

Kortdurende residentiële psychiatrische behandeling

Een overzicht van de literatuur over onderzoek naar de verkorting van de opnameduur

door W. van Hezewijk en N. Sijben

Samenvatting

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur over onderzoek naar de verkorting van de opnameduur. Besproken wordt, vooral Amerikaans, gecontroleerd onderzoek naar kortdurende versus standaard (langdurende) opnameduur, overig onderzoek (ongecontroleerd) en Nederlands onderzoek. Aan de orde komen onder andere effectiviteit, setting, resultaten en kosten-baten. Methodologische kanttekeningen relativeren de conclusies van de onderzoeken. Nieuwe onderzoeksvragen worden gesteld in de beschouwing.

Inleiding

Echelonnering in de (geestelijke) gezondheidszorg heeft primair tot doel steeds optimale zorg te verlenen tegen zo min mogelijke belasting van het patiëntensysteem en zo laag mogelijke kosten. Dit vereist een adequate selectie en doorverwijzing van patiënten. Zijn de ambulante en semi-ambulante voorzieningen ontoereikend, dan is klinische behandeling aangewezen. Dit is met name het geval bij crisisinterventie op zogenaamde noodbedden (Van Leeuwen 1978; Van Hezewijk 1984a en b; Van Veldhuizen 1985, 1986), bij intensieve (dus klinische) observatie en in situaties waarin custodiale maatregelen (IBS en RM) noodzakelijk zijn. Ook therapeutische overwegingen zijn reden tot een klinische behandeling, wanneer (semi-)ambulante voorzieningen niet in staat (blijken te) zijn om effectieve hulp te verlenen.

Van overheidswege wordt steeds druk uitgeoefend om de duur van een opname te beperken. Niet in de laatste plaats zijn de kosten van een opname, circa f 200,— tot f 500,— per dag, een belangrijke drijfveer om de opnameduur zo kort mogelijk te houden. Ook budgettair worden kortere opnameduren anders gehonoreerd dan langere verblijfsperiodes. Het met grote nadruk aangezette bezuinigingsbeleid begin jaren tachtig deed de roep opklinken naar onderzoek of *kortdurende behandelingen effectief en verantwoord zijn zonder het gevaar voor kwaliteitsverlies*

(Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984, p. 59).

Sinds de jaren tachtig is wel meer aandacht gewijd aan de evaluatie van kwaliteit en effectiviteit van het handelen in de GGZ, onder de naam van programma-evaluatie (Beenacker 1986; Sijben 1986; Donker 1987). Deze vorm van evaluatie heeft echter meer een algemeen karakter, gericht op het functioneren van een instelling als zodanig. Er is in Nederland nog nauwelijks onderzoek verricht naar kortdurende residentiële behandeling en de effecten ervan op het vermijden of voorkomen van een te langdurig verblijf in een klinische setting met alle bekende nadelen van dien, zoals hospitalisatie en uiteindelijk een chronisch verblijf.

Deze behoefte aan verkorting van de opnameduur onder verbetering c.q. handhaving van de kwaliteit van de behandeling, bestaat in Amerika al langer. Het ligt derhalve voor de hand om, alvorens in Nederland dergelijk onderzoek op te zetten, kennis te nemen van de ervaringen en resultaten elders. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur m. b. t. opnameduur, de relatie met andere variabelen en onderzoek naar mogelijkheden om de opnameduur te verkorten. We beperken ons tot residentiële behandeling i. c. in een dag- en nachtsetting (24 uur per etmaal) voor volwassen psychiatrische patiënten.

Indelingen

De onderzochte literatuur is vooral van Amerikaanse oorsprong, de overzichtsartikelen (Brown 1960; Atkinson 1975; Erickson 1975; Riessman e. a. 1977; Herz 1979; Braun e. a. 1981; Kirshner 1982; Mattes 1982; Caton 1987) zelfs exclusief met uitzondering van het overzichtsartikel van Brown (1960), dat uit het Maudsley Hospital Londen afkomstig is.

Kirshner (1982) maakt een indeling in het onderzoek naar de relatie tussen opnameduur en andere gegevens:

- onderzoeken die de waarde van de verschillende lengte van opnameduur evalueren (al dan niet gecontroleerd, prospectief, longitudinaal),
- onderzoeken naar patiëntenkenmerken, en hun relatie tot de opnameduur,
- onderzoeken naar verschillen in opnameduur tussen (afdelingen van) instellingen.

Hieraan willen wij nog een drietal onderzoeksonderwerpen toevoegen die met name in de jaren tachtig meer aandacht kregen:

- onderzoeken naar specifieke behandelingsprogramma's, waarbij opnameduur een integrale component is,
- follow-up-onderzoek, waarbij de opnameduur een variabele is,
- kosten-batenanalyses.

In dit artikel worden de onderzoeken door ons als volgt ingedeeld:

- I gecontroleerde onderzoeken naar kortdurende versus standaard-/ langdurende opnameduur,
- II overig onderzoek:
 1. descriptief onderzoek naar de statistische gegevens over de opnameduur,
 2. onderzoeken naar specifieke behandelingsprogramma's, waarbij de opnameduur een integrale component is,
 3. follow-up-onderzoek, waarbij de opnameduur een variabele is,
 4. kosten-batenanalyses,
- III Nederlands onderzoek.

Onderzoeksvragen

De invloed van de behandelingsduur kan niet los gezien worden van de verwachte invloed van behandeling als zodanig. Of een behandeling effectief is en welke componenten dit effect veroorzaken is veelal onbekend. Gesteld wordt wel dat het aanbieden van een uitgewerkt programma in een zekere context als zodanig invloed zal uitoefenen op het psychosociaal functioneren en de psychopathologie van de patiënten (zie o.a. Erickson, 1975). Dit zal vervolgens leiden tot een (eerdere) beëindiging van de opname. Deze gedachte is verwant aan de scepsis van Eysenck e. a. dat het er niet toe doet wat je doet, als je er maar in gelooft, en dit weet over te brengen op de patiënt. Uiteraard zal betrokkenheid van de behandelaar en vertrouwen van de patiënt in de hem aangeboden hulp, van invloed zijn op het behandelingsresultaat. Naast deze vooronderstelde condities, zullen ook andere aspecten dit resultaat en de duur waarbinnen het wordt gerealiseerd, beïnvloeden.

Onderzoeksvragen welke hierbij gesteld kunnen worden, zijn door Riessman e. a. (1977) als volgt samengevat:

- is kortdurende residentiële behandeling even effectief als standaard-/langdurende behandeling,
- voor welke populatie is kortdurende versus langdurende behandeling het meest effectief,
- in welke setting komen deze verschillen tot uiting,
- hoe worden de resultaten gemeten, welke outcome-criteria worden gehanteerd,
- is er differentiatie tussen kortdurende en langdurende behandelingseffecten,
- is preventie mogelijk voor iatrogene effecten van langdurende behandeling,
- wat zijn de kosten en de baten van kortdurende c. q. langdurende behandeling.

