



> De baten van betere zorg voor angst- en dwangstoornissen

Maatschappelijke kosten-batenanalyse
zorg bij angst- en dwangstoornissen

Oktober 2024

 Amsterdam UMC

 GGZ
inGeest

 SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Colofon

Projectteam

Amsterdam UMC/GGZ inGeest: Neeltje Batelaan, Ilja Saris, Willemijn Scholten

SiRM: Marie Hiemstra, Thijs Stoop, Fons Strijbosch

Correspondentie: n.batelaan@amsterdamumc.nl

Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding:
Amsterdam UMC/GGZ inGeest/SiRM, De baten van betere zorg voor angst- en dwangstoornissen,
oktober 2024.

Managementsamenvatting

Het aantal volwassen Nederlanders met een angst- of dwangstoornis is de afgelopen 10 jaar met ongeveer 50% gestegen tot meer dan 1,5 miljoen. Uitgedrukt naar *disability adjusted life years* (DALY's) – een maat voor gezondheidsschade – staan angststoornissen in de werkende levensfase op plaats 2 in Nederland. Deze hoge ziektelast leidt tot een hoge zorgvraag en tot grote gezondheidsschade. Van angst- en dwangstoornissen is daarnaast bekend dat ze veelal op jonge leeftijd starten en een chronisch beloop kennen, zeker zonder adequate behandeling. Gecombineerd met de ziektelast brengt dit hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Daarnaast worden deze stoornissen slechts gebrekkig herkend in alle zorglijnen waar deze patiënten komen, wat een onnodige druk geeft op de zorg.

Amsterdam UMC/GGZ inGeest wilden beter zicht hebben op de dynamiek van maatschappelijke kosten en baten binnen van angst- en dwangstoorniszorg. Hiervoor stelden ze samen met advies- en onderzoeksbureau SiRM een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) op. Deze MKBA kwam tot stand met een combinatie van literatuuronderzoek, expertinterviews, data-analyse en eigen modellering van een fictief cohort voor de periode 2030-2040. Waar geen bronnen beschikbaar bleken, deden we aannames – waar mogelijk met onderbouwing.

In het gemodelleerde cohort levert elke voorkomen angststoornis in de tien jaar looptijd van het cohort circa 0,5 DALY, €2.100 voorkomen zorgkosten en €15 duizend extra arbeidsproductiviteit op. Elke procent reductie in incidentie vertaalt zich naar maatschappelijke baten ter waarde van bijna €10 miljoen. Daarbij is nog weinig bekend over de kosten-batenverhoudingen voor preventie doordat de kosten onvoldoende bekend zijn. Recidieven vormen ongeveer 25% van de ggz-uitgaven aan angststoornissen. Hiervoor modelleerden we terugvalpreventie, het laagdrempelig aanbieden van CGT bij beginnende recidieven en het langer gebruiken van medicatie.

In de ggz wordt de afgelopen jaren in toenemende mate gebruikt gemaakt van voorselectie in wachtlijsten. Als deze praktijk wordt uitgebreid en correct wordt toegepast, kan dit baten opleveren bij angst-/dwangstoornissen door het voorkomen van onnodige behandelingen en het eerder behandelen van patiënten die juist wel baat van ggz hebben. Voor deze laatste groep patiënten vertaalt snellere toegang tot adequate zorg zich in minder gezondheidsschade, hogere productiviteit en minder gevraagde zorg. Tot slot is bekend dat niet alle patiënten met angst-/dwangstoornissen nu behandeld worden conform de richtlijn. Verbetering hierin brengt naar verwachting ook eerder herstel.

Deze MKBA kent duidelijke beperkingen; het is dan ook richtinggevend bedoeld en niet sluitend. We verwachten daarbij dat deze aanpak ondanks de beperkingen om drie redenen meerwaarde heeft. Ten eerste laat het nogmaals de hoge huidige maatschappelijke kosten van angst- en dwangstoornissen zien en daarmee de urgentie hier wat aan te doen. Als tweede toont het de meerwaarde van het voorkómen van angst- en dwangstoornissen en de recidieven ervan, evenals de waarde van vroege interventie. Tot slot helpt de eenvoudig aan te passen aanpak en de gebruikte informatie om richting te geven voor vervolgonderzoek en beleidsvraagstukken.

Inhoud

Colofon	1
Managementsamenvatting	2
1 Aanleiding en conclusie	4
1.1 Aanleiding	4
1.2 Methodologie	5
1.3 Conclusie	6
2 Angst- en dwangstoornissen zijn een groot maatschappelijk probleem	7
2.1 Hoge en gestegen prevalentie leidt tot hoge zorgvraag en gezondheidsschade	7
2.2 Een jonge start en chroniciteit leiden tot hoge maatschappelijke kosten	8
2.3 Gebrekkige herkenning geeft onnodige druk op de zorg	8
3 Preventie en terugvalpreventie zijn de sleutels tot succes	10
3.1 Elke voorkomen angst-/dwangstoornis levert circa 0,5 DALY's, €2.100 voorkomen zorgkosten en €15 duizend extra arbeidsproductiviteit op	10
3.2 Recidieven vormen ongeveer 25% van de gemodelleerde ggz-uitgaven aan angst- en dwangstoornissen	11
4 Ook andere interventies voor angst- en dwangstoornissen zorg hebben meerwaarde	14
4.1 Voorselectie van verwijzingen biedt kans op grotere focus op patiënten die baat hebben bij ggz	14
4.2 Sneller bieden van adequate zorg vermindert gezondheids-verlies en gevraagde zorg, en vergroot productiviteit	15
4.3 Vaker evidence-based behandelen biedt ook kansen op baten voor patiënten en maatschappij	16
Bijlage 1. Methodologie	18
Bijlage 2. Bronnen voor de MKBA	23

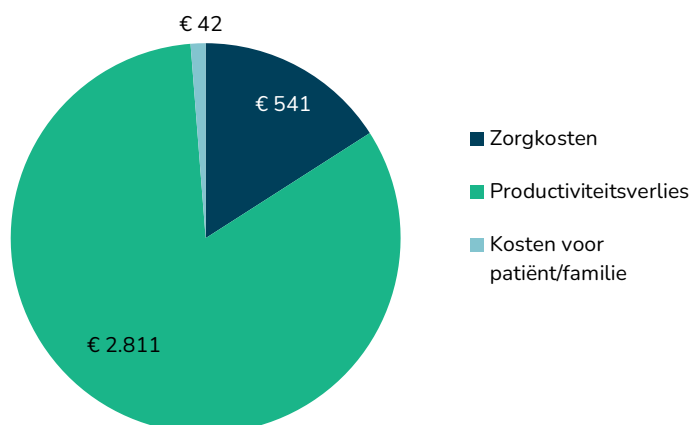
I Aanleiding en conclusie

1.1 Aanleiding

De impact van angst- en dwangstoornissen op de samenleving is groot. In onderzoek van het RIVM staan angststoornissen op plaats 4 van aandoeningen gerangschikt naar ziektelast in Nederland, uitgedrukt naar *disability adjusted life years* (DALY's).¹ Onder mensen in de werkende levensfase staan angststoornissen in dit onderzoek zelfs op plaats 2.²

Door deze hoge ziektelast zijn de kosten voor de samenleving hoog. Deelonderzoek van de NEMESIS-2³ liet zien dat ruim 80% hiervan indirecte kosten voor werkverzuim zijn, met de rest voornamelijk zorgkosten. In diezelfde bron zijn alleen stemmingsstoornissen een grotere bron van kosten voor de samenleving voortkomend uit psychische stoornissen.

Jaarlijkse meerkosten angststoornissen per capita naar type kosten
[€, 2019]



Figuur 1. NEMESIS-2-data laat zien dat de meerkosten voor mensen met angststoornissen grotendeels uit verlies van productiviteit bestaan, met een kleiner deel voor zorgkosten. Bron: Wijnen et al., PMID: 37872458.

Daarnaast is de jaarprevalentie van angststoornissen in de periode tussen 2010 en 2022 gestegen van 10% in NEMESIS-2 naar 15% in NEMESIS-3.⁴ Deze stijging is vooral bij jongvolwassenen aanwezig, waarbij het nog niet bekend is in hoeverre de stijging voortkomt uit hogere incidentie en in hoeverre uit grotere chroniciteit. Juist in de jongvolwassen levensfase is een stijging zorgelijk omdat van beperkingen in het functioneren door een angststoornis bekend is dat het gevolgen heeft voor persoonlijke ontwikkeling en toekomstperspectief.⁵

Om deze ziektelast te verminderen voor zowel individuen als de samenleving is het bieden van goede zorg essentieel. Daarbij wilde het Amsterdam UMC/GGZ inGeest beter zicht hebben op de

¹ Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-ziektelast>.

