

Het dagziekenhuis-herbergmodel: alternatief voor 24-uurs psychiatrische opname

door B.P.R. Gersons en L.N.M. Perquin

Samenvatting

In tegenstelling tot bij voorbeeld in Engeland en de Verenigde Staten komt in Nederland de deinstitutionalisering, ondanks de vele beleidsvoornemens daartoe, nauwelijks van de grond. De voor deinstitutionalisering belangrijkste voorwaarde, 'continuïteit van zorg', wordt terecht gezocht in de samenvoeging van ambulante en intramurale voorzieningen ('multifunctionele eenheden'). Het dagziekenhuis-herbergmodel in samenhang met een stelsel van uitgebreide onderdakvoorzieningen van het Massachusetts Mental Health Center te Boston biedt een unieke constructie van samenvoeging van ambulante en intramurale elementen, waardoor continuïteit van zorg geboden kan worden. De historie, opzet en evaluatie van dit veelvuldig geprezen project worden aan de hand van publikaties en studie ter plaatse beschreven en ter discussie gesteld.

Inleiding

De hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid stelde in zijn jaarverslag over 1983, dat 'met het verguizen van psychiatrische ziekenhuizen niet onbeperkt doorgegaan kan worden. Men moet geen oude schoenen wegwerpen, alvorens men nieuwe schoenen zorgvuldig op hun bruikbaarheid heeft onderzocht. Italiaanse en Amerikaanse ervaringen met een drastische reductie van de psychiatrische ziekenhuizen, zonder daarbij te kunnen beschikken over bewezen en beproefde alternatieve behandelingssystemen, spreken hier boekdelen'. De hoofdinspecteur komt mede tot deze waarschuwing, omdat 'ondanks het feit, dat de extramurale zorg tussen 1970 en 1980 duchtig werd uitgebreid, het aantal opnemingen in de psychiatrische ziekenhuizen toenam van 12.000 tot meer dan 20.000 patiënten'. Haveman (1984) constateerde in een studie over de veranderingen in de intramurale psychiatrische sector in de periode van 1970 tot 1977, dat 'deinstitutionalisering niet het juiste begrip lijkt te zijn voor deze ontwikkelingen'. Ook Jansen (1986) merkte op in een recente beschouwing van het beleid ten aanzien van de geestelijke volksgezondheid in een aantal Europese landen, dat 'de deinstitutionalisatie in Nederland traag verloopt'. De renovatie en de modernisering van de intramurale voor-

zienen zelf heeft de ontwikkeling naar deinstitutionalisering en van in de gemeenschap gelokaliseerde voorzieningen vertraagd.

Deinstitutionalisering bestaat tot nu toe in Nederland alleen maar op papier. De belangrijkste reden voor deinstitutionalisering is om mensen, die om welke reden dan ook zijn aangewezen op psychiatrische hulpverlening, niet extra leed te berokkenen, een reden die lijkt samen te hangen met de vormgeving, de schaal en de organisatie van de intramurale psychiatrische hulpverlening. Op verschillende manieren is het drama van het psychiatrisch patiënt zijn in een inrichting indringend beschreven (Van Eijk-Osterholt 1972). Sluiting van de psychiatrische ziekenhuizen vormt op zichzelf geen enkele remedie daartegen (Gersons 1982; Giel 1984). De patiënt wordt dan veroordeeld tot een 'thuisloze', die nergens meer hulp van mag verwachten (Bassuk, Rubin en Louniat 1984).

Het gaat er bij de deinstitutionalisering dan ook om, werkzame alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis in zijn huidige vorm te ontwikkelen (Van Londen 1980). In Nederland worden die alternatieven in twee richtingen gezocht. De beschermende woonvormen, inmiddels in detail beschreven in diverse overheidsnota's (Rapport Beschermende Woonvormen GHIGV 1983; Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984), moeten een alternatieve opvang gaan bieden voor de 'langverblijvers' in de psychiatrische sector. Het beheer hierover wordt ontnomen aan de psychiatrische ziekenhuizen en overgedragen aan nieuwe instellingen, de Regionale Instituten voor Beschermende Woonvormen (RIBW). Voor de korterdurend opgenomen patiënt wordt een alternatief voorgesteld onder de naam van multifunctionele eenheid (MFE): een samenvoeging van korterdurende residentiële behandeling, poliklinische behandeling, deeltijdbehandeling en consultatie naar onder meer het algemeen ziekenhuis (Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984).

In een recent advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (Advies Multifunctionele Eenheden 1985) worden hiervoor een aantal modellen geschetst, die als volgt getypeerd worden:

- a. een *stelsel van formele samenwerkingsafspraken* rondom een specifieke functie, bij voorbeeld rond een crisiscentrum of dag (behandelings)centrum;
- b. de *RIAGG-plus-variant*, inhoudende dat aan de RIAGG de polikliniek en deeltijdbehandeling worden toegevoegd;
- c. de *gedeconcentreerde APZ-variant*, waaronder verstaan wordt een spreiding over kleinschalige subunits van het APZ om aan de extramuraliseringswens enigszins tegemoet te komen;
- d. de *PAAZ-plus-variant*, waarin aan de PAAZ sociaal-psychiatrische functies worden opgehangen.

Deze indeling is gebaseerd op in ontwikkeling zijnde plannen in diverse regio's van ons land (Assen, Rotterdam, Dordrecht, Maastricht, Amsterdam, Utrecht etc.) In al deze plannen lijkt het te gaan om deels

samenvoeging van ambulante en intramurale functies (*integratie*), het mogelijk maken van meer continue zorg (*continuïteit*) en een optimale scheiding van behandelen en onderdak (*functionele scheiding*).

