

Rapport

Preventie van depressie: verzekerde zorg?

Op 22 september 2008 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **264**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

28043947

Afdeling

PAKKET

Auteur

mw. drs. A.E.R.M. Speijer

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 87 52

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer
(020) 797 88 88.

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Context
5	3. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie
6	4. Doelgroepen
10	5. Welke interventies zijn te verzekeren prestaties?
10	5.a. Wet- en regelgeving
12	5.b. Plegen te bieden
12	5.c. Stand van de wetenschap en praktijk
14	5.d. Wettelijke beperkingen
15	5.e. Conclusies beoordeling
16	5.f. Kostenconsequentieraming
18	6. Aandachtspunten
18	6.a. Ontwikkelingen in de geleverde zorg
19	6.b. Vergroten van het bereik
19	6.b.1. Kosten
20	6.b.2. Aanbiedingsvorm

Bijlage(n)

1. Achtergrondrapportage beoordelingstand van de wetenschap en praktijk preventie van depressie
2. Kostenconsequentieraming

Samenvatting

Het bevorderen van geestelijke gezondheid staat hoog op de politieke agenda.

Gezien de incidentie van depressieve stoornissen (eerste episode) in de leeftijdscategorie van 18 - 65 jaar van 289.000 gevallen (2.8%), is deze aandacht voor de geestelijke gezondheid terecht. De prevalentie (aantal bestaande gevallen) in dezelfde leeftijdsgroep bedraagt 589.000 (5.8%). Deze cijfers betekenen dat maar liefst 49% van de gevallen van een depressie een eerste periode betreft. De behoefte om, naast adequate behandeling van depressie, ook in te zetten op het voorkomen ervan is dan ook groot.

Op dit moment maakt slechts twee procent van de mensen met een subklinische depressie gebruik van preventieve interventies die hiertoe aangeboden worden.

Als duidelijk is welke mogelijkheden de Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt om depressie te voorkomen, kan dat deelname aan preventieve programma's die onder deze dekking vallen bevorderen. Door toename van de deelname aan preventieve programma's is uitstel of het volledig voorkomen van een depressieve stoornis mogelijk. Het CVZ verduidelijkt in dit rapport welke interventies ter voorkoming van depressie tot de te verzekeren prestaties binnen de Zvw behoren. Daarnaast geeft het CVZ aan de hand van literatuuronderzoek aan wie er in aanmerking komen voor de bovengenoemde interventies.

Conclusie indicatie Wanneer een verzekerde voldoet aan de diagnostische criteria van een subklinische depressie, behoort hij of zij, op grond van de wetenschappelijke literatuur, tot de hoog risicogroep voor het ontwikkelen van een depressie. Deze diagnose zal altijd per individu door een professional gesteld moeten worden. Het CVZ leidt deze hoogrisicogroep af uit de literatuur.

Conclusie verzekerde zorg Onder de te verzekeren prestaties van de Zvw valt de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden en die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Preventieve interventies die zijn gebaseerd op de navolgende therapeutische principes, voldoen aan deze criteria en behoren daarmee tot de te verzekeren prestaties:

1. *Cognitieve gedragstherapie* (CGT) is een mengeling van gedragstherapie en interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve therapie.
2. *Interpersoonlijke therapie* (IPT) wordt overwegend toegepast bij stemmings- en angststoornissen en ontleent zijn kracht aan de sociale interactie tussen cliënt en hulpverlener.
3. *Problem solving therapy* (PST) betreft een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met depressieve klachten vergroot.

4. *Psycho-educatie* Een aantal interventies bevat een onderdeel psycho-educatie (b.v. bibliotherapie), maar ontleen hun werkzaamheid vooral aan CGT, IPT of PST waarop deze interventies gebaseerd zijn. Deze interventies worden ook wel 'minimale interventies' genoemd en dienen te voldoen aan gestandaardiseerde kwaliteitscriteria.

De preventieve interventies, die bestaan uit bovenvermelde therapeutische principes, vallen onder de dekking van de Zvw. Het betreft geneeskundige zorg zoals in de eerstelijns zou kunnen plaatsvinden.

Eerstelijnspsychologische zorg is beperkt tot acht zittingen per jaar met een eigen bijdrage van € 10,00 per zitting.

Het CVZ merkt op dat het verschuldigd zijn van een eigen bijdrage het vragen om hulp bij depressieve klachten mogelijk kan belemmeren of vertragen. In dit licht zal het CVZ verkennen of er een apart onderzoek uitgevoerd kan worden naar de eventuele effecten van de eigen bijdrage voor deze vorm van eerstelijns psychologische zorg.

Depressie preventie in de polis Zorgverzekeraars kunnen, voor zover zij dat nog niet hebben gedaan, in de polis aangeven welke zorgaanbieders de interventies ter voorkoming van depressie mogen leveren. Ook kunnen zij aangeven waar die zorg geleverd wordt.

Financiële aspecten Nu duidelijk is dat en welke interventies ter voorkoming van depressie onder de te verzekeren prestaties van de Zvw vallen, is aannemelijk dat dit kan leiden tot meer zorgconsumptie op het preventieve vlak van de zorg, wat gevolgen heeft voor het Budgettair Kader Zorg. Hoewel er geen sprake is van een instroom van een te verzekeren prestatie, kan er toch sprake zijn van zorgintensivering, voor wat betreft de hulpverlening die samenhangt met preventieve programma's. Doordat hiermee depressies voorkomen of uitgesteld worden, zal dit op andere gebieden van de hulpverlening leiden tot afname van de zorgconsumptie. Eveneens kan dit tot besparingen op andere vlakken leiden, zoals bijvoorbeeld een afname van kosten door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

1. Inleiding

In Nederland is gezondheidswinst te behalen als naast de behandeling van ziekte meer aandacht wordt besteed aan het voorkomen van gezondheidsschade.

Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van het individu en de mogelijkheden tot participatie in de maatschappij. Het is daarom van belang vast te stellen welke mogelijkheden de Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt voor het vergoeden van preventieve interventies met als doel ziekte te voorkomen.

De noodzaak van preventie

In Nederland is depressie een van de meest invaliderende ziektes. Jaarlijks gaan er 157.000 gezonde levensjaren van mensen tussen de 12 en 75 jaar verloren door depressie (Disability Adjusted Life Years, DALY). Hoe dit komt is duidelijk: depressie komt veel voor, veroorzaakt een grote individuele ziektelast (vergelijkbaar met bijna-blindheid), heeft een slechte prognose en is geassocieerd met voortijdig overlijden.

De epidemiologie van depressie kent een aanzienlijke instroom van nieuwe gevallen (incidentie). Afgaande op de cijfers van 2003 gaat het in Nederland jaarlijks om 289.000 volwassenen die voor het eerst een depressieve periode doormaken, terwijl het aantal bestaande gevallen (de prevalentie) in deze groep 589.000 betreft¹. Exacte cijfers over jongeren en ouderen over deze periode ontbreken.

Volgens een conservatieve schatting bedragen de kosten van depressie in de leeftijdsgroep 18-65 jaar jaarlijks 1,3 miljard euro. Deze kosten worden deels gemaakt in de gezondheidszorg, maar hoofdzakelijk in de arbeidsproductieve sfeer. De daadwerkelijke kosten van depressie voor de samenleving zijn aanzienlijk hoger, omdat de grote groep adolescenten en mensen boven de 65 jaar niet in deze schatting zijn opgenomen.

Van preventie verzekerd

Het CVZ heeft in 2007 in zijn rapport *Van preventie verzekerd* zijn visie gepresenteerd op preventie als verzekerde zorg. Deze visie komt erop neer dat zowel geïndiceerde preventie (gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen met geopenbaarde gezondheidsklachten) als zorggerelateerde preventie (gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van de ziekte) behoort tot het domein van de zorgverzekeringen, namelijk de Zvw en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Vormen van collectieve preventie (universele en selectieve preventie), zoals het opsporen van mensen met verhoogd risico op een ziekte, zonder dat er nog sprake is van

¹ RIVM. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven 2006

ziekteverschijnselen en hen vervolgens naar de zorg toe leiden, behoren niet tot het te verzekeren risico van de Zvw.

Het CVZ zal dit jaar vijf vervolgrapporten over verzekerde preventie uitbrengen. 'Preventie van depressie' is het tweede rapport, voorafgegaan door 'Stoppen met roken'.

Na dit rapport zullen er nog drie volgen, namelijk over preventie van diabetes mellitus, overgewicht en schadelijk alcoholgebruik.

Dit rapport is bedoeld om helderheid te scheppen voor de minister van VWS, de Tweede Kamer, verzekerden, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en andere belanghebbenden.

Verzoek VWS

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in september 2007 positief gereageerd op het CVZ-rapport *Van preventie verzekerd*. In zijn reactie op dit rapport heeft hij verzocht bij de vervolgrapporten aandacht te besteden aan de volgende punten:

1. voor eventuele nieuwe aanspraken moeten er duidelijke op hoge risico's gerichte indicatiecriteria komen;
2. de wenselijkheid van eigen bijdragen moet serieus worden bezien;
3. het CVZ moet nadrukkelijk nagaan of opname in het basispakket van nieuwe zorgvormen implicaties heeft voor de vergoeding van leefstijlgerelateerde geneesmiddelen.

Het eerste punt zal besproken worden in hoofdstuk vier over Doelgroepen. Het tweede en derde verzoek van de minister zullen in hoofdstuk zes bij bespreking van de overige aandachtspunten aan de orde komen.

Opbouw rapport

De opbouw van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk twee schetst de context. De vraag wanneer er sprake is van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie en de wijze waarop het CVZ preventieve interventies beoordeelt, komen in het derde hoofdstuk aan de orde.

Hoofdstuk vier gaat in op de doelgroep voor geïndiceerde preventie aan de hand van de definitie van een depressie, een subklinische depressie en het begrip 'hoog risico'. Hoofdstuk vijf beschrijft de wet- en regelgeving, evenals de medische en juridische beoordeling; hierin inventariseert en verduidelijkt het CVZ welke preventieve interventies te verzekeren prestaties zijn. De kostenconsequentieraming is ook in hoofdstuk vijf opgenomen.

Tot slot bevat hoofdstuk zes enkele aandachtspunten die voortvloeien uit alle voorgaande hoofdstukken.

2. Context

Het preventiebeleid van het kabinet en de preventie van depressie zijn gericht op het terugdringen van het aantal mensen (jaarlijks 737.000 tussen de 12 en 75 jaar) dat lijdt aan een depressieve stoornis. Dit hoofdstuk beschrijft het overheidsbeleid en de context.

