Preventie & eMental-health

Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft

Kennissynthese 2013

H. Riper, W. van Ballegooijen, L. Kooistra, J. de Wit en T. Donker

ZonMw

VU VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

© 2013 Heleen Riper, VU Amsterdam
In opdracht van ZonMw Preventie
Ontwerp en layout Zweers Creatives www.zweerscreatives.nl

Preventie & eMental-health

Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt,
preventie die bereikt en beklijft

Kennissynthese 2013

in opdracht van ZonMw
Preventieprogramma IV
Den Haag

Heleen Riper,
Vrij Universiteit Amsterdam
afdeling Klinische Psychologie
h.riper@vu.nl

H. Riper, W. van Ballegooijen, L. Kooistra, J. de Wit en T. Donker

2013

ZonMw

VU VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

Voorwoord

In dit rapport vindt u de resultaten van de kennissynthese eMental-health en preventie. De term synthese duidt op een bundeling van kennis waarbij de samenstelling meer is dan de som der delen. Behalve een inventarisatie van de huidige stand van praktijk en onderzoek, zit de meerwaarde in het zichtbaar maken van onderlinge verbanden, ontwikkelingen en trends, en niet in de laatste plaats het omkaderen van nog witte vlekken in het online preventie-landschap. Dit zijn de contouren van nieuwe uitdagingen.

Deze synthese is uitgevoerd in opdracht van ZonMw Preventie en biedt een vervolg op de kennissynthese uit 2007 (Riper e.a.). In dit rapport kunt u lezen dat sinds 2007 het online preventie-landschap aanmerkelijk is veranderd. Voor een aanzienlijk deel komt dit omdat een aantal aanbevelingen uit 2007 daadwerkelijk geconcretiseerd is. Zo zien we dat inmiddels het onderzoek naar de evidentie van het online preventie-aanbod voor jeugd geïnitieerd is en er een keurmerk voor eMental-health is realiseerd. De aansluiting van eMental-health op de eHealth agenda heeft recent vorm gekregen (Nationale Implementatie Agenda eHealth (2012 en ZonMw Actieplan implementatieonderzoek eHealth, 2013) en online geïndiceerde depressiepreventie is opgenomen in het basispakket (CVZ 2013). Zelfs interventies waarbij het van belang is dat men hier anoniem aan kan deelnemen zoals 113online worden nu structureel gefinancierd.

Het online preventie-onderzoek is sinds 2007 ook sterk uitgebreid dankzij uiteenlopende ZonMw Programma's en bijvoorbeeld vanuit het ministerie van VWS middels het Mentaal Vitaal programma dat uitgevoerd is door het Trimbos-instituut. Nieuwe interventies zijn ontwikkeld en onderzocht voor het versterken van mentale vitaliteit, er is kosten-effectiviteitsonderzoek naar de preventie van depressie uitgevoerd en er zijn meer studies naar de klinische effectiviteit van aandoeningen anders dan depressie. Bovendien zijn smartphones, sociale media en 'serious gaming' en onderzoeksmethoden zoals ecological momentary assessment de preventiepraktijk binnengedrongen.
Deze synthese heeft als ondertitel*: "Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt en preventie die bereikt en beklijft".* Hiermee willen wij benadrukken dat in Nederland de online preventiepraktijk tot stand komt door een vruchtbare samenwerking tussen praktijk en onderzoek met als doel het realiseren van een praktijk die gebaseerd is op 'evidence based' werken. Dit maakt dan ook dat de Nederlandse online preventiepraktijk en de onderzoeksgroepen die zich hier mee bezighouden zich mogen rekenen tot de wereldwijde top. Het rapport laat echter óók zien dat er nog veel onbeantwoorde vragen zijn waarvoor nader onderzoek onontbeerlijk is. Indien we efficiënt gebruik blijven maken van slimme ICT technologieën en efficiënt onderzoek blijven uitvoeren kan preventie een belangrijke bijdrage gaan leveren aan het verhogen van de kwaliteit en kosteneffectiviteit van zorg. We hopen met deze kennissynthese hieraan een bijdrage te leveren zodat de online preventie voor psychische problemen in de komende jaren nog beter gerealiseerd kan worden.

Aan de totstandkoming van dit rapport hebben verschillende deskundigen een bijdrage geleverd die wij hiervoor zeer erkentelijk zijn. In het bijzonder willen we de volgende personen bedanken:
Mevrouw drs. Julia van Os en de heer drs. Daan Elgershuizen van ZonMw Preventie voor hun constructieve feedback, ondersteuning bij de uitvoering en hun enthousiasme voor het belang van online preventie.
Ten tweede bedanken wij alle deskundigen die aan de expertmeeting in december 2012 hebben deelgenomen, wie dat zijn kunt u lezen in bijlage 1. De resultaten van die bijeenkomst hebben we in dit rapport verwerkt. Daarnaast bedanken wij Zweers Creatives voor het vormgeven van dit rapport; mevr. drs. Marleen Bakker; mevr. drs. Linda Bolier (Trimbos-instituut) voor haar bijdrage aan het hoofdstuk over 'mentale vitaliteit' en prof. dr. Jan Smit (GGZinGeest) voor het brainstormen over het belang van valide meetinstrumenten. 'Last but not least' bedanken wij prof. dr. Pim Cuijpers, hoofd van de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit, voor zijn wetenschappelijke en motiverende input.

Amsterdam, mei 2013
Prof. dr. Heleen Riper,
Vrije Universiteit , Afdeling Klinische Psychologie

Inhoudsopgave

1. Preventie van psychische aandoeningen via internet

1.1 Doel en vraagstelling 1
1.2 Gehanteerde begrippen 1
1.4 Leeswijzer 2
Referenties 3

2. Methoden van onderzoek

2.1 Introductie 5
2.2 Methoden 5

3. Preventie van depressie via internet

3.1 Introductie 9
3.2 Depressie: prevalentie, ziektelast en kosten van depressie 9
3.3 Wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie via internet voor volwassenen 10
3.4 Aanbod van depressiepreventie via internet voor volwassenen in de praktijk 16
3.5 Wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie via internet voor jongeren 22
3.6 Aanbod van depressiepreventie via internet voor jongeren in de praktijk 24
3.7 Samenvatting en aanbevelingen 27
Referenties depressie: volwassenen 29
Referenties depressie: jongeren 32

4. Suïcidepreventie via internet

4.1 Introductie 35
4.2 Suïcide: prevalentie, ziektelast en kosten 35
4.3 Wetenschappelijke onderbouwing van suïcidepreventie via internet voor jongeren 36
4.4 Wetenschappelijke onderbouwing van suïcidepreventie via internet voor volwassenen 37
4.5 Suïcidepreventieaanbod in de praktijk 40
4.6 Samenvatting en aanbevelingen 41
Referenties 43

5. Vergroten van mentale vitaliteit via internet

5.1 Introductie 47
5.2 Wetenschappelijke onderbouwing van mentale vitaliteitsinterventies via internet 48
5.3 Mentale vitaliteitsinterventies via internet in de praktijk 51
5.4 Samenvatting en aanbevelingen 54
Referenties 56

6. Preventie van angstaandoeningen via internet

6.1 Introductie 59
6.2 Prevalentie van angstaandoeningen 59
6.3 Effectiviteit van preventieve angstinterventies voor volwassenen via internet 61
6.4 Aanbod in de praktijk voor volwassenen 68
6.5 Wetenschappelijke onderbouwing online preventie van angstaandoeningen voor jongeren 68
6.6 Aanbod in de praktijk voor jongeren 72
6.7 Samenvatting en aanbevelingen 72
Referenties 75

7. Preventie en vroege herkenning van psychosen via internet

7.1 Introductie . . . 81
7.2 Psychotische aandoeningen . . . 81
7.3 Preventie van psychosen en vroeg-interveniëren bij psychosen via internet . . . 83
7.4 Aanbod van interventies in de praktijk . . . 87
7.5 Samenvatting en aanbevelingen . . . 89
Referenties . . . 90

8. Preventieve interventies voor mantelzorgers van mensen met dementie

8.1 Introductie . . . 93
8.2 Mantelzorgers van mensen met dementie . . . 93
8.3 Evidentie preventieve interventies voor mantelzorgers via internet . . . 94
8.4 Aanbod . . . 98
8.5 Samenvatting en aanbevelingen . . . 98
Referenties . . . 100

9. Screening via internet voor psychische problemen

9.1 Introductie . . . 103
9.2 Wetenschappelijke onderbouwing . . . 103
9.3 Nederlands aanbod en onderzoek . . . 104
9.4 Samenvatting en aanbevelingen . . . 105
Referenties . . . 106

10. Kwaliteitsinstrumenten voor internetinterventies

10.1 Introductie . . . 109
10.2 Aanbod van Nederlandse kwaliteitsinstrumenten . . . 109
10.3 Aanbeveling . . . 111
Referenties . . . 111

11. Innovatieve ontwikkelingen

11.1 Introductie . . . 113
11.2 Smartphones, apps en tablets voor preventie van psychische aandoeningen . . . 113
11.3 Ecological Momentary Assessments . . . 114
11.4 Serious gaming . . . 116
11.5 Samenvatting en aanbevelingen . . . 119
Referenties . . . 120

12. Samenvatting en aanbevelingen

12.1 Introductie . . . 123
12.2 Aanbevelingen . . . 125
Referenties . . . 128

Bijlage 1 Deelnemers expertmeeting 17 december 2012 . . . 129

Hoofdstuk 1

Preventie van psychische aandoeningen via internet

1.1 Doel en vraagstelling

Preventieve interventies voor psychische problemen worden steeds vaker via internet aangeboden. De digitalisering van deze praktijk voltrekt zich in rap tempo. Preventie zonder het gebruik van internet is in de praktijk nauwelijks meer denkbaar. ZonMw Preventie heeft opdracht gegeven tot het uitvoeren van een kennissynthese naar de huidige stand van zaken over deze online preventiepraktijk en toekomstige mogelijkheden in termen van wetenschappelijk onderzoek. In dit rapport presenteren wij de resultaten van deze opdracht.

Deze kennissynthese volgt op de kennissynthese uit 2007 ('High Tech, High Touch, High Trust', Riper e.a. 2007). Het aanbod van en onderzoek naar online interventies voor psychische problemen zijn sinds het verschijnen van deze synthese zowel in omvang als complexiteit sterk toegenomen. Dit is de aanleiding voor deze nieuwe studie. De focus ligt hierbij op een synthese van het internationale onderzoek naar de klinische en kosteneffectiviteit van online preventie voor psychische problemen. Daarnaast biedt dit rapport een overzicht van het Nederlandse online preventie-aanbod in de dagelijkse praktijk. Deze analyses hebben geleid tot een identificatie van huidige leemtes in onderzoek en praktijk in Nederland en vormen gezamenlijk de basis voor dertien aanbevelingen die gepresenteerd worden in hoofdstuk 12. Deze aanbevelingen bieden ZonMw, de praktijk en onderzoekers handvatten voor de ontwikkeling van de toekomstige onderzoeksagenda voor de online preventie van psychische problemen.

Dit hoofdstuk (1) biedt een nadere uitwerking van gehanteerde begrippen in sectie 1.2 en een leeswijzer in sectie 1.3.

1.2 Gehanteerde begrippen

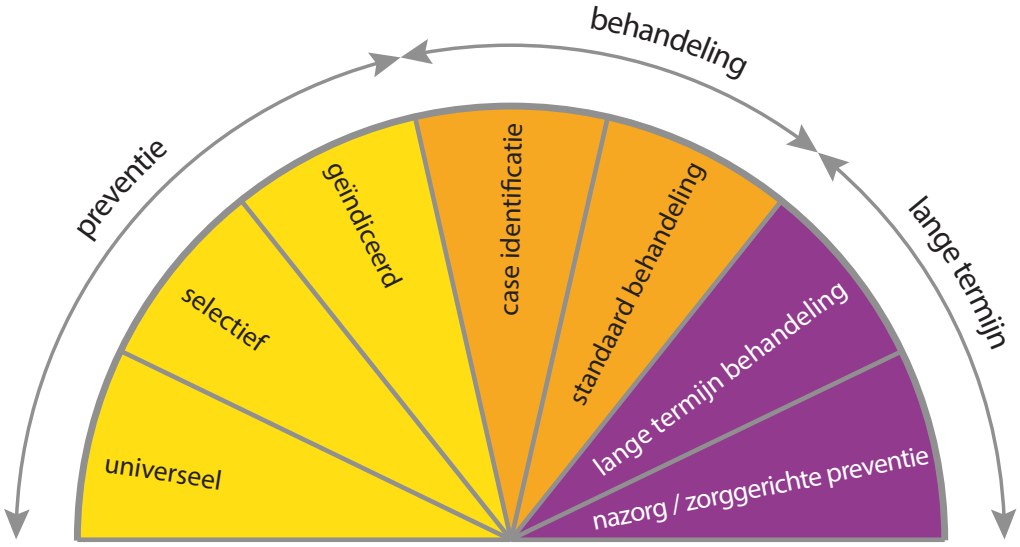
eHealth staat voor het gebruik van ICT binnen de gezondheidszorg. In het ZonMw Actieplan Implementatieonderzoek (2013) wordt het doel van eHealth als volgt omschreven:

'eHealth wordt ingezet ter vervanging, vereenvoudiging en verbetering van bestaande zorg en niet als toevoeging van extra zorg. De reguliere toepassing van eHealth draagt bij aan betaalbare, toegankelijke zorg van hoge kwaliteit en meer eigen regie voor patiënten.'

Binnen dit actieplan is ook eMental-health geprioriteerd (2012 – 2015). eMental-health kan beschouwd worden als een bijzondere vorm van eHealth namelijk het gebruik van ICT binnen de *geestelijke* gezondheidszorg. eMental-health wordt gezien als een van de belangrijkste instrumenten om de uitdagingen waar de geestelijke gezondheidszorg voor staat aan te kunnen gaan. Het gaat hierbij om

het verhogen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg waarvan preventie en zelf-management zijn hiervan belangrijke peilers. Doel van het preventieve aanbod is het voorkomen en verminderen van klachten en het voorkómen dat er een psychisch stoornis ontstaat. In dit rapport staat een specifiek onderdeel van eMental-health centraal, namelijk het gebruik van informatie en communicatietechnologieën voor het aanbieden en onderzoeken van preventie van psychische problemen via internet.

In dit rapport maken we gebruik van het onderscheid tussen universele, selectieve en geïndiceerde preventie (Mrazek en Haggerty 1994). Universele preventie richt zich met voorlichting op het algemene publiek. Selectieve preventie richt zich op mensen met een verhoogd risico op psychische pro-



figuur 1.1 Indeling preventie, behandeling en zorg, naar Mrazek & Haggerty (1994).

blemen. Geïndiceerde preventie is bedoeld voor mensen met beginnende klachten, die echter (nog) geen psychische stoornis hebben ontwikkeld in termen van een DSM-IV diagnose.

1.4 Leeswijzer

De methoden die wij in deze kennissynthese hebben toegepast worden samengevat in hoofdstuk 2.

De online preventie van veelvoorkomende psychische aandoeningen wordt besproken in hoofdstuk 3 (*depressie*) en hoofdstuk 6 (*angststoornissen*). Dit zijn de psychische aandoeningen met de hoogste ziektelast in termen van prevalentie, lijdensdruk en directe en indirecte zorgkosten. Zoals we in dit rapport zullen is zien is naar dit aanbod een groot aantal onderzoeken uitgevoerd. Voor depressie geldt eveneens dat het aanbod goed verankerd is in de preventiepraktijk, met name in de nuldelijn. Voor een bredere uitwerking van depressiepreventie verwijzen wij naar de Kennissynthese van Smit e.a. (2013) die eveneens is uitgevoerd in opdracht van ZonMw.

Online preventie van mindervoorkomende aandoeningen zoals *suïcide-ideatie* en *eerste psychosen* komen respectievelijk in hoofdstuk 4 en 7 aan bod. Naar blijkt heeft de aanpak van suïcidepreventie, met name via 113oline, zich de afgelopen 5 jaar sterk ontwikkeld zowel in termen van acceptatie

door gebruikers, wetenschappelijke onderbouwing en implementatie in de praktijk. Wereldwijd mag 113online zich dan ook een unicum noemen. Preventie van eerste psychosen via internet staat daarentegen nog in haar kinderschoenen. Dit is niet verwonderlijk omdat ook het offline preventieve aanbod recent van aard is. Het aanpakken van voortekenen van een eerste psychose (prodromale symptomen) rekenen we tot het domein van geïndiceerde preventie. Dit geldt in principe niet voor het vroegbehandelen van eerste psychosen. Gegeven de relatief recente aard van beide interventie-vormen bespreken we ook het vroeg behandelaanbod in hoofdstuk 7.

Het online versterken van mentale vitaliteit en het voorkomen van overbelasting bij mantelzorgers worden besproken in hoofdstuk 5 en 8. In hoofdstuk 5 staat het versterken van de mentale vitaliteit centraal. Deze wordt vooral bestudeerd vanuit de positieve psychologie die stelt dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van psychische problemen. De doelgroep van dit aanbod is breed en varieert van het algemene publiek zonder en met klachten tot patiënten met chronische psychische of somatische aandoeningen. Ook hiervoor geldt dat het onderzoek en interventie-aanbod relatief recent van aard zijn maar zoals uit hoofdstuk 5 naar voren komt, wint deze preventie-strategie snel aan terrein. Het aantal mensen met dementie groeit als gevolg van de vergrijzing evenals het aantal familieleden en naasten dat voor hen zorgt. Mantelzorgers hebben echter door deze zorgtaak een verhoogde kans op overbelasting, stress en depressieve klachten. Het vroegtijdig signaleren en interveniëren bij beginnende klachten is dan ook van groot belang. In hoofdstuk 8 staat de preventie van deze overbelasting via internet centraal.

Hoofdstukken 9, 10 en 11 zijn van toepassing op het online aanbod zonder onderscheid naar aandoening of thema. Hoofdstuk 9 gaat in op het belang van de *betrouwbaarheid en validiteit van online screeningsinstrumenten* voor psychische problemen. Instrumenten om de kwaliteit van het online preventieve aanbod vast te stellen worden in het daaropvolgende hoofdstuk beschreven (hoofdstuk 10). Deze *kwaliteitsinstrumenten* zijn nodig om in het alsmaar groeiende aanbod van online preventie een weloverwogen keuze te kunnen maken. Helaas wordt het gebruik van deze instrumenten nog weinig toegepast. In hoofdstuk 11 passeren een aantal *innovatieve ICT ontwikkelingen* de revue die het toekomstige preventie-landschap de komende jaren ingrijpend zullen doen veranderen. Ieder van deze hoofdstukken eindigt met een korte samenvatting en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. Hoofdstuk 12 vat vervolgens de resultaten van deze kennissynthese samen in de vorm van *dertien aanbevelingen*.

Referenties

Mrazek RJ, Haggerty RJ (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research.* Washington: National Academy Press, 1994.

Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). E-Mental Health – high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS. Utrecht: Trimbos-instituut.

Smit, F., Beekman, A.J., Cuijpers, P., Vlasveld, M. En Boon, B. (2013). Depressiepreventie: stand van zaken, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut.

ZonMw (2013). Actieplan eHealth implementatieonderzoek. Den Haag: ZonMw.

Hoofstuk 2
Methoden van onderzoek

2.1 Introductie

Voor het beantwoorden van de in deze kennissynthese gestelde vragen, zijn overeenkomstig de vraagstelling, de onderstaande methode gebruikt:

1. bestudering van de internationale wetenschappelijke literatuur;
2. praktijkinventarisatie middels een schriftelijke en online survey, internet search, telefonische interviews en databank screening.

Een uitgebreidere beschrijving van deze methoden staat vermeld in de hoofdstukken (3 – 8) waar deze op van toepassing zijn.

2.2 Methoden

Internationale literatuurstudie

Voor een synthese van de wetenschappelijke stand van zaken omtrent de klinische en kosteneffectiviteit van online preventieve interventies voor (-)depressie; (-) suicide-ideatie; (-) mentale weerbaarheid; (-) angstaandoeningen; (-) eerste psychosen en (-) mantelzorgers van mensen met dementie hebben we systematische literatuur searches uitgevoerd. We hebben vooral gezocht naar meta-analyses en systematisch reviews op deze domeinen en eveneens recente individuele studies geïdentificeerd. We hebben hiervoor gebruik gemaakt van Psycinfo, Pubmed en Google Scholar, evenals van bestaande nationale en internationale databanken en onderzoek dat wij eerder hebben uitgevoerd waaronder de programmeringsstudie uit 2007. Deze studies zijn geanalyseerd naar type psychische aandoening, doelgroep, type interventie, setting, studie-design en (kosten)effectiviteit. De resultaten hiervan zijn gepresenteerd in tabellen.

Inventarisatie van het Nederlands online preventie-aanbod

De praktijkinventarisatie heeft plaatsgevonden via een (-) online survey onder aanbieders van preventieve online interventies; (-) aanvullende internet searches; (-) telefonische interviews met aanbieders en (-) searches in relevante databanken zoals die van het Centrum voor Gezond Leven (i-database), ZonMw, Trimbos-instituut, de databank Effectieve Jeugdinterventies, het NSRII netwerk (Netherlands Society for Research on Internet Interventions), en de reeds uitgevoerde programmeringsstudie in 2007.

De geïdentificeerde interventies hebben we vervolgens samengevat met behulp van de volgende categorieën: naam, doel en doelgroep; type interventie; fase van ontwikkeling (ontwikkeling, onderzoek en/of geïmplementeerd) en bekostiging en bereik. Eveneens hebben we onderzocht welke interventies door het Centrum Gezondleven gecertificeerd zijn.

Expertmeeting met deskundigen

Tijdens een expertmeeting (17 december 2012, Den Haag) hebben we de voorlopige resultaten gepresenteerd aan 22 deskundigen waaronder praktijkaanbieders, beleidsmakers, onderzoekers en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties. De feedback van deze deskundigen is verwerkt in de eindrapportage.
Bijlage 1 biedt een overzicht van deskundigen die aan deze expertmeeting hebben deelgenomen.

Hoofdstuk 3

Preventie van depressie via internet

3.1 Introductie

In dit hoofdstuk staat preventie van depressie via internet centraal. Het onderzoek naar de effectiviteit van preventieve zelfhulp voor depressieve klachten via internet is in vergelijking met de kennissynthese uit 2007 (Riper e.a.) ingrijpend veranderd. Deze veranderingen komen in dit hoofdstuk aan bod. We bespreken zowel de wetenschappelijke evidentie als het interventieaanbod in de dagelijkse praktijk.

Preventie van depressie loont (Cuijpers e.a. 2010). Andrews en collega's (2004) hebben overtuigend aangetoond dat het verbeteren van behandelmethoden voor depressie alleen niet voldoende is. In het meest gunstige geval verlagen deze de ziektelast slechts met één derde. Dit onderstreept mede het belang van depressiepreventie. Het doel van depressiepreventie is immers het verminderen van klachten van mensen met een milde depressie en eveneens het vóórkomen van ernstigere vormen van depressie (Major Depression, MDD). Een beperkt aantal studies heeft aangetoond dat depressiepreventie ook de incidentie van een DSM-IV depressie met ongeveer 25% bij volwassenen kan helpen voorkomen (zie Cuijpers e.a. 2008).

Het bereik van preventieve depressie-interventies is nog beperkt in omvang. Naar schatting 2 á 3 procent van de doelpopulatie wordt momenteel bereikt. Het gebruik van internet kan een belangrijke bijdrage leveren aan het vergroten van dit bereik. Een eerste indicatie hiervoor is dat de verdubbeling van het geïndiceerde aanbod in de periode 2007-2009 (van 4.000 naar 9.000 personen) geheel toe te schrijven was aan het depressiepreventie aanbod via internet (Trimbos-instituut 2012). Sectie 3.2 belicht het belang van depressiepreventie. Vervolgens bespreken we de (kosten)effectiviteit van depressiepreventie en het aanbod in de praktijk. We doen dit eerst voor volwassenen (secties 3.3 en 3.4) en dan voor jongeren en adolescenten (secties 3.5 en 3.6). Dit hoofdstuk eindigt met een samenvatting en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek (sectie 3.7).

3.2 Depressie: prevalentie, ziektelast en kosten van depressie

Depressie is een veelvoorkomende stemmingsstoornis. Jaarlijks hebben ongeveer 800 duizend Nederlanders vanaf 13 jaar een depressie. Vrouwen hebben vaker last van een depressie dan mannen, in de leeftijdscategorie van 18-64 jaar is de jaarprevalentie ongeveer 3:2. Daarnaast hebben ook mensen met een laag economische status of een lage opleiding meer dan gemiddeld last van een depressie (de Graaf e.a. 2010). Verdeeld naar leeftijdsgroep zien we dat de prevalentie onder de werkzame bevolking (18 – 65 jaar) het hoogst (5,8%) is, gevolgd door ouderen boven de 65 jaar (5%) en jongeren (13-17 jaar, 3,8%) (Verhulst e.a. 1997, VTV 2010).

Kenmerkend voor een depressie zijn een sombere stemming, lusteloosheid en verlies aan interesse. De DSM-IV spreekt van een depressie wanneer iemand minimaal last heeft van somberheid gedurende het grootste deel van de dag en/of verlies van plezier ervaart gedurende ten minste twee weken. Daarnaast heeft iemand met een depressie last van drie of vier symptomen zoals slaap-, eet-, of aandachtsproblemen, gevoelens van waardeloosheid of piekeren over de dood en suïcide (APA 2001). Bij mildere vormen van een depressie spreekt met wel van 'subklinische depressie'. Deze vorm van depressie beantwoordt niet aan alle DSM-criteria maar kenmerkt zich eveneens door aanzienlijk psychisch lijden en met soortgelijke persoonlijke gevolgen als meer ernstige vormen van depressie. Een veel grotere groep (16%, 1,3 miljoen Nederlanders) heeft last van deze mildere vorm (Cuijpers en Smit 2008). Subklinische depressie is één van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van een ernstigere vorm van depressie (Ormel e.a. 2000). Geïndiceerde preventie (zie hoofdstuk 1) richt zich met name op deze groep. Subklinische depressie komt onder alle leeftijdsgroepen even vaak voor.

Niet elke sombere stemming is echter een depressie. Bij ongeveer één op de twee mensen verdwijnt een depressie vanzelf binnen drie maanden. We spreken dan van spontaan herstel. Gemiddeld duurt een aanhoudende depressie ongeveer 6 maanden (Kruishaar e.a. 2005). Heeft men eenmaal een depressie gehad dan is de kans op herhaling groot. De incidentie (het aantal nieuwe gevallen) van depressie is eveneens aanzienlijk. Jaarlijks krijgen rond 3% van de volwassenen en ouderen (65+) voor het eerst een depressie (365.000 personen). Dit betekent dat 1 op de 2 personen met een depressie deze voor het eerst meemaakt (Meijer e.a. 2006). De prevalentie van depressie is de afgelopen jaren min of meer gelijk gebleven, het zorggebruik daarentegen is wel sterk gestegen (De Graaf e.a. 2012).

Individuele gevolgen en maatschappelijke kosten van depressie

Depressie komt niet alleen veel voor, maar kent ook een hoge individuele ziektelast. Dit kan leiden tot vermindering van kwaliteit van leven, een verhoogde kans op suïcide en mortaliteit, toegenomen zorggebruik, ziekteverzuim en verminderde arbeidsproductiviteit. Depressie bij jongeren is eveneens gerelateerd aan negatieve gevolgen voor hun persoonlijke ontwikkeling, slechte schoolprestaties, middelengebruik en riskant gedrag (Verhulst 2006). Ouderen met een depressie ervaren vaker geheugenproblemen, eenzaamheid en co-morbide aandoeningen.
Depressie is op populatieniveau een van de meest kostbare aandoeningen. De economische kosten van depressie bedragen naar schatting jaarlijks 1,3 miljard euro voor de leeftijdsgroep 18-65 (Smit e.a. 2006). Deze kosten worden gemaakt omdat depressieve mensen een beroep doen op zorg. Echter, het grootste deel van deze kosten wordt veroorzaakt door indirecte zorgkosten zoals productieverliezen ten gevolge van ziekteverzuim en verminderde arbeidsproductiviteit (Poos e.a. 2006). Deze directe en indirecte zorgkosten zijn ook substantieel voor mensen met een subklinische depressie (circa 1 miljard euro, Smit e.a. 2006). Dit maakt dat depressie in samenhang met haar hoge prevalentie en lijdensdruk tot de top-tien van ziekten met de hoogste ziektelast behoort. Volgens de World Health Organisation (WHO) staat depressie in 2030 bovenaan deze lijst binnen rijke ontwikkelde landen waar ook Nederland toe behoort (Mathers en Loncar 2006).

