

Zorgstandaard Dissociatieve stoornissen

Bijlage 6 Review kosteneffectiviteit en budget impact analyse

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies gericht op dissociatieve stoornissen werd een systematische review en een budget impact analyse uitgevoerd. Hierbij richtte de systematische review zich op alle studies waarin de kosten en de effecten werden onderzocht van interventies gericht op de behandeling van dissociatieve stoornissen. De budget impact analyse richtte zich op het inschatten van de aanbiedingskosten van de verschillende fases uit het fasemodel aan patiënten uit elk van de verschillende zorgzwaartecategorieën.

Systematische review

Selectie publicaties

De systematische review bracht alle onderzoeken in kaart waarin werd gerapporteerd over de kosteneffectiviteit van interventies gericht op de behandeling van dissociatieve stoornissen. Hiervoor werden artikelen gezocht in PubMed, PsycINFO, NHS EED en de CEA registry. De search, die tot mei 2016 liep, leidde tot 87 artikelen waarvan vier werden geïncludeerd [Loewenstein et al., 1994; Kluft et al., 1993; Ross, et al., 1993; Piper et al., 1994]. Daarnaast werden er door de werkgroep nog drie artikelen aangedragen [Lloyd 2011; Lloyd 2016; Thielen et al., 2016]. In de referenties van deze artikelen werden vervolgens nog drie studies geselecteerd [Fraser and Raine 1992; Quimby et al., 1983; Rivera 1991]. In totaal werden 10 studies geïncludeerd.

Omschrijving studies

Lloyd 2011 laat in een studie zien dat het aanbieden van therapie gericht op DIS (naar het model van van der Hart et al. (2006)) tot een kostenbesparing leidt bij de ene patiënt die binnen deze studie werd beschouwd. Hierin verminderden de zorgkosten in het jaar waarin de behandeling werd gestart met 18.797 GBP (gemiddeld 29.492 GBP per jaar in de vier jaar voor de behandeling versus 10.695 GBP in het jaar waarin de behandeling startte). In een latere publicatie (Lloyd, 2016) laat de auteur voor dezelfde persoon zien dat de kosten in de vier jaar vanaf de start van de behandeling gemiddeld 9.362 GBP per jaar bedroegen, wat een kostenbesparing vertegenwoordigt van gemiddeld 20.130 GBP per jaar ten opzichte van de jaarlijkse kosten in de vier jaar voor de start van de behandeling. In deze studie worden ook de zorgkosten van een andere patiënt vergeleken (drie jaar voor en vier jaar na de start van de behandeling gericht op DIS). Ook bij deze patiënt was een daling in de zorgkosten zichtbaar, in dit geval van gemiddeld 9.571 GBP per jaar (38.805 GBP per jaar in de drie jaar voor de start van de behandeling versus 29.234 GBP per jaar in de vier jaar na de start van de behandeling).

De studies van Lloyd beschouwden geen gezondheidsmaten, waardoor het niet duidelijk is hoe de ervaren gezondheid van de patiënten veranderde na de start van de interventie. Een verminderd zorggebruik op de lange termijn van vier jaar impliceert mogelijk dat de gezondheid niet verslechterde en er voor de twee beschouwde patiënten een betere gezondheidssituatie ontstond na de start van de interventie gericht op de behandeling van DIS.

Als gevolg van het design (twee patiënten, geen controlegroep, geen gezondheidsuitkomsten) is het niet mogelijk om harde conclusies te trekken op basis van de studie van Lloyd. Wel benadrukken de studies dat het aanbieden van intensieve therapie kostenbesparend zou kunnen zijn voor patiënten met DIS die veel zorg ontvangen die niet specifiek gericht is op de behandeling van DIS.

Een recente studie uitgevoerd op Nederlandse data door Thielen et al. (2016) liet zien dat mensen die in hun jeugd zijn mishandeld, minimaal 23 jaar later gemiddeld genomen hogere kosten hebben dan mensen die niet in hun jeugd werden mishandeld. Thielen et al. (2016) lieten zien dat de maatschappelijke kosten jaarlijks gemiddeld €2.893 hoger lagen bij mensen die meerdere vormen

van *abuse* (emotional, psychological, physical en/of sexual abuse) meemaakten voor hun 16^e levensjaar. Deze kosten bestonden zowel uit zorgkosten, out-of-pocket kosten in het kader van deze zorgconsumptie (reis- en parkeerkosten) en productiviteitsverliezen als gevolg van meer ziekmeldingen. De auteurs noemen dat deze schatting van de extra kosten moet worden gezien als een onderschatting, als gevolg van het feit dat mensen die werden opgenomen (geassocieerd met hoge kosten) ondervertegenwoordigd werden in de beschouwde steekproef, dat alleen ggzzorggebruik maar geen somatisch zorggebruik werd beschouwd en dat productiviteitsverliezen als gevolg van het minder productief zijn op het werk (presenteïsme) buiten beschouwing werden gelaten.