2007- 2011 Overheidsbeleid

Het kabinet wil voor gezondheid en preventie meer samenhang creëren. In de Kaderbrief 2007-2011 beschrijft de minister de volgende beleidslijnen:

1. Koesteren en innoveren. Dit zal gebeuren door het continueren van gezondheidsbescherming en ziektepreventie en het ontwikkelen van nieuw beleid bij voorspellende geneeskunde.
2. Samenhangend en integraal gezondheidsbeleid realiseren. Dit kan door het creëren van gezonde omgevingen en het bevorderen van gezond gedrag met behulp van tal van maatschappelijke instituties en het bedrijfsleven.
3. Verbinden van (alle vormen van) preventie en zorg. Het opnemen van meer preventie in de Zvw en het verbinden van bedrijfsgezondheidszorg en de eerstelijnszorg zullen hieraan een bijdrage leveren.
4. In de bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen. De gemeenten en de GGD moeten zich samen meer richten op gezondheid en preventie.

In dit rapport komt vooral het derde punt aan de orde, namelijk door inzicht te geven welke preventie momenteel onder de dekking van de Zvw valt en onder welke voorwaarden mensen hier aanspraak op kunnen maken. Eveneens heeft het CVZ de instroom van geïndiceerde preventie overwogen, die op dit moment eventueel niet onder de genoemde dekking zou vallen.

Gevolgen van de overheveling GGZ voor preventie

Op 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Al decennia lang (vanaf jaren tachtig vorige eeuw) bieden GGZ-instellingen naast behandeling en begeleiding ook preventie aan.

Bij de overheveling gold het uitgangspunt van pakket- en budgetneutrale overgang. Dit betekent dat delen van het zorgaanbod, die preventieactiviteiten omvatten, in beginsel zijn overgeheveld naar het pakket van de Zvw.

Het jaar 2008 is voor wat betreft de financiering van de GGZ-instellingen te beschouwen als een overgangsjaar.

In het licht van de overgangssituatie, de NZa-beleidsregel en het rapport *Van preventie verzekerd* heeft het CVZ aangekondigd de zorg te duiden die in preventieve programma's op het gebied van de GGZ wordt aangeboden.

Tot 2008 werden GGZ-instellingen in het kader van de AWBZ, waaronder ook de geneeskundige zorg viel, inclusief preventie, gefinancierd op basis van een budget. Een van de budgetparameters was 'preventie en dienstverlening'. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is destijds al een deel van deze gelden overgegaan naar de (centrum)gemeenten voor openbare GGZ en collectieve GGZ preventie. Wat resteerde en resteert is een bedrag voor individuele preventie. Ook na 2008 ontvangen GGZ-instellingen nog gelden voor preventie.

Hoewel instellingen declareren in Diagnose Behandeling Combinatie's (DBC's) maken ze nog wel afspraken met verzekeraars op basis van hun budget uit het verleden en vindt zo nodig nacalculatie plaats om bestaande verschillen tussen de opbrengsten uit DBC's en het toegekende budget weg te nemen.

De parameter 'preventie' in het budgetformulier betreft preventie bij in behandeling zijnde cliënten (zorggerelateerde preventie). Deze preventie is onderdeel van een behandeling en valt onder een DBC.

Daarnaast is in de NZa-beleidsregel *Overige producten* een post individuele preventie opgenomen. Een duidelijke omschrijving van dit product ontbreekt. Onder dit product kunnen geïndiceerde preventie-interventies vallen, die onder voorwaarden tot de te verzekeren zorg kunnen behoren. Met de duiding van preventieve interventies kunnen partijen – verzekeraars en aanbieders – invulling aan dit product geven.

3. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

In dit hoofdstuk komt de vraag aan de orde wanneer verzekerden geïndiceerd zijn voor vormen van preventie die tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw kunnen worden gerekend. Onder de te verzekeren prestaties vallen vormen van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele en selectieve preventie vallen buiten het bereik van de Zvw.

Wettelijke verankering

De Zvw is een individuele schadeverzekering. In artikel 11, eerste lid Zvw is uitgewerkt dat compensatie van vermogensschade door een zorgverzekeraar plaatsvindt door zorg in natura of door vergoeding van de kosten. Uit artikel 11 Zvw volgt dat de verzekerde aan de zorgverzekeringsspolis op basis van de Zvw rechten kan onttelen als het verzekerde risico is ingetreden. Volgens het CVZ is dit niet beperkt tot situaties waarin al sprake is van een ziekte. Behoeft aan geneeskundige zorg kan ook ontstaan als er sprake is van een verhoogd risico, zich uitend in gezondheidsklachten, op het verkrijgen van een ziekte.

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

Het CVZ stelt in zijn rapport *Van preventie verzekerd* dat preventieve zorgactiviteiten zijn onder te verdelen in geïndiceerde preventie (met de bedoeling om ziekte te voorkomen) en zorggerelateerde preventie (met de bedoeling om complicaties of verergering van ziekte te voorkomen). Het is van belang om binnen de categorie geïndiceerde preventie de groepen met een hoog risico op ziekte af te bakenen. De gedachte is dat bij die groepen de kans op ziekte zodanig verhoogd is dat de te leveren preventieve zorg medisch noodzakelijk is en dat vergoeding ten laste van het basispakket daarmee gerechtvaardigd is.

Werkwijze beoordeling

Voor de beoordeling van preventieve interventies bij depressie houdt het CVZ de volgende werkwijze aan. Allereerst definiëren we bij welke doelgroep sprake is van een hoog risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Dit gebeurt op basis van literatuuronderzoek. Daarna verduidelijkt het CVZ preventieve interventieprogramma's aan de hand van nader omschreven therapeutische principes. Tenslotte beschrijven we onder welke voorwaarden een verzekerde aanspraak kan maken op een preventieprogramma ter voorkoming van depressie.

4. Doelgroepen

Dit hoofdstuk gaat in op definities van kernbegrippen rondom (preventie van) depressie, zoals symptomen, klachten en hoog risico. Aan de hand van deze begrippen komt het CVZ tot een doelgroep voor preventie van depressie.

DSM- IV

Voor de definitie van depressie hanteert dit rapport de kenmerken overeenkomstig de DSM-IV, een internationaal classificatiesysteem voor psychische aandoeningen.

Kernsymptomen

Er zijn twee kernsymptomen die een depressieve episode kunnen kenmerken. Als eerste is dit een abnormale neerslachtige stemming. Onder het tweede kernsymptoom valt een ernstig verlies van plezier in (bijna) alle activiteiten waarin de cliënt vooraf wel interesse had.

Overige symptomen

Daarnaast zijn er meerdere klachten die het functioneren verstoren, zoals een ontregelde slaap (insomnie of juist hypersomnie), energiegebrek, concentratieproblemen, verlies of toename van eetlust, misplaatste gevoelens van waarde-loosheid, intensief terugkerende gedachten over dood en suïcide en agitatie of remming.

Depressie

Een volwaardige diagnose depressie kenmerkt zich doordat een of beide van de bovengenoemde kernsymptomen aanwezig zijn, aangevuld met overige kenmerkende symptomen. Indien men tenminste vijf van de negen symptomen heeft, voldoet men aan de diagnose van een depressieve episode. Deze symptomen dienen tenminste twee weken aan te houden, bijna elke dag en gedurende het grootste gedeelte van de dag.

Bij jongeren kan depressie gepaard gaan met agitatie of risicovol gedrag en bij ouderen met motorische vertraging, waanideeën en fysieke pijn. Depressieve episodes kunnen recidiverend zijn en zelfs chronisch.

Prognose en beloop

Depressie heeft een ongunstige prognose wat betreft verloop en uitkomsten:

- Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden, maar bij 20% van de gevallen duurt een depressie langer dan twee jaar;
- Mensen kunnen meerdere depressieve episodes doormaken. Een recidiverende depressie heeft een grote negatieve impact op iemands leven. In de vijf jaar na herstel is er een kans van 70% dat iemand te maken krijgt met een nieuwe episode.

- Elke bijkomende episode verhoogt de kans op weer een episode: een persoon die drie eerdere depressieve episode heeft gehad, heeft een kans van 90% op een vierde;
- Mensen met een depressie lopen een hoger risico op voortijdig overlijden. Dat risico is een factor 1,65 hoger ten opzichte van mensen zonder depressie. (factsheet preventie, Trimbos 2008)

**Zorggerelateerde
depressie preventie**

Depressieve klachten komen ook frequent voor als co-morbiditeit bij chronische ziekten of maligniteiten. Het voorkomen van het ontwikkelen van een depressieve stoornis in een dergelijke situatie valt onder de zorggerelateerde preventie. Deze vorm van preventie moet als integraal onderdeel van de behandeling van de hoofddiagnose worden beschouwd en zal daarom in dit rapport verder buiten beschouwing blijven. Overigens heeft de huisarts die in zijn/haar praktijk veel chronisch zieken treft hier een signalerende rol.

Risicogroepen

Van risico op het ontwikkelen van depressie is sprake wanneer factoren aanwezig zijn die bepaalde mensen of groepen mensen kwetsbaar maken. Hierbij kun je denken aan kinderen van ouders met psychiatrische problematiek; de zogeheten KOPP-groepen. Ook mensen met een chronische ziekte of een lage sociaal economische status (SES), bejaarden en onlangs bevallen vrouwen zijn voorbeelden van deze groep met een verhoogde vatbaarheid voor het ontwikkelen van een depressieve stoornis.

Binnen de kaders van de Zvw is het louter hebben van een kwetsbaarheidfactor voor het ontwikkelen van een depressie echter onvoldoende. Er moet sprake zijn van (dreigende) gezondheidsschade veroorzaakt door depressieve klachten. Wanneer een cliënt slechts een of meer kwetsbaarheidfactoren heeft voor het ontwikkelen van een depressie, kan het risico op een depressie wel hoog zijn, maar in dat geval is er nog geen sprake van aantoonbare dreigende schade door ervaren depressieve klachten.

Het behandelen van deze risicogroepen, gebaseerd op kwetsbaarheidfactoren valt daarmee onder selectieve preventie en ligt dus buiten het bereik van de Zvw. Hiervoor zijn andere preventieve programma's beschikbaar die onder meer op grond van de Wmo kunnen worden vergoed.

**Hoog risico:
subklinische
depressie**

De geïndiceerde preventie richt zich op de groep cliënten met een subklinische depressie. Deze diagnose kan een professional stellen indien er sprake is van één kernsymptoom, aangevuld met maximaal drie overige symptomen.

Bij een subklinische depressie bestaan zogenoemd al depressieve klachten, maar wordt niet voldaan aan de criteria voor een volwaardige depressieve stoornis.

De groep van subklinisch depressieven bestaat enerzijds uit cliënten die voor het eerst een depressieve stoornis dreigen te ontwikkelen, anderzijds betreft dit de zogenaamde terugvalpreventie van patiënten die in het verleden al eens depressief zijn geweest.

De zorg aan cliënten die al een eerdere depressieve episode hebben gehad, is te rekenen als zorg die binnen de behandeling valt.

