

Deeltijdbehandeling in beeld gebracht

Deel II: Naar een typologie van deeltijdbehandeling

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

Samenvatting

De auteurs geven een karakterisering van vier verschillende typen deeltijdbehandeling. Zij maken gebruik van empirische gegevens, verkregen bij de 85 Nederlandse instellingen voor deeltijdbehandeling. De instellingen worden onderscheiden naar hun functie in de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat deeltijdbehandeling de volgende vier functies kan hebben:

1. alternatief voor een (sub)acute 24-uurs behandeling (vervanging intramuraal);
2. overgangsfase volgend op een 24-uurs behandeling (vervolgbehandeling);
3. alternatief voor een ambulante behandeling (uitbreiding ambulant);
4. rehabilitatie of ondersteuning van chronische patiënten (dagactivering).

Met behulp van de contrastgroepenmethode worden de verschillen en overeenkomsten tussen vier groepen instellingen, ieder gespecialiseerd in één der functies, onderzocht. Daarbij wordt gelet op stafsamenstelling, grootte van de instelling, huisvesting, organisatie, verwijzing, patiëntenpopulatie (leeftijd, opleiding, diagnose), behandeling (aard, duur, farmacagebruik), mogelijkheid tot overnachtingen contra-indicaties.

1. Inleiding

In een voorafgaand artikel, 'Deeltijdbehandeling in beeld gebracht: Deel I – De stand van zaken in Nederland in 1986' (Schene, Van Lieshout en Mastboom 1988), werd een beeld geschetst van de stand van zaken in de 85 instellingen voor deeltijdbehandeling, die Nederland in 1986 op het gebied van de volwassenenpsychiatrie rijk was. Daarin werd een overzicht gegeven van onder andere de behandelde groep patiënten, de aard van de behandeling, de stafsamenstelling, de prijs, de huisvesting en de organisatievorm.

In dit tweede artikel zullen wij trachten deze instellingen nader in te delen in typen. Daarmee hopen wij een bijdrage te leveren aan een in ons land reeds 15 jaar voortgaande discussie over de verschillende vormen van deeltijdbehandeling, een discussie die vooralsnog niet heeft mogen resulteren in een algemeen aanvaarde typologie. In het onderstaande wordt over dit onderwerp eerst een literatuuroverzicht gege-

ven. Vervolgens wordt onderzocht of een uit deze literatuur geconcipeerde typologie toepasbaar is op de Nederlandse situatie. Als laatste worden de verschillen tussen theorie en praktijk becommentarieerd.

2. Typologieën: de literatuur

Een eerste indeling van de psychiatrische dagbehandeling is die van het Britse ministerie voor Gezondheid uit 1955. Zij onderscheidt dagziekenhuizen verbonden aan een psychiatrisch ziekenhuis, een geriatrisch ziekenhuis, en aan een 'social club'. Vervolgens komt Farndale (1961) met de volgende driedeling:

1. een onafhankelijk, niet met een 'moeder'ziekenhuis verbonden dagziekenhuis;
2. een vrijstaand dagziekenhuis, verbonden met een al dan niet op afstand gelegen 'moeder'ziekenhuis;
3. een psychiatrische unit voor 24-uurs opname, dagbehandeling en ambulante behandeling.

In de loop van de jaren zeventig raakt in Amerika de volgende indeling in zwang (o.a. Neffinger 1981; Shatley Edwards 1982):

1. *day hospital*: deze instelling biedt dezelfde faciliteiten en zorg als een klinische afdeling, met als voornaamste doel het stabiliseren van een acute crisis;
2. *day treatment*: in deze instelling gaat het zowel om het voorkómen van klinische opnamen, als om het helpen van patiënten met de overgang van een klinische 24-uurs opname terug naar huis;
3. *day care*: het doel van deze instelling is het voorkómen van verdere deterioratie en rehospitalisatie; de doelgroep bestaat met name uit chronisch schizofrene patiënten.

In het begin van de jaren zeventig verschijnt in Nederland het onderscheid in primaire en secundaire dagbehandeling (Symposiumverslag 1970). Deze indeling krijgt meer bekendheid door het onderzoek van Scheffer en Van den Hout (1981). Zij geven een nadere aanduiding van deze begrippen:

1. *primaire dagbehandeling*: 'georiënteerd op cliënten waarvoor een ambulante c.q. poliklinische behandeling onvoldoende is en een 24-uurs opname niet nodig';
2. *secundaire dagbehandeling*: 'georiënteerd op cliënten die geen 24-uurs opname meer nodig hebben, maar voor wie met betrekking tot de terugkeer naar de maatschappij een overgangsfase noodzakelijk is'.

