

Standpunt internetbehandelingen bij depressie

23 april 2013

<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>Volnummer</i>	2012131160
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteur</i>	mw. J.M. Latta
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 41

Inhoud:

pag.

Samenvatting

1	1. Inleiding
1	1.a. Aanleiding
1	1.b. Centrale vraag
1	1.c. Leeswijzer
2	2. Wanneer valt een zorgvorm onder de te verzekeren prestaties en hoe beoordeelt het CVZ dit?
2	2.a. Wat zijn de criteria?
2	2.b. Hoe toetst het CVZ?
3	3. Voldoet de zorgvorm aan de criteria?
3	3.a. Begrippen
5	3.b. Voldoet de zorgvorm bij behandeling van depressie aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk?
6	3.c. Conclusie toetsing stand van de wetenschap en praktijk
7	4. Conclusie over te verzekeren zorg: standpunt
8	5. Consequenties voor de praktijk

Bijlage(n)

1. Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk internetbehandelingen depressie

Samenvatting

In dit standpunt beantwoordt het CVZ de vraag of internetbehandeling bij depressie onder de te verzekeren prestaties valt.

De afgelopen jaren hebben behandelingen via internet een hoge vlucht genomen. Steeds vaker komen er publicaties die aangeven dat het om effectieve, relatief goedkope behandelingen gaat. Verzekeraars vragen regelmatig aan het CVZ of het hier om te verzekeren zorg gaat die zij in het kader van de basisverzekering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) kunnen inkopen.

De centrale vraag is of internetbehandeling bij een depressieve stemmingsstoornis voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en daarmee of deze indicatie-interventiecombinatie valt onder de te verzekeren prestaties van de Zvw. Er bestaan internetbehandelingen zonder contact met een hulpverlener en met contact met een hulpverlener. We zijn nagegaan of er effectverschillen zijn tussen beide varianten. We hebben gevonden dat begeleide internetbehandeling effectiever lijkt dan niet begeleide behandeling.

De onderzochte interventies zijn doorgaans specifieke programma's die als basis de cognitieve gedragstherapie hebben, soms aangevuld met psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, problem-solving therapy.

De literatuursearch heeft voldoende resultaat opgeleverd om de vraag te kunnen beantwoorden. We concluderen dat internetbehandeling gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met een lichte of zware depressie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ook aan de overige wettelijke voorwaarden is voldaan en daarmee behoort dit type interventie tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

Op verschillende fronten wordt gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitskeurmerken voor e-health interventies of voor organisaties die deze behandelingen aanbieden. Wij bevelen aan dat zorgverzekeraars hiermee rekening houden bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

De afgelopen jaren zijn er veel behandelingen op de markt gekomen voor psychische klachten en aandoeningen, die via internet kunnen worden gevolgd. Deze behandelingen zijn laagdrempelig en lijken veel kansen te bieden om aan de groeiende vraag naar deze zorgverlening te kunnen voldoen.

Verzekeraars vragen zich af of deze behandelingen bewezen effectief zijn. Dit vloeit voort uit het uitgangspunt dat nieuwe verschijningsvormen van reeds bestaande, verzekerde zorg in principe niet afzonderlijk beoordeeld hoeven te worden, maar dat dit wel aan de orde is als het gaat om zorg die wezenlijk verschilt van het traditionele aanbod.

Op internet gebaseerde behandelingen bij depressie kunnen niet gelijkgesteld worden aan de traditionele therapie die gebaseerd is op face-to-face contact. De behandelrelatie op zich maakt namelijk een cruciaal onderdeel uit van de traditionele behandeling.

Dit is de aanleiding om te onderzoeken of deze interventies voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

1.b. Centrale vraag

De centrale vraag van dit standpunt is of internetbehandelingen bij depressie voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en daarmee of deze indicatie-interventiecombinatie onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg valt.

1.c. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de algemene criteria waar een interventie aan moet voldoen om onder de basisverzekering te vallen. Hoofdstuk 3 geeft algemene informatie over depressie en constateert dat internetbehandeling bij depressie voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. In hoofdstuk 4 komt de conclusie aan bod en tenslotte staan in hoofdstuk 5 de gevolgen voor de uitvoeringspraktijk.

2. Wanneer valt een zorgvorm onder de te verzekeren prestaties en hoe beoordeelt het CVZ dit?

2.a. Wat zijn de criteria?

Een zorgvorm (of interventie) valt alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer deze onder andere voldoet aan de onderstaande criteria: de zorgvorm moet een behoefte aan medische zorg dekken en de zorgvorm moet bewezen effectief zijn.

Artikel 10 Zvw beschrijft het eerste criterium: het somt op voor welke risico's zorg verzekerd moet worden. Het omschrijft deze risico's als 'de behoefte aan geneeskundige zorg enz.'. De te beoordelen zorgvorm valt alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer deze (één van) deze risico's dekt.

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering beschrijft het tweede criterium: een zorgvorm valt verder alleen onder de te verzekeren prestaties wanneer de zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

2.b. Hoe toetst het CVZ?

Nadat het CVZ heeft vastgesteld of een zorgvorm (één van) de risico's uit artikel 10 Zvw dekt, bepaalt het of de zorgvorm voldoet aan het criterium de stand van de wetenschap en de praktijk.

De werkwijze om de stand van de wetenschap en praktijk te bepalen, is beschreven in het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. Het CVZ onderzoekt of er wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van de zorgvorm. Daarbij volgt het de principes van evidence based medicine (EBM). De EBM-methode richt zich op 'het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal.' Verder is het algemene uitgangspunt van het CVZ dat er voor een positieve beslissing over de effectiviteit medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht beschikbaar moeten zijn. Mochten dergelijke gegevens niet beschikbaar zijn dan kan het CVZ beargumenteerd van dit vereiste afwijken en eventueel genoegen nemen met gegevens van een lagere bewijskracht.

3. Voldoet de zorgvorm aan de criteria?

Behandeling van depressie valt onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden (artikel 10 onder a Zvw en artikel 2.4, eerste lid Besluit zorgverzekering). Dit standpunt gaat om de vraag of internetbehandeling van depressie voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

3.a. Begrippen

Het CVZ heeft een literatuuronderzoek uitgevoerd om te beoordelen of deze indicatie-interventiecombinatie voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Hieronder volgen algemene informatie over depressie én de belangrijkste bevindingen uit dit literatuuronderzoek. De integrale onderzoeksrapportage is bijgevoegd als bijlage.

Begrippen

Voor de definitie van depressie hanteren we de kenmerken overeenkomstig de DSM-IV, een internationaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen¹.

Depressie

Wanneer iemand één of beide van de twee beschreven *kernsymptomen* vertoont (te weten een depressieve stemming en een duidelijke vermindering van interesse of plezier), en daarnaast vijf of meer *kenmerkende* symptomen (er zijn zeven symptomen beschreven, waaronder energiegebrek, onregelde slaap) dan spreekt men van een depressie. Wanneer we in dit rapport spreken van een depressie, dan bedoelen we een depressie volgens de criteria van de DSM IV. In een depressieve episode doen zich de genoemde kenmerken tenminste twee weken lang voor, bijna elke dag en gedurende het grootste deel van de dag.

Depressieve klachten

Er is sprake van depressieve klachten als er wel symptomen zijn, maar niet volledig voldaan wordt aan de criteria van een depressieve stoornis. Uit het NEMESIS onderzoek² blijkt dat bij 30 % van de mensen met depressieve klachten de klachten spontaan overgaan en niet tot een depressie leiden

Dysthymie

Naast depressie kennen we het begrip dysthymie, een sterk op depressie gelijkende stemmingsstoornis. Voor de diagnose dysthymie volstaat dat men aan twee kenmerkende symptomen voldoet, maar deze symptomen zijn wel gedurende langere tijd aanwezig (minimaal 2 jaar).

Depressieve Stemmingsstoornis

Zowel dysthymie als depressie vallen onder de depressieve stemmingsstoornis, waarvan we de internetbehandeling beoordelen.

Prevalentie

Uit onderzoek van het RIVM³ blijkt dat in 2007 naar schatting 6,2% (642.800) van de Nederlandse bevolking van 18 tot 65 jaar lijdt aan een stemmingsstoornis (depressie of dysthymie).