In het geval van een subklinische depressie is er sprake van gezondheidsschade veroorzaakt door depressieve klachten; een vereiste gesteld door de Zvw.

De reden dat subklinische depressie door het CVZ, op basis van de onderzochte literatuur, als hoog risico wordt aangemerkt, is het feit dat uit de groep mensen met een subklinische depressie, 289.000 gevallen van volwaardige depressie ontstaan. Hierbij wordt er van uitgegaan dat vrijwel elke depressie door een subklinische depressie wordt voorafgegaan.

Maximaal bereik preventie

Studies door Gavin Andrews en Dan Chisholm (British journal of Psychiatry, 2004 Nr 184) laten zien dat met het huidige behandel aanbod slechts 10-20% van de ziektelast van depressie wordt weggenomen. Een omvangrijke 80-90% blijft dus bestaan en veroorzaakt individueel lijden, verlies van kwaliteit van leven en kosten. Opnieuw moet het CVZ concluderen dat preventie nodig is als aanvulling op behandeling.

In het geval van een subklinische depressie zijn de ernst en/of de hoeveelheid van de klachten van een dergelijke mate dat zonder interventie 20% van de mensen een volwaardige depressie zou ontwikkelen. Door het volgen van een preventief programma kan hierin een reductie van 30% worden bereikt.

Doelgroep

Het CVZ is van mening dat de vastgestelde groep met een hoog risico, namelijk de personen met een subklinische depressie, alvorens zij in aanmerking komen voor een preventieve interventie de volgende aanvullende vraag bevestigend moeten beantwoorden:

Hulpvraag

“Zijn uw klachten van zodanige aard dat u hier hulp voor wilt ontvangen?” Deze vraag wordt gesteld door de professional die de diagnose stelt. De achterliggende gedachte voor dit aanvullende criterium is de volgende.

De eigen inschatting van de cliënt over de ernst van de klachten is een belangrijke factor in het beloop van de klachten. Wanneer de cliënt inschat niet zelf van zijn/haar klachten af te komen zonder hulp, rechtvaardigt dit dat de te leveren zorg medisch noodzakelijk is en daarmee ten laste van

het basispakket mag komen. Tenslotte is gebleken uit veelvuldig onderzoek van het Trimbos Instituut dat motivatie tot deelname aan een preventief programma essentieel is voor de effectiviteit.

Conclusie

Concluderend stelt het CVZ dat personen met een subklinische depressie en een hulpvraag behoren tot de doelgroep waarbij geïndiceerde preventie van depressie aangewezen is.

5. Welke interventies zijn te verzekeren prestaties?

In dit hoofdstuk bespreekt het CVZ onder welke voorwaarden geïndiceerde preventieve interventies tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoren.

Eveneens komt aan de orde aan welke voorwaarden de verzekerde moet voldoen alvorens hij of zij aanspraak kan maken op een preventieprogramma.

Ten slotte stippen we enkele aandachtspunten aan die van belang zijn voor een optimale uitvoering van de preventieprogramma's.

5.a. Wet- en regelgeving

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag welke interventies bij preventie van depressie tot de te verzekeren prestaties behoren, toetst het CVZ aan de wet- en regelgeving.

Te verzekeren prestaties

Artikel 10 onder a en c Zvw bepaalt dat het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg is.

Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Geneeskundige zorg

Artikel 2.4 Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg omvat de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg.

Psychologische zorg

Vanaf 2008 omvat de geneeskundige zorg ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv). Op basis van de regelgeving omvat geneeskundige GGZ naast de GGZ in de tweede lijn ook de psychologische zorg in de eerste lijn. Het CVZ heeft dit verduidelijkt in het *GGZ kompas* (CVZ, juli 2008, zie ook www.cvz.nl).

Wetenschap en praktijk

Voor alle zorgvormen geldt het gestelde in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

EBM

Om te bepalen wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend moet worden, volgt het CVZ de principes van evidence-based medicine (EBM). Op basis hiervan neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of een prestatie tot de te

verzekeren zorg behoort en daarmee een te vergoeden of te verstrekken interventie is.

Een uitvoerige beschrijving van de wijze waarop het CVZ beoordeelt of een prestatie voldoet aan de stand van wetenschap en de praktijk, is te vinden in het CVZ-rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk* (CVZ 2007, 254, zie ook www.cvz.nl).

Functiegerichte omschrijving

In de Zvw zijn de te verzekeren prestaties functiegericht omschreven. Dit betekent dat de wet aangeeft 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en onder welke indicatie dit geleverd wordt.

'Wie' de zorg verleent en 'waar' de zorg geleverd wordt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de polis te beschrijven welke zorgverleners de prestaties kunnen aanbieden en welke prestaties concreet verzekerd zijn onder welke voorwaarden.

Aanbiedingsvorm

De aanbiedingsvormen variëren van individueel of groepsgewijs, in direct contact met een behandelaar of via Internet al dan niet met een behandelaar op afstand. Hierbinnen zijn vele combinaties mogelijk.

Groepsinterventies worden vrijwel allemaal aangeboden door een professional zoals een psycholoog of een preventiewerker die in rechtstreeks (face-to-face) contact staat met de groep. De cursus "In de put, uit de put" is hier het bekendste voorbeeld van. Een variant daarop is de online groepsinterventie, waarbij de begeleiders (psycholoog en preventiewerker) online *chatten* met een groep cursisten in het kader van een interventie die via het Internet wordt aangeboden. Een voorbeeld van deze werkwijze is "Grip op je dip- online", bedoeld voor jongeren.

Individueel aangeboden interventies kunnen eveneens op verschillende manieren worden aangeboden: face-to-face, bibliotherapeutisch (door middel van zelfstudie) of via het Internet. Voorbeelden hiervan zijn "Individuele problem solving therapie voor ouderen met een verhoogd risico op depressie", vervolgens het zelfstudieboek "In de put, uit de put" en de preventieve internetinterventies "Kleur je leven" en "Alles onder controle".

Het CVZ merkt op dat de eerder genoemde stand van zaken op gebied van aanbiedingsvormen momenteel sterk onderhevig is aan ontwikkeling. Zo wordt er van steeds meer (nieuwe) technologieën gebruik gemaakt en zijn er preventieve interventies in voorbereiding waarbij volop gebruik gemaakt wordt van mobiele telefonie en sms-diensten.

Voor de effectiviteit van een behandeling is het van belang een zo goed mogelijke combinatie te maken tussen de patiënt en het preventieve programma dat hij of zij gaat volgen. Met name voor de vorm waarin het programma aangeboden wordt geldt dat individuele passendheid en voorkeur van belang zijn.

De cliënt zal deze keuze in overleg met zijn of haar zorgverlener moeten maken. Het CVZ doet, evenals over welke zorgverlener een bepaalde interventie dient te bieden, geen uitspraak over welke aanbiedingsvorm een bepaalde interventie moet hebben.

5.b. Plegen te bieden

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is de zorg zoals onder andere huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Met 'plegen te bieden' wordt bedoeld dat de beroepsgroepen zorg verlenen overeenkomstig de voor hen geldende standaarden.

Preventie van depressie behoort tot de zorg die huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen volgens de standaard van hun beroepsgroepen behoren te verlenen. Het is zorg zoals de genoemde beroepsgroepen die plegen te bieden.

Door de taakherschikking als gevolg van de functiegerichte omschrijving kan bijvoorbeeld ook een praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ bepaalde taken uitvoeren die de huisarts pleegt te bieden. Ontwikkelingen binnen de eerste lijn, zoals het inzetten van een POH GGZ zijn gericht op een onderkenning van depressieve klachten. Dit kan bijdragen aan een verwijzing naar een voor de verzekerde geschikte preventieve interventie.

Dit betekent dat preventie van depressie onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 eerste lid Bzv valt, op voorwaarde dat de interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.c. Stand van de wetenschap en praktijk

Het CVZ heeft in eerste instantie onderzocht of programma's ter preventie van depressie die op grond van hierna te noemen therapeutische principes tot stand zijn gekomen, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De belangrijkste uitkomstmaten hierbij zijn het percentage van de groep patiënten waarbij door een preventieve interventie de ontwikkeling van een depressieve stoornis kan worden voorkomen of de depressieve klachten afnemen.

Therapeutische principes

Er worden op dit moment al een aantal verschillende preventieprogramma's ter voorkoming van het ontwikkelen

van een depressie aangeboden. Deze programma's zijn bedoeld voor de groep patiënten met een subklinische depressie. De verschillende programma's zijn gebaseerd op een aantal therapeutische principes. Het voornaamste bestanddeel wordt gevormd door cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie (bijvoorbeeld bibliotherapie), problem solving treatment (PST) en interpersoonlijke therapie (IPT) die apart of in combinatie worden toegepast.

<i>Herkomst</i>	De preventieve programma's die op grond van de genoemde therapeutische principes tot stand zijn gekomen, zijn afgeleid van therapievormen die bij de <i>behandeling</i> van een volwaardige depressieve stoornis hun waarde hebben bewezen. In de CBO richtlijnen voor behandeling van depressie zijn deze dan ook terug te vinden.
<i>PST</i>	Problem Solving Therapy. Een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met depressieve klachten vergroot.
<i>CGT</i>	Cognitieve Gedragstherapie betreft een mengeling van gedragstherapie en interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. Kern is de veronderstelling dat zogenaamde <i>irrationele</i> cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie. Deze staan bij CGT echter ten dienste van het veranderen van cognities.
<i>IPT</i>	Interpersoonlijke therapie passen zorgverleners overwegend toe bij stemmingsstoornissen zoals depressie, maar ook bij angststoornissen. Bij deze therapie gaat men ervan uit dat de klachten verband houden met eerdere ervaringen die te maken hebben met problemen in relaties met anderen. Bijvoorbeeld het verlies van iemand, een verandering in de positie/rol ten opzichte van anderen en/of een conflict met anderen. De klachten die hierdoor ontstaan leiden op hun beurt weer tot problemen in de relaties met anderen waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Tijdens de therapie bekijkt de therapeut samen met de persoon de situaties die de klachten veroorzaken en onderzoeken ze samen hoe deze situaties veranderd kunnen worden waardoor de klachten afnemen.
<i>Psycho-educatie</i>	<i>Psycho-educatie</i> Een aantal interventies bevat een onderdeel psycho-educatie (b.v. bibliotherapie), maar ontleen hun werkzaamheid vooral aan CGT, IPT of PST waarop deze interventies gebaseerd zijn. Deze interventies worden ook wel 'minimale interventies' genoemd en dienen te voldoen aan gestandaardiseerde kwaliteitscriteria die zijn vastgelegd in het PREFFI instrument van Hosman.