Geerlings e.a. (1983) maken bezwaar tegen deze indeling; 'volgens onze indruk zijn er in de praktijk meerdere vormen van psychiatrische dagbehandeling ontwikkeld', waarmee zij doelen op dagbehandeling voor 'een groep psychiatrische patiënten, die meer nodig heeft dan een alleen op resocialisatie en reactiveren gerichte behandelingsvorm'. Zij stellen de volgende driedeling voor:

1. *ziekenhuisdagbehandeling*; het geleidelijk laten verlopen van

het ontslag uit de klinische behandeling en het bewerkstelligen van een herstel van de toestand van voor de decompensatie, zodat het functioneren in het eigen milieu weer mogelijk wordt;

2. *dagcentrum*; bedoeld voor patiënten die onvoldoende perspectief hebben bij een behandeling in een ambulante setting, zonder dat een dag- en nachtopname overwogen wordt. Doel is het bewerkstelligen van reconstructieve veranderingen;

3. *dagkliniek*; zowel voor de voorafgaand klinisch opgenomen patiënten, als voor patiënten die onvoldoende baat hebben bij een ambulante behandeling. Het doel is resocialisatie (echter 'de psychische en sociale weerbaarheid vergeleken bij de toestand van voor de decompensatie', wordt vergroot), en het bewerkstelligen van reconstructieve veranderingen. Het gaat om een groep patiënten 'die neigt tot chroniciteit of waarbij reeds sprake is van chroniciteit'.

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat, afhankelijk van het doel dat men zich bij een classificatie stelt, diverse indelingen mogelijk zijn. Welk standpunt heeft de overheid nu ingenomen? Zij onderscheidt een tweetal typen (Nota Geestelijke Volksgezondheid, 1983-84):

1. *deeltijd ziekenhuisbehandeling*; 'deeltijdbehandeling in het ziekenhuis op de afdeling waar men het laatste verbleef. Er is geen aparte deeltijdbehandelingsunit en geen aparte behandelstaf';

2. *deeltijdbehandelingskliniek*; 'een eenheid voor korter- of langerdurende intensieve behandeling gedurende minstens vier uur per etmaal. Hierbij wordt gebruik gemaakt van intensieve behandelingsmethoden van diverse aard'.

Op grond van literatuuronderzoek, kwam één van ons (Schene 1985) tot een indeling in vier typen. Aansluiting zoekend bij gegevens uit de internationale literatuur over deeltijdbehandeling, werd voorgesteld als indelingscriterium te nemen de primaire functie die een instelling binnen de geestelijke gezondheidszorg kan vervullen (Glasscote 1969; Astrachan 1970; Herz 1980; Greene 1981; Neffinger 1981; Shatley Edwards 1982). Het gaat om de volgende primaire functies:

1. deeltijdbehandeling als alternatief voor een (sub)acute 24-uurs behandeling;
2. deeltijdbehandeling als overgangsfase volgend op een 24-uurs behandeling;
3. deeltijdbehandeling als alternatief voor een ambulante behandeling;
4. deeltijdbehandeling als rehabilitatie of ondersteuning van chronische patiënten.

Ook hier geldt, evenals bij de indeling van Scheffer en Van den Hout (1981), dat in één behandelcentrum gelijktijdig verschillende functies voor kunnen komen, maar dat veelal één van deze overheerst. Het is deze indeling die wij in het navolgende op zijn merites voor de Nederlandse situatie willen beoordelen. Vooralsnog vonden sommigen deze 'voorgestelde indeling voor deeltijdbehandelingsprogramma's (nog) niet overtuigend' (Oosterlee 1986).

3. Methode

De dataverzameling werd in het voorafgaande artikel uitgebreid beschreven. Alle 85 Nederlandse instellingen voor deeltijdbehandeling die zich richtten op de volwassenenpsychiatrie werden benaderd met een ongeveer 50 vragen tellende vragenlijst. Het responspercentage bedroeg honderd.

