

Kosteneffectiviteit van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen; een systematisch literatuuronderzoek van economische evaluatiestudies

P. WETZELAER, J. LOKKERBOL, A. ARNTZ, A. VAN ASSELT, S. EVERS

- ACHTERGROND** Een totaaloverzicht in de kosteneffectiviteit van psychotherapie voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ontbreekt.
- DOEL** Een overzicht geven van de wetenschappelijke literatuur over de kosteneffectiviteit van psychotherapie voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.
- METHODE** Systematisch literatuuronderzoek. We doorzochten de database van NHS EED, PubMed en PsycINFO en beperkten onze zoekactie tot volledige economische evaluaties waarbij de deelnemers bestonden uit patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.
- RESULTATEN** De meeste studies ondersteunden de kosteneffectiviteit van minimaal één van de onderzochte psychotherapeutische behandelingen. Dialectische gedragstherapie was het vaakst onderzocht, daarna schematherapie en cognitieve gedragstherapie.
- CONCLUSIE** Het wetenschappelijke bewijs laat in het algemeen zien dat de psychotherapeutische behandelingen voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kosteneffectief zijn ten opzichte van de vergelijkingscondities. Dit is belangrijke informatie in de overweging om dergelijke behandelingen te vergoeden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 717-727

TREFWOORDEN kosteneffectiviteit, persoonlijkheidsstoornissen, psychotherapie



In toenemende mate wordt de effectiviteit van verschillende psychotherapeutische behandelingen voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis door wetenschappelijk onderzoek ondersteund (Bartak e.a. 2007). Parallel aan klinisch onderzoek kunnen met een economische evaluatie de maatschappelijke kosten en de kosteneffectiviteit van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen in kaart worden gebracht.

Omdat psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen intensief is en vaak een langdurige behandeling vergt, lopen de kosten mogelijk hoog op. Echter, de mogelijke besparingen indien een persoonlijkheidsstoornis succes-

vol wordt behandeld, kunnen groot zijn, zowel voor de gezondheidszorgsector, als voor andere sectoren, bijvoorbeeld de arbeidsmarkt. De (volledige) vergoeding van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen door zorgverzekeraars is niet vanzelfsprekend. Het huidige gezondheidszorgbeleid heeft als gevolg dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis moeilijker, in mindere mate of soms helemaal niet in aanmerking komen voor de zorg die hen het best zou kunnen helpen.

Dit roept de vraag op of, en in welke mate, investering in psychotherapeutische behandelingen voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis doelmatig is, of met andere

woorden (Markowitz 2015): is psychotherapie kosteneffectief bij persoonlijkheidsstoornissen?

In deze bijdrage rapporteren wij een systematisch literatuuronderzoek naar economische evaluaties van psychotherapie voor alle persoonlijkheidsstoornissen. Doel van deze studie is om een overzicht te geven van de wetenschappelijke literatuur over de kosteneffectiviteit van psychotherapeutische behandelingen voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

METHODE

Zoekstrategie

Wij maakten gebruik van de NHS Economic Evaluation Database (EED), PubMed en PsycINFO, aangevuld met het controleren van de referenties van de gevonden literatuur. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat de combinatie van NHS EED en PubMed een geschikte manier is om relevante economische evaluaties te identificeren (Alton e.a. 2006). Gezien het onderzoeksgebied is PsycINFO een belangrijke aanvulling. De NHS EED-database van het Centre for Reviews and Dissemination bevat economische evaluaties van interventies binnen het gebied van gezondheidszorg en sociale zorg en werd tot en met einde december 2014 samengesteld door wekelijks te zoeken binnen de volgende databases: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO en PubMed.

Wij beperkten onze literatuurstudie tot economische evaluaties van psychotherapeutische behandelingen voor uitsluitend persoonlijkheidsstoornissen, waarin de kosten en effecten van twee of meer interventies (waaronder psychotherapie) werden vergeleken, en die werden gepubliceerd in een internationaal, peer-reviewed tijdschrift. Er werd geen tijdsrestrictie gehanteerd. Economische evaluaties van behandelingen van patiënten in een forensische setting werden geëxcludeerd omdat het hiermee verbonden kostenpatroon waarschijnlijk niet (voldoende) representatief is voor de algemene doelgroep van persoonlijkheidsstoornissen. We excludeerden ook redactionele artikelen, brieven en eerdere reviews, waarbij van de reviews wel de referenties werden gecontroleerd om aanvullende studies te identificeren.

