

Onderwerp:	Fear Fighter, een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek, is niet een te verzekeren prestatie Zvw
Samenvatting:	Het College voor zorgverzekeringen heeft desgevraagd een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek, genaamd Fear Fighter (FF), beoordeeld. Er zijn onvoldoende gegevens die aantonen dat een FF-behandeling beter is dan geen behandeling, of dat de interventie FF gelijkwaardig of beter is dan de gebruikelijke behandeling. De conclusie van het CVZ is dat de interventie FF niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee geen te verzekeren zorg is volgens de Zorgverzekeringswet.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	20 september 2010
Uitgebracht aan:	zorgaanbieder
Zorgvorm:	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Onderstaand de volledige uitspraak.

Standpunt

Fear Fighter, een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek

Samenvatting

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft op verzoek een op basis van cognitieve gedragstherapie gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met en zonder paniek, genaamd Fear Fighter (FF) beoordeeld.

Agorafobie, ofwel pleinvrees is een angststoornis. In de top tienlijst van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken nemen angststoornissen de derde plaats in (zesde plaats voor mannen en eerste plaats voor vrouwen).

De interventie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT). Cognitieve gedragstherapie, ook met inzet van computer/internet, is een behandelvorm die de beroepsgroep pleegt te bieden.

Er zijn onvoldoende gegevens die aantonen dat een FF-behandeling beter is dan geen behandeling, of dat de interventie FF gelijkwaardig of beter is dan de gebruikelijke behandeling.

De conclusie van het CVZ is dat de interventie FF niet voldoet

aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' en daarmee geen te verzekeren zorg is volgens de Zorgverzekeringswet.

1. Inleiding

Aanleiding

Interhealth BV heeft het CVZ om een beoordeling verzocht¹ van een cognitieve gedragstherapie waarbij gebruikt gemaakt wordt van een intelligent kennissysteem (Fear Fighter) ter behandeling van agorafobie met en zonder paniek. De vraag is voorgelegd of deze interventie tot de te verzekeren prestaties behoort krachtens de Zorgverzekeringswet.

Opbouw rapport

Het rapport heeft de volgende opbouw. Hoofdstuk 2 bevat een omschrijving van de te beoordelen interventie en medische achtergrondinformatie. De juridische en medische beoordeling zijn opgenomen in hoofdstuk 3. Vervolgens geeft het CVZ het standpunt over de vraag of deze op cognitieve gedragstherapie gebaseerde gecomputeriseerde behandeling van agorafobie met of zonder paniek als te verzekeren zorg is aan te merken (hoofdstuk 4). In hoofdstuk 5 geeft het CVZ de consequenties van het standpunt aan. Tot slot (hoofdstuk 6) wordt de datum vermeld waarop het standpunt is ingenomen.

2. Medische achtergrond

Interventie

De interventie betreft een gecomputeriseerd programma voor cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van agorafobie (pleinvrees) met en zonder paniek.

Het programma (Fear Fighter) is ontwikkeld door Interhealth BV. Het programma behelst een geautomatiseerd expert-systeem, 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 rapportage ontvangt van het intelligente kennissysteem waarin de gezondheidstoestand van de patiënt op de voet kan worden gevolgd. De interventie wordt aangeboden binnen de kaders van een behandelrelatie tussen patiënt en behandelaar.

Het gaat om negen afzonderlijke, opvolgende modules, die binnen kaders van enkele face-to-face contacten aan de patiënt worden aangeboden, zowel in de eerstelijns, als in de tweedelijns GGZ. In de eerstelijns vinden gemiddeld twee face-to-face contacten plaats. De modules kosten de patiënt ongeveer een uur om te voltooien. Daarnaast doet de patiënt huiswerk (inclusief zelfexposure) om de modules voor te bereiden.

De verantwoordelijke therapeut heeft inzage in de voortgang

¹ Brief van 10 februari 2010 (zaaknummer 2010024628)

van de patiënt. Het gemiddelde tijdsbeslag voor de begeleidende therapeut is ongeveer vijf minuten per module. Gedurende de zittingen (face-to-face contacten) wordt de patiënt geholpen specifieke problemen te identificeren en in relatie daartoe, realistische behandeldoelen te stellen.

