

Consultatie voor patiënten met persisterende depressie: een verkennende impactanalyse

A.T.F. Beekman, J. Spijker, R. Kok, M. Blom, Y.A.J. Stikkelbroek, H.J.R. Hoenders, M. van Bueren, C. Vinkers, J. Kamphuis

- Achtergrond** Consultatie is een efficiënte manier om specialistische kennis te delen, zonder dat behandeling overgenomen hoeft te worden.
- Doel** Onderzoeken wat de effecten zouden kunnen zijn van een landelijk consultatienetwerk voor patiënten die in de specialistische ggz worden behandeld vanwege een persistente depressie.
- Methode** Verkennende impactanalyse, waarbij we bestaande gegevens over patiënten die langer dan twee jaar in de ggz werden behandeld met een depressie als hoofddiagnose gebruikten om de effecten van consultatie te modelleren. We verrichtten gevoeligheidsanalyses om de effecten van variatie in geschatte parameters te toetsen.
- Resultaten** In alle scenario's bleek dat het systematisch gebruik van consultatie gezondheidswinst zou opleveren voor patiënten, terwijl tegelijkertijd kosten zouden worden bespaard. De kostenbesparing zou deels bestaan uit een daling van (directe) zorgkosten en deels uit economische baten ten gevolge van minder werkverzuim. In alle scenario's zou consultatie substantiële effecten hebben op de duur van behandelingen, waardoor er behandelplekken zouden vrijkomen in de ggz.
- Conclusie** In gezondheidseconomische termen is specialistische consultatie een dominante interventie, omdat er gezondheidswinst wordt geboekt terwijl er kosten worden bespaard. Consultatie kan substantiële effecten hebben op de wachtlijsten in de ggz. Het landelijk netwerk depressie beoogt daarom om een landelijk consultatienetwerk op te zetten, zodat de logistiek, methodiek en de toegankelijkheid van consultatie verbeteren..

Consultatie tussen professionals in de gezondheidszorg kent vele vormen, variërend van informeel overleg binnen een behandelteam tot een geprotocolleerde *second opinion*. Uit onderzoek blijkt dat consultatie, mits goed georganiseerd, een kosteneffectieve manier is om specialistische kennis en kunde te delen.¹

Hoewel de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in Nederland relatief goed is georganiseerd in vergelijking met andere landen, kampen we met lange wachtlijsten en is de zorg sterk gefragmenteerd. Er zijn grote regionale verschillen in beschikbaarheid van personeel en specialistische behandelvormen. Binnen het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn er initiatieven om te zorgen dat patiënten, overal in Nederland, sneller passende zorg krijgen. Consultatie is één van de beloftevolle manieren om, zonder grote bestuurlijke operaties, te zorgen dat patiënten sneller passende zorg krijgen aangeboden. Consultatie kan ingezet worden in de eerste lijn, in het ziekenhuis, in verbinding met het sociaal domein, maar ook binnen de ggz. Binnen de psychiatrie is relatief veel onderzoek gedaan naar consultatie voor huisartsen en consultatie in het

ziekenhuis.¹⁻⁴ Psychiatrische consultatie aan de huisarts leidde tot betere gezondheidssuitkomsten, een verminderd gebruik van gezondheidszorg en substantieel minder gezondheidskosten.^{1,2} Systematisch gebruik van consultatie en scholing voor eerstelijnsmedewerkers leidde in Canada tot een verbeterde diagnostiek en behandeling van ggz-problemen in de eerste lijn en daarnaast tot 66% minder doorverwijzingen naar de specialistische ggz.⁵ De effecten van consultatie ten bate van het sociaal domein en ook de effecten van specialistische consultatie binnen de ggz zijn veel minder goed onderzocht.

Depressie is één van de meest voorkomende psychische aandoeningen (*common mental disorders*). Uit bevolkingsonderzoek blijkt dat bij ongeveer 20% van de mensen die een eerste depressieve episode doormaken deze een chronisch (langer dan 2 jaar) beloop heeft.⁶ Over de tijd cumuleert het aantal mensen met een dergelijke persisterende depressie. Volgens de NEMESIS III-studie hadden in 2020 naar schatting 441.700 mensen in Nederland een persisterende depressieve stoornis.⁷ De overgrote

meerderheid van deze mensen wordt verwezen naar de ggz voor behandeling. Er zijn veel behandelmogelijkheden waarvoor goed wetenschappelijk bewijs is, maar desondanks wordt lang niet iedereen beter.

Studies naar sequentiële behandeling laten zien dat ongeveer 30% van de patiënten met een depressie niet herstelt.⁸ Deze patiënten worden vaak langdurig en intensief behandeld, zonder uiteindelijk veel resultaat. Hun toestand is dusdanig zorgwekkend dat terugverwijzen naar de huisarts problematisch is. Voor de betrokken patiënten en hun naasten zijn de gevolgen groot, zowel op het gebied van kwaliteit van leven, hun dagelijks functioneren, als hun lichamelijke gezondheid en risico's op bijvoorbeeld suïcide. In de praktijk blijkt dat het vaak (te) lang duurt voordat er veranderingen worden aangebracht in een behandeling of de diagnostiek wordt herzien.

