

'Crisisbehandeling in deeltijd'

door J.L. Staal en F.C.G. van Gils

Samenvatting

In dit artikel wordt een vorm van deeltijdbehandeling beschreven voor acute psychiatrische problematiek. Na een inleiding betreffende verschillende recente ontwikkelingen binnen de deeltijdbehandeling, worden de knelpunten genoemd die hebben geleid tot het ontstaan van deze vorm van crisisbehandeling in deeltijd in de regio Groningen. Er volgt een beschrijving van deze behandelvorm (ADB) waarbij op concrete wijze behandelsetting, stafsamenstelling, werkwijze en doelgroep worden geschetst. Enkele formele kenmerken van ruim 100 patiënten worden gepresenteerd en besproken. In de afsluitende beschouwing komen enkele knelpunten aan de orde en wordt een 'tentatieve' vergelijking gemaakt met OVDB en reguliere vormen van deeltijdbehandeling.

Inleiding

De laatste jaren staan de opnamevervangende toepassingen van de deeltijdbehandeling sterk in de belangstelling. In het merendeel van de artikelen gaat het om zorgvuldige, gerandomiseerde onderzoeken waarbij patiëntvariabelen worden vergeleken tussen deeltijdbehandeling en klinische behandeling. In veel van deze onderzoeken worden patiënten die voor een opname zijn geaccepteerd, verdeeld over de deeltijdbehandeling en de 24-uurs behandeling. In deze artikelen wordt ook vaak aandacht besteed aan de veranderingen in het behandelbeleid, als er op een klinische afdeling meer patiënten in deeltijd worden behandeld (Veldhuizen e.a. 1988; Kluiters e.a. 1990; Vuister 1990; Perquin 1991; Schene 1992; Wiersma en Schene 1992). De behandeling wordt omschreven als opnamevoorkomende deeltijdbehandeling (OVDB): substituerende dagbehandeling, ambulante opname of klinische dagbehandeling. Bij deze veranderingen wordt er opvallend weinig gebruik gemaakt van de ervaringen van traditionele afdelingen voor deeltijdbehandeling.

In 1988 onderscheidde Schene (1988b) vier vormen van deeltijdbe-

handeling, te weten vervanging intramuraal, vervolgbehandeling intramuraal, uitbreiding ambulant en dagactivering. In slechts 7% van de gevallen functioneerde in de deeltijdbehandelingen een crisisprogramma (uitbreiding ambulant). Hij concludeerde: 'In Nederland lijkt de historisch gegroeide kloof tussen de inrichtingspsychiatrie en ambulante psychiatrie met de komst van de deeltijdbehandeling vooralsnog slechts gedeeltelijk overbrugd. De functie van deeltijdbehandeling is te algemeen beperkt gebleven tot vervolgbehandeling op een 24-uurs behandeling of kwalitatief hoogstaande psychotherapeutische programma's voor een geselecteerde groep patiënten. Het blijkt dat de deeltijdbehandeling in haar huidige vorm in zeer beperkte mate als substitutie van intramurale vormen van psychiatrische behandeling kan worden beschouwd. Daarvoor is het te selectief en is het substituerende element onvoldoende ontwikkeld.' (Schene 1988a; 1988b; 1992). Sinds 1988 wordt gepoogd de kloof tussen de 'inrichtingspsychiatrie en de ambulante psychiatrie' vanuit klinische afdelingen te overbruggen.

Toch zijn er ook binnen de traditionele afdeling voor deeltijdbehandeling voldoende mogelijkheden voor een intensievere behandeling in het algemeen en behandeling van acute psychiatrische stoornissen in het bijzonder.

In dit artikel zullen we het model van de Acute Deeltijd Behandeling (ADB) presenteren, dat enkele jaren geleden is ontwikkeld met het doel om patiënten in crisissituaties in deeltijd te behandelen, gebruik makend van de ervaringen van de deeltijdbehandeling, de polikliniek en de sociale psychiatrie.