Dus waardoor, waarom, bij wie en voor hoelang een uitgewerkt 'short term'-programma de opnameduur beïnvloedt, zijn nog onbeantwoor-

de vragen. Voor deze vragen is in de jaren tachtig meer belangstelling ontstaan, gezien de reeds vermelde constatering dat in die tijd meer onderzoek zich richtte op specifieke behandelingsprogramma's en follow-up. Aan het slot van dit artikel komen we erop terug in hoeverre deze vragen op dit moment beantwoord kunnen worden.

Gecontroleerd onderzoek

Hier worden een zestal onderzoeken vermeld welke vooral in de jaren zeventig plaatsvonden in de USA (Caffey e.a. 1986 en 1971; Glick e.a. 1974, 1975, 1976 a, b en c, 1979; Herz e.a. 1975, 1976 a en b, 1977, 1978,

Tabel 1: Overzicht van gecontroleerde studies waarbij kortdurende en langdurende opnames met elkaar vergeleken worden

Auteurs	N	Duur follow-up	Soort patiënten	Opnameduur kort	lang	Verskil in % heropname	Verskil in sociaal functioneren
Caffey e.a.	201	1 jaar	Nieuw aangeboden schizofrene mannen niet alleenstaand	<21	75	geen	geen
Glick e.a.	215	2 jaar	Reeds aanwezige schizofrenen (141) en andere psychotische patiënten	21-28	90-120	geen	beter bij -langdurenden -schizofrenen -goed pre-hosp. functioneren
Herz e.a.	175	2 jaar	Nieuw aangeboden pat. (63% schizofreen), niet alleenstaand, veel exclusies	11	60	geen	slechter bij langdurenden
Mattes e.a.	126	3 jaar	Reeds aanwezige pat. voor analytisch georiënt. behandeling (47 dropout)	<90 89	gem. onbep. 179	geen	geen
Hirsch e.a.	120	1 jaar	Nieuw aangeboden pat.	22 9	gem. me- diaan	28 17	geen geen
Kennedy en Hird	247	1 jaar	Nieuw aangeboden pat.	8	gem.	24	Hoger bij kortdurenden (alcoholici)

1979 a en b; Mattes e.a. 1976, 1977 a en b, 1979) en in Europa (Hirsch e.a. 1979, 1980, 1981a en b; Kennedy en Hird 1980). In tabel 1 worden per onderzoek de belangrijkste kenmerken zoals de patiëntenpopulatie en de resultaten weergegeven.

Samengevat kunnen over deze gecontroleerde studies de volgende opmerkingen worden gemaakt:

- de verschillen tussen de effecten van korte of langere c.q. standaardopnames zijn gering,
- mogelijke verschillen tussen de onderzoeksgroepen interfereren dikwijls met tal van andere factoren en/of contaminatie met kenmerken van de onderzochte patiënten,
- intensievere en/of langerdurende (dag)behandeling lijkt soms voor bepaalde groepen patiënten effectief,
- alle studies (behalve Glick) sluiten een medische conditie die ontslag zou kunnen verhinderen (organisch psychosyndroom etc.) uit, evenals patiënten die een gevaar vormen voor zichzelf (suïcide) of voor anderen, c.q. onvrijwillige opnames,
- het gaat vaak om een niet met een APZ te vergelijken setting (V.A. hospital, psychotherapeutische setting, community mental health center, algemeen ziekenhuis),
- zowel de opnameduur als de aard van de nazorg wordt onderzocht,
- gelet op de discussies bij de onderzoeken lijkt het zinvol de onderzochte patiënten te splitsen naar aard en/of ernst van de psychopathologie en gehandicapt zijn,
- ten slotte kan geconcludeerd worden dat verkorting van de opnameduur over het algemeen niet nadelig is voor het behandelingsresultaat en er zijn geen algemeen geldende uitspraken te doen over wat nu goed is, kort of lang, maar dat gecontroleerde studies bij specifieke groepen van patiënten zal moeten aantonen wát voor wíe goed is. Hoe vaak is dit al niet de conclusie bij onderzoek in de psychiatrie?

Overige onderzoek

Onder overig onderzoek worden gerangschikt:

1. *Onderzoeken die statistische gegevens over de ziekenhuisopnameduur geven* - De onderzoeken die vooral statistische gegevens over opnameduur geven, zijn veelal retrospectief van aard. Men tracht variabelen te vinden die een voorspellende waarde hebben ten aanzien van opnameduur. In een onderzoek van Lindeman e.a. (1959) trachtte men een voorspellende index te vinden voor chroniciteit, gebaseerd op demografische kenmerken, waarbij een vergelijking werd gemaakt tussen deze kenmerken van patiënten en opnameduur (korter of langer dan 90 dagen). Men vond onder andere dat alleenstaanden een langere opna-

meduur hadden, hetgeen niet verbazingwekkend is. Ook werd reeds een sterk significante relatie gevonden tussen alcoholisme en korte verblijfsduur, waaruit indertijd de conclusie getrokken werd dat de toenmalige ziekenhuisbehandeling voor alcoholisten ongeschikt was(!). Een dergelijke relatie tussen opnameduur en demografische kenmerken werd door diverse onderzoekers gemeld (Lindeman 1959; Altman 1972; Schwartzburg en Schwartz 1976); anderen vonden dit echter niet (Deiter 1965; Caffey 1968; Burhan 1969; Hibard en Trimboli 1982, Kirscher 1985).

Burhan (1969) vond in zijn methodologisch niet adequaat uitgevoerde onderzoek geen correlatie tussen opnameduur en demografische variabelen, zoals leeftijd, geslacht en voorgaande opnames. Altman e.a. (1972) kozen als kortdurend verblijfs criterium de grens van 90 dagen en presenteerden 55 variabelen, die verband hielden met langdurend verblijf en 33 variabelen, die verband hielden met kortdurend verblijf. Schwartzburg en Schwartz (1976) vonden geen significante verschillen tussen een traditionele aanpak en een aanpak op basis van crisistheorie ten aanzien van demografische en diagnostische variabelen, aantal heropnamen, gerelateerd aan het type patiënt of behandelingsresultaat. Kirschner e.a. (1985) ondersteunden Ericksons relativering (1975) van de waarde van cijfers over opnameduur en merkten op dat deze relativering genegeerd wordt door de verzekeringsmaatschappijen, die normen voor opnameduur willen ontwikkelen op basis van diagnoses (DRG). (APA-study 1986). In hun eigen onderzoek kwam naar voren dat opnameduur significant beïnvloed werd door institutionele, socio-economische en psychiatrische, maar niet door demografische variabelen.