In recent onderzoek in dit tijdschrift onderscheidde Wingbermühle e.a. verschillende types consultatie, van lichte intensiteit (collegiaal advies op basis van anonieme casusbespreking) tot zware intensiteit (overname van behandeling).⁹

In dit artikel richten we ons op consultatie door experts bij topreferente ggz-afdelingen voor professionals elders in de ggz, specifiek voor patiënten met langer dan 2 jaar bestaande depressieve stoornissen. Meestal is er dan ook sprake van een mate van therapieresistentie. Consultatie kan dienen om de diagnostiek te herzien of om een lopende behandeling te reviseren.

Consultatie is onder de huidige omstandigheden al mogelijk, maar wordt maar weinig ingezet. Dit heeft te maken met: 1. wachtlijsten die het onaantrekkelijk maken om eigen personeel in te zetten voor consultatie aan anderen; 2 de financiering die heel ongunstig uitpakt voor consultatie; 3. de onduidelijkheid voor patiënten en verwijzers waar de consultatievraag neergelegd kan worden en 4. praktijkvariatie en gebrek aan gedeelde standaarden en logistiek voor consultatie onder consultatiegevers.

Het afgelopen jaar hebben de afdelingen Psychiatrie van UMC Groningen en Amsterdam UMC en de TOPGGZ-afdelingen voor depressie van ProPersona, Parnassia Groep, Lentis, GGZ inGeest en van GGZ Oost Brabant voor depressie bij kinderen en jeugd gewerkt aan een basis voor een landelijk consultatienetwerk, met als doel consultatie beter vindbaar en meer toegankelijk te maken voor patiënten en verwijzers. Beter gebruikmaken van consultatie leidt naar onze verwachting tot: 1. verbeteren van de kwaliteit van leven en het functioneren van de patiënt; 2. effectievere behandeling of eerder stoppen met een ineffectieve behandeling, waardoor er capaciteit vrijkomt in de ggz; en 3. kostenbesparing door een besparing van zorgkosten binnen de specialistisch ggz (sggz) en economische effecten buiten de ggz. Deze effecten hebben we getoetst in een verkennende impactanalyse, waarvan we de resultaten in dit artikel presenteren.

METHODE

Patiënten en data

We gebruikten landelijk beschikbare Vektis-data van patiënten die van ggz-zorg gebruikmaken om de impact van consultatie te modelleren.¹⁰ Daar waar geen data beschikbaar waren, schakelden we expertraadpleging in bij de deelnemende zeven depressieafdelingen.

Voor de analyses selecteerden we data van patiënten behandeld in de specialistische ggz, met een depressieve stoornis als hoofddiagnose, die langer dan 2 jaar in zorg waren. Hoewel consultatie ook al eerder geïndiceerd kan zijn, kozen we voor deze termijn omdat zowel de multidisciplinaire richtlijn als de Zorgstandaard Depressie een second opinion of behandeling bij een hoog-specialistische setting aanbeveelt als de klachten ondanks specialistische behandeling langer dan 2 jaar bestaan.^{11,12}

Hiermee onderschatten we waarschijnlijk het aantal patiënten voor wie consultatie zinvol zou kunnen zijn. De problematiek van deze patiënten is overwegend complex in de zin dat er meestal sprake is van multimorbiditeit, meervoudige psychosociale problematiek en therapieresistentie.

Uitkomstmaten waren: 1. Financiële effecten, zowel de veranderingen in directe kosten van de ggz als de indirecte financiële effecten doordat patiënten weer kunnen werken; 2. behandelcapaciteit binnen de ggz; 3. kwaliteit van leven voor patiënten; 4. maatschappelijke participatie.

Data-analyse

We voerden een economische evaluatie vanuit maatschappelijk perspectief uit. Deze maatschappelijke kosten-batenanalyse werd opgesteld op basis van literatuuronderzoek, interviews met experts, data-analyse van openbare bronnen en eigen modellering. Aantallen patiënten met bijbehorende sggz-kosten voor behandeling van depressie baseerden we op beschikbare Vektis-data. Vektis-data lieten zien dat in 2015 ongeveer 94.500 personen in de sggz werden behandeld met een depressie als hoofddiagnose.¹⁰ Geschat is dat 35% van hen een persistente (langer dan 2 jaar) depressie heeft.¹³ De zorgkosten voor deze 33.000 patiënten variëren, omdat zij een range aan zorgintensiteit ontvangen. Dit konden we op grond van de beschikbare cijfers niet verder preciseren. De zorg zal waarschijnlijk intensiever zijn dan gemiddeld, maar voor de impactanalyse gingen we – conservatief – uit van gemiddelde kosten. De jaarlijkse sggz-kosten van deze groep schatten we daarmee op 35% van de totale kosten voor depressiebehandelingen in de sggz (595 miljoen, bron Vektis 2019), komend op een bedrag van € 209 miljoen.¹⁴

De impact van de eenmalige consultatie na twee jaar werd gemodelleerd met een doorrekening van dit effect over 5 jaar tijd na de consultatie. Gemodelleerde effecten van consultatie vergeleken we met de bestaande

Tabel 1. Kosten van consultatie

	Discipline	Tijd (uren)	Tarief (per uur)	Kosten	Aandeel in totaal	Gemiddelde kosten	Totaal
Consultgever	Psychiater	4	€ 266	€ 1064	75%	€ 798	€ 1007
	Klinisch psycholoog	4	€ 209	€ 836	25%	€ 209	
Consultvrager	Psychiater	2	€ 266	€ 532	75%	€ 399	€ 504
	Klinisch psycholoog	2	€ 209	€ 418	25%	€ 105	
Totaal (afgerond)							€ 1500

