

# De directe behandelkosten van de opnamevervangende dagbehandeling met bijpassende ambulante zorg

Berichten vanuit het substitutieproject Drenthe (VI)

*door D. Wiersma, R. Giel, H. Kluiters, F.J. Nienhuis en M. Rüphan*

## Samenvatting

De directe en extra kosten van de (experimentele) opnamevervangende dagbehandeling en de (controle) klinische behandeling worden met elkaar vergeleken. De extra kosten betreffen alleen in de experimentele conditie de vergoedingen voor reiskosten en de derving van inkomsten vanwege het niet-innen van de AWBZ eigen bijdrage. De behandelkosten hebben betrekking op de declaratie van kosten voor de (dag)klinische behandeling in het APZ en op die van de ambulante en extramurale zorg. Zowel tijdens het eerste als tijdens het tweede jaar van onderzoek is er wat betreft de totale kosten geen statistisch significant verschil tussen beide behandelcondities, maar wel wat betreft de kosten voor de ambulante zorg door de RIAGG: S-patiënten kregen ongeveer twee keer zoveel contacten als de gewone klinische patiënten. De S-behandeling valt in absolute zin duurder uit door het zorgpatroon van een groter aantal chronische patiënten in deze conditie. De 'geslaagde' dagbehandelingspatiënt is vergeleken met de K-patiënt ongeveer even duur. De conclusie wordt getrokken dat de S-behandeling beschouwd kan worden als een kosten-effectief alternatief, al moet een meer omvattende kosten-batenanalyse nog volgen.

## Inleiding

In dit bericht gaan we in op de directe behandelkosten van de opnamevervangende dagbehandeling in het APZ Licht en Kracht met de bijpassende ambulante en extramurale zorg vanuit de eigen polikliniek en vanuit de RIAGG Drenthe. In eerdere publikaties zijn de opzet en de eerste uitkomsten van het substitutieonderzoek beschreven (Kluiters e.a. 1990; Nienhuis e.a. 1991; Rüphan e.a. 1991; Van Veldhuizen e.a. 1988; Wiersma e.a. 1988 en 1991a). Het onderzoek betreft 160 patiënten voor wie opname vanwege ernstige psychiatrische problematiek geïndiceerd was. De problemen zijn van uiteenlopende aard (psychose, verslaving, persoonlijkheidsstoornis, doch exclusief dementie) zoals die op een doorsnee opnameafdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis kan worden aangetroffen.

We richten ons op de behandelkosten van de klinische opname en

de dagbehandeling en op de kosten van de extramurale contacten van behandelaars met en over de patiënten. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan de extra kosten die de S-behandeling heeft meegebracht wat betreft vergoedingen voor reiskosten en het niet-innen van de verplichte AWBZ eigen bijdrage. Het kostenoverzicht is hiermee niet compleet, omdat de overige (G)GZ-inspanning er niet in is verwerkt, evenmin als de door de patiënt zelfen/of familie gedragen (extra) kosten. Ook de maatschappelijke kosten in termen van maatschappelijk functioneren en afhankelijkheid van zorg komen in dit verslag niet aan de orde.

De nationale en internationale literatuur op het gebied van een economische evaluatie van (alternatieven van) geestelijke gezondheidszorg is nog betrekkelijk schaars. Vanuit het register Drenthe (Ten Horn en Giel 1984) en vanuit het onderzoek functionele psychosen (Wiersma e.a. 1988) zijn voor specifieke diagnostische groepen aanzetten daartoe gegeven: voor het eerste jaar van intra- en extramurale behandeling wegens een neurotische depressie, een persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie zijn de volgende bedragen (in prijzen van 1978/79) berekend: f 3390,-, f 5477,- respectievelijk f 20.138,-. Het aandeel van de extramurale zorg in de directe behandelkosten bedroeg voor de neurotische depressie 65%, voor de persoonlijkheidsstoornis 42% en voor de schizofrenie 5%.