De volgende zoektermen werden gebruikt voor de NHS EED: 'personality disorder OR personality disorders', en voor PubMed en PsycINFO: '(('personality disorder' OR 'personality disorders') AND ('costs and cost analysis'[Mesh Terms] OR 'economics'[Mesh Terms] OR 'costs and cost analysis'[Mesh Terms] OR cost-effectiveness OR 'economic evaluation')). In de NHS EED leverde dit 27 studies op, waarvan we er 11 includeerden, in PubMed 477 studies, waarvan er 14 werden geïnccludeerd en in PsycINFO 90 resultaten, waarvan er 9 werden geïnccludeerd. Na ontdubbelen en toevoegen van de economische evaluaties uit Brazier e.a.

AUTEURS

PIM WETZELAER, promovendus, afd. Klinische Psychologie, Universiteit Maastricht.

JORAN LOKKERBOL, hoofd Centrum voor Economische Evaluatie, Trimbos-instituut, Utrecht, en post-doc, Rob Giel onderzoekscentrum, Groningen.

ARNOUD ARNTZ, hoogleraar Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam en Universiteit Maastricht.

THEA VAN ASSELT, gezondheidseconoom, Rijksuniversiteit Groningen en Universitair Medisch Centrum Groningen.

SILVIA EVERS, hoogleraar Health Technology Assessment, Universiteit Maastricht en senior onderzoeker, Trimbos-instituut, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Pim Wetzelaer, Universiteit Maastricht, afd. Klinische Psychologie, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
E-mail: pim.wetzelaer@maastrichtuniversity.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2016.

2006 leverde deze zoekstrategie 18 studies op die werden geïnccludeerd.

Kwaliteitscriteria en score

Wij beoordeelden de kwaliteit van de economische evaluaties op de volgende 6 kwaliteitscriteria: synthese van kosten en effecten (worden kosten en effecten met elkaar in verband gebracht?), *intention-to-treat*(ITT)-analyse (worden alle gerandomiseerde proefpersonen geanalyseerd in de groep waarnaar ze gerandomiseerd zijn?), disconteren (zijn toekomstige kosten en baten gediscoteerd?), sensitiviteitsanalyse (worden de resultaten van een sensitiviteitsanalyse cijfermatig gepresenteerd?), primaire kostendata (zijn de kosten gebaseerd op primaire dataverzameling?) en perspectief (is de economische evaluatie uitgevoerd vanuit een maatschappelijk perspectief?). Voor iedere vraag die met 'ja' werd beantwoord, werd 1 punt opgeteld bij de totale kwaliteitsscore.

Presentatie van resultaten

De belangrijkste kenmerken van de gevonden literatuur presenteren wij in twee tabellen waarin algemene kenmerken (TABEL 1) en de specifieke karakteristieken en kwaliteitscriteria van de economische evaluaties (TABEL 2) staan weergegeven. De eerste auteur screeende alle studies lettend op de criteria in TABEL 1 en TABEL 2. De overige auteurs screeenden ieder een kwart van de studies, waardoor alle studies dubbel werden gescoord.

TABEL 1 Algemene kenmerken van volledige economische evaluatiestudies naar persoonlijkheidsstoornissen