De additionele kosten zoals beschreven in deze kostenstudie zijn niet direct toe te kennen aan dissociatieve stoornissen, aangezien er niet specifiek werd gekeken naar de meerkosten van deze stoornis. Bij personen met een dissociatieve stoornis is er veelal sprake van meerdere vormen van misbruik gedurende de jeugd. Mensen die meerdere vormen van misbruik hebben gekend gedurende de jeugd kunnen een dissociatieve stoornis ontwikkelen. Behalve een dissociatieve stoornis kan iemand ook één of meerdere andere traumagerelateerde stoornissen ontwikkelen. Mogelijk hebben personen die meerdere vormen van misbruik hebben gekend gedurende de jeugd en bovendien een traumagerelateerde stoornis ontwikkelen hogere kosten dan personen met meerdere vormen van misbruik in de jeugd die geen traumagerelateerde stoornis ontwikkelen. De additionele kosten van €2.893 betreffen ook vanuit dit oogpunt een conservatieve schatting van de kosten voor mensen met een dissociatieve stoornis

Het is opmerkelijk dat minimaal 23 jaar na het misbruik (ondervraagden waren gemiddeld 39 jaar, terwijl werd gevraagd naar misbruik voor het 16^e jaar) nog substantiële additionele kosten werden gevonden. Ondanks dat de kostenstudie de additionele kosten in kaart bracht over een periode van één jaar (tussen het 38^e en 39^e levensjaar) is het aannemelijk dat er ook additionele kosten waren in de tussenliggende jaren. Binnen het gehanteerde design van de studie kan niet geconcludeerd worden dat misbruik de veroorzaker is van de additionele kosten. De resultaten van de studie kunnen echter gezien worden als een argument om optimale behandeling te bieden aan deze doelgroep.

Ross en Dua (1993) onderzochten de ggz-zorgkosten van 15 vrouwen (20 – 48 jaar) vóór en na de gestelde diagnose van Multiple Personality Disorder (MPD; sinds DSM-IV Dissociatieve Identiteitsstoornissen), om zo te onderzoeken of de diagnose en behandeling van MPD kan leiden tot kostenbesparing. In een hypothetische doorrekening lieten zij zien dat zorgkosten na de start van de behandeling van MPD lager uit zouden kunnen vallen. De aanname hierbij was dat het niet behandelen van MPD nog 10 jaar lang tot dezelfde jaarlijkse kosten zou leiden als vóór de behandeling van MPD, en dat de behandeling van MPD na vier jaar zou zijn afgerond (waarna de kosten dus ook stoppen).

Loewenstein (1994) publiceerde een overzicht van onder andere de kosteneffectiviteit van de behandeling van dissociatieve stoornis en MPD. Naast de studie van Ross en Dua (1993) werd hierin de studie van Fraser en Raine (1992) beschreven. Fraser en Raine (1992) keken ook naar de GGZkosten voor en na de diagnose van in dit geval 49 personen met MPD. Patiënten werden gemiddeld 6,9 jaar behandeld voordat de correcte diagnose werd gesteld. Bij patiënten die na de diagnose en behandeling van MPD snel opknaptten halveerden de zorgkosten in de drie jaar na de diagnose ten opzichte van de drie jaar ervoor. Bij patiënten die naast MPD (<15 *alter personalities*) ook borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) hadden, was er meer intensieve zorg nodig om tot herstel te komen. De meerderheid van deze groep was vijf jaar na diagnose geheel uit zorg. Bij de laatste groep patiënten, met MPD (>15 *alter personalities*) en BPD, werd pas zes jaar na de diagnose een daling in kosten geobserveerd.

Kluft (1993) publiceerde ook een overzicht van de behandeling van patiënten met een dissociatieve stoornis. Naast de studie van Ross en Dua (1993) werden hierin de studies van Quimby et al. (1983) en Rivera (1991) beschreven. Quimby et al. (1983) onderzochten de kosten van één MPD patiënt

vóór en na het stellen van de diagnose en vonden dat de zorgkosten na het stellen van de diagnose en start van behandeling gericht op MPD daalden tot 6-21% van de kosten vóór het stellen van de diagnose. Rivera (1991) vond bij 185 patiënten met MPD in Canada dat deze patiënten vóór de diagnose en behandeling van MPD veel zorgkosten genereerden als gevolg van de posttraumatische symptomatologie. Gemiddeld genomen was er sprake van vier jaar opname in een psychiatrisch ziekenhuis, drie diagnoses (veelal depressie, bipolaire stoornis en schizofrenie) en een behandelduur van 6,8 jaar, voordat de diagnose en behandeling van MPD plaatsvond. Rivera (1991) noemt hierbij dat de behandeling van MPD, ondanks dat deze intensief en duur is, goedkoper is dan het niet behandelen van MPD (waarbij patiënten zelf zorg zoeken voor de behandeling van hun posttraumatische symptomen), zonder hierbij specifieke getallen te noemen.

