

Vergelijking van effectiviteit van psychiatrische behandelingen met die van somatische behandelingen

L.M. BIJKERSMA-POT, P. CUIJPERS, A.T.F. BEEKMAN, R.A. SCHOEVERS

ACHTERGROND Er is toenemende aandacht voor de kosten en de effectiviteit van de gezondheidszorg en die van de psychiatrie in het bijzonder. Voor een goede weging van kosten en baten is het belangrijk om effecten te kunnen vergelijken.

DOEL Beschrijven van effectiviteit van psychiatrische behandelingen in vergelijking met die van somatische behandelingen.

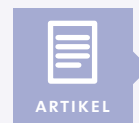
METHODE Narratieve review.

RESULTATEN De gemiddelde effectgrootte van psychiatrische medicatie is 0,49 en die van somatische medicatie 0,45. De effectgrootte van psychotherapie varieert van 0,3-0,84, maar komt uit op gemiddeld 0,39 in een meta-analyse met correctie voor publicatiebias.

CONCLUSIE De gemiddelde effectiviteit van psychiatrische behandelingen is vergelijkbaar met die van behandelingen in de somatiek. Binnen beide behandelgebieden bestaat grote variatie in effectiviteit van behandelingen. Op het niveau van individuele patiënten is deze variatie nog groter. Het doel van *personalised medicine* is om de indicatiestelling voor behandeling op individueel patiëntniveau toe te spitsen, zodat vermeden wordt dat patiënten blootgesteld worden aan voor hen weinig effectieve behandelingen. Gezien de beperkte, middelgrote effectiviteit in de hele geneeskunde lijkt dit een belangrijk doel om de uitkomst van behandelingen te verbeteren.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 751-758

TREFWOORDEN effectiviteit behandeling, psychiatrie, somatiek



ARTIKEL



In het huidige maatschappelijk debat is er veel aandacht voor de kosten van de gezondheidszorg en die van de psychiatrie in het bijzonder. De heersende publieke opinie is dat psychiatrische behandelingen weinig (kosten)effectief zijn. Maar is het zo dat behandeling van bijvoorbeeld diabetes effectiever is dan die van depressie, of geldt dit juist andersom? Om deze vraag te kunnen beantwoorden is het van belang om een beeld te verkrijgen van de effectiviteit van psychiatrische behandelingen in vergelijking met die van somatische zorg.

Voor deze vergelijking kunnen ziektespecifieke uitkomstmaten, zoals de gestandaardiseerde effectvergelijking

standardized mean difference (SMD) en *number needed to treat (NNT)*, worden gebruikt. De SMD is een maat voor effectiviteit in meta-analyses waarin eenzelfde continue uitkomst (bijvoorbeeld afname van depressieve symptomen) op verschillende manieren is gemeten (bijvoorbeeld door de *Hamilton Depression Rating Scale* en door de *Inventory of Depressive Symptomatology*).

De interpretatie van effectgrootte is gebaseerd op consensus, waarbij een effectgrootte van 0-0,2 als klein, van 0,2-0,8 als middelgroot en boven 0,8 als groot wordt beschouwd. Deze grootte zegt echter niets over de klinische relevantie. Een effectgrootte van 0,2 op mortaliteit zal over het alge-

meen als klinisch zeer relevant worden beschouwd, waar eenzelfde effectgrootte op bijvoorbeeld 'kennis over depressie' als uitkomstmaat als veel minder relevant zal worden beoordeeld.

Hoewel er in de literatuur alternatieve manieren worden beschreven om tot een maat voor klinische relevantie te komen, bijv. voor depressie (Cuijpers e.a. 2014a), is dit vooralsnog niet gangbaar. NNT drukt in getal uit, hoeveel mensen met een bepaalde interventie behandeld moeten worden om binnen een bepaalde periode één gewenste uitkomst (bijvoorbeeld remissie van depressie) meer te behalen dan in de vergelijkingsgroep. Hoe kleiner het NNT, des te effectiever de behandeling.

Voor het debat over prioritering binnen het gezondheidsbudget is, naast de (kosten)effectiviteit van een behandeling, ook de ziektelast (burden of disease) van een aandoening van belang. In de Global Burden of Disease-studies berekende men op mondiaal niveau de ziektelast van bijna 300 verschillende aandoeningen (http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/en/).

