

## Focus

# Impact op de directe psychiatrische kostenbeheersing van een individuele cognitief-gedragstherapeutische behandeling bij therapie-ontrouwe schizofrenen

*door D.G.A. Lecompte*

## Samenvatting

De directe psychiatrische kosten, één jaar na de indexopname, van een groep therapie-ontrouwe schizofrenen, die een cognitief-gedragstherapeutisch programma afwerkte, werden vergeleken met die van een controlegroep. De resultaten vertonen een significante kostenreductie in de therapeutische groep.

## Inleiding

Per jaar wordt in België voor meer dan negen miljard frank besteed aan de behandeling van schizofrenen. Bijna 90% van dit budget gaat naar ziekenhuiskosten (Thys e.a. 1996). Een van de voornaamste oorzaken van het hoge terugvalpercentage bij schizofrenen is het gebrek aan medicamenteuze therapietrouw. Het bevorderen ervan zou dan ook in niet geringe mate kunnen bijdragen tot een afname van het relapsepercentage en aldus de directe behandelingskosten helpen reduceren (Kane 1985; Kissling 1994).

De opzet van de huidige studie was de kosteneffectiviteit te evalueren van een individueel cognitief-gedragstherapeutisch programma (Lecompte e.a. 1992; Lecompte 1995; Lecompte e.a. 1996) bij het reduceren van heropnames op afdelingen van schizofrene patiënten.

## Methodologie

Een groep van 64 schizofrene patiënten werd at random verdeeld over een groep ( $n = 32$ ) die tijdens de indexopname het therapeutisch programma afwerkte, en een controlegroep ( $n = 32$ ). Bij de verdeling werd rekening gehouden met leeftijd, geslacht, vroegere duur van opnames, niveau van psychopathologische afwijking, ziekteduur en diagnose.

De directe kosten (opname, consulten, medicatie) tot één jaar na de

indexopname werden vergeleken. Deze gegevens werden ter beschikking gesteld door de financiële dienst van het ziekenhuis. De absolute cijfers omvatten de totale uitgaven van de directe kosten. De kosten voor de patiënt werden afzonderlijk berekend. Hier gaat het om het verschil tussen de absolute directe kosten en de kosten terugbetaald door de ziekteverzekering.

De inclusiecriteria bestonden uit: een diagnose van schizofrenie met inbegrip van de schizo-affectieve stoornis volgens de DSM-IV-classificatie (American Psychiatric Association 1995); een minimum van twee eerdere opnames, de indexopname niet inbegrepen, te wijten aan het stopzetten van de inname van de voorgeschreven antipsychotische medicatie; een scoreverbetering van ten minste 50% op de Brief Psychiatric Rating Scale (Overall e.a. 1962) ten opzichte van de score bij opname, en een score van ten minste 50% op de zelfbeoordelingschaal Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (McEvoy e.a. 1989) vooraleer het cognitief-gedragstherapeutisch programma werd gestart; en de aanwezigheid in de omgeving van patiënt van ten minste één gezinslid. In de controlegroep werd het therapeutisch programma, voor een vergelijkbare tijdsduur, vervangen door individuele gesprekssessies over algemene onderwerpen.

Tijdens de indexopname kregen alle patiënten individueel aangepaste orale neuroleptische behandeling. Het cognitief-gedragstherapeutisch programma is grotendeels geïnspireerd op de in de recente literatuur beschreven programma's ter bevordering van de medicamenteuze therapietrouw (Berkowitz e.a. 1984; Falloon e.a. 1984; Tarrier e.a. 1986; Liberman 1988; Henselmans 1989).