<i>Incidentie</i>	Bij vrouwen komt de ziekte vaker voor: 7,4 % tegenover 4,9% bij mannen. De epidemiologie van depressie kent een aanzienlijke instroom van nieuwe gevallen (incidentie). Jaarlijks zijn er in Nederland 285.000 volwassenen die voor het eerst een depressieve periode doormaken. Het kan wel zo zijn dat personen met bijvoorbeeld een eerste depressieve stoornis eerder al een dysthyme stoornis (of een andere psychische stoornis) doormaakten.
<i>Spontaan beloop</i>	<p>Het beloop van een depressie is veelal ongunstig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden, bij 20% van de gevallen duurt een depressie langer dan een jaar. • Vaak komen depressieve episodes meerdere keren in een mensenleven terug. 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. • Mensen met een depressie lopen een hoger risico op voortijdig overlijden.
<i>Standaard behandeling</i>	De behandeling in de eerste fase van depressieve <i>klachten</i> en depressie geschiedt door de huisarts en bestaat uit voorlichting, eventueel uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning. In volgende stadia kan opgeschaald worden naar meer intensieve therapievormen, zoals oplossingsgerichte therapie, cognitieve gedragstherapie en psychofarmaca.
<i>Nieuwe interventie</i>	Internetbehandeling (of e-mental health) bestaat uit speciaal voor het internet ontworpen programma's voor de behandeling van psychische problematiek. De kern van de programma's voor (onder andere) depressie bestaat doorgaans uit cognitieve gedragstherapie, aangevuld met diverse andere interventievormen zoals psycho-educatie of problem-solving therapy (PST)

3.b. Voldoet de zorgvorm bij behandeling van depressie aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk?

Vraagstelling literatuur- onderzoek

De vraagstelling van het literatuuronderzoek luidt: Zijn e-mental health behandelingen effectief voor volwassenen met een depressie? Tegelijkertijd is geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag in hoeverre het contact met een hulpverlener iets toevoegt aan de effectiviteit van de internetbehandeling.

De uitkomstmaat die gehanteerd is, is klachtenreductie of symptoomreductie, gemeten via de vragenlijsten BDI, BDI II en de CES-D. De scores variëren tussen 0 en ongeveer 60; bij een klachtenreductie van gemiddeld 10 punten of meer spreken we van een positief effect.

Resultaten literatuur- onderzoek

Er zijn dertien studie's (RCT's) gevonden die betrekking hadden op onze vraagstelling. Daarvan zijn er drie beoordeeld die het hoogst scoorden op relevantie en validiteit. De overige tien zijn meer globaal bekeken, evenals een systematische review/meta-analyse

De eerste studie toont aan dat de online behandeling bij mensen met een depressie na 12 weken een positief effect heeft, in de zin dat de depressie is verminderd en dat het effect na 6 maanden nog aanwezig is.

De tweede studie toont een positief effect aan van de begeleide en de niet-begeleide internetbehandeling. De uitkomsten tenderen naar superioriteit van de begeleide behandeling.

De derde studie toont een positief effect aan van de geïndividualiseerde (guided) email behandeling en van de begeleide zelfhulp.

Positief effect

De drie beoordeelde studies wijzen in dezelfde richting, namelijk dat internetbehandelingen van depressie leiden tot een substantiële klachtenreductie. De besproken studies tonen alle in sterkere of minder sterke mate aan dat behandelingen via internet betere resultaten geven dan geen behandeling of 'treatment as usual' (standaardbehandeling). De overige studies tonen een minder sterke evidence, maar wijzen wel allemaal in dezelfde richting, evenals de meta-studie. Namelijk dat mensen die een dergelijke internetbehandeling krijgen beter af zijn dan mensen die geen of een minimale behandeling krijgen.

Conclusie

Conclusie uit de beoordeelde studies is dat internetbehandeling gebaseerd op cognitieve gedragstherapie bij depressie vergeleken met geen of een gebruikelijke behandeling een positief effect heeft in termen van klachtenreductie. Hierbij merken we op dat de treatment as usual die in de onderzochte studies is beschreven inmiddels volgens de huisartsenrichtlijn is vervangen door een protocol

gebaseerd op stepped care waarvan behandeling via internet ook deel kan uitmaken.
Begeleide internetbehandeling lijkt effectiever dan niet begeleide behandeling.

3.c. Conclusie toetsing stand van de wetenschap en praktijk

Op basis van de literatuurstudie concluderen we dat internetbehandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met een lichte of zware depressie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.

4. Conclusie over te verzekeren zorg: standpunt

Internetbehandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met depressie voldoen aan het criterium stand van wetenschap en praktijk en daarom kan de indicatie-interventiecombinatie verstrekt danwel vergoed worden ten laste van de basisverzekering van de Zvw.

5. Consequenties voor de praktijk

Er zijn diverse internetbehandelingen en diverse organisaties die internetbehandelingen aanbieden.

Het Trimbos-instituut werkt samen met andere partijen aan de ontwikkeling van een kwaliteitskeurmerk voor e-health interventies, 'De Keurkring'.

De Stichting Quality Assurance E-health (QAEH) heeft certificaten uitgereikt aan organisaties die volgens de organisatie op een veilige manier zorg op afstand verlenen.

Zorgverzekeraars kunnen met deze uitgereikte keurmerken en certificaten rekening houden bij hun inkoop- en vergoedingenbeleid.

Internetbehandelingen voor depressie (e-mental health) kunnen voor lichte en voor zware depressies worden ingezet, als enkelvoudige behandeling of als gecombineerde therapie met face to face behandeling.

Levering en inkoop Zowel vanuit de huisartsenzorg, de eerstelijnspsychologische zorg als de tweedelijns-GGZ kunnen internetbehandelingen worden aangeboden, al naar gelang de indicatie. Verzekeraars kunnen deze zorg inkopen. Het gaat om specifieke programma's waaruit blijkt of deze gebaseerd zijn op gedragstherapie. Dit geldt in ieder geval voor de in de achtergrondrapportage genoemde programma's.

Bekostiging De bekostiging van e-health binnen de eerstelijnspsychologische zorg is geregeld via een NZa-beleidsregel en voor wat betreft de specialistische GGZ kan registratie plaatsvinden binnen de DBC-systematiek. Binnen de huisartsenzorg is nu geen reguliere betaaltitel. Wel kunnen emailcontacten en screen to screen contacten gedeclareerd worden. De NZa brengt binnenkort een advies uit over de bekostiging van de POH-GGZ, waarin mogelijkheden voor internetbehandelingen worden opgenomen.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

¹ DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association, 2000

" Graaf R de, Have M ten, Dorsselaar, S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010..

" Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J, et al. Hoe vaak komt depressie voor en hoeveel mensen sterven er aan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012. Beschikbaar via <http://www.nationaalkompas.nl>.

Achtergrondrapportage beoordeling stand van de wetenschap en praktijk Internetbehandelingen depressie

ICD-10 code: 296 en 300.4

Datum: 23 april 2013

<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>	2012089386
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteurs</i>	Hanneke van Diggelen, Anneke Duine en Marlies Kroes
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 85 49

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	4
1.a. Aanleiding	4
1.b. Waarom deze beoordeling?.....	4
1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek.....	7
2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies	10
3. Resultaten.....	11
3.a. Resultaten literatuursearch	11
3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies	11
3.c. Effectiviteit.....	12
3.d. Standpunten en richtlijnen.....	15
4. Bespreking.....	17
5. Inhoudelijke consultatie.....	18
6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk.....	20
7. Literatuurlijst	21

- Bijlage A: Zoekstrategie
- Bijlage B: Overige bronnen
- Bijlage C: Flow diagram of study selection
- Bijlage D: Geselecteerde studies
- Bijlage E: Relevantie en validiteit geselecteerde studies

Tabel 1: Overzicht beoordeelde studies (2012024521)

Samenvatting

Er is een groeiend aanbod aan behandelingen via internet. In de geestelijke gezondheidszorg worden deze gevat onder de verzamelnaam e-mental health. Voor diverse aandoeningen zoals angst en depressie zijn specifieke programma's ontwikkeld. Het CVZ heeft onderzocht of e-mental health voor de behandeling van depressie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Depressie is een veel voorkomende ziekte met een hoge ziektelast. Het is een van de belangrijkste oorzaken van ziekteverzuim. Behandelingen via internet zijn laagdrempelig en lijken goedkoper dan face-to-face interventies. Als de internetinterventies effectief zijn, kunnen ze een waardevolle aanvulling zijn op het behandelarsenaal voor depressie.

