli (1978) vergeleek patiënten die qua psychopathologie als 'ernstiger' moesten worden omschreven, met een groep 'gewone' dagpatiënten. De laatste groep verbleef gemiddeld 7.05 nachten in de dagkliniek, verspreid over de opnameperiode. De ernstiger patiënten verbleven daar gemiddeld 21.98 nachten, maar vooral in aanvang van de behandeling.

Voor de Nederlandse situatie kwam Oosterlee (1972) tot de volgende indicaties voor een volledige opname: acute psychotische toestanden waarvoor bedverpleging vereist is, ernstige organische syndromen, gevaar voor agressie ten opzichte van anderen en in mindere mate ten opzichte van de eigen persoon, onvoldoende verzorging thuis voor de gegeven ziektegraad, de wens patiënt en familie (tijdelijk) te kunnen scheiden.

Programma-evaluerende studies

De literatuur vermeldt een groot aantal niet gecontroleerde programma-evaluerende studies waarin met een verscheidenheid aan meetinstrumenten wordt geprobeerd het resultaat van de behandeling, veelal in termen van symptoomremissie en een verbeterd sociaal functioneren, te kwantificeren.

Davis (1978) onderzocht in 34 Amerikaanse dagcentra 981 patiënten. Aan de hand van een negental behandeldoelen werd een vergelijking gemaakt tussen de situatie bij aankomst en die na drie maanden behandeling. Stoornissen in cognitie en perceptie, antisociaal gedrag, overmatig drinken en problemen in het omgaan met anderen, bleken significant verbeterd.

McDonnell (1977) onderzocht 190 patiënten die behandeld waren in het St. Gabriels Day Center in Dublin en vond voor 50-55% der patiënten een verbetering qua symptomatologie, medicatiegebruik en aantal heropnamen. Liet men de familie een beoordeling maken, dan meende dertig procent dat de patiënt minder verward was, vijftig procent dat deze minder symptomen te zien gaf, zestig procent dat deze minder storend gedrag vertoonde en zeventig procent dat deze minder agressief was geworden.

Niskanen (1974) nam bij 91 patiënten, vier jaar na ontslag uit een dagcentrum, een psychiatrisch interview af en vond dat ongeveer vijftig procent na de behandeling was verbeterd.

Van de 139 patiënten die gedurende het eerste jaar van functioneren werden behandeld in de dagkliniek van de Ross Clinic in Aberdeen, stelde Morrice (1973) vast dat 55% tevreden en 37% ontevreden was over het behandelresultaat.

In een door de Mayo Clinic speciaal opgezet dagziekenhuis voor neurotische en psychosomatische problematiek bleek dat van de eerste 110 daar behandelde patiënten 69% duidelijk was verbeterd (MacKenzie 1972).

Edwards (1979) deed een prospectief onderzoek waarbij het therapeutisch resultaat werd beoordeeld door de patiënt zelf en door de behandelaar. Beiden stelden bij ontslag een significante verbetering vast. Deze verbetering was drie maanden later nog verder toegenomen.

Lamb (1967) vond een verbeteringspercentage van 67 procent en Wilder (1966) één van 81 procent.

Dagbehandeling vergeleken met een 24-uursbehandeling

Vanaf het ontstaan van de eerste dagbehandelingscentra heeft men zich afgevraagd in welke mate dagbehandeling als een alternatief voor een 24-uursopname zou kunnen dienen.

Smith (1957) vormde uit een dagbehandelings- en een 24-uurspopulatie 38 matched pairs, waarbij hij onder andere lette op de voorgeschiedenis en het ziektebeeld. Zes en twaalf maanden na ontslag mat hij de sociale adaptatie en vond geen verschillen tussen beide groepen.

Lystad (1958) onderzocht retrospectief 21 matched pairs psychotische patiënten die voor het eerst waren opgenomen in één der beide settings. Uit interviews met de patiënt en twee hem goed bekenden bleek dat de dagbehandeling meer mogelijkheden bood om het contact met de familie in stand te houden. Dagpatiënten hadden een positievere attitude ten opzichte van de behandeling en hun familie bleek meer tevreden over deze behandeling.

Depressieve vrouwelijke patiënten werden onderzocht door Craft (1959). Hij vergeleek bij 43 matched pairs, de opnameduur, het herstel bij ontslag en de conditie vijf maanden later, maar kon geen verschillen tussen hen aantonen.

Kris (1965) verdeelde acute psychotische patiënten, die reeds een keer eerder in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen waren, at random, over de beide typen behandeling. Gedurende vijf jaar werden op deze wijze 70 patiënten op de 24-uursbehandeling en 71 in de dagkliniek behandeld. Opvallend was het verschil in de gemiddelde behandelduur: 8.5 maanden voor de 24-uurs-, en 2 maanden voor de dagpatiënten.

Zwerling (1962) verdeelde patiënten, die door de 'admitting psychiatrist' als zo ernstig werden beoordeeld, dat een opname noodzakelijk werd geacht, at random over beide behandelmodaliteiten. Wegens vervoerproblemen, onvoldoende primair milieu en symptomatologie moest van de 72 aan de dagkliniek toegewezen patiënten bijna een kwart alsnog worden afgewezen. 12.5 procent brak de behandeling in de eerste week af, 23.5 procent moest tijdens de opname één of meer nachten worden opgenomen, 38 patiënten werden uiteindelijk geheel in de dagkliniek behandeld.

Zwerling (1964) rapporteerde later over 189 na randomisatie aan de dagkliniek toegewezen patiënten. 64 van hen moesten, om eerder genoemde redenen, alsnog voor behandeling worden afgewezen. Van de 125 resterenden werd 40 procent tijdens de opname één of meer nachten opgenomen, voornamelijk vanwege gedrag waarmee de familie, volgens de beoordeling van de staf, problemen zou kunnen krijgen of gedrag dat door de familie werd geweigerd. De auteurs concludeerden dat dagbehandeling ook voor acute patiënten de eerste behandelmodaliteit zou moeten zijn en dat dan in tweede instantie tot overplaatsing naar een 24-uursafdeling kan worden besloten.

Wilder (1966) deed een follow-up-onderzoek naar beide groepen uit de vorige studie. De initiële opnameduur van de 24-uurspatiënten was, mogelijk als gevolg van het grotere patiëntenaanbod op die afdeling, korter dan die van de dagpatiënten. Zij werden echter ook sneller na ontslag heropgenomen. Hij vond geen verschillen in psychopathologie, sociale aanpassing en heropnamepercentage. Dagpatiënten beelden de opname positiever en hun familieleden meenden significant vaker dat de behandeling had geholpen.

