

Dagbehandeling en 24-uursbehandeling vergeleken. Resultaten van het Utrechtse onderzoek

*door A.H. Schene, B. van Wijngaarden, N.W. Poelijoe,
P.R. van Drunen en B.P.R. Gersons*

Samenvatting

Het Utrechtse vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van psychiatrische dagbehandeling en 24-uursbehandeling had als doelpopulatie patiënten die normaliter op een open 24-uursafdeling worden opgenomen. Voorafgaande aan het onderzoek werd het behandelaanbod op beide afdelingen geüniformeerd. Met metingen vericht bij opname, bij ontslag, en een half jaar na ontslag op het gebied van psychopathologie, sociaal functioneren, interpersoonlijk functioneren, sociaal netwerk en sociale steun, worden, met uitzondering van de laatste maat, voor beide vormen van behandeling significante behandelresultaten vastgesteld. Tussen de condities worden geen verschillen gevonden. Patiënten hebben een voorkeur voor dagbehandeling. Meer patiënten accepteren deze behandeling en maken deze ook af. De behandelduur voor de dagbehandeling is langer, terwijl de behandelintensiteit daar lager is. In de hoeveelheid voorgeschreven medicatie, het optreden van crisismomenten (o.a. suïcidepogingen) en de verdere zorg na het ontslag worden geen opmerkelijke verschillen gevonden.

Voor een derde van alle voor 24-uursbehandeling opgenomen patiënten is dagbehandeling een reëel alternatief. Het is niet mogelijk om op basis van kenmerken bij opname te voorspellen welk type patiënten in het bijzonder geschikt voor dagbehandeling zou zijn.

Psychiatrische dagbehandeling als alternatief voor patiënten die anders een 24-uursbehandeling krijgen, bleek in ons land tot enkele jaren geleden eerder wens (Nota Geestelijke Volksgezondheid 1983) dan werkelijkheid (Schene e.a. 1987). Buitenlands onderzoek (Schene en Gersons 1985, 1986) rechtvaardigde echter de conclusie dat speciale vormen van dagbehandeling (Schene e.a. 1988) voor een groot deel van de patiënten die psychiatrisch moeten worden opgenomen, een reëel alternatief bieden. De effectiviteit van beide behandelvormen toonde nauwelijks verschillen. Alleen het sociaal functioneren zou door dagbehandeling iets meer verbeteren, een voordeel dat echter in de loop van de tijd weer verdwijnt. In sindsdien verschenen reviews wordt deze laatste conclusie ondersteund (Creed e.a. 1989), of op zijn minst niet weerlegd (Rosie

1987; Whitelaw en Perez 1987; Parker en Knoll 1990; Hoge 1992).

De buitenlandse vergelijkende studies vertoonden een aantal methodologische tekortkomingen: het beperkte aantal parameters voor behandel-effectiviteit, de kwaliteit van het meetinstrumentarium, de onduidelijkheid over wat feitelijk aan behandeling was geboden, en de overheersende indruk dat de dagbehandeling over het algemeen intensiever was dan de 24-uursbehandeling waarmee zij werd vergeleken. Belangrijker nog was dat deze studies waren verricht in situaties die sterk van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg verschilden.

Om na te gaan in hoeverre de buitenlandse resultaten voor Nederland van toepassing zijn, werden de afgelopen jaren gelijktijdig een tweetal studies naar de mogelijkheden van nieuwe, opnamevoorkomende vormen van dagbehandeling verricht; één in Assen en één in Utrecht. Over het Assense Substitutieproject werd in dit tijdschrift reeds gerapporteerd (Kluiter e.a. 1990; Nienhuis e.a. 1991, 1992; Rüphan 1991); derhalve is het zinvol kort stil te staan bij de overeenkomsten en verschillen met het Utrechtse onderzoek:

- *de setting*: het Utrechtse onderzoek werd verricht in een psychiatrische universiteitskliniek, een PUK, terwijl het Substitutieproject zich afspeelde in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, een APZ. Aan het Utrechtse onderzoek was een generalisatiestudie verbonden, met het doel te beoordelen in hoeverre de resultaten generaliseerbaar zijn naar de 76 Nederlandse PAAZ'en (Poelijoe 1992);
- *dagbehandeling*: in het Utrechtse onderzoek werd dagbehandeling geboden op een autonome unit, een dagkliniek. In Assen werden twee vormen van dagbehandeling geboden: op een gespecialiseerd dagcentrum en als partieel-klinische dagbehandeling;
- *programmatische inhoud*: in Utrecht werd aan de patiënten in dag- en 24-uursbehandeling een in principe identiek behandelaanbod gedaan door twee overeenkomstige teams. In Assen was het behandelaanbod op de partieel-klinische unit wel, maar op het dagcentrum minder overeenstemmend met dat van de 24-uursbehandeling;
- *continuïteit van zorg*: om patiënten in dagbehandeling ook buiten kantooruren zorg te bieden, werd in Assen tevens een samenwerking met de RIAGG opgezet, terwijl deze extra zorg in Utrecht (zie verder) uitsluitend door de eigen instelling werd geboden;
- *methode van onderzoek*: beide onderzoeken maakten gebruik van een gerandomiseerd prospectief design met drie meetmomenten. Het eerste meetmoment is hetzelfde, namelijk rond opname, het tweede en derde vonden in Assen respectievelijk één en twee jaar nadien plaats, in Utrecht viel het tweede bij ontslag en het derde een half jaar later. De meetinstrumenten komen voor een deel overeen, of ze bestrijken op zijn minst dezelfde domeinen;
- *onderzoekspopulatie*: in Assen werden alle aangemelde patiënten ge-

randomiseerd, in Utrecht uitsluitend patiënten die voor een open klinische afdeling werden aangemeld.

De vraagstelling van het Utrechtse onderzoek (noot 1) luidde in hoeverre het mogelijk is met dagbehandeling, die programmatisch overeenkomt met een reguliere 24-uursbehandeling, bij patiënten voor wie een indicatie voor een opname op een open psychiatrische 24-uursafdeling is gesteld, een overeenkomstig behandelresultaat te behalen. Indien blijkt dat de effectiviteit toch verschilt, welke punten betreft het dan, en zijn factoren aan te wijzen die dit verschil kunnen verklaren?

Voor uitgebreide verslaglegging, met name omtrent de methode van onderzoek, wordt verwezen naar Schene (1992) en naar het verslag van een door beide onderzoeksgroepen georganiseerde Invitational Conference (Wiersma en Schene 1992).