De Wereldgezondheidsorganisatie ontwikkelde een maat om de totale ziektelast tot uiting te brengen, de *disability adjusted life years* (DALY): een generieke uitkomstmaat die levensjaren gecorrigeerd voor beperkingen weergeeft, waarin verlies van 1 DALY gelijk staat aan het verlies van 1 gezond levensjaar. In de DALY zijn zowel de mortaliteit (*years of life lost*; YLL) als de morbiditeit/beperkingen (*years lived with disability*; YLD) meegenomen. Aan de beperkingen wordt een weegfactor toegekend, die loopt van 0 (volmaakte gezondheid) tot 1 (overlijden of een gezondheids-toestand hieraan gelijkgesteld). Hierdoor kan de impact van verschillende aandoeningen (bijv. kanker versus depressie) met elkaar worden vergeleken (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/).

In de literatuur is het effect van *behandeling* op de DALY/YLD echter nog zeer beperkt aanwezig en daarom hebben we dit niet opgenomen in deze review. Wel geven we een overzicht van aandoeningen die de hoogste ziektelast met zich meebrengen.

Wij beschrijven in dit artikel de effectiviteit van psychiatrische behandelingen in vergelijking met die van somatische behandelingen; we richten ons daarbij op de algemeen geïnteresseerde psychiater in het Nederlands-Vlaamse taalgebied.

METHODE

We verrichtten een narratieve review; een overzicht waarbij de selectie van artikelen niet (geheel) op systematische wijze heeft plaatsgevonden, maar waarbij er een auteursafhankelijke selectie van artikelen is geweest. Een nadeel hiervan is dat artikelselectie selectief en niet uitputtend

AUTEURS

Laura Bijkersma-Pot, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Groningen.

Pim Cuijpers, hoogleraar Klinische psychologie, hoofd afd. Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Faculteit Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Aartjan Beekman, hoogleraar Psychiatrie, hoofd afd. Psychiatrie, VUMC en GGZ inGeest, Amsterdam.

Robert Schoevers, hoogleraar Psychiatrie, hoofd afd. Psychiatrie, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Groningen.

CORRESPONDENTIEADRES

L.M. Bijkersma, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen, Hanzeplein 1, HPC CC54, 9700 RB Groningen.
E-mail: l.m.bijkersma@umcg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-7-2016.

is en gekleurd kan worden door de invalshoek van de auteurs. Deze methode biedt echter wel de mogelijkheid om in kort bestek een grote verscheidenheid aan artikelen te bespreken.

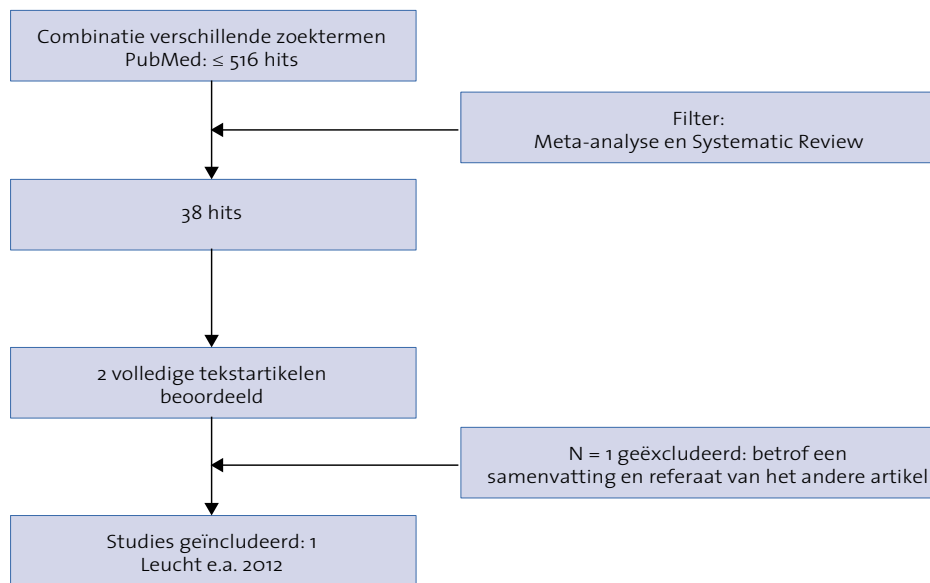
Door middel van de zoekstrategie (**FIGUUR 1**) en de volgende beschrijving wordt de artikelselectie verhelderd. Op basis van een wisselende combinatie van zoektermen (*effectiveness, treatment, psychiatry, general medicine, comparison*) op PubMed, selecteerde de eerste auteur artikelen met als inclusiecriteria: het vergelijken van de effectiviteit van psychiatrische behandelingen met die van somatische behandelingen. Er werd aanvullende literatuur gezocht over effectiviteit van psychotherapie, waarbij geselecteerd werd op cognitieve gedragstherapie (CGT), aangezien deze therapievorm het meest is beschreven in de literatuur.