Het hier toegepaste cognitief-gedragstherapeutisch programma bestaat uit vijf onderdelen (Lecompte e.a. 1992; Lecompte 1995):

1. *Psycho-educatie:*

Dit gedeelte bestaat uit twee à drie videosessies met een individueel gezin (videocassette 'Schizofrenie', Lecompte 1989). Hierbij wordt aan de gezinsleden informatie gegeven over de ziekte, het ziekteverloop en de behandeling. Na elke sessie wordt een gesprek op gang gebracht over de gedemonstreerde informatie. De mogelijkheid wordt geboden om persoonlijke ervaringen mee te delen en uitleg te vragen. Tevens wordt een brochure meegegeven waarin de voornaamste informatie nog eens op didactische wijze uiteen wordt gezet (Van Meer 1986).

2. *Perceptie- en attitudestrategieën:*

De perceptiestrategie leert de patiënt ziektekenen vroegtijdig te herkennen, zoals prodromale symptomen, psychotische klachten en medicamenteuze neveneffecten. De meeste betrokkenen hebben bijvoorbeeld besef van een prodromale periode waarin symptomen optreden zoals slaapstoornissen, depressieve gevoelens en spanning (Herz e.a. 1980). De attitudestrategie leert wat de pa-

tiënt kan doen als de ziekte-tekens optreden. Hierbij maakt men gebruik van de ervaringen die patiënten reeds hebben gehad in het verleden. De gesprekken zijn zo gestructureerd dat ze berusten op het algemeen concept van de probleemoplossing (Lieberman 1988): omschrijven van het probleem, mogelijkheden zoeken om het op te lossen, voor- en nadelen afwegen van de verschillende oplossingen, een keuze maken, het tot uitvoer brengen van de gekozen oplossing en het anticiperen op de potentiële moeilijkheden bij de uitvoer ervan.

3. *Gedragstherapeutische controlestrategieën:*

Deze strategieën omvatten meestal relatief eenvoudige interventies, die vooral gebaseerd zijn op de operante leertheoretische principes (Falloon e.a. 1984). Deze kunnen uiteenlopende vormen aannemen. Bijvoorbeeld het positief bekrachtigen van een correcte medicatie-inname; de verstrooide of vergeetachtige patiënt aan zijn medicatie-inname herinneren; de medicatie-inname contingent maken aan een vaste of aangename activiteit zoals slapen of een maaltijd nemen.

4. *Cognitieve herstructurering:*

Hier wordt vooral ingegaan op de misvattingen van patiënten in verband met de ziekte zelf of de aard en de duur van de behandeling. Voor veel patiënten is het bijvoorbeeld niet duidelijk dat zij lijden aan een chronische aandoening. Zij stellen een ontslag uit het ziekenhuis of een asymptomatische periode veelal gelijk met een genezing. Soms gebeurt het ook dat gezinsleden hopen op een miraculeus medicament of een definitieve genezing.

5. *Gezinsgesprekken:*

Buiten de informatieve gesprekken wordt het gezin zoveel mogelijk betrokken bij de therapeutische aanpak van het probleemgedrag. De nadruk wordt dan gelegd op thema's zoals de weigering van de patiënt om medicatie in te nemen, de hantering van een crisissituatie en het oplossen van een psychotische relapse.

Na een grondige evaluatie van het probleemgedrag van patiënt werd een individueel behandelplan opgesteld. Het gemiddeld aantal sessies per patiënt bedroeg 7,4.

## Resultaten

De studiegroep bestond uit 72% mannen, vergeleken met 65% in de controlegroep. De gemiddelde leeftijd was respectievelijk 36,4 jaar en 34,3 jaar. De gemiddelde ziekteduur bedroeg 9,7 en 8,5 jaar. De opname-duur tijdens de indexopname bedroeg respectievelijk 58,4 en 61,7 dagen. De gemiddelde BPRS-score voor behandeling was 42,6 voor de studiegroep en 40,3 voor de controlegroep. Het gemiddeld aantal opna-

medagen één jaar voor de indexopname en één jaar na de indexopname bedroeg

respectievelijk 53,3 en 30,2 dagen ( $p < 0,01$ ). Voor de controlegroep waren deze cijfers respectievelijk 48,9 en 43,4 dagen (niet significant).