Eerste auteur jaar (land)	n PS-diagnose ¹	Vorm ²	Tijds- horizon ³	Interventie (setting)	Controle (setting)	Uitkomstmaat ge- bruikt voor economi- sche analyse ⁴
Abbass 2008 (Can, VS)	27 (Primaire diagno- se niet vermeld; BPS: 44%, DPS: 37%, VPS: 33%, PS-NAO: 22%, PPS: 19%, APS: 7%, NPS: 7%, ASPS: 4%, HPS: 4%)	RCT	gemid- deld 2,1 jaar	Intensieve kortduren- de psychodynamische therapie (ambulant)	TAU ⁵ : ondersteunende psychiatrische zorg o.b.v. minimaal contact (gedurende wachttijd tot start psychodyna- mische therapie), geen psychotherapie (am- bulant)	Algemene psychopa- thologische sympto- men (BSI), interper- soonlijke problemen (IPP)
Van Asselt 2008 (NI)	86 (100% BPS)	RCT	4 jaar	Schematherapie (ambulant)	Transference-focused psychotherapy (ambu- lant) ⁶	Proportie herstelde pa- tiënten (BPDSI), QALY
Bamelis 2015 (NI)	320 (VPS: 51%, APS: 11%, DPS: 28%, PPS: 4%, HPS: 1%, NPS: 5%) ⁷	RCT	3 jaar	Schematherapie (am- bulant) & clarification oriented psychothera- py (ambulant)	TAU: zorg volgens richt- lijn: inzichtgeoriën- teerde psychotherapie, 42%; ondersteunende therapie, 32%; cogni- tieve gedragstherapie, 19%; EMDR ⁸ , (1,5%) (divers) ⁷	Proportie herstelde patiënten (SCID-II), QALY
Beecham 2006 (VK)	108 ⁹ (Verschillende PS) ¹⁰	Non- RCT	2-2,5 jaar	Step-down (eerst opname met indivi- duële psychoanaly- tisch-georiënteerde en groepstherapie, dan ambulante behandeling incl. groeps-analytische therapie) & One-stage (opname met indivi- duële psychoanaly- tisch-georiënteerde en groepstherapie)	TAU: algemene zorg, bijv. ondersteunende therapie (divers)	Algemeen functione- ren (GAS) en algemene psychopathologische symptomen (SCL-90)
Brazier 2006; o.b.v. Bateman & Fonagy 1999 (VK) ¹¹	44 (100% BPS)	RCT	1 jaar	Psychoanalytische therapie = MBT ¹² (dag- behandeling)	TAU: algemene zorg, geen psychotherapie (divers)	Parasuïcidale gebeur- tenissen (SSHI), QALY (gebaseerd op BDI)
Brazier 2006; o.b.v. Van den Bosch 2002 (NI) ¹¹	58 (100% BPS waar- van 53% met midde- langegebruik)	RCT ¹³	1 jaar	Dialectische gedrags- therapie (ambulant)	TAU: algemene psy- chiatrische zorg, geen psychotherapie (am- bulant)	Parasuïcidale gebeur- tenissen (TBR), QALY (gebaseerd op BDI)
Brazier 2006; o.b.v. Koons 2001 (VS) ¹¹	22 (100% BPS)	RCT ¹³	1 jaar	Dialectische gedrags- therapie (ambulant)	TAU: individuele cogni- tieve gedragstherapie, psychodynamische of eclectische therapie (ambulant)	Parasuïcidale gebeur- tenissen, QALY (geba- seerd op BDI)

TABEL 1 Algemene kenmerken van volledige economische evaluatiestudies naar persoonlijkheidsstoornissen (vervolg)

Eerste auteur jaar (land)	n PS-diagnose ¹	Vorm ²	Tijds- horizon ³	Interventie (setting)	Controle (setting)	Uitkomstmaat ge- bruikt voor economi- sche analyse ⁴
Brazier 2006; o.b.v. Linehan 1991 (VS) ¹¹	44 (100% BPS en chronisch suïcidaal)	RCT	1 jaar	Dialectische gedrags- therapie (ambulant)	TAU: psychotherapie naar keuze (ambulant)	Parasuïcidale gebeurtenissen
Brazier 2006; o.b.v. Turner 2000 (VS) ¹¹	24 (100% BPS)	RCT ¹³	1 jaar	Dialectische gedragstherapie- georiënteerde thera- pie (ambulant)	Cliëntgerichte psycho- therapie (ambulant) ⁹	Parasuïcidale gebeurtenissen (PHI)
Davidson 2010 (VK)	106 (100% BPS)	RCT	6 jaar ¹⁴	Cognitieve gedrags- therapie (ambulant) + TAU (divers)	TAU: algemene me- dische en geestelijke gezondheidszorg, geen psychotherapie (divers)	Proportie herstelde patiënten (SCID-II), suïcidepogingen & parasuïcidale gebeur- tenissen (ADSHI), QALY
Horn 2015 (NL)	134 (Primaire diag- nose niet vermeld; cluster A PS: 2%, cluster B PS: 11%, cluster C PS: 44%, PS-NAO: 46%)	Non- RCT ¹⁵	3 jaar	Kortdurende psycho- therapie gebaseerd op transactionele analyse (opname)	Andere psychothera- piën (22% cognitieve gedragstherapie-ge- oriënteerd, 30% psy- chodynamisch, 42% integratief, 5% niet gespecificeerd; divers) ⁵	QALY
Kvarstein 2013 (Nor)	107 (Primaire diag- nose niet vermeld; BPS: 48%, VPS: 41%, SPS: 1%, PPS: 15%, NPS: 2%, DPS: 9%, APS: 7%, PS-NAO: 21%)	RCT	3 jaar	Step-down (eerst dagbehandeling met psychodynamische en cognitieve groepsthe- rapie, dan ambulante psychotherapie)	Individuele psychothe- rapie (naar voorkeur therapeut, vnl. psycho- dynamisch of psycho- analytisch; ambulant) ⁹	Algemeen functione- ren (GAF)
Palmer 2006 (VK)	106 (100% BPS)	RCT	2 jaar	Cognitieve gedrags- therapie (ambulant) + TAU (divers)	TAU: algemene me- dische en geestelijke gezondheidszorg, geen psychotherapie (divers)	QALY
Pasieczny 2011 (Aus)	90 (100% BPS)	Non- RCT	6 maan- den	Dialectische gedrags- therapie (ambulant)	TAU: clinical case ma- nagement (gedurende wachttijd tot start DGT; ambulant of thuis)	Suïcidepogingen en parasuïcidale gebeur- tenissen
Priebe 2012 (VK)	80 (Primaire diagno- se niet vermeld; BPS: 99%, VPS: 66,3%, APS: 23,8%, DPS: 47,5%, PPS: 51,3%; allen ook zelfver- wonding)	RCT	1 jaar	Dialectische gedrags- therapie (ambulant)	TAU: gebruikelijke zorg in de Britse NHS, slechts 13 v.d. 40 kregen psychotherapie (divers)	Parasuïcidale gebeur- tenissen