Herz (1971) beoordeelde 424 nieuwe 'admissies'. 22 procent werd door hem geschikt geacht voor een gerandomiseerde verdeling over de beide behandelingen. 31.6 procent werd 'te ziek' voor dagbehandeling bevonden, 20.1 procent werd doorverwezen naar de ambulante hulp, 13 procent had onvoldoende primair milieu voor dagbehandeling en 7.3 procent had een somatische ziekte, die opname noodzakelijk maakte. Bij 45 dag- en 45 volledig opgenomen patiënten beoordeelde hij de psychopathologie, de rolfunctie en de ernst van de ziekte, twee en vier weken na randomisatie en vijf maanden nadat de laatste patiënt in het onderzoek werd opgenomen. Voor de randomisatie verbleven de patiënten gemiddeld drie dagen op de 24-uursafdeling. Uniek aan deze studie is dat beide groepen in dezelfde setting door dezelfde staf een

zelfde soort behandeling kregen aangeboden. Daarmee werd het enige verschil het gedurende de nacht en het weekend in de kliniek aanwezig zijn. Als resultaat vond hij dat de psychopathologie bij twee en vier weken nauwelijks verschilde; dagpatiënten bleken op een door de behandelaar zélf afgenomen interview iets beter te scoren. De opnameduur, de duur vanaf de randomisatie totdat de patiënt gedurende één week zelfstandig thuis verbleef, bedroeg voor dagpatiënten gemiddeld 48.5 dagen. Voor 24-uurspatiënten was dit 138.8 dagen. De kortere opname werd niet gevolgd door een verhoogd heropnamerisico: gedurende vijftien maanden na randomisatie bleken steeds ongeveer twee maal zoveel patiënten uit de 24-uursafdeling te zijn heropgenomen. Bij follow-up werd geen verschil in psychopathologie gemeten. Wel waren de dagpatiënten beter in staat hun vrije tijd en hun 'daily routine' te verzorgen. Ook hadden zij een betere 'rolfunctie'. Herz concludeerde dat dagbehandeling, mits er geen contra-indicaties bestaan, de voorkeur heeft boven een 24-uursbehandeling.

Michaux (1969, 1972) deed een prospectief onderzoek waarin zij met behulp van matched pairs de effectiviteit van dag- en 24-uursbehandeling wilde vaststellen. Een zestal meetinstrumenten, een 'battery' zoals Michaux zelf stelt, werd afgenomen bij aankomst, bij ontslag en twee en twaalf maanden na ontslag. Gelet op de psychopathologie, bleek dat schizofrene patiënten in de 24-uurssetting meer verbeterden. Mogelijk berustte dit verschil op de hoeveelheid voorgeschreven medicatie (Michaux 1972). Voor de andere patiënten waren de verschillen niet significant. Bij ontslag waren de dagpatiënten meer verbeterd in het sociaal functioneren. Het verschil in psychopathologie bleek twee maanden na het ontslag te zijn genivelleerd (Michaux 1973). Op dat moment waardeerden de dagpatiënten zichzelf hoger in het vervullen van sociale roleln en het besteden van de vrije tijd. Twaalf maanden na het ontslag, de gemeten symptomatologie is dan nog steeds gelijk in beide groepen, bleek het sociaal functioneren van dagpatiënten significant adequater: meer van hen werkten, de patiënt alsook een hem bekende waardeerden het functioneren in sociale rollen en het besteden van de vrije tijd hoger dan dat van de 24-uurspatiënten. Daarmee was het sociaal functioneren van de dagpatiënten nagenoeg gelijk geworden aan het gemiddelde van de bevolking, terwijl de 24-uurspatiënten significant onder dit niveau functioneerden. De auteurs concluderen dat het effect van dagbehandeling van langere duur is. De dagpatiënten krijgen meer vaardigheid in 'coping', waardoor hun sociaal functioneren meer verbetert.

Washburn (1976) verdeelde at random 59 vrouwelijke patiënten: 29 werden opgenomen in de dagkliniek en 30 in de 24-uurssetting. De randomisatie vond plaats na een observatieperiode van zes weken op de 24-uursafdeling. Bij aanvang van het onderzoek en vervolgens om de twee of zes weken werd door middel van een zevental meetinstrumenten een indruk verkregen van de psychopathologie en het sociaal

functioneren. Dagpatiënten bleken zich subjectief beter te voelen en functioneerden ook sociaal op een aantal punten beter. De familie ondervond minder 'last' van de patiënt en beoordeelde de behandeling positiever.

Penk (1978) mat bij vierentwintig matched pairs, bij aankomst en na twee maanden behandeling, de symptomatologie en het sociaal functioneren. Op het eerste punt verbeterden beide groepen in gelijke mate; op het tweede verbeterden dagpatiënten in sterker mate.

Fink en Longabaugh (1978) deden een prospectief onderzoek waarin zij 43 dagpatiënten vergeleken met een nauwkeurig gematchte groep 24-uurspatiënten. Hoewel de duur tussen aankomst en ontslag voor de dagpatiënten 23 dagen langer was, bleek het aantal in behandeling doorgebrachte dagen voor hen significant minder. Een jaar na de aanvang van de behandeling werden in symptomatologie en rolfuncties geen verschillen gemeten.

Dagbehandeling vergeleken met een ambulante behandeling

'Waar thans door de bestaande leemten de grenzen bereikt zijn van de ambulante zorg (...), daar zal het ambulatorium de voortzetting van deze zorg met groter kans op succes mogelijk maken', schreef Dercksen in 1957 in zijn 'Rapport betreffende het nut en noodzaak van een dagsanatorium'. Hoe is nu de verhouding tussen deze ambulante zorg en de deeltijdbehandeling?

Meltzoff (1966) stelde zich de vraag of voor chronisch schizofrene patiënten 'the day hospital a worthwhile addition to an outpatient treatment facility' kon zijn. Hij onderzocht 69 patiënten, voor 91 procent gediagnostiseerd als schizofrenen, die vanuit de 'mental health division' werden verwezen naar het dagcentrum. Zij werden at random verdeeld over de ambulante behandeling (N=36) en het dagcentrum (N=33). Gedurende de follow-up-periode van achttien maanden werden de dagpatiënten significant minder opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis (64 versus 30 procent), zij vonden vaker werk (30 versus 14 procent), en bleken sterker te verbeteren qua zelfbeeld en qua onafhankelijkheid. Geen verschillen werden gevonden voor interpersoonlijke relaties, aanpassing aan de familie, stemmingsverbetering en gebruik van medicatie. Het dagcentrum blijkt in vergelijking met ambulante hulp in staat de geleidelijke neergang van de schizofrene patiënt te stoppen en ten goede te keren. Opvallend was dat de dagpatiënten die in aanvang als 'slecht aangepast' werden omschreven meer verbeterden dan de anderen.

