



Zorginstituut Nederland

Evaluatierapport

Standpunt

Internetbehandelingen
bij Depressie

Evaluatie Internetbehandelingen bij Depressie

Zorginstituut Nederland

Datum 22 November 2018

Colofon

Versienummer	1
Volgnummer	2018010505
Contactpersoon	Van Vlaardingen, F. 06 2287 3982
Auteur(s)	Verstijnen, I.M., Rijnierse, L., van Vlaardingen, F.
Afdeling Dwarsverband	Sector Zorg Evalueren en Monitoren

Het Evaluatieprogramma van Zorginstituut Nederland

Om de effecten van de producten van Zorginstituut Nederland op de praktijk van de zorg in kaart te brengen, heeft het Zorginstituut een evaluatieprogramma opgericht. Het evaluatieprogramma heeft drie doelen:

- 1) Inzicht krijgen in het effect van de producten van het Zorginstituut op de praktijk van de zorg;
- 2) Het versterken van de doorwerking van de producten van het Zorginstituut op de praktijk van de zorg;
- 3) Het intensiveren van het leerproces binnen de organisatie.

Het startpunt van een evaluatie is het beoogde effect van een te evalueren product. Tot een product worden adviezen, handreikingen, duidingen, verbetersegnementen, kwaliteitsstandaarden, kwaliteitsindicatoren en meetinstrumenten gerekend.

Met het evaluatieprogramma levert het Zorginstituut een belangrijke bijdrage aan de pijlers van het Nederlandse Gezondheidszorgsysteem: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Daarnaast draagt het evaluatieprogramma bij aan de missie van het Zorginstituut *'het bevorderen van kwalitatief goede zorg, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk'*.

Inhoud

COLOFON—1

SAMENVATTING—5

1 INLEIDING—6

1.1 Achtergrond—6

1.2 Doel evaluatie & Evaluatievraag—6

1.3 Eerste inventarisatie beschikbaarheid en toegankelijkheid data—6

1.3.1 Eerstelijns generalistische basis GGZ (via huisartsen declaraties)—6

1.3.2 Tweedelijns gespecialiseerde GGZ (met verwijzing/ financiering vanuit zorgverzekering)—7

2 AANPAK—8

3 RESULTATEN EN INTERPRETATIE—9

3.1 Nictiz E-health monitor—9

3.1.1 Resultaten—9

3.1.2 Interpretatie—11

3.2 Gesprekken met zorgverleners & onderzoekers—11

3.2.1 Interpretatie—12

3.3 Nieuwe evidence—12

3.3.1 Effectiviteit—12

3.3.2 Kosteneffectiviteit—13

3.3.3 Interpretatie—14

4 4. CONCLUSIE EN VERVOLGACTIES—15

Samenvatting

In 2013 heeft Zorginstituut Nederland het standpunt Internetbehandelingen bij Depressie gepubliceerd. In dit standpunt concludeert het Zorginstituut dat internetbehandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met een lichte of zware depressie, voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Na publicatie ontving het Zorginstituut signalen over een mogelijke toename in zorggebruik en kosten doordat internetbehandelingen als extra behandelvorm worden toegevoegd aan bestaande behandelingen, in plaats van de traditionele face-to-face behandeling te vervangen. Om die redenen is deze evaluatie gestart. Daarnaast willen we inzicht krijgen in het type patiënt (licht of zwaar) dat gebruikt maakt van internetbehandelingen.

In deze evaluatie stellen we daarom de volgende vragen:

- Is er sprake van de in het standpunt beoogde substitutie van face-to-face behandelingen door internetbehandelingen bij de cognitieve gedragstherapie van depressie?
- Indien er sprake is van internetbehandeling bij patiënten met een zware depressie, is dit gepaste zorg?

Uit deze evaluatie blijkt dat de toename van internetbehandelingen bij depressie niet zo'n vaart loopt als in 2013 gedacht. Uit de eHealth-monitor van NIVEL en Nictiz blijkt dat in de periode 2013-2017 slechts 1 tot 3 procent van de mensen met psychische problemen een internetbehandeling heeft ontvangen. Er is zeker geen sprake van een sterke toename sinds 2013. Een grote groep patiënten en ook zorgverleners (POH GGZ) blijft face-to-face behandelingen verkiezen. Daarmee lijkt de verwachte substitutie van face-to-face behandelingen vooralsnog niet plaats te vinden.