Een voorbeeld van een dergelijk alternatief voor het psychiatrisch ziekenhuis, ontwikkeld *binnen* de muren van dat ziekenhuis zelf, wordt gevormd door het zogenoemde *dagziekenhuis-herbergmodel* van het Massachusetts Mental Health Center te Boston (Gudeman, Shore en Dickey 1983). Dit modelprogramma heeft in Amerika (Gold Award 1985) maar ook daar buiten en in het bijzonder in Nederland (Perquin 1985), zeer de aandacht getrokken, omdat op een consequente wijze erin geprobeerd is aan de eisen *integratie*, *continuïteit van zorg* en *functionele scheiding* te voldoen. Aan de hand van de over dit programma verschenen literatuur en op grond van een studiebezoek ter plaatse door de auteurs in 1985, zal dit model in dit artikel beschreven worden en op haar merites voor de Nederlandse situatie worden bezien.

Massachusetts Mental Health Center: het dagziekenhuis-herbergmodel

Het *dagziekenhuis* is sinds 1981 de centrale plaats voor diagnostiek en behandeling in het Massachusetts Mental Health Center te Boston. Alle patiënten met een acute psychiatrische opname-indicatie komen in principe in het dagziekenhuis terecht, dat bestaat uit twee afdelingen van elk 40 tot 45 plaatsen. Voor een deel van deze patiënten (in totaal 30) is daarnaast onderdak mogelijk in een onderscheiden voorziening, de *inn of herberg*, wanneer verblijf thuis 's avonds en in het weekend tijdelijk niet mogelijk is.

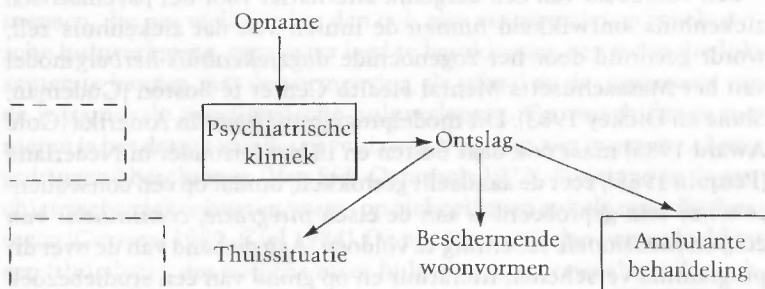
Opname op de gesloten *intensive care-afdeling* vindt alleen plaats, wanneer er in de meest acute fase van de psychiatrische decompensatie sprake is van gevaar voor zichzelf of anderen, of bij een sterke mate van verzorgingsbehoefte. Deze organisatie van het psychiatrisch centrum houdt een herschikking in van functies, waarbij scheiding is aangebracht tussen:

- opname en behandeling;
- onderdak;
- bescherming en verzorging (zie fig. 1).

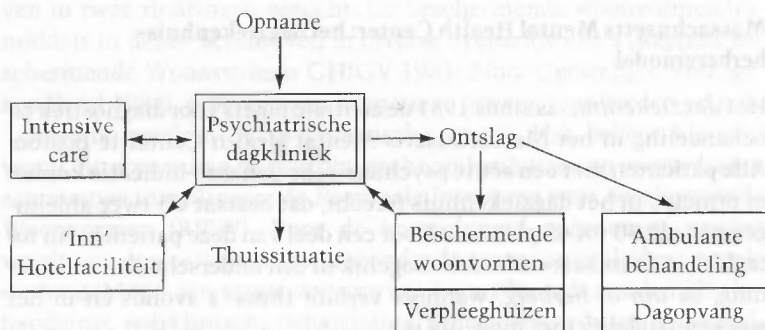
Naast het klinisch-psychiatrisch gedeelte, bestaande uit dagziekenhuis, herbergvoorziening en intensive care, bestaat een gedifferentieerd netwerk van beschermende woonvormen, eveneens onder verantwoordelijkheid van het Massachusetts Mental Health Center. Hierdoor kan aan chronische patiënten tijdelijk of blijvend beschermend verblijf geboden worden, in combinatie met centra waar dagopvang of rehabilitatie voor chronische patiënten plaatsvindt. De poliklinische psychiatrische behandeling voor patiënten die thuis of in een beschermende woonvorm verblijven, wordt door het centrum ge-

Figuur 1

Oude situatie, vóór 1981



Nieuwe situatie, na 1981



boden. Intensive care, inn, dagziekenhuis en polikliniek vormen te zamen met het netwerk van beschermende woonvormen een budgettaire, personele en organisatorische eenheid.

Korte historische schets – Het Massachusetts Mental Health Center heeft de verantwoordelijkheid voor de psychiatrische zorg voor 200.000 inwoners, woonachtig in het noordwesten van Boston. Dit centrum, dat een van de vijf Mental Health Centers van de stad is, kenmerkt zich door zijn lange traditie als opleidingskliniek van de Harvard Medical School en als koploper van een aantal nieuwe ontwikkelingen in de psychiatrische hulpverlening: de oprichting van de eerste psychiatrische ambulante voorziening in de Verenigde Staten in de jaren dertig en de start in 1952 van een van de eerste dagziekenhuizen.

Dagbehandeling kwam hier aanvankelijk tot stand uit de behoefte om patiënten die na opname sociaal geïsoleerd bleven, een zinnige dagbesteding te bieden, waardoor hernieuwde decompensatie en klinische heropname bleken te kunnen worden voorkómen. Later werd

dagklinische behandeling als vervolgbehandeling ná klinische opname toegevoegd (Kramer 1962; Schene 1985).

Noodgedwongen had men bij overbezetting van bedden herhaaldelijk patiënten behandeld op een dagklinische plaats, vaak met goed resultaat, terwijl er wel degelijk sprake was van een ernstige psychiatrische decompensatie. Voorwaarde daarbij was, dat de patiënt 's avonds en 's nachts een acceptabel onderdak had bij familie of anderszins.

