

Kinderpsychiatrie: beperkt onderzoek, aanwijzingen voor substantiële baten

R.M. VERMEIREN, J. VAN DER MEER

- ACHTERGROND** Onderzoek naar de kosten-batenverhouding van kinderpsychiatrische behandelingen is beperkt. Deels omdat dit een nieuw veld betreft, deels omdat dergelijk onderzoek op dit vlak verre van eenvoudig is.
- DOEL** Overzicht bieden van onderzoek naar de kosten-batenverhouding van kinderpsychiatrische behandelingen.
- METHODE** Bespreken van een selectie van artikelen die ingaan op de omvang en de kosten van stoornissen bij kinderen, de complexiteit van kosteneffectiviteitsonderzoek in de kinderpsychiatrie en de baten van behandeling.
- RESULTATEN** Het weinige onderzoek toont dat behandeling van kinderpsychiatrische stoornissen kosteneffectief is en meerwaarde oplevert voor zowel kind, gezin als de gehele maatschappij. Bevindingen moeten worden gezien in het licht van tekortkomingen in het onderzoek.
- CONCLUSIE** Hoewel het huidige onderzoek kosteneffectiviteit aantoont, is meer en vooral onderzoek over langere termijn nodig.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 728-732

TREFWOORDEN kinderpsychiatrie, kosteneffectiviteit



Kosten-batenanalyses van kinderpsychiatrische behandeling zijn thans schaars. Dat pas recent grote nadruk is komen te liggen op kosteneffectiviteit is hiervoor geenszins de enige reden. Het meten wat een niet behandelde stoornis kost en wat een behandeling hieraan verandert in termen van kosten is uitermate complex, omdat baten pas op de langere termijn te zien zijn. Het valt moeilijk in te schatten hoe een kind zich ontwikkeld zou hebben als er geen behandeling had plaatsgevonden.

In deze bijdrage gaan we in op het voorkomen en de impact van stoornissen bij kinderen, de complexiteit van het onderzoek naar kosteneffectiviteit van kinderpsychiatrische behandeling en tot slot zullen we kort enkele onderzoeken bespreken. Gezien de beperkte ruimte hebben we ervoor gekozen slechts een beperkt aantal vooral recente studies te bespreken. Dit artikel is dus geenszins een systematische review, maar veeleer een reflectie op een greep uit de literatuur.

Voorkomen en kosten van kinderpsychiatrische stoornissen

Een aanzienlijk deel van alle kinderen, naar schatting 14%, vertoont ooit een psychiatrische stoornis (Verhulst e.a. 1997), van wie de helft in ernstige mate. Het betreft hier stoornissen die kinderen belemmeren in hun functioneren. Zonder behandeling ervaren ze negatieve gevolgen op de langere termijn. Niet zelden zijn dergelijke kinderpsychiatrische stoornissen een voorbode van langdurige problemen. Maar liefst 50 tot 74% van alle psychische aandoeningen bij volwassenen is begonnen in de kindertijd (Kim-Cohen e.a. 2003). Willen we de langetermijngevolgen voor hun functioneren bijsturen en hun latere arbeidsproductiviteit verbeteren, dan is een tijdige gepaste aanpak nodig.

In Groot-Brittannië werd berekend dat een slechte psychische gezondheid het land £ 105 miljard per jaar kost. Naar verwachting neemt dit verder toe, onder andere omdat

naar schatting slechts 25% van de kinderen in de leeftijd van 5 tot 16 jaar met een psychische stoornis een passende behandeling ontvangt (The Mental Health Policy Group 2015). De additionele kosten van psychische problemen bij kinderen tussen 5 en 15 jaar voor directe zorg, sociale ondersteuning en school werden in 2008 berekend op £ 1,67 miljard (Snell e.a. 2013). Een groot deel van deze kosten zou door vroege herkenning en behandeling te vermijden zijn.

Voor specifieke stoornissen zijn de kosten per persoon berekend, zoals voor de normoverschrijdende gedragsstoornis. Op 28-jarige leeftijd bleken de kosten per persoon met gedragsstoornis 10 keer zo hoog als bij mensen zonder gedragsstoornis en 3,5 keer zo hoog als bij degenen met enkel lichtere gedragsproblemen (Scott e.a. 2001). Gemiddeld kostten de gevolgen van het hebben van een gedragsstoornis dan ruim £ 70.000. Criminaliteit (enkel directe justitiekosten, niet gevolgen voor slachtoffers) vormde veruit de grootste kostenpost, gevolgd door speciaal onderwijs, pleegzorg en residentiële voorzieningen, en sociale steun; de kosten voor gezondheidszorg waren relatief laag.

