

Deeltijdbehandeling in beeld gebracht

Deel I: De stand van zaken in Nederland in 1986

door A.H. Schene, P.A.H. van Lieshout en
J.C.M. Mastboom

Samenvatting

Met het doel een beschrijving te geven van de ontwikkeling en de huidige stand van zaken omtrent de psychiatrische deeltijdbehandeling in Nederland, werd een onderzoek verricht onder alle 85 instellingen voor deeltijdbehandeling, die zich richten op volwassen psychiatrische patiënten. Het responspercentage op een nauwkeurig samengestelde vragenlijst bedroeg honderd.

Op basis hiervan worden gegevens geleverd over kwantiteit en organisatie, historische ontwikkeling, patiëntenpopulatie, reden van inbehandelingneming, inhoud van de behandeling, opnameduur, patiëntenselectie, verwijzingen, stafsamenstelling en kosten. Deeltijdbehandeling blijkt in Nederland twee belangrijke functies te hebben: (1) een uitbreiding van een ambulante behandeling, en (2) een vervolgbehandeling na een direct voorafgaande 24-uurs behandeling. De functies dagactivering en vervanging van een intramurale behandeling blijken relatief weinig ontwikkeld.

Mede gezien de vrij sterke selectie bij opname, concluderen de auteurs dat de deeltijdbehandeling in haar huidige vorm, in zeer beperkte mate als substitutie van intramurale vormen van psychiatrische behandeling kan worden beschouwd.

Inleiding

Van velerlei zijden valt een toenemende belangstelling voor psychiatrische deeltijdbehandeling te constateren. Dit is op zich niet verwonderlijk. Is het overheidsbeleid de afgelopen jaren over het algemeen gericht op kostenbeheersing en rationalisering, de deeltijdbehandeling blijft hiervan gevrijwaard. Het Ministerie van WVC heeft zelfs het voornemen deze vorm van zorg uit te breiden. In de nieuwe Nota Geeselijke Volksgezondheid (1984) wordt over het op dit punt te voeren beleid geschreven: 'dit betekent een kleine 3.000 plaatsen (voor deeltijdbehandeling) in 1990, een aanzienlijke groei in vergelijking met het huidige bestand'.

Een expliciet uitgangspunt hierbij is, dat deeltijdbehandeling, zo veronderstellen de auteurs van de Nota, kan bijdragen aan 'een capaciteitsverschuiving van intra – naar semi – en extramurale zorg', een be-

leid dat ook wel bekend staat als 'de substitutie van APZ-bedden'. In hoeverre dit streven vooral gebaseerd is op – al dan niet terecht – economische overwegingen, of meer op humanitaire of behandeltechnische inzichten, wordt niet geheel duidelijk. Wel duidelijk wordt dat de voorgestelde verschuiving niet kon worden gegrond op een redelijk inzicht in de aard en inhoud van deeltijdbehandeling. Zo lezen wij onder meer in dezelfde nota: 'in Nederland is tot nu toe vrijwel geen onderzoek gedaan naar de resultaten van deeltijdbehandeling'.

Een onlangs verricht literatuuronderzoek (Schene 1985) komt tot een soortgelijke conclusie: 'voor Nederland bestaat geen goede, recente, inventarisatie van de voorzieningen voor psychiatrische deeltijdbehandeling. Daarnaast ontbreekt inzicht in de werkwijze van dergelijke voorzieningen, bij voorbeeld: stafsamenstelling, ruimte, toegepaste therapievormen, behandelduur, samenwerking met andere instellingen, locatie, type patiënten, verwijzers, etc.', en hierdoor 'ontbreekt de basis voor een duidelijk en gemotiveerd beleid ten aanzien van de deeltijdbehandeling'.

In een tweetal artikelen wordt geprobeerd deze leemte enigszins te vullen. Er wordt een beschrijving gegeven van de resultaten van een landelijk inventariserend onderzoek naar de stand van zaken in 1986. In het eerste deel gaat het vooral om de hierboven genoemde meer algemene gegevens, terwijl in deel twee wordt geprobeerd tot een type-indeling van deeltijdbehandeling te komen. Daar gaat het om de vraag: welke verschillende vormen van deeltijdbehandeling kunnen worden onderscheiden en door welke variabelen vallen deze typen te karakteriseren?

In samenhang met een eerder artikel over de historische ontwikkeling (Schene en Gersons 1986) ontstaat daarmee hopelijk meer duidelijkheid over de actuele stand van zaken met betrekking tot de psychiatrische deeltijdbehandeling in Nederland.

Methode

Vragenlijst – Op basis van eerdere, vergelijkbare, buitenlandse studies (Bosch 1983; Casarino 1982; Crouse 1983; Skorupka 1983; Steinhart 1983) en een drietal vergelijkbare Nederlandse onderzoeken (Snijders 1978; Scheffer 1981; Geerlings 1983) werd een vragenlijst samengesteld. Deze werd bijgesteld na een kleine pilotstudie bij drie medewerkers van dagbehandelingsinstellingen. De vragenlijst bestond uit 50 vragen, meestal van het multiple choice-type.