3.3 Wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie via internet voor volwassenen

De wetenschappelijke evidentie voor het preventieve internet aanbod voor depressie is sinds het verschijnen van de eerste kennissynthese in 2007 robuuster van aard (Riper e.a. 2007). De synthese uit 2007 concludeerde dat depressiepreventie voor volwassenen veelbelovend was. De auteurs baseerden zich hierbij enerzijds op de resultaten van de meta-analyse van Spek en collega's (2006). Deze toonde een klein maar significant effect (d = 0.22) aan voor onbegeleide zelfhulp via internet in verge-

Tabel 3.1 Meta-analyses preventieve en kortdurende internetinterventies voor depressie: volwassenen

Volwassenen				
Auteur	Doelgroep & Inclusie	Condities	Aantal modules	ES depressie
Andersson e.a. 2009 12 studies	depressieve klachten	Beg. iCGT vs Cntr Onbeg. iCGT vs Cntr	4-9	Overall ES: d=0.41 (BI: 0.29~0.54)*** ES beg. iCGT vs Cntr: d=0.61 (BI: 0.45~0.77)*** ES onbeg. iCGT vs Cntr: d=0.25 (BI: 0.14~0.35)*** Beg. iCGT>onbeg. iCGT***
Andrews e.a. 2010 22 studies: 6 depressie; 16 angst	ernstige depressie (MDD)	Beg. iCGT vs Cntr	5-10	Overall ES MDD: g=0.78 (BI: 0.59~0.96)***
Johansson e.a. 2012 24 studies	depressieve klachten	Beg. iCGT vs Cntr[a] Onbeg. iCGT vs Cntr	5-12	ES subgroepen o.b.v. frequentie van begeleiding:[b] Onbegeleid>Cntr: d=0.21 1 contact voor iCGT>Cntr: d=0.44 Contact tijdens iCGT>Cntr: d=0.58 Contact voor, tijdens, na iCGT>Cntr: d=0.76
Richards e.a. 2012 19 studies	depressieve klachten	Beg. iCGT vs Cntr[a] Onbeg. iCGT vs Cntr	4-12	Overall ES: d= -0.56 (BI: -0.71~ -0.41)*** ES subgroepen o.b.v. type professionele begeleiding: Onbeg.>Cntr: d= -0.36 (BI: -0.61~0.10)** Admin. beg. (AB)>Cntr: d= -0.58 (BI: -0.88~ -0.28)*** Therap. beg. (TB)>Cntr: d= -0.78 (BI: -0.92~ -0.64)*** AB vs onbeg. en AB vs TB: NS, TB>onbeg.*
Spek e.a. 2006 11 studies: 4 depressie; 7 angst	depressieve klachten	Beg. iCGT vs Cntr Onbeg. iCGT vs Cntr	4-7	Overall ES: d=0.22 (BI: 0.09~0.35)*

Legenda
NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; BI: 95% betrouwbaarheidsinterval; Cntr: controlegroep; ES: effectsize; iCGT: cognitieve therapie via internet; MDD: Major Depressive Disorder
Voetnoten
a. 2 studies geïncludeerd die iPOT (probleemoplossende therapie) onderzochten
b. Betrouwbaarheidsinterval en p-waarden worden niet gerapporteerd door de auteurs

lijking met een controlegroep (4 studies, zie tabel 3.1). Deze zelfhulp interventies waren allen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (in de tabel afgekort als iCGT: zelfhulp-interventies via internet die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie). Riper en collega's voerden een aanvullende meta-analyse uit met daarin opgenomen ook begeleide zelfhulp internet interventies. Hieruit volgde een eerste indicatie dat begeleide zelfhulp (d = 0.66; BI: 0.54 – 0.78, NNT 2.78) tot een hogere effectiviteit leidde dan onbegeleide zelfhulp. Het aantal studies was echter ook in deze aanvullende meta-analyse beperkt (5 studies waarvan 2 ook opgenomen in de meta-analyse van Spek e.a. 2006). Voor wat betreft de effectiviteit van internet interventies voor jongeren en ouderen met depressieve klachten was nog geen evidentie voor handen (op basis van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek).

Hieronder beschrijven we stap voor stap de huidige stand van zaken voor wat betreft de wetenschappelijke evidentie voor depressiepreventie via internet en het huidige praktijkaanbod. We baseren ons hierbij voor volwassenen op 5 meta-analyses die nu beschikbaar zijn (tabel 3.1) en een aantal losse studies.

Karakteristieken van de studies

Tabel 3.1 toont 5 meta-analyses gericht op onderzoek naar de effectiviteit van (on)begeleide zelfhulp voor volwassenen met depressieve klachten. Gezamenlijk bevatten deze 5 meta-analyses 34 afzonderlijke studies (RCTs). De interventies zijn met name gebaseerd op geprotocolleerde iCGT of varianten hierop zoals probleemoplossende therapie (PST) of gedragsactivatie (GA). Deze studies richten zich op geïndiceerde preventieve en kortdurende interventies, dus op personen met minimaal subklinische depressieve klachten.
Meta-analyses gericht op de effectiviteit van universele en selectieve preventie van depressie zijn nog niet beschikbaar. Dit is niet verwonderlijk want ook het aantal studies (RCTs) naar de effectiviteit van offline universele en selectieve depressie-interventies is schaars. Donker e.a. (2009) hebben een eerste meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van universele preventie ('passieve psycho-educatie') op het verminderen van depressieve klachten. De resultaten toonden een klein maar significant effect aan voor psycho-educatie in vergelijk met controle condities (d = 0.26, 95% BI 0.030-0.50; NNT:7). Deze

meta-analyse bevatte slechts 4 studies waarvan twee betrekking hadden op dezelfde onbegeleide online zelfhulp-interventie (Christensen e.a. 2004; Mackinnon e.a. 2008).
Het aantal studies dat zich beperkt tot een doelpopulatie met alleen subklinische klachten, zoals de studie van Spek e.a. (2007) ontbreekt nagenoeg eveneens. Het merendeel van de geïncludeerde studies vergelijkt een zelfhulp interventie met een controle groep die bestaat uit geen interventie al of niet met een wachtlijstconditie ('niets doen'), een kleiner aantal vergelijkt een deze met een standaard interventie of andersoortige controlegroep (zie tabel 3.1).

Werving en selectie

Het merendeel (n=27) van de studies werft hun deelnemers rechtstreeks vanuit de algemene bevolking, een kleine groep vanuit de eerstelijn (n=5). Een enkele studie doet dit vanuit de tweedelijn (Wright e.a. 2005) of de werksetting (Grime 2004). Met uitzondering van de meta-analyse van Andrews e.a. (2009) bevatten de overige 4 meta-analyses zowel studies die depressieve klachten vaststellen met behulp van diagnostische interviews zoals de CIDI als middels zelf-gerapporteerde vragenlijsten op basis van cut-off scores (zoals de CES-D). De meta-analyse van Andrews e.a. bevat alleen studies die de effectiviteit van begeleide zelfhulp onderzocht hebben voor DSM-IV populaties met een ernstige depressie. In tegenstelling tot het face-to-face preventie-aanbod voor depressie, wordt het iCGT aanbod vooral individueel aangeboden en niet in groepsverband. De studie van Thompson e.a. (2010) is hier een uitzondering op en betreft een studie naar de effectiviteit van zelfhulp gericht op het verminderen van depressieve klachten bij epilepsiepatiënten.

Nederlandse studies

In de 2007 was er slechts één Nederlandse studie beschikbaar (Spek e.a. 2007) en 2 studies waren in voorbereiding (van Straten e.a. 2008; Ruwaard e.a. 2009). In de hier gepresenteerde 5 meta-analyses zijn 7 Nederlandse studies opgenomen (9 publicaties). De kenmerken van deze studies zijn samengevat in tabel 3.2. Vijf studies evalueerden begeleide- en 2 studies onbegeleide zelfhulp-interventies voor volwassenen met depressieve klachten. Tabel 3.2. presenteert eveneens twee Nederlandse studies die niet in de meta-analyses zijn opgenomen (Seekles e.a. 2011 en Fledderus e.a. 2012).
Het aantal kosteneffectiviteitsstudies is nog beperkt. Deze studies staan in tabel 3.3. Het betreft hier 2 recente Nederlandse studies en 1 Engelse studie.

Wanneer we de resultaten van de vijf meta-analyses en aanvullende studies samenvatten komt het volgende beeld naar voren:

Uitkomstmaten

De meest gehanteerde uitkomstmaat is het verschil in effectiviteit tussen de iCGT conditie en de controlegroep gemeten op post-treatment en follow-up metingen (en veranderingen binnen de afzonderlijke condities, vaak uitgedrukt met Cohne's d). De termijnen waarvoor deze effecten gevonden worden lopen gemiddeld uiteen van direct na afloop tot 12-18 maanden na start van de interventie (zie tabel 3.2 en 3.3). Een groeiend aantal studies rapporteert eveneens relevante klinische verandering voor wat betreft afname van depressieve klachten en remissie (het aantal personen dat vrij is van depressieve klachten). Warmerdam e.a. (2008) toonden aan dat eenderde van de deelnemers hun klachten klinisch relevant verminderen (respectievelijk iCGT 38.6% en iPOT 34.1%) terwijl dit niet gold voor de controle conditie (0%). In de studie van de Graaf en collega's (2011). Na 12 maanden werd eveneens de remissie onderzocht, deze bleek voor de drie condities niet significant te verschillen (respectievelijk 40.9% voor iCGT; 37.4% voor TAU en 37.5% voor iCGT+TAU).

Effectiviteit van iCGT op depressieve klachten

Onbegeleide iCGT (geïndiceerde preventie) leidt tot een significante afname van depressieve klachten, het effect is echter klein (zie tabel 3.1 en 3.2 zie ook Cuijpers e.a. 2011). De NNT's liggen tussen de

Tabel 3.2 Nederlandse studies preventieve en kortdurende internetinterventies voor depressie volwassenen

Volwassenen						
Auteur	Interventie	Aantal modules	Werving	ES depressie: Exp. vs WL	Studie dropout interventiegroep	NNT
Fledderus e.a. 2012	Voluit leven (ACT, intensieve beg.) Voluit leven (ACT, minimale beg.)	9 9	Alg. bev. Alg. bev.	d=0.74 d=0.89 ACT^{+} vs ACT^{++++}: NS	15% 11% -	2.50 2.13 -
De Graaf e.a. 2009; 2011	Kleur je leven (CGT, onbeg.)	9	Alg. bev.	NS	5%	-
Kraaij e.a. 2010	bCGT en cGestructureerd schrijven (onbeg.)	4	Patiëntver.	cGestr.schrijven: NS bCGT = significant	33% -	- -
Seekles e.a. 2011	Stepped care (CGT, POT, beg.)	4	1e lijn/HA	NS	30%	-
Spek e.a. 2007; 2008	Kleur je leven (CGT, onbeg.)	9	Alg. bev.	d=0.55* CGT vs groeps CGT: NS	34% -	3.31 -
Van Bastelaar e.a. 2011	Diabetergestemd (CGT, beg.)	8	Alg. bev.	d=0.29 (BI: 0.17–0.40)***	42%	6.17
Van Straten e.a. 2008	Alles onder controle (POT, beg.)	5	Alg. bev.	d=0.50 (BI: 0.22~0.79)	24%	3.62
Warmerdam e.a. 2008	Alles onder controle (POT, beg.) Kleur je leven (CGT, beg.)	5 9	Alg. bev. Alg. bev.	d=0.65 (BI: 0.36~0.95)*** d=0.69 (BI: 0.41~0.98)*** POT vs CGT: NS	52% 48%	2.82 2.67

Legenda:
NS: niet significant; *p<0.05; **p<0.01, ***p<0.001; ACT: acceptance commitment therapie; CGT: cognitieve gedragstherapie; HA: huisarts; MD: Mean Difference; NNT: Numbers Needed to Treat; POT: probleemoplossende therapie; TAU: Treatment as Usual/gebruikelijke behandeling door huisarts; WL: wachtlijst

6 en 7 en deze zijn vergelijkbaar met face-to-face geindiceerde preventie en behandeling (Cuijpers e.a. 2010). Het voordeel van onbegeleide internet interventies is dat zij relatief goedkoop aan grote groepen kunnen worden aangeboden. En een klein effect kan op populatieniveau tot omvangrijke gezondheidswinst leiden. Begeleide iCGT resulteert in hogere effecten in vergelijk met onbegeleide iCGT. De hier besproken meta-analyses tonen een middelgroot significant effect aan in vergelijk met controle condities (Andersson e.a. 2009; Johansson 2012; Richards & Richardson 2012). De recente meta-analyses van Johansson e.a. (2012) en Richards & Richardson (2012) tonen eveneens aan dat naarmate de begeleiding intensiveert en/of frequenter wordt aangeboden, de depressieve klachten sterker verminderen (effectiviteit neemt toe). De meta-analyse van Andrews e.a. (2009) toont aan dat begeleide iCGT ook effectief is (significant middelgroot effect) voor personen met een ernstige DSM-IV depressie diagnose. Studieresultaten laten nog geen eenduidig beeld zien voor wat betreft het behoud van de post-treatment effecten op de langere termijn (Richards & Richardson 2012).

Er is nog weinig bekend over mogelijke onbedoelde negatieve effecten van internetinterventies voor depressie, hierover wordt nauwelijks gerapporteerd. Aangenomen wordt dat deze echter beperkt zijn zoals het geldt voor zelfhulpinterventies die bijvoorbeeld via boek of video worden aangeboden(Scogin e.a. 1996). Onderzoek is echter nodig om dit aan te tonen. Studies waarin iCGT direct vergeleken wordt met face-to-face CGT condities zijn slechts sporadisch voorhanden (zie bijvoorbeeld Spek e.a. 2007 de effectiviteit van de onbegeleide internetinterventie 'Kleurjeleven' verschilde niet significant van de face-to-face groepscursus 'In de put, uit de put').

Wie heeft er baat bij en hoe werkt iCGT?

De kleine tot middelgrootte effecten van geïndiceerde preventie tonen ook aan dat niet iedereen baat heeft bij deze interventievorm. Over wie dat mogelijk wel of niet zijn is nog weinig bekend, ook weten we nog niet of hier dezelfde factoren een rol spelen als bij face-to-face interventies. Bijvoorbeeld, een belangrijk kenmerk van depressie is apathie en verminderde motivatie om activiteiten te ondernemen. Het meedoen aan zowel onderzoek als het werken met zelfhulpinterventies vraagt om gemotiveerde deelnemers. Het kan dus zijn dat preventieve zelfhulpinterventies niet geschikt zijn voor minder gemotiveerde personen met depressieve klachten.
Een beperkt aantal studies heeft onderzocht welke predictoren, moderatoren of mediatoren de uitkomsten van depressie-interventies kunnen beïnvloeden en/of voorspellen. Spek en collega's (2008)

vonden bijvoorbeeld dat de uitkomsten voor verschillende CGT interventies beïnvloed werden door verschillende persoonlijkheidskenmerken van de deelnemers. Neuroticisme had een negatieve impact op het verminderen van depressieve klachten, zowel in de iCGT als CGT conditie. Altruisme daarentegen was alleen positief gerelateerd aan de uitkomsten van CGT maar niet van iCGT. Het onderzoek naar mediatoren van psychologische processen die aan verandering van depressieve stemming gerelateerd zijn (mediëren) staat nog in de kinderschoenen. Warmerdam e.a. (2010) onderzochten een viertal potentiele mediatoren waaronder dysfunctionele gedachten, piekeren, een negatieve visie op probleemoplossen en gevoelens van grip hebben op de eigen situatie. Zij toonden aan dat al deze vier psychologische processen gerelateerd waren aan de uitkomsten van zowel iCGT (Kleurjeleven) als iPST (Allesondercontrole). De resultaten van bovengenoemde onderzoeken moeten met voorzichtigheid geinterpreteerd worden daar het onderzoeksdesign niet specifiek voor deze vraagstelling ontworpen was. Ook de vraag naar hoe iCGT precies werkt (het openen van de 'black box') is eveneens nog niet beantwoord. Om de vraag naar wie hebben er baat bij en wat zijn de werkzame componenten van interventies is dus meer onderzoek nodig.

Depressie bij chronische aandoeningen

In 2007 waren er nog geen studies beschikbaar voor het effect van iCGT voor mensen met chronische aandoeningen en depressieve klachten. Nu zijn deze er wel in bescheiden mate. Ze tonen aan dat ook voor deze doelgroepen iCGT potentieel effectief is, zoals bijvoorbeeld voor epilepsie en depressie (Thompson 2010) en HIV en depressie (Kraaij e.a. 2010). Van Bastelaar en collega's (2011) voerden een RCT uit onder diabetes patiënten (type 1 en 2) met depressieve klachten (N=255). Begeleide iCGT ('diabetergestemd' zie ook tabel 3.2) leidde tot een significante vermindering van depressieve klachten in vergelijk met de controlegroep (d = 0.29; 95% BI: 0.17– 0.40).

Transdiagnostische interventies

Van recente aard zijn studies die transdiagnostische interventies evalueren. Transdiagnostische ('generieke') preventieve interventies richten zich op de gemeenschappelijke symptomen (bijvoorbeeld negatieve denkpatronen) van bijvoorbeeld depressie en angst binnen één interventie-protocol (McEvoy e.a. 2009). Ook deze interventies blijken via internet effectief te kunnen worden aangeboden. Zo onderzochten van Straten e.a. (2008) de transdiagnostische iCGT (POT) interventie AllesOnderControle voor het effect op afname in klachten van zowel depressie en angst. Titov e.a. (2011) evalueerden een transdiagnostische iCGT interventie voor personen met co-morbide depressie en angst in Australië. Beide studies toonden aan dat deze interventies acceptabel zijn voor deelnemers en leiden tot effecten die in omvang gelijk zijn aan die van stoornisspecifieke interventies (zie tabel 3.2). Transdiagnostische interventies kunnen zowel toegepast worden om co-morbiditeit geintegreerd aan te pakken, alsmede dienst doen als eerste stap interventie voor diverse enkelvoudige psychische problemen.

Uitvoering, begeleiding en waardering van deelnemers

Uiteenlopende studies laten zien dat de 'coachende' begeleiding van preventieve en kortdurende iCGT zowel gegeven kan worden door professionele therapeuten of anderszins getraind (lager geschoold) personeel zoals bijvoorbeeld administratief personeel of studenten psychologie. Richards & Richardson (2012) vonden in hun meta-analyse geen verschil in effectiviteit van iCGT op depressieve klachten tussen deze groepen. Dit kan mede beinvloed worden door de geprotocolleerde aanpak van iCGT, de milde tot matige ernst van de klachten, het accent op begeleiding in plaats van therapie en door de grotere motivatie van professionals. Op haar beurt kan dit in samenhang met een geringer aantal sessies en minder begeleidingstijd leiden tot een efficiëntere vorm (en daarmee goedkopere) van hulp bij depressieve klachten.

Interventietrouw

Een groot aantal studies rapporteert een lage therapietrouw onder haar deelnemers. Dit baart velen zorg. Therapietrouw is immer positief gerelateerd aan positieve uitkomsten van depressie-interventies. Ontrouw uit zich in vroegtijdig afhaken, het protocol niet altijd goed volgen of zelfs soms überhaupt niet met de interventie beginnen. Therapietrouw blijkt beduidend lager bij onbegeleide dan begeleide zelfhulp-interventies. Percentages lopen naar schatting uiteen van gemiddeld 25% bij onbegeleide-tot 65% voor begeleide zelfhulp (Richards & Richardson 2012). De binnenkort te verschijnen resultaten van een Nederlandse ZonMw studie (Kleiboer e.a. 2013, in voorbereiding) naar het verschil in therapietrouw tussen begeleide en onbegeleide zelfhulp wijst in dezelfde richting. Dit onderzoek toont aan, middels een gerandomiseerd gecontroleerd design, dat de therapietrouw bij begeleide internet interventies aanzienlijk hoger is (55%) dan bij onbegeleide interventies (33%). Om deze lage therapietrouw goed in te kunnen schatten is het van belang om deze ook te vergelijken met face-to-face interventies voor depressie. Op dit moment kunnen we dit slechts bij benadering doen omdat er nog geen gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek is gepubliceerd waarbinnen deze twee vormen direct met elkaar vergeleken worden. Indirecte vergelijkingen tonen wel aan dat de therapietrouw voor zowel de onbegeleide als begeleide iCGT interventies lager is dan die van face-to-face therapieën. Een recente meta-analyse van Swift en Greenberg (2012) laat bijvoorbeeld een gemiddelde therapietrouw zien van 80% voor face-to-face depressie-interventies. Ballegooijen e.a. (2013, aangeboden) komen in hun meta-analyse waarin ze therapietrouw voor ICGT vergelijken met face-to-face interventies ook tot de conclusie dat iCGT een lagere therapietrouw laat zien dan face-to-face interventies. Zij concluderen echter ook dat wanneer men therapietrouw op een andere manier definieert en meet, de verschillen in therapietrouw tussen deze vormen kleiner worden.

Negatieve factoren

Onderzoek laat ook zien dat uiteenlopende factoren therapietrouw negatief kunnen beïnvloeden. Dit kunnen persoonlijke factoren zijn zoals gebrek aan motivatie en tijd of verslechtering dan wel verbetering van stemming alsmede een behoefte aan face-to-face contact (Gerhards e.a. 2011). Eveneens kunnen technologische factoren een rol spelen zoals onaantrekkelijke of haperende ICT functionaliteiten of moeilijk te begrijpen depressie-interventies. Het onderzoek naar deze factoren is nog beperkt maar de studies van Andersson e.a. (2005) en Warmerdam e.a. uit 2008 wijzen in deze richting.

Positieve factoren

Van meer recente aard is het onderzoek naar factoren die therapietrouw juist positief kunnen beïnvloeden, niet alleen bij interventies voor depressieve klachten. Donkin en collega's (2012) voerden hiertoe een systematische review uit evenals Kelders e.a. (2012). Kelders e.a. laten zien dat ook de kwaliteit van gebruikte technologieën, communicatiestrategien en ontwerp van interventies mede de therapietrouw beïnvloeden. Donkin e.a. (2012) vonden in hun review dat therapietrouwe deelnemers zowel over intrinsieke als extrinsieke motivaties beschikten om met de interventie aan de slag te gaan. Zij benadrukken bijvoorbeeld de persoonlijke voordelen bij het afmaken van de interventie of het benoemen de voordelen die het hun naasten zou kunnen bieden wanneer ze zelf niet meteen overtuigd waren van het nut om dit te doen.

Kosteneffectiviteit

De kosteneffectiviteit van face-to-face preventieve depressie-interventies is onderzocht in een klein aantal studies. Deze economische studies laten onder meer zien dat depressiepreventie bij volwassenen kosteneffectief is met name wanneer zowel de directe als indirecte zorgkosten in ogenschouw worden genomen. Het betreft hier met name de zelfhulpinterventies met minimale begeleiding (Mihalopoulos e.a. 2011). Zo onderzochten Smit en collega's (2006) de kosten-effectiviteit van depressiepreventie voor volwassenen in de eerstelijn met positieve resultaten. De studie van Van 't Veer-Tazelaar liet zien dat depressiepreventie ook voor ouderen kosteneffectief kan zijn. Voor deze interventie werd

een kosteneffectiviteitsratio van bijna € 4.400 per gewonnen depressievrij levensjaar gevonden ten opzichte van gangbare huisartsenzorg.
Het onderzoek naar de kosteneffectiviteit van internet-interventies voor depressieve volwassenen is eveneens nog beperkt in omvang. In tabel 3.3 staan de resultaten van drie studies samengevat, waarvan twee Nederlandse. Deze studies berekenen de kosten en de te behalen gezondheidswinst op populatieniveau. Dit macroperspectief biedt overheden en zorgverzekeraars handvatten voor het formuleren en evalueren van hun preventiebeleid. De studies van Gerhards (2010) en MacCrone (2004) laten beiden zien dat iCGT in vergelijk met standaardzorg (TAU) goedkoper is vanuit maatschappelijk perspectief (hierin zijn zowel de direct zorgkosten als indirecte kosten van depressie-interventies berekend: kosteneffectiviteit). De studie van Warmerdam e.a. (2010) laat een iets ander beeld zien. In deze studie zijn de maatschappelijke kosten hoger. Een mogelijke verklaring ligt in het feit dat in deze studie online hulp niet vergeleken wordt met standaard zorg maar met een wachtlijstconditie. Deze studies geven ook aan dat wanneer de samenleving bereid is om tussen de € 10.000 en €15.000 per gewonnen levensjaar te investeren (QALY, Quality Adjusted Life Year) iCGT de hoogst kans heeft om kosteneffectief te zijn (zie table 3.3, kostenutiliteit) in vergelijking met de overige condities. Deze studies tonen dus de potentiele kosteneffectiviteit aan voor zowel onbegeleide als begeleide iCGT. Het kleine aantal studies, de verschillende tijdsperiodes waarover gemeten is en de settings waarbinnen het onderzoek is uitgevoerd, maken het niet mogelijk om robuuste uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit (en kosten utiliteit). Eveneens ontbreekt het onderzoek waarbinnen iCGT direct met een face-to-face aanpak in de dagelijkse praktijk vergeleken wordt.

3.4 Aanbod van depressiepreventie via internet voor volwassenen in de praktijk

In de voorafgaande secties is de (kosten) effectiviteit van iCGT voor de preventie van depressie gepresenteerd. Het online aanbod voor depressie is in de Nederlandse praktijk veel groter dan het aantal interventies dat op effectiviteit middels gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek is onderzocht.

Hier geven we een beknopt overzicht van dit aanbod en signaleren daarbij wat er aan dit aanbod veranderd is sinds de kennissynthese van 2007 (zie tabel 3.4). We pretenderen hierbij niet volledig te zijn (zie ook hoodstuk 1: afbakening). In vergelijk met de overige aandoeningen en condities die in deze kennissynthese besproken worden is het preventie-aanbod voor depressie veruit het grootst.

Volwassenen Universeel/selectief preventie-aanbod voor depressie

In 2007 inventariseerden we 14 studies voor mensen met depressieve klachten. Het huidige universele preventie aanbod is evenals in 2007 nog beperkt en een ietwat diffuus (3 interventies, zie tabel 3.4). Deze interventies kunnen anoniem en gratis gevolgd worden. De meest bekende aanbieder is het Fonds Psychische Gezondheid. De interventie van dit Fonds is de enige waarvan het aantal bezoekers (620.000) op jaarbasis bekend is. Er is naar dit universele aanbod geen onderzoek uitgevoerd. Het beperkt aantal interventies wordt waarschijnlijk enerzijds beïnvloed doordat veel aanbieders van geïndiceerde depressie-preventie zich ook met generieke informatie richten op het algemene publiek. Anderzijds is het aantal portals en websites dat informatie aanbiedt over uiteenlopende veelvoorkomende psychische aandoeningen sterk in toegenomen, zie bijvoorbeeld www.mentaalvitaal.nl (hoofdstuk 5).

Volwassenen geïndiceerd preventie-aanbod

Het geïndiceerde preventieve en kortdurende aanbod voor volwassenen is sinds 2007 in aantal toegenomen. In 2007 werden er 2 interventies in de praktijk aangeboden (Kleurjeleven (effectief) en

Internettherapie.nl (geen onderzoek). Nu worden er 11 interventies in de praktijk aangeboden. Het betreft hier vooral begeleide zelfhulp CGT interventies. Bovendien bevinden zich minimaal 6 interventies in de onderzoeksfase (tabel 3.4). Van de 11 aangeboden interventies zijn er 5 bewezen effectief waarvan twee ook kosteneffectief (Kleurjeleven en Allesondercontrole, tabel 3.3). Twee interventies zijn gebaseerd op positief gevalideerde interventies in het buitenland. In totaal zijn er dus 7 interventies waarvan de evidentie is aangetoond.

Het geïndiceerde aanbod bestaat uit zowel begeleide als onbegeleide iCGT. Het onbegeleide aanbod wordt met name door commerciële partijen aangeboden. Aan dit aanbod zijn kosten verbonden. Het begeleide aanbod wordt met name verzorgd door regionale en landelijk opererende GGZ-aanbieders. Deze bieden dit vooral aan aan zichzelf verwijzende mensen met depressieve klachten in het algemene publiek ('nuldelijn'). Deze interventies worden nauwelijks aangeboden door de eerstelijn zoals de huisartsen. In 2011 bood zo'n 70% van de GGZ-instellingen een deel van hun aanbod digitaal aan (Trimbos-instituut 2012).
Nieuw is het depressie-preventie aanbod vanuit het Algemeen Maatschappelijk Werk ('klikvoorhulp'. tabel 3.4). Over de effectiviteit van deze laatste interventie zijn nog geen gegevens beschikbaar. Wat opvalt is dat van het totale pakket aan interventies er slechts één bij het Centrum Gezond Leven (RIVM) voor beoordeling is aangemeld (Kleurjeleven, bewezen effectief, niveau III, tabel 3.4).

Financiering

De regels omtrent de financiering van het geïndiceerde aanbod zijn ten opzichte van 2007 verduidelijkt. Omtrent de bekostiging van het universele en selectieve preventie-aanbod is echter nog veel onduidelijkheid. Het geïndiceerde aanbod wordt ofwel vergoed vanuit de basisverzekering (CVZ 2013) danwel vanuit aanvullende verzekeringen. Dit aanbod valt onder de Eerstelijns Psychologische Zorg (bijvoorbeeld Kleurjeleven). Hiervoor is het wel noodzakelijk dat de deelnemer op naam en verzekeringspolisnummer geregistreerd is bij de aanbieder. Afhankelijk van de verzekeringspolis en wijze van betalen is een verwijzing van de huisarts wel of niet nodig. Het aanbod wordt deels ook via de WMO of op eigen kosten van deelnemers gefinancierd. Met ingang van 2013 wordt een deel van het anonieme depressieaanbod structureel gefinancierd door het ministerie van VWS.

Bereik

Over het exacte bereik van preventieve interventies voor depressie (en andere aandoeningen) is binnen het kader van deze kennissynthese moeilijk een goed beeld te krijgen. Hiervoor zijn uiteenlopende factoren aan te wijzen. (-)Aanbieders (ook in het reguliere preventieve werkveld) rapporteren nog niet systematisch over het bereik van internetinterventies; (-) de meeste aanbieders stellen hun bereikcijfers alleen voor interne doeleinden beschikbaar en (-) rapporteren niet naar thematisch domein zoals depressie en/of maken geen onderscheid naar het online en offline aanbod. Ook is er nog geen standaard ontwikkeld voor de wijze van rapporteren hoewel de vereisten voor bekostiging en het Routine Outcome Management deze rapportage in de toekomst wel zal verbeteren. Rapporteert men wel het bereik dan is het onderscheid tussen unieke website bezoekers en bezoekers die daadwerkelijk deelnemen vaak niet duidelijk. Daarnaast bevat het aanbod vaak zowel selectieve als geïndiceerde componenten en kan het deels anoniem gevolgd worden (bijvoorbeeld een zelftest of e-mailservice). Deze factoren gezamenlijk leiden ertoe dat de bereikcijfers op aanbiedersniveau moeilijk zijn te traceren. Rekening houdend met deze complicaties en vele onzekerheden kan op basis van de beschikbare data toch voorzichtig worden geconcludeerd dat het bereik van het huidige aanbod omvangrijk is en toegenomen sinds 2007.
Kleurjeleven bereikt op dit moment gemiddeld 3.500 deelnemers voor depressie op jaarbasis. Dat aantal is echter aanzienlijk hoger dan het face-to-face (groeps) aanbod dat wordt aangeboden door de regionale GGZ instellingen met een gezamenlijk aantal van 4.500 deelnemers per jaar. We zien ook dat het bereik vanuit het AMW toeneemt. Zo bereikt 'klikvoorhulp' een groot aantal mensen met allerlei psychische klachten (16.000 bezoekers per jaar).