Wij hebben een literatuurstudie verricht met de vraag: Zijn e-mental health behandelingen effectief voor volwassenen met een depressie?

Er bestaan internetbehandelingen zonder contact met een hulpverlener en met contact met een hulpverlener. We zijn nagegaan of het contact met een hulpverlener iets toevoegt aan de effectiviteit van de internetbehandeling.

De door ons onderzochte studies wijzen allemaal in dezelfde richting, namelijk dat internetbehandelingen (e-mental health) die gebaseerd zijn op de cognitieve gedragstherapie een positief effect hebben. De behandelingen zijn vergeleken met geen behandeling (wachtljstpatiënten) of de gebruikelijke behandeling door de huisarts met beperkte begeleiding.

Op basis van het uitgevoerde onderzoek voldoen e-mental health behandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor zowel volwassen patiënten met een lichte als die met een ernstige depressie aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Het positieve effect van de internetbehandeling wordt versterkt als de interventie wordt ondersteund met een bepaalde vorm van begeleiding.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Depressie is een veel voorkomende psychische stoornis met een hoge maatschappelijke ziektelast, en is een belangrijke veroorzaker van ziekteverzuim. In de top-tien 2007 van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken neemt depressie de vierde plaats in¹. Uit het grootschalig onderzoek naar het vóórkomen van psychische stoornissen (NEMESIS-2), gerapporteerd door het Trimbosinstituut² komt naar voren dat jaarlijks 6,1 % van de Nederlanders lijdt aan een depressieve stoornis of dysthymie. Ruim een half miljoen volwassenen lijdt in Nederland (2009) aan een depressie, waarvan ruim 90.000 een chronische depressie heeft.

De afgelopen jaren hebben behandelingen via internet een hoge vlucht genomen. Aanvankelijk was hier de nodige weerstand tegen. In een overzichtsstudie worden vier groepen van bezwaren genoemd, waarvan het ontbreken van face-to-face contact het zwaarst telt, omdat hierdoor veel belangrijke informatie voor de therapeut verloren zou gaan^{3,a}. Steeds vaker komen er echter ook publicaties die aangeven dat het om effectieve, relatief goedkope behandelingen gaat. Verzekeraars vragen regelmatig aan het CVZ of het hier om te verzekeren zorg gaat die zij in het kader van de basisverzekering in de Zvw kunnen inkopen.

1.b. Waarom deze beoordeling?

Een duiding van een internetbehandeling ligt niet voor de hand. In 2011 heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat nieuwe verschijningsvormen van reeds bestaande, verzekerde zorg in principe niet afzonderlijk beoordeeld hoeven te worden. De zorg blijft verzekerde zorg als de samenstelling en de effectiviteit ervan niet wezenlijk wijzigt ten opzichte van de oorspronkelijke zorg. De beoordeling of een bepaalde e-healthtoepassing inderdaad alleen een andere aanbiedingsvorm van al verzekerde zorg betreft, ligt in principe bij zorgverzekeraars en aanbieders. Voor de Zvw is vooral van belang 'wat' er geleverd wordt, bij welke indicatie. Het 'hoe', 'waar' en 'door wie' is een zaak van de verzekeraar⁴.

Toch hebben wij er in dit geval voor gekozen een beoordeling te doen voor internetbehandeling van depressie. De reden is dat internet-gebaseerde programma's in aanpak sterk lijken te verschillen van de traditionele therapie die gebaseerd is op

^a De andere bezwaren betreffen ethische (o.a. in verband met privacy), regeltechnische (bijvoorbeeld het ontbreken van een bekostigingstitel) en technologische in verband met de kwetsbaarheid van de internetverbinding.

face-to-face contact.

In 2008 heeft het CVZ een standpunt geformuleerd over het programma Beating the Blues. In dit standpunt is gezegd: 'het aanbieden van cognitieve gedragstherapeutische beïnvloeding via de computer verschilt op wezenlijke punten van de gebruikelijke face-to-face interactie, en heeft een eigen dynamiek met eigen potentiële voor- en nadelen' ⁵.

Vanwege deze verschillen en vragen van verzekeraars over het vergoeden ten laste van de basisverzekering heeft het CVZ besloten internetbehandelingen voor depressie te beoordelen. Te meer daar in de Nederlandse behandelrichtlijnen en -standaarden weinig wordt gezegd over de effectiviteit van internetbehandelingen. In de NHG-Standaard Depressie wordt internetbehandeling besproken als een kortdurende psychologische behandeling in de vorm van begeleide zelfhulp (noot 40 van de Standaard). De conclusie in deze standaard is dat zelfhulpprogramma's effectief kunnen zijn. Het effect is groter indien zij worden aangevuld met persoonlijke begeleiding.

Begrippen

In dit rapport onderzoeken we de behandeling in de vorm van e-health voor een depressieve stoornis.

Depressie

Voor de definitie van depressie hanteren we de kenmerken overeenkomstig de DSM-IV, een internationaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen⁶. Wanneer iemand één of beide van de twee beschreven *kernsymptomen* vertoont (te weten een depressieve stemming en een duidelijke vermindering van interesse of plezier), en daarnaast vijf of meer *kenmerkende* symptomen (er zijn zeven symptomen beschreven, waaronder energiegebrek, onregelde slaap) dan spreekt men van een depressie. Wanneer we in dit rapport spreken van een depressie, dan bedoelen we een depressie volgens de criteria van de DSM IV. In een depressieve episode doen zich de genoemde kenmerken tenminste twee weken lang voor, bijna elke dag en gedurende het grootste deel van de dag.

Depressieve klachten

Er is sprake van depressieve klachten als er wel symptomen zijn, maar niet volledig voldaan wordt aan de criteria van een depressieve stoornis. Uit het NEMESIS onderzoek² blijkt dat bij 30 % van de mensen met depressieve klachten de klachten spontaan overgaan en niet tot een depressie leiden

Dysthymie

Naast depressie kennen we het begrip dysthymie, een sterk op depressie gelijkende stemmingsstoornis. Voor de diagnose dysthymie volstaat dat men aan twee kenmerkende symptomen voldoet, maar deze symptomen zijn wel gedurende langere tijd aanwezig (minimaal 2 jaar).

Depressieve

Zowel dysthymie als depressie vallen onder de depressieve

<i>stemmingsstoornis</i>	stemmingsstoornis, waarvan we de internetbehandeling in dit rapport beoordelen.
<i>Prevalentie</i>	Uit onderzoek van het RIVM ⁷ blijkt dat in 2007 naar schatting 6,2% (642.800) van de Nederlandse bevolking van 18 tot 65 jaar lijdt aan een stemmingsstoornis (depressie of dysthymie). Bij vrouwen komt de ziekte vaker voor: 7,4 % tegenover 4,9% bij mannen. De epidemiologie van depressie kent een
<i>Incidentie</i>	aanzienlijke instroom van nieuwe gevallen (incidentie). Jaarlijks zijn er in Nederland 285.000 volwassenen die voor het eerst een depressieve periode doormaken. Het kan wel zo zijn dat personen met bijvoorbeeld een eerste depressieve stoornis eerder al een dysthyme stoornis (of een andere psychische stoornis) doormaakten.
<i>Spontaan beloop</i>	<p>Het beloop van een depressie is veelal ongunstig:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemiddeld duurt een depressieve episode zes maanden, bij 20% van de gevallen duurt een depressie langer dan een jaar. • Vaak komen depressieve episodes meerdere keren in een mensenleven terug. 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. • Mensen met een depressie lopen een hoger risico op voortijdig overlijden.
<i>Multidisciplinaire richtlijn en NHG standaard</i>	De Multidisciplinaire richtlijn depressie voor volwassenen (2011) ⁸ beschrijft de behandeling van een depressieve stoornis. De herziene NHG-standaard depressie (2012) ⁹ beschrijft de behandeling van depressieve klachten en depressie (stoornis).
<i>Stepped care</i>	<p>Volgens de recent herziene NHG-standaard is de behandeling door de huisarts als volgt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bij depressieve klachten: voorlichting (ook wel aangeduid als psycho educatie). Als het sociaal disfunctioneren of de lijdensdruk verergeren of als na 4 weken de klachten niet over zijn, volgt ook uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning. • Bij depressie: voorlichting, dagstructurering en activiteitenplanning en kortdurende psychologische behandeling (begeleide zelfhulp of Problem Solving Treatment PST). Bij patiënten met dysthymie geldt dezelfde behandeling als bij depressie. • Bij depressie met ernstig sociaal disfunctioneren of grote lijdensdruk en/of ernstige psychische comorbiditeit: voorlichting, dagstructurering en psychotherapie (Cognitieve Gedragstherapie CGT, gedragstherapie en interpersoonlijke therapie) of antidepressivum.

