

# Kortdurend onderzoek naar de kosten-effectiviteit van langdurige psychotherapie

J.J. VAN BUSSCHBACH, R. VERHEUL

**ACHTERGROND** De doelmatigheid ofwel de kosteneffectiviteit van langdurige psychotherapie is vooralsnog onbekend. Dit kan negatieve consequenties hebben, omdat kosteneffectiviteit in toenemende mate gebruikt wordt als criterium in vergoedingsbesluiten.

**DOEL** Nagaan welke stappen er genomen moeten worden om snel inzicht te krijgen in de kosten-effectiviteit van langdurige psychotherapie.

**METHODE** Het doelmatigheidsonderzoek wordt in vier stappen beschreven: het opzetten van een model, het schatten van de kosten, het waarderen van de effecten en het schatten van de effecten. Vervolgens wordt bekeken hoe dit onderzoek toegepast kan worden bij het concretiseren van de kosteneffectiviteit van langdurige psychotherapie.

**RESULTATEN** In tegenstelling tot klinisch onderzoek, ligt bij kosteneffectiviteitsonderzoek de nadruk niet zozeer op gerandomiseerd onderzoek binnen een sterk gecontroleerde testomgeving. Veeleer ligt de nadruk op valide schattingen van de echte kosten en effecten in de praktijk. Met behulp van (bestaand) naturalistisch onderzoek kunnen grote delen van het economische model ingevuld worden. In het verleden is deze strategie succesvol toegepast bij andere interventies. Toen bleek dat zelfs gedeeltelijk ingevulde economische modellen verrassende nieuwe inzichten kunnen geven bij beleidsvraagstukken. Gerandomiseerd onderzoek blijft natuurlijk wel wenselijk om de onderbouwing van de effectiviteit van langdurige psychotherapie verder te verstevigen.

**CONCLUSIE** Ook wanneer de uitkomsten van gerandomiseerd onderzoek (nog) niet bekend zijn, bieden naturalistische onderzoeken en de hiervan afgeleide economische modellen mogelijkheden om beleidsbeslissingen te ondersteunen. Op deze manier kan proactief worden omgegaan met maatschappelijke beoordeling van de doelmatigheid van langdurige psychotherapie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 10, 619-628]

**TREFWOORDEN** gezondheidseconomie, kosten, kosteneffectiviteitanalyses, psychotherapie

De uitkomsten van onderzoek naar de doelmatigheid van medische verrichtingen worden steeds belangrijker bij vergoedingsbesluiten. Daar waar deze gegevens ontbreken, wordt de maatschappelijke druk om op korte termijn de kosteneffectiviteit wetenschappelijk te onderbouwen steeds groter. In deze situatie bevindt zich langdurige psychotherapie (Gezondheids-

raad 2001; Ziekenfondsraad 1993). De vraag rijst dan hoe men op korte termijn de verhouding tussen kosten en baten beter kan schatten. Een complicerende factor is dat de werkzaamheid van langdurige psychotherapie onvoldoende is onderbouwd met gerandomiseerd onderzoek (met als uitzondering de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en chronische stemmingsstoor-

nissen; Gezondheidsraad 2001). Een aantoonbare werkzaamheid – effectiviteit – lijkt een logische voorwaarde voor het berekenen van de kosteneffectiviteit. Aangezien gerandomiseerd onderzoek bij langdurige psychotherapie per definitie langdurig is en omdat dergelijk kostbaar onderzoek nog maar mondjesmaat is opgezet, lijkt het op korte termijn inschatten van de kosteneffectiviteit van psychotherapie niet haalbaar. Maar is dat ook werkelijk zo?

De bovenstaande redenering staat of valt met de aanname dat kosteneffectiviteitonderzoek afhankelijk is van gerandomiseerd onderzoek. Dit is evenwel een foutieve aanname. De eerste grote Nederlandse gezondheidseconomische evaluaties hadden betrekking op de introductie van hart-, nier- en levertransplantaties. Bij geen van deze interventies is randomisering mogelijk en toch gelden deze onderzoeken als de iconen van het gezondheidseconomisch onderzoek in Nederland. Blijkbaar is randomisering geen absolute voorwaarde bij de inschatting van de kosteneffectiviteit. Dat komt omdat kosteneffectiviteitonderzoeken kwantitatieve modellen zijn, waarbij de schatter van de effectiviteit slechts een van de parameters is, naast economische en epidemiologische variabelen. Soms leveren deze andere variabelen al voldoende informatie op om beleidsbeslissingen te onderbouwen, dus nog voordat een ‘harde’ evidentie over het effect voorhanden is. Bijvoorbeeld, wanneer verondersteld mag worden dat de therapie niet slechter is dan het alternatief en het kostenonderzoek aantoont aan dat de nieuwe therapie goedkoper is; dan is het kosteneffectiviteitonderzoek al klaar. In dit artikel zullen de mogelijkheden van kosteneffectiviteitonderzoek worden beschreven in het licht van de behoefte aan beleidsrelevante informatie over de doelmatigheid van langdurige psychotherapie. Het doelmatigheidsonderzoek zal daarbij worden beschreven in vier stappen: het opzetten van een model, het schatten van de kosten, het waarderen van de effecten en het schatten van de effecten. Deze stappen worden eerst kort geïntroduceerd en later een voor een uitgewerkt.