Het gaat verder vaak niet alleen om de behandelkosten maar ook om andere en niet-monetaire uitkomstmaten (sociaal functioneren, kwaliteit van leven, last op de familie etc.) die in een kosten-batenanalyse worden afgewogen (zie ook Kortmann en Wiersma 1991). Voor een recent overzicht kan men te rade gaan bij Creed, Black en Anthony (1990), Goldberg (1990), O'Donnell (1991), en Schwefel, Zöllner en Pothoff (1988). Voorzover het dagbehandeling betreft noemen we de experimentele studies met een gerandomiseerde opzet van Creed e.a. (1990), Dick e.a. (1985), Endicott e.a. (1978) en Washburn e.a. (1976). Ze tonen aan dat de experimentele aanpak in het algemeen kosten-effectiever blijkt dan de traditionele (2 van de laatstgenoemde 3 studies scoren beter op allerlei outcome-maten en alle 3 vallen goedkoper uit). In één studie met een matched control-opzet (Fink e.a. 1978) blijken de behandelkosten inclusief de nazorg gedurende het eerste jaar voor de dagbehandeling aanmerkelijk lager uit te vallen. Overigens is er dikwijls geen sprake van een doorsnee opnamepopulatie. Verder melden ook Gudeman e.a. (1983) dat dagbehandeling met een hotelfaciliteit ('hospital-inn model') 13,5% voordeliger blijkt te zijn dan de voorheen gebruikelijke klinische behandeling. Wat betreft het alternatief van 'community care' en psychiatrische thuiszorg wijzen we op de experimentele studies van Houlst e.a. (1984), Fenton e.a. (1984), Muijen e.a. (1990) en Weisbrod e.a. (1980). Goldberg (1990) concludeerde op basis van de genoemde studies: 'care in the community is generally cheaper than care in hospital settings and it is also more cost-effective'. Een

belangrijke boodschap daarbij is wel dat de kosten-effectievere behandeling buiten het ziekenhuis niet naar de totale opnamepopulatie gegeneraliseerd kan worden. Door een reeks van selectiecriteria wordt vaak slechts een deel van de patiënten daadwerkelijk tot de alternatieve behandeling toegelaten. Dit geldt evenzeer voor de dagbehandelingsstudies. In ons land heeft Vlamincq (1989) een kostenvergelijking gemaakt tussen een experimenteel behandel aanbod voor chronisch schizofrene patiënten en de controlebehandeling (opname met afwachterende nazorg): de gemiddelde totale GGZ-kosten per jaar waren voor de experimentele behandeling 38% lager, ofschoon de extramurale zorg 60% duurder uitviel.

### Vraagstelling

De vraagstelling is gericht op een vergelijking tussen de experimentele (S) en controle (K) behandelconditie, en tussen de drie dagbehandelingsgroepen, zoals gevormd op basis van de (maximaal) eerste 15 weken van de indexopname (zie Kluitcr e.a. 1990). De eerste groep (S-I) betreft patiënten die vanaf het begin (vrijwel) direct in dagbehandeling konden worden geplaatst. De tweede en derde groep (S-II en S-III) waren in dit opzicht minder of helemaal niet succesvol: S-II-patiënten waren tijdens de indexopname gemiddeld 1 tot 3 nachten door de week thuis, terwijl S-III-patiënten gemiddeld minder dan 1 nacht buiten de kliniek verbleven. De vraagstelling is tweeledig en luidt als volgt:

1. Wat is het verschil in aard en omvang van de directe en extra behandelkosten tussen de experimentele (S) en de controle (K) conditie gedurende het eerste en het tweede jaar van onderzoek?
2. Wat is het verschil dienaangaande tussen de drie dagbehandelingsgroepen die zijn onderscheiden naar de mate van haalbaarheid van de opnamevervangende dagbehandeling?

### Methodologie

Van de volgende gegevens wordt gebruik gemaakt (zie voor uitvoerige verantwoording Wiersma e.a. 1991b):

(a) de opnameduur in kalenderdagen van klinische behandeling en/of opnamevervangende dagbehandeling in het APZ Licht en Kracht gedurende het eerste en tweede onderzoeksjaar, inclusief eventuele heropnemingen. Een heropneming voor een S-patiënt kan betekenen dat hij opnieuw of zelfs voor het eerst in dagbehandeling wordt geplaatst; het is ook mogelijk dat alleen maar klinische behandeling haalbaar is;

(b) de declaratie van de (dag)klinische opnamedagen, waarbij volgens afspraak tijdens de duur van het project een dagbehandelingsdag gelijk is aan een gewone opnamedag (dagprijs variërend van f 244,- tot f 302,-);

(c) vergoedingen voor taxikosten en overige reiskosten;

(d) de contacten van hulpverleners van RIAGG en polikliniek Licht en Kracht met de patiënt (face-to-face-contacten verkregen via het provinciale register geestelijke gezondheidszorg) en/of met professionele derden of familie (derden-contacten alleen bij RIAGG verkregen met behulp van een aparte registratie). Voor de berekening van de kosten van een poliklinisch of een ambulante contact is bij beide instellingen in gezamenlijk overleg dezelfde procedure voor de vaststelling van een gemiddelde prijs per contact (polikliniek f 92,- en RIAGG f 132,-) gevolgd.

