

Rendeert zorgonderzoek in de GGZ?

Joran Lokkerbol, Suzanne Lokman, Richard Janssen, Silvia Evers, Filip Smit

Centrum Economische Evaluatie, Trimbos-instituut

Rendeert zorgonderzoek in de GGZ?

Joran Lokkerbol, Suzanne Lokman, Richard Janssen, Silvia Evers, Filip Smit

Centrum Economische Evaluatie, Trimbos-instituut

Utrecht, maart 2016

Colofon

Opdrachtgever
ZonMw

ZonMw projectnummer
837005001

Auteurs
Joran Lokkerbol
Suzanne Lokman
Richard Janssen
Silvia Evers
Filip Smit

Met medewerking van
Mark van der Gaag
Yvonne Hof
Helga Ising
Ad Kerkhof
Bregje Spijker

Centrum Economische Evaluatie
Trimbos-instituut
(Netherlands Institute of Mental Health and Addiction)

Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht

© 2016, Trimbos-instituut, Utrecht

Inhoudsopgave

	pag.
Samenvatting	4
1. Inleiding	6
2. Methoden	7
3. Resultaten	8
3.1 Casus 1: Proactieve zorg bij naderende psychose	8
3.2 Casus 2: Terugkeer naar werk na verzuim om psychische redenen	11
3.3 Casus 3: Online hulp bij suïcidale gedachten	14
3.4 Casus 4: Collaboratieve zorg voor angststoornissen	16
3.5 Casus 5: Schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen	18
4 Verhouding van kosten en baten	20
5 Conclusie	21
Referenties	23
Over de auteurs	25

Samenvatting

Vraag

In de afgelopen vijf jaren (2010 – 2015) investeerde ZonMw veelvuldig in zorgonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Hierbij werd volgens opgave van ZonMw 158 studies uitgevoerd op het gebied van de ggz. Al deze studies te samen vroegen om een investering van bijna €39 miljoen (€38.867.363) in euro's die geïndexeerd zijn naar het prijspeil van 2015. Het maakt nieuwsgierig of deze investering in economisch opzicht rendeert.

Aanpak

Het rendement van zorgonderzoek wordt bepaald door na te gaan wat de economische baten zijn wanneer onderzoeksresultaten uit de betreffende effectstudies worden geïmplementeerd in de ggz. Die baten kunnen ontstaan wanneer nieuw onderzochte interventies na implementatie leiden tot een afname van zorgkosten of een toename van arbeidsproductiviteit. Voor de berekening van de baten worden dezelfde rekenregels toegepast die in vergelijkbaar onderzoek in Nederland ook worden gebruikt (Soeters ea, 2013a; 213b). Hierbij wordt er van uitgegaan dat de baten ontstaan door toepassing van de onderzochte interventie bij 40% van de beoogde doelgroep gedurende tien jaar. Aangenomen wordt dat voorafgaand aan de toepassing een periode van zes jaar nodig is waarin de nieuwe interventie wordt geïmplementeerd. Gedurende de implementatieperiode worden er geen baten genoten. Met gebruikmaking van deze rekenregels werden de baten van vijf door ZonMw gefinancierde effectstudies beschouwd. Alle kosten en baten zijn uitgedrukt in euro die betrekking hebben op het prijsniveau van het jaar 2015.

Casus 1: Vroege interventie bij beginnende psychose

In de ggz bevinden zich ongeveer 2.500 personen die hulp krijgen voor niet-psychotische stoornissen zoals depressie maar ondertussen een ultrahoog risico hebben een psychose te ontwikkelen. Het aanbieden van een preventieve interventie gericht op het voorkomen van psychose bij deze groep halveert het aantal psychosen. Dat gaat bovendien gepaard met een afname van zorgkosten. Wanneer deze proactieve interventie gedurende tien jaar wordt aangeboden bij 40% van de beoogde doelgroep wordt er ongeveer €26 miljoen bespaard aan zorgkosten.

Casus 2: Terugkeer naar werk na verzuim om psychische redenen

Er zijn 80.000 werknemers die langdurig (>7 dagen) verzuimen vanwege psychische redenen. Het aanbieden van een interventie gericht op versnelde terugkeer naar werk bij deze groep gaat naar verwachting gepaard met productiviteitsstijging ter waarde van circa €697 miljoen bij een implementatiegraad van 40% over tien jaar.

Casus 3: Online hulp bij suïcidale gedachten

Circa 462.000 mensen hebben suïcidale gedachten. De betreffende 'suïcidale ideatie' heeft een aanzienlijke impact op de kwaliteit van hun leven, op zorgkosten en arbeidsproductiviteit. Een laagdrempelige online zelfhulpinterventie kan hier verandering in aanbrengen. Wanneer de interventie gedurende tien jaren bij 40% van de beoogde doelgroep wordt aangeboden, dan ontstaan er baten ter waarde van ongeveer €904 miljoen door besparingen in de zorg en nog eens €680 miljoen door toegenomen arbeidsproductiviteit.

Casus 4: Collaboratieve zorg voor angststoornissen

In de huisartsgeneeskundige zorg bevinden zich 50.800 patiënten met een eerste angststoornis, waarvan 24.000 met een eerste paniekstoornis of eerste generaliseerde angststoornis. Voor deze groep patiënten blijkt collaboratieve stepped-care effectief, maar

gaat gepaard met hogere uitgaven in de zorg. Toch heeft de collaboratieve aanpak netto een gunstig maatschappelijk rendement door verhoogde arbeidsproductiviteit waarmee de additionele zorgkosten gecompenseerd worden. De maatschappelijke baten hebben een waarde van ongeveer €41 miljoen wanneer 40% van de betreffende doelgroep gedurende tien jaar deze zorgvorm ontvangt in plaats van reguliere zorg.

Casus 5: Schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen

Circa 422.000 patiënten in de gespecialiseerde ggz en TBS klinieken hebben een (bijkomende) persoonlijkheidsstoornis. We nemen aan dat 10% van hen daarvoor ook behandeld wordt. Schematherapie is effectiever voor deze groep dan gangbare zorg zoals aanbevolen in de (oude) richtlijn. Ten opzichte van gangbare zorg is schematherapie ook betaalbaarder. Wanneer bij 40% van deze groep gangbare zorg zou worden vervangen door schematherapie levert dat jaarlijks een kostenreductie op van circa €10 miljoen. Onder de gebruikelijke aannamen vertaalt zich dat naar ongeveer €68 miljoen euro aan besparingen in de zorg over een periode van tien jaar.

Kosten en baten samengenomen

In de afgelopen vijf jaar heeft ZonMw met 158 studies en daarmee met bijna €39 miljoen in de ggz geïnvesteerd. Bij vijf afgeronde effectstudies kon berekend worden in welke mate zij baten kunnen opleveren wanneer de uitkomsten van die studies worden toegepast zouden worden in de ggz. Tabel 1 presenteert de baten.

Tabel 1: Potentiele baten van de vijf casussen naar domein (in miljoenen euro)

	zorg	werk	maatschappelijk
case 1	26		26
case 2		697	697
case 3	904	680	1584
case 4			41
case 5	68		68
	998	1377	2416

De geschatte baten tellen op tot ruim €2,4 miljard euro. De return-on-investment is €2.416 miljoen / €39 miljoen = €61. Dus voor elke geïnvesteerde euro in zorgonderzoek in de ggz ontstaat een tegenwaarde van 61 euro. De netto baten zijn €2.416 miljoen – €39 miljoen = €2.377 miljoen (uitgedrukt in euro van het peiljaar 2015).

Conclusie

De intrinsieke waarden van onderzoek (kennis) en zorg (gezondheid) werden buiten beschouwing gelaten in deze economische investeringsanalyse. Daarnaast is het prettig om in een tijd van economische krapte te zien dat investeren in zorgonderzoek ook in economisch opzicht rendeert.

Inleiding

ZonMw besteedt in de laatste jaren aandacht aan het inzichtelijk maken van de opbrengsten van gesubsidieerde projecten met de vraag of investeren in onderzoek loont. Eerder werden studies uitgevoerd die aangetoond hebben dat bij toepassing van onderzoeksresultaten in de praktijk behalve verbeteringen van de patiëntenzorg ook besparingen op zorgkosten kunnen ontstaan (Soeters ea, 2013a; 213b). Een dergelijke investeringsanalyse werd nog niet uitgevoerd op het gebied van de ggz. Derhalve de vraag van ZonMw een om de economische effecten (kosten en baten) van door ZonMw gefinancierde interventies in de ggz in kaart te brengen.