## HET DOELMATIGHEIDSONDERZOEK IN VIER STAPPEN

**Model** De eerste stap in doelmatigheidsonderzoek is het modelleren van het zorgtraject van de patiënt. Hierbij worden de belangrijkste stappen in het zorgtraject benoemd en de overgangen beschreven. Een (stroom)model is uitgebeeld in figuur 1: de patiënt meldt zich bij de intake en krijgt een van drie verschillende therapieën, of wordt verwezen. Het alternatief is dat de patiënt geen therapie krijgt. In alle gevallen kan de patiënt genezen, de therapie afbreken, overlijden of geen herstel vertonen. In dat laatste geval kan de patiënt opnieuw instromen. De overgangen tussen de verschillende fases in het model zijn niet vast, maar gedefinieerd als ‘de kans op genezing’ en ‘de kans op therapiecontrouw’. Van belang is dat het model niet alleen de te evalueren interventie kan weergeven, maar ook het alternatief, bijvoorbeeld de oude behandeling of geen behandeling.

**Kosten** De tweede stap bij doelmatigheidsonderzoek is dat gekeken moet worden naar de kosten van de behandeling en de kosten van het alternatief. Daarnaast moet vastgesteld worden wat de kosten zijn van de gevolgen van de therapie. Bijvoorbeeld: wat zijn de kosten bij overlijden en wat kost de patiënt als er geen herstel optreedt. Dus bij de verschillende fases in het model worden steeds de bijbehorende kostprijzen gezocht. Bij deze berekening worden ook eventuele besparingen betrokken. Zo kunnen bij herstel andere zorgkosten verminderen, kan een patiënt weer aan het werk, of verminderen de kosten van criminaliteit. Dus bij de kostenpost van ‘herstel’ in figuur 1 kunnen ook baten verrekend worden. Het betrekken van kosten en baten elders in de maatschappij wordt het maatschappelijk perspectief genoemd. Dit is de formalisering van de gedachte dat de gezondheidszorg niet alleen geld kost, maar ook geld kan opleveren. Echter, niet alle baten van medische interventies laten zich gemakkelijk uitdrukken in geld. Daarom is ook een derde stap nodig waarin de maatschappelijke

waarde van de effecten wordt bepaald (zover die niet al uitgedrukt waren in geld, zoals bij besparingen elders in de zorg).

**Waardering van effecten** De derde stap bij doelmatigheidsonderzoek is dus het bepalen van de maatschappelijke waarden van de effecten. Die maatschappelijke waarden worden juist niet uitgedrukt in technische termen, zoals bloeddrukverlaging, diagnostische criteria voor depressie en SCL-90-scores (*Symptom Checklist*), maar in generieke termen, zoals levensduurverlenging en verhoging van de kwaliteit van leven. Veranderingen in technisch termen hebben weliswaar betekenis binnen het klinische veld, maar zijn vrijwel ongeschikt om de resultaten buiten dat veld duidelijk te maken. Bijvoorbeeld, wat moet de maatschappij belangrijker vinden: een bloeddrukverlaging van een paar millimeter kwikdruk of een verlaging van 10 punten op de SCL-90? Generieke uitkomstmaten, zoals overlevingsjaren en kwaliteit van leven maken dergelijke vergelijkingen wel mogelijk.

**Effectonderzoek** De vierde stap bij het doelmatigheidsonderzoek is een zo goed mogelijke schatting van de klinische effectiviteit. Met andere woorden: heeft langdurige psychotherapie een positief effect? Deze vierde stap sluit nauw aan bij normaal (experimenteel) klinisch onderzoek en vindt vaak, maar niet noodzakelijkerwijze, plaats via gerandomiseerd onderzoek. Dit onderzoek kan dan in het model van figuur 1 gebruikt worden om de verschillen in overgangskansen te motiveren. Bijvoorbeeld: wanneer therapie A wordt ingezet, kent 20% van de patiënten geen herstel, 5% overlijdt, 35% stopt met de therapie en 40% herstelt. Bij therapie B kent eveneens 20% van de patiënten geen herstel, en ook hier overlijdt 5%, maar veel minder patiënten stoppen, bijvoorbeeld maar 25%. In dat geval herstelt 50% van de patiënten in plaats van 40%. Effectonderzoek wordt dus gebruikt om verschillen in overgangskansen te meten en vervolgens te beschrijven in het model. Het model zet alle argumenten op een

rij en dwingt de discussianten een samenhangend betoog op te stellen. De aannamen die verborgen zitten in losse argumenten, zoals 'therapie A is goedkoper, want korter', kunnen nu precies worden gedetermineerd. Binnen het model van figuur 1 is zo'n uitspraak alleen geldig als bijvoorbeeld de kans op doorverwijzen gelijk zou zijn. Indien vermoed wordt dat dit niet het geval is, kan het model gebruikt worden om te kijken welke verandering in de kans op doorverwijzen kritiek is. Op deze manier tilt het model de discussie over de maatschappelijke waarde van een therapie naar een hoger plan. De beperkte waarde van zomaar een opmerking over de doelmatigheid wordt nu duidelijk, omdat te zien is dat de kosteneffectiviteit samenhangt met meerdere zaken. Met andere woorden, aannamen en uitgangspunten in de discussie worden expliciet.