Guy (1969) onderzocht het verschil tussen een ambulante behandeling die uitsluitend uit medicatie bestond en een dagbehandeling plus medicatie. Hoewel de behandelduur van de dagbehandeling significant langer was, bleken de patiënten, met name die van het schizo-affectieve type, sterker verbeterd qua symptomatologie en de ernst van de

ziekte. Zij waren minder vijandig, teruggetrokken, achterdochtig en meer coöperatief. Er bleek geen verschil in heropnamepercentage. Wel werden dagpatiënten korter heropgenomen. Guy concludeerde dat voor neurotische, angstige en depressieve patiënten alleen medicatie even effectief is, doch sneller werkt dan dagbehandeling, maar dat voor de schizo-affectieve patiënten de milieucomponent iets essentieels toevoegt.

Tyrer (1979) vergeleek beide behandelingen voor een groep overwegend neurotische patiënten. Met behulp van de Present State Examination en de Social Functioning Schedule kon bij vier en acht maanden geen verschil worden aangetoond. De ambulante groep bleek tevredener met de behandeling en Tyrer concludeerde dat dagbehandeling voor neurotische patiënten uitsluitend in een acute fase van nut kan zijn. Daarna heeft een ambulante vervolgbehandeling de voorkeur. Dagbehandeling zou vooral van nut zijn bij psychotische patiënten en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Linn (1979) onderzocht 122 mannelijke chronisch schizofrene patiënten die recent waren ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis. Zij werden at random verdeeld over beide vormen van behandeling. In deze 'multicentered' studie bleek dat het sociaal functioneren gedurende de gehele follow-up-periode van twee jaar voor de dagpatiënten significant beter was. Alleen de dagpatiënten toonden aan het einde van deze periode minder symptomen. Het aantal heropnamen verschilde niet.

Weldon (1979) verdeelde 24 recent ontslagen schizofrene patiënten over dagbehandeling en ambulante behandeling, die in dit geval naast medicatie ook psychotherapie kon inhouden. Werden symptomatologie en aanpassing aan het familie- en sociale leven na drie maanden behandeling vergeleken met het moment van aankomst, dan waren geen verschillen meetbaar. Wel bleken de dagpatiënten significant vaker werk te hebben gevonden of een opleiding te volgen.

Deeltijdbehandelingen onderling vergeleken

Het is opmerkelijk dat sinds Cameron en Bierer hun eerste beschrijvingen gaven van het 'day hospital', er slechts enkele onderzoeken zijn gedaan waarin deeltijdprogramma's onderling worden vergeleken terwijl de diversiteit aan programma's zo groot is.

Austin (1969) is de eerste die een dergelijke vergelijking heeft willen maken. Hij vergeleek 30 patiënten uit een centrum met een gedragsmatig-educatief georiënteerde behandeling met 26 patiënten die in een centrum werden behandeld dat volgens de principes van de therapeutische gemeenschap werkte. De beide groepen bleken goed vergelijkbaar op een groot aantal sociodemografische en klinische parameters. Zij bestonden beide voor ongeveer 40% uit schizofrene en voor 40% uit neurotische patiënten. Als meetinstrument gebruikte hij het Goal

Attainment Scaling, een methode waarbij sterk geïndividualiseerde behandeldoelen regelmatig worden geëvalueerd. Na drie en zes maanden behandelen bleken geen, en bij twee jaar follow-up slechts zeer geringe verschillen meetbaar, ten voordele van de gedragsmatige aanpak.

Milne (1984) onderzocht vijftig patiënten uit een dagcentrum met een directieve behandelwijze, waar tevens veel contacten werden onderhouden met maatschappelijke instellingen als kerken, volwasseneneducatie en vrijwilligersorganisaties. Hij vergeleek deze met 33 patiënten, behandeld in een centrum gegrond op de principes van de therapeutische gemeenschap. Na drie maanden waren de patiënten uit het eerste centrum wel en die uit het andere centrum niet verbeterd qua symptomatologie en sociaal functioneren.

Linn (1979), die chronisch schizofrenen onderzocht in een tiental dagcentra, vond centra met goede en met minder goede resultaten. Hij lette op symptoomremissie en heropnamepercentage. De betere centra werden gekenmerkt door meer part-time staf, meer aandacht voor 'occupational and recreational therapy', en een doelgerichtere werkwijze. De minder goede centra hadden een hogere doorstroom aan patiënten, maakten meer gebruik van groeps- en gezinstherapie en waren bovendien duurder. Geen verschillen bestonden er in de behandelduur, de locatie ten opzichte van het moederziekenhuis, de grootte van het centrum en de duur dat het centrum functioneerde.

Voorspellende factoren voor een succesvolle behandeling

Ten einde tot een juistere indicatiestelling te kunnen komen is in een aantal studies geprobeerd een relatie te leggen tussen het resultaat van de behandeling en bepaalde anamnestische en sociodemografische gegevens.

Zo stelde Beigel (1970) vast dat patiënten met acute symptomatologie meer kans hadden om een kortdurend intensief dagbehandelingsprogramma af te maken. Patiënten, opgenomen 'om reeds lang bestaande en niet onlangs verergerde problematiek' te laten behandelen, bleken minder geschikt te zijn voor dit programma. Het behandelresultaat hing niet samen met de diagnose, met suïcidaliteit, met de betrokkenheid van de familie bij de behandeling of met het eerder opgenomen zijn geweest.

Guy (1969) vond, zowel voor de schizofrene als voor de niet-schizofrene patiënten, een beter therapeutisch resultaat indien langer dan drie maanden werd behandeld. Davis (1978) toonde aan dat een langere behandelduur leidde tot een grotere economische onafhankelijkheid, in die zin dat meer patiënten 'self supporting' werden. In zijn onderzoek verbeterden de schizofrene patiënten echter minder dan de overigen. Het klinische beeld bij aankomst was meer voorspellend dan een aantal sociodemografische en psychiatrische gegevens, zoals bijvoor-

beeld de voorgeschiedenis en de diagnose. In een populatie van 91, vooral chronisch-neurotische patiënten, bleek een goed resultaat samen te hangen met factoren als de leeftijd (20-39 jaar), het met een echtgenoot samen wonen en de diagnose fobische angst. Het programma (Carney 1970) bleek beter in het 'deconditioneren' dan in het 'ondersteunen' van patiënten. Het was daardoor minder geschikt voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Niskanen (1974) onderzocht in Helsinki de verschillen tussen patiënten die wel (N=52) en die niet (N=48) verbeterden. Er kon geen relatie worden vastgesteld met de leeftijd, de sekse, de sociale klasse, het gehuwd zijn, de ernst van de ziekte en de diagnose. Wel bleken zij die verbeterden langer opgenomen te zijn geweest, meer te hebben geparticipeerd in het programma, sterker gemotiveerd te zijn. Hun familieleden bleken een positiever attitude ten aanzien van de behandeling te hebben.

Fink (1979, gecit. door Mason 1982) kon geen relatie vinden tussen een goed behandelresultaat en de variabelen leeftijd, opleidingsniveau, suïcidaliteit, drug- of alcoholmisbruik, ernst van de ziekte bij opname, aantal eerdere opnamen en betrokkenheid van de familie bij de behandeling.

