



HTA-ONDERZOEK IN DE GGZ; EEN MOEILIJKE MOUW OM AAN TE PASSEN

Silvia Evers en Leona Hakkaart-van Roijen

Weinig is zo belangrijk als een goede gezondheid, dat geldt ook voor de mentale gezondheid. De Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is één van de belangrijkste sectoren binnen de Nederlandse gezondheidszorg, als gevolg van de hoge prevalentie van psychische stoornissen, de grote ziektelast en de hoge maatschappelijke kosten^{1,2}. De mentale gezondheid is van invloed op de kwaliteit van leven van de patiënt en zijn omgeving, op de kosten van de gezondheidszorg, maar ook op de uitgaven in andere sectoren, zoals uitgaven voor de patiënt en zijn familie, onderwijs, justitie en productiviteitsverliezen voor betaald en onbetaald werk³⁻⁵.

Door deze impact zijn Health Technology Assessment (HTA) en economisch evaluatieonderzoek binnen de GGZ in toenemende mate belangrijk, waarbij te concluderen valt dat zorgonderzoek in de GGZ ook in economische opzicht rendeedt⁶. De HTA-onderzoekers binnen de GGZ stuiten echter op een aantal uitdagingen. Dit heeft deels te maken met de specifieke kenmerken van de GGZ-sector zelf. Daarnaast, worstelen gezondheidseconomen binnen de GGZ met het probleem dat de HTA-methoden, waar ook de Nederlandse HTA richtlijnen op zijn gebaseerd⁷, voornamelijk zijn ontwikkeld en verfijnd vanuit de medische curatieve sector. Door deze HTA-methoden zonder enige aanpassingen of aanvullingen toe te passen binnen de GGZ, wordt onderzoek binnen GGZ-sector moeilijker uitvoerbaar en wellicht ook minder valide. In dit artikel willen we een overzicht geven van de

specifieke kenmerken van de GGZ-sector, en de belangrijkste methodologische HTA-uitdagingen voor onderzoek binnen de GGZ beschrijven en mogelijke oplossingen aanstippen.

TYPISCH GGZ, MAAR NIET UNIEK...

De hierna vernoemde (methodologische) uitdagingen zijn niet uniek voor de GGZ, maar binnen de GGZ komen een aantal kenmerken eerder samen voor, waardoor HTA-onderzoek binnen deze sector vaak complexer is dan gezondheids-economisch onderzoek binnen andere sectoren. De volgende aspecten zijn dus typisch voor de GGZ, maar niet exclusief, ook andere sectoren, bijvoorbeeld de jeugd- en ouderen zorgsector, worstelen deels met dezelfde uitdagingen⁸.

Allereerst is de incidentie van veel psychische stoornissen vaak al op een jonge

leeftijd en hebben de aandoeningen ook dikwijls een chronisch, dus langdurig, beloop. Daarnaast is de negatieve impact van psychische stoornissen op het welbevinden en functioneren van de betrokkene vaak heel groot in vergelijking met andere aandoeningen¹. Vervolgens is het ziekte-inzicht niet bij alle mensen met psychische problemen aanwezig, waardoor de noodzaak tot behandeling niet persé wordt gedragen door de patiënten. Behandelingen zijn daarom niet altijd vrijwillig, wat de therapietrouw niet ten goede komt. Verder is bij chronische patiënten met psychische problemen de behandeling noodgedwongen niet (altijd) gericht op volledig herstel, maar op omgaan met de psychische problematiek. Ten slotte, hebben sommige patiëntengroepen binnen de GGZ te maken met cognitieve problemen, waardoor het moeilijk is om een mening te uiten, bij het invullen van bijvoorbeeld vragenlijsten, die veelal standaard worden gebruikt binnen HTA-onderzoek.

UITDAGINGEN EN OPLOSSINGEN

In tabel 1 is een overzicht gegeven van de diverse uitdagingen kijkend naar HTA-onderzoek in de sector GGZ, waarachter ook een mogelijke oplossingsrichting is aangegeven.

Als eerste zouden wij willen dat er meer aandacht komt voor het identificeren, meten en waarderen van de kosten en opbrengsten buiten de gezondheidszorg. Veel GGZ-behandelingen hebben ook gevolgen voor andere niet gezondheidszorgsectoren, denk bijvoorbeeld aan de

invloed van de psychische gezondheid op deelgebieden als sociale zaken en werkgelegenheid, onderwijs en justitie. De huidige richtlijnen voor economisch evaluatieonderzoek⁹ richten zich voornamelijk op de gezondheidszorg en worden deze brede intersectorale kosten en baten