De indruk dat zich hiermee een reëel alternatief voor 24-uurs opname aftekende, correspondeerde met evaluatiestudies over psychiatrische dagbehandeling: voor een grote groep patiënten bleek 24-uurs opname na een aantal dagen niet meer nodig te zijn, terwijl de resultaten in termen van symptoomvermindering, sociaal herstel en tevredenheid bij patiënten en familie in het geval van dagbehandeling gelijk waren of gunstiger (Herz, Endicott, Spitzer en Meskinoff 1971; Braun, Kochansky en Shapiro 1981; Schene en Gersons 1986).

Wanneer in 1981 de staat Massachusetts het centrum een bezuiniging oplegt van 20%, wordt dit de stimulans om een reorganisatie door te voeren, waarbij het dagziekenhuis de centrale plaats van opname en behandeling wordt.

Het dagziekenhuis – De functies diagnostiek en behandeling, die in het traditionele ziekenhuis op alle afdelingen worden verricht, zijn nu in het dagziekenhuis ondergebracht. De psychiaters, arts-assistenten, maatschappelijk werkenden, arbeidstherapeuten, verpleegkundigen en psychologen zijn dan ook primair aan het dagziekenhuis verbonden.

Behandelmethode met psychiatrische, resocialiserende en psychotherapeutische elementen zijn beschikbaar in een breed aanbod van 25 verschillende groepsactiviteiten en bijeenkomsten. Elke groepsactiviteit wordt begeleid door twee medewerkers van verschillende disciplines, waardoor integratie kan plaatsvinden van medische, psychologische en sociale aspecten. Daarnaast heeft iedere patiënt individuele gesprekken en zo mogelijk gezinsbehandeling.

De doelgroep van het klinisch centrum bestaat voor tweederde uit chronisch psychiatrische patiënten met ernstige acute decompensaties. Dit kon door het studiebezoek worden bevestigd.

Een belangrijk gegeven is, dat het aantal dagziekenhuisplaatsen (90) veel groter is dan het aantal intensive care-bedden (30). Behandelaars staan daardoor onder druk om patiënten zo min mogelijk op de intensive care-afdeling te plaatsen en de termijn van verblijf aldaar kort te houden.

De herbergvoorziening – In principe gaan de patiënten 's avonds en 's nachts naar huis. Voor wie het naar huis gaan niet mogelijk is – patiënten die geen verblijfplaats (meer) hebben of van wie de familie tijdelijk moet worden ontlast – is een *herberg* of *inn* beschikbaar. Hier wordt

tijdelijk onderdak geboden aan ongeveer 30 van de 80 à 90 patiënten die overdag op de dagkliniek in behandeling zijn. De inn is van 's middags 16.00 tot 's ochtends 8.00 uur geopend. Overdag treft men er geen bewoners/patiënten aan.

Op de slaapkamers (2-, 4- en 8-persoons) staan degelijke grenehouten stapelbedden, met daarop overdag de schaarse persoonlijke bezittingen van de afwezige bewoners gelegen: een tas, koffer of plastic zak op de matrassen. 's Avonds wordt voor belangstellenden een aantal ontspanningsactiviteiten georganiseerd (sport, spel, toneel, een computercursus). De sfeer doet, zoals de naam 'inn' suggereert, denken aan een jeugdherberg, een tijdelijk onderkomen, met een maximale verblijfsduur van 5 weken.

Het personeel van de herberg is niet-medisch, niet psychiatrisch geschoold. De coördinator is een maatschappelijk werkende, de medewerkers zijn 'mental health assistants', studenten die part-time werken.

Patiënten worden in deze herbergvoorziening 'residents' (= bewoners) genoemd, hetgeen symboliseert dat hier niet behandeld wordt, geen therapie wordt bedreven; dat is de functie van het dagziekenhuis. De bewoners worden aangesproken op het intacte deel van hun sociaal functioneren. Er zijn een aantal huisregels waar de bewoners consequent op worden aangesproken. Medicatie wordt in de inn niet verstrekt, maar alleen door behandelaars van de dagkliniek. Voor noodsituaties zijn de dienstdoend verpleegkundige en de arts van de intensieve care-afdeling oproepbaar.

Ook in de omgang met elkaar worden de bewoners van de inn weinig met hun patiënt-zijn geconfronteerd, omdat in de inn patiënten uit zes verschillende dagbehandelingsgroepen elkaar tegenkomen. Het onderling 'doorthérapeutiseren' in de avonduren, in de sfeer van de groepsbehandeling van overdag, treedt weinig op, waardoor regressieve tendensen die dit mee kan brengen, uitblijven.

De onderdakfunctie is aldus zowel qua personeel als ruimtelijk gescheiden van de plaats waar diagnostiek en behandeling in engere zin plaatsvinden. Ter voorkoming van discontinuïteit tussen het gebeuren op de dagkliniek en de herberg, is er aan het einde van de dag een korte overdracht. Een belangrijk punt van besluitvorming tijdens deze bespreking is, of de individuele patiënt de relatief ongestructureerde setting in de Inn, gezien zijn recente decompensatie, op dat moment wel of niet aan kan.

De Intensive Care-afdeling – Hoewel het dagziekenhuis de primaire plaats van opname is, kan een aantal patiënten in eerste instantie hier niet functioneren, met name wanneer in de meest acute fase van de decompensatie sprake is van gevaar voor zichzelf of anderen, of bij een sterke mate van verzorgingsbehoefte. Opname op de gesloten intensieve care-afdeling vindt dan plaats, waar de functies regulerende behan-

deling en verzorging gecombineerd worden met de onderdakfunctie.

Op de intensive care-afdeling vindt geen langere-termijn- of definitieve behandeling van de decompensatie plaats, dat gebeurt in het dagziekenhuis. Het hoofdaccent ligt op regulatie, zonodig door 'hand-in-hand-begeleiding' en medicamenteuze therapie. Er zijn vier separeerkamers, die hoofdzakelijk als 'time out'-ruimtes worden gebruikt, waarbij men ernaar streeft de deur open te laten staan. We treffen op deze afdeling tijdens het studiebezoek manifest psychotische en ernstig gedragsgestoorde patiënten aan.

