College voor zorgverzekeringen

Onderwerp:	**Cognitieve gedragstherapie 'Beating the Blues' is een te verzekeren prestatie**
Samenvatting:	Deze adviesaanvraag omtrent geneeskundige zorg betreft een intelligent kennissysteem cognitieve gedragstherapie, Beating the Blues genaamd, ter behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. Het College heeft onderzocht of deze therapievorm kan worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet. Hiertoe heeft de medisch adviseur van het College onderzoek gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk van Beating the Blues. Volgens dit onderzoek kan Beating the Blues als therapievorm voor lichte tot matige depressies worden aangemerkt als zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is niet het geval voor de behandeling van angststoornissen.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zvw
Datum:	22 september 2008
Uitgebracht aan:	zorgverzekeraar

Onderstaand de volledige uitspraak.

De adviesaanvraag
U wilt advies over een cognitieve gedragstherapie waarbij gebruikt gemaakt wordt van een intelligent kennissysteem (Beating the Blues) ter behandeling van lichte tot matige depressies en angststoornissen. De therapie wordt aangeboden binnen de kaders van een behandelrelatie tussen patiënt en behandelaar. De behandelaar (arts of andere professional op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg) verwijst de patiënt naar Beating the Blues. De gecomputeriseerde behandeling wordt altijd in het kader van een behandelrelatie aangeboden en in combinatie met een beperkt aantal (gemiddeld twee) face-to-face-contacten.
Beating the Blues is een intelligent expertsysteem, dat de patiënt leidt door diverse modules cognitieve gedragstherapie, zonder dat daaraan actief een behandelaar te pas komt. De behandelaar speelt tijdens die modules een rol op afstand in die zin dat deze na elke module een 'report' ontvangt van het intelligente kennissysteem waarin de gemoedstoestand van de patiënt op de voet kan worden gevolgd.
U wilt advies over de vraag of deze therapie tot de te verzekeren prestaties behoort krachtens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving.

Wet- en regelgeving
Met betrekking tot deze adviesaanvraag zijn de volgende bepalingen van belang.

Artikel 10, onder a van de Zorgverzekeringswet omschrijft dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico inhoudt de behoefte aan geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.

Artikel 11, derde lid van het Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering.

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 2.1, derde lid van het Besluit zorgverzekering regelt dat onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Besluit zorgverzekering de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering omschrijft dat de zorg zoals onder meer huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden onder geneeskundige zorg valt.

Artikel 2.4, eerste lid, onder d van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat eerstelijns-psychologische zorg ten hoogste acht zittingen per jaar omvat.

Artikel 2.4, derde lid van het Besluit zorgverzekering geeft aan dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting psychotherapie of een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan worden bepaald dat hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangeven maximum.

Artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering luidt:
1. Voor individuele, groeps- of gezinspsychotherapie betaalt de verzekerde een bijdrage van € 15,60 per zitting tot een maximum van € 702 per kalenderjaar, waarbij voor gezinstherapie de bijdrage en het maximum gelden per gezin.
2. Voor partnerrelatiepsychotherapie is een bijdrage verschuldigd van € 7,80 per verzekerde per zitting, tot een maximum van € 351 per verzekerde per kalenderjaar.
3. De bijdrage is niet verschuldigd, indien de verzekerde een bijdrage ingevolge artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is verschuldigd.

Artikel 2.3 van de Regeling zorgverzekering bepaalt dat voor eerstelijnspsychologie de verzekerde een eigen bijdrage betaalt van € 10 per zitting.

Te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet
Beating the Blues kan worden aangemerkt als te verzekeren prestatie als het een behandeling is die medisch-specialisten (i.c. psychiaters) en klinisch psychologen plegen te bieden én de behandeling tevens voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg
Van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is sprake als geneeskundige zorg nodig is voor de behandeling van een psychische stoornis. Het College rekent zorg bij psychische stoornissen van As I en As II in de DSM-IV classificatie tot de geneeskundige zorg.

Stand van de wetenschap en praktijk
Om vast te stellen of zorg voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk volgt het College de principes van evidence based medicine (EBM). Bepalend voor deze keuze is dat EBM de beide elementen die in het criterium zijn opgenomen, wetenschap én praktijk, die samen één geïntegreerde wettelijke maatstaf vormen, combineert. Verder is van belang dat EBM naast internationale literatuur rekening houdt met de gepubliceerde expert-opinie.