Zo investeerde ZonMw in de afgelopen vijf jaren veelvuldig in zorgonderzoek in ggz. In totaal gaat het om 158 studies uitgevoerd op het gebied van de ggz. Al deze studies te samen vroegen om een investering van bijna €39 miljoen (€38.867.363) in euro's die geïndexeerd zijn naar het prijspeil van 2015 (zie tabel 2).

Tabel 2: Uitgaven van ZonMw aan afgeronde en lopende studies in de ggz in de periode 2010 – 2015 (in euro geïndexeerd naar 2015)

	bedrag	studies	gemiddeld
DO	€ 14.990.711	52	€ 288.283
GGG*	€ 6.119.300	24	€ 254.971
Preventie	€ 12.613.350	44	€ 286.667
Geestkracht	€ 5.144.002	38	€ 135.368
	€ 38.867.363	158	€ 245.996

* Kosten op basis van extrapolatie

Hierbij zij opgemerkt dat veel van het beschouwde ZonMw onderzoek studies betreft waarbij het nauwelijks mogelijk is het maatschappelijk rendement te berekenen. Het gaat in zulke gevallen om psychiatrisch-epidemiologische (cohort) studies, psychometrische onderzoek en ontwikkelings- en implementatiestudies. Dat zijn studies die van grote waarde zijn voor de wetenschap, maar waarbij het nauwelijks mogelijk is om na te gaan hoe die studies baten genereren in de ggz. Wanneer alleen effectstudies beschouwd zouden worden, komen de investeringen van ZonMw neer op bijna €17 miljoen (€16.868.300) van 51 inmiddels afgeronde effectstudies in de ggz (zie tabel 3).

Tabel 3: Uitgaven van ZonMw aan afgeronde effectstudies in de ggz in de periode 2010 – 2015 (in euro geïndexeerd naar 2015)

	bedrag (in 2015 euro)	studies	gemiddeld
DO	€ 8.121.065	27	€ 300.780
GGG	€ 1.529.825	6	€ 254.971
Preventie	€ 7.217.410	18	€ 400.967
	€ 16.868.300	51	€ 330.751

In het vervolg blijven we toch rekenen met de totale uitgaven van ZonMw aan alle onderzoek dat gericht was op de ggz in de periode 2010 - 2015.

Methoden

Zoals gezegd werden eerder economische evaluaties verricht ter beantwoording van de vraag of zorgonderzoek rendert (Soeters ea, 2013a; 2013b). Het betreffende onderzoek volgt een aantal rekenregels die wij in deze studie ook zullen toepassen op het domein van de ggz. Zo wordt de vergelijkbaarheid tussen de respectievelijke evaluaties gegarandeerd. Bovendien gaat het om rekenregels die geaccepteerd zijn door de Algemene Rekenkamer en het Ministerie van Financiën.

De belangrijkste aannamen daarbij zijn dat de nieuw onderzochte interventie zes jaren nodig heeft om geïmplementeerd te worden, waarna 40% van de beoogde doelgroep wordt bereikt, de implementatiekosten niet meegerekend worden, en de interventie gedurende 10 jaren wordt aangeboden voordat die door een andere interventie wordt vervangen. Eventuele baten ontstaan dus alleen gedurende tien jaren na zes jaar implementatie. De baten die in de toekomst ontstaan, worden verdisconteerd (met een discontovoet van 4%) om deze af te kunnen zetten tegen de investeringskosten die plaatsvinden voordat de baten ontstaan. In de eerste twee casussen wordt de gebruikte methode in meer detail geïllustreerd.

Op verzoek van de onderzoekers leverde ZonMw gegevens over alle studies die in de periode van 2010 – 2015 werden uitgevoerd op het gebied van de ggz uit de programma's Geestkracht, Doelmatigheid, Preventie en Goed gebruik geneesmiddelen. Dat waren 158 studies. Uit dit aantal selecteerden wij effectstudies die bovendien inmiddels afgerond waren. Dat waren er 51. Van al deze studies werd nagegaan of er behalve gezondheidseffecten ook economische gegevens waren gerapporteerd. Tussen deze 51 studies troffen we vijf studies (niet meer, niet minder) waarvan de bestudeerde ggz-interventies niet alleen kosteneffectief bleken, maar waar ook besparingen in de zorg en/of een toename in arbeidsproductiviteit optraden. Het gaat om de studies met ZonMw projectnummers 120510001, 171002403, 120510003, 170882701 en 94506406. Ondertussen trekken we de conclusie dat uit de 51 effectstudies er vijf zijn (10%) die geassocieerd zijn met kwantificeerbare baten in de zorg en/of arbeid.

Van deze studies werden de publicaties in detail doorgenomen en werd zo nodig contact opgenomen met de betreffende onderzoekers. Elke studie werd als een casus beschreven (zie navolgende paragrafen). Met in achtneming van de gebruikelijke rekenregels werden de potentiële baten becijferd. Hierbij werkten de eerste en laatste auteur volgens het principe van 'twee paar ogen' door betreffende berekeningen kruislings te controleren. In dit rapport zijn alle berekeningen transparant gemaakt door ze in de tekst of als voetnoot op te nemen. Waar additionele aannamen gemaakt moesten worden, werd gekozen voor terughoudende aannamen om te vermijden dat een te rooskleurig beeld werd geschetst. De betreffende aannamen zijn expliciet in het rapport opgenomen. In de Discussie komen wij terug op de belangrijkste aannamen.

Casus 1: Proactieve zorg bij naderende psychose

(ZonMw projectnummer: 120510001)

Achtergrond

Wereldwijd is schizofrenie één van de belangrijkste oorzaken van gezondheidsverlies en vroeg-sterfte (Murray ea, 2012). De ernst van schizofrenie (psychose) leidt tot hoge kosten, vooral door ziekenhuisopname en verlies van arbeidsproductiviteit (Neil ea, 2014).

Vroegherkenning

Onderzoek naar de ontwikkelingsstadia van schizofrenie laat zien dat een eerste psychose zich in de late adolescentie of vroege volwassenheid manifesteert, maar vooraf wordt gegaan door een periode met een ultrahoog risico (UHR) op het ontwikkelen van een eerste psychose. Dit UHR stadium wordt gekenmerkt door (1) milde laagfrequente psychotische symptomen, en/of (2) een korte volledige psychose van minder dan een week die vanzelf weer is gestopt, en/of (3) een genetische predispositie, en (4) in al deze drie subgroepen, teruggetrokken gedrag en een verslechtering in functioneren (Yung ea, 2008). Wanneer de UHR-status niet herkend wordt en deze mensen daarvoor geen gerichte zorg krijgen, ontwikkelt 36% van hen een eerste psychose binnen een periode van ten minste drie jaar (Fusar-Poli ea, 2012). Wanneer mensen met UHR al in de zorg zijn (voor een andere stoornis zoals bijvoorbeeld depressie), is er een imminente dreiging op psychose. Tijdig en gericht ingrijpen is dan essentieel (Rietdijk ea, 2012).

Proactieve zorg

De betreffende proactieve zorg bestaat uit een gerichte vorm van cognitieve gedragstherapie (CGT) met educatie over bijzondere ervaringen en training in het herkennen van riskante denkstijlen. De interventie is preventief bedoeld om de transitie van het UHR-stadium naar een psychose te voorkomen (Van der Gaag ea, 2013a). Meerdere gerandomiseerde evaluaties laten zien dat deze aanpak effectief is: door preventieve CGT in de UHR groep wordt het aantal eerste psychosen gehalveerd (Van der Gaag ea, 2013b). Een Nederlandse studie laat bovendien zien dat het preventieve effect voor ten minste vier jaren behouden blijft – vaak voldoende om mensen met een verhoogde gevoeligheid voor psychose veilig door de riskante levensjaren heen te loodsen (Ising ea, in druk a).