Respondenten – Op grond van informatie van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de NZR, de GHIGV en de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid, werden de directies van alle GGZ-instellingen waar mogelijk deeltijdbehandeling plaatsvond aangeschreven, met het verzoek aan te geven of bij hen werkelijk van deeltijdbehandeling sprake was, en zo ja, ons een contactpersoon te noemen tot

wie wij ons konden richten voor een zo adequaat mogelijke beantwoording van de vragenlijst. Uitgesloten werden die instellingen die zich uitsluitend op kinder- en jeugdpsychiatrie of op psychogeriatricie richten.

Responspercentage – In totaal bleken 85 instellingen deeltijdbehandeling te verzorgen. De contactpersonen die werden benaderd, antwoordden allen, zodat het responspercentage 100 bedraagt. Dit onderzoek geeft naar onze mening dan ook een overzicht van de Nederlandse deeltijdbehandeling voor volwassen psychiatrische patiënten in 1986.

Resultaten

Kwantiteit en organisatie – In 1986 functioneren op het gebied van de volwassenenpsychiatrie in Nederland 85 instellingen voor deeltijdbehandeling. Ook een PAAZ waar bij voorbeeld acht plaatsen voor deeltijdbehandeling bestaan, werd in dit onderzoek als 'instelling' beschouwd. Deze 85 instellingen omvatten 1970 erkende plaatsen of stoelen, waarvan er 1914 feitelijk in gebruik zijn. Het gemiddeld aantal plaatsen per instelling bedraagt 23.1 (S.D.: 14.6). De kleinste instelling heeft slechts 3 plaatsen, terwijl de grootste beschikt over 90 plaatsen.

Per week worden op deze 1914 plaatsen 2995 patiënten behandeld; dit betekent dat per plaats per week 1.56 patiënt wordt behandeld. Beschouwen wij de 2995 patiënten die per week in deeltijdbehandeling zijn, dan blijkt dat 15% van hen slechts één dag aan het programma deelneemt, 12% twee dagen, 29% drie dagen, 14% vier dagen en 31% neemt gedurende vijf dagen per week aan het programma deel. Vrijwel steeds is een instelling organisatorisch verbonden aan een 'hoofdinstelling'. Zo blijken 59 instellingen (in totaal 1348 plaatsen) te zijn verbonden aan een APZ, 14 behoren tot een PAAZ (266 plaatsen), 4 tot een PUK (54 plaatsen), 5 zijn organisatorisch verbonden met een CPZ (132 plaatsen), terwijl slechts 3 instellingen functioneren als onafhankelijk instituut (170 plaatsen).

Per 1.000 inwoners zijn daarmee 0.13 plaatsen voor deeltijdbehandeling aanwezig. Deze plaatsen blijken ongelijkmatig verdeeld te zijn over het land; zo bedraagt dit promillage in Friesland 0, in Zeeland .07, in Groningen .06, terwijl het in Gelderland en Noord-Holland .17, en in Utrecht .18 bedraagt.

Met uitzondering van de TBR-klinieken, zijn er in Nederland 26.348 psychiatrische bedden (Ketting 1986). Hiermee is de verhouding deeltijdplaatsen: psychiatrische bedden 1 : 13.8. Gelet op de organisatie zijn er aanmerkelijke verschillen; deze ratio bedraagt voor het APZ 1 : 17.4, voor de PAAZ 1 : 17.1, voor de PUK 1 : 8.9, en voor het CPZ 1 : 3.4.

Historische ontwikkeling – In Tabel 1 staan gegevens vermeld over

Tabel 1: Historische ontwikkeling

Periode	Geopende plaatsen	Geopende instellingen	Plaatsen per instelling
Tot 1970	211	7	30.1
1971-1975	590	20	29.5
1976-1980	485	19	25.5
1981-1986	529	32	16.5
Onbekend	100	7	

de historische ontwikkeling van de deeltijdbehandeling in Nederland. De eerste instelling voor deeltijdbehandeling werd geopend in 1961. De toename tot 1970 blijkt uitermate gering. De sterkste toename valt vast te stellen in 1975/76; in deze twee jaar worden 412 plaatsen geopend. Een tweede sterke toename vindt plaats in 1982/83; in deze beide jaren worden te zamen 314 plaatsen geopend. Opmerkelijk is verder dat het gemiddeld aantal plaatsen per instelling in de loop der tijd duidelijk is afgenomen; de instellingen worden blijkbaar steeds kleiner.