Het ontwikkelen van de ADB vond plaats tegen de achtergrond van de volgende knelpunten:

1. Opnameverzoeken lopen in Groningen via het Centraal Opname- en Crisisbureau (COCB). Dit is een samenwerkingsverband van de RIAGG, de Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK) en het Psychiatrisch Ziekenhuis Drenthe, dat zich naast het plaatsen van patiënten ook bezighoudt met het toepassen van opnamebevorderende danwel opnamevoorkomende strategieën (Bloemers en Brook 1991). In een aantal gevallen was de bemoeienis van het COCB onvoldoende omdat de psychiatrische stoornis moeilijk te beïnvloeden was of omdat er naast het psychiatrisch toestandsbeeld verschillende andere probleemgebieden aanwezig waren en/of de huisgenoten niet langer in staat waren om de patiënt thuis op te vangen. Door de beperkte mogelijkheden van het COCB en de overige ambulante voorzieningen, was dan een opname vaak alsnog noodzakelijk.

2. Aansluitend aan het verblijf in een opnameafdeling voor acute psychiatrie, werden patiënten vaak verwezen naar de polikliniek of naar de deeltijdbehandeling. Poliklinische ondersteuning bleef vaak beperkt tot één à twee contacten per week met zonodig telefonische on-

dersteuning. Daar dit vaak onvoldoende was en plaatsing in de psychiatrische deeltijdbehandeling in verband met wachtlijsten vaak niet op korte termijn te realiseren was, bleven de patiënten vaak langer opgenomen.

De ADB werd geïntroduceerd om een uitbreiding van de ambulante interventiemogelijkheden te realiseren zowel aan de voordeur als aan de achterdeur van een acute psychiatrische opnameafdeling. In de indeling van Schene (1988b) is de ADB daarmee op te vatten als een combinatie van uitbreiding ambulant en vervolgbehandeling met mogelijk in bepaalde aspecten ook elementen van vervanging intramuraal.

Concrete uitwerking

Locatie – De ADB maakt onderdeel uit van het Ambulant Blok van het Psychiatrisch Ziekenhuis Drenth in Groningen. Het is gevestigd in een kantoorgebouw, nabij het centrum van de stad, hetgeen van belang is om de doelstellingen van de afdeling effectief te kunnen verwezenlijken (zie later).

Stafsamstelling – In de ADB werken de volgende vier disciplines:

1. De verpleegkundigen (1.7) zorgen voor het reilen en zeilen binnen de afdeling. Elke patiënt heeft een verpleegkundige als persoonlijk begeleider die tijdens kantooruren beschikbaar is. De verpleegkundige brengt samen met de patiënt structuur aan binnen zijn dagindeling met aandacht voor sociale functies thuis en elders, rustmomenten, ontspannende activiteiten, etc. Daarnaast maakt de verpleegkundige afspraken met betrekking tot de bij het behandelplan passende oefeningen, zoals bij voorbeeld gedragstherapeutische oefeningen middels exposure in vivo. Beide 'structurende activiteiten' vinden één- of tweemaal daags plaats, afhankelijk van de tijdperiode die door de patiënt is te overzien. De besprekingen vinden plaats in de groep of individueel, waarbij de gemaakte dagindeling en verdere afspraken worden vastgelegd. Deze geschreven afspraken dienen bij opeenvolgende besprekingen als leidraad voor behaalde doelen en eventuele bijstellingen daarvan. Regelmatig gaat de verpleegkundige ook 'mee naar buiten' om bij voorbeeld activiteiten te begeleiden (drempelverlaging). Ook doen de verpleegkundigen een dagelijks aanbod van groepsactiviteiten met de nadruk op ontspanning, zowel in de afdeling als in de stad.

2. De maatschappelijk werker (0.9) is verantwoordelijk voor alle contacten buiten de afdeling met 'belangrijke anderen'; andere hulpverleningsinstanties, familie, werkgevers etc. Hij doet standaard huisbezoek voor milieupeiling (zelfzorg, financiën, wonen, werk) en inventariseert eventuele relatie- en gezinsproblematiek. Partnerrelatie-vervolgesprekken worden op indicatie in de afdeling voortgezet door de maatschappelijk werker alleen of samen met de (assistent-)psychiater.