DSM-IV

De interventie Fear Fighter is voor mensen met agorafobie met of zonder paniek. Vóór de totstandkoming van de DSM-IV werden in de DSM III de ziektebeelden 'agorafobie' en 'agorafobie met paniekaanvallen' omschreven. In de DSM-IV zijn dit 'paniekstoornis met agorafobie' en 'agorafobie zonder voorgeschiedenis van paniekstoornis'. De laatstvermelde ziektebeelden zijn gelijk aan agorafobie met en zonder paniek.

Ziektebelast

De totale ziektebelast veroorzaakt door angststoornissen bedroeg 202.000 DALY's (75.600 bij mannen en 126.400 bij vrouwen) in 2007. In de top tienlijst van ziekten die de grootste ziektebelast veroorzaken nemen angststoornissen hiermee de derde plaats in (zesde plaats voor mannen en eerste plaats voor vrouwen)[4]. Dit maakt het van des te meer belang om naar effectieve, laagdrempelige en efficiënte behandelmethoden te zoeken, bijvoorbeeld door inzet van computers en internet.

MDR Angststoornissen

In de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen[5] is aangegeven bij paniekstoornissen dat exposure in vivo en verschillende soorten van paniekmanagement effectieve interventies zijn. Bij paniekstoornis met agorafobie is exposure in vivo als interventie aanbevolen. Ook e-health is opgenomen in de richtlijn.

CBT

Cognitieve gedragstherapie (cognitive behaviour therapy, CBT) is, in de gebruikelijke vorm, onderdeel van de 'stepped care' behandeling van bepaalde psychische stoornissen. In stepped care krijgt de patiënt eerst de minst intensieve behandeling. Indien deze behandeling onvoldoende resultaat heeft, wordt een intensievere behandeling ingezet.

Cognitieve gedragstherapie wordt toegepast bij stoornissen waarbij depressieve verschijnselen, angststoornissen, obsessie, dwangverschijnselen, paniekstoornissen en fobieën een rol spelen. De gebruikelijke vorm behelst een aantal zittingen met face-to-face-interactie tussen de patiënt en de psychotherapeut.

E mental health

Ontwikkelingen van de laatste jaren laten een toename van mogelijkheden van behandeling via computer en/of internet zien. Hiermee kunnen meer mensen bereikt worden. In het algemeen is de tijd die een professional besteedt aan deze behandelingen minder dan de tijd via de gebruikelijke face-to-face contacten, waardoor in principe doelmatigheidswinst kan ontstaan.

CBT via computer/internet (CCBT)	<p>Het aanbieden van cognitieve gedragstherapeutische behandeling 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.</p> <p>Dat betekent, dat waar in een face-to-face therapie een bepaalde gedragstherapeutische aanpak effectief gebleken is, dit niet automatisch hoeft te gelden voor een interactief computerprogramma. Bij de interventie Fear Fighter speelt de verantwoordelijke therapeut slechts een begeleidende rol. De feitelijke therapeutische interactie via de computer plaats tussen de cliënt en een geautomatiseerd expertsysteem.</p>
---	---

3. Beoordeling standpunt Zvw

3.a. Wet- en regelgeving

Wettelijk kader	Het wettelijke kader waarbinnen het CVZ de onderhavige interventie toetst is de wet- en regelgeving zoals vastgelegd in de Zvw en aanverwante regelingen.
Te verzekeren risico	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel 10 Zvw bepaalt welke risico's moeten worden verzekerd in een zorgverzekering. • Artikel 10, onder a Zvw bepaalt dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte inhoudt aan onder meer geneeskundige zorg.
AMvB: Bzv	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel 11, derde lid Zvw geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader worden geregeld. Deze AMvB vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv). • Artikel 2.1, eerste lid Bzv regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onder a, van de Zvw de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het Bzv.
Stand van de wetenschap en praktijk	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel 2.1, tweede lid Bzv regelt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van zo'n maatstaf, door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Plegen te bieden	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel 2.4, eerste lid, aanvang en onder a, sub 2 van het Bzv omschrijft dat geneeskundige zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen (..) die plegen te bieden, alsmede (...).

Bij deze beoordeling zijn ook de volgende bepalingen van

belang:

- Artikel 2.4, eerste lid, onder d van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat eerstelijnspsychologische 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 eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt.
- Artikel 2.3 van de Regeling zorgverzekering bepaalt dat voor eerstelijnspsychologie de verzekerde een eigen bijdrage betaalt van € 10 per zitting.

