

Schizofrenie: kosten, baten en behoeften

door R. Giel en D. Wiersma

Samenvatting

Dit artikel introduceert problemen bij de kosten-batenanalyse betreffende schizofrenie. Het belang van de beschouwing van de variatie rond de gemiddelde uitkomst wordt getoond aan de hand van het Drentse substitutieproject. Daarna wordt de methode van de meting van behoeften uiteengezet.

Inleiding

Gedurende de afgelopen 25 jaar hebben verschillende verklaringmodellen voor schizofrenie de aandacht gehad, ook al werd het biomedische model nooit geheel uit het oog verloren. In de jaren zestig en zeventig stonden vooral het psychedelische en het sociale model (Siegler en Osmond 1974) in de belangstelling. De laatste jaren is de betekenis van het invaliditeitsmodel in de psychiatrie doorgedrongen, vooral bij de bestrijding van de gevolgen van de meer chronische schizofrene psychose. In tegenstelling tot de tijdelijke vervulling van de ziekenrol door de betrokkenen, leidt dit model tot de aanvaarding door alle partijen van de gehandicaptenrol. Deze sociale rol schrijft voor dat iemands gedrag moet worden aanvaard, waarbij tegemoet wordt gekomen aan zijn handicap, die bovendien het doelwit wordt van revalidatie. De betrokkene heeft dan recht op bescherming tegen mishandeling, uitbuiting en vervolging. Zijn familie of gezin behoort op de hoogte te worden gesteld van de ernst van de belemmeringen en de toekomst daarvan. Tegenwoordig heet dat psycho-educatie. Het is vervolgens hun plicht het invalide gezinslid aan te moedigen zo normaal mogelijk te leven.

De aanvaarding van de gehandicaptenrol bij schizofrenie heeft geleid tot de vervanging van herstel als doel van de behandeling. In plaats daarvan worden bescherming, begeleiding en revalidatie geboden, zoveel als mogelijk is in de gemeenschap.

Door deze verandering in de houding van de hulpverleners heeft het sociaal-psychiatrische onderzoek een nieuwe richting gekregen. Uiteenlopende programma's om de invalide patiënten zoveel mogelijk in de maatschappij te handhaven worden met elkaar vergeleken. Daartoe was een andere kijk op het beloop van de ziekte noodzakelijk. Er kon niet meer uitsluitend gelet worden op de verdwijning van symptomen. Bovendien groeide de belangstelling voor de analyse van de kosten en baten van deze programma's.

Dit artikel beoogt de bespreking van enkele aspecten die van belang zijn voor de studie van kosten en baten. Het uiteindelijke doel van dergelijk onderzoek is de vermindering van de totale netto kosten van schizofrenie, dat wil zeggen de som van de kosten voor de patiënt, voor zijn gezin en voor zijn behandeling (Andreasen 1991).

Schizofrenie en de gehandicaptenrol

Voor de gehandicaptenrol zijn de volgende kenmerken van schizofrenie van belang (Sharfstein 1991):

- schizofrenie is vaak een chronische en invaliderende ziekte, met een verhoogd risico op suïcide en lichamelijke ziekten, waardoor een verhoogde mortaliteit. Tussen 5 en 10% van de schizofrene patiëntenpopulatie sterft door suïcide; en haar gemiddelde levensduur scheelt 10 jaar met die van de algemene bevolking.
- na de aanvankelijke bloeiende psychose gedurende de eerste 10 jaar van de ziekte, stabiliseert deze zich veelal met een rest aan psychopathologie.
- toch is het beloop van schizofrenie heterogeen, zonder dat er aanwijzingen zijn dat de huidige therapeutische maatregelen de uiteindelijke afloop wezenlijk beïnvloeden.
- socioculturele factoren lijken van belang voor het functioneren van de patiënt. Deze factoren betreffen de houding van de patiënt zelf, van zijn familieleden en hulpverleners, en van de maatschappij in het algemeen.

