

OVER KOSTEN EN EFFECTEN IN DE PSYCHIATRISCHE GEZONDHEIDSZORG

door Dr. W. J. de Gooijer

Inleiding

De laatste maanden wordt het nederlandse volk via pers en televisie in een snel tempo vertrouwd gemaakt met de noodzakelijkheid van bezuiniging in de gezondheidszorg. De Staatssecretaris voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de Minister-President spreken herhaaldelijk hun bezorgdheid uit over de sterke kostenstijging in de gezondheidszorg, daarbij wijzend op het feit dat van 1963 tot 1975 de kosten ter zake, uitgedrukt in procenten van het bruto nationaal inkomen tegen marktprijzen, zijn gestegen van 4.5 naar 8.6.¹⁾ Tegelijkertijd wordt daarbij verklaard, dat men nog niet precies weet hoe die bezuiniging kan worden gerealiseerd. Daardoor wordt de indruk gewekt dat een en ander koste wat het kost moet plaatsvinden en dat lijkt ons voor de gezondheid van de burgers nogal verwerpelijk. Beter is het allereerst te vragen naar een aantal oorzaken van die kostenstijging teneinde vervolgens na te gaan welke bezuinigingen mogelijk zijn.

Ook aan de psychiatrische gezondheidszorg is het fenomeen van de kostenstijgingen niet voorbij gegaan. In het onderstaande zullen wij enkele aspecten daarvan bespreken.