Verder komt uit interviews en gepubliceerd onderzoek naar voren dat de internetbehandelingen waar het standpunt betrekking op heeft, mogelijk niet kosteneffectiever zijn dan de gebruikelijke face-to-face behandelingen. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ook internetbehandelingen een zekere mate van professionele support behoeven. In welke mate die support nodig is, waaruit die support bestaat en in hoeverre er dan sprake is van blended care (een mix van internet- en face-to-face behandelingen) is nog onduidelijk. Mogelijk leidt meer support ook tot meer therapietrouw. Echter, meer wetenschappelijk onderzoek is nodig om deze eerste signalen te bevestigen. Gezien de beperkte inzet van de internetbehandelingen, zal de impact van de lagere kosteneffectiviteit op de zorgkosten gering zijn.

Uit gepubliceerde onderzoeken hebben we geen informatie verkregen over een mogelijk verschil in effectiviteit van internetbehandelingen bij een zware of een lichte depressie.

De bevindingen bij deze evaluatie geven het Zorginstituut op dit moment geen aanleiding om vervolgstudies in te zetten.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Zorginstituut Nederland (destijds College voor Zorgverzekeringen, CVZ) concludeert in 2013 in haar standpunt Internetbehandelingen bij Depressie dat internetbehandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met een lichte of zware depressie voldoen 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. Het beoogde effect van het standpunt was de introductie van internetbehandelingen als een te verzekeren prestatie bij de genoemde indicaties. Internetbehandelingen kunnen daarmee face-to-face behandelingen vervangen (substitutie). Daarbij tekenen de schrijvers van het standpunt aan dat begeleide internetbehandelingen effectiever lijken dan niet begeleide internetbehandelingen.

Internetbehandelingen lijken veel voordelen te hebben. Zo worden genoemd dat Internetbehandelingen minder tijd kosten van therapeuten, (daarom) goedkoper zijn en de zorg toegankelijker maken. De patiënt heeft de behandeling in eigen hand (kan zelf tijdstip en tempo bepalen) en heeft geen reistijd. Bovendien blijken patiënten internetbehandelingen minder stigmatiserend te vinden.

Na publicatie van het standpunt is het echter onduidelijk hoe internetbehandelingen worden toegepast in de praktijk. Er kwamen bij Zorginstituut Nederland signalen binnen dat internetbehandelingen worden toegepast bovenop reguliere behandelingen en dat daarmee niet de substitutie optreedt die vooraf werd beoogd. Daarnaast was onduidelijk of internetbehandelingen in de basis GGZ ook worden toegepast bij personen met een zware depressie en zo ja, of er in dat geval sprake is van gepaste zorg. Zorginstituut Nederland is daarom geïnteresseerd in de gevolgen van het standpunt internetbehandelingen bij depressie.

1.2 Doel evaluatie & Evaluatievraag

Door middel van een evaluatie wil Zorginstituut Nederland de ontwikkelingen rondom internetbehandelingen voor depressies in kaart brengen en tevens inzicht krijgen in de specifieke doelgroepen waarvoor deze internetbehandelingen worden toegepast in de praktijk. De evaluatievragen luiden:

- Is er sprake van de beoogde substitutie van face-to-face behandelingen door internetbehandelingen bij de cognitieve gedragstherapie van depressie?
- Indien er sprake is van internetbehandeling bij patiënten met een zware depressie, is dit gepaste zorg?

1.3 Eerste inventarisatie beschikbaarheid en toegankelijkheid data

Het is van belang dat er voldoende en gedegen informatie beschikbaar is voor het evalueren van het standpunt. In een eerste inventarisatie is vastgesteld of de huidige registraties voldoende informatie geven om het standpunt periodiek te monitoren en in hoeverre internetbehandelingen te onderscheiden zijn van de face-to-face behandelingen in de registraties.

De data voor de eerstelijns zorg (huisartsendeclaraties) en die van de tweede lijn (DBC-zorgproducten) worden niet tezamen geregistreerd, daarom wordt hieronder per databron aangegeven wat zij mogelijk te bieden hebben op de andere twee assen: zware/lichte depressie en internet/face-to-face behandelingen.

1.3.1 Eerstelijns generalistische basis GGZ (via huisartsendeclaraties)

Voor een POH-GGZ bestaan aparte prestaties voor een e-consult en voor een gewoon consult (code 12115: email consult POH-GGZ in huisartsenbestand GGZ). Deze prestaties zijn

beschreven in de beleidsregel Huisartsenzorg. Echter de POH-GGZ kan een e-consult (screen-to screen-consult) declareren op basis van het reguliere consult tarief omdat de beleidsregel Huisartsenzorg niet voorschrijft in welke vorm het consult moet plaatsvinden (face-to-face of screen-to-screen)¹. Verder is onduidelijk in hoeverre het onderscheid tussen lichte en zware depressies geregistreerd wordt in de huisartsenregistraties.

De informatie over het gebruik van e-health versus face-to-face in de eerste lijn kon bij aanvang van deze evaluatie niet via interne databases van het Zorginstituut verkregen worden.