In de analyse wordt onderscheid tussen het eerste en het tweede jaar van de follow-up gemaakt. Per jaar worden eerst de totale aantallen (dag)klinische opnamedagen met de bijbehorende ambulante en poliklinische contacten gepresenteerd, op basis waarvan naderhand de kosten worden berekend. De verschillen tussen de condities en de drie dagbehandelingsgroepen worden getoetst op 5% niveau (t-test). Alvorens de directe behandelkosten te presenteren gaan we eerst in op het patroon van intra- en extramurale zorg dat de basis vormt van de kostenberekening.

### **De GGZ gedurende het eerste en het tweede jaar van onderzoek**

In beide behandelcondities werden in het eerste jaar na datum van de indexopname relatief evenveel patiënten heropgenomen: 31% in de K en 32% in de S, ofschoon meer S-patiënten verschillende keren werden heropgenomen: 5% van de K-patiënten tegen 13% van de S-patiënten werd meer dan 2 keer in dat jaar opnieuw opgenomen. Tussen de 3 dagbehandelingsgroepen (in het vervolg aangeduid met S-I, S-II en S-III) is er verder geen verschil wat het percentage patiënten met een heropname betreft (alle rond de 30%), maar de herhaalde heropneming (2 keer of meer) vond vaker bij de minder succesvolle dagbehandelingspatiënten plaats: respectievelijk 6%, 24% en 16% in de groepen S-I, S-II en S-III. In de S-conditie waren verhoudingsgewijs meer patiënten nog opgenomen op het tijdstip van de follow-up (1 jaar na dato): 20% tegen 14% in de K-conditie; dit was vooral toe te schrijven aan de S-groep III van wie maar liefst 28% toen nog of opnieuw opgenomen was. Dit is in feite een klinische patiëntengroep bij wie de dagbehandeling aanvankelijk niet is gelukt. Het blijkt voor het merendeel om zeer chronische patiënten (naast enkelen die een langdurig psychotherapeutisch programma volgden) te gaan die de globale uitkomsten van de S-conditie sterk beïnvloeden. In de bovenste helft van tabel 1 zijn de gemiddelde aantallen opnamedagen en contacten van het eerste jaar vermeld.

De gemiddelde behandelduur in de S-conditie blijkt gedurende het eerste jaar ongeveer 1 maand langer uit te vallen dan in de controlecon-

ditie: ruim 4,5 maand voor de S-patiënt tegen 3,5 maand voor de K-patiënt. Het verschil is *niet* op het 5% niveau statistisch significant. Het blijken vooral de patiënten in groep S-III te zijn die hieraan een bijdrage leveren. De patiënten in dagbehandeling (S-I) hadden een 'doorsnee' opnameduur van de klinische patiënt.

De S-patiënten ontvingen significant méér ambulante contacten (66% méér) dan de K-patiënten. Dit verschil geldt voor alle drie subgroepen. Opmerkelijk is de relatief hoge frequentie van contacten in subgroep II. Dit duidt er op dat ondanks het gebrekkige op gang komen van de dagbehandeling toch veel van ambulante zijde in de patiënt werd geïnvesteerd. Zelfs onder de S-patiënten zonder enige vorm van dagbehandeling was er sprake van een verhoogde inzet van met name de RIAGG. Het significante verschil tussen S en K wat betreft de ambulante zorg wordt vooral veroorzaakt door de RIAGG; dit betreft zowel de face-to-face als de contacten met derden in elk van de subgroepen. Veel contacten vonden plaats tijdens de (dag)klinische fase van de indexopname en namen af na ontslag.

De polikliniek heeft duidelijk een kleiner aandeel in de extramurale

Tabel 1: Gemiddelde aantallen (dag)klinische opnamedagen en contacten met polikliniek en RIAGG gedurende het eerste en het tweede jaar van onderzoek