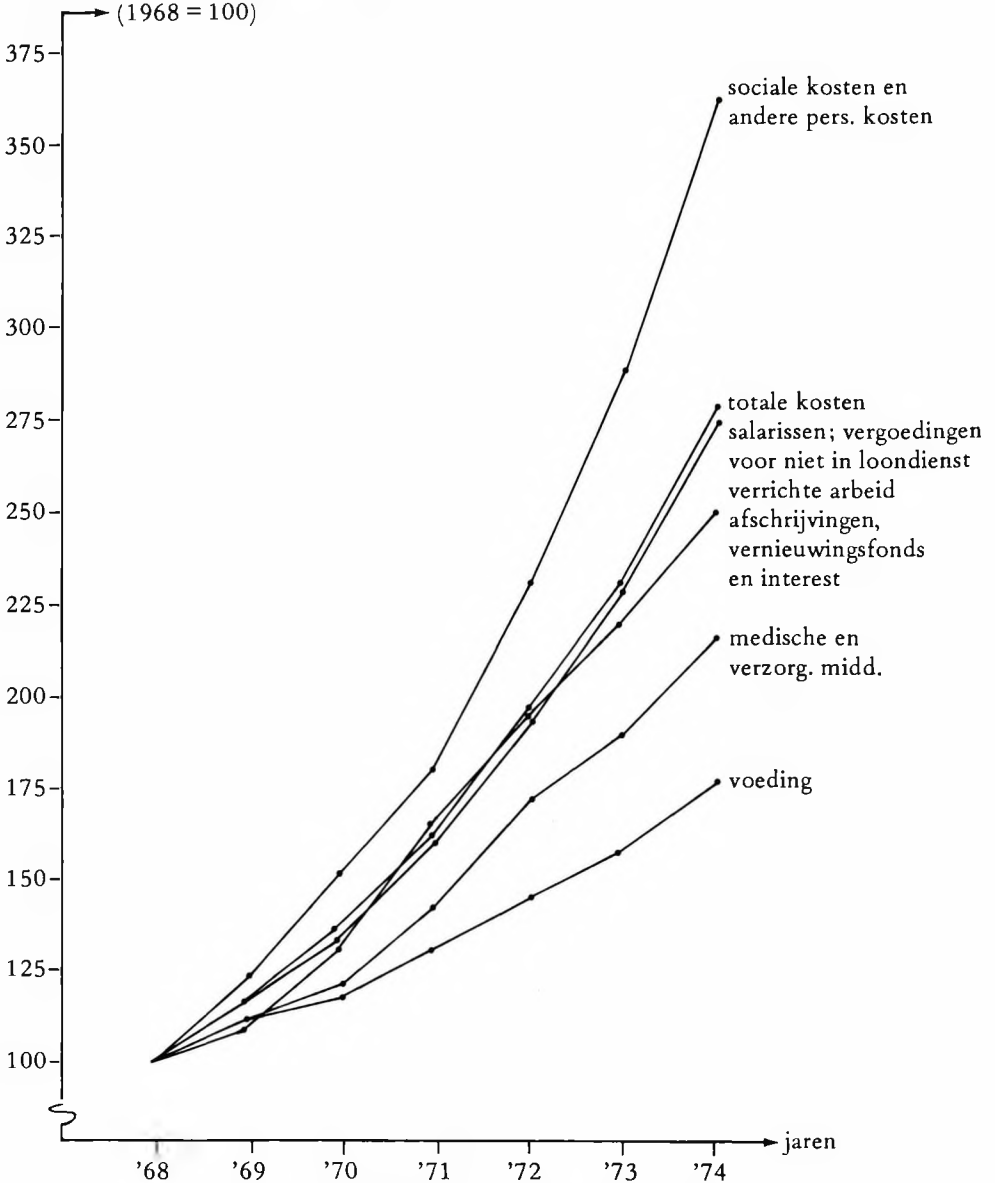
Oorzaken van de kostenstijging

Onderstaande grafiek illustreert de ontwikkeling van de voornaamste kostengroepen van een aantal psychiatrische instituten (circa 72% van het aantal erkende psychiatrische instellingen).²⁾

¹⁾ Het jaar 1975 in cijfers, statistisch bulletin, speciaal nummer, C.B.S. 1976.

²⁾ Financiële statistiek 1974, psychiatrische instituten 75/74. N.Z.I.-publicatie.

Afbeelding 1: De ontwikkeling van enkele kostensoorten per verpleegdag voor de homogene groep van psychiatrische ziekenhuizen over de jaren 1968 tot en met 1974 (1968 = 100).



Uit deze grafiek valt af te leiden dat de kosten per verpleegdag over de jaren 1968 tot en met 1974 in totaal met 177% zijn toegenomen.

De ontwikkeling van de relatieve betekenis van de kostengroepen in het totaal van de kosten per verpleegdag is weergegeven in de onderstaande tabel.³⁾

³⁾ Cijfers ontleend aan de Financiële statistieken, psychiatrische instituten, 1968-1974, N.Z.I.-publicatie.

Tabel 1: Procentuele aandeel der verschillende kostengroepen in de verpleegkosten per dag: 1969-1974.

Kostengroep	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974
Salarissen	46.5	46.8	46.6	45.8	46.6	46.9	47.1
Sociale lasten	17.9	19.0	20.0	20.0	21.3	23.0	24.2
Overige personeelskosten	4.2	3.9	3.9	3.8	3.4	3.3	3.1
Totaal arbeidskosten	68.6	69.7	70.5	69.6	71.3	73.2	74.4
Afschrijvingen, vernieuwingsfonds en interest	12.1	11.2	11.4	12.4	12.0	11.4	10.6
Medische en verzorgingsmiddelen	3.7	3.7	3.4	3.2	2.9	2.7	2.6
Voeding	6.9	6.6	5.9	5.5	5.0	4.7	4.3
Overige kosten	8.7	8.8	8.8	9.3	8.8	8.0	8.1
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

De tabel geeft aan, dat

- de verpleegprijs per dag in 1974 voor circa 75% werd bepaald door arbeidskosten,
- binnen de arbeidskosten de sociale lasten een aanzienlijke stijging vertonen,
- de betekenis van kosten als afschrijvingen, rente, voeding en medische en verzorgingsmiddelen als aandeel in de verpleegkosten per dag procentueel afneemt.