Er zijn dus vier stappen nodig om de kosteneffectiviteit van langdurige psychotherapie in kaart te brengen. De indeling in model, kosten, waardering van effecten en effectonderzoek wordt doorgaans ook gehanteerd in de handboeken over kosteneffectiviteitonderzoek, maar verfijndere indelingen zijn ook mogelijk. Typisch is dat de volgorde van de stappen in de praktijk omgekeerd is aan de ideale route. Idealiter maakt men eerst een model. Vervolgens zoekt men met dit model de meest cruciale kostenplaatsen en effecten op. Daar wordt dan het vervolgonderzoek op gefocust. In de praktijk domineert meestal het klinischeffectonderzoek, en wordt het economische model gepositioneerd als een secundaire uitkomst. Het economische onderzoek lift als het ware mee met het klinischeffectonderzoek: een zogenaamde 'piggy-back study'. Daarom wordt het model meestal gebouwd rond de uitkomsten van het klinischeffectonderzoek.

In het geval van psychotherapie zijn er een beperkt aantal onderzoeken die de tweede stap (kosten) en de vierde stap (effecten) hebben onderzocht (Bateman & Fonagy 2000; Bower e.a. 2002; Gabbard e.a. 1997; Perry e.a. 1999). In geen van de gevallen, dus ook niet in het onderzoek van de

Gezondheidsraad uit 2001, worden echter de kosten en effecten als maatschappelijke uitkomsten gewogen en geïntegreerd in een economisch model. Wanneer een dergelijk model ontbreekt, is wel iets te zeggen over de kosten en effecten afzonderlijk, maar een integrale maatschappelijk afweging tussen kosten en baten is niet goed te maken. Hieronder zal verder worden ingegaan op hoe een onderzoek met een dergelijk integraal model er uit zou kunnen zien, waarbij wordt vastgehouden aan de hierboven beschreven vier stappen.

#### *Stap 1: Opzet van een economisch model*

In een gezondheidseconomisch model wordt het zorgtraject van de patiënt beschreven voor zowel de te onderzoeken interventie (bijvoorbeeld langdurige psychotherapie), als voor het alternatief (bijvoorbeeld een kortdurende gedragstherapie). Een dergelijk economisch model waarin kosten en effecten van de interventies worden beschreven, hoeft niet meteen uit perfecte schatters te zijn opgebouwd om toch waardevolle beleidsargumenten te genereren. Wanneer bijvoorbeeld de kosten van psychotherapie bekend zijn, kan een schatting worden gemaakt van de minimale effectgrootte waarbij psychotherapie kosteneffectief zou zijn. Wanneer een dergelijk effect onrealistisch groot zou moeten worden, kan vooraf al gesteld worden dat psychotherapie nooit kosteneffectief zou kunnen zijn.

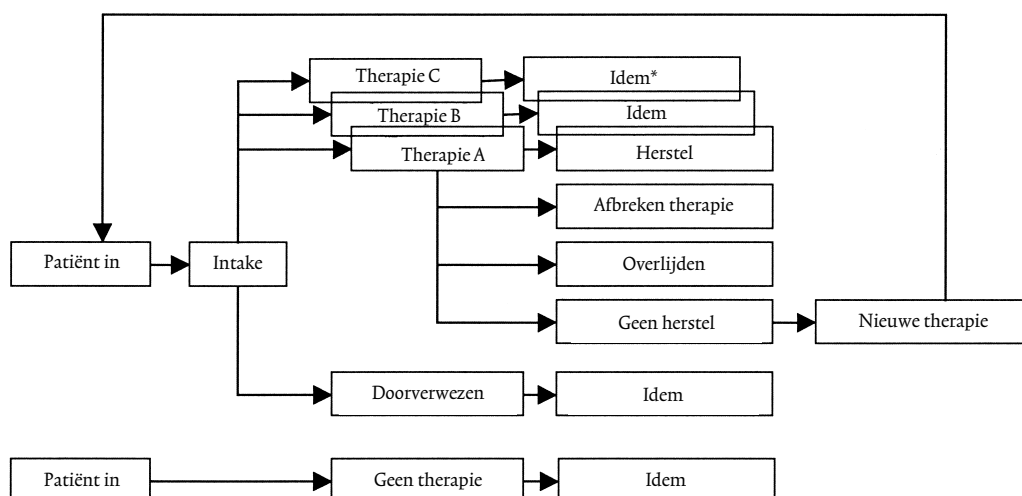
Een dergelijke redenering is onlangs gebruikt bij het opstellen van consensusrichtlijnen voor de behandelingen van specifieke lage rugklachten. Er werd vastgesteld dat geen van de bestaande therapieën een duidelijk gunstiger invloed had op het verloop van klachten dan begeleiding en activering door de huisarts. De effecten van additionele therapieën zijn dus hooguit een klein beetje beter dan begeleiding door de huisarts. Additionele therapieën kunnen dus alleen maar kosteneffectief zijn wanneer de kosten laag zijn. Daarmee vallen dure initiatieven zoals rug-scholen en ander intensieve therapieën buiten de boot (Roer e.a. 2003).

