Strategische verkenning

Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie

Joran Lokkerbol, Peter Verhaak, Filip Smit

Colofon

In opdracht / met financiering van
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs
Joran Lokkerbol
Peter Verhaak
Filip Smit

Omslagontwerp
Ladenius Communicatie bv

Productie
Trimbos-instituut

Productiebegeleiding
Joris Staal

Beeld
www.istockphoto.com

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 – 2971100
F: 030 - 2971111
www.trimbos.nl

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting 5

Introductie 7

Methoden 9
- Data 9
- Model 9
- Parameters 10
- Ziektelast 14
- Aannamen 14

Resultaten 17
- Scenarioanalyse: enkelvoudige aanpassingen 17
- Scenarioanalyse: gecombineerde aanpassingen 23

Discussie 27

Referenties 29

Optimalisatie Basis GGZ

Managementsamenvatting

In dit rapport wordt onderzocht hoe de Basis GGZ in Nederland geoptimaliseerd kan worden in termen van kosteneffectiviteit. Hiervoor is een rekenmodel ontwikkeld dat de bestaande Basis GGZ (op basis van data van goed registrerende huisartspraktijken uit 2009) vergelijkt met alternatieve zorgsystemen in termen van kosteneffectiviteit. Hierbij wordt kosteneffectiviteit zowel vanuit het zorgperspectief (directe medische kosten en gezondheidswinst) als het maatschappelijke perspectief (additionele directe niet-medische kosten en productiviteitsverlies) bekeken.

De ggz zoals die momenteel in de eerste lijn wordt uitgevoerd, is reeds kosteneffectief in de zin dat de baten hoger zijn dan de kosten: zelfs wanneer we heel bedaarde aannamen maken, levert elke euro die geïnvesteerd wordt in de ggz in de eerste lijn een waarde op van €2,59 door toegenomen gezondheid. Wanneer de 'return on investment' vanuit maatschappelijk perspectief wordt beschouwd en er dus ook gekeken wordt naar de effecten van mentale gezondheid op arbeidsproductiviteit dan blijkt de huidige return on investment zelfs €4,24 te zijn per geïnvesteerde euro In dit rapport wordt bestudeerd hoe de op zich al kosteneffectieve ggz in de eerste lijn verder verbeterd kan worden.

Enkelvoudige scenarioanalyses (waarbij telkens één zorginnovatie wordt beschouwd) wijzen uit dat er een aantal interessante verbeterrichtingen bestaan, namelijk:

- het terugbrengen van het aantal sessies psychotherapie
- het aanbieden van meer evidence-based zorg
- het opschalen van e-health
- het strategisch inzetten op verhoogde therapietrouw
- het substitueren van zorg

Simultaan doorvoeren van de combinatie van deze maatregelen leidt tot een zorgsysteem dat 16-31% kosteneffectiever is ten opzichte van de huidige ggz in de eerste lijn.

Kosteneffectiviteit is, hoewel niet onbelangrijk, slecht één aspect van een zorgsysteem. Gegeven de potentie die bovengenoemde maatregelen in zich dragen tot het verbeteren van de kosteneffectiviteit van het zorgsysteem, raden wij sterk aan om deze maatregelen verder te onderzoeken in het licht van overige belangen.

Introductie

Dit rapport bevat de resultaten van een strategische verkenning uitgevoerd door het Trimbos-instituut naar de optimalisatie van de Basis GGZ in Nederland. De nadruk van het onderzoek valt daarmee op het in kaart brengen van verbeterrichtingen met betrekking tot kosteneffectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn.

Als uitgangspunt zijn data gebruikt van huisartspraktijken over het zorggebruik van patiënten in de eerste lijn om het huidige zorgsysteem te modelleren. De Methoden paragraaf beschrijft welke input is gebruikt in het tot stand brengen van het model. De Resultaten paragraaf geeft een overzicht van de effecten van de gemodelleerde alternatieve en innovatieve zorginrichtingen van de Basis GGZ. Hierbij wordt gekeken naar: minder sessies psychotherapie, aanbieden van meer evidence-based interventies (conform de richtlijnen), opschaling van e-health, aanbieden van preference-based interventies (waarbij meer rekening wordt gehouden met de preferenties van patiënten), ruimere inzet van de praktijk ondersteuner van de huisarts (POH), en verschillende vormen van zorgsubstitutie. Implicaties en beperkingen worden uiteengezet in de Discussie paragraaf.

Omdat er veel scenario's zijn, wordt elke afzonderlijke scenario kort besproken. In Bijlage C is meer informatie gegeven over de afzonderlijke scenario's. In Bijlage D vindt men informatie over het gecombineerde effect van samengestelde scenario's. In de overige bijlagen vindt men informatie over een aantal (meer technische) zaken die een meer uitvoerige aandacht behoeven.

Methoden

In deze paragraaf worden de verschillende aspecten beschreven die een rol spelen in het construeren van het model, waaronder de gebruikte data, parameters en aannamen.

Data

Input voor het rekenmodel bestaat uit data over het aantal patiënten naar diagnose (volume), doorverwijzing, en medicijnvoorschrift met betrekking tot de geestelijke gezondheidzorg in de eerste lijn (peiljaar 2009). Data zijn aangeleverd door het NIVEL. De dataset is onderverdeeld in de categorieën patiënten zoals door de huisarts herkend en geregistreerd:

- Angstig/nerveus
- Stress/Surmenage
- Depressieve gevoelens
- Alcohol afhankelijkheid/misbruik
- Angststoornis
- Depressieve stoornis

We merken hierbij op dat de eerste drie categorieën patiënten zich presenteren met klachten, terwijl de laatste drie categorieën patiënten beantwoorden aan de diagnostische criteria van een geestelijke stoornis. Dit onderscheid is van belang omdat het ook iets zegt over de ernst van de klachten en daarmee over de benodigde zorg. We komen hier nog vaak op terug.

De data over volume, diagnose, en medicijnvoorschrift met betrekking tot geestelijke gezondheid zijn gebaseerd op 40 goed registrerende huisartspraktijken. Data met betrekking tot doorverwijzingen zijn gebaseerd op 53 huisartspraktijken. Deze huisartspraktijken worden representatief verondersteld voor de totale populatie huisartspraktijken in Nederland. Onder die aanname werden schattingen verkregen van het totale aantal patiënten in de betreffende categorieën.