Dit alles houdt in dat we niet voldoende hebben aan een eenzijdige kijk op de afloop, in de vorm van het voortduren of verdwijnen van de psychopathologie op een bepaald tijdstip. In plaats daarvan behoeven we een veelzijdig en longitudinaal perspectief, waarin zich een wisselende behoefte aan zorg zal aftekenen.

Overwegingen betreffende de kosten van schizofrenie

Volgens Andrews (1991) zijn er twee berekeningen van de kosten van een ziekte mogelijk. Volgens de prevalentiemethode worden de ziektekosten en het verlies aan produktiviteit toegerekend aan het jaar waarin ze optreden. Op die manier worden de belangrijkste posten onderkend

die bijdragen aan de lopende uitgaven. Daaraan kunnen taakstellingen voor bezuiniging worden ontleend.

Volgens de incidentiemethode wordt de stroom van kosten die verbonden is met de ziekte toegerekend aan het jaar waarin deze begonnen is. Alle toekomstige directe en indirecte kosten worden geschat en omgerekend in guldens van het jaar waarin de ziekte voor het eerst optrad. Na het uitbreken van de ziekte behoort de maatschappij immers met deze te verwachten kosten rekening te houden. Deze laatste methode heeft de voorkeur van de planner op lange termijn, die de consequenties moet overzien van iemands toetreding tot de gehandicaptenrol. Daarentegen heeft de economisch directeur meer aan de prevalentiemethode bij de beheersing van zijn begroting van dit jaar, en bij het opstellen van die van het volgende jaar. Deze benadering past beter bij het biomedische model en bij de in de tijd begrensde ziekenrol.

In het meeste onderzoek mikt men op een kosten-batenanalyse in een dwarsdoorsnee door een programma. Dat wil zeggen dat de analyse plaatsvindt op de prevalentie gevallen in hun verschillende stadia van de ziekte, zowel in de gemeenschap als in de instellingen. Dit vereist inzicht in de epidemiologie van schizofrenie, ter vermijding van een selectieve blik op de morbiditeit. Zo schatten Regier e.a. (1988) op grond van hun Epidemiologic Catchment Area-onderzoek de 6-maands periodeprevalentie op 0,5 tot 1,0% van de bevolking van de Verenigde Staten. Een dergelijke schatting van de morbiditeit gedurende het leven, in termen van persoonsjaren met positieve danwel negatieve symptomen, zou van een incidentiecohort bekend moeten zijn om de lasten voor de maatschappij op de lange duur te kunnen berekenen. De directe kosten zijn veelal het gemakkelijkst te berekenen, als de feitelijke geldelijke uitgaven voor het ziekenhuis, andere intramurale zorg, huisarts en specialist, medicatie en andere medische middelen, en revalidatie (McGuire 1991). De indirecte kosten zijn veel moeilijker in geld uit te drukken: bij voorbeeld verschillende uitkeringen, het verlies aan inkomen door arbeidsongeschiktheid, kosten die in het huishouden moeten worden gemaakt, en verlies aan inkomsten door voortijdig overlijden.

Franks (1987), aangehaald door McGuire (1991), heeft de jaarlijkse kosten voor de familie van een psychiatrische patiënt onderzocht. Zij kwam tot de volgende posten:

- ondersteuning (transport, kleding, zakgeld, voeding, recreatie, onderdak) 21,4%;
- behandelkosten (medicatie, arts/tandarts/enz.) 5,8%;
- andere kosten 3,5%;
- bestede tijd 69,3%.

Deze gezinnen besteedden gemiddeld \$3.539 ten behoeve van hun zieke familielid, en bovendien nog 798 uren aan zorg en begeleiding. Zij

nam aan dat een uur gelijkstond aan \$10. Het komt erop neer dat een ziek gezinslid niet alleen veel geld maar ook veel tijd kost. Deze laatste was moeilijk nauwkeurig te voorspellen, maar de geldelijke bijdrage was gekoppeld aan de ernst van de symptomen, de beschikbaarheid van geldelijke middelen, en van de beschikbaarheid van hulp van staatswege. Naarmate de staat meer uitgaf aan voorzieningen in de gemeenschap, namen de kosten voor de familie af.