EBM-methode

De EBM-methode richt zich op “het zorgvuldig, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal”. Evidence-based wil niet zeggen dat er voor alle geneeskundige interventies sprake moet zijn van harde bewijzen of harde eindpunten, maar wel dat de beschikbare evidence systematisch is geselecteerd en op gestructureerde wijze is gewogen en gebruikt. Kern van de methode is dat aan de medisch-wetenschappelijke informatie die is geselecteerd een niveau van bewijskracht wordt toegekend (het toekennen van "levels of evidence"), waardoor een hiërarchie in evidence ontstaat. Kardinaal uitgangspunt bij EBM is verder dat sterke evidence in principe zwakkere evidence verdringt.

Werkwijze College
Het College volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beslissing medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken.

De benaderingswijze van het College is verder als volgt:
- Indien één studie van A1-niveau of tenminste twee studies op A2-niveau met concordante uitkomsten beschikbaar is/zijn, is dit in principe voldoende voor een ondubbelzinnige beslissing (wel/niet zorg conform stand van de wetenschap en praktijk).
  Er dient wel altijd nagegaan te worden of er conflicterende evidence van lagere orde is en wat hiervan de reden zou kunnen zijn. Dit is met name relevant voor eventuele ernstige bijwerkingen.
- Indien meerdere systematische reviews of RCT’s van gelijke kwaliteit beschikbaar zijn met discordante uitkomsten, kan geen ondubbelzinnige beslissing worden genomen. In dat geval kan eventueel aanwezige evidence van een lagere orde die de uitkomsten van één/meerdere van de discordante reviews/RCT’s ondersteunt, de doorslag geven.
- In situaties waarin er geen studie van niveau A1 of (afgeronde) studies op A2-niveau gepubliceerd zijn, betrekt het CVZ in zijn beoordeling evidence van lagere orde (onderzoeken van niveau B, C en D). EBM is, zoals eerder gezegd, niet beperkt tot gerandomiseerde trials, meta-analyses of systematische reviews; een positieve beslissing kan ook op basis van lagere evidence worden genomen. Er gelden in dat geval wel een aantal voorwaarden/kanttekeningen:
  - de betreffende studies en bronnen moeten qua uitkomst consistent en actueel zijn;
  - nagegaan moet worden waarom er geen evidence van hoger niveau beschikbaar is;
  - er dienen plausibele, zwaarwegende argumenten te zijn waarom geen bewijskracht van het hoogste niveau bestaat.

Alleen dan kan op basis van lagere evidence de conclusie worden getrokken dat er sprake is van zorg conform stand van de wetenschap en praktijk.

Voor verdere informatie zie het Rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk* (uitgave CVZ, nr. 254, www.cvz.nl).

Medische beoordeling
Voor een medische beoordeling van uw adviesaanvraag heeft de medische adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. De medisch adviseur deelt het volgende mee.

Achtergrondinformatie
Alvorens de stand van de wetenschap en praktijk wordt onderzocht van Beating the Blues als therapievorm, wordt hieronder kort ingegaan op cognitieve gedragstherapie en het aanbieden daarvan via de computer.

<u>Cognitieve gedragstherapie</u>
Cognitieve gedragstherapie (cognitive behaviour therapy, CBT) is, in de gebruikelijke vorm, onderdeel van de ‘stepped care’ behandeling van bepaalde psychische stoornis-

sen. In stepped care benadering krijgt de patiënt eerst de minst intensieve behandeling. Indien deze behandeling onvoldoende resultaat heeft, wordt intensievere behandeling ingezet.

Het gaat daarbij om stoornissen waarbij depressieve verschijnselen, angststoornissen, obsessie, dwangverschijnselen, paniekstoornissen en fobieën een rol spelen. De gebruikelijk vorm behelst een aantal zittingen met face-to-face-interactie tussen de patiënt en de psychotherapeut.