Tabel 3.3 Studies naar kosteneffectiviteit geïndiceerde depressiepreventie

Auteur (jaar)	Condities	Doelgroep	Meet-instrumenten	Klinische effectiviteit	Kosten	*Bereidheid v kans op kosteneffec-tiviteit*
Gerhards et al. 2010	Onbegeleide iCGT vs TAU iCGT + TAU vs TAU n=100 vs n=103 vs n=100	volwassenen: BDI-II>16	BDI-II, EQ-5D, SF-6D	condities even effectief	iCGT € 1787 goedkoper dan TAU (direct/indirecte kosten) iCGT € 336 goedkoper dan iCGT + TAU (direct/indirecte kosten gemeten over een periode van 12 maanden	WTP=€ 10.000: iCGT: 65% WTP=€ 10.000: iCGT + TAU: 25% WTP=€ 10.000: TAU: 10%
McCrone et al. 2004	Onbegeleide cCGT vs TAU in de huisartsenpraktijk n=148 vs n=126	depressie en/of angst-stoornis diagnostisch interview	BDI, BAI	cCGT effectiever dan TAU	cCGT € 425 goedkoper dan TAU (direct/indirecte kosten) gemeten over een periode van 6 maanden	WTP=€ 15.000: cCGT: 99%
Warmerdam et al. 2010	Begeleide iCGT vs Begeleide iPST vs WL n=88 vs n=88, n=87	volwassenen: CES-D>16	EQ-5D, CES-D, TiC-P	iCGT en iPST even effectief iCGT and iPST effectiever dan WL	iCGT : € 256 duurder dan WL (directe/indirecte kosten) iPST: € 147 duurder dan WL (directe/indirecte kosten) gemeten over een periode van 12 weken	WTP=€ 10.000: iCGT:91% WTP=€ 10.000: iPST:89%

Legenda

BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory, tweede editie, BtB: Beating the Blues (cCGT programma); cCGT: Cognitieve Gedragstherapie via computer; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale; EQ-5D: EuroQol; SF-6D: Short-Form 6 Health Survey and Health Utilities Index, depressie; iCGT: CGT via internet; iPST: Probleem oplossende therapie via internet; klin. sign.: klinisch significant; PHQ-9: Patients Health Questionnaire; QALY: Quality Adjusted Life Year; RCT: Randomized Controlled Trial; TAU: Treatment as Usual; TiC-P: Trimbos and Institute of Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry; WL: Wachtlijst; WTP (bereidheid om te betalen); bedrag wat de maatschappij betaalt en corresponderende kanspercentage op effectiviteit bij dit bedrag; WL: wachtlijst; TAU: Treatment as Usual (gebruikelijke behandeling)

Tabel 3.4 Preventie van depressie volwassenen: overzicht van interventies in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie CGL Beoordeling [a, b]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonder-zoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B) [c]
A Universeel/ Selectief					
1.depressief.nl	A/E: MediStart BV	Vergroten van begrip voor en kennis van depressieve klachten 18+ jaar	Psycho-educatie, zelftest depressie, vraagforum beantwoord door deskundigen en lotgenotencontact	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Advertenties en sponsoring
2.nationaledepressietest.nl	A/E: Tezt BV; VUmc	Vergroten inzicht in depressieve klachten 18+ jaar	Psycho-educatie, telefonische zelftest depressie en advies	O: Nee K: Nee J: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Telefoonkosten van test
3.psychischegezondheid.nl/ depressiecentrum	A/E: Fonds Psychische Gezondheid	Ondersteunen bij depressieve klachten 16+ jaar	Psycho-educatie en zelftest depressie	O: Nee K: Nee J: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Financiële steun van de Nederlandse bevolking en het bedrijfsleven B: 620.000 bezoekers jaarlijks
Totaal : 3 Universele/ Selectieve preventieve interventies gericht op depressie en volwassenen/ ouderen					
B Geïndiceerd					
1.Alles Onder Controle volwassenen	A: Prezens E: VU, Klinische Psychologie	Verminderen van milde tot matige depressieve klachten 18+ jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT effectief [1, 2] K: Kosteneffectief [3] I: Ja Financier onderzoek: VU, Klinische Psychologie	A: Nee T: Publiekelijk K: Nee V: Prezens
2.diabetergestemd.nl	A: Mentalshare E: VUmc; Trimbos-instituut	Verminderen van depressieve klachten bij patiënten met diabetes 18+ jaar	8 begeleide CGT zelfhulp-modules	O: RCT effectief [4, d] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: Diabetes Fonds; Nationaal Actieprogramma Diabetes	A: Mogelijk (eigen kosten) T: Publiekelijk K: Eigen bijdrage €50 V: Diverse zorgverzekeraars B: 8128 bezoekers 2011-2012
3.internettherapie.nl	A/E: GGZ Delftland	Verminderen van depressieve klachten 18+ jaar	8 begeleide CGT zelfhulp-modules	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: GGZ Delftland
4.kleurjeleven.nl	A: GGZ instellingen; Men-talshare E: Trimbos-instituut; Men-talshare	Verminderen van depressieve klachten 18+ jaar	8 (on)begeleide CGT zelfhulp-modules+ 1 opfrismodule CGL beoordeling: III [a] (bewezen effectief)	O: RCT effectief [2, 5, 6] K: Kosteneffectief [7] I: Ja Financier onderzoek: VU, Klinische Psychologie [2] ZonMw Preventieprogramma 4 [5] ZonMw; UM EPP; CAPHRI [6, 7]	A: Nee T: Publiekelijk K: Eigen bijdrage €50 V: Diverse zorgverzekeraars B: 30.000 unieke bezoekers, 3.500 cursisten 2011

5.klikvoorhulp.nl	A/E: Stichting Impact; Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)	Ondersteunen bij (psychische) problemen 21+ jaar	Psycho-educatie, chat (max. 1 uur) of e-mail (1 à 2 reacties) met maatschappelijk werker, forum	O: Kwaliteit- en tevredenheidsonderzoek[e] K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk (e-mail en chat alleen voor deelnemers in AMW regio's aangesloten bij klikvoorhulp) K: Nee V: WMO B: 16.000 unieke bezoekers 2012
6.molemann.nl Therappi mobiele applicatie	A/E: MoleMann Mental Health	Verminderen van depressieve klachten 18+ jaar	1 onbegeleide CGT zelfhulp-module	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk (Iphone, Ipad, Ipod) K: Nee V: MoleMann Mental Health
7.moodgym.nl	A: Molemann Mental Health E: Australian National University	Verminderen van depressieve klachten 18+ jaar	5 onbegeleide CGT zelfhulp-modules	O: RCT buitenland effectief [8, 9, 10, 11, 12] K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee
8.psychologiemagazine.nl	A/E: VU, Klinische Psychologie; Psychologie Magazine	Verminderen van pieker-, depressie-, angst- en slapeloosheid-klachten 18+ jaar	4 onbegeleide CGT POT en MBT zelfhulp-modules, forum en sms	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Nee T: Publiekelijk K: Ja €39.95
9.psyhealthdirect.nl	A/E: Psy Health Direct	Verminderen van depressieve klachten 18+ jaar	Face-to-face intake gesprek, 8 begeleide CGT zelfhulp-modules	O: RCT buitenland effectief [13, 14] K: Kosteneffectiviteit [15] I: Ja Financier onderzoek: Ultrasis UK; NHS	A: Nee T: Publiekelijk K: Eigen bijdrage €50 V: Diverse zorgverzekeraars
10.psyhealthdirect.nl	A/E: Psy Health Direct	Verminderen van depressieve klachten 18+ jaar	5 onbegeleide CGT zelfhulp-modules	O: Niet gerandomiseerde studie effectief [16] K: Kosteneffectief[16] I: Ja	A: Nee T: Publiekelijk K: Eigen bijdrage €50 V: Diverse zorgverzekeraars
11.psyquin.nl	A/E: Skychoaching	Verminderen van piekeren 12+ jaar	Onbegeleide CGT zelfhulp-modules (begeleid door virtuele coach) ook als mobiele applicatie beschikbaar	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Ja €34.95
Totaal: 11 Geïndiceerde preventieve interventies gericht op depressie en volwassenen/ ouderen					

C In onderzoek: Geïndiceerd

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)
1.Happy@work	A/E: VU, Klinische Psychologie	Verminderen van mild tot matige depressie-, angst-, stress- en burnout klachten 18+ jaar	6 begeleide CGT en POT zelfhulp-modules	O: RCT in uitvoering[f] K: Gepland I: Nee Financier onderzoek: VU; VUmc; EMGO+
2.Alles Onder Controle MS-patiënten	A/E: VU, Klinische Psychologie; GGZ inGeest	Verminderen van milde tot matige depressie-, angst- en stressklachten bij MS patiënten 18+ jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT in uitvoering[g] K: Nee I: Nee Financier onderzoek: Stichting MS Research
3.Alles Onder Controle long, hoofd en hals kanker-patiënten	A/E: VU, Klinische Psychologie; VUmc	Verminderen van milde tot matige depressie-, angst- en stressklachten bij kankerpatiënten 18+ jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT in uitvoering[h] K: Nee I: Nee Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 4

4.Alles Onder Controle Turkse migranten	A/E: VU, Klinische Psychologie; Trimbos-instituut	Verminderen van milde tot matige depressie-, angst- en stressklachten bij Turkse migranten 18+ jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT in uitvoering[i] K: Nee I: Nee Financier onderzoek: VU, Klinische Psychologie
5.diabetgestemd.nl Turkse versie	A/E: VUmc; Trimbos-instituut	Verminderen van depressieve klachten bij Turkse patiënten met diabetes 18+ jaar	8 begeleide CGT zelfhulp-modules	O: Haalbaarheidsstudie uitvoering[j] K: Nee I: Nee Financier onderzoek: ZonMw
6.Mood Buster-Light	A/E: VU, Klinische Psychologie	Verminderen van depressieve klachten 18+ jaar	7 onbegeleide CGT, POT GA, EXC en RL zelfhulp-modules	O: Haalbaarheidsstudie in uitvoering[k] K: Nee I: Nee Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 4
Totaal: 6 Geïndiceerde preventieve interventies gericht op depressie en volwassenen/ ouderen in onderzoek				

Legenda
CGT: cognitieve gedragstherapie; CT: cognitieve therapie; GA: gedrag-sactivatie; EXC: exercise; MBT: mentalisatie bevorderende therapie; POT: probleemoplossingsgerichte therapie; RCT: randomized controlled trial; RL: relaxatie; SVT: sociale vaardigheden training; WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

Voetnoot
a. CGL: Centrum Gezond Leven Beoordeling: 0; goed beschreven, I; theoretisch goed onderbouwd, II; waarschijnlijk effectief, III; bewezen effectief
b. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven.
c. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoeker-saantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld.
d. Implementatie onderzoek in afronding
e. Ongepubliceerd: kwaliteits/tevredenheidsonderzoek, resultaten zijn niet openbaar.
f. VU, Klinische Psychologie, drs. A. Geraedts
g. VU, Klinische Psychologie, drs. R. Boeschoten
h. VU, Klinische Psychologie, drs. A. Krebber
i. VU, Klinische Psychologie, drs. B. Ünlü
j. VUmc, prof. dr. F. Snoeks
k. VU, Klinische Psychologie, prof. dr. H. Riper

Literatuur

1. Van Straten, A., Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*(1), e7.
2. Warmerdam, L., Van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*(4), e44.
3. Warmerdam, L., Smit, F., van Straten, A., Riper, H., & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(5), e45.
4. Van Bastelaar, K. M., Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H., & Snoek, F. J. (2011). Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients a randomized, controlled trial. *Diabetes Care*, *34*(2), 320-325.
5. Spek, V., Nyklícek, I., Smits, N., Cuijpers, P. I. M., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, *37*(12), 1797-1806.
6. De Graaf, L. E., Gerhards, S. A. H., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J. F. M., Evers, S. M. A. A., ... Huibers, M. J. H. (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive–behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(1), 73-80.
7. Gerhards, S. A. H., De Graaf, L. E., Jacobs, L. E., Severens, J. L., Huibers, M. J. H., Arntz, A., ... Evers, S. M. A. A. (2010). Economic evaluation of online computerised cognitive–behavioural therapy without support for depression in primary care: randomized trial. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(4), 310-318.
8. Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *328*(7434), 265-268.
9. Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(6), 1021-1032.
10. Christensen, H., Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J., & Brittliffe, K. (2006). Online randomized controlled trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine*, *36*(12), 1737-1746.
11. O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, *35*(1), 43-54.
12. O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H., & Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, *26*(1), 65-72.
13. Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., ... Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive–behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(1), 46-54.
14. Grime, P. R. (2004). Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absentee-ism. *Occupational Medicine*, *54*(5), 353-359.
15. McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A., ... Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive–behav-ioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(1), 55-62.
16. Zangy, T. (2012). *Effectiveness and cost-effectiveness of Moodlifter, An internet-based treatment for adults with subclinical depression: controlled clinical trial*. Amsterdam: VU. Ongepubliceerde scriptie.

3.5 Wetenschappelijke onderbouwing van depressiepreventie via internet voor jongeren

Ook jongeren (12 – 18 jaar) kampen veelvuldig met depressieve klachten. Familiaire depressie, subklinische klachten en stressvolle gebeurtenissen behoren tot de meest belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie binnen deze leeftijdsgroep (Thapar e.a. 2012). Jongeren, nog meer dan volwassenen, maken veelvuldig gebruik van internet, computers en smartphones. Er is echter nog weinig kennis voorhanden omtrent de effectiviteit van internet interventies voor depressie onder deze leeftijdsgroep. De kennissynthese uit 2007 maakte melding van 5 preventieve interventies die in de praktijk werden aangeboden waaraan veelal anoniem en kosteloos kon worden deelgenomen. Studies naar de wetenschappelijke evidentie van dit aanbod waren (inter)nationaal waren nog niet gepubliceerd. De kennissynthese (2007) concludeerde dan ook dat onderzoek naar de effectiviteit van dit aanbod voor jongeren en jongvolwassenen noodzakelijk was. Calear en collega's kwamen in hun overzichtsstudie uit 2010 tot een zelfde conclusie. Het aantal studies naar de effectiviteit van preventieve depressie-interventies voor jongeren is in 2012 nog steeds gering. Dit aantal steekt schril af tegen studies naar volwassenen met depressieve klachten (zie tabel 3.1 en 3.5). Hier bespreken we de resultaten van een aantal van deze studies afzonderlijk omdat er nog geen meta-analyse beschikbaar is (wel in voorbereiding, Riper e.a. 2013).

Tabel 3.5 biedt een overzicht van zeven studies waarvan er drie zich richten op één universele preventie interventie (MoodGym) voor schoolgaande adolescenten (O'Kearny e.a. 2006; O'Kearny e.a. 2009 en Calear e.a. 2010). Deze studies toonden geen significant verschil in effect op depressieve symptomen tussen leerlingen die de MoodGym interventie volgden en de controlegroepen die ofwel geen interventie of het reguliere curriculum volgenden. Deze resultaten bevestigen niet de positieve conclusie over de impact van universele depressiepreventie op scholen van een recente Cochrane review (geen internet-interventies) door Merry e.a. (2010; 53 studies, 14.406 deelnemers, het merendeel werd via face tot face schoolprogramma's aangeboden). Merry e.a. concludeerden voorzichtig dat universele schoolgerichte preventie van depressie mogelijkerwijs wel tot significante depressie-vermindering bij scholieren kan leiden. Dit mogelijk positieve effect werd echter niet door Cuijpers e.a. 2008 en Stice e.a. (2009) in eerdere reviews aangetoond. Een recente RCT van Stallard e.a. (2012) in Engeland vond wederom geen effectiviteit van depressiepreventie op scholen. Deze studies benadrukken echter wel het belang van depressiepreventie voor jongeren, de schoolsetting als mogelijke vindplaats voor anonieme screening (zie ook Horowitz en Garber 2006).

Nederlandse studies

Twee Nederlandse studies onderzochten de effectiviteit van geïndiceerde depressie-preventie via internet onder zichzelf refererende jongeren in het algemeen publiek. Hoek en collega's vonden geen verschil in afname van depressieve symptomen tussen jongeren die aan een begeleide zelfhulpcursus op basis van probleemoplossende therapie deelnamen en die van de wachtlijst-controlegroep. De uitvoering van deze studie werd echter sterk belemmerd door rekruteringsproblemen. Dit had mede tot gevolg dat de steekproef uit slechts een klein aantal deelnemers bestond (en daarmee mogelijk over onvoldoende power beschikte). Moeilijkheden met het rekruteren van deelnemers is kenmerkend voor veel jeugdstudies in Nederland. Een aantal van deze studies zijn dan ook vroegtijdig gestopt. Er is een aantal belemmerende factoren in het spel waardoor het voor jongeren moeilijk kan zijn om deel te nemen aan onderzoek. Veel jongeren schamen zich voor hun problemen en willen daarom anoniem aan het interventie-aanbod deelnemen. Anonimiteit is echter bij deelname aan onderzoek niet mogelijk. Om mee te doen aan onderzoek hebben jongeren beneden de 16 jaar namelijk 'informed consent' van beide ouders nodig. Vaak willen jongeren hun deelname voor hun ouders verborgen houden. Eveneens zijn ouders niet altijd bereid om een informed consent te tekenen en/of is het

Tabel 3.5 Overzicht studies preventieve en kortdurende internetinterventies voor depressie: jongeren

Jongeren					
Auteur (jaartal)	Doelgroep & Setting	Interventie & Condities RCT/CT/RT	Aantal modules	Uitkomst-maten	ES depressie post-treatment/ follow-up
Calear e.a. 2009	Adolescenten op school: 12-17 jaar (universele preventie)	MoodGym / RCT Onbeg. iCGT^ vs WL n=563 vs n=914	5	CES-D	NS
Hoek e.a. 2012	Jongeren met milde tot matige depressieve klachten in de algemene bevolking: 12-21 jaar (geïndiceerde preventie)	Allesondercontrole / RCT Beg. iPOT vs WL n=22 vs n=23	5	CES-D	NS (5 en 16 weken)
O'Kearney e.a. 2006	Adolescente jongens op school: 15-16 jaar (universele preventie)	MoodGym / CT Onbeg. iCGT^ vs ftf regulier curriculum n=40 vs n=38	5	CES-D	NS
O'Kearney e.a. 2009	Adolescente meisjes op school: 15-16 jaar (universele preventie)	MoodGym / CT Onbeg. iCGT^ vs ftf regulier curriculum n=67 vs n=90	5	CES-D	NS d = 0.46 na 20 wks
Van Voorhees e.a. 2009 Hoek e.a. 2011	Jongeren met milde tot matig de-pressieve klachten in de eerstelijn: 14-21 jaar (geïndiceerde preventie)	Catch-It / RT ftf MI + beg. iCGT vs f:f KA + beg. iCGT n=43 vs n=40	14	CESD-D	NS NS: 6 maanden
Van der Zanden e.a. 2012	Jongeren met milde tot ernstige depressieve klachten:16-25 jaar in de algemene bevolking (geïndiceerde preventie)	GripopjeDip / RCT Beg. iCGT (groep) vs WL n=121 vs n=123	6	CESD-D	d=0.94 (BI: 0.64~1.23)***

Legenda
^ docenten instrueren leerlingen aan het begin maar begeleiden deze niet bij het volgen van de interventie; NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; RCT: randomized controlled trial; CT: controlled trial; RT: randomized uncontrolled trial; BI: 95% betrouwbaarheidsinterval; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression scale; ES: effectsize; ftf: face-to-face; iCGT: internet cognitieve gedragstherapie; iPOT: internet probleemoplossende therapie; KA: kort advies gesprek; MI: motivationeel interview; WL: wachtlijst

bij gescheiden ouders moeilijk om de noodzakelijke beider handtekeningen op te verkrijgen. Het per post versturen van 'informed consent' is een bijkomende praktische belemmering. Het digitaal aanleveren van informed consent wordt door het merendeel van Medisch Ethische Toetsingscommissies nog niet erkend. Daarnaast is meedoen aan onderzoek niet noodzakelijk om online hulp te krijgen omdat er al een aanbod beschikbaar is dat men kan volgen zonder te participeren in onderzoek.
De studie van Van der Zanden (2012) naar GripopjeDip is er wel in geslaagd een voldoend aantal deelnemers in de studie te includeren. GripopjeDip is een van de meest bekende internetinterventies voor jongeren. Het is een online CGT groepsinterventie en Van der Zanden en collega's toonden een groot significant effect aan voor GripopjeDip in vergelijking met een wachtlijst-controlegroep (tabel 3.5).
De studie van Voorhees (2010, zie ook Hoek 2011) naar jongeren in de eerstelijn vond geen significant verschil in effect tussen twee iCGT varianten (beide groepen toonden een significante vermindering van depressieve klachten aan). Deze laatste studie kent echter een aantal methodische beperkingen waardoor de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Kosteneffectiviteit en predictoren

Er zijn aanwijzingen dat preventie van depressie ook voor jongeren kosteneffectief kan zijn (zie bijvoorbeeld de economische modelleringsstudie van Mihalopoulos e.a 2012). Studies naar de kosteneffectiviteit van online interventies voor jongeren zijn echter nog niet gepubliceerd. Dit geldt eveneens voor studies naar de predictoren en moderatoren die de uitkomsten van online preventieve interventies beïnvloeden. De Australische studie van Calear e.a. (2012) is hierop een uitzondering. Deze studie toont onder andere aan dat een hogere therapietrouw het effect van de interventie in positieve zin beïnvloedt. Het onderzoek naar therapietrouw is ook voor jongeren van groot belang omdat ook jongeren een lage therapietrouw laten zien.

3.6 Aanbod van depressiepreventie via internet voor jongeren in de praktijk

Tabel 3.6 biedt een overzicht van het aanbod voor jongeren met depressieve klachten in de praktijk. Het universele depressie-aanbod voor jongeren in de praktijk richt zich op jongeren in de algemene bevolking. Dit aanbod is min of meer gelijk aan dat van 2007. Evenals in 2007 kunnen jongeren dit aanbod anoniem en zonder kosten volgen. De financiering van dit aanbod komt vanuit de WMO, zorgverzekeraars (depri-en-dan.nl) en vanuit (tijdelijke) financiering via VWS (Korrelatie). Een universeel aanbod op scholen is nog niet beschikbaar en gegeven de huidige stand van wetenschappelijk inzicht is zo'n aanbod ook niet aan te raden (tabel 3.6). Het geïndiceerde preventie-aanbod bestaat nu uit 5 interventies. Drie van deze interventies zijn op effectiviteit onderzocht ('AllesonderControle'; 'GripopjeDip' en 'PratenOnline' van deze laatste interventie is de publicatie in voorbereiding). De door het AMW aangeboden interventie 'KlikvoorHulp' is ook gericht op jongeren vanaf 12 jaar. Het bereik in termen van geïndiceerde preventie is van deze interventie niet bekend, wel het aantal website-bezoekers (16.000 bezoekers op jaarbasis). Naar deze interventie is nog geen effectiviteitsonderzoek uitgevoerd. GripopjeDip biedt op jaarbasis hulp aan 250 jongeren en verwijst 100 jongeren door naar de reguliere hulpverlening. Naar schatting biedt PratenOnline hulp aan 500 jongeren op jaarbasis. De financiering van het geïndiceerde jeugd –aanbod is nog niet structureel geregeld. Dit betreft met name de interventies die vanuit de GGZ worden aangeboden en waaraan jongeren anoniem kunnen deelnemen zoals GripopjeDip en PratenOnline. Dit aanbod wordt tijdelijk met VWS gelden gefinancierd.

Tabel 3.6 Preventie van depressie Jongeren: overzicht van interventies in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie CGL Beoordeling[a,b]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteit-sonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[c]
A Universeel/ Selectief					
1.depri-en-dan.nl	A/E: PuntP (Arkin), Preventie jeugd GGZ	Ondersteunen multiculturele jongeren met depressieve klachten 15-23 jaar	Psycho-educatie, zelftest depressie, vraag en antwoord via chat en e-mail met coach	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Agis en WMO
2.question-zone.nl	A/E: Stichting Korrelatie	Informeren en adviseren over psychische klachten en sociale problemen 12+ jaar	Hulp- en informatielijn, vraag en antwoord via chat en e-mail met hulpverlener	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Korrelatie (VWS)
3.zwaarweer.nl	A/E: Stichting Korrelatie	Ondersteunen bij depressieve klachten 12-25 jaar	Psycho-educatie, zelftest depressie, vraag en antwoord via chat en e-mail met coach	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Korrelatie (VWS)
Totaal : 3 Universele/ Selectieve preventieve interventies gericht op depressie en jongeren					
B Selectief/ Geïndiceerd					
1.Alles Onder Controle adolescenten	A: Prezens E: VU, Klinische Psychologie	Verminderen van milde tot matige depressie-, angst- en stressklachten 12-18 jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT geen effect[1] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 3	A: Nee T: Publiekelijk K: Nee V: Prezens
2.dipdoc.nl	A/E: Lentis; Welnis Preventie	Ondersteunen bij somberheid en overige (psychische) klachten 17-30 jaar	Vraag en antwoord via e-mail (max. 8) met coach	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Zorgverzekeraar/ WMO B: 36 aanmeldingen in 2011
3.gripopjedip.nl	A: 11 GGZ instellingen E: Trimbos-instituut; Stichting De Jutters; Indigo; Dimence	Verminderen van milde tot matige depressieve klachten 16-25 jaar	6 begeleide CGT en SVT groepschat sessies, psycho-educatie en e-mail met coach CGL beoordeling: I[a] (theoretisch goed onderbouwd)	O: RCT effectief [2] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 4	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: VWS B: 250 cursisten jaarlijks,100 doorverwijzingen voor intensievere hulpverlening na screening
4.klikvoorhulp.nl	A/E: Stichting Impact; Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)	Ondersteunen bij psychische klachten en sociale problemen 10-21 jaar	Psycho-educatie, chat (max. 1 uur) of e-mail (1 à 2 reacties) met maatschappelijk werker en forum	O: Kwaliteits- en tevredenheidsonderzoek[d] K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk (e-mail en chat deelnemers in AMW regio's aangesloten bij klikvoorhulp) K: Nee V: WMO B: 16.000 unieke bezoekers 2012
5.pratenonline.nl	A/E: Jeugdriagg Noord Holland Zuid	Verminderen van ernstige depressie- en angstklachten 12-23 jaar	Psycho-educatie en OGT chat (max. 8 sessies) met een professional CGL beoordeling: I[a] (theoretisch goed onderbouwd)	O: RCT effectief [e] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: ZonMw	A: Ja tot 4 gesprekken T: Publiekelijk K: Nee, bij 5-8 sessies basisverzekering V: VWS B: 450 tot 500 cursisten jaarlijks
Totaal : 5 Selectieve/ Geïndiceerde preventieve interventies gericht op depressie en jongeren					

C In onderzoek: Geïndiceerde preventie				
Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)
1.CGT training gericht op piekeren	Universiteit van Amsterdam, Klinische Psychologie	Verminderen van pieker-, depressie- en angstklachten 15-21 jaar	6 begeleide CGT zelfhulpmodules	O: RCT in uitvoering[f] K: Nee I: Nee Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 4

Legenda

CGT: cognitieve gedragstherapie; CT: cognitieve therapie; OGT: oplossingsgerichte therapie; POT: probleemoplossingsgerichte therapie; RCT: randomized controlled trial; SVT: sociale vaardigheden training; WMO: Wet Maatschappelijke Ondersteuning.

Voetnoten

a. CGL: Centrum Gezond Leven Beoordeling: 0; goed beschreven, I; theoretisch goed onderbouwd, II; waarschijnlijk effectief, III; bewezen effectief
b. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven.
c. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld.
d. Ongepubliceerd: kwaliteits/tevredenheidsonderzoek, resultaten zijn niet openbaar.
e. Trimbos-instituut, dr. J. Kramer, in voorbereiding
f. Universiteit van Amsterdam, Klinische Psychologie, dr. M. Topper

1. Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2012). Effects of internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. *PloS One*, *7*(8), e43485.
2. Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3), e86.

3.7 Samenvatting en aanbevelingen

In dit hoofdstuk hebben wij een overzicht gepresenteerd van de wetenschappelijk evidentie van depressiepreventie via internet en het aanbod hiervan in de Nederlandse praktijk. Dit hebben we gedaan voor volwassenen en jongeren met een onderscheid naar universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Tabel 3.7 vat de resultaten van dit overzicht kernachtig samen.

Deze tabel laat duidelijk zien dat het onderzoek naar en aanbod aan ouderen (65+) ontbreekt. Dit geldt ook voor het selectieve preventie aanbod voor depressie (alle leeftijdsgroepen). Inzicht in de effectiviteit van het universele preventie-aanbod voor jongeren in het algemeen publiek ontbreekt terwijl dit aanbod wel beschikbaar is. Universele preventie van depressie op scholen blijkt vooralsnog niet effectief maar wordt op Nederlandse middelbare scholen ook niet via internet aangeboden. Over de effectiviteit van universele preventie van depressie via internet voor volwassenen in het algemeen publiek is eveneens nog weinig bekend, dit aanbod is in Nederland wel beschikbaar.

Het geïndiceerde preventieaanbod voor jongeren in het algemene publiek is beschikbaar en nu ook op effectiviteit onderzocht. De resultaten zijn vooralsnog niet eenduidig. Het onderzoek is beperkt in aantal. De resultaten van Van der Zanden (2012) zijn echter veelbelovend. Het geïndiceerde iCGT aanbod voor volwassenen blijkt daarentegen effectief en naar alle waarschijnlijkheid ook kosteneffectief. Voor zowel jong als oud geldt dat het geïndiceerde aanbod in de eerstelijn nog beperkt voorhanden is en dat er over de effectiviteit van het aanbod in deze setting nog weinig bekend is.