3. De psychomotoire therapeut (0.2) heeft mogelijkheden voor groeps-PMT, gericht op stimulering van het ervaren van plezier in lichamelijk bewegen (sport en spel) en het zoeken van vaardigheden en belangstelling op sportgebied. Daarnaast zijn er mogelijkheden voor individuele contacten in het kader van gerichte, kortdurende behandeling zoals bij voorbeeld hyperventilatietrainingen.

4. De (assistent-)psychiater (0.5) is verantwoordelijk voor de diagnostiek en (medicamenteuze) behandeling van het psychiatrisch toestandsbeeld. Ook psycho-educatieve aspecten komen aan de orde, evenals het bespreken van een eventueel nazorgaanbod.

Organisatie – De behandelduur is vastgesteld op zes weken en wordt verdeeld in drie perioden van twee weken. Nadat in de eerste twee weken de diagnostiek vanuit elke discipline wordt voltooid en een aanvang is gemaakt met het daadwerkelijk aanpakken van de gesignaleerde problemen, wordt reeds in de tweede twee weken de frequentie van aanwezigheid binnen de afdeling verminderd om de laatste twee weken voornamelijk aandacht te geven aan de beëindiging van de behandeling en aan de keuze van nazorg. Zo mogelijk wordt het contact met de vervolgbehandelaar reeds gelegd. Alle disciplines benadrukken regelmatig jegens patiënten de realiteit van de (korte) behandelduur.

In het behandelteam wordt driemaal per week gedurende 30 minuten de actuele stand van zaken besproken. Eénmaal per week, gedurende 90 minuten, vindt een uitvoerige behandelbespreking plaats. Naast uitwisseling van informatie is dit de plaats waar onder verantwoordelijkheid van de psychiater als behandelcoördinator de behandellijn wordt uitgezet en indien nodig bijgestuurd.

Werkwijze – In de ADB kunnen maximaal tien patiënten geplaatst worden. De behandelduur is individueel variabel met een maximum van vijf dagen per week gedurende maximaal zes weken. De behandeling is gericht op het herstellen van het niveau van functioneren van voor de crisis met het accent op de behandeling van het psychiatrisch toestandsbeeld en aandacht voor het verbeteren van sociale rollen (Staal 1989). De werkwijze hierbij is sociaal-psychiatrisch van aard, met het accent op een outreaching, op de actuele realiteit gerichte aanpak van de problemen. Het behandelplan wordt opgesteld na een intakegesprek waarbij de patiënt door de assistent-psychiater en één van de verpleegkundigen wordt gezien. Bij dit gesprek is tevens de verantwoordelijke psychiater kort aanwezig om zich persoonlijk een beeld te vormen van de psychopathologie en motivatie van de patiënt. Het in gang zetten van positieve veranderingen in het zelfstandig functioneren en het ontwikkelen van het eigen probleemoplossende vermogen worden vanaf de intake benadrukt door de verantwoordelijkheid voor de behandeling bij de patiënt zelf te leggen. Dit gebeurt door over allerlei zaken met de patiënt te onderhande-

len, zoals over afspraken met betrekking tot suïcidaliteit, automutilatie, eetproblemen, medicatie, sociaal dysfunctionerend rolgedrag etc.