2. *Onderzoeken over specifieke behandelingsprogramma's, waarbij opnameduur een integrale component is* – Lévine e.a. (1978) pleitten voor experimenten met opnameduur, waarbij gespecificeerde behandelingsprotocollen gerelateerd zijn aan de diagnose, in plaats van onderzoek naar de diagnose alleen. Hibard en Trimboli (1982) onderzochten de gegevens van 612 patiënten op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Geen van de demografische variabelen (18) bleek van invloed te zijn op de opnameduur, een aantal klinische variabelen (21 van de 56) wel. De auteurs suggereerden dat minder ernstige patiënten misschien betere behandelingsresultaten geven dan de ernstige of dat patiënten die hun problemen herkennen en erkennen geschikter zijn voor deze crisisgeoriënteerde aanpak.

Hansson e.a. (1985) maten in een kortdurende behandeling patiënt-attitudes gerelateerd aan symptomatologie, patiëntenachtergrond en soort behandelingscontract (meewerkend of door de staf gedirigeerd). Het leek erop dat de twee verschillende behandelingscontracten resulteerden in twee verschillende interpersoonlijke relaties gedurende de

behandeling. Liebermann en Strauss (1986) onderzochten welke klinisch significante veranderingen bewerkstelligd werden door kortdurende behandeling, naast symptoomvermindering.

3. *Follow-up-onderzoeken, waarbij de opnameduur een variabele is* – Mendel (1966) zegt in zijn inleiding dat de vegeterende schizofrene patiënt in het geheel niet het onvermijdelijke resultaat van het ziekteproces hoeft te zijn, maar veeleer het onvermijdelijke resultaat is van geprolongeerde hospitalisatie. Hij vertolkt hiermee de gedachten van zijn tijd. In een follow-up-onderzoek bij bijna 3000 schizofrene patiënten vond hij dat 75% kon worden ontslagen. Weisman en Feirstein (1969) belden of bezochten een jaar na ontslag de eerste 100 patiënten van hun onderzoeksgroep die slechts 3-5 dagen werden opgenomen. In deze setting werden echter zeer agressieve patiënten geweerd en verslaafden slechts gelimiteerd opgenomen. Na 3 dagen kon 82% ontslagen worden, waarvan 19% later toch een langere opnameduur nodig had. Zij pleitten reeds voor onderzoek waarbij een klinisch programma met een 3-5 dagen limiet vergeleken wordt met een open end-contract.

In tegenstelling tot bijna alle anderen, vonden Singer en Grob (1975) dat langerdurend behandelde patiënten (meer dan 180 dagen) in een follow-up-onderzoek per post, zeiden het in alle opzichten 'wat beter' te doen. Ook de familieleden waren significant meer tevreden. Het ging hierbij overigens om een particuliere kliniek. Ook willen wij een Canadees onderzoek vermelden dat ouderen (ouder dan 65 jaar) tot doelgroep heeft (Schwarz, Stovel en Bennett 1980). Hoewel dit onderzoek veel methodologische tekortkomingen kent, is het resultaat verrassend: de gemiddelde opnameduur was slechts 5,7 dag. Na de opname ging tweederde van de patiënten weer naar huis.

Caton (1982) vond bij follow-up geen verschillen in recidiefcijfer, sociaal functioneren en nazorgcompliance tussen zes stedelijke opnamecentra met een opnameduur die uiteenliep van 21 tot 70 dagen.

Met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst en de GHQ deden Gordon en Breakey (1983) een vergelijkend onderzoek onder patiënten van een 'short stay' (14 dagen) en een 'standard stay' (25 dagen) unit, die vergelijkbaar waren wat betreft demografische en diagnostische kenmerken. Een jaar na ontslag waren er geen verschillen in recidiefcijfers.

4. *Kosten-batenanalyses* – De onderzoeken over opnameduur gaan veelal over de psychopathologie en het sociaal functioneren van de patiënten, de belasting van het gezin en het recidiefopnamecijfer, bij gevarieerde opnametijd. Aangenomen wordt daarbij meestal dat een kortere opnameduur per definitie minder zal kosten. Een enkele keer wordt ook een (poging tot) kosten-batenanalyse gedaan. De eerste gegevens over financieel-economische voordelen van korte opname-

duur, kwamen naar voren in het artikel van Burhan (1969): de gemiddelde kosten van een gewone ziekenhuisopname zijn bijna twee maal zo hoog als die in het onderzoeksproject. Burhan becijferde daarnaast nog andere financiële voordelen in zijn enthousiasme, maar heeft weinig oog voor de methodologische tekortkomingen van zijn onderzoek en berekeningen.

Mattes e.a. (1979) hadden oorspronkelijk een kosten-batenanalyse gepland, ervan uitgaande dat langdurend verblijf patiënten ofwel beter op het werk zouden functioneren ofwel minder behandeling nodig zouden hebben na ontslag. Deze veronderstellingen bleken niet waar te zijn, zodat de kosten-batenanalyse achterwege werd gelaten.

In een cost/effectiveness-studie van Endicott (1979) wordt aangetoond dat kortdurende opname en dagbehandeling of poliklinische behandeling minder kosten dan standaardbehandeling en nazorg in termen van ziekenhuiskosten en kosten van functioneren (gedurende een periode van twee jaar follow-up).

Weisbrod e.a. (1980) erkenden dat de generaliseerbaarheid van (de kosten-batenanalyse t.a.v.) hun enkelvoudig experiment over opnameduur beperkt is, maar wijzen erop dat het een manier is om voor- en nadelen van een behandelingsprogramma te wegen. Ze kwamen onder andere tot de conclusies dat hun ambulante programma een voordeel van 400 dollar per dag gaf.

In een artikel van Dubin en Fink (1986) wordt opgemerkt dat een 'short procedure unit', die crisisinterventie voor 'private patients' biedt, een zeer klantgerichte aanpak zou betekenen in Amerika. Men gaat echter door met het ontmoedigen van ambulante programma's en het financieel belonen van intramurale behandelingen, zoals ook duidelijk wordt bij de mislukking van het steunen van deeltijdbehandeling.

De Nederlandse situatie lijkt hierin weinig te verschillen.