Bewegen

Naast de programma's die zijn gebaseerd op psychologische behandelprincipes zijn er ook bewegingsgerichte programma's, zoals bijvoorbeeld "Liever bewegen dan moe". Uit de internationale literatuur blijkt dat hiermee kleine, maar gunstige effecten kunnen worden bereikt. Dergelijke programma's zijn doorgaans gericht op specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld allochtone vrouwen. Wanneer een bepaald programma zich richt op een specifieke doelgroep met een verhoogd risico op ontwikkeling van depressie, maar niet op de al ingetreden depressieve klachten, valt het desbetreffende programma onder selectieve preventie. Omdat dit rapport zich richt op geïndiceerde preventie, laat het CVZ deze programma's hier verder buiten beschouwing.

Relevante uitkomstmaten

Bij het beoordelen van de resultaten van de verschillende preventieve programma's heeft het CVZ onderzoek gedaan naar de beschikbare wetenschappelijke literatuur hierover. Belangrijke uitkomstmaten bij de beoordeling van de literatuur zijn het voorkomen van een depressieve stoornis en het afnemen van bestaande depressieve klachten.

Literatuuronderzoek

De beoordeelde studies betreffen grotendeels Randomized Controlled Trials (RCT's) en daarnaast zijn een tweetal meta-analyses beschikbaar. Methodologisch zijn de meeste studies van voldoende kwaliteit. Gezien de aard van de interventies is het doen van dubbelblind onderzoek (voorwaarde voor A2) niet haalbaar. Hierdoor zijn de RCT's maximaal op bewijskrachtniveau B gewaardeerd. De meta-analyses zijn gebaseerd op RCT's van niveau B. Hoewel de methodologische beperking van het blinderen voor al de geïncludeerde studies geldt, wordt de uiteindelijke bewijskracht van deze meta-analyses op grond van de omvang, de gemeten significante en relevante resultaten en de overeenstemming van deze resultaten door het CVZ als maximaal haalbaar gewaardeerd.

Het CVZ concludeert dat de wetenschappelijke literatuur van voldoende kwaliteit is en dat de uitkomsten van de verschillende studies in lijn met elkaar zijn.

Aangezien dubbelblind onderzoek niet haalbaar is, gezien de aard van de interventies, is het bereikte niveau van bewijs het hoogst haalbare. Tabel 1 uit de medische achtergrond-rapportage biedt een overzicht van de geraadpleegde studies.

5.d. Wettelijke beperkingen

De te verzekeren prestaties staan omschreven in de Zvw. Het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering stellen aan bepaalde prestaties nadere voorwaarden of beperkingen.

**Eerstelijns-
psychologische
zorg beperkt**

De eerstelijnspsychologische zorg is in de Zvw (artikel 2.4, eerste lid onder d Bzv) beperkt tot acht zittingen per kalenderjaar. Voor deze zorg is een eigen bijdrage van €10,00 per zitting verschuldigd. Voor een psychotherapeutische *behandeling* in het kader van gespecialiseerde, tweedelijns GGZ, geldt een eigen bijdrage voor een zitting psychotherapie. Deze bijdrage vervalt per 1 januari 2009.

5.e. Conclusies beoordeling

In deze paragraaf komt zowel de medische als juridische beoordeling van de hiervoor beschreven therapeutische principes aan de orde. Voor een nadere uitleg van de inhoud van deze begrippen verwijst het CVZ naar de medische achtergrondrapportage, behorend bij dit rapport.

**Kwaliteit van de
beoordeelde
literatuur**

Voor een overzicht van de geselecteerde studies en hun beoordeling op kwaliteit verwijst het CVZ naar de medische achtergrondrapportage, bijgevoegd bij dit rapport.

De beoordeelde studies betreffen grotendeels RCT's. Daarnaast is een tweetal meta-analyses beschikbaar.

Methodologisch zijn de meeste studies van voldoende kwaliteit. Gezien de aard van de interventies is het doen van dubbelblind onderzoek (voorwaarde voor A2 niveau) niet haalbaar. Hierdoor zijn de RCT's maximaal op bewijskrachtniveau B gewaardeerd. De meta-analyses zijn gebaseerd op RCT's van niveau B, waardoor de uiteindelijke bewijskracht van deze meta-analyses uitkomt op niveau A. Uit deze literatuur concludeert het CVZ dat programma's ter preventie van depressie met één of meer van de therapeutische principes CGT, psycho-educatie, PST en IPT, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De beoordeelde principes kunnen apart of in combinatie met elkaar worden toegepast. De aanbiedingsvormen variëren van individueel of groepsgewijs, in direct contact met een behandelaar of via Internet al dan niet met een behandelaar op afstand.

Conclusie

Het CVZ trekt deze op basis van de beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk en de wettelijke vraag 'wie pleegt deze zorg te bieden?'

De conclusie luidt: preventieprogramma's bevatten zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden en de zorg voldoet tevens aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Preventie van depressie in de vorm van programma's waarbij CGT, psycho-educatie, PST en/of IPT wordt gebruikt, behoort daarmee tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

Voorwaarden

Alvorens een verzekerde zijn of haar aanspraak op een preventieprogramma geldend kan maken, moet de persoon in kwestie aan een aantal voorwaarden voldoen:

- De verzekerde moet behoren tot de hoogrisicogroep voor geïndiceerde preventie; bij de verzekerde moet een subklinische depressie zijn vastgesteld door een professional.
- De verzekerde moet de vraag of hij hulp wil ontvangen voor zijn klachten bevestigend beantwoorden.
- Het preventieprogramma dient te worden afgestemd op de mogelijkheden en voorkeuren van de verzekerde. Deze afstemming gebeurt door een professional, in samenspraak met de cliënt.

5.f. Kostenconsequentieraming

Budgettair Kader Zorg

Een inschatting van de kosten die binnen het BKZ (Budgettair Kader Zorg) worden gemaakt voor preventie van depressie, baseert het CVZ op de omvang van de doelgroep aan de ene kant en een gemiddelde prijs per persoon aan de andere kant. De totale kosten binnen het BKZ raamt het CVZ op 8 miljoen euro als minimum schatting tot zo'n 91 miljoen euro als maximale raming.

In bijlage 1B 'Kostenconsequentieraming' zijn alle kengetallen, achterliggende berekeningen en verschillende scenario's voor de raming van de totale kosten terug te vinden.

Raming hoog risicogroep 2009

De hoog risicogroep betreft het aantal personen in Nederland met een subklinische depressie. De raming van de omvang van deze groep is berekend voor 2009, op basis van de prognoses van de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Er zijn diverse prevalentiecijfers voor een subklinische depressie, die het CVZ hanteert om te komen tot drie ramingen van het totaal aantal personen in Nederland. De lage variant is gebaseerd op een prevalentie van 7,5% onder de volwassenen. De gegevens uit het Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS) waarover het CBS jaarlijks rapporteert leiden tot een raming van de middenvariant. Tenslotte is er nog een hoge variant, waarbij het CVZ uitgaat van een prevalentie van 17% bij adolescenten en 16% onder volwassenen.

De omvang van de hoog risicogroep van 12 jaar en ouder in Nederland is in 2009 naar schatting 988.000 in de lage variant en 2,2 miljoen in de hoge variant.

Zorgaanbieders voeren de interventies met name uit als eerstelijnszorg. Er zijn geen (maximum) tarieven vastgesteld voor de eerstelijns psychologische zorg (EPZ). Uitgaande van de richtprijs van €80,00 per individueel consult – dit wordt als een minimum beschouwd - zijn bedragen toegekend op basis van de prestatielijst eerstelijns psychologische zorg.

Kostenvariatie op basis van intensiteit van begeleiding

De interventies zijn ingedeeld naar de intensiteit van de begeleiding; ook nu gaat het CVZ uit van een maximum-, midden- en minimumvariant. Voor alle varianten is het basisbedrag gelijk; dit is gebaseerd op de kosten van één individueel consult en een vast bedrag aan materiaalkosten. Voor de minimumvariant is de begeleiding op nul gesteld, zodat in totaal alleen het basisbedrag van €105,00 wordt berekend. Voor de middenvariant gaat het CVZ uit van een individuele begeleiding met maximaal 5 telefonische of emailconsulten; inclusief het basisbedrag zijn de gemiddelde kosten voor deze middenvariant €205,00. De berekening van de kosten voor de maximumvariant is gebaseerd op groepsbegeleiding (maximaal 12 personen) in 12 sessies en 1 terugkom-bijeenkomst van alle 2 uur. De gemiddelde interventiekosten per persoon, inclusief het basisbedrag ramen we in de maximumvariant op € 521,00.

Harde cijfers over de deelname aan de preventieve interventies zijn beperkt. Het blijkt dat slechts een klein deel (ca. 2%) van de hoog risicogroep een interventie heeft gevolgd. Deze deelname is gebaseerd op het aanbod waarbij er direct contact met de hulpverlener moet zijn. Zowel aanbod als deelname via internetinterventies waren enkele jaren geleden nog beperkt. Het CVZ verwacht niet dat ook in de nabije toekomst de totale doelgroep zal deelnemen aan een preventieprogramma. Er zijn verschillende scenario's doorgerekend, waarin gevarieerd is met het percentage deelname.

Bijvoorbeeld bij een deelname van 3% worden de totale kosten met 8 miljoen euro als minimum tot ongeveer 18 miljoen euro als maximum geraamd. Bij een zeer grote deelname, bijvoorbeeld 15% liggen de geraamde kosten tussen de 41 en 91 miljoen euro. In bijlage 2 zijn verschillende scenario's uitgewerkt.

Eigen bijdrage in de EPZ

In deze berekeningen heeft het CVZ geen rekening gehouden met het maximum van acht zittingen per persoon per jaar voor de eerstelijns psychologische zorg. Ook de eigen bijdrage van €10,00 per zitting is niet in de berekeningen betrokken.

Een toekenning van een eigen bijdrage bij preventie interventies zou ook op basis van de prestatielijst EPZ kunnen worden berekend. Voor de middenvariant zou dat omgerekend €12,50 per persoon betekenen, en bij de maximumvariant is de eigen bijdrage geraamd op €26,00 per persoon.

Besparingen

Naast de kosten die preventieve interventies met zich meebrengen, zijn er natuurlijk ook opbrengsten. Binnen economische evaluaties is het gebruikelijk om kosten niet alleen direct aan de interventie te relateren, maar ook breder te bezien. In dit bredere perspectief kan worden gedacht aan bijvoorbeeld ziekteverzuim. Er is berekend (RIVM, Gezond Verstand) dat de besparingen van elke voorkomen geval van depressie €2.278 per persoon per jaar is.

6. Aandachtspunten

Zoals hiervoor aangegeven, verduidelijkt het CVZ dat preventieve interventies ter voorkoming van depressie onder bepaalde voorwaarden onderdeel zijn van het te verzekeren pakket. Deze interventies worden in de praktijk zowel door de eerstelijns als door de tweedelijns aangeboden. Er is bij de cliënten die in aanmerking komen voor een dergelijke interventie evenwel nog geen sprake van een ziekte of een volwaardige depressie, en zeker niet van complexe problematiek. Om deze reden kan men geen beroep op gespecialiseerde GGZ doen.