Van groot belang is de vergelijking die Franks maakte van de kosten bij verblijf van de zieke thuis en in een openbare voorziening. Verblijf thuis kostte de familie \$15.160 per jaar, waarvan 70% aan bestede tijd. Maar verblijf in een openbare voorziening kostte het gezin toch nog ongeveer de helft daarvan (\$7.647), waarvan 73% aan tijd. Het verschil tussen de twee verschaft ons aanwijzingen over de bijdrage van de overheid die mogelijk net het verschil uitmaakt tussen het mislopen danwel succes van een programma dat is gericht op de handhaving in de maatschappij van een psychisch gestoord iemand in de gehandicaptenrol. Aanvaarding van deze rol door de familie brengt een aanzienlijk geldelijk offer met zich mee.

Een voorbeeld van de incidentiemethode

Andrews (1991) heeft een computersimulatie verricht met de incidentiemethode. Hij heeft drie scenario's getoetst: een afname van de incidentie met 40%, een vermindering van het gebruik van ziekenhuisbedden met 75% doordat de patiënten in beschermende woonvormen werden ondergebracht, of een verbetering van de prognose tot 50% met een goede afloop en 50% met een mediane afloop of slechter. Hij onderzocht dus het effect op de kosten van succesvolle preventie, plaatsing in de gemeenschap of een verbeterde prognose. Preventie leverde, met constant houden van de twee overige alternatieven, een vermindering op van de directe en indirecte kosten met 47%. De kosten per geval namen marginaal af. Overplaatsing naar de gemeenschap, waarbij preventie en prognose gelijk werden gehouden, leverde een vermindering van de directe kosten op met 43%, geen verandering in de indirecte kosten, en een teleurstellende daling van slechts 8% in de totale kosten en de kosten per geval. De verbetering van de prognose leverde een daling op met 27% van de directe en indirecte kosten, de kosten per geval en de totale kosten.

Dit voorbeeld geeft de mogelijke gevolgen weer van de sturing van geld en inspanning in een bepaalde richting, met als doel de grootst mogelijke geldelijke baten voor de maatschappij als geheel in plaats van voor de individuele patiënt. Volgens deze simulatie levert preventie meer op dan een betere prognose, en beide meer dan een andere behandeling. Voor de beheerders van de uitgaven, de economisch directeurs, vormt de goedkopere behandeling het beste nieuws, terwijl voor

hen de beide andere mogelijkheden oninteressant zijn als het gaat om hun grootste zorg, de begroting van dit en van het volgende jaar.

Het voor een cohort nieuwe patiënten meest heilzame alternatief levert de minste besparingen op. Voor mensen die reeds de gehandicaptenrol vervullen is het alternatief met een minimale vermindering van de indirecte kosten waarschijnlijk het meest aantrekkelijk. Kennelijk gaat het er om eerst te bepalen wiens behoeften het zwaarst wegen!

Een ander punt is dat in een kosten-batenanalyse meestal gerekend wordt met de gemiddelde kosten, en dat de variatie rond dat gemiddelde niet meetelt, terwijl deze aanzienlijk kan zijn (Beecham e.a. 1991; Knapp 1991). Deze uitbijters zouden ons inzicht kunnen verschaffen in het te veel en te weinig aan zorg, in de behoefte aan zorg. Knapp en Beecham illustreren dit punt met behulp van een project in Engeland waarbij langdurige patiënten vanuit een ziekenhuis, dat gesloten gaat worden, naar de gemeenschap worden overgeplaatst. De kosten voor zorg in de gemeenschap verschillen voor de uitbijters ter weerszijden van het gemiddelde met een vijftienvoud van elkaar. De vraag is of deze variatie in de kosten een min of meer willekeurige besteding van de schaarse middelen weerspiegelt of iets te maken heeft met individuele behoeften van mensen met psychische problemen. Deze kwestie vergt een ietwat andere kijk in het onderzoek, omdat er nu niet zozeer gelet moet worden op effectiviteit en succes ten aanzien van de doelstelling maar vooral op de tekorten. Deze verschaffen immers aanwijzingen omtrent de behoeften, terwijl succes een afname van de behoeften uitdrukt.