De op bescherming en verzorging gerichte behandeling die hier plaatsvindt, wordt gezien als de specifieke deskundigheid van de verpleegkundige discipline; hoofd van de afdeling is dan ook een ervaren verpleegkundige. Het personeel bestaat uit verpleegkundigen, 'mental health assistants' en een part-time bezigheidstherapeut. Op de afdeling werken geen vaste artsen, psychiaters, psychologen of maatschappelijk werkers. De patiënten worden vanaf de eerste dag gekoppeld aan een assistent-psychiater en een maatschappelijk werker, die op de dagkliniek werkzaam zijn.

Door het relatief kleine aantal bedden op de intensive care-afdeling bestaat er een voortdurende druk op deze directe behandelaars om de patiënt zo snel mogelijk in de dagkliniek op te nemen, al is het maar voor een klein deel van de dag. Voor een patiënt die op de intensive care-afdeling is geplaatst, is deelname aan een activiteit van de dagkliniek aanvankelijk bij voorbeeld slechts één uur per dag realiseerbaar. Geleidelijk kan het aantal uren behandeling dan worden uitgebreid, totdat de patiënt de intensive care-afdeling niet meer nodig heeft en overdag de dagkliniek bezoekt. Dan is tevens het moment gekomen dat de patiënt 's avonds en 's nachts naar huis kan gaan of tijdelijk onderdak krijgt in de Inn.

Aangezien de artsen en maatschappelijk werkers ook deels op de polikliniek werkzaam zijn voor het bieden van nazorg, verloopt ook de overgang van dagbehandeling naar ambulante behandeling vloeiend.

Evaluatiestudies

Het dagziekenhuis-herbergmodel van het Massachusetts Mental Health Center bestaat gelukkig niet alleen uit het doorvoeren van een aantal nieuwe ideeën, maar ook uit een zorgvuldige evaluatie daarvan. Het feit dat dit centrum een van de opleidingsinstituten vormt van de Harvard Medical School, is daar niet vreemd aan. De evaluatie van het project heeft allereerst tot doel te bezien, of na de doorgevoerde veranderingen met onder andere een kleinere staf, toch dezelfde behandelcapaciteit gehandhaafd kon worden en in de tweede plaats, of door de functionele herschikking ook verbeteringen bereikt konden worden in vergelijking met de oude situatie.

Alvorens de methode van evaluatie te beschrijven, is het belangrijk

op te merken dat het centrum niet ligt in een gebied met een case-register. Daardoor is het niet mogelijk om met zekerheid aan te geven of de patiëntenstromen – in het bijzonder aan de aanbodzijde – voor en na de reorganisatie gelijk gebleven zijn. Wel kan worden gezegd dat het centrum de enige publieke psychiatrische voorziening is voor een gebied met 200.000 inwoners. De deinstitutionalisering van het Boston State Hospital strekte zich uit van 1965 tot 1974, waarin het aantal verblijvende patiënten daalde van 3000 naar 300. In 1974 werden er hiervan ten slotte wederom 160 ontslagen, terwijl de overige zeer gehandicapte patiënten over de vijf community mental health centers verdeeld werden (van wie 27 naar het MMHC).

Voor kortdurende intramurale behandeling van financieel draagkrachtige patiënten bestaat in en buiten het verzorgingsgebied van het MMHC een onbekend aantal privé-psychiatrische klinieken. Het is echter aannemelijk dat het overgrote deel van de vooral zeer zieke patiënten (zeker na enkele maanden, wanneer voor hen een eventuele verzekeringsbasis vervalt) uitsluitend is aangewezen op het MMHC. Men mag daarom concluderen dat de patiëntenstroom in het verzorgingsgebied vóór en ná de reorganisatie niet ingrijpend gewijzigd is.

Er zijn drie soorten evaluatiestudies uitgevoerd, die zijn weergegeven in een reeks artikelen. De eerste studie (Dickey, Gudeman, Hellman, Donatelle en Grinspoon 1981) dateert nog van vóór de reorganisatie. Hierin werd nagegaan of de 27 uit het Boston State Hospital naar het MMHC overgeplaatste patiënten baat gevonden hadden bij deze overstap naar een gemeenschapsvoorziening. In de tweede studie (Gudeman e.a. 1983; Gudeman, Dickey, Evans en Shore 1985) werd de situatie in het MMHC 19 maanden vóór de reorganisatie, gemeten aan een aantal criteria vergeleken met de 19 maanden daarna. De derde studie (Gudeman en Shore 1984) heeft betrekking op het kleine maar hardnekkige aantal patiënten, dat niet van het nieuwe model lijkt te kunnen profiteren. Zij zijn de nieuwe langverblijvers op de intensive care-unit, die behalve dat zijzelf in een langdurig ongewenste situatie verblijven, ook de doorstroming van het dagziekenhuis-herbergmodel in gevaar brengen.

1. *Vervolgstudie van de 27 uit Boston State Hospital overgeplaatste patiënten* – Hoewel deze studie plaatsvond vóór de reorganisatie naar het dagziekenhuis-herbergmodel, is ze toch belangrijk, omdat de positieve ervaringen met deinstitutionalisering hebben bijgedragen aan het model dat met de reorganisatie werd doorgevoerd. De 27 patiënten hadden op twee na de diagnose schizofrenie. Hun gemiddelde opname-duur in het State Hospital bedroeg 24 jaar (meestal vanaf de vroege volwassenheid). De gemiddelde leeftijd bedroeg 51 jaar, variërend van 27 tot 69. Na onderzoek plaatste de staf van het MMHC 12 patiënten direct in de gemeenschap (bij familie, in verpleeghuizen of in gezinsverpleging) en 15 patiënten in de intramurale setting van het MMHC.