Tabel 3.7 Overzicht effectiviteit en Nederlands aanbod van depressiepreventie via internet

		Universele Preventie	Selectieve Preventie	Geïndiceerde Preventie
Jeugd	school	☹ niet effectief — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	☹ niet effectivitief — geen aanbod
	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod beschikbaar	? effectiviteit onbekend + aanbod beschikbaar	😐 effectiviteit veelbelovend + geen aanbod
Volwassenen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod beschikbaar	? effectiviteit onbekend + aanbod beschikbaar	☺ effectiviteit onbekend + geen aanbod
	werk-setting	? effectiviteit onbekend — geen aanbod (in ontwikkeling)	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	nvt
	eerstelijn	nvt	nvt	? effectiviteit onbekend — geen aanbod
Ouderen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod

We komen op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten tot de volgende aanbevelingen voor depressiepreventie via internet:

Jongeren

- Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van preventieve internetinterventies voor jongeren met depressieve klachten, dit geldt voor alle drie de vormen van preventie (universeel, selectief en geïndiceerd) en eveneens voor de toepassing hiervan in de eerstelijn (geïndiceerde preventie). Bij gebleken effectiviteit zoals bij GripopjeDip is verder onderzoek nodig om de lange termijn effecten vast te kunnen stellen.
- Eveneens is er inzicht nodig in de kosteneffectiviteit van depressiepreventie via internet onder jongeren.

- Er is nog weinig inzicht in welke jongeren er baat hebben bij internet-interventies en welke niet. Onderzoek naar predictoren, moderatoren en mediatoren die de effectiviteit van interventies beïnvloeden is hiervoor nodig.
- Over de effectiviteit van internet-interventies voor jongeren met depressieve klachten in de leeftijdsgroep van 12 – 16 is weinig bekend. Deze leeftijdsgroep ontbreekt nagenoeg in onderzoek naar geïndiceerde preventie voor jongeren. Redenen hiervoor zijn onder andere rekruteringsproblemen en moeilijkheden bij het verkrijgen van 'informed consent' van beide ouders in deze leeftijdsgroep. Eveneens is het vaak nog niet mogelijk om digitaal 'informed consent' aan te leveren. Enerzijds is er dus onderzoek nodig naar deze specifieke leeftijdsgroep. Anderzijds verdient het aanbeveling om problemen rondom de uitvoering van internet-onderzoek naar jeugdigen op nationaal niveau bespreekbaar te maken en de mogelijkheden van nieuwe vormen van informed consent te bespreken, inclusief de rol van Medisch Ethische Toetsingscommissies. Dit vraagstuk speelt niet alleen in Nederland en beperkt zich niet alleen tot jeugdigen[1].

Volwassenen

- Onderzoek is nodig naar de effectiviteit (en de te hanteren uitkomstmaten) van universele preventie voor volwassenen in het algemeen publiek. Dit onderzoek ontbreekt.
- De mogelijkheden van een selectief aanbod voor volwassenen, gericht op hoogrisicogroepen, verdient nadere verkenning.
- Kennis ontbreekt over hoe het effectief gebleken geïndiceerde preventie-aanbod voor het algemene publiek te vertalen naar en te integreren in eerstelijns-settingen.
- Onderzoek naar de haalbaarheid en effectiviteit van internetinterventies voor depressieve ouderen (boven de 65 jaar) is raadzaam mede met het oog op het vergrijzen van de bevolking en toenemend aantal ouderen met depressieve klachten.
- Het Algemeen Maatschappelijk Werk bereikt met haar interventies ook een belangrijke groep van mensen met depressieve klachten. Het AMW kent in tegenstelling tot de GGZ nog geen onderzoekstraditie gericht op het vaststellen van de (kosten)effectiviteit van hun aanbod. Gegeven het naar schatting grote bereik (en mogelijk verschillende doelgroepen) is effectiviteitsonderzoek naar het AMW aanbod aan te raden.
- Preventie-onderzoek gericht op het voorkomen van ernstige depressie bij personen met een subklinische depressie middels geïndiceerde preventie is nog beperkt maar veelbelovend. Het mogelijk maken van grootschalige trials is hiervoor aan te bevelen.
- Er is meer kennis nodig over wie er wel of geen baat hebben bij depressiepreventie via internet (of andersoortige kanalen). Hiertoe is onderzoek nodig naar de predictoren, moderatoren en mediatoren die een rol spelen bij interventie-uitkomsten. Het onderzoek dient hiertoe speciaal te worden opgezet en de uitvoering van meta-analyses op basis van individuele patiënten data (poolen van primaire onderzoeksdata) kan hier eveneens uitkomst bieden.

Jongeren en volwassenen

- Inzicht in het bereik van depressiepreventie via internet is beperkt. Het verdient aanbeveling om gegevens over dit bereik te standaardiseren en publiek te maken.
- Inzicht in de kwaliteit van interventies via beoordelingen van het Centrum Gezond Leven is zeer beperkt (slechts 3 interventies zijn door het CGL beoordeeld). Navraag leert dat (-) niet iedereen bekend is met het CGL, (-) het organisaties veel tijd kost om deze beoordelingsprocedure te doorlopen en (-) de voordelen die een dergelijke registratie oplevert niet duidelijk zijn. Evaluatie van de effectiviteit en haalbaarheid van de CGL beoordelingsprocedure voor internetinterventies voor depressie is daarom aan te raden.
- Onderzoek naar de lange termijn effecten van preventieve internetinterventies voor depressies zijn voor beide leeftijdsgroepen noodzakelijk om het behoud van effect te kunnen aantonen.

1 Zie bijvoorbeeld de recente paper van Vayena e.a. (2013): Caught in the Web: Informed Consent for Online Health Research. Sci Transl Med 20 February 2013: Vol. 5, Issue 173, p. 173fs6.

- Inzicht in hoe de (kosten)effectiviteit van internetinterventies zich verhoudt tot face-to-face interventies in de alledaagse praktijk is nodig om tot weloverwogen beslissingen te kunnen komen over wat wel en niet aan te bieden.
- Onderzoek naar het verbeteren van therapietrouw, de aard en mate van (noodzakelijke) begeleiding, en acceptatie door deelnemers kan inzicht bieden in de meest efficiënte strategieën voor depressiepreventie via internet.

Referenties depressie: volwassenen

American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

*Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldo, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(5), 456-461.

***Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 196-205.

***Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS One*, *5*(10), e13196.

Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 184*(6), 526-533.

Ballegooijen, W. van, Cuijpers, P., Straten, A. van, Andersson, G. & Riper, H. (2013, ingezonden voor publicatie). *Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis*.

**Bastelaar, K. M. van, Pouwer, F., Cuijpers, P., Riper, H., & Snoek, F. J. (2011). Web-based depression treatment for type 1 and type 2 diabetic patients a randomized, controlled trial. *Diabetes Care*, *34*(2), 320-325.

Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Braam, A. W., Smit, J. H., & Tilburg, W. van (1997). Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine, 27*(6), 1397-1409.

*Berger, T., Hämmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: a randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*(4), 251-266.

*Choi, I., Zou, J., Titov, N., Dear, B. F., Li, S., Johnston, L., ... Hunt, C. (2012). Culturally attuned Internet treatment for depression amongst Chinese Australians: a randomised controlled trial. *Research Online, 136*(3), 459-468.

*Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *328*(7434), 265-268.

*Clarke, G., Eubanks, D., Reid, C. K., O'Connor, E., DeBar, L. L., Lynch, F., ... Gullion, C. (2005). Overcoming depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of a self-help depression skills program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, *7*(2), e16.

*Clarke, G., Kelleher, C., Hornbrook, M., DeBar, L., Dickerson, J., & Gullion, C. (2009). Randomized effectiveness trial of an Internet, pure self-help, cognitive behavioral intervention for depressive symptoms in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 222-234.

*Clarke, G., Reid, D. E., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., Lynch, F., & Nunley, S. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, *4*(3), e14.

***Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., Straten, A. van, & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. *PloS One*, *6*(6), e21274.

***Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G.(2010b). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, *1*(1), 1-15.

Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the "Coping with Depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review, 29*(5), 449-458.

Cuijpers, P., & Smit, F. (2008a). Subklinische depressie: een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor Psychiatrie, 50*(8), 519-528.

* Studie is opgenomen in de meta-analysen besproken in dit hoofdstuk.
** Nederlandse internet-interventiestudie die ofwel is opgenomen in de meta-analysen of apart is toegevoegd aan dit hoofdstuk.
*** Meta-analyse gericht op internet-interventiestudies besproken in hoofdstuk 4.

Cuijpers, P., Smit, F., & Beekman, A. (2010a). Preventie van depressie: een overzicht. *Psychologie & Gezondheid, 2010*(1), 28-35.

Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C., & Beekman, A. (2008b). Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry, 165*(10), 1272-1280.

***Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Medicine*, *7*(1), 79-88.

Donkin, L., & Glozier, N. (2012). Motivators and motivations to persist with online psychological interventions: a qualitative study of treatment completers. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), e91.

Dozeman, E., Marwijk, H. W. van, Schaik, D. J. van, Smit, F., Stek, M. L., Horst, H. E. van der, ... & Beekman, A. T. (2012). Contradictory effects for prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *International Psychogeriatrics, 1*(1), 1-10.

*Farrer, L., Christensen, H., Griffiths, K. M., & Mackinnon, A. (2011). Internet-based CBT for depression with and without telephone tracking in a national helpline: randomized controlled trial. *PloS One*, *6*(11), e28099.

**Fledderus, M., Bohlmeijer, E. T., Pieterse, M. E., & Schreurs, K. M. G. (2011). Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, *1*(1), 1-11.

**Gerhards, S. A. H., Abma, T. A., Arntz, A., Graaf, L. E. de, Evers, S. M. A. A., Huibers, M. J. H., & Widdershoven, G. A. M. (2011). Improving adherence and effectiveness of computerised cognitive behavioural therapy without support for depression: a qualitative study on patient experiences. *Journal of Affective Disorders, 129*(1), 117-125.

**Gerhards, S. A. H., De Graaf, L. E., Jacobs, L. E., Severens, J. L., Huibers, M. J. H., Arntz, A., ... Evers, S. M. A. A. (2010). Economic evaluation of online computerised cognitive–behavioural therapy without support for depression in primary care: randomized trial. *The British Journal of Psychiatry*, *196*(4), 310-318.

**Graaf, L. E. de, Gerhards, S. A. H., Arntz, A., Riper, H., Metsemakers, J. F. M., Evers, S. M. A. A., ... Huibers, M. J. H. (2009). Clinical effectiveness of online computerised cognitive–behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(1), 73-80.

Graaf, R., de, Have, M. ten, Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking – nemisis-2 eerste opzet en resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Graaf, R. de, Have, M. ten, Gool, C. van, & Dorsselaer, S. van (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van nemesis-2. *Tijdschrift Psychiatrie, 54*(1), 27-38.

Graaf, R. de, Tuithof, M., Dorsselaer, S. van, & Have, M. ten (2011). *Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden*. Utrecht: Trimbos-instituut.

*Grime, P. R. (2004). Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. *Occupational Medicine*, *54*(5), 353-359.

*Holländare, F., Johnsson, S., Randestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P., Andersson, G., & Engström, I. (2011). Randomized trial of Internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *124*(4), 285-294.

***Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*(7), 861-870.

*Johansson, R., Sjöberg, E., Sjögren, M., Johnsson, E., Carlbring, P., Andersson, T., ... Andersson, G. (2012). Tailored vs. standardized Internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PloS One*, *7*(5), e36905.

Jonge, P. de, Bel Hadj, F., Boffa, D., Zdrojewski, C., Dorogi, Y., So, A., ... Stiefel, F. (2009). Prevention of major depression in complex medically ill patients: preliminary results from a randomized, controlled trial. *Psychosomatics, 50*(3), 227-233.

Kelders, S. M., Kok, R. N., Ossebaard, H. C., & Gemert-Pijnen, J. E. van (2012). Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(6), 3-7.

Kenter, R., Warmerdam, L., Brouwer-Dudok de Wit, C., Cuijpers, P., & Straten, A. van (2013). Guided online treatment in routine mental health care: an observational study on uptake, drop-out and effects. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 43-51.

*Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., ... Peters, T. J. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomized controlled trial. *The Lancet*, *374*(9690), 628-634.

Kleiboer, A., Donker, T., Straten, A. van, Riper, H., Marks, I., Andersson, G., & Cuijpers, P. (nog niet gepubliceerde data). *Implementation of Internet-based preventive interventions for depression and anxiety: role of support?*

**Kraaij, V., Emmerik, A. van, Garnefski, N., Schroevers, M. J., Lo-Fo-Wong, D., Empelen, P. van, ... Maes, S. (2010). Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: a pilot randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *80*(2), 200-204.

Kruijshaar, M. E., Barendregt, J., Vos, T., Graaf, R. de, Spijker, J., & Andrews, G. (2005). Lifetime prevalence estimates of major depression: an indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European Journal of Epidemiology, 20*(1), 103-111.

Kuik, M. van, Dijkstra, M., Ruiter, M., Poel, A. van der, & Boon, B. (2011). *Factsheet aard en omvang GGZ-preventie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2008). Comparative randomized trial of online cognitive–behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, *192*(2), 130-134.

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine, 3*(11), e442.

McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A., ... Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive–behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(1), 55-62.

McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 20-33.

Meijer, S. A., Smit, F., Schoemaker, C. G., & Cuijpers, P. (2006). Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 49*(12), 900-901.

*Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(2), e15.

Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., Smit, F., & Carter, R. (2011). Do indicated preventive interventions for depression represent good value for money? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(1), 36-44.

Ormel, J., Neeleman, J., & Wiersma, D. (2000). Determinanten van psychische (on)gezondheid. In: Maas I.A.M., & Jansen J. *Psychische (on)gezondheid: determinanten en de effecten van preventieve interventies*. *RIVM-rapport nr. 270555001*. Bilthoven: RIVM.

*Patten, S. B. (2003). Prevention of depressive symptoms through the use of distance technologies. *Psychiatric Services*, *54*(3), 396-398.

*Perini, S., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for depression: randomized controlled trial. *Australasian Psychiatry*, *43*(6), 571-578.

Poos, M. J. J. C., Smit, J. M., Groen, J., Kommer, G. J., & Slobbe, L. C. J. (2008). *Kosten van ziekten in Nederland 2005*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry, 11*(1), 1-10.

*Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., ... Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive–behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(1), 46-54.

***Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*(4), 329-342.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.

Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health – high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

**Ruwaard, J., Schrieken, B., Schrijver, M., Broeksteeg, J., Dekker, J., Vermeulen, H., & Lange, A. (2009). Standardized web-based cognitive behavioural therapy of mild to moderate depression: a randomized controlled trial with a long-term follow-up. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(4), 206-221.

Scogin, F., Floyd, M., Jamison, C., Ackerson, J., Landreville, P., & Bissonnette, L. (1996). Negative outcomes: what is the evidence on self-administered treatments? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(5), 1086-1089.

**Seekles, W., Straten, A. van, Beekman, A., Marwijk, H. van, & Cuijpers, P. (2011). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial. *Trials*, *12*(1), 171-172.

*Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P., & Erdman, H. P. (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(1), 51-56.

***Spek, V., Cuijpers, P., Nyklícek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*(3), 319-328.

**Spek, V., Nyklíček, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2008). Predictors of outcome of group and Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 137-145.

**Spek, V., Nyklícek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, *37*(12), 1797-1806.

**Straten, A. van, Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*(1), e7.

Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., Graaf, R. de, & Beekman, A. (2006a). Costs of Nine Common Mental Disorders: Implications for Curative and Preventive Psychiatry. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 9*(4), 193-200.

Smit, F., Willemse, G., Koopmanschap, M., Onrust, S., Cuijpers, P., & Beekman, A. (2006b). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. The *British Journal of Psychiatry, 188*(4), 330-336.

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 547-559.

Thompson, N. J., Walker, E. R., Obolensky, N., Winning, A., Barmon, C., Dilorio, C., & Compton, M. T. (2010). Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT. *Epilepsy & Behavior*, *19*(3), 247-254.

*Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E., & Solley, K. (2010). Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PloS One*, *5*(6), e10939.

*Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(8), 441-452.

Vayena, E., Mastroianni, A., & Kahn, K. (2013). Caught in the Web: Informed Consent for Online Health Research. *Science Translational Medicine, 5*(173), 173fs6.

Veer-Tazelaar, P. J. van 't, Marwijk, H. van, Oppen, P. van, Hout, H. van, Horst, E. van der, Cuijpers, P., ... & Beekman, A. T. F. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life. A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 66*(3), 297-304.

*Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., ... Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, *48*(5), 368-376.

**Warmerdam, L., Smit, F., Straten, A. van, Riper, H., & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(5), e45.

**Warmerdam, L., Straten, A. van, Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *10*(4), e44.

*Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1158-1164.

Zangy, T. (2012). *Effectiveness and cost-effectiveness of Moodlifter, An Internet-based treatment for adults with subclinical depression: controlled clinical trial*. Amsterdam: VU. Ongepubliceerde scriptie.

Referenties depressie: jongeren

Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of Internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, *192*(11), 12-14.

Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., & Griffiths, K. M. (in publicatie). Adherence to the MoodGYM program: Outcomes and predictors for an adolescent school-based population. *Journal of Affective Disorders*.

*Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1021-1032.

**Gerrits, R. S., Zanden, R. A. van der, Visscher, R. F., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online: a preventive chat group intervention for adolescents. *Advances in Mental Health, 6*(3), 152-162.

**Hoek, W., Marko, M., Fogel, J., Schuurmans, J., Gladstone, T., Bradford, N., ... & Voorhees, B. W. van (2011). 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. *Translational Research, 158*(6), 315-325.

**Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2012). Effects of Internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. *PloS One*, *7*(8), e43485.

Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 401-415.

Lynch, F. L., Hornbrook, M., Clarke, G. N., Perrin, N., Polen, M. R., O'Connor, E., & Dickerson, J. (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry, 62*(11), 1241-1248.

Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2011*(12), 1-273.

Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J., & Carter, R. (2012). The population cost-effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics, 129*(3), 723-730.

*O'Kearney, R., Gibson, M., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). Effects of a cognitive-behavioural Internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: a school-based controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *35*(1), 43-54.

*O'Kearney, R., Kang, K., Christensen, H., & Griffiths, K. (2009). A controlled trial of a school-based Internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depression and Anxiety*, *26*(1), 65-72.

Stallard, P., Sayal, K., Phillips, R., Taylor, J. A., Spears, M., Anderson, R., ... & Montgomery, A. A. (2012). Classroom based cognitive behavioural therapy in reducing symptoms of depression in high risk adolescents: pragmatic cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *345*, e6058.

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 486-503.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet, 379*(9820), 1056-1067.

Verhulst, F. C. (2006). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Verhulst, F. C., Ende, J. van der, Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141*(16), 777-781.

Voorhees, B. W. van, Fogel, J., Reinecke, M. A., Gladstone, T., Stuart, S., Gollan, J., ... Bell, C. (2009). Randomized clinical trial of an Internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12-week outcomes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, *30*(1), 23-37.

Young, J. F., Mufson, L., & Gallop, R. (2010). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and Anxiety, 27*(5), 426-433

**Zanden, R. van der, Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3), e86.

Hoofdstuk 4
Suïcidepreventie via internet

4.1 Introductie

Suïcidaliteit is een belangrijk maatschappelijk probleem met gevolgen voor zowel de persoon die het betreft als voor diens omgeving. In Nederland maken ongeveer 1600 personen jaarlijks een einde aan hun leven. Suïcidaliteit is onder te verdelen in gedachten aan suïcide, oftewel suïcide-ideatie, het maken van suïcideplannen, het doen van een non-fatale suïcidepoging en het uitvoeren van een fatale suïcidepoging. Preventie en vroege interventies richten zich op al deze facetten en de psychische problemen die hiermee gepaard gaan.

Uit onderzoek blijkt dat mensen met gedachten aan suïcide internet gebruiken voor zowel positieve als negatieve doeleinden (Durkee e.a. 2011; Luxton e.a. 2012; Harris e.a. 2009). Negatieve doeleinden zijn bijvoorbeeld het sluiten van een suïcidepact, het uitwisselen van informatie over methoden of het aansporen tot het plegen van suïcide. Internet is ook een belangrijk medium voor het aanbieden van interventies die suïcide mogelijkerwijs kunnen voorkómen. In dit hoofdstuk bespreken we deze preventieve internettoepassingen. Eerst komen de prevalentie, ziektelast en kosten die gepaard gaan met suïcidaliteit aan bod (sectie 4.2). Sectie 4.3 biedt een overzicht van de effectiviteit van online interventies voor suïcidepreventie. Vervolgens vat sectie 4.4 het aanbod samen van suïcidepreventie in Nederland. We eindigen dit hoofdstuk met een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek (sectie 4.5).

4.2 Suïcide: prevalentie, ziektelast en kosten

In 2011 overleden 1647 mensen ten gevolge van suïcide, 233 van hen waren 30 jaar of jonger (Centraal Bureau voor de Statistiek 2012). Aanzienlijk meer personen ondernemen een poging tot suïcide of hebben een doodswens of gedachten aan zelfdoding. In de algemene bevolking van 18 tot 65 jaar doet jaarlijks naar schatting ongeveer 1% een suïcidepoging en denkt 6% aan zelfdoding (Ten Have e.a. 2007). Van de personen die gedachten aan suïcide hebben, doet ongeveer 1 op de 4 ooit in hun leven een poging tot suïcide (Ten Have e.a. 2012). Ook jongeren kampen met suïcidaliteit. Jaarlijks heeft 11.2% van deze leeftijdsgroep gedachten aan suïcide en 6.6% verwondt zichzelf of doet een suïcidepoging (Trimbos-instituut 2010). Het risico op suïcide wordt sterk verhoogd door stemmingsstoornissen zoals uni- en bipolaire depressie, angststoornissen, ADHD en jeugdtrauma's (Ten Have e.a. 2012).

De ziektelast van suïcidaliteit neemt toe naarmate de ernst van de gedachten of pogingen toeneemt. Zo is de persoonlijke ziektelast van suïcide-ideatie vergelijkbaar met die van alcohol- en drugsafhankelijkheid (Van Spijker e.a. 2011). Uitgedrukt in Disability Adjusted Life Years (DALYs), een veelgebruikte maat voor ziektelast, gaan jaarlijks 166.500 gezonde levensjaren verloren door suïcide-ideatie (Van Spijker e.a. 2011). Voor nabestaanden zijn de psychische en sociale consequenties aanzienlijk. Jordan en McIntosh (2011) berekenden dat door elke geslaagde suïcide gemiddeld zes tot veertien nabestaanden getroffen worden. Zij lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van gecompliceerde

rouw, posttraumatische stress-stoornis, depressie en suïcidaliteit (De Groot e.a. 2006; Mitchell e.a. 2004).

Voor de maatschappij zijn de gevolgen van suïcidaliteit in termen van sociale en economische kosten eveneens aanzienlijk. In 2005 werden de totale (lifetime) kosten die gepaard gaan met het niet voorkómen van een suïcide geschat op 1,5 miljoen euro aan productieverlies en zorgkosten (McDaid & Kennely 2009). Non-fatale suïcidepogingen kosten 12.000 euro per poging (Czernin e.a. 2012). Het is onbekend hoe hoog de kosten zijn van suïcide-ideatie. Naar verwachting zijn deze eveneens substantieel gezien de hoge mate van co-morbiditeit van suïcide-ideatie en depressie (zie ook hoofdstuk 3).

4.3 Wetenschappelijke onderbouwing van suïcidepreventie via internet voor jongeren

Offline preventie van suïcidaliteit onder jongeren is voornamelijk onderzocht op universeel en selectief niveau en bestaat uit les- en screeningprogramma's op scholen. Klassikale lesprogramma's die voornamelijk bestaan uit psycho-educatie vallen onder universele preventie (zie bijv. Portzky & Van Heeringen 2006). Screeningprogramma's onderzoeken leerlingen op mogelijke suïcidaliteit (Scott e.a. 2009; Gould e.a. 2009). Dergelijke programma's kunnen worden toegepast als universele preventie door alle leerlingen te screenen of worden ingezet als selectieve preventie onder degenen met een verhoogd risico. In beide gevallen worden studenten met een positieve uitslag doorverwezen naar de hulpverlening. Gecombineerde programma's van screening en psycho-educatie komen ook voor (Ciffone 2007; Aseltine e.a. 2007). Deze programma's richten zich voornamelijk op het verbeteren van hulpzoekend gedrag bij suïcide-ideatie en op het herkennen van suïcidaliteit bij anderen. Een recente review (Hawton e.a. 2012) laat zien dat screeningprogramma's er voor kunnen zorgen dat meer suïcidale leerlingen geïdentificeerd worden, bijvoorbeeld met de hulp van ondersteunend personeel op scholen zoals decanen en psychologen (Scott e.a. 2009), en dat meer van deze leerlingen hulp zoeken (Gould e.a. 2009). Hier zijn echter geen randomised controlled trials (RCTs) naar uitgevoerd. Psychoeducatie alleen heeft weinig effect op hulpzoekend gedrag (Klimes-Dougan e.a. 2013), maar ook hier ontbreken RCTs. Er zijn wel twee RCT's uitgevoerd naar het effect van gecombineerde programma's op hulpzoekend gedrag (Aseltine & Demartino, 2004; Aseltine e.a. 2007), maar deze lieten geen significante effecten zien.

Screeningprogramma's kunnen ook goed uitgevoerd worden via internet, zoals wordt beschreven door Haas en collega's (2008). Onder studenten op twee Amerikaanse universiteiten werden anoniem onlinevragenlijsten afgenomen. Studenten met een verhoogde score op depressie, suïciderisico en alcohol- en drugsgebruik werden doorverwezen naar een e-mailconsult, waar zij anoniem gebruik van konden maken. Bijna één op de drie studenten maakte daadwerkelijk gebruik van het consult. Van een daaropvolgend face-to-face-consult maakte één op de vijf studenten met een positieve score gebruik en 13.5% van de verhoogde risicogroep begon aan kortdurende therapie (Haas e.a. 2008). Dit onderzoek was geen RCT, waardoor niet kan worden geconcludeerd dat het programma effectief is. De resultaten geven echter wel een indicatie van de haalbaarheid van deze programma's voor studenten.

Offline gatekeepertrainingen zijn mogelijk effectief in het tijdig herkennen van waarschuwingssignalen van suïcidaliteit bij jongeren (Hawton e.a. 2012; Lake & Gould 2011). Gatekeepers zijn bijvoorbeeld leraren of ondersteunend personeel op scholen die worden getraind in het herkennen van suïcidaliteit bij leerlingen. Gatekeepertrainingen kunnen zich ook richten op de algemene bevolking, zoals op jongeren en volwassenen (Platt e.a. 2006), om waarschuwingssignalen van suïcidaliteit te herkennen bij familie en vrienden. Het is echter nog niet in gecontroleerd onderzoek bewezen dat gatekeepertrainingen voor volwassenen, welke bijvoorbeeld ingezet kunnen worden bij medisch personeel van

een psychiatrische afdeling, effectief zijn in het beter herkennen van waarschuwingssignalen en het omgaan met suïcidale personen (Isaac e.a. 2009).

Universele preventie voor zowel jongeren als volwassenen kan ook gericht zijn op het minder toegankelijk maken van suïcide methoden. Voorbeelden zijn medicijnverpakkingen die geen dodelijke hoeveelheid medicatie bevatten (Hawton e.a. 2004) of hekken langs spoorlijnen in de buurt van psychiatrische inrichtingen die het bemoeilijken om voor de trein te springen (Van Houwelingen e.a. 2010).

Geïndiceerde preventie en vroeginterventie voor suïcidale jongeren is wetenschappelijk eveneens nog onvoldoende onderbouwd (Hawton e.a. 2012; Tarrier e.a. 2008). Er zijn enkele RCT's uitgevoerd, maar deze hebben vaak geen (placebo)controlegroep maar een care-as-usualcontrolegroep en een te kleine steekproef om significante verschillen te laten zien tussen de experimentele en controlegroep (Hawton e.a. 2012). Een voorbeeld is een RCT naar gezinstherapie onder 39 adolescenten die een suïcidepoging hadden gepleegd en hun ouders (Dondaldson e.a. 2005). De experimentele groep ging vooruit op suïcide-ideatie en depressiviteit, maar er was geen significant effect ten opzichte van de controlegroep.

4.4 Wetenschappelijke onderbouwing van suïcidepreventie via internet voor volwassenen

Uit onderzoek blijkt dat geïndiceerde preventieve interventies voor suïcidale volwassenen effectief kunnen zijn op het verminderen van suïcidaal gedrag (Leitner e.a. 2008; Tarrier e.a. 2008). De meta-analyse van Tarrier en collega's (2008) naar interventies specifiek voor suïcidaliteit laat zien dat individuele, face-to-face, cognitieve gedragstherapie (Hedge's g = 0.56) en dialectische gedragstherapie (Hedge's g = 0.70) voor volwassenen suïcidaal gedrag kunnen verminderen in vergelijking met wachtlijst- en treatment-as-usualcontrolegroepen, hoewel in acht moet worden genomen dat er sprake kan zijn van publication bias (Tarrier e.a. 2008). Bestaande RCT's hebben vaak nog een te kleine steekproef (Tarrier e.a. 2008). Face-to-face-therapie die primair gericht is op depressie heeft echter geen effect op suïcide-ideatie (Cuijpers e.a. 2013). Andere veelbelovende vormen van therapie voor suïcidaliteit zijn probleemoplossende therapie (Townsend e.a. 2001) en op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie (Williams e.a. 2006; Barnhofer e.a. 2009). Er is weinig bekend over de kosteneffectiviteit van geïndiceerde face-to-face-interventies. Eén studie liet zien dat therapie voor zelfbeschadigend gedrag, waaronder suïcidepogingen, na 6 maanden een kostenreductie van 897 pond aan zorgkosten en productieverlies opleverde per patiënt (Byford e.a. 2003). Hoewel dit effect niet meer significant was na 12 maanden, bleef er een kans van 90% dat de interventie kosteneffectiever was dan treatment-as-usual (Byford e.a. 2003).