	Behandelconditie		Dagbehandelingsgroepen		
	K (57)	S (103)	S-I (37)	S-II (21)	S-III (39)
1e jaar van de follow-up:					
Intramuraal <sup>1</sup>	110	143	111	143	164
Extramuraal <sup>2</sup>	7.9	13.1	14.5	17.7	10.6
waarvan:					
* RIAGG-contacten (alle) <sup>3</sup>	6.0	10.6	10.6	14.5	9.5
alleen face-to-face	2.1	4.2	4.3	5.2	3.8
alleen derden	3.9	6.4	6.3	9.3	5.6
* Poli-contacten <sup>4</sup>	1.9	2.5	3.9	3.1	1.8
2e jaar van de follow-up:					
Intramuraal <sup>5</sup>	56	69	32	66	91
Extramuraal <sup>6</sup>	10.5	19.9	20.3	28.3	15.7
waarvan:					
* RIAGG-contacten (alle)	7.7	16.4	15.3	24.6	13.3
alleen face-to-face	3.2	7.6	7.0	10.6	6.2
alleen derden	4.5	8.8	8.3	14.0	7.1
* Poli-contacten	2.8	3.5	5.0	3.7	2.4

noot 1: verschil S-K:  $p = .09$ ; verschil S-groepen:  $p = .12$ ; noot 2: verschil S-K:  $p = .03$ ; verschil S-groepen:  $p = .28$ ; noot 3: verschil S-K:  $p = .04$ ; verder verschil N.S.; noot 4: verschil N.S.; noot 5: verschil S-K:  $p = .53$ ; verschil S-groepen:  $p = .08$ ; noot 6: verschil S-K:  $p = .01$  (alleen door RIAGG; poli N.S.); verschil S-groepen:  $p = .16$ .

zorg van patiënten dan de RIAGG. Ofschoon het verschil in inzet tussen S- en K-patiënten niet significant is, was zij toch actief vooral onder de 'succesvolle' dagbehandelingspatiënten (groep S-I).

In het tweede jaar van de follow-up werden nog eens 10% van de S-groep en 7% van de K-groep één of meermalen opgenomen, zodat ten slotte over beide jaren ongeveer 40% heropgenomen is geweest. Tussen beide condities is er wat dit betreft geen verschil. Was er in het eerste jaar wel een verschil betreffende het percentage herhaalde opnemingen (S: 13% vs. K: 5%), over het tweede jaar is de uitkomst praktisch gelijk: in de S 9% en in de K 8% patiënten met twee of meer opnemingen. Heropnemingen vonden vooral onder de patiënten uit de S-III-groep plaats. Ten tijde van de tweede follow-up waren 16% en 13% van de patiënten van de S- respectievelijk de K-groep nog opgenomen. Voor de 3 S-groepen lagen deze percentages als volgt: 5%, 19% en 23%. Vooral in groep S-III is het aantal opgenomen patiënten relatief groot. In de onderste helft van tabel 1 zijn de bevindingen betreffende de klinische en dagbehandelingsdagen met de ambulante contacten vermeld. De S-patiënten waren ook in het tweede jaar langer dan de K-patiënten in handen van het APZ, hoewel het verschil niet statistisch significant is ( $p = .58$ ). Opnieuw blijkt de groepsindeling op basis van de eerste 15 weken van de indexopname zeer voorspellend ten aanzien van het 'bedgebruik': S-III had 3 keer zoveel opnamedagen nodig als groep S-I (onderling verschil  $p = .08$ ). De 'succesvolle' dagbehandelingsgroep bleek verder ongeveer de helft van de opnamedagen van de gemiddelde K-patiënt (32 vs. 56 dagen) nodig te hebben. Opmerkelijk is dat de ambulante zorg ook in het tweede jaar intensief blijft. S-patiënten ontvingen twee keer zoveel ambulante contacten; opnieuw differentieerde de groepsindeling: S-III anderhalf keer zoveel, S-I twee keer zoveel en S-II bijna drie keer zoveel ambulante zorg vergeleken met de K-patiënt. RIAGG en polikliniek besteedden beide méér aandacht aan de S-patiënt. De RIAGG bleek haar aandacht vooral gericht te hebben op de S-II-groep, terwijl de polikliniek zich extra heeft ingespannen voor de S-I-groep. De patiënten uit de S-II-groep waren vooral oudere patiënten bij wie de dagbehandeling later op gang kwam. De intensievere RIAGG bemoeienis typeert mogelijk de voorzichtigheid waarmee de ouderen werden benaderd.