De hierboven vermelde typologie 'functie in de geestelijke gezondheidszorg' werd als volgt onderzocht: in één van de vragen uit de vragenlijst werden de respondenten verzocht de bij hen in behandeling zijnde groep patiënten percentueel te verdelen over een viertal redenen voor inbehandelingneming, welke hierna worden omschreven (zie ook het voorafgaande artikel, tabel 3). Instellingen die in verhouding tot de andere instellingen hoog scoorden op één van deze vier redenen, werden beschouwd als gespecialiseerd in één van de eerder genoemde functietypen in de GGZ. Op deze wijze ontstonden vier groepen instellingen, die door middel van de contrastgroepenmethode op overeenkomsten en verschillen werden geanalyseerd. De vier functietypen werden als volgt omschreven (N = aantal instellingen):

1. *vervanging intramuraal* (N = 10): deze functie wordt, zoals eerder bleek, relatief weinig vervuld. Om tot de groep van 10 instellingen te worden gerekend die zich in deze functie hebben gespecialiseerd, was vereist dat een instelling 20 procent of meer van de patiënten in behandeling nam, om reden dat zij anders *zeker binnen één week* intramuraal zouden moeten worden opgenomen;

2. *vervolgbehandeling* (N = 17): deze functie komt veel vaker voor. Om tot deze groep te kunnen worden gerekend, diende 50 procent of meer van de patiënten in behandeling te zijn genomen voor een vervolgbehandeling na een direct voorafgaande 24-uurs of intramurale psychiatrische behandeling;

3. *uitbreiding ambulante* (N = 10): dit blijkt de belangrijkste functie van de deeltijdbehandeling op dit moment te zijn, en vrijwel iedere instelling vervult deze functie in zekere mate. Om als karakteristiek voor deze functie beschouwd te worden, moest een instelling 80 procent of meer van de patiënten in behandeling nemen met als reden dat een ambulante behandeling onvoldoende resultaat opleverde of erg lang dreigde te gaan duren. Als extra voorwaarde werd gesteld dat er bij opname voor de patiënten geen indicatie voor een intramurale behandeling mocht bestaan;

4. *dagactivering* (N = 9): evenals de functie 'vervanging intramuraal' komt ook deze functie relatief weinig voor. Een instelling die 40 procent of meer van de opnamen realiseerde voor patiënten met chronische psychiatrische problematiek, die behoefte hebben aan een vorm van dagactivering of rehabilitatie, werd als een karakteristieke instelling voor het type dagactivering beschouwd.

Op deze wijze ontstonden vier groepen instellingen, instellingen die

in verhouding tot de overige instellingen, steeds 'gespecialiseerd' waren in één van de vier genoemde functies in de geestelijke gezondheidszorg. Geen van de instellingen behoorde tegelijkertijd tot twee functietypen.

4. Resultaten

Medewerkers – Tabel 1 vermeldt gegevens over de medewerkers van deze vier typen, uitgedrukt in uren inspanning per week per stoel.

Tabel 1: Inzet van medewerkers naar functietype (in uren per week per stoel)

Type medewerker	Functietype (N = aantal instellingen)				
	Vervanging intramuraal	Vervolg- behandeling	Uitbreiding ambulant	Dagacti- vering	Alle instel- lingen
	(N = 10)	(N = 17)	(N = 10)	(N = 9)	(N = 85)
Medewerkers totaal	12.4	12.3	12.3	8.9	11.4
Academische medew.*	3.7	2.5	3.8	2.0	3.0
artsen**	1.9	1.3	1.2	0.7	1.1
psychologen	1.8	1.2	2.6	1.4	1.9
arts/psycholoog	1.07	1.02	.46	.48	.58
Niet academ. medew.***	8.8	9.9	8.4	6.9	8.3
Academisch/niet-academisch	.42	.25	.45	.29	.37

* psychiater + arts-assistent + psycholoog

** psychiater + arts-assistent

*** maatsch.werk + SPV + verpleegkundige + bezigheidstherapeut + overig therapeutisch personeel

Daarbij wordt steeds ook het gemiddelde voor de 85 instellingen vermeld. Het type vervanging intramuraal kenmerkt zich door veel academisch geschoolde medewerkers per stoel. Dit wordt vooral veroorzaakt door het aantal artsen, dat bijna tweemaal het gemiddelde bedraagt. Het type vervolgbehandeling heeft de beschikking over aanmerkelijk minder academici, vooral doordat het aantal psychologen er onder het gemiddelde ligt. Daarentegen werken er veel niet-academische medewerkers. Het type uitbreiding ambulant wordt vooral gekenmerkt door de aanwezigheid van veel psychologen, terwijl er een gemiddeld aantal artsen werkt. Het type dagactivering heeft de laagste staf-patiëntratio. Zowel de kwantiteit academisch als niet-academisch geschoold personeel ligt duidelijk beneden het gemiddelde.