1.3.2 Tweedelijns gespecialiseerde GGZ (met verwijzing/ financiering vanuit zorgverzekering)
In de tweedelijnszorg wordt de depressie-zorg gedeclareerd middels een DBC-zorgproduct. Binnen DBC-zorgproduct is het mogelijk om zorgactiviteiten te registreren waaruit uiteindelijk een zorgprofiel ontstaat. Er is gekozen om geen aparte DBC-zorgproducten voor e-health toepassingen te maken omdat het uitgangspunt is dat dezelfde diagnose/zorgvraag niet tot andere DBC-zorgproducten moeten leiden op het moment dat de zorg op een andere wijze geleverd wordt dan normaliter. Voor een beperkt aantal e-health toepassingen zijn er echter wel zorgactiviteitcodes beschikbaar, maar het is niet duidelijk in hoeverre dit ook voor internetbehandelingen voor depressies geldt en in hoeverre deze correct geregistreerd worden door de zorgverleners. Wel weten we dat vanaf 2014 "screen-to-screen" consulten in een aparte zorgactiviteitcode geregistreerd konden worden. Dit beeldconsult dient ter vervanging van het fysieke consult en deze extra zorgactiviteit is toegevoegd met als doel de transparantie van de geleverde zorg te verbeteren.² In 2017 concludeerde de NZa echter dat ook waar consultatie op afstand mogelijk was, dit niet door het toenmalige DBC-systeem gestimuleerd werd. Het systeem gaf daarentegen eerder een financiële prikkel om consulten op de polikliniek te leveren. Sinds 1 januari 2018 gelden daarom weer nieuwe zorgactiviteitcodes.³

Samengevat kunnen we op basis van de ons beschikbare gegevens niet goed achterhalen in hoeverre internetbehandelingen voor depressies in de tweedelijns zorg in de DBC declaraties te onderscheiden zijn van face-to-face behandelingen, of blended care (een combinatie van face-to-face en internetbehandelingen). Daarnaast is niet duidelijk in hoeverre we op basis van declaratiegegevens onderscheid kunnen maken naar de zwaarte van de depressie.

¹ <http://www.ehealthfinanciering.nl/vraag-en-antwoord/8-basisinformatie/44-individuele-gebruiker>

² http://www.nza.nl/104107/139830/740611/Advies_E-health.pdf, p.15.

³ <https://werkenmetdbcs.nza.nl/documenten-ziekenhuiszorg/overzicht-releases/alle-nu-geldende-documenten/geldend-2018/releasedocumenten-67/9168-20180101-wijzigingen-dbc-release-rz18b-v20170921/file>

2 Aanpak

Omdat de mogelijkheden om de evaluatievragen te onderzoeken via de ons ter beschikking staande databases ontbraken, is naar alternatieve wegen gezocht. Die zijn gevonden in onder meer de eHealth-monitor van NIVEL en Nictiz⁴. Het Nivel heeft in het kader van de eHealth-monitor een onderzoek naar de toepassing van internetbehandelingen in de eerste en in de tweede lijn lopen. Bij dit onderzoek zullen vragenlijsten worden voorgelegd aan huisartsen, psychiaters en een consumentenpanel. Zorginstituut Nederland heeft een aantal vragen mogen toevoegen aan de vragenlijst in het kader van de evaluatie van het standpunt. Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met onderzoekers die onderzoek doen naar internetbehandelingen in de geestelijke gezondheidszorg. Hun publicaties en die van anderen vormde een derde lijn van onderzoek.

Er worden kortom drie onderzoekslijnen gevolgd;

1. eHealth-monitor NIVEL en Nictiz
2. Gesprekken met zorgverleners & onderzoekers
3. Volgen van nieuwe evidence

⁴ <https://www.nictiz.nl/programmas/e-health-monitor/e-health-monitor-2017/>

3 Resultaten en interpretatie

3.1 eHealth-monitor

Nictiz en NIVEL brengen middels deze monitor de beschikbaarheid en het gebruik van e-health in Nederland in kaart. Vragenlijsten worden hiervoor uitgezet onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en het Panel Verpleging & Verzorging, de leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten, de deelnemers aan het KNMG-artsenpanel en de leden van de Landelijke Vereniging POH-GGZ. De eHealth-monitor is een jaarlijks terugkerend onderzoek.

3.1.1 Resultaten

Uit de eHealth-monitor 2017 blijkt dat maar heel weinig zorggebruikers de afgelopen jaren internetbehandelingen voor psychologische problemen hebben gevolgd. De categorie psychologische problemen in de eHealth-monitor omvat naast depressie ook andere problemen (bijvoorbeeld problematisch alcoholgebruik). Het percentage Internetbehandelingen bij depressie zal derhalve nog lager liggen. Ook omvatten de onderstaande percentages anonieme behandelingen, die mogelijk niet voorafgegaan zijn door een intake/diagnose door een zorgverlener. Alhoewel er in 2017 het hoogste percentage van 3% onder de respondenten wordt gevonden, is het bij dergelijke lage percentages onduidelijk of er daadwerkelijk sprake is van een toename van e-healthgebruik door alle zorggebruikers in Nederland.