### **De extra kosten inzake het vervoer en de AWBZ eigen bijdrage**

In het S-project is een specifieke regeling getroffen voor noodzakelijke vervoerskosten, bestaande uit een vergoeding voor het openbaar vervoer (eventueel een bescheiden kilometervergoeding van 15 ct.) danwel de taxikosten, indien nodig. Deze regeling is uitsluitend voor S-patiënten gedurende de projectperiode van kracht. In totaal hebben 32

patiënten (31%) in het eerste jaar en 7 patiënten (7%) in het tweede jaar een beroep op deze regeling gedaan. In het algemeen ontving men ofwel voor taxikosten ofwel voor overige reiskosten een vergoeding. De 'succesvolle' dagbehandelingspatiënten kregen vooral een vergoeding voor openbaar vervoer of gereden kilometers, terwijl de veelal oudere patiënten uit groep S-II gebruik maakten van een taxi. In het tweede jaar van onderzoek was het gebruik van deze regeling beperkt. De gemiddelde kosten die met de uitvoering van deze regeling gemoeid waren bedroegen in het eerste jaar *f* 86,- en in het tweede jaar *f* 23,-. De omvang van de bedragen is bescheiden.

Voor S-patiënten die op grond van hun vroegere intramurale carrière tijdens de dagbehandeling geconfronteerd werden met de verplichting tot betaling van de eigen bijdrage in het kader van de AWBZ werd een uitzondering gemaakt. Indien de S-patiënt daadwerkelijk in dagbehandeling was, werd de eigen bijdrage wel berekend maar werd niet tot inning overgegaan. De AWBZ (en dus de sociale ziektekostenverzekeraars) derfde op deze wijze dus geld wat beschouwd kan worden als extra kosten voor de S-behandeling. Wat betreft de toepasselijkheid van de eigen-bijdrage-regeling valt op dat er een groot verschil is tussen de beide condities wat betreft het percentage patiënten dat eigen-bijdrageplichtig was, zowel in het eerste jaar (K 5% en S 12%) als in het tweede jaar van onderzoek (K 13% en S 19%). Aangezien de eigen-bijdrageplicht opgevat kan worden als een teken van chroniciteit, blijkt de S-conditie méér dan 2 keer zoveel chronische patiënten te tellen, die gemiddeld ongeveer 50% méér moesten betalen (dus ook langer werden opgenomen respectievelijk waren geweest). In het tweede jaar komt ook de chroniciteit van het K-cohort naar voren: 13% tegen 19% in de S-conditie. Het percentage patiënten met een eigen-bijdrageplicht verschilde nogal tussen de drie dagbehandelingsgroepen: S-I 3%, S-II 10% en S-III 20% in het eerste jaar; en S-I 6%, S-II 19% en S-III 27% in het tweede jaar.

De gederfde inkomsten per S-patiënt bedroegen in het eerste jaar bemiddeld *f* 11,- d.i. 4,5% van het totale gemiddelde bedrag, en in het tweede jaar *f* 217,- d.i. 26,5%. De stijging van dit percentage duidt er op dat opnamevervangende dagbehandeling ook bij deze chronische patiënten (deels S-II- en deels S-III-patiënten) realiseerbaar blijkt.

### De directe en extra kosten van de S-behandeling

In tabel 2 worden de kosten van opname, opnamevervangende dagbehandeling, ambulante zorg en die voor de uitvoering van regeling inzake reisvergoeding en de AWBZ eigen bijdrage samengebracht. De verschillen in kosten tussen de beide condities zijn *niet* statistisch significant; dat geldt voor het eerste jaar ( $p = .13$ ) en voor het tweede jaar ( $p = .37$ ). Wanneer we alléén de kosten voor de ambulante GGZ in beschouwing nemen is er in het eerste ( $p = .03$ ) en in het tweede ( $p =$

Tabel 2: De directe en extra kosten van de behandeling gedurende het eerste en het tweede jaar van de follow-up, gemiddelde bedragen (in guldens) per patiënt

		Behandelconditie		Dagbehandelingsgroepen		
		K	S	S-I	S-II	S-III
		(N=57)	(N=103)	(N=37)	(N=21)	(N=39)
Opname	Jaar 1	24.881	31.882	22.614	30.130	39.973
Opname	Jaar 2	11.718	16.090	7.266	17.397	19.878
AGGZ	Jaar 1	961	1.633	1.764	2.206	1.357
AGGZ	Jaar 2	1.277	2.492	2.478	3.585	1.976
Reizen	Jaar 1	0	86	129	125	29
Reizen	Jaar 2	0	23	25	30	20
AWBZ	Jaar 1	0	11	15	15	1
AWBZ	Jaar 2	0	216	41	220	177
Totaal	Jaar 1	25.842	33.612	24.522	32.476	41.360
Totaal	Jaar 2	12.995	18.821	9.810	21.232	22.051

.01) jaar wel een statistisch significant verschil. De omvang van de intramurale kosten overschaduwden evenwel alle andere soorten kosten. Het aandeel van de kosten in verband met reizen en de AWBZ eigen bijdrage is in het totaal praktisch te verwaarlozen: 0,3% en 1,3% in respectievelijk het eerste en het tweede jaar van onderzoek. Dit laat uiteraard onverlet het grote belang van deze regelingen in het individuele geval.