Grootte en huisvesting – In tabel 2 worden gegevens vermeld over de grootte van de instelling, uitgedrukt in het aantal stoelen en de stoelbezetting, en over de huisvesting. Instellingen waar 20 procent of

Tabel 2: Grootte en huisvesting

	Functietype (N = aantal instellingen)				
	Vervanging intramuraal (N = 10)	Vervolg- behandeling (N = 17)	Uitbreiding ambulant (N = 10)	Dagacti- vering (N = 9)	Alle instel- lingen (N = 85)
Stoelen	26	16	23	26	23
Verskillende patiënten/week	41	28	32	50	35
Patiënten/stoel/ week	1.6	1.8	1.4	1.9	1.5
<i>Ruimten voor verblijf:</i>					
in gebouw*	33	43	28	47	34
op terrein	37	35	38	35	31
op afstand	30	22	44	17	36
					100%
<i>Ruimten voor groepstherapie:</i>					
in gebouw	40	41	20	37	34
op terrein	30	35	40	37	28
op afstand	30	24	40	26	35
					100%

* Bedoeld: gebouw van de hoofdorganisatie APZ/PAAZ/PUK/CPZ

meer van de patiënten in behandeling wordt genomen ter vervanging van een klinische opname blijken relatief groot te zijn. De vervolgbehandeling valt daarentegen op door een klein aantal stoelen; de huisvesting is eerder in of op het terrein van het APZ/PAAZ/PUK/CPZ dan op afstand hiervan. Het type uitbreiding ambulant is qua grootte en stoelbezetting gemiddeld, maar blijkt duidelijk minder vaak in het gebouw van de hoofdinstelling gehuisvest te zijn. Het type dagactivering beschikt over veel stoelen, en is vooral bij of in de hoofdinstelling gehuisvest. Per stoel worden hier per week de meeste patiënten behandeld.

Organisatie – Uit tabel 3 blijkt dat de vervolgbehandeling voornamelijk plaatsvindt in het APZ en de PAAZ. De vervanging intramuraal concentreert zich in APZ'en en in tweede instantie in PUK'en, de uitbreiding ambulant enigszins in het CPZ, terwijl de dagactivering vooral bij het APZ blijkt te zijn ondergebracht.

Patiënten – Gegevens over de verwijzers en over de behandelde patiëntenpopulatie staan vermeld in tabel 4.

De verwijzingen naar het type vervanging intramuraal, komen in vergelijking met de andere typen vaker van de polikliniek psychiatrie. De vervolgbehandeling ontvangt begrijpelijkerwijs veel patiënten

Tabel 3: Organisatorisch verband

	Functietype (N = aantal instellingen)				
	Vervanging intramuraal	Vervolg- behan- deling	Uitbreiding ambulant	Dagacti- vering	Alle instel- lingen
	(N = 10)	(N = 17)	(N = 10)	(N = 9)	(N = 85)
Onderdeel van:					
APZ	60	71	30	88	69
PAAZ	10	24	20	0	17
CPZ	0	0	40	0	5
PUK	20	6	10	0	6
Zelfstandig	10	0	0	12	4
					100%

Tabel 4: Patiënten

	Vervanging intramuraal	Func-tietype Vervolg- behan- deling	(N = aantal instellingen)	Uitbreiding ambulant	Dagacti- vering	Alle instel- lingen
	(N = 10)	(N = 17)	(N = 10)	(N = 9)	(N = 85)	
<i>Diagnose:</i>						
neurose/pers. st./depressie	74	58	80	64	65	
psychosen*	18	28	7	25	18	
overigen**	7	14	14	11	17	
					100%	
<i>Opleiding:</i>						
middelbaar/hoger	40	33	54	26	39	
lager beroeps/LS/BLO/LOM	60	67	46	74	60	
					100%	
<i>Gemiddelde leeftijd:</i>						
	37	39	33	38	37	
<i>Verwijzers:</i>						
huisarts	9	10	15	10	10	
vrijgevestigden	4	9	10	2	5	
RIAGG/CAD	22	15	40	21	25	
polikliniek						
psychiatrie	28	10	8	18	18	
intramuraal						
psychiatrie	33	53	14	43	33	
anders	4	2	11	6	9	
					100%	