Gezien deze ontwikkeling ligt het voor de hand, dat bij het zoeken naar bezuinigingsmogelijkheden aan de arbeidskosten aandacht wordt besteed. Een meer gedetailleerd inzicht op dit punt is dan ook gewenst. Daartoe is de ontwikkeling van de arbeidskosten in de onderstaande tabel gesplitst naar vier personeelscategorieën, waarbij tevens het procentuele aandeel per personeelscategorie in de verpleegkosten per dag is weergegeven.⁴⁾

Tabel 2: Arbeidskosten, salarissen en sociale lasten (absoluut in guldens en procentueel), per verpleegdag gesplitst naar personeelscategorieën: 1969-1974.

Personeelscategorie	1969		1970		1971		1972		1973		1974	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Algemeen personeel	9.33	23.6	11.15	23.9	13.34	23.6	15.63	22.9	18.70	23.7	22.92	23.6
Leegkundig personeel	11.29	28.5	13.34	28.6	16.26	28.8	19.44	28.5	23.59	29.8	29.43	31.0
Medisch en verpleegkundig personeel	2.45	6.2	3.20	6.9	3.89	6.9	5.64	8.3	6.91	8.7	8.49	9.0
Administratief en sociaal-werkzaam personeel	2.62	6.6	3.10	6.7	3.70	6.6	4.84	7.1	5.68	7.2	6.97	7.2
Totaal	25.69	64.9	30.79	66.1	37.19	65.9	45.55	66.8	54.88	69.4	67.81	71.1

⁴⁾ Als ³⁾.

Het blijkt, dat het procentuele aandeel in de verpleegkosten per dag

- ten aanzien van het algemeen personeel (directie, administratie, technische dienst, civiele dienst, agrarische dienst, secretariaat, etcetera) onveranderd is gebleven,
- voor wat betreft het verpleegkundig personeel (gediplomeerden, leerlingen, ziekenverzorgenden, etcetera) met ongeveer 10% is gestegen,
- voor wat betreft het paramedisch en medisch hulppersoneel (fysiotherapie, arbeids- en bezigheidstherapie, creatieve therapie, psychotherapie, sociotherapie, muziektherapie, etcetera) een stijging van circa 45% geconstateerd kan worden en dat
- het procentuele aandeel van de arbeidskosten per verpleegdag voor wat de medici en de sociaal-wetenschappelijke staf (specialisten, artsen, psychotherapeuten etcetera) aangaat met ongeveer 12% is toegenomen.

Voor een verklaring van deze feitelijke ontwikkeling van de arbeidskosten is het dienstig een splitsing aan te brengen in

- het gedeelte van de arbeidskostenontwikkeling dat moet worden toegeschreven aan mutaties in het aantal personeelsleden (volumecomponent) en
- het gedeelte van de arbeidskostenontwikkeling dat wordt veroorzaakt door loonmaatregelen (prijscomponent).

Beide te relateren aan een opbrengsteenheid (de verpleegdag).

Met het oog op deze splitsing is in onderstaande tabel de ontwikkeling van het aantal personeelsleden in de vier onderscheiden personeelscategorieën opgenomen.⁵⁾ Tevens zijn de verpleegkosten per dag en het aantal verpleegdagen in een afzonderlijke tabel genoteerd.

Tabel 3: Aantal personeelsleden voor de vier belangrijkste personeelscategorieën (absoluut en procentueel): 1969-1974.

Personeelscategorie	1969		1970		1971		1972		1973		1974
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.
Algemeen personeel	7.023	38.1	7.492	36.4	8.050	36.6	7.770	33.8	7.170	33.6	7.380
Verpleegkundig personeel	8.758	47.5	9.844	47.8	10.520	47.8	11.040	48.0	10.090	47.3	10.670
Paramedisch en medisch hulppersoneel	1.966	10.7	2.148	10.4	2.370	10.8	2.740	11.9	2.690	12.6	2.870
Sociaal-wetenschappelijke staf	680	3.7	701	3.4	750	3.4	660	2.9	620	2.9	720
Totaal	18.427		20.585		22.000		22.990		21.310		22.4

⁵⁾ Cijfers ontleend aan de Statistieken Personeelssterkte, psychiatrische instituten, 1968-1974, N.Z.I.-publicaties. De verpleegdagen zijn ontleend aan de Financiële statistieken (zie noot 3).