Aspect	Knelpunt Ggz	Oplossing
Kosten	Relatief veel kosten en baten buiten de gezondheidszorg	Meer aandacht voor intersectorale kosten en baten, zowel wat betreft identificeren, meten en waarderen, in huidige methodologie en richtlijnen
Uitkomsten	Externe (utiliteits) effecten voor een bredere groep dan patiënt met (zware) psychische problemen. Voorgescreven uitkomstmaten zoals de EuroQol (EQ-5D-5L) zijn niet altijd valide om een verbetering in de GGZ problematiek vast te stellen	Instrumenten, methodologieën en richtlijnen over het meenemen van externe effecten in een kosteneffectiviteitsanalyse. Naast de EQ-5D-5L andere utiliteitsmaten als standaard toelaten, zoals ReQoL en MHQoL
Organisatie en financiering van de zorg	Diverse professionals (binnen en buiten de zorg) zijn betrokken bij de hupverlening, waarbij de gemeente een steeds belangrijker rol speelt. Financiering van deze zorg uit zeer diverse bronnen.	Verdere standaardisatie gepaard gaan met scholing van relevante belanghebbenden op gemeentelijk niveau en de vertaling van deze richtlijnen naar hun context en begrip. De vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) kan hierbij een belangrijke partner zijn.
Onderzoek	Het opzetten van een RCT is niet altijd mogelijk. Zelfrapportage is niet altijd mogelijk, waardoor proxy metingen noodzakelijk zijn.	Alternatieve onderzoeksdesigns in plaats van de RCT, die zoveel mogelijk biasvrij zijn. Ontwikkelen van en meer onderzoek naar validiteit van proxymaten.

Tabel 1: Knelpunten voor HTA-onderzoek in de GGZ en mogelijke oplossingen

HTA-ONDERZOEK IN DE GGZ; EEN MOEILIJKE MOUW OM AAN TE PASSEN

nog relatief onderbelicht. Hoewel er op nationaal ^{10,11} en internationaal ¹² niveau, hiervoor steeds meer aandacht is, is er nog niet sprake van een alomvattende handleiding om deze elementen te identificeren, meten en waarderen, waardoor de kosten en opbrengsten van de GGZ worden onderschat. Verdere ontwikkelingen op dit gebied zijn gewenst.

Kijkend naar de uitkomsten is het belangrijk om te realiseren dat interventies in de GGZ ook positieve (externe) effecten hebben voor een bredere populatie dan de patiënt met (zware) psychische problemen zelf, bijvoorbeeld op familieleden, burenvrienden en collega's. In de huidige methodiek is er geen consensus hoe deze externaliteiten, bijvoorbeeld verbetering in utiliteiten bij de naaste, kan worden meegenomen economische evaluatiestudies. Over hoe we deze externe effecten kunnen meenemen in HTA-onderzoek bestaat noch geen alomgeaccepteerde methodiek, noch een richtlijn.

Utiliteiten binnen het HTA-onderzoek dienen (verplicht) altijd te worden gemeten door middel van een generieke kwaliteit van leven instrument zoals de EQ-5D-5L ⁷, waarbij aandacht wordt besteed aan vijf aspecten van gezondheid te weten mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn en andere klachten, en stemming. Ondanks dat de EQ-5D-5L voor verschillende diagnosegroepen binnen de GGZ als valide instrument is beoordeeld, zijn er diagnosegroepen waarbij dit niet is gebleken. Bovendien ontvangen wij vanuit het veld regelmatig signalen dat bij de EQ-5D-5L cruciale dimensies ontbreken welke voor personen met psychische problemen belangrijk zijn, waaronder eigenwaarde, zelfvertrouwen, welbevinden en zelfredzaamheid. Inmiddels is een aantal ontwikkelingen gestart welke aan deze tekortkomingen tegemoet wil komen. In Engeland is de Recovering Quality of Life (ReQoL) ontwikkeld ¹³. In Nederland wordt momenteel gewerkt aan de Mental Health Quality of Life Questionnaire (MHQoL). Beide instrumenten



dekken de domeinen welke belangrijk zijn bevonden bij mensen met psychische problematiek. Bovendien wordt voor beide instrumenten momenteel gewerkt aan een waarderingsset om te komen tot utiliteiten, waardoor ze geschikt zijn voor HTA-onderzoek.

Wat betreft de organisatie en de financiering van de zorg; psychische problemen gaan relatief vaak gepaard met problemen in het sociale domein (schulden, echtscheiding, burenruzies). Dit leidt ertoe dat diverse professionals betrokken zijn bij de gezondheids- en de maatschappelijke zorg van patiënten met psychische problemen, waarbij de gemeente een steeds belangrijkere rol speelt. De huidige richtlijnen voor HTA-onderzoek zijn ontwikkeld in samenwerking met het Zorginstituut, omdat dit orgaan een centrale rol spelen in de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Voor voorzieningen die buiten deze wetten vallen, is er daarom geen sprake van standaardisatie

van de HTA-methodologieën. Daarnaast hebben relevante belanghebbenden, op bijvoorbeeld gemeentelijk niveau, over het algemeen, een beperkte kennis op het gebied van HTA. De vereniging van Nederlandse gemeenten (VNG) kan mogelijk een belangrijke partner zijn om inzicht in het HTA-onderzoek verder te ontwikkelen in een bredere groep van belanghebbenden.