Het kan ook zijn dat het model aannemelijk maakt dat besparingen elders in of buiten de zorg de kosten van een behandeling (grotendeels) compenseren. Zo kunnen de justitiële kosten verminderen als een patiënt is opgenomen. Het opstellen van een economisch model is dus iets anders dan het uitvoeren van een gerandomiseerd onderzoek. In dergelijk onderzoek worden door het constant houden van de experimentele omgeving en door conventies (bijvoorbeeld een p-waarde van 0,05) absolute, dat wil zeggen ja/nee-uitspraken, mogelijk. Bij economische modellen staat niet het maken van absolute uitspraken centraal, maar gaat het erom een uitspraak te doen met een zo hoog mogelijke waarschijnlijkheid, gegeven de beschikbare informatie. Door alle argumenten en veronderstellingen in een model achter elkaar te zetten, wordt die meest waarschijnlijke uitkomst berekend. Men kan een model dan ook zien als een geformaliseerde discussie waarbij alle argumenten expliciet worden verwerkt. De mogelijkheid om argumenten door te rekenen is de kracht van het model in de discussie: individuele deelnemers aan het debat zijn zelden tot nooit in staat de consequenties van alle argumenten en aannamen tegelijk te overzien.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn al tal van deze economische modelonderzoeken uitgevoerd, meestal als onderdeel van farmaco-economische onderzoeken. Bekende voorbeelden zijn farmaco-economische onderzoeken voor de nieuwe antidepressiva en de nieuwe antipsychotica (Dardennes e.a. 1999; Knapp 2000). De hamvraag hierbij is steeds of de nieuwe duurdere antidepressiva en antipsychotica zich (gedeeltelijk) terugverdienen, bijvoorbeeld door vermindering van het aantal opnamedagen en ander zorggebruik.

Er kan gekozen worden voor verschillende soorten modellen. Een mogelijkheid is om het model de vorm te laten aannemen van een stroomdiagram, zoals gepresenteerd in figuur 1. Een ander voorbeeld is een model dat bestaat uit verschillende cycli met verschillende overgangskansen. Een dergelijke 'Markovketen' wordt vooral

FIGUUR 1 Een stroomdiagram als basis voor een economisch model



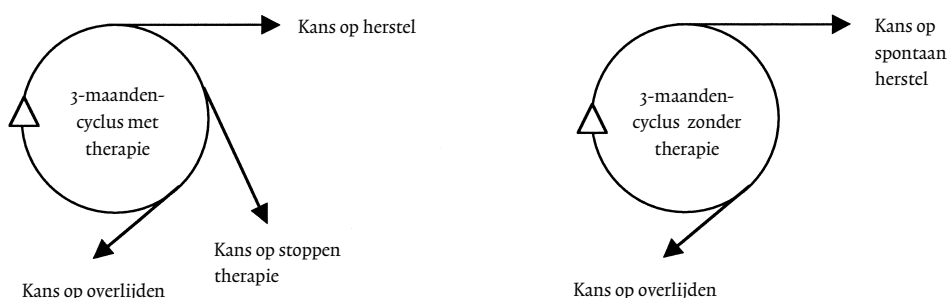
\* Idem betekent: zoals de opties 'herstel', 'afbreken therapie', 'overlijden' en 'geen herstel'

gebruikt wanneer de patiënt terugval kent, zoals bij nierdialyse/-transplantatie en schizofrenie. Het idee van een Markovmodel is gevisualiseerd in figuur 2.

Een bijzonder model is de toepassing van een regressiemodel binnen een kostendatabase, zoals een verzekeringsbestand. Het meest eenvoudige model beschrijft de toename in cumulatieve kosten gedurende de loop van de behandeling. Daarnaast is het mogelijk dat sommige patiënten meer kosten maken dan andere, bijvoorbeeld

omdat ze een iets andere diagnose hebben. In dat geval voorspelt de diagnose ook een deel van de variantie in de kosten. Ook kan het zijn dat vrouwen meer kosten maken dan mannen, ouderen meer dan jongeren, enzovoort. Wanneer van al deze effecten de regressiecoëfficiënten bekend zijn, kan gekeken worden of daarnaast (dus naast alle reeds voorspelde variantie) het type behandeling ook variatie in kosten voorspelt. Een nieuwe duurdere behandeling kan een positieve coëfficiënt krijgen (de behandeling kost meer), maar ook een negatieve. De som van alle extra kosten

FIGUUR 2 Markovcycli (met en zonder therapie)



van de behandelingen en de besparingen elders in het zorgtraject kan negatief zijn. In dat geval zouden dus de totale kosten dalen wanneer de oude behandeling wordt vervangen door de nieuwe.