Tabel 4: Kosten per verpleegdag in guldens en aantal verpleegdagen: 1969-1974.

omschrijving	1969	1970	1971	1972	1973	1974
kosten/verpleegdag	39.61	46.60	56.46	68.14	79.03	94.79
aantal verpleegdagen	9.585.463	9.665.524	10.334.365	9.320.759	9.302.170	9.116.16

Met behulp van de cijfers uit de voorgaande tabellen kan nu de arbeidskostenstijging van jaar tot jaar per personeelscategorie worden gesplitst in een volumecomponent en een prijscomponent. Daartoe maken wij gebruik van de door het N.Z.I. gehanteerde berekeningswijze.⁶⁾ Volgens deze methode wordt de volumecomponent berekend door in eerste instantie de procentuele stijging casu quo daling van het aantal personeelsleden per verpleegdag in de huidige periode ten opzichte van de voorgaande periode vast te stellen. Dit percentage geeft aan in hoeverre de ontwikkeling van de arbeidskosten moet worden toegeschreven aan personeelsmutaties.

Door de vermenigvuldiging van dit percentage met het procentuele aandeel van de arbeidskosten in het totaal van de verpleegkosten per dag uit de voorgaande periode, verkrijgt men het percentage waarmee de totale kosten per verpleegdag in de huidige periode ten opzichte van de voorgaande periode veranderen. Dit percentage vermenigvuldigd met de verpleegkosten per dag in de voorgaande periode geeft aan het geldsbedrag waarmee de verpleegkosten per dag in de huidige periode zijn gewijzigd ten gevolge van personeelsmutaties (= volumecomponent). Deze berekeningsmethode kan met onderstaande formule worden weergegeven.

$$\left(\frac{S_p}{V_p} \times \frac{V_{p-1}}{S_{p-1}} - 100 \right) \left(\frac{A_{p-1}}{100} \right) \left(\frac{R}{100} \right) = \text{volumecomponent}$$

waarbij

S = het aantal personeelsleden

V = het aantal verpleegdagen

p = de huidige periode

p-1 = de voorgaande periode

A = het procentuele aandeel van de arbeidskosten in de verpleegkosten per dag

R = de verpleegkosten per dag

De volumecomponent geeft dus aan de mate waarin de stijging van arbeidskosten per verpleegdag per personeelscategorie wordt veroorzaakt door mutaties in het aantal personeelsleden per verpleegdag.

De prijscomponent geeft aan de mate waarin de stijging van de arbeidskosten per verpleegdag per personeelscategorie wordt veroorzaakt door ontwikkelingen met betrekking tot het arbeidskostenniveau. Zij wordt berekend

⁶⁾ Financiële statistiek, psychiatrische instituten, 1974, pag. 7.

Tabel 5: Jaarlijkse arbeidskostenstijging (salarissen + sociale lasten) in gulden gesplitst in een volumecomponent en een prijscomponent voor 4 personeelscategorieën.

personeelscategorie	1970				1971			
	abs.	vol. comp.	prijs comp.	rest	abs.	vol. comp.	prijs comp.	rest
algemeen personeel	1.82	0.54	1.21	0.07	2.19	0.05	2.12	0.0
verpleegkundig personeel	2.05	1.29	0.68	0.08	2.92	-0.01	2.93	-
paramedisch en medisch hulppers.	0.75	0.20	0.50	0.05	0.69	0.10	0.57	0.0
medici en sociaal-wetenschappelijke staf	0.48	0.06	0.41	0.01	0.60	-	0.60	-
de vier groepen tezamen	5.10	2.77	2.10	0.23	6.40	-0.01	6.42	-0.0