Methode

Setting: het onderzoek is verricht op de PUK van het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Deze kliniek bestaat uit een gesloten/besloten gedeelte (32 bedden en 4 separeerruimtes) en twee open afdelingen (20 bedden voor 24-uursbehandeling en 24 plaatsen voor dagbehandeling). De PUK is te zamen met twee algemeen psychiatrische ziekenhuizen en twee psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen opgenomen in een centraal gecoördineerde noodbeddenregeling, die een evenwichtige verdeling van de acute opnamen over de klinieken waarborgt. Het academische karakter betreft vrijwel uitsluitend de researchafdeling voor biologische psychiatrie, die voor dit onderzoek verder niet relevant is. De studie werd verricht op de beide open afdelingen.

Staf: voorafgaande aan het onderzoek is het behandelaanbod op de beide afdelingen geüniformeerd. Er werden twee in termen van disciplines en staf/patiëntratio's vrijwel overeenkomstige behandelteams samengesteld die, in verband met de avond- en nachtdiensten, uitsluitend voor de verpleegkundige discipline verschilden (dagbehandeling: .08 full-time equivalent (FTE) sociaal-psychiatrisch verpleegkundige per patiënt/24-uursbehandeling: .40 FTE B-verpleegkundige per patiënt).

Programma: op beide afdelingen werden drie parallele programma's geboden: (1) een individueel gericht sociaal-psychiatrisch op revalidatie gericht programma voor patiënten met een langdurige en/of uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis, (2) een op interpersoonlijk leren gericht programma voor patiënten bij wie ik-versterking gewenst is, terwijl persoonlijkheidsreconstructie niet tot de mogelijkheden lijkt te behoren, en (3) voor patiënten met overwegend neurotische en persoonlijkheidsproblematiek, bij wie beperkte mogelijkheden tot structurele persoonlijkheidsverandering worden verondersteld.

Populatie: de onderzoekspopulatie bestond uit alle bij de PUK aangemelde patiënten bij wie behandeling op een open 24-uursafdeling werd

geïndiceerd. Deze populatie werd stapsgewijs geselecteerd uit alle voor 24-uursopname aangemelde patiënten (Schene 1992). Stap 1: patiënten met een omschreven indicatie voor een gesloten afdeling werden aldaar opgenomen. Stap 2: om vergelijking met andere studies mogelijk te maken, golden de volgende uitsluitingscriteria: ouder dan 65 jaar, organisch psychosyndroom, dementie, alcohol/drugs als primair probleem, en zwakzinnigheid. Stap 3: enkele relatieve contraïndicaties voor dagbehandeling (juridische expertise, reizen kliniek = thuis te bezwaarlijk, kortdurende observatie). Patiënten die op grond van stap 2 en 3 uitvielen, werden op de besloten afdeling opgenomen. Uit deze selectie resulteerde de onderzoekspopulatie. Patiënten die niet langer voor behandeling op een gesloten afdeling in aanmerking kwamen, werden alsnog aan de onderzoekspopulatie toegevoegd.

Van de 534 voor opname aangemelde patiënten, werden er 302 (57%) op de gesloten en 33 (6%) op de besloten afdeling geplaatst [belangrijkste redenen voor plaatsing op de gesloten afdeling waren: ernstige psychose (30%), ernstige suïcidaliteit (27%), een manisch syndroom (7%), agressiviteit (5%), en een geagiteerde depressie (4%)]. 199 (37%) patiënten werden direct bij aanmelding tot het onderzoek toegelaten, en 37 patiënten werden toegelaten na eerst gedurende gemiddeld 5,5 week op de gesloten afdeling opgenomen te zijn geweest. Van deze 234 patiënten vielen er 14 om onderzoekstechnische redenen (met name betreffende de randomisatie [Schene en Van Wijngaarden 1992]) af. De 222 resterende patiënten zijn na informed consent gerandomiseerd naar dagbehandeling (N = 99) en 24-uursbehandeling (N = 123).

Effectiviteitsmeting: hiervoor zijn de volgende meetinstrumenten gebruikt:

Psychopathologie: de Present State Examination (PSE; Wing e.a. 1974), een semi-gestructureerd psychiatrisch interview, en de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis 1977; Arrindell en Ettema 1981), een multidimensionele zelfbeoordelingslijst. Beide instrumenten werden afgenomen op T1 (opname), T2 (ontslag) en T3 (een half jaar na ontslag). De combinatie van PSE en SCL-90 biedt de mogelijkheid het gehele spectrum van de psychiatrische symptomatologie met twee verschillende meetmethodieken, een interview en een zelfbeoordeling, te meten. De PSE is vooral voor de zwaardere en de SCL-90 vooral voor de mildere psychopathologie ontworpen.

Functioneren: de Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB; Wiersma e.a. 1984, 1986), een semi-gestructureerd interview, afgenomen bij de patiënt en – zo mogelijk – bij een informant, waarmee een beoordeling wordt gemaakt van iemands functioneren binnen een achttal omschreven sociale rollen, en de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen 1987a, b), een vragenlijst waarmee interpersoonlijk of assertief gedrag wordt vastgelegd. De GSB is afgenomen op T1 en T3, de IOA op T1, T2 en T3.

Analoog aan de PSE/SCL-90, biedt de combinatie van GSB en IOA de mogelijkheid het functioneren vanuit twee verschillende referentiekaders te beoordelen. Ook is opnieuw sprake van twee verschillende meetmethoden, een interview en een vragenlijst. De GSB stamt uit een sociologische traditie, waarbij het functioneren wordt beschouwd vanuit het rolconcept. Gedrag wordt beoordeeld tegen de achtergrond van de normatieve opvattingen en verwachtingen van de groep mensen waartoe de respondent kan worden gerekend. De IOA stamt uit een psychologische en gedragstherapeutische traditie. Daar worden sociale vaardigheden en sociale angst verondersteld een sturende invloed te hebben op het ontstaan van psychopathologie.

Sociaal netwerk en sociale steun: de sociaal netwerk/sociale steun vragenlijst (SNSS; Van Wijngaarden 1987) is een lijst waarvan het netwerkdeel het aantal netwerkgebieden, het aantal personen, de mate van contact met deze personen en de evaluatie van deze contacten vastlegt. Deze gegevens werden gereduceerd tot twee scores: potentie (het aantal verschillende netwerkgebieden waarop de respondent zich begeeft) en contacten (het aantal personen waarmee contacten worden onderhouden). In het steungedeelte van de lijst wordt de respondent gevraagd voor maximaal vijf personen aan te geven hoeveel steun wordt verkregen. Dit wordt uitgedrukt in een somscore: steun. De SNSS is afgenomen op T1, T2 en T3.

Behandelregistratie: voor het meten van het behandelproces werden 'dagboekjes' ontworpen die voor iedere dag van de (werk)week de vaste programmaonderdelen vermeldten. Patiënten kruisten aan aan welke onderdelen zij hadden deelgenomen, en gaven tevens aan met wie van de stafleden zij die dag gesprekken hadden gevoerd, en hoe lang deze gesprekken duurden. De onderdelen van de drie behandelprogramma's werden gereduceerd tot negen categorieën.