Weliswaar vinden veel gesprekken in de afdeling plaats, maar de uitvoering van de gemaakte afspraken en opdrachten vindt, eventueel ondersteund door behandelaren, ter plekke in de woning, school of (vrijwilligers) werkplek van de patiënt plaats. Behalve behandeling van de individuele patiënt wordt vanaf het begin samengewerkt met een eventuele partner, het gezinssysteem en 'andere belangrijke personen' van de patiënt. Gedurende de behandeling wordt een vorm van 24-uurs zorg geboden door middel van telefonische bereikbaarheid. Binnen kantooruren is de persoonlijk begeleider in de afdeling bereikbaar, buiten kantooruren het verpleegkundig (avond-nacht-weekend) hoofd van het Psychiatrisch Ziekenhuis Drennoord in Zuidlaren. Door medewerkers van de ADB worden de met de patiënten gemaakte behandelafspraken dagelijks doorgegeven aan het verpleegkundig hoofd. Indien een contact heeft plaatsgevonden, maakt het verpleegkundige hoofd een verslag, dat de volgende ochtend naar de ADB-verpleegkundige wordt gefaxt. Op indicatie overlegt het verpleegkundig hoofd met de dienstdoende (assistent-)psychiater of wordt de patiënt door één van beiden gezien. Indien noodzakelijk is een 'bed op recept' beschikbaar. De patiënten worden dan voor één nacht opgenomen in de kliniek waarna de volgende ochtend het behandelprogramma van de ADB wordt voortgezet. Incidenteel is dit niet haalbaar en volgt alsnog een reguliere klinische opname. Ook bestaat de mogelijkheid dat de ADB-behandeling de eerste dagen plaatsvindt naast een klinische opname in het kader van het afronden van een klinische behandeling. De patiënten zijn dan overdag in de ADB en overnachten in de klinisch. Dit overnachten in de kliniek wordt in de eerste week van de behandeling in de ADB afgebouwd in overleg met de klinische behandelaren.

Doelgroep – Patiënten met een breed scala aan psychiatrische stoornissen komen in aanmerking voor behandeling. De beste indicatie vormen patiënten met een AS-I (DSM-III-R)-stoornis als angstklachten, depressieve klachten, reactieve psychotische decompensaties en decompensaties van (AS-II-)persoonlijkheidsstoornissen, met of zonder een AS-I-stoornis. Van belang is dat recent een crisis c.q. verergering van de klachten is opgetreden. Als contra-indicatie geldt eigenlijk slechts de onmogelijkheid om te komen tot betrouwbare afspraken over haalbare behandeldoelen, zoals bij de aanwezigheid van ernstig suicidegevaar en verslavingsproblematiek.

Enkele patiëntengegevens van 106 ADB-patiënten – Begin 1990 werd een begin gemaakt met het functioneren van de ADB. Vanaf eind 1990 functioneerde de afdeling volledig. In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van enkele patiëntengegevens (uit de PIGG-registratie)

van ruim 100 patiënten die in de ADB zijn behandeld in 1991 en in de eerste zes maanden van 1992. Ter vergelijking zijn in de tabellen naast de gegevens van de ADB-patiënten, tevens de percentages van de patiënten die in de opnamevervangende deeltijdbehandeling (OVDB) van het substitutieproject in Assen zijn behandeld (Kluiter e.a. 1990).

De diagnoses werden gesteld door de (assistent-)psychiater tijdens het intakegesprek voor de ADB. De diagnostiek vond plaats volgens de DSM-III-R-classificatie waarna conversie door de Medische Administratie naar ICD-9-classificatie in het kader van de PIGG-registratie plaatsvond. Bij de rubricering van de diagnose is uitsluitend de hoofddiagnose vermeld. Combinaties van AS-I- en AS-II-stoornissen zijn niet vermeld. Bij de rubriek persoonlijkheidsstoornissen is er sprake van een niet onder AS-I te classificeren decompensatie met de persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose.

Tabel 1: ICD-9-diagnose bij plaatsing in ADB

	ADB		OVDB
Affectieve psychose	44	(42%)	19%
Overige psychose	9	(8%)	32%
Neurotische stoornis	26	(25%)	16%
Persoonlijkheidsstoornis	10	(9%)	11%
Verslavingen	—		7%
Overige diagnoses	17	(16%)	15%
	106		