Model

Het model is een vereenvoudigde weergave van hoe de Basis GGZ in Nederland er uit zou kunnen zien en is op die manier in staat om de kosten en de gezondheidswinst van twee verschillende zorgsystemen (zoals het huidige en een alternatief) met elkaar te vergelijken. Het model beschouwt een periode van 1 jaar en vergelijkt de steady state van twee zorgsystemen. Dat wil zeggen, het model kijkt niet naar een overgangsfase van het ene in evenwicht zijnde zorgsysteem naar het andere, maar naar het verschil tussen de uiteindelijke evenwichtssituaties van twee situaties. Om consistentie te bevorderen wordt elke categorie klacht of stoornis beschreven door de volgende generieke interventies:

- Farmacotherapie
- Psycho educatie huisarts
- Psycho educatie Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH)
- Psychotherapie individueel
- Psychotherapie groep
- Combinatie therapie
- E-health zonder begeleiding
- E-health met begeleiding

Elke interventie behoeft input met betrekking tot kosten, het bereik van de interventie in relatie tot de betreffende doelgroep, therapietrouw en effectgrootte. Ook dienen van de

interventies de aanbiedingskosten berekend te worden. Elk van deze inputs wordt uitgebreid in de volgende subparagrafen beschreven.

Parameters

Elk zorgsysteem wordt omschreven door een verzameling parameters, zodat het vergeleken kan worden met een ander zorgsysteem in termen van kosteneffectiviteit.

Op de eerste plaats dient het aantal patiënten ingevoerd te worden in het model. Door de data van de huisartspraktijken te extrapoleren naar de gehele bevolking is het aantal mensen in 2009 met een van de zes type klachten of stoornissen gelijk aan 1,75 miljoen patiënten. 'Depressieve stoornis' en 'Angstig/nerveus' zijn relatief grote categorieën, met 536.000 and 422.000 personen respectievelijk, 'Alcohol afhankelijkheid/misbruik' is een relatief kleine categorie met 87.000 personen in 2009.

Dekkingspercentages zijn afgeleid van de dataset, waar aangeboden interventies en verwijzingen per klacht/stoornis zijn geregistreerd, zie tabel 1 voor de percentages.

Tabel 1: dekkingspercentages voor elke combinatie interventie en klacht/stoornis

Dekking %	Angstig/ Nerveus	Stress/ surmenage	Depressieve gevoelens	Alcohol afhankelijk-heid/misbruik	Angst-stoornis	Depressieve stoornis
Farmaco-therapie (a)	63.1%	35.1%	43.5%	30.3%	62.8%	75.2%
Psycho educatie huisarts (b)	23.4%	44.3%	36.1%	41.7%	22.1%	12.5%
Psycho educatie POH (b)	0.5%	1.0%	1.5%	0.4%	0.5%	0.2%
Psychotherapie individueel (c)	5.3%	6.6%	6.2%	0.3%	4.5%	2.8%
Psychotherapie groep (d)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Combinatie therapie (e)	2.4%	2.9%	4.1%	1.9%	4.1%	3.3%
E-health zonder begeleiding (f)	0.3%	0.0%	3.0%	15.0%	0.6%	1.2%
E-health met begeleiding (f)	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

a) % Farmacotherapie gebaseerd op het aantal patiënten met een prescriptie gedeeld door het aantal patiënten
b) % Psycho educatie vormt een restgroep. Iedere patiënt die niet specifiek een andere interventie ontvangt, maar wel behandeld is, wordt verondersteld psycho educatie te ontvangen van huisarts of POH, in de verhouding waarin huisarts en POH in het aantal uitgevoerde verrichtingen voorkomen.
c) % Psychotherapie individueel opgebouwd uit alle verwijzingen naar eerstelijns psychologen en de helft van de verwijzingen naar het RIAGG.
d) % Psychotherapie groep is in het huidige zorgstelsel 0% verondersteld, maar wel opgenomen als categorie om in alternatieve scenario's te kunnen onderzoeken.
e) % Combinatietherapie opgebouwd uit verwijzingen naar psychiatrie en de helft van de verwijzingen naar het RIAGG.
f) % E-health zonder begeleiding gebaseerd op schattingen. E-health met begeleiding is 0% verondersteld in het huidige zorgsysteem, maar wel opgenomen als categorie om in alternatieve scenario's te kunnen onderzoeken.

Therapietrouw is waar mogelijk uit onderzoeken gepubliceerd in multidisciplinaire richtlijnen gehaald, uit focusgroepen afgeleid of verondersteld een bepaalde waarde te hebben ten opzichte van bekende gegevens omtrent therapietrouw.

We merken op dat therapietrouw een belangrijke parameter is omdat het behandeleffect van een interventie mede zal afhangen van de mate waarin de patiënt adherent is. Interventies die geassocieerd zijn met een lage therapietrouw en dus weinig therapeutisch effect sorteren, zullen vervolgens vanuit economisch oogpunt wel met kosten geassocieerd zijn en dus niet, of althans minder kosteneffectief zijn. Verder: therapietrouw zal zelf kunnen afhangen van de mate waarin de patiënt de aangeboden interventie beschouwt als acceptabel, en het aanbod beïnvloed dus weer adherentie.

Tabel 2: therapietrouw voor elke combinatie interventie en klacht/stoornis

Therapietrouw %	Angstig/ nerveus	Stress/ surmenage	Depressieve gevoelens	Alcohol afhankelijk-heid/misbruik	Angst-stoornis	Depressieve stoornis
Farmaco-therapie	70% a)	70% b)	50% a)	50% h)	70%	50% a)
Psycho educatie huisarts	70% b)	70% b)	70% b)	30% i)	70% b)	70% b)
Psycho educatie POH	50% c)	50% c)	50% c)	20% j)	50% c)	50% c)
Psychotherapie individueel	70% b)	70% b)	56% f)	30% i)	70% b)	68% f)
Psychotherapie groep	50% d)	50% d)	64% f)	20% k)	50% d)	50% f)
Combinatie therapie	70% b)	70% b)	65% f)	30% i)	70% b)	65% f)
E-health zonder begeleiding	70% e)	70% b)	56% f)	30% i)	70% e)	22% m)
E-health met begeleiding	70% e)	-	65% g)	35% l)	70% e)	43% f)

a) Naar resultaten uit de multidisciplinaire richtlijn (GGZ Richtlijnen, 2011a, 2011b).
b) Niet bekend, verondersteld op 70%
c) Niet bekend, 20% lager verondersteld dan therapietrouw huisarts.
d) Niet bekend, 20% lager verondersteld dan therapietrouw psychotherapie individueel
e) Gebaseerd op Haverman, Boon, Riper (2009)
f) Gebaseerd op gesprekken met panel van zorggebruikers
g) Niet bekend, iets hoger verondersteld dan therapietrouw zonder begeleiding
h) Schatting op basis van resultaten uit de multidisciplinaire richtlijn (GGZ Richtlijnen, 2009), als genoemd voor acamprosaat en naltrexon.
i) Niet bekend, vanwege de bekende lage therapietrouw bij alcohol geschat op 30%
j) Niet bekend, 10% lager verondersteld dan therapietrouw huisarts
k) Niet bekend, 10% lager verondersteld dan therapietrouw psychotherapie groep
l) Naar onderzoek Blankers et al. (2011)
m) Verondersteld als de helft van therapietrouw e-health met begeleiding

Gestandaardiseerde effectgroottes, d, zijn gebaseerd op meta-analyses, multidisciplinaire richtlijnen en gerandomiseerd effectonderzoek. Daarmee wordt dus gewerkt met de meest nauwkeurige en harde gegevens over de werkzaamheid van de onderscheiden interventies.