Registratie van de extra zorg voor dagklinische patiënten: (1) telefonisch contact met de dienstdoende arts-assistent, (2) persoonlijk gesprek met de dienstdoende arts-assistent op de kliniek, en (3) gebruik van het logeerbed; een op de open 24-uursafdeling geplaatst bed, waarvan voor maximaal zeven nachten gebruik kon worden gemaakt. Tevens was (4) overplaatsing naar de gesloten afdeling mogelijk.

Crisismomenten en calamiteiten: hiertoe werden gerekend (tentamen) suïcide, automutilatie, en ernstig non-verbaal agressief gedrag. Voor de omschrijving van een suïcidepoging werd de definitie van Dickstra (1981) gebruikt. Automutilaties moesten tot aantoonbare lichaamsbeschadiging aanleiding hebben gegeven. Non-verbale agressiviteit moest van voldoende ernst zijn om te worden gescoord.

Verdere zorg na ontslag: de gegevens hierover werden van de patiënt verkregen bij het T3 PSE-interview.

Statistiek: voor het beoordelen van de veranderingen tussen de drie meetmomenten is gebruik gemaakt van een MANOVA-variantieana-

lyse voor herhaalde metingen (Norusis 1986). Bij vrijwel alle analyses wordt gewerkt met een twee-factor model: (1) de factor meting, en (2) de factor conditie. De p-waarden geven respectievelijk aan in hoeverre veranderingen tussen meetmomenten voor beide groepen patiënten statistisch significant zijn en in hoeverre veranderingen tussen metingen voor de beide groepen significant verschillen. De volgende analyses werden verricht: T1-T2, T2-T3, en T1-T2-T3.

Resultaten

Tussen randomisatie en T1-meting moesten 21 (9%) van de 222 gerandomiseerde patiënten alsnog op een gesloten afdeling worden opgenomen, 10 (5%) gingen niet akkoord met de uitslag van de randomisatie en zochten elders (dag)klinische behandeling, 28 (13%) patiënten zagen af van opname en vervolgden hun ambulante behandeling, vier patiënten (2%) weigerden niet de behandeling, maar wel deelname aan het onderzoek, en negen (4%) vielen om andere redenen uit. Derhalve kon bij 150 patiënten een T1-meting worden verricht: 73 in dagbehandeling en 77 in 24-uursbehandeling. Deze uitval heeft het beoogde effect van de randomisatie niet teniet gedaan (zie tabel 1): de twee groepen patiënten bleken op slechts twee van de 90 onderzochte variabelen significant te verschillen.

De onderzochte populatie kan globaal worden omschreven als een relatief jonge, merendeels ongehuwde, voor bijna de helft alleenwonende, relatief hoog opgeleide groep patiënten, van wie een vijfde betaald werk heeft en veertig procent eerder psychiatrisch was opgenomen. Diagnostisch (DSM-III-R) gaat het naast de psychosen (waarvan een kwart psychotische stemmingsstoornissen) met name om stemmings- en angststoornissen. In vergelijking met APZ- (Wiersma e.a. 1992) en PAAZ-opnamepopulaties (Poelijoe 1992) vertoont de onderzochte populatie meer neurotische maar minder psychotische symptomen, terwijl het sociaal functioneren (GSB) iets minder beperkingen kent. Van de 150 patiënten bij wie een T1-meting werd verricht, namen er 119 (79%) aan de T2-, en 107 (71%) aan de T3-meting deel. Voor de uitval tussen T1 en T3 zijn drie redenen aanwijsbaar: (1) opnameduur 7-28 dagen (een behandelduur van minder dan 28 dagen werd om methodologische en behandelinhoudelijke redenen te kort voor een zinvolle T2-meting geacht), (2) tijdelijke overplaatsing naar een gesloten afdeling die langer dan 28 dagen duurde (behandeling op de gesloten afdeling interfereert dan te veel met de twee onderzochte behandelingen), en (3) weigering deelname T2- en/of T3-meting. Uit casuïstische beschrijvingen (Scheune 1992) blijkt dat alle patiënten uit deze drie groepen hun behandeling met geen of marginaal resultaat hebben afgebroken/afgesloten. De groep 'uitvallers' in de periode tussen T1- en T3-meting (N = 43) bleek niet significant te verschillen van de groep die aan alle drie metingen

Tabel 1: Onderzochte populatie: dagbehandeling (N = 73) en 24-uursbehandeling (N = 77)

	dagbch.	24-uurs.	p
seks (%)			ns
- mannen	36	48	
- vrouwen	64	52	
leeftijd (jaren)			
- gemiddelde	30.9	32.8	ns
- standaarddeviatie	8.2	9.4	
burgerlijke staat (%)			ns
- ongehuwd	60	57	
- gehuwd/samenwonend	27	30	
- gescheiden	7	13	
- weduwe/weduwnaar	5	0	
woonsituatie (%)			ns
- alleenwonend	43	40	
- wonend met partner en/of kinderen	34	39	
- wonend met ouders/familie/kennissen e.d.	23	20	
opleidingsniveau			
- gemiddelde op 6-puntsschaal	3.7	3.6	ns
werk (%)			ns
- betaald werk	22	22	
- vrijwillig werk	7	12	
- geen van beide	71	66	
gezinsinkomen (bruto/maand)			
- gemiddelde (x f 1000)	2.5	2.5	ns
psychiatrische voorgeschiedenis			
- eerder psychiatrisch opgenomen (%)	37	43	ns
- voorgeschiedenisindex	15.6	21.2	ns
verwijzer (%)			.02
- huisarts	18	10	
- vrijgevestigden/polikliniek/RIAGG	62	48	
- Krisis Centrum	3	14	
- klinische afdelingen	18	27	
diagnose (%)			ns
- psychosen	16	25	
- stemmingsstoornissen	38	38	
- angststoornissen	30	18	
- somatoforme en eetstoornissen	8	12	
- overigen	7	8	
voorkeur voor behandeling (%)			.02
- voorkeur voor dagbehandeling	51	27	
- voorkeur voor 24-uursbehandeling	15	20	
- geen specifieke voorkeur	34	53	

deelnam ($N = 107$). Ook de uitvallers van de dagbehandeling ($N = 17$) verschilden niet significant van die van de 24-uursbehandeling ($N = 26$). Gezien vanuit het 'intention to treat'-principe, bereikte 42% van de 123 24-uurspatiënten en 57% van de 99 dagpatiënten de derde meting; een significant verschil ($\chi^2 = 4.42$, $df = 1$, $p = .04$). De effectmetingen hebben derhalve betrekking op 56 dag- en 51 24-uurspatiënten.

In tabel 2 worden de resultaten van de effectiviteitsmetingen weergegeven. Op de PSE en de SCL-90 is sprake van een significante vermindering van symptomatologie over het traject T1-T2-T3. Deze veranderingen doen zich met name voor op het traject T1-T2, terwijl op het traject T2-T3 sprake is van stabilisatie. Tussen de behandelingen wordt bij geen van de verrichte analyses (T1-T2, T2-T3, T1-ST2-T3) een significant verschil gevonden.