In hun onderzoek blijkt er een duidelijk verband tussen hogere kosten en succes te bestaan, maar ook een samenhang tussen hogere kosten en meer angst. Dit duidt op een nieuwe behoefte, ondanks het succes van de grotere uitgaven. Verder waren de kosten lager voor mensen aan de beide uitersten op de schaal voor het vastleggen van iemands sociale vaardigheid. Voor de meest en de minst afhankelijke mensen werd het minst uitgegeven. Het ontbreken van deelname aan de gemeenschap en sociale teruggetrokkenheid betekenden een verminderd beroep op de bestaande hulpbronnen, en daarmee lagere kosten. De kosten voor mensen die niet in groepsverband woonden en minder contacten hadden, waren lager.

Dit nauwkeurige onderzoek naar de variatie in de kosten en hun relatie met de kenmerken van patiënten geeft aanleiding te veronderstellen dat de gemeenschapszorg beantwoordt aan de behoeften van de patiënten, maar niet onverdeeld. Dit houdt in dat we niet alleen op de gunstige uitkomsten moeten letten, maar ook op de ongunstige die op een nog bestaande behoefte zouden kunnen wijzen. Voor deze van het gemiddelde afwijkende uitkomst kunnen de eventueel hoger dan gemiddelde uitgaven gerechtvaardigd zijn.

Effectiviteit van de bestedingen

Volgens Goldberg (1991) kan onderzoek naar de effectiviteit van bestedingen twee doelstellingen dienen. Uitgaande van een vast te besteden bedrag kunnen we nagaan welke behandeling de beste resultaten geeft. Daarnaast kunnen we uitzoeken welke van twee even effectieve behandelingen de goedkoopste is. Dit soort economische evaluatie vormt de basis voor het kiezen tussen met elkaar wedijverende wijzen van het gebruik van de beschikbare middelen (O'Donnell 1991). Uit het overzicht van Goldberg blijkt dat de grotere baten van behandeling in de gemeenschap vooral voortvloeien uit de lagere indirecte kosten ervan. In het algemeen blijkt gemeenschapszorg goedkoper dan klinische zorg. Maar voor mensen die moeilijk naar de gemeenschap zijn te ontslaan is klinische zorg goedkoper.

Gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek heeft uitgewezen dat voor de acute psychosen zorg in de gemeenschap de meest effectieve besteding van de middelen is. Bovendien is het mogelijk dat de duurdere vorm van zorg alles bijeen genomen toch goedkoper is voor de maatschappij. Voor deze duurdere, blijvend klinische patiënten is er echter nog het alternatief van de woonafdeling (hostel ward) met meer zelfstandigheid, die bij dezelfde kosten betere resultaten geeft.

Alles bijeen genomen vormt voor mensen in de gehandicaptenrol gemeenschapszorg een effectieve besteding van de middelen, onder de voorwaarde dat de baten van de lagere indirecte kosten in de berekeningen worden betrokken. Maar goedkoper voor de maatschappij als geheel wil nog niet zeggen dat de directe kosten geringer zullen zijn. En dat zijn de kosten waar de overheid of de verzekeraars voor zullen moeten opdraaien.

In de volgende paragrafen zullen we de directe kosten beschouwen, zoals deze in een Nederlands onderzoek naar voren kwamen. Daarvoor geldt echter de waarschuwing van O'Donnell (1991) dat: als niet alle

Tabel 1: Kosten van de behandeling gedurende 1 jaar

	Proefpersonen (n=34)	Controles (n=16)	P-waarde
Gemiddeld aantal dagen opgenomen	153.0	161.0	0.84
Kosten (x f 1.000,-)	35.7	35.7	0.99
Gemiddeld aantal ambulante poliklinische contacten	14.2	6.0	0.09
Kosten (x f 1.000,-)	2.4	0.6	0.08
Patiënten heropgenomen	30%	12%	0.09
Patiënten opgenomen bij follow up	24%	19%	0.99