Tabel 5.13

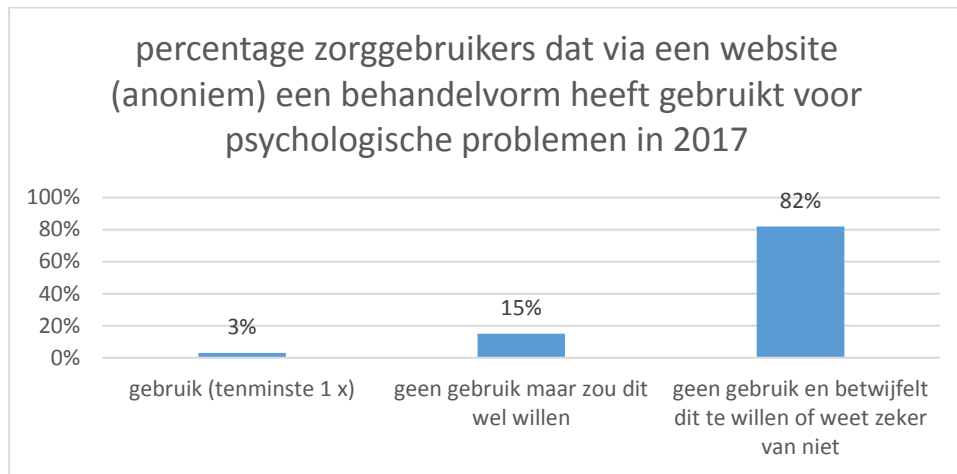
Zorggebruikers
- Percentage
zorggebruikers dat via
internet een online
behandelvorm of zelftest
heeft gebruikt in het
afgelopen jaar; van 2013
tot 2017.

	2013 (n=717-720) (%)	2014 (n=691-693) (%)	2015 (n=682) (%)	2016 (n=532-535) (%)	2017 (n=511-517) (%)
Via een website (anoniem) een behandeling gevolgd voor psychologische problemen*	1	1	2	1	3

* niet getoetst i.v.m. kleine aantallen

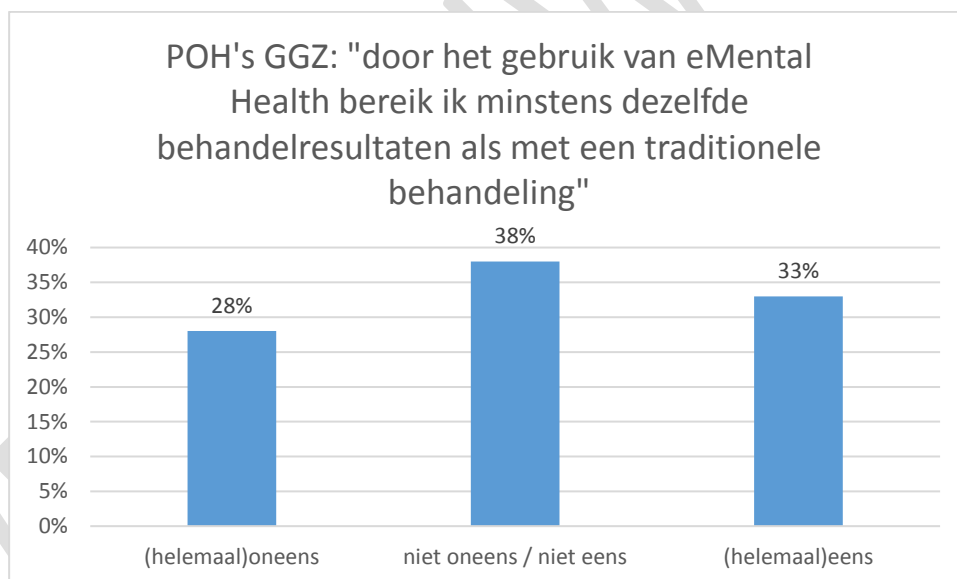
Tabel 1. Tabel 5.13 uit de eHealth-monitor 2017 van NIVEL en Nictiz; slechts weinig mensen met psychologische problemen hebben in de afgelopen jaren gebruik gemaakt van internetbehandelingen. Het is onduidelijk of er een toename in gebruik is.

Naast de 3% zorggebruikers die in 2017 een internetbehandeling voor psychologische problemen heeft gevolgd, geeft 4 op de 5 zorggebruikers (82%) aan te betwijfelen of zelfs zeker te weten dat ze geen gebruik van een online behandelvorm zouden willen maken. 1 op de 5 zou dit wel willen of heeft dit al gedaan (n=511-517).