² VTV. 'Werkende leeftijd' hier gedefinieerd als 15 t/m 64 jaar, <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-ziektelast-in-dalys/leeftijd>

³ Wijnen et al., PMID: 37872458.

⁴ Ten Have et al., PMID: 37159351.

⁵ Fusar-Poli et al., PMID: 34002494.

dynamiek van maatschappelijke kosten en baten binnen de angst- en dwangstoornissen, met specifieke interesse in de verwachte effecten van verschillende interventies. Voor deze analyse werkte het Amsterdam UMC/GGZ inGeest samen met advies- en onderzoeksbureau SiRM.

1.2 Methodologie

Deze maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) is tot stand gekomen met een combinatie van literatuuronderzoek, interviews met experts, analyse van data van GGZ inGeest en eigen modellering. Waar geen bronnen beschikbaar bleken, deden we aannames – waar mogelijk met onderbouwing. We startten met het opstellen van een schematisch overzicht van het zorgpad bij angst- en dwangstoornissen. Daarbij bespraken we welke interventies te onderzoeken en op welke plek in het zorgpad die met welk doel aangrijpen (Figuur 2).



Figuur 2. Schematische weergave van het beloop van een cohort patiënten met angst- en dwangstoornissen, van initieel ontstaan tot eventuele latere zorg. De blauwe tekst beschrijft de gemodelleerde interventies en beoogde effecten hiervan.

We richtten ons daarbij op patiënten met een/meerdere van de volgende angst- en dwangstoornissen:

1. Gegeneraliseerde angststoornis
2. Sociale fobie
3. Agorafobie
4. Paniekstoornis
5. Obsessieve-compulsieve stoornis en verwante stoornissen

We excludeerden patiënten met een specifieke fobie vanwege de relatief lage ziektelast bij deze aandoening vanuit maatschappelijk perspectief.

Verder kozen we ervoor om de modellering van de maatschappelijke kosten/baten van veranderingen in zorg bij angst- en dwangstoornissen cohortvolgend uit te voeren. De belangrijkste motivatie hiervoor is dat deze aandoeningen vaak een chronisch karakter hebben, met ook op langere termijn hoge ziektelast. Door één fictief cohort van nieuwe patiënten over een periode van 10 jaar te volgen, beschouwen we de kosten/baten van interventies over de middellange periode. We kozen er daarbij voor om dit fictieve cohort in de jaren 2030-2040 te laten lopen. Het is immers niet realistisch om aan te nemen dat de voorgestelde interventies in de angst- en dwangstoornissenbinnen enkele jaren grotendeels geïmplementeerd zijn.

We zijn ons ervan bewust dat deze MKBA duidelijke beperkingen kent. De belangrijkste beperking is het ontbreken van bronnen voor een aantal parameters, met name over de verwachte effectgrootte van interventies die momenteel (verder) ontwikkeld worden of die bestaan maar nog onvoldoende op effectiviteit zijn onderzocht. Zie bijlage 1 voor een meer uitgebreide beschrijving van de methodologie.

1.3 Conclusie

We concluderen op basis van deze MKBA – in lijn met bekend onderzoek – dat angst- en dwangstoornissen een groot maatschappelijk probleem zijn door de hoge en gestegen prevalentie, hoge schade aan gezondheid en productiviteit, start op jonge leeftijd en chroniciteit. Daarbij zijn preventie en terugvalpreventie de sleutels tot succesvol beperken van dit maatschappelijk probleem. Over de tien jaar looptijd van het gemodelleerde cohort (nieuwe patiënten die tien jaar gevolgd worden) levert elke voorkomen angst-/dwangstoornis gemiddeld 0,5 DALY, €2.100 aan voorkomen zorgkosten en €15.000 extra arbeidsproductiviteit op. Recidieven vormen daarbij binnen dit gemodelleerde cohort 25% van de uitgaven aan geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor angst- en dwangstoornissen. In deze analyse onderzochten we daarvoor de verwachte effecten van terugvalpreventie voor alle herstelde patiënten, ‘strippenkaarten’ voor degenen met een beginnend recidief en langer gebruik van antidepressiva. Ook andere nieuwe interventies binnen de zorg bij angst- en dwangstoornissen hebben meerwaarde. We onderzochten er drie: voorselectie binnen wachtlijsten op patiënten die vermoedelijk gebaat zijn bij ggz-behandeling, de meerwaarde van het sneller bieden van adequate zorg en vaker evidence-based behandelen.

We verwachten dat deze MKBA – met inachtneming van de in §1.2 besproken beperkingen – om drie redenen meerwaarde heeft:

1. Het laat nogmaals de hoge huidige maatschappelijke kosten van angst- en dwangstoornissen zien en daarmee de urgentie hiernaar te handelen.
2. Het toont de meerwaarde van het voorkómen van angst- en dwangstoornissen en de recidieven ervan, evenals de waarde van vroege interventie.
3. De eenvoudig modificeerbare aanpak en gebruikte informatie helpt richting te geven aan vervolgonderzoek en beleidsvraagstukken.

2 Angst- en dwangstoornissen zijn een groot maatschappelijk probleem

Het aantal volwassen Nederlanders met een angst- of dwangstoornis is de afgelopen jaren met ~50% gestegen tot meer dan 1,5 miljoen. Dit leidt tot een hoge zorgvraag en tot grote gezondheidsschade (§2.1). Van angst- en dwangstoornissen is daarnaast bekend dat ze veelal op jonge leeftijd starten en een chronisch beloop kennen, zeker zonder adequate behandeling. Gecombineerd met de ziektelast brengt dit hoge maatschappelijke kosten met zich mee (§2.2). Daarnaast worden deze stoornissen slechts gebrekkig herkend in alle zorglijnen waar deze patiënten komen, wat een onnodige druk geeft op de zorg (§2.3).

2.1 Hoge en gestegen prevalentie leidt tot hoge zorgvraag en gezondheidsschade

Met de jaarprevalentiecijfers uit NEMESIS-3⁶ zijn er inmiddels meer dan 1,5 miljoen volwassenen met een angst- of dwangstoornis een Nederlander. Dit is een stijging van 50% in het laatste decennium.⁷ Het is nog niet bekend in hoeverre deze stijging door toegenomen incidentie of toegenomen chroniciteit komt. De toename betreft niet alleen mensen met relatief lichte problematiek.⁶ Deze gestegen prevalentie leidt daardoor tot een toename van ziektelast in de samenleving en daarmee maatschappelijke kosten. Van de mensen die nu een angst- of dwangstoornis hebben, is ongeveer een kwart onder behandeling in de ggz.⁸ Ongeveer een op drie krijgt zorg in de algemene gezondheidszorg.⁹

Van angst- en dwangstoornissen is daarnaast bekend dat ze van nature een ongunstig beloop hebben, gekenmerkt door recidieven en chroniciteit,¹⁰ comorbide stoornissen¹¹ en secundaire effecten als verminderde arbeidsparticipatie.¹² Daarbij lijkt de periode direct na het ontstaan de grootste kans voor het voorkómen van chroniciteit bij deze patiënten.¹³ Tijdige behandeling is daarom gevraagd. Eerder onderzoek liet echter zien dat 71% van de geboden hulp bij

⁶ Ten Have et al. World Psychiatry 2023. PMID: 37159351

⁷ NEMESIS-3 (2022) afgezet tegen NEMESIS-2 uit 2010.

⁸ NEMESIS-3, geraadpleegd via <https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/zorggebruik/zorggebruik-in-afgelopen-12-maanden/>

⁹ Huisartsenzorg (praktijkondersteuner), bedrijfs-/arboarts, medisch specialist, maatschappelijk werk en andere instellingen voor eerstelijns zorg.

¹⁰ Solis et al. J Affective Disorders 2021 PMID 34706441.

¹¹ Lamers et al. J Clinical psychiatry 2011. PMID 21294994.

¹² Plaisier et al J Affective Disorders 2010 PMID 20185180, Lammerts et al J Occup. Rehab. 2016 PMID 26094030

¹³ Ten Have et al. Depression and Anxiety 2020. PMID 33107675

angststoornissen pas minstens een jaar na het ontstaan hiervan start.¹⁴ Daarnaast is bekend dat geboden hulp vaak niet direct passend is. Slechts 61% van geboden hulp in het eerste jaar werd als helpend ervaren.¹⁴

2.2 Een jonge start en chroniciteit leiden tot hoge maatschappelijke kosten

Angst- en dwangstoornissen belemmeren het functioneren van de betrokken patiënten substantieel. Deze belemmering speelt zich af op verschillende levensterreinen: bij opleidingen, werk, sociale contacten en functioneren in een gezin. Dit komt zowel door de angst en/of vermijding als door tijd besteed aan piekeren en/of dwanghandelingen.