Uit tabel 1 blijkt dat ruim de helft van de patiënten qua diagnostiek onder te brengen is bij affectieve psychosen en andere psychosen. Dit is vergelijkbaar met de OVDB. Het accent ligt bij de ADB echter op de affectieve psychosen en bij de OVDB op de overige psychosen inclusief schizofrenie. In het merendeel van de gevallen waarbij sprake was van affectieve psychosen ging het om depressies in engere zin en een enkele keer om een (hypo)manie. Bij de overige psychosen was er vaak sprake van een paranoïde toestand. Psychosen in het kader van een schizofrenie waren vrijwel afwezig. Neurotische stoornissen werden vaker geplaatst in de ADB dan in de OVDB. Qua frequentie op de tweede plaats met 25% in de ADB tegen 16% op de 4e plaats in de OVDB. Bij bijna 10% van de patiënten was de persoonlijkheidsstoornis de hoofddiagnose. Dit is de enige categorie waarbij de ADB en OVDB een grote overeenkomst te zien geven (respectievelijk 9% en 11%). Onder de overige diagnoses werden ook de specifieke diagnoses gerangschikt, zoals de aanpassingsstoornissen en eetstoornissen. Patiënten met verslavingsproblematiek werden niet in de ADB geplaatst maar (door het COCB) verwezen naar het verslavingscircuit.

Tabel 2: Verwijzers

	ADB		OVDB
Huisarts	23	(22%)	27%
AGGZ	35	(33%)	55%
Semi-muraal	—		4%
Intramuraal	40	(38%)	6%
Eigen initiatief	8	(7%)	4%
Overigen/onbekend	—		5%
	106		

Bij tabel 2 valt op te merken dat de primaire verwijzers vermeld staan. De patiënten werden steeds door het COCB geplaatst in de ADB. De uiteindelijke beslissing over de toelating werd pas genomen nadat het intakegesprek had plaatsgevonden. Uit tabel 2 blijkt dat 22% van de patiënten verwezen werd door de huisarts en 31% reeds een ambulant GGZ-contact had (RIAGG, Polikliniek APZ/PUK of vrijgevestigd psychiater). 38% van de patiënten werd na een klinische behandeling in de ADB geplaatst. Deze groep was in de minderheid ten opzichte van de rechtstreeks in de ADB geplaatste patiënten (62%), maar lijkt in vergelijking met de OVDB een veel grotere plaats in het totaal aantal patiënten dat in behandeling werd genomen, in te nemen.

In de periode van anderhalf jaar waarin dit onderzoek plaatsvond werden naast de 106 patiënten die toegelaten werden, 27 patiënten niet toegelaten. 13 patiënten verschenen niet bij het intakegesprek of trok zich terug. 14 patiënten werden om drie verschillende redenen afgewezen voor plaatsing. In 5 gevallen was het niet mogelijk om een afspraak over het vermijden van suïcide te maken, waardoor een ADB-behandeling te veel risico's met zich meebracht. Deze patiënten werden na de intake terugverwezen naar het COCB, waarna meestal alsnog een klinische behandeling volgde.

Bij 6 patiënten was er tijdens het intakegesprek geen sprake meer van een acuut psychiatrisch toestandsbeeld en kon de patiënt terug worden verwezen naar de huisarts of AGGZ. Bij 3 patiënten was er sprake van een exacerbatie van een chronisch psychotische stoornis. Deze patiënten werden verwezen naar de Deeltijdbehandeling voor patiënten met chronische en recidiverende psychosen, in Zuidlaren.

In tabel 3 is aangegeven waarheen de patiënten, na ontslag uit de ADB, werden verwezen. Bijna 60% werd verwezen naar de AGGZ en bijna 10% moest uiteindelijk toch opgenomen worden. Terugverwijzing naar de huisarts vond niet plaats, maar incidenteel wel naar het Algemeen Maatschappelijk Werk.

Tabel 3: Verwijzing na ontslag ADB

	ADB	
Huisarts		
—		
AGGZ	62	(58%)
Semi-muraal	14	(13%)
Intramuraal	9	(8%)
Suïcide	2	(2%)
Maatschappelijk Werk	4	(4%)
Overigen/onbekend	10	(9%)
	106	

Twee patiënten pleegden suïcide tijdens het verblijf op de ADB. Het is niet helemaal duidelijk of deze suïcides verband hielden met de zorgvorm van de ADB. Beide patiënten waren niet psychotisch en waren in staat behandelafspraken te maken waar zij zich in eerste instantie ook aan hielden. Tevens bestond er voor beide patiënten een goed ondersteunend systeem van familie en vrienden. De suïcides hebben gevolgen gehad voor het beleid op de ADB zoals in de beschouwing zal worden beschreven.