Tabel 2. Zorgtrajecten na consultatie bij patiënten met persistente depressie in de ggz

4 zorgtrajecten na consultatie
A – andere sggz-behandeling De consultgever adviseert een behandeling cf. de richtlijn voor depressie die nog niet geprobeerd is. De behandeling wordt in de sggz voortgezet. <i>Meerwaarde: huidige niet-werkende sggz-behandeling wordt gestopt en een kansrijkere sggz-behandeling gestart.</i>
B – doorverwijzing naar hsggz De consultgever adviseert een hoogspecialistische behandeling. <i>Meerwaarde: huidige niet-werkende sggz-behandeling wordt gestopt, een kortere kansrijkere hoogspecialistische behandeling gestart.</i>
C – behandeling andere aandoening/problematiek De consultgever adviseert te stoppen met de huidige behandeling en om een andere aandoening of problematiek aan te pakken (bijv. verslaving of schulden). <i>Meerwaarde: huidige niet-werkende behandeling wordt gestopt, aandacht gaat naar een ander blokkerend probleem.</i>
D – herstelgericht i.p.v. curatief De consultgever adviseert om geen curatieve behandeling in te zetten, maar herstelgericht te begeleiden. <i>Meerwaarde: een niet-werkende behandeling wordt gestopt, aandacht gaat naar acceptatie en begeleiding van de persoon.</i>

zorgtrajecten uit Vektis van het cohort gebaseerd op de 2015-data. Deze horizon van 5 jaar bestreek een beperkt deel van de ziekteduur van patiënten met chronische en therapieresistente depressie. Hoewel dit een onderschatting opleverde van de geschatte effecten van consultatie, gaf een langere horizon te veel ruis en onzekerheid voor overtuigende resultaten. Op alle genoemde bedragen pasten we indexering naar 2023 toe op basis van CBS-prijnsindexgegevens, tenzij anders vermeld.¹⁵

Tabel 3. Parameters in gevoeligheidsanalyses

Parameters
Aantallen patiënten per zorgtraject
Percentage patiënten waarbij aanbevolen behandeling succesvol zou zijn
Aantal patiënten dat een ECT-behandeling nodig had
Begeleidingskosten van patiënten in groep D
Duur van de aanbevolen therapie
Aantal patiënten dat een andere ggz-behandeling nodig had in groep C

Kosten van consultatie

De uurtarieven die we gebruikten voor de berekening van de kosten van consultatie waren gebaseerd op de maximale NZa-tarieven 2024.¹⁶ Voor zowel consultvragers als -gevers hielden we een verdeling van 75% psychiater en 25% klinisch psycholoog aan. Zoals vermeld gingen we ervan uit dat dit de consultvrager 2 uur kostte en de consultgever 4 uur, waarmee de totale kosten van een consultatie per patiënt op 1500 euro kwamen (zie tabel 1).

Consultatie kan verschillende effecten hebben op het daaropvolgende zorgtraject van de patiënt. Op basis van de expertopinie onder de leden van het netwerk omschreven we vier varianten van het zorgtraject na consultatie (tabel 2).

In het basisscenario schatten we dat 30% van de patiënten in de zorgtrajecten A en B een goede respons zou bereiken in hun behandeling na consultatie. Voor groep C, de patiënten voor wie geadviseerd werd de behandelfocus op iets anders dan depressie te leggen, werd in dit scenario gerekend met 15% goede respons. Omdat er geen betrouwbare data waren om ons op te baseren schatten we deze parameters op basis van de kennis en ervaring van de experts uit het netwerk. Omdat zowel onder- als overschatting van de effecten

Tabel 4. Scenario's voor de effecten van consultatie bij patiënten met persisterende depressie

4 scenario's voor effect van hoogspecialistische consultatie bij hardnekkige depressie	
Basisscenario - A-B-C-D = 25%-25%-25%-25% - A en B: voor 30% van de patiënten is de behandeling succesvol - C: 50% vervolg binnen sggz, 50% vervolg sociaal domein - D: 100% herstelgericht	Pessimistisch scenario - A-B-C-D = 35%-35%-15%-15% - Groep B: langer hoogspecialistische therapie nodig: 8 ipv 4 maanden - Groep B: meer patiënten hebben ECT (of andere dure behandeling) nodig: 50% ipv 25%
Optimistisch scenario - A-B-C-D = 35%-15%-35%-15% - A en B: voor meer patiënten is de aangeraden behandeling succesvol: 50% ipv 30% - Groep B: minder patiënten hebben ECT (of andere dure behandeling) nodig: 15% ipv 25% - Groep D: lagere begeleidingskosten 5% van jaarlijkse sggz-kosten: 5% ipv 15%	Uiterst pessimistisch scenario - A-B-C-D = 35%-35%-15%-15% - A en B: voor minder patiënten is de aangeraden behandeling succesvol: 15% ipv 30% - Groep B: langer hoogspecialistische therapie nodig: 8 ipv 4 maanden - Groep B: meer patiënten hebben ECT (of andere dure behandeling) nodig: 50% ipv 25% - Groep C: meer patiënten hebben behandeling voor andere ggz-problematiek nodig: 80% ipv 50% - Groep D: hogere kosten voor herstelondersteunende zorg: 50% van de jaarlijkse sggz-kosten ipv 15%