De meeste mensen met gedachten aan suïcide worden echter niet bereikt door bovengenoemde interventies, voornamelijk omdat ze geen hulp willen of kunnen zoeken (Bruffaerts e.a. 2011). Internet kan voor deze groep aantrekkelijk zijn (Harris e.a. 2009) en daarmee kan het bereik van preventieve interventies vergroot worden. Het aanbod van preventieve suïcide-interventies via internet is echter beperkt (zie tabel 4.2) evenals het onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies (zie tabel 4.1).

Internet Congnitieve Gedragstherapie (iCGT)

Watts en collega's (2012) onderzochten het beloop van suïcidaliteit bij huisartspatiënten die deelnamen aan een begeleide iCGT-zelfhulpcursus voor depressie in een open studie. Depressieve klachten verminderden sterk onder de deelnemers ($d = 0.98$, $P < 0.001$) en het aantal deelnemers met suïcide-ideatie was op de nameting ook significant verminderd ten opzichte van de voormeting. Er kan echter niet gesproken worden van een effect, doordat een controlegroep ontbrak (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Overzicht studies internetinterventies voor preventie van suïcidaliteit

Auteur (jaartal)	Doelgroep, Werving & Setting	Interventie & Condities	Aantal modules	Uitkomstmaten	ES suïcide/kosten post-treatment
Interventie specifiek gericht op preventie van suïcidale gedachten					
Van Spijker e.a. (2012, ingezonden voor publicatie) in dissertatie Van Spijker 2012	Volwassenen met milde tot matige suïcidale gedachten,zonder ernstige depressie in de algemene bevolking	**AllesonderControle** Beg. iCGT vs WL n=116 vs n=120	6	BSS	d=0.28*
Kosteneffectiviteit					
Van Spijker e.a. 2012	Idem	idem	idem	EQ-5D, TiC-P, SF-HLQ	Interventiekosten: € 148 per deelnemer Maatschappelijk perspectief: beg. iCGT is kosteneffectiever dan TAU; beg. iCGT is € 5039 per deelnemer goedkoper dan niets doen Bereidheid versus kans op kosteneffectiviteit: WTP= €10.000: iCGT=90.4% voor 1 verbeterde persoon Gemeten over een periode van 12 weken (6 weken voor en 6 weken na de interventie)
Interventie gericht op depressie met aandacht voor suïcidaliteit					
Watts e.a. 2012	Volwassenen met depressieve klachten die niet actief suïcidaal zijn, werving via huisarts.	**Sadness Program** Onbeg. iCGT + TAU van huisarts n=299 (open studie)	6	PHQ-9	d=0.98*** Afname aantal deelnemers met suïcidale gedachten: van 54% naar 30%***

Legenda:
NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; BSS: Beck Scale for Suicide Ideation; EQ-5D: EuroQol; iCGT: cognitieve gedragstherapie via internet; PHQ-9: Patient Health Questionnaire; open studie: de studie bevat 1 conditie, deelnemers wisten dat ze iCGT kregen; SF-HLQ: Short Form- Health and Labour Questionnaire; TiC-P: Trimbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness; WTP (bereidheid te betalen voor gezondheidswinst) en corresponderende kans op gezondheidswinst

Een Nederlandse onderzoeksgroep van Van Spijker en collega's (2012) onderzocht de effectiviteit van een onbegeleide iCGT-cursus voor het verminderen van suïcide-ideatie middels een RCT. Volwassen deelnemers werden geworven in de algemene bevolking. Zij konden zich aanmelden via een website en moesten daarbij ook de contactgegevens van hun huisarts opgeven, zodat deze in geval van nood gewaarschuwd kon worden. Personen van 18 jaar of ouder die een score hadden tussen de 1 en 26 op de Beck Scale for Suicide Ideation (Beck & Steer 1991) werden geïncludeerd. De onbegeleide zelfhulpcursus bleek effectief te zijn met een klein maar significant effect in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep op het verminderen van gedachten aan suïcide (d = 0.28), hopeloosheid (d = 0.28) of piekeren d = 0.34). Dit gold echter niet voor depressieve en angstklachten (d = 0.14 – 0.22, P > 0.05; Van Spijker 2012). Van Spijker en collega's onderzochten ook de kosteneffectiviteit vanuit maatschappelijk perspectief (tabel 4.1). Voor elke deelnemer die klinisch significant was vooruit gegaan (35% in interventiegroep vs. 21% in de controlegroep) werden de bespaarde kosten op jaarbasis geschat op €34.727 (Van Spijker e.a. 2012).
Andere initiatieven voor online suïcidepreventie zijn de Israëlische websites SAHAR en ERAN (Barak 2007; Gilat & Shahar 2007). Barak (2007) beschrijft de inhoud van de website SAHAR en het gebruik hiervan. Deze website biedt psycho-educatie over suïcidaliteit; lijsten van hulporganisaties, e-mailcontact met een vrijwilliger; en lotgenotencontact via fora. Deze fora zijn ingedeeld in de categorieën jongeren, volwassenen en militair personeel. De fora worden beheerd volgens strikte regels. Gilat en Shahar (2007) beschrijven eveneens een initiatief voor online suïcidepreventie in Israël, de Israeli Association for Emotional First Aid (ERAN). ERAN biedt een telefonische hulplijn, persoonlijke chat met een vrijwilliger en een gemodereerd forum voor lotgenotencontact.

Tabel 4.2 Preventie van suïcide jongeren & volwassenen: overzicht van interventies in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie CGL Beoordeling[a,b]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteit-sonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[c]
A Universeel/Selectief					
1.jestaatnietalleen.nl	A/E: Movisie; Marokko Media; Stichting Indian Feelings	Voorkomen van suïcidaal gedrag bij allochtone meiden 12-24 jaar, ouders & profs.	Psycho-educatie, zelftest voor betrokkenen die zich zorgen maken over naaste, doorverwijzing naar 113online	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Kinderpostzegels; VSBfonds; VWS
B Geïndiceerd					
1.stopsuicide.nu	A/E: VU, Klinische Psychologie	Voorkomen van suïcidaal gedrag bij Surinamers 15-35 jaar	3 onbegeleide CGT modules	O: Procesevaluatie[4] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: VU, Klinische Psychologie	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: VU, Klinische Psychologie B: 7919 unieke bezoekers 2011-2012
C Universeel/ Selectief/Geïndiceerd					
1.113online.nl	A/E: Stichting 113Online; Stichting EX6; Sensoor; Fonds Psychische Gezondheid	Voorkomen van suïcidaal gedrag 12+ jaar	Website: Psycho-educatie, zelftest angst/depressie/ zelfmoordgedachten, chat- en mailtherapie (max. 8 keer) met therapeut, telefonische hulplijn Zelfhulpcursus: 6 begeleide CGT, ACT, POT en DGT zelf-hulp modules	Website O: Procesevaluatie[1] K: Onbekend I: Ja Zelfhulpcursus O: RCT effectief [2] K: Kosteneffectief[3] I: Ja Financier onderzoek zelfhulpcursus: ZonMw Preventieprogramma 4	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: VWS B: 71.676 unieke bezoekers 2009-2010
D In onderzoek					
1.mentalhealthonline.nl	A/E: VU, Klinische Psychologie, Ontwikke-lingspsychologie	Voorkomen van suïcidaal gedrag bij adolescenten 12-20 jaar en Gatekeepers	8 onbegeleide modules gericht op signalering, bejegening en doorverwijzing Financier onderzoek: ZonMw		O: RCT[d] K: Nee I: Nee
2.Pitstopsuicide	A/E: VU, Klinische Psy-chologie; GGZ Nederland	Voorkomen van suïcidaal gedrag bij GGZ patiënten GGZ medewerkers	1 module gericht op nieuwe richtlijnen suïcidepreventie Financier onderzoek: ZonMw		O: RCT[e] K: Ja[e] I: Nee
3.vozz.nl	A/E: VU, Klinische Psychologie; GGD Rotterdam-Rijnmond e.a.	Signaleren van suïcidaliteit en depressie bij adoles-centen; 12-20 jaar	Online screeningsinstrument suïciderisico Financier onderzoek: ZonMw		O: Valideringsstudie[f] K: Nee I: Nee

Legenda tabel 4.2

CGT: cognitieve gedragstherapie; DGT: dialectische gedragstherapie; ACT: aandachtgerichte cognitieve therapie; POT: probleemoplossende therapie, RCT: randomized controlled trial.

a. CGL: Centrum Gezond Leven Beoordeling: 0; goed beschreven, I; theoretisch goed onderbouwd, II; waarschijnlijk effectief, III; bewezen effectief
b. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven.
c. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld.
d. VU, Klinische Psychologie, drs. R. Ghoncheh
e. VU, Klinische Psychologie, drs. D. de Beurs
f. Studie wacht op toestemming METC, VU, Klinische Psychologie, prof. dr. A. Kerkhof

Literatuur

1. Mokkenstorm, J.K., Huisman, A. & Kerkhof, A. J. F. M. (2012). Suïcidepreventie via internet en telefoon: 113Online. *Tijdschrift voor psychiatrie, 54*(4)*,* 341-348.
2. Van Spijker, B. A. J., van Straten, A. & Kerkhof, A. F. J. M. (2012) *Effectiveness of online self help for suicidal thoughts: results of a randomised controlled trial.* Ingestuurd voor publicatie.
3. Van Spijker, B. A. J., Majo, M. C., Smit, F., van Straten, A., & Kerkhof, A. F. J. M. (2012). Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *Journal of Medical Internet Research, 14*(5), e141.
4. Vos, C. (2009). *Stop suïcide nu een zelfhulpwebsite voor Surinamers met depressieve gedachten.* Amsterdam: VU. Ongepubliceerde scriptie.

4.5 Suïcidepreventieaanbod in de praktijk

Het online suïcidepreventieaanbod in Nederland is zeer beperkt in omvang, maar er zijn de afgelopen jaren aanzienlijke vorderingen gemaakt. Tabel 4.2 biedt een overzicht van online suïcidepreventie die in Nederland worden aangeboden. Er zijn de afgelopen jaren aanzienlijke vorderingen gemaakt. Deze worden duidelijk aan de hand van de in tabel 4.2 opgenomen interventies, deze kwamen in een eerder overzicht van online suïcidepreventie nog niet voor (Van Ballegooijen e.a. 2009).

Drie van de interventies in tabel 4.2 zijn gericht op suïcidale personen. 113Online.nl bevat elementen van zowel universele, selectieve als geïndiceerde preventie en vroegbehandeling. Bezoekers van de website vinden informatie over suïcidaliteit, kunnen chatten met een getrainde vrijwilliger, ervaringen uitwisselen met lotgenotenop een forum en e-mailtherapie of een online onbegeleide iCGT-zelfhulpcursus volgen (Mokkenstorm e.a. 2012). Deze diensten zijn ook beschikbaar voor naasten en nabestaanden. Op dit moment wordt er onderzoek uitgevoerd naar verschillende onderdelen van 113Online.nl, zoals de chat met vrijwilligers en het forum voor nabestaanden (Mokkenstorm e.a. 2012). De in paragraaf 4.3 beschreven onbegeleide iCGT-zelfhulpcursus voor gedachten aan suïcide (Van Spijker 2012) is onderdeel van 113Online. Vooralsnog is deze zelfhulpcursus de enige geïndiceerde preventieve interventie voor volwassenen die zowel op nationaal als internationaal niveau op effectiviteit is onderzocht.

Twee online interventies zijn van selectief preventieve aard en richten zich op hoogrisicodoelgroepen (tabel 4.2). Jestaatnietalleen.nl richt zich op allochtone meisjes van 12-24 jaar. Stopsuicide.nu is speciaal voor Surinamers in Nederland (alle leeftijden). Deze interventies zijn echter niet onderzocht op effectiviteit. Tenslotte loopt er een onderzoek naar de validiteit van een online instrument waarmee jongeren worden gescreend op suïcidaliteit (www.vozz.nl; Tabel 4.2). Aanvankelijk was dit onderzoek gericht op suïcidale jongeren en hun gatekeepers. De medisch-ethische commissie had bezwaar tegen het onderzoeken van dit instrument onder minderjarigen (zie www.vozz.nl). Daarom richt het huidige onderzoek zich op jongeren in de leeftijdsgroep van 18 tot 20 jaar.

De overige interventies in tabel 4.2 richten zich uitsluitend op het herkennen van suïcidaliteit door gatekeepers. Professionals in Training to Stop Suicide (PITSTOP suicide) is bedoeld voor het personeel van psychiatrische instellingen voor volwassenen. Door middel van een groepscursus van een dag en online e-learningmodules worden afgevaardigden van een afdeling getraind in het herkennen van suicidaliteit, waarna zij elk het voltallige personeel van hun afdeling op dezelfde manier kunnen trainen. Dit project wordt nu onderzocht op effectiviteit (De Beurs e.a. 2013) met als uitkomstmaten kennis van suïcidaliteit, zelfvertrouwen in het omgaan met suïcidaliteit en trouw aan richtlijnen. HMental Health Online werkt ook met e-learningmodules en heeft als doel professionals die met jongeren werken te trainen op het herkennen van suïcidaliteit. Mental Health Online is vooral gericht op leden van zorg- en adviesteams (ZAT) op middelbare scholen, studentenpsychologen, jeugdverpleegkundigen en GGZ-medewerkers in instellingen voor jongeren.

Bereik online suïcidepreventie

Over het bereik van suïcidepreventie via internet is weinig bekend. Een indicatie van dit bereik kan worden gegeven aan de hand van het aantal bezoekers van 113Online.nl en hun karakteristieken. Van oktober 2009 tot oktober 2010 werd de site in totaal 155.649 keer bezocht door 71.676 unieke bezoekers (Mokkenstorm e.a. 2012, zie tabel 4.2). Het aantal unieke bezoekers aan 113Online in 2010, 71.676, komt neer op ongeveer een tiende van de personen in Nederland met suïcide-ideatie (Ten Have e.a. 2007). Daarbij dient te worden opgemerkt dat deze bezoekers niet allemaal hulpzoekers zijn, maar bijvoorbeeld ook naasten, nabestaanden, hulpverleners of anderszins geïnteresseerden. Bezoekers werden uitgenodigd vragenlijsten in te vullen, zoals de 'Beck Scale for Suicide Ideation' (Beck &

Steer 1991) en de 'Depression and Anxiety Stress Scale 21' (Lovibond & Lovibond 1995). Van de volwassenen die vragenlijsten invulden, gaven meer vrouwen (63%) dan mannen gehoor. De gemiddelde leeftijd was 36.5 jaar. Van de deelnemers gaf 92% aan lichte tot zware suïcidale klachten te hebben. Onder de jongeren die een vragenlijst invulden (de Suicidal Ideation Questionnaire – Junior; Reynolds 1987) waren eveneens veel meisjes (74%) en de gemiddelde leeftijd was 17.9 jaar. Van hen gaf 94% aan te kampen met lichte tot ernstige suïcidaliteit.

4.6 Samenvatting en aanbevelingen

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van preventie van suïcidaliteit via internet, waarbij met name de wetenschappelijke literatuur en het aanbod in Nederland zijn besproken. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen interventies voor jongeren en volwassenen en tussen universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Zie tabel 4.3 voor een overzicht.

Uit de literatuur blijkt dat internet een belangrijke rol kan innemen bij preventie van suïcidaliteit, omdat veel suïcidale personen die geen face-to-face-hulp zoeken wel via internet bereikt kunnen worden. Voor veel mensen met suïcidale gedachten is internet een aantrekkelijk medium vanwege de laagdrempelige toegang en anonieme setting. Het preventieve aanbod is beperkt en wordt voornamelijk aangeboden via 113Online.nl aan zowel jongeren als volwassenen en ouderen in de algemene bevolking. Het aanbod op selectief niveau richt zich op allochtone meisjes en Surinamers. Effectonderzoek ontbreekt nagenoeg in binnen- en buitenland. Het onderzoek van Van Spijker en collega's (2012) is hierop een uitzondering.

Tabel 4.3. Overzicht effectiviteit en Nederlands aanbod van online preventie van suïcidaliteit

		Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie
Jongeren	school:	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod
	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod: 113Online.nl	? effectiviteit onbekend + aanbod: 113Online.nl Jestaatnietalleen.nl	? effectiviteit onbekend + aanbod: 113Online.nl
Volwassenen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod: 113Online.nl	? effectiviteit onbekend + aanbod: 113Online.nl, stopsuicide.nu	effectiviteit: voorzichtig positief effect op suïcide-ideatie + aanbod: 113Online.nl
	eerstelijn			? effectiviteit onbekend — geen aanbod
Ouderen			? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend + aanbod: 113Online.nl
Gatekeepers	jeugd	? effectiviteit: in onderzoek + aanbod: Gatekeeper-trainingen (mentalhealthonline.nl) voor personeel op onderwijsinstellingen en jeugd GGZ	? effectiviteit: in onderzoek + aanbod: Gatekeeper-trainingen (mentalhealthonline.nl);	
	volwassenen	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend + aanbod: Gatekeeper trainingen (PITSTOP) voor GGZ-medewerkers	

Op basis van dit hoofdstuk volgt een aantal aanbevelingen:

Aanbod voor jongeren

- Het aanbod van universele online preventie voor jongeren via uiteenlopende settings (algemeen publiek en school) verdient nader verkend te worden. Buitenlandse studies laten zien dat offline screeningprogramma's op scholen effectief kunnen zijn in het bevorderen van hulpzoekend gedrag door jongeren met gedachten aan suïcide en het herkennen van suïcidaliteit door gatekeepers zoals medescholieren en ondersteunend personeel op scholen.
- Preventie op selectief niveau kan uitgebreid worden door uiteenlopende risicogroepen aan te spreken. Er is bijvoorbeeld gebleken dat jongeren die gepest worden (Klomek e.a. 2009) en homo-, bi- en transseksuele jongeren (King e.a. 2008) een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van suïcidaliteit. Onderzoek laat ook zien dat juist deze jongeren effectief via internet bereikt kunnen worden.

Aanbod volwassenen

- Selectieve preventie voor groepen volwassenen die verhoogd risico lopen op suïcidaliteit kan worden verkend. Gedacht kan worden aan werklozen waarvan is aangetoond dat zij in de eerste vijf jaar na ontslag een twee en een half keer zo hoog risico hebben op suïcide als mensen met werk (Milner e.a. 2013).

Onderzoek jongeren en volwassenen

- Meer onderzoek is nodig naar de (kosten)effectiviteit van internetinterventies die suïcide kunnen voorkomen. Dit betreft het totale scala aan preventie (universeel, selectief en geïndiceerd) en geldt voor zowel jong als oud. Er is een voorzichtige indicatie dat een onbegeleide zelfhulpcursus suïcide-ideatie onder volwassenen kan verminderen en dat dit mogelijk (kosten-)effectief is. Of het verminderen van suïcide-ideatie op haar beurt leidt tot het verminderen van geslaagde suïcide pogingen is nog niet bekend.
- In aanvulling op klinische en kosteneffectiviteitsstudies kan worden onderzocht welke doelgroepen baat hebben bij online suïcidepreventie en welke niet. Dit kan worden gedaan via onderzoek naar predictoren, moderatoren en mediatoren die de effectiviteit van interventies kunnen beïnvloeden.
- Personen met suïcidaliteit kunnen baat hebben bij online transdiagnostische interventies voor psychische problemen gerelateerd aan suïcidaliteit, zoals depressiviteit of angst. Om begrijpelijke redenen worden personen met suïcide-ideatie meestal uitgesloten van onderzoeksdeelname. Daarentegen zijn er mogelijk redenen om hen juist wel in het onderzoek te includeren zoals een aantal onderzoekers bepleiten. Watts e.a. (2012) pleiten er voor suïciderisico niet per definitie als exclusiecriterium te hanteren, omdat deelnemers met suïciderisico baat kunnen hebben bij online interventies zowel voor depressie als suïcide-ideatievermindering. Indien suïcidale personen worden toegelaten tot dergelijke studies kan naast bijvoorbeeld depressie ook suïcidaliteit een uitkomstmaat zijn (Watts e.a. 2012). Het verdient aanbeveling om deze mogelijke inclusie met een brede expertgroep te verkennen inclusief Medisch Ethische Commissies.
- Het is aan te bevelen duidelijke medisch-ethische richtlijnen op te stellen voor wetenschappelijk onderzoek naar online suïcidepreventie, zodat dit onderzoek beter mogelijk wordt gemaakt en het voor onderzoekers duidelijk is wat wel en niet kan. De studies van Watts en collega's (2012) en Van Spijker en collega's (2012) laten zien dat mensen met suïcidegedachten baat kunnen hebben bij online interventies.
- Suïcidepreventie kan verbeterd worden door beter te luisteren naar de doelgroep en deze actief te betrekken bij de ontwikkeling van interventies. Uit een online enquête onder suïcidale internetbezoekers bleek dat deze groep voornamelijk zoekt naar anoniem contact met lotgenoten (Harris e.a. 2009). De reden voor de zoektocht naar lotgenotencontact hoeft geen directe hulpvraag te

zijn, maar kan ook de behoefte zijn erkend te worden als suïcidaal (Horne & Wiggins 2009). Online lotgenotencontact voor suïcidale personen lijkt meestal op een positieve manier gebruikt te worden voor het ventileren van gevoelens en ervaringen en het empathisch reageren op anderen (Baker & Fortune 2008; Eichenberg 2008

- Gemodereerde platforms voor anoniem lotgenotencontact, zoals fora of groepen op sociale netwerken, kan een vorm van online suïcidepreventie zijn die goed aansluit bij de behoefte van mensen met suïcidegedachten om op internet te zoeken naar hulp of contact. Momenteel biedt 113Online gemodereerde fora aan voor volwassenen en jongeren. Het verdient aanbeveling te onderzoeken wat het effect is van dit online lotgenotencontact.
- Voor bestaande sociale netwerken zoals Facebook is het aan te bevelen suïcidepreventie-maatregelen te nemen. Het is niet mogelijk alle content van social networks te monitoren, maar gebruikers kunnen gevraagd worden suïcidale uitingen van anderen te rapporteren aan moderators of hulpverleners (Luxton e.a. 2012). Een voorbeeld is een Facebookapplicatie van de Samaritans, een suïcidehulplijn in het Verenigd Koninkrijk en Ierland. Facebookgebruikers kunnen via deze applicatie Facebookpersoneel wijzen op een suïcidale uiting van een bekende, waarna een vrijwilliger van de Samaritans ingeschakeld wordt om de betreffende persoon een bericht te sturen (Samaritans 2013). Onderzoek naar zowel online als offline suïcidepreventie is tot nu toe vooral gericht op uitkomstmaten als hulpzoekend gedrag of mate van suïcide-ideatie. Zodoende is het onbekend of preventieve interventies daadwerkelijk een preventiefeffect hebben op het aantal suïcidepogingen of suïcides van de deelnemers. Hoewel een grote steekproef nodig zou zijn om dergelijke uitkomstmaten te hanteren vanwege de relatief lage prevalentie van suïcides en suïcidepogingen, zou dit wel de meest directe manier zijn om het preventieve effect van een interventie aan te tonen.

Bereik jongeren en volwassenen

- Er is nog weinig bekend over het bereik van online suïcidepreventie. Het bereik zou onderzocht moeten worden op elk preventieniveau, waarbij in kaart wordt gebracht welke groepen bereikt worden en welke niet.
- Bestaande websites voor suïcidepreventie kunnen hun zichtbaarheid optimaliseren. Zichtbaarheid van websites voor suïcidepreventie kan worden vergroot als deze sites weblinks naar elkaar op hun site zetten (Kemp & Collings 2011) en makkelijk te vinden zijn via zoekmachines. Dergelijke zoekmachineoptimalisatie kan ook rekening houden met veelvoorkomende zoektermen als 'suicide methods' (Harris e.a. 2009).
- Het bereik van suïcidepreventie, zowel online als offline, kan vergroot worden door inzet van gatekeepers. Gatekeepertrainingen met behulp van e-learning worden nu onderzocht op effectiviteit op kennis over suïcidaliteit van gatekeepers. Als deze trainingen effectief blijken, zouden ze geïmplementeerd moeten worden in de praktijk.

Referenties

Aseltine Jr, R. H., & DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS suicide prevention program. *American Journal of Public Health, 94,* 446–451.

Aseltine, R. H., Jr., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health, 7*(1), 161.

Baker, D., & Fortune, S. (2008). Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users. *Crisis, 29*(3), 118-122.

Ballegooijen, W. van, Spijker, B. van, & Kerkhof, A. J. (2009). De kwaliteit van onlinesuïcidepreventie in Nederland en Vlaanderen in 2007. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 51*(2), 117-122.

Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: a field project report. *Computers in Human Behavior, 23*(2), 971-984.

Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behaviour Research and Therapy, 47*(5), 366–73.

Beck, A. T. & Steer, R. A. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation.* San Antonio: the Psychological Corporation.

Beurs, D. P. de, Groot, M. H. de, Keijser, J. de, Verwey, B., Mokkenstorm, J., Twisk, J. W., ... & Kerkhof, A. J. (2012). Improving the application of a practice guideline for the assessment and treatment of suicidal behavior by training the full staff of psychiatric departments via an e-learning supported Train-the-Trainer program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*(1), 9-9.

Bosch, L. van den, Koeter, M., Stijnen, T., Verheul, R., & Brink, W. van den (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43(9),* 1231-1241.

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., ... & Nock, M. K. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *The British Journal of Psychiatry, 199*(1), 64-70.

Byford, S., Knapp, M., Greenshields, J., Ukoumunne, O., Jones, V., Thompson, S., POPMACT Group (2003). Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychological Medicine, 33(6),* 977-986.

Callahan, J. (2000). Predictors and correlates of bereavement in suicide support group participants. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30*(2), 104-124.

Centraal Bureau voor de Statistiek (21 augustus 2012). *Doodsoorzaken; niet-natuurlijke dood, diverse kenmerken (inwoners)*. Geraadpleegd op: http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=37683&D1=0-3,20-35,42-51,67-68,75-82,91-105&D2=0&D3=a&D4=l&HD=130217-1123&HDR=G3,G1,G2&STB=T

Ciffone, J. (2007). Suicide prevention: an analysis and replication of a curriculum-based high school program. *Social Work, 52*(1), 41-49.

Clark, S. (2001). Bereavement after suicide-how far have we come and where do we go from here? *Crisis, 22*(3), 102-108.

Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J. C., Reichelt, M., Eichhorn, M., Riecher-Rössler, A., & Stoppe, G. (2012). Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly, 142,* w13648.

Donaldson, D., Spirito, A., & Esposito-Smythers, C. (2005). Treatment for adolescents following a suicide attempt: results of a pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(2), 113-120.

Durkee, T., Hadlaczky, G., Westerlund, M., & Carli, V. (2011). Internet pathways in suicidality: a review of the evidence. *International journal of environmental research and public health, 8*(10), 3938-3952.

Eichenberg, C. (2008). Internet message boards for suicidal people: a typology of users. *CyberPsychology & Behavior, 11*(1), 107-113.

Gilat, I. & Shahar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry, 70(1),* 12-18.

Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009). Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48,* 1193–201.

Groot, M. H. de, Keijser, J., & Neeleman, J. (2006). Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(4), 418-431.

Haas, A., Koestner, B., Rosenberg, J., Moore, D., Garlow, S. J., Sedway, J., ... & Nemeroff, C. B. (2008). An interactive web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *Journal of American College Health, 57*(1), 15-22.

Harris, K. M., McLean, J. P., & Sheffield, J. (2009). Examining suicide-risk individuals who go online for suicide-related purposes. *Archives of Suicide Research, 13*(3), 264-276.

Have, M. ten, Dorsselaer, S. van, & Graaf, R. de (2012). Prevalence and risk factors for first onset of suicidal behaviors in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 205-211.

Have, M. ten, Graaf, R. de, Dorsselaer, S. van, Verdurmen, J., Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2007). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hawton, K., Saunders, K. E. A., O'Connor, R.C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379,* 2373–2382.

Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J., Cooper, J., Johnston, A., Waters, K., ... & Simpson, K. (2004). UK legislation on analgesic packs: before and after study of long term effect on poisonings. *British Medical Journal, 329*(7474), 1076-1079.

Horne, J., & Wiggins, S. (2009). Doing being 'on the edge': managing the dilemma of being authentically suicidal in an online forum. *Sociology of Health and Illness, 31*(2), 170-184.

Houwelingen, C. A. van, Kerkhof, A. J., & Beersma, D. G. (2010). Train suicides in The Netherlands. *Journal of Affective Disorders, 127*(1-3), 281-286.

Isaac, M., Elias, B., Katz, L.Y., Belik, S., Deane, F. P., Enns, M.W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie, 54*(4), 260-268.

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 3-17). New York: Taylor and Francis Group, LLC.

Kemp, C. G., & Collings, S. C. (2011). Hyperlinked suicide: assessing the prominence and accessibility of suicide websites. *Crisis, 32*(3), 143-151.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC psychiatry, 8*(1), 70.

Klimes-Dougan, B., Klingbeil, D. A., & Meller, S. J. (2013). The impact of universal suicide-prevention programs on the help-seeking attitudes and behaviors of youths. *Crisis, 34*(2), 82-97.

Klomek, A. B., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., ... & Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(3), 254-261.

Lake, A. M. & Gould, M. S. (2011). School-based strategies for youth suicide prevention. In: R.C. O'Connor, Platt, S. & Gordon, J. (eds). *International handbook of suicide prevention* (pp. 507-529). Chichester: Wiley-Blackwell.

Leitner, M., Barr, W., & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review.* Edinburgh: Scottish Government Social Research.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63(7),* 757-766.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales.* Sydney: Psychology Foundation of Australia.