De verdeling van de directe psychiatrische kosten in absolute cijfers (totale uitgaven) was 91% voor de opname, 5% voor de ambulante behandelingen en 4% voor de medicatie. De kosten voor de patiënten bedroegen respectievelijk 78%, 10% en 12%. De gemiddelde uitgaven van de ambulante behandelingen en medicatie na één jaar lagen hoger voor de studiegroep in vergelijking met de controlegroep (verschil van 39%). Daartegenover lagen de gemiddelde uitgaven van de opnames voor de controlegroep na één jaar hoger dan voor de studiegroep (verschil van 30%). In totaal vertoonde de controlegroep absoluut 23% extra kosten in vergelijking met de studiegroep.

### Discussie en besluit

In de literatuur worden uiteenlopende vormen van psychotherapie, voornamelijk met cognitief-gedragstherapeutische signatuur, voorgesteld om de medicamenteuze therapietrouw van schizofrene patiënten te bevorderen (Lecompte 1995). Globaal genomen zouden de therapeutische resultaten van de verschillende behandelingsprogramma's met elkaar vergelijkbaar zijn (Goldstein 1995).

Zoals Leff (1994) voorstelt, dient de psychotherapeutische benadering te voldoen aan enkele minimale eisen, met name de beschikbaarheid van professionele hulp voor gezinnen in crisis, het beschouwen van de 'significant others' als therapeutische bondgenoten en niet als therapeutische doelwitten, het inzien dat psycho-educatie op zich onvoldoende is, en het instellen van interventies op langere termijn.

Het is algemeen bekend dat de evaluatie van psychotherapie onder gecontroleerde condities moeilijk en vaak controversieel is. Ondanks dit euvel werd gebruikgemaakt van een bij benadering 'placebo'-psychotherapie in de controlegroep. Deze werd verzekerd door een onafhankelijke therapeut, die totaal buiten de therapiegroep functioneerde en de opdracht kreeg niet-directief, niet-interventionistisch en ondersteunend te werken.

Onder gecontroleerde condities was het niet altijd gemakkelijk deze patiëntengroep te bestuderen. Zowel de zware psychopathologie waaraan de patiënten leden, als het bijwijken onvoorspelbaar en negativistische gedrag, konden de evaluatie en het therapieverloop op ernstige wijze verstoren. Ongeveer één op drie geselecteerde patiënten maakte het therapeutisch programma niet af. Ofwel wegens het voortijdig opzeggen van de bereidwilligheid om er verder aan deel te nemen, omwille van een voortijdig geëist ontslag, ofwel omwille van een weigering van medicatie-inname. De drop-outs bleken echter niet signi-

ficant verschillend voor wat betreft de ernst van psychopathologie en de interesse van de 'significant others'.

Alhoewel het therapeutisch programma bij de drop-outs moeilijk was in te stellen, bleek therapie via cognitieve herstructurering soms heilzaam. Sommige drop-outs herzagen hun mening over medicatie of lieten hun overtuiging varen dat volledige genezing intreedt na het bedwingen van de acute psychotisch episode.

De keuze van de studieparameter, namelijk de opnameduur, is niet vrij van enige methodologische zwakheid, omdat deze wellicht slechts een indirecte factor is van medicamenteuze therapietrouw. De beslissing zelf aangaande opname of ontslag werd telkens genomen door artsen die totaal onafhankelijk van de studie stonden.

De resultaten van de studie, één jaar na de indexopname, vertonen een significante afname van het aantal opnamedagen in vergelijking met het jaar dat voorafging aan de indexopname. Ook andere punten van vooruitgang konden worden vastgesteld. Zo bleek dat deze patiënten en hun gezinsleden, zoals reeds aangetoond door Cozolino e.a. (1988), een grotere verantwoordelijkheidszin aan de dag legden aangaande hun behandeling, de therapietrouw beter respecteerden, de afspraken stipter naleefden en de nieuwe psychotische periodes vlugger signaleerden.