Figuur 1. Afgeleid uit de eHealth-monitor 2017 van NIVEL en Nictiz; een klein percentage (15%) van de mensen met psychologische problemen zonder eerder gebruik van internetbehandelingen geeft aan dit wel te willen. De (82%) betwijfelt dit of weet zeker van niet.

Ook aan de kant van de behandelaars heerst twijfel. Van de POH's-GGZ die in 2017 een e-mental health toepassing hebben ingezet reageert 1 op de 3 (28%) negatief op de stelling dat het effect ten minste gelijkwaardig is aan het effect wat bereikt kan worden met traditionele behandelingen, 1 op de 3 weet het niet (38%) en 1 op de 3 (33%) reageert positief (n=209).



Figuur 2. Afgeleid uit de eHealth-monitor 2017 van NIVEL en Nictiz⁴; een groot deel van de POH's GGZ (71%) is niet overtuigd van de toegevoegde waarde van internetbehandelingen.

Naar inschatting van de POH's-GGZ hebben 3 van de 4 (73%) van de door hun middels een e-mental health toepassing behandelde patiënten een voorkeur voor face-to-face behandelingen. Ook geeft een groot aantal POH's-GGZ (66%) aan dat patiënten vroegtijdig stoppen met de e-mental health behandeling omdat zij het gevoel hebben beter te zijn. Zie tabel hieronder. Dit kan betekenen dat er sprake is van lagere therapietrouw bij internetbehandelingen. Patiënten hebben dan niet het volledige programma doorlopen, met daardoor een grotere kans op een terugval.

Tabel 5.19
POH-GGZ - Percentage
POH's-GGZ dat aangeeft
wat patiënten volgens
hen vinden van
eMental Health; in 2017
(n=203)*.

Patiënten in het algemeen...	Helemaal oneens (%)		Niet oneens/niet eens (%)		Weet ik niet (%)	
	Helemaal oneens (%)	Oneens (%)	Eens (%)	Helemaal eens (%)	Weet ik niet (%)	
hebben voorkeur voor face-to-face gesprekken	0	4	30	43	5	
stoppen met eMental Health zodra zij zelf het gevoel hebben beter te zijn, ondanks dat het volledige programma niet volledig doorlopen is	1	5	26	40	14	

Tabel 2. Tabel 5.19 uit de eHealth-monitor 2017 van NIVEL en Nictiz⁴; slechts 4% van de mensen met psychologische problemen heeft geen voorkeur voor face-to-face behandelingen. Er is veel voortijdige uitval bij internetbehandelingen.

3.1.2 Interpretatie

De resultaten van de eHealth-monitor laten geen rooskleurig beeld zien voor wat betreft de implementatie van internetbehandelingen bij depressie; screen-to-screen behandelingen vinden slechts op kleine schaal plaats en zorggebruikers en zorgverleners (POH-GGZ) uiten twijfel over de (toegevoegde) waarde. Mogelijk is er ook verminderde therapietrouw.

3.2 Gesprekken met zorgverleners & onderzoekers

Prof. Dr. P. Cuijpers, Hoogleraar Klinische Psychologie & Hoofd afdeling Klinische Psychologie, aan de Vrije Universiteit Amsterdam

In november 2014 hebben twee medewerkers van Zorginstituut Nederland Prof. Dr. P. Cuijpers geïnterviewd. Vaste onderdelen van een internetbehandeling zijn volgens Prof. Cuijpers: 1. cognitieve herstructurering, 2. problem solving therapy, 3. huiswerkopdrachten, 4. begeleiding, 5. mood-registratie, 6. present activities scheduling. Voor Prof. Cuijpers is het duidelijk dat internetbehandelingen effectief zijn, alleen is het moeilijk om ze geïmplementeerd te krijgen in de GGZ. Naar zijn mening is een belangrijke belemmering voor de implementatie van internetbehandelingen dat de POH-GGZ er niet bekend mee is. Voorlichting zou de implementatie van internetbehandelingen kunnen faciliteren.

Een andere verklaring voor de beperkte implementatie is volgens Cuijpers dat zorgverleners bij blended care niet goed weten wanneer ze moeten/kunnen overschakelen van face-to-face naar internet en vice versa. De optimale verhouding van face-to-face en internet in blended care gaat onderzocht worden in de zogenoemde E-COMPARED studie.⁵

Internetbehandelingen zijn volgens Cuijpers goedkoper dan reguliere behandelingen (face-to-face). Hij geeft aan dat er een trial is geweest met variabele mate van ondersteuning. Hieruit kwam naar voren dat zonder begeleiding de internetbehandeling minder effect heeft. De persoon die begeleiding geeft bij de internetbehandeling hoeft hiervoor niet zwaar geschoold te zijn.