algemeen personeel	19.5	5.8	13.0	0.7	19.6	0.4	19.0	0.2
verpleegkundig personeel	18.2	11.4	6.0	0.8	21.9	-0.1	22.0	-
paramedisch en medisch hulppers.	30.6	8.2	20.4	2.0	21.6	3.1	17.9	0.6
medici en sociaal-wetenschappelijke staf	18.3	2.3	15.6	0.4	19.4	-	19.4	-
de vier groepen tezamen	19.8	10.8	8.2	0.8	20.8	-	20.8	-

door in eerste instantie de procentuele verandering van het gemiddelde arbeidskostenniveau (arbeidskosten : aantal personeelsleden) in de huidige periode ten opzichte van de voorgaande periode vast te stellen en vervolgens dit percentage te vermenigvuldigen met het procentuele aandeel van de arbeidskosten in het totaal van de verpleegkosten per dag uit de voorgaande periode. Daarmee verkrijgt men het percentage waarmee de totale kosten per verpleegdag veranderen ten gevolge van wijzigingen in het gemiddelde arbeidskostenniveau. Dit percentage vermenigvuldigd met de verpleegkosten per dag in de voorgaande periode geeft aan het geldsbedrag waarmee de verpleegkosten per dag in de huidige periode zijn gewijzigd ten gevolge van wijzigingen in het gemiddelde arbeidskostenniveau (= prijscomponent). Deze berekeningsmethode kan met onderstaande formule worden weergegeven.

Absoluut

1972				1973				1974			
abs.	vol. comp.	prijs comp.	rest	abs.	vol. comp.	prijs comp.	rest	abs.	vol. comp.	prijs comp.	rest
2.29	0.93	1.26	0.10	3.07	-1.18	4.59	-0.34	3.72	0.94	2.65	0.13
3.18	2.66	0.45	0.07	4.15	-1.64	6.31	-0.52	5.84	1.86	3.68	0.30
1.75	1.10	0.51	0.14	1.27	-0.09	1.39	-0.03	1.58	0.61	0.88	0.09
1.14	-0.09	1.27	-0.04	0.84	-0.29	1.19	-0.06	1.29	1.05	0.20	0.04
3.36	5.90	2.12	0.34	9.33	-3.24	13.53	-0.96	12.43	4.22	7.62	0.59

Procentueel

7.2	7.0	9.5	0.7	19.6	-7.5	29.4	-2.3	19.9	5.0	14.2	0.7
9.6	16.4	2.8	0.4	21.3	-8.4	32.5	-2.8	24.8	7.9	15.6	1.3
5.0	28.3	13.1	3.6	22.5	-1.6	24.6	-0.5	22.9	8.8	12.8	1.3
0.8	-2.4	34.3	-1.1	17.4	-6.0	24.6	-1.2	22.7	18.5	3.5	0.7
2.5	15.9	5.7	0.9	20.5	-7.1	29.7	-2.1	22.6	7.6	13.9	1.1

$$\left(\frac{K_p}{S_p} \times \frac{S_{p-1}}{K_{p-1}} - 100 \right) \left(\frac{A_{p-1}}{100} \right) \left(\frac{R}{100} \right) = \text{prijscomponent}$$

waarbij

K = de totale arbeidskosten per personeelscategorie en de overige symbolen dezelfde betekenis hebben als boven.

Passen wij deze berekeningsmethode toe op de cijfers uit de voorgaande tabellen, dan blijkt in hoeverre de arbeidskostenstijging per personeelscategorie moet worden toegeschreven aan personeelsmutaties en aan de loonkostenontwikkeling. Tabel 5 geeft de resultaten hiervan weer.

Beziet men de cijfers uit de voorgaande tabel, dan blijkt dat de totale arbeidskostenstijging in de psychiatrische gezondheidszorg zowel aan een toenemende personeelsbezetting (m.u.v. 1973) als aan een stijging van het gemiddelde arbeidskostenniveau per verpleegdag moet worden toegeschreven.

Verandering in de aard van de zorg

De arbeidskostenstijging ten gevolge van een toenemende personeelsbezetting per verpleegdag heeft te maken met de ontwikkeling in de aard van de psychiatrische gezondheidszorg.