Tabel 2: Kosten van (dag)behandeling

	*Groep I (>60%) n=13	Groep II (20-59%) n=6	Groep III (<20%) n=15	P-waarde
Aantal dagen opgenomen in (dag)ziekenhuis	117	118	198	0.10
Kosten (x f 1.000,-)	24.7	26.8	49.3	0.13
Gemiddeld aantal ambulante & poliklinische contacten	19.3	21.0	7.1	0.12
Kosten (x f 1.000,-)	3.2	3.6	1.2	0.13
Patiënten heropgenomen	30%	50%	20%	0.39
Patiënten opgenomen bij follow up	15%	17%	33%	0.49

* Groepsindeling n.a.v. aantal nachten thuis gedurende indexopname

kosten zijn inbegrepen, is het gemakkelijk om gemeenschapszorg goedkoper te doen schijnen, eenvoudigweg omdat de last (en daarmee de kosten) van de zorg uit de klinische sector wordt verwijderd en elders wordt neergelegd. Deze nieuwe lasten moeten tenminste onder woorden worden gebracht, als ze niet zijn te berekenen.

De directe kosten van verschillende zorgpatronen

Het ging om een gerandomiseerd klinisch experiment met dagbehandeling en een traditionele klinische opname (Wiersma e.a. 1991; Kluiters e.a. 1992). Tabel 1 laat zien dat de experimentele en de controlepatiënten niet verschilden in de duur van hun behandeling, de directe behandelkosten of in het percentage patiënten dat na een jaar weer of nog steeds was opgenomen. De experimentele groep had meer poliklinische contacten, hetgeen ook tot uitdrukking komt in de geschatte kosten voor de poliklinische zorg ten opzichte van de klinische kosten: 1 : 15 bij de experimentele patiënten tegen 1 : 40 bij de controlepatiënten.

De uitvoerbaarheid van het dagprogramma bij de experimentele groep kon worden nagegaan omdat het de staf vrij stond een patiënt eerst even op te nemen, als het niet anders kon. Die uitvoerbaarheid was afhankelijk van de houding van staf en familie en van de mogelijkheden voor vervoer. Tabel 2 laat zien hoezeer deze uitvoerbaarheid binnen de experimentele groep varieerde. De bevindingen in tabel 2 betreffen de wekelijkse gemiddelden gedurende de eerste 15 weken van het experiment. Bij groep III was de dagbehandeling dermate onuitvoerbaar dat we net zo goed van traditionele klinische behandeling konden spreken. Zij waren de meest geïnvalideerde subgroep in de experimentele groep door hun psychopathologie en hun sociale beperkingen, zowel aan het

begin van de studie als na een jaar. Ze waren er in dit opzicht ook erger aan toe dan de controlegroep. Hun directe kosten waren de hoogste in de experimentele groep en zelfs hoger dan de controlegroep.

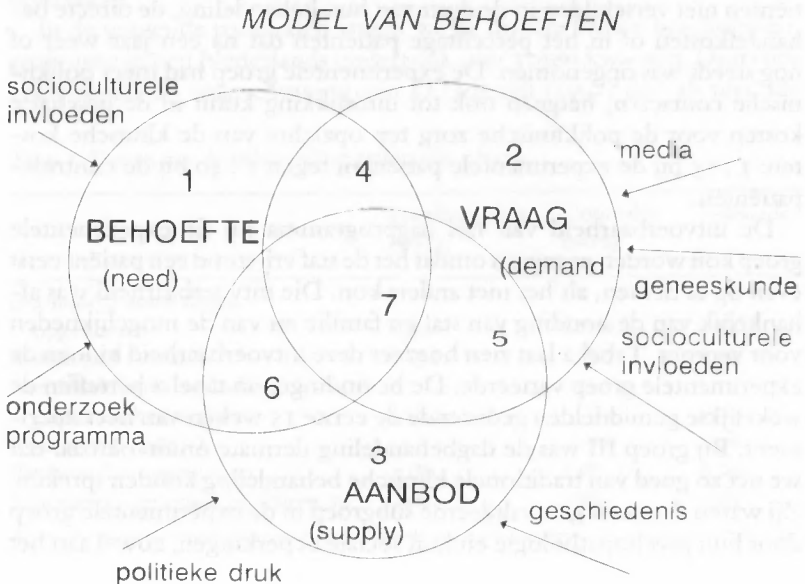
We zien hier vooral dat het bekijken van de uitbijters rond het gemiddelde van de gehele experimentele groep een belangrijke aanduiding oplevert voor de individuele behoeften van patiënten. Zo'n van het gemiddelde afwijkende behoefte zou de sterk van het gemiddelde afwijkende kosten kunnen rechtvaardigen. Daarom zullen we in de volgende paragraaf nader ingaan op de meting van behoeften, die de laatste paar jaar een nieuwe impuls heeft gekregen.