6.a. Ontwikkelingen in de geleverde zorg

Preventie in de GGZ In het licht van deze conclusies wijst het CVZ op het volgende. Preventie omvat activiteiten die GGZ-instellingen al decennia lang uitvoeren. De activiteiten zijn ontstaan in de tachtiger jaren binnen de regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's). De laatste jaren zijn deze instellingen met andere GGZ-instellingen (zoals een psychiatrisch ziekenhuis) gefuseerd tot GGZ-instellingen, die veelal gespecialiseerde GGZ leveren. Veel preventieve interventies (preventieprogramma's) worden dan ook aangeboden vanuit de tweede lijn, terwijl het zorg is die tot eerstelijnszorg gerekend wordt.

Bekostiging eerste- en tweedelijns GGZ Op de eerstelijns GGZ is een ander bekostigingssysteem van toepassing dan op de tweedelijns GGZ. Voor eerstelijnspsychologische zorg geldt een verrichtingensysteem en voor de tweedelijns GGZ een DBC GGZ-systeem. Uiteraard kunnen van oorsprong tweedelijnsvoorzieningen eerstelijnszorg bieden, maar declaratie van deze zorg dient dan ook plaats te vinden op basis van het verrichtingensysteem. Ook tweedelijns GGZ-hulpverleners bieden kortdurende behandelingen aan, die op basis van de DBC GGZ systematiek gedeclareerd worden. Het CVZ vraagt zich af of al deze kortdurende interventies binnen de tweedelijns GGZ vallen. Zo moeten preventieve interventies, zoals geschetst in paragraaf 5.c niet als DBC gedeclareerd worden.

In de notitie 'dynamische eerstelijnszorg' die in januari van dit jaar uitgebracht werd, stelt het ministerie van VWS dat grenzen tussen wat voorheen herkenbaar was als 'eerste', 'tweede' of 'derde' lijn moeten vervagen om de patiënt op de meest optimale wijze te kunnen helpen.

Het CVZ zal verkennen of er aanleiding is om nader onderzoek te doen naar hoe het onderscheid tussen eerste- en tweedelijns GGZ functioneert in de praktijk.

Voor de eerstelijns GGZ, in het Bzv eerstelijnspsychologische zorg genoemd, geldt een maximum aantal zittingen van acht per kalenderjaar. Daar de preventieve interventies uit kortdurende hulp bestaat, vormt deze beperking geen belemmering om de zorg te verkrijgen.

6.b. Vergroten van het bereik

Volgens de laatste metingen in 2003 ontvingen in Nederland 4.000 mensen per jaar met een subklinische depressie hulp voor hun klachten. In datzelfde jaar waren er 358.500 mensen depressief (voor het eerst of voor een volgende keer). Hieruit kunnen we de conclusie trekken dat slechts iets meer dan 1% hulp voor zijn of haar klachten ontving. Als we echter rekening houden met het feit dat het leeuwendeel van de genoemde 4.000 ontvangers van depressiepreventie tussen de 18 en 65 jaar oud was, dan dienen we uit te gaan van 3%. Om deze reden werd eerder in dit rapport al gesproken van een gemiddeld bereik van 2%.

Gezien het eerder genoemde incidentiecijfer van klinische depressie van 2,8% in dezelfde populatie is dit een druppel op een gloeiende plaat. Nog niet alle benodigde wetenschappelijke gegevens zijn bekend over de reden van het achterblijven van hulp bij subklinische depressie of over hoe dit bereik te verhogen is. Het CVZ gaat hier in op twee aspecten ter vergroting van het bereik, namelijk de eigen bijdrage en het gebruik van internetinterventies als aanbiedingsvorm.

6.b.1. Kosten

Eigen bijdrage

Zoals in de Inleiding aangegeven, vraagt de minister het CVZ uitdrukkelijk de wenselijkheid van eigen bijdragen mee te nemen.

Zoals eerder genoemd, geldt er een eigen bijdrage voor de eerstelijnspsychologische zorg. Voor de specialistische GGZ geldt tot 1 januari 2009 eveneens een eigen bijdrage voor psychotherapie. Daarna vervalt deze.

Door het heffen van de eigen bijdrage bestaat de mogelijkheid dat cliënten zullen wachten met het inroepen van zorg in de eerstelijns totdat ze verergering van klachten ervaren en daarmee kosteloos in de tweedelijns geholpen kunnen worden. Het CVZ beschikt momenteel niet over onderzoeksgegevens of de eigen bijdrage voor de eerstelijnspsychologische zorg daadwerkelijk een belemmering vormt voor mensen om een beroep te doen op preventieve interventies ter voorkoming van depressie. Ook kan CVZ op dit moment het effect van de situatie per 1 januari 2009 - van een eigen bijdrage voor de eerstelijnszorg aan de ene kant en géén eigen bijdrage voor de gespecialiseerde GGZ aan de andere kant - niet inschatten. In een later stadium kan het CVZ hierop terugkomen, wanneer gebleken is dat er aanleiding is tot nader onderzoek.

Internet- behandelingen

6.b.2. Aanbiedingsvorm

Het Trimbos Instituut verricht momenteel opnieuw onderzoek naar het bewerkstelligen van een toename van het bereik en gebruik van preventieve interventies in de vorm van internetbehandelingen. Eerder is door middel van een meta-analyse al onderzocht of deze toename bereikt kan worden bij de toepassing van vroege preventieve interventies via internettoepassingen¹.

De reden van het onderzoeken van online interventies heeft te maken met het feit dat deze interventies makkelijk schaalbaar zijn en het gebruik tamelijk laagdrempelig is. Het hiervoor genoemde onderzoek van Van der Spek² wees bovendien uit dat de aanbiedingskosten hiervan relatief laag zijn en daarmee zijn de interventies kosten-effectief.

Hiermee hebben we gekwalificeerde verwachtingen dat het bereik door middel van online interventies zal toenemen.

Hulpverlening via Internet wordt momenteel steeds verder ontwikkeld. De achterliggende reden hiervoor is de veronderstelling dat mensen uit angst voor stigmatisering niet makkelijk hulp zoeken via de reguliere weg.

Op gebied van klantgerichtheid, behandelresultaat en kosteneffectiviteit lijken online interventies veelbelovend. Binnen de gehele GGZ-sector zoekt men steeds meer naar mogelijkheden om via Internet hulp te bieden.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen specifieke programma's ter preventie van depressie voorleggen aan het CVZ voor een beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

² Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.

Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk preventie van depressie

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	28043918
<i>Afdeling</i>	PAK
<i>Auteurs</i>	P. Ankum
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 88 28

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	2
1. Inleiding	3
1.a. Aanleiding	3
1.b. Achtergrond depressie	3
1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek.....	6
2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies.....	7
3. Resultaten.....	8
3.a. Resultaten literatuursearch.....	8
3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies.....	8
4. Bespreking	8
5. Inhoudelijke consultatie.....	10
6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk	10
7. Literatuurlijst	11
Tabel 1.	13

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Het CVZ brengt in het najaar van 2008 een rapport uit over de vraag of preventieve interventies ter voorkoming van het ontwikkelen van een depressieve stoornis onderdeel uitmaken (of zouden moeten uitmaken) van het basispakket. Dit rapport is het tweede deel van een serie rapporten gewijd aan het thema 'preventie'.

In deze rapportage wordt de medische achtergrond geschetst van het belang van preventieve interventies. Conform het Rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'¹ wordt beoordeeld of dergelijke interventies ter voorkoming van een depressie voldoen aan dit algemene wettelijke indicatiecriterium.

1.b. Achtergrond: depressie

Begrippen

Voor de definitie van depressie worden in dit rapport de kenmerken gehanteerd, overeenkomstig de DSM-IV, een internationaal classificatiesysteem voor psychische aandoeningen. Depressie behoort volgens dit systeem tot de groep van zogenaamde stemmingsstoornissen. Iemand heeft een depressie wanneer hij of zij gedurende tenminste twee weken minstens één van de volgende kernsymptomen heeft:

Kernsymptomen

1. een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
2. een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag

Het aanwezig zijn van deze kernsymptomen blijkt zowel uit de subjectieve mededeling door de patiënt, als uit observatie door anderen.

Overige symptomen

Naast deze twee kernsymptomen wordt gelet op de volgende zeven overige symptomen:

- gewichtsverandering (toe- of afname) of eetlustverandering (toe- of afname)
- slapeloosheid of overmatig slapen
- agitatie of remming
- moeheid of verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- besluiteloosheid of concentratieproblemen
- terugkerende gedachten aan de dood of aan suicide, of een suicidepoging

Van een depressieve episode wordt gesproken indien één of beide kernsymptomen aanwezig zijn, en, met inbegrip van de aanvullende symptomen, in totaal minimaal vijf van de negen symptomen². In een dergelijke situatie is behandeling aan de orde en is er geen plaats (meer) voor preventieve interventies.

Depressieve klachten worden ook frequent waargenomen bij

Comorbiditeit het tegelijkertijd aanwezig zijn van chronische ziekten of maligniteiten. Het voorkomen van het ontwikkelen van een depressieve stoornis in een dergelijke situatie moet als integraal onderdeel van de behandeling van de hoofddiagnose worden beschouwd en zal in deze rapportage verder buiten beschouwing blijven.

Het CVZ hanteert in dit rapport de volgende indeling voor de verschillende vormen van preventie:

Preventievormen

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma;

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling;

Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.

Deze rapportage beperkt zich tot de geïndiceerde preventie. Selectieve en universele preventie behoren niet tot het domein van de Zvw, maar tot dat van de Wmo, OGGZ. Voor zorggerelateerde preventie geldt dat dit wel tot de Zvw behoort, maar dit als (deel van de) behandeling wordt beschouwd.

Geïndiceerde preventie

De geïndiceerde preventie richt zich op de groep patiënten die een subklinische depressie of "minor depression" heeft (1 kernsymptoom en in totaal 2-4 symptomen). Er bestaan dus wel depressieve klachten, maar er wordt niet voldaan aan de criteria van een depressieve stoornis. Enerzijds betreft dit patiënten die voor het eerst een depressieve stoornis dreigen te ontwikkelen, anderzijds de terugval van patiënten die in het verleden al eens depressief zijn geweest. Dit laatste noemt men terugvalpreventie en wordt als onderdeel van de behandeling van een depressie of als nazorg beschouwd³.