Beschouwing

Uit de gegevens blijkt dat vooral affectieve en neurotische stoornissen in de ADB kunnen worden behandeld. Het was echter niet uitsluitend het psychiatrische toestandsbeeld dat bepaalde of een patiënt in behandeling kon worden genomen of niet. Veel belangrijker was de mogelijkheid of de patiënt in staat was goede afspraken te maken over suïcidegevaar, doelstellingen, verwachtingen en de limitering van de behandeling.

Een andere belangrijke factor in de plaatsing van de patiënten was de attitude van de behandelaar. Zoals gemeld vond het intakegesprek voor de ADB plaats door de assistent-psychiater in het bijzijn van een verpleegkundige onder supervisie van de psychiater, waarbij de psychiater de patiënt ook steeds tijdens de intake zag. Plaatsing van een patiënt werd in zijn algemeenheid meer bepaald door de risico's die de assistent-psychiater in toenemende mate (samen met de psychiater) durfde te nemen in relatie tot de afspraken die met de patiënt konden worden gemaakt, dan door de ernst van de psychopathologie. Deze bevindingen komen overeen met de bevindingen in het substitutieproject Assen (Wiersma en Schene 1992).

De afgesproken beperking van de behandeling tot maximaal zes weken is arbitrair tot stand gekomen. Het is goed mogelijk dat een termijn

van drie à vier weken ADB voldoende is mits er aansluitende (poliklinische) behandeling gerealiseerd kan worden. Aanvankelijk bestond de vrees dat aan het eind van de zes weken patiënten niet konden worden ontslagen en alsnog klinisch behandeld zouden moeten worden. Uit het overzicht blijkt dat dit in minder dan 10% het geval was. Onze ervaring is dat de door ons gestelde tijdslimitering zowel voor patiënten als voor behandelaren een duidelijk houvast bieden. Dit structurerende therapeutische aspect van een vooraf vastgestelde maximale behandeltermijn is ook bekend uit de kortdurende psychotherapie.

Zoals uit tabel 2 blijkt is 38% van de patiënten geplaatst in de ADB na voorafgaande opname. Het is ons opgevallen dat patiënten die primair in de ADB geplaatst werden een actievare houding hadden ten aanzien van de behandeling dan patiënten die voorafgaande aan de ADB enige tijd op een klinische opnameafdeling opgenomen waren geweest. Bij de laatsten bleek, reeds na enkele weken opname, een toegenomen passiviteit en een verminderde autonomie opgetreden te zijn. Het kostte de verpleegkundigen meer moeite om deze patiënten te activeren en in verband met de angst voor ontslag moest vaak gezocht worden naar tussenoplossingen, zoals het gedurende de eerste weken van de ADB nog enkele nachten in de kliniek opgenomen blijven. Opvallend is dat juist deze patiënten aangaven dat ze, eenmaal in beweging gekomen, de ADB-behandeling als meer intensief beleefden dan de klinische opname. Dit lijkt aan te tonen hoe snel er sprake kan zijn van 'hospitalisatie' met alle gevolgen van dien. De benadering in de ADB, waarbij de autonomie van de patiënten centraal wordt gesteld, lijkt een gunstiger effect te hebben op de behandeling dan het behandelklimaat van een klinische opname-afdeling waar beveiliging en verzorging vaak primair zijn. Het ADB-programma vindt vooral thuis en in het eigen sociale milieu plaats, waardoor patiënten als het ware 'op afstand worden gehouden'. Maar ook als de patiënten op de afdeling zijn, zijn ze actief bezig met het individueel opstellen van dagactiviteiten en behandeldoelen of met groepsmatige evaluatie van avonden en weekenden. De regressieve gedragingen doen zich in de ADB weinig voor. Ingeval passiviteit en autonomie-verlies toch op dreigt te treden wordt het behandelplan aangepast door de doelen lager te stellen of een andere invalshoek te kiezen.