Dit is de stepped-care benadering waarbij de behandeling wordt gestart met voorlichting (en afwachten) en wordt overgestapt op zo min mogelijk belastende interventies (evidence-based of consensus-based). Het behandelbeleid wordt regelmatig samen met de patiënt geëvalueerd, om bij onvoldoende herstel tijdig over te stappen naar een volgende interventie.

De behandeling in de eerste fase van depressieve klachten geschiedt door de huisarts en bestaat uit voorlichting, eventueel uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning. De behandeling van een depressie bestaat uit voorlichting, dagstructurering en kortdurende psychologische behandeling (problem solving therapy of begeleide zelfhulp).

Internetbehandeling

De internetbehandeling (e-mental health) bij depressie wordt gepositioneerd aan het begin van de behandelketen. In het algemeen worden internetbehandelingen geschikt geacht voor de lichte vormen van depressie, vaak ook voor preventie. In de (Engelstalige) literatuur wordt doorgaans gesproken van computer-based interventions. In de begintijd waren dit vooral op cd-rom gezette programma's. De laatste jaren zijn de programma's doorgaans web-based en kunnen ze rechtstreeks worden gedownload van internet. Bij sommige programma's vindt terugkoppeling/interactie plaats door een therapeut, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn.

Internetbehandelingen lijken veel voordelen te hebben. Zo kunnen genoemd worden: het kost minder tijd van therapeuten, de zorg is toegankelijker, patiënt kan zelf tijdstip en tempo bepalen, geen reistijd.

Bekende programma's zijn Beating the Blues, MoodGYM, Sadness Program, Overcoming Depression on the Internet (ODIN), Deprexis, Grip op je Dip en Kleur je Leven (Color your Life).

De kern van de programma's bestaat steeds uit cognitieve gedragstherapie (CBT in de Engelstalige versies), soms aangevuld met psycho-educatie, ontspanningsoefeningen, cognitieve herstructurering, problem-solving therapy (PST), gedragsverandering en terugvalpreventie.

1.c. Vraagstelling literatuuronderzoek

Vraagstelling

Zijn e-mental health behandelingen effectief voor volwassenen met een depressie volgens de criteria van de DSM-IV?

Tegelijkertijd hebben we geprobeerd een antwoord te vinden op de vraag in hoeverre het contact met een hulpverlener iets toevoegt aan de effectiviteit van de behandeling.

Patiëntenpopulatie

Het moet gaan om een depressie volgens de criteria van DSM-

IV. Studies naar e-mental health behandeling bij depressieve klachten blijven buiten beschouwing.

We kiezen voor personen vanaf 18 jaar, dus studies bij kinderen en jeugdigen blijven buiten beschouwing. Bij personen < 18 jaar bestaat geen eenduidig beeld van depressie. Stemningswisselingen horen bij de puberteit.

Behandeling

Bij de e-mental health gaat het om computerbased of internetbased behandeling van een depressie.

Comparison

De via e-mental health behandelde patiënten worden vergeleken met patiënten die (nog) geen behandeling krijgen of patiënten die usual care ontvangen (doorgaans via de huisarts) in de vorm van voorlichting en ondersteunende adviezen^b.

Relevante uitkomstmaten

De relevante uitkomstmaat is klachtenreductie of symptoomreductie, gemeten via gevalideerde meetinstrumenten: de BDI, de BDI II en de CES-D. De internetbehandeling hoeft niet te resulteren in een score die zich beneden de vastgestelde depressiegrens bevindt, wel moet er sprake zijn van reductie van de depressieve symptomen.

BDI

De **Beck Depression Inventory** (Beck, Steer & Garbin, 1988) is een gevalideerde en genormeerde vragenlijst die depressieve symptomen scoort. Elk van de 21 items heeft vier antwoordopties, telkens oplopend in intensiteit (verschillende per vraag). Op basis van deze items wordt een totaal depressiescore berekend die naargelang de score kan worden geïnterpreteerd. Uit een evaluatie onderzoek van Beck e.a. (1988) blijkt dat de BDI een onderscheid kan maken tussen verschillende subtypes van depressie en depressie van angst kan onderscheiden. Een score van 10 of meer duidt op een depressie.

BDI II

De **Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)** (2002) is een veelgebruikte korte zelfrapportage-vragenlijst voor het meten van de algehele ernst van een depressie. Het instrument is ontwikkeld voor het beoordelen van symptomen overeenkomstig de DSM-IV criteria.. Bij een score van 14 of hoger spreekt men van een depressie.

CES D

De **CES-D** is een instrument waarmee de omvang van depressieve symptomen kan worden vastgesteld. Het is een zelfbeoordelingsvragenlijst met 20 items. De totaalscores variëren tussen 0 en 60, waarbij een hogere score meer depressieve symptomen betekent. Een CES-D score van 16 of

^b Deze usual care bij de huisarts die in sommige onderzochte studies als vergelijkende behandeling is gehanteerd, stemt inmiddels niet meer overeen met de behandeling (in Nederland) op basis van stepped care zoals die in de recente NHG-standaard wordt aanbevolen. Hierin is nu ook internetbehandeling als een vorm van begeleide zelfhulp als een in te zetten interventie opgenomen.

meer wordt gebruikt om een klinisch relevante depressie vast te stellen.

Relevante follow-up duur Alleen studies met een follow-up van minimaal 6 tot 9 maanden zijn meegenomen.

Vereiste methodologische studiekenmerken Voor e-mental health behandelingen zijn onderzoeken met hogere levels of evidence dan open gerandomiseerde studies doorgaans niet haalbaar, omdat geloofwaardige placebo-behandeling en geloofwaardige blindering niet eenvoudig te realiseren zijn. Randomisatie van de onderzoeksgroepen is wel een vereiste. Voor dit rapport is bewijsklasse B (vergelijkend onderzoek) het maximaal haalbare.

2. Zoekstrategie & selectie van geschikte studies

Zoektermen

Deze rapportage betreft een beoordeling van internetbehandelingen voor een depressieve stoornis. Voor de literatuursearch is gebruik gemaakt van een eerder uitgevoerde bredere search naar internetbehandelingen voor depressie en angststoornissen. Deze search was in februari, maart en april 2011 verricht met de zoektermen depressie, angststoornissen, computer en internet. In februari 2012 is hierop nog een aanvullende literatuursearch verricht. In juli 2012 is de aanvulling verricht voor de overige bronnen (zie hierna). De exacte zoekstrategie is weergegeven in bijlage A.

Databases & websites

De literatuur search is doorgevoerd in Medline, PsycInfo, Embase en Cinahl voor de periode van januari 2006 tot januari 2012.

Daarnaast is gezocht in de HTA-database en op de websites van Amerikaanse Zorgverzekeraars, NICE, GBA, KCE, HAS, LBI met de zoekwoorden depression, depressive disorders, anxiety, panic, computer en internet. De resultaten hiervan zijn weergegeven in bijlage B.

Selectiecriteria

In -en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde door twee reviewers onafhankelijk van elkaar op basis van titels en daarna op basis van abstracts. Indien er geen consensus was, is deze in samenspraak bereikt. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

De volgende in- en exclusie criteria zijn gebruikt bij de selectie van artikelen:

- Volwassenen met een depressie; kinderen en jeugdigen zijn uitgesloten.
- Internetbased/computerbased behandelingen
- Geen preventieve behandelingen.
- Publicaties in Engels en Nederlands.
- Vanaf 2006.
- Systematische reviews, meta-analyses en RCT's (randomised controlled trial).

3. Resultaten

3.a. Resultaten literatuursearch

In totaal zijn 311 studies gevonden. Op basis van titel zijn 227 studies uitgesloten. Van de overgebleven 84 studies zijn er 35 geëxcludeerd op basis van abstract. De uitgesloten studies voldeden niet aan de inclusiecriteria.