* Schizofrene psychose + affectieve psychose + andere psychosen

** Dementieën + alcoholpsychose/afhankelijkheid + drug psychose/afhankelijkheid + andere organ. stoornissen + mentale retardatie/specifieke stoornissen van de kinderejaren en adolescentie + anders

vanuit de intramurale psychiatrie. De patiënten zijn daar iets ouder en lager geschoold dan het gemiddelde. Hier worden in verhouding de meeste patiënten met een psychose behandeld. Geheel anders ligt dit voor het type uitbreiding ambulante behandeling. Daar worden weinig psychosen behandeld, zijn de patiënten relatief jong en hoog geschoold, en komen de verwijzingen vooral van een RIAGG/CAD en weinig uit de intramurale psychiatrische centra. De dagactivering richt zich ook meer dan gemiddeld op patiënten met een psychose, de patiënten zijn laag geschoold en qua verwijzing vooral afkomstig uit de intramurale psychiatrie. Het gaat hier blijkbaar ook voor een belangrijk deel om een vorm van vervolgbehandeling na een klinische opname.

Behandeling – Als laatste zal de behandeling in deze vier typen, op de door ons gemeten variabelen, worden beoordeeld. Het type vervan-

Tabel 5: Behandeling

	Functietype (N = aantal instellingen)				Alle instellingen (N = 85)
	Vervanging intramuraal (N = 10)	Vervolg- behan- deling (N = 17)	Uitbreiding ambulant (N = 10)	Dagacti- vering (N = 9)	
<i>Aantal typen therapie</i>	9.2	9.2	8.9	8.6	8.8
<i>typen psychoth.</i>	4.6	4.3	4.5	3.6	4.2
<i>typen overige ther.</i>	4.6	4.9	4.4	5.0	4.5
<i>psycho/overige ther.</i>	1.00	.95	1.03	.72	.93
<i>Aantal weekprogramma's</i>	2.5	2.3	2.5	2.4	2.5
<i>% patiënten dat psychofarmaca krijgt:</i>					
<i>bij begin behandeling</i>	57	75	32	70	53
<i>bij einde behandeling</i>	32	58	16	53	32
<i>Duur behandeling (weken)</i>	29	28	46	36	36
<i>Prijs per dag (guldens)</i>	163	146	182	145	156
<i>Mogelijkheid tot overnachting:</i>					
<i>nee</i>	20	24	50	33	29
<i>binnen dagkliniek</i>	10	12	10	0	8
<i>binnen hoofdorganisatie</i>	70	65	40	66	63
<i>Aantal contra-indicaties</i>	7.9	6.6	10.4	8.7	7.9

ging intramuraal kenmerkt zich door een breed therapeutisch aanbod, een relatief korte behandelduur, en een, gelet op het aantal contra-indicaties, gemiddelde selectiviteit. Vooral kenmerkend voor het type vervolgbehandeling, blijkt het grotere aantal overige therapieën, de geringe selectiviteit, en het frequente gebruik van medicatie. De prijs ligt tien gulden onder het gemiddelde, en de behandelduur is ook hier kort. Het type uitbreiding ambulant kenmerkt zich door een hoge

prijs, een sterke selectiviteit, het frequent ontbreken van de mogelijkheid tot overnachting, een lange behandelduur en het geringe gebruik van psychofarmaca. De dagactivering biedt, zoals vermeld, vooral vervolgbehandeling, maar blijkbaar van een andere soort dan het type vervolgbehandeling; de behandelduur is hier duidelijk langer, de selectiviteit groter en het behandelaanbod veel minder psychotherapeutisch. Daarentegen worden er vrijwel even veel psychofarmaca als in het type vervolgbehandeling gebruikt.

5. Discussie

Op basis van het gegeven dat een bepaalde instelling zich toelegt op één van de vier functies die deeltijdbehandeling binnen de geestelijke gezondheidszorg zou kunnen vervullen, werden vier groepen instellingen voor deeltijdbehandeling samengesteld. Deze vier groepen werden op een groot aantal kenmerken onderling vergeleken. Op grond van de tot nu toe gevonden resultaten, zullen wij proberen een typologie te geven van iedere functie. Deze wordt voorzien van commentaar, waarbij vooral een vergelijking met de literatuurgegevens aandacht krijgt. (Voor een nauwkeurige beschrijving van deze functies op basis van gegevens uit de literatuur, wordt verwezen naar Schene (1985), hst. 4.)