Een bekend voorbeeld van een dergelijke uitkomst in de geestelijke gezondheidszorg had (opnieuw) betrekking op de introductie van nieuwe antidepressiva. Sclar e.a. (1994) vonden in hun verzekeringsdata dat de medicijnkosten van nieuwe antidepressiva weliswaar hoger waren, maar dat de totale patiëntenkosten waren gezakt. De verklaring daarvoor was dat de patiënten op oude medicijnen vaker terugval kenden en dus vaker met dure intramurale zorg in aanraking kwamen. Een saillant detail daarbij was dat dit niet was opgevallen bij het gerandomiseerde en geblindeerde klinische onderzoek. Dit is te verklaren doordat binnen gecontroleerd klinisch onderzoek de therapietrouw veel beter gegarandeerd wordt dan in de praktijk. In werkelijkheid echter blijkt de therapietrouw bij de oude medicijnen veel lager dan die bij de nieuwe medicijnen, omdat de nieuwe medicijnen minder bijwerkingen kennen (Lebowitz e.a. 1997). Hier voorspelt dus het economische model – gebaseerd op naturalistische data – de werkelijkheid beter dan het gerandomiseerde onderzoek.

## Stap 2: Kostenberekeningen

Bij het schatten van de kosten van de behandeling is het van belang een onderscheid te maken tussen de volumina en de kostprijzen. Volumina zijn bijvoorbeeld het aantal therapiesessies, het aantal opnamedagen en het aantal verzuimdagen. Kostprijzen zijn de monetaire waarderingen van deze effecten. Volumina worden doorgaans gemeten binnen een longitudinale setting. Dat kan binnen zowel een naturalistische als een gerandomiseerde onderzoeksopzet. Kostprijsonderzoek vindt doorgaans onafhankelijk daarvan plaats. De onderzoeker probeert bijvoorbeeld via de jaarrekening van de zorginstelling te achterhalen wat de kostprijs is van een behandel dag. Typerende kostprijzen bij langdurige psychothe-

rapie zijn: de prijs van een opnamedag in de verschillende zorgcentra, een ambulante behandel sessie, een intake, of de kosten van werkverzuim en justitiële kosten.

Kostprijsonderzoek kent zijn eigen methodologische discussiepunten. Zo is de monetaire waardering van verzuimdagen voor langdurige psychotherapie van belang. Er zijn twee stromingen: de *human-capital*-methode en de *frictiekosten*-methode. Bij de eerste methode worden de verzuimdagen gewogen met het brutoloon van de zieke. Bij de tweede methode wordt alleen gekeken naar de vervangingskosten van de zieke werknemer door een gezonde. Het kijken naar uitsluitend de vervangingskosten (de *frictie*) wordt gedaan met de gedachte dat de zieke vervangen kan worden door een werkloze. In die gedachtegang verwisselen de zieke en de werkloze slechts van plaats, waardoor er op maatschappelijk niveau eigenlijk geen sprake is van grote kosten. De *frictiekosten*-methode was een reactie op de *human-capital*-methode, omdat deze laatste zeer hoge kostenschattingen geeft bij volledige arbeidsongeschiktheid, zonder rekening te houden met substitutie-effecten (Brouwer & Koopmanschap 2000). De *frictiekosten*-methode wordt echter niet gezien als een volwaardig vervanger van de *human-capital*-methode, omdat zij andere belangrijke maatschappelijke consequenties, zoals de WAO-problematiek, geheel lijkt te negeren (Liljas 1998). Het een en ander maakt duidelijk waarom volume en kostprijs vaak gescheiden gepresenteerd worden in de verslaglegging. Wanneer bijvoorbeeld verzuimdagen gepresenteerd worden los van de monetaire weging, hoeft de interpretatie van de verschillen niet verstoord te worden door verschillen in het kostenperspectief.

Zowel bij volumeonderzoek als bij kostprijsonderzoek moet ervoor gewaakt worden dat er geen tijd verloren gaat aan onderzoek van minder belangrijke kostenposten. Kostenposten die niet vaak voorkomen en die een lage kostprijs kennen, verdienen minder tijd en aandacht dan kostenposten met een hoge kostprijs of een hoog volume. Ook kostenposten die niet differentiëren tussen