Nederlands onderzoek

In Nederland is verrassend weinig onderzoek verricht naar de relatie tussen opnameduur en behandelingsresultaat. Dit heeft wellicht alles te maken met de korte historie die (systematisch) behandelingsonderzoek in Nederland heeft. In residentiële settings zijn ons slechts drie onderzoeksprojecten bekend die op systematische wijze behandelingsresultaat hebben gemeten en dit (ook) relateerden aan de behandelingsduur. Hesselink en Bolten (1986) publiceren enige resultaten uit het evaluatieproject van de psychotherapeutische gemeenschappen. Zij melden dat de verschillende settings in Nederland het zelfde indicatiegebied hebben, maar verschillen qua opnameduur. De behandelingsresultaten na 1 en 3 jaar follow-up zijn echter niet verschillend. De impliciete redenering 'hoe langer hoe beter' waar met name therapeutische gemeenschappen naar leken te handelen, bleek derhalve niet uit de

resultaten. Sedert 1979 werd een vergelijkend onderzoek verricht naar kortdurende behandeling (max. 3 maanden) en de traditionele, niet gelimiteerde behandeling. Dit was geen gerandomiseerd onderzoek als we onder I hebben beschreven, omdat de patiënten voor de ene of de andere behandelingsvorm werden geselecteerd. Op enkele effectparameters zoals de ABV en de NVL (Nieuwkoopse vragenlijst) blijken de verschillen gering en licht in het voordeel van de kortdurende behandelvorm. Door contaminatie, zoals ook reeds bij de gecontroleerde studies is genoemd, zijn over deze resultaten weinig verstrekkende conclusies te trekken, anders dan dat voor sommige patiënten kortdurende behandeling minstens evengoed werkt, hetgeen natuurlijk al een nuttige uitspraak is. De onderzoekers zelf concludeerden dat therapie-effect (bij klinische psychotherapie) in zijn algemeenheid niet afhankelijk is van de behandelduur. Een tweede langlopende studie naar het meten van behandelingseffecten is het onderzoek van Sijben (1986) in een kliniek voor psychotherapie. Gedurende 8 jaar werden alle opgenomen patiënten in een evaluatie-protocol opgenomen, dat tot één jaar na ontslag effectmetingen registreerde. Van deze circa 850 patiënten zijn tal van effectmetingen gerelateerd aan andere variabelen waaronder de opnameduur. Het behandelingsresultaat liet geen verband zien met de behandelduur. Dit gold voor de totale groep van patiënten. Werd echter de behandelduur in drie perioden gesplitst, kort (< 2 maanden), middellang en lang (> 6 maanden) dan waren de kort en lang behandelde patiënten minder effectief dan de patiënten die 3-6 maanden behandeld waren. De verklaring hiervoor is dat in de groep 'kort' veel drop outs aanwezig zijn, welke over het algemeen negatiever over het resultaat oordelen (zie ook Kool en Sijben 1989). In de groep 'lang' zijn veel patiënten die onverrichterzake de kliniek verlaten en waarbij verdere verlenging van de opnameduur geen zin meer had.

Aangezien veel behandelaars doorgaans hun behandeling zo lang laten duren totdat de patiënt weer naar huis kan en eventueel met ambulante hulp verder geholpen kan worden, en in die zin met een (veelal impliciet) criterium werkt, mag ook weinig verwacht worden van een overall-verband tussen behandelduur en -resultaat, omdat een variabele (de duur) gerelateerd wordt aan een constante (het resultaat). Dat dit niet helemaal op gaat is in het zelfde onderzoek gebleken uit het positieve verband tussen geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en dergelijke en de opnameduur. Vrouwen, mensen zonder vaste relatie, jongeren en patiënten zonder (geschikte) huisvesting bleken een langere verblijfsperiode te hebben. Kennelijk speelt de aantrekkelijkheid van de alternatieven voor het verblijf buiten de kliniek eveneens een rol bij de duur van de behandeling.

Een behandelingsvorm die per definitie reeds kortdurend van aard is, is de crisisinterventie. Hierover is zeer veel literatuur verschenen, ook in Nederland (Touw 1977). Een bekend project dat uitvoerig is ge-

evalueerd is het Krisiscentrum Utrecht (Beenackers 1982). In dit programma-evaluatieproject zijn onder andere proces- en resultaatvariabelen als produktiviteit van de staf en effectiviteit van de interventie gemeten. De behandelduur zelf was geen variabele. De residentiële vorm van crisisinterventie, het psychiatrische noodbed, heeft aanmerkelijk minder belangstelling gekregen. In de dissertatie van Van Leeuwen (1978) over de noodbedden in de psychiatrie wordt dit eveneens geconstateerd. Hij beschrijft wel dat er impulsen waren om tot een korte opnameduur te willen komen, maar dit wordt niet onderbouwd met gegevens over een methodiek. Sedert de noodbeddenregeling in het kader van de 24-uurs bereikbaarheid van de RIAGG's, zijn hieraan ook andere publikaties gewijd (Van Hezewijk 1984a en b, 1985, 1988, Van Veldhuizen 1985). Van Leeuwen beschrijft een vergelijkende studie tussen een experimentele afdeling van Zon en Schild, en de controleafdelingen van Santpoort en de Valeriuskliniek. Dit onderzoek vertoont gelijkenis met dat van Kennedy en Hird. In de experimentele afdeling was sprake van een methodische aanpak bestaande uit: een maximale opnameduur van 30 dagen, intensieve, integrale en geïntegreerde aanpak. De controleafdelingen kenden de standaardbehandeling. De opnames kwamen uit eenzelfde regio via een noodbedregeling. Niet in het onderzoek werden opgenomen: oligofrenen, criminele psychopaten en jongeren. De plaatsing was aselekt wat betreft patiëntvariabelen: daar waar plaats was. Er werd dus geen randomisatie toegepast. Opname op de experimentele afdeling betekende terugname door de ambulante zorg na 5 dagen, als de patiënt niet geschikt bleek voor deze afdeling of als de patiënt binnen 30 dagen ontslagen kon worden. De resultaten waren dat 50% van de patiënten in de experimentele groep binnen 30 dagen waren ontslagen, hetgeen significant sneller was dan de controlegroep. Het percentage heropnamen was niet verschillend. De conclusie was derhalve dat het experiment geslaagd, zinvol en verantwoord was.

Verder werd in the Hague psychiatric study (Farmer en Schudel 1985) onder andere nagegaan of er over de laatste jaren een structurele verandering was opgetreden in de duur en/of frequentie van (her)opnemingen. Uit dit onderzoek bleek dat de duur van de eerste opname duidelijk in samenhang stond met de kans op een opnamerecidief. Die kans wordt groter naarmate de duur van de eerste opname langer is. (Statistisch gesproken hebben mensen met een kortdurende opname meer kans nog eens opgenomen te worden, maar klinisch blijkt dit niet het geval te zijn (Schnabel 1985).)