Angst- en dwangstoornissen ontstaan vaak vroeg in het leven. De helft van de angststoornissen zijn aanwezig op achttienjarige leeftijd en bijna driekwart op de leeftijd van 25 jaar.¹⁵ Bij dwangstoornissen is dit ook bijna de helft bij 18 jaar en 64% bij 25 jaar. Omdat deze vroege levensfasen cruciaal zijn voor de ontwikkeling, kunnen de genoemde beperkingen in functioneren ervoor zorgen dat deze ontwikkeling stagneert. Mensen met angst- en dwangstoornissen behalen in dat geval hun potentieel niet. Verder is bekend dat mensen bij wie de stoornis op jonge leeftijd ontstaat, moeilijker in zorg komen.¹⁶ Deze groep behoeft daardoor extra aandacht.

Tot slot worden angst- en dwangstoornissen gekenmerkt door een persisterende of recidiverende aard.¹⁷ Ook komen ze vaak voor in de werkende levensfase (zie §1.1). Om die reden zijn de maatschappelijke kosten door lagere arbeidsproductiviteit hoog.¹⁸ In de overtuiging van betrokken experts is deze lagere arbeidsproductiviteit een combinatie van directe uitval (tijdelijk/chronisch) of verminderd functioneren door de stoornis en meer langetermijneffecten door stagnatie in opleiding en professionele ontwikkeling in een sterk vormende periode van het leven waardoor zij niet hun volledige arbeidspotentieel halen.

2.3 Gebrekkige herkenning geeft onnodige druk op de zorg

Rond angst- en dwangstoornissen speelt onderdiagnostiek een belangrijke rol, leidend tot niet-doelmatige zorg. Deze onderdiagnostiek ontstaat als combinatie van in ieder geval vier factoren:

- Ontbreken van de juiste kennis/expertise bij betrokkenen zelf of hun initiële zorgverleners.
- Het gegeven dat angst als symptoom bij veel stoornissen kan optreden.
- Schaamte bij betrokkenen over hun angst- en dwangklachten.
- Richten van hulpvragen op de vaak somatische gevolgen van angst, zoals spierspanningsklachten, en het ontbreken van angstsymptomen tijdens een consult.

Deze factoren leiden tot niet-doelmatige zorg, bijvoorbeeld somatische zorg op eerste harthulp (regelmatig bij patiënten met paniekstoornissen), bij fysiotherapeuten of bij neurologen. Van het

¹⁴ Ten Have et al., PMID: 23820725.

¹⁵ Solmi et al (2022), PMID 34079068.

¹⁶ Ten Have et al (2013), PMID 23820725.

¹⁷ Solis et al (2021), PMID 34706441.

¹⁸ Wijnen et al (2023), PMID 37872458.



uitblijven van adequate zorg is bekend dat het problematiek kan verergeren.¹⁹ De beperkingen in het functioneren en de klachten blijven dan langer bestaan, patiënten gaan vaker situaties vermijden en andere angst- of dwangstoornissen, stemmingsstoornissen of middelenproblematiek kunnen ontstaan.²⁰ Comorbiditeit is vervolgens geassocieerd met ernstigere klachten, een ongunstiger beloop, verminderd functioneren en suïcidaliteit. Zo kan een vicieuze cirkel ontstaan. Een complexer klachtenpatroon vergt meer behandeling, en bovendien is er na het eerste jaar dat een angst- of dwangstoornis bestaat een kleinere kans op herstel.²¹ Tijdig de juiste (evidence-based) zorg inzetten maakt enerzijds gebruik van de *window of opportunity* en voorkomt anderzijds dat complexere, ernstigere problematiek ontstaat. Tijdig inzetten van (evidence-based) zorg is daarom essentieel. Dit vraagt adequate kennis bij zorgverleners in de eerste lijn, in de ggz en in het ziekenhuis op afdelingen die deze patiënten regelmatig zien.

¹⁹ Craske and Stein, Lancet 2016 PMID 27349358, Lamers et al J Clin Psych 2011 PMID 21294994.

²⁰ Lamers J Clin Psychiatry 2011 PMID 21294994, Batelaan et al J Clin Psych 2021 PMID 23059148.

²¹ Ten Have et al (2020), PMID 33107675.

3 Preventie en terugvalpreventie zijn de sleutels tot succes

In het gemodelleerde cohort levert elke voorkomen angststoornis circa 0,5 DALY's, €2.100 voorkomen zorgkosten en €15 duizend extra arbeidsproductiviteit op over een periode van tien jaar. Elke procent reductie in incidentie vertaalt zich naar maatschappelijke baten ter waarde van bijna €10 miljoen. Daarbij is nog weinig bekend over de kosten-batenverhoudingen voor preventie (§3.1). Recidieven vormen ongeveer 25% van de ggz-uitgaven aan angststoornissen. Hiervoor modelleerden we terugvalpreventie, het laagdrempelig aanbieden van CGT bij beginnende recidieven en het langer gebruiken van antidepressiva (§3.2).

3.1 Elke voorkomen angst-/dwangstoornis levert circa 0,5 DALY's, €2.100 voorkomen zorgkosten en €15 duizend extra arbeidsproductiviteit op

Na het ontstaan ervan – doorgaans op relatief jonge leeftijd – verworden angst- en dwangstoornissen snel tot hardnekkige problematiek.²² De huidige evidence-based interventies leiden daarbij onvoldoende tot (duurzaam) herstel. Preventieve interventies kunnen een deel van de oplossing hiervoor zijn. Een eerste optie hiervoor is universele preventie voor kinderen, adolescenten en jongvolwassenen, aangezien dit de levensfasen zijn waarin driekwart van de angst- en dwangstoornissen ontstaat (zie §2.2). Dit kan bijvoorbeeld via informatie- en voorlichtingscampagnes, zoals van de overheid. Naast universele preventie zou selectieve preventie voor hoogrisicogroepen (bijvoorbeeld specifieke programma's op scholen²³ of werk) of geïndiceerde preventie (voor mensen met milde angstklachten of paniekaanvallen²⁴) een rol kunnen spelen.

In het door ons gemodelleerde, fictieve cohort, levert elke voorkomen angst- of dwangstoornis gemiddeld 0,5 DALY's, €2.100 aan voorkomen zorgkosten en €15.300 extra arbeidsproductiviteit op over de tienjarige looptijd van het cohort. Extra arbeidsproductiviteit bestaat hier zowel uit het verminderen van direct verzuim²⁵ (45%) als toegenomen productiviteit in latere jaren (55%).²⁶ Over het gehele cohort vertaalt 1% reductie in incidentie²⁷ zich naar maatschappelijke baten ter

²² Ten Have et al Depression and Anxiety 2021 PMID: 33107675.

²³ Zoals de STORM-aanpak voor stemmingsstoornissen bij jongeren, zie <https://stormaanpak.nl/>.

²⁴ Zoals <https://thuisarts.nl/>.

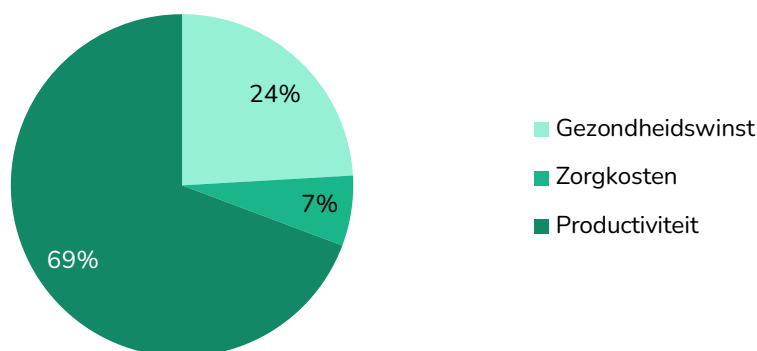
²⁵ Zowel bovengemiddeld veel verzuimdagen als bovengemiddelde werkloosheid.

²⁶ Van angst- en dwangstoornissen is bekend dat ze – door hun vóórkomen op jongvolwassen leeftijd – regelmatig leiden tot het achter- of uitblijven van opleiding en/of professionele ontwikkeling met gevolgen op de middellange termijn. Zie voor meer uitleg over deze 'knik in de lijn' Bijlage 1.