Tabel 2: Present State Examination (PSE), Symptom Checklist (SCL-90), Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB), Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA) en Sociaal Netwerk/Sociale Steun vragenlijst (SNSS): vergelijking dagbehandeling ($n = 55$) en 24-uursbehandeling ($N = 49$) op T1-T2-T3-effect

	dagbeh.			24-uursbeh.						
PSE	T1	T2	T3	T1	T2	T3	F	p ¹	F	p ²
- totaalscore	26.5	12.6	13.0	27.2	12.6	10.6	102.41	.00	1.13	ns
- Index of Definition	6.0	4.1	4.1	5.8	4.2	3.9	78.69	.00	.37	ns
										p ³
SCL-90							66.79	.00	1.59	ns
- totaalscore mannen	205.2	154.8	177.8	203.4	152.0	148.6				
- totaalscore vrouwen	234.6	153.9	153.1	227.7	175.2	158.6				
GSB							F	p ¹	F	p ²
- totaalscore	14.0		11.0	14.0		11.4	70.11	.00	.21	ns
- totaal aantal beperkte rollen (excl. ouderrol)	4.8		3.1	4.8		3.3	86.63	.00	.19	ns
IOA										
- spanning totaalscore	98.2	74.3	75.1	90.5	75.6	74.0	43.17	.00	2.13	ns
- frequentie totaalscore	95.0	110.5	108.5	96.5	106.7	107.7	32.33	.00	.37	ns
SNSS										
- potentie	4.1	4.2	4.5	4.3	4.2	4.5	4.21	.02	.05	ns
- contacten	10.9	11.3	12.0	10.6	10.6	11.1	4.60	.01	.02	ns
- steun	2.7	2.7	2.7	2.6	2.7	2.6	1.25	ns	.20	ns

p¹ = hoofdeffect: meting

p² = interactie-effect: conditie/meting

p³ = interactie-effect: conditie/meting/sekse

Het sociaal functioneren (GSB) verbeterde tussen T1 en T3 significant, maar voor beide behandelvormen in vrijwel dezelfde mate. Op twee rollen werden significante verschillen gevonden; de dagpatiënten verbeterden meer op de familierol, terwijl de 24-uurspatiënten meer op de gezinsrol verbeterden.

Het interpersoonlijk functioneren (IOA) verbeterde over het traject T1-T2-T3 significant. Ook hier doen deze veranderingen zich voor op het traject T1-T2, terwijl op het traject T2-T3 sprake is van stabilisatie. Wederom worden tussen de beide vormen van behandeling geen significante verschillen gevonden.

De resultaten met betrekking tot sociale netwerk/steun (SNSS) wijken af van de voorafgaande. Voor twee dimensies, potentie en contacten, wordt op het traject T1-T2-T3 een significante toename gevonden, die wordt verklaard door veranderingen op het traject T2-T3. Voor de derde dimensie, steun, worden geen veranderingen gemeten. Geen van de analyses toonde een significant verschil tussen de beide condities.

Tenslotte zijn de beide groepen vergeleken op het percentage patiënten dat op T3 was teruggekeerd tot een vooraf gedefinieerde normgroep. Per meetinstrument is op basis van daarover beschikbare gegevens een cut-off-score bepaald. Deze cut-off-score werd zo gekozen dat 80 procent van een populatie 'normalen' hier onder scoort (PSE; Index of Definition ≤ 4 , SCL-90; score in de categorie 'boven gemiddeld' of lager, IOA; score in de categorie 'boven gemiddeld' of lager, en GSB; aantal beperkte rollen ≤ 2). In tabel 3 zijn de resultaten per meetinstrument en voor de combinatie van instrumenten vermeld. Opnieuw kunnen tussen de beide condities geen significante verschillen worden aangetoond.

Met multiple regressieanalyse en discriminant analyse is onderzocht

Tabel 3: Vergelijking T3-waarden met normgroepen (zie tekst): dagbehandeling (N = 56) en 24-uursbehandeling (N = 51)

	dagbeh.	24-uursbeh.			
<i>terugkeer naar normgroep op:</i>	N (%)	N (%)	chi ²	df	p
- PSE	30 (54)	30 (59)	.12	1	ns
- SCL-90	30 (54)	27 (53)	.00	1	ns
- IOA sp	35 (63)	32 (63)	.00	1	ns
- IOA fr	42 (75)	33 (65)	.90	1	ns
- GSB	23 (41)	14 (27)	1.63	1	ns
- [PSE+SCL-90]	23 (41)	21 (41)	.00	1	ns
- [IOA sp+IOA fr]	30 (54)	21 (41)	1.19	1	ns
- PSE+SCL-90+[IOA sp+IOA fr]	16 (29)	12 (24)	.14	1	ns
- [PSE+SCL-90]+GSB	16 (29)	8 (16)	.19	1	ns
- [IOA sp+IOA fr]+GSB	15 (27)	6 (12)	2.93	1	ns
- [PSE+SCL-90]+[IOA sp+IOA fr] +GSB	12 (21)	5 (10)	1.89	1	ns

of bepaalde typen patiënten meer of minder baat hebben gehad bij dag- of 24-uursbehandeling. Een predictorset van 15 variabelen (seks, leeftijd, burgerlijke staat, opleiding, PSE-totaalscore, SCL-90-totaalscore, DSM-III-R/As I-diagnose, aantal beperkte rollen op de GSB, IOA-spanningsscore, IOA-frequentiescore, grootte sociaal netwerk, aantal contacten met netwerkleden, ervaren sociale steun, psychiatrische voorgeschiedenisindex, behandelvoorkeur) werd stapsgewijs geanalyseerd in relatie tot de residue gain-scores van de PSE-totaalscore, de SCL-90-totaalscore, de IOA-Spanningsscore en de IOA-Frequentiescore voor T₁-T₂, en dezelfde variabelen, alsmede het aantal beperkte rollen op de GSB, en de potentie en netwerkvariabele van de SNSS voor T₁-T₃. Daarbij werd de voorspelde variabele steeds uit de set weggelaten. De residue gain-score (DuBois 1957) geeft aan in welke mate iemand tussen twee meetmomenten meer of juist minder is veranderd dan op basis van een regressievergelijking kan worden voorspeld. De multiple regressieanalyse gaf geen resultaten. De resultaten op T₂ en T₃ konden niet worden voorspeld uit de T₁-meting.