Ten slotte, onderzoek binnen de GGZ kent vaak vele andere hordes. Het doen van onderzoek binnen een Randomised Controlled Trial is niet altijd mogelijk binnen de GGZ. Alternatieve onderzoeksdesign in plaats van de RCT, die zoveel mogelijk biasvrij zijn, moeten daarom verder worden ontwikkeld en onderzocht. Al eerder is vermeld dat vanwege het gebrek aan ziekte-inzicht en cognitieve problemen het gebruik van zelf-rapportage instrumenten zoals die gebruikelijk zijn bij het meten van kosten¹⁴ en de EQ-5D-5L¹⁵ niet altijd mogelijk zijn binnen populaties van patiënten met psychische

problemen, waardoor proxy metingen noodzakelijk zijn. Zowel nationaal als internationaal is er weinig onderzoek gedaan naar de validiteit van proxymaten binnen deze doelgroep.

CONCLUSIE

HTA-onderzoek binnen de GGZ kampt met diverse uitdagingen, die deels te maken hebben met de aard van de problematiek, maar ook worden veroorzaakt door het gegeven dat de huidige HTA-richtlijnen, die als standaard worden voorgeschreven, zijn ontwikkeld en verfijnd vanuit de medische curatieve sector. In deze bijdrage hebben we een overzicht willen geven van de belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen. Zowel nationaal als internationaal is een verdere ontwikkeling van het HTA-onderzoek binnen deze sector gewenst. Gezamenlijke initiatieven, zoals het opstarten van een Special Interest Groep on Mental Health Economics, zoals deze recentelijk is geïnitieerd door de International Health Economics Association, kan hiervoor een

impuls geven. Op nationaal niveau zou een HTA-methodologie programma kunnen bijdragen aan het oplossen van deze uitdagingen, die nu door geldgebrek niet kunnen worden opgepakt.

Silvia Evers is hoogleraar Public Health Technology Assessment aan de Universiteit Maastricht en onderzoeker bij het Trimbos-instituut te Utrecht. Leona Hakkaart-van Roijen is universitair hoofdocent bij Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Referenties

1. de Graaf R, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking; NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos Instituut; 2010.
2. Plasmans MHD, Slobbe LCJ. Voorlopige toewijzing kosten van ziekten 2015; Kosten van ziekten notities 2016-1. Bilthoven: RIVM; Centrum Kennisintegratie Volksge-

- zondheid en Zorg; 2016.
3. Paulus AT, Drost RM, Ruwaard D, Evers SM. Intersectorale kosten en baten van geestelijke (on)gezondheid. *Tijdschr Psychiatr*. 2016;58(10):688-94.
 4. Reeuwijk KG, Robroek SJ, Hakkaart L, Burdorf A. How work impairments and reduced work ability are associated with health care use in workers with musculoskeletal disorders, cardiovascular disorders or mental disorders. *Journal of occupational rehabilitation*. 2014;24(4):631-9.
 5. Schawo S, Bouwmans C, van der Schee E, Hendriks V, Brouwer W, Hakkaart L. The search for relevant outcome measures for cost-utility analysis of systemic family interventions in adolescents with substance use disorder and delinquent behavior: a systematic literature review. *Health and quality of life outcomes*. 2017;15(1):179.
 6. Lokkerbol J, Lokman S, Janssen R, Evers S, Smit F. Rendeert zorgonderzoek in de GGZ? Utrecht: Trimbos Instituut: Centrum voor Economische Evaluatie; 2016.
 7. Zorginstituut Nederland. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen: ZiNL; 2016.
 8. Dirksen C, Evers S. Broad consultation as part of the standardization of economic evaluation research in the youth sector. Maastricht/ Utrecht: Maastricht University/ Trimbos Instituut; 2016.
 9. Hakkaart-van Roijen L, van der Linden N, Bouwmans C, Kanters T, Tan SS. Kostenhandleiding: methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen: ZiNL; 2016.
 10. Drost RM. Intersectoral costs and benefits of health interventions: A change of perspective in economic evaluation. Maastricht: Maastricht University: PhD thesis; 2016.
 11. Drost RMWA, Paulus ATG, Ruwaard D, Evers SMAA. Handleiding intersectorale kosten en baten van (preventieve) interventies: Classificatie, identificatie en kostprijzen. Maastricht: Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences CAPHRI, Care and Public Health Research Institute, Department of Health Services Research; 2014.
 12. <https://pecunia-project.eu/>.
 13. Keetharuth AD, Brazier J, Connell J, Bjorner JB, Carlton J, Taylor Buck E, et al. Recovering Quality of Life (ReQoL): a new generic self-reported outcome measure for use with people experiencing mental health difficulties. *Br J Psychiatry*. 2018;212(1):42-9.
 14. <https://www.imta.nl/questionnaires/>.
 15. Versteegh MM, Vermeulen KM, Evers SMA, de Wit GA, Prenger R, E.A. S. Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. *Value Health*. 2016;19(4):343-52.