Luxton, D. D., June, J. D., & Fairall, J. M. (2012). Social media and suicide: a public health perspective. *American Journal of Public Health, 102 Suppl 2*, S195-200.

McDaid, D., & Kennelly B. (2009). An economic perspective on suicide across the five continents. In: *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective* (pp. 359-367). Oxford: Oxford University Press.

Milner, A., Page, A., & LaMontagne, A. D. (2013). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *PloS one, 8*(1), e51333.

Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis, 25*(1), 12-18.

Mokkenstorm, J. K., Huisman, A., & Kerkhof, A. J. (2012). Suicide prevention via the internet and the telephone: 113Online. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 54*(4), 341-348.

Platt, S., McLean, J., McCollam, A., Blamey, A., Mackenzie, M., McDaid, D., ... & Woodhouse, A. (2006). *Evaluation of the first phase of choose life: the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland.* Edinburgh: The Scottish Executive.

Portzky, G., & Heeringen, K. van (2006). Suicide prevention in adolescents: a controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(9), 910-918.

Reynolds, W. M. (1987). *Suicidal Ideation Questionnaire-Junior*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Samaritans (2013). *What if I'm worried about a friend on Facebook?* Geraadpleegd op 21 maart 2013, http://www.samaritans.org/how-we-can-help-you/what-speak-us-about/if-you%E2%80%99re-worried-about-someone/concerned-about-someone

Scott, M. A., Wilcox, H. C., Schonfeld, I. S., Davies, M., Hicks, R. C., Turner, J. B., & Shaffer, D. (2009). School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: the Columbia suicide screen. *American Journal of Public Health, 99,* 334–39.

Spijker, B. A. J. van (2012). *Reducing the Burden of Suicidal Thoughts Through Online Self-Help*. Amsterdam: VU Universiteit Amsterdam, afdeling klinische psychologie.

Spijker, B. A. J. van, Majo, M. C., Smit, F., Straten, A. van, & Kerkhof, A. J. (2012). Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *Journal of Medical Internet Research, 14*(5), e141.

Spijker, B. A. J. van, Straten, A. van, Kerkhof, A. J., Hoeymans, N., & Smit, F. (2011). Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts. *Journal of Affective Disorders, 134*(1-3), 341-347.

Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Modification, 32(1),* 77-108.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., ... & Heeringen, K. van (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine, 31(6),* 979-988.

Trimbos-instituut (2010). *Factsheet preventie van suïcidaliteit.* Utrecht: Trimbos-instituut.

VOZZ, signalering van depressie en suïcidaliteit op school. Geraadpleegd op 21 februari 2013, www.vozz.nl

Watts, S., Newby, J. M., Mewton, L., & Andrews, G. (2012). A clinical audit of changes in suicide ideas with internet treatment for depression. *British Medical Journal Open, 2*(5), e001558.

Williams, J., Duggan, D., Crane, C., & Fennell, M. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology, 62(2),* 201-210.

World Health Organization (2013). *Suicide prevention (SUPRE).* Geraadpleegd op 21 februari 2013, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.htm

Hoofdstuk 5

Vergroten van mentale vitaliteit via internet

5.1 Introductie

Het vergroten van mentale vitaliteit wordt met name bestudeerd vanuit de positieve psychologie. De positieve psychologie stelt dat geestelijke gezondheid meer is dan de afwezigheid van mentale aandoeningen. Hierbij wordt vaak wordt verwezen naar de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (2004) die mentale gezondheid als volgt definieert: "Een staat van welzijn waarin elk individu zijn/haar eigen potentieel kent, om kan gaan met de normale belastingen in het dagelijkse leven, productief en met resultaat kan werken, en in staat is om een bijdrage te leveren in zijn of haar sociale omgeving (buurt, school, sportclub, werk). Werknemers met een goede mentale gezondheid zullen beter presteren in hun werk."

Men gaat er bij de positieve psychologie van uit dat wanneer mensen goed in hun vel zitten en een gezonde leefstijl hebben, zij minder vatbaar zijn voor bijvoorbeeld depressiviteit of stress-gerelateerde problemen (Bolier 2012). Eveneens kunnen zij hier beter mee om gaan wanneer deze problemen zich toch voordoen. Naast een individuele benadering past men deze zienswijze ook toe op collectief niveau. Zo spreekt men van 'mentaal kapitaal' om het belang van een mentaal gezonde werkpopulatie op economisch niveau aan te geven (Weehuizen 2008). 'Sociale weerbaarheid' wordt gebruikt om het belang van veerkracht voor het omgaan met problemen op groepsniveau (zoals gezinnen) of samenlevingsniveau aan te geven bijvoorbeeld ten tijden van crises (Cacioppo e.a. 2011). De focus van positief psychologische interventies is in eerste instantie meestal gericht op het verhogen van de mentale vitaliteit en soms in tweede instantie op de aanpak van psychische klachten. De doelen van mentale vitaliteitsinterventies lopen uiteen van verhoging van individueel welbevinden, verbeterde arbeidsproductiviteit, het versterken van betekenisvolle relaties en het verminderen van zorgconsumptie (Bolier e.a. 2013). De doelgroep van deze interventies is dus breed en strekt zich uit van het algemene publiek zonder klachten en mensen met licht psychische klachten tot patiënten met chronische psychische of somatische aandoeningen. In dit hoofdstuk richten we ons op de eerst genoemde twee doelgroepen. De interventies kunnen eveneens worden toegepast in uiteenlopende settingen zoals binnen de GGZ maar bijvoorbeeld ook op scholen of het werk (Bolier 2012). Het onderzoek en interventie-aanbod is relatief recent van aard en beperkt in omvang maar wint wel snel aan terrein. Deze beperkte omvang geldt in nog hogere mate voor het aanbod en onderzoek via internet. In sectie 5.2 bespreken we de wetenschappelijke onderbouwing van het preventieve aanbod voor mentale vitaliteit. Het Nederlandse aanbod bespreken we in sectie 5.3. We kijken hierbij zowel naar jongeren, volwassenen als ouderen. De samenvatting en aanbevelingen worden gepresenteerd in sectie 5.4.

5.2 Wetenschappelijke onderbouwing van mentale vitaliteitsinterventies via internet

Studies naar de effectiviteit van mentale vitaliteitsinterventies operationaliseren mentale vitaliteit op uiteenlopende wijzen. Zo wordt in deze context ook gesproken over 'veerkracht' en 'weerbaarheid' waarmee het vermogen om te herstellen na stress of tegenslag wordt aangeduid (Seligman en Csikszentmihalyi 2000). Eveneens kenmerken deze studies zich door een veelvoud aan gehanteerde uitkomstmaten, zoals 'tevredenheid', 'geluk', 'positief denken', het uitdrukken van dankbaarheid of hoop (Sin en Lyubomirsky 2009**).** Deze studies hebben gemeenschappelijk dat zij onderzoeken of mensen hun mentale vitaliteit in positieve zin deels zelf kunnen beïnvloeden met behulp van (on) begeleide zelfhulpinterventies. De aanname hierbij is dat een sterke mentale vitaliteit kwaliteit van leven kan verhogen, psychische en somatische aandoeningen kan helpen voorkomen en kan leiden tot betere arbeidsprestaties (Wood en Joseph 2009;, Veenhoven 2006; Bolier e.a. 2013).

Tabel 5.1 biedt een overzicht van de resultaten van een recente meta-analyse (39 studies) van Bolier en collega's (2013). Het merendeel van de geïncludeerde studies in deze meta-analyse is uitgevoerd in Noord-Amerika. De interventies bestaan uit onbegeleide en individueel begeleide face-to-face - of groepsinterventies. In deze meta-analyse zijn alleen RCT's opgenomen. Bolier e.a. tonen aan dat mentale vitaliteits-interventies voor volwassenen een klein maar significant positief verschil laten zien voor depressie (d= 0.35) en psychologisch (d=0.24) en subjectief (d=0.35) welbevinden in vergelijking met controlegroepen zoals wachtlijstcondities, placebo interventies of gebruikelijke zorg. Voor depressie is het verschil na zes maanden niet meer significant, de welbevinden-uitkomstmaten blijven tot 6 maanden behouden.
In deze meta-analyse zijn ook 15 internet-interventies opgenomen. Deze zijn apart genoemd in tabel 5.1. Deze studies richtten zich op één studie na (Lyubomirsky e.a. 2011) allen op volwassenen in de algemene bevolking. Het betreft hier met name onbegeleide zelfhulpinterventies die vaak uit 1 sessie bestaan. Een ieder die geïnteresseerd was kon hieraan meedoen, we rekenen deze interventies daarom tot universele preventie. Het verschil tussen interventie- en controlegroepen voor de impact op depressie is niet eenduidig. Gander e.a. (2012) en Seligman e.a. (2005) laten bijvoorbeeld voor de interventiegroepen een klein significant verschil zien op depressie in vergelijking met de controlegroepen. Abott e.a. (2009), Mitchel e.a. (2009), en Schueller e.a. (2012) toonden daarentegen geen significant verschil in effectiviteit voor depressie aan tussen beide groepen. Hierbij dient nogmaals vermeld te worden dat depressie geen inclusiecriteria was voor deelname. De enige studie die depressieklachten als inclusiecriterium hanteerde (Bolier e.a. 2013) vond een klein maar significant effect op de depressie (CES-D) in vergelijk met een wachtlijstcontrolegroep. Deze studie vond echter geen effect op psychisch welbevinden tussen beide groepen. Dit onderzoek toonde ook aan dat de belangstelling van het algemeen publiek voor mentale vitaliteitsinterventies groot is. In een zeer korte periode waren de deelnemers voor het onderzoek geworven. Luthans e.a. (2008) en Shapira e.a. (2010) vonden wel een significant verschil in effect voor de interventiegroep op deze maten in vergelijking met een controlegroep (zie tabel 5.1).

Samenvattend kunnen we stellen dat de effectiviteit van online mentale vitaliteitsinterventies in vergelijking met geen interventie controlegroepen op depressie- en welbevinden-uitkomstmaten nog geen eenduidig beeld laten zien en dat de mogelijke impact vooralsnog gering in omvang is. Studies naar de effectiviteit van online mentale vitaliteitsstudies voor jongeren ontbreken nagenoeg.

Tabel 5.1 Studies preventieve en kortdurende internetinterventies voor mentale vitaliteit

Auteur (jaartal)	Doelgroep & Werving & Setting	Interventie & Condities	Aantal Modules	Uitkomstmaten	ES post-treatment/follow-up
Bolier e.a. 2013 42 studies, waarvan 15 online	Volwassenen: Zonder psychische klachten Met depressieve klachten Met gegeneraliseerde angststoornis Die zich eenzaam voelen Die kwetsbaar zijn	(On)beg. zelfhulp of ftf groepsinterventie vs Cntr	1-21	Zie onder	Overall ES: Subjectief welbevinden: d=0.34 (BI: 0.22~0.45)**, na 6 mnd: d=0.22 (BI: 0.05~0.38)* Psychologisch welbevinden: d= 0.20 (BI: 0.09~ 0.30)**, na 6 mnd: d=0.16 (BI: 0.02~0.30)* Depressie: d= 0.23 (BI: 0.09~ 0.38)**, na 6 mnd: d= 0.17 (BI: -0.06~0.39), NS
Studies naar online interventies:					
Abbott e.a. 2009[a]	Volwassenen (sales managers) (universele preventie)	ResilienceOnline Beg.iCGT + telefonische groepsessie vs WL n=26 vs n=27	7	AHI, DASS-21, SWLS	NS
Boehm e.a. 2011[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: optimisme vs onbeg iMW: dankbaarheid vs placebo n=74 vs n=72 vs n=74	1	SWLS	Tevredenheid met leven: iMW optimisme>placebo*; iMW dankbaarheid>placebo**
Bolier e.a. 2013	Volwassenen met matig depressieve klachten in de algemene bevolking (selectieve preventie)	Psyfit Online Onbeg. iMW: positieve psychologie vs WL n=143 vs n=141	4	MHC-SF, CES-D	Psychisch welbevinden: NS, depressie: d=0.36*
Buchanan e.a. 2010[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: nieuwe activiteiten vs onbeg. iMW vriendelijke activiteiten vs controle n=28 vs n=28 vs n=30	10	SWLS	Subjectief welbevinden: iMW 1+2 vs controle: d=0.62 (BI: 0.08~1.16)*
Gander e.a. 2012[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Staerkentraining 1 van 9 vormen van beg. iMW (technische ondersteuning)[1] vs placebo n=559 (42-87 per interventie) vs n= 63	1	AHI, CES-D	Voor alle iMW vormen kleine effecten op minimaal 1 nameting (1 wk tot 6 mnd), geluk (welbevinden) significant t.o.v. placebo bij p<0.05, behalve bij de 3 goede dingen interventies (NS). Voor depressie tonen 5 van de 9 vormen significante, kleine effecten op minimaal 1 nameting.
Goldstein e.a. 2007[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: cultiveren heilige momenten vs placebo n=35 vs n=38	15	SWLS, RPWB	NS
Layous e.a. 2012[a]	Studenten (18-28 jaar) (universele preventie)	Onbeg. iMW: beste versie van jezelf vs ftf MW: beste versie van jezelf vs placebo[2]	1 (4w)	AAS	NS
Luthans e.a. 2008[a]	Werkende volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	PsyCap Onbeg. iMW: psychologisch kapitaal vs placebo n=187 vs n=177	2	PCQ	Psychisch welbevinden: d=0.23 (BI: 0.02~0.44)*
Lyubomirsky e.a. 2011[a]	Studenten (18-46 jaar) (universele preventie)	Onbeg. iMW: positiviteit vs onbeg. iMW: dankbaarheid vs placebo n=111 vs n=107 vs n=101	8	PANAS, PLA, SWLS, SHS	Subjectief welbevinden: iMW 1+2 vs placebo: d=0.25 (BI: 0.01~0.49)* iMW positiviteit vs iMW dankbaarheid: even effectief Na 6 mnd: iMW 1+2 vs placebo: NS
Mitchell e.a. 2009[a]	Volwassenen zonder ernstige psychische klachten in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: sterke eigenschappen vs iPOT vs placebo n=48 vs n=58 vs n=54	3	DASS-21, OTH, PWI-A, SWLS,	Persoonlijk welbevinden (PWI-A) na 3mnd: iMW >iPOT en placebo: η^2=0.30* Overige maten: NS
Mongrain e.a. 2011[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: compassie naar anderen vs placebo n=471	1	CES-D, RSES, SHI	Depressie: NS Geluk (welbevinden): iMW>placebo*** Zelfvertrouwen: iMW>placebo**

Mongrain e.a. 2012[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: 3 goede dingen vs onbeg. iMW: sterke eigenschappen vs placebo: vroege positieve herinneringen vs placebo: vroege herinneringen n=102 vs n=74 vs n=87 vs n=81	1	CES-D, SHI	Depressie: NS Geluk (welbevinden): kleine effecten voor de 2 iMW interventies en de positieve herinneringen. Significant t.o.v. placebo vroege herinneringen
Schueller e.a. 2012[a]	Volwassen geïnteresseerd in positieve psychologie in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: 2, 4 of 6 vormen[3] vs geen interventie n=326 vs n=364 vs n=319 vs n=355	2, 4 of 6	CES-D	NS
Seligman e.a. 2005[a]	Volwassen bezoekers van website over authentiek geluk (universele preventie)	1 van 5 vormen van onbeg. iMW: positieve psychologie + er[4] vs placebo n=371 (49-80 per interventie) vs n=70	1	CES-D, SHI	Voor alle 5 iMW vormen kleine effecten op minimaal 1 nameting (1 wk tot 6 mnd) op depressie en geluk (welbevinden) significant t.o.v. placebo bij p<0.05
Sergeant e.a. 2011[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: dankbaarheid vs onbeg. iMW: luisteren naar vrolijke vs placebo n=772	1	CES-D, RSES, SHI	Depressie: NS Geluk (welbevinden): iMW dankbaarheid>placebo*; iMW muziek>placebo** Zelfvertrouwen: NS
Shapira e.a. 2010[a]	Volwassenen in de algemene bevolking (universele preventie)	Onbeg. iMW: zelfcompassie vs onbeg. iMW: optimisme vs placebo n=327 vs n=322 vs n=352	7	CES-D, SHI	Psychologisch welbevinden: iMW 1+2 vs placebo: d=0.30 (BI: 0.01~0.60)* iMW zelfcompassie vs iMW optimisme: even effectie

Legenda:
[a] opgenomen in meta-analyse Bolier e.a. 2013; NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; AAS: Affect-Adjective Scale; AHI: Authentic Happiness Inventory; BI: 95% betrouwbaarheidsinterval; CES-D: Center for Epidemiological Studies Depression Scale; DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scales; er: e-mailreminders; ES: effectsize; ftf: face-to-face; iCGT: cognitieve gedragstherapie via internet; iPOT: probleemoplossende therapie via internet; MHC- SF; Mental Health Continuum – Short Form; iMW: mentale weerbaarheid interventie via internet; PANAS: Positive and Negative Affect Scale; PCQ: PsyCap Questionnaire; PLA: Pleasant Affect; PWI-A: Personal Well-being Index for Adults; RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale; RPWB: Ryff's Scales of Psychological Well-being; OTH: Orientation to Happiness; SHI: Steen Happiness Index; SHS: Subjective Happiness Scale; SWLS: Satisfaction with Life Scales; WL: wachtlijst.

Voetnoten:
1. Interventies: gedurende een week, dagelijks: dankbaarheid tonen, 3 goede dingen noteren, sterke kanten inzetten, dankbaarheid+3 goede dingen, 3 grappige zaken noteren, tellen aantal goede daden naar anderen, 3 andere mensen tijd geven, negatieve ervaringen die leidden tot positieve uitkomsten noteren, twee weken 3 goede dingen noteren.
2. Beide experimentele condities waren opgedeeld in twee subcondities: vooraf toegang tot geschreven (fictieve) aanbeveling van de cursus door een peer vs geen aanbeveling vooraf.
3. Interventies: gedurende een week, dagelijks: dankbaarheid tonen, 3 goede dingen noteren, beschrijven wanneer de participant op zijn/haar best was, sterke kanten op een nieuwe manier inzetten, bepalen 5 sterke kanten
4. Interventies: gedurende een week, dagelijks: dankbaarheid tonen, 3 goede dingen noteren, sterke kanten inzetten, samenvatting van leven maken, actief-constructief reageren

5.3 Mentale vitaliteitsinterventies via internet in de praktijk

Evenals het onderzoek is het aantal mentale vitaliteitsinterventies dat in de praktijk aangeboden wordt beperkt in omvang. Tabel 5.2 toont een overzicht van deze interventies gericht op jongeren. De selectieve (onbegeleide) interventie 'iedereenisanders' richt zich op het vergroten van de mentale weerbaarheid van homo- en biseksuele jongeren. De interventie wordt aangeboden door MOVISIE en is voor jongeren gratis toegankelijk. Een universele interventie gericht op het vergroten van het welbevinden van alle jongeren tussen de 16 en 22 jaar wordt ontwikkeld door het Trimbos-instituut (www.boostyourmood.nl). Voor de leeftijdsgroep van 13- 17 jaar voor VO leerlingen en 16 – 25 jaar voor MBO leerlingen heeft het Trimbos-instituut 'Happyles' ontwikkeld. Deze interventie wordt via een getrapte universeel/geïndiceerde aanpak aangeboden. Het universele aanbod bestaat uit twee klassikale e-learning-lessen waarbij geluksvaardigheden centraal staan. Na afloop worden leerlingen die positief op depressietest scoren doorverwezen naar een online interventie die bestaat uit 6 begeleide CGT modules en een online Mindfulness groepssessie. Deze interventies zijn toegankelijk voor leerlingen van scholen die zich voor deze interventie hebben aangemeld. De vergoeding hiervoor vindt plaats vanuit gemeenten. Deze getrapte aanpak kan enerzijds stigmatisering voorkomen omdat alle leerlingen aanvankelijk meedoen en anderzijds op een laagdrempelige manier leerlingen met depressieve klachten een aanbod doen of doorverwijzen. Er is nog geen kennis voorhanden over de effectiviteit van dit aanbod voor jongeren.
Het beschikbare aanbod voor volwassenen is anders van aard dan dat voor jongeren (zie tabel 5.3). Hierbij valt op dat een deel van dit aanbod zich specifiek richt op ouderen boven de 65 jaar. Zo biedt de Kring Ouderenzorg in samenwerking met het Academisch Medisch Centrum (AMC) online informatie en ondersteuning aan ouderen met als doel het bevorderen van de eigen regie en kwaliteit van leven van deze ouderen. Een onderzoek naar de effectiviteit hiervan is in uitvoering door het AMC. De Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR) heeft een interventie ontwikkeld om geluk te kunnen meten (www.gelukswijzer.nl). Deelnemers kunnen met behulp van deze interventie hun geluksbeleving monitoren en met andere deelnemers vergelijken. De interventie is gratis toegankelijk voor een ieder die mee wil doen. Dit geldt ook voor de 'mentaal vitaal' interventie die op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ontwikkeld is door het Trimbos-instituut. Mentaal Vitaal biedt mensen de mogelijkheid om mentaal fit te blijven en hun weerbaarheid te vergroten. Daarnaast wil Mentaal Vitaal voorkomen dat mensen depressief worden. Mentaal Vitaal bestaat uit een aantal projecten waaronder de website www.mentaalvitaal.nl en www.psyfit.nl. Psyfit is een interventie die gericht is op het vergroten van het eigen geluk en weerbaarheid. Psyfit is een bewezen effectieve interventie (zie tabel 5.1). De belangstelling voor deze interventie is groot, in totaal hebben nu bijna 5.000 volwassen Nederlanders deze interventie gevolgd. Vanuit preventie oogpunt is dit een aanzienlijk aantal deelnemers. De reden hiervoor kan zijn dat mensen met licht depressieve klachten zich meer aangetrokken voelen door een positieve benadering gericht op het verhogen van hun welbevinden in plaats van op hun depressie (Bolier e.a. ingediend).
Een online geïndiceerde preventieve interventie voor ouderen is in ontwikkeling door het Trimbos-instituut in samenwerking met Mentalshare. Het gaat hierbij om 5 onbegeleide (CGT) zelfhulp modules gericht op het verbeteren van welbevinden en zelfmanagementvaardigheden van ouderen.
Naast het beschikbare aanbod heeft ook een aantal regio's de versterking van de mentale vitaliteit van haar inwoners geprioriteerd, zoals ZuidHolland Zuid samen met onder andere een aantal GGD'en en het Yulius (als onderdeel van de nota regionaal volksgezondheidsbeleid van de regio ZHZ, 2012 -2015).

Tabel 5.2 Bevorderen van mentale vitaliteit Jongeren: overzicht van interventies in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep(en)	Inhoud internet-interventie CGL Beoordeling[a,]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteit-sonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[b]
A Selectief					
1.iedereenisanders.nl	A/E: Movisie	Vergroten van mentale weerbaarheid bij lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender jongeren 12-24 jaar; ouders en professionals	Psycho-educatie, onbegeleide zelfhulp-cursus zelfvertrouwen met oefeningen, doorverwijzing naar professionele hulp	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Kinderpostzegels; VSBfonds; VWS
B Universeel/ Geïndiceerd					
1.happyles.nl	A: Trimbos-instituut; MBO E: Trimbos-instituut	(a) Bevorderen van geluk; (b) verminderen depressieve klachten bij MBO leerlingen 16-25 jaar	(a) 2 klassikale e-learning-lessen gericht op geluk alle leerlingen (b) bij depressieklachten: 6 begeleide PP, CGT, POT en MF groepschatses-sies CGL beoordeling: gepland voor 2013	O: Pilot studie[c] K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: VWS, project Mentaal Vitaal	A: Ja T: Alleen toegankelijk voor MBO scholen K: Nee V: Gemeenten
2.happyles.nl	A: Trimbos-instituut; VO E: Trimbos-instituut	(a) Bevorderen van geluk; (b) verminderen depressieve klachten bij VO leerlingen 13-17 jaar	(a) 2 klassikale e-learning-lessen gericht op geluk alle leerlingen (b) bij depressieklachten: 6 begeleide PP, CGT, POT en MF groepschatses-sies CGL beoordeling: gepland voor 2013	O: Pilot studie[c] K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: Nuts Ohra	A: Ja T: Alleen toegankelijk voor VO scholen K: Nee V: Gemeenten
C Interventie in ontwikkeling					
Naam interventie	**Aanbieders (A) Eigenaars (E)**	**Doel Leeftijd doelgroep**	**Inhoud internet-interventie**		
1.boostyourmood.nl	A/E: Trimbos-instituut	Vergroten van welbevinden, mentale fitheid en voorkomen van depressieve klachten 16-22 jaar	Mentale fitheid interventie, strategieën en oefeningen		

Legenda
CGT: cognitieve gedragstherapie; MBO: middelbaar beroeps onderwijs; MF: mindfulness; POT: probleem oplossende therapie; PP: positieve psychologie; VO: voortgezet onderwijs.
a. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven.
b. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld.
c. Trimbos-instituut, drs. R. van der Zanden. Acquisitie voor een kosteneffectiviteitsstudie is gepland in 2013.

Tabel 5.3 Bevorderen van mentale vitaliteit volwassenen en ouderen: overzicht van interventies in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie CGL Beoordeling[a,]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[b]
A Universeel/ Selectief					
1.eigenkrachtwijzeralmere.nl	A/E: Kring OuderenZorg (KOZ) AMC en partners; Gemeente Almere	Vergroten eigen regie en kwaliteit van leven 65+ jaar	Vragenlijst ondersteunt en adviseert ouderen bij het vinden van oplossingen voor (psychische) problemen	O: RCT in uitvoering[c] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: ZonMw	A: Ja T: Publiekelijk, gericht op Almere K: Nee V: WMO
2.gelukswijzer.nl	A/E:VGZ; Erasmus Universiteit Rotterdam	Vergroten inzicht in geluk 12+ jaar	Geluksvergelijker, geluksdagboek zelftest persoonlijkheids- en werkgeluk; levenskeuzenmodule	O: Dagboek analyses[d] K: Onbekend I: Ja Financier onderzoek: Zorgverzekeraar VGZ	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee B: 50.000 deelnemers totaal in januari 2013
3.mentaalvitaal.nl	A/E: Trimbos-instituut	Vergroten weerbaarheid tegen psychische problemen 18-65 jaar	Psycho-educatie, zelftests mentale fitheid en depressie, tips, oefeningen, overzicht aanbod online therapie	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: VWS	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee B: 130.000 unieke bezoekers 2012
4.ouderenacademie.nl	A/E: Kring OuderenZorg AMC en partners (KOZ)	Vergroten weerbaarheid en eigen regie 65+ jaar	Informatie gezond ouder worden, zelftest vitaliteit	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee
Totaal : 4 Universele/ Selectieve preventieve interventies gericht op mentale weerbaarheid en volwassenen/ ouderen					
B Geïndiceerd					
1.psyfit.nl	A: Mentalshare E: Trimbos-instituut	Verminderen van stress en verbeteren van de mentale weerbaarheid 18+ jaar	7 onbegeleide CGT, MF en PP zelfhulp-modules, forum, 12 zelftests (bijv. over omgaan met problemen)	O: RCT effectief[1,e] K: Gepland I: Ja Financier onderzoek: VWS	A: Ja T: Publiekelijk K: €29,95 B: 4.950 cursisten totaal
C Interventie in ontwikkeling					
Naam interventie	**Aanbieders (A) Eigenaars (E)**	**Doel Leeftijd doelgroep**	**Inhoud internet-interventie**		
1. Leven in de plus	A/E: Trimbos-instituut; Mentalshare; Arcon	Verbeteren van welbevinden en zelfmanagementvaardigheden 65+ jaar	5 CGT, OGT, LR onbegeleide zelfhulp-modules, forum voor deelnemers		

Legenda

CGT: cognitieve gedragstherapie; LR: Life Review; MF: mindfulness; OGT: oplossingsgerichte therapie; PP: positieve psychologie; RCT: randomized controlled trial.

a. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven.
b. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld.
c. Academisch Medisch Centrum, dr. E. Portegijs en dr. A. Scheffer.
d. Erasmus Universiteit Rotterdam, dr. W. Oerlemans.
e. Trimbos-instituut, drs. L. Bolier, paper aangeboden voor publicatie.

Referenties

1. Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Boon, B., Smit, F., Riper, H., & Bohlmeijer, E. (2012). Internet-based intervention to promote mental fitness in mildly depressed adults: design of a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, *1*(1), e2.
2. Bolier, L., Kramer, J., Westerhof, G. J., Haverman, M., Riper, H., Walburg, J. A., . . . Bohlmeijer, E. (2013). *Psyfit, internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: results of a randomized controlled trial.* Paper ingediend voor publicatie.

5.4 Samenvatting en aanbevelingen

Dit hoofdstuk biedt een overzicht van het onderzoek naar en aanbod van mentale vitaliteitsstudies via internet. Daarbij is een onderscheid gemaakt tussen interventies voor jongeren en volwassenen en tussen universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Zie tabel 5.4 voor een overzicht.

Zowel het onderzoek naar als het aanbod van mentale weerbaarheidsinterventies is nog beperkt in omvang. Het theoretische kader voor deze interventies vormt de positieve psychologie. Het bereik van preventieve mentale vitaliteitsinterventies onder volwassenen is relatief hoog. De wetenschappelijke evidentie voor het online aanbod is echter nog onvoldoende onderbouwd, beschikbare studies laten geen eenduidig beeld zien. Wanneer er sprake is van effectiviteit zijn de effecten klein in omvang. Daarnaast maakt de veelvoud van type interventies en gehanteerde uitkomstmaten het vooralsnog moeilijk om de effectiviteit goed te kunnen onderbouwen. Hierbij moet aangetekend worden dat een klein effect op populatieniveau tot aanzienlijke gezondheidswinst kan leiden. Dit geldt met name wanneer het bereik hoog is en de uitvoeringskosten laag zijn, zoals bij onbegeleide internet interventies.