Incidentie Prevalentie

De incidentie van de depressieve stoornis (eerste episode) bedraagt in de leeftijdscategorie van 18 - 65 jaar 289.000 gevallen (2.8%).⁴ Dit terwijl de prevalentie in dezelfde leeftijdsgroep 589.000 gevallen (5.8%) is.⁵ Dit betekent dat maar liefst 49% van de gevallen een eerste depressieve periode

betreft. De behoefte om, naast adequate behandeling van depressie, ook in te zetten op het voorkomen ervan is dan ook groot. Een depressieve episode duurt gemiddeld 6 maanden⁶, terwijl bij 20% de depressie langer dan 2 jaar duurt.⁷ De kans op een nieuwe depressieve periode binnen 5 jaar na herstel is 70%. Deze cijfers betekenen dat het optreden van depressieve episoden een snel groeiend probleem is. Naast de preventie van eerste depressieve episoden is, gezien het hoge percentage recidiven, ook de preventie hiervan een belangrijk aandachtspunt. De (zorggerelateerde) terugvalpreventie behoort, zoals eerder vermeld, tot de behandeling. Voor de leeftijdsgroep van 12 - 75 jaar geldt dat de prevalentie 737.000 is en dat dit gepaard gaat met een jaarlijks verlies van 157.000 disability adjusted life years (DALYs) in Nederland.³ In de leeftijdsgroep van 18 - 65 jaar bedraagt de prevalentie van de subklinische depressie 743.000 gevallen (7.4%). Exacte incidentiecijfers zijn niet beschikbaar, maar duidelijk is dat deze groep een belangrijk deel uitmaakt van de 289.000 personen die een depressie ontwikkelen.

Spontaan beloop

Bij mensen met een subklinische depressie ontwikkelt circa 20%³ van hen een depressieve stoornis binnen een jaar, terwijl dit in de algemene populatie (mensen die niet zijn gediagnosticeerd met een subklinische depressie) 2,7% is. Uit onderzoek bij mensen met een subklinische depressie blijkt dat een preventieprogramma de kans op het ontwikkelen van een depressie met circa 30% doet afnemen⁸.

Preventie programma's

Er worden op dit moment reeds een aantal verschillende preventieprogramma's ter voorkoming van het ontwikkelen van een depressie aangeboden. Deze programma's zijn bedoeld voor de groep patiënten met een subklinische depressie. De verschillende programma's zijn gebaseerd op een aantal therapeutische principes, die ook worden toegepast bij de behandeling van depressieve stoornissen. Het voornaamste bestanddeel wordt gevormd door cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie (bijvoorbeeld bibliotherapie), problem solving treatment (PST) en interpersoonlijke therapie (IPT) die apart of in combinatie worden toegepast. De aanbiedingsvormen variëren van individueel of groepsgewijs, in direct contact met een behandelaar of via internet al dan niet met een behandelaar op afstand.

Naast de programma's die zijn gebaseerd op psychologische behandelprincipes zijn er ook bewegingsgerichte programma's, zoals bijvoorbeeld 'Liever bewegen dan moe'. Uit de internationale literatuur blijkt dat hiermee kleine, maar gunstige effecten kunnen worden bereikt. Dergelijke programma's zijn doorgaans gericht op specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld allochtone vrouwen, en vallen onder de selectieve preventie. Omdat dit rapport zich richt op geïndiceerde preventie, worden deze programma's hier verder

buiten beschouwing gelaten.

CGT	<p>CGT: Is een mengeling van gedragstherapie met interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. Kern is de veronderstelling dat zogenaamde <i>irrationele</i> cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie. Deze staan bij CGT echter ten dienste van het veranderen van cognities.</p>
PST	<p>PST: Een inhoudelijk tot in detail uitgewerkt gespreksmodel dat oplossingsvaardigheden van patiënten met depressieve klachten vergroot.</p>
IPT	<p>IPT: Interpersoonlijke therapie wordt overwegend toegepast bij stemmingsstoornissen (zoals depressie) en angststoornissen. Bij deze therapie wordt ervan uitgegaan dat de klachten verband houden met eerdere ervaringen die te maken hebben met problemen in relaties met anderen. Bijvoorbeeld het verlies van iemand, een verandering in de positie/rol ten opzichte van anderen en/of een conflict met anderen. De klachten die hierdoor ontstaan leiden op hun beurt weer tot problemen in de relaties met anderen waardoor een vicieuze cirkel ontstaat. Tijdens de therapie bekijkt de therapeut samen met de persoon de situaties die de klachten veroorzaken en onderzoeken ze samen hoe deze situaties veranderd kunnen worden waardoor de klachten afnemen.</p>
Psycho-educatie	<p>Een aantal interventies bevat een onderdeel psycho-educatie (b.v. bibliotherapie), maar ontlenen hun werkzaamheid vooral aan CGT, IPT of PST waarop deze interventies gebaseerd zijn. Deze interventies worden ook wel 'minimale interventies' genoemd en dienen te voldoen aan gestandaardiseerde kwaliteitscriteria die zijn vastgelegd in het PREFFI instrument.</p>
Effectiviteit van preventie	<p>Verschillende preventieprogramma's zijn afgeleid van therapievormen die in de behandeling van depressies hun waarde hebben bewezen, maar het is niet vanzelfsprekend dat de aangetoonde effectiviteit van deze verschillende behandelvormen bij depressie ook daarmee als effectieve vormen van preventie van depressie zijn te beschouwen. In diverse wetenschappelijke onderzoeken, die bij de totstandkoming van deze achtergrondrapportage zijn beoordeeld, zijn de resultaten van verschillende preventievormen beschreven. Ook door het RIVM en het Trimbos-instituut werd in opdracht van het ministerie van VWS reeds een onderzoek uitgevoerd. De resultaten zijn vastgelegd in het rapport 'Gezond Verstand. Evidence based preventie van</p>

psychische stoornissen³. Het meest recente onderzoek op dit terrein is de meta-analyse van psychologische interventies door Cuijpers et al.⁹

Vraagstelling	1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek De vraagstelling voor deze rapportage is of preventieve interventies om het ontwikkelen van een depressie te voorkomen voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit is een algemeen, wettelijk criterium waaraan voldaan moet worden wil een zorgvorm als een te verzekeren prestatie binnen de Zorgverzekeringswet kunnen worden aangemerkt. De werkwijze die het CVZ bij de vaststelling hiervan hanteert staat beschreven in het Rapport 'Beoordelen stand van de wetenschap en de praktijk' ¹ .
Relevante uitkomstmaten	De belangrijkste uitkomstmaten zijn het percentages van de groep patiënten waarbij door een preventieve interventie de ontwikkeling van een depressieve stoornis kan worden voorkomen of de depressieve klachten afnemen.

2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies

Zoektermen	Het CVZ heeft in mei 2008 een literatuur search verricht met de zoektermen "minor depression, mild depression, brief depression, subclinical depression, subthreshold depression, subsyndromal depression, prevention". Gezocht is naar systematic reviews, multicenter studies, meta analyses, Multi center studies, clinical trials, randomized controlled trials and, comparative studies.
Databases & websites	<p>De literatuur search is doorgevoerd in Medline, EMBASE, en de Cochrane Library en Psycinfo voor de periode van 1987 tot en met 2008.</p> <p>De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende uitgebrachte standpunten omtrent (preventie van) depressieve stoornis RIVM, Trimbos instituut, ministerie van VWS.</p> <p>De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende richtlijnen voor depressieve stoornis: NICE, CBO en NHG.</p>
Selectiecriteria	In- en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van abstracts. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

3. Resultaten

3.a. Resultaten literatuursearch

De geselecteerde studies zijn weergegeven in Tabel 1. Deze tabel is aan het eind van deze rapportage opgenomen.

3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies

De beoordeelde studies betreffen grotendeels RCT's en daarnaast zijn een tweetal meta-analyses beschikbaar. Methodologisch zijn de meeste studies van voldoende kwaliteit. Gezien de aard van de interventies is het doen van dubbelblind onderzoek (voorwaarde voor A2) niet haalbaar. Hierdoor zijn de RCT's maximaal op bewijskrachtniveau B gewaardeerd. De meta-analyses zijn gebaseerd op RCT's van niveau B, hoewel de methodologische beperking van het blinderen voor al de geïncludeerde studies geldt, moet de uiteindelijke bewijskracht van deze meta-analyses op grond van de omvang, de gemeten significante resultaten en de overeenstemming van deze resultaten als het maximaal haalbaar worden beschouwd.

De uiteindelijke conclusie is dat de wetenschappelijke literatuur van voldoende kwaliteit is en dat de uitkomsten van de verschillende studies in lijn met elkaar zijn. Daar dubbelblind onderzoek, gezien de aard van de interventies, niet haalbaar is, is het bereikte niveau van bewijs het hoogst haalbare en daarmee voldoen de preventieve interventies aan de stand van de wetenschap en praktijk.

4. Bespreking

Gezond Verstand

Uitgangspunt bij de beoordeling zijn de resultaten van onderzoek zoals weergegeven in het onderzoek/rapport Gezond Verstand van het RIVM, de verschillende RCT's en de recente meta-analyse van Cuijpers et al., waarbij moet worden opgemerkt dat deze onderzoeken elkaar uiteraard gedeeltelijk overlappen. Het onderzoek van Cuijpers is het meest recente en daarbij gebaseerd op eerder gepubliceerde RCT's. In deze analyse werden 21 onderzoeken geanalyseerd naar de effecten van psychologische preventieve interventies voor depressie die voldeden aan wetenschappelijk en methodologische voorwaarden. De in totaal 21 programma's die werden beoordeeld bevatten zowel universele (2x), selectieve (11x) als geïndiceerde (8x) preventie. Bij 15 interventies werd CGT gebruikt, bij 3 IPT en bij de overige 3 werd een andere interventievorm gebruikt (zoals debriefing of PST), 18

programma's waren in groepsverband, de overige 3 op individuele basis. De conclusie is dat er voldoende wetenschappelijk bewijs is dat deze preventieve programma's werkzaam zijn. Dit geldt voor zowel de selectieve als de geïndiceerde preventie, terwijl beide vormen duidelijk effectiever zijn dan universele preventieve interventies. Het 'overall' resultaat is een reductie van de incidentie van een depressieve stoornis van 22%. Afgezet tegen recent Australisch onderzoek naar de afname van de incidentie van een depressieve stoornis door behandeling onder optimale omstandigheden van niet meer dan 35%, moet het effect van de preventieprogramma's als klinisch relevant worden beschouwd.

Uitstel versus voorkomen

Uit het onderzoek van Cuijpers wordt geconcludeerd dat de preventieve programma's naast het afnemen van de incidentie vooral het effect van het uitstellen van een depressieve stoornis hebben. Hoewel uiteraard het voorkomen de voorkeur heeft, is ook het uitstellen als een belangrijk resultaat te beschouwen. Uitstel is immers, gezien de grote ziektelast, belangrijk omdat elk gezond jaar een belangrijke vermindering oplevert in de ervaren ziektelast van de patiënt en zijn omgeving en dit ook bijdraagt aan reductie van de bijkomende economische kosten van depressie.