TABEL 1 Algemene kenmerken van volledige economische evaluatiestudies naar persoonlijkheidsstoornissen (vervolg)

Eerste auteur jaar (land)	n PS-diagnose ¹	Vorm ²	Tijds- horizon ³	Interventie (setting)	Controle (setting)	Uitkomstmaat ge- bruikt voor economi- sche analyse ⁴
Ranger 2009 (VK)	52 (58% schizofrenie, 19% schizoaffec- tieve stoornis, 10% bipolaire stoornis en 10% BPS, 94% met comorbide PS en 6% met persoonlijk- heidsproblemen)	RCT	1 jaar	Nidotherapie ¹⁶ + TAU (assertive outreach treatment) (divers)	TAU: assertive outreach treatment (specialis- tische zorg voor com- plexe casussen) (divers)	Algemene psycho- pathologische symp- tomen (BPRS), sociaal functioneren (SFQ)
Soeteman 2010 (NI)	Model gebaseerd op data van 241 patiën- ten met een cluster B-PS	Non- RCT ¹⁷	5 jaar	Psychotherapie (opna- me) & psychotherapie (dagbehandeling)	Psychotherapie (am- bulant) ⁹	aantal jaren hersteld per patiënt, QALY
Soeteman 2011 (NI)	Model gebaseerd op data van 466 patiën- ten met een cluster C-PS	Non- RCT ¹⁷	5 jaar	Psychotherapie (opna- me) & psychotherapie (dagbehandeling)	Psychotherapie (am- bulant) ⁹	aantal jaren hersteld per patiënt, QALY

1: Afkortingen: PS = persoonlijkheidsstoornis, PPS = paranoïde PS, SPS = schizoïde PS, STPS = schizotypische PS, ASPS = antisociale PS, BPS = borderline-PS, HPS = histrionische PS, NPS = narcistische PS, VPS = vermijdende PS, APS = afhankelijke PS, DPS = dwangmatige PS, PS-NAO = PS niet anders omschreven; 2: afkortingen: RCT = gerandomiseerde gecontroleerde trial, Non-RCT = niet-gerandomiseerde gecontroleerde trial; 3: Zoals die is gebruikt voor de economische evaluatie; 4: Wanneer er geen synthese had plaatsgevonden, dan staan hier enkel de primaire uitkomstmaten vermeld, plus QALY indien van toepassing. Afkortingen: BSI = Brief Symptom Inventory, IPP = Inventory of Interpersonal Problems, BPDSI = Borderline Personality Disorder Severity Index, QALY = Quality-Adjusted Life Year, SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, GAS = Global Assessment Scale, SCL-90 = Symptom Checklist-90-R, TBR = Target Behavior Rating, BDI = Beck Depression Inventory, SSHI = Suicide and Self-Harm Inventory, PHI = Parasuicide History Interview, ADShI = Acts of Deliberate Self-Harm Inventory, GAF = Global Assessment of Functioning, BPRS = Brief Psychiatric Rating Scale, SFQ = Social Functioning Questionnaire; 5: TAU = treatment as usual (gebruikelijke zorg); 6: Deze studie betrof een vergelijking tussen twee of meer specialistische psychotherapieën, behandeling in deze kolom is feitelijk geen contro-leconditie; 7: Informatie afkomstig uit klinisch artikel (Bamelis e.a. 2014); 8: EMDR = eye movement desensitization and reprocessing; 9: Betrof enkel deelnemers voor wie de data compleet waren uit een grotere steekproef; 10: Diagnoses niet meer te achterhalen (persoonlijke communica-tie, J. Beecham); 11: Deze economische evaluaties zijn uitgevoerd door/ worden gerapporteerd in Brazier e.a. 2006; 12: MBT = mentalization-based therapy; 13: Kosten geschat d.m.v. een regressiemodel op basis van data afkomstig uit andere studies; 14: Enkel de 5-jaarsfollow-up, de economi-sche evaluatie van de behandelperiode wordt beschreven in Palmer e.a. 2006; 15: naturalistische studie met correctie d.m.v. propensityscore; 16: Bij nidotherapie wordt ernaar gestreefd niet de symptomen en gedrag van de patiënt te veranderen, maar zijn of haar persoonlijke omgeving (zie Tyrer 2002); 17: Non-RCT i.c.m. markovmodel (naturalistische studie met correctie d.m.v. propensityscore)