veel impact zou hebben op de uiteindelijke resultaten van de studie namen we de succespercentages mee in de gevoeligheidsanalyses. Zodoende konden we testen wat de effecten zouden zijn als de percentages succesvolle behandeling na consultatie slechter of beter zouden zijn. De vier zorgtrajecten uit **tabel 2** gebruikten we voor de doorrekening van effecten op de directe ggz-kosten, de eventueel vrijkomende behandelcapaciteit en de effecten op kwaliteit van leven en maatschappelijke participatie. In het basisscenario namen we aan dat elk van de vervolgtrajecten evenveel voorkwam. Een aantal parameters die veel impact konden hebben op de uitkomsten schatten we op basis van expertopinie, te weten de verdeling van het aantal patiënten over de vervolgtrajecten, het percentage patiënten waarbij de voorgestelde behandeling aansloeg en het aantal patiënten dat een ECT-behandeling nodig had (zie **tabel 3** voor een compleet overzicht).

Om een indruk te krijgen van wat er zou gebeuren als deze parameters anders zouden uitpakken, verrichtten we drie gevoeligheidsanalyses: een uiterst pessimistisch, een pessimistisch en een optimistisch scenario (zie **tabel 4** voor aannames en parameters).

Voor de directe zorgkosten rekenden we met ggz-behandelkosten. Kosten voor somatische zorg waren onvoldoende beschikbaar om mee te kunnen nemen. Voor de kosten van consultatie werd een inschatting gemaakt voor de kosten van eenmalige consultatie waarbij de patiënt face-to-face gezien werd door de consultgever. We gingen ervan uit dat dit de consultvrager 2 uur kostte en de consultgever 4 uur. In de praktijk konden ook andere vormen van consultatie geboden worden, zoals deelname aan een multidisciplinair overleg (MDO), wat door de lagere tijdsbesteding minder duur zou zijn, en supervisie van behandeling, wat duurder zou uitpakken.

Daarmee kozen we hier voor de gemiddelde variant die in de praktijk het vaakst zou voorkomen. Het was onvoorspelbaar welke varianten van consultatie gebruikt zouden worden als consultatie systematisch beschikbaar zou komen. Daar waar er dit soort onduidelijkheid was, kozen we steeds voor gemiddelde tot conservatieve (ten nadele van consultatie) schattingen.

Het effect op de kwaliteit van leven voor de patiënt benaderden we door per traject te berekenen wat de impact zou zijn ten gevolge van minder ziektejaren c.q. beperkingen ten gevolge van ziekte, zoals verwacht na consultatie. In economische evaluaties wordt dit type effect uitgedrukt in *disability adjusted life years* (DALY's), een samengestelde maat voor gezonde levensjaren die verloren gaan door ziekte (ziektejaarequivalenten) of vroegtijdig overlijden (verloren levensjaren). Het RIVM heeft voor 59 aandoeningen, zowel somatische als psychiatrische, de DALY's berekend voor de Nederlandse situatie.¹⁷

Voor het effect op productiviteit of productiviteitsverlies keken we naar de kosten voor sociale uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid en naar het effect op de arbeidsproductiviteit van patiënten uit de doelgroep. Bij langdurige arbeidsongeschiktheid kan men in Nederland in aanmerking komen voor een uitkering op basis van de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Op basis van CBS-gegevens berekenden we de gemiddelde kosten van arbeidsongeschiktheid per arbeidsongeschikt persoon.^{18,19} In combinatie met gegevens over patiënten met een persistente depressie met een baan of die aangaven dat ze werkloos waren, maakten we een berekening voor de WIA-kosten bij de doelgroep in dit onderzoek.⁷ Voor de arbeidsproductiviteit gebruikten we TNO-gegevens van arbeidsproductiviteit per uur in combinatie met CBS-gegevens over het gemiddelde aantal arbeidsuren per persoon.^{18,20}

RESULTATEN

Afname ziekte last voor patiënten

Voor de groepen A, B en C tezamen kwam het aantal patiënten met een succesvolle behandeling na consultatie uit op 6234 personen. Op basis van de wegingsfactor van het RIVM en een ziekte duur van 5 jaar zou hiermee een gezondheidswinst van 1792 DALY's geboekt worden. Omdat voor de patiënten in groep D geen curatief advies gegeven was, was onze schatting (conservatief) dat er geen winst zou zijn in kwaliteit van leven voor deze groep. Al met al was dit waarschijnlijk een grote onderschatting van het werkelijke effect. Als we de wegingsfactor voor de groep met een hardnekkige depressie inschatte op basis van een ziekte duur van 5 jaar en een gewicht van 0,76 passend bij een zware depressie, dan was het voorkomen gezondheidsverlies in DALY's circa 24.000. Dit is bijna 15% van het totale gezondheidsverlies door stemmingsstoornissen in de Nederlandse bevolking.