Wij kozen voor een beperkte selectie van 4 artikelen; deze keuze is arbitrair en uiteraard niet uitputtend, maar werd gemaakt op basis van de grootte van deze meta-analyses, de recente publicatie (2013-2015) en de veelvoorkomende indicaties depressie en angststoornissen.

RESULTATEN

Er werd 1 geschikt reviewartikel gevonden dat de effectiviteit van psychiatrische medicatie en die van somatische medicatie met elkaar vergeleek (Leucht e.a. 2012). Een bredere zoekstrategie (niet weergegeven) leverde geen extra artikelen op.

FIGUUR 1 Zoekstrategie



Aangezien het geïncludeerde artikel alleen psychiatrische medicatie vergeleek met somatische medicatie, en niet met de andere belangrijke behandelmodaliteit psychotherapie, werd een aanvullende zoekopdracht verricht naar psychotherapie, waarbij de auteur zich beperkte tot 4 grote, recentemeta-analyses (2013-2015) bij de veelvoorkomende indicaties depressie en angststoornissen (Hans & Hiller 2013; Cuijpers e.a. 2014b; Linde e.a. 2015; Watts e.a. 2015). De effectiviteit werd weergegeven in de ziektespecifieke uitkomstmaat SMD en zo mogelijk NNT, met een 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI). Data betreffende de ziektelast, weergegeven in DALY en YLD, werden verkregen via <http://www.healthdata.org/netherlands>.

Medicatie

In het overzichtsartikel van Leucht e.a. (2012), werd op basis van diverse meta-analyses de effectiviteit van psychiatrische medicatie vergeleken met die van somatische medicamenten, bij een *a priori*, op basis van consensus over prevalentie, belang en beschikbare behandeling - gekozen selectie van veelvoorkomende ziekten. In totaal werden 94 meta-analyses van 48 verschillende medicamenten voor 20 verschillende somatische aandoeningen geïncludeerd en voor psychiatrische behandelingen werden 33 meta-analyses geïncludeerd over 16 verschillende medicamenten voor 8 psychiatrische aandoeningen.

Ter vergemakkelijking van de vergelijking van effectgroottes van continue en dichotome variabelen, werden beide weergegeven in eenzelfde uitkomstmaat (SMD). De auteurs benadrukken dat een directe vergelijking van verschillende uitkomsten (bijv. respons of mortaliteit) bij verschil-

lende aandoeningen (bijv. depressie of astma) niet mogelijk is, maar dat een vergelijking van percentages van patiënten gebaat bij een bepaald medicijn of placebo, wel helpt om effectiviteit in perspectief te plaatsen.

De gemiddelde effectgrootte van psychiatrische medicatie was 0,49 (mediaan: 0,41; 95%-BI: 0,41-0,57) en die van somatische medicatie 0,45 (mediaan: 0,37; 95%-BI: 0,37-0,53). Dit verschil is klein en niet statistisch significant.

In **TABEL 1**, samengesteld uit het artikel van Leucht e.a. (2012), zijn van een aantal arbitrair gekozen somatische en psychiatrische aandoeningen de effectgroottes en zo mogelijk het NNT weergegeven; ingedeeld in lage, middelgrote en hoge effectiviteit. Uit de tabel wordt duidelijk dat de effectiviteit van een medicament afhankelijk is van de gekozen uitkomstmaat en de indicatie en dat afhankelijk hiervan, de effectiviteit van eenzelfde middel zowel laag, middelgroot als hoog kan uitpakken.