RESULTATEN

In totaal includeerden wij 18 studies. De algemene kenmerken van deze studies zijn weergegeven in **TABEL 1**. De specifieke kenmerken en kwaliteitscriteria van de economische evaluaties zijn in **TABEL 2** weergegeven.

Algemene kenmerken

Alle studies zijn uitgevoerd in westerse landen, waarvan 6 in Nederland. De steekproefgrootte van de meeste studies was beperkt: van 10 studies was deze kleiner dan $n = 100$. 9 studies waren gericht op behandeling van enkel patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Dialectische gedragstherapie bleek het vaakst (6 maal) te zijn onderzocht, daarna schematherapie (2 maal) en cognitieve gedragstherapie (2 maal). In 2 studies werden verschillende behandelsettings (opname, dagbehandeling, danwel ambulante behandeling) met elkaar vergeleken. Verder beschreven 2 studies een onderzoek naar een gefaseerde behandeling waarbij eerst psychotherapie werd aangeboden binnen een dagbehandeling of opnamesetting en vervolgens binnen een ambulante traject. Als controle-interventie kwam gebruikelijke zorg (*treatment as usual*; TAU) het vaakst voor, namelijk in 11 studies. Als uitkomstmaat maakte men in de meeste studies gebruik van *quality-adjusted life years* (QALY's; welke vanwege het generieke karakter ervan vaak de voorkeur krijgen van beleidsmakers), maar ook gebeurtenissen zoals suïcide en zelfverwonding (parasuïcidale gebeurtenissen), herstel van diagnose, algemeen functioneren en algemene psychopathologische symptomen werden vaker als uitkomstmaat toegepast.

Kenmerken economische evaluatie

In verreweg de meeste studies vond een synthese van kosten en effecten plaats, in de helft van de studies werd een ITT-analyse gedaan en in ongeveer de helft van alle studies waar dit van toepassing was, werden toekomstige kosten en baten gediscoteerd. Het merendeel van de studies omvatte een sensitiviteitsanalyse, waarmee de invloed van veranderingen in variabelen of aannamen op de conclusie wordt onderzocht. In bijna alle studies waren kostendata afkomstig uit primaire dataverzameling.

In 10 studies gaf men aan dat deze werden uitgevoerd vanuit een 'breed' maatschappelijk perspectief, maar dit werd niet altijd weerspiegeld in de kostenmeting. Bij een maatschappelijk perspectief dienen alle relevante financiële kosten en baten te worden meegenomen in de analyse, onafhankelijk van de vraag voor wie deze kosten en baten relevant zijn. Opvallend genoeg beperkten veel studies zich, ondanks dat maatschappelijke perspectief, voornamelijk tot het meten van de kosten van de zorg, eventueel aangevuld met enkele andere kostencategorieën zoals

productiviteitsverlies en justitiële kosten. De overige studies gingen uit van een (nog) beperkter perspectief of vermeldde dit niet.

Kosteneffectiviteit

De meeste studies ondersteunden dat minimaal één van de onderzochte psychotherapeutische behandelingen kosteneffectief was. Van de 6 studies naar dialectische gedragstherapie concludeerde men in 4 dat deze kosteneffectief is ten opzichte van de vergelijkingscondities. Van de overige studies gaf er één geen uitsluitsel en concludeerde men in de ander dat dialectische gedragstherapie niet kosteneffectief is. Ook de kosteneffectiviteit van schematherapie werd door de beschikbare wetenschappelijke literatuur (2 studies) ondersteund. Voor cognitieve gedragstherapie (in aanvulling op TAU) liet één studie zien dat die niet kosteneffectief is en een andere (vervolg)studie gaf geen uitsluitsel. De studies waarin men de behandelsettings met elkaar vergeleek, lieten zien dat voor patiënten met cluster B-stoornissen dagbehandeling en ambulante therapie het kosteneffectiefst is en voor degenen met cluster C-stoornissen therapieën in (kortdurende) dagbehandeling danwel opnamesettings. Deze studies waren echter geen RCT's, dus een selectiebias is niet uit te sluiten. De studies waarbij psychotherapie eerst in een dagbehandeling of opnamesetting werd aangeboden en vervolgens in een ambulante traject gaven beide geen uitsluitsel.