Uit het onderzoek van Cuijpers blijkt dat zowel IPT als CGT effectief is, waarbij er aanwijzingen zijn dat IPT mogelijk effectiever is, hoewel het aantal onderzoeken waarbij IPT werd ingezet te gering is om hier harde conclusies aan te verbinden.

Groepsprogramma versus individuele programma's

Uit de verschillende onderzoeken blijkt op groepsniveau geen duidelijk verschil in effectiviteit te bestaan tussen de verschillende vormen van interventies. Zowel de groepsgewijze als individuele programma's zijn effectief en ook tussen de gebruikte therapeutische principes zijn geen duidelijke verschillen aan te wijzen. Welk programma voor welke patiënt het meest geschikt is moet door de professional die de indicatie stelt, in overleg met de patiënt, worden vastgesteld. Dit afhankelijk van de specifieke situatie, vaardigheden en voorkeuren van de patiënt.

Concluderend kan dan ook worden gesteld dat de onderzochte preventieprogramma's in de verschillende RCT's en meta-analyses over het algemeen een aangetoond effect hebben. De effecten hebben enerzijds betrekking op het niveau van de depressiviteitsklachten, anderzijds op het hoog risico (subklinische depressie) voor het ontwikkelen van een depressie. De effecten op het klachtenniveau zijn echter wel meer uitgesproken dan het effect op incidentie.

De programma's dienen te zijn gebaseerd op vormen van therapie die in de behandeling van depressies hun waarde hebben bewezen, te weten CGT, IPT, psycho-educatie en PST al dan niet in combinatie. De verschillende programma's kunnen individueel, in groepen of via het internet worden aangeboden.

Qua effectiviteit is er geen duidelijk verschil in de verschillende aanbiedingsvormen. En er is geen significant verschil in de resultaten van zelfhulp in vergelijking met een groepscursus onder professionele begeleiding. Uiteraard zijn er wel verschillen in de voorkeur voor het volgen van de verschillende vormen of in het aanwezig zijn van verschillende vaardigheden die bepalend kunnen zijn voor de keuze voor een bepaald programma.

Indicatie

Bij de verschillende vormen van geïndiceerde preventie dient een professional te beoordelen of een patiënt geïndiceerd is voor het volgen van een preventieprogramma. Dit om te waarborgen dat niet onnodig een beroep wordt gedaan op de programma's of dat patiënten die zijn aangewezen op een andere (of zwaardere) vorm van interventie worden doorgeleid naar meer adequate vormen van hulpverlening. De programma's zijn beperkt in duur en aantal contacten en zijn doorgaans goed in te passen in de stepped care systematiek^{10,11}.

5. Inhoudelijke consultatie

Er heeft een schriftelijke inhoudelijke consultatie plaatsgevonden om de in deze rapportage gebruikte definities van behandelvormen (CGT, IPT etc.) en subklinische depressie te toetsen aan de mening van gezaghebbende deskundigen.

6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk

De beoordeelde literatuur is van voldoende kwaliteit (B) en actueel genoeg om vast te kunnen stellen dat er voldoende bewijskracht is voor de werkzaamheid van preventieve interventies. Er kan dan ook worden geconcludeerd dat preventieve programma's gebaseerd op de beschreven therapeutische principes tot de 'stand van de wetenschap en praktijk' behoren.

7. Literatuurlijst

- 1 College voor Zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Rapport. Diemen, 2007. Publikatienummer 254.
- 2 Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie. Utrecht: Trimbos Instituut, 2005.
- 3 RIVM. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven, 2006.
- 4 Bijl RV, de Graaf R, Ravelli A, et al. Gender and age -specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:372-9.
- 5 Bijl RV and Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (Nemesis). *Tijdschr Gezondheidswet* 1998;76:457.
- 6 Kruijshaar ME, Barendregt J, Vos T, et al. Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *Eur J Epidemiol* 2005;20:103-11.
- 7 RIVM. Wat is depressie en wat zijn de gevolgen? 2005. Geraadpleegd in Aug. 2008 via http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o1272n17537.html.
- 8 Smit H. Prevention of depression. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2007. [Dissertation]
- 9 Cuijpers P, Straten A van, Smit F, et al. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008;Sept 2 [ahead of print].
- 10 Meeuwissen JAC, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk HWJ, et al. A stepped care programme for depression management: an uncontrolled pre-post study in primary and secondary care in The Netherlands. *Int J Integr Care* 2008;8:e05.
- 11 Ormel J, Bartel M, Nolen WA. Onderbehandeling bij depressie; oorzaken en aanbevelingen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1005-9.
- 12 Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:119-25.
- 13 Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.
- 14 Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychol Med* 2008;38:635-9.
- 15 Wells KB, Schoenbaum M, Duan N, et al. Cost-effectiveness of quality improvement programs for patients with subthreshold depression or depressive disorder. *Psychiatr Serv* 2007;58:1269-78.
- 16 Cuijpers P, Smit F, van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:434-41.
- 17 Stice E, Burton E, Bearman SK, et al. Randomized trial of a brief depression prevention program: an elusive search for a psychosocial placebo control condition. *Behav Res Ther* 2007;45:863-76.
- 18 Allart-van Dam E, Hosman CMH, Hoogduin CAL, et al. Prevention of depression in subclinically depressed adults: follow-up effects on the 'Coping with Depression' course. *J Affect Disord* 2007;97:219-28.
- 19 Young JF, Mufson L, Davies M. Efficacy of Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training: an indicated preventive intervention for depression. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1254-62.
- 20 Haringsma R, Engels GI, Cuijpers P, et al. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *Int Psychogeriatr* 2006;18:307-25.
- 21 Posselt P, Horn AB, Groen G, et al. School-based prevention of depressive symptoms in adolescents: a 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:1003-10.
- 22 Seligman MEP. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther* 2007;45:1111-26.
- 23 Gonzalez Gonzalez S, Fernandez Rodriguez C, Perez Rodriguez J, et al. Prevencion secundaria de la depresion en atencion primaria. *Psicothema* 2006;18:471-7.
- 24 Schoevers RA, Smit F, Deeg DJH, et al. Prevention of late -life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry* 2006;163:1611-21.
- 25 Berstrom J. Treatment of depression via the Internet: A randomized trial of a self-help programme. *J Telemed Telecare* 2003;9.
- 26 Clarke GN, Hornbrook M, Lynch F, et al. A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1127-34.
- 27 Hannan AP. The prevention of depression in children: A pilot study. *Behav Change* 2000;17:78-83.
- 28 Straten A van, Cuijpers P, Smits N. Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2008;10:e7.

Tabel 1 Overzicht geselecteerde studies

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar	Bewijs-klasse ^a
Cuijpers P. 2008 ⁹	Meta analyse van 19 RCT's over verschillende preventieve interventies.	5806		Psychische klachten	RR op ontwikkelen van depressie	Incidentie door preventieve programma's 22% verlaagd	Preventie van depressie is mogelijk.	B
Cuijpers P. 2005 ¹²	Meta analyse van 13 RCT's over preventie van psychische klachten, waarvan 7 over depressieve klachten	1570		Psychische klachten	RR op ontwikkelen van depressie	RR van 0.72 op het krijgen van een psychische stoornis	Bij de analyse van de studies over depressieve en angstklachten blijkt een reductie van 12-19% van het aantal depressies te worden behaald. Meest uitgesproken bij CGT programma's	B
Spek V. 2007 ¹³	RCT	301 patiënten van 50+	Internet based CGT, versus groep CGT, versus wachtlijst	Subklinische depressie	Depressie score volgens BDI	Internet based is minstens zo effectief als groep CGT en beide vormen zijn effectief vergeleken met wachtlijst	CGT via web-based vorm even effectief als groeps-CGT (bij 55+)	B
Spek V. 2008 ¹⁴	RCT	301 patiënten van 50+	Internet based CGT, versus groep CGT, versus wachtlijst	Subklinische depressie	Depressie score volgens BDI	Internet based is minstens zo effectief als groep CGT en beide vormen zijn effectief vergeleken met wachtlijst, effecten ook nog na 1 jaar	Vervolgonderzoek van Spek V. 2007	B
Wells KB. 2007 ¹⁵	RCT	746 depressieve patiënten en 502 subklinische depressies	Education to manage depression program vs geen	Depressie en subklinische depressie	QALY kosten effectiviteits ratio	Ook voor subklinische depressie is programma	Preventie van depressie programma's zijn minstens zo	B

			programma			kosteneffectief	kosteneffectief als veel therapeutische interventies	
Cuijpers P 2007 ¹⁶	Meta analyse van 7 RCT's	700	Psychologische behandeling bij subklinische depressie	Subklinische depressie	Relatief risico op het ontwikkelen van een depressie	RR van 0.70	Psychologische behandeling bij subklinische depressie vermindert de klachten significant en geeft een reductie van de incidentie van 30%	B
Stice E 2007 ¹⁷	RCT	225	CGT versus, supportieve-expressieve groepstherapie, bibliotherapie, expressieve writing, journaling, wachtlijst	Subklinische depressie	Depressieve symptomen	Alle vormen hielpen, maar de resultaten door CGT en bibliotherapie waren persistent. CGT, bibliotherapie en supportieve-expressieve betere resultaten	Preventieve interventies helpen, maar sommige vormen, zoals CGT beter en langduriger dan andere	B
Allart-van Dam E 2007 ¹⁸	RCT	104	Coping with Depression Course (CWD) versus preventieve groeps cursus versus assesement and advice only	Subklinische depressie	Depressieve klachten en ontwikkelen van een depressie	CWD was effectief in het verminderen van klachten. Geen bewezen effect op het voorkomen van depressie. De preventieve effecten zijn beperkt tot de groep met weinig klachten.	Vooral effect op klachten. Meer preventieve werking bij lager initieel klachtenniveau. Zou betekenen dat de drempel voor preventie niet te hoog moet liggen	B
Young JF 2006 ¹⁹	RCT	41 adolescenten	Interpersonal Psychotherapie Adolescent Skills Training (IPT-AST) versus school	Depressieve klachten	Depressieve klachten en voorkomen van depressies	IPT-AST is effectief bij adolescenten met subklinische depressie	IPT zorgt voor meer reductie van klachten en grotere afname van depressie incidentie dan	B