Studie: effecten en kosten

Uiteraard zijn er kosten verbonden aan vroegherkenning en preventieve CGT. Economische evaluaties laten echter zien dat deze kosten ruimschoots teruggewonnen worden. Allereerst is er de intrinsieke waarde van gezondheidsbehoud en zelfs gezondheidswinst. Ten tweede worden hoge zorgkosten, zoals ziekenhuisopnamen, vermeden wanneer transitie naar psychose in de UHR groep worden voorkomen. Bovendien leidt proactieve zorg er toe dat de maatschappelijke participatie van deze groep behouden blijft. Vaak volgen deze mensen nog een opleiding, wonen samen en hebben een baan. Baanbehoud, uitbreiding van een bestaande aanstelling en zelfs het vinden van een nieuwe baan is een uitkomst die vaak gezien wordt nadat de UHR groep preventieve CGT heeft ontvangen (Ising ea, 2015). Zo zijn de economische baten van gezondheidsbehoud, afname van zorggebruik en hospitalisatie, en continuering of zelfs toename van arbeidsproductiviteit bij elkaar opgeteld aanzienlijk en overstijgen de investering die gemaakt moest worden in de proactieve zorg. Dat geldt ook voor de langere termijn (Ising ea, in druk b). De betreffende kosten en baten op de lange termijn laten zich als volgt beschrijven :

Effecten

Over de vier jaren follow-up tijd van de studie maakten in de experimentele groep 12,6% van de deelnemers een transitie van UHR naar een eerste psychose. In de controlegroep (die geen proactieve CBT ontving) was dat 24,8% van de deelnemers. Dit betekent een halvering ($12,6 / 24,8 = 0,51$) van het aantal eerste psychosen dankzij proactieve CBT. Het risicoverschil tussen beide condities is $0,248 - 0,126 = 0,122$ en statistisch significant ($p < 0,001$).

Kosten

Over de vier jaren follow-up tijd van de studie waren de cumulatieve zorgkosten in de experimentele groep gelijk aan €15.775 per deelnemer, terwijl de cumulatieve zorgkosten in de controleconditie over deze periode van vier jaar gelijk waren aan €20.540 per deelnemer. Het verschil in kosten is daarmee gelijk aan $€20.540 - €15.775 = €4.766$, wat betekent dat er in de experimentele conditie een kostenbesparing ontstaat van €4.766 per persoon. Hier zijn de additionele kosten van de interventie, ter waarde van €1.880 per deelnemer¹, al in verwerkt. Deze additionele interventiekosten worden dus ruimschoots gecompenseerd door lagere kosten op andere gebieden van zorg, onder andere als gevolg van minder ziekenhuisopnames. Door ook de kosten voor screening mee te nemen, gelijk aan €620² per gevonden persoon met UHR status, komt de kostenbesparing neer op $€4.766 - €620 = €4.146$. Die besparingen waren berekend voor het financiële jaar 2014 en worden €4.171 na indexering tot het prijspeil van 2015³. Naast lagere zorgkosten was de productiviteit in de experimentele conditie ook hoger dan in de controleconditie. Deze additionele baten worden hier buiten beschouwing gelaten.

Budget impact

Naar schatting bevinden zich jaarlijks 2.514 UHR personen in de ggz.⁴ We volgen de methode van Soeters ea (2013a; 2013b) en nemen derhalve aan dat 40% van bereikt wordt met de interventie. Dat zijn $2.514 * 40\% = 1006$ personen. Bij de bereikte groep van 1006 personen levert dat een besparing op van $1006 * €4.171 = €4.191.358$, dus bijna €4,2 miljoen.

Wat betreft de budget impacts over de langere tijd maken de gebruikelijke aannamen: eerst verstrijken 6 jaren om de interventie te implementeren. Gedurende die jaren ontstaan er nog geen baten. Voor elk van de tien navolgende jaren (jaar 7 tot en met jaar 16) worden de cumulatieve baten berekend die over een periode van vier jaar verwacht worden bij de groep personen die de interventie ontvangt. De netto contante waarde (in 2015 euro) is in dat geval gelijk aan ±€26 miljoen.⁵ Dit zijn de baten die ontstaan als gevolg van verminderde zorgkosten bij mensen met een UHR status die proactieve CBT ontvangen.

1 Gemiddeld 10 sessies a 171 euro (2009 prijs), geïndexeerd naar 2014 prijzen middels de indexfactor 1,099 (obv CPI als gerapporteerd door CBS).

2 op basis van Ising ea (2014).

3 Gebaseerd op de consumenten prijsindex 2014 → 2015 van 1,006.

⁴ Fusar-poli ea (2012) laten zien dat de transitie naar psychose in de UHR groep gelijk is aan 35,8% over een periode van jaar. In Nederland ontwikkelen naar schatting jaarlijks 3.000 personen een eerste psychose (Veling ea, 2012). Hieruit volgt dat er jaarlijks een groep is van $3.000 / 0,358 = 8.380$ nieuwe UHR personen aan wie de interventie kan worden aangeboden. Naar schatting 30% van de psychoses ontstaat bij personen die zich reeds in de ggz bevinden. Omdat alleen personen in de ggz geselecteerd kunnen worden op de UHR-status, beperkt de berekening zich tot de groep $8.380 * 30\% = 2.514$ personen in de ggz met een herkenbare UHR-status.

⁵ Te weten: $€4194358/(1,04)^7 + €4194358/(1,04)^8 + €4194358/(1,04)^9 + €4194358/(1,04)^{10} + €4194358/(1,04)^{11} + €4194358/(1,04)^{12} + €4194358/(1,04)^{13} + €4194358/(1,04)^{14} + €4194358/(1,04)^{15} + €4194358/(1,04)^{16} = €26.886.500$, zeg, ongeveer €26 miljoen.

Conclusie

Het aanbieden van een proactieve interventie gericht op het voorkomen van psychose bij personen in de ggz met een ultra-hoog risico (UHR) status gaat naar verwachting gepaard met besparingen in zorgkosten ter waarde van ongeveer €26 miljoen wanneer deze proactieve zorg gedurende 10 jaar wordt aangeboden bij 40% van de beoogde doelgroep. Door een verwachte daling in het aantal opnamedagen, kan dit leiden tot een reductie van 34 bedden.⁶

⁶ 40% implementatie * 2500 personen met UHR * 12 ligdagen vermindering = 12350 ligdagen. 12350 ligdagen / 365 dagen = 34 bedden.

Casus 2: Terugkeer naar werk na verzuim om psychische redenen

(ZonMw projectnummer: 171002403)

Achtergrond

Veel voorkomende psychische problemen (zoals depressie, angst- en somatisatie-stoornissen) zijn een belangrijke reden voor arbeidsverzuim. Volgens het CBS telde de Nederlandse beroepsbevolking 6.694.000 personen in 2013, waarvan 47,7% verzuimden (3.193.000), waarvan 7% langer dan zeven werkdagen achtereen verzuimden (223.500), waarvan 35,8% verzuimden vanwege psychische redenen (80.000 personen). Er zijn meer personen die om psychische redenen verzuimen, maar hier worden alleen de personen beschouwd die langdurig verzuimen vanwege psychische redenen.

Productiviteitsverliezen vanwege psychische redenen is niet zonder economische gevolgen en zijn becijferd op €2,7 miljard per jaar (De Graaf ea, 2011). Dat zijn overigens niet alleen de kosten van (langdurig) verzuim om psychische redenen, maar bevatten ook kosten van mensen die psychische klachten hebben, toch naar hun werk gaan en vervolgens minder productief zijn.

Vroegherkenning

Voor de behandeling van psychische stoornissen zijn er effectieve en kosteneffectieve interventies, zowel psychologische interventies als farmaceutisch. Een probleem evenwel is dat herstel van symptomen niet automatisch leidt tot werkhervatting (Nieuwenhuijsen ea, 2008). Om positieve uitkomsten in de arbeidsproductieve sfeer te bewerkstelligen is meer nodig. Tijdig en gericht ingrijpen is daarvoor essentieel. Dat kan bijvoorbeeld wanneer personen langer dan 4 weken verzuimen en daarbij sprake is van psychische problemen zoals depressie, angst- en somatisatie-stoornissen, zoals blijkend uit hogere scores (≥ 10) op een screeningsinstrument zoals de Patient Health Questionnaire (PHQ) voor depressie en somatisatie en de Generalised Anxiety Disorder (GAD) schaal. Dit zijn werknemers die dikwijls al psychische hulp in de GGZ ontvangen en bovendien in contact staan met een bedrijfs- of Arbo-arts, hetgeen herkenning mogelijk maakt (Volker ea, 2013; 2015).