Criteria voor beoordeling

Het CVZ beoordeelt in het kader van deze wettelijke bepalingen of de interventie voldoet aan de beide genoemde vereisten:

- geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden (paragraaf 3.b.),
- zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk of, bij ontbreken van die maatstaf, als zorg die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (paragraaf 3.c.).

3.b. Plegen te bieden

Het CVZ stelt vast of aan het criterium 'plegen te bieden' wordt voldaan aan de hand van het rapport 'Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden' van 17 november 2008[1].

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

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[2] tot de geneeskundige zorg.

Aanvaard zorgarsenaal en op professioneel juiste wijze geleverd

Het CVZ gaat in dat verband na of het zorg betreft die de beroepsgroepen van de in de regelgeving genoemde zorgverleners (psychiaters en klinisch-psychologen) tot het aanvaarde arsenaal van zorg rekenen en of de zorg wordt geleverd op een wijze die deze beroepsgroepen als professioneel juist beschouwen.

CGT

De interventie is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT). Cognitieve gedragstherapie betreft een mengeling van gedragstherapie en interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. Kern is de veronderstelling dat zogenaamde irrationele cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag en agressie.

Binnen het GGZ-aanbod aan behandelvormen is cognitieve gedragstherapie een veel gebruikte behandelvorm. Ook binnen de GGZ-richtlijnen, waaronder die voor angststoornissen neemt cognitieve gedragstherapie (met exposure) een belangrijke plaats in.

Conclusie Cognitieve gedragstherapie is een behandelvorm die de beroepsgroep pleegt te bieden.

3.c. Stand van de wetenschap en praktijk

EBM-principes Het CVZ volgt voor de beoordeling of een prestatie voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk de principes van Evidence Based Medicine (EBM). Het CVZ beschrijft in zijn rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'[3] van 5 november 2007 op welke wijze wordt getoetst of zorg aan dit criterium voldoet.

Het CVZ heeft onderzocht of het programma Fear Fighter bij de behandeling van paniek/fobie voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

3.c.1. Vraagstelling

Vraagstelling De vraagstelling die centraal staat in deze beoordeling is:

- Voldoet FF voor patiënten met agorafobie met en zonder paniek-stoornis aan het wettelijk criterium 'stand van wetenschap en praktijk'?

PICO + T + Q Voorafgaand aan de literatuursearch is de vraagstelling nader aangescherpt door middel van een PICO + T + Q.

Populatie - Patiënten met angststoornissen (P).

Interventie - Een gecomputeriseerd programma voor cognitieve gedragstherapie bij de behandeling van agorafobie (pleinvrees) met en zonder paniek (I)

Control - Het CVZ vergelijkt de interventie met usual care, zoals klassieke gedragstherapie of niets doen (C).

Outcome - Mate van angst en maatschappelijk functioneren. Is er na de behandeling geen verdere therapie meer nodig (van "case" naar "non-case") (O).

Time - Het CVZ heeft geen duidelijke afkappunten kunnen vinden voor de follow-up duur.
Het CVZ hanteert minimaal een half jaar, onder verwijzing naar de indeling die Cochrane heeft gehanteerd voor de beoordeling van psychotherapie bij ge-generaliseerde angststoornissen[6].

In deze review zijn studies in-gedeeld in short term (6

mnd.), medium term (7-12 mnd.) en long term > 12 mnd. (T).

Quality

- Voor het aantonen van de effectiviteit heeft het CVZ gezocht naar vergelijkende studies, bij voorkeur randomized clinical trials. Tevens heeft het CVZ gekeken of er studies zijn die de effectiviteit aantonen ten opzichte van een placebogecontroleerde studie (Q).

3.c.2. Zoekstrategie en resultaten literatuurstudie

Zoektermen

Het College heeft in april 2010 via Medline een literatuur search verricht, met de zoektermen: Fear Fighter.

Vervolgens is breder gezocht met:

(anxiety OR panic OR phobia OR agoraphobia) AND (cognitive OR CBT) AND (computer OR internet)

Filter: in process

"Anxiety Disorders/therapy"[Mesh] OR "Anxiety"[Mesh] AND "Therapy, Computer-Assisted"[Mesh] AND (cognitive OR CBT)

Filter: RCT's, Meta-analyse, systematic review, vanaf 2006.