Vervanging intramurale behandeling – Een instelling waar 20 procent of meer van de patiënten in behandeling wordt genomen, omdat zij 'anders zeker binnen één week intramuraal (of klinisch) moeten worden opgenomen', wordt verhoudingsgewijs als gespecialiseerd in het vervangen van een (sub)acute 24-uurs behandeling beschouwd. Een dergelijke instelling is eerder in het gebouw of op het terrein van de hoofdinstelling gehuisvest dan op afstand hiervan. De grootte, uitgedrukt in het aantal stoelen, is bovengemiddeld. De staf-patiëntratio is relatief hoog, vooral doordat hier opvallend veel artsen werken, bijna tweemaal zo veel als gemiddeld. Hoewel men zou verwachten dat juist bij dit type de diagnose psychose vaker zou worden gesteld, blijkt dit niet het geval. Dit zou verklaard kunnen worden door het lage cutting-point van 20 procent. De verwijzingen komen vooral van de polikliniek psychiatrie, de selectiviteit bij opname is gemiddeld, evenals de leeftijd en het opleidingsniveau van de patiënten. Typerend zijn de korte behandelduur en de mogelijkheid tot overnachting, die bij dit type het minst ontbreekt.

Belangrijk te vermelden is dat een instelling al tot dit type werd gerekend bij 20 procent of meer opnemingen in de categorie vervanging intramuraal. Hierdoor zullen er voor een belangrijk deel ook andere functies plaatsvinden, waardoor de typering minder karakteristiek wordt. Naast de reeds genoemde diagnose is een duidelijk verschil met de gegevens uit de literatuur, bij voorbeeld de grootte. Volgens de lite-

ratuur is die eerder 12-16 stoelen, dan de hier gevonden 26. Waarschijnlijk hebben in Nederland vooral de wat grotere instellingen, die nauw zijn verbonden met een hoofdinstelling, zich in deze functie vervanging intramuraal gespecialiseerd, terwijl ze daarnaast tevens andere deeltijdbehandelingsfuncties vervullen. In overeenstemming met de literatuur zijn de stafsamenstelling (tamelijk medisch), de korte behandelduur, de huisvesting en de goed geregelde overnachtingsmogelijkheid, welke noodzakelijk kan zijn bij een categorie patiënten die 'anders zeker binnen één week intramuraal' zou zijn opgenomen.

Vervolgbehandeling – Een instelling wordt tot het type vervolgbehandeling gerekend, als daar 50 procent of meer van de patiënten in behandeling wordt genomen na een direct voorafgaande 24-uurs behandeling. Zo'n instelling blijkt relatief klein, 16 stoelen, en is vooral in het gebouw van de hoofdinstelling gehuisvest. Per stoel worden relatief veel patiënten behandeld, wat mogelijk is doordat de patiënten slechts een aantal dagen of dagdelen per week de instelling bezoeken. De staf-patiëntratio is nagenoeg gemiddeld, en de stafsamenstelling nogal typisch; er werken weinig psychologen en veel niet-academisch personeel. De diagnose psychose wordt frequent gesteld, en, mogelijk in samenhang daarmee, blijken er vrij veel psychofarmaca te worden gebruikt. De patiënten zijn gemiddeld wat ouder en lager opgeleid. Verwijzingen komen voor meer dan de helft uit de intramurale psychiatrie en de behandelduur is relatief kort. Dit type mag, gezien het geringe aantal contra-indicaties dat wordt gehanteerd bij opname, als het meest laagdrempelig worden beschouwd. De mogelijkheid tot overnachting is goed geregeld en het therapeutisch aanbod typeert zich door relatief veel niet-psychotherapeutische of overige therapieën.

De hier gevonden uitkomsten komen goed overeen met de gegevens uit de literatuur – het gaat hier duidelijk om een verdere, vooral structurerende, en medicamenteus ondersteunde behandeling na een intramurale opname, met een lage drempel, voor een wat oudere, relatief laag opgeleide, patiëntenpopulatie, die niet al te lang wordt behandeld, maar waarvoor de mogelijkheid tot overnachting gewenst is. Het is waarschijnlijk de stafsamenstelling met relatief weinig academici, die deze vorm van deeltijdbehandeling relatief goedkoop maakt.