Tijdens de anderhalf jaar ADB die in dit artikel wordt beschreven, vonden twee suïcides plaats. De vraag is of deze suïcides het gevolg waren van het gehanteerde behandelmodel. Bekend is dat suïcidegevaar een contra-indicatie is voor deeltijdbehandeling. Toch hebben we regelmatig patiënten opgenomen met suïcidegevaar. Meestal was het mogelijk om met patiënten daarover afspraken te maken. Bij de twee suïcidepatiënten werden deze afspraken niet nagekomen. De suïcides werden uitgebreid op de afdeling besproken, met name de vraag of ze hadden kunnen worden voorkomen. De conclusie was dat we toch een te grote verantwoordelijkheid bij de patiënten hadden gelegd. Als gevolg

hiervan zijn we sindsdien terughoudender in het toelaten van patiënten met suïcidegevaar. Bij twijfel over de betrouwbaarheid van afspraken wordt eerder besloten de patiënten terug te verwijzen naar het COCB, waarna vaak alsnog een opname plaatsvindt. Bij toenemend suïcidegevaar tijdens het verblijf in de ADB kozen we voor een nog actievere outreaching benadering als bleek dat een patiënt zich niet aan de afspraken kon houden of op de afgesproken tijdstippen niet op kwam dagen. De ADB-verpleegkundigen belden de patiënt thuis en als zij geen gehoor kregen, gingen zij patiënten thuis opzoeken. Verder werd vaker de medicatie in beheer van de verpleging gegeven en werden er concrete afspraken gemaakt over het op vaste tijdstippen contact leggen met het verpleegkundig hoofd. Sinds het invoeren van de actievere benadering van suïcidegevaar hebben zich geen suïcidepogingen meer voorgedaan (december 1991 – april 1993).

De ADB kan in de GGZ gesitueerd worden tussen de traditionele deeltijdbehandeling, de OVDB (Wiersma, Schene 1992) en de polikliniek/RIAGG-behandeling. De ADB onderscheidt zich van traditionele psychiatrische deeltijdbehandeling in het sterk individueel gerichte programma-aanbod. In de reguliere Psychiatrische Deeltijdbehandeling in Groningen ligt de nadruk op het herstellen van persoonlijke copingmechanismen. Dit wordt gedaan door het aanbieden van een gestandaardiseerd groepsmatig behandelprogramma met daarinbinnen een individueel uitgewerkt behandelplan. Om het beoogde doel te bereiken, is ook de behandelduur langer (zes tot negen maanden). Een acute verergering c.q. crisis bij aanmelding, is een contra-indicatie voor reguliere Psychiatrische Deeltijdbehandeling (gezien de bestaande wachtlijst). Eén van de overeenkomsten tussen ADB en OVDB is de toepassing van sociaal-psychiatrische methodieken, gericht op het verbeteren van het sociaal functioneren en de autonomie van patiënten naast het beïnvloeden van het psychopathologische beeld. Een belangrijk verschil is dat de OVDB-patiënten vaak ernstiger psychopathologische verschijnselen vertoonden dan de ADB-patiënten (tabel 1). Dit houdt mogelijk verband met het feit dat volledige OVDB (5 nachten door de week naar huis) in de eerste week slechts bij 1% mogelijk was, maar daarna snel toenam tot 40% in de vierde week van het verblijf (Kluiter e.a. 1990). Een ander verschil is dat de OVDB veel meer is ingebed in de klinische behandelafdeling gebruikmakend van dezelfde huiskamervoorzieningen als klinische patiënten (Perquin 1991; Wiersma en Schene 1992). De ADB begint pas als de klinische behandeling is afgerond (zie tabel 3, 38% verwijzingen van intramuraal naar ADB).