Cognitieve gedragstherapie via de computer
Het aanbieden van cognitief gedragstherapeutische beïnvloeding via de computer ("computerised cognitive behaviour therapy" (CCBT)) verschilt op wezenlijke punten van de gebruikelijke face-to-face interactie, en heeft zijn eigen dynamiek met eigen potentiële voor- en nadelen. CCBT is dus niet, in de woorden die de aanvrager citeert, "oude wijn in nieuwe zakken". Die karakterisering doet geen recht aan de eigen kenmerken van de verschillende CCBT-toepassingen. Die moeten elk dus op hun eigen merites beoordeeld worden. In het bijzonder geldt dit voor Beating the Blues, waar de verantwoordelijke therapeut slechts een begeleidende rol speelt.
Bij Beating the Blues vindt de feitelijke therapeutische interactie via de computer plaats tussen de cliënt en een geautomatiseerd expertsysteem.

Beating the Blues
Het programma bestaat uit een video-introductie van een kwartier en een achttal (in principe wekelijkse) modules, die de patiënt per keer ongeveer een uur kosten om te voltooien. Daarnaast doet de patiënt huiswerk om de modules voor te bereiden.
De verantwoordelijke therapeut heeft inzage in de voortgang van de patiënt.
Er zijn enkele face-to-face contacten. Het gemiddelde tijdsbeslag voor de begeleidend therapeut is ongeveer vijf minuten per module.

Aan de Universiteit van Utrecht is een studie opgezet die, onder meer, de (kosten-) effectiviteit van CCBT zonder ondersteuning zal onderzoeken[1]. De geplande sluitingsdatum van dit onderzoek is december 2008.

Stand van de wetenschap en praktijk
Hieronder wordt nader ingegaan op het literatuuronderzoek naar de stand van de wetenschap en praktijk van Beating the Blues.

Zoektermen literatuuronderzoek
Het College heeft in juni 2008 via Medline een literatuur search verricht, met de zoektermen:

"beating the blues" OR (BtB AND depression) OR (cognitive behavioural therapy AND computer*) OR CCBT AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR ("depressive"[All Fields] AND "disorder"[All Fields]) OR "depressive disorder"[All Fields] OR "depression"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) OR anxiety (Limit: vanaf 2004), naar publicaties in peer-reviewed literatuur die onderzoek of beoordeling van CCBT als onderwerp hadden[2].

Er is gezocht vanaf 2004, omdat de systematische review van Kaltenthaler (2006)(6) is gebaseerd op een literatuursearch tot 2004. uit de resultaten van de search werden de artikelen geselecteerd die (mede) Beating the Blues als onderwerp hadden[3]. Tevens werd

[1] De Graaf LE, et al. *Clinical and cost-effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy for depression in primary care: design of a randomised trial.* BMC Public Health 2008;8:224

[2] Zie bijlage 1; resultaten literatuuronderzoek

[3] 1. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, et al. *Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial.* Br J Psychiatry 2004; 185, 46-54.
2. Van Den Berg S, Shapiro DA, Bickerstaffe D, et al. *Computerized cognitive-behaviour therapy for anxiety and depression: a practical solution to the shortage of trained therapists.* J Psychiatr Ment Health Nurs 2004; 11(5): 508-13.

gezocht bij buitenlandse pakketautoriteiten en verzekeraars naar aanknopingspunten. Als enige aanknopingspunt leverde dit laatste de appraisal van NICE op (8).

In- en exclusie resultaten literatuursearch
De gevonden gegevens hebben betrekking op lichte tot matige depressies en angststoornissen, met hoogstens beperkte comorbiditeit en niet al te complexe problematiek als indicatie.

Bij de vergelijkende studies is vooral vergeleken met de "treatment as usual" (TAU), wat in het algemeen inhield dat de controlegroep geen systematische therapie onderging, maar ondersteunende begeleiding, al of niet met medicatie. Het onderzoek van Learmonth (7) bij tweedelijnscliënten leverde resultaten op die vergelijkbaar waren met de resultaten van de gebruikelijke CBT zoals die uit bestaande gegevensbestanden bleek.

Bespreking literatuursearch
De literatuurbevindingen zijn samengevat in tabel 1 (bijgevoegd als bijlage 2). Hierin zijn de evidence levels aangehouden zoals aangegeven in het Rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. De onderzoeken betreffen slechts patiënten met lichte tot matige depressies en/of angststoornissen. Onderzoeken met hogere levels of evidence dan open gerandomiseerde studies zijn bij een dergelijke interventie niet haalbaar omdat geloofwaardige placebo-behandeling en geloofwaardige blindering bij een dergelijke interventie niet mogelijk zijn. De studies zijn onderling veelal verschillend in kwaliteit, opzet en uitkomstmaten. Ze zijn wel van voldoende omvang en de bevindingen zijn consistent voor wat betreft de effecten op lichte en matige depressies. Uit de literatuur is niet af te leiden dat de effectiviteit van Beating the Blues relevant verschilt van de gebruikelijke CBT. Dit alles leidt tot de conclusie dat de werkzaamheid voor behandeling van lichte en matige depressies voldoende aannemelijk is.