²⁷ Zie Bijlage 1 voor een bespreking van prevalentie en incidentie.

waarde van bijna €10 miljoen over de looptijd van tien jaar. Voor het deel van dit cohort wat naar de specialistische ggz verwezen wordt, bestaat ruim twee derde van de baten van preventie uit extra productiviteit, bijna een kwart uit gemonetariseerde gezondheidswinst en bijna 10% uit bespaarde zorgkosten (Figuur 3).

Baten primaire preventie angst-/dwangstoornissen
cohort 2030-2040 naar categorie [percentages]



Figuur 3. Alleen kijkend naar het deel van het gemodelleerde cohort wat in de specialistische ggz komt, bestaat ruim twee derde van de baten van preventie uit extra productiviteit en bijna een kwart uit gemonetariseerde gezondheidswinst (uitgedrukt in DALY's). Bespaarde zorgkosten zijn bijna 10% van de baten.

Over de genoemde mogelijke interventies (universeel, selectief, geïndiceerd) is alleen literatuur met geringe statistische power en wisselende effectgroottes beschikbaar. Ook is de duurzame werking van preventieve interventies – zoals voor veel preventieve interventies – niet duidelijk, waarbij het van groot belang is om te erkennen dat de uitlokkende factoren voor angst- en dwangstoornissen verspreid door het leven liggen. We hebben daarom voor deze interventies geen kosten-batenanalyse opgenomen omdat de kosten van preventie dus onvoldoende bekend zijn en dit te veel op aannames zou berusten.

3.2 Recidieven vormen ongeveer 25% van de gemodelleerde ggz-uitgaven aan angst- en dwangstoornissen

Van de patiënten die in de ggz behandeld zijn voor een angst- of dwangstoornis, is bekend dat recidieven vaak voorkomen.²⁸ In het gemodelleerde cohort gaat dit in totaal om ongeveer 25% van de uitgaven aan ggz. Om ziekte last voor patiënten en kosten voor de samenleving van deze recidieven te verminderen, is terugvalpreventie aangewezen. Dit kan zowel door interventies aan alle behandelde patiënten aan te bieden als door interventies te richten aan diegenen die daadwerkelijk terug dreigen te vallen. Voor recidieven modelleerden we drie interventies:

- Terugvalpreventie in de vorm van 'boostersessies' cognitieve gedragstherapie (CGT).
- Langer doorgebruiken van antidepressiva.
- 'Strippenkaart' van snelle, laagdrempelige extra behandelsessies bij dreigende terugval.

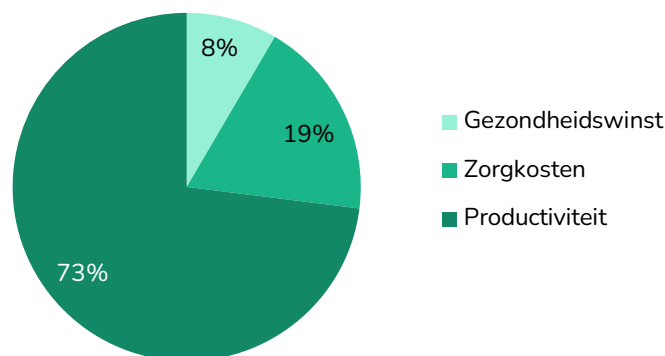
De **terugvalpreventie** bestaat uit een aantal extra therapie sessies/'boostersessies' direct aansluitend aan het initiële zorgtraject als vorm van consolidatie van het behaalde resultaat. Deze

²⁸ Na succesvolle behandeling met CGT viel 25% binnen twee jaar terug (Lorimer et al, Cogn Behav Ther 2021 PMID 32954958), of 57% binnen vier jaar (Scholten et al, J Aff Dis 2016 PMID 2689681).

sessies worden doorgaans geboden door GZ-psychologen. In het model laten we dit zien als een reductie van de recidivekans per jaar door deze extra inzet.

Uit onderzoek naar stemmingsstoornissen is bekend dat dat terugvalpreventie bij patiënten in remissie de recidiefkans over de eerste twee jaar met circa 24% kan reduceren.²⁹ Voor angst- en dwangstoornissen zijn geen vergelijkbare studies bekend, maar valt etiologisch aan te nemen dat het effect vergelijkbaar zou zijn. Met die aanname biedt terugvalpreventie **maatschappelijke baten van circa €22 miljoen** over de looptijd van het cohort. Extra productiviteit is hierbij circa driekwart van de baten, voorkomen zorgkosten bijna 20% en gemonetariseerde DALY's minder dan 10% (Figuur 4). Wanneer deze interventie volledig door GZ-psychologen wordt uitgevoerd (of zorgverleners die equivalent qua kosten zijn), ligt het **break-evenpunt op circa 6 uur behandelinzet per patiënt**. Als de daadwerkelijke inzet hieronder ligt, biedt de interventie vanuit maatschappelijk perspectief meerwaarde.

Baten terugvalpreventie angst-/dwangstoornissen
2030-2040 naar categorie [percentages]



Figuur 4. De maatschappelijke baten van terugvalpreventie bestaan voor bijna driekwart uit extra arbeidsproductiviteit. Vermeden zorgkosten zijn bijna een vijfde, gemonetariseerde gezondheidswinst (DALY's) 8%.

Het **langer gebruik van antidepressiva** is gebaseerd op onderzoek dat laat zien dat patiënten die antidepressiva gebruiken voor angststoornissen en hier binnen een jaar mee stoppen een grotere kans hebben op een recidief dan patiënten die langer dan een jaar doorgaan met medicatie.³⁰ De behandelrichtlijn angststoornisenzorg suggereert nu om afbouw van antidepressiva na een jaar te overwegen.³¹

Deze interventie gaat ervan uit dat deze stoppende groep ook doorgaat met antidepressiva en daarmee een lagere recidivekans krijgt. Het is dus alleen op een subgroep van toepassing; voor andere patiënten neemt het aantal vervolgtrajecten niet af. Wanneer deze interventie voor de volledige eerder stoppende groep wordt ingezet, betekent dit in het model **extra kosten van €11 miljoen** over de looptijd van het cohort. Dit bestaat voor 25% uit medicatiekosten en 75% uit opvolgcontacten bij huisartsen. Aan de batenkant bereikt de interventie het break-evenpunt

²⁹ Krijnen-De Bruin et al, Plos one 2022 PMID: 35960783.

³⁰ Na succesvolle behandeling met medicatie ervaart 36% een terugval na afbouw van de medicatie (Batelaan et al, BMJ 2017 PMID 28903922). Het doorslikken van antidepressiva kan terugval verminderen (OR 3,11) en kan tijd tot terugval verlengen (HR 3,63).

³¹ <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/introductie>. In de nieuwe multidisciplinaire richtlijn angst- en dwangstoornissen (publicatie op handen) wordt aangeraden om te overwegen af te bouwen.

wanneer het de **jaarlijkse recidiefkans voor deze groep met circa 25% zou doen afnemen**, of gemiddeld 1,5%-punt per jaar over de looptijd van het cohort.

Tot slot is de **'strippenkaart'** een interventie in de vorm van het aanbieden van snelle, laagdrempelige extra sessies aan patiënten die in de jaren na hun initiële behandeling terugkeer van klachten – en dus een dreigende terugval – krijgen. Ze krijgen deze extra sessies zonder dat ze opnieuw aangemeld hoeven te worden en/of op een wachtlijst komen te staan. De rationale is dat zo volledige recidieven voorkomen worden. Deze interventie wordt in het model alleen ingezet voor patiënten die recidieven hebben zolang het cohort loopt (dus binnen 10 jaar na behandeling). Dit is dus een verschil met de eerder besproken boostersessies, die aan *alle* patiënten aangeboden worden.

Van de 'strippenkaart' is niet bekend wat de effectgrootte van de interventie is. Omdat het hetzelfde doel als de terugvalpreventie met extra therapie sessies beoogt – voorkómen van recidieven na initieel succesvolle behandeling door extra inzet van GZ-psychologen – is de verdeling van baten weer zoals besproken in Figuur 4. De maatschappelijke baten per voorkomen recidief zijn ook gelijk.

Voor elke procent waarmee het aantal recidieven over 10 jaar tijd erdoor zou afnemen, levert de interventie **maatschappelijke baten op van circa €5 miljoen**. Omdat deze interventie selectiever wordt ingezet – namelijk alleen voor patiënten die dreigen terug te vallen – ligt het break-evenpunt lager dan bij terugvalpreventie met boostersessies. Voor elke procent reductie in het aantal recidieven met deze interventie ligt het **break-evenpunt op 2,5 uur behandelinzet** voor alle patiënten met een dreigende recidive. Een belangrijke kanttekening hierbij – net als bij de andere interventies – is dat de baten hierbij bestaan uit een combinatie van bespaarde zorginzet, extra arbeidsproductiviteit én gemonetariseerde gezondheidswinst in DALY's, terwijl de kosten alleen bestaan uit extra behandelinzet.