Patiëntenpopulatie – In Tabel 2 worden gegevens vermeld over de 2995 patiënten die volgens dit onderzoek per week in deeltijdbehandeling zijn. Gelet op de diagnoses, blijkt dat bijna $\frac{1}{3}$ van de patiënten een neurotische stoornis heeft, ongeveer $\frac{1}{5}$ een persoonlijkheidsstoornis en $\frac{1}{7}$ een 'niet psychotische' depressieve stoornis. Ongeveer $\frac{2}{3}$ van de patiënten valt daarmee in één van deze drie categorieën. Een psychose (met uitzondering van drug- en alcoholpsychose) is in bijna $\frac{1}{5}$ van de gevallen de diagnose.

Reden voor inbehandelingneming – In Tabel 3 wordt vermeld hoe de ongeveer 3.000 patiënten die per week in deeltijdbehandeling zijn, procentueel zijn verdeeld over de in de tabel vermelde redenen voor inbehandelingneming. De reden 'vervanging intramuraal' werd omschreven als 'omdat zij anders zeker binnen één week intramuraal zouden moeten worden opgenomen'. 'Vervolgbehandeling' betekende dat deze behandeling aansloot op een direct voorafgaande 24-uurs behandeling. Tot de categorie 'uitbreiding ambulante behandeling' mochten alleen patiënten worden gerekend waarvoor geen indicatie voor een intramurale behandeling bestond. Het betreft patiënten waarbij 'een ambulante behandeling onvoldoende resultaat opleverde of erg lang dreigde te gaan duren'. 'Dagactivering' had vooral betrekking op chronisch psychiatrische problematiek. Het betreft patiënten 'die behoefte hebben aan een vorm van dagactivering of rehabilitatie'.

Behandeling – Tabel 4 geeft informatie over de toegepaste vormen van therapie, de typen gestandaardiseerde weekprogramma's en het gebruik van psychofarmaca. Geconcludeerd kan worden dat in instellingen voor deeltijdbehandeling een groot aantal verschillende therapievormen wordt toegepast. De individuele psychotherapie blijkt va-

Tabel 2: Patiëntenpopulatie (N = 2995)

<i>Leeftijd:</i>	%
30 jaar of jonger	33
31-40	30
41-50	21
51-60	10
61-70	5
Ouder dan 70 jaar	1
<i>Man/vrouw</i>	1:1.07
<i>Opleidingsniveau:</i>	%
Academisch/HBO	11
Middelbaar onderwijs	28
Lager beroepsonderwijs	36
Lagere school	19
BLO/LOM	6
<i>Diagnose:</i>	
Neurotische stoornissen (300)*	29
Persoonlijkheidsstoornissen (301, 302, 312)	20
Depressieve stoornissen (311)	15
Schizofrene psychosen/schizofrenie (295)	8
Affectieve psychosen (296)	6
Andere psychosen (297, 298)	4
Dementieën (290)	
Alcoholpsychose/alcohol afhank. (291, 303)	4
Drugpsychose/drugs afhank. (292, 304)	1
Andere organische stoornissen (293, 294, 310)	1
Mentale retardatie (317, 318, 319)	1
Specifieke stoornissen voor de kinderjaren en adolescentie (299, 313, 314, 315)	3
Anders	7

* Nummers betreffen ICD-9-codering (World Health Organization, 1977)

Tabel 3: Reden voor inbehandelingneming (N = 2995 patiënten)

	%
Uitbreiding ambulante behandeling	40
Vervolgbehandeling	30
Dagactivering	14
Vervanging intramuraal	9
Andere redenen	7

ker structurerend dan inzichtgevend van aard te zijn. In ongeveer 15% van de instellingen wordt geen groepspsychotherapie toegepast. Het minst worden vermeld het psychodrama en de muziektherapie.

Gestandaardiseerde weekprogramma's zijn programma's met een vast omschreven agenda. Gemiddeld worden per instelling 2.5 van

Tabel 4: Behandeling

<i>Toegepaste therapievormen</i>	<i>%</i>
<i>Psychotherapie:</i>	
individueel ontdekkend/inzichtgevend	69*
individueel structurerend	89
partner relatietherapie	89
gezinstherapie	78
groepspsychotherapie	87
psychodrama	40
<i>Andere groepstherapieën</i>	
groep gericht op interpersoonlijke training (assertiviteitstraining, enz.)	81
groep gericht op praktische sociale vaardigheden (ADL, koken, hobby's, enz.)	83
<i>Non-verbale therapie:</i>	
bewegingstherapie/psychomotore therapie	88
creatieve therapie	91
arbeidstherapie	61
muziektherapie	29
<i>Anders:</i>	43
<i>Gestandaardiseerde weekprogramma's:</i>	
psychotherapeutisch (gericht) programma	54
dagactivering/structurerend	35
resocialisatie	24
gestructureerde therapie	11
crisisinterventie	7
sociotherapie	5
<i>Psychofarmaca:</i>	
bij aanvang van de behandeling	53**
bij beëindiging van de behandeling	32

* Betreft het percentage instellingen (N = 85) dat aangaf deze vorm van therapie toe te passen.