Na vier jaar werd een evaluatie uitgevoerd. Twee patiënten hadden het verzorgingsgebied verlaten; van 11 in de 'gemeenschap' geplaatste patiënten verbleven er nog steeds zeven daar. Van de 15 intramuraal geplaatste patiënten verbleven er nu zeven in gemeenschapssettings. De patiënten die in de gemeenschap geplaatst waren, hadden gemiddeld 9% van de vier jaar in het ziekenhuis doorgebracht; van de ziekenhuisgroep was dit percentage 82%. De psychiatrische symptomatologie vertoonde geen grote verschillen tussen de gemeenschapsgroep en de ziekenhuisgroep. Alle patiënten waren nogal inactief, vertoonden vormen van ernstig antisociaal gedrag en behoeften zorg en aandacht vanwege hun beperkte vaardigheden in het dagelijks bestaan. Deze zorg en aandacht werden vanuit het MMHC geboden. De kwaliteit van het leven werd door alle patiënten op één na beter gevonden dan vroeger in het State Hospital.

Deze studie maakte duidelijk dat een aanzienlijk aantal chronisch ernstig gestoorde psychiatrische patiënten met de nodige steun een beter leven in de gemeenschap kon leiden dan voorheen in de inrichting. De noodzaak van af en toe opname, opvang in de intramurale setting – het vaak gewraakte draaideurfenomeen – is daarbij acceptabel.

2. *De vergelijkende studie vóór en ná de reorganisatie* – Twee periodes van 19 maanden (april 1980 – september 1981 en april 1982 – september 1983) werden systematisch met elkaar vergeleken (zie tabel 1).

Tabel 1

	Vóór	Ná
	de reorganisatie	
Aantal opnames	298	279
Heropnames (percentage van opnames)	58	51
Gemiddelde leeftijd	31,8	32
Percentage mannen	51	48
Percentage blank	82	82
Percentage gehuwd	1	5
Percentage vrijwillige opname	65	65
Percentage eerste psychiatrische opname	26	29
Diagnose (in percentages)		
schizofrene stoornis	52	43
ernstige affectieve stoornis	17	31
organisch hersensyndroom	6	1
paranoïde stoornis	6	1
zwakzinnigheid	2	5
overige	16	19

Behalve enkele verschuivingen in de diagnostische categorieën (die door de auteurs deels verklaard worden door het toen in invoering ver-

kerende DSM-III-systeem), lijkt de patiëntenpopulatie niet veranderd te zijn.

Na de reorganisatie maken de patiënten uiteraard een ander gebruik van de voorzieningen (zie tabel 2).

Tabel 2: Gebruik van de voorzieningen en staf-patiënten ratio (gemeten in twee periodes van 6 maanden)

	Vóór de reorg.		Ná de reorg.	
	abs.	(%)	abs.	(%)
<i>Gemiddelde patiëntenbezetting</i>				
totaal aanwezige patiënten	107,22	(100)	110	(100)
dagziekenhuis	25,94	(24)	79,55	(72)
24-uurs-setting	81,28	(76)	30,18	(28)
herberg	—		27,9	
<i>Full-time staf-equivalent</i>				
totaal aanwezige patiënten	111,4		94,4	
dagziekenhuis	14,1		42,5	
24-uurs-setting	97,3		37,9	
herberg	—		14	
<i>Ratio directe zorg door de staf aan patiënten</i>				
totaal	1,05		0,86	
dagziekenhuis	0,54		0,53	
24-uurs-setting	1,21		1,26	
herberg	—		0,50	

N.B.: Het totaal aantal patiënten na de reorganisatie bestaat uit de patiënten verblijvend op de 24-uurs intensive care-afdeling *plus* de patiënten die in het dagziekenhuis worden behandeld; een deel hiervan (27,9) verkrijgt onderdak in de herbergvoorziening; dit laatste getal wordt derhalve niet meegeteld. Het aantal patiënten dat ná de reorganisatie gebruik maakt van een bed is dus 30,18 van de 24-uurs intensive care plus 27,9 van de herbergvoorziening, totaal 58,08 in vergelijking met 81,28 vóór de reorganisatie.

Hieruit blijkt, dat met een afname van het personeel met 17 plaatsen (15%) er zelfs iets meer patiënten gemiddeld geholpen kunnen worden. Dit komt vooral, omdat het dagziekenhuis nu het grootste aandeel in de patiëntenzorg heeft gekregen en het totaal aantal 24-uur verblijvenden (hierbij de herberg inbegrepen) gedaald is van 81,28 naar 58,08. De helft van deze groep heeft voldoende aan een herbergvoorziening; 51,65 patiënten maken nu uitsluitend gebruik van het dagziekenhuis.

Ten slotte werden de periodes van 19 maanden op een aantal uitkomstmaten vergeleken (tabel 3). Hierbij valt op dat er nergens sprake is van een toename. De naar Nederlandse maatstaven lage gemiddelde opnameduur is nog minder geworden. De grote vrijheid, die het dagziekenhuis-herbergmodel de patiënten biedt, is niet gepaard gegaan

Tabel 3

	Voor de reorganisatie	Na
Gemiddelde opnameduur (in dagen)	20,0	16,0
Heropname binnen 90 dagen (%)	18,0	18,0
Noodsituaties waarvoor de 'ziekenhuispolitie' moest komen	28,0	28,0
Medisch-somatische noodsituaties	18,0	19,0
Suïcides	1,0	1,0
Stafongevallen veroorzaakt door patiënten	118,0	98,0
Ontvluchtingen uit het ziekenhuis	291,0	104,0
Gebruik van separeer- en dwangmiddelen per maand	191,5	79,5

met meer suïcides. Daarentegen is het aantal ontvluchtingen, stafongevallen en het gebruik van separeer- en dwangmiddelen in aanzienlijke mate afgenomen met respectievelijk 64%, 17% en 58%. De exploitatiekosten zijn afgenomen met 13,5% in vergelijking met de periode vóór de reorganisatie.