Een voorbeeld is het effect van lithium als onderhoudsbehandeling bij een bipolaire stemmingsstoornis. Lithium heeft een lage effectiviteit (SMD: 0,2) ter voorkoming van terugval in manie en een hoge effectiviteit (SMD: 1,12) ter voorkoming van terugval in het algemeen. Bij een andere indicatie, namelijk niet als onderhoudsbehandeling, maar tijdens de acute manische episode van een bipolaire stemmingsstoornis, is de effectiviteit middelgroot (SMD: 0,41).

In **TABEL 2** geven wij de effectiviteit van CGT weer voor behandeling van depressie en angststoornissen, in zowel de eerstelijnszorg als bij poliklinische patiënten, op basis van meta-analyses. Voor depressieve stoornissen behandeld met CGT werden effectgroottes gevonden van 0,3-0,7 (Linde e.a. 2015; Watts e.a. 2015). Behandeling van patiën-

TABEL 1 Effectgroottes van psychiatrische en somatische medicamenten, ingedeeld in lage, gemiddelde en hoge effectiviteit en onderscheiden in indicatie en uitkomstmaat*

Medicamenteuze behandeling	Indicatie	Uitkomstmaat	SMD	95%-BI	NNT	95%-BI
Psychiatrisch						
Valproïnezuur	Onderhoudsbehandeling bipolaire stemmingsstoornis	Terugval, manie	0,16	-0,16-0,49	20	H20-T7
Lithium	Onderhoudsbehandeling bipolaire stemmingsstoornis	Terugval, depressie	0,2	0,00-0,40	14	H100-T6
Paroxetine	Ernstige depressieve stoornis, acute episode	Respons	0,24	0,18-0,30	10	8-14
Fluoxetine	Ernstige depressieve stoornis, acute episode	Respons	0,35	0,26-0,45	7	n.b.
Lithium	Bipolaire stemmingsstoornis, acute manische episode	Respons	0,41	0,25-0,57	6	4-13
2e generatie AP en haloperidol	Bipolaire stemmingsstoornis, acute manische episode	Respons	0,44	0,36-0,53	5	4-7
Valproïnezuur	Bipolaire stemmingsstoornis, acute manische episode	Respons	0,66	0,30-1,02	4	3-7
2e generatie AP	Onderhoudsbehandeling schizofrenie	Terugval	0,92	0,86-0,97	3	2-3
Amfetamine	ADHD	ADHD-symptomen	1	0,91-1,10	n.b.	
Lithium	Onderhoudsbehandeling bipolaire stemmingsstoornis	Terugval, elke soort	1,12	0,88-1,37	2	n.b.
Somatisch						
Acetylsalicylzuur	Preventie van cardiovasculaire ziekten en CVA	Primaire preventie vasculaire accidenten	0,06	-0,03-0,16	1429/jaar	n.b.
Bèta-blokkers	Hypertensie, langetermijneffecten op CV accidenten en mortaliteit	Cardiovasculair accident	0,08	0,02-0,14	100	n.b.
ACE-remmer	Hypertensie, langetermijneffecten op CV accidenten en mortaliteit	Cardiovasculair accident	0,16	0,12-0,21	25	n.b.
Metformine	Diabetes	Mortaliteit	0,27	0,06-0,47	14	8-50
Antihypertensiva als groep	Hypertensie	Effect op systolische bloeddruk	0,56	0,52-0,58	n.b.	
Metformine	Diabetes	Nuchtere bloedglucosewaarde	0,87	0,61-1,13	n.b.	
Protonpomp-remmers	Refluxoesofagitis	Klinische remissie	1,39	1,18-1,60	2	2-2
Diuretica	Chronisch hartfalen	Verergering	1,88	0,32-3,44	7	3-100
Interferon	Chronische hepatitis C	Virale respons	2,27	1,49-3,04	3	2-4
Effectiviteit						
Laag						
Middelgroot						
Hoog						

*Dit betreft een beperkte selectie uit het artikel van Leucht e.a. (2012). De geïncludeerde systematische reviews beschreven de effectiviteit van medicamenten in vergelijking met placebo.