** Betreft het percentage van het totaal aantal patiënten (N = 2995) dat per week in deeltijdbehandeling is.

dergelijke programma's geboden. De respondenten werd gevraagd deze programma's kort te karakteriseren. In iets meer dan de helft van de instellingen bleek men een psychotherapeutisch gericht weekprogramma te bieden. Hoewel het aantal patiënten dat vanwege 'dagactivering' in behandeling wordt genomen slechts 14% zou bedragen (Tabel 3), blijkt $\frac{1}{3}$ van de instellingen een speciaal dagactiveringsprogramma toe te passen. Een crisisinterventieprogramma functioneert slechts in 7% van de instellingen.

Gebruikt ongeveer de helft van de patiënten bij aanvang van de behandeling psychofarmaca, op het moment van ontslag is dit gedaald

tot ongeveer éénderde. Gelet op het soort deeltijdbehandeling, blijkt dat 89% van de instellingen zich beperkt tot uitsluitend dagbehandeling. Er is in beperkte mate sprake van avond- (8%), nacht- (11%) of weekendbehandeling (8%).

Het maximaal aantal uren dat een patiënt per week aan een programma deel *kan* nemen, bedraagt voor de 85 instellingen gemiddeld 33 uur. Het gemiddeld aantal uren dat een patiënt per week minimaal aan het programma deel *moet* nemen is 10 uur.

De duur van de behandeling vertoont een grote variatie: tussen de 4 weken en meer dan een jaar. De gemiddelde duur ligt op ongeveer 9 maanden, om precies te zijn op 36.3 weken. Voor $\frac{2}{3}$ van de instellingen is de behandelduur tussen een half en één jaar. Bij deeltijdbehandeling wordt er van uitgegaan dat patiënten gedurende de avonduren en het weekend thuis verblijven. Toch bleek 67% van de instellingen aan de patiënten de mogelijkheid voor een overnachting te kunnen bieden. Van de 23 instellingen die deze mogelijkheid niet tot hun beschikking hadden, meende 50% dat deze wel wenselijk was.

Selectie – Respondenten werd gevraagd een patiëntendoorstroomschema in te vullen. Hieruit mag worden geconcludeerd, dat indien 100 patiënten met een instelling in contact treden, 86 van hen aan een intake deelnemen, van wie er 60 in behandeling worden genomen. Gemiddeld beginnen 3 van deze 100 patiënten zonder intake aan de behandeling. Van de 63 patiënten die de behandeling starten, nemen 25 eerst deel aan een introductieperiode, en breken 6 de behandeling gedurende de eerste maand af. Uiteindelijk resteren van de 100 die in aanvang contact opnemen, na één maand 57 patiënten. Hieruit blijkt dat van enige selectiviteit zeker sprake is, waarbij de vraag zich voordoet, om welke redenen instellingen voor deeltijdbehandeling bij bepaalde patiënten afzien van behandeling. Tabel 5 vermeldt hoeveel procent van de 85 instellingen de door ons in de vragenlijst genoemde contra-indicaties toepasten.

Voor meer dan $\frac{2}{3}$ van de instellingen blijken een manifeste psychose, drugsafhankelijkheid, zwakzinnigheid, leeftijd, alcoholafhankelijkheid, en een onvoldoende motivatie voor behandeling contra-indicaties te zijn. Indien wordt uitgegaan van de 17 door ons omschreven contra-indicaties, en vervolgens per instelling het totaal aantal daar toegepaste contra-indicaties (0-17) wordt berekend, dan blijkt dat dit nogal uiteen loopt (zie tabel 5).

Patiëntenstroom – Het is interessant te bezien door wie patiënten die in deeltijdbehandeling worden genomen worden verwezen, en naar wie zij bij het beëindigen van de behandeling worden doorverwezen voor nazorg. Tabel 6 geeft informatie over de patiëntenstroom 'in' en 'uit' de Nederlandse deeltijdbehandeling. Ongeveer $\frac{1}{3}$ van de patiënten komt vanuit een intramurale psychiatrische instelling. Deze groep moet waarschijnlijk in verband worden gebracht met de in tabel 3 genoemde 30% vervolgbehandeling. Ongeveer 10% wordt van de in-

Tabel 5: Contra-indicaties

<i>Toegepaste contra-indicaties:</i>	%
manifeste psychose	82*
drugsafhankelijk	73
zwakzinnigheid	72
leeftijd (te oud of te jong)	69
alcoholafhankelijk	64
onvoldoende gemotiveerd	64
agressiviteit/acting out gedrag	62
suïcidaliteit	53
organisch cerebraal lijden	51
niet in staat zelfstandig te reizen	47
problemen met Nederlandse taal	36
onvoldoende thuismilieu	33
psychofarmacagebruik interfererend met behandeling	28
reistijd langer dan een uur	27
past niet in de groep	24
systeem niet bereid mee te werken aan behandeling	20
psychose in de anamnese	6
<i>Aantal toegepaste contra-indicaties:</i>	%
0- 3	12
4- 6	19
7- 9	33
10-12	26
13-17	10
	100%

* Betreft het percentage instellingen (N = 85) dat aangaf die contra-indicatie toe te passen.