De limiet 2006 is gekozen, omdat Kaltenthaler[11] de bron is voor alle daaraan voorafgaande relevante publicaties; hieruit zijn de relevante artikelen aan het literatuuroverzicht toegevoegd.

Resultaat en selectiecriteria

De search leverde 22 artikelen op. Relevant voor dit rapport zijn de artikelen waarin in maat en getal verslag gedaan wordt van de effecten van de FF-behandeling bij patiënten. Op basis van de abstracts werden de artikelen geselecteerd die voor de vraagstelling van dit rapport mogelijk relevant waren, gedocumenteerd en in maat en getal verslag deden van de effecten van de behandeling met het specifieke FF-programma bij patiënten.

Uitgesloten werden de artikelen die slechts andere aspecten behandelden, zoals kosten, instrueerbaarheid van studenten of therapeuten, tijdswinst voor cliënten of therapeuten.

Na deze selectie bleven uiteindelijk vijf artikelen over[7-11].

De aanvrager leverde ook nog twee relevante artikelen aan[12,13]. Van deze 7 studies zijn er drie vergelijkende studies. Daarvan is er één een feasibility studie (haalbaarheidsstudie) [9], en door de beperkingen ervan niet bruikbaar. In twee gevallen wordt vergeleken met een placebo (minimale vorm van computer gedragstherapie [7] of computergestuurd zelf-relaxatie programma [8]). Studie 8 vergelijkt FF tevens met traditionele gedragstherapie.

Ook werd gezocht bij buitenlandse pakketautoriteiten en verzekeraars naar aanknopingspunten. Als enige aanknopingspunt leverde dit laatste de appraisal van NICE op[14].

Zie voor deze referenties bijlage 1.
In bijlage 2 is een overzicht van de geselecteerde studies met samenvattende gegevens opgenomen.

3.c.3. Kwaliteit en beoordeling geselecteerde literatuur

Relevante literatuur

Hieronder volgt een weergave van alle gevonden literatuur waarin verslag wordt gedaan van de effecten bij patiënten. De relevantie voor de vraagstelling is kort omschreven.

Marks[12]

Marks 2003 beschrijft als onderdeel van zijn bredere studie de resultaten bij 27 patiënten die met FF werden behandeld. Er was een drop-out van 16/43 van de aanvankelijk geïncludeerden. De follow-up duur is niet duidelijk. Het is dus onvolledig duidelijk wat de gemeten verbetering (36,4% tot 47,7% gemiddeld over verschillende scores) zegt over het specifieke effect van de behandeling. Het is een niet-vergelijkende serie.

Kenwright[7]

Kenwright 2004 doet verslag van een pilotstudie, kennelijk dezelfde serie als Marks 2003[12], met een iets andere opstelling van de gegevens. Zij vergeleken binnen die serie de 10 thuis/internet FF patiënten met de 17 stand-alone/kliniek FF-patiënten. De follow-up duur wordt nu wel vermeld: 16 weken. Beide groepen verbeterden in gelijke mate. Een vergelijkend element tussen FF en enig andere vorm van behandeling ontbreekt dus in deze analyse van de resultaten.

Schneider[8]

Schneider 2005 publiceerde een deels geblindeerde, gerandomiseerde controlled trial met een randomisering, namelijk 2:1 verhouding tussen behandelgroep (n=45) en controlegroep (n=23). De drop-out in de groepen was respectievelijk 12/45 en 8/23 en de 1 maand follow-up slechts 31/45 en 13/23. FF (inclusief self-exposure) werd vergeleken met een minimale vorm van computer-CGT zonder exposure "Managing Anxiety" (MA). Na week 10 waren er geen significante verschillen in uitkomst, maar tussen week 10 en week 14 ontstond er een statistisch significant verschil op 5 van de 10 gebruikte schalen ten voordele van FF. In opzet een redelijke studie, maar de getallen zijn relatief klein, en voor zover er significante uitkomsten zijn, zijn die klein. Het grote aantal uitvallers doet verder afbreuk aan de betekenis van de resultaten.

Hayward[13]

Hayward 2007 publiceerden een serie. Van de 56 geïncludeerde patiënten zijn er 26 die de behandeling geheel of gedeeltelijk volgden. Wel is er aandacht voor de klinische relevantie van de verbetering ten opzichte van de aanvang van de behandeling: op een subschaal van de Fear Questionnaire, namelijk de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), zouden ongeveer de helft van de patiënten qua angst en depressie van een score >10 ("case") tot <10 ("non-case") zakken. Het is geen vergelijkend onderzoek.