3. *De studie naar de patiënten voor wie dit model geen oplossing biedt* – Behalve de in het voorgaande genoemde uitkomststudie is er nog geen follow-up studie gedaan, die te vergelijken is met studie 1, met de vraag of het de patiënten beter vergaat na de reorganisatie. Wél is al gekeken naar de groep patiënten voor wie dit model geen geschikte oplossing biedt. Het is daarvoor nodig niet alleen stil te staan bij de capaciteit van het dagziekenhuis, samen met de intensive care-afdeling en de herberg, maar ook rekening te houden met de andere onderdelen van het systeem.

Er vinden per jaar naar schatting 2200 consulten plaats op de eerste hulp van het centrum en 50.000 consulten op de polikliniek. Daarnaast beschikt men over een 'continuous care program', bestaande uit een zeer gevarieerd samenstel van beschermende woonvormen en een dagrehabilitatiecentrum (zie tabel 4).

Tabel 4: Continue zorgvoorziening

	Aantal locaties	Aantal patiënten
Quarterway-huis*	1	20
Groepswoningen	4	68
Gezinsvervangend tehuis	2	4
Doorgangsappartementen	2	8
Zelfstandige woonappartementen	38	47
Psychogeriatrische verpleeghuizen	25-30	200
Dag-rehabilitatiecentrum	1	116

* Speciaal stimuli-arme behuizing voor zeer zieke schizofrene patiënten

Wanneer men de psychogeriatrische voorzieningen en de dagbehandelings- en dagrehabilitatievoorzieningen niet meerekent, komt men voor het verzorgingsgebied van 200.000 op een aantal van ongeveer 207 bedden, overeenkomend met een promillage van 1.03, hetgeen dicht in de buurt komt van de Nederlandse 'ideale' norm van 1.1 per 1000 inwoners. Telt men de dagbehandelingsplaatsen wél mee, dan komt men op een getal van 1.3 (met de psychogeriatricie mee wordt het zelfs 2.3).

Toch stellen Gudeman en Shore, dat zij met het beschreven programma de uiterste grenzen van de deïstitutionalisering bereikt hebben. Zij bedoelen daarmee, dat hun systeem het minst restrictief is en daarmee de patiënten de meeste vrijheid biedt.

Dat geldt echter niet voor een kleine 30 patiënten, die voor een deel meer dan een jaar op de voor hen veel te kleine en ongeschikte intensieve care-unit verblijven en voor het andere deel eigenlijk niet te handhaven zijn in het continuus care-programma. Omgerekend naar een populatie van 100.000 mensen, ziet deze groep er als volgt uit:

1. gedementeerde en gedragsgestoorde bejaarden	3
2. mentaal geretardeerd en psychotisch	3
3. gevaarlijk agressief en hersenbeschadiging	1,5
4. gevaarlijk agressief en psychotisch	2,5
5. verstorende en gevaarlijke chronisch schizofrenen	5
Totaal	15

Voor hen pleiten zij voor gespecialiseerde kleinschalige voorzieningen in een soort campusstructuur met een zeer zorgvuldige screening, zodat alleen dit type patiënten wordt toegelaten, in aangepaste voorzieningen.

We herkennen hierin de pleidooien in Nederland voor aparte voorzieningen voor zogenoemde sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten (SGA). De kennelijk onontkoombare keerzijde van de deïstitutionalisering is de veel sterkere behoefte aan een soort 'high security'-voorzieningen, waarin uiterst zieke en gehandicapte mensen worden samengebracht.

Discussie

Sinds 1981 is een psychiatrisch dagziekenhuis het centrale punt van het integrale aanbod van psychiatrische behandeling van het Massachusetts Mental Health Center. Als dit model vergeleken wordt met de organisatie van de behandeling binnen een traditioneel psychiatrisch ziekenhuis, komt het volgende naar voren.

Gewoonlijk zijn behandelaars in de traditionele kliniek gebonden aan de locatie waar de patiënt verblijft: gesloten afdeling, semi-gesloten afdeling, open afdeling, dagkliniek. De organisatie in de verschillende afdelingen is afgestemd op de ernst van de toestand van de pa-

tiënt. Bij toenemend herstel of eventuele achteruitgang krijgt de patiënt door overplaatsing naar een andere afdeling het meest passende aanbod, maar moet dan ook van behandelaar en behandelteam wisselen. Dit brengt breuken met zich mee in de moeizaam opgebouwde samenwerking, er is discontinuïteit in de aard van de behandeling en persoon van de behandelaars.

Iedere behandelafdeling draagt exclusieve autonome verantwoordelijkheid voor het complete aanbod van alle te onderscheiden functies, te weten: onderdak, behandeling en bescherming. Het is te verwachten dat patiënten daardoor langer dan voor hun ziekte-toestand noodzakelijk is, op een afdeling zullen verblijven om de band niet voortijdig te verbreken. Indien continuering van de behandeling geïndiceerd is, wordt automatisch 24-uurs onderdak en bescherming voortgezet, waarmee overname van de verantwoordelijkheid en onnodige afhankelijkheid van het ziekenhuis worden bevorderd. In het organisatorisch model dat het Massachusetts Mental Health Center in 1981 invoerde, werd het uitgangspunt gerealiseerd dat psychiatrische behandeling zo veel mogelijk in deeltijd plaatsvindt, zodat de patiënt niet als een geïsoleerd individu, maar als onderdeel van en in interactie met zijn eigen omgeving kan herstellen.