Voor de discriminantanalyse werden de 150 patiënten toegewezen aan één van de volgende groepen: (1) minste baat (N = 31): patiënten die zijn uitgevallen in verband met een opnameduur van minder dan 29 dagen, een overplaatsing naar een gesloten afdeling van langer dan 28 dagen, of het niet hebben deelgenomen aan de T₂- en de T₃-meting, (2) meeste baat (N = 28): patiënten die een half jaar na ontslag een PSE-ID-score ≤ 4 hadden, en op de GSB twee of minder beperkte rollen scoorden, en (3) gemiddelde baat: de overigen. Met dezelfde predictorset als gebruikt bij de multiple regressieanalyse kon ook nu geen goede voorspelling voor één of beide condities worden gemaakt.

Tot nu toe blijkt dat (1) de uitval op beide afdelingen niet selectief is geweest, en (2) de effectiviteit van beide behandelingen niet verschilt. Dat betekent dat het verantwoord is de bij de 99 dagbehandelingspatiënten gevonden resultaten te generaliseren naar de groep patiënten die bij opname voor een open afdeling geschikt werd bevonden (N = 222). Deze generalisatie (voor berekening: zie Schene 1992) wees uit dat voor 33% van alle voor 24-uurszorg geïndiceerde patiënten dagbehandeling een reëel alternatief vormt. Voor 26% geldt dat alternatief vanaf het moment van opname, voor 6% na een periode op een gesloten afdeling opgenomen te zijn geweest.

De gemiddelde behandelduur voor de 73 patiënten in dagbehandeling bedroeg 37.6 weken (mediaan = 36.0; s.d. = 18.2) en voor de 77 in 24-uursbehandeling 24.9 weken (mediaan = 22.0; s.d. = 18.6), een significant verschil (Mann Whitney U test, $z = -4.12$, $p \leq .001$).

Met betrekking tot de gevolgde behandeling blijkt dat de beide behandelingen gedurende de 5e t/m 20e behandelweek op het punt van de groepstherapie, de bewegingstherapie, de dramatherapie en de secundair-milieu-activiteiten niet verschilden (tabel 4). Voor de overige be-

handelvormen is de behandelintensiteit op de 24-uursbehandeling significant hoger. Voor de individuele gesprekstherapie en de individuele begeleiding geldt dat zowel voor het gemiddeld aantal uren als voor het gemiddeld aantal keren c.q. gesprekken gedurende die zestien weken.

Bij het beoordelen van de volledige behandeluur, hebben de dagpatiënten in vergelijking met de 24-uurspatiënten ongeveer dezelfde hoeveelheid individuele gespreks-, socio- en systeemtherapie gevolgd. Zij hebben aan significant meer groepspsychotherapie, bewegingstherapie en dramatherapie deelgenomen. Anderzijds is het verschil in behandeluur niet groot genoeg om het verschil in behandelintensiteit voor de individuele begeleiding en de activiteitentherapie te compenseren. Ondanks de kortere gemiddelde behandeluur, blijken de 24-uurspatiënten uiteindelijk toch meer van deze laatste twee therapievormen te hebben gevolgd.

De extra zorg die noodzakelijk was voor de dagklinische patiënten (N

Tabel 4: Gemiddelde hoeveelheid gevolgde behandeling in 5e t/m de 20e behandelweek en gedurende volledige behandeling: dagbehandeling (N = 43) en 24-uursbehandeling (N = 37)

	behandeling week 5 t/m 20				volledige behandeling			
	dag-beh.	24 uren	MWU-test	p	dag-beh.	24 uren	MWU-test	p
<i>individuele gesprekstherapie</i>	M	M	z	p	M	M	z	p
– aantal uren	7.2	9.5	-2.32	.02	19.0	17.6	-4.5	ns
– aantal zittingen	10.0	15.4	-3.60	.00	25.3	26.9	-2.4	ns
<i>individuele begeleiding</i>								
– aantal uren	3.6	10.0	-5.15	.00	9.6	17.9	-2.84	.00
– aantal zittingen	4.6	16.2	-5.83	.00	11.5	31.0	-4.02	.00
<i>groepstherapie</i>								
– aantal keren	30.3	31.8	-.11	ns	72.7	51.8	-2.71	.01
<i>sociotherapie</i>								
– aantal keren	88.6	118.8	-4.93	.00	207.7	197.8	-1.23	ns
<i>systeemtherapie</i>								
– aantal keren	1.1	2.9	-3.07	.00	3.8	4.6	-.62	ns
<i>activiteitentherapie</i>								
– aantal keren	18.1	55.9	-6.94	.00	39.7	86.1	-4.27	.00
<i>bewegingstherapie</i>								
– aantal keren	25.2	24.6	-.31	ns	59.4	38.7	-3.44	.00
<i>dramatherapie</i>								
– aantal keren	11.5	11.2	-.23	ns	28.3	17.8	-3.60	.00
<i>secundair-milieuactiviteiten</i>								
– aantal keren	2.2	2.6	-.12	ns	11.9	5.4	-1.14	ns

M = gemiddelde

= 73): 42% van hen voerde buiten kantooruren telefonische gesprekken met de dienstdoende arts-assistent, 27% gebruikte het logeerbed (gemiddeld acht nachten), 7% werd voor een periode van gemiddeld negen dagen overgeplaatst naar de gesloten afdeling en 4% bezocht de kliniek buiten kantooruren. Ten slotte werd 3% tijdelijk op de afdeling biologische psychiatrie opgenomen in verband met ondergewicht bij een eetstoornis. Bij deze verschillende vormen van extra zorg gaat het voor een belangrijk deel om dezelfde patiënten: 48% heeft van één of meer vormen van extra zorg gebruik gemaakt. Patiënten die het logeerbed gebruikten ($N = 20$) waren jonger ($t = 2.16$, $p = .03$) en meer van hen werden in het half jaar na ontslag klinisch opgenomen ($\chi^2 = 5.93$, $df = 1$, $p = .01$) dan hen die dat bed niet gebruikten ($N = 53$).

Het suïciderisico en de non-verbale agressiviteit blijken tussen de beide behandelingen niet te verschillen. Wel verschillend zijn het aantal automutilaties en het aantal patiënten dat zich automutileerde ($\chi^2 = 6.09$, $df = 1$, $p = .01$). De patiënten die zich automutilerden zijn hoger opgeleid dan zij die dit niet deden ($t = -1.98$, $p = .05$).

De verdere zorg gedurende het half jaar na ontslag doet beide condities niet van elkaar verschillen. Uit beide condities maakte een kwart van de patiënten gedurende het half jaar na het ontslag (opnieuw) gebruik van een klinische voorziening.

Discussie

Dit onderzoek had tot doel de haalbaarheid en de relatieve effectiviteit van psychiatrische dagbehandeling voor patiënten die normaliter op een open 24-uursafdeling worden opgenomen te bestuderen. De effectiviteit van de beide behandelingen blijkt op uiteenlopende dimensies niet te verschillen. Globaal gesproken komen de eerdere studies, en ook het Substitutieproject Drenthe (Nienhuis e.a. 1992), op het gebied van de psychopathologie tot overeenkomstige resultaten.