Tabel 6: Patiëntenstroom

	'In' %*	'Uit' %
Huisarts	10	15
Vrijgevestigd psychiater/zenuw- arts/psychotherapeut	5	4
RIAGG/CAD	25	19
Psychiatrische polikliniek	18	18
Intramurale psychiatrische instelling	32	9
Eigen nazorgprogramma		10
Geen nazorg		23
Anders	9	3
		100%

* Betreft het percentage van het totaal aantal patiënten (N = 2995) dat per week in deeltijdbehandeling is.

stellingen voor deeltijdbehandeling doorverwezen naar een dergelijke intramurale setting. De helft wordt verwezen door de ambulante GGZ, waarbij het aandeel van de poliklinieke psychiatrie opmerkelijk is. Een kwart van de patiënten behoeft geen nazorg en $1/10$ neemt deel aan een door de instelling zelf verzorgd nazorgprogramma.

Medewerkers – Door wie wordt deze behandeling nu verzorgd; hoe is de staf in instellingen voor deeltijdbehandeling samengesteld? Tabel 7 geeft hierover informatie.

Tabel 7: Medewerkers: gemiddeld per instelling (N = 85) in uren en aantal

	Werkend in de deeltijd- instelling		Tevens werkzaam in hoofd- instelling
	uur/week	aantal	aantal
Verpleegkundige	70	2.3	0.5
Psycholoog	45	1.8	0.9
Bezigheids-/creatief ther.	42	1.8	0.7
Maatschappelijk werker	29	1.2	0.5
Psychiater	21	1.2	1.0
Arts-assistent	5	0.3	0.3
Administratief medewerker	19	*	*
Stagiaire	19	*	*
Vrijwilliger	0	*	*
Anderen	19	*	*

* = data ontbreken; naar aantallen werd niet geïnformeerd

Respondenten werd gevraagd aan te geven hoeveel uur per week iedere stafmedewerker *uitsluitend* aan bezigheden voor de instelling voor deeltijdbehandeling besteedde. Tevens vroegen wij naar het aantal medewerkers per discipline, uitgesplitst naar het aantal dat alleen voor de instelling voor deeltijdbehandeling werkte, en het aantal dat tevens werkzaamheden binnen de hoofdinstantie verrichtte. Uitgedrukt in full-time equivalenten heeft een 'typische' instelling voor deeltijdbehandeling de beschikking over gemiddeld 0.55 psychiater, 1.20 psycholoog, 1.10 bezigheid/creatief therapeut en 1.85 psychiatrische verpleegkundige (met inbegrip van de SPV-er). Arts-assistenten treft men nauwelijks aan, en indien zij aanwezig zijn, werken zij allen tevens in de hoofdinstantie. Dit laatste geldt ook voor de psychiater. De verpleegkundigen daarentegen besteden vrijwel de gehele werktijd aan deeltijdbehandeling. Als administratieve ondersteuning blijkt gemiddeld 0.80 medewerker te zijn aangesteld.

Kosten – Door 71 van de 85 instellingen werd de verpleegprijs per dag vermeld. Deze bedraagt gemiddeld f 156,-, de standaarddeviatie was f 47,-, de minimumprijs f 68,-, en de maximumprijs f 333,-. Bij

1914 feitelijk in gebruik zijnde plaatsen, zijn de totale kosten gemoeid met deeltijdbehandeling per dag: $1914 \times f 156,- = \pm f 300.000,-$. De totale kosten per jaar voor psychiatrische deeltijdbehandeling in Nederland zouden wij, uitgaande van 250 behandel dagen per jaar, willen stellen op $250 \times f 300.000,- = \text{circa } 75 \text{ miljoen gulden}$. Uitgaande van 1914 plaatsen, 1.56 patiënt per plaats en een behandelduur van 36.3 weken, worden per jaar $52/36.3 \times 1.56 \times 1914 = 4277$ patiënten in deeltijdbehandeling (af-)behandeld. Dit impliceert dat de kosten per behandeling ongeveer 75 miljoen gulden gedeeld door $4277 = f 17.500,-$ bedragen.

Conclusie en discussie

Uit het voorafgaande kan een aantal conclusies worden getrokken. De ons inziens meest saillante zijn:

1. De deeltijdbehandeling komt in Nederland pas werkelijk tot bloei vanaf ongeveer 1970. De ontwikkeling in ons land loopt daarmee ongeveer 15 jaar achter bij die in Groot-Brittannië (Farndale 1961) en 10 jaar bij die in de Verenigde Staten (Keeton 1964), maar vertoont grote overeenkomst met de ontwikkeling in West-Duitsland (Steinhart 1983).