Zowel patiënten die 's avonds en 's nachts thuis verblijven als patiënten die gebruik maken van de herbergvoorziening en patiënten die op de intensive care-afdeling verzorgd worden, krijgen behandeling in engere zin in het dagziekenhuis. Dit houdt in dat – ongeacht de plaats waar de patiënt verblijft – de behandeling (in engere zin) gedurende de gehele opname ononderbroken door hetzelfde team, namelijk dat van het dagziekenhuis, wordt uitgevoerd. Het gevolg is dat de verantwoordelijkheid voor het *totaal* van functies – behandeling, bescherming en onderdak – niet zoals in het traditionele psychiatrische ziekenhuis in handen is van één team, maar gespreid wordt over het personeel dat op de verschillende eenheden werkzaam is en dat daar verschillende functies uitoefent: diagnostiek en behandeling in het dagziekenhuis, tijdelijk onderdak in de herbergvoorziening, verzorging en bescherming in combinatie met onderdak op de intensive care-afdeling.

De keuze van de hoofden van de afdelingen is hiermee in overeenstemming: een verpleegkundige voor de intensive care-afdeling, een maatschappelijk werkende voor de inn en een psychiater voor het dagziekenhuis.

Het systeem maakt continuïteit van zorg mogelijk, er is sprake van een flexibel, 'op maat gesneden' aanbod van verschillende niveaus van zorg.

Zowel door de intensive care-afdeling als door de herbergvoorziening wordt druk uitgeoefend om de patiënt zo veel mogelijk in de 'lichtere onderdaksvoorziening' respectievelijk thuis te laten verblijven. Het systeem brengt mee dat de medewerkers worden gescherpt in hun taxerend vermogen aan de hand van de psychiatrische symptomen,

het niveau van sociaal functioneren en de draagkracht van het thuisfront, gericht op de vraag welke de minst beperkende omgeving is waar de patiënt op elk moment van de behandeling het best kan verblijven. De dagelijks terugkerende overdracht tussen de verschillende eenheden betekent een continue evaluatie van het behandelproces van de betreffende patiënt. Dit gebeurt vanuit verschillende invalshoeken op grond van de verschillende functies die medewerkers in de onderscheiden afdelingen uitoefenen.

Zo kan in de overdrachtbespreking een medewerker van de intensieve care-afdeling melden dat een patiënt nog wisselend zeer angstig is in de buurt van andere ernstig psychotische patiënten op de intensive care, terwijl het team van de dagkliniek verdere uitbreiding van het dagprogramma op grond van observaties aldaar wel aandurft. Het beleid kan dan door de directe behandelaars ad hoc worden bijgesteld, hier in de richting van uitbreiding van het dagziekenhuisprogramma.

Conclusie

Uitgangspunt van deinstitutionalisering is psychiatrische patiënten optimaal gelegenheid te geven deel te nemen aan de samenleving, zo min mogelijk afgesneden van hun naasten, hun oorspronkelijk leefmilieu en hun maatschappelijke mogelijkheden. Hiervoor zijn voorzieningen nodig die door hun open karakter een zo groot mogelijke bewegingsvrijheid bieden.

Uit de eerste evaluatiestudie blijkt dat een groot aantal chronische patiënten een kwalitatief beter leven kan leiden in voorzieningen in de gemeenschap. Voor de meest kwetsbare of minst zelfredzame patiënten kan dit de volgende nadelige gevolgen hebben:

- Zij worden 'geconcentreerd' in kleine voorzieningen die een grote mate van verzorging en begeleiding bieden, zodat de patiënt tegen zijn eigen (extreem) afwijkend gedrag kan worden beschermd en afgeschermd van de directe omgeving (straat, buurt), die niet tot tolerantie in staat zou zijn. Ervaring met dergelijke gedeconcentreerde, zorgintensieve kleinschalige voorzieningen is nog schaars. Zeker is, dat een hoge dichtheid van gedragsgestoorde psychiatrische patiënten voor het betrokken personeel een gigantische belasting betekent. Door het tekort aan plaatsen voor deze zware categorie chronische patiënten was de 'acute' intensive care-afdeling van het Massachusetts Mental Health Center onbedoeld voor eenderde van de populatie een *chronische* intensieve-zorgafdeling geworden. De lage gemiddelde opname-duur - van 9,9 dagen - van patiënten op de intensive care nam niet weg dat 8 van de 30 à 35 patiënten een half jaar tot een jaar aldaar verbleven, in afwachting van een verblijfplaats elders. De in dit artikel als laatste besproken evaluatiestudie maakt duidelijk dat deze groep ernstig gehandicapte psychiatrische patiënten een probleemgroep blijft, waarvoor dit model geen oplossing biedt.

— Een tweede lot dat de chronische zorgafhankelijke psychiatrische patiënt kan ondergaan is, dat hij zich als 'thuisloze' aan het zicht van enige psychiatrische zorg onttrekt, omdat hij als het ware in geen van de nieuwe voorzieningen 'past'. Hij wordt dan net als vroeger gedoemd om aan de rand van de samenleving als uitgestotene te leven (Bassuk e.a. 1984).

De tweede studie maakt aannemelijk, dat aan een populatie psychiatrische patiënten met acute decompensatie ondanks een reductie van 15% in personele kosten, kwalitatief gelijkwaardige klinische behandeling kan worden geboden, wanneer een dagziekenhuis gecombineerd wordt met een herbergvoorziening en een intensive care-afdeling. Het uitgangspunt dat de patiënt primair op de dagkliniek wordt opgenomen, is in de praktijk echter vaak niet uitvoerbaar. 40% van de totale populatie gaat vanuit de intensive care-afdeling, vaak tegen advies, met ontslag, zonder dat feitelijk behandeling op de dagkliniek heeft plaatsgevonden. Dit hangt samen met de ernst van de decompensatie of met het onvrijwillig karakter van de opname: 35% van de opnamen vindt plaats met een gerechtelijke maatregel. Ook voor patiënten bij wie dagbehandeling mogelijk is, is soms tijdelijk een kortduurende plaatsing op de intensive care-afdeling nodig.