Verbetering toegankelijkheid ggz

Het beschreven effect op het behandelresultaat werkte ook door op de vraag naar sggz van deze patiënten. Per groep maakten we een inschatting, zowel voor het jaar waarin de consultatie gegeven werd als de opvolgende jaren, binnen de 5 jaarshorizon die we hier hanteerden. Er kwam capaciteit vrij doordat behandelingen werden afgerond, overgedragen of bekort. Hierbij hielden we rekening met het feit dat personen met een succesvolle behandeling in jaar t+1 nog wel enige behandeling nodig zouden hebben om terugval te voorkomen. Daarbij gingen we uit van een benodigde behandeling in jaar 2 t/m 5 van 50% van de benodigde (aangepaste) therapie in jaar 1. Het geschatte aantal patiënten met succesvolle behandeling bedroeg 6234. Gecorrigeerd voor benodigde therapie in jaren 2 t/m 5 en omgerekend naar hele patiënten kwamen er door deze succesvolle behandeling 5299 behandelplekken beschikbaar. De helft van groep C werd buiten de sggz begeleid (4156 patiënten). Voor 8313 patiënten in groep D was begeleiding in plaats van behandeling op zijn plaats. Voor de begeleiding schatten we dat 15% van de originele behandel tijd nodig was, waardoor er omgerekend 7066 behandelplekken beschikbaar zouden komen. In het basisscenario bedroeg de vrijgekomen capaciteit voor de patiëntgroepen opgeteld bijna 16.500 behandelplekken in het jaar na consultatie.

Effecten op productiviteit

We verwachtten niet dat personen uit groep D voldoende herstellen om aan het werkzame leven deel te gaan nemen; deze groep lieten we daarom voor de berekening van dit effect buiten beschouwing. Onderzoek laat zien dat 2,4% van de personen met een hardnekkige depressie een baan heeft.⁷ In combinatie met het aantal succesvolle behandelingen in het onderliggende model was onze inschatting dat door consultatie en advies en de daaropvolgende behande-

ling 150 personen die nog een baan hadden, maar verzuimden, weer aan het werk zouden kunnen gaan. In verschillende onderzoeken zijn de verzuimkosten door depressie ingeschat;²¹⁻²³ gemiddeld werden de kosten op € 6000 per jaar geschat. Door consultatie zouden de jaarlijkse verzuimkosten naar verwachting met ongeveer € 900.000 (prijsniveau 2019) afnemen.

14% van de personen met een hardnekkige depressie is arbeidsongeschikt of werkloos.⁷ In combinatie met het aantal succesvolle behandelingen in het onderliggende model was de inschatting dat door consultatie en advies en de daaropvolgende behandeling bijna 850 personen die geen baan hadden of arbeidsongeschikt waren weer aan het werk zouden kunnen. De gemiddelde kosten voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen bedroegen in 2018 € 16.500 per arbeidsongeschikte.^{18,19} De jaarlijkse uitgaven aan uitkeringen zouden zodoende naar verwachting met € 14 miljoen afnemen (prijsniveau 2018). De arbeid van deze personen zou ook maatschappelijke baten opleveren. De gemiddelde arbeidsproductiviteit per persoon per uur was in 2019 € 52.²⁰ Gemiddeld werkt een persoon in Nederland 1.441 uur per jaar.¹⁸ De arbeidsproductiviteit per jaar bedraagt daarmee gemiddeld € 90.000 (€ 75.500 prijspeil 2019). Deze groep zou € 76 miljoen (€ 64 miljoen prijspeil 2019) waarde creëren voor de maatschappij door weer deel te nemen aan het arbeidsproces.

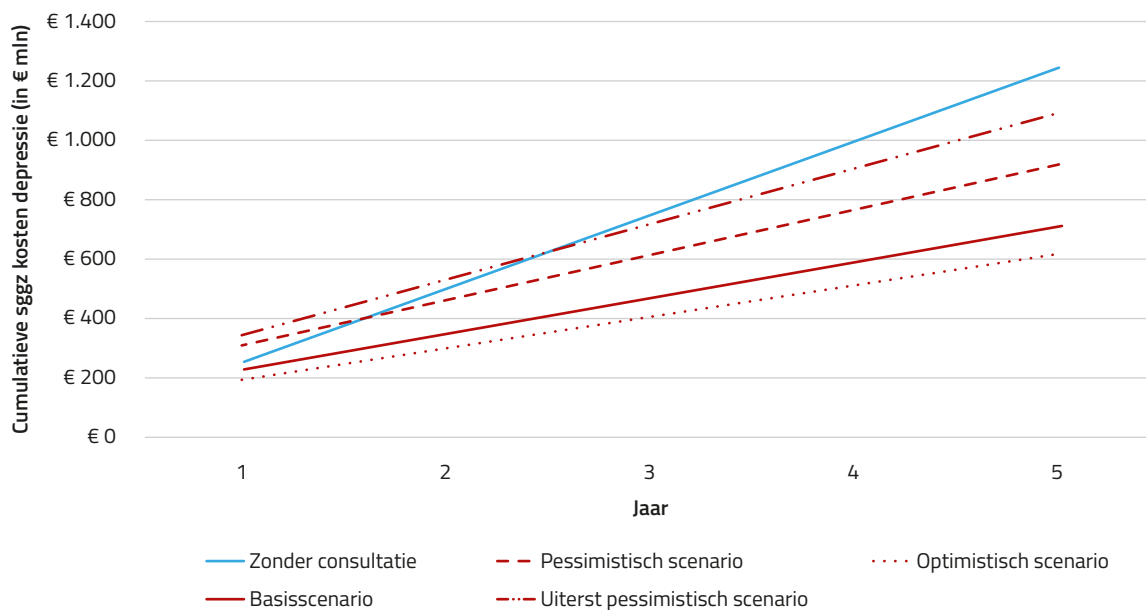
Opgeteld, werden de maatschappelijke baten in verband met afname van productiviteitsverlies geschat op bijna € 94 miljoen (indexatie van 80 miljoen bij prijsniveau 2018/2019) per jaar. Dit was opgebouwd uit € 17 miljoen (14 miljoen prijsniveau 2018) minder arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en € 77 miljoen (66 miljoen prijsniveau 2018/2019) aan arbeidsproductiviteit en andere verzuimkosten.