Van de na het beoordelen op titel en abstract overgebleven 49 studies waren er 15 een systematische review (SR) en/of een meta-analyse. Deze meta-studies bestonden doorgaans uit een combinatie van studies naar angststoornissen en naar depressie, waardoor geen helder beeld verkregen kon worden van depressiebehandelingen. Daarom is besloten deze 15 systematische reviews en/of meta-studies niet in de eigenlijke beoordeling mee te nemen.

Slechts studies die uitsluitend een depressieve stoornis betroffen zijn geselecteerd; studies naar depressieve klachten zijn niet geïncludeerd. Dit resulteerde in 11 artikelen. De aanvullende search leverde een totaal van 97 artikelen op. Na toepassing van de hiervoor vermelde selectiecriteria resteerden nog eens 11 artikelen. Voor een overzicht van de selectie zie het stroomdiagram in bijlage C.

De in totaal 22 artikelen zijn volledig gelezen. De 22 studies zijn weergegeven in bijlage D. Deze 22 studies hebben wij beoordeeld op relevantie en validiteit. Uiteindelijk zijn er 13 studies geselecteerd.

Na de selectie en beoordeling van de 13 RCT's hebben wij nog gekeken of er in 2012 een systematische review en/of meta-analyse over internetbehandeling bij depressie is gepubliceerd. Dat bleek het geval te zijn. Deze studie komt aan de orde in hoofdstuk 3.c. Deze studie ontbreekt in de bijlagen C en D.

3.b. Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies

De beoordeling van de kwaliteit van de 22 artikelen heeft plaatsgevonden door twee reviewers, onafhankelijk van elkaar. Indien er geen consensus was tussen de beoordelaars is deze in samenspraak bereikt.

De studies zijn beoordeeld op relevantie en validiteit. De relevantie is beoordeeld op basis van de inhoud van de artikelen: in hoeverre komt de doelgroep en de onderzochte behandeling overeen met de vraagstelling, en is er sprake van heldere, goed interpreteerbare uitkomsten? Voor de validiteit is per artikel een formulier ingevuld waarop het onderzoek werd gescoord op randomisatie, blindering en missing values.

Dit leidde tot een eindoordeel van +, ± of -, evenals bij relevantie. In bijlage E zijn de onderzoeken op basis van deze beoordeling in een 3X3 tabel geplaatst

Vervolgens is elke studie ingedeeld naar de mate van bewijs volgens de classificatie van het CBO: A1, A2, B, C en D (zie noot tabel 1).

Alle 13 geselecteerde studies zijn van niveau B. Het zijn alle gerandomiseerde studies waarbij zoals gezegd geloofwaardige placebo-behandeling en blinding niet eenvoudig te realiseren is.

De kenmerken en resultaten van de 13 geselecteerde studies zijn weergegeven in Tabel 1.

3.c. Effectiviteit

Algemeen

Alle 22 studies hebben we beoordeeld op relevantie en kwaliteit (bijlage E). Van deze studies zijn er 9 studies die laag scoren op relevantie. De overige 13 studies scoren gemiddeld tot hoog op relevantie en kwaliteit. Deze 13 studies hebben we uitgewerkt in tabel 1. Deze 13 studies wijzen allemaal in dezelfde richting. In deze studies zijn de uitkomsten van behandeling (geen depressie of minder depressie) gemeten op basis van zelfrapportage met behulp van de Beck Depression Inventory (BDI), de Beck Depression Inventory II (BDI II) en de Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D).

Een lichte depressie is aanwezig bij een BDI van 10-18 of een BDI II van 14-19. Een matige depressie is er bij een BDI van 19-29 of een BDI II van 20-28. Bij een BDI van 30-63 en een BDI II van 29-63 spreken we van een ernstige depressie. De CES D hanteert 16 als ondergrens van een mogelijke depressie.

Klinische verbetering

In de studies is veelal alleen de verbetering ten opzichte van de beginsituatie vermeld. We beschouwen klachtenreductie of symptoomreductie, gemeten via gevalideerde meetinstrumenten de BDI, de BDI II en de CES-D als een klinische relevante verbetering^c. Een klachten-of symptoomreductie van 10 punten of meer beschouwen we als substantieel in het licht van de totale range.

Effectgrootte

De grootte van het effect in de studies wordt veelal aangegeven met effect size. Effect size als uitkomst kent

^c Klinische relevantie/significantie heeft betrekking op de praktische waarde van een interventie voor een individuele patiënt. Om de klinische significantie te schatten zijn verschillende methodes ontwikkeld, zoals het aangeven van de fractie van de patiëntenpopulatie die na de behandeling niet meer aan de diagnostische criteria (bijvoorbeeld DSM-IV) voldoet, het per patiënt vaststellen van het effect in vergelijking met de toestand van normatieve of disfunctionele groepen, het subjectief beoordelen van de bereikte verandering, of het vaststellen van de sociale impact van de therapie. In veel publicaties over onderzoek van psychologische interventies is de klinische significantie niet vermeld.

beperkingen. Zie ook de analyse van de Gezondheidsraad in Doelmatigheid van langdurige psychotherapie uit 2001^d.

Hieronder bespreken we de drie studies die hoog^e scoren zowel op relevantie als op validiteit, zoals ingedeeld in bijlage E. Deze drie studies vormen daarom de basis van ons oordeel. De overige studies kennen een wat lagere relevantie en/of validiteit, maar wijzen wel allemaal in dezelfde richting als de drie geselecteerde studies. Ze ondersteunen daarom het oordeel.

RCT
Van der Zanden

Van der Zanden R, 2012¹⁰

De RCT van Van der Zanden (2012) beschrijft de effecten van de online groepscursus Grip op je Dip (Master your Mind) bij jongeren en adolescenten van 16-25 jaar met depressieve symptomen. De CES-D scores van de deelnemers wijzen in de richting van een lichte tot matige depressie. In de groep was slechts 4% nog niet volwassen, 16 en 17 jaar; de rest betrof (jong)volwassenen van 18 tot en met 25 jaar. Beoordeeld is wat het verschil is in effect van de begeleide online groepscursus afgezet tegen geen behandeling (wachtlIJst). De uitkomsten zijn gemeten op basis van zelfrapportage met behulp van de CES-D. In de behandelde groep (n=121) was de CES-D bij aanvang 32,5, na de behandeling 19,3 en na 6 maanden 18,3. In de wachtlIJstgroep (n=123) was de CES-D bij de start 32,3 en na 12 weken 27,0. Cohen's d van de behandelde groep ten opzichte van de groep die niet werd behandeld is 0,94. Dit betekent dat het tamelijk zeker is dat de behandeling een gunstig effect heeft. Deze studie toont aan dat de online behandeling bij mensen met een lichte tot matige depressie na 12 weken een positief effect heeft, in de zin dat de depressie is verminderd en dat het effect na 6 maanden nog aanwezig is.

RCT Berger

Berger T, 2011¹¹

De RCT van Berger beschrijft het effect van de behandeling van een groep volwassenen (n=76) die een depressieve stoornis of dysthymie hebben. Beoordeeld is het verschil in effect van de unguided en de guided selfhelpvariant volgens de Deprexismethode via internet, afgezet tegen geen behandeling (wachtlIJst).

^d In psychotherapie-onderzoek wordt om de vraag naar de grootte van het effect te beantwoorden veelal de effectgrootte (effect size) berekend, waarmee bedoeld wordt $(M1 - M2) / s.d.$. Daarin zijn M1 en M2 de gemiddelden van uitkomstmaten van de behandelde respectievelijk onbehandelde groep patiënten en is s.d. de gemiddelde standaardafwijking. Voor de s.d. wordt eventueel een gewogen gemiddelde genomen, en in sommige gevallen de s.d. bij de behandelde groep. De s.d. is mede afhankelijk van het aantal en mogelijke selectie van de patiënten. Bij een grotere s.d. verkrijgt men een kleinere effectgrootte, en omgekeerd. De effectgrootte is derhalve een relatieve maat, die bruikbaar is om verschillende onderzoeken te vergelijken, maar niet om de absolute grootte van het effect te beoordelen. De effectgrootte geeft echter niet aan of de behandeling voor een bepaalde patiënt een verbetering oplevert die klinische betekenis heeft. Klinische significantie heeft betrekking op de praktische waarde van een interventie voor een individuele patiënt.

^e 'hoog' wil zeggen dat zowel relevantie als validiteit met een + werden beoordeeld.