4 Ook andere interventies voor angst- en dwangstoornissen zorg hebben meerwaarde

In de ggz wordt de afgelopen jaren in toenemende mate gebruik gemaakt van voorselectie in wachtlijsten. Als deze praktijk wordt uitgebreid en correct wordt toegepast, kan dit baten opleveren bij angst-/dwang-stoornissen door het voorkomen van onnodige behandelingen en het eerder behandelen van patiënten die juist wel baat van ggz hebben (§4.1). Voor deze laatste groep patiënten vertaalt snellere toegang tot adequate zorg zich in minder gezondheidsschade, hogere productiviteit en minder gevraagde zorg (§4.2). Tot slot is bekend dat niet alle betrokken patiënten nu behandeld worden conform de richtlijn. Verbetering hierin brengt naar verwachting ook eerder herstel (§4.3).

4.1 Voorselectie van verwijzingen biedt kans op grotere focus op patiënten die baat hebben bij ggz

In de klinische praktijk komt het regelmatig voor dat mensen met angst- of dwangstoornissen maar weinig gebaat zijn bij reguliere behandelingen in de ggz. Dit heeft verschillende redenen. Soms ontbreekt de motivatie voor een behandeling. In andere gevallen staan voorliggende problemen een ggz-behandeling in de weg. Ook komt het voor dat de hulpvraag van de persoon op een ander vlak ligt, zoals sociale isolatie door de angst/dwang. In die gevallen kan een andere aanpak dan ggz, bijvoorbeeld via het sociale domein, zinvoller zijn.

Wanneer bij verwijzing door de eerste lijn naar de ggz eerst expliciet bekeken wordt waar mensen naar verwachting het meest mee geholpen zijn, blijkt vaak dat dit een andere plek is dan de ggz. Een landelijk bekend voorbeeld hiervan is de invoering van 'verkennende gesprekken' bij GGz Breburg, sinds eind 2023 voor alle aanmeldingen. In de ervaring van GGz Breburg wordt ingeschat dat 10-25% van de verwijzingen uiteindelijk niet in de specialistische ggz behandeld hoeft te worden.³² Als dit een terechte inschatting blijkt, dan heeft dit heeft niet alleen effect op de wachtlijsten, maar naar verwachting ook een positief effect op de gemiddelde meerwaarde van de gegeven behandelingen doordat er vooral patiënten overblijven die baat hebben bij behandeling in de ggz. Het is met dit voorbeeld echter niet direct te zeggen of alle ggz-instellingen vergelijkbare meerwaarde kunnen verwachten van verkennende gesprekken. Dit zal

³² <https://www.zorgvisie.nl/ggz-breburg-wil-verder-met-mentale-gezondheidscentra-maar-het-systeem-stokt/>

onder andere afhankelijk zijn van in hoeverre zij verwijzingen al screenen. Daarnaast gaan de resultaten van GGz Breburg over alle verwijzingen, niet specifiek over angst-/dwangstoornissen.

In ons model werkt **voorselectie in verwijzingen** als volgt: voor alle naar de ggz verwezen patiënten wordt extra tijd van zorgverleners ingezet voor deze voorselectie. Het effect is dat voor een deel van de patiënten de resterende behandeltijd vervolgens naar nul gaat doordat zij direct weer uitstromen. Omdat deze patiënten wel nog in het algemene cohort van arbeidsparticipatie en gezondheidsverlies zitten, heeft deze werkwijze hier geen effect op. Ook achten we het mogelijk dat een deel van deze patiënten op termijn alsnog in de ggz behandeld wordt, wat we modelleren met de standaard recidivekans. Met deze werkwijze levert elke procent vermindering van behandelde patiënten **maatschappelijke baten op van circa €1,6 miljoen** over de looptijd van het cohort. De extra inzet van zorgverleners voor screening brengt natuurlijk ook kosten mee. Het **break-evenpunt ligt op circa een half uur** inzet van gz-psychologen (of equivalent) per verwezen patiënt voor elke procent reductie.

Naast het initiële effect van voorselectie, verwachten we als positief tweede-orde-effect van selectie ook dat het afnemen van wachtlijsten betekent dat andere patiënten sneller in zorg komen. De effecten van sneller in zorg komen modelleerden we separaat van voorselectie in wachtlijsten vanwege het gebrek aan kwantitatieve onderbouwing voor de samenhang hiertussen. In de volgende paragraaf bespreken we de meerwaarde van het sneller bieden van adequate zorg – door voorselectie of door andere interventies.

4.2 Sneller bieden van adequate zorg vermindert gezondheidsverlies en gevraagde zorg, en vergroot productiviteit

Van angst- en dwangstoornissen is bekend dat deze in het eerste jaar na ontstaan relatief eenvoudig verbleken; na het eerste jaar is de problematiek veel hardnekkiger.³³ De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat angstig gedrag inslijt, vermijding zich uitbreidt en comorbiditeiten ontstaan. De *window of opportunity* ligt dus vroeg. Snelle toegang tot adequate behandeling leidt naar verwachting tot meer gezondheidswinst. Uit de praktijk weten we echter dat slechts 61% van de mensen met angststoornissen hulp krijgt, waarbij bovendien bij 39% hiervan de hulp in het eerste jaar onvoldoende resultaat heeft.³⁴

Gezondheidswinst binnen de angst- en dwangstoornissen is dus te behalen door:

- Een groter aandeel van mensen zorg te bieden.
- Te zorgen dat deze zorg kort na ontstaan geboden wordt.
- Te zorgen dat de geboden zorg direct passend is.

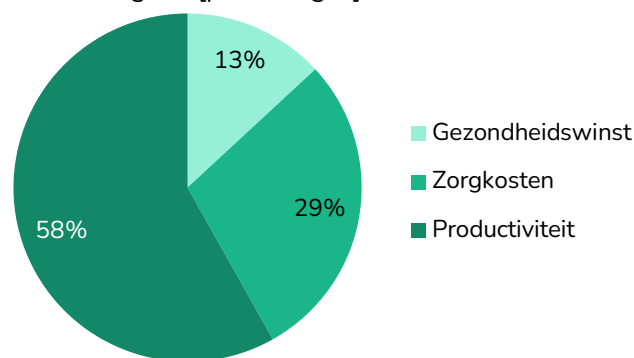
³³ Ten Have et al Depression and Anxiety 2021 PMID: 33107675. Een kanttekening hierbij is dat dit naturalistisch onderzoek betreft. Het is voorstelbaar maar niet bekend in hoeverre dit te vertalen is naar zorg.

³⁴ Ten have, Psychiatric Services 2013 PMID: 23820725

Deze meerwaarde is op meerdere manieren te bereiken. De meest voor de hand liggende opties zijn adequatere diagnostiek door poortwachters,³⁵ het laten afnemen van wachttijden (zie §4.1) en sneller schakelen tussen somatische gezondheidszorg en de ggz.³⁶

Binnen het model bekeken we het sneller bieden van adequate zorg in termen van de baten van eerder herstel van de initiële episode. Iedere maand eerder herstel voor het gehele cohort levert in het model **maatschappelijke baten op van circa €48 miljoen** over de looptijd van het cohort. Dit bestaat voor bijna 60% uit toegenomen productiviteit, bijna 30% uit minder benodigde zorg en iets meer dan 10% uit gemonetariseerde gezondheidswinst (Figuur 5). Op dit moment loopt een gemiddeld zorgtraject in de specialistische ggz voor angst- en dwangstoornissen ongeveer 1 jaar.

Baten eerder herstel initiële episode angst-/dwangstoornissen 2030-2040
naar categorie [percentages]



Figuur 5. Eerder herstel van de initiële episode van angst-/dwangstoornissen levert naar verwachting meerwaarde op in de vorm van toegenomen productiviteit (bijna 60%), afgenomen zorgkosten (bijna 30%) en gemonetariseerde gezondheidswinst (iets meer dan 10%).

Van de genoemde mogelijkheden om patiënten eerder adequate zorg te verlenen, is geen directe relatie bekend tussen de gevraagde investeringen en de resulterende verbeteringen in zorg. Daarnaast zijn deze mogelijkheden in een deel van de gevallen niet gekoppeld aan individuele patiënten. Om die reden kunnen we voor deze interventie geen break-evenpunt benoemen. Tot slot is het te verwachten dat het eerder bieden van adequate zorg bij angst-/dwangstoornissen kan leiden tot een lagere recidiefkans, maar hier is geen direct onderzoek over bekend. Zie voor een bespreking van de meerwaarde van het voorkomen van recidieven Hoofdstuk 3.