Er zouden ook nog andere, niet gekwantificeerde effecten zijn, zoals het weer kunnen volgen van scholing, het kunnen bieden van mantelzorg aan naasten en bekenden en/of vrijwilligerswerk, die niet te onderschatten zouden zijn, zowel op persoonlijk als maatschappelijk niveau.

Afname behandelkosten

Een investering van bijna € 50 miljoen in consultatie en advies (voor 33.250 patiënten met een persistente depressie à € 1500,-) zou naar verwachting in het eerste jaar een besparing opleveren van bijna € 83 miljoen (70 miljoen prijsniveau 2019) aan sggz-kosten. In de vervolgjaren zou deze besparing € 127 miljoen (€ 107 miljoen prijsniveau 2019) bedragen. Deze groep patiënten was langdurig in zorg. Het effect van de consultatie aan deze groep zou in de jaren daarna doorwerken. **Figuur 1** laat zien dat, over de tijd, de verwachte cumulatieve kosten van deze patiëntengroep neerwaarts afgebogen zouden worden en dat het verschil over 5 jaar tijd zou oplopen tot € 533 miljoen (449 miljoen prijsniveau 2019). In de impactanalyse namen we in het scenario zonder consultatie aan dat de gemiddelde sggz-kosten voor deze

Figuur 1. Cumulatieve kosten ggz na 5 jaar, met en zonder hoogspecialistische consultatie



groep over de jaren gelijk bleven. Voor patiënten met consultatie en een succesvolle behandeling namen we naast de kosten in het jaar van behandeling ook behandelkosten in de jaren 2 t/m 5 mee vanuit de aanname dat zij therapie nodig hebben om het succesvolle effect vast te houden. Daarbij gingen we uit van 50% van de therapie in het consultatiejaar, hetgeen overeenkwam met twee maanden behandeling. Voor de patiënten zonder succesvolle behandeling gingen we ervan uit dat, net als in het scenario zonder consultatie, de jaarlijkse gemiddelde sggz-kosten gelijk zouden blijven. We verwachtten dat in werkelijkheid de lijnen licht gebogen zouden lopen, met een hoger kostenniveau in de eerste jaren en een afvlakking van de kosten in de latere jaren, omdat patiënten met een succesvolle behandeling niet vijf jaar lang in behandeling zouden blijven. Dit effect was relatief klein gezien de nog hoge jaarlijkse kosten voor patiënten zonder succesvolle behandeling.

Afname behandelkosten – gevoeligheidsanalyse: drie scenario's

Het geschetste model bevat verschillende aannames die we niet empirisch konden toetsen. Sommige aannames zouden veel meer impact hebben op de uitkomsten dan andere. De effecten van variatie van de belangrijkste parameters brachten we in beeld door naast het basisscenario ook een optimistisch, een pessimistisch en een uiterst pessimistisch scenario door te rekenen (zie [tabel 3](#) voor een overzicht van deze parameters). De variatie in parameters per alternatief scenario is weergegeven in [tabel 4](#). Uit de grafiek in [figuur 1](#) is af te lezen dat zelfs in het meest pessimistische scenario de investering in consultatie en advies gezondheidswinst zou opleveren, terwijl er kosten zouden worden bespaard.

Zelfs als de werkelijkheid op alle belangrijke parameters minder rooskleurig zou zijn dan in het al voorzichtig opgebouwde basisscenario, zou de investering na ongeveer 3 jaar zijn terugverdiend.

DISCUSSIE

Verwachte positieve effecten consultatienetwerk

In dit artikel presenteren wij een verkenning van de effecten van een landelijk consultatienetwerk voor patiënten met persisterende depressie. We hebben onderzocht wat de effecten zouden kunnen zijn van consultatie op de behandeltrajecten van patiënten die al langer dan twee jaar in de specialistische ggz behandeld worden met als hoofddiagnose een depressieve stoornis. Deze verkennende economische analyse laat zien dat consultatie veel effect kan hebben, zowel op gebied van het welbevinden en functioneren van patiënten, op gebied van het terugdringen van zorgkosten, als op gebied van weer beschikbaar komen van behandelplekken in de ggz, waardoor wachtlijsten kunnen worden aangepakt.

We hebben getracht steeds conservatief te zijn in onze aannames en verschillende scenario's doorgerekend waarbij cruciale parameters werden gevarieerd. Gegeven de onzekerheid die er natuurlijk blijft, is een eerste conclusie dat consultatie onder alle condities in de gevoeligheidsanalyse positieve effecten laat zien, terwijl de kosten afnemen. In gezondheidseconomische termen is consultatie een dominante interventie.²⁴ We hebben geprobeerd om zo goed mogelijk gebruik te maken van bestaande data. Op een aantal punten zijn

er na afronding van het onderzoek, terwijl wij aan dit artikel schreven, nieuwe data beschikbaar gekomen, bijvoorbeeld voor het aantal mensen in zorg voor een depressie. Omdat duidelijk is dat dit de effecten alleen maar zal vergroten, hebben we de analyse niet herhaald. Aan de kant van de loonkosten voor personeel is er ook een stijging, maar dit telt mee aan de kant van kosten en baten, en zal ook daar de richting van de resultaten niet beïnvloeden.