De uitkomsten zijn gemeten op basis van zelfrapportage met behulp van de BDI II. In de unguided selfhelp groep was de BDI II bij de start 29,8, na behandeling 20,8 en na 6 maanden 19,4. In de begeleide zelfhulpgroep was de BDI II bij aanvang 28,8, na behandeling 17,3 en na 6 maanden 16,24. Cohen's d van het effect van de unguided behandeling ten opzichte van de wachtlijst bedraagt 0,66. Cohen's d van de guided behandeling ten opzichte van niet behandelen is 1,14. Deze studie toont een positief effect aan van de guided en de unguided internetbehandeling. De uitkomsten tenderen naar superioriteit van de guided behandeling.

Vernmark K, 2010¹²

RCT Vernmark

De studie van Vernmark (2010) beschrijft de effecten van de behandeling van een groep volwassenen (n=88) met een depressie. Beoordeeld is het effect van twee verschillende vormen van guided internetbehandeling. De ene guided behandeling is een volledig geïndividualiseerde email behandeling (n= 30). Dit is vergelijkbaar met face-to-face behandeling. De andere guided internetbehandeling bestaat uit begeleide zelfhulp (n=29). De controlegroep bestaat uit geen behandeling, aangeduid als wachtlijst (n= 29). De uitkomsten zijn gemeten op basis van zelfrapportage met behulp van de BDI. In de emailgroep was de BDI bij de start 22,2, na behandeling 10,3 en na 6 maanden 9. In de begeleide zelfhulpgroep was de BDI bij aanvang 22,2, na behandeling 12,3 en na 6 maanden 10,9. Cohen'd van het effect van de guided email behandeling ten opzichte van geen behandeling bedraagt 0,96. Dit betekent dat het tamelijk zeker is dat de behandeling een gunstig effect heeft. Cohen's d van de guided selfhelp groep ten opzichte van geen behandeling is 0,56. De studie van Vernmark toont een positief effect aan van de geïndividualiseerde (guided) email behandeling en van de begeleide zelfhulp.

Overige studies

Ook lichte depressie

De drie hierboven besproken studies hebben alle betrekking op ernstiger vormen van depressie; de overige, hier niet nader besproken studies hebben ook patiënten met lichte depressie als onderzoekspopulatie.

Cognitieve gedragstherapie is een kernelement

De behandelingen in de besproken en overige studies zijn alle gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. We beschouwen dit als een wezenlijk, gemeenschappelijk element van internetbehandeling.

In aanvulling op de door ons beoordeelde RCT's wijzen wij op de systematische review/meta-analyse over internetbehandelingen bij depressie die in 2012 werd gepubliceerd met de titel *Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta analysis* van Richards en Richardson¹³.

**Recent
gepubliceerde
systematische
review bevestigt
resultaten RCT's**

Deze systematische review beschrijft voor een groot deel dezelfde studies als die wij in onze search vonden. De conclusie van deze systematische review luidt: "The review and meta-analysis support the efficacy and effectiveness of computer-based psychological treatments for depression, in community, primary, and secondary care, and with diverse populations". Wij beschouwen dit als een bevestiging van de door ons gevonden resultaten in de 3 RCT's.

**Bredere studie naar
online
behandelingen**

Een zeer recent proefschrift dat de effectiviteit van onlinebehandelingen in het algemeen bevestigt is die van Ruwaard, die online behandelingen van veel voorkomende klachten als posttraumatische stress, burn-out, depressie, paniek en eetstoornissen heeft onderzocht. De onderzochte behandelingen blijken minstens zo effectief als reguliere (face-to-face) therapie¹⁴.

**Samenvattende
conclusie**

Uit de 3 beoordeelde en besproken studies, de 10 overige geselecteerde studies en de recente systematische review/meta-analyse die wij hebben bestudeerd, concluderen wij dat het aannemelijk is dat internetbehandeling gebaseerd op cognitieve gedragstherapie bij depressie vergeleken met geen of een minimale behandeling een positief effect heeft, zowel voor lichte als voor ernstige depressie. Begeleide internetbehandeling lijkt effectiever dan niet begeleide behandeling.

3.d. Standpunten en richtlijnen

Om na te gaan hoe andere westerse landen omgaan met internetbehandelingen voor depressie, hebben we enkele relevante Engelstalige richtlijnen bestudeerd. In de meeste publicaties wordt de term CCBT gehanteerd voor de door ons gezochte behandelingen: computerised cognitive behaviour therapy.

Dat levert het volgende overzicht op.

NHS richtlijn

- **NHS richtlijn depressie (2009)¹⁵**

Voor de diagnose wordt aangegeven dat niet alleen symptomen tellen, maar dat men ook moet kijken naar de duur van de symptomen en naar de mate van hinder die de patiënt ondervindt van de symptomen (de functiegerichte benadering).

CCBT wordt vooral aanbevolen als laag-intensieve behandeling: voor geïndiceerde preventie en lichte tot matige depressie. (stap 2 in een 4-stappenmodel).

NHS review

- **NHS review Computerised cognitive behaviourtherapy for depression and anxiety (2006)¹⁶**

Drie depressiepakketten zijn onderzocht: Beating the blues, COPE en Overcoming Depression (OD).

Beating the Blues is aanbevolen om CBT (Cognitive Behaviour

Therapy) te leveren bij lichte en matige depressie.
Voor COPE en OD is onvoldoende bewijs gevonden, wel zijn de behandelingen geschikt bevonden voor verder onderzoek.
Er is veel onderdiagnostiek en onderbehandeling.
CBT is een verzamelterm voor (combinaties van) cognitieve- en gedragstherapeutische technieken. CBT geldt als effectief, dat wil zeggen dat ongeveer 50% van de patiënten verbetering ervaart na de interventie.
Binnen stap 2 geldt CCBT (Computerized CBT) als een gestructureerd behandelalternatief voor instap-interventies zoals exercise of guided self-help, samen met problem solving, korte CBT en counseling. CCBT programma's zijn een goed alternatief voor mensen die geen pillen of face-to-face therapie willen of kunnen.
Kosteneffectiviteit is afhankelijk van welk systeem je kiest, de hoeveelheid technische en klinische support en het aantal deelnemers.
Patiënttevredenheid is voor Beating the Blues hoger dan voor treatment as usual (TAU).

Australische HTA

- **Australische HTA: internetdelivered CBT voor patiënten met depressie (2009)¹⁷**

Internetdelivered Cognitive Behaviour Therapy is niet bedoeld voor mensen met een bipolaire stoornis of zware depressie. De gouden standaard behandeling zou bestaan uit face-to-face, clinician-delivered CBT, samen met farmacotherapie. In de praktijk wordt tweederde van de patiënten behandeld door de huisarts via het voorschrijven van medicijnen en counseling/advies.
Alle onderzochte studies rapporteren significante verbeteringen van de symptomen in vergelijking met de controlegroep. Soms ook beter dan groepstherapie. Meer mensen kunnen geholpen worden met CCBT, ook in afgelegen gebieden. Het Australische programma is goedkoop.

SBU Zweden

- **SBU Zweden: computer-based CBT voor angststoornissen en depressie (2007)¹⁸**

Er is beperkt bewijs (niveau 3) dat CCBT gunstige korte termijneffecten heeft bij de behandeling van paniekstoornis, sociale fobie en depressie. Vier studies gaan over depressie, waarvan één vergeleken heeft met CBT door een therapeut. Er is geen verschil aangetoond tussen interventies met en zonder therapeutische begeleiding.
Voor obsessief-compulsieve stoornis en lichte angst/depressie is het effect onvoldoende aangetoond. Ook de kosteneffectiviteit kon niet worden aangetoond. Er moet meer onderzoek komen naar welke patiënten in aanmerking komen voor CCBT, en naar de relatie met andere behandelingen.

4. Bespreking

Positief effect

De 13 door ons onderzochte studies (RCT's) en de in 2012 gepubliceerde systematische review/meta-analyse wijzen allemaal in dezelfde richting, namelijk dat internetbehandelingen van depressie een positief effect hebben, zowel voor lichte als zware vormen van depressie. De besproken studies tonen alle in sterkere of minder sterke mate aan dat behandelingen via internet betere resultaten geven dan geen behandeling of 'treatment as usual.' Daarbij merken we op dat de treatment as usual zoals die in de onderzochte studies is beschreven een beperkt karakter had en doorgaans uit niet meer bestond dan kortdurend contact met de huisarts. De behandeling zoals die in de NHG-standaard beschreven staat voor de verschillende diagnoses/fasen van depressie kent inmiddels een intensiever en gestructureerder karakter dan wat in de literatuur beschreven wordt als treatment as usual.