4.3 Vaker evidence-based behandelen biedt ook kansen op baten voor patiënten en maatschappij

De behandeling van angst- en dwangstoornissen gebeurt op dit moment in 40% van de gevallen niet conform de richtlijnenadviezen.³⁷ Daarbij is bekend dat behandelingen die niet conform de richtlijn verlopen een significant minder goed resultaat geven. Ook is bekend dat in deze

³⁵ Bijvoorbeeld met de 4DKL-vragenlijst in de huisartsenpraktijk, zie https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-02/4dkL_voor_nhg_2014_0.pdf.

³⁶ Binnen de angststoornissen zijn het met name patiënten met paniekstoornissen die gebruik maken van somatische gezondheidszorg, vaak in de vorm van ambulancezorg en/of bezoeken aan spoedeisende/eerste harthulp.

³⁷ Van Dijk J of Evaluation in Cline Practice 2012 PMID: 22583773.

behandelingen cognitieve gedragstherapie (CGT) niet optimaal toegepast wordt.³⁸ Zo vindt exposurebehandeling onvoldoende plaats en wordt suboptimaal uitgevoerd, terwijl exposure het meest effectieve onderdeel is van behandeling van angststoornissen.³⁹ Aangezien eerdere, succesvolle behandeling meerwaarde heeft (zie §4.2), biedt inzetten op vaker (direct) evidence-based behandelen en deze behandeling vervolgens conform de standaarden uitvoeren kansen op baten voor patiënten en de maatschappij.

Naast bestaande richtlijnen wordt vanzelfsprekend onderzoek gedaan naar nieuwe behandelvormen. Zo vindt reguliere behandeling met CGT nu doorgaans wekelijks plaats. Behandeling duurt al snel 6-12 maanden; een periode waarin het verminderd functioneren langzaam verbetert. Momenteel wordt kortdurend intensieve CGT met hetzelfde aantal behandelsessies in kortere tijd onderzocht. Indien blijkt dat dat even effectief is, maar de effecten zo sneller worden behaald, zou dat het sneller herstel van functioneren betekenen, en daarmee minder gezondheidsschade (in DALY's) en productieverlies dan de reguliere behandeling. Binnen Amsterdam UMC loopt momenteel onderzoek waarbij de geschatte tijdswinst zo'n 4 maanden zou bedragen.⁴⁰

In §4.2 bespraken we de gemodelleerde meerwaarde van elke maand eerder herstel, toen bij gelijkblijvende inzet per maand. Onder diezelfde aannames zijn de maatschappelijke baten van vaker evidence-based behandelen gelijk aan de resultaten in §4.2 en zoals getoond in Figuur 5. Wanneer de behandelinzet per maand met gelijke tred wordt verhoogd, bestaat de maatschappelijke meerwaarde van vaker evidence-based behandelen vanzelfsprekend volledig uit hogere arbeidsproductiviteit en voorkómen gezondheidsschade. De verhouding hiertussen wordt dan ongeveer 80%-20%. Omdat deze interventie wél toe te rekenen is aan individuele patiënten, is het hier wél mogelijk om een break-evenpunt te berekenen. Voor vaker en beter evidence-based behandelen, ligt het **break-evenpunt voor elke maand eerder herstel op circa 9 uur extra behandelinzet** in de ggz. Wanneer de extra inzet lager is dan deze waarde, komt de kosten/batenanalyse voor deze interventie positief uit. Tot slot is net als in §4.2 ook voor deze interventie te verwachten dat het verbeteren van zorg kan leiden tot een lagere recidiefkans, zie weer Hoofdstuk 3.

³⁸ Hipol et al Behavior modification 2012 PMID: 23012685.

³⁹ Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen, https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/angststoornissen/angststoornissen_-_startpagina.html

⁴⁰ Eerder onderzoek laat ook positieve uitkomsten zien: Pittig A, Depress Anxiety 2021 PMID: 34293223.

Bijlage 1. Methodologie

Deze maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) is tot stand gekomen met een combinatie van literatuuronderzoek, interviews met experts, analyse van data van GGZ inGeest en eigen modellering. Waar geen bronnen beschikbaar bleken, deden we onderbouwde aannames. We startten met het opstellen van een schematisch overzicht van het zorgpad bij angst- en dwangstoornissen. Daarbij bespraken we welke interventies te onderzoeken en op welke plek in het zorgpad die met welk doel aangrijpen (Figuur 6).



Figuur 6. Schematische weergave van het beloop van een cohort patiënten met angst- en dwangstoornissen, van initieel ontstaan tot eventuele latere zorg. De blauwe tekst beschrijft de gemodelleerde interventies en beoogde effecten hiervan.

We richtten ons daarbij op patiënten met een of meerdere van de volgende angst- en dwangstoornissen:

- Generaliseerde angststoornis
- Sociale fobie
- Agorafobie
- Paniekstoornis
- Obsessieve-compulsieve stoornis en verwante stoornissen

We excludeerden patiënten met een specifieke fobie vanwege de relatief lage ziektelast bij deze aandoening vanuit maatschappelijk perspectief.

Verder kozen we ervoor om de modellering van de maatschappelijke kosten en baten zorg bij angst- en dwangstoornissen cohortvolgend uit te voeren. Dit betekent dat we één fictief cohort van nieuwe patiënten volgen voor een periode van 10 jaar. Dit cohort is gelijk aan de (verwachte) incidentie van angst- en dwangstoornissen in 2030. De belangrijkste motivatie voor een cohortvolgende aanpak is dat bekend is dat deze aandoeningen vaak een chronisch karakter hebben, met ook op langere termijn een hoge ziektelast. Daarnaast volgen de verwachte baten vaak pas jaren na de daarvoor gemaakte extra kosten. We kozen er daarbij voor om dit fictieve cohort over de jaren 2030-2040 te laten lopen, omdat we verwachten dat het jaren duurt om de voorgestelde interventies volledig te implementeren.

Voor de veranderingen in de angst- en dwangstoornissen zorg modelleerden we zeven interventies (Tabel 1). De interventies richten zich doorgaans op een subgroep van het cohort. Inzet van deze interventies leidt in het model tot reductie van een of meerdere van de volgende onderdelen:

- De instroom in het cohort: een lagere incidentie van angst- en dwangstoornissen bij aanvang van het cohort;
- De behandelinzet in de initiële episode: de inzet in uren per maand neemt af;
- De duur van de initiële episode: de behandeling kan eerder afgerond worden;
- Het aantal vervolgtrajecten: de kans op een recidive neemt af en daardoor het verwacht aantal vervolgtrajecten over de looptijd van het cohort.

Zie ook weer de schematische weergave in Figuur 6.

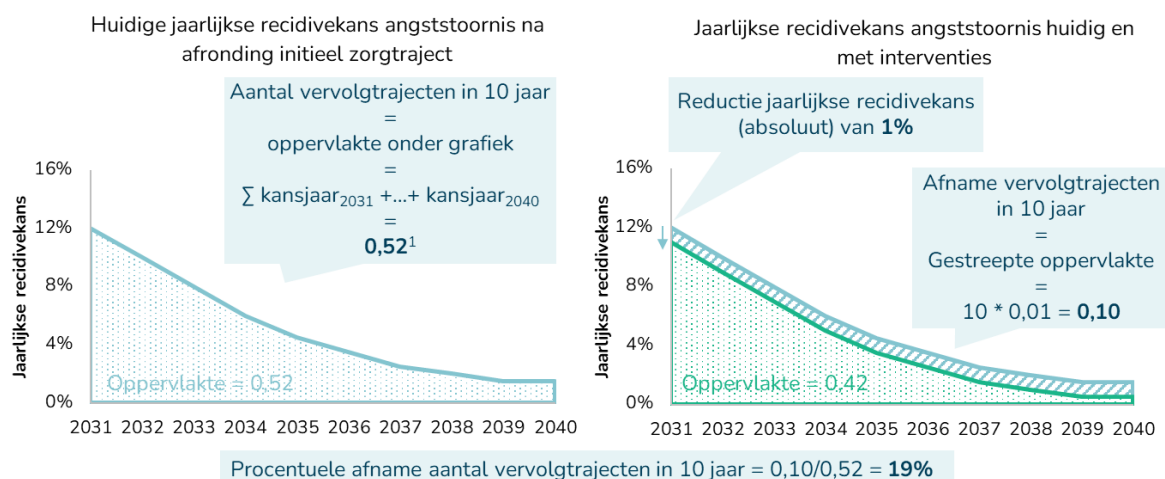
Tabel 1. We modelleerden zeven interventies in de angst- en dwangstoornissen zorg.