De kosten en baten bij kinderen

In de kinderpsychiatrie kan men meerdere typen kosten en baten onderscheiden (Hakkaart-van Roijen e.a. 2010; Pomp e.a. 2014):

- *Kosten*. Directe kosten zoals kosten voor diagnosestelling, consult met de psychiater en reiskosten naar de zorginstelling, en indirecte kosten zoals eventuele somatische gevolgen van de stoornis, bijvoorbeeld ongelukken bij hyperactieve kinderen, of de meeruitgaven door speciaal onderwijs. Niet gezondheidgerelateerde kosten zijn het minder of niet kunnen werken van ouders, criminaliteit of latere afhankelijkheid van sociale voorzieningen door het niet halen van een diploma.

- *Baten*. Directe baten van de zorg betreffen: een afname in zorgkosten, bijvoorbeeld het vermijden van een zwaardere behandeling zoals een opname, indirecte baten zijn het halen van een diploma en daardoor een toename in (arbeids)productiviteit. Omdat kinderen nog een volledig werkend leven voor de boeg hebben, kunnen deze substantieel zijn. Ook het voorkomen van bijkomende gezondheidskosten valt hieronder.

Een nog veel moeilijker discussie betreft het selecteren welke baten we vooropstellen. Stel dat aangetoond wordt dat het opnemen van een kind rendeert omdat de ouders dan in staat zijn te blijven werken. Een inkoper van een grote zorgverzekeraar die we dit voorlegden, bevestigde dat dit een reden zou kunnen zijn om de ambulantisering van zorg ter discussie te stellen. Een bijzondere stellingname die de complexiteit van de discussie illustreert.

Dat ouders kunnen blijven werken, is uiteraard geenszins

AUTEURS

ROBERT VERMEIREN, hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Curium LUMC, afd. Kinderpsychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum, en hoogleraar Forensische kinder- en jeugdpsychiatrie, afd. Kinderpsychiatrie, VU medisch centrum, Amsterdam.

JOLANDA VAN DER MEER, neuropsycholoog en senior beleidsmedewerker, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Robert Vermeiren, Curium-LUMC,
Endegeesterstraatweg 27, 2342 AK Oegstgeest.
E-mail: r.r.j.m.vermeiren@curium.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-4-2016.

het enige en doorslaggevende criterium om de opname van een kind te overwegen. De kortetermijnbaat weegt mogelijk niet op tegen de baten op de lange termijn. We gaan ervan uit dat de ontwikkeling van een kind het best kan geschieden in het thuismilieu, omdat hechting met vertrouwde derden een basis legt voor latere relaties. Thuis verblijven verhoogt bovendien de kans op het behalen van een schooldiploma met vervolgens een verhoogde arbeidsproductiviteit als volwassene.

De complexiteit heeft als gevolg dat er maar weinig deugdelijk langetermijnonderzoek is verricht waarin alle relevante directe en indirecte kosten en baten zijn meegenomen. Zo beschreef Beecham (2014) in een review dat er voor het gehele veld van de kinderpsychiatrie maar 14 artikelen werden gevonden die een bredere scope hadden dan enkel gezondheidgerelateerde factoren. Bestaand onderzoek geeft ons dus slechts deels inzicht in dit vraagstuk.

De kosten-batendiscussie in de kinderpsychiatrie kent overduidelijk ook een ethisch dilemma. Het genoemde voorbeeld toont dat een door financiën gedreven kosten-batenafweging op gespannen voet kan komen te staan met wat het beste is voor het kind. De behandeling van ADHD is een ander tekenend voorbeeld. Als we op de korte termijn de behandeling kiezen met de gunstigste financiële kosten-batenbalans, dan geniet medicatie de voorkeur, want die is duidelijk goedkoper dan psychotherapie (Jensen e.a. 2005). Behandeling met medicatie heeft echter niet de voorkeur van veel ouders, en ook maatschappelijk is er een roep voor het bieden van gepaste zorg. Indien mogelijk, verkiezen we de op korte termijn aldus duurder gedragstherapeutische behandeling met ouders en kind.

Factoren die complexiteit verhogen

Tijdens het opgroeien van een kind verandert er sowieso spontaan enorm veel, wat het evalueren van de effectiviteit van een interventie bemoeilijkt. Drie typische kindgebonden factoren zijn: de ontwikkeling, de omgeving van vrienden en gezin, en het volwassen worden.