Uit de tabel spreekt de relatief scheve verhouding van kosten tussen intramuraal en extramuraal: in de K-conditie 96,3% tegen 3,7%; en in de S-conditie 95,1% tegen 4,9% gedurende het eerste jaar: in het tweede jaar is het aandeel van extramuraal iets groter, 9,8% in de K en 13,2% in de S. In alle gevallen heeft extramuraal iets gewonnen.

### Conclusie en beschouwing

We kunnen concluderen dat er géén statistisch significante verschillen tussen de experimentele en de controle-conditie zijn wat betreft het totaal van de directe en extra behandelkosten, in het eerste noch in het tweede jaar van onderzoek. Alleen ten aanzien van de kosten van de ambulante zorg is sprake van een significant verschil dat op grond van een verhoogde inspanning van met name de RIAGG wel was verwacht. Het opmerkelijke daarbij is dat die extra inspanningen in de (dag)klinische zowel als in de nazorgfase doorgaan en niet na verloop van tijd weer wegvallen, zoals uit buitenlandse studies dikwijls blijkt (cf. Stein & Test 1980). De reiskosten en de kosten in verband met de derving van AWBZ-inkomsten zijn absoluut en procentueel te ver-



waarlozen. De S-patiënten die daadwerkelijk in dagbehandeling konden worden geplaatst kostten minder dan de doorsnee-klinische patiënt (-5% in het eerste jaar en -2,5% in het tweede jaar). Deze vergelijking gaat enigszins mank omdat slechts een 'select' deel van de S-patiënten tegenover de gehele K-groep wordt geplaatst. Toch is de vergelijking niet geheel ten onrechte omdat op allerlei punten beide soorten patiënten erg op elkaar gelijk zijn. Niet alleen wat betreft diagnostiek, psychopathologie, sociaal functioneren bij opname, maar ook wat betreft het aantal opnamedagen, het percentage heropnemingen, het percentage met een AWBZ eigen-bijdrageplicht en het al of niet opgenomen zijn ten tijde van de follow-up. Nu blijken de patiënten uit die groepen S-II en S-III veel chronischer te zijn dan de gemiddelde K-patiënt. Ofschoon de randomisatieprocedure er borg voor stond dat er geen belangrijke verschillen tussen beide condities zouden optreden (wat in statistische zin ook is gebeurd) is de omvang van de chronisch psychiatrische problematiek in de S-conditie groter: dit blijkt uit het percentage patiënten dat AWBZ eigen-bijdrageplichtig is geworden, uit de hoeveelheid te betalen bijdrage en uit het aantal klinische opnamedagen. Het lijkt er dan ook op dat de langere opnameduur een functie is van de ernst van de pathologie en van de aard van het therapeutische programma (b.v. psychotherapie gericht op persoonlijkheidsverandering; behandeling van Korsakov-syndromen). Toch moeten we de vraag onder ogen zien of de nieuwe aanpak inderdaad zou kunnen hebben geleid tot een langere opname- en behandelduur. Het is aannemelijk dat dit deels te maken heeft met de aard van de experimentele behandeling. Hierbij moet worden overwogen dat de S-behandeling vanuit haar principes van zorg op maat en continuïteit van zorg bij met name de chronische patiënten een grotere behandelcompliantie heeft bewerkstelligd en tot een grotere toegankelijkheid van (dag)klinische zorg heeft geleid. Een aanwijzing voor de compliantie is het veel lagere percentage ontslag 'tegen advies' uit de indexopname in de S-conditie. Buitenlandse studies tonen aan dat dagbehandeling langer duurt (Wilders e.a. 1966; Fink e.a. 1978; Dick e.a. 1985). Een verklaring hiervoor wordt gezocht in het feit dat dagbehandeling gericht op bevredigend sociaal functioneren nu eenmaal wat meer tijd in beslag neemt dan een klinische behandeling hoofdzakelijk gericht op symptoomreductie. Een ander punt van overweging met betrekking tot de lagere opnameduur betreft de noodzakelijke bezettingsgraad en de doorplaatsingsmogelijkheid van het dagcentrum de Es. In sommige gevallen lijkt een aantal patiënten om dergelijke 'beheersmatige' redenen wat langer in behandeling te zijn gehouden dan misschien strikt nodig was. Toch heeft de S-behandeling al met al niet geleid tot méér bedden of tot hogere GGZ-uitgaven in de regio. Er is geen extra vraag uitgelokt; integendeel, het aantal opnemingen in de S-regio is constant gebleven terwijl het elders in Drenthe steeg (Wiersma e.a. 1991a). Met hetzelfde budget is zowel het één als