Interventie	Omschrijving	Doelgroep	Reductie
Preventie	Acties met als doel het aantal nieuwe angststoornissen te doen afnemen (lagere incidentie)	Burgers met risico op ontwikkelen van een angst- of dwangstoornis.	
Vroegsignalering	Acties met als doel een angst-of dwangstoornis vroegtijdig te herkennen om ergere klachten te voorkomen	Patiënten met beginnende angst- of dwangstoornis	
Voorselectie wachtlijst	Triage binnen verwijzingen om patiënten te identificeren voor wie andere zorg/hulp dan ggz aangewezen is	Patiënten die naar ggz verwezen zijn.	
Meer evidence-based behandelen	Sneller de goede behandeling	Alle patiënten behandeld in ggz	
Langer gebruik antidepressiva	Langer gebruik antidepressiva om recidive te voorkomen	Patiënten die antidepressiva gebruiken voor angst/dwang en hier na <1 jaar mee stoppen	
Terugvalpreventie	Aantal extra sessies aansluitend aan initieel zorgtraject	Alle patiënten behandeld in ggz	
'Strippenkaart'	Laagdrempelige extra sessies bij (dreigende) terugval	Patiënten met dreigende terugval	

■ Instream cohort
 ■ Behandelinzet initiële episode
 ■ Duur initiële episode
 ■ Aantal vervolgtrajecten

Afname aantal vervolgtrajecten

Om de kosten en baten van een reductie van het aantal vervolgtraject te schatten, werkten we met een jaarlijkse recidivekans (Figuur 7). Het linker diagram geeft de modellering van de huidige jaarlijkse recidivekans bij een angststoornis na afronding van het initiële zorgtraject weer. Deze jaarlijkse recidivekans neemt af naarmate de patiënt langer uitbehandeld is. De oppervlakte onder de grafiek is het verwacht aantal vervolgtrajecten binnen 10 jaar. Het rechter diagram geeft het effect weer van een afname van de jaarlijkse recidivekans. Daardoor neemt het verwacht aantal vervolgtrajecten binnen 10 jaar af. Deze afname gaat gepaard met verschillende baten, waaronder gezondheidswinst, bespaarde zorgkosten en een toename van productiviteit.



Figuur 7. We modelleerden recidieven als een jaarlijkse kans over de looptijd van het cohort. Door afname van deze kans door de inzet van interventies, neemt het verwachte aantal vervolgetrajecten in het model af.

Opbouw kosten

Voor een deel van de zeven interventies konden we de kosten bepalen (Tabel 2). De kosten voor vier interventies bestaan uit extra inzet van GZ-psychologen⁴¹ en zijn afhankelijk van het aantal uur extra inzet omdat het Zorgprestatie model op basis van uurtarieven werkt. Voor het langer gebruik van antidepressiva rekenen we naast medicatiekosten ook kosten voor extra huisartsconsulten gerelateerd aan het gebruik van antidepressiva.

Voor de interventies ‘preventie’ en ‘vroegsignalering’ bleek het niet mogelijk om de kosten onderbouwd in te schatten. Dit komt door het ontbreken van literatuur die de relatie omschrijft tussen acties rondom deze twee soorten interventies en het aandeel van de angst- en dwangstoornissen dat daardoor respectievelijk voorkomen of in ernst verminderd wordt. Daarnaast zijn dit bredere interventies dan de anderen. Om deze redenen was het dan ook niet mogelijk om voor deze twee interventies een break-evenpunt te bepalen.

Tabel 2. De meeste kosten van de interventies zijn gerelateerd aan extra inzet van GZ-psychologen.

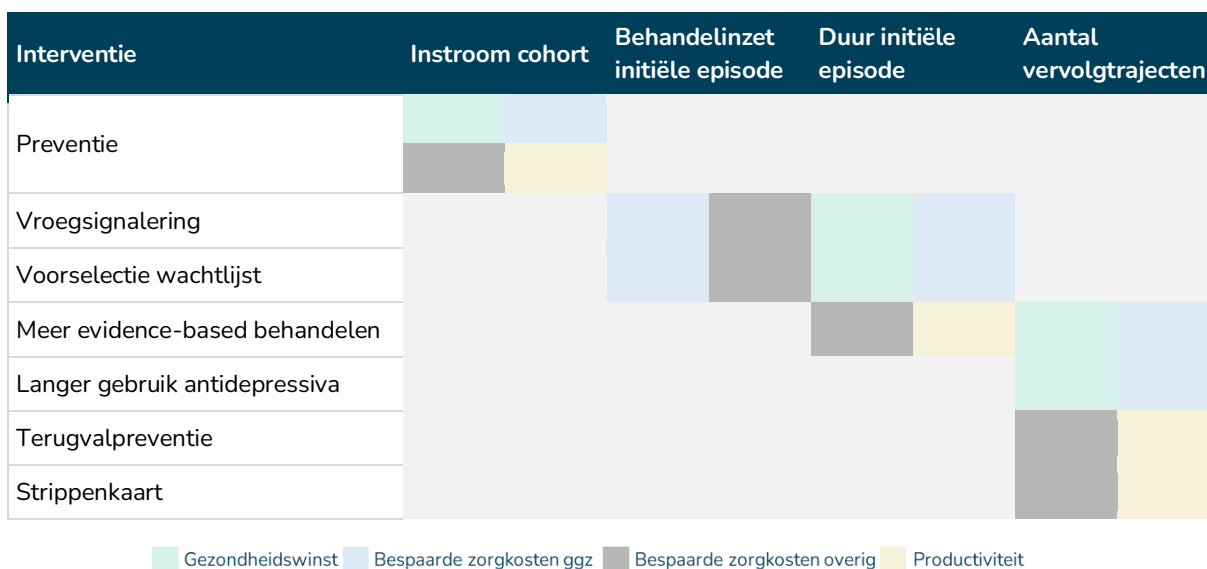
Interventie	Belangrijkste kostendrijver per interventie
Preventie	Niet te zeggen
Vroegsignalering	Niet te zeggen
Voorselectie wachtlijst	Extra inzet GZ-psycholoog ⁴¹
Meer evidence-based behandelen	Extra inzet GZ-psycholoog
Langer gebruik antidepressiva	Extra gebruik medicatie Extra huisartsconsulten voor gebruik medicatie
Terugvalpreventie	Extra inzet GZ-psycholoog
Strippenkaart	Extra inzet GZ-psycholoog

⁴¹ Deze beroepsgroep werd voor deze interventies als vaakst voorkomend gezien waardoor we hierop uit praktische overwegingen focusten. Dit neemt niet weg dat in een deel van de gevallen andere behandelaren ook een rol spelen.

Opbouw baten

De zeven interventies hebben in het model een relatie met een reductie van de instroom in het cohort, de behandelinzet in de initiële episode, de duur van de initiële episode en/of het aantal vervolgtrajecten. De baten die daarmee gepaard gaan zijn weergegeven in Tabel 3.

Tabel 3. In het model zijn de interventies gekoppeld aan een reductie van de instroom in het cohort, de behandelinzet in de initiële episode, de duur van de initiële episode en het aantal vervolgtrajecten.



Gezondheidswinst

We drukken gezondheidswinst uit in *disability adjusted life years* (DALY's). De DALY is een samengestelde maat voor gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: jaren verloren door vroegtijdige sterfte en jaren geleefd met ziekte, gewogen naar de ernst van de ziekte. Van angststoornissen is bekend dat DALY's nagenoeg volledig voortkomen uit jaren geleefd met de ziekte,⁴² waardoor alleen de tweede component overblijft. De parameters gebruikt in de waardering hiervan staan vermeld in Bijlage 2.

Bespaarde zorgkosten - ggz

Om de baten in termen van zorgkosten in de specialistische ggz te bepalen, schatten we de gemiddelde zorgkosten van één behandeltraject. Waar mogelijk gebruikten we hiervoor data van GGZ inGeest als vertrekpunt. We namen daarbij aan dat de gemiddelde duur van een behandeltraject en de behandelinzet gelijk is voor een initieel traject en een vervolgtraject. Op basis van de data bleek een gemiddeld behandeltraject ongeveer 12 maanden te lopen. Daarnaast bepaalden we zo de gemiddelde maandelijkse behandelinzet per type behandelaar. We combineerden dit met de uurtarieven voor deze type behandelaren zoals vermeld in het Zorgprestatie model van de NZa.⁴³

⁴² Volksgezondheid Toekomstverkenning 2018, <https://www.vzinfo.nl/ranglijsten/aandoeningen-op-basis-van-ziektelast>.