Op basis van dit hoofdstuk volgt een aantal aanbevelingen voor toekomstig onderzoek naar mentale vitaliteitsinterventies:

Onderzoek en aanbod jongeren, volwassenen en ouderen

- Interventies gericht op het vergroten van de mentale vitaliteit vanuit de positieve psychologie heeft baat bij het hanteren van meer eenduidige doelen, concepten en uitkomstmaten. Men kan hierbij denken aan directe doelen zoals het vergroten van mentaal welbevinden, geluk of arbeidsprestaties of meer preventieve doelen zoals het voorkomen van psychische klachten of als eerste

Tabel 5.4 Overzicht effectiviteit en Nederlands aanbod van online mentale vitaliteitsinterventies

		Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie
Jongeren	school	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja VO & MBO	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja VO & MBO
	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja (beperkt)	? effectiviteit onbekend — geen aanbod
Volwassenen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod beschikbaar	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	☹ effectiviteit voorzichtig positief v depressie + aanbod: ja (beperkt)
	werk-setting	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod
	eerstelijn			? effectiviteit onbekend — geen aanbod
Ouderen (65+)	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod beschikbaar	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja (beperkt)	? effectiviteit onbekend + aanbod: in ontwikkeling

stap interventie. De veelvoud aan uitkomstmaten maakt vergelijkingen tussen interventies en studies moeilijk. De prioritering van een basis set uitkomstmaten kan deze vergelijkingen vergemakkelijken.

- Het bereik van mentale vitaliteitsinterventies onder mensen met beginnende of latente klachten is relatief hoog. Nader onderzoek naar wat deze interventies aantrekkelijk maakt voor verschillende doelgroepen kan licht werpen in hoe het bereik van dit type interventies maar eveneens van aandoening-gerichte interventies te vergroten.
- Onderzoek is nodig naar de (kosten)-effectiviteit van mentale vitaliteitsinterventies en dit geldt voor het totale scala aan preventie (universeel, selectief en geïndiceerd) en voor zowel jong als oud. Nederlandse onderzoek is beperkt voor handen en resultaten vanuit buitenlands onderzoek zijn niet robuust.
- Het verdient aanbeveling om (kosten)effectiviteitsstudies te richten op het beschikbare aanbod (of het aanbod in ontwikkeling). Pilot onderzoek toont aan dat dit aanbod haalbaar is. Het verdient eveneens aanbeveling om dit aanbod in uiteenlopende settingen zoals het werk en/of via aanbieders zoals het maatschappelijk werk te evalueren.

Referenties

*Abbott, J. A., Klein, B., Hamilton, C., & Rosenthal, A. J. (2009). The impact of online resilience training for sales managers on wellbeing and performance. *E-Journal of Applied Psychology*, *5*(1), 89-95.

*Boehm, J. K., Lyubomirsky, S., & Sheldon, K. M. (2011). A longitudinal experimental study comparing the effectiveness of happiness-enhancing strategies in Anglo Americans and Asian Americans. *Cognition & Emotion, 25*(7), 1263-1272.

Bolier, L. (2012). *Van geluk naar veerkracht. Kansen voor de geestelijke gezondheidszorg*. In: Sturen op geluk. In: Campen, C. van, Bergsma, A., Boelhouwer, J., Boerefijn, J., & Bolier, L. (Eds.). Geluksbevordering door nationale overheden, gemeenten en publieke instellingen (pp. 68-73). Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

**Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health, 13*(1), e119.

Bolier, L. & Martin Abello, K. (2013, ingediend voor publicatie). *Review online positive psychological interventions*. In: Handbook of positive psychological interventions.

*Buchanan, K. E., & Bardi, A. (2010). Acts of kindness and acts of novelty affect life satisfaction. *The Journal of Social Psychology, 150*(3), 235-237.

Cacioppo, J. T., Reis, H. T., & Zautra, A. J. (2011). Social resilience. *American Psychologist, 66*(1), 43-51.

*Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., & Wyss, T. (2012). Strength-based positive interventions: further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 1-19. Online publicatie, doi: 10.1007/s10902-012-9380-0.

*Goldstein, E. D. (2007). Sacred moments: implications on well-being and stress. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(10), 1001-1019.

*Layous, K., Nelson, S. K., & Lyubomirsky, S. (2012). What is the optimal way to deliver a positive activity intervention? The case of writing about one's best possible selves. *Journal of Happiness Studies, 14*(2), 635-654.

*Luthans, F., Avey, J. B., Avolio, B. J., & Peterson, S. J. (2010). The development and resulting performance impact of positive psychological capital. *Human Resource Development Quarterly*, *21*(1), 41-67.

*Lyubomirsky, S., Dickerhoof, R., Boehm, J. K., & Sheldon, K. M. (2011). Becoming happier takes both a will and a proper way: an experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion*, *11*(2), 391-402.

*Mitchell, J., Stanimirovic, R., Klein, B., & Vella-Brodrick, D. (2009). A randomised controlled trial of a self-guided Internet intervention promoting well-being. *Computers in Human Behavior*, *25*(3), 749-760.

*Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al.(2005). *Journal of clinical psychology, 68*(4), 382-389.

*Mongrain, M., Chin, J. M., & Shapira, L. B. (2011). Practicing compassion increases happiness and self-esteem. *Journal of Happiness Studies, 12*(6), 963-981.

*Schueller, S. M., & Parks, A. C. (2012). Disseminating self-help: positive psychology exercises in an online trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), e63.

Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5–14.

*Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, *60*(5), 410-421.

*Sergeant, S., & Mongrain, M. (2011). Are positive psychology exercises helpful for people with depressive personality styles? *The Journal of Positive Psychology, 6*(4), 260-272.

*Shapira, L. B., Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology, 5*(5), 377-389.

Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467-487.

Veenhoven, R. (2006). *Gezond geluk: effecten van geluk op gezondheid en wat dat kan betekenen voor de preventieve gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Weehuizen, R. (2008). *Mental capital: the economic significance of mental health*. Maastricht: University of Maastricht.

Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders, 122*(3), 213-217.

World Health Organisation (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (summary report)*. Genève: World Health Organization.

* Opgenomen in de meta-analyse besproken in hoofdstuk 5

** Meta-analyse besproken in hoofdstuk 5

Hoofdstuk 6

Preventie van angst-aandoeningen via internet

6.1 Introductie

Van de enkelvoudige psychische aandoeningen is de prevalentie van angststoornissen het hoogst (18-65, jaarprevalentie van 11%; de Graaf e.a. 2010). Preventieve en vroege interventies voor angststoornissen zijn voor volwassenen bewezen effectief, maar de implementatie van deze interventies is voor zowel jongeren als volwassenen in Nederland relatief beperkt. Dit geldt ook voor het beschikbare wetenschappelijke onderzoek naar de haalbaarheid van deze interventies. Een mogelijke oorzaak is dat preventie van angststoornissen in Nederland niet hoog op de preventie-agenda staat. Dit in tegenstelling tot depressiepreventie die de afgelopen vijftien jaar duidelijk vanuit publiek gezondheidsperspectief geprioriteerd is. Internet biedt een goede mogelijkheid om ook preventieve angstinterventies laagdrempelig aan te bieden en zo mogelijk een brede doelgroep te bereiken. In dit hoofdstuk verkennen we dit potentieel van online angstpreventie. In sectie 6.2 bespreken we eerst de prevalentie en ziektelast van angststoornissen voor jongeren, volwassenen en ouderen. De effectiviteit van online angstpreventie voor volwassenen komt in sectie 6.3 aan bod. Evenals bij depressie ontbreekt er een angstpreventieaanbod dat specifiek op ouderen (65+) is gericht. Sectie 6.4 presenteert het aanbod in de Nederlandse preventiepraktijk voor volwassenen. In sectie 6.5 bespreken we de evidentie van angstpreventie voor jongeren en in sectie 6.6 het aanbod voor deze doelgroep in de praktijk. We eindigen dit hoofdstuk met een samenvatting en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek (sectie 6.7).

6.2 Prevalentie van angstaandoeningen

Jaarlijks kampen meer dan 1,6 miljoen Nederlandse volwassenen met een angstaandoening. De meest voorkomende angststoornissen zijn gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis met of zonder agorafobie en sociale fobie. Daarnaast behoren ook agorafobie zonder paniekstoornis, specifieke fobieën, obsessief compulsieve stoornis, posttraumatische stress-stoornis en acute stress-stoornis tot de in de DSM-IV-TR (APA 2000) benoemde angststoornissen. Angst gaat vaak gepaard met het vermijden van waar men bang voor is en met overmatig piekeren. Beiden hebben een negatieve impact op de kwaliteit van leven van de persoon die hiermee kampt en op zijn dagelijks functioneren. Jongeren met angstproblemen hebben eveneens een verhoogde kans op slechte schoolprestaties en problemen met familie en hun sociaal netwerk en een laag zelfbeeld (Van Rooijen 2012). Ook de naaste omgeving van deze persoon ondervindt hiervan vaak negatieve gevolgen (Angermeyer e.a. 2006; Mendlowicz & Stein 2000). De economische (directe en indirecte) zorgkosten van angststoornissen zijn hoog, deze worden voor Nederland geschat op meer dan één miljard euro op jaarbasis (Smit e.a. 2006). Angststoornissen komen onder jeugdigen (8 -17 jaar), jongvolwassenen (18 -24 jaar) en ouderen naar schatting even vaak voor als bij volwassenen (Verhulst e.a. 1997; Bremmer e.a. 1997). De incidentie is aanzienlijk, rond de 3% van de volwassenen ervaart jaarlijks voor het eerst een angststoornis. Een

angststoornis gaat vaak samen met ofwel andere vormen van angst (zoals paniek en agorafobie) of met psychische aandoeningen zoals depressie en/of problematisch alcoholgebruik. Zo ontwikkelen adolescenten vaak tegelijkertijd depressie en angstaandoeningen (Hoek e.a. 2011). Vrouwen hebben naar rato vaker last van angststoornissen dan mannen (1.5: 1, NEMESIS-II, De Graaf e.a. 2010). In alle leeftijdsgroepen is vooral het aantal personen met fobieën erg hoog. De gegeneraliseerde angststoornis komt bij ouderen verhoudingsgewijs het meest voor.
Over de omvang van subklinische angstklachten is minder eenduidigheid dan bij subklinische depressie mede omdat subklinische angstsymptomen niet één op één overeenkomen met de ontwikkeling van een DSM-IV-TR angststoornis. Karsten en collega's (2010) spreken van subklinische angstsymptomen wanneer deze het functioneren in het dagelijkse leven negatief beïnvloeden, zoals op het werk of in de omgang met andere mensen.

Evenals bij depressie hangt het ontwikkelen van een angststoornis af van een samenspel van beschermende factoren en risicofactoren. Deze factoren kunnen te maken hebben met erfelijkheid, persoonlijke kenmerken en omgevingsfactoren. Risicofactoren voor het ontwikkelen van een angststoornis zijn bijvoorbeeld, verstoorde negatieve denkpatronen, ingrijpende levensgebeurtenissen, subklinische angstklachten of het hebben van een ouder met een angstprobleem. Kinderen van ouders met een angststoornis hebben twee tot zeven keer meer kans om zelf een angststoornis te ontwikkelen. Deze groep vormt daarom een mogelijke doelgroep voor selectieve preventie. Beschermende factoren zijn bijvoorbeeld voldoende zelfwaardering en geloof in eigen kunnen, effectieve copingstrategieën en sociale steun. Daarmee zijn zowel de risicofactoren als beschermende factoren belangrijke aanknopingspunten voor preventie.

Minder dan de helft van alle mensen met angststoornissen zoekt echter professionele hulp (Bijl e.a. 2002) en minder dan een kwart van deze groep krijgt een bewezen effectieve interventie aangeboden (Andrews e.a. 2004). Dat de helft van mensen met een angststoornis geen hulp zoekt, kent meerdere oorzaken. Hierbij kunnen gevoelens van schaamte of het niet herkennen van symptomen een rol

Tabel 6.1 Meta-analyses preventieve en kortdurende internetinterventies voor angst: volwassenen

Auteur (jaartal)	Doelgroep & Inclusie	Condities	Aantal modules	ES angst
Andrews e.a. 2010 22 studies: 8 sociale fobie; 6 paniek; 2 GAS (6 depressie, zie tabel 4.1)	Diagnose angststoornis	(on)Beg. iCGT vs Cntr	1-10	Sociale fobie: g=0.92 (BI: 0.74~1.09)*** Paniek: g=0.83 (BI: 0.45~1.21)*** GAS: g=1.12 (BI: 0.76~1.47)***
Cuijpers e.a. 2009 18 studies: 2 sociale fobie; 8 paniek; 4 specifieke fobie; 4 overig (3 PTSS, 1 OCD)	Angstklachten	(on)Beg. iCGT vs Cntr	1-12	Overall ES: d=0.99 (BI: 0.86~1.13)*** ES iCGT vs WL/placebo; subgroepen o.b.v. klachten: Paniek/agorafobie: d=1.05 (BI: 0.76~1.34)*** Sociale fobie: d=0.90 (BI: 0.57~1.22)*** Specifieke fobie: d=1.11 (BI: 0.37~1.84)** Overig[a]: d=0.81 (BI: 0.56~1.05)*** iCGT vs ftf therapie: NS
Reger & Gahm 2009 19 studies: 1 sociale fobie; 7 paniek; 3 specifieke fobie; 5 PTSS; 2 stress; 1 GAS	Angstklachten	(on)Beg. iCGT vs Cntr	1-12	Overall ES: iCGT vs WL: d=0.77 (BI: 0.56~0.98)* iCGT vs TAU: NS iCGT vs placebo: d=0.88 (BI: 0.70~1.31)*
Spek e.a. 2007 12 studies: 1 sociale fobie; 4 paniek; 1 PTSS; 1 angst algemeen (5 depressie, zie tabel 3.1)	Angstklachten	(on)Beg. iCGT vs Cntr	6-10	Overall ES: d=0.96 (BI: 0.69~1.22)*
Haug e.a. 2012 56 studies; 33 online: 10 sociale fobie; 10 paniek; 2 specifieke fobie; 5 PTSS; 2 GAS, 1 OCD, 3 transdiagnostisch	Angstklachten	(on)Beg. iCGT cs Cntr	1-10	Overall ES: iCGT/cCGT vs WL/placebo: d=0.89 (BI: 0.77~1.01)*** Bibliotherapie vs WL/placebo: d=0.60 (BI: 0.41~0.80)*** iCGT >CGT *

Legenda
NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; BI: 95% betrouwbaarheidsinterval; Cntr: controlegroep; ES: effectsize; ftf: face-to-face; GAS: gegeneraliseerde angststoornis; iCGT: cognitieve gedragtherapie via internet; OCD: obsessief compulsieve stoornis; PTSS: posttraumatische stressstoornis; TAU: treatment as usual/gebruikelijke ftf behandeling door therapeut.

spelen evenals het type angst, zoals bijvoorbeeld sociale angst. Ook kunnen het beperkte aantal therapeuten, de kosten van therapie of gebrek aan tijd het zoeken van hulp bemoeilijken (Reger & Gahm 2009). Dit zijn belangrijke uitgangspunten voor het ontwikkelen van laagdrempelige preventie van angststoornissen met minimale begeleiding van een therapeut of coach (Hirai & Clum 2006). Gezien de prevalentie zijn de gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en sociale fobie voor volwassenen en bij jongeren de sociale fobie en de specifieke fobie het meest belangrijk voor preventie.

6.3 Effectiviteit van preventieve angstinterventies voor volwassenen via internet

Voor de aanpak van uiteenlopende angstaandoeningen bestaan effectieve medicamenteuze (selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's)) en psychologische interventies (Roy-Byrne e.a. 2007). Medicamenteuze behandeling is vooral geschikt voor volwassenen, psychologische interventies voor jong en oud. Veel patiënten hebben echter een voorkeur voor psychologische behandeling (van Schaik e.a. 2004). Cognitieve gedragstherapie (CGT) behoort tot de meest effectieve aanpak voor het verminderen van uiteenlopende angstklachten (Butler e.a. 2006). Dit geldt voor kortdurende zelfhulpinterventies in de eerstelijn en onder de algemene bevolking en tevens voor intensieve behandelvormen in de tweedelijn. CGT-interventies voor angstaandoeningen bestaan veelal uit een combinatie van exposure-oefeningen (blootstelling aan gevreesde situaties), sociale vaardigheidstraining, zelfcontrole, ontspanningsoefeningen en cognitieve herstructurering (het bekijken, uitdagen en omzetten van angstige gedachten). Afhankelijk van het type angststoornis krijgen verschillende onderdelen meer of minder aandacht in de therapie (Bögels & van Oppen 2011). Uiteenlopende meta-analyses laten zien dat (on)begeleide CGT-zelfhulp bij angstaandoeningen zoals paniekstoornis of sociale fobie leidt tot middelgrote tot grote effecten in vergelijking met geen interventie of een wachtlijstcontrolegroep (Cuijpers e.a. 2009; Hirai & Clum 2006; Cape e.a. 2010; Haug e.a. 2012; Lewis e.a. 2012; Tolin e.a. 2010). De effectiviteit van onbegeleide zelfhulpinterventies voor posttraumatische stress-stoornis is nog niet aangetoond in onderzoek (Elhers e.a. 2003; Lewis e.a. 2012).

Hieronder beschrijven we de huidige stand van zaken voor wat betreft de wetenschappelijke evidentie voor angstpreventie via internet en het huidige praktijkaanbod. We doen dit eerst voor volwassenen en daarna voor jongeren (sectie 6.5). Voor volwassenen baseren we ons met name op vier meta-analyses over iCGT (CGT via internet) en een recente meta-analyse (Haug e.a. 2012) waarin verschillende vormen van (on)begeleide zelfhulp met elkaar vergeleken zijn (zie tabel 6.1). We bespreken achtereenvolgens (1) de karakteristieken van deze meta-analyses; (2) de gehanteerde uitkomstmaten; (3) de effectiviteit van internet-interventies en (4) transdiagnostische interventies; (5) de kosteneffectiviteit van iCGT; (6) coaches versus therapeuten en waardering van deelnemers; (7) iCGT en therapietrouw; (8) wie heeft er baat bij iCGT en (9) innovaties in iCGT voor angstaandoeningen.

1. Karakteristieken van meta-analyses voor angstpreventie voor volwassenen

De effectiviteit van het iCGT-aanbod voor angst is sinds het verschijnen van de eerste kennissynthese in 2007 (Riper e.a. 2007) in een groot aantal studies aangetoond. Het betreft hier voornamelijk studies van onderzoeksgroepen in Zweden en Australië. De synthese uit 2007 concludeerde dat angstpreventie gebaseerd op CGT via internet voor volwassenen veelbelovend is. De auteurs baseerden zich hierbij op de meta-analyse van Spek e.a. (2006) en op een meta-analyse in voorbereiding (Cuijpers e.a. 2009). Gezamenlijk bevatten deze dertien afzonderlijke studies waarvan het merendeel zich richtte op begeleide interventies (elf studies) en twee op onbegeleide zelfhulp (Klein e.a. 2001; Hirai e.a. 2005). De opgenomen Nederlandse studies onderzochten de effectiviteit van iCGT voor posttraumatische stressstoornis van Interapy (Lange e.a. 2001 en Lange e.a. 2003). Dit aanbod wordt niet gerekend tot het preventieve aanbod, maar is vergelijkbaar met een tweedelijnsbehandeling. De transdiagnostische

interventie voor angst van Van Straten e.a. (2008) wordt wel tot het preventieve aanbod gerekend. Over de effectiviteit van het aanbod voor jongeren en ouderen was nog geen evidentie voor handen (op basis van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek). De gevonden effectgroottes (in vergelijking met geen interventie-controlegroepen) waren groot, zowel voor paniek als sociale fobie (respectievelijk d = 1.10 en d = 1.00).
Sinds 2007 is het aantal studies naar preventieve en kortdurende angstinterventies sterk in aantal toegenomen. Gezamenlijk bevatten de meta-analyses 44 afzonderlijke studies (zie tabel 6.1). Deze onderzoeken de effectiviteit van iCGT zelfhulpinterventies die vooral bestaan uit een combinatie van cognitieve herstructurering en exposuretechnieken. Een klein aantal studies onderzoekt de effectiviteit van probleemoplossende therapie via internet (Van Straten e.a. 2010) en die van psychodynamische therapie (Andersson e.a. 2012). De studiepopulaties bestaan uit personen met minimaal subklinische angstklachten, en één preventiestudie beperkt zich tot een doelpopulatie met gevoeligheid voor angstklachten (sensitiviteit voor angst, Kenardy e.a. 2003b). Deze laatste RCT-studie vond geen significant effect op sensitiviteit voor angst tussen de experimentele en wachtlijstcontrolegroep, maar wel op angstige cognities en depressieve symptomen. Het is dus nog onbekend of iCGT ook een DSM–IV-TR gediagnosticeerde angststoornis kan voorkomen. Meta-analyses gericht op de effectiviteit van universele en/of selectieve preventie van angstklachten voor volwassenen via internet zijn nog niet beschikbaar. Dit is niet zo vreemd, omdat het aantal studies (RCT's) naar de effectiviteit van offline universele en selectieve angstinterventies evenzeer beperkt is. Wat opvalt, is dat het aantal Nederlandse studies gering is. De kenmerken van deze afzonderlijke Nederlandse studies zijn samengevat in tabel 6.2, deze toont eveneens de resultaten van vier Nederlandse studies die niet in de meta-analyses zijn opgenomen. De Nederlandse studies richten zich allen op begeleide iCGT. Het aantal kosteneffectiviteitsstudies betreft nog slechts twee studies waarvan de resultaten in tabel 6.3 zijn samengevat.
De studies in de meta-analyses (en later verschenen afzonderlijke studies) richten zich op paniekaandoeningen (met of zonder agorafobie, N=14), sociale fobie (N=13), specifieke fobie (N=8), posttraumatische stress-stoornis (N=5), gegeneraliseerde angststoornis (N=3), obsessief compulsieve stoornis (N=1) en/of zijn transdiagnostisch van aard (N=9). Het merendeel van de geïncludeerde studies vergelijkt een zelfhulpinterventie met een controlegroep die bestond uit geen interventie of een wachtlijstconditie. Een kleiner aantal vergelijkt een angstinterventie met een standaardinterventie of andersoortige controlegroep (zie tabel 6.1). Het onderzoek naar begeleide interventies is aanzienlijk hoger dan naar onbegeleide interventies (47 en 6 respectievelijk). Het merendeel (N=44) van de studies werft hun deelnemers rechtstreeks vanuit de algemene bevolking, een klein aantal studies werft deelnemers vanuit de eerstelijnszorg (N=5) en een enkele studie vanuit de eerste- en tweedelijnszorg (N=3) of de werksetting (N=1). Vier meta-analyses bevatten zowel studies die angstklachten vaststellen met behulp van diagnostische interviews als middels zelfgerapporteerde vragenlijsten op basis van cut-off scores (zoals bijvoorbeeld met the Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)). De meta-analyse van Andrews e.a. (2010) is hierop een uitzondering, deze bevat alleen studies die de effectiviteit van begeleide zelfhulp onderzocht hebben voor DSM-IV-TR-populaties met een ernstige sociale fobie, paniekstoornis of gegeneraliseerde angstaandoening.

2. Uitkomstmaten

De meest gehanteerde primaire uitkomstmaat is het verschil in mate en ernst van angstklachten tussen de iCGT-conditie en de controlegroep gemeten op post-treatment en follow-upmomenten en veranderingen binnen de afzonderlijke condities. Deze verschillen worden vaak uitgedrukt met Cohen's d. Gegeven de hoge comorbiditeit meten veel studies eveneens depressie en problematisch middelengebruik. De termijnen waarvoor de effecten gemeten worden, lopen uiteen van direct na afloop van de interventie tot twaalf maanden na de start van de interventie (zie tabel 6.1 en 6.2). Een groeiend aantal studies rapporteert eveneens relevante klinische verandering voor wat betreft afname van angstklachten en remissie (het aantal personen dat vrij is van angstklachten na het volgen van de interventie). Johnston en collega's (2011) voerden bijvoorbeeld een studie uit naar de effectiviteit van een transdiagnostische interventie met begeleiding voor drie angstaandoeningen (paniek, gegenera-

Tabel 6.2 Nederlandse studies preventieve en kortdurende internetinterventies voor angstaandoeningen bij volwassenen

Auteur (jaartal)	Interventie	Aantal Modules	Werving	ES angst post-treatment Exp. *vs* WL	Studie dropout Exp./WL	NNT
Lange e.a. 2001	Interapy voor traumatische ervaring (bCGT)	10	Alg. bev.	Intrusie: d=0.70* Vermijding: d=1.10**	15%/25%	2.63 1.77
Lange e.a. 2003	Interapy voor milde tot matig ernstige PTSS- en rouwklachten (bCGT)	10	Alg. bev.	Intrusie: d=1.28*** Vermijding: d=1.39***	43%/48%	1.58 1.48
Ruwaard e.a. 2010	Interapy voor (sub)klinische paniek-stoornis (bCGT)	7	Alg. bev.	d=0.70*	11%/3%	2.63
Seekles e.a. 2011[a]	Stepped care voor (sub)klinische paniekstoornis, sociale- en/of specifieke fobie (bPOT)	4	HA	NS	30%/23%	-
Van Ballegooijen e.a. (2012, ingezonden voor publicatie)	GeenPaniekOnline (bCGT)	6	Alg. bev.	NS	46%/38%	-
Van Straten e.a. 2008[a]	AllesonderControle voor angstklachten (bPOT)	5	Alg. bev.	d=0.42 (BI: 0.14~0.70)[b]	24%/9%	4.27

Legenda
[a] Studie richt zich ook op depressieve klachten; [b] p-waarde wordt niet gerapporteerd; NS: niet significant; *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; bCGT: begeleide cognitieve gedragstherapie; Exp: experimentele condities; HA: huisarts; NNT: Numbers Needed to Treat; bPOT: begeleide probleemoplossende therapie; TAU: treatment as usual/gebruikelijke behandeling door huisarts; WL: wachtlijst

liseerde angst en sociale fobie). Zij toonden aan dat begeleide iCGT (acht sessies) voor deze aandoeningen beduidend effectiever was in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep en dat de effectiviteit overeen kwam met angstspecifieke interventies. Daarnaast voldeed meer dan de helft van het aantal deelnemers in de interventiegroep na afloop van de interventie niet meer aan de diagnostische criteria voor één van de drie onderzochte angstaandoeningen.

3. Effectiviteit van iCGT voor angstaandoeningen

ICGT voor verschillende angstaandoeningen gezamenlijk kent een significant groot effect (variërend van d = 0.77 – 0.99) wanneer deze vergeleken wordt met geen interventie, wachtlijst- of placeboconditie (tabel 6.1; Cuijpers e.a. 2009; Reger & Gahm 2009; Spek e.a. 2007; Haug e.a. 2012). De NNT's (Number Needed to Treat) liggen tussen 1,94 en 2,42 en zijn vergelijkbaar met face-to-face geïndiceerde preventie en behandeling én beduidend hoger dan die voor depressie (Haby e.a. 2006; Kiropoulos e.a. 2008). Deze omvang van effectiviteit ('groot effect') geldt ook voor de specifieke angstaandoeningen afzonderlijk, waaronder paniekstoornissen met of zonder agorafobie, sociale fobie en gegeneraliseerde angstaandoeningen. De studies tonen ook aan dat deze interventies effectief zijn voor zowel lichte als ernstige angstaandoeningen volgens de DSM-IV-TR (Reger & Gahm 2009; Andrews e.a. 2010). Studieresultaten laten nog geen eenduidig beeld zien voor wat betreft het behoud van de effecten op de langere termijn. Andersson e.a. 2012; Griffiths e.a. 2009). De effectiviteit van iCGT voor posttraumatische stress-stoornis lijkt veelbelovend, maar het aantal studies is nog te beperkt om hier robuuste uitspraken over te kunnen doen (Reger & Gahm 2009; Litz e.a. 2007).

Onbegeleide iCGT is in een klein aantal studies onderzocht (N =6). Evenals bij depressie resulteert begeleide iCGT voor angstaandoeningen in grotere effecten dan onbegeleide iCGT, dit geldt overigens ook voor onbegeleide CGT die via zelfhulpboeken wordt aangeboden (Rapee e.a. 2007). De effectiviteit van onbegeleide iCGT met kleine tot middelgrote effecten is vooralsnog het meest overtuigend aangetoond bij sociale fobieën en in mindere mate voor paniek en gegeneraliseerde angststoornis (GAS) (Furmark e.a. 2009; Titov e.a. 2008a-c; Nordgreen e.a. 2012; Botella e.a. 2009; Andersson e.a. 2012). Botella en collega's vonden bijvoorbeeld een significant groot effect voor een onbegeleide iCGT-interventie (exposure en CGT) voor spreken in het openbaar in vergelijking met en een wachtlijstcontroleconditie. Berger en collega's (2009) kwamen tot eenzelfde conclusie op basis van hun studie waarin zij onbegeleide iCGT vergeleken met zowel minimaal begeleide iCGT als op verzoek begeleide iCGT. Deelnemers in deze drie condities verminderden hun sociale fobieklachten in dezelfde mate (groot effect, d = 1.47). Een mogelijke verklaring voor de effectiviteit van onbegeleide iCGT kan

zijn dat personen met sociale angststoornissen ertoe neigen om sociale interacties met anderen te vermijden. Onbegeleide iCGT kan hier uitkomst bieden, zeker als eerstestap-interventie omdat exposure-oefeningen in een veilige en redelijk geïsoleerde omgeving zelfstandig uitgevoerd kunnen worden. Vanuit een openbaar gezondheidperspectief biedt onbegeleide iCGT voor sociale fobieën veel mogelijkheden om tegen lage kosten gezondheidswinst te behalen. Het voordeel van onbegeleide internetinterventies is dat zij relatief goedkoop en preventief aan grote groepen kunnen worden aangeboden.