Terugkeer-naar-werk interventie

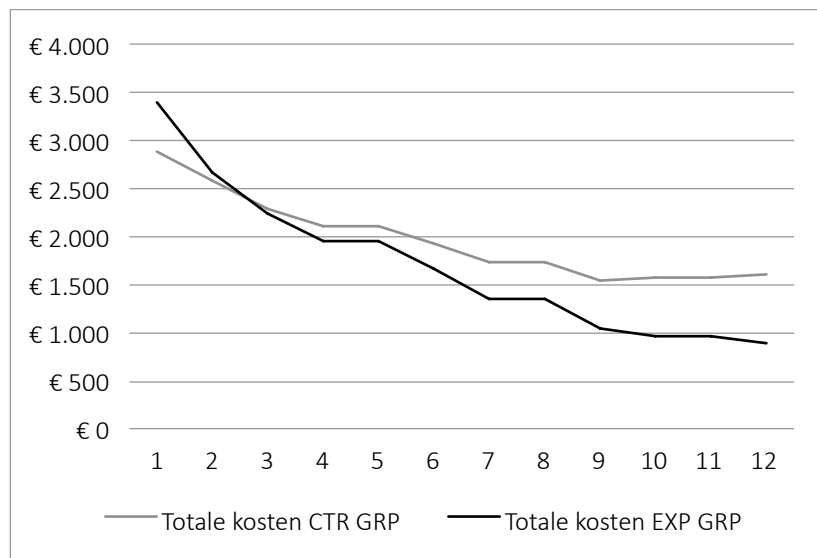
Er zijn verschillende interventies voor het bespoedigen van terugkeer naar werk van verzuimende werknemers. Hier beschouwen wij de Return@Work interventie. De interventie bestaat uit enkele componenten die onderling geïntegreerd zijn. Zo worden bedrijfs- en arbo-artsen een halve dag getraind in het begeleiden van werknemers met psychische klachten. De werknemers die in contact staan met deze arts krijgen toegang tot de Return@Work interventie: een e-health interventie die zij zelfstandig, maar ook onder begeleiding van hun arts kunnen doorlopen. De Return@Work interventie bevat een routine outcome monitoring (ROM) systeem om de voortgang en effecten van Return@Work bij de werknemer te volgen. Dit helpt de bedrijfs- of arbo-arts om begeleiding gericht te kunnen uitvoeren.

Kosten en baten volgens de studie

We beschouwen hier de kosten van de interventie (€300 per deelnemers aan Return@Work interventie) en de baten die ontstaan bij de werkgever omdat onder invloed van de interventie verzuimende werknemers weer eerder aan de slag gaan met werkhervatting. In de data van het gerandomiseerd effectonderzoek zien we dat aan het begin van hun ziekteverzuim (de eerste maand) de kosten door verzuim bij de werkgever oplopen tot een bedrag tussen de €3000 en €3500 per verzuimende werknemer. Naar mate meer

werknemers terugkeren naar hun werk nemen deze kosten af, maar dat gebeurt sneller bij de groep die de Return@Work interventie ontvangen. Bij die groep ontstaan dus meer baten dan bij een groep die geen Return@Work ontvangt. Opgeteld over het hele jaar ontstaan zo extra baten in de Return@Work groep ter waarde van €3.186 per werknemer in dat jaar (Lokman ea, in prep). Zie figuur 1.

Figuur 1: Verminderde kosten door verzuim na Return@Work versus gangbare zorg over 12 maanden



Naast deze baten per werknemer ontstaan nog andere baten, onder andere in de vorm van iets meer gezondheidswinst bij werknemers die Return@Work ontvangen, maar deze additionele baten laten we hier verder buiten beschouwing. De baten die door Return@Work per werknemer per jaar worden gerealiseerd houden we dus conservatief beperkt tot €3.186 per werknemer per jaar. Dat zijn 'netto baten' dus verminderd met de interventiekosten (van €300). Het financiële peiljaar van de betreffende studie was 2011 en we indexeren daarom naar 2015 het peiljaar van deze economische verkenning. Dat geeft €3.401.⁷ Hiermee rekenen we verder.

Baten na opschaling

Omwille van vergelijkbaarheid wordt weer aangesloten op de gehanteerde methodiek bij eerdere investment appraisals (Soeters ea, 2013a; 2013b). Dit betekent dat de baten van de onderzoeksuitkomsten beperkt worden tot een daling in zorgkosten en/of toegenomen arbeidsproductiviteit. De (economische) waarde van gezondheidswinst wordt daarmee buiten beschouwing gelaten. Toch zij opgemerkt dat bij de groep die Return@Work ontving een geringe additionele gezondheidswinst ontstaat en deze groep in elk geval geen gezondheidsschade lijdt als gevolg van het eerder terugkeren naar werk (Lokman ea, in prep).

De baten worden over een periode van tien jaar beschouwd, en worden verondersteld pas zes jaar na de investering te worden gerealiseerd omdat de nieuwe interventie eerst (landelijk) geïmplementeerd moet worden. In een voorzigtiger scenario wordt uitgegaan van een implementatiegraad van 40%. De baten moeten worden verdisconteerd om deze af te

⁷ Consumenten prijsindex 2011 → 2015 van 1,067.

kunnen zetten tegen de investeringskosten, die plaatsvinden voordat de baten ontstaan. Hier wordt in aansluiting op de rapporten van Soeters een discountvoet gehanteerd van 4%.

Zoals gezegd bestaat de doelgroep van langdurig verzuimende werknemers vanwege psychische redenen vrij precies uit 80.000 personen op jaarbasis. Voor elk van de tien jaren (jaar 7 tot en met jaar 16) worden de cumulatieve baten berekend die over een periode van één jaar verwacht worden bij de groep personen die de interventie ontvangt. Dit betekent dat voor elke persoon wordt gerekend met een toename van €3.401 aan arbeidsproductiviteit. In elk van de jaren zeven tot en met 16 ontstaat zo een waarde van $40\% \cdot 80.000 \cdot €3.401 = \pm €108$ miljoen. Na discontering is de netto contante waarde gelijk aan bijna €697 miljoen.⁸ Dit zijn de baten die ontstaan als gevolg van toegenomen arbeidsproductiviteit bij werknemers die proactieve zorg ontvangen gericht op spoedige terugkeer naar werk.

Conclusie

Het aanbieden van een interventie gericht op versnelde terugkeer naar werk bij mensen die langdurig verzuimen vanwege psychische redenen gaat naar verwachting gepaard met productiviteitsstijging ter waarde van circa €697 miljoen bij een implementatiegraad van 40% over tien jaar. De financiële baten komen met name werkgevers en inkomstenverzekeraars ten goede.

⁸ Te weten: $€108832000/(1,04)^7 + €108832000/(1,04)^8 + €108832000/(1,04)^9 + €108832000/(1,04)^{10} + €108832000/(1,04)^{11} + €108832000/(1,04)^{12} + €108832000/(1,04)^{13} + €108832000/(1,04)^{14} + €108832000/(1,04)^{15} + €108832000/(1,04)^{16} = \pm €697.640.000$, dus ongeveer €697 miljoen.

Casus 3: Online hulp bij suïcidale gedachten

(ZonMw projectnummer: 120510003)

Achtergrond

Volgens het CBS hebben 1.854 personen een einde aan hun leven gemaakt in het jaar 2013.⁹ Dat is een significante stijging ten opzichte van de gemiddeld 1.500 personen in de jaren tot 2010. Tegenover de 1.500 zelfdodingen staan gemiddeld 99.600 suïcidepogingen als gevolg waarvan 1.400 gezonde levensjaren verloren gaan (Lanting ea, 2010). Daarnaast hebben jaarlijks ongeveer 3,2% van de Nederlanders suïcidale gedachten (Ten Have ea, 2006), ofwel zo'n 462.500 personen (Hoeymans ea, 2010). Gegeven de ziektelast van suïcidale gedachten (met een ziektelastgewicht = 0,36) leidt dit tot nog eens een verlies van $462.500 * 0,36 = 166.500$ gezonde levensjaren (Spijker ea, 2011). Dat is niet alleen een groot gezondheidsverlies, maar zal ook aanzienlijke economische gevolgen hebben door kosten van additioneel zorggebruik en door productiviteitsverliezen.