Tabel 3: effect grootte d voor elke combinatie interventie en klacht/stoornis

Effect grootte d	Angstig/ nerveus	Stress/ surmenage	Depressieve gevoelens	Alcohol afhankelijk-heid/misbruik	Angst-stoornis	Depressieve stoornis
Farmaco-therapie	1.12 a)	0.35 e)	0.15 i)	0.66 n)	1.12 a)	0.72 u)
Psycho educatie huisarts	0.29 b)	1.02 b)	0.5 b)	0.32 o)	0.29 b)	0.5 b)
Psycho educatie POH	0.29 b)	1.02 b)	0.5 b)	0.32 o)	0.29 b)	0.5 b)
Psychotherapie individueel	1.27 a)	0.52 f)	0.69 j)	0.46 p)	1.27 a)	0.69 j)
Psychotherapie groep	1.27 a)	0.52 f)	0.31 k)	0.28 q)	1.27 a)	0.69 v)
Combinatie therapie	1.34 a)	0.54 g)	0.72 l)	0.21 r)	1.34 a)	1.05 w)
E-health zonder begeleiding	0.68 c)	0.32 h)	0.33 m)	0.31 s)	0.68 c)	0.32 m)
E-health met begeleiding	1 d)	-	0.33 m)	0.59 t)	1 d)	0.32 m)

a) Op basis van Issakidis et al. (2004)
b) Op basis van Bakker et al. (2007)
c) Op basis van Meulenbeek et al. (2010)
d) Op basis van multidisciplinaire richtijn angststoornissen (GGZ Richtlijnen, 2011a***)***
e) verondersteld op het arbitrair lage 0.35
f) Op basis van Van der klink et al. (2001). Gemiddelde genomen van relaxatie en cbt.
g) Arbitrair iets hoger dan psychotherapie verondersteld.
h) Voorzichtig ingeschat op basis van het effect voor andere klachten/stoornissen
i) Geen evidentie aanwezig dat dit werkt; gekozen voor het arbitrair lage 0,15.
j) Op basis van Cuijpers et al. (2007, 2008a)
k) Op basis van Cuijpers (1998) en Cuijpers et al. (2008b)
l) Op basis van Fournier et al. (2010) en Kirsch et al. (2008)
m) Op basis van Spek et al. (2007) en Cuijpers et al. (2008c)
n) Op basis van Kosten and O'Connor (2003)
o) Analyse op basis van Beich et al.'s meta analyse van korte face-to-face interventies (2003)
p) Multidisciplinaire richtlijn (GGZ Richtlijnen, 2009***)***, Walters (2000)
q) Naar Tonigan et al.'s meta analyse (1996)
r) Mann et al's meta analyse (2004)
s) Op basis van RCT van Riper et al. (2008)
t) Op basis van Blankers et al. (2011)
u) Op basis van Arroll et al. (2005), Fournier et al. (2010) en Kirsch et al. (2008)
v) Gelijk verondersteld aan het effect van psychotherapie individueel
w) Op basis van Cuijpers et al. (2009)

De gestandaardiseerde effectgrootte d wordt omgezet naar gezondheidswinst uitgedrukt in *quality adjusted life years* (QALYs) met behulp van een conversiefactor (Sanderson, 2004) van 0.11. Om onzekerheid rond effect grootte weer te geven, worden effecten in het rekenmodel verondersteld een normale verdeling te volgen.

Per interventie werden de aanbiedingskosten per patiënt berekend. Hierbij werd de betreffende richtlijn van Hakkaart-Van Roijen et al. (2010) in acht genomen. Om de consistentie van de kostenberekeningen te bevorderen werd gebruik gemaakt van een additionele Costing Tool die door het Trimbos-instituut werd ontwikkeld. Met de Costing Tool is het mogelijk ook expliciet rekening te houden met bronnen van onzekerheid in dergelijke kostenberekeningen.

Tabel 4: direct medische kosten voor elke combinatie interventie en klacht/stoornis

Direct medische kosten (zorgperspectief)	Angstig/ nerveus	Stress/ surmenage	Depressieve gevoelens	Alcohol afhankelijk-heid/misbruik	Angst-stoornis	Depressieve stoornis
Farmaco-therapie	€ 179 a)	€ 179 a)	€ 151 h)	€ 185 i)	€ 151 h)	€ 151 h)
Psycho educatie huisarts	€ 84 b)	€ 84 b)	€ 84 b)	€ 56 j)	€ 56 j)	€ 56 j)
Psycho educatie POH	€ 49 c)	€ 49 c)	€ 49 c)	€ 49 c)	€ 49 c)	€ 49 c)
Psychotherapie individueel	€ 611 d)	€ 611 d)	€ 611 d)	€ 611 d)	€ 611 d)	€ 611 d)
Psychotherapie groep	€ 124 e)	€ 124 e)	€ 124 e)	€ 124 e)	€ 124 e)	€ 124 e)
Combinatie therapie	€ 510 f)	€ 510 f)	€ 510 f)	€ 510 f)	€ 510 f)	€ 510 f)
E-health zonder begeleiding	€ 175 g)	€ 175 g)	€ 152 g)	€ 152 g)	€ 152 g)	€ 152 g)
E-health met begeleiding	€ 195 g)	-	€ 195 g)	€ 764 k)	€ 195 g)	€ 195 g)

a) 3-4 contacten met huisarts a 10min plus 12 mndn farmacotherapie a gemiddelde kostprijs 6,75/mnd
b) 3 contacten met huisarts a 10 min
c) 1 contact met POH a 30 min
d) 1 verwijzing door huisarts, 7 (6-8) gesprekken met psycholoog a 45min
e) 1 verwijzing door huisarts, 7 (6-8) gesprekken met psycholoog in groep van 6 (4-8) personen
f) 1 verwijzing door huisarts, 5 gesprekken met psychiater a 20min, plus 12 mndn farmacotherapie
g) Op basis van tariefstelling van MentalShare
h) 3-4 contacten met huisarts a 10min plus 12 mndn farmaco a gemiddelde kostprijs 4.42/mnd
i) 3-4 contacten met huisarts a 10min plus 12 mndn farmaco a gemiddelde kostprijs 7.25/mnd
j) 2 contacten met arts a 10 min, voor screening, brief personalised feedback en eventueel doorverwijzing
k) 5 sessies met online therapeut voorafgegaan aan doorverwijzing huisarts. Daarnaast kosten voor website hosting, upgrading en technische assistentie

Kosten bezien vanuit het bredere maatschappelijke perspectief omvatten ook reis-, parkeer- en tijdkosten van personen voor het verkrijgen van hulp voor hun klacht/stoornis. Deze kosten zijn allen gewaardeerd volgens de Handleiding Kostenonderzoek (Hakkaart-Van Roijen et al, 2010).