Piper (1994) plaatst een kritische noot bij de kosteneffectiviteit die werd gesuggereerd door eerdere onderzoeken. In de ogen van Piper (1994) bestond het risico dat de diagnose MPD te vaak werd gesteld, was het onduidelijk of behandeling effectief is, en zou een behandeling dermate lang moeten zijn dat deze waarschijnlijk niet kosteneffectief is.

Samenvatting

De literatuurreview laat zien dat er zeer weinig evidentie beschikbaar is over de kosteneffectiviteit van interventies gericht op dissociatieve stoornissen. Er werd geen enkele studie gevonden waarin binnen gerandomiseerd onderzoek zowel de kosten als de effecten van minimaal twee verschillende condities met elkaar werden vergeleken (de gouden standaard, zogenaamde *full economic evaluations*). Dit betekent dat er geen evidentie is over de mate waarin interventies gericht op dissociatieve stoornissen kosteneffectief zijn.

De tien studies die werden gevonden middels een literatuursearch wijzen veelal in de richting dat behandeling van dissociatieve stoornis kosteneffectief zou kunnen zijn. Deze evidentie is veelal oud en vaak gebaseerd op een klein aantal patiënten. Gezien de hoge zorgkosten die gepaard kunnen gaan met de behandeling van deze doelgroep, is het van belang dat er gerandomiseerd onderzoek plaatsvindt naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies gericht op dissociatieve stoornissen. Gezien de gemiddelde duur van de fasegerichte behandeling en dus ook de duur dat een controlegroep die geen adequate behandeling krijgt tijdens de wachttijd stuit de uitvoer van dergelijk onderzoek op ethische bezwaren. Met de komst van nieuwe, kortere behandelingen zijn er nu wel mogelijkheden voor kwalitatief goed en ethisch verantwoord vergelijkingsonderzoek naar de relatieve (kosten)effectiviteit van de behandeling van patiënten met een dissociatieve stoornis (inclusief DIS)

Budget Impact Analyse

Afbakening

Omdat er geen gepubliceerde (volledige) economische evaluaties bestaan op het gebied van de behandeling van patiënten met een dissociatieve stoornis, werd gekozen om met de budget impact analyse (BIA) in kaart te brengen wat de behandelkosten zijn van patiënten met een dissociatieve stoornis in Nederland. De behandeling van patiënten met een dissociatieve stoornis wordt gekenmerkt door veelal langdurige zorgtrajecten. De BIA beperkt zich daarbij tot een schatting van de jaarlijkse behandelkosten van patiënten. Zorgkosten naast de directe op de stoornis gerichte behandelkosten, alsmede kosten in andere sectoren (bijvoorbeeld productiviteitsverlies), werden hierbij buiten beschouwing gelaten.

Aanpak

De jaarlijkse behandelkosten zijn opgebouwd uit het aantal zorgcontacten per jaar, uitgesplitst naar het type zorgcontact (opnamedag, ambulant contact, etc), vermenigvuldigd met de kostprijs per zorgcontact.

Omdat het aantal zorgcontacten per jaar en de type zorgcontacten erg kunnen verschillen per patiënt, werd een onderverdeling gemaakt naar verschillende groepen patiënten met een meer vergelijkbare zorgbehoefte. Hiertoe werd een onderscheid gemaakt tussen enerzijds de drie verschillende fases waarin een patiënt met een dissociatieve stoornis behandeld kan worden (fase I, II en III zoals beschreven in paragraaf 5.2.4) en anderzijds tussen de vier verschillende zorgzwaartes (zorgzwaartes A, B, C en D zoals beschreven in paragraaf 8.1.1).

Per zorgvraagzwarte en per fase werd vervolgens een expertinschatting gemaakt van het aantal zorgcontacten gedurende een jaar wat in de ogen van de experts overeen komt met goede zorg voor de desbetreffende doelgroep. Dit zorggebruik per zorgzwarte en per fase werd vervolgens gewaardeerd tegen de door Zorginstituut Nederland berekende kostprijzen voor de verschillende zorgtypen (Zorginstituut Nederland, 2015). Hiermee werden de behandelkosten uitgedrukt in 2014 prijzen.