Interventie

Om gedachten over suïcide (suïcidale ideatie) te doen afnemen, werd een laagdrempelige anonieme zelfhulpinterventie aangeboden over het internet. De interventie bestaat uit zes modules die wekelijks uitgevoerd dienen te worden. De modules zijn gebaseerd op de principes van cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende therapie. Ook kan online contact gemaakt worden met een psycholoog die gemiddeld 6 minuten per deelnemer besteedt aan begeleiding. Uitgaande van een bescheiden bereik van deze online interventie werden de aanbiedingskosten ervan (inclusief de psychologische hulp) berekend op €148 per deelnemer. Met deze kosten wordt verder gerekend al zullen bij schaalvergroting de kosten per gebruiker dalen.

Kosten en baten volgens de studie

De betreffende interventie werd economisch geëvalueerd in een gerandomiseerde effectstudie met 120 personen in een controleconditie en 116 personen die de interventie ontvingen (Spijker ea, 2012). De betreffende interventie blijkt effectief in het reduceren van suïcidale ideatie: in de experimentele groep verbeterd 35,3% tegen 20,8% in de controlegroep waar men alleen psycho-educatief materiaal kreeg en informatie over verwijzingen naar verdere hulp.

Naast de directe gezondheidseffecten bleek de interventie op twee andere domeinen gepaard te gaan met economische impacts. Ten opzichte van de controlegroep ontstonden er verschillen in de kosten als gevolg van afgenomen zorggebruik en als gevolg van toegenomen productiviteit. Uitgedrukt in euro voor het peiljaar 2015 gaat het om een jaarlijkse besparing ter waarde van gemiddeld €763 per persoon in de zorg en daarnaast gemiddeld €574 per persoon aan toegenomen productie¹⁰.

⁹ <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/publicaties/artikelen/archief/2014/2014-4204-wm.htm>

¹⁰ Al na 6 weken had de betreffende studie de nameting. Toen was er een verschil van €226 per persoon per maand aan kosten in het voordeel van de interventie, waarvan 57% door een afname van zorgkosten en 43% door een toename aan productiviteit. We nemen aan dat deze effecten langer aanhouden dan één maand maar na een jaar geheel verdwenen zijn. Op jaarbasis treedt er dan een besparing op van €1.356 per persoon. Dat wordt €1208 na aftrek van de interventiekosten a €148. Ten slotte indexeren we met de consumentenprijsindex van 2009 naar 2015 en dat geeft een jaarlijkse besparing van €1336, waarvan €763 in de zorg en €574 door grotere arbeidsproductiviteit.

Baten na opschaling

Wanneer de besparing in zorgkosten wordt gerealiseerd door de interventie toe te passen op 40% van de doelgroep van 462.500 personen, dan ontstaat er jaarlijks een besparing van €141 miljoen euro in de zorg. Daarnaast ontstaan €106 miljoen aan waarde door toegenomen arbeidsproductiviteit.

Wanneer de interventie na een zesjarige implementatieperiode gedurende tien jaren wordt toegepast, ontstaan er baten ter waarde van €1,584 miljard¹¹ (in 2015 euro) waarvan €904 miljoen door besparingen in de zorg en €680 miljoen door toegenomen productiviteit.

Conclusie

Circa 462.000 mensen hebben suïcidale gedachten. De betreffende 'suïcidale ideatie' heeft een forse impact op de kwaliteit van hun leven, op zorgkosten en productiviteit. Een laagdrempelige online zelfhulpinterventie kan hier veel verandering in aanbrengen. Niet alleen neemt suïcidale ideatie af, er treden ook besparingen op in de zorg terwijl productiviteit door arbeid toeneemt. Wanneer de interventie gedurende tien jaren bij 40% van de beoogde doelgroep wordt aangeboden, dan ontstaan er baten ter waarde van ongeveer €904 miljoen door besparingen in de zorg en nog eens €680 miljoen door toegenomen productiviteit.

¹¹ Te weten: $247224113/(1,04)^7 + 247224113/(1,04)^8 + 247224113/(1,04)^9 + 247224113/(1,04)^{10} + 247224113/(1,04)^{11} + 247224113/(1,04)^{12} + 247224113/(1,04)^{13} + 247224113/(1,04)^{14} + 247224113/(1,04)^{15} + 247224113/(1,04)^{16} = €1,583 \text{ miljard.}$

Casus 4: Collaboratieve zorg voor angststoornissen

(ZonMw projectnummer: 170882701)

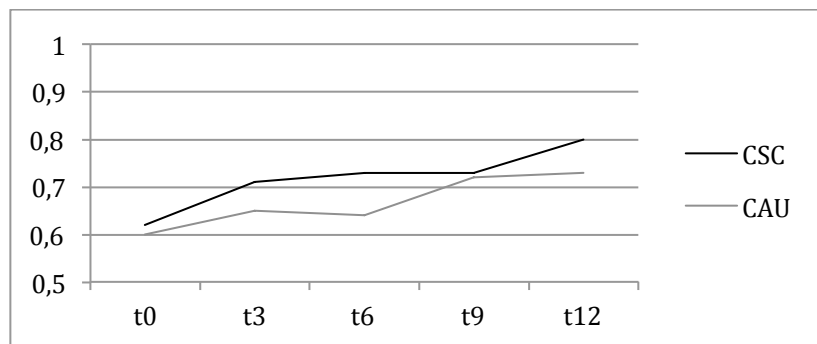
Achtergrond

Goorden ea (2014) voerden een kosten-utiliteitsstudie uit naar een collaboratieve stepped-care (CSC) interventie voor patiënten in de huisartsgeneeskundige setting. In de CSC interventie-conditie kregen 114 patiënten vier geïntegreerde, bewezen effectieve behandelstappen aangeboden. In de controleconditie kregen 66 patiënten toegang tot care-as-usual (CAU). De betreffende patiënten hadden paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis.

Kosten en baten volgens de studie

Gedurende een jaar werden zowel de kosten als de gezondheidseffecten gemeten in beide condities. In termen van kosten werden zowel de direct medische kosten als de productiviteitsverliezen in kaart gebracht met behulp van de TiC-P en SF-HQL. Daarnaast werd om de drie maanden kwaliteit van leven (QALY) gemeten met behulp van de EQ-5D. Figuur 2 laat zien dat de kwaliteit van leven meer toeneemt in de CSC groep dan in de CAU groep. Dat verschil is 0,05 QALY (significant) en ten gunste van CSC. De nieuwe interventie draagt dus bij aan gezondheidswinst.

Figuur 2: Kwaliteit van leven na collaboratieve stepped-care versus reguliere huisartsgeneeskundige zorg over 12 maanden.



Over de periode van een jaar lagen de zorgkosten in de interventiegroep met €1854 per patiënt iets hoger dan in de controleconditie, waar de kosten gelijk waren aan €1503. Productiviteitsverliezen waren daarentegen juist weer lager in de interventieconditie (€1052 per patiënt in de interventieconditie versus €2007 per patiënt in de controleconditie). Dit leidt tot een verwachte besparing vanuit maatschappelijk perspectief van €604 per patiënt in het jaar 2009.¹² Indexering naar het peiljaar 2015 zet de opbrengst op €668 per persoon.¹³

Baten na opschaling

Om de potentie van grootschalige uitrol van deze interventie in kaart te brengen moet dit worden gekoppeld aan het aantal personen in Nederland dat hiervoor in aanmerking komt. Op basis van huisartsregistraties (LINH) werd geschat dat er in 2011 50.800 mensen in de huisartsgeneeskundige setting waren die voor het eerst de diagnose angststoornis kregen. Bij het in kaart brengen van de potentie van landelijke uitrol, kijken we conservatief naar het aantal nieuwe patiënten met een angststoornis, de incidentie en dus niet naar de prevalentie

¹² $(€1854 + €1052) - (€1503 + €2007) = -€604$.