AP: antipsychotica; BI: betrouwbaarheidsinterval; CV: cardiovasculaire; CVA: cerebrovasculair accident; l.t.: lange termijn; n.b.: niet bekend; NNT: number needed to treat (H: harm, T: treated); SMD: standardized mean difference.

TABEL 2 Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie voor depressie en angststoornissen

Psychotherapeutische behandeling: CGT Indicatie:	Controleconditie	Uitkomst	SMD	95%-BI	Referentie
Depressie in de eerste lijn	Standaardzorg	Respons: afname depressieve klachten**	0,3 ^a	-0,48 tot -0,13	Linde 2015
Angststoornissen	Standaardzorg	Respons: afname angstklachten*	0,69	0,47-0,92	Watts 2015
Depressie	Standaardzorg	Respons: afname depressieve klachten*	0,7	0,49-0,90	Watts 215
Angststoornis (OCS) bij poliklinische patiënten	Patiënt zelf, na behandeling	Respons: afname gegeneraliseerde angstklachten**	0,42	0,17-0,68	Hans 2013
Angststoornissen (OCS) bij poliklinische patiënten	Patiënt zelf, na behandeling	Respons: afname depressieve klachten**	0,66	0,47-0,85	Hans 2013
Gegeneraliseerde angststoornis	Variabel, vnl. wachtlijst	Respons: afname angstklachten*	0,84	0,71-0,97	Cuijpers 2014b
Gegeneraliseerde angststoornis	Variabel, vnl. wachtlijst	Respons: afname depressieve klachten**	0,71	0,59-0,82	Cuijpers 2014b

BI: betrouwbaarheidsinterval; CGT: cognitieve gedragstherapie; OCS: obsessieve-compulsieve stoornis; SMD: standardized mean difference.

*O.b.v. zelfrapportage-instrumenten (bijv. Beck Depression Inventory, Penn State Worry Questionnaire, Beck Anxiety Inventory).

**O.b.v. zelfrapportage of observant-gescoorde schaal (bijv. Hamilton Rating Scale for Depression).

aDe auteurs presenteerden de SMD in het originele artikel als negatieve waarde, hoewel hiermee ook werd aangegeven dat psychotherapie effectiever was dan de controle-interventie. Om verwarring te voorkomen geven wij de SMD als positieve waarde weer.

ten met een angststoornis met als uitkomstmaat afname van *depressieve klachten*, liet effectgroottes zien van 0,66-0,71 (Hans & Hiller 2013; Cuijpers e.a. 2014b). Bij behandeling van dezelfde groep met als uitkomstmaat afname van angstklachten, varieerde de effectiviteit van 0,42-0,84 (Hans & Hiller 2013; Cuijpers e.a. 2014b).

Samenvattend: CGT bleek een middelgrote tot grote mate van effectiviteit te tonen voor behandeling van depressie en angststoornissen. Een recente grote meta-analyse naar effectiviteit van psychologische behandeling voor depressie, waarin werd gecorrigeerd voor publicatiebias, liet echter een middelgrote effectiviteit zien van 0,39 (Driessen e.a. 2015).

Ziektebelasting

Naast de genoemde ziektespecifieke uitkomsten, worden in **TABEL 3** de generieke uitkomstmaten YLD en DALY voor Nederland (in 2013) weergegeven. Depressieve stoornissen en angststoornissen staan in de top 5 van aandoeningen met de hoogste ziektebelasting (morbiditeit en beperkingen, YLD) en depressieve stoornissen in de top 10 van aandoeningen met het hoogste verlies van gezonde levensjaren op basis van zowel vervroegd overlijden als jaren geleefd met beperkingen (DALY).

DISCUSSIE

Gemiddeld zijn medicamenteuze behandelingen binnen de psychiatrie en de somatiek even effectief.