De meting van behoeften

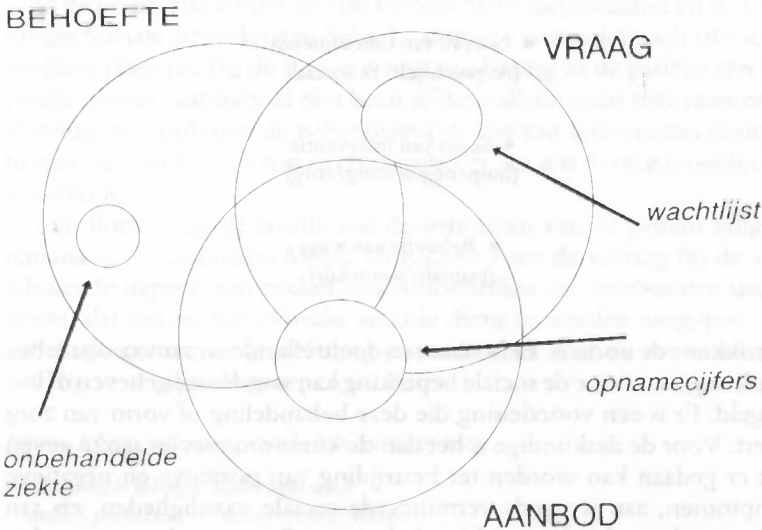
In de psychiatrie zijn we ons niet altijd even nauwkeurig bewust van de behoeften waarin we pogen te voorzien. In de sociologie (Stevens en Gabbay 1991) wordt met de door de patiënt ervaren en eventueel tot uitdrukking gebrachte behoeften gerekend. Er zijn ook de door de deskundige bedachte 'normatieve' behoeften en de behoeften in vergelijking tot die van anderen. De econoom zal nog onderscheid willen maken tussen behoefte, vraag en aanbod (zie figuur 1). In de rest van dit betoog zullen we de omschrijving van behoefte van Stevens en Gabbay (1991) volgen, namelijk het vermogen om voordeel te hebben bij gezondheidszorg. Dit houdt in dat er een probleem moet zijn, een afdoende behandeling en een voorziening die deze kan leveren.

Figuur 1 leert ons bij voorbeeld dat er vaak slecht zal worden geslapen,

Figuur 1: Model van behoeften



Figuur 2



zonder dat er gevraagd wordt daar iets aan te doen (1), ook al schrijft de huisarts toch een middel voor (6), terwijl echt effectieve middelen niet bij de drogist beschikbaar zijn voor iemand die ze wel wil en kan gebruiken (4).

Misschien willen velen psychotherapie bij hun scheiding, terwijl dit nauwelijks iets uit zou maken (2), en psychotherapeutische instellingen deze wel in de aanbieding hebben (5), niet alleen voor mensen die er wel bij zouden varen ook al vragen ze er niet om (6). Dan zijn er tegenwoordig veel therapieën in de aanbieding waar niemand om gevraagd heeft en die hun nut niet hebben bewezen (3). Tot slot is er het aanbod van een behandeling die doeltreffend is, en waar vraag naar is (7).