Methodologische kanttekeningen

Het is moeilijk de diversiteit van onderzoeken met elkaar te vergelijken. Een belangrijke voorwaarde is gelijkheid van definities. Hier-

aan gaan de meeste onderzoeken mank. Zo is de term 'lang- en kortdurende behandeling' zeer verschillend geoperationaliseerd, zoals ook Herz (1979) vermeld. De opzet van de studies zijn ook verschillend waardoor de behandelingseffecten door de diverse interventieprogramma's, klinische behandeling, al dan niet gevolgd door dag- en/of ambulante behandeling, al dan niet ondersteund met medicatie. Alleen Herz en Caffey trachten dergelijke effecten te scheiden door een onderscheiden nazorgprogramma. Effecten op de lange termijn en 'carry-over effecten' zijn evenwel niet te splitsen naar de opeenvolgende behandelingen. De meeste onderzoeken negeren dit cumulerende effect van de diverse behandelingen die na en/of naast elkaar worden gegeven. Sommigen (Weisman en Feirstein 1969; Mendel 1966; Singer en Grob 1975) vermelden zelfs geheel niets over nazorg. Medicatiegebruik wordt dikwijls eveneens eenvoudig weggelaten, of er wordt geen betrouwbare informatie over verstrekt.

Het meten van behandelingsresultaten is in de GGZ een notoir probleem. Het feit dat hierover geen enkele traditie bestaat, betekent dat iedere onderzoeker zijn eigen instrumentarium kiest of construeert. De conclusies die op dergelijke globale en niet gevalideerde instrumenten zijn gebaseerd, dienen dus met de nodige scepsis te worden gewaardeerd, zoals Atkinson (1975) terecht opmerkt. Sindsdien is de situatie niet veel verbeterd. Een veel gebruikte parameter is het aantal heropnamen. Zelfs definiëren van een parameter 'heropname' zal van kliniek tot kliniek verschillen, zoals ook uit de diverse onderzoeken blijkt. De rol van de onderzoeker die tevens de (enige) behandelaar is en zeer geïnvolveerd is bij zijn patiënten, zoals Burhan (1969) die zijn patiënten zelfs zijn privé-telefoonnummer gaf, zal eveneens betekenen dat de resultaten mank gaan aan externe validiteit, ze zijn derhalve niet generaliseerbaar.

Aan de waarde van follow-up-enquêtes per post wordt door sommigen getwijfeld, terwijl anderen (o.a. Erickson 1975) hierover positief oordelen.

In diverse publikaties worden de onderzoeksgroepen niet (voor de lezer controleerbaar) met elkaar vergeleken op demografische variabelen (Mendel 1966; Weisman en Feirstein 1969; Burhan 1969; Caffey 1971). Eerder is reeds genoemd dat onderzoek soms zo slecht was opgezet of gecontroleerd dat van gelijkwaardige groepen geen sprake was (Glick, Herz), ondanks randomisatie.

Onderzoek naar kosten-batenanalyse laten vaak een gunstig resultaat zien voor de kortdurende behandelingen. Hierbij worden echter dikwijls grote groepen patiënten buiten de berekening gelaten, waardoor het beeld te veel vertekend en geen goede weergave is van de werkelijkheid. Dit geldt voor: onvrijwillig opgenomen patiënten die geen stabiele, coöperatieve families hebben (Herz) of agressieve en/of verslaafde patiënten (Weisman 1969). Het is te gemakkelijk om een bere-

kening te maken voor twee geselecteerde groepen en zo verschillen te constateren. Op basis hiervan zijn geen beleidsconsequenties te trekken.

Deze kanttekeningen zijn ook door diverse auteurs bij eigen of andermans publikaties vermeld, zoals uit reacties blijkt (Herz over Singer en Grob 1976 en de reactie van Singer 1976; Herz over Caton 1983). Dit onderzoeksveld overziend, kunnen we ons vinden in de conclusie van Riesman (1979) dat de vraag: is kortdurende klinische behandeling even effectief als langdurende, te globaal en te ongedifferentieerd is om eenduidig te kunnen beantwoorden. Hiertoe is meer onderzoek vereist onder homogene gemaachte patiëntengroepen waardoor voor deze groepen meer generaliserende conclusies getrokken kunnen worden.

Beschouwing

Een rondgang door (een gedeelte van) de literatuur over de waarde (van de verkorting) van opnameduur leerde ons dat over het algemeen de verschillende onderzoekers tot de conclusie komen dat opnameduur zo kort mogelijk gehouden dient te worden, maar dat een breed aanbod van behandelingen met verschillende opnameduur wenselijk is voor de individuele patiënt. Ook werd duidelijk dat verschillende onderzoeken zeer moeilijk met elkaar te vergelijken zijn, omdat ze zo verschillend van opzet zijn. De waarde ervan wordt gerelativeerd in de beperking van de methodologische problemen.

Een verdere relativering wordt aangebracht door Erickson (1975) die later, gesteund door Riesman (1977), stelt in zijn kritisch overzicht van tientallen 'outcome studies in mental hospitals' dat de opnameduur op zichzelf misleidend kan zijn.

Immers, allerlei modes en wanen van de dag beïnvloeden deze cijfers, waarbij we kunnen noemen de ideologische druk op de ziekenhuizen om patiënten te resocialiseren, de soort setting (aantal bedden van de afdeling, staf-patiëntverhouding, multidisciplinaire aanpak, behandelingsprogramma's, behandelingsfilosofie), externe procedures en regelgeving. In Duitsland houden Modestin en Lerch (1988) een pleidooi voor werkzame en specifieke intramurale therapieën voor specifieke patiëntengroepen, waaraan de opnameduur ondergeschikt zou moeten zijn.

Uit de onderzoeken blijkt vaak dat, indien een afdeling een specifiek programma uitvoert, dat afwijkt van de standaardaanpak, die min of meer vanzelf leidt tot verminderen van symptomatologie, verbetering van rolfunctioneren, opnameduurverkorting en heropnamevermindering (Ramirez 1987). Schene en Gersons (1985) meldden geen verschil tussen een dagbehandeling en een opname. Toch adviseren zij voor acute ernstige patiënten die geen ondersteunend thuismilieu hebben een opname van 2-3 weken. Onderzoek naar deze termijn lijkt ook gewenst.