Cognitieve gedragstherapie

CGT lijkt, met een matige tot grote effectiviteit bij depressie en angststoornissen, gemiddeld iets effectiever dan psychiatrische medicamenteuze behandeling. Dit verschil blijkt te berusten op een aantal factoren. Bij correctie hiervoor blijken de effectgroottes af te nemen tot middelgrote waarden zoals bij psychofarmaca en somatische medicamenten. Eén van deze factoren betreft het gebruik van andere controlegroepen. Bij CGT wordt vaak een 'wachtlijstconditie' als controlegroep gebruikt, terwijl bij medicamenteuze behandeling een 'pilplacebo' als controle wordt toegepast. Gebruik van deze laatstgenoemde controlegroep doet effectgroottes aanzienlijk dalen (Cuijpers e.a. 2014c).

Publicatiebias

Een andere factor die bijdraagt aan hogere effectgroottes voor CGT is publicatiebias. Dit is het selectief publiceren van data met statistisch significante effecten, waardoor effectiviteit van behandelingen over het algemeen wordt

TABEL 3 Top 10 van aandoeningen met de hoogste ziektelast in Nederland in 2013

YLD		DALY	
1	Lagerug- en nekpijn	1	Lagerug- en nekpijn
2	Huidziekten	2	Ischemische hartziekten
3	Zintuigelijke aandoeningen	3	Longkanker
4	Depressieve stoornissen	4	COPD
5	Angststoornissen	5	Huidziekten
6	Migraine	6	Cerebrovasculaire aandoeningen
7	Diabetes	7	Diabetes
8	Andere musculoskeletale aandoeningen	8	Zintuigelijke aandoeningen
9	Chronische nieraandoeningen	9	Depressieve stoornissen
10	Orale aandoeningen	10	Colorectale kanker

De rangschikking is gebaseerd op YLD/DALY per 100.000, alle leeftijden, niet voor leeftijd gestandaardiseerd.

DALY: *disability adjusted life years*; YLD: *years lived with disability*

overschat. Zo liet een meta-analyse naar publicatiebias bij psychologische behandeling voor depressie zien dat na correctie voor publicatiebias, de effectiviteit met 25% daalde, van 0,52 naar 0,39 (Driessen e.a. 2015). Belangrijk is echter dat publicatiebias geldt voor alle gebieden van de geneeskunde en dus niet alleen voor psychotherapie, maar ook voor medicamenteuze behandeling in de psychiatrie en de somatiek.

Turner e.a. (2008) demonstreerden dat gepubliceerde data t.o.v. ongepubliceerde data het effect van een groep van 12 onderzochte antidepressiva als geheel met 32% overschatten en dat voor afzonderlijke middelen deze overschatting varieerde van 11 tot 69%. Eenzelfde patroon werd gevonden voor antidepressiva bij angststoornissen, met een gemiddelde overschatting van de effectiviteit met 15% (Roest e.a. 2015). Voor kinine, een middel gebruikt tegen nachtelijke beenkrampen, was dit zelfs 105% (Man-Son-Hing e.a. 1998).

Er zijn echter maar weinig artikelen beschikbaar die deze *mate* van overschatting van gepubliceerde versus niet-gepubliceerde data weergeven en data die beschikbaar zijn, lopen erg uiteen (McGauran e.a. 2010). Het is niet uit te sluiten dat ook de studies waar Leucht e.a. (2012) zich op hebben gebaseerd een zekere mate van overschatting van effectiviteit bevatten.

Ziektelast

Psychiatrische aandoeningen (in Nederland, 2013) brengen een hoge ziektelast met zich mee: depressie en angststoornissen staan in de top 5 van aandoeningen met de hoogste YLD. In de psychiatrische onderzoeksliteratuur wordt vooralsnog vrijwel nooit gebruikgemaakt van overlijden als uitkomstmaat, waardoor de YLD ongeveer

95% van de totale DALY bepaalt (Andrews e.a. 2004). Voor psychiatrische aandoeningen is de YLD dus een geschiktere uitkomstmaat. Opvallend is dat zelfs wanneer de minder geschikte uitkomstmaat DALY wordt genomen, depressieve stoornissen nog in de top 10 staan.

Vormen van bias in effectiviteitsliteratuur

Over behandelingseffectgroottes in het algemeen, dus zowel in de psychiatrie als in de somatiek, moeten we nog een aantal belangrijke opmerkingen maken.