Het zeer hoge percentage uitvallers doet daarnaast ernstig

afbreuk aan de betekenis van de gerapporteerde effecten.

Marks[9]

Marks 2004 is een gerandomiseerd onderzoek waarin twee behandelarmen en één placebo-arm worden vergeleken. De behandelingen waren FF-behandeling en conventionele behandeling door een therapeut. Als placebo gold computer-relaxatie therapie. De drop-out in de twee behandelgroepen was groot (resp. 16/37 en 10/39).

Van de drie armen waren er maar respectievelijk 19, 27 en 14, die een follow-up kenden, en dat van slechts één maand.

Volgens de tekst is het een intention-to-treat analyse, maar de gerapporteerde getallen blijken alleen te gaan over degenen die de behandeling af-maakten. Door deze beperkingen heeft de analyse van de resultaten weinig betekenis meer voor de vraagstelling van dit rapport, ondanks de relatief goede opzet van dit onderzoek.

Kenwright[10]

Kenwright 2001 publiceert een feasibility study. Een groep van 20 zelfverwijzers kregen een aantal FF-sessies aangeboden. Professionele therapeuten werden hierbij niet ingeschakeld, de selectie en begeleiding van de patiënt gebeurde door praktijk-verpleegkundigen. De zelfverwijzers (FF-groep) verbeterden net zo veel als een iets ernstiger groep die door een therapeut werden behandeld. Door de beperkte opzet kunnen er geen conclusies over de effectiviteit getrokken worden, slechts over de uitvoerbaarheid van de behandeling zonder inzet van een psychotherapeut en de uitvoerbaarheid van een vergelijkend onderzoek.

Kaltenthaler[11]

Kaltenthaler 2006 is een review, waarin vermeld wordt dat er enige steun te vinden is voor de effectiviteit van FF. De vier artikelen waarin zij die steun vonden, zijn alle vier in het literatuuroverzicht opgenomen en zijn dus hierboven al besproken. Voor zover die studies dus enige steun verlenen, is die onvoldoende om te concluderen dat FF effectief is.

NICE[14]

De beoordeling (appraisal) door NICE (herziening uit 2008 van de oorspronkelijke appraisal uit 2006) geeft een beschrijving van de bevindingen van enkele computer-CGT programma's, waaronder FF. In de Guidance die daarin voorafgaat wordt FF "aanbevolen als optie voor computer-CGT bij de behandeling van paniek en fobie". Een duidelijke relatie tussen de door NICE gehanteerde literatuur en de uiteindelijke appraisal is niet in die publicatie opgenomen. Inhoudelijke opmerkingen van de appraisal committee zijn niet in de review opgenomen. In het stuk is dus geen beargumenteerde onderbouwing (evidence) voor de aanbeveling voor vergoeding te vinden.

**Conclusie
effectstudies**

De twee studies waarin FF werd vergeleken met de gebruikelijke behandeling dan wel met placebo zijn van onvoldoende kwaliteit gezien de grote drop-out en de beperkte follow-upduur (1 maand) van beide studies.

Uit deze literatuur blijkt overigens wel dat gerandomiseerd onderzoek goed uitvoerbaar is. Maar alle bovengenoemde studies zijn beperkt van opzet, met een beperkt aantal geïncludeerde patiënten. Voldoende geïncludeerde patiënten is van belang vanwege het feit dat een hoge drop-out binnen de curatieve ggz niet ongebruikelijk is. Hoge drop-out bij evaluatiestudies zonder intention-to-treat analyses betekent een ernstige aantasting van de validiteit van de uitkomsten. Dit betekent dus dat er meer patiënten geïncludeerd moeten worden om tot valide resultaten te komen. Een belangrijk manco is voorts, dat de resultaten niet inzichtelijk maken in hoeverre de patiënten na de behandeling nog verdere therapie nodig hebben, zich dus van “case” tot “non-case” ontwikkelen. Er zijn onvoldoende gegevens die aantonen dat een FF-behandeling beter is dan een placebo behandeling, of dat FF gelijkwaardig of beter is dan de gebruikelijke behandeling.