Voor het sociale functioneren ligt dit iets anders. Uit de voor 1985 verrichte studies kwam de dagbehandeling als iets effectiever naar voren (Schene en Gersons 1985). Sindsdien zijn op dit punt wisselende resultaten gemeld. Gerandomiseerde studies toonden een gering voordeel voor dagbehandeling (Rüphan e.a. 1991), een gering voordeel voor 24-uursbehandeling (Creed e.a. 1990), of een dermate grote uitval dat in het geheel geen conclusies konden worden getrokken (Dick e.a. 1985). Hoewel het functioneren door ons werd gemeten met twee psychometrisch voldoende onderzochte instrumenten, die verschillende aspecten van het functioneren maten (het sociale (GSB) en het interpersoonlijke (IOA)), konden evenzeer geen verschillen worden aangetoond. Er lijkt thans weinig reden aan te nemen dat dagbehandeling op het terrein van het functioneren belangrijk betere, dan wel minder goede resultaten behaalt als 24-uursbehandeling. Een vergelijking met het Substitutiepro-

ject Drenthe is op dit punt moeilijk, omdat de dagpatiënten daar zowel meer aandacht als meer behandeling genoten (Wiersma e.a. 1992).

Op het terrein van het sociale netwerk en de sociale steun zijn vergelijkingen met andere studies niet mogelijk; dergelijke metingen zijn eerder niet verricht. Ook hier werden door ons geen verschillen tussen de condities gevonden. Men zou kunnen veronderstellen dat dagbehandeling de patiënten zowel eerder alsook beter in staat stelt hun sociale netwerk in kwaliteit te verbeteren. Het feit dat de gepercipieerde sociale steun tussen opname, ontslag en een half jaar nadien in het geheel geen verandering onderging, is opmerkelijk gezien de aandacht die in de beide behandelingen aan dat punt werd besteed. Mogelijk is de behandelduur plus follow-up-periode van een half jaar te kort om dergelijke veranderingen zich te laten voordoen. Anderzijds moet worden overwogen dat het bij de betreffende populatie vergroten van de sociale steun mogelijk verre van eenvoudig is.

Hoewel in effectiviteit geen verschillen tussen de beide behandelingen werden gevonden, bleek het percentage van de gerandomiseerde patiënten dat de behandeling startte, afmaakte, en bereid was aan de T3-meting deel te nemen voor de dagbehandeling significant groter. Dit verschil wordt verklaard door (1) patiënten die de randomisatieuitslag niet accepteerden, (2) patiënten die om andere reden afzagen van behandeling, en (3) patiënten die hun behandeling gedurende de eerste weken zelf afbraken. Hieruit, en uit het feit dat meer patiënten een voorkeur voor dagbehandeling aangaven, kan worden opgemaakt dat deze vorm van behandelen vaker wordt geaccepteerd en vaker wordt afgemaakt. Ook de hier niet beschreven satisfactiemeting (zie Schene 1992) gaf aan dat de patiënten in dagbehandeling op een aantal punten tevredener waren dan de 24-uurspatiënten. Het betrof hier vooral een aantal kenmerken van de kliniek en de mate van zelfstandigheid.

Het verschil in gemiddelde behandelduur is in overeenstemming met eerdere studies. Zwerling en Wilder (1962), Dick e.a. (1985) en Creed e.a. (1990) vonden allen een $2\frac{1}{2}$ tot 3 maal zo lange behandelduur voor de dagbehandeling. Ook in het Substitutieproject Drenthe was de behandelduur, hoewel niet significant, lager voor de dagbehandeling: 4,5 maand versus 3,5 maand (Wiersma e.a. 1992). Alleen Herz (1971) vond een gemiddeld kortere behandelduur voor de dagpatiënten.

Voor het verschil in behandelduur zijn enkele verklaringen mogelijk. Ten eerste de beschreven grotere voorkeur voor, acceptatie van, en tevredenheid met de dagbehandeling, waarbij tevens bleek dat voor de dagbehandeling de mate van tevredenheid significant samenhang met de behandelduur, terwijl dit voor de 24-uursbehandeling niet het geval was. Voorkeur, acceptatie en tevredenheid geven aan dat dagbehandeling een relatief aantrekkelijk arrangement is. De vraag die rest is of de behandelduur daardoor mogelijk onnodig is verlengd.

Een tweede verklaring betreft de tijd die nodig is voor het bereiken

van behandeldoelen. Door andere onderzoekers is beargumenteerd dat de langere behandelduur valt te legitimeren door de iets betere behandelresultaten, met name op het terrein van het sociaal functioneren (Creed e.a. 1990). Deze redenering gaat hier niet op. Eerder zou de vraag moeten worden gesteld of de dagpatiënten voor het bereiken van dezelfde behandelresultaten gewoonweg meer tijd nodig hebben gehad.

Een derde verklaring betreft de behandelintensiteit in het betoog. Het valt te verdedigen dat de behandelduur voor de dagbehandeling langer moest zijn, omdat hier minder intensief werd behandeld; op basis van de verschillen zou de 24-uursbehandeling als stoomcursus kunnen worden getypeerd, terwijl de dagbehandeling eerder voldoet aan de kenmerken van een part-time cursus, en derhalve ook langer duurt.

Met name omdat de staf/patiëntratio's, de programma's en de faciliteiten van de beide afdelingen in opzet vrijwel identiek waren, zijn de verschillen in behandelintensiteit intrigerend. Vergelijking met andere studies is hier niet mogelijk, omdat die op dit punt geen gegevens hebben verzameld.

Voor de gevonden verschillen in individuele gesprekstherapie, individuele begeleiding, systeem-, activiteiten- en sociotherapie zijn enkele verklaringen mogelijk. Ten eerste was het voor de dagbehandeling niet simpel om de participatiegraad van patiënten op niveau te houden. Dit heeft zowel te maken met het feit dat een deel van de patiënten met regelmaat grote moeite had 's ochtends naar de kliniek te komen, als met de grotere vrijheid die de dagpatiënten hadden om een meer op hun individuele behoefte gericht behandelprogramma samen te stellen. De afdelingspsychiater van de dagkliniek beschreef het zo: 'minder vanzelfsprekend dan vroeger wordt aangenomen dat alles wat in een uitgebreid therapieprogramma aangeboden wordt, zonder meer nuttig en zinvol voor iedereen is' (Nabarro en Rijken 1991). Een aanzienlijk deel van de dagpatiënten verliet reeds na de lunch de kliniek, als gevolg waarvan met name de in de middag geprogrammeerde onderdelen (individuele therapieën en activiteitenbegeleiding) in het gedrang kwamen.