De duidelijk versnelde groei vanaf 1973 tot en met 1976 hangt waarschijnlijk samen met twee factoren. Ten eerste werd de deeltijdbehandeling in 1969 bij het 'besluit psychiatrische dag- en nachtbehandeling ziekenfondsverzekering' erkend als door het ziekenfonds te vergoeden verstrekking, een erkenning die pas in 1973 werd vastgesteld in de Staatscourant. Hiermee werd een deel van het financieringsprobleem opgelost.

Ten tweede ontstond aan het einde van de jaren zestig een grote belangstelling voor het verschijnsel 'psychiatrisch centrum', een centrum dat diverse behandelmodaliteiten wenste te bieden, variërend van puur klinisch tot puur ambulant. De ontwikkeling van de psychiatrische deeltijdbehandeling vertoont dan ook gelijkenis met een andere verstrekking op het spectrum klinisch-ambulant, namelijk de psychiatrische polikliniek; de eerste werd geopend in 1953; in 1970 waren er slechts 5 poliklinieken; daarna treedt een snelle groei op, zodat in 1978 reeds 40, en in 1984 in totaal 125 poliklinieken psychiatrie bleken te zijn geopend (Mastboom 1981; Ketting 1986).

2. Er zijn 1986 ongeveer 1970 erkende plaatsen voor deeltijdbehandeling. Daarmee zijn 0.13 stoelen per 1.000 inwoners beschikbaar. De door de regering gestelde behoeftenorm is .20; dit betekent dat het huidige aantal stoelen met 50 procent zal moeten worden uitgebreid ten einde deze norm te realiseren. Er blijkt duidelijk sprake van 'ontwikkelings'-provincies (Groningen, Friesland en Zeeland), waar de capaciteit kleiner is dan .10. In geen van de provincies blijkt de gestelde .20 momenteel te zijn gerealiseerd.

Apart hierbij moet worden vermeld dat in de periode mei 1984 tot en met juni 1985 ongeveer 35 aanvragen voor een erkenning deeltijdbehandeling werden ingediend. Het gaat daarbij om een totaal van $\pm$ 700 plaatsen. Indien deze aanvragen zouden zijn gerealiseerd, bedraagt het aantal plaatsen deeltijdbehandeling .18 per 1.000 inwoners, wat impliceert dat met nog 300 extra plaatsen de norm van .20 naar alle verwachting eind 1985 al 'vergeven' zal zijn.

In Nederland zijn thans 44 APZ'en. Wij vonden dat 59 instellingen voor deeltijdbehandeling zijn verbonden aan een APZ, wat impliceert dat minimaal 15 APZ'en over meerdere afdelingen voor deeltijdbehandeling beschikken. Voor de PAAZ'en ligt dit geheel anders; hoewel de verhouding bedden/stoelen daar, door het ontbreken van een verblijfspopulatie, veel meer ten gunste van de stoelen uitvalt dan in de APZ'en, blijkt dat slechts 14 van de 81 PAAZ'en over deeltijdbehandeling beschikken.

In de buitenlandse literatuur wordt frequent melding gemaakt van 'underutilization' (Bennet 1981; Fink 1978; Steinhart 1983). Daarmee wordt bedoeld dat de aanwezige behandelcapaciteit niet volledig wordt benut; een deel van de stoelen is onbezet. Van dit verschijnsel lijkt in Nederland geen sprake te zijn. Integendeel, 35 instellingen meldden de afgelopen zes maanden gebruik te hebben gemaakt van een wachtlijst; de wachttijd bij deze instellingen bedroeg gemiddeld minimaal drie en maximaal elf weken.

3. Uit de genoemde sociodemografische gegevens mag worden geconcludeerd dat vrijwel evenveel mannen als vrouwen in deeltijdbehandeling zijn, en dat er een redelijke verdeling is over leeftijds- en opleidingscategorieën. De deeltijd behandelde populatie blijkt jonger dan de APZ-populatie; volgens de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg betrof 26.5% van de APZ-opnamen mensen die jonger waren dan 30 jaar, terwijl dit voor de deeltijdbehandeling 33% is. De categorie ouder dan 60 jaar is voor de APZ'en 20.4%, en in dit onderzoek 6%. Ook in vergelijking met een PAAZ is deze tendens waarneembaar; daar is 24.4% jonger dan 30 en 21.5% ouder dan 60 jaar.