Na deze relativeringen komen we nu terug op de eerder in dit artikel vermelde onderzoeksvragen. De eerste onderzoeksvraag of kortdurende residentiele behandeling even effectief is als standaard-/langdurende behandeling, werd dus door bijna alle onderzoekers volmondig met ja beantwoord in de jaren zestig en zeventig. In de jaren tachtig kwamen meer de andere onderzoeksvragen naar voren, namelijk voor wie dan wel, in welke setting, volgens welke criteria, voor hoe lang en voor welke kosten. De antwoorden op deze vragen zijn vooral nog veel onduidelijker. In de Nederlandse situatie is nog nauwelijks onderzoek gedaan. Ook het noemen van voorspellende factoren is nog nauwelijks mogelijk. Invloed van demografische, diagnostische/klinische en omgevingsvariabelen blijven onduidelijk.

In de literatuur worden de volgende populaties geschikt geacht voor een korte opnameduur: patiënten met een toestandsbeeld dat snel herstelt en patiënten met een hoog opnamerecidief; een lange opnameduur wordt toebedacht aan depressieve patiënten, patiënten met chronische handicaps en persoonlijkheidsstoornissen. Dit is waarlijk geen opzienbarende uitspraak.

Wil deze uitspraak verder genuanceerd kunnen worden, dan zal meer onderzoek nodig zijn naar de vraag bij welke patiëntengroepen een korte opnameduur mogelijk is, zonder onverantwoorde risico's te nemen. De internationale literatuur heeft ons niet zoveel verder gebracht, omdat de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten beperkt wordt door de demografische verschillen tussen de onderzoeksregio's, verschillen in mogelijkheden voor alternatieve zorg, verschillen in ziekenhuismogelijkheden en verschillen in patiëntenkarakteristieken. De literatuur kent geen vergelijkingen tussen groepen met een verschillende verwijzer. Brönisch (1986) geeft wel aan waar de patiënten vandaan komen. Ons Nederlandse (unieke!) systeem van huisartsgeneeskunde en daarnaast twee gescheiden ambulante circuits (RIAGG en polikliniek psychiatrie) maakt een vergelijking tussen deze verwijzers mogelijk.

Zeer opvallend is natuurlijk dat het medicatiegebruik nauwelijks in de studies betrokken werd. Men gaat er kennelijk van uit dat de hoeveelheid medicatie, medicatie-inzicht, medicatietrouw etc. bij kortdurende c.q. langdurende residentiele behandeling hetzelfde is. Speculaties hierover kunnen interessante vragen oproepen, maar zullen hier niet verder behandeld worden.

Naast onderzoek naar verschillen in opnameduur bij diverse verwijzers zijn ook verschillen in diverse vormen van nazorg van belang (Kirschner 1989). In eerder onderzoek (Ten Horn 1982 en Van den Hout 1969) kwam naar voren dat de compliance met de nazorg vaak bedroevend is; gesuggereerd werd dat reeds een contact met de nazorg in de klinische setting deze compliance sterk zou verbeteren. Het is de vraag of dit wel zo is. Een factor die in de meeste studies ontbreekt is de finan-

ciële kant van de behandeling. Zoals al eerder gezegd in dit artikel, wordt veelal aangenomen dat een kortdurende residentiële behandeling per definitie minder kosten meebrengt. Schene en Gersons (1985) stellen dat deeltijdbehandeling kostenbesparend is als alternatief voor of ter complementering van een 24-uurs behandeling en ook, in een aantal gevallen, als alternatief van een ambulante behandeling. Deze kostenbesparing hangt samen met lagere bouwkosten, lagere intrinsieke behandelkosten, een veelal kortere opnameduur, een minder gebruik van nazorgfaciliteiten en een lager heropnamepercentage. Hierbij wordt deeltijdbehandeling vergeleken met standaardresidentiële behandeling. Misschien dat het plaatje er geheel anders uit zou zien als vergeleken zou worden met *kortdurende* residentiële behandeling. Echte kosten-batenanalyses zijn echter zeer moeilijk te maken. In de Nederlandse situatie is deze uitdaging tot dusverre nog niet opgepakt. Zoals eerder vermeld worden ook in Nederland de langdurende programma's feitelijk financieel beloond door een vast dagtarief voor onbepaalde duur.

Bij de beantwoording van onderzoeksvragen van Riessman blijven ten slotte nog de expliciete vragen over ons zelf en onze patiënten over; namelijk in welke setting is respectievelijk kortdurende behandeling het meest effectief en op grond van welke criteria moet deze effectiviteit bij (of door?) patiënten gemeten worden.

Wat betreft de setting laat Herz (1979) weten dat zijns inziens voor kortdurende residentiële behandeling het medische model met een duidelijke structuur het meest geschikte milieu is. Anderen doen hier geen duidelijke uitspraak over. Met welke criteria gemeten moet worden of een programma resultaat heeft is een vraag die in het kader van dit artikel niet of nauwelijks te beantwoorden is. Zoals elders uitvoerig beschreven is (Donker 1987) kan als uitgangspunt genomen worden de doeleinden van het programma zelf (terugdringen heropnames, vermindering opnameduur etc.), dus meestal doeleinden van beleidsverantwoordelijkheden en/of uitvoerenden van het programma. Anderzijds kan ervoor gekozen worden om de behoeften van de consumenten voorop te stellen (vermindering psychopathologie, sociaal functioneren, belasting van het gezin etc.). Deze 'resultaten' lijken dus net zo goed behaald te worden bij kortdurende behandeling als bij langer durende. Dit geldt overigens eveneens voor deeltijdbehandeling, zodat voor de hand ligt om een geprolongeerd verblijf in het milieu van herkomst hiervoor verantwoordelijk te stellen. Zoals gebruikelijk roept ook deze beschouwing weer meer nieuwe vragen op dan conclusies worden getrokken.

Lopend onderzoek naar het functioneren van het crisisbed versus het reguliere opnamebed in Reinier van Arkel te Den Bosch, zal hopelijk in deze verdere antwoorden geven.