Prof. Cuijpers geeft verder aan dat de WHO een wereldwijd onderzoek wil doen naar het effect van behandelingen om hierop een economisch model te baseren. Dit staat voor november

⁵ Protocol: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-016-1511-1>

2015 op de agenda van de WHO. De VU is hierbij betrokken en levert systematische reviews van interventiestudies.

Op basis van deze informatie uit het gesprek met Prof. Cuijpers heeft Zorginstituut Nederland in 2014 besloten de resultaten van de lopende Europese onderzoeken met name die van E-COMPARED af te wachten.

Prof. Dr. H. Riper, hoogleraar e-Mental Health / Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam & GGZ inGeest.

In juli 2017 zijn twee medewerkers van Zorginstituut Nederland op bezoek geweest bij Prof. Dr. Heleen Riper. Zij geeft een update over het eerder door Prof. Cuijpers genoemde Europese onderzoek E-COMPARED dat de vergelijking maakt van blended met 'usual care' in acht landen. Voorlopige, in juli 2017 nog niet gepubliceerde, resultaten laten volgens Prof. Riper zien dat in sommige landen de blended care effectiever is dan gebruikelijke zorg, maar gemiddeld over de acht landen blijkt de therapeutisch meerwaarde gering. Blended care blijkt ook niet kosteneffectiever zoals Cuijpers en ook het Zorginstituut in het standpunt verwachtten.

Verder geeft Prof. Riper aan dat binnenkort een onderzoek gepubliceerd zal worden over de vergelijking tussen intensieve behandeling met blended (twee contacten per week, gedurende tien weken) in vergelijking met gewone 'face to face' behandeling (een contact per week, gedurende twintig weken) bij depressie; beide typen behandeling in het onderzoek bleken even effectief te zijn. Wel was de therapietrouw bij de intensieve behandeling groter.

3.2.1 Interpretatie

In de drie jaar tussen het eerste interview en het tweede zijn de verwachtingen zeker voor wat betreft kosteneffectiviteit naar beneden bijgesteld; bij gelijke effectiviteit zou de meerwaarde van internetbehandeling zich in vermindering van kosten bevinden. Deze verwachte meerwaarde lijkt zich niet te manifesteren. Om hier zo mogelijk meer duidelijkheid over te krijgen, is nieuwe evidence bekeken.

3.3 Nieuwe evidence

In januari 2018 verschijnen er berichten in de media die lijken aan te geven dat internettherapie bij depressie op de lange termijn niet effectief is⁶. Deze berichten zijn terug te voeren op een publicatie van voorlopige onderzoeksresultaten van een Nederlands onderzoek naar terugval (het voorkomen van nieuwe depressies nadat iemand hersteld is van een eerdere depressie)⁷. In dit onderzoek werd het effect van de internetvariant van PCT (Preventive Cognitive Therapy) op terugval onderzocht. Het betreft daarmee niet de (internetvariant) van de Cognitive Behavioral Therapy (CBT) die uitgangspunt was van het standpunt van Zorginstituut Nederland dat zich richtte op de primaire behandeling van depressie.

Naast dat de resultaten van E-COMPARED verwacht werden (zie 3.2 Interviews), was de media-aandacht was reden voor een niet-systematische search naar nieuwe evidence.

3.3.1 Effectiviteit

In 2018 is een update verschenen van de eerdere review uit 2014 naar het effect van Internet-based vs. face-to-face CBT⁸. Deze update laat zien dat ook met inclusie van recentere literatuur de conclusie zoals die getrokken is in het standpunt van Zorginstituut Nederland dat beide uitvoeringsvarianten van CBT vergelijkbare resultaten laten zien, nog steeds

⁶ Zie bijvoorbeeld; <https://www.ggznieuws.nl/home/internettherapie-depressies-effectief-op-lange-termijn/>

⁷ Klein N.S., Kok G.D., Burger H., van Valen E., Riper H., Cuijpers P., Dekker J., Smit F., van der Heiden C., Bockting C.L.H. (2018). No sustainable Effects of an Internet-Based Relapse Prevention Program over 24 Months in Recurrent Depression: Primary Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*; 87: 55-57

⁸ Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., Hedman-Lagerlöf, E. (2018) Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*; 47(1): 1-18.

gerechtvaardigd is. De update betrof meerdere psychiatrische en somatische aandoeningen maar includeerde 4 studies naar depressie. De update concludeerde verder dat er geen verschil was in drop-out tussen Internet-based vs. face-to-face CBT. Omdat bij depressies sprake kan zijn van 'relapses' na behandeling is het belangrijk om ook naar de langeretermijneffecten van internetbehandelingen in vergelijking tot face-to-face behandelingen te kijken. Over het langeretermijneffect van de internetvariant van CBT wordt in een recente systematische review uit 2017⁹ geconcludeerd dat het korte termijn effect van 'therapist-supported' internet therapie zo'n 3 jaar kan aanhouden. Dit is onderzocht voor een aantal aandoeningen waaronder depressie. De langeretermijneffecten van internetbehandelingen lijken op gelijke wijze aan te houden als die van face-to-face behandelingen. Therapieën die geleverd worden via smartphones vielen buiten dit onderzoek. De auteurs raden aan aanvullend onderzoek te doen naar deze nieuwe therapievormen.