3.c.4. Inhoudelijke raadpleging

Het ontwerprapport is op 24 augustus 2010 per email voor inhoudelijk commentaar verzonden aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten. Het CVZ heeft deze organisaties gevraagd of de gegevens waarop het CVZ zijn standpunt baseert, juist geïnterpreteerd en volledig zijn. De reacties (bijlagen) hebben niet geleid tot wijziging van het concept.

Wat betreft eventuele omissies of fouten wijst de deskundige uit de kring van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op de meta-analyse[15], die gebruikt is bij het opstellen van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen [5]. Het CVZ heeft deze meta-analyse niet in het rapport geïncludeerd omdat deze geen gegevens bevat waaruit iets afgeleid kan worden over de effectiviteit van het programma FF. De meta-analyse bestudeert de effectiviteit van internetbehandelprogramma's op basis van CGT bij symptomen van depressie en angst. De meta-analyse heeft een aantal beperkingen, zoals de auteurs zelf constateren. De in de meta-studie geïncludeerde studies voor de behandeling van angstsymptomen (4 voor de behandeling van paniekstoornis en 1 van sociale fobie) kennen allemaal een klein aantal geïncludeerde deelnemers (in totaal 178 deelnemers voor paniekstoornis). De inclusiecriteria voor deelname verschilden. De aan- of afwezigheid van een stoornis is niet altijd vooraf vastgesteld. Op basis van deze meta-analyse kan het CVZ niet concluderen dat internetbehandeling van angststoornissen conform stand van wetenschap en praktijk is.

De deskundige uit de kring van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten wijst geen omissies of fouten aan.

3.c.5. Conclusie stand van de wetenschap en praktijk

Effecten van de FF-behandeling zijn voorsnog niet voldoende aangetoond. Het gepubliceerde materiaal is zeer beperkt en grotendeels methodologisch onvoldoende.

De toepassing van FF voldoet dus niet aan de stand van wetenschap en praktijk.

4. Standpunt

Plegen te bieden

De interventie Fear Fighter is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Deze therapie valt onder de zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen plegen te bieden.

Stand van de wetenschap en praktijk

De literatuur bevat onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van Fear Fighter. Hiermee voldoet de zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie: geen verzekerde zorg

Op grond hiervan concludeert het CVZ dat Fear Fighter niet behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

5. Consequenties

Het CVZ heeft geconcludeerd dat de behandeling van agorafobie met en zonder paniek via het programma Fear Fighter niet conform de stand van wetenschap en praktijk is. Dit betekent dat verzekeraars deze behandeling niet langer ten laste van de basisverzekering kunnen vergoeden, voor zover het nieuw te starten behandelingen betreft.

6. Vaststelling standpunt

Dit standpunt is vastgesteld op 20 september 2010.

Bijlage 1

Literatuurlijst

1. College voor Zorgverzekeringen. Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. herz. dr. Diemen, 2009. Rapportnr. 268. Beschikbaar via www.cvz.nl.
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, 2000.
3. College voor Zorgverzekeringen. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2007. Rapportnr. 254. Beschikbaar via www.cvz.nl.
4. RIVM. Angststoornissen. 2010. Geraadpleegd in Aug 2010 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/angststoornissen/>.
5. CBO. Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis. Utrecht, 2003.
6. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, et al. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. Cochrane Database Syst Rev 2007;CD001848.
7. Kenwright M, Marks I, Gega L, et al. Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study. Br J Psychiatry 2004;184:448-9.
8. Schneider AJ, Mataix-Cols D, Marks IM, et al. Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. Psychother Psychosom 2005;74:154-64.
9. Marks IM, Kenwright M, McDonough M, et al. Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. Psychol Med 2004;34:9-17.
10. Kenwright M, Liness S, Marks I. Reducing demands on clinicians by offering computer-aided self-help for phobia/panic. Feasibility study. Br J Psychiatry 2001;179:456-9.
11. 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:iii, xi-iii, 168.
12. Marks IM, Mataix-Cols D, Kenwright M, et al. Pragmatic evaluation of computer-aided self-help for anxiety and depression. Br J Psychiatry 2003;183:57-65.
13. Hayward L, MacGregor AD, Peck DF, et al. The feasibility and effectiveness of computer-guided CBT (fearfighter) in a rural area. Behav Cogn Psychother 2007;35:409-19.
14. NICE. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Review of Technology Appraisal 51. 2008. Geraadpleegd in April 2010 via <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11568/33185/33185.pdf>.
15. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. Psychol Med 2007;37:319-28.