Een andere factor betreft het enige verschil in stafbezetting; op de 24-uursafdeling werkten in verband met het dienstensysteem 6 f.t.e.'s verpleegkundigen meer. In de loop van het onderzoek werd het op die afdeling noodzakelijk geacht dit personeel meer overdag en minder 's avonds en 's nachts in te zetten. Dit kan vooral het gevonden verschil in sociotherapie en individuele begeleiding, bij uitstek verpleegkundige activiteiten, verklaren. Opvallend is dat de drie programmaonderdelen waarvoor de behandelintensiteit niet verschilde (groeps-, drama- en bewegingstherapie) behoren tot de vast geagendeerde onderdelen. Blijkbaar hebben patiënten van beide afdelingen er voor gekozen hier consequent aan deel te nemen.

Samenvattend kan het verschil in behandelintensiteit het beste worden begrepen door de genoemde verklaringen te combineren. De dag-

patiënten waren niet alleen frequenter, maar vooral ook selectiever afwezig. Hierdoor volgden zij minder socio-, activiteiten- en individuele therapie, maar evenveel groeps-, drama- en bewegingstherapie. Mogelijk dat deze laatste drie therapievormen door hen in het bijzonder belangrijk werden gevonden. Dat de dagpatiënten veelal de middagen, maar zeker de avonden en de weekeinden niet in de kliniek aanwezig waren, heeft vooral consequenties gehad voor de hoeveel verkregen individuele begeleiding, terwijl deze begeleiding en de sociotherapie bovendien op de dagkliniek minder frequent konden worden gegeven door de lagere verpleegkundige bezetting. Niet voor niets dat op de dagbehandeling steeds duidelijker werd dat voor het bieden van de drie programma's en het bieden van de noodzakelijke individuele aandacht, meer verpleegkundig personeel noodzakelijk was.

Het leggen van verbanden tussen de totaal genoten behandeling en de effectiviteit is niet gemakkelijk. Voorlopig moet worden geconcludeerd dat het intensievere contact met het milieu buiten de kliniek, de langere behandelduur en het surplus aan groeps-, drama- en bewegingstherapie, de dagpatiënten gemiddeld genomen geen extra baat hebben opgeleverd. Anderzijds is het echter evenmin zo dat het therapeutisch 24-uursmilieu, de grotere hoeveelheid individuele begeleiding en de grotere deelname aan de activiteitentherapie, zich uiten in een beter behandelresultaat voor de patiënten in 24-uursbehandeling.

Gelet op de crisismomenten, brengt dagbehandeling geen extra risico's met zich. Dat op de 24-uursafdeling meer automutilatie plaatsvond, moet worden genuanceerd; dit heeft zich voorgedaan in een beperkte periode van ongeveer vijf maanden. Van dit gedrag is reeds lang bekend dat het zich als een 'besmettelijke ziekte' in groepen van psychiatrische patiënten kan verspreiden, vooral in een 'small established network of closely linked peers' (Feldman 1988). Rosen en Walsh (1989), die dergelijke epidemieën onderzochten, menen dat het 'dagelijks voor vele uren' aan elkaar zijn blootgesteld, faciliterend werkt op dit gedrag. Over de eventuele verschillen in voorkomen binnen een klinische en dagklinische setting zijn ons geen gegevens bekend.

De resultaten omtrent de voor dagklinische patiënten noodzakelijke extra zorg geven aan dat deze een belangrijke voorwaardescheppende factor zijn. Opnamevervangende dagbehandeling vraagt, zo blijkt opnieuw (zie ook Schene e.a. 1987), om een nauwe relatie met klinische voorzieningen. Anderzijds blijkt ook dat de helft van de patiënten geen gebruik heeft gemaakt van deze extra zorg. Toch zal voor een deel van hen de wetenschap dat zij in geval van nood hierop zouden kunnen terugvallen reeds voldoende zijn geweest om hun dagbehandeling in moeilijke fasen te continueren.

Voor 33% van alle voor 24-uurszorg geïndiceerde patiënten bleek dagbehandeling een reëel alternatief te zijn. Dit percentage is lager dan dat van buitenlandse studies, maar wijkt, ondanks het verschil in opzet,

met name in patiënttoewijzing, niet veel af van dat uit het Substitutieproject (40%). Naast het feit dat Nederland zijn unieke GGZ-structuur kent, is een belangrijke reden voor dit verschil dat genoemde studies werden verricht in landen waar al geruime tijd ervaring was opgedaan met vormen van opnamevervangende dagbehandeling. Zoals bekend waren de projecten in Utrecht en Assen pioniers op dit terrein, doch pioniers die de nieuwe wegen met voorzichtigheid betraden. De inmiddels opgebouwde behandelexpertise zou de percentages in nieuwe studies vrijwel zeker hoger doen uitvallen.

Het is niet mogelijk gebleken variabelen te identificeren die consistent voor één van de beide behandelingen een voorspellende waarde bezitten ten aanzien van veranderingen tussen opname en ontslag en/of tussen opname en een half jaar na ontslag. De hoop bestond enige verheldering te brengen in de kwestie omtrent de indicatiestelling. Een reden voor dit niet kunnen voorspellen is wellicht het niet in de analyse opnemen van procesvariabelen (bij voorbeeld kenmerken van de behandelaren, de behandeling en de programma's, de samenstelling van de patiëntenpopulatie, toevallige incidenten gedurende de behandeling, e.a.). Deze variabelen zouden weleens belangrijker kunnen zijn dan eenmalig bij opname gemeten kenmerken. Indien op het punt van de indicatiestelling wetenschappelijk gezien vooruitgang moet worden geboekt, dan zal dat type variabelen meer aandacht behoeven. Anderzijds kunnen ook de statistische beperkingen aan het niet kunnen voorspellen debet zijn. Overigens moet worden vermeld dat het wetenschappelijk onderzoek hier vooralsnog nauwelijks enige verheldering heeft kunnen brengen.

Veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg kunnen niet uitsluitend door enkelvoudige, door de lokale situatie gekleurde experimenten worden gelegitimeerd. Ten aanzien van dagbehandeling als alternatief voor 24-uursbehandeling mag echter inmiddels worden aangenomen dat toepassing hiervan op grotere schaal dan thans, zeker verantwoord is. Verscheidene buitenlandse studies, alsmede de twee Nederlandse, het Utrechtse en het Drentse project, hebben dat voldoende duidelijk gemaakt.

Noot

1. Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door subsidies van het Praeventiefonds en het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Literatuur

Arrindell, W.A., en H. Ettema (1981), Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90): gegevens gebaseerd op een fobische en een 'normale' populatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie* 36, 77-108.