Om de behoeften van een populatie te leren kennen moeten we over relevante informatie kunnen beschikken (zie figuur 2). Bij voorbeeld door middel van bevolkingsonderzoek naar behandelbare maar onbehandelde ziekten; of via een wachtlijst; dan wel met behulp van een ziekteregister. Voor de bepaling van de behoefte aan behandeling van een individuele patiënt hebben Brewin e.a. (1987) een methode ontworpen, die in de volgende paragraaf aan de orde komt.

De 'MRC Needs for Care'-meting

Deze methode is op chronische patiënten in het Londense district Camberwell toegepast, hij heeft de volgende uitgangspunten. Er is een sociale beperking door verminderd lichamelijk, psychisch of sociaal functioneren, vergeleken met wat er in het maatschappelijke verband van de

Schema 1:

Schema van beoordeling
voor de behoefte aan zorg

- Niveau van functioneren
(A: psychisch; B: sociaal)
- Soort van interventie
(hulp/begeleiding/zorg)
- Behoefte aan zorg
(primair/secundair)

betrokkene de norm is. Er bestaat een doeltreffende en aanvaardbare behandeling, waarmee de sociale beperking kan worden opgeheven of bevestigd. Er is een voorziening die deze behandeling of vorm van zorg levert. Voor de deskundige is het dan de kunst om precies aan te geven wat er gedaan kan worden ter bestrijding van positieve en negatieve symptomen, aan iemands verminderde sociale vaardigheden, en aan zorgen op het gebied van geld en behuizing. Er moet rekening worden gehouden met wisselingen in de vraag van de patiënt, terwijl men moet oppassen te veel te willen doen voor iemand die niet ontvankelijk is, of te weinig voor iemand die in het verleden al eens afhaakte.

De methode vergt drie stappen: de meting van het psychopathologische en/of sociale probleem; een van tevoren opgestelde inventarisatie van passende potentiële interventies; herhaalde evaluatie van hun succes of falen en heroverweging van hun toepassing.

Een behoefte bestaat indien de patiënt beneden een vastgesteld niveau van functioneren terecht is gekomen, en hiertegen een in principe afdoende maatregel is te nemen. In die behoefte is vervolgens voorzien, indien een tenminste gedeeltelijk afdoende maatregel is getroffen en er geen doeltreffender bestaat. In een behoefte is nog niet voorzien als er nog geen of een slechts gedeeltelijk afdoende maatregel op is losgelaten, terwijl er wel een (andere en meer) doeltreffende maatregel bestaat. De

Schema 2: Vragen bij stap 2: Beoordeling van interventies

Drie vragen:

- | | |
|-----------------------------------|-----------|
| • Is de interventie geschikt? | Ja of nee |
| • Wordt de interventie toegepast? | Ja of nee |
| • Is de interventie effectief? | Ja of nee |

Vier bijzondere situaties:

- Interventie niet geschikt, maar wordt wel toegepast
- Interventie wel geschikt, maar wordt niet toegepast
- De interventie is in de nabije toekomst wel geschikt
- De interventie is geschikt, maar wordt geweigerd

behoeftebepaling heeft sterk normatieve kanten, maar zij laat ruimte open voor de wensen van de patiënt.

In de praktijk kan men met de Present State Examination en de Groninger Sociale Beperkingen Schaal nagaan of er een klinisch of sociaal probleem bestaat. Bij dit laatste is nog van belang of de patiënt een bepaalde sociale vaardigheid niet bezit of deze alleen maar niet aanwendt. Vervolgens wordt met de behandelstaf de lijst van interventies doorgenomen, om na te gaan wat er reeds gebeurt, en wat er nog mogelijk en geschikt is.

Ten slotte volgt de taxatie van de behoeften van de patiënt volgens schema 3. De Londense MRC Unit heeft voor de scoring bij de verschillende stappen een pakket van voorschriften en voorbeelden uitgewerkt, dat aan de Nederlandse situatie dient te worden aangepast. De gehele procedure vergt oefening en onderzoek naar de betrouwbaarheid bij verschillende groepen patiënten.