In het kortdurende intensieve programma van Dunn (1982) bleken psychotische patiënten die jonger dan dertig jaar en ongehuwd waren, geen werk hadden en bij hun ouders woonden, slechter te reageren dan neurotische patiënten die ouder dan dertig en gehuwd waren, werkten en zelfstandig woonden.

De kans op een heropname

Wilder (1966) vond dat de tijd tussen ontslag en eerste heropname voor patiënten die wegens een acute psychose of in een dagkliniek of in een 24-uurskliniek werden behandeld, 271 respectievelijk 162 dagen bedroeg.

Meltzoff (1966) wist, voor een populatie die voor 92.5 procent uit psychotici bestond, door dagbehandeling, die als uitbreiding van een ambulante behandeling de rehabilitatie van chronische patiënten tot doel had, ongeveer een derde van de heropnamen te voorkomen. Herz (1971) vond in een vergelijkend onderzoek dat tussen drie en vijftien maanden na randomisatie steeds twee maal zoveel 24-uurspatiënten als dagpatiënten waren heropgenomen.

Michaux (1973), die een soortgelijke vergelijking maakte, kon gedurende het eerste jaar na ontslag geen verschil vaststellen in zowel het heropnamepercentage als de behandelduur. Davis (1978) die 981 exdagkliniekpatiënten onderzocht, stelde vast dat de opnameduur omgekeerd evenredig was met de kans op heropname.

Guidry (1978) onderzocht chronische patiënten die werden behandeld in een dagcentrum. Door de daar verleende zorg daalde zowel het

aantal als de duur van de heropnamen. Edwards (1979) vervolgde gedurende één jaar negentig dagcentrumpatiënten waarvan veertig procent eerder in een psychiatrisch ziekenhuis was opgenomen. Voor een dergelijke groep wordt het normale heropnamepercentage op ongeveer veertig procent binnen een jaar gesteld. Van zijn groep werd slechts één patiënt heropgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis.

De belasting van het gezin

Indien men mensen met psychiatrische problematiek wenst te behandelen in de minst restrictieve omgeving, moet er op worden gelet of er een verschuiving van financiële lasten naar emotionele lasten plaatsvindt, welke laatste dan door het gezin of door bekenden moeten worden gedragen. In een multidimensionele beschouwing van de deïnstitutionalisering moeten beide lasten worden betrokken.

Lystad (1958) onderzocht de meningen over gezinsbelasting bij dag- en 24-uurspatiënten en vond dat de door de opname ervaren extra belasting voor het gezin van beide even groot was. Aan de geboden vorm van behandeling gaven gezinsleden van dagpatiënten in 97 procent van de gevallen de voorkeur. Bij gezinsleden van 24-uurspatiënten was dit 31 procent.

Zwerling (1964) en Herz (1971) hadden de indruk dat zowel patiënten als gezinsleden dagbehandeling prefereerden boven een 24-uursbehandeling. Weerstand tegen dagbehandeling vond Zwerling (1962) vooral bij de involutiepsychosen.

Waaróm gezinsleden bezwaar maken werd onderzocht door Odenheimer (1965). Weinig vertrouwen in deze nieuwe vorm van behandelen, onvoldoende financiële dekking, angst voor de verantwoordelijkheid voor de patiënt en angst voor een nadelig effect op de kinderen, waren belangrijke redenen.

Verzet tegen dagbehandeling bij de gezinsleden bleek samen te hangen met de aard, de ernst en de duur van de ziekte. Zwerling (1965) vond dit verzet vaker bij gezinsleden van ongehuwden. Washburn (1976) mat met de Burden Evaluation Line de belasting van het gezin gedurende een periode van achttien maanden na opname. Vanaf zes maanden ervaarden de gezinsleden van dagpatiënten in vergelijking met die van 24-uurspatiënten een sterkere vermindering van de belasting. Vanaf één jaar bleef deze voor de eerste groep afnemen, terwijl die voor de tweede vrij sterk toenam. De gezinsleden van de dagpatiënten ware tevredener over de behandeling.

De financiële kant

Een belangrijk argument dat door voorstanders van deeltijdbehandeling vaak wordt genoemd is het financiële.

Cameron (1947) wees er reeds op dat door een kleiner aantal perso-

neelsleden alsook door een minder aantal maaltijden dagbehandeling goedkoper is dan een 24-uursbehandeling.

Indien men uitsluitend op de kosten per dag let, dan blijken deze voor dagbehandeling 50 procent (Steinman 1962), 45 procent (Penk 1978), 35 procent (Guillette 1978) en 30 procent (Harris 1957) van die voor een volledige opname te kunnen bedragen.

Reëler lijkt het een berekening te maken zoals Washburn (1976) dat deed. Hij beschouwde alle kosten die gedurende achttien maanden moesten worden gemaakt, zowel de opnamekosten als die van de medicatie, sociaal werk en psychotherapie. In de drie halfjaarlijkse perioden bedroegen de kosten van de dagbehandeling 74, 50 en 46 procent van de kosten voor 24-uursbehandeling.

Fink (1978), die ook de periode van een jaar na ontslag betrok in zijn berekening, vond dat dagbehandeling significant goedkoper was.

Meltzoff (1966) meent dat de kosten van zijn dagcentrum en de mogelijke kosten van de heropnamen op een 24-uursafdeling, die hij met het centrum wist te voorkomen, zich verhouden als 1:5.

Guidry (1979) bespaarde voor 65 patiënten $ 1.3 miljoen in ongeveer drie jaar. De kosten per dag van zijn centrum, dat zich de resocialisatie van chronische patiënten ten doel stelde, bedroegen echter slechts 5 procent van een dag 24-uursopname.

Guilette (1978) behandelde 31 patiënten met een gemiddelde duur van 88.5 dagen. Hadden zij gedurende dezelfde periode op een 24-uursafdeling moeten worden opgenomen dan hadden de kosten niet $ 155.000 maar $ 411.000 bedragen.

Newton (1983) vergeleek bij jonge mannelijke schizofrene patiënten, die ad random werden verdeeld over een 24-uursbehandeling en een dagbehandeling, het behandelresultaat en de kosten. Hij calculeerde zowel de kosten van de opname als die welke werden gemaakt gedurende de drie maanden follow-up. De dagpatiënten bleken meer verbeterd terwijl de kosten slechts 30 procent bedroegen van die van de 24-uursopname.

Gudeman (1983) veranderde een aantal 24-uursafdelingen in twee dagklinieken, een intensive-care en een 'Inn'. Het aantal en het type patiënten veranderde niet. De operatie gaf een besparing van 13.6 procent op jaarbasis.