Alhoewel de meeste studies van een bepaalde mate van 'therapist-support' lijken uit te gaan wanneer ze het over internettherapie hebben, is het niet duidelijk in welke mate support door de therapeut bij internettherapie noodzakelijk is. In een recente studie¹⁰ van de groep van Prof. Cuijpers naar IPD (Individual Patient Data) wordt geconcludeerd dat 'self-guided' internettherapie een goed alternatief lijkt voor een wachtlijst. Een recente review¹¹ concludeert echter dat er nog niet voldoende gegevens beschikbaar zijn om hier definitieve conclusies over te trekken. Deze review concludeert verder dat ook voldoende gegevens ontbreken om conclusies te trekken over de optimale communicatievorm tussen therapeut en patiënt bij internetbehandelingen (SMS, telefoon, face-to-face). Ook de optimale mate van afwisseling (blending) tussen face-to-face en internetbehandelingen lijkt nog niet duidelijk. De resultaten van de E-COMPARED studie waarin in een vergelijking tussen acht EU-landen de mate van blending systematisch werd gevarieerd en waaraan gerefereerd werd in de interviews van Prof. Cuijpers en Prof. Riper, blijken voorsnog niet gepubliceerd.¹² Daarom hebben we daarvoor alleen de mondelinge resultaten van Prof. Riper dat de therapeutische meerwaarde van blended care gering is.

Op basis van deze niet-systematische search kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de aanname die de grondslag vormde voor het standpunt in 2014, namelijk dat face-to-face versus internet-based therapieën vergelijkbare effectiviteit hebben, nog steeds onderschreven wordt door nieuwere evidence.

3.3.2 Kosteneffectiviteit

Anders dan de verwachte resultaten voor wat betreft effectiviteit lijkt de kosteneffectiviteit minder positief uit te vallen dan in 2014 werd aangenomen. In het standpunt van Zorginstituut Nederland en ook bij de zorgverleners heerste aanvankelijk de verwachting dat internetvarianten kostenbesparend zouden zijn. Er zijn echter wat eerste aanwijzingen voor het tegendeel. Uit een studie van Kenter et al. (2015)¹³ naar blended care behandelingen bij depressie bleek de blended care variant duurder dan de face-to-face behandelingen bij gelijkblijvende effectiviteit. De meerprijs kwam voort uit het feit dat patiënten die blended care kregen in totaal meer behandelsessies ontvingen (face-to-face plus online sessies). Kenter vermoedt dat gebrekkige implementatie van blended care hier mede de oorzaak van is.

⁹ Andersson, G., Rozental, A., Shafraan, R., Carlbring, P. (2017). Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Rev Neurother*; 18(1): 21-28.

¹⁰ Karyotaki, E., Kemmeren, L., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J.P., Schröder, J., Bretón-López, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huibers, M.J.H., Phillips, R., Gilbody, S., Moritz, S., Berger, T., Pop, V., Spek, V., Cuijpers, P. (2018). Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-11.

¹¹ Pihlaja, S., Stenberg, J., Joutsenniemi, K., Mehik, H., Ritola, V., Joffe, G. (2018). Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders –A Systematic review. *Internet Interventions*, 11(1); 1-10.

¹² <https://www.e-compared.eu/results/publications/>

¹³ Kenter R.M.F., van de Ven P.M., Cuijpers P., Koole G., Niamat S., Gerrits R.S., Willems M., van Straten A. (2015). Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interventions*; 2(1): 77-83.

Uit een abstract gepresenteerd op het ISPOR-2017 congres en gepubliceerd in Value in Health (2017)¹⁴ blijkt verder dat de kosteneffectiviteitsprognose voor 2-5 jaar na behandeling is gemaakt op basis van interim E-COMPARED data. In deze prognose wordt therapy as usual vergeleken met blended care. Ook deze auteurs concluderen (met een slag om de arm omdat zij zich baseren op interim resultaten) dat blended care niet als kosteneffectief beschouwd kan worden.