Overigens kan begeleide zelfhulp in de vorm van internetbehandeling, als onderdeel van kortdurende psychologische behandeling, deel uitmaken van de in de NHG-standaard aanbevolen aanpak.

Metastudie

In de recente systematische review/meta-analyse kon dit effect sterker worden aangetoond omdat het totaal aantal respondenten een betere statistische onderbouwing vormt van de effectiviteit.

Met of zonder ondersteuning?

Alle onderzochte interventies baseerden zich op een bepaalde manier op de cognitieve gedragstherapie. We hebben weinig studies gevonden die de internetbehandeling vergeleken met een eveneens op CBT gebaseerde face-to-face therapie. Wel zijn er sterke aanwijzingen dat een vorm van begeleiding betere effecten geeft dan een internetbehandeling waar begeleiding ontbreekt. Waarbij de begeleiding even goed uit een meer procesmatige ('technician-assisted') ondersteuning kan bestaan als uit professionele psychologische begeleiding.

Lichte of ernstige depressie?

In de meest recente Engelse richtlijn en uit het Australische HTA-onderzoek uit 2009 komt naar voren dat internetbehandeling het beste lijkt te werken bij mensen met een lichte tot matige depressie. In onze search vonden wij ook studies bij mensen met matige en ernstige vormen van depressie, waar internetbehandeling een positief effect heeft. Voor deze groep zal het doorgaans ingebed zijn in een geheel van elkaar aanvullende en versterkende interventies. De NHG-richtlijn geeft in alle fasen van stepped care ruimte voor (aanvullende) behandeling via internet.

5. Inhoudelijke consultatie

Een concept van dit rapport is voor inhoudelijke consultatie voorgelegd aan het NHG, de NVP, het NIP en de NVvP. De beide laatste hebben een gezamenlijke reactie gestuurd. Ook het NHG heeft gereageerd.

Beide reacties

Beide reacties bevelen aan om heldere en eenduidige terminologie te hanteren rond het begrip depressie. Termen als volwaardige depressie, subklinische depressie en manifeste depressie hebben we daarom verwijderd. Verder was niet duidelijk dat onze beoordeling hoofdzakelijk is gebaseerd op de drie besproken studies, en dat we de overige studies (waaronder de meta-analyse) beschouwen als ondersteunend aan deze beoordeling. Dit hebben we duidelijker opgeschreven.

Reactie NHG

De NHG gaf aan dat de NHG-standaard over depressie en depressieve klachten niet correct was weergegeven. Dit hebben we aangepast. Verder hebben we aangegeven dat het begrip treatment as usual, dat in sommige studies als vergelijkende behandeling is gehanteerd, inmiddels niet meer overeenkomt met de behandeling zoals die volgens de recente standaard door de huisarts zou moeten worden aangeboden. Dat betekent niet dat onze search daarmee achterhaald is. Wel dat de door ons gevonden evidence zijn weg heeft gevonden in de standaard. Er is dus geen sprake meer van een nieuwe interventie die vergeleken kan worden met de gebruikelijke behandeling, omdat deze er inmiddels deel van uitmaakt.

Reactie NIP/NVvP

NIP/NVvP geven aan dat de multidisciplinaire richtlijn alleen nog onderscheid maakt tussen lichte en ernstige depressie. Het begrip matige depressie wordt in ons rapport enkele malen genoemd. Waar dit gebaseerd was op een onderscheid dat ook in de onderzochte studies is gemaakt hebben we het gehandhaafd.

NIP/NVvP vermeldt verder dat er inmiddels meer evidence lijkt te zijn dat internettherapie ook effectief is bij mensen met ernstige depressies. De drie door ons beoordeelde studies hebben inderdaad vooral betrekking op ernstige depressie. Daarom hebben we de opmerking verwijderd dat e-health vooral geschikt zou zijn bij mensen met een lichte depressie, zoals sommige buitenlandse richtlijnen aangeven.

Wij gaven aan dat er slechts beperkt beschikbare onderzoeken zijn waarin cognitieve therapie bij depressie via internet wordt vergeleken met de effectiviteit van face-to-face behandelingen. NIP/NVvP noemen een meta-analyse waarin beide varianten wel met elkaar vergeleken worden. Deze studie heeft voornamelijk betrekking op angststoornissen, en voor de zes resterende

studies die wel over depressie gaan hebben er slechts twee betrekking op internetbehandeling. Daarom hebben we deze studie niet meegenomen.

6. Standpunt stand van wetenschap & praktijk

Op basis van onze literatuurstudie concluderen we dat e-mental health behandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met een depressie voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

7. Literatuurlijst

- ¹ CVZ. Pakketscan depressie. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. Diemen, 2012. Beschikbaar via www.cvz.nl
- ² Graaf R de, Have M ten, Dorsselaar, S van. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- ³ Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, et al. A comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-based Psychotherapeutic Interventions. *J Technol Hum Serv* 2008;109-60.
- ⁴ www.zorgvoornoveren.nl/dossier/6/vraag-en-antwoord/13, CVZ-notitie 'Wanneer is E-health verzekerde zorg?' van 29 november 2011
- ⁵ CVZ. Standpunt over cognitieve gedragstherapie Beating the Blues. Diemen, 2008. Beschikbaar via www.cvz.nl.
- ⁶ DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
- ⁷ Schoemaker C, Poos MJJC, Spijker J, et al. Hoe vaak komt depressie voor en hoeveel mensen sterven er aan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2012. Beschikbaar via <http://www.nationaalkompas.nl>.
- ⁸ Multidisciplinaire richtlijn depressie bij volwassenen, 2008. Of bedoel je: Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (tweede revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut, 2011
- ⁹ NHG standaard depressie. Tweede herziening. Huisarts Wet 2012;55:252-9. Samenvatting beschikbaar via: <http://nhg.artsennet.nl>.
- ¹⁰ van der Zanden R, Kramer J, Gerrits R, et al. Effectiveness of an Online Group Course for Depression in Adolescents and Young Adults: A Randomized Trial. *J Med Internet Res* 2012;14:e86.
- ¹¹ Berger T, Hammerli K, Gubser N, et al. Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cogn Behav Ther* 2011; 40: 251-66.
- ¹² Vernmark K, Lenndin J, Bjärehed J, et al. Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behav Res Ther* 2010;48:368-76.
- ¹³ Richards D and Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012; 32: 329-42.
- ¹⁴ Ruwaard J, The Efficacy and Effectiveness of Online CBT. [thesis]. Amsterdam: UvA, 2013.
- ¹⁵ NICE. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. 2009. Beschikbaar via www.nice.org.uk.
- ¹⁶ NICE. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. 2006. Beschikbaar via www.nice.org.uk.
- ¹⁷ AHTA. Internet delivered cognitive behavioural therapy for patients with depression. Horizon Scanning Technology Prioritising Summary. 2009.
- ¹⁸ SBU. Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders or Depression. 2007.

Bijlage A: Zoekstrategie

Medline (16-02-2011):

(computer* OR internet* OR telemedicine OR e-health OR ehealth OR e health)
AND ("Anxiety Disorders/therapy"[Mesh:noexp] OR "Agoraphobia/therapy"[Mesh] OR
"Panic Disorder/therapy"[Mesh] OR "Anxiety/therapy"[Mesh:noexp] OR
"Panic/therapy"[Mesh] OR "Depression/therapy"[Mesh] OR "Depressive
Disorder/therapy"[Mesh]) AND (effic* OR effect* OR treatment outcome[mesh])

Limits: Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial, Review, Comparative Study,
English, Dutch, Publication Date from 2006

14-03-2011:

(in process[sb] OR publisher[sb] OR pubmednotmedline[sb]) AND (anxiety OR
depression OR panic OR depressive OR Agoraphobia) AND ((computer* OR internet* OR
telemedicine OR e-health OR ehealth OR e health) AND (effic* OR effect*)) AND (trial OR
trials)

PsycInfo (13-03-2011)

(computer or internet or telemedicine or e health or computers).af.