Om de onzekerheid rond werkelijke kosten weer te geven, worden kosten in het rekenmodel verondersteld een gamma verdeling te volgen (zie Briggs et al., 2006).

Ziektelast

Onder de aanname dat productiviteitsverlies één op één samenhangt met ziektelast, is het van belang om ziektelast voor de verschillende klachten en stoornissen in kaart te brengen. Een belangrijke bron van informatie hiervoor is een onderzoek naar ziektelast in Nederland (Stouthard et al., 1997). Hierin zijn de volgende ziektelastgewichten toegekend aan de verschillende klachten en stoornissen:

Angstig/nerveus:	0,14 (0,11-0,17)
Stress/surmenage	0,14 (naar angstig/nerveus en depressieve gevoelens)
Depressieve gevoelens	0,14 (0,09-0,19)
Alcohol afhank/ misbruik	0,33 (0,11-0,55)
Angststoornis	0,56 (0,42-0,69)
Depressieve stoornis	0,56 (0,35-0,76)

Aannamen

Het rekenmodel brengt verschillende wetenschappelijke disciplines samen in een simulatietool. In dit soort analyses is geen ontkomen aan het maken van aannamen omtrent de samenhang van alle onderdelen in het rekenmodel. Waar aannamen gemaakt zijn, zijn deze conservatief gemaakt. Dat wil zeggen, dusdanig gemaakt dat zij de uitkomsten met betrekking tot kosten en effecten eerder onderschatten dan overschatten. Zie onderstaande tabel voor een overzicht met de gemaakte aannamen:

Aanname	**Verantwoording**	**Effect**
Willingness to Pay (WtP) voor 1 QALY is 10.000,-	In de literatuur varieert de WtP voor 1 QALY tussen de 10.000,- en 80.000,-. Wij kiezen de meest conservatieve schatting.	Zorgsystemen waarvan de kosten voor het verkrijgen van 1 QALY onder de 10.000,- bedragen worden gezien als kosteneffectief.
De conversiefactor voor het omrekenen van de effect-grootte d naar ziektelast is 0,11.	Sanderson et al. (2004) laten zien dat deze conversiefactor varieert tussen 0,104 en 0,158. Wij kiezen voor een conservatieve factor.	De keuze voor de conversiefactor heeft weinig invloed op de *relatieve* vergelijking tussen 2 zorgsystemen.
De dataset omtrent de huisartspraktijken is representatief.	Er is geen reden om anderzijds aan te nemen	Het verrichtingen, verwijzingen en prescriptiegedrag van alle huisartspraktijken in heel Nederland wordt gelijk verondersteld aan dat van de subset goed registrerende huisartspraktijken.
De Basis GGZ omvat de patiënten die van de huisarts het label P01: angstig/nerveus; P02: stress; P03: depressief gevoel; P15: alcohol afhankelijkheid/misbruik; P74: angststoornis; P76 depressieve stoornis of P78: surmenage / overspannen toegekend krijgen.	De Basis GGZ is een relatief nieuw begrip met nog geen duidelijke afbakening. Wij kiezen voor een afbakening op basis van deze klachten en stoornissen zoals bij de huisarts geregistreerd.	Mogelijk maken we hier een onderschatting van het aantal personen in de Basis GGZ, wanneer bijvoorbeeld een deel van de patiënten uit de Basis GGZ niet onder 1 van deze labels wordt geregistreerd.

Productiviteitsverlies (zowel absenteïsme als presenteïsme) is lineair gerelateerd aan ziektelast.	Bij gebrek aan geschikte literatuur over dit onderwerp, is dit een voor de hand liggende aanname.	Productiviteitsverlies neemt procentueel even sterk af als ziektelast.
Effectiviteit van een interventie is lineair gerelateerd aan therapie-trouw van een interventie.	Bij gebrek aan geschikte literatuur over dit onderwerp, is dit een voor de hand liggende aanname.	Effectiviteit neemt procentueel even sterk af als therapietrouw.
Kosten volgen een gamma verdeling.	Het is gangbaar in gezondheidseconomische modellen om kosten een gamma verdeling te laten volgen (Briggs et al. 2006).	Onzekerheid rondom kosten is licht scheef naar rechts verdeeld.
Effectgrootte d volgt een normale verdeling.	Het is gangbaar in gezondheidseconomische modellen om effect grootte een normale verdeling te laten volgen (Briggs et al. 2006).	Onzekerheid rondom effect-grootte d is symmetrisch verdeeld.
Effectverlies door het aantal sessies psychotherapie te verlagen van gemiddeld 7 naar 5 ligt tussen de 0 en 20%.	Zie bijlage A.	Een verlaging van het aantal sessies is kosteneffectief, omdat effecten minder snel dalen dan kosten.
Het gemiddelde uurloon waartegen additionele verzuimdagen als gevolg van klachten/stoornissen worden gewaardeerd is 19,27 per uur.	Zie bijlage B.	Het verminderen van ziektelast leidt tot een substantiële verlaging van het productiviteitsverliezen.
1) Effecten van interventies zijn onafhankelijk of 2) elke patiënt krijgt 1 interventie.	Uit de dataset valt niet te distilleren of patiënten meerdere interventies ontvangen en welke.	Effecten van alle losse interventies kunnen bij elkaar opgeteld worden.
Het rekenmodel beschouwt kosten en effecten over een periode van één jaar.	Deze periode laat zich op basis van beschikbare literatuur over effecten het beste vergelijken.	Het model onderschat mogelijk de effecten van interventies die langer dan een jaar doorwerken.
Effecten van interventies afkomstig uit verschillende studies laten zich vergelijken in één model.	We baseren ons op de best beschikbare evidentie	Verschillen in effecten van interventies uit verschillende studies als gevolg van een verschil in design van deze studies kunnen leiden tot een over- of onderschatting van het effect van interventies.

Resultaten

Het rekenmodel is gebruikt om verschillende scenario's door te rekenen en deze te vergelijken met een uitgangsscenario in termen van kosteneffectiviteit. Het uitgangsscenario is gebaseerd op eerder genoemde data en aannamen:

Uitgangsscenario	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	286 mln	412 mln
QALY	74.000	74.000
ROI	2,59	4,24

Elk scenario wordt omschreven in termen van kosten (in euro), gezondheidswinst (in het aantal gewonnen gezonde levensjaren, QALY) en return on investment (ROI) waarbij bekeken wordt hoeveel baten (in euro) ontstaan per geïnvesteerde euro. Dit wordt gedaan zowel vanuit zorgperspectief als vanuit het bredere maatschappelijke perspectief. Vanuit het zorgperspectief wordt alleen naar direct medische kosten gekeken en de gezondheidswinst die hieruit voortkomt. Vanuit maatschappelijk perspectief worden ook direct niet-medische kosten zoals reiskosten, parkeerkosten en tijdverlies in kaart gebracht, alsmede productiviteitsverliezen als gevolg van klachten en stoornissen.