Uitbreiding ambulante behandeling – Tot dit type worden instellingen gerekend, waar 80 procent of meer van de patiënten in behandeling wordt genomen, omdat een ambulante behandeling onvoldoende resultaat opleverde, dan wel erg lang dreigde te gaan duren. Nadrukkelijk werd daarbij gesteld, om overlap met het type vervanging intramuraal te voorkomen, dat (nog) geen indicatie voor een klinische of intramurale behandeling bestond. Dergelijke instellingen blijken vooral op het terrein of op afstand van de hoofdinstelling gehuisvest. De staf-patiëntratio is gemiddeld, de staf is hoog geschoold en er werken opval-

lend veel psychologen. De patiëntenpopulatie kenmerkt zich door een jeugdige leeftijd, een hoog opleidingsniveau, en het overheersen van neurotische, persoonlijkheids-, en/of depressieve stoornissen. Het aantal stoelen is gemiddeld, maar per stoel worden weinig verschillende patiënten behandeld, wat impliceert dat patiënten per week veel uren in behandeling zijn. De meeste verwijzingen komen van een RIAGG/CAD, en, meer dan bij de andere typen, moet hier ook de huisarts als verwijzer worden genoemd. Komt gemiddeld 32 procent van de verwijzingen uit de intramurale psychiatrie, bij dit type is dit slechts 11, waaruit de nauwere relatie met de ambulante sector nogmaals blijkt. De selectiviteit is groot, de behandelduur lang (gemiddeld 46 weken) en de dagprijs ligt f 30,- boven het gemiddelde. Waarschijnlijk samenhangend met de plaats van huisvesting, ontbreekt bij de helft van de instellingen de mogelijkheid tot overnachting. Psychofarmaca worden slechts in beperkte mate toegepast. De aard van de behandeling is nogal psychotherapeutisch.

Ook bij dit type tonen de gevonden resultaten goede overeenkomst met de literatuurgegevens. Het gaat om een psychotherapeutisch georiënteerd behandelprogramma voor een geselecteerde groep patiënten, veelal wat jonger, hoog opgeleid, met vooral neurotische, en persoonlijkheidsstoornissen, die gedurende langere tijd intensief wordt behandeld door een multidisciplinaire staf, die echter vooral uit psychologen bestaat.

Dagactivering – Tot dit vierde type wordt een instelling gerekend indien daar 40 procent of meer van de populatie mag worden gerekend tot de patiënten met chronische psychiatrische problematiek die vooral komen voor dagactivering of rehabilitatie. Met deze omschrijving wordt dus veel eerder het accent op het type patiënt en het behandeldoel gelegd, dan bij de vorige drie typen, waar vooral de herkomst van de patiënten (kliniek, ambulant; al dan niet met de noodzaak tot klinische opname) als uitgangspunt werd genomen. Dit type blijkt vooral in het gebouw of op het terrein van het APZ/PAAZ/CPZ/PUK gehuisvest en veel minder op afstand hiervan. De staf-patiëntratio is laag, en dat geldt voor alle typen medewerkers. De patiënten kenmerken zich door een laag opleidingsniveau en veel psychotische stoornissen. Zij worden vooral verwezen vanuit de intramurale psychiatrie. De instellingen hebben veel stoelen, en behandelen per stoel veel patiënten. Evenals bij de vervolghandeling, zijn patiënten waarschijnlijk vooral in partiële deeltijdbehandeling. De duur van de behandeling is gemiddeld, het behandel aanbod weinig psychotherapeutisch; er worden bovengemiddeld andere vormen van therapie geboden. De prijs per dag is laag en het gebruik van psychofarmaca fors.

Hoewel het hier blijkbaar toch ook vooral gaat om vervolghandeling na een klinische opname, zijn een aantal verschillen met het type vervolghandeling opmerkelijk. De dagactivering verschilt van dat

type qua stafsamenstelling (minder medisch georiënteerd), staf-patiëntratio (minder staf per patiënt), therapeutisch aanbod (minder psychotherapeutisch), behandelduur (aanzienlijk langer) en selectiviteit (groter). Wordt de dagactivering, zoals deze uit dit onderzoek naar voren komt, vergeleken met de beschrijvingen in de literatuur, dan voldoet de patiëntenpopulatie, de stafsamenstelling en het therapeutisch aanbod aan de daar gegeven beschrijvingen. Een opmerkelijk verschil is echter dat in Nederland de dagactivering in of bij de psychiatrische centra blijkt plaats te vinden, terwijl de literatuur deze 'in de woonomgeving' situeert. Daarnaast blijkt men daar te spreken van een lange behandelduur en een sterke laagdrempeligheid, iets wat wij niet konden bevestigen.