DISCUSSIE

In deze review hebben we een overzicht gegeven van economische evaluaties van psychotherapeutische behandelingen voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Hieruit komen enkele belangrijke bevindingen naar voren. In het algemeen lijkt psychotherapie kosteneffectief in de wetenschappelijke literatuur. De kosteneffectiviteit van dialectische gedragstherapie, schematherapie en cognitieve gedragstherapie is het vaakst onderzocht. Eerder onderzoek (Brazier e.a. 2006; Brettschneider e.a. 2014) heeft aangetoond dat economische evaluaties op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen over het algemeen vaak van middelmatige kwaliteit zijn. In onze literatuurstudie hebben wij daarom de geïncludeerde studies beoordeeld op hun kwaliteit. Ook wanneer enkel studies van hoge kwaliteit (kwaliteitscore 5 of 6) in beschouwing worden genomen, wordt de kosteneffectiviteit van psychotherapie ondersteund door de wetenschappelijke literatuur. Onze literatuurstudie biedt aanknopingspunten om een aantal verbeterpunten voor toekomstige studies te formuleren.

Het verdient aanbeveling om economische evaluaties op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen uit te voeren vanuit een maatschappelijk perspectief om zodoende alle

TABEL 2 Kenmerken en kwaliteitscriteria van de economische evaluaties behandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen

Eerste auteur jaar	Kwaliteitscriteria										
	Kwa- liteits- score (0-6)	Synthe- se van kosten en ef- fecten	ITT- ana- lyse ¹	Dis- con- teren ²	Sensi- tiviteits- analyse ³	Pri- maire kosten- data	Perspec- tief ⁴	Kosten zorg ⁵	Kosten patiënt & familie ⁵	Overige kosten ⁵	Kosten- effectivi- teit ⁶
Abbass 2008	2	Nee	Ja	Nee	Nee	Ja	Niet vermeld	1 (schat- ting) en 2 (enkel medicatie- kosten)	Nee	7	Intensieve KPT kosten- effectief
Van Asselt 2008	6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Maatsch.	1 en 2	3,4 en 5	7 en 9	ST kosten- effectiefst
Bamelis 2015	6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Maatsch.	1 en 2	3,4 en 5	7,8 en 9	ST kosten- effectief, amb. ca- rification oriented psychothera- py niet
Beecham 2006	2	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Niet vermeld	1 en 2	6	8 en 9	Geen uitsluitel
Brazier 2006; gebaseerd op Bateman & Fonagy 1999	5	Ja	Nee	n.v.t.	Ja	Ja ⁷	Maatsch.	1 en 2	6	7,8 en 9	Geen uitsluitel
Brazier 2006; o.b.v. Van den Bosch 2002	5	Ja	Ja	n.v.t.	Ja	Nee	Maatsch.	1 en 2	6	7,8 en 9	DGT kosten- effectief
Brazier 2006; o.b.v. Koons 2001	4	Ja	Nee	n.v.t.	Ja	Nee	Maatsch.	1 en 2	6	7,8 en 9	DGT niet kosten- effectief
Brazier 2006; o.b.v. Linehan 1991	5	Ja	Nee	n.v.t.	Ja	Ja ⁸	Maatsch.	1 en 2	6	7,8 en 9	DGT kosten- effectief
Brazier 2006; o.b.v. Turner 2000	4	Ja	Nee	n.v.t.	Ja	Nee	Maatsch.	1 en 2	6	7,8 en 9	DGT- georiënteer- de therapie kosteneffec- tiefst

TABEL 2 Economische evaluatie karakteristieken van studies naar persoonlijkheidsstoornissen (vervolg)