De omschrijving van het uitgangsscenario in absolute getallen dient puur ter illustratie van de orde van grootte van de kosten, QALY en ROI. Alle alternatieve scenario's worden uitgedrukt in relatieve verschillen ten opzichte van dit uitgangsscenario. Doel van dit onderzoek is om verbeterrichtingen in kaart te brengen. Relatieve vergelijkingen geven deze verbeterrichtingen weer, zonder het risico te lopen dat de absolute getallen als waarheid worden geïnterpreteerd; iets wat met een analyse over verschillende disciplines met bijbehorende aannamen simpelweg niet gegarandeerd kan worden. Naast het feit dat relatieve vergelijkingen beter bijdragen aan een gefundeerde discussie, leidt vergelijking van twee scenario's in termen van verschillen er ook toe dat de systematische meetfout van twee zorgsystemen tegen elkaar wegvallen. Met andere woorden, relatieve vergelijking heeft minder last van onzekerheid als gevolg van systematische over- of onderschattingen van effecten en kosten per zorgsysteem.

Scenarioanalyse: enkelvoudige aanpassingen

Als eerste is een reeks enkelvoudige aanpassingen aan het zorgsysteem in kaart gebracht, allen in termen van de veranderingen in kosten, QALY en ROI. De gesimuleerde enkelvoudige aanpassingen bestaan uit:
- Minder sessies psychotherapie
- Meer evidence-based zorgaanbod
- Opschaling e-health ten koste van farmacotherapie
- Preference based zorgaanbod
- Substitutie van huisarts naar POH
- Extra ondersteuning van POH aan huisarts
- Substitutie van psychotherapie naar e-health
- Substitutie van psychotherapie naar POH

Grafische uitkomsten van deze scenario's zoals verkregen door het rekenmodel staan in bijlage C.

Minder sessies psychotherapie

Minder sessies psychotherapie	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-4,87%	-3,43%
QALY	-0,59%	-0,59%
ROI	+4,49%	+3,05%

In navolging van de plannen van de overheid, brengen we het scenario in kaart van het terugbrengen van het aantal sessies psychotherapie van het huidige gemiddelde van 7, naar het in 2012 maximaal aantal vergoede sessies van 5. Effectverlies door het verminderen van het aantal sessies wordt tussen de 0-20% geschat, zie bijlage A voor de verantwoording. Het terugbrengen van het aantal sessies leidt tot een zorgsysteem dat naar verwachting 3-4% kosteneffectiever is. Het is van belang om voor ogen te houden dat er redelijk wat spreiding in de uitkomstmaat zit, waardoor het alternatieve scenario *gemiddeld* beter uitpakt, maar dit niet altijd het geval is (zie bijlage C).

Richting evidence-based zorg

Richting evidence-based zorg	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-2,88%	-2,05%
QALY	+0,92%	+0,92%
ROI	+3,92%	+5,68%

Het ontbreken van evidentie met betrekking tot de effectiviteit van farmacotherapie voor mensen met depressieve gevoelens (dus bij *minor depression*) ligt aan de basis van het scenario rond meer evidence-based zorg. Kosteneffectiviteit in dit scenario neemt toe met 4-6%. Hierin wordt geen farmacotherapie meer voorgeschreven aan deze mensen, maar wordt deze groep geholpen met psycho-educatie door huisarts (25%), psycho-educatie door de POH (25%) of e-health zonder begeleiding (50%). Dit omdat depressieve klachten een voorbode kunnen zijn voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis en het daarom verstandig kan zijn die klachten niet geheel onbehandeld te laten, maar preventief in te grijpen. Daarover nog het volgende:

Met behulp van een ander rekenmodel (waarbij de effecten van preventie over vijf jaren worden gemodelleerd) kan worden aangetoond dat de kosteneffectiviteit bij depressieve klachten en stoornissen met wel 27% kan toenemen tegen gelijkblijvende kosten over een periode van 5 jaar wanneer er zwaarder wordt ingezet op preventie. Het is buiten de scope van dit onderzoek om daar verder op in te gaan, maar belangrijk is om te realiseren hoeveel potentie het vanuit het oogpunt van kosteneffectiviteit heeft om personen buiten het dure deel van de zorg te houden.

Opschaling e-health ten koste van farmacotherapie

Opschaling e-health zonder begeleiding	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-23,29%	-12,65%
QALY	-14,94%	-14,94%
ROI	+10,89%	+0,76%

In het eerste scenario krijgt 50% van de mensen die farmacotherapie voorgeschreven krijgt, voortaan e-health zonder begeleiding. Door de enorme schaalvergroting (het aantal mensen dat nu farmacotherapie krijgt is vele malen groter dan het aantal mensen dat e-health krijgt) daalt de prijs voor e-health zonder begeleiding met 75%. Dit leidt tot een zorgsysteem dat een stuk goedkoper is, maar ook minder gezondheidswinst boekt. In zijn totaliteit is dit scenario kosteneffectiever, omdat kosten sneller dalen dan effecten. Vanuit het maatschappelijke perspectief zijn de cijfers minder overtuigend, wat komt doordat mensen die e-health volgen meer tijd kwijt zijn dan wanneer zij pillen slikken.

Vanuit beleidsoogpunt is het wellicht verstandig om deze vorm van substitutie vooral in te zetten bij de klachten (maar niet bij stoornissen) en vooral wanneer de huisarts inschat dat farmacotherapie bij klachten niet geïndiceerd is. Dit omdat een klacht een voorbode kan zijn van een zich ontwikkelende stoornis en een verhoogde mate van zelfmanagement via e-health een preventieve werking kan hebben.

Opschaling e-health met begeleiding	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-8,90%	-8,65%
QALY	-6,47%	-6,47%
ROI	+2,67%	4,28%

In het scenario waarbij farmacotherapie wordt gesubstitueerd voor e-health mét begeleiding bewegen de kosten en effecten in dezelfde richting, zij het minder sterk. Dit komt doordat schaalvoordelen minder groot zijn wanneer tot op zekere hoogte therapeuten benodigd zijn bij de aangeboden e-health interventie.

Preference-based zorgaanbod

Preference-based zorgaanbod	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-0,14%	-0,13%
QALY	+5,81%	+5,81%
ROI	+5,96%	+5,86%

Gezondheidseffecten zijn 1 op 1 verbonden met therapietrouw. Het is daarom interessant om te kijken naar een scenario waarin strategisch wordt ingezet op therapietrouwverhogende maatregelen. Door het verhogen van de therapietrouw bij 5 belangrijke interventies (in termen van impact op het zorgsysteem): farmacotherapie voor angstig/nerveus, angststoornis en depressieve stoornis, en psycho educatie huisarts voor stress/surmenage en depressieve gevoelens, neemt de kosteneffectiviteit van het totale zorgsysteem naar verwachting toe met 6%. Ondanks dat het op dit moment onduidelijk is hoe therapietrouw verhoogd kan worden, laat dit scenario zien dat het zeer de moeite is om nader onderzoek in deze richting uit te voeren.