De intensive care-afdeling bleek uit de literatuur en tijdens het studiebezoek een zwakke schakel in het model. De dichte concentratie van ernstig ontregelde, zeer psychotische patiënten betekent een zware belasting voor de medewerkers.

Bij vernieuwingen in de psychiatrie heeft tot op heden het model van de therapeutische gemeenschap een grote invloed gehad. Daarmee is altijd verondersteld dat het 24-uurs verblijf, de leefgroep of het sociotherapeutische milieu een essentieel behandelmiddel zou zijn. Het is daarom van groot belang, dat meer duidelijkheid ontstaat over de vraag welke patiënten met welke decompensaties in welke fase van hun ziektegeschiedenis en in welke sociale omstandigheden meer baat hebben bij een integrale 24-uurs opname of bij een situatie waarbij verblijf en behandeling gescheiden zijn.

Dagziekenhuis, herberg en intensive care vormen te zamen met de psychiatrische eerste hulp het *klinische gedeelte*, de 'voorkant' van psychiatrische voorzieningen. Het model biedt als alternatief voor het 24-uurs ziekenhuis een grotere *continuïteit van behandeling* en een *optimale scheiding van behandeling en onderdak*.

Het klinische gedeelte kan echter niet los gezien worden van de 'achterkant', het netwerk van beschermende woonvormen, dat met een grote variatie in niveaus van zorg langerdurende bescherming en verzorging biedt voor chronische patiënten die in een redelijk evenwicht verkeren. Dit circuit is organisatorisch *geïntegreerd* in het Massachusetts Mental Health Center. Uitgangspunt is dat chronische patiënten continue zorg behoeven, waarbij een gemakkelijke beweging mogelijk moet zijn tussen de polen: voorzieningen die in de samenle-

ving zijn geïntegreerd enerzijds en het psychiatrisch ziekenhuis anderzijds.

De *scheiding van functies* – behandeling, onderdak en bescherming binnen het klinische/opname-gedeelte van de psychiatrische voorzieningen – draagt bij aan het helder definiëren van verantwoordelijkheden van staf en patiënten en het stimuleren van zelfstandigheid, waardoor regressie en hospitalisering kunnen worden verminderd. De *integratie* van klinische, semi-murale, ambulante en woonvoorzieningen, is in het bestudeerde centrum tot op grote hoogte gelukt en is een voorwaarde om de beschreven functionele scheiding werkzaam te laten zijn.

Het is inmiddels duidelijk, dat het sluiten van psychiatrische ziekenhuizen niet als logische consequentie de deelname van patiënten aan het maatschappelijk leven heeft. Deinstitutionalisering zal – zoals aan de hand van het zogenaamde 'Boston model' hierboven geschetst – met name een functionele herschikking moeten inhouden. De blauwdrukken van de Multi Functionele Eenheid en de Regionale Instituten Geestelijke Gezondheidszorg kunnen daartoe een belangrijke aanzet zijn.

Literatuur

- Advies Multifunctionele Eenheden* (1985). Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Bassuk, E.L., L. Rubin en A. Louniat (1985), Is homelessness a mental health problem? *American Journal of Psychiatry*, 141, 12, 1346-1550.
- Braun, P., G. Kochansky en R. Shapiro (1981), Overview. Deinstitutionalization of psychiatric patients. A critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736-749.
- Dickey, B., J.E. Gudeman, S. Hellman, A. Donatelle en L. Grinspoon (1981), A follow-up of deinstitutional chronic patients four years after discharge. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 5, 326-330.
- Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1983), *Rapport Beschermende Woonvormen*. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage.
- Gersons, B.P.R. (1982), Het lot van de chronische psychiatrische patiënt in de Verenigde Staten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 37, 10, 1023-1036.
- Giel, R. (1984), Onze moeite met moeilijke mensen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 4, 244-261.
- Gold Award: decreasing the use of inpatient services (1985). *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 11, 1206-1209.
- Gudeman, J.E., B. Dickey, L. Rood, S. Hellman en L. Grinspoon (1981), Alternative to the backward: the Quarterway House. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 5, 330-334.
- Gudeman, J.E., M.F. Shore en B. Dickey (1983), Day hospitalization and an inn instead of inpatient care for psychiatric patients. *New England Journal of Medicine*, 308, 749-753.
- Gudeman, J.E., en M.F. Shore (1984), Beyond deinstitutionalization: a new

- class of facilities for the mentally ill. *New England Journal of Medicine*, 311, 832-836.
- Gudeman, J.E., B. Dickey, A. Evans en M.F. Shore (1985), Four-years assessment of a day-hospital-inn program as an alternative to inpatient hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 142, 11, 1330-1333.
- Haveman, M.J. (1984), De-institutionalisering van de intramurale psychiatrische zorg. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 62, 18, 698-706.
- Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer en A. Meskinoff (1971), Day versus inpatient hospitalization, a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1371-1381.
- Jaarverslag 1983. Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.
- Jansen, M.A. (1986), Mental health policy: observations from Europe. *The American Psychologist*, 41, 9.
- Kramer, B. (1962), *Day hospital: a study of partial hospitalization in psychiatry*. Green & Stratton, New York.
- Londen, J. van (1980), Sintese van de workshop. In: *Alternatieven voor het psychiatrisch ziekenhuis*. Nationale Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg v.z.w., Gent.
- Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984), Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage.
- Perquin, L.N.M. (1985), *Het Boston model*. Valeriuskliniek.
- Schene, A.H. (1985), Psychiatrische deeltijdbehandeling: een overzicht. *NeGv-reeks* 83, Utrecht.
- Schene, A.H., en B.P.R. Gersons (1986), Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 335-340.

Schrijvers zijn respectievelijk: hoogleraar ambulante en sociale psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, Hoofddijk 23, 3584 CW Utrecht en psychiater, verbonden aan de Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam, en aan de sector Geestelijke Gezondheidszorg van de GG & GD te Amsterdam.