het andere gedaan, hetgeen kan betekenen een vergroting van de arbeidsproductiviteit van de behandeldisciplines. De experimentele conditie valt in absolute zin 'duurder' uit hetgeen deels een artificiële uitkomst is vanwege de gelijkstelling van een dagbehandelingsdag en een klinische dag. Deze gelijkstelling weerspiegelt in feite niet de werkelijke kosten, bij voorbeeld op basis van de daadwerkelijke inzet van de behandelaren.

Wat betreft de ambulante kosten kan men zich nog afvragen in hoeverre de inzet van de RIAGG met name de S-III-groep efficiënt is geweest. De toegenomen bemoeienis van de sociale psychiatrie voor volwassenen en oudere patiënten met chronische problematiek is daadwerkelijk beleidsmatig ondersteund met extra inzet (0,8 fte) van een sociaal-psychiatisch verpleegkundige. Ofschoon de effectiviteit ervan in termen van voorkoming van heropname niet is aangetoond, is er wel sprake van een (deels significante) verbetering van sociaal functioneren van S-patiënten over een periode van 2 jaar waaraan vooral de sociaal-psychiatische bemoeienis een bijdrage heeft geleverd. Toch behoort de ambulante inzet voor bepaalde S-patiënten bij wie de dagbehandeling niet of nauwelijks lijkt te lukken, aan een nadere beschouwing te worden onderworpen.

Vooralsnog kan op grond van het bovenstaande de conclusie verdedigd worden dat de opnamevervangende dagbehandeling met bijpassende ambulante en extramurale zorg een kosten-effectief alternatief is voor standaard hospitalisatie met de gebruikelijke nazorg.

## Referenties

- Creed, F., D. Black en P. Anthony (1989), Day-Hospital and Community Treatment for Acute Psychiatric Illness. A critical Appraisal. *British Journal of Psychiatry*, 154, 300-310.
- Creed, F., D. Black, P. Anthony, M. Osborn, P. Thomas en B. Tomenson (1990), Randomised controlled trial of day patients versus inpatient psychiatric treatment. *British Medical Journal*, 300, 1033-1037.
- Dick, D., L. Cameron, D. Cohen, M. Barlow en A. Ince (1985), Day and full-time psychiatric treatment: a controlled comparison. *British Journal of Psychiatry*, 147, 246-250.
- Endicott, J., M. Herz en M. Gibbon (1978), Brief versus standard hospitalisation: the differential costs. *American Journal of Psychiatry*, 135, 6, 707-712.
- Fenton, R.F., L. Tessier, E.L. Struening, F.A. Smith, C. Benoit, A.P. Contandriopolis en H. Nguyen (1984), A two year follow-up of a comparative trial of the cost-effectiveness of home and hospital psychiatric treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 205-210.
- Fink, E.B., R. Longabaugh en R. Stout (1978), The paradoxical underutilization of partial hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 135, 6, 713-716.
- Goldberg, D. (1990), Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia: a brief review. Paper presented at the first workshop on the assessment of cost of schizophrenia, Venice.