Onzekerheden bij onze analyse

De beschikbare data zijn aangevuld met beredeneerde schattingen van experts waar dat nodig was. Er is daarom een behoorlijk grote onzekerheidsmarge rondom de resultaten. We bespreken een aantal belangrijke onzekerheden.

Zoals besproken is er een enorm verschil tussen het aantal mensen met een persisterende depressie in de Nederlandse bevolking en het aantal waar we op uitkomen die in aanmerking komt voor consultatie. Dit komt voor een deel omdat veel patiënten met persisterende depressie niet of niet meer in de ggz behandeld worden. Zij zijn meestal wel bij de huisarts of diens praktijkondersteuner voor ggz in zorg en ook bij deze patiënten zou consultatie aangewezen kunnen zijn.

Voorts hebben wij ons in de analyses beperkt tot patiënten die in de ggz worden behandeld met een persisterende depressie als hoofddiagnose. Depressie komt vaak voor samen met andere stoornissen en kan dan ook persistent zijn. Juist bij patiënten met complexe problematiek kan consultatie geïndiceerd zijn. In de echte wereld is het bereik en zijn ook de opbrengsten van consultatie daarom waarschijnlijk groter dan wij hebben geschat.

Een derde punt betreft de consultatie. In een verkenning van de huidige praktijk binnen het depressienetwerk is gebleken dat de huidige praktijk van consultatie en second opinions sterk varieert tussen centra. Het goed schatten van een belangrijke parameter als de kosten van consultatie en de effecten die consultatie heeft op zorgtrajecten van patiënten is hachelijk. Zoals beschreven hebben we gevoeligheidsanalyses gedaan om deze parameters te variëren. Goed onderzoek naar consultatie binnen de ggz in Nederland is nodig om hier meer helderheid te verkrijgen. Gezondheidseconomische analyses van consultatie voor de eerste lijn en in de ziekenhuispsychiatrie hebben laten zien dat consultatie eveneens een dominante, efficiënte methodiek is.^{1,2,5}

Ten slotte spreken we in het artikel over afname van sggz-kosten. Deze kosten zijn berekend vanuit individueel niveau en het verwachte effect op toekomstige behandeling. In hoeverre deze effecten landelijk zichtbaar zijn, is mede afhankelijk van de vraag wat er gebeurt met de vrijgekomen behandelcapaciteit, die hopelijk benut zal worden om de wachtlijsten te verminderen. Dit is vanuit de huidige situatie zeer waarschijnlijk gezien de lange wachtlijsten.

Versterken van consultatiemogelijkheden

Consultatie is een efficiënte manier om kennis en kunde beschikbaar te stellen, zonder dat een behandeling overgenomen hoeft te worden. Zowel het effectief vragen als verlenen van een consult vereist een aantal essentiële vaardigheden, die maar matig zijn opgenomen in bestaande opleidingen. In de opstart van het landelijk netwerk depressie is gebleken dat er enorm veel praktijkvariatie is op gebied van consultatie, zelfs tussen afdelingen die veel ervaring ermee hebben.

Verder is gebleken dat de manier waarop consulten tot stand komen en de vindbaarheid van consulenten voor verwijzers sterk variëren en te wensen overlaten. Gezien het belang van consultatiemogelijkheden voor patiënten hebben we als netwerk gekozen om te starten met de opzet van een landelijk consultatienetwerk. Hierbij willen we zowel de methodiek van consultatie als de indicatiestelling, logistiek en vindbaarheid van consultatiemogelijkheden voor patiënten met persistente en vaak therapieresistente depressie in Nederland verbeteren. Sinds de COVID-pandemie is vertrouwdsheid met digitale middelen in de ggz sterk toegenomen. Dit heeft veel voordelen voor een consultatienetwerk. Ervaren consulenten zijn schaars en niet goed verdeeld over het land. De ervaring leert dat patiënten zeer bereid zijn om te reizen voor een consult. Depressie is een relatief veelvoorkomende aandoening. Bereikbaarheid helpt enorm. Net als in de oncologie zou het wenselijk zijn als er regionale werkgroepen zouden zijn waar patiënten met complexe of therapieresistente stemmingsstoornissen besproken en gezien zouden kunnen worden, zoals in het *hub-and-spokes*model.²⁵

CONCLUSIE

Vergeleken met de somatiek, waar goed functionerende netwerken hun waarde al bewezen hebben, staan we in de ggz nog aan het begin van een soortgelijke ontwikkeling.²⁶ Gezien de schaarste aan middelen en mensen is consultatie een zeer aantrekkelijke manier om specialistische kennis en kunde te delen, zonder dat behandelingen overgenomen hoeven worden. In dit artikel hebben we getracht een meer cijfermatige onderbouwing te geven van wat de impact zou kunnen zijn van een goed geïnstitutionaliseerd consultatienetwerk voor patiënten met persisterende of therapieresistente depressie. De resultaten zijn hoopgevend en ondersteunen het opzetten van een landelijk consultatienetwerk voor patiënten met een persisterende depressie.