¹³ Consumentenprijsindex 2009 → 2015: 1,106.

van angststoornissen. De volgende stap is om in te schatten welk deel van deze 50.800 mensen met een angststoornis een paniekstoornis of gegeneraliseerde angststoornis had. Analyses op basis van NEMESIS-2 gegevens laten zien dat 47% hier aan voldoet (De Graaf ea, 2013), wat neerkomt op circa 24.000 personen per jaar. Uitgaande van een bereik van 40% (9.600 personen per jaar) is de jaarlijkse besparing in potentie gelijk aan €6,4 miljoen. Implementatie over een periode van tien jaar, startende na zes jaar, vertegenwoordigt dan een totale maatschappelijke waarde van circa €41 miljoen.¹⁴

Conclusie

In de huisartsgeneeskundige zorg ziet de arts 50.800 patiënten met een eerste angststoornis, waarvan 24.000 met een eerste paniekstoornis of eerste generaliseerde angststoornis. Voor de jaarlijkse instroom van deze groep nieuwe patiënten blijkt collaboratieve stepped-care effectief, maar gaat gepaard met hogere uitgaven in de zorg. Toch heeft de collaboratieve aanpak netto een gunstig maatschappelijk rendement door verhoogde arbeidsproductiviteit waarmee de additionele zorgkosten gecompenseerd worden. De maatschappelijke baten hebben een geschatte waarde van ongeveer €41 miljoen wanneer 40% van de betreffende doelgroep gedurende tien jaar deze zorgvorm ontvangt in plaats van reguliere zorg.

¹⁴ Te weten: $\frac{€6405411}{(1,04)^7} + \frac{€6405411}{(1,04)^8} + \frac{€6405411}{(1,04)^9} + \frac{€6405411}{(1,04)^{10}} + \frac{€6405411}{(1,04)^{11}} + \frac{€6405411}{(1,04)^{12}} + \frac{€6405411}{(1,04)^{13}} + \frac{€6405411}{(1,04)^{14}} + \frac{€6405411}{(1,04)^{15}} + \frac{€6405411}{(1,04)^{16}} = €41.059.701$, ofwel ±€41 miljoen.

Casus 5: Schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen

(ZonMw projectnummer: 94506406)

Achtergrond

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben psychische problemen die met hun karakter samenhangen. Er worden zes vormen onderscheiden: ontwijkend, afhankelijk, obsessief-compulsief, paranoïde, narcistisch en theatraal. Deze groepen worden ook wel eens aangeduid met de term 'moeilijke mensen' en zij worden bovengemiddeld vaak gezien in TBS klinieken, de verslavingszorg en de gespecialiseerde ggz. Deze stoornissen gaan gepaard met een lage kwaliteit van leven, bovenmatig gebruik van de gezondheidszorg, en veroorzaken daarnaast maatschappelijk kosten onder andere door verminderde arbeidsproductiviteit.

Interventie

De huidige richtlijnen schrijven psychologische behandeling als eerste keuze voor al is weinig bekend over de effectiviteit en de kosteneffectiviteit daarvan. Arntz ea onderzochten daarom de (kosten-)effectiviteit van de relatief nieuwe interventie (schematherapie) bij de zes persoonlijkheidsstoornissen door deze te vergelijken met richtlijnconforme behandeling. Schematherapie wordt volgens een protocol aangeboden in de gespecialiseerde ggz en bestaat uit 40 sessies in het eerste jaar gevolgd door nog eens tien booster-sessies in het tweede jaar.

Kosten en baten volgens de studie

De economische evaluatie werd uitgevoerd door Bamelis ea (2015). In de betreffende studie werden drie condities beschouwd en meerdere kostenposten, maar hier wordt het focus gezet op de zorgkosten waarbij alleen schematherapie wordt vergeleken met gangbare (richtlijnconforme) zorg. Schematherapie is geassocieerd met additionele gezondheidswinst: bij schematherapie trad herstel op bij 81,4% van de behandelde patiënten tegen 51,8% die gangbare zorg ontvingen. De auteurs rapporteren de maatschappelijke kosten (cumulatief over drie jaar) als €23.805 voor schematherapie. Dat blijkt lager dan de €26.333 voor gangbare zorg. 65% van deze maatschappelijke kosten zijn toe te schrijven aan zorggebruik. Dat is €15.473 voor schematherapie en €17.116 voor gangbare zorg. Het kostenverschil (de besparing) bedraagt derhalve €1.643 per behandelde persoon over een periode van drie jaar. Dat komt neer op een gemiddelde jaarlijkse besparing in zorgkosten van €548 per behandelde persoon. Geïndexeerd naar het peiljaar van dit rapport is dat een besparing van €628 aan zorgkosten in 2015 euro.¹⁵ Hiermee wordt verder gerekend.

Baten na opschaling

Volgens de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut (ggzrichtlijnen@trimbos.nl) komen persoonlijkheidsstoornissen veelvuldig voor in TBS-klinieken en patiënten in de verslavingszorg. Daarnaast wordt 60,4% van de psychiatrische patiënten gekenmerkt door een (bijkomende) persoonlijkheidsstoornis. In 2013 werden 700.000 patiënten behandeld in de gespecialiseerde ggz (GGZ Nederland, 2015). Het gaat dus om circa 422.000 personen in de ggz. Niet al deze personen zullen een behandeling ontvangen die ook gericht is op hun persoonlijkheidsstoornis. Zich beperkend tot één type persoonlijkheidsstoornis (borderline) berekende Hermens ea (2011) dat in Nederland 23% daarvoor een psychotherapeutische behandeling ontvangt. Wij nemen voorzichtig aan dat 10% zorg ontvangt voor enerlei persoonlijkheidsstoornis. Dat zijn jaarlijks 42.000 personen in de gespecialiseerde ggz inclusief TBS-klinieken.

¹⁵ Consumentenprijsindex 2009 → 2015: 1,147

Rondom de opschaling maken we weer de gebruikelijke aannamen. Eerst dient schematherapie opgenomen te worden in een nieuwe richtlijn of zorgstandaard (zoals momenteel gebeurt). Daarna moet de betreffende richtlijn geïmplementeerd worden waarvoor we zes jaren rekenen waarin geen baten ontstaan. Pas in de navolgende tien jaren wordt schematherapie toegepast bij 40% van de beoogde doelgroep (17.000 patiënten). Wanneer die personen in plaats van gangbare zorg (volgens de oude richtlijn) nu schematherapie zouden ontvangen levert dat jaarlijks een besparing op van $17.000 * €628 = €10.685.000$ (ruim €10 miljoen) aan zorgkosten. Over de beschouwde periode van tien jaren komt dat neer op netto constante waarde van ongeveer €68 miljoen euro aan besparingen in de zorg.¹⁶

Conclusie

Schematherapie voor patiënten in de gespecialiseerde ggz en TBS-klinieken is effectiever dan gangbare zorg zoals aanbevolen in de (oude) richtlijn. Ten opzichte van gangbare zorg is schematherapie ook betaalbaarder. Wanneer bij 40% van deze groep gangbare zorg zou worden vervangen door schematherapie levert dat jaarlijks een kostenreductie op van circa €10 miljoen. Onder de gebruikelijke aannamen vertaalt zich dat naar ongeveer €68 miljoen euro aan besparingen in de zorg.

¹⁶ Te weten: $€10685000/(1,04)^7 + €10685000/(1,04)^8 + €10685000/(1,04)^9 + €10685000/(1,04)^{10} + €10685000/(1,04)^{11} + €10685000/(1,04)^{12} + €10685000/(1,04)^{13} + €10685000/(1,04)^{14} + €10685000/(1,04)^{15} + €10685000/(1,04)^{16} = €68.492.546$, ofwel ± €68 miljoen.

Verhouding van kosten en baten

Kosten

Zoals gezegd, worden de kosten van alle ZonMw onderzoek beschouwd dat in de laatste vijf jaren werd uitgevoerd op het gebied van de ggz. Hierbij werd volgens opgave van ZonMw 158 studies uitgevoerd. Al deze studies te samen vroegen om een investering van bijna €39 miljoen (€38.867.363, geïndexeerd naar het prijspeil van 2015).

Baten

In de poel van 158 studies bevonden zich 51 afgeronde effectstudies waarvan uiteindelijk vijf kwantificeerbare baten in de zorg en/of op het werk laten zien. Tabel 4 (eerder getoond als tabel 1) toont de baten van de vijf casussen.