Literatuur

- Altman, H., H.V. Angle, M.C. Brown e.a. (1972), Prediction of length of hospital stay. *Comprehensive Psychiatry* 13, 4 71-480.
- Atkinson, R.M. (1975), Current and emerging models of residential psychiatric treatment, with special reference to the California situation. *American Journal of Psychiatry* 132, 391-396.
- Beenackers, A.A.J.M. (1986), *Projectevaluatie in de geestelijke gezondheidszorg*. Academisch proefschrift, Eburon, Delft.
- Beenackers, A.A.J.M. (1982), *Projectevaluatie in de geestelijke gezondheidszorg; het Utrechtse model. Gezondheid en Samenleving*, 251-258.
- Bolten, M.P. (1986), De paradox van kortdurende klinische psychotherapie en regressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 28, 593-603.
- Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro e.a. (1981), Overview: the institution of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal Psychiatry* 1388 (6), 736-749.
- Bronisch, T., W. Feuerlein, E. Hertenberger (1986), Eine Station für psychiatrische Krisisintervention fünf Jahre später. (A hospital unit for psychiatric crisis intervention 5 years later.) *Psychiatrische Praxis* 13 (6), 213-218.
- Brown, G.W., M. Bone, B. Dalison e.a. (1966), *Schizophrenia and social care: A comparative follow-up study of 339 schizophrenic patients*. Oxford University Press, Londen.
- Brown, G.W. (1960), Length of hospital stay and schizophrenia, a review of statistical studies. *Acta Psychiatrica Neurologica Scandinavica* 35, 414-430.
- Burhan, A.S. (1969), Short-term hospital treatment: a study. *Hospital & Community Psychiatry* 20, 369-370.
- Caffey, E.M., R. Douglas Jones, L. Diamond, E. Burton, W.T. Bowen (1968), Brief Hospital Treatment of Schizophrenia. Early results of a multiple hospital study. *Hospital & Community Psychiatry* 19, 32-37.
- Caffey, E.M., C.R. Galbrecht, C.J. Klett, P. Point (1971), Brief hospitalization and aftercare in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 24, 81-86.
- Caton, C.L.M. (1987), A review of Issues Surrounding Length of Psychiatric Hospitalisation. *Hospital & Community Psychiatry*, 858-863.
- Caton, C.L.M. (1982), Effect of length on inpatient treatment for chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 139, 856-816.
- Caton, C.L.M. (1989), *Persoonlijke opmerking*. New York.
- Deiter, J.B., D.B. Hanford, R.T. Hummel e.a. (1965), Brief inpatient treatment: a pilot study. *Mental Hospitals* 16, 95-98.
- Donker, M.C.H. (1987), *De toets der goede bedoelingen*. NcGv reeks 100.
- Dubin, W.R., P.J. Fink (1986), The psychiatric short procedure unit: a cost saving innovation. *Hosp. Community Psychiatry* 37 (3), 227-229.
- Endicott, J., M.I. Herz, M. Gibbon (1978), Brief versus standard hospitalization: the differential costs. *American Journal of Psychiatry* 135, 707-712.
- Endicott, J., J. Cohen, J. Nec e.a. (1979), Brief versus standard hospitalization: for whom? *Archives of General Psychiatry* 36, 706-712.
- Endicott, J., M.I. Herz, M. Gibbon (1978), Brief versus standard hospitalization: the differential costs. *American Journal of Psychiatry* 135 (6), 707-712.
- English, J.T., S.S. Sharfstein, D.J. Scherl, B. Astrachan, I.L. Muszinsky (1986),

- Diagnosis related groups and general hospital psychiatry, the APA study. *American Journal of Psychiatry* 143, 131-139.
- Erickson, R.C. (1975), Outcome studies in mental hospitals: a review. *Psychological Bulletin* 82, 4, 519-540.
- Farmer en Schudcl (1985), *The Hague Psychiatric Study. A five year follow-up of 3200 first admission in four cohorts 1962-1983*. NcGv reeks 75.
- Ferriks, G.E.M., W.J.M. van Hezewijk, L.M. Sloot (1985), Ambulante crisisinterventie: de 24 uren bereikbaarheid. *Medisch Contact* 40, 353-6.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, M.D. Goldfield (1974), Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, I: The preliminary results of an one-year follow-up of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 30, 363-369.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, M. Raskin e.a. (1975), Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, II Results for schizophrenic inpatients. *American Journal of Psychiatry* 132, 385-390.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues e.a. (1976), Short versus long hospitalization: a controlled study, III: Inpatient results for nonschizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 33, 78-83.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues e.a. (1976), Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, IV: One-year follow-up results for schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 133, 509-514, 42.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues e.a. (1976), Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, V: One-year follow-up results for non-schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 133, 515-517.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues e.a. (1977), Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, VII: Two-year follow-up results for non-schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 34, 314-317.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves, J. Drues (1977), Short or long hospitalization for psychiatric Disorders? Two-year results. *Psychopharmacology Bulletin* 13, 48-49.
- Glick, I.D., W.A. Hargreaves (1979), *Psychiatric Hospital treatment for the 1980's: A Controlled Study of Short Versus Long Hospitalization*. Mass, DC Heath, Lexington.
- Gordon, T., W.R. Breaky (1983), A comparison of the outcomes of short and standard-stay patients at one-year follow-up. *Hospital and Community Psychiatry* 34, 1054-1056.
- Hansson, L., M. Berglund, C. Liljencrantz, G. Andersson, R. Ohman (1985), Patient attitudes in short-term psychiatric care. Relations to social and psychiatric background, clinical symptoms, and treatment model. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 72 (2), 193-201.
- Hargreaves, W.A., I.D. Glick, J. Drues e.a. (1977), Short versus long hospitalization: a prospective controlled study, VI: Two-year follow-up results for schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 34, 305-311.
- Herz, M.I. (19..), Short Term Hospitalization and the medical model. *Hospital and Community Psychiatry* 30, 117-121.
- Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer (1975), Brief hospitalization of patients with families: initial results. *American Journal of Psychiatry* 132, 413-418.
- Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer (1976), Brief versus standard hospitalization: the families. *American Journal of Psychiatry* 133, 795-801.
- Herz, M.I., J. Endicott, R.L. Spitzer (1977), Brief hospitalization: a two-year follow-up. *American Journal of Psychiatry* 134, 502-507.