Conclusies en beschouwing

Het onderzoek naar de psychiatrische deeltijdbehandeling was in aanvang vooral descriptief en evaluerend van aard. Vanaf 1960 werden de eerste gecontroleerde studies verricht. Zij maakten een vergelijking met de reeds bestaande vormen van psychiatrische hulpverlening mogelijk. Zo waren het Zwerling (1964) en Meltzoff (1966) die als eersten de plaats van dagbehandeling in verhouding tot respectievelijk de 24-uurs- en de ambulante behandeling trachtten te verduidelijken.

In de loop van de jaren zeventig werd het mogelijk, vooral als gevolg van met name in Amerika ontwikkelde meetinstrumenten, methodologisch gekwalificeerder onderzoek te verrichten.

Het lijkt zinvol de inmiddels aanzienlijke hoeveelheid gegevens over deeltijdbehandeling te ordenen en hieruit een aantal conclusies te trekken.

Deeltijdbehandeling blijkt geschikt te kunnen zijn voor patiënten met vrijwel alle psychiatrische diagnosen. Welke patiënten behandeld worden lijkt eerder afhankelijk te zijn van andere factoren. Bennett (1969) noemt bijvoorbeeld de grootte van de instelling, de ervaring van de staf, de behandelingsmogelijkheden, de administratieve organisatie, de geografische ligging en de voor ieder land specifieke organisatie van het zorgsysteem.

Bij aanvang of gedurende de behandeling wordt tot vijftien procent van de patiënten alsnog doorverwezen naar een 24-uursafdeling. Aan hen voor wie dit niet noodzakelijk is moet soms gedurende één of meerdere nachten de mogelijkheid tot overnachting worden geboden. Deze 'hotelfunctie' geeft de behandelende staf, de patiënt en vooral ook de familie het gevoel dat bij verergering van de problematiek opvang mogelijk is.

Programma-evaluatiestudies tonen aan dat vijftig tot negentig procent van de patiënten na de behandeling als verbeterd kan worden beoordeeld; percentages die een redelijk tot goed behandelresultaat suggereren.

Uit vergelijkende studies tussen dag- en 24-uursbehandeling blijkt dat, indien men de ernst van de psychopathologie meet bij ontslag en op een follow-up-moment, beide even effectief kunnen zijn.

Wordt het sociaal functioneren als criterium gehanteerd, dan wijzen de data, verkregen bij verschillende informanten (patiënt, familie, therapeut, onderzoeker) met verschillende instrumenten, op uiteenlopende tijdstippen, sterk in de richting dat dagbehandeling vergeleken met een 24-uursbehandeling, beter in staat is de sociale redzaamheid van patiënten te vergroten, waardoor reïntegratie in de samenleving mogelijk is. De gemeten verschillen in behandelresultaat zijn echter twee jaar na ontslag nagenoeg verdwenen.

Men moet uit de studies concluderen dat voor een grote groep patiënten deeltijdbehandeling als een reëel alternatief voor een volledige opname moet worden beschouwd (Glasscote 1969).

Dit impliceert niet dat zij allen met deze behandeling zouden kunnen worden geholpen. Echter het percentage is dusdanig, genoemd worden percentages van zeventig tot negentig procent (Moscowitz 1980), dat een bijstelling van de verhouding deeltijdbehandeling/24-uursbehandeling reëel lijkt (Hersen 1977).

Voor patiënten met acute ernstige problematiek wordt een tweetal modellen beschreven: ten eerste een deeltijdprogramma gericht op crisisopvang met de mogelijkheid van overnachting en ten tweede een

reguliere 24-uursopname. Er bestaat geen onderzoek dat aantoont dat deeltijdbehandeling de voorkeur heeft bij acute ernstige patiënten die géén ondersteunend thuismilieu hebben. Voor hen lijkt een 24-uursopname de eerste keus. Nadat verdere diagnostiek en stabilisering van de crisis hebben plaatsgevonden, kunnen zij, op indicatie, worden overgeplaatst naar een centrum voor deeltijdbehandeling (DiBella 1982). Met goede zorg zullen de meesten van hen in de periode van twee tot drie weken voldoende zijn hersteld om de 24-uursafdeling te verlaten. Bij deze korte behandelduur blijkt ongeveer vijftig procent van de patiënten behoefte te hebben aan een aanvullende deeltijdbehandeling (Baker 1978; Herz 1982).

Er werd slechts een beperkt aantal gecontroleerde studies verricht waarin deeltijdbehandeling met een ambulante behandeling wordt vergeleken. Conclusies op dit punt zijn zeker tentatief.

Er bestaan aanwijzingen dat deze behandeling bij de rehabilitatie van schizofrene patiënten meer therapeutische mogelijkheden kan bieden, en hierdoor betere resultaten geeft, dan een ambulante behandeling.

De mate waarin deeltijdbehandeling een plaats heeft gevonden in het geheel van voorzieningen blijkt onder andere samen te hangen met de bekendheid van deze vorm van behandelen, zowel bij verwijzers als gebruikers, de financiering en de samenhang met de afdeling voor acute opnamen. De ervaring, maar ook de moed, van de behandelende staf bepalen hoeveel patiënten alsnog moeten worden overgeplaatst naar een 24-uursafdeling.

Het blijkt door middel van deeltijdbehandeling mogelijk te zijn om de kans op een heropname op een 24-uursafdeling te verkleinen. Dit geldt zowel voor patiënten die eerder ambulant als voor hen die eerder intramuraal werden behandeld.

Het vinden van uitkomstpredictoren blijft moeilijk. De diagnose wordt over het algemeen als weinig voorspellend beschouwd. Veel eerder lijkt het zo dat bepaalde programma's voor bijvoorbeeld de schizofrene patiënten meer geschikt zijn (Wilder 1966), terwijl andere bij niet-schizofrenen betere resultaten geven (Falloon 1982). De duur van de behandeling correleert positief met de uitkomst. De aanwezigheid van een ondersteunend primair milieu, zou volgens Niskanen wel, maar volgens Beigel niet samenhangen met een bevredigend therapeutisch resultaat.

Duidelijke positieve correlaties tussen een succesvolle behandeling en variabelen als leeftijd, sekse, opleidingsniveau, psychiatrische voorgeschiedenis, ernst van de ziekte, suïcidaliteit, en familiaire ondersteuning, werden vooralsnog niet gevonden. Een goed behandelresultaat lijkt toch vooral afhankelijk te zijn van de motivatie en de attitude van de patiënt.

Qua kosten lijkt het reëel om te stellen dat deeltijdbehandeling besparend werkt als alternatief voor óf complementering van een 24-

uursbehandeling maar ook, in een aantal gevallen, als alternatief voor een ambulante behandeling. Deze kostenbesparing hangt samen met lagere bouwkosten, lagere intrinsieke behandelkosten, een veelal kortere opnameduur, een minder gebruik van nazorgfaciliteiten en een lager heropnamepercentage.