Ten eerste laten effectiviteitsdata een grote variatie zien. Een van de verklaringen hiervoor is dat deze data vaak gebaseerd worden op 'surrogaatuitkomstmaten', in de literatuur omschreven als niet-relevant en niet-patiëntgeoriënteerd (Leucht e.a. 2015), maar waar de behandeling in de dagelijkse praktijk wel op wordt gestuurd. Een voorbeeld is de uitkomstmaat nuchtere bloedglucosewaarde bij gebruik van metformine, dat met een effectgrootte van 0,87 zeer effectief lijkt, terwijl de meer patiëntgeoriënteerde uitkomstmaat mortaliteit aanzienlijk slechter scoort met een SMD van 0,03 (Leucht e.a. 2015).

Deze uitkomsten – hoewel in de praktijk vaak gebruikt – geven dus niet één op één weer welk welzijnsvoordeel patiënten van behandeling met een dergelijk medicament ervaren. Dit komt omdat uitkomstmaten die dichter tegen het werkingsmechanisme aanliggen (bijv. nuchtere bloedglucosewaarde bij metformine) grotere effecten laten zien, omdat er directer effect gemeten wordt en er minder ruis is (zoals bij mortaliteit bij metformine).

Ten tweede is het opvallend dat effectgroottes in meta-analyses vroeger duidelijk hoger lagen dan tegenwoordig (Leucht e.a. 2011; 2012). Behandelingen hebben echter niet zomaar aan werkzaamheid verloren, dus is het waarschijn-

lijk dat hier methodologische aspecten aan ten grondslag liggen. Er worden inderdaad methodologisch steeds hogere eisen gesteld aan onderzoek, en door openbare trialregisters waarin van tevoren studieopzet en primaire uitkomstmaten worden gepubliceerd, wordt mogelijke publicatiebias verminderd. Daarnaast bestaat er een samplingbias, waarbij in tegenstelling tot vroeger vrijwel nooit meer medicatienaïeve, maar juist uitgebreid behandelde of therapieresistente patiënten worden geïncludeerd, met dienstegevolg een kleinere effectgrootte (Leucht e.a. 2011).

Beperkingen

Vanwege de doelstelling van dit artikel hebben wij voornamelijk gekeken naar effectiviteit van de behandelingen en naar de ziektelast en niet naar bijwerkingen en kosten; parameters die uiteraard van belang zijn in het beoordelen van behandelingen. Een belangrijk begrip in de kosteneffectiviteit is 'kosten per QALY', dat tot doel heeft de waarderingsvraag 'Hoeveel mag een extra levensjaar in goede gezondheid kosten?' te beantwoorden. De waardering van een QALY is echter van veel variabelen afhankelijk; o.a. van welke methode werd gebruikt en of de QALY vanuit een sociaal of individueel perspectief werd gewaardeerd. Nederlanders lijken een extra jaar in goede gezondheid gemiddeld minstens € 50.000 waard te vinden (van Gils e.a. 2013). Aangezien de waarde van een QALY door vele verschillende factoren wordt bepaald en de gebruikte methodieken en uitkomsten zeer verschillend zijn, zou de bespreking hiervan een uitgebreidere beschouwing behoeven dan binnen dit artikel mogelijk is. Daarom hebben wij deze maat buiten beschouwing gelaten.

Een andere beperking van dit artikel is dat het geen systematische, maar een narratieve review betreft, waardoor er een zekere selectiviteit is geweest in de keuze van besproken artikelen en dat de gegevens grotendeels gebaseerd zijn op slechts een, zij het zeer uitgebreide en grondige review van de literatuur. Daarnaast bestaan er uiteraard andere behandelmodaliteiten, zoals elektroconvulsietherapie of percutane transluminale coronaire angioplastiek, die niet in dit overzichtsartikel zijn meegenomen.

CONCLUSIE

De gemiddelde effectiviteit van psychiatrische behandelingen is vergelijkbaar met die van behandelingen in de somatiek. Binnen beide behandelgebieden bestaat echter enorme variatie in effectiviteit van behandelingen. Op het niveau van individuele patiënten is deze variatie nog groter. In de huidige wetenschapsagenda's van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU; <http://www.nfu.nl/wetenschap/nationale-wetenschapsagenda/personalised-medicine>) en voor de ggz (<http://www.nvvp.net/wetenschappelijk-onderzoek>) speelt *personalised medicine* dan ook een belangrijke rol. Het doel van *personalised medicine* is om de indicatiestelling voor behandeling op individueel patiëntniveau toe te spitsen, zodat men patiënten niet hoeft bloot te stellen aan een voor hen weinig effectieve behandeling en men direct kan kiezen voor de behandeling met de beste kans op verbetering. Gezien de beperkte, middelgrote effectiviteit in de hele geneeskunde lijkt dit een belangrijk doel om de uitkomsten voor de patiënt te verbeteren.