- Gudeman, J.E., M.F.S. Shore en B. Dicky (1983), Day hospitalization and an inn, in stead of inpatient care for psychiatric patients. *New England Journal of Medicine*, 308, 749-753.
- Horn, G.H.M.M. ten, en R. Giel (1984), The feasibility of cost-benefit studies of mental health care. An attempt with a Dutch Case Register. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 69, 80-87.
- Hoult, J., I. Reynolds, M. Charbonneau-Powis, P. Weekes en J. Briggs (1983), Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 17, 160-167.
- Hoult, J., A. Rosen, I. Reynolds (1984), Community oriented treatment compared to psychiatric hospital oriented treatment. *Social Science and Medicine*, 18, 1005-1010.
- Jones, R., D. Goldberg en B. Hughes (1980), A comparison of two different services treating schizophrenia: a cost-benefit approach. *Psychological Medicine*, 10, 493-505.
- Kluiser, H., R. Giel, F. Nienhuis, M. Rüphan en D. Wiersma (1990), De haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (II). *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, 625-639.
- Kortmann, F., en D. Wiersma (1991), Verslag van de 'First Workshop on Cost and Assessment in Psychiatry: the cost of schizophrenia' van 29 t/m 31 oktober 1990 in Venetië. Geaccepteerd voor publikatie: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*.
- Muijen, M., I.M. Marks, J. Connolly, B. Audini, G. McNamee (1990), The Daily Living Program: preliminary comparison of community versus hospital based treatment for the seriously ill facing emergency admission. Paper presented at the fifth annual TAPS-conference, Londen.
- Nienhuis, F.J., R. Giel, H. Kluiser, M. Rüphan en D. Wiersma (1991), Haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling in relatie tot de psychopathologie bij opname. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (IV). *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 7, 463-476.
- O'Donnell, O. (1991), Cost effectiveness of community care for the chronic mentally ill. In: J. Henderson (red.), *Mental Health evaluation in the community*. Springer Verlag, Londen.
- Rosie, J.S. (1987), Partial hospitalization. A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1291-1299.
- Rüphan, M., R. Giel, H. Kluiser, F.J. Nienhuis en D. Wiersma (1991), Haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling in relatie tot sociale beperkingen bij opname. Berichten uit het Substitutieproject Drenthe (V). *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 7, 477-489.
- Schwefel, D., H. Zöllner en P. Pothoff (red.) (1988), *Costs and effects of managing chronic psychotic patients*. Springer Verlag, Berlin.
- Stein, L.I., en M.A. Test (1980), Alternative to mental hospital treatment. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Veldhuizen, J.R. van, D. Wiersma en L.M. Ram (1988), Opnamevervangende dagbehandeling in ontwikkeling. Een bericht uit het Substitutieproject Drenthe. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1, 3-18.
- Vlaminck, P. (1989), Zorg voor schizofrene patiënten. Proefschrift, RU Utrecht, Eburon, Delft.

- Washburn, S., M. Vannicelli, R. Longabaugh en B.-J. Scheff (1976), A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalisation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 665-675.
- Weisbrod, B.A., M.A. Test en L.I. Stein (1980), Alternative to mental hospital treatment. II Economic Benefit-Cost Analysis. *Archives of General Psychiatry*, 37, 400-404.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1988), Schizophrenia: results of a cohort study with respect to cost-accounting problems of patterns of mental health care in relation to course of illness. In: D. Schwefel, H. Zöllner en P. Potthoff (red.), *Costs and Effects of Managing Chronic Psychotic Patients*. Springer Verlag, Berlin, 115-125.
- Wiersma, D., H. Kluiters, F.J. Nienhuis, M. Rùphan en R. Giel (1989), Evaluatieonderzoek naar Substitutie in de GGZ. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (I). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 9, 599-617.
- Wiersma, D., F.G. Brook, R. Giel, H. Kluiters, F.J. Nienhuis, M. Rùphan en S. Sytema (1991a), Effecten van substitutie op het regionale opname- en verwijspatroon in de geestelijke gezondheidszorg. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (III). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2, 100-109.
- Wiersma, D., R. Giel, H. Kluiters, F.J. Nienhuis en M. Rùphan (1991b), De directe behandelkosten van de opnamevervangende dagbehandeling met bijpassende ambulante zorg. Interne notitie afdeling Sociale Psychiatrie RUG, februari 1991.

### **Summary: The costs of day-treatment with additional case management, as a substitution for hospitalization**

Costs of the admission replacing day-treatment (experimental condition) during first and second year of the follow-up are compared to those of standard hospitalization, including ambulatory and extramural care. Day treatment appeared to be feasible in a satisfactory degree for 38% of the admission population. Only direct treatment costs are considered here. Controls and experimentals did not differ statistically significant with respect to total treatment costs in either year. But there was a significant difference concerning cost of ambulatory care only: experimentals had about twice as many contacts as ordinary clinical patients. This effect still continued during the second year of the follow-up. It was concluded that particularly for patients who could be treated in a day hospital setting, the alternative to ordinary clinical care was cost-effective. This result corresponds with recent studies on community care in Londen (Muijen et al. 1990) and on day care in Manchester (Creed et al. 1990).

---

D. Wiersma is als socioloog, R. Giel is als psychiater en H. Kluiters, F.J. Nienhuis en M. Rùphan zijn als psycholoog verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 25-7-1991.