ONTWIKKELING EN FUNCTIONEREN

Een kind ontwikkelt zich spontaan op emotioneel, sociaal, gedragsmatig en cognitief vlak. Voor de puberteit is er sprake van een geleidelijke maturatie op alle vlakken. Vanaf de puberteit tot de volwassenheid loopt de ontwikkeling op de verschillende vlakken echter uiteen. Terwijl de cognitieve ontwikkeling geleidelijk groeit, is er tijdelijk sprake van een sociaal-emotionele discontinuïteit (Kaltiala-Heino & Eronen 2015). Dit loopt verschillend voor jongens en meisjes, omdat de puberteit bij meisjes eerder optreedt.

Het bijstellen van disfunctioneren is het doel van behandeling. Op jongere leeftijd worden echter heel andere verwachtingen gesteld aan het functioneren in het gezin, het omgaan met vriendjes, het hebben van hobby's en het schools functioneren dan op latere leeftijd. Dat maakt dat de meting van de uitkomst ook aan verandering onderhevig is. Omdat de spontane ontwikkeling individueel sterk varieert, zeker vanaf de puberteit, is het bovendien allesbehalve eenvoudig de kind-eigen verandering te onderscheiden van die van een behandeling.

Het gezin en vrienden

Een kinderpsychiatrische behandeling richt zich zelden louter op het kind of de jongere. Steeds zijn ouders of verzorgers een cruciale betrokken partij. Ook zonder betrokkenheid bij de behandeling zijn zij bepalend voor de uitkomst. Bij een kind met angst is het van wezenlijk belang dat ouders begrip hebben voor de problemen, maar tegelijk ook niet te veel meegaan in de vaak overweldigende emoties van hun kind. De modelfunctie van de ouders is cruciaal. Dat kinderen vaker dan vroeger in verschillende gezinnen wonen, door scheiding van de ouders, maakt dit extra complex.

Vanaf de puberteit worden vrienden een niet te onderschatten factor (Kaltiala-Heino & Eronen 2015). Jongeren zijn dan bij uitstek gevoelig voor de mening van hun leeftijdsgenoten. Niet zelden is dat bepalend voor de uitkomst van een behandeling, zeker in geval van gedragsstoornissen en middelenmisbruik. Ook bij condities zoals automutilatie en suïcidaliteit speelt de omgeving een niet te verwaarlozen rol, doordat het besmettingsgevaar op tienerleeftijd groot is. Tot slot mag in deze tijd het effect van het internet en de sociale media niet onderschat worden. Het bekendst op dit vlak zijn websites die anorexia nervosa promoten.

Volwassenheid

De opbrengst van een behandeling in de kinder- en jeugdpsychiatrie ligt grotendeels in de (verre) toekomst, nadat het kind volwassen geworden is. De overgang van minderjarigheid naar de volwassenheid is een majeure stap, waarbij iemand een geheel andere juridische status krijgt. Is iemand eenmaal 18 geworden, dan valt het gezag door de ouders weg en is een persoon veel meer op zichzelf aangewezen. We evalueren een eventueel kosteneffect dus niet enkel over een erg lange tijd, maar ook nog eens op uitkomsten die zich in een heel andere leeftijdsfase uiten.

De opbrengsten

Het meten van de baten van de behandeling van psychische stoornissen bij jongeren mag dan allesbehalve eenvoudig zijn, verschillende onderzoeken hebben inmiddels aangetoond dat behandeling wel degelijk (financieel) rendeert. Britse onderzoekers berekenden dat het matig tot sterk verbeteren van de psychische gezondheid van een psychiatrisch ziek kind gedurende de levensloop maar liefst £ 140.000 oplevert (Smith & Smith 2010). Op maatschappelijk niveau gemeten lijkt behandeling bovendien een duidelijk effect te hebben op het ervaren geluk van mensen. Het gemiddelde geluk correleert ($r = 0,28$) met de grootte van het ggz-aandeel in het totale gezondheidsbudget in ontwikkelde landen (Touburg & Veenhoven 2015). Anders gezegd: er lijkt een verband tussen het bieden van hulp op psychisch vlak en hoe goed mensen zich voelen. Inmiddels zijn er ook enkele systematische onderzoeken gepubliceerd, die de baten van het tijdig behandelen van specifieke psychische stoornissen kwantificeren. Zo blijkt uit het toonaangevende rapport van het Centre for Mental Health dat de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren zeer veel *value for money* oplevert. Enkele opvallende gerapporteerde kosten-batenverhoudingen voor bewezen effectieve behandelingen zijn:

- £ 1 investering levert £ 31 voor cognitieve gedragstherapie voor groepen kinderen met een angststoornis;
- £ 1 investering levert £ 22 voor agressieregulatietraining (ART) bij groepen kinderen met een normoverschrijdende gedragsstoornis (CD).