Wat betreft de financiële resultaten toont de huidige studie aan dat er, één jaar na de indexopname, een duidelijke kostenbesparing bestaat in het voordeel van het cognitief-gedragstherapeutisch programma, dat bijna uitsluitend voor rekening komt van de kortere opnameduur. De verdeling van de absolute kosten komt in grote mate overeen met de resultaten van Thys e.a. (1996).

Uit bovenstaande bevindingen kan men besluiten dat een geselecteerde groep van schizofrene therapie-ontrouwe patiënten baat vindt bij dit cognitief-gedragstherapeutisch programma. Omdat het kostenbesparend effect niet onaanzienlijk is, kan worden gesteld dat het financieel lonend is om tijd en energie te investeren in de psychotherapeutische benadering van dit probleemgedrag.

## Literatuur

- American Psychiatric Association (1995), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington.
- Berkowitz, R., R. Eberlein-Vries, L. Kuipers e.a. (1984), Educating relatives about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 418-429.
- Cozolino, L.J., M.J. Goldstein, K.H. Nuechterlein e.a. (1988), The impact of education about schizophrenia on relatives varying in expressed emotion. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 675-687.
- Falloon, I.R., J.L. Boyd en C.W. McGill (1984), *Family care of schizophrenia: a problem solving approach to mental illness*. The Guilford Press, New York.
- Goldstein, M.J. (1995), Psychoeducation and relapse prevention. *International Clinical Psychopharmacology*, suppl. 5, 59-69.

- Henselmans, H. (1989), Psycho-educatie in de individuele begeleiding van patiënten met schizofrene stoornissen. *Directieve Therapie*, 9, 292-305.
- Herz, M.I., en C. Melville (1980), Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137, 801-805.
- Kissling, W. (1994), Compliance, quality assurance and standards for relapse prevention in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 382, 16-24.
- Lecompte, D. (1989), *Psycho-educatieve videocassette voor patiënten en gezinnen: 'Schizofrenie'*. Universitair Ziekenhuis Brugmann, Brussel.
- Lecompte, D. (1995), Drug compliance and cognitive-behavioral therapy in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Belgica*, 95, 91-100.
- Lecompte, D., en I. Pelc (1992), Een gedragstherapeutische aanpak van medikamenteuze therapie-ontrouw bij schizofrene patiënten. *Gedragstherapie*, 25, 253-267.
- Lecompte, D., en I. Pelc (1996), A cognitive-behavioral programme to improve compliance with medication in patients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 25, 51-56.
- Leff, J. (1994), Stress reduction in the social environment of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl. 384, 133-139.
- Liberman, R.P. (1988), Social skills training. In: R.P. Liberman (red.), *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. American Psychiatric Press Inc., Washington, p. 147-198.
- McEvoy, J., L. Apperson, P. Appelbaum e.a. (1989), Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47.
- Meer, R. van (1985), *Folder 'Schizofrenie: informatie voor familieleden en betrokkenen'*. Uitgegeven door Lundbeck en de Stichting Ypsilon, Rotterdam.
- Overall, J., en D. Gorham (1962), The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Tarrier, N., en C. Barrowclough (1986), Providing information to relatives about schizophrenia: some comments. *British Journal of Psychiatry*, 149, 458-463.
- Thys, E., M. De Hert, J. Peuskens e.a. (1996), Treatment costs of schizophrenic patients in Belgium. *ECNP-poster*, Amsterdam.

### Summary: Impact of individual cognitive-behavioral treatment on the direct psychiatric cost-effectiveness for non compliant schizophrenics

The direct psychiatric costs, one year after the index-admission, of a group of non compliant schizophrenics, who received a cognitive-behavioral treatment, was compared with that of a control group. The results show a significant cost reduction in the treatment group.

---

De auteur is psychiater en geassocieerd dienstchef, verbonden aan de Dienst voor Psychiatrie van de Universitaire Verpleeginstelling Brugmann, A. Van Gehuchtenplein 4, 1020 Brussel, België.