Resultaten

De jaarlijkse kosten per zorgzwarte en per fase werden geschat op:

Zorgzwarte - fase	Ondergrens	Bovengrens
Zorgzwarte A – fase 1	€7.320	€9.313
Zorgzwarte A – fase 2	€7.468	€13.216
Zorgzwarte A – fase 3	€4.337	€6.198
Zorgzwarte B – fase 1	€13.430	€18.776
Zorgzwarte B – fase 2	€11.214	€17.211
Zorgzwarte B – fase 3	€7.300	€9.583
Zorgzwarte C	€5.064	€6.963
Zorgzwarte D	€2.114	€4.119

Conclusie en discussie

Zorg voor patiënten met een dissociatieve stoornis is veelal langdurig en intensief, wat zich vertaalt in substantiële jaarlijkse behandelkosten per patiënt. Een beperking bij deze doorrekening is dat alle kosten naast de behandelkosten (overige kosten in de zorg en kosten buiten de zorg) buiten beschouwing werden gelaten als gevolg van een gebrek aan goede evidentie op dit gebied. Verschillende studies laten echter zien dat zorggebruik op andere vlakken als gevolg van de behandeling van de dissociatieve stoornis kan afnemen. Dit zou kunnen betekenen dat de daadwerkelijke kosten van behandeling van dissociatieve stoornissen lager liggen wanneer alle kosten in de zorg zouden worden beschouwd. Of dit in Nederland daadwerkelijk het geval is zou moeten worden onderzocht met een goede kosteneffectiviteitsstudie waarbij naast behandelkosten ook overige kosten in zorg en kosten buiten de zorg worden beschouwd.

REFERENTIES

Canaris J (2008). An Analysis of the Efficacy of Extinction as an Intervention in the Modification of Switching in Patients with Dissociation Identity Disorder. The University of San Francisco, dissertation.

- Fraser GA Raine D (1992). Cost analysis of the treatment of MPD. In B. G. Braun (Ed.), Ninth annual international conference on multiple personality/dissociative states (p. 10). Chicago, IL: Department of Psychiatry, Rush Presbyterian-St. Luke's Medical Center.
- Kluft RP. The treatment of dissociative disorder patients: An overview of discoveries, successes, and failures. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 1993; 6(2-3):87-101.
- Kluft RP. Dissociative identity disorder. In: Miller NE, Magruder KM, Miller NE, Magruder KM, editors. *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers*. New York, NY, US: Oxford University Press, 1999: 306-313.
- Lloyd M (2011). How investing in therapeutic services provides a clinical cost saving in the long term. *Health Service Journal* (online). Gedownload van <https://www.hsj.co.uk/topics/servicedesign/how-investing-in-therapeutic-services-provides-a-clinical-cost-saving-in-the-longterm/5033382.article>
- Lloyd M (2016). Reducing the cost of dissociative identity disorder: Measuring the effectiveness of specialized treatment by frequency of contacts with mental health services. *Journal of Trauma & Dissociation* 17(3): 362-370.
- Loewenstein RJ (1994). Diagnosis, epidemiology, clinical course, and cost effectiveness of treatment for dissociative disorders and MPD. Report submitted to the Clinton administration TASK force on health care financing reform. *Dissociation* 12: 3-11.
- Piper A (1994). Treatment for multiple personality disorder: at what cost? *Am J Psychother*. Summer 48(3): 392-400.
- Quimby LG, Andrei A, Putnam FW (1983). Deinstitutionalization of patients with chronic multiple personality disorder. In RP Kluft & CG Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 201-225). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Reuber M, Burness C, Howlett S, Brazier J, Grunewald R. Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: a pilot study. *J Psychosom Res* 2007; 63(6): 625-632.
- Rivera M (1991). *Multiple personality: An outcome of child abuse*. Toronto: Education/Dissociation.
- Ross C, Dua V (1993). Psychiatric health care costs of multiple personality disorder. *American journal of psychotherapy* 47: 103-112.
- Ross CA (1995). Treatment for multiple personality disorder: at what cost? *Am J Psychother* 49(2): 314-316.
- Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York, NY: Norton.
- Thielen FW, ten Have M, de Graaf R, Cuijpers P, Beekman A, Evers S, Smit F (2016). Long-term economic consequences of child maltreatment: a population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2016) 25:1297–1305.
- Zorginstituut Nederland (2015). *Kostenhandleiding: Methodologie van kostenonderzoek en referentieprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Zorginstituut Nederlands, Diemen.