LITERATUUR

- 1 van der Feltz-Cornelis CM, van Os TW, van Marwijk HW, e.a. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Psychosom Res* 2010; 68: 521-33.
- 2 Smith GR, Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 238-43.
- 3 Leentjens AFG, van der Feltz-Cornelis CM, Boenink AD, e.a. 2008. Richtlijn 'Consultatieve psychiatrie' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie voor consulten in de eerste lijn en in de ziekenhuissetting. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152: 1914-7.
- 4 Visser EAH, Kregting BHCM, Olde Hartman TC. Consultatieve psychiatrie in de huisartspraktijk. *Tijdschr Psychiatr* 2023; 65: 549-54.
- 5 Kates N, Crustolo AM, Farrar S, e.a. Mental health care and nutrition. Integrating specialist services into primary care. *Can Fam Physician* 2002; 48: 1898-903.
- 6 Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, e.a. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002; 181: 208-13.
- 7 ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S, e.a. NEMESIS, de psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/aantallen-12mnds-aandoeningen/>.
- 8 Gaynes BN, Warden D, Trivedi MH, e.a. What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1439-45.
- 9 Wingbermühle N, van Duijvenbode N, van Bueren M, e.a. Hoogspecialistische consultatie in de sggz; de waarde voor patient en specialist. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 897-901.
- 10 de Ruiter G, van Greuningen M, Luijk R. Inzicht in de geestelijke gezondheidszorg. Zeist: Vektis; 2017.
- 11 Federatie Medisch Specialisten. Richtlijn depressieve stoornissen. 2024. Startpagina – Richtlijn depressie – Richtlijn – Richtlijnen database.
- 12 Akwa GGZ. Zorgstandaard Depressieve stoornissen. 2024. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/introductie.
- 13 Trimbos-instituut. 2024. Cijfers depressie en suicide. www.trimbos.nl/kennis/cijfers/depressie/.
- 14 VEKTIS. www.vektis.nl
- 15 CBS. Consumentenprijzen; prijsindex 2015-100. 12 maart 2024. www.cbs.nl/nl-nl/cijfers/detail/83131NED.
- 16 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Tariefbeschikking Geestelijke Gezondheidszorg en Forensische Zorg TB/REG-24627-02. NZa. 7 November 2023. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_752075_22/1/
- 17 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Ziektebelasting als gevolg van bipolaire en depressieve stemmingsstoornissen. RIVM; 2022. <https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor/gevolgen-mentale-ongezondheid/ziektebelasting-stemmingsstoornis>
- 18 CBS. Uitgaven voor sociale uitkeringen nemen verder toe. CBS; 4 juni 2019.
- 19 CBS. Werkgelegenheid in banen, werkzame personen, arbeidsjaren en gewerkte uren. sd. www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/banen-werkgelegenheid/toelichtingen/werkgelegenheid-in-banen-werkzame-personen-arbeidsjaren-en-gewerkte-uren.
- 20 van Bree T, de Heide M. Groeisectoren in Nederland in internationaal perspectief. Delft: TNO; 2020.
- 21 Hoek W. Depressie onder de Nederlandse beroepsbevolking: zelfde ziekte duur maar langere verzuimduur dan in andere landen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde* 2008; 16: 175.
- 22 de Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, e.a. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 2013; 29.
- 23 Wijnen BFM, ten Have M, de Graaf R, e.a. The economic burden of mental disorders: results from the Netherlands mental health survey and incidence study-2. *Eur J Health Econ* 2024; 25: 925-34.
- 24 Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, e.a. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 4de ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- 25 Green B, Rhubarb DC, Filteau MR. Barriers for implementing the hub and spoke model to expand medication for opioid use disorder: a case study of Montana. *Subst Abuse* 2021; 15: 1178221821103978.
- 26 Lin JLL, Quartarone S, Aidarus N, e.a. Process evaluation of a hub-and-spoke model to deliver coordinated care for children with medical complexity across Ontario: facilitators, barriers and lessons learned. *Healthc Policy* 2021; 17: 104-22.

AUTEURS

Aartjan Beekman, psychiater en hoogleraar Psychiatrie, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC en GGZ inGeest.

Jan Spijker, psychiater, Pro Persona; hoogleraar Chronische depressie, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Renske Kok, thans: (gezondheids)econoom en strategisch partner, Equalis; ten tijde van dit onderzoek: adviseur Stichting Topklinische GGZ, Amersfoort.

Marc Blom, psychiater, Parnassia Groep.

Yvonne Stikkelbroek, klinisch psycholoog, GGZ Oost Brabant; universitair docent, Universiteit Utrecht.

Rogier Hoenders, psychiater, Lentis; bijzonder hoogleraar Zingeving, Leefstijl en GGZ, Rijksuniversiteit Groningen.

Monique van Bueren, senior adviseur, Stichting Topklinische GGZ, Amersfoort.

Christiaan Vinkers, psychiater en hoogleraar Stress en Veerkracht, afd. Psychiatrie, Amsterdam UMC en GGZ inGeest.

Jeanine Kamphuis, psychiater en senior onderzoeker, afd. Psychiatrie, UMC, Groningen.

Correspondentie

Prof. dr. A.T.F. Beekman (a.beekman@amsterdamumc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-6-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(9):496-503