Eerste auteur jaar	Kwaliteitscriteria										Kosten- effectiviteit ⁶
	Kwa- liteits- score (0-6)	Synthe- se van kosten en ef- fecten	ITT- ana- lyse ¹	Dis- con- teren ²	Sensi- tiviteits- analyse ³	Pri- maire kosten- data	Perspec- tief ⁴	Kosten zorg ⁵	Kosten patiënt & familie ⁵	Overige kosten ⁵	
Davidson 2010	1	Nee	Nee	Nee	Nee	Ja	Patiënt, zorg, maatsch. dienst- verlening en andere zorg	1 en 2	6	8 en 9	CGT + TAU gemiddeld goedkoper, verschil niet significant
Horn 2015	6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Maatsch.	1 en 2	Nee	7	Klinische KPT geba- seerd op TA kosten- effectiefst
Kvarstein 2013	2	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja	Zorg	1 en 2	Nee	9	Geen uit- sluitsel
Palmer 2006	4	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja	Patiënt, zorg, maatsch. dienst- verlening en andere zorg	1 en 2	6	8 en 9	CGT + TAU niet kosten- effectief
Pasieczny 2011	2	Nee	Nee	n.v.t.	Nee	Ja	Niet ver- meld	1 en 2 (en- kel spoed- eisende hulp)	Nee	Nee	DGT kosten- effectief
Priebe 2012	5	Ja	Ja	n.v.t.	Ja	Ja	Zorg en maatsch. dienst- verlening	1 en 2	Nee	7 en 9	Geen uit- sluitsel
Ranger 2009	3	Ja	Nee	n.v.t.	Nee	Ja	Zorg, maatsch. dienst- verlening en justi- tiëel	1 en 2	Nee	8 en 9	Nidothera- pie kosten- effectief

TABEL 2 Economische evaluatie karakteristieken van studies naar persoonlijkheidsstoornissen (vervolg)

Eerste auteur jaar	Kwaliteitscriteria										
	Kwa- liteits- score (0-6)	Synthe- se van kosten en ef- fecten	ITT- ana- lyse ¹	Dis- con- teren ²	Sensi- tivities- analyse ³	Pri- maire kosten- data	Perspec- tief ⁴	Kosten zorg ⁵	Kosten patiënt & familie ⁵	Overige kosten ⁵	Kosten- effectivi- teit ⁶
Soeteman 2010	6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Maatsch.	1 en 2	Nee	7	Amb. PT en PT in dagbe- handeling kosten- effectiefst
Soeteman 2011	6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Maatsch.	1 en 2	Nee	7	(K)PT in dag- behandeling of opname kosten- effectiefst

1: ITT = Intention-to-treat; enkel als 'ja' gescoord indien alle gerandomiseerde proefpersonen werden geanalyseerd; 2: Niet van toepassing op studies van 1 jaar of korter, deze werden als 1 (gelijk 'ja') gescoord; 3: Enkel als 'ja' gescoord indien de cijfers van sensitiviteitsanalyse werden gepresenteerd; 4: Perspectief zoals vermeld, bij meerdere perspectieven hier het breedste vermeld; 5: 1 = Kosten voor ggz, 2 = kosten voor overige medische zorg, 3 = out-of-pocketkosten voor de patiënt, 4 = verlies aan dagelijkse activiteiten, 5 = informele zorg, 6 = accommodatiekosten, 7 = kosten productiviteitsverlies, 8 = justitiële kosten, 9 = kosten maatschappelijke dienstverlening; 6: Vergelijkingen tussen twee experimentele behandelingen (zonder TAU) laten enkel zien welke behandeling relatief het kosteneffectiefst is, vergelijkingen met TAU laten de absolute kosten-effectiviteit zien; 7: Kosten gerapporteerd in Bateman & Fonagy 2003, voor het schatten van supervisiekosten gebruikgemaakt van aanvullende data uit andere bronnen; 8: Kosten gerapporteerd in Heard 2000, voor het schatten van supervisiekosten gebruikgemaakt van aanvullende data uit andere bronnen.

KPT = kortdurende psychodynamische therapie; ST= ambulante schematherapie; DT = ambulante dialectische gedragstherapie; CGT = ambulante cognitieve gedragstherapie; PT = psychotherapie; TA = transactionele analyse.

relevante kosten en baten in ogenschouw te nemen. De meeste studies hanteerden geen maatschappelijk perspectief, waardoor mogelijk belangrijke besparingen of kosten buiten de gezondheidszorgsector (bijv. productiviteitsbesparingen en justitiële kosten) buiten beschouwing zijn gelaten. Daarnaast vermelden sommige studies niet vanuit welk perspectief kosten en baten in beschouwing zijn genomen en in sommige andere studies is het vermelde perspectief niet (geheel) in overeenstemming met de kosten en baten die daadwerkelijk in beschouwing zijn genomen.