In de ADB ontbreekt deze huiskamervoorziening omdat de patiënten zich voornamelijk in hun eigen sociale omgeving ophouden. De behandeling in de ADB lijkt in sterkere mate bepaald door de sociaal-psychiatrische aspecten dan de behandeling in de OVDB. In feite is de ADB

dichter gesitueerd bij de polikliniek/RIAGG-behandeling.

Onze conclusie tot nu toe komt overeen met die van Hoge, die in een overzichtsartikel van deeltijdbehandeling stelde: 'For psychiatric partial hospitalization to continue to hold promise, this modality must become highly focused as short-term day hospitalization for acutely ill patients, with goaldirected treatments aimed at both reducing symptoms and launching each patient into a robust matrix of community-based care. But the critical question regarding this modality is no longer its comparative effectiveness to inpatient treatment, but rather its comparative effectiveness to intensive outpatient approaches that may enhance continuity of care while providing care in more normalizing environments' (Hoge 1992a en 1992b).

Literatuur

- Bloemers, J.W., en F.G. Brook (1991), Positieve resultaten met centrale en crisis-hulpverlening. *Het Ziekenhuis* 15, 579-581.
- Hoge, A.H., e.a. (1992a), The promise of partial hospitalization: a reassessment. *Hospital and Community Psychiatry* 43, 345-349.
- Hoge, A.H., e.a. (1992b), In reply. *Hospital and Community* 43, 742-743.
- 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.
- Perquin, L., e.a. (1991), Dagbehandeling op een psychiatrische opname-afdeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 10, 1051-1067.
- Schene, A.H., e.a. (1988a), Deeltijdbehandeling in beeld deel I. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 152-165.
- Schene, A.H., e.a. (1988b), Deeltijdbehandeling in beeld deel II. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 225-237.
- Schene, A.H. (1992), Psychiatrische dagbehandeling en 24-uurs behandeling: een vergelijkend onderzoek. *Proefschrift*, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Staal, J.L., D. Wiersma e.a. (1989), Het beloop van psychopathologie en sociale beperkingen. Een exploratieve voorstudie onder psychiatrische polikliniek patiënten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 67, 92-95.
- Veldhuizen, J.R. van, D. Wiersma en L.M. Ram (1988), Opnamevervangende dagbehandeling in ontwikkeling. Een bericht uit het substitutieproject Drenthe. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1, 3-18.
- Vuister, F. (1990), Boston in Brabant. Het gedecentraliseerd kleinschalig Psychiatrisch Centrum Oosterhout. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 45, 1050-1063.
- Wiersma, D., H. Kluiter, F. Nienhuis, M. Rüphan en R. Giel (1989), Evaluatie-onderzoek na substitutie in de GGZ. Berichten vanuit het substitutieproject Drenthe (I). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 9, 600-617.
- Wiersma, D., e.a. (1991), Effecten van substitutie op het regionale opname- en verwijs patroon in de Geestelijke Gezondheidszorg (III). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 100-110.
- Wiersma, D., en A.H. Schene (1992), Opnamevervangende dagbehandeling in de psychiatrie. *NCGV-reeks*, 92-2, Utrecht.

Summary:

In this article a form of day-treatment is presented for acute psychiatric problems. An introduction regarding recent development in day-treatment is followed by a listing of the bottlenecks from which this form of crisis intervention in day-treatment (ADB) has been developed. A description is given of the treatment in terms of location, staff formation, methods of approach and patientgroup. A description of more than a hundred treated patients is presented and discussed. In a discussion some bottlenecks are discussed and a comparison is made with OVDB (admission preventing day-treatment) and a regular day-hospital.

Met dank aan dr. D. Wiersma voor de kritische opmerkingen bij de eerste versie en aan Wilma Mansveld en Inge Geense voor het geduldige typewerk.

J.L. Staal is psychiater, hoofd Ambulant Blok Dennenoord, (plaatsvervangend) A-opleider.

F.C.G. van Gils was tijdens het schrijven van het artikel AGNIO in Dennenoord en is sinds 1 maart AGIO in APZ Licht en Kracht te Assen. Correspondentieadres: APZ Dennenoord, Hereweg 76, 9725 AG Groningen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 30-3-1993.