Daarnaast rapporteert het Centre for Mental Health ook minder lucratieve, maar nog altijd gunstige kosten-batenverhoudingen (in de orde van grootte van £ 1 investering: £ 2 rendement en £ 1 investering: £ 3 rendement) voor individuele therapieën en oudertrainingen. Dit laat zien dat behandeling niet alleen goed is voor de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren, maar dat ook ieder in deze behandelingen geïnvesteerd pond zich ruimschoots terugbetaalt.

Een voorbeeld zijn interventies voor gedragsstoornissen. Een recente cochrane-review (Furlong e.a. 2012) naar het

effect van groepsgerichte cognitieve-gedragstherapeutische programma's bij ouders toonde effect op opvoedvaardigheden en gedrag van kinderen, en daarnaast een positief effect op de psychische gezondheid van de ouders zelf. De conclusie was helder: de kosten van het programma (\$ 2500) kunnen gering worden genoemd in vergelijking met de langetermijnkosten van een gedragsstoornis op sociaal, schools, justitieel gebied en op gezondheidsvlak.

CONCLUSIE

Onderzoek naar de kosten-batenverhouding van kinderpsychiatrische behandelingen is beperkt, maar overtui-

gend. Hoewel meerdere factoren onderzoek op dit vlak compliceren, is inmiddels duidelijk aangetoond dat het tijdig behandelen van kinderen rendeert. Gezien de gevolgen van kinderpsychiatrische stoornissen op de lange termijn, is het waarschijnlijk dat het doorwerken van behandel-effecten naar de volwassenheid de balans duidelijk in het positieve doet overslaan. Om dat hard te maken, is echter nog veel meer en vooral veel grondiger langetermijnonderzoek aangewezen.

 Peter Dijkshoorn en Dung Ngo leverden een waardevolle bijdrage aan een eerdere versie van dit artikel.

LITERATUUR

- Beecham J. Annual Research Review: Child and adolescent mental health interventions: a review of progress in economic studies across different disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 2014; 55:6: 714-32.
- Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (Review). *Evid Based Child Health* 2012; 2: 318-692.
- Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Instituut voor Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam. In opdracht van het College voor Zorgverzekeringen 2010.
- Kaltiala-Heino R, Erronen M. Ethical issues in child and adolescent forensic psychiatry: a review. *J Forens Psychiatry Psychol* 2015; 26, 6: 759-80.
- Jensen PS, Garcia JA, Glied S, Crowe M, Foster M, Schlander M. Cost-effectiveness of ADHD treatments: findings from the multimodal treatment study of children with ADHD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1628-36.
- Khan L, Parsonage M, Stubbs J. Investing in child's mental health: a review on evidence of costs and benefits of increased service provision. Report of the Centre for Mental Health 2015.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 709-17.
- Pomp M, Schoemaker CG, Polder JJ. Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM; 2014.
- Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ* 2001; 323: 191.
- Smith JP, Smith GC. Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Soc Science Med* 2010; 71: 110-5.
- Snell T, Knapp M, Healey A, Guglani S, Evans-Lacko S, Fernandez J-L, e.a. Economic impact of childhood psychiatric disorder on public sector services in Britain: estimates from national survey data. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 977-85.
- The Mental Health Policy Group. Improving England's mental health: the first 100 days and beyond. 2015. <http://nhsconfed.org/resources/2015/05/the-first-100-days-and-beyond>
- Touburg G, Veenhoven R. Mental health care and average happiness: strong effect in developed nations. *Adm Policy Ment Health* 2015; 42: 394-404.
- Verhulst FC, van den Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 329-36.

SUMMARY

Child psychiatry: limited research, evidence for cost-effectiveness of treatment

R.M. VERMEIREN, J. VAN DER MEER

BACKGROUND Research into cost-effectiveness of treatment of child psychiatric disorders is extremely limited. There are two main reasons for this: it's a new field and the type of research required is intrinsically complicated.

AIM To review selected articles that reveal the prevalence of child psychiatric disorders, demonstrate the complexity of cost-efficiency research in child psychiatry and point to the possible benefits of appropriate treatment.

METHOD We provide an overview of a selected number of articles dealing with the prevalence of child psychiatric disorders and the costs involved, we stress the difficulty of assessing whether current treatment is cost-effective and we describe the possible benefits of treatment.

RESULTS However, the limited number of articles that we located do indicate that the treatment of children with psychiatric disorders is cost-effective. Not only does it benefit the child, it also eases the burden on the parents and on society as a whole. Findings need to be interpreted in the light of the limited scope and shortcomings of the research done so far.

CONCLUSION Although current research seems to be cost-effective, we stress the need for further investigations, particularly in the form of longer-term studies.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)10, 728-732

KEY WORDS child psychiatry, cost-effectiveness