behandelingen kunnen buiten beschouwing worden gehouden. Voorbeelden zijn kleding en voedsel, maar ook een intakeprocedure kan een niet-differentiërende kostenpost zijn, omdat deze in alle gevallen plaatsvindt. Het kostenonderzoek kan ook als een apart onderzoek worden gepresenteerd, bijvoorbeeld als onderdeel van gestandaardiseerd kostenplaatsonderzoek binnen de gezondheidszorg. Een voorbeeld hiervan is de *Handleiding voor Kostenonderzoek* van Oostenbrink e.a. (2000), waarin voor verschillende zorgvormen richtlijnrijzen worden gegeven. Opname in dit handboek van kostprijzen van langdurige psychotherapie kan het doelmatigheidsonderzoek van psychotherapeutische behandelingen aanmerkelijk versnellen. Dergelijk kostprijsonderzoek is niet alleen van waarde voor kosteneffectiviteitsonderzoek, maar biedt ook als zelfstandige uitkomst vaak aanknopingspunten voor beleid. Een voorbeeld hiervan is het kostprijsonderzoek van de zorg van patiënten met de ziekte van Alzheimer. Uit dat onderzoek bleek dat informele zorg (zorg door partner, dochter, enz.) altijd goedkoper is dan opname, zelfs wanneer de informele verzorgers een marktconform loon werd toegerekend (Roer e.a. 2000).

### Stap 3: Waardering van de effecten

Het maatschappelijk waarderen van de effecten van langdurige psychotherapie vindt plaats door uitkomstvariabelen te kiezen die een maatschappelijk invoelbare waarde hebben. Hiermee worden uitkomstmaten bedoeld die betekenis hebben voor beleid en maatschappelijke debat. Een voorbeeld is een 'ziektevrij jaar' of het aantal dagen zonder depressie. Dergelijke uitkomstvariabelen vertegenwoordigen een beter invoelbare maatschappelijke waarde dan klinische variabelen zoals een 'te hoge bloeddruk', een 'te lage iksterkte' of een score op de SCL-90. Het afwegen van de kosten tegen dergelijke invoelbare effecten, bijvoorbeeld € 20.000,- per ziektevrij jaar, verschaft doorgaans al een verhelderend inzicht in de verhouding tussen maatschappe-

lijke kosten en de maatschappelijke baten.

Hoewel uitkomstmaten zoals ziektevrije jaren maatschappelijk vaak redelijk invoelbaar zijn, blijven het toch ziektespecifieke uitkomstmaten die onderling slecht vergelijkbaar zijn. Het is namelijk gemakkelijk voorstelbaar dat cardiovasculaire ziektevrije jaren een andere maatschappelijke waarde hebben dan jaren zonder psychopathologie. Als dat het geval is, dan zal de maatschappij de bijbehorende kosten waarschijnlijk ook anders waarderen. Het is daarom zaak bij kosteneffectiviteitsanalyses te streven naar uitkomstmaten die voor een breed scala van interventies toepasbaar zijn. Zo zijn 'gewonnen levensjaren' een veel gebruikte uitkomstmaat bij levensverlengende therapieën. Alle levensverlengende therapieën kunnen hiermee onderling vergeleken worden. Wanneer kwaliteit van leven een belangrijke uitkomstmaat is, zoals bij langdurige psychotherapie, dan wordt gebruikgemaakt van gestandaardiseerde kwaliteit-van-leven-instrumenten. De winst van kwaliteit van leven is gebonden aan de tijd dat deze genoten wordt en daarom in kosteneffectiviteitsanalyses doorgaans gekoppeld aan levensjaren (Quality Adjusted Life Years, QALY's). De kwaliteit-van-leven-component van deze QALY's wordt gemeten met speciale vragenlijsten, zoals de EuroQol EQ-5D (EuroQol Five dimensional quality of life questionnaire) en de HUI3 (Health Utility Index mark III). Deze lijsten koppelen gezondheidstoestanden aan kwaliteit-van-leven-gewichten. Een alternatief voor het gebruik van deze vragenlijsten is dat klinische uitkomsten apart worden gevalideerd voor het gebruik in QALY-analyses (Van Busschbach 2000).

Kwaliteit-van-leven-onderzoek waarbij gebruikgemaakt wordt van bovengenoemde vragenlijsten geven ook een interessant bijproduct. Deze onderzoeken geven een indruk van de ziektelast. Ziektelast is de belangrijkste component van het criterium 'noodzakelijke zorg', het eerste criterium van de 'Trechter van Dunning' (Poley e.a. 2002). Het gebruik van dit criterium is te herkennen in de discussie over de vermeende relatief goede gezondheid van patiënten die psychothe-

rapie krijgen voorgeschreven (zie bijvoorbeeld Van Dantzig 2002). Gestandaardiseerd kwaliteit-van-leven-onderzoek kan de op dit moment vrijblijvende argumentatie over de noodzakelijkheid van langdurige psychotherapie met data ondersteunen. Ook hier is dus voor het beantwoorden van beleidsrelevante onderzoeksvragen gerandomiseerd onderzoek niet altijd onmisbaar.