Tabel 4: Potentiele baten van de vijf casussen naar domein (in miljoenen euro)

	zorg	werk	maatschappelijk
case 1	26		26
case 2		697	697
case 3	904	680	1584
case 4			41
case 5	68		68
	998	1377	2416

Rendement

Wanneer nu alleen gekeken wordt naar besparingen in de zorg (€998 miljoen) dan leveren de geïnvesteerde €39 miljoen een stevig rendement op: een opbrengst van ruim €25 per geïnvesteerde euro.

Op het gebied van arbeid is die 'return-on-investment' (ROI) zelfs €35 per geïnvesteerde euro.

Uitgaande van de maatschappelijk baten (zorg en arbeid samengenomen) is de ROI ruim €61 (€61,95). De vijf casussen laten dus zien dat tegenover de investering van €39 miljoen in zorgonderzoek in de ggz ook aanzienlijke baten kunnen staan wanneer de inzichten uit de betreffende studies worden toegepast bij 40% van de respectievelijke doelgroepen over een periode van 10 jaar.

Discussie

Hoge investeringskosten?

Kijkend naar de investering van ZonMw van €39 miljoen kan men zich afvragen of het gaat om een grote investering. Gemiddeld gaat het om een investering van iets meer dan €7,7 miljoen per jaar (€7.773.472). Dat is per hoofd van de Nederlandse bevolking €0,46 per jaar.

In dit jaar (2016) investeert het National Institute of Mental Health (NIMH) in de VS \$1.489.417.000 aan zorgonderzoek in hun ggz. In euro is dat gelijk aan €1.212.485.438,¹⁷ corresponderend met €3,76 per hoofd van de Amerikaanse bevolking. Relatief geeft het NIMH dus ruim een factor 8 zo veel uit als Nederland via ZonMw ($3,76/0,46=8,17$).

Hierbij zou eigenlijk ook de investering betrokken moeten worden van nog eens \$640.523.000 die het Amerikaanse National Institute on Drugs and Abuse (NIDA) dit jaar uitgeeft aan onderzoek in de Amerikaanse verslavingszorg. De investering van NIMH en NIDA te samen komt neer op €5,38 per hoofd van de Amerikaanse bevolking per jaar. Dat is ruim een factor 11 hoger dan de €0,46 die in Nederland in de ggz en verslavingszorg wordt geïnvesteerd. Daarmee vergeleken is de Nederlandse investering dus relatief bescheiden.

Zekere baten?

Tegenover de Nederlandse investeringskosten van €39 miljoen staan potentieel hoge baten van ruim €2,4 miljard. Hierbij dient men zich af te vragen hoe zeker deze opbrengsten zijn. De beschikbare data en de gebruikte rekenregels die werden toegepast voor het berekenen van de baten laten op enkele punten ruimte voor onzekerheid:

- Uit soms kleine studies wordt geëxtrapoleerd naar soms grote doelgroepen. Vooral bij kosten is dat enigszins problematisch omdat de spreiding van kosten (de variantie) zoals die in onderzoek gezien wordt aanzienlijk kan zijn. Met andere woorden, de schatting van de baten is omgeven door onzekerheid en die onzekerheid wordt uitvergroot wanneer de baten uit de steekproef van een studie wordt geprojecteerd op de Nederlandse bevolking.
- Het geschat bereik van die doelgroepen wordt weliswaar beperkt tot 40% (in andere investeringsanalyses wordt wel eens gerekend met 80%; cf. Soeters ea, 2013a), maar zelfs een implementatie-graad van 40% treft ons als optimistisch wanneer het gaat om psychologische interventies bij niet altijd goed bereikbare doelgroepen. Rendementsberekeningen op basis van 40% bereik zouden dus optimistisch kunnen zijn.
- Waar mogelijk hebben we conservatieve aannamen gemaakt of ons anders laten leiden door gangbare rekenregels, maar één van die gangbare rekenregels is dat er geen implementatiekosten aan de studies toegerekend worden. Dat maakt onze berekeningen weliswaar vergelijkbaar met eerdere investeringsanalyses, maar 6 jaar implementeren zal niet kosteloos zijn. Die kosten zouden eigenlijk in mindering gebracht moeten worden op de verwachte baten. Het nadeel daarvan is dat de vergelijkbaarheid met eerdere investeringsanalyses verloren gaat en het schatten van de investeringskosten zal bovendien heel speculatief worden.

¹⁷ De conversie van US\$ naar NL€ werd uitgevoerd met de 'purchasing power paritiy' (PPP) van het OECD van 0,8140 voor het jaar 2014. Hiermee wordt niet alleen rekening gehouden met de wisselkoers maar ook met koopkrachtverschillen tussen de beide landen.

Conclusie

Te midden van de 158 ZonMw studies die in de periode van 2010-2015 werden uitgevoerd op het terrein van de ggz voor een gezamenlijk bedrag van €39 miljoen werden vijf studies gevonden die becijferbare baten laten zien in de vorm van kostenbesparing in de zorg of door hogere arbeidsproductiviteit. De baten werden geschat op ruim €2,4 miljard. Daaruit valt af te leiden dat elke euro die in zorgonderzoek in de ggz wordt geïnvesteerd zichzelf ruimschoots terugverdiend.

Deze bevinding dient in een context geplaatst te worden om te komen interpretatie. Vijf renderende studies uit de 158 studies lijkt misschien niet veel. We merken hierbij op dat ZonMw veel studies financierde die leidden tot belangrijke wetenschappelijke inzichten, maar waaraan we geen becijferbare baten (in de zorg of in de arbeidsproductieve sfeer) kunnen verbinden. Zo investeerde ZonMw onder meer in psychiatrische cohortstudies en studies van psychometrische aard. Voor het genereren van wetenschappelijke inzichten of om de wetenschap zelf een stuk verder te brengen hebben dergelijke studies veel waarde. Voor het opstellen van onze investeringsanalyse waren we echter aangewezen op een kleiner aantal effectevaluaties (n=51). Vervolgens spitste onze analyses zich toe op effectstudies waarbij niet alleen naar (klinische) effecten werd gekeken, maar ook naar impacts van de interventie op zorgkosten en arbeid. Het gaat daarbij met name om kosteneffectiviteitsstudies. Daartussen bevinden zich overwegend studies die laten zien dat een nieuwe interventie weliswaar kosteneffectief is, maar dat is nog niet hetzelfde als kostenbesparend of productieverhogend. Interventies die meer gezondheid opleveren en bovendien gepaard gaan met kostenbesparingen of grotere arbeidsproductiviteit zijn nu eenmaal zeldzaam. De investeringsanalyse liet vervolgens zien dat enkele van zulke zeldzame studies alle gemaakte investeringen in zorgonderzoek ruimschoots compenseren.

Onze conclusie is gebaseerd op soms wat kleine steekproeven en is daarom aan onzekerheid onderhevig, maar in het algemeen werd gebruik gemaakt van geaccepteerde rekenregels en betrekkelijk conservatieve aannamen. De zwakste schakel in deze investeringsanalyse hangt samen met de vraag hoe inzichten uit onderzoek daadwerkelijk hun weg vinden naar de zorg, en daar geïmplementeerd en geborgd worden. Dit is een complex vraagstuk dat verder gaat dan de reikwijdte van deze gezondheid-economische verkenning, omdat naar de organisatie van de zorg en naar zorgfinanciering gekeken moet worden. In aanzet zou aan het volgende gedacht kunnen worden. Het feit dat er steeds meer gegevens beschikbaar komen via 'routine outcome monitoring' (ROM) geeft de zorgverzekeraars een instrument om te benutten bij de zogenaamde selectieve contractering (selectieve inkoop). Daar mag op termijn een positief of minimaal borgend effect van verwacht worden. Aan de zijde van de ggz-instellingen zouden ROM-data vaker en beter gebruik kunnen worden voor zelfsturing gericht op efficiency-verhoging. Op dat gebied lopen momenteel interessante experimenten bij ggz-instellingen en in regionale proeftuinen. De verhoging van therapietrouw aan de gebruikerskant is een ander uitdagend facet dat meer aandacht verdient. Inzet van ervaringsdeskundigen en grotere transparantie van kosten en effecten (op basis van persoonlijke ROM data) kan hier wellicht een positieve bijdrage leveren. Dergelijke stappen met implementatie zullen nodig zijn om de potentiële baten van zorgonderzoek in de ggz ten volle te realiseren.