Substitutie van huisarts naar POH

Substitutie huisarts naar POH	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-1,18%	-1,82%
QALY	-1,68%	-1,68%
ROI	-0,51%	-0,35%

In een scenario waarin 25% van de psycho-educatie door de huisarts wordt overgenomen door de POH, zien we dat kosten en effecten beide licht dalen. POH is vergelijkbaar met de huisarts in termen van kosteneffectiviteit. Het is daarom niet zozeer interessant om de POH ten koste van de huisarts in te zetten, maar juist om te kijken hoe ze samen hun capaciteit kunnen verdelen – zoals het volgende scenario laat zien.

Extra ondersteuning van POH aan huisarts

POH ondersteunt huisarts	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	+1,48%	+1,46%
QALY	+4,79%	+4,79%
ROI	+3,27%	+4,73%

In het scenario waarbij de POH 20% van de psycho-educatie van de huisarts ondersteunt door middel van een extra contact met de POH, nemen effecten sterker toe dan de kosten, waardoor de ROI toeneemt. Hierbij wordt verondersteld dat de therapietrouw bij de POH stijgt naar hetzelfde niveau als dat van de huisarts wanneer de POH een extra contact met de patiënt heeft dat er op gericht de therapietrouw van de patiënt te bevorderen, bijvoorbeeld door uitkomsten bij de patiënt te monitoren.

Substitutie van psychotherapie naar e-health

Psychotherapie naar e-health	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-1,91%	-1,54%
QALY	-0,32%	-0,32%
ROI	+1,63%	+1,16%

In het scenario waarin voor 20% van de klachten en 10% van de stoornissen psychotherapie wordt verdeeld over e-health mét en zonder begeleiding, zien we een zorgsysteem dat naar verwachting iets kosteneffectiever is. Dat het uiteindelijke effect op de totale zorg gering is komt voornamelijk doordat de volumina relatief klein zijn.

Substitutie van psychotherapie naar POH

Psychotherapie naar POH	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-5,72%	-4,99%
QALY	-1,01%	-1,01%
ROI	+5,00%	+4,19%

Voor de klachten (dus niet voor de stoornissen) is het een zwaar middel om psychotherapie in te zetten. Daarom kijken we naar een scenario waarin voor klachten 50% van psychotherapie naar POH gaat. Dit zorgsysteem is naar verwachting 4-5% kosteneffectiever. Er kan verwacht worden dat dit een realistisch scenario is. Huisartsen die een POH-ggz in dienst hebben zullen immers minder snel naar psychotherapeuten doorverwijzen en in elk geval een deel van de patiënten aan hun eigen POH gunnen.

Wij verwijzen andermaal naar bijlage C voor meer gedetailleerde modeluitkomsten van de enkelvoudige scenario's. In de navolgende paragraaf wordt ingegaan op de gezondheidseconomische gevolgen van het combineren van de afzonderlijke maatregels.

Scenarioanalyse: gecombineerde aanpassingen

Naast enkelvoudige scenario's is er ook gekeken naar de cumulatieve effecten van het simultaan doorvoeren van meerdere aanpassingen in het zorgsysteem. Dit deel van de Resultaten paragraaf laat de uitkomsten zien van het stapsgewijs cumulatief aanpassen van het uitgangsscenario, met achtereenvolgens:

- het terugbrengen van het aantal sessies psychotherapie
- de invoer van de eigen bijdrage
- het aanbieden van meer evidence-based zorg
- het opschalen van e-health
- het strategisch inzetten op verhoogde therapietrouw (preference-based)
- een bredere inzet van de POH bij klachten

De grafische output van het rekenmodel van deze scenario's zijn te vinden in bijlage D.

Minder sessies psychotherapie en invoer eigen bijdrage

Minder sessies psychotherapie; eigen bijdrage	**Zorgperspectief**	**Maatschappelijk perspectief**
Kosten	-4,87%	-1,45%
QALY	-0,59%	-0,59%
ROI	+4,49%	+0,98%

Effecten van het verminderen van het aantal sessies psychotherapie zijn exact hetzelfde als in het eerste enkelvoudige scenario voor het zorgperspectief. Vanuit maatschappelijk perspectief werkt de invoer van de eigen bijdrage door in een verhoging van de kosten van psychotherapie met gemiddeld 100 euro. Hierbij is uitgegaan van een gelijkblijvende zorgvraag, al zou door de eigen bijdrage ook uitval in de zorgaanvraag kunnen optreden. Over het laatste bestaat echter onzekerheid, zie Lokkerbol en Smit (2011).

+ het aanbieden van meer evidence-based zorg

+ meer evidence-based zorg	**Zorgperspectief**	**Maatschappelijk perspectief**
Kosten	-6,17%	-2,37%
QALY	+0,28%	+0,28%
ROI	+6,88%	+5,52%

Wanneer naast het verminderen van het aantal sessies psychotherapie en de invoer van de eigen bijdrage ook meer evidence-based zorg wordt aangeboden, stijgt de kosteneffectiviteit verder met naar verwachting 5-7% ten opzichte van het uitgangsscenario.

+ opschaling e-health

+ opschaling e-health	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-29,39%	-15,29%
QALY	-15,00%	-15,00%
ROI	+20,38%	+6,07%

Door vervolgens e-health op te schalen ten koste van farmacotherapie dalen de kosten flink, maar treedt er ook effectverlies op. Doordat dit effectverlies een stuk kleiner is dan de kostendaling (vanuit het zorgperspectief), stijgt de ROI substantieel. Vanuit maatschappelijk perspectief is de stijging in ROI minder sterk, weer omdat e-health in verband met de tijdkosten van de patiënt minder positief afsteekt tegen farmacotherapie.

+ verhoging therapietrouw

+ verhoging therapietrouw	Zorgperspectief	Maatschappelijk perspectief
Kosten	-29,39%	-15,29%
QALY	-11,52%	-11,52%
ROI	+25,31%	+10,62%

Verhoging van de therapietrouw met 5% bij vijf specifieke interventies leidt tot een verdere verhoging van kosteneffectiviteit. Het gaat hierbij om die interventies waarbij het patiëntenvolume groot is:

1. farmacotherapie bij depressieve stoornis
2. farmacotherapie bij angststoornissen
3. farmacotherapie bij gevoelens van angst
4. psycho-educatie door de huisarts bij stress en surmenage
5. psycho-educatie door de huisarts bij depressieve gevoelens

Onder de sterke aanname dat verhoging van de therapietrouw niet gepaard gaat met extra zorgkosten, is dit een aantrekkelijk scenario. Daarom zou hard nagedacht moeten worden hoe de patiënt verleid kan worden diens therapietrouw te verbeteren bij de vijf genoemde interventies.