Schema 3: Stap 3: Scoring van de behoefte aan zorg

- *Omvervulde behoefte 'nader onderzoek'*
indien probleem en interventie gewenst
- *Omvervulde behoefte aan zorg*
indien probleem en interventie gewenst
en geen andere interventie toegepast
- *Behoeft aan zorg is vervuld*
- *Aan zorgbehoefte is niet te voldoen*
indien probleem en interventie niet uitvoerbaar
- *Geen zorgbehoefte*
er is geen probleem

Conclusie

Aandacht voor het invaliditeitsmodel en de gehandicaptenrol bij schizofrenie, in tegenstelling tot het biomedische model met zijn nadruk op de ziekenrol, heeft de belangstelling geprikkeld voor de analyse van de kosten en baten van verschillende behandelprogramma's. De ontwikkeling daarvan vergt nadere en nauwkeurige taxatie van de behoefte aan een behandeling van groepen en van individuele patiënten. Een volgende en noodzakelijke stap in deze tijd van uitdijende kosten en bestedingen en daardoor relatief krimpende middelen, is de berekening vooraf van de directe en indirecte kosten van de vervulling van de methodisch omschreven behoeften.

Literatuur

- Andreasen, N.C. (1991), Assessment Issues and the Cost of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 17, 475-481.
- Andrews, G. (1991), The Cost of Schizophrenia revisited. *Schizophrenia Bulletin* 17, 389-394.

- Beecham, J., M. Knapp en A. Fenyo (1991), Costs, Needs and Outcomes. *Schizophrenia Bulletin* 17, 427-440.
- Brewin, C.R., J.K. Wing, S.P. Mangen, T.S. Brugha, en B. MacCarthy (1987), Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine* 17, 971-981.
- Franks, D.D. (1987), as cited by McGuire: *The High Cost of Caring: Economic Contribution of Families to the Care of the Mentally Ill*. Unpublished Ph.D. dissertation, Brandeis University.
- Goldberg, D. (1991), Cost-effectiveness Studies in the Treatment of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 17, 453-460.
- Kluiter, H., R. Giel, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en D. Wiersma (1992), Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient psychiatric treatment: results of a randomized trial. *American Journal of Psychiatry* 149, 1199-1205.
- Knapp, M. (1991), The direct costs of the community care of chronically mentally ill people. In: H. Freeman en J. Henderson (red.), *Evaluation of Comprehensive Care of the Mentally Ill*. Gaskell, Londen.
- McGuire, T.G. (1991), Measuring the Economic Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 17, 375-388.
- O'Donnell, O. (1991), Cost-effectiveness of community care for the chronic mentally ill. In: H. Freeman en J. Henderson (red.), *Evaluation of comprehensive care of the mentally ill*, 174-196. Gaskell-Royal College of Psychiatrists.
- Regier, D.A., J.H. Boyd, J.D. Burke, D.S. Rae, J.K. Myers, M. Kramer, L.N. Robins, L.K. George, M. Karno en B.Z. Locke (1988), One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment areas. *Archives of General Psychiatry* 45, 977-986.
- Sharfstein, S.S. (1991), Prospective Cost Allocation for the Chronic Schizophrenic Patient. *Schizophrenia Bulletin* 17, 395-400.
- Siegler, M., en H. Osmond (1974), *Models of Madness, Models of Medicine*. Collier MacMillan Publishers, Londen.
- Stevens, A., en J. Gabbay (1991), Needs assessment needs assessment. *Health Trends* 23, 20-23.
- Wiersma, D., H. Kluiter, F.J. Nienhuis, M. Rüphan en R. Giel (1991), Costs and Benefits of Day Treatment with Community Care for Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin* 17, 411-420.

Summary:

The issue of the analysis of the costs and benefits care in case of schizophrenia is discussed and illustrated from the literature. The importance of special consideration of deviations from the mean in terms of outcome is demonstrated with the help of the example of the Drenthe substitution project. Next the Needs for Care Assessment of the MRC Social Psychiatry Unit in Londen is presented.

De auteurs zijn respectievelijk als hoogleraar Sociale Psychiatrie en als socioloog, universitair hoofddocent verbonden aan de RU Groningen, Vakgroep Psychiatrie.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 29-4-1993.