Referenties

- Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 2014; 171(3): 305-22.
- Bamelis LLM, Arntz A, Wetzelaer P, Verdoorn R, Evers SMAA. Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: a multicenter randomized trial. *Journal of Clinical Psychiatry* in press.
- De Graaf R, Tuithof M, van Dorsselaer S, ten Have M. Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden: resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)]. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al. Predicting psychosis: Meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry* 2012;69:220-9.
- GGZ Nederland. Sectorrapport 2013: feiten en cijfers over een sector in beweging. Amersfoort: GGZ Nederland, 2015.
- Hermens ML, Van Splunteren PT, Van de Bisch A, Verheul R. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services* 2011;62:1381-3.
- Hoeymans N, Schoemaker CG (Red.) De ziektelast van suicide en suicidepogingen. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Ising HK, Kraan TC, Rietdijk J, et al. Four-Year Follow-up of Cognitive Behavioral Therapy in Persons at Ultra-High Risk for Developing Psychosis: the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIE-NL) Trial, in druk.
- Ising HK, Smit F, Veling W, et al. Cost-effectiveness of preventing first-episode psychosis in ultra-high-risk subjects: multi-centre randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2015;45(7):1435–46.
- Ising HK, Lokkerbol J, Rietdijk J, et al. Four-year cost-effectiveness of cognitive behavior therapy for preventing first-episode psychosis: the Dutch Early Detection Intervention Evaluation (EDIW-NL) trial, in druk.
- Lanting L, Toet H, Hoeymans N. Sterfte en lichamelijk letsel als gevolg van suicidepogingen. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Lokman S, Volker D, Zijlstra-Vlasveld M, Brouwers EPM, Boon B, Beekman ATF, Smit F, Van der Feltz-Cornelis CM. Economic costs and benefits of a return-to-work intervention for sick-listed employees with common mental disorders: cluster randomised trial. In prep.
- Murray CJL, Vos T, Lozano R, et al. Disability adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2197–2223.
- Neil AL, Carr VJ, Mihalopoulos C, et al. Costs of psychosis in 2010: findings from the second Australian National Survey of Psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014;48:169–182.
- Nieuwenhuijsen K, Bültmann U, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(2):CD006237

Rietdijk J, Klaassen R, Ising H, Dragt S, Nieman DH, van de Kamp J, et al. Detection of people at risk of developing a first psychosis: Comparison of two recruitment strategies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2012;126:21-30.

Soeters M, Verhoeks G. Kostenbesparingen door programma Goed Gebruik Geneesmiddelen. Zorgmarktadvies, 2013a.

Soeters M, Verhoeks G. Kostenbesparingen door onderzoek en innovatie in de zorg. Zorgmarktadvies, 2013b.

Van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry* 2008; 192(6): 450-7.

Van der Gaag M, Nieman D, Berg D van den. CBT for Those at Risk of a First Episode Psychosis: Evidence-based psychotherapy for people with an "At Risk Mental State." Routledge, 2013.

Van der Gaag M, Smit F, Bechdolf A, et al. Preventing a first episode of psychosis: meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups. *Schizophrenia Research* 2013;149:56–62.

Van Spijker BAJ, Majo CM, Smit F, Van Straten A, Kerkhof AJFM. Reducing suicidal ideation via the Internet: cost-effectiveness analysis alongside a randomised trial into unguided self-help. *J Med Internet Res* 2012;14(5):e141

Veling W, Van der Wal M, Jansen S, Van Weeghel J, Linszen D: *Handboek Vroege Psychose*. Amsterdam: Uitgeverij SWP; 2012

Volker D, Vlasveld MC, Anema JR, et al. Blended E-health module on return to work embedded in collaborative occupational health care for common mental disorders: design of a cluster randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013;9:529-537

Volker D, Zijlstra-Vlasveld MC, Anema JR, et al. Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomised trial. *J Med Internet Res* 2015;17:e116

Soeteman DI, Verheul R, Delimon J, Meerman AM, van den Eijnden E, Rossum BV, et al. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. *Br J Psychiatry* 2010; 196(5): 396-403.

Soeteman DI, Verheul R, Meerman AM, Ziegler U, Rossum BV, Delimon J, et al. Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster C personality disorders: a decision-analytic model in the Netherlands. *J Clin Psychiatry* 2011; 72(1): 51-9.

Spijker BAJ, Van Straten A, Kerkhof, AJFM, Hoeymans N, Smit F. Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *Journal of Affective disorders* 2011;134:341-347.

Yung AR, Nelson B, Stanford C, et al. Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophrenia Research* 2008;105:10–17.

Over de auteurs

Dr. Joran Lokkerbol (mathematisch econoom) is hoofd van het Centrum Economische Evaluatie op het Trimbos-instituut voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Joran is tevens verbonden aan het Universitair Medisch Centrum van Groningen. Hij is gespecialiseerd in gezondheidseconomisch onderzoek, zorgoptimalisatie, budget impact analyse en maatschappelijke kosten-baten analyse waarvoor simulatiemodellen nodig zijn. Hij is betrokken bij vele economische evaluaties onder meer in het kader van de reeks nieuwe zorgstandaarden voor de ggz.

Drs. Suzanne Lokman (econoom) is lid van het Centrum Economische Evaluatie op het Trimbos-instituut. Het Trimbos-instituut is Nederlands kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Suzanne is gespecialiseerd in economische evaluaties (kosteneffectiviteit, kosten-utiliteit en kosten-baten analyses) die gebaseerd zijn op data uit gerandomiseerd effectonderzoek. Zij heeft een speciale belangstelling voor de economische betekenis van de ggz in de arbeidsetting.

Prof. dr. Richard Janssen (hoogleraar economie en organisatie van de gezondheidszorg) is verbonden aan het departement Tranzo van de universiteit van Tilburg. Daarnaast is hij bestuurder van Altrecht en bestuurslid van ZonMw. Hij houdt zich bezig met strategische vraagstukken in de zorg zowel op het niveau van de instelling, de sector als op nationaal niveau. Richard was medeoprichter van het Prospective Psychiatric and Economic Research (PROSPER) netwerk dat zich bezighoudt met prognostisch modelleren en de economische evaluatie van proactieve zorg in de ggz.

Prof.dr.mr. Silvia Evers (gezondheidseconoom) is lid van het Centrum Economische Evaluatie op het Trimbos-instituut en is tevens verbonden aan de Vakgroep Health Services Research van de Universiteit Maastricht waar zij leiding geeft aan het programma Creating value-based health care. Silvia is auteur van ruim 200 artikelen (H-index 33) en redacteur van het International Journal of Integrated Care en adjunct-redacteur van BMC Health Services Research.

Prof.dr. Filip Smit (hoogleraar public mental health) is lid van het Centrum Economische Evaluatie op het Trimbos-instituut en is als onderzoekshoogleraar verbonden aan het EMGO+ Instituut for Health and Care Research van het VU Medisch Centrum, de vakgroep Clinical, Neuro and Developmental Psychology en de vakgroep Epidemiology and Biostatistics. Hij publiceerde meer dan 160 artikelen (Google H-index 51) en was medeoprichter van het Prospective Psychiatric and Economic Research (PROSPER) netwerk dat zich bezighoudt met prognostisch modelleren en de economische evaluatie van proactieve zorg in de ggz.

Rendeert zorgonderzoek in de GGZ?

In de periode 2010 – 2015 investeerde ZonMw €39 miljoen in 158 studies in de ggz. Het maakt nieuwsgierig of deze investering in economisch opzicht rendeert.

Het rendement van zorgonderzoek wordt bepaald door na te gaan wat de economische baten zijn wanneer onderzoeksresultaten uit de betreffende studies worden geïmplementeerd in de ggz. Die baten kunnen ontstaan wanneer nieuw onderzochte interventies na implementatie leiden tot een afname van zorgkosten of een toename van arbeidsproductiviteit.

Bij vijf effectstudies kon berekend worden in welke mate zij baten kunnen opleveren wanneer de uitkomsten van die studies toegepast zouden worden in de ggz. De geschatte baten tellen op tot ruim €2,4 miljard euro.

De intrinsieke waarden van onderzoek (kennis) en zorg (gezondheid) werden buiten beschouwing gelaten in deze economische investeringsanalyse. Daarnaast is het prettig om in een tijd van economische krapte te zien dat investeren in zorgonderzoek ook in economisch opzicht rendeert.