6. Epiloog

Met deze studie is geprobeerd op basis van empirische gegevens meer duidelijkheid te verkrijgen over de verschillende typen psychiatrische deeltijdbehandeling. Een typologie van deze vorm van psychiatrische hulpverlening werd vooralsnog niet empirisch onderzocht, noch met betrekking tot de Nederlandse, noch met betrekking tot de buitenlandse GGZ-praktijk. Wij namen als uitgangspunt de reden waarom patiënten in behandeling werden genomen, en beschouwden deze als in relatie staande met de functie die een instelling in de GGZ vervult. Onder een functie wordt dan verstaan 'een bundeling van activiteiten, waarmee antwoord gegeven kan worden op een aantal met elkaar verwante zorgvragen. Met andere woorden: functies vormen de verbindingsschakel tussen de zorgvragen en het voorzieningenpatroon dat op deze zorgvragen moet inspelen' (Nota 2000, 1986).

Vier groepen instellingen, die zich ieder duidelijk toelagden op een bepaalde functie, werden onderling vergeleken. Het bleek mogelijk deze groepen nader te karakteriseren op kenmerken als stafsamenstelling, grootte, huisvesting, organisatie, verwijzing, populatie (leeftijd, opleiding, diagnose), behandeling (aard, duur, farmacagebruik) mogelijkheid tot overnachting en contra-indicaties. In het voorafgaande artikel schreven wij dat per instelling gemiddeld 2,5 verschillende weekprogramma's worden geboden. Het is belangrijk te benadrukken dat de vier groepen, die overigens 56% van het totaal aantal deeltijdinstellingen uitmaken, zich daarmee nooit volledig op één functie oriënteren; ze zijn in zekere mate gespecialiseerd, maar vervullen ook, zij het in beperkter mate, één of meer van de andere functies. Van een dergelijke combinatie van functies is in nog sterker mate sprake bij de 44% overige instellingen, die een dermate gemengde populatie hebben dat zij bij de door ons gekozen cutting-points niet tot één van de typen konden worden gerekend.

Wij hopen met deze studie duidelijk te hebben gemaakt dat verschillende typen deeltijdbehandeling empirisch kunnen worden onder-

scheiden. Het zal moeten blijken in hoeverre deze typologie behandelinhoudelijk, verwijstechnisch en beleidsmatig van nut kan zijn.

Literatuur

- Astrachan, B.M., R.F. Hulda, J.D. Geller en H.H. Harvey (1970), Systems approach to day hospitalization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 22, 550-559.
- Farndale, J. (1961), *The day hospital movement in Great Britain*. Pergamon Press, Londen.
- Geerlings, P., J. de Klerk-Roscam Abbing en H. Schalken (1983), De verschillende vormen van psychiatrische dagbehandeling. *MGV*, 38, 511-518.
- Glasscote, R., A. Kraft, S. Glassman en W. Jenson (1969), *Partial hospitalization for the mentally ill, a study of programs and problems*. Joint Information Service, Washington DC.
- Greene, L.R., en A. de la Cruz (1981), Psychiatric day treatment as alternative to and transition from full-time hospitalization. *Community Ment. Health J.*, 17, 191-202.
- Herz, M.I. (1980), Partial hospitalization, brief hospitalization and aftercare. In: H.I. Kaplan, A.M. Freedman en B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3e ed. Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland.
- Neffinger, G.G. (1981), Partial hospitalization, an overview. *J. Community Psychiatry*, 9, 262-269.
- Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984), Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Leidschendam.
- Nota 2000* (1986), Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Leidschendam.
- Oosterlee, M. (1986), Boekbespreking: A. Schene, Psychiatrische deeltijdbehandeling: een overzicht. *MGV*, 41, 1060-1061.
- Scheffer, W., en A.C. van den Hout (1981), *Psychiatrische centra voor dag-, avond- en nachtbehandeling*. Instituut voor Toegepaste Sociologie, Nijmegen.
- Schene, A. (1985), *Psychiatrische deeltijdbehandeling: een overzicht*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.
- Schene, A.H., P.A.H. van Lieshout en J.C.M. Mastboom (1988), Deeltijdbehandeling in beeld gebracht: Deel I – De stand van zaken in Nederland in 1986. *T. v. Psychiatrie* 30, 152-165.
- Shatley Edwards, M. (1982), Psychiatric day programs, a descriptive analysis. *J. Psychosocial Nursing*, 20, 19-21.
- Symposiumverslag (1970), *Doelstelling, mogelijkheden en werkwijze van een nachtkliniek*. Symposium bij gelegenheid van de opening van het Sluisin-ternaat, Amsterdam.

Schrijvers zijn respectievelijk arts-assistent, verbonden aan de vakgroep Psychiatrie, afdeling Ambulante en Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht, en medewerkers van het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht. Correspondentieadres: A.H. Schene, Academisch Ziekenhuis Afdeling Psychiatrie, Hoofddijk 23, 3584 CW Utrecht.

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