			counseling				counseling	
Haringsma R 2006 ²⁰	RCT	119 55+ met subklinische depressie of depressie	Coping With Depression (CWD) cursus versus wachtlijst	Depressieve symptomen	Afname van depressieve klachten	CWD is effectief in het verminderen van depressieve klachten	CWD helpt zowel bij subklinische depressie als bij depressie. Afhankelijk van de ernst inzetten past binnen stepped card model	B
Pössel P 2004 ²¹	RCT	324 kinderen	Preventie programma LISA-T (CGT 10x1,5 uur)	Depressieve klachten en sociaal functioneren	Afname van klachten, sociaal functioneren	CGT is effectief bij het verminderen van depressieve klachten	Gemeten afname van klachten, incidentie reductie?	B
Seligman M 2007 ²²	RCT	240 studenten met depressieve klachten	CGT workshop met internet en email follow up	Depressieve klachten	Depressieve klachten, depressieve episode en/of angststoornis	De CGT groep had minder depressieve klachten, maar geen effect op depressie incidentie na 6 maanden	Klachtenreductie en verbetering welbevinden, maar geen incidentie reductie	B
Gonzalez Gonzales S 2006 ²³	RCT	60	CGT versus gebruiken bestaande coping mogelijkheden versus sociale ondersteuning versus wachtlijst	milde tot middelmatige depressieve klachten	Psychopathologie, quality of life medische consumptie	CGT en coping duidelijk beter dan sociale ondersteuning en wachtlijst	Minder klachten en minder zorg consumptie door CGT	B
Schoevers RA 2006 ²⁴		1940 ouderen	Selectieve versus geïndiceerde preventie	Risicofactoren en depressieve klachten	Kosten versus verbetering	Geïndiceerde preventie kosteneffectiever	Geïndiceerde preventie is (kosten) effectiever dan selectieve preventie bij ouderen.	B
Berstrom J 2003 ²⁵	RCT	85	Internet behandeling (o.a. door CGT) van subklinische depressie versus wachtlijst	Depressieve klachten	Klachtenniveau	Helpt en makkelijker en goedkoper dan traditionele CGT	Geen uitspraak over incidentie reductie, maar wel snel effectief en goedkoop vergeleken met	B

							traditionele CGT	
Clarke GN 2001 ²⁶	Trial	87	CGT bij verschillende groepen van subklinische depressie	Depressieve klachten bij kinderen met depressieve ouders	Depressieve klachten	CGT is effectief	Kinderen met subklinische depressie van ouders die behandeld zijn voor depressie. Combi van selectieve en geïndiceerde preventie	C
Hannan AP 2000 ²⁷	Trial	20	Depressie management strategie en coping in kortdurende sessies	Depressieve klachten bij studenten	Depressieve klachten voorkomen van depressies	Interventieprogramma is effectief	Geen uitspraak over incidentie reductie	C
Van Straten A 2008 ²⁸	RCT	213	Effectiviteit van Problem Solving Therapy programma	Depressieve klachten, angst en werkstress	Klachten	Programma is effectief	Significant effect van Web-based PST programma op psychische klachten (zoals depressieve klachten)	B

^a Zoals gedefinieerd in rapport "Beoordeling stand van wetenschap en praktijk" (volgn. 27071300):

A1: systematische review van tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau;

A2: gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang (RCT);

B : vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken van A2;

C : niet-vergelijkend onderzoek;

D : mening van deskundigen.

Deze classificering is van toepassing op therapeutische interventies. Ongeacht het niveau moet het bewijs peer reviewed gepubliceerd zijn.

	jongeren /olwassenen		ouderen	totaal	Bron / opmerkingen
	12-18 jaar	18-65 jaar	>65 jaar	>12 jaar	
aantal inwoners in Nederland					
op 1 januari 2003	1.180.000	10.379.000	2.220.000	13.779.000	CBS Statline / Bevolking / Bevolking leeftijd en regio
op 1 januari 2007	1.205.000	10.425.000	2.368.000	13.998.000	CBS Statline / Bevolking / Bevolking leeftijd en regio
op 1 januari 2009 (prognose)	1.189.000	10.472.000	2.472.000	14.133.000	CBS Statline / Bevolking / Prognose / Actuele prognose / Bevolkingsprognose 2006-2050
prevalentie depressie (in %)	3,8%	5,7%	5,0%	5,4%	Meijers et al., Gezond Verstand: evidence based preventie van psychische stoornissen, 2006
absoluut aantal in 2003	37.400	588.800	111.100	737.300	
absoluut aantal in 2007 (prognose)	45.800	594.200	118.400	758.400	
absoluut aantal in 2009 (prognose)	45.200	596.900	123.600	765.700	
incidentie depressie (in %)		2,8%		2,6%	Meijers et al., Gezond Verstand: evidence based preventie van psychische stoornissen, 2006
absoluut aantal in 2003	50.900	288.600	19.000	358.500	
prevalentie subklinische depressie (in %)					<i>prevalentie in procenten: vet = gegeven bron; cursief = berekend CVZ</i>
laag: in procenten	4,0%	7,5%	6,4%	7,0%	bron: RIVM/Trimbos, Gezond Verstand, 2006
midden: in procenten	5,3%	10,6%	7,7%	9,6%	bron: CBS Statline, Permanent Onderzoek LeefSituatie (POLS), 2007
hoog: in procenten	17,0%	16,0%	13,0%	16,9%	bron: Trimbos, Factsheet Preventie van depressie, 2007
prevalentie subklinische depressie (absoluut)					
laag: absoluut aantal in 2009 (prognose)	47.000	782.000	159.000	988.000	
midden: absoluut aantal in 2009 (prognose)	63.000	1.107.000	190.000	1.360.000	
hoog: absoluut aantal in 2009 (prognose)	202.000	1.676.000	321.000	2.199.000	

prestatie lijst eerstelijns psychologische zorg, raming prijspeil 2008 (1 = 1 euro)				NZa "bijlage 1 bij prestatiebeschrijvingbeschikking, 6300-1900-08-2"	
	minimum	maximum			
individueel consult (raming)	80,00	124,00			1,00 eenheid
individueel consult kort	40,00	62,00			0,50 eenheid van individueel consult
telefonisch consult	20,00	31,00			0,25 eenheid van individueel consult
email consult	20,00	31,00			0,25 eenheid van individueel consult
groepconsult 4-8 personen	20,00	31,00			0,25 eenheid van individueel consult
groepconsult 8-12 personen	16,00	24,80			0,20 eenheid van individueel consult
gemiddelde preventiekosten per persoon, raming EPZ prijspeil 2008 (1 = 1 euro)				totaal	excl. beperkingen zoals eigen bijdrage van 10 euro per zitting en maximaal 8 zittingen
	minimum	maximum	adm. & mat.	minimum	adm. & mat.: 1 individueel consult als intake plus cursusmateriaal van 25 euro
minimum: bij minimale begeleiding	0,00	0,00	105,00	105,00	geen begeleiding
midden: bij gedeeltelijke begeleiding	100,00	155,00	105,00	205,00	individueel, 5x telefonisch of email consult
maximum: bij volledige begeleiding	416,00	644,80	105,00	521,00	groep max. 12 personen, max. 12 sessies, 1 terugkomsessie, 2 uur per sessie

	jongeren /olwassenen		ouderen	totaal
	12-18 jaar	18-65 jaar	>65 jaar	
prevalentie subklinische depressie (variant laag)	4,0%	7,5%	6,4%	7,0%
aantal subklinische depressie, prognose 2009	47.000	782.000	159.000	988.000
kosten bij 1% deelname , minimale begeleiding	€ 49.000	€ 821.000	€ 167.000	€ 1.037.000
kosten bij 1% deelname , gedeeltelijke begeleiding	€ 96.000	€ 1.603.000	€ 326.000	€ 2.025.000
kosten bij 1% deelname , volledige begeleiding	€ 245.000	€ 4.074.000	€ 828.000	€ 5.147.000
prevalentie subklinische depressie (variant midden)	5,3%	10,6%	7,7%	9,6%
aantal subklinische depressie, prognose 2009	63.000	1.107.000	190.000	1.360.000
kosten bij 1% deelname , minimale begeleiding	€ 66.000	€ 1.162.000	€ 200.000	€ 1.428.000
kosten bij 1% deelname , gedeeltelijke begeleiding	€ 129.000	€ 2.269.000	€ 390.000	€ 2.788.000
kosten bij 1% deelname , volledige begeleiding	€ 328.000	€ 5.767.000	€ 990.000	€ 7.086.000
prevalentie subklinische depressie (variant hoog)	17,0%	16,0%	13,0%	15,6%
aantal subklinische depressie, prognose 2009	202.000	1.676.000	321.000	2.199.000
kosten bij 1% deelname , minimale begeleiding	€ 212.000	€ 1.760.000	€ 337.000	€ 2.309.000
kosten bij 1% deelname , gedeeltelijke begeleiding	€ 414.000	€ 3.436.000	€ 658.000	€ 4.508.000
kosten bij 1% deelname , volledige begeleiding	€ 1.052.000	€ 8.732.000	€ 1.672.000	€ 11.457.000

	mate begeleiding			totaal
	minimaal	gedeeltelijk	volledig	
scenario 1: kosten bij deelname 3% , verdeeld als	=1%	=1%	=1%	
prevalentie totaal (>12 jaar) variant laag	€ 1.037.000	€ 2.025.000	€ 5.147.000	€ 8.209.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant midden	€ 1.428.000	€ 2.788.000	€ 7.086.000	€ 11.302.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant hoog	€ 2.309.000	€ 4.508.000	€ 11.457.000	€ 18.274.000
scenario 2: kosten bij deelname 9% , verdeeld als	=5%	=3%	=1%	
prevalentie totaal (>12 jaar) variant laag	€ 5.185.000	€ 6.075.000	€ 5.147.000	€ 16.407.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant midden	€ 7.140.000	€ 8.364.000	€ 7.086.000	€ 22.590.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant hoog	€ 11.545.000	€ 13.524.000	€ 11.457.000	€ 36.526.000
scenario 3: kosten bij deelname 9% , verdeeld als	=3%	=3%	=3%	
prevalentie totaal (>12 jaar) variant laag	€ 3.111.000	€ 6.075.000	€ 15.441.000	€ 24.627.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant midden	€ 4.284.000	€ 8.364.000	€ 21.258.000	€ 33.906.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant hoog	€ 6.927.000	€ 13.524.000	€ 34.371.000	€ 54.822.000
scenario 4: kosten bij deelname 15% , verdeeld als	=7%	=5%	=3%	
prevalentie totaal (>12 jaar) variant laag	€ 7.259.000	€ 10.125.000	€ 15.441.000	€ 32.825.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant midden	€ 9.996.000	€ 13.940.000	€ 21.258.000	€ 45.194.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant hoog	€ 16.163.000	€ 22.540.000	€ 34.371.000	€ 73.074.000
scenario 5: kosten bij deelname 15% , verdeeld als	=5%	=5%	=5%	
prevalentie totaal (>12 jaar) variant laag	€ 5.185.000	€ 10.125.000	€ 25.735.000	€ 41.045.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant midden	€ 7.140.000	€ 13.940.000	€ 35.430.000	€ 56.510.000
prevalentie totaal (>12 jaar) variant hoog	€ 11.545.000	€ 22.540.000	€ 57.285.000	€ 91.370.000