Er bestaan thans geen aanwijzingen dat deze vorm van behandelen leidt tot een grotere belasting van het primaire milieu. Eerder lijkt sprake van het tegendeel. Gezinsleden zijn over het algemeen meer tevreden over deeltijd- dan over een 24-uursbehandeling. Onduidelijk is ook waardóór de behandeling nu precies effectief is en waarom vooral het sociaal functioneren wordt verbeterd. De 'actieve ingrediënten' van het programma zijn nog niet vastgesteld; is het het therapeutische milieu, de grotere aandacht voor groepstherapie, de kleinere kans op hospitalisatie, het actiever betrekken van het gezin bij de behandeling, de betere sociale-vaardigheidstraining of het behouden contact met het primaire milieu? Goede gecontroleerde studies naar verschillende behandelwijzen ontbreken. Wel zijn er aanwijzingen dat gestructureerde, gedragstherapeutische programma's meer effect hebben (Linn 1979; Austin 1976; Hersen en Luber 1977; Mason 1982), dan die welke vooral volgens het concept van de therapeutische gemeenschap werken.

Bij het 'reviewen' van deze effectiviteitsstudies moet een aantal kritische opmerkingen worden gemaakt. Ten eerste betreft dit de methodologie. In de loop van haar ontstaansgeschiedenis heeft de deeltijdbehandeling zich zo sterk gedifferentieerd dat moet worden gewaakt voor het generaliseren van onderzoeksgegevens. In de afzonderlijke onderzoeken wordt vaak onvoldoende beschreven welke patiënten op welke wijze werden behandeld. De behandeling wordt benaderd als een 'black box', welke in globale termen wordt onderzocht, zonder dat daarbij aandacht wordt geschonken aan te onderscheiden groepen patiënten of bepaalde vormen van behandeling. Dat daarbij de zich in de afgelopen decennia telkens weer wijzigende psychiatrische diagnostiek een apart probleem vormt zal duidelijk zijn. Bij het overzien van 25 jaar research blijkt dat het aantal prospectieve gecontroleerde studies beperkt is gebleven. Met auteurs als Hersen (1977), DiBella (1982) en Greene (1981) moet men het eens zijn dat de methodologie nogal eens te wensen overlaat. Er is niet geprobeerd om per studie een opmerking te maken over de methode. Wel werden de op dit punt betere studies uitgebreider besproken dan de minder goede.

Ten tweede werden de onderzoeken veelal uitgevoerd binnen centra die nog niet lang functioneerden. Het feit dat men met iets nieuws bezig was, iets experimenteels, iets dat zijn waarde nog moest bewijzen, zal zeker invloed hebben gehad op de manier van werken en, deels daarmee samenhangend, op de onderzoeksresultaten. Ten derde zou het de kwaliteit van het onderzoek ten goede komen als de deeltijdbehandeling niet als één vorm van behandelen werd beschouwd maar er

een onderscheid werd gemaakt in de verschillende typen of functies. Zonder het oogmerk hiermee een eenduidige indeling te willen geven, worden in de literatuur de volgende functies aan deeltijdbehandeling toegekend (Glasscote 1969; Astrachan 1970; Herz 1980; Greene 1981):

1. een alternatief voor een (sub)acute 24-uursbehandeling.
2. een overgangsfase volgend op een 24-uursbehandeling.
3. een rehabilitatie of ondersteuning voor chronische patiënten.
4. een alternatief voor een ambulante behandeling.
5. een intensieve behandeling voor specifieke groepen van patiënten zoals adolescenten, verslaafden en neurotische patiënten.

Ten vierde blijken ook de kosten te zijn gerelateerd aan deze functies in die zin dat er aanmerkelijke verschillen bestaan tussen instellingen verbonden aan een psychiatrisch of algemeen ziekenhuis, de meer psychotherapeutische centra en als laatste de centra die zich vooral richten op rehabilitatie.

Met dit artikel stelden wij ons ten doel om, vanuit de internationale literatuur, de plaats en de functie van de psychiatrische deeltijdbehandeling te verhelderen, in de hoop hiermee de discussie onder de titel 'het substitutieprincipe' te kunnen voorzien van actuele wetenschappelijke achtergronden.

We willen geen uitspraken doen over de implicaties van het hier geschrevene voor de Nederlandse situatie. Ten eerste omdat het generaliseren van elders verkregen onderzoeksresultaten, om eerder genoemde redenen, niet zonder risico's is. De socioculturele setting alsook de organisatie van de zorg kunnen essentieel verschillen. Ten tweede bestaat er momenteel onvoldoende inzicht in de plaats van deeltijdbehandeling in de Nederlandse geestelijke-gezondheidszorg. Pas na een dergelijke analyse zou een confrontatie met de hier kritisch beschouwde literatuur plaats kunnen vinden en zouden op dat punt conclusies kunnen worden getrokken.

Als kleine voorzet hiertoe het volgende. Duidelijk zal zijn geworden dat de deeltijdbehandeling elders een veel belangrijkere rol vervult in de behandeling van (sub)acute psychiatrische problematiek alsook in de functie van langdurige ondersteuning en rehabilitatie van chronische patiënten. Deze beide functies hebben zich in Nederland vooralsnog niet of nauwelijks ontwikkeld. Beziet men bijvoorbeeld de functies die Geerlings (1983) toekent aan dagbehandeling, dan is de conclusie dat deze zich niet richt op die populatie die normaliter op een open 24-uursafdeling wordt opgenomen.

Wij hopen met dit artikel een bijdrage te hebben geleverd aan de door Jongerius (1984) gewenste reeks over 'datgene wat momenteel de psychiatrische wereld beweegt'.

Literatuur

Arie, T. (1975), Day care in geriatric psychiatry. *Gerontologia Clinica*, 17, 31-39.

Astrachan, B.M., R.F. Hulda, J.D. Geller, en H.H. Harvey (1970), Systems approach to day hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 22, 550-559.

Austin, N.K., R.P. Lieberman, L.W. King en W.J. de Rist (1979), A comparative evaluation of two day hospitals. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 163, 253-262.

Baker, G.M.B. (1978), The psychiatric day hospital. In: J. Connolly, ed., *Therapy options in psychiatry*. London: Tunbridge Wells, 324-341.

Baumann, E.H. (1976), A day treatment program for severely disturbed young children. *Hosp. Community Psychiatry*, 27, 174-179.

Beigel, A., en S. Feder (1970), Patterns of utilization in partial hospitalization. *Am. J. Psychiatry*, 126, 1267-1274.

Bennett, D.H. (1969), The day hospital. *Bibl. Psychiat. Neurol.*, 142, 4-18.

Bettschart, W. (1982), Ten years of experience at a day clinic with psychotic children and their parents. *Praxis der Kinderpsych. und Kinderpsychiatrie*, 31, 87-92.

Bierer, J., (1951), *The day hospital, an experiment in social psychiatry and syntho-analytic psychotherapy*. London: H.K. Lewis and Co.

Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro, et al. (1981), Overview. Deinstitutionalization of psychiatric patients. A critical review of outcome studies. *Am. J. Psychiatry*, 138, 736-749.

Cameron, D.E. (1947), The day hospital: an experimental form of hospitalization for psychiatric patients. *Modern Hospital*, 69, 60-62.

Carney, M.W.P., R.S. Ferguson en B.F. Sheffield (1970), Psychiatric dayhospitals and community. *Lancet*, 1218-1220.

Craft, M. (1959), Psychiatric day hospitals. *Am. J. Psychiatry*, 116, 251-254.

Crouse, E.C., B. Pate, P.M. Lefkovitz (1983), A survey of partial hospitalization programs in the state of Indiana. *Int. J. Part. Hosp.*, 2, 43-55.

Davis, J., T. Lorei en E. Caffey (1978), An evaluation of the Veterans Administration day hospital program. *Hosp. Community Psychiatry*, 29, 297-302.

Davies, I.J., G. Ellison, R. Young (1966), Therapy with a group of families in a psychiatric day center. *Am. J. Orthopsychiatry*, 36, 134-146.

Dercksen, S.J.P. (1957), *Rapport betreffende nut en noodzaak van een dagsanatorium in het kader van de hervormde stichting voor de geestelijke volksgezondheid van Amsterdam en omgeving*. Amsterdam.

DiBella, G., G.W. Weitz, D. Pogntes Bergen en J.L. Yurmark, eds. (1982), *Handbook of partial hospitalization*. New York: Brunner/Mazel.

Dunn, R.J., D. Staley en D.L. Sexton (1982), Psychiatric day hospitalization. Multiple perspectives on outcome. *Int. J. Part. Hosp.*, 1, 287-299.

Dzhagarov, M.A. (1937), Experience in organizing a dayhospital for mental patients. *Nevropathol. Psikhiatr.*, 6, 137-146.

Edwards, D.W., R.M. Yarvis en D.P. Mueller (1979), Evidence for efficiacy of partial hospitalization; data from two studies. *Hosp. Community Psychiatry*, 29, 97-101.

Ettlinger, R.A., A. Beigel en S.L. Feder (1972), The partial hospital as a transition from inpatient treatment: a controlled follow up study. *Mount Sinai J. Medicine*, 39, 251-257.

Falloon, L.R.H., en R.E. Talbot (1982), Achieving the goals of day treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 170, 279-285.

Farndale, J. (1961), *The day hospital movement in Great Britain*. London; Pergamon Press.

Fink, E.B., R. Longabaugh en R. Stout (1978), The paradoxical underutilization of partial hospitalization. *Am. J. Psychiatry*, 135, 713-716.

Fink, E.B. (1979), An examination of clinician bias in patient referals to partial hospital settings. *Hosp. Community Psychiatry*, 30, 631-632.

Fottrell, E.M. (1979), Ten years review of the functioning of a psychiatric day hospital. *Br. J. Psychiatry*, 123, 715-717.

Fox, V., en G.D. Low (1968), Day hospital treatment of the alcoholic patient. *Quart. J. Studies of Alcohol*, 29, 634-641.

Freedman, A.M. (1959), Day hospital for severely disturbed schizofrenic children. *Am. J. Psychiatry*, 115, 893-898.

Frommer, E.A. (1967), Day hospital for disturbed children under five. *Lancet*, 377-379.

Geerlings, P., J. de Klerk-Roscam Abbing en H. Schalken (1983), De verschillende vormen van psychiatrische dagbehandeling. *MGV*, 5, 511-518.

Glasscote, R., A. Kraft, S. Glassman en W. Jepson (1969), *Partial hospitalization for the mentally ill, a study of program and problems*. Washington DC; Joint information service.

Golombek, H. (1966), Group admission of adolescents to a day program. *Hosp. Community Psychiatry*, 17, 108-109.

Greene, L.R. en A. de la Cruz (1981), Psychiatric day treatment as alternative to and transition from full-time hospitalization. *Community Mental Health J.*, 17, 191-202.

Gudeman, J.E., M.F.S. Shore en B. Dickey (1983), Day hospitalization and an inn, instead of inpatient care for psychiatric patients. *N. Eng. J. Med.*, 308, 749-753.

Guidry, L.S., D. Winstead, M. Levine en J. Eicke (1979), Evaluation of day treatment center effectiveness. *J. Clin. Psychiatry*, 37, 221-224.

Guilette, W., B. Crowley, S. Savitz en F. Goldberg (1978), Day hospitalization as a cost-effective alternative to inpatient care; a pilot study. *Hosp. Community Psychiatry*, 29, 525-527.

Guy, W., en G.W. Gross (1967), Problems in the evaluation of day hospitals. *Community Ment. Health J.*, 3, 111-118.

Guy, W., M. Gross, G.E. Hogarty en H. Dennis (1969), A controlled evaluation of day hospital effectiveness. *Arch. Gen. Psychiatry*, 201, 329-338.

Harrington, J. en W. Mayer-Gross (1959), A day hospital for neurotics in an industrial community. *J. Ment. Science*, 105, 224-234.

Harris, A. (1957), Day hospitals and night hospitals in psychiatry. *Lancet*, 729-730.

Heinemann, S., L. Yadin en F. Perlmutter (1975), A follow up study of clients discharged from a day hospital aftercare program. *Hosp. Community Psychiatry*, 26, 752-754.

Hersen, M., en R. Luber (1977), Use of grouppsychotherapy in a partial hospitalization service. *Int. J. Group Psychother.*, 27, 361-375.

Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer en A. Meskinoff (1971), Day versus inpatient hospitalization, a controlled study. *Am. J. Psychiatry*, 127, 1371-1381.

Herz, M.I. (1980), Partial hospitalization, brief hospitalization and aftercare. In: H.I. Kaplan, A.M. Freedman en B.J. Sadock, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 3th edition. Baltimore, Maryland; Williams/Wilkins.

Herz, M.I. (1982), Research overview in day treatment. *Int. J. Part. Hosp.*, 1, 33-44.

Hogarty, G.E., W. Guy, M. Gross en G.G. Gross (1968), 'Who goes there?' – A critical evaluation of admissions to a psychiatric day hospital. *Am. J. Psychiatry*, 124, 934-944.

Jongerius, P.J. (1984), Forum: het substitutiebeginsel en de dagbehandeling. *Tijdschr. Psychiatrie*, 26, 611-612.

Kraft, A.M. (1964), Day hospitals as part of an integrated psychiatric treatment program. In: R.L. Epps en L.D. Hanes (eds.), *Day care of psychiatric patients*. Springfield Ill.; Thomas.

Kris, E.B. (1965), Day hospitals. *Current Therapeutic Research*, 7, 320-323.

Lamb, H.R. (1967), Chronic psychiatric patients in the day hospital. *Arch. Gen. Psychiatry*, 17, 615-621.