⁴³ Geraadpleegd via de tarievenzoeker op <https://zorgprestatie.nza.nl/>

Bespaarde zorgkosten – overig

Naast zorgkosten in de GGZ bepaalden we overige zorgkosten per episode. Zie Bijlage 2 voor de specifiek gebruikte bronnen. Deze overige zorgkosten zijn opgesplitst naar:

- Kosten huisarts/POH: bepaald door te kijken naar het jaarlijks aantal additionele consulten ten opzichte van het landelijke gemiddelde. Daarin includeerden we ook consulten voor aan angstgerelateerde diagnoses, zoals angst- en neklachten, depressie en slaapstoornissen.
- Kosten ziekenhuiszorg: ingeschat voor patiënten met een paniekstoornis. We bepaalden eerst het totaal jaarlijks aantal bezoeken op de Eerste Harthulp van patiënten met een paniekstoornis. Dit deelden we door het aantal patiënten met een paniekstoornis door te komen tot het gemiddeld aantal bezoeken per patiënt.
- Kosten medicatie: berekend op basis van het aandeel patiënten dat medicatie voorgeschreven krijgt en de gemiddelde maandelijkse kosten van medicatie.

Productiviteit

Aan het voorkomen van een angst- of dwangstoornis, het verkorten van een episode of het voorkomen van een recidive rekenen we op verschillende manieren productiviteitswinst toe:

- Voorkomen direct verzuim: de kosten van verzuim op werk door angststoornissen bepaald door te kijken naar het aantal verzuimdagen ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde.
- Voorkomen werkloosheid: de kosten van werkloosheid door een angst- of dwangstoornis bepaalden we door te kijken naar het verschil in arbeidsparticipatie onder mensen met een psychische aandoening en het gemiddelde van Nederland. We combineerden dit met het gemiddeld aantal uren gewerkt per jaar.
- Voorkomen 'knik in de lijn': als iemand met een angststoornis tijdelijk minder goed presteert op werk, kan dit gevolgen hebben voor latere productiviteit (bijvoorbeeld door het missen van een promotie of nieuwe baan). Voor deze kosten bepaalden we de waarde van de toekomstige uren die iemand zal werken (ook na 2040). Hoewel deze 'knik' bekend is, is er geen betrouwbare literatuur beschikbaar over de grootte hiervan. We nemen daarom aan dat productiviteit bij elke episode van een angststoornis met 0,1% daalt. Voorbeeld: een 'statistisch gemiddelde' vrouw die op haar 30^e een angststoornis krijgt heeft een verwachte resterende productiviteit van €1,5 miljoen over de rest van haar werkende leven. Door de 'knik in de lijn' verwachten we dat hier per episode van een angststoornis 0,1% vanaf gaat.
- Voorkomen zittenblijven of studievertraging: de kosten van een jaar blijven zitten berekenen we door te kijken naar het aandeel van het cohort dat een opleiding volgt en de gemiddelde kosten van een jaar blijven zitten en studievertraging. Deze kosten verschillen per opleidingsniveau (basisonderwijs, voortgezet onderwijs, middelbaar, hoger of wetenschappelijk onderwijs). In de berekening houden we rekening met het feit dat het cohort ouder wordt en dus steeds minder leerlingen en studenten bevat.

Bijlage 2. Bronnen voor de MKBA

Tabel 4. In de berekening van de kosten en baten van de interventies voor een andere benadering van angst- en dwangstoornissen baseerden we ons op verschillende bronnen. Financiële gegevens indexeerden we naar 2024.

Parameter	Waarde	Eenheid	Bron
Jaarlijkse inflatie	<i>Afhankelijk van jaartal</i>	Percentage	CBS
Jaarprevalentie	<i>Afhankelijk van diagnose/ leeftijd/geslacht</i>	Percentage	Trimbos Instituut - Nemesis
Wegingsfactor ziektelast angst-/ dwangstoornissen	0,187	DALY	VZinfo (2011). NB Deze waarde wordt herzien voor de VTV 2024 (publicatie volgt) en lijkt hoger te komen liggen. In dat geval nemen de op DALY's gebaseerde uitkomsten in deze MKBA ook toe.
Waarde gezond levensjaar	20.000	Euro	Ziektelast in de praktijk - De theorie en praktijk van het berekenen van ziektelast bij pakket-beoordelingen (Zorginstituut Nederland, 2018)
Gemiddelde behandelinzet GGZ	<i>Afhankelijk van behandeltype</i>	Uur per maand per episode	Berekening SiRM o.b.v. data GGZ inGeest
Gem. duur episode	11,9	Maanden	Berekening SiRM o.b.v. data GGZ inGeest
Aandeel personen met angststoornis in zorg	55	Percentage	Berekening SiRM o.b.v. Trimbos Instituut – tabellenbijlage zorggebruik. Gewogen gemiddelde.
Additionele huisartsconsulten per patiënt	9,2	Aantal per jaar	Berekening SiRM o.b.v. Nivel, Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? (2004). Incl. contacten voor aan angst gerelateerde diagnoses.
Patiënten met medicatie	36	Percentage	Berekening SiRM o.b.v. Trimbos Instituut – tabellenbijlage zorggebruik. Gewogen gemiddelde.
Kosten medicatie	7,50	Euro per patiënt per maand	Berekening SiRM o.b.v. Farmacotherapeutisch Kompas en Behandelstandaard Angststoornisenzorg
Aandeel stop antidepressiva binnen een jaar	30	Percentage	Berekening SiRM o.b.v. Huisarts & Wetenschap, SSRI's in de Nederlandse huisartsenpraktijk (2010)
Jaarlijkse recidivekans	<i>Afhankelijk van jaartal</i>	Percentage	Bruce et al. (2005), Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study Gewogen gemiddelde.
Recidivekans binnen 4 jaar	55	Percentage	Scholten et al. (2016), Diagnostic instability of recurrence and the impact on recurrence rates in depressive and anxiety disorders Aanname: binnen 10 jaar dezelfde kans omdat recidieven het vaakst in de eerste jaren plaatsvinden.
Verwijzingen GGZ	11	Percentage	Family Medicine Network (famenet.nl)

Parameter	Waarde	Eenheid	Bron
Kosten consult huisarts/POH	12	Euro	NZa-tariefbeschikking 2024
Kosten zorg-professionals GGZ	<i>Afhankelijk van type</i>	Euro	Zorgprestatiemodel NZa (2024)
Kosten ambulancevervoer	845	Euro	Kosten spoedeisende ambulance: NZa, Tariefbeschikking regionale ambulancevoorzieningen 2023
Vervoer naar SEH met ambulance	31	Percentage	VZinfo, Acute zorg Gebruik SEH (2022)
Kosten SEH-bezoek	338	Euro	Zorginstituut, Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (2016)
Patiënten op EHH	200.000	Aantal per jaar	Acute Zorg regio Oost, Wanneer stuur je een patiënt met pijn op de borst in? (2023)
Aandeel patiënten op EHH zonder hartproblemen	90	Percentage	Acute Zorg regio Oost, Wanneer stuur je een patiënt met pijn op de borst in? (2023)
Patiënten zonder hartproblemen op EHH met paniekstoornis	22	Percentage	White (2008), <i>Morbidity of DSM-IV Axis I disorders in patients with noncardiac chest pain: Psychiatric morbidity linked with increased pain and health care utilization</i>
Additioneel verzuim	1,3	Dagen per maand	Berekening SiRM o.b.v. Trimbos Instituut, Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden (2011). Gewogen gemiddelde.
Waarde productiviteit - mannen	49,41	Euro per gewerkt uur	Zorginstituut, Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (2016)
Waarde productiviteit - vrouwen	41,20	Euro per gewerkt uur	
Arbeidsparticipatie algemeen	<i>Afhankelijk van leeftijd/geslacht</i>	Percentage	CBS Arbeidsparticipatie naar leeftijd en geslacht (2023)
Arbeidsparticipatie met psychische aandoening	<i>Afhankelijk van leeftijd</i>	Percentage	CBS Vooral 45-plussers met chronische aandoening werken minder (2020)
Inwoners dat onderwijs volgt	<i>Afhankelijk van leeftijd/niveau</i>	Percentage	Berekening SiRM o.b.v.: CBS (tabellen: 71478ned, 80041ned, 71450ned)
Kosten zittenblijven	<i>Afhankelijk van niveau</i>	Euro	Maastricht University, Handleiding intersectorale kosten en baten van (preventieve) interventies (2012)