LITERATUUR

- Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Cory J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 526-33.
- Cuijpers P, Turner EH, Koole SL, van Dijke A, Smit F. What is the threshold for a clinically relevant effect? The case of major depressive disorders. *Depress Anxiety* 2014a; 31: 374-8.
- Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014b; 34: 130-40.
- Cuijpers P, Turner EH, Mohr DC, Hofmann SG, Andersson G, Berking M, e.a. Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis. *Psychol Med* 2014c; 44: 685-95.
- Driessen E, Hollon SD, Bockting CL, Cuijpers P, Turner EH. Does publication bias inflate the apparent efficacy of psychological treatment for major depressive disorder? a systematic review and meta-analysis of US National Institutes of Health-Funded Trials. *PLoS One* 2015; 10: e0137864.
- Gils PF van, Schoemaker CG, Polder JJ. Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten? Onderzoek naar de waardering van de QALY. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2013; 157: A6507.
- Hans E, Hiller W. A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies on outpatient cognitive behavioral therapy for adult anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 954-64.
- Leucht S, Heres S, Davis JM. Considerations about the efficacy of psychopharmacological drugs. *Nervenarzt* 2011; 82: 1425-30.

- Leucht S, Helfer B, Gartlehner G, Davis JM. How effective are common medications: a perspective based on meta-analyses of major drugs. *BMC Med* 2015; 13: 253.
- Leucht S, Hierl S, Kissling W, Dold M, Davis JM. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 97-106.
- Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rucker G, Jamil S, Meissner K, e.a. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2015; 13: 56-68.
- Man-Son-Hing M, Wells G, Lau A. Quinine for nocturnal leg cramps: a meta-analysis including unpublished data. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 600-6.
- McGauran N, Wieseler B, Kreis J, Schuler YB, Kolsch H, Kaiser T. Reporting bias in medical research - a narrative review. *Trials* 2010; 11: 37.
- Roest AM, de Jonge P, Williams CD, de Vries YA, Schoevers RA, Turner EH. Reporting bias in clinical trials investigating the efficacy of second-generation antidepressants in the treatment of anxiety disorders: a report of 2 meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 500-10.
- Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008; 358: 252-60.
- Watts SE, Turnell A, Kladnitski N, Newby JM, Andrews G. Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: a meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *J Affect Disord* 2015; 175: 152-67.

SUMMARY

Comparison of efficacy of psychiatric treatment versus treatment in general medicine

L.M. BIJKERSMA-POT, P. CUIJPERS, A.T.F. BEEKMAN, R.A. SCHOEVERS

BACKGROUND There is increasing attention to the costs and efficacy of health care and in particular to psychiatry. To weigh the costs and benefits appropriately, it is important to be able to compare effects.

AIM To describe the efficacy of psychiatric treatment compared to treatment in general medicine.

METHOD Narrative review.

RESULTS The average effect size of psychiatric treatment was 0.49 and that of general medicine treatment 0.45. The effect size of psychotherapy varied from 0.3 - 0.84, but in a meta-analysis, corrected for publication bias, the effect size average amounted to only 0.39.

CONCLUSION The average efficacy of psychiatric treatments is similar to the efficacy of treatments in general medicine. However, there is a large variation in efficacy within the two treatment areas. The variation is even larger in the treatment results for individual patients. The main objective of 'personalised medicine' is to tailor the type of treatment to the particular symptoms of the individual patient so that he or she will not be exposed to types of treatment that are not strictly relevant to the patient's symptoms or illness. In view of the limited and less-than-perfect results of treatment and medication in the entire medical field, 'personalised medicine' seems to be a goal worth striving for in order to improve treatment outcomes.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 751-758

KEY WORDS efficacy of treatment, general medicine, psychiatry