#### Stap 4: Effectiviteitsonderzoek

De effectiviteit van langdurige psychotherapie kan op twee manieren worden onderzocht: via gerandomiseerd onderzoek of via naturalistisch onderzoek. De keuze tussen de twee is een kwestie van de afweging tussen de zogenaamde interne en externe validiteit. Experimenteel gerandomiseerd onderzoek heeft een hoge interne validiteit: de causaliteit van een eventueel effect is nauwkeurig vast te stellen. Om deze reden heeft gerandomiseerd onderzoek vaak de voorkeur. Een nadeel is dat de gecontroleerde onderzoeksomstandigheden van gerandomiseerd onderzoek vaak weinig relatie hebben met de praktijk. Hierboven is al beschreven dat er een groot verschil kan zijn tussen de therapietrouw in een onderzoek en in de praktijk. Bij naturalistische onderzoeksmethoden is juist deze externe validiteit gemaximaliseerd omdat niet in het behandelproces wordt ingegrepen. Met behulp van statistische methoden kan de onderzoeker controleren voor storende invloeden en variabelen. Daarnaast is het zaak om kritisch te kijken of de resultaten passen in het klinisch-theoretische model of dat er ook andere plausibele verklaringen zijn. Wanneer deze alternatieve verklaringen erg voor de hand liggen, neemt de waarde van het onderzoeksresultaat natuurlijk af. De onderzoeker kan met behulp van statistische analyses en een kritische toetsing aan het theoretische model toch uitspraken doen over verschillen in effecten binnen een naturalistische onderzoeksopzet.

De afweging tussen interne en externe validiteit wordt beïnvloed door het perspectief van de onderzoeker. Zo zal een klinisch onderzoeker die

geïnteresseerd is in het werkingsmechanisme van de therapie een voorkeur hebben voor onderzoek met een hoge interne validiteit. Deze onderzoekers zullen dus het liefst kiezen voor gerandomiseerd onderzoek. Beleidsmakers en financiers van de gezondheidszorg zullen vooral geïnteresseerd zijn in de consequenties in de praktijk. Zij moeten immers in die praktijk een afweging maken tussen de kosten en de baten. Zij zijn dan ook eerder geneigd te kijken naar de uitslagen van naturalistisch onderzoek.

Voor (langdurige) psychotherapie hebben we slechts in beperkte mate beschikking over resultaten van gerandomiseerde onderzoeken. Nieuw gerandomiseerd onderzoek wordt slechts mondjesmaat opgezet. Er bestaat wel grootschalig naturalistisch onderzoek naar de behandelresultaten van psychotherapie. Voorbeelden van een dergelijk onderzoek zijn het Noordelijk Psychiatrisch Casusregister (Kooi e.a. 2000), het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam (Dieperink e.a. 2000), en het Standaard Evaluatie Project (STEP) dat zo'n vijftien centra voor psychotherapie uitvoeren in samenwerking met de Erasmus Universiteit en de Stichting Klinische Psychotherapie (2001).

#### CONCLUSIE

Voor beleidsrelevante uitspraken over de kosteneffectiviteit van langdurige psychotherapie is het niet noodzakelijk om te wachten tot gerandomiseerd onderzoek beschikbaar is. Gelimiteerde, maar wel voor beleid relevante uitspraken zijn al mogelijk indien een economisch model wordt opgesteld met de best mogelijke schattingen van de verschillende parameters. Zo kan de ziektelast van patiënten die behandeld worden met psychotherapie eenvoudig geschat worden en zo ook de directe kosten van langdurige psychotherapie. Met beperkt onderzoek moeten de schattingen van de kosten van langdurige psychotherapie toch beter kunnen zijn dan de uitspraak: 'het zal wel duur zijn, want het is langdurig'. Die betere schattingen kunnen worden afgeleid uit kostenonderzoek en naturalistische onderzoeken.

Het initiëren van dit soort onderzoek ontslaat het veld natuurlijk niet van de verplichting om ook via gecontroleerde en eventueel gerandomiseerde onderzoeken een meer precieze schatting te maken van de effecten en het werkingsmechanisme van de therapie. Tot de tijd dat deze gegevens beschikbaar komen, bieden andere bronnen de best mogelijk informatie. Op deze manier kan proactief gereageerd worden op de te verwachten maatschappelijke ontwikkelingen bij de beoordeling van de doelmatigheid van interventies in het algemeen en van die van langdurige psychotherapie in het bijzonder.