- Herz, M.I., J. Endicott, M. Gibbon (1979), Brief hospitalization: two-year follow-up. *Archives of General Psychiatry* 36, 701-705.
- Herz, M.I. (1976), Conclusions are questioned in study of outcome after long - shortstay. *Hospital and Community Psychiatry* 27, 200-201.
- Herz, M.I. (1983), Brief versus long hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 140, 651-652.
- Hezewijk, W.J.M. van (1984), Ambulante crisisinterventie 1. *Medisch Contact* 39, 371-372.
- Hezewijk, W.J.M. van (1984), Ambulante crisisinterventie 2. *Medisch Contact* 39, 1180-1182.
- Hezewijk, W.J.M. van (1985), Reactie op van Osselaar-Schouterden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 40, 167-170.
- Hezewijk, W.J.M. van, C. Visser, G. de Wilde (1988), Ambulante crisisinterventie in de geestelijke gezondheidszorg. *Medisch Contact* 43, 1491-1494.
- Hibbard, T., F. Trimboli (1982), Correlates of succesful short-term psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry* 33, 829-833.
- Hirsch, S.R., S. Platt, A. Knights, A. Weyman (1979), Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *British Med. J.* 1, 442-446.
- Hirsch, S.R., S.D. Platt, A.C. Knights (1981a), Effects of brief hospitalization on psychiatric patients' behaviour and social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 63, 117-128.
- Hirsch, S.R., S. Platt (1981a), The effects of brief hospitalizations upon the psychiatric patients' household. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 64, 199-216.
- Hout, A.C. van den (1985), *Ontslagen psychiatrische patiënten, een longitudinaal onderzoek naar heropname*. Academisch proefschrift, Nijmegen.
- Kennedy, P., F. Hird (1980), Description and evaluation of a short-stay admission ward. *British Journal of Psychiatry* 136, 205-215.
- Kirschner, L.A., L. Johnston (1985), Length of stay on a short term unit. *General Hospital Psychiatry* 17, 149-155.
- Kirschner, L.A. (1989), *Persoonlijke opmerking*. Boston.
- Kirschner, L.A. (1982), Length of stay of psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 170, 27-33.
- Knights, A., A.R. Hirsch, S.D. Platt (1980), Clinical change as a function of brief admission to hospital in a controlled study using the present state examination. *British Journal of Psychiatry* 137, 170-180.
- Kool, J.A., N. Sijben (1989), Voortijdige beëindiging van behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 240-252.
- Langsley D.G., e.a. (1969), Follow-up evaluation of family crisis therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 753-759.
- Leeuwen, H.M.H. van (1978), *Kort en krachtig?* Academisch proefschrift, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Levine, M.S., O.D. Weiner, P.F. Carone (1978), Monitoring inpatient length of stay in a community mental health center. *Journal of Nervous and Mental Disease* 166, 655-660.
- Lieberman, P.B., J.S. Stauss (1986), Brief psychiatric hospitalization: what are its effects? *American Journal of Psychiatry* 143, 1557-1562.
- Lindemann, J.E., G.W. Fairweather, J.B. Stone, R.S. Smith (1959), The use of demographic characteristics in predicting length of neuropsychiatric hospital stay. *Journal of Consulting Psychology* 23, 85-89.

- Mattes, J.A., B. Rosen, D.F. Klein (1977a), Comparison of the clinical effectiveness of short versus long stay intensive psychiatric hospitalization II: results of a 3-year posthospital follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease* 165, 387-394.
- Mattes, J.A., B. Rosen, D.F. Klein (1977b), Comparison of the clinical effectiveness of short versus long stay intensive psychiatric hospitalization III: further results of a 3-year posthospital follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease* 165, 395-402.
- Mattes, J.A., B. Rosen, D.F. Klein (1979), Comparison of the clinical effectiveness of short versus long stay intensive psychiatric hospitalization IV: predictors of differential benefit. *Journal of Nervous and Mental Disease* 167, 175-181.
- Mendel, W.M. (1966), Effect of length of hospitalization on rate and quality of remission from acute psychotic episodes. *Journal of Nervous and Mental Disease* 143, 226-233.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (1983-1984), *Nota Geestelijke Volksgezondheid*, vergaderjaar 1983-84.
- Modestin J., M. Lerch (1988), Hospitalisationdauer, ein zentrales Mass der psychiatrischen Spitalpolitik. *Nervenarzt* 59, 344-349.
- Ramirez, L.F., R.A. Mc.Cormick, A. Hull, P.A. Shaughn Hussey (1987), The effect of computerized utilisation review on patterns of psychiatric inpatient care. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 9, 977-982.
- Reibel, S., M.I. Herz (1976), Limitations of brief hospital treatment. *American Journal of Psychiatry* 133, 518-521.
- Riessman, C.K., J.C. Rabkin, E.L. Struening (1977), Brief versus standard psychiatric hospitalization. A critical review of the literature. *Community Mental Health Review* 2, 2-10.
- Rosen B, A. Katzoff, C. Carrillo e.a. (1976), Clinical effectiveness of 'short' versus 'long' psychiatric hospitalization, I: inpatient results. *Archives of General Psychiatry* 33, 1316-1322.
- Schene, A.H., B.P.R. Gersons (1985), De effectiviteit van psychiatrische deeltijd-behandeling: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 27, 634-656.
- Schwarz, C.J., T.B. Stovel, M. Bennet (1980), Treatment of the elderly on a general hospital psychiatric short-stay unit. *Canadian J. of Psychiatry* 25, 633-637.
- Singer, J.E. (1976), Reply to M.I. Herz. *Hospital and Community Psychiatry* 27, 201.
- Singer, J.E., M.C. Grob (1975), Short term versus long term hospitalization in a private psychiatric facility: a follow-up study. *Hospital and Community Psychiatry*, 1975, 26, 745-748.
- Stein, L.J., M.A. Test (1976), Training in community living: one-year evaluation. *American Journal of Psychiatry* 133, 917-918.
- Swartzburg, M., A. Schwartz (1976), A five-year study of brief hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 133 (8), 922-924.
- Sijben, N. (1986), *Omzien naar weldoen; programmaevaluatie in theorie en praktijk*. Academisch proefschrift, Nijmegen.
- Ten Horn, G.H.M.M. (1983), *Nazorg geeft kopzorg. Een onderzoek met een register voor de geestelijke volksgezondheid*. Academisch proefschrift, Groningen.
- Torrey, E.F. (1971), Emergency Psychiatric Ambulance Services in the USSR. *American Journal of Psychiatry* 128, 153-157.
- Touw, Y. (1977), Literatuuroverzicht crisisinterventie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 32, 314-325.

- Veldhuizen, J. van (1985), Bed op recept GGZ. *Gazet* 6, 16.
- Weisbrod, B. A., M. A. Test, L. I. Stein (1980), Alternatives to mental hospital treatment, III: social cost. *Archives of General Psychiatry* 37, 409-412.
- Weisman, G., A. Feirstein, C. Thomas (1969), Three day hospitalization. A model for intensive intervention. *Archives of General Psychiatry* 21, 620-629.

Summary: Short-term residential psychiatric treatment

In this article we review the literature on research on the subject of reducing length of stay. We focus on, especially American, controlled studies of short-term versus standard/long-term hospitalization, other studies (uncontrolled) and Dutch studies. Effectivity, setting, results and cost-benefit are discussed.

Methodological issues mark the relativity of the outcome of the studies. New research questions rise in the discussion.

W.J.M. van Hezewijk is psychiater, voorheen medisch coördinator van het cluster Shortstay van APZ Reinier van Arkel in 's-Hertogenbosch, momenteel directeur Behandelzaken van Psychiatrisch Centrum Jan Wier te Tilburg.

A.E.S. Sijben is klinisch research psycholoog, voorheen research coördinator afdeling Psychiatrie KU Nijmegen, momenteel verbonden aan M&I-partners, Amersfoort.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 29-5-1990.