Gelet op de diagnoses zijn de verschillen opmerkelijk; Van den Hout (1985) vermeldt voor 517 ontslagen APZ-patiënten 45.6% psychosen, terwijl wij voor de deeltijdbehandeling slechts 18% psychosen vonden. Qua diagnose lijkt de deeltijdpopulatie, voor zover de gegevens daarover beschikbaar zijn, eerder op die van een PAAZ; Mastboom (1983) noemt voor drie PAAZ'en gemiddeld 20% psychosen en 61% neurosen en persoonlijkheidsstoornissen. Alhoewel gegevens over het opleidingsniveau minder gemakkelijk onderling vergelijkbaar zijn, lijkt de deeltijdpopulatie hoger opgeleid dan die van APZ'en of PAAZ'en (vgl. Van den Hout (1985); Mastboom (1983)).

4. In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg lijkt de psychiatrische deeltijdbehandeling primair twee functies te vervullen. De

eerste functie noemden wij 'uitbreiding ambulante behandeling'; veertig procent van de patiënten wordt in behandeling genomen omdat 'een ambulante behandeling onvoldoende resultaat opleverde of erg lang dreigde te gaan duren'. Voor hen bestond geen indicatie voor een intramurale of klinische behandeling.

De tweede belangrijke functie van deeltijdbehandeling in de geestelijke gezondheidszorg is de 'vervolgbehandeling'; dertig procent van hen start de behandeling 'na een direct voorafgaande 24-uurs behandeling', dus niet nadat zij bij voorbeeld eerst een periode thuis zijn geweest.

Daarnaast blijkt de deeltijdbehandeling twee, in kwantitatief opzicht, minder belangrijke functies te vervullen; 14 procent van de opnames betreft patiënten met chronisch psychiatrische problematiek, die behoefte hebben aan een vorm van dagactivering of rehabilitatie. Voor deze groep patiënten blijken 30 instellingen een speciaal 'dagactiveringsprogramma' te bieden. Als laatste blijkt 9 procent van de patiënten in behandeling te komen omdat 'zij anders zeker binnen één week intramuraal (d.w.z. klinisch) zouden moeten worden opgenomen'. Deze functie noemden wij 'vervanging intramuraal'. Onder substitutie wordt wel verstaan 'een kwantitatieve verschuiving van de klinische zorg in de afdelingen voor acute opnamen en kortdurende behandeling (—) naar de semi- en extramurale zorg' (Substitutie Project Assen 1984). Uit ons onderzoek blijkt dat 172 stoelen de functie 'vervanging intramuraal' hebben en 516 stoelen de functie 'vervolgbehandeling'. Daarmee hebben 688 stoelen een substituerende functie. Dit is 2.6% van het totaal aantal psychiatrische bedden. De substitutie van bedden door stoelen lijkt daarmee nog in de kinderschoenen te staan (zie ook: Jongerius 1984).

Uit de gegevens komt naar voren dat er een duidelijke selectie van patiënten plaatsvindt: slechts 1 op de 14 instellingen biedt een crisisinterventieprogramma; de volgende contra-indicaties worden allen door minstens twee van de drie instellingen gehanteerd om af te zien van inbehandeling: manifeste psychose, drugsafhankelijkheid, zwakzinnigheid, alcoholafhankelijkheid, onvoldoende motivatie en agressiviteit/acting-out gedrag; 37 procent van de instellingen noemde 10 of meer van de 17 door ons gevraagde contra-indicaties; van een groep van 100 patiënten die contact met een instelling opnamen voor behandeling, blijken er één maand na het begin van de behandeling nog 57 over te zijn (met name de intake selecteert: 25 procent valt daar af). Opvallend is wel dat een aantal veel gehoorde belemmeringen voor deeltijdbehandeling uit dit onderzoek als minder belangrijk naar voren komen. Zo wordt suicidaliteit door 53, onvoldoende thuismilieu door 33, en een reistijd langer dan 1 uur slechts door 27 procent van de instellingen genoemd als reden om af te zien van behandeling.

5. De mogelijkheid tot het bieden van een overnachting aan patiën-

ten voor wie dat tijdelijk noodzakelijk is, komt uit dit onderzoek als een gewenste uitbreiding op de deeltijdbehandeling naar voren; 57 instellingen bleken deze faciliteit te kunnen bieden, vrijwel steeds binnen de hoofdinstelling (APZ/PAAZ/CPZ/PUK), terwijl nog eens 12 deze gewenst achtten.

6. Eén dag behandeling kost gemiddeld f 156,-. De kosten van één behandeling bedragen circa f 17.500,-, en de totale kosten voor psychiatrische deeltijdbehandeling werden voor Nederland in 1986 berekend op f 75.000.000,-.