Voor wat betreft angststoornissen zijn de uitkomstmaten van de onderzochte literatuur niet consistent. De effectiviteit van Beating the Blues als behandelingsmethode bij angststoornissen is niet aangetoond.

Buitenlandse pakketautoriteiten en verzekeraars
CCBT-programma's bestaan al vele jaren en zijn voor het eerst in 2002 beoordeeld door NICE. Destijds was NICE van oordeel dat er nog onvoldoende onderzoek gedaan was naar de effectiviteit van CCBT om het te aanvaarden. In februari 2006 heeft het NICE een herziene technology appraisal gepubliceerd (8). Beating the Blues was een onderdeel van die appraisal. NICE accepteerde in 2006 Beating the Blues voor de behandeling van lichte en matige depressies.

Conclusie stand van de wetenschap en praktijk
Uit de literatuur is af te leiden dat de effectiviteit van Beating the Blues bij lichte tot matige depressies voldoende aannemelijk is om te aanvaarden als zorg die behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.

---

3. Grime PR. *Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism.* Occup Med (Lond) 2004; 54(5): 353-9.
4. McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, et al. *Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial.* Br J Psychiatry 2004; 185, 55-62.
5. Cavanagh K, Shapiro DA, Van Den Berg S, et al. *The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care.* Br J Clin Psychol 2006; 45(Pt 4): 499-514.
6. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, et al. *Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation.* Health Technol Assess 2006; 10(33): iii, xi-iii,168.
7. Learmonth D and Rai S. *Taking computerized CBT beyond primary care.* Br J Clin Psychol 2008; 47(Pt 1): 111-8.
8. NICE, Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Technology Appraisal 97. 2006. http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA097guidance.pdf (geraadpleegd 10 juni 2008)

De effectiviteit van Beating the Blues bij angststoornissen is niet afdoende aangetoond. Toepassing van het programma bij angststoornissen voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Toepassingsbereik
Beating the Blues als zorgvorm bij lichte tot matige depressies is toepasbaar binnen de eerstelijns psychologische zorg (patiënten die aan eenvoudige depressies lijden die behandelbaar zijn in acht zittingen), maar kan ook toegepast worden als eerste stap in de behandeling van patiënten met lichte tot matige depressies die verwezen zijn naar de gespecialiseerde geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Juridische beoordeling
De vraag die beantwoord moet worden is of Beating the Blues kan worden aangemerkt als te verzekeren prestatie. Hiertoe heeft de medisch adviseur van het College onderzoek gedaan naar de stand van de wetenschap en praktijk van Beating the Blues als therapievorm bij lichte tot matige depressies en angststoornissen.

Beating the Blues bij lichte tot matige depressie
Gelet op het advies van de medisch adviseur van het College is de effectiviteit van bij lichte tot matige depressie voldoende aannemelijk is om te aanvaarden als zorg die behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk.
Het toepassen van Beating the Blues bij verzekerden met lichte tot matige depressie is dan ook een te verzekeren prestatie (geneeskundige zorg) volgens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving.

Beating the Blues bij angststoornissen
Gelet op het advies van de medisch adviseur van het College is de effectiviteit van Beating the Blues bij angststoornissen niet afdoende aangetoond. Het toepassen van Beating the Blues in dit geval behoort niet tot de stand van de wetenschap en praktijk en is om die reden geen te verzekeren prestatie (geneeskundige zorg) volgens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving.

Eigen bijdrage
De behandeling van lichte tot matige depressie middels Beating the Blues valt onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg en kan zowel binnen de eerstelijnspsychologische zorg als binnen de gespecialiseerde GGZ plaatsvinden. Dit betekent dat afhankelijk van de eerste of tweede lijn een eigen bijdrage is verschuldigd. Het is overigens de bedoeling dat de eigen bijdrage voor psychotherapie per 1 januari 2009 vervalt (TK 29689, nr. 194).

Advies van het College
Het College adviseert u bovenvermeld advies te betrekken in uw vervolgtraject.