3.3.3 Interpretatie

De E-COMPARED resultaten naar blended care lijken nog niet (volledig) verschenen ondanks dat deze al zo'n twee jaar verwacht worden. De niet-systematische literatuur search naar andere onderzoeksresultaten bevestigt de eerdere bevindingen dat aan vergelijkbare effectiviteit tussen internetbehandelingen en 'face-to-face' behandelingen vooralsnog niet getwijfeld wordt, maar de kosteneffectiviteit lijkt tegen te vallen. Dit komt mogelijk doordat er bij internetbehandelingen mogelijk meer support nodig lijkt dan gedacht. Dit zijn echter wat eerste resultaten, het laatste woord over kosteneffectiviteit is daarmee nog niet gezegd. Dit blijkt ook uit het feit dat onlangs twee nieuwe studieprotocollen gepubliceerd zijn voor nieuwe studies naar kosteneffectiviteit van internetinterventies.¹⁵

¹⁴ [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(17\)30363-7/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(17)30363-7/fulltext)

¹⁵ Beecham, J., Bonin, E. Görlich, D., Baños, R., Beintner, I. Bluntrock, C., Bolinski, F., Botella, C., Daniel, D., Herrero, R., Potterton, R. Schmidt, U. Waldherr, K., Weisel, K. Ana-Carlotta Zarski, A., Zeiler, M., Jacobi C. Assessing the costs and cost-effectiveness of ICare internet-based interventions (protocol) (2018). Internet Interventions, in press (Available online 27 February 2018).

4 4. Conclusie en vervolgacties

4.1 Conclusies

In 2013 heeft Zorginstituut Nederland het standpunt Internetbehandelingen bij Depressie gepubliceerd. In dit standpunt werd geconcludeerd dat internetbehandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie voor volwassen patiënten met een lichte of zware depressie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Na publicatie ontving Zorginstituut Nederland signalen dat internetbehandelingen mogelijk de traditionele face-to-face behandeling niet vervangen maar als extra behandelvorm naast de face-to-face behandeling worden gegeven. Dit zou mogelijk een toename in zorggebruik en kosten tot gevolg kunnen hebben. Om die redenen is deze evaluatie gestart. Tevens om inzicht te krijgen in het type patiënt (licht of zwaar) dat gebruikt maakt van internetbehandelingen.

Uit deze evaluatie blijkt dat de uitrol van internetbehandelingen bij depressie niet zo'n vaart loopt als in 2013 gedacht. Uit de eHealth-monitor van NIVEL en Nictiz (waaraan het Zorginstituut enkele vragen heeft mogen toevoegen) blijkt dat slechts weinig mensen middels internetbehandelingen behandeld zijn en dat er zeker geen sprake is van een sterke toename sinds 2013, mogelijk zelfs helemaal geen toename. Een grote groep patiënten en ook zorgverleners (POH GGZ) blijft face-to-face behandelingen verkiezen ondanks de mogelijkheden die internetbehandelingen lijken te bieden, zoals tijd- en plaatsafhankelijk behandelen. Daarmee lijkt de verwachte substitutie van face-to-face behandelingen vooralsnog niet plaats te vinden.

Uit interviews en gepubliceerd onderzoek komt verder naar voren dat internetbehandelingen mogelijk niet kosteneffectief zijn. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat ook internetbehandelingen een zekere mate van professionele support behoeven. In welke mate die support nodig is, waaruit die support bestaat en in hoeverre er dan sprake is van blended care (een mix van internet- en face-to-face behandelingen) is nog onduidelijk. Mogelijk leidt meer support ook tot meer therapietrouw. Echter, meer onderzoek is nodig om deze eerste signalen te bevestigen. Gezien de beperkte uitrol van de internetbehandelingen, zal een mogelijk probleem met betrekking tot de kosteneffectiviteit ook geen vaart lopen.

Gepubliceerde onderzoeken lijken de vergelijkbare effectiviteit tussen internetbehandelingen en face-to-face behandelingen waarop het standpunt uit 2013 gebaseerd is, te bevestigen. Ook voor de langere termijn. Nieuwe therapievormen (zoals therapie middels smartphones) dienen zich aan; het is onduidelijk of deze vergelijkbare effectiviteit hebben. Ook is geen inzicht gekregen in een mogelijk verschil in effectiviteit tussen zware en lichte depressiepatiënten.

4.2 Vervolgacties

De bevindingen bij deze evaluatie geven het Zorginstituut op dit moment geen aanleiding om vervolgacties in te zetten. De omvang van de inzet van internetbehandelingen in verhouding tot andere behandelvormen is gering. Wel verwachten we dat internetbehandelingen in de toekomst een belangrijkere plaats zullen gaan innemen in het behandelaanbod bij psychische klachten en stoornissen. Deze ontwikkelingen zullen ertoe leiden dat meer gegevens en data beschikbaar komen over het gebruik, de effectiviteit en kosteneffectiviteit van verschillende internetbehandelingen.