Op basis van de gegevens van Ketting (1986) werd geconcludeerd dat de verhouding bedden : stoelen in Nederland ongeveer 13,8 : 1 is. Letten wij echter op de totale hoeveelheid geld die jaarlijks in Nederland met intramurale respectievelijk deeltijdbehandeling is gemoeid, dan is de verhouding 28,4 : 1. Intramurale behandeling is qua verpleging per dag momenteel duurder dan deeltijdbehandeling: in APZ en CPZ is de 24-uurs verpleegprijs gemiddeld f 234,-, in de PAAZ f 467,- en in de PUK f 537,-. Daarmee is overigens niet gezegd dat deeltijdbehandeling de facto ook zoveel goedkoper is. Onze berekening is immers gebaseerd op de dagprijs zoals deze thans door de instellingen voor deeltijdbehandeling wordt gecalculeerd, wat nog niet wil zeggen dat deze kostendeekkend is.

Met dit onderzoek is getracht meer duidelijkheid te verschaffen over de aard, inhoud en werkwijze van de psychiatrische deeltijdbehandeling in Nederland.

In de inleiding werd de vraag opgeworpen in hoeverre de deeltijdbehandeling kan bijdragen aan een 'capaciteitsverschuiving van intra- naar semi- en extramurale zorg'. Het blijkt dat deeltijdbehandeling in haar huidige vorm in zeer beperkte mate als substitutie van intramurale vormen van psychiatrische behandeling kan worden beschouwd. Daarvoor is zij te selectief, en is het substituerende element onvoldoende ontwikkeld. Experimenten met substituerende vormen van deeltijdbehandeling, zoals in Psychiatrisch Ziekenhuis 'Licht en Kracht' te Assen en de Psychiatrische Universiteits Kliniek te Utrecht, kunnen hopelijk in de komende periode meer duidelijkheid met betrekking tot deze substitutie verschaffen.

Literatuur

- Bennett, D. (1981), What directions for psychiatric day services? In: *The Mental Health Year Book*.
- Bosch, G. (1983), *Die Tagesklinik als Teil der psychiatrischen Versorgung*. Rheinland-Verlag GmbH, Keulen.
- Casarino, J.P., M. Wilner en J.T. Maxey (1982), American Association for Partial Hospitalization (AAPH): Standards and guidelines for partial hospitalization. *Int. J. Part. Hosp.*, 1, 15-21.

- Crouse, E.C., B. Pate en P.M. Lefkowitz (1983), A survey of partial hospitalization programs in the state of Indiana. *Int. J. Part. Hosp.*, 2, 43-55.
- Farndale, J. (1961), *The day hospital movement in Great Britain*. Pergamon Press, London.
- Fink, E.B., R. Longabaugh en R. Stout (1978), The paradoxical underutilization of partial hospitalization. *Am. J. Psychiatry*, 135, 713-716.
- Geerlings, P., J. de Klerk-Roscam Abbing en H. Schalken (1983), De verschillende vormen van psychiatrische dagbehandeling. *M.G.V.*, 37, 511-518.
- Hout, A.C. van den (1985), *Ontslagen psychiatrische patiënten*. Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Jongerius, P.J. (1984), Forum: het substitutiebeginsel en de dagbehandeling. *T. v. Psychiatrie*, 26, 611-612.
- Keeton, J.E. (1964), Goals and pitfalls of day treatment programs. *Mental Hospital*, 15, 640-643.
- Ketting, E. (1986), *GGZ in getallen 1984*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Mastboom, J. (1981), *Poliklinieken van psychiatrische centra*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Mastboom, J., R. Berghmans, P. van Zijl, L. Peters en R. van Mazijsk (1983), *PAAZ in de pas*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984), Ministerie van Welzijn, volksgezondheid en Cultuur, Leidsendam.
- Scheffer, W., en A.C. van den Hout (1981), *Psychiatrische centra voor dag-, avond- en nachtbehandeling*. Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Schene, A.H. (1985), *Psychiatrische deeltijdbehandeling; een overzicht*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Schene, A.H., en B.P.R. Gersons (1986), Psychiatrische deeltijdbehandeling, een actuele geschiedenis. *M.G.V.*, 41, 617-627.
- Skorupka, P.C., en S.J. Cooley (1983), The development of a partial hospitalization program evaluating tool. *Int. J. Part. Hosp.*, 2, 57-66.
- Snijders, J.A. (1977), *Enquête bij erkende inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling*. Psychiatrisch Ziekenhuis Bloemendaal, 's Gravenhage.
- Steinhart, I. en G. Bosch (1983), Development and current status of partial hospitalization in the Federal Republic of Germany and West Berlin. *Int. J. Part. Hosp.*, 2, 71-81.
- Substitutieproject Assen (1984), *In plaats van een bed*. Assen/Groningen.
- World Health Organization (1977), *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*, Volume I, Geneve.

Schrijvers zijn respectievelijk: arts-assistent, Vakgroep Psychiatrie, Afdeling Ambulante en Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht en medewerkers Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht; correspondentie-adres: A.H. Schene, Academisch Ziekenhuis, Afdeling Psychiatrie, Hoofddijk 23, 3584 CW Utrecht.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 20-8-'87.