- Creed, F., P. Anthony, K. Godbert en P. Huxley (1989), Treatment of severe psychiatric illness in a day hospital. *British Journal of Psychiatry* 154, 341-347.
- Creed, F., D. Black, P. Anthony, M. Osborn, P. Thomas en B. Tomenson (1990), Randomized controlled trial of day versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal* 300, 1033-1037.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, (1987a), *Handleiding bij de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen, IOA. Een zelfbeoordeling voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, (1987b), *Sociale angst en non-assertiviteit bij psychiatrische patiënten: onderzoek in de klinische praktijk*. Dissertatie. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Derogatis, L.R. (1977), *SCL-90: administration, scoring, and procedures manual for the R(evised) Version*. John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore.
- Dick, P.H., L. Cameron, D. Cohen, M. Barlow en A. Ince, (1985), Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *British Journal of Psychiatry* 147, 246-250.
- Diekstra, R.F.W. (1981), *Over suïcide*. Samsom Uitgeverij, Alphen aan den Rijn/Brussel.
- DuBois, P.H. (1957), *Multivariate correlational analysis*. Harper, New York.
- Feldman, M.D. (1988), The challenge of self-mutilation: a review. *Comprehensive Psychiatry* 29, 252-269.
- Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer en A. Mesnikoff (1971), Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *American Journal of Psychiatry* 127, 1371-1381.
- Hoge, M.A., L. Davidson, W.L. Hill, V.E. Turner en R. Ameli (1992), The promise of partial hospitalization: a reassessment. *Hospital and Community Psychiatry* 43, 345-354.
- Kluiter, H., R. Giel, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en D. Wiersma (1990), Haalbaarheid van dagbehandeling voor de opnamepopulatie van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 625-639.
- Nabarro, G., en H. Rijken (1991), Psychiatrische deeltijdbehandeling: Utrechtse ontwikkelingen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 46, 1068-1077.
- Nienhuis, F.J., R. Giel, H. Kluiter, M. Rüphan en D. Wiersma (1991), Haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling in relatie tot de psychopathologie bij opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 463-476.
- Nienhuis, F.J., R. Giel, H. Kluiter, M. Rüphan en D. Wiersma (1992), Beloop van de psychopathologie bij een experimentele dagbehandelingsgroep en een controlegroep. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 412-425.
- Norusis, M.J. (1986), *Advanced statistics SPSS/PC + for the IBM PC/XT/AT*. SPSS, Chicago Inc.
- Nota Geestelijke Volksgezondheid, Handelingen Tweede Kamer der Staten Generaal 1983-1984, 18.463, nr. 1-2.
- Parker, S., en J.L. Knoll (1990), Partial hospitalization: an update. *American Journal of Psychiatry* 147, 156-160.
- Poelijoe, N.W. (1992), *Opnamevervangende dagbehandeling op Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Rosen, P.M., en B.W. Walsh (1989), Patterns of contagion in self mutilation epidemics. *American Journal of Psychiatry* 146, 656-658.
- Rosie, J.S. (1987), Partial hospitalization: a review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 1291-1299.

- Rüphan, M., R. Giel, H. Kluiters, F.J. Nienhuis en D. Wiersma (1991), Haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling in relatie tot sociale beperkingen bij opname. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 477-489.
- Schene, A.H., en B.P.R. Gersons (1985), De effectiviteit van psychiatrische deeltijdbehandeling: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 634-656.
- Schene, A.H., en B.P.R. Gersons (1986), Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74, 335-340.
- Schene, A.H., P. van Lieshout en J. Mastboom (1987), *Deeltijdbehandeling in Nederland; de volledige stand van zaken in 1986*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Schene, A.H., P. van Lieshout en J. Mastboom (1988), Different types of partial hospitalization programs. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 75, 515-520.
- Schene, A.H., en B. van Wijngaarden (1992), Randomiseren en generaliseren in het patiëntgebonden onderzoek: onderzoekservaringen uit de psychiatrie. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 70, 244-250.
- Schene, A.H. (1992), *Psychiatrische dagbehandeling en 24-uursbehandeling: een vergelijkend onderzoek*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Schene, A.H., B. van Wijngaarden, N.W. Poelijoe, P.R. van Drunen en B.P.R. Gersons (1992), Resultaten van het vergelijkend onderzoek dagbehandeling en 24-uursbehandeling te Utrecht. In: D. Wiersma en A.H. Schene (red.), *Opnamevervangende dagbehandeling in de psychiatrie*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht, 81-100.
- Whitelaw, C.A., en E.L. Perez (1987), Partial hospitalization programs: a current perspective. *Administration in Mental Health* 15, 62-72.
- Wiersma, D., A. de Jong en J. Ormel (1984), *De Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB)*. Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Wiersma, D., A. de Jong, J. Ormel en H.J.M. Kraaykamp (1986), *De Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB). Handleiding voor het gebruik van het instrument voor de beoordeling van beperkingen in het sociale functioneren*. Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.
- Wiersma, D., H. Kluiters, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en R. Giel (1992), Opzet en uitvoering van het wetenschappelijk onderzoek in het substitutieproject Drenthe. In: D. Wiersma en A.H. Schene (red.), *Opnamevervangende dagbehandeling in de psychiatrie*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht, 23-30.
- Wiersma, D., en A.H. Schene (red.) (1992), *Opnamevervangende dagbehandeling in de psychiatrie*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Wijngaarden, B. van (1987), *Sociale netwerk, sociale steun, gebeurtenissen vragenlijst*. Afdeling Ambulante en Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht, Utrecht.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms*. University Press, Cambridge.
- Zwerling, I., en J.F. Wilder (1962), Day hospital treatment for acutely psychotic patients. *Current Psychiatric Therapies* 2, 200-210.

Summary: Day-treatment and residential treatment compared. The results of research in Utrecht, the Netherlands

A prospective randomised comparative study on the effectiveness of psychiatric day treatment and inpatient treatment is described. The target population consisted of pa-

tients who would normally have been admitted to an open inpatient unit. Outcome indicators were psychopathology, social functioning, interpersonal functioning, social network and social support.

No differences in effectiveness were found between the two forms of treatment, although more patients accepted and completed day treatment, and day patients were more satisfied. Although a uniform treatment programme for both departments was established, distinct differences did arise in the actual treatment programme offered to the patients. The duration of treatment for the day patients was considerably longer, whilst the intensity of treatment was more low-key. No striking differences in the amount of medication prescribed and in the occurrence of crisis situations (including suicide) were found.

Day treatment turns out to be a realistic alternative for 33% of all patients admitted for inpatient treatment. It was not possible to predict which type of patient in particular is suitable for day treatment.

A.H. Schene is psychiater, Universitair Hoofddocent, vakgroep Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam. B. van Wijngaarden is sociaal-psycholoog, vakgroep Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam. N.W. Poelijoe is ten tijde van het onderzoek als klinisch psycholoog verbonden aan de vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht.

P.R. van Drunen is ten tijde van het onderzoek als klinisch psycholoog verbonden aan de vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht. B.P.R. Gersons is psychiater, hoogleraar Psychiatrie, Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: Dr. A.H. Schene, Polikliniek Psychiatrie A3.254, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 1-3-1993.