Om kosteneffectiviteit mee te laten wegen in vergoedingsbeslissingen wordt vaak de voorkeur gegeven aan de QALY als uitkomstmaat (zgn. kostenutiliteitsanalyse). Helaas is deze uitkomstmaat in meerdere studies niet gebruikt. Het verdient aanbeveling voor toekomstige studies om ook de QALY als uitkomstmaat te hanteren, om daarmee het

gebruik van de resultaten van de studie voor vergoedingsbeslissingen te vergemakkelijken.

CONCLUSIE

Uit ons overzicht van economische evaluaties van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen komt een positief beeld naar voren. In de meeste gevallen blijkt dat het loont om in psychotherapie te investeren. Dit is een belangrijk gegeven; niet alleen voor de wetenschap, maar ook voor beleid. De kosteneffectiviteit van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen zou een overtuigend argument moeten zijn in de overweging om dergelijke behandelingen te vergoeden.

Deze bijdrage is tot stand gekomen op initiatief van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.

LITERATUUR

- Abbas A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis* 2008; 196: 211-6.
- Alton V, Eckerlund I, Norlund A. Health economic evaluations: how to find them. *Int J Technol Assess Health Care* 2006; 22: 512-7.
- Asselt van AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 450-7.
- Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 305-22.
- Bamelis LL, Arntz A, Wetzelaer P, Verdoorn R, Evers SM. Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: a multicenter, randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e1432-40.
- Bartak A, Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJ. Strengthening the status of psychotherapy for personality disorders: an integrated perspective on effects and costs. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 803-10.
- Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1563-9.
- Bateman A, Fonagy P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 169-71.
- Bosch van den LM, Verheul R, Schippers GM, van den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long-term effects. *Addict Behav* 2002; 27: 911-23.
- Brazier J, Tumur I, Holmes M, Ferriter M, Parry G, Dent-Brown K, e.a. Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: a systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006; 10: iii, ix-xii, 1-117.
- Brettschneider C, Riedel-Heller S, König HH. A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PLoS One* 2014; 9: e107748.
- Davidson KM, Tyrer P, Norrie J, Palmer SJ, Tyrer H. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 456-62.
- Heard HL. Cost-effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Dissertation Abstracts International Section B: Sciences and Engineering 2000; 61: 3278.
- Horn EK, Verheul R, Thunnissen M, Delimon J, Goorden M, Hakkaart-van Roijen L, e.a. Cost-effectiveness of short-term inpatient psychotherapy based on transactional analysis in patients with personality disorder. *J Pers Disord* 2015: 1-19.
- Koons CR, Robins CJ, Tweed JL, Lynch TR, Gonzalez AM, Morse JQ, e.a. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 2001; 32: 371-90.
- Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1060-4.
- Markowitz JC. Is psychotherapy for personality disorders worth it? *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e1472-3.
- Pasiczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behav Res Ther* 2011; 49: 4-10.
- Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, e.a. Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2012; 81: 356-65.
- Ranger M, Tyrer P, Miloskeska K, Fourie H, Khaleel I, North B, e.a. Cost-effectiveness of nidotherapy for comorbid personality disorder and severe mental illness: randomized controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009; 18: 128-36.
- Soeteman DI, Verheul R, Delimon J, Meerman AM, van den Eijnden E, Rossum BV, e.a. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 396-403.
- Soeteman DI, Verheul R, Meerman AM, Ziegler U, Rossum BV, Delimon J, e.a. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster C personality disorders: a decision-analytic model in the Netherlands. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 51-9.
- Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract* 2000; 7: 413-9.
- Tyrer P. Nidotherapy: a new approach to the treatment of personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105: 469-71; discussion 71-2.

SUMMARY

Cost-effectiveness of psychotherapy for personality disorders. A systematic review on economic evaluation studies

P. WETZELAER, J. LOKKERBOL, A. ARNTZ, A. VAN ASSELT, S. EVERS

BACKGROUND So far, there has not been a complete overview of the cost-effectiveness of psychotherapy for patients with a personality disorder.

AIM To provide an overview of scientific literature on the cost-effectiveness of psychotherapy for patients with a personality disorder.

METHOD We reviewed the literature systematically, searching the NHS EED, PubMed and PsycINFO databases. We concentrated solely on full economic evaluations of treatments in which all patients had a personality disorder.

RESULTS Most studies concluded that at least one of the psychotherapeutic treatments investigated was cost-effective. Dialectical behavior therapy was studied the most; schema therapy came next, followed by cognitive behavioural therapy.

CONCLUSION In general, scientific evidence indicates that psychotherapeutic treatments for patients with personality disorders are cost-effective relative to the comparator treatments. This is important information because it can influence decisions on whether the costs of psychotherapy should be reimbursed.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 717-727

KEY WORDS cost-effectiveness, personality disorders, psychotherapy