Linn, M.W., E.M. Caffey, C.J. Klett, G.E. Hogarty en H.R. Lamb (1979), Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 1055-1066.

Luber, R., ed. (1979), *Partial hospitalization: a current perspective*. New York; Plenum Press.

Lystad, M.H. (1958), Day hospital care and changing family attitudes toward the mentally ill. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 127, 145-152.

MacKenzie, K., en L. Pilling (1972), An intensive therapy day clinic for out-of-town patients with neurotic and psychosomatic problems. *Int. J. Group Psychotherapy*, 22, 352-363.

Marlet, J.J.C. (1984), Redactioneel. *Tijdschr. Psychiatrie*, 26, 547-549.

Mason, J.C., J.L. Louks en G.C. Burmer (1982), The efficacy of partial hospitalization. *Int. J. Part. Hosp.*, 1, 251-269.

McDonnell, D. (1977), An evaluation of day center care. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 23, 110-119.

McDonough, L.B. en J.J. Drowning (1965), The day center as an alternative to the psychiatric ward. *Mental Hygiene*, 49, 260-265.

Meier, R.M. (1982), Grouptreatment of depression and withdrawal at a day treatment center. *Int. J. Part. Hosp.*, 1, 349-353.

Meltzoff, J., en R. Blumenthal (1966), *The day treatment center; principles, application and evaluation*. Springfield, Ill.; Thomas.

Michaux, M.H., K. Garmize, J.A. Rossi, L.R. Schoolman en G.M.A. Gross (1969), A controlled comparison of psychiatric day center treatment with full-time hospitalization. *Current Therapeutic Research*, 11, 190-204.

Michaux, M.H., M.R. Chelst, S.A. Foster, R.J. Prium en E.M. Dasinger (1972), Day and full-time treatment, a controlled comparison. *Current Therapeutic Research*, 14, 279-292.

Michaux, M.H., M.R. Chelst, S.A. Foster, R.J. Prium en E.M. Dasinger (1973), Postrelease adjustment of day and full-time psychiatric patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 29, 647-651.

Milne, D. (1984), A comparative evaluation of two psychiatric day hospitals. *Br. J. Psychiatry*, 145, 533-537.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (Vergaderjaar 1983-84), *Nota Geestelijke Volksgezondheid*.

Morrice, J.K.W. (1973), A day hospital's function in a mental health service. *Br. J. Psychiatry*, 122, 307-314.

Moscowitz, I.S. (1980), The effectiveness of day hospital treatment, a review. *J. Community Psychology*, 8, 155-164.

Neffinger, G.G. (1981), Partial hospitalization, an overview. *J. Community Psychiatry*, 9, 262-269.

Newton, P.A. (1983), An evaluation of the cost effectiveness of day hospitalization for black male schizophrenics. *J. National Medical Association*, 75, 273-285.

Niskanen, P. (1974), Treatment results achieved in psychiatric day hospital care, a follow up of 100 patients. *Acta Psychiat. Scand.*, 50, 401-409.

Odenheimer, J. (1965), Day hospital as an alternative to the psychiatric ward; attitudes and responses of relatives. *Arch. Gen. Psychiatry*, 13, 46-53.

Oosterlee, M. (1972), *Psychiatrische dagbehandeling*. Lochem; De Tijdstroom. stroom.

Penk, W.E., H.L. Charles en T.A. van Hoose (1978), Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment. *J. Consulting Clinical Psychol.*, 46, 94-101.

Pildis, M.J., G.J. Soverow, C. Salzman en J.G. Wolf (1978), Dayhospital treatment of borderline patients; a clinical perspective. *Am. J. Psychiatry*, 135, 594-596.

Ruiz, P., en C. Saiger (1972), Partial hospitalization in an urban slum. *Am. J. Psychiatry*, 129, 89-91.

Salzman, C., M.E. Strauss, R.P. Engle en L. Kamins (1969), Overnight 'guesting' of day hospital patients. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 369-75.

Smith, S., en E.G.W. Cross (1957), Review of 1000 patients treated at a psychiatric day hospital. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 2, 292-298.

Spaulding, R., en W. Spaulding (1976), The diabetic daycare unit. *Can. Med. Assoc. J.*, 114, 780-783.

Steinhart, I., en G. Bosch (1983), Development and current status of partial hospitalization in the federal republic of Germany and West-Berlin. *Int. J. Part. Hosp.*, 2, 71-81.

Steinman, L.A., en R.C. Hunt (1961), A day care center in a state hospital. *Am. J. Psychiatry*, 117, 1109-1112.

Steinman, L.A., en R.C. Hunt (1962), Day hospital treatment of acute psychiatric illness. *Current Psychiatric Therapies*, 2, 196-199.

Substitutieprojekt Assen (1984), *'In plaats van een bed'. Voorstel tot een projekt over bedsubstitutie in een APZ*. Assen/Groningen.

Tyrer, P.J. en M. Remington (1979), Controlled comparison of day-hospital and outpatient treatment for neurotic disorders. *Lancet*, 1014-1016.

Vannicelli, M., S. Washburn, B.J. Scheff en R. Longabaugh (1978), Comparison of usual and experimental patients in a psychiatric day center. *J. Consulting Clinical Psychol.*, 46, 87-93.

Wächtler, C. (1982), Grouptherapy in a geronto-psychiatric day clinic: initial experiences. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 32, 122-126.

Washburn, S., M. Vannicelli en B. Scheff (1976), Irrational determinants of the place of psychiatric treatment. *Hosp. Community Psychiatry*, 27, 179-182.

Washburn, S., M. Vannicelli, R. Longabaugh en B.J. Scheff (1976), A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *J. Consulting Clinical Psychol.*, 44, 665-675.

Weldon, E., en A. Frances (1977), The day hospital; structures and functions. *Psychiatric Quarterly*, 49, 338-342.

Westlake, R.J., L.S. Levitz en A.J. Stunkard (1974), A day hospital program for treating obesity. *Hosp. Community Psychiatry*, 25, 609-611.

Wilder, J.F., G. Levin en I. Zwerling (1966), A two year follow up evaluation of acute psychotic patients treated in a day hospital. *Am. J. Psychiatry*, 122, 1095-1101.

Wilkes, E., A.G.O. Crowther en C.W. Greaves (1978), A different kind of day hospital for patients with preterminal cancer and chronic disease. *Br. Med. J.*, 2, 1053-1056.

Zwerling, I., en J.F. Wilder (1962), Day hospital treatment for acutely psychotic patients. *Current Psychiatric Therapies*, 2, 200-210.

Zwerling, I., en J.F. Wilder (1964), An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. *Israel Annals Psychiatry Related Disciplines*, 2, 162-185.

Zwerling, I., en M. Mendelsohn (1965), Initial family reactions to day hospitalization. *Family Process*, 4, 50-63.