Bijlage 2 Overzicht geselecteerde studies met samenvattende gegevens

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar ²	Bewijs-klasse ³
Marks, 2003[12]	Evaluatiestudie van CCBT (computerised cognitive behaviour therapy), waaronder FF (Fear Fighter)	Voor FF: n=56 weigering: 13 drop out 16 FU: 27 pat.	Geen vergelijkende behandeling	Depressie, fobie/paniek, angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis	Fear Questionnaire, Work and Social Adjustment scale	Verbetering 36,4% tot 47,3% gem. over de verschillende scores.	Geen vergelijking, FU duur onduidelijk, veel uitval. Geen intention-to-treat analyse.	C
Kenwright, 2004[7]	Vergelijkende Niet-RCT	n=10 internet n=17 computer	FF via internet en via computer	Paniek/fobie	Fear Questionnaire, Work and Social Adjustment scale (Beck Depression Inventory wel als maat in de tekst vermeld, maar niet gescoord)	Beide groepen verbeterden Resp 24%-64%, ES 0,4-1,8 en 32%-41%	Zelfde serie als (1), iets andere opstelling van de resultaten	C
Schneider, 2005[8]	RCT, 1 mnd	n=68 (n=45 n=23)	CCBT vs Computer programma zonder exposure als controle	Paniek/fobie	Fear Questionnaire, Main Problems and Goals, Work and Social Adjustment scale	Beide verbeterden gelijkmatig tot 10 weken, na 14 weken FF effectiever	Methodologisch goede opzet. Kleine verschillen, waarvan de klinische betekenis onvoldoende duidelijk is.	B

² Inclusief opmerkingen over beoordeling van kwaliteit van de studie met name bij niet vergelijkende studies.

³ Zoals gedefinieerd in rapport "Beoordeling stand van wetenschap en praktijk" (volgnr. 27071300):

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

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

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

C : niet-vergelijkend onderzoek;

D : mening van deskundigen.

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

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar ²	Bewijs-klasse ³
Hayward, 2007[13]	Evaluatiestudie, 4,5 mnd	n=55 (behandeling voltooid 26 follow-up 4,5 mnd n=19)	FF	Fobie/paniek	Fear Questionnaire (FQ), Work and Social Adjustment scale; Hospital Anxiety and Depression Scale HADS	29/55 van de geïnccludeerde pat. zijn uitvallers. Op de HADS-subschaal van de FQ een niet-statistische afname van het aantal gevallen van angsten van depressie.	Geen vergelijkend onderzoek. Hoge drop-out	C
Marks, 2004[9]	RCT, 3 armen. 1 mnd	n=93 uiteindelijk follow-up van 60 pat.	Arm 1 Gecomp. systeem met gebruik van een co-therapeut Arm 2. TCBT (therapist-led CBT) Arm 3. comp. guided self-relaxation.	Agorafobie zonder paniekstoornis, paniekstoornis met agorafobie, sociale fobie, enkelvoudige fobie	Fear Questionnaire, Main Problems and Goals, Work and Social Adjustment scale	CCBT en TCBT zijn effectief, maar TCBT effectiever en ontspanning is niet effectief	Door de zeer hoge drop-out (vooral bij FF), en vervolgens slechts één maand follow-up hebben de resultaten weinig betekenis.	B
Kenwright, 2001[10]	Vergelijkende niet-RCT	n=54 CCBT en n=31 TCBT	CCBT vs TCBT (afz. cohort)	Paniek/fobie	Fear Questionnaire, Work and Social Adjustment scale	TCBT groep scoorde ernstiger op baseline Beide groepen verbeterden	Feasibility study. Beperkt van opzet, de conclusies beperken zich dan ook tot "behandeling en onderzoek er naar zijn mogelijk"	C

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar ²	Bewijs-klasse ³
Kaltenthaler, 2006[11]	review van effectiviteit en kosten CCBT waaronder FF.		CCBT, o.m. FF vs standaardbehandeling				Gebaseerd op vier artikelen, die alle in dit overzicht afzonderlijk voorkomen[7-10]	Syst.review o.b.v. B-C evidence
NICE, 2008[14]	Appraisal op basis van Kaltenthaler[11]						De conclusie "Aanbevolen als behandeling bij fobie/paniek, 1 ^e en 2 ^e lijn" wordt niet gedragen door de onderliggende literatuur.	Appraisal o.b.v. B-C evidence