Een eerste optie is dat de aangeboden interventie de voorkeur van de patiënt dient te hebben. Het idee is dat de patiënt dan ook een grotere therapietrouw zal vertonen. Dit vraagt om een inzicht in de preferenties van patiënten om hen zo een overeenkomstig zorgaanbod te kunnen leveren (preference-based medicine).

Een tweede optie om de therapietrouw te verhogen, kan er uit bestaan de therapeutische relatie tussen patiënt en arts te versterken. Bij alle vijf de interventies speelt de huisarts immers een centrale rol en wellicht zou de verbeterde therapietrouw kunnen ontstaan wanneer artsen vaker gebruik maken van technieken om de patiënt-arts relatie (de *therapeutic alliance*) te versterken gedurende de contacten die sowieso met de patiënt plaatsvinden en daarbij het belang van adherentie onderstrepen (Lambert & Barley 2001; Safran et al., 2001).

Een andere optie om de therapietrouw van patiënten te verhogen zou er uit kunnen bestaan de POH vaker in te zetten bij de controle of patiënten de hen aangeboden interventies goed naleven. Daarvoor zijn dan extra POH-contacten nodig, wat gepaard zal gaan met een toename van zorgkosten, waardoor dat scenario niet meteen aantrekkelijker wordt in termen van kosteneffectiviteit (dit werd doorgerekend, maar de resultaten daarvan zijn weinig aantrekkelijk en worden daarom niet verder beschouwd).

Blijft de conclusie dat therapietrouwverhogende maatregelen vanuit oogpunt van kosteneffectiviteit interessant zijn, zolang daarbij de zorgkosten niet (te veel) stijgen.

+ additionele inzet POH in plaats van psychotherapie voor klachten

+ additionele inzet POH	**Zorgperspectief**	**Maatschappelijk perspectief**
Kosten	-33,32%	-19,69%
QALY	-12,43%	-12,43%
ROI	+31,34%	+15,56%

Voor klachten is psychotherapie als middel vrij zwaar, en daarnaast weinig kosteneffectief. Door voor deze groep de helft naar de POH te substitueren, neemt de kosteneffectiviteit van het zorgsysteem nog verder toe.

Wij verwijzen andermaal naar bijlage D voor meer gedetailleerde modeluitkomsten van de gecombineerde scenario's.

Discussie

Met het doel om interessante denk- en beleidsrichtingen in kaart te brengen voor het optimaliseren van de Basis GGZ is een gezondheidseconomisch rekenmodel gebouwd en zijn de meest veelbelovende scenario's doorgerekend en gepresenteerd. Hieruit komt naar voren dat er een aantal manieren zijn waarop de Basis GGZ naar verwachting kosteneffectiever wordt, namelijk door:

- het terugbrengen van het aantal sessies psychotherapie
- het aanbieden van meer evidence-based zorg
- het opschalen van e-health ten koste van farmacotherapie
- het aanbieden van preference-based zorg
- het op grotere schaal inzetten van de POH

De scenarioanalyses waarin deze maatregelen worden gecombineerd laten zien dat een zorgsysteem 16-31% kosteneffectiever kan zijn. Dat wil zeggen, voor een zorgsysteem dat van zichzelf al kosteneffectief is, stijgt de opbrengst met een extra 16-31 procent.

Uitkomsten van dit onderzoek dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Zoals genoemd is het in dit soort multidisciplinaire simulatiemodellen onontkoombaar om aannamen te maken, waarbij het risico ontstaat dat aannamen de resultaten direct beïnvloeden.Ondanks dat dit deels wordt opvangen door voornamelijk in relatieve verbeteringen te rapporteren, blijft het van belang te realiseren dat ook deze relatieve veranderingen onderhevig zijn aan de nodige aannamen.

Een ander aspect wat een rol speelt in de geboden voorzichtigheid bij interpretatie van de resultaten, is het feit dat het model gebaseerd is op data uit 2009. Meer recente data zijn niet beschikbaar, en er kan van worden uitgegaan dat het uitgangsscenario in dit rapport tot op bepaalde hoogte verschillen vertoont met de huidige situatie.

Daarnaast is het rekenmodel een zogenaamd steady state model, wat twee in evenwicht zijnde zorgsystemen met elkaar vergelijkt. De weg van het huidige evenwicht naar het evenwicht van een alternatief en innovatief zorgsysteem kan een lange weg zijn waarbij additionele kosten ontstaan om de gewenste transitie te realiseren. Zulke zaken treden onder andere op wanneer het zorgsysteem niet berekend is op volumeverschuivingen van een bepaalde orde van grootte, of wanneer patiënten weerstand tonen tegen het afnemen van andere type zorg dan ze gewend zijn.

Tot slot is het van belang om te benadrukken dat de uitgevoerde scenarioanalyse tot doel heeft de kosteneffectiviteit van de Basis GGZ te optimaliseren. Hierbij is meegenomen wat de directe medische kosten, directe niet-medische kosten, productiviteitsverliezen en gezondheidswinst bedragen. Het behoeft geen verdere uitleg dat allerlei andere factoren een rol kunnen spelen die een kosteneffectief scenario tot een ongewenst scenario kunnen maken; zoals ongelijke toegang tot de zorg voor bepaalde bevolkingsgroepen. In die zin is het rekenmodel geen autopilot voor het maken van beleid, maar dient als voornaamste doel het in kaart brengen van interessante denk- en beleidsrichtingen. Gegeven de potentie die de in dit rapport genoemde maatregelen in zich dragen tot het verbeteren van de kosteneffectiviteit van de Basis GGZ, raden wij sterk aan deze maatregelen verder te onderzoeken in het licht van overige belangen.

Referenties

Arroll B, MacGillivray S, Ogston S, et al. (2005) Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. Ann Fam Med; 3: 449-456

Bakker IM, Terluin B, Van Marwijk HWJ, et al. (2007) A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress related mental disorders and sick leave in primary care. PLoSClinicalTrials

Barkham M, Shapiro DA, Gillian EH, et al. (1999) Psychotherapy in Two-plus-One Sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. Journal of consulting and clinic psychology; 67(2): 201-211

Beich A, Thorsen T, Rollnick S (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal; 327(7414):536-542

Bien TH, Miller WR, Tonigan JS (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. Addiction; 88: 315-336

Blankers M, Koeter MW, Schippers GM (2011) Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol;79(3):330-341

Briggs A, Claxton K, Sculpher MJ (2006) Decision Modelling for Health Economic Evaluation. Oxford, England: Oxford University Press

Cape J, Whittington C, Buscewicz M, et al. (2010) Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Medicine, 8:38

Cuijpers P (1998) A psychoducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's "Coping with Depression" course. Behavior Therapy; 29:521-533

Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam AM, et al (2007) Characteristics of effective psychological treatments of depression: a metaregression analysis. Psychotherapy Research; 18(2): 225-236