AND

*anxiety disorders/ OR exp *Agoraphobia/ OR *panic disorder/ OR **"depression
(emotion)"/

AND

(efficacy or effective or effectivity).af. or treatment outcome.sh

AND

("0200 clinical case study" or "0430 followup study" or "0830 systematic review" or
1200 meta analysis or "2006 treatment outcome/randomized clinical trial") and (dutch
or english) and last 5 years)

Embase (05-04-2011)

(anxiety or depression or panic or depressive or agoraphobia).af.

AND

(computer or internet or ehealth).af.

Limits: ((meta analysis or outcomes research or "systematic review") and randomized
controlled trial), vanaf 2006

Cinahl (05-04-2011)

anxiety OR depression OR panic OR depressive OR agoraphobia

AND

computer OR internet OR ehealth

AND

randomized OR randomised OR review OR meta-analysis

Limit: vanaf 2006, Peer Reviewed; Exclude MEDLINE-records

Bijlage B: Overige bronnen (06-04-2011)

Zoekwoorden: depression, depressive disorders, anxiety, panic, computer, internet

HTA-database

1. AHTA. Internet delivered cognitive behavioural therapy for patients with depression. Horizon Scanning Technology Prioritising Summary . 2009. Geraadpleegd in Maart 2011 via [http://www.horizonscanning.gov.au/internet/horizon/publishing.nsf/Content/68B1F63984E68993CA2575AD0080F3E2/\\$File/PS%20Internet%20therapy%20for%20depression.pdf](http://www.horizonscanning.gov.au/internet/horizon/publishing.nsf/Content/68B1F63984E68993CA2575AD0080F3E2/$File/PS%20Internet%20therapy%20for%20depression.pdf).
2. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, et al. A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. J Technol Hum Serv 2008; 26: 109-60.

Overige websites (Zorgverzekeraars, NICE, GBA, KCE, HAS, LBI)

1. NICE. Depression. The treatment and management of depression in adults. 2009. Geraadpleegd in April 2011 via <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12329/45888/45888.pdf>.
2. NICE. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Review of Technology Appraisal 51. 2008. Geraadpleegd in April 2011 via <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11568/33185/33185.pdf>.
3. SBU. Computer-Based Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders or Depression. 2007. Geraadpleegd in April 2011 via http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/3/ComputerBased_Cognitive_Behavioral_Therapy_Anxiety_Disorders_Depression_200703.pdf.

Update 24-07-2012

HTA-database

Richards D and Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2012; 32(4): 329-42.

Bijlage C: Flow diagram of study selection

Pubmed 215 In process 41	PsychInfo 45	Embase 4	Cinahl 6	TOTAAL 311
-----------------------------------	-----------------	-------------	-------------	-------------------

na toepassen in- en exclusiecriteria op titel:

Pubmed 56 In process 13	PsychInfo 6	Embase 3	Cinahl 6	TOTAAL 84
----------------------------------	----------------	-------------	-------------	------------------

na toepassen in- en exclusiecriteria op abstract:

Pubmed 32 In process 7	PsychInfo 4	Embase 2	Cinahl 4	TOTAAL 49
---------------------------------	----------------	-------------	-------------	------------------

geen SR, MA, angst en angst/depressie:

Pubmed 11 In process -	PsychInfo -	Embase -	Cinahl -	TOTAAL 1 11
---------------------------------	----------------	-------------	-------------	--------------------

AANVULLENDE SEARCH (inclusief abstract)

Pubmed 47 In process 43	PsychInfo 6	Embase 1	Cinahl -	TOTAAL 97
----------------------------------	----------------	-------------	-------------	------------------

Na toepassen selectiecriteria (zie hiervoor):

Pubmed 4 In process 7	PsychInfo -	Embase -	Cinahl -	TOTAAL 2 11
--------------------------------	----------------	-------------	-------------	--------------------

Totaal 1+2: 22 artikelen (zie bijlage D)

Bijlage D: Geselecteerde studies

Opgenomen in tabel 1:

van der Zanden R, Kramer J, Gerrits R, Cuijpers P, Effectiveness of an Online Group Course for Depression in Adolescents and Young Adults: A Randomized Trial. <i>J Med Internet Res</i> 2012;14(3):e86.
Berger T, Hammerli K, Gubser N, et al. Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. <i>Cogn Behav Ther</i> 2011; 40(4): 251-66.
Vernmark K, Lenndin J, Bjärehed J, et al. Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. <i>Behav Res Ther.</i> 2010 May;48(5):368-76. Epub 2010 Feb 2.
Titov N, Andrews G, Davies M, et al. Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. <i>PLoS One.</i> 2010 Jun 8;5(6):e10939.
de Graaf LE, Gerhards SA, Arntz A, et al. Clinical effectiveness of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. <i>Br J Psychiatry.</i> 2009 Jul;195(1):73-80.
Kessler D, Lewis G, Kaur S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. <i>Lancet.</i> 2009 Aug 22;374(9690):628-34.
Perini S, Titov N, Andrews G. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. <i>Aust N Z J Psychiatry.</i> 2009 Jun;43(6):571-8.
Meyer B, Berger T, Caspar F, et al. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. <i>J Med Internet Res.</i> 2009 May 11;11(2):e15.
Warmerdam L, van Straten A, Twisk J, et al. Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. <i>J Med Internet Res.</i> 2008 Nov 20;10(4):e44.
Mackinnon A, Griffiths KM, Christensen H. Comparative randomised trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. <i>Br J Psychiatry.</i> 2008 Feb;192(2):130-4.
Levesque DA, Van Marter DF, Schneider RJ, et al. Randomized trial of a computer-tailored intervention for patients with depression. <i>Am J Health Promot</i> 2011; 26(2): 77-89.
Farrer L, Christensen H, Griffiths KM, et al. Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomised controlled trial. <i>PLoS One</i> 2011; 6(11): e28099.
Ruwaard J, Schrieken B, Schrijver M, et al. Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. <i>Cogn Behav Ther.</i> 2009 Dec;38(4):206-21.

Niet opgenomen in tabel 1:

Levin W, Campbell DR, McGovern KB, et al. A computer-assisted depression intervention in primary care. <i>Psychol Med</i> 2011; 41(7): 1373-83.
Preschl B, Maercker A, Wagner B. The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. <i>BMC Psychiatry</i> 2011; 11, 189.
Andersson G, Hesser H, Hummerdal D, et al. A 3.5-year follow-up of Internet-delivered cognitive behavior therapy for major depression. <i>J Ment Health</i> 2011; aheadofprint, Sept. 29.
Holländare F, Johnsson S, Randestad M, et al. Randomized trial of Internet-based relapse prevention for partially remitted depression. <i>Acta Psychiatr Scand</i> 2011; 124(4): 285-94.
Hoek W, Marko M, Fogel J, et al. Randomized controlled trial of primary care physician motivational interviewing versus brief advice to engage adolescents with an Internet-based depression prevention intervention: 6-month outcomes and predictors of improvement. <i>Transl Res</i> 2011; 158(6): 315-25.

<p>Button KS, Wiles NJ, Lewis G, et al. Factors associated with differential response to online cognitive behavioural therapy. <i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i> 2011; aheadofprint, May 4.</p>
<p>Gerhards SA, de Graaf LE, Jacobs LE, et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. <i>Br J Psychiatry</i>. 2010 Apr;196(4):310-8.</p>
<p>van Straten A, Seekles W, van 't Veer-Tazelaar NJ, et al. Stepped care for depression in primary care: what should be offered and how? <i>Med J Aust</i>. 2010 Jun 7;192(11 Suppl):S36-9.</p>
<p>de Graaf LE, Huibers MJ, Riper H, et al. Use and acceptability of unsupported online computerized cognitive behavioral therapy for depression and associations with clinical outcome. <i>Source J Affect Disord</i>. 2009 Aug;116(3):227-31. Epub 2009 Jan 22.</p>

Bijlage E: Relevantie en validiteit geselecteerde studies

		VALIDITEIT		
		+	+/-	-
R E L E V A N T I E	+	Van der Zanden, 2012 Berger, 2011 Vernmark, 2010	De Graaf, 2009 Kessler, 2009 Perini, 2009 Meyer, 2009 Warmerdam, 2008 Mackinnon, 2008	
	+/-	Titov, 2010	Levesque, 2011 Farrer, 2011 Ruwaard, 2009	
	-	Levin, 2011 Preschl, 2011 Andersson, 2011 Holländare, 2011 Hoek, 2011 Button, 2011 Gerhards, 2010 Van Straten, 2010 De Graaf, 2009		