Twee aspecten spelen daarbij een rol:

- 1 De veranderde opvattingen aangaande de psychiatrische hulpverlening. Globaal komt die verandering in opvattingen er op neer, dat men zich in plaats van een medicamenten-behandeling meer en meer richt op psychotherapeutische en gedragstherapeutische behandeling van de patiënten.
- 2 De verschuiving van intramurale naar extramurale psychiatrische hulpverlening. De achtergrond van deze verschuiving is de stelling, dat opname van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen zo lang mogelijk dient te worden voorkomen en dat als opname onvermijdelijk blijkt te zijn de patiënt zo snel mogelijk weer ontslagen dient te worden.

De verandering in opvatting inzake de psychiatrische hulpverlening heeft als consequentie, dat deze hulpverlening een meer en meer arbeidsintensieve zaak is geworden. Er kan dan ook worden geconstateerd, dat het aantal personeelsleden, dat zich direct met de patiënten bezighoudt, aanzienlijk is toegenomen (tabel 3).

Met name de ontwikkeling van het paramedisch en medisch hulppersoneel is opvallend. Het gaat bij die nieuwe personeelscategorie bijvoorbeeld om

- maatschappelijk werkers
- socio-therapeuten
- muziektherapeuten
- arbeidstherapeuten
- creatieve therapeuten
- bezigheidstherapeuten
- bewegingstherapeuten
- therapeuten voor dramatische expressie

Kortom een hele lijst van deskundigen, die zich met de patiënten bezighouden. De verschillen tussen deze disciplines voor wat betreft hun bijdrage aan het behandelingsproces zijn moeilijk aan te geven.

De verschuiving van intramurale naar extramurale psychiatrische behandeling heeft als consequentie een toenemende onderbezetting van het beddenbestand binnen de psychiatrische inrichtingen. In plaats daarvan kan een groeiende aandacht worden geconstateerd voor bijvoorbeeld

- medisch opvoedkundige bureau's
- bureau's voor levens- en gezinsvraagstukken
- psychiatrische poliklinieken
- psychiatrische dagklinieken
- crisisinterventiecentra

- mobiele teams voor psychiatrische hulpverlening
- sociaal psychiatrische diensten

Aktiviteiten van deze aard leggen geen beslag op de bedden capaciteit. Ze zijn echter zeer arbeidsintensief. De filosofie die er aan ten grondslag ligt (opname voorkomen) heeft het mogelijk gemaakt, dat de laatste jaren in ruime mate voorzieningen in deze extramurale sfeer zijn getroffen. Voor psychiatrische ziekenhuizen heeft dit betekend, dat zij zich met name op het terrein van de poliklinische en dagklinische behandeling zijn gaan begeven. Op dat terrein kan een grote verscheidenheid in aanpak en intensiteit van behandeling worden geconstateerd.

Ter illustratie daarvan is onderstaand een tabel opgenomen waarin van een zevental tot op zekere hoogte vergelijkbare dagklinieken, waar in overwegende mate wordt gewerkt volgens een psychotherapeutisch model, zijn opgenomen de verpleegprijs per dag, het gemiddeld aantal behandelingsdagen per patiënt en de behandelingskosten per patiënt. Daarbij zijn de cijfers van dagklinik 1 op 100 gesteld.⁷⁾

⁷⁾ De cijfers zijn verkregen door informatie bij de betreffende dagklinieken. Naar het oordeel van deskundigen (psychiaters, psychotherapeuten) zijn deze dagklinieken tot op zekere hoogte met elkaar vergelijkbaar.