#### LITERATUUR

- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-43.
- Bower, P., Rowland, N., Mellor, C., e.a. (2002). Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, CD001025.
- Brouwer, W., & Koopmanschap, M. (2000). Overige kosten binnen en buiten de gezondheidszorg. In M.P.M.H. Rutten-van Mölken, J.J. van Busschbach & F.F.H. Rutten (Red.), *Van Kosten tot Effecten: Een Handleiding voor Evaluatiestudies in de Gezondheidszorg* (pp. 43-61). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Busschbach, J.J., van. (2000). Waarderend Kwaliteit van Leven onderzoek. In M.P.M.H. Rutten-van Mölken, J.J. van Busschbach & F.F.H. Rutten (Red.), *Van Kosten tot Effecten: Een Handleiding voor Evaluatiestudies in de Gezondheidszorg* (pp. 77-91). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Dantzig, A., van. (2002). Gevoelsleven geen publieke zaak. (Brief). *PSY*, 6, 22.
- Dardennes, R., Berdeaux, G., Lafuma, A., e.a. (1999). Comparison of the cost-effectiveness of milnacipran (a SNRI) with TCAs and SSRIs: a modeling approach. *European Psychiatry* 14, 152-162.
- Dieperink, C.J., Wiersma, A.I., van der Kooij, M., e.a. (2000). Zorgtrajecten om een herstellingsoord. Effectmeting zorggebruik op basis van het Psychiatrisch Casusregister Rotterdam e.o. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 425-432.
- Gabbard, G.O., Lazar, S.G., Hornberger, J., e.a. (1997). The economic impact of psychotherapy: a review. *American Journal of Psychiatry*, 154, 147-155.
- Gezondheidsraad. (2001). Doelmatigheid van langdurige psychotherapie. Rapport Gezondheidsraad. Publicatienr. 2001/08.
- Knapp, M. (2000). Schizophrenia costs and treatment cost-effectiveness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl.), 15-8.
- Kooij, L., Sytema, S., Wiersma, D., e.a. (2000). GGz onder druk? Verkenning van de toenemende druk op GGz-voorzieningen met behulp van drie Nederlandse Psychiatrische Casusregisters. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 3, 223-230.
- Lebowitz, B.D., Pearson, J.L., Schneider, L.S., e.a. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA*, 278, 1186-1190.
- Liljas, B. (1998). How to calculate indirect costs in economic evaluations. *Pharmacoeconomics* (1 dl. 1), 1-7..
- Oostenbrink, J.B., Koopmanschap, M.A., & Rutten, F.F.H. (2000). Handleiding voor Kostenonderzoek. Methoden en Richtlijn-prijzen voor Economische Evaluaties in de Gezondheidszorg. Amstelveen: College van Zorgverzekeringen.
- Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Poley, M.J., Stolk, E.A., Brouwer, W.B.F., e.a. (2002). Ziektelast als uitwerking van het criterium 'noodzakelijkheid' bij het maken van keuzen in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 146, 2312-2315.
- Roer, N. van der, Goes, E.S., Blom, M., e.a. (2000). Een kostenmodel van de zorg voor dementerenden: thuiswonen versus opname. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 31, 55-62.
- Roer, N. van der, Tulder, M., Koes, B., e.a. (2003). Kosteneffectiviteit. In Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, *Richtlijn Specifieke lage rugklachten* (pp. 83-91). Utrecht: CBO.
- Sclar, D.A., Robison, L.M., Skaer, T.L., e.a. (1994). Antidepressant pharmacotherapy: economic outcomes in a health maintenance organization. *Clinical Therapeutics*, 16, 715-730.
- Stichting Klinische Psychotherapie. (2001). *Recente gegevens op basis van het standaard evaluatie project (STEP) 1997-2000. Terugblik op 25 jaar resultaatonderzoek. Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie*. Noordwijkerhout: Stichting Klinische Psychotherapie.
- Ziekenfondsraad. (1993). *Kosten-effectiviteitsanalyse bestaande verstrekkingen*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

AUTEURS

J.J. VAN BUSSCHBACH is psycholoog en werkt als onderzoeker bij het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong in Halsteren en bij de afdeling Medische Psychologie & Psychotherapie van het Erasmus MC te Rotterdam.

R. VERHEUL is psycholoog en werkt als onderzoeker bij het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren en is als bijzonder hoogleraar Klinische Psychologie verbonden aan de Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. J.J. van Busschbach, Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong', De Beeklaan 2, 4661 EP Halsteren. Telefoon: (0164) 632200.

E-mail: Jan.Busschbach@deviersprong.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-4-2003.

SUMMARY

Short-term studies for estimating the cost effectiveness of long-term psychotherapy – J.J. van Busschbach, R. Verheul –

**BACKGROUND** So far little is known about the cost effectiveness of long-term psychotherapy. Research into this matter is needed since cost effectiveness is being used increasingly as a criterion for determining to what extent psychotherapy costs should be reimbursed.

**AIM** In this article we describe possible ways in which the cost effectiveness of long-term psychotherapy can be assessed at an early stage of treatment.

**METHOD** The effectivity research is described in four steps: setting up a model, estimating the costs, evaluating the effects, and estimating the effects. Then we examine how this research can be used to substantiate the cost effectiveness of longterm psychotherapy.

**RESULTS** Whereas in clinical studies evidence is obtained largely from randomised trials, the emphasis in cost effectiveness studies is on estimating the real costs and effects on the basis of practice. For this reason results of (existing) naturalistic studies may in fact provide an adequate framework for the construction of economic models. In the past partial models of this kind have provided useful new policy information. Of course, randomised trials are needed too if the effectiveness of psychotherapy is to be firmly established.

**CONCLUSION** Even if the outcomes of randomised trials are not yet available, naturalistic studies and economic models based on these studies may provide adequate evidence to support current health policy. This means that we can now start dealing pro-actively with increasing societal demands for evidence of the cost effectiveness of psychotherapy.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 10, 619-628]

**KEY WORDS** costs, costs benefits analyses, health economics, psychotherapy