Cuijpers P, Straten A, Andersson G, et al (2008a) Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 76(6): 909-922

Cuijpers P, van Straten A, Smit F, et al (2008b) Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. American Journal of Psychiatry; 165: 1272-80

Cuijpers P, van Straten A, Andersson G (2008c) Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: A systematic review. Journal of Behavioral Medicine; 31: 169-177

Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam MA, et al (2009) Psychotherapy versus combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Depression and Anxiety; 26: 279-288

De Graaf R, Tuithof M, Van Dorsselaer S et al. (2011) Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2). Trimbos Instituut, Utrecht

Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al (2010) Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA; 303(1): 47-53

GGZ Richtlijnen (2009), Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol

GGZ Richtlijnen (2011a), Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (tweede revisie)

GGZ Richtlijnen (2011b), Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (tweede revisie)

Goetzel RZ, Ozminkowski RJ, Sederer LI, et al (2002) The business case for quality mental health services: why employers should care about the mental health and well-being of their employees. Journal of Occupational and Environmental Medicine; 44(4): 320-330

Hakkaart-Van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM. (2010). Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Instituut voor Medical Technology Assessment, Erasmus Universiteit Rotterdam

Haverman M, Boon B, Riper H. (2009) Therapietrouw & onderzoeksuitval bij e-mental health interventies. First international E-Mental Health Summit

Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986) The dose-response relationship in psychotherapy. American Psychologist; 41: 159-164

Issakidis C, Sanderson K, Corry J et al. (2004) Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence based optimal treatment for anxiety disorders. Psychological Medicine; 34: 1-17

Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, et al. (2008) Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. Plos Medicine; 5(2)e45

Kosten TR, O'Connor PG (2003) Management of Drug and Alcohol Withdrawal. New England Journal of Medicine; 348(18): 1786-95

Lambert MJ, Barley DE (2001) Research summary on the therapeutic relationshp and psychotherapy outcome. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training; 38(4):257-361

Lokkerbol J en Smit F (2011) Eigen bijdrage in de ggz: scenario's van effecten op zorguitgaven, zorggebruik en arbeidsproductiviteit. Trimbos instituut, Utrecht

Mann K (2004) Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data. CNS Drugs;18(8):485-504.

Meulenbeek P, Willemse G, Smit F, et al. (2010). Early intervention in panic: pragmatic randomized controlled trial. The Britisch Journal of Psychiatry; 196: 326-331

Michel L, Drapeau M, Despland JN. (2003) A four session format to work with university students. Journal of college student psychotherapy; 18(2): 3-14

Newman MG, Kenardy J, Herman S, Taylor CB (1997) Comparison of palmtop-computerassisted brief cognitive-behavioural treatment to cognitive-behavioural treatment for panic disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 65, 178-183

OECD (2004) The OECD Health Project Towards High-Performing Health Systems Policy Studies, OECD

Riper H, Kramer J, Smit F, Conijn B, Schippers G, Cuijpers P (2008) Web-based self-help for problem drinkers: a pragmatic randomized trial. Addiction;103(2):218-227

Riper H, Van Straten A, Keuken M, Smit F, Schippers G, Cuijpers P. (2009) Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions. American Journal of Preventive Medicine; 36(3):247-255.

Safran JD, Muran JC, Samstag LW, Stevens C. Repairing alliance ruptures. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training; 38(4):406-412

Sanderson K, Andrews G, Corry J, et al. (2004) Using the effect size to model change in preference values from descriptive health status. Qual Life Res; 13: 1255–1264

Shapiro DA, Barkham M, Stiles WB, Hardy GE, Rees A, Reynolds S, Startup M (2003) Psychology and psychotherapy theory, research and practice; 76: 211-235

Smit F, Lokkerbol J, Riper H, et al. (2011). Modeling the Cost-Effectiveness of Health Care Systems for Alcohol Use Disorders: How Implementation of eHealth Interventions Improves Cost-Effectiveness. Journal of Medical Internet Research; 13(3):e56

Spek V, Cuijpers P, Nylicek I, et al (2007) Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychological Medicine; 37:319-328

Stouthard MEA, Essink-Bot ML, Bonsel GJ, et al. (1997) disability weights for diseases in the Netherlands, Amsterdam, NL, Inst. Sociale Geneeskunde

Tonigan JS, Toscova R, Miller WR (1996) Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: sample and study characteristics moderate findings. J Stud Alcohol; 57(1): 65-72

Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, Van Dijk FJH (2001). American Journal of Public Health; 91(2): 270-276

Walters GD (2000) Behavioral self-control training for problem drinkers: a meta-analysis of randomized control studies. Behavior Therapy 2000; 31(1) :135-149

Warmerdam L, Van Straten A, Twisk J, Riper H, Cuijpers P (2008) Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomised controlled trial. Journal of Medical Internet Research; 10:e44

Strategische verkenning

Op zoek naar een kosteneffectieve Basis GGZ: Scenario's voor zorginnovatie

Dit rapport:

Aanleiding. Sterk toenemende kosten in de (geestelijke) gezondheidszorg en bezuinigingen dragen bij aan de noodzaak tot het efficiënter inrichten van onder andere de geestelijke gezondheidszorg. Een goed doordachte inrichting van de Basis GGZ kan een belangrijke rol spelen in het betaalbaar houden van de ggz. Dit rapport onderzoekt welke verbeterrichtingen er mogelijk zijn voor het verhogen van de kosteneffectiviteit van de Basis GGZ.

Aanpak. Huidige en alternatieve inrichtingen van de Basis GGZ worden met elkaar vergeleken met behulp van een gezondheidseconomisch rekenmodel. Hierbij wordt primair uitgegaan van de kosten en opbrengsten van een zorgsysteem, zowel vanuit zorg- alsmede het maatschappelijk perspectief.

Uitkomsten. De basis voor de alternatieve scenario's ligt in het aanbieden van korte interventies, meer evidence-based zorg, een opschaling van e-health, preference-based zorg en verschillende vormen van zorgsubstitutie, waaronder een ruimere inzet van de praktijk ondersteuner van de huisarts. De meest interessante scenario's zijn in dit rapport uiteengezet.

Over de auteurs:

Joran Lokkerbol is mathematisch econoom aan het Trimbos-instituut en gespecialiseerd in het modelleren van kosteneffectiviteit binnen de geestelijke gezondheidszorg vanuit macro-economisch perspectief. Daarnaast is hij verbonden aan de Vrije Universiteit waar hij promoveert op het onderwerp gezondheidseconomie.

Peter Verhaak is programmaleider op het NIVEL en hoogleraar geestelijke gezondheidszorg binnen de huisartsvoorziening aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Peter heeft specifieke interesse in kortdurende psychische behandelingen.

Filip Smit is onderzoeker op het Trimbos-instituut en hoogleraar publieke geestelijke gezondheid aan het VU Medisch Centrum. Filip heeft specifieke interesse in psychiatrische epidemiologie, preventieve psychiatrie en economische evaluaties.