Tabel 6: Verpleegprijs per dag, gemiddeld aantal behandelingsdagen per patiënt en behandelingskosten per patiënt van zeven dagklinieken werkend vanuit een psychotherapeutisch model (cijfers 1975)

dagkliniek	verpleegprijs per dag	gemiddeld aantal behandelingsdagen per patiënt	behandelingskosten per patiënt
1	100	100	100
2	110	115	127
3	125	50	62
4	125	181	225
5	84	100	84
6	90	138	125
7	117	48	56

Bezien wij van dezelfde dagklinieken de personele bezetting, verdeeld in drie personeelscategorieën (disciplines), dan blijken er voor wat de verdeling van de deskundigheid betreft grote verschillen te bestaan. Onderstaande tabel illustreert deze verschillen. Uitgangspunt voor de opstelling van deze tabel is geweest het gemiddeld aantal mandagen per week per categorie bij een bezetting van 40 dagklinische patiënten. De gemiddelde bezetting is daarbij op 100 gesteld.

Tabel 7: Personele bezetting van zeven dagklinieken, gebaseerd op het aantal mandagen per week bij een behandeling van 40 patiënten (cijfers 1975)

dagkliniek	psychiater psycholoog	maatschappelijk werker	sociotherapeut bezigheids-therapeut etcetera
gemiddelde	100	100	100
1	45	76	160
2	83	94	126
3	126	268	183
4	232	48	43
5	99	71	100
6	56	57	104
7	60	85	70

Het gaat hier om ongeveer de helft van het aantal dagklinieken. De cijfers illustreren dat er binnen de dagklinieken grote verschillen bestaan voor wat betreft de verpleegprijs per dag en het gemiddelde aantal behandelingsdagen per patiënt. Deze verschillen kunnen niet worden verklaard door kwalitatieve verschillen in de personele bezetting. Kennelijk wordt er binnen deze, tot op zekere hoogte vergelijkbare, instituten gewerkt vanuit verschillende behandelingsmodellen.

Kosten en effecten

Vatten wij het voorgaande samen dan kan worden geconstateerd, dat

- de sterke kostenstijging in de psychiatrische gezondheidszorg voor een groot gedeelte wordt veroorzaakt door een stijging van de arbeidskosten,
- de stijging van de arbeidskosten zowel moet worden toegeschreven aan de ontwikkeling van de gemiddelde arbeidskosten als aan een toenemende gemiddelde personele bezetting per verpleegdag,
- de stijging van de gemiddelde personeelsbezetting in hoofdzaak voor rekening komt van die personeelscategorieën wier werk in directe relatie staat tot de behandeling van patiënten en dat
- deze ontwikkeling haar oorsprong vindt in een gewijzigde opvatting over de behandeling van patiënten.

De sterke kostenstijging en het werken vanuit verschillende arbeidsintensieve behandelingsmodellen zeggen op zichzelf niets. Geconstateerd moet echter worden, dat er over de effecten van de verschillende behandelingsmethoden weinig of niets bekend is. Er worden tot dusver ook nauwelijks pogingen ondernomen om het inzicht ter zake te vergroten. Met andere woorden: we kennen wel de kosten, maar niet de opbrengsten, in de zin van behandelingsresultaten. Het overheidsbeleid ten aanzien van de psychiatrische gezondheidszorg is daar tot op zekere hoogte mede debet aan. Dit beleid is typisch gericht op de kostenaspecten. Illustratief daarvoor is het beleid van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, dat wordt onderverdeeld in:

- Het tarievenbeleid betrekking hebbend op de relatie tussen kosten en tarieven, waarbij de kosten als gegeven worden aangenomen. Het gaat er dan om hoe de kosten in de tarieven tot ontwikkeling komen, ofwel de doorberekening van de kosten aan de patiënten.
- Het beleid inzake de kostenbewaking, waarbij het in eerste aanleg gaat om de vraag welke hoogte van de kosten toelaatbaar is. „Een algemeen uitgangspunt ten dezen is nauwelijks aan te geven, behoudens de vage formulering, dat de hoogte van de kosten toelaatbaar dient te zijn”, aldus het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven.⁸) Duidelijke criteria zijn er dan ook niet.
- Het beleid inzake de kostenbegrenzing; een casuïstisch opgebouwd beleid, dat betrekking heeft op de vraag welke kosten in de tarieven mogen worden doorberekend.

Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven bemoeit zich derhalve niet direct met de opbrengsten, in de zin van behandelingsresultaten, maar ook al zou

⁸) Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, repertorium van de tariefstelling in ziekenhuizen, psychiatrische instituten en verpleegtehuizen, N.Z.I.-publicatie, pagina 19.

zij dit willen, dan ontbreekt het haar aan instrumenten. In dit verband zij verwezen naar de „Nota Bevoegdheden Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven” waarin het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven constateert, „dat het geen zeggenschap heeft met betrekking tot de in de gezondheidszorg geproduceerde volumina”. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven claimt die zeggenschap ook niet, maar dat neemt haar oordeel niet weg, „dat een normering van het medische gebeuren dringend noodzakelijk is; of anders geformuleerd: normering van het gebruik van de ziekenhuisvoorzieningen is geboden”.⁹) Deze stelling kan zonder moeite worden onderschreven, met dien verstande, dat wil men in de psychiatrische gezondheidszorg tot een verantwoorde normstelling komen allereerst onderzoek zal moeten worden verricht naar de effecten van de verschillende behandelingsmethoden. Zoals gezegd, zijn er op dit terrein nog maar nauwelijks stappen gezet. Een van de weinige onderzoeken die er in dit verband lopen, is een follow-up project waaraan door een zevental therapeutische gemeenschappen wordt deelgenomen voor zover het hun klinische activiteiten betreft. Daarbij worden in eerste instantie de verwachtingen die de patiënten van de behandeling hebben vastgelegd. Nadat de behandelingsplannen zijn opgesteld, wordt aan de hand van vragenlijsten systematisch informatie verzameld omtrent de effecten van de behandeling. Teneinde enigszins te kunnen traceren, of er ook op langere termijn verbeteringen optreden worden de patiënten na hun ontslag uit de kliniek periodiek (na 1 jaar, 3 jaar en 5 jaar) opnieuw benaderd. Het onderzoek vindt plaats met een geringe subsidie van ZWO en het Ministerie van Sociale Zaken. In een begeleidingscommissie zijn onder meer de Nationale Ziekenhuisraad en het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven vertegenwoordigd.

Naast het hier genoemde onderzoek vindt er nog een op een kleine schaal opgezet evaluatie-onderzoek plaats met betrekking tot de behandeling in dag-klinieken.

Meer onderzoek is geboden, niet alleen inzake de effecten van gedrags-therapeutische of psychotherapeutische behandelingsmethoden, maar ook voor wat betreft de effecten van medicamenten.

De zin van behandelingsmethoden wordt pas duidelijk als de effecten worden gemeten; pas dan kan worden beoordeeld of de baten (effecten) de kosten waard zijn.

In feite betekent dit een ombuiging van het huidige beleid, dat reeds werd getypeerd als een kostenbeleid, dat wil zeggen, een beleid waarbij in het kader van de nationale begrotingsproblematiek de kosten voor de psychiatrische gezondheidszorg vrij onafhankelijk van het werkveld mogen stijgen. Binnen het werkveld blijven dan grote verschillen in aanpak bestaan. Ombuiging van dit beleid zou moeten inhouden het indienen van behandelingsplannen, gekwantificeerd naar de inbreng van de verschillende disciplines (of functies) in die plannen en het aantal te behandelen patiënten, met nauw daaraan gekoppeld de wijze waarop men de resultaten van de voorgestelde behandelingsmethoden denkt te meten. Daarmee werkt men in de richting

⁹) Nota Bevoegdheden Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, Utrecht, januari 1975, pagina 7.

van wat in de literatuur de „utilization-review” wordt genoemd. De kosten worden dan een afgeleide van beoordeelde behandelingsplannen.

Toegegeven zij, dat er op deze weg nog maar nauwelijks een stap is gezet. Niettemin lijkt het een goede mogelijkheid om tot verantwoorde bezuinigingsvoorstellen te komen. De overheid en/of de betalende instanties zouden het hunne hieraan kunnen bijdragen door de financiële middelen ter beschikking te stellen voor onderzoek naar de effecten van de verschillende behandelingsmethoden.