Studies waarin iCGT direct vergeleken wordt met face-to-face-CGT-condities zijn beperkt, maar lijken tot overeenkomstige resultaten te leiden (voor alle angstaandoeningen gezamenlijk, zie bijvoorbeeld de meta-analyse van Reger & Gahm 2009). Onderzoek is echter nodig om dit aan te tonen. Waller en Gilbody (2009) deden hiertoe een eerste poging en concludeerden dat in RCT's hoogrisicodeelnemers zoals personen met een hoge suïcide-ideatie vaak buitengesloten worden terwijl deze groep buiten onderzoeken wel toegang heeft tot dit aanbod .Voor (sociale) angststoornissen lijkt iCGT ook in de dagelijkse praktijk effectief (zie bijvoorbeeld Andersson e.a. 2012; Ruwaard e.a. 2012; Hedman e.a. 2013). Over mogelijk onbedoelde negatieve effecten van iCGT voor angstaandoeningen is nauwelijks iets bekend. Aangenomen wordt dat deze echter beperkt zijn zoals ook geldt voor zelfhulpinterventies die bijvoorbeeld via boeken of video worden aangeboden (Scogin e.a. 1996).

4. Transdiagnostische interventies voor angststoornissen

Transdiagnostische preventieve interventies kunnen een bijdrage leveren aan het vergroten van het bereik van angstinterventies. Transdiagnostische ('generieke') interventies richten zich op de gemeenschappelijke symptomen (zoals negatieve denkpatronen) van verschillende angstaandoeningen binnen één interventieprotocol. Deze kunnen zich ook richten op gemeenschappelijke symptomen van comorbide aandoeningen zoals angst en depressie (McEvoy e.a. 2009). Ook deze interventies blijken via internet effectief te kunnen worden aangeboden (Titov e.a. 2010; Carlbring e.a. 2011). De transdiagnostische begeleide iPOT-interventie (AllesOnderConctrole, Van Straten 2008) bleek bijvoorbeeld zowel effectief voor depressie als voor angstklachten (zie tabel 6.2). Johnston en collega's (2011) toonden eveneens aan dat transdiagnostische interventies acceptabel zijn voor deelnemers en leiden tot effecten die in omvang gelijk zijn aan die van stoornisspecifieke interventies en van transdiagnostische face-to-face-interventies (Norton e.a. 2008, zie ook tabel 6.1). Een ander voordeel van transdiagnostische interventies is dat deze niet alleen comorbide aandoeningen simultaan kunnen aanpakken,

Tabel 6.3 Kosteneffectiviteitstudies voor angst

Auteur (jaartal)	Doelgroep & Setting	Interventie & Condities	Aantal Modules	Uitkomst-maten	Klinische effectiviteit	Kosten	Bereidheid v kans op kosten-effectiviteit
Hedman e.a. 2011	Volwassenen met sociale fobie	beg. iCGT vs gCGT n=51 vs n=50	15	EQ-5D, LSAS, TiC-p	even ef-fectief	Maatschappelijk perspectief: beg.iCGT is kosteneffectief ivm ftf gCGT Directe kosten: iCGT is $2223 goedkoper*** Gemeten over een periode van 6 maanden	WTP=$3000: iCGT=89%
Titov e.a. 2009	Volwassenen met sociale fobie	beg. iCGT vs WL n=93 vs n=100	6	SIAS, SPS	d=1.07	Directe zorgkosten perspectief: iCGT is $AUD 4191,- goedkoper dan geschatte ftf gCGT[a]: Beg.iCGT $AUD 1495,- per gewonnen YLD vs $AUD 5686,- voor ftf gCGT Gemeten over een periode van 10 weken	-

Legenda
[a] Niet in vergelijking met wachtlijstconditie; $AUD: Australische dollars; NS: niet significant; *** p<0.001; EQ-5D: EuroQol; ftf: face-to-face therapie; CGT: cognitieve gedragstherapie, iCGT: via internet, gCGT: CGT in een groep;
LSAS: Liebowitz Social Anxiety Scale; NS: niet significant; SIAS: Social Interaction Anxiety Scale; SPS: Social Phobia Scale; TiC-P: Trimbos and Institute of Medical Technology Assessment Cost Questionnaire for Psychiatry;
WTP (bereidheid te betalen voor gezondheidswinst) en corresponderende kans op gezondheidswinst; WL: wachtlijst; YLD: years lost due to disability/ jaren verloren ten gevolge van beperking.

maar ook als eerstestapinterventies kunnen dienen wanneer er geen uitgebreide diagnostiek wordt toegepast. Deze werkwijze werd toegepast in de studie van Seekles e.a. (2011, zie tabel 6.2) onder huisartspatiënten. In deze studie kon de effectiviteit van iCGT voor een comorbide depressie/angstgroep niet worden aangetoond. Wel bleek dat voor de patiënten met alleen een angstaandoening deze iPOT-interventie significant effectief was (middelgroot effect, d = 0.68, 95% BI=0.25 -4.77).

5. Kosteneffectiviteit

Kosteneffectiviteitsstudies naar iCGT-zelfhulpinterventies voor angstaandoeningen zijn schaars. Dit geldt ook voor het offline aanbod. Smit en collega's (2009) voerden één van de eerste economische evaluaties uit naar de face-to-face-groepscursus Geen Paniek voor volwassenen met paniekklachten. Deze cursus bleek kosteneffectief in vergelijking met standaardzorg wanneer een gewonnen paniekvrij levensjaar als uitkomstmaat wordt genomen (tijdshorizon van drie maanden). Tevens waren de kosten voor deze interventie lager dan de kosten voor standaardzorg. Deze besparing werd gerealiseerd door een kleiner aantal therapeutenuren dat nodig was voor de uitvoering 'Geen Paniek' in vergelijking met die van standaardzorg.

In tabel 6.3 staan de resultaten van twee studies naar de kosteneffectiviteit van iCGT voor angstaandoeningen. Titov en collega's (2009a) berekenden het verschil in directe zorgkosten voor een iCGT-interventie voor sociale fobie en een face-to-face-groepscursus. De kosten voor iCGT bedroegen slechts een kwart van die van de face-to-face-groepsinterventie per gewonnen gezond levensjaar (1.495 versus 5.686 Australische dollars, zie tabel 6.3). De resultaten van Hedman e.a. (2011) wijzen eveneens in de richting van kosteneffectiviteit van iCGT voor sociale angst. In deze studie werkte iCGT even goed als face-to-face-groeps-CGT voor het verminderen van sociale angstklachten. Het iCGT-aanbod was met name goedkoper vanwege de lagere personeelskosten die nodig zijn voor de uitvoering hiervan. Ook iCGT voor paniekklachten (begeleid door een huisarts of psycholoog) is potentieel kosteneffectief zoals blijkt uit een economische modelleringsstudie van Mihalopoulos e.a. (2005, vanuit het perspectief van zorgaanbieders). Deze drie studies tonen de potentiële kosteneffectiviteit aan van begeleide iCGT voor angstklachten. Meer onderzoek is echter nodig alvorens we robuuste uitspraken kunnen doen over de kosteneffectiviteit (en kostenutiliteit) van preventieve interventies voor uiteenlopende angstaandoeningen (zie ook Lewis e.a. 2012).

6. Coaches versus therapeuten en waardering van deelnemers

Uiteenlopende studies laten zien dat de 'coachende' begeleiding bij iCGT met behoud van effectiviteit zowel gegeven kan worden door professionele therapeuten als door anderszins getraind personeel zoals psychologiestudenten of maatschappelijk werkers. Dit geldt niet alleen voor depressie maar ook voor angstaandoeningen én voor zowel de angstspecifieke als transdiagnostische interventies (Johnston e.a. 2011; Robinson e.a. 2010). Hieraan dragen de geprotocolleerde aanpak van iCGT, het accent op begeleiding in plaats van op therapie en de motivatie van uitvoerders in belangrijke mate aan bij. Coachende begeleiding bij iCGT kan in samenhang met een geringer aantal sessies en minder begeleidingstijd leiden tot een efficiëntere (en daarmee goedkopere) vorm van hulp bij angstklachten. Daarnaast tonen studies aan dat iCGT voor deelnemers haalbaar en acceptabel is, maar dat dit in mindere mate geldt voor therapeuten (Botella e.a. 2010; Titov e.a. 2011; Waller & Gilbody 2009).

7. Interventietrouw

Internetinterventies kunnen gepaard gaan met een hoge interventie-uitval, dat wil zeggen dat een relatief groot aantal deelnemers de interventie niet afmaakt (Christensen e.a. 2009). Ook bij online angstinterventies wordt melding gemaakt van niet optimale therapietrouw. Percentages lopen naar schatting uiteen van gemiddeld 50% therapie-ontrouw bij onbegeleide tot 25% voor begeleide zelfhulp (Nordgreen e.a. 2011). Hiermee lijkt de therapietrouw voor iCGT vooralsnog lager dan die voor face-to–face-interventies. Een recente meta-analyse van Swift en Greenberg (2012) laat bijvoorbeeld

een gemiddelde therapietrouw zien van 84% voor face-to-face-interventies voor uiteenlopende interventies bij psychische problemen. Op het niveau van de individuele studies verschillen de percentages sterk. Zo maakten bijna alle deelnemers in de paniekstudie van Klein e.a. (2006) de interventie af terwijl in de studie van Paxling e.a. (2011) naar gegeneraliseerde angst slechts 10% van de deelnemers dit deed. Uitval wordt echter niet altijd goed gerapporteerd of dubbelzinnig gepresenteerd, soms bedoelt men studie-uitval dan weer uitval uit de interventie (Christensen e.a. 2009). Therapietrouw en -ontrouw bij iCGT worden beïnvloed door verschillende factoren. Deze zijn in hoofdstuk 3 beschreven voor depressie-interventies en gelden ook voor angstinterventies. Een lage therapietrouw is een belangrijk aandachtspunt, omdat deze een negatieve invloed kan hebben op de effectiviteit van een interventie. Het kan ook betekenen dat deelnemers deze interventie niet acceptabel vinden of weinig motivatie hadden om deze te volgen (Ritterband e.a. 2010; Donkin e.a. 2012). Dit is echter niet altijd het geval. Soms haken deelnemers af omdat men voldoende hersteld is; vanwege persoonlijke omstandigheden of om praktische redenen zoals tijdgebrek of computerproblemen (Waller & Gilbody 2009).

8. Wie heeft er baat bij en hoe werkt iCGT voor angststoornissen?

Een beperkt aantal studies heeft onderzocht welke predictoren interventie-uitkomsten mogelijkerwijs kunnen beïnvloeden. Nordgreen e.a. (2012) onderzochten bijvoorbeeld welke predictoren in het spel zijn bij begeleide en onbegeleide interventies voor angstaandoeningen. De resultaten kwamen overeen met die van de face-to-face-studies (Eskildsen e.a. 2010). De ernst van de symptomen bij aanvang, maar niet het type sociale angst, beïnvloedde de slaagkans van zowel begeleide als onbegeleide iCGT. Een lager niveau van angstsymptomen bij aanvang was positief gerelateerd aan een (DSM-IV-TR-) diagnosevrije uitkomst na afloop van de interventie. Daarentegen was een hoger symptoomniveau positief gerelateerd aan een significant klinische vermindering van klachten. Interessant was de bevinding van Nordgreen e.a. dat deelnemers in de onbegeleide iCGT groep een hogere therapietrouw toonden naar mate zij een positief idee hadden over de interventie en voor die groep kwam de mate van therapietrouw overeen met die van begeleide interventies.

Ook de vraag naar hoe iCGT precies werkt (het openen van de 'black box') is nog niet beantwoord. Om de vraag naar wie heeft er baat bij en wat zijn de werkzame componenten van interventies te beantwoorden, is meer grootschalig onderzoek nodig.

Tabel 6.4 Preventie van angst: volwassenen: overzicht van interventies in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventies CGL Beoordeling[a,b]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[c]
A Universeel/ Selectief					
1.adfstichting.nl	A/E: De Angst, Dwang en Fobie stichting	Vergroten kennis en inzicht in angstklachten 18+ jaar	Psycho-educatie, zelftests angst, telefonische hulplijn, forum, vraag en antwoord via e-mail	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Angst Dwang en Fobie stichting
2.echoesonline.nl	A/E: Arq/ Stichting Echoes Online	Ondersteunen na schokkende gebeurtenis bij specifieke doelgroepen zoals politie/veteranen 18+ jaar	Psycho-educatie, zelftest schokkende gebeurtenis, lotgenotenforum	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: Actieprogramma 'Maatschappelijke Sectoren & ICT/ Min EZ'	A: Ja (voor uitgebreide impactmeter/ forum is registratie nodig) T: Publiekelijk K: Nee V: Arq; St. Echoes Online; veldpartners
B Geïndiceerd					
1.'Alles Onder Controle' volwassenen	A: Prezens E: VU, Klinische Psychologie	Verminderen van milde tot matige depressie-, angst- en stressklachten 18+ jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT effectief[1,2] K: Kosteneffectief[3] I: Ja Financier onderzoek: VU, Klinische Psychologie	A: Nee T: Publiekelijk K: Nee V: Zorgverzekeraars
2.psyquin.nl	A/E: Skycoaching	Verminderen van faalangst 12+ jaar	Begeleide CGT zelfhulp-modules (virtuele coach), ook als mobiele applicatie beschikbaar	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: €34.95
3.therapieland.nl	A/E: Maarsingh & van Steijn; Molemann Mental Health	Verminderen van paniek- en agorafobieklachten 18+ jaar	5 begeleide CGT zelfhulp-modules	O: In uitvoering[d] K: Nee I: Ja	A: Nee T: Publiekelijk K: Eigen bijdrage €50 V: Diverse zorgverzekeraars
C Onderzocht geïndiceerd niet geïmplementeerd					
Naam interventie	**Aanbieders (A) Eigenaars (E)**	**Doel Leeftijd doelgroep**	**Inhoud internet-interventies**	**Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)**	
1.'Geen Paniek Online'	A/E: Trimbos-instituut; GGNet; Mentalshare	Verminderen van paniekklachten 18+ jaar	6 begeleide CGT zelfhulp-modules	O: RCT niet effectief, completers wel effectief[4] K: Nee I: Nee Financier onderzoek: Trimbos-instituut; VU, Klinische Psychologie	
2.traumatips.nl	A/E: AMC de Meren; Psychotrauma	Verminderen van posttraumatische stress-klachten bij patiënten die behandeld zijn voor traumatisch letsel op Trauma Unit 18+ jaar	1 onbegeleide CGT zelfhulp-module bestaande uit 6 stappen (30 min.), forum en vraag en antwoord via e-mail met deskundige	O: RCT niet effectief[e] K: Afgelast I: Nee Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 4	

Legenda
CGT: cognitieve gedragstherapie; RCT: gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek; a: CGL: Centrum Gezond Leven Beoordeling: 0; goed beschreven, I; theoretisch goed onderbouwd, II; waarschijnlijk effectief, III; bewezen effectief; b: Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven; c: Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld; d: Onderzoek in samenwerking met RUG; e: AMC (drs. J. Mouthaan, onderzoeksresultaten nog niet gepubliceerd). zie ref. lijst voor 1: Van Straten e.a. (2008), 2: Warmendam e.a. (2008 en 2010), 4: Van Ballengooijen e.a. (2013).

6.4 Aanbod in de praktijk voor volwassenen

Het beschikbare preventieve iCGT-aanbod in Nederland steekt schril af tegen het aanbod dat in Zweden of Australië beschikbaar is voor mensen met angstklachten (zie tabel 6.4). Preventie-afdelingen van ggz-instellingen zijn de belangrijkste aanbieders van face-to-face-zelfhulpinterventies voor angstklachten. Het huidige online aanbod wordt echter met name verzorgd door patiëntenverenigingen of nieuwkomers op de markt zoals Skycoaching. Het universele/selectieve preventieve aanbod bestaat uit twee interventies die aan geïnteresseerden en hoogrisicogroepen in het algemeen publiek worden aangeboden. Dit aanbod is anoniem en gratis toegankelijk en wordt vergoed door de Angst, Dwang en Fobie Stichting en de Stichting Echoes Online in samenwerking met Arq.

Het geïndiceerde iCGT-aanbod richt zich direct op het algemene publiek dat angstklachten, faalangst of paniekklachten ervaart. Hiervan is alleen de interventie AllesOnderControle op effectiviteit onderzocht. Deze zelfhulpcursus is gebaseerd op probleemoplossende therapie en bestaat uit vijf modules. De cursus is effectief gebleken bij angstklachten, stress en depressie (Van Straten e.a. 2008). Daarnaast valt op dat GeenPaniekOnline (van Ballegooijen e.a. 2013 geaccepteerd) alleen effectief was voor deelnemers die de cursus afmaakten ($d = 0.73$, $p<0.05$). Dit in tegenstelling tot de face-to-face-groepscursus Geen Paniek die wel (kosten)effectief bleek (Meulenbeek e.a. 2010; Smit e.a. 2009). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat door het gebruik van een subklinische groep een grote vermindering in de ernst van de symptomen bij afsluiting van de behandeling uitblijft. We hebben geen online eerstelijnsaanbod gevonden. Ook een iCGT-interventie voor posttraumatische stress-patiënten bleek niet effectief (Mouthaan e.a., resultaten nog niet openbaar).

6.5 Wetenschappelijke onderbouwing online preventie van angstaandoeningen voor jongeren

Cognitieve gedragstherapie is ook voor jongeren (12 – 21 jaar) de meest effectieve interventiemethode voor angstaandoeningen. Studies laten middelgrote tot grote effecten zien in vergelijk met niet interveniëren, zowel op de korte als lange termijn (Reynolds e.a. 2012). Evenals bij volwassenen knapt niet iedere jongere met angstklachten op na behandeling, naar schatting werkt de behandeling bij 1 op de 2 jongeren. Deze effectiviteit is met name aangetoond voor het face-to-face-behandelaanbod. Het onderzoek naar het preventieve en kortdurende behandelaanbod voor jongeren is beperkt. In de meta-analyse van Reynolds zijn bijvoorbeeld 55 studies opgenomen, waarvan elf preventief of kortdurend van aard (maximaal 8 sessies).
Nederlandse richtlijnen voor de behandeling van angststoornissen bij kinderen en jongeren bestaan niet. Weinig jongeren maken echter gebruik van professionele hulp voor hun angstklachten. Hiervoor zijn verschillende oorzaken: ouders of jongeren kunnen onbekend zijn met de aard van de klachten of het beschikbare hulpaanbod of dit aanbod kan slechts in beperkte mate aanwezig zijn. Het laatste geldt met name voor het CGT-aanbod.

De kennissynthese uit 2007 (Riper e.a.) bevatte geen studies naar de effectiviteit van preventieve interventies voor jongeren met angstaandoeningen. De kennissynthese concludeerde dan ook dat onderzoek naar de effectiviteit van dit aanbod voor jongeren en jongvolwassenen noodzakelijk was. Calear en collega's kwamen in hun overzichtsstudie uit 2010 tot een gelijkluidende conclusie. Zij toonden aan de effectiviteit van internetinterventies voor adolescenten enerzijds niet overtuigend was en anderzijds dat het aantal studies te beperkt was om hier überhaupt ferme uitspraken over te doen.

Tabel 6.5 Studies preventieve en kortdurende internetinterventies voor angst: jongeren

Auteur (jaartal)	Doelgroep & Werving & Setting	Interventie & Condities	Aantal Modules	Uitkomstmaten	ES angst post-treatment/follow-up
Calear e.a. 2009	Adolescenten op school: 12-17 jaar (universele preventie gericht op angst en depressie)	**MoodGYM** Minimaal beg. iCGT^ vs WL n=563 vs n=914	5	RCMAS	d=0.15 (BI: 0.01~0.31)* Na 6m: d=0.25 (BI: 0.09~0.41)*
Hoek e.a. 2012	Jongeren met milde tot matige angstklachten in de algemene bevolking: 12-21 jaar (geïndiceerde preventie)	**AllesonderControle** Beg. iPST vs WL n=22 vs n=23	5	HADS-A	NS
Khanna e.a. 2010	Jongeren met milde tot ernstige angstklachten (verlatingsangst, GAS, paniek-stoornis, sociale- of specifieke fobie): 7-13 jaar, werving onbekend (behandeling)	**Camp Cope-A-Lot** Blended care: iCGT+TAU vs TAU (ftf ind. CGT) vs placebo n=16 vs n=17 vs n=16	12	CGAS, CSR, MASC	Beg. iCGT vs ftf CGT: even effectief Beg. iCGT>placebo***
March e.a. 2009	Jongeren met milde tot ernstige angstklachten (verlatingsangst, GAS, sociale-, of specifieke fobie): 7-12 jaar en hun ouders, werving via scholen (behandeling)	**BRAVE for Children-ONLINE** Beg. iCGT vs WL n=40 vs n=33	12 jeugd/ 8 ouders[b]	CGAS, CSR, SCAS-C/P	Post-treatment: klein effect Na 6m: middelgroot/groot effect
Spence e.a. 2006	Jongeren met milde tot ernstige angstklachten (verlatingsangst, GAS, sociale- of specifieke fobie): 7-14 jaar, werving via GGZ en school counselors (behandeling)	**BRAVE** Blended iCGT vs TAU (ftf groeps CGT) vs WL n=27 vs n=22 vs n=23	12 jeugd/ 8 ouders[b]	CSR SCAS-C/P	Beg. iCGT+TAU vs TAU: even effectief Beg. iCGT+TAU>WL: rapportage door clinici***; door kinderen*; door ouders[NS] Effect blijft behouden na 6 en 12m
Spence e.a. 2011	Adolescenten met milde tot ernstige angstklachten (verlatingsangst, GAS, sociale- of specifieke fobie): 12-18 jaar en hun ouders in de algemene bevolking en door-verwezen door hulpverleners (behandeling)	**BRAVE** Blended iCGT vs TAU (ftf groeps CGT) vs WL n=41 vs n=40 vs n=24	12 jeugd/ 8 ouders[b]	CGAS, CSR	Beg. iCGT+TAU vs TAU: even effectief Beg. iCGT>WL*** Effect blijft behouden na 6 en 12m
Storch e.a. 2011	Jongeren met milde tot ernstige OCD: 7-16 jaar en hun ouders, werving in de algemene bevolking en tweedelijn (behandeling)	iCGT via webcam vs WL n=16 vs n=15	14	CY-BOCS	d=1.36* Effect blijft behouden na 3m
Tillfors e.a. 2008	Studenten met milde tot ernstige sociale angstklachten en angst voor spreken in het openbaar: 19+ jaar, werving in de algemene bevolking (behandeling)	iCGT vs iCGT + 5x groeps exposure n=19 vs n=19	9	LSAS-SR, SPS, SIAS, SPSQ	iCGT vs iCGT+exposure: even effectief Effect blijft behouden na 12m
Tillfors e.a. 2011	Middelbare scholieren met milde tot ernstige sociale angstklachten (spreken in het openbaar): 15-21 jaar, werving in de algemene bevolking en via scholen (geïndiceerde preventie)	Beg. iCGT vs WL n=10 vs n=9	9	SPSQ-C, LSAS-SR	Overall ES: d=1.38[a] Effect blijft behouden na 12m
Wuthrich e.a. 2012	Jongeren met milde tot ernstige angstklachten (alle DSM angstdiagnoses): 14-17 jaar, werving in algemene bevolking, GGZ en via scholen (behandeling)	**Cool Teens** Beg. cCGT^^ vs WL N=24 vs n=19	8	ADIS-C/P, CGAS	Beg. cCGT>WL: rapportage door clinici***, Effect blijft behouden na 3m

Legenda

[a]Auteurs rapporteren geen p-waarde; [b] Basis behandeling: 10 om 6 sessies, boostersessie na 1 en 3 maanden; NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; ^ docenten instrueren leerlingen aan het begin maar begeleiden deze niet bij het volgen van de interventie; ^^ Begeleiding door therapeut en voor zover de adolescent dit wilde ook door de ouder. ADIS(-C/-P): Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM–IV, -C:kindversie, -P: ouderversie; BI: 95% betrouwbaarheidsin-terval; blended CGT: cognitieve gedragstherapie via internet + ftf contact; CGAS: Children's Global Assessment Scale; CSR: Clinician Severity Rating; CY-BOCS: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale; ES: effectsize; ftf: face-to-face; GAS: gegeneraliseerde angststoornis; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scales; iCGT: cognitieve therapie via internet; LSAS(-SR): Liebowitz Social Anxiety Scale (self report); MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children; OCD: obsessief compulsieve stoornis; PTSS: posttraumatische stressstoornis; RCMAS: Revised Children Manifest Anxiety Scale; SCAS(-C/-P): Spence Children's Anxiety Scale, -C: kindversie, -P: ouderversie; SIAS: *Social Interaction Anxiety Scale; SPS: Social Phobia Scale;* SPSQ-C: Social Phobia Screening, -C: kindversie; TAU: treatment as usual/gebruikelijke behandeling door therapeut; WL: wachtlijst

Tabel 6.5 biedt een overzicht van tien individuele studies, een meta-analyse is nog niet voorhanden. Van deze tien studies behoren er drie tot het domein van preventieve en kortdurende interventies voor jongeren (Calear e.a. 2009; Hoek e.a. 2012 en Tilfors e.a. 2011). Dit aantal is beduidend lager dan het aantal studies dat is uitgevoerd naar de effectiviteit van deze interventies voor volwassenen (zie tabel 6.1).

Online behandeling van angst

Het merendeel van de studies uit tabel 6.5 zijn 'behandelinterventies' (tweedelijn). Behandelinterventies vallen buiten de scope van deze kennissynthese. We bespreken deze hier echter in het kort omdat zij een indicatie kunnen geven van de haalbaarheid van preventieve interventies voor jongeren in de toekomst, deze ontbreken nu nagenoeg. Spence e.a. (2006) onderzochten bijvoorbeeld de blended variant (BRAVE) voor angstklachten bij jongeren van 7 tot 14 jaar en hun ouders. Bij jongeren die de BRAVE-interventie volgden, verminderden de angstklachten significant meer dan bij jongeren in de controlegroep. BRAVE bleek even effectief als de face-to-face-behandeling in de kliniek. Samenvattend laten deze studies zien dat het behandelen van jongeren in samenwerking met hun ouders ook (deels) via internet haalbaar en effectief is in vergelijking met niet interveniëren. Dit geldt zowel voor gegeneraliseerde angst als voor specifieke fobieën en obsessieve dwangstoornissen. Het aantal studies is echter beperkt en de methodologische kwaliteit laat te wensen over.

Online angstpreventie

De Australische iCGT-studie van Calear e.a. uit 2009 is één van de drie preventieve interventies die opgenomen zijn in tabel 6.5. Het betreft een universele preventieve interventie, de MoodGym-interventie. Deze werd op scholen als vast onderdeel van het curriculum aangeboden aan alle leerlingen met of zonder angstklachten (12 – 17 jaar). Voor deelname aan het onderzoek moesten ouders wel (geschreven) informed consent geven, hieraan gaf ongeveer de helft van de ouders gehoor. De interventie werd zelfstandig door de leerlingen uitgevoerd in het klaslokaal met minimale (technische) ondersteuning door docenten. De effecten op vermindering van angstsymptomen direct na afloop van de interventie en na zes maanden waren klein maar significant in vergelijking met een wachtlijstcontrolegroep. De Zweedse studie van Tilfors e.a. (2011) was gericht op het verminderen van angst voor het spreken in het openbaar bij jongeren. Het gevonden effect was groot en komt overeen met het effect bij volwassenen. De omvang van de steekproef was bijzonder klein waardoor we de resultaten met de nodige voorzichtigheid moeten interpreteren. De Nederlandse studie van Hoek en collega's vond echter geen verschil in afname van angstklachten tussen jongeren die aan een begeleide (transdiagnostische) online zelfhulpcursus deelnamen en die deel uitmaakten van de wachtlijstcontrolegroep. Jongeren werden voor deze studie direct geworven vanuit het algemene publiek. De uitvoering van deze studie werd sterk belemmerd door rekruteringsproblemen (zie ook hoofdstuk 3.5). Dit had mede tot gevolg dat de steekproef uit een klein aantal deelnemers bestond (en daarmee mogelijk over onvoldoende power beschikte). Moeilijkheden met het rekruteren van deelnemers is kenmerkend voor veel jeugdstudies in Nederland (zie tabel 6.5). Wellicht zijn hier overeenkomstige belemmerende factoren in het spel als bij depressie-interventies voor jongeren (zie hoofdstuk 3.5-

Tabel 6.6 Preventie van angst: jongeren: overzicht van interventies in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventies CGL Beoordeling[a,b]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[c]
A Universeel / Selectief					
1.bibbers.nl	A/E: De Angst, Dwang en Fobie stichting	Vergroten kennis en inzicht in angstklachten, Jongeren t/m 12 jaar, ouders en leerkrachten	Psycho-educatie, spelletjes, vraag en antwoord via e-mail	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: De Angst, Dwang en Fobie stichting
2.stopjeangst.nl	A/E: De Angst, Dwang en Fobie stichting	Vergroten kennis en inzicht in angstklachten, Jongeren 12-18 jaar	Psycho-educatie, zelftests angst, forum, vraag en antwoord via e-mail	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: Fonds Psychische Gezondheid; Innovatiefonds Zorgverzekeraars; VSBfonds; Fonds NutsOhra; K. F. Hein fonds	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: De Angst, Dwang en Fobie stichting
B Geïndiceerd					
1.'Alles Onder Controle' adolescenten	A: Prezens E: VU, Klinische Psychologie	Verminderen van milde tot matige depressie-, angst- en stressklachten, Jongeren 12-18 jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT geen effect[1] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 3	A: Nee T: Publiekelijk K: Nee V: Prezens (2012) Zorgverzekeraars (2013)
2.'Verlegenheid Onder Controle'	A: Prezens E: VU, Klinische Psychologie	Verminderen van sociale angstklachten, Jongeren 12-21 jaar	5 begeleide POT zelfhulp-modules	O: RCT afgelast[d] I: Ja Financier onderzoek: ZonMw Preventieprogramma 4	A: Nee T: Publiekelijk K: Nee V: Prezens (2012) Zorgverzekeraars (2013)

Legenda

POT: probleemoplossingsgerichte therapie; RCT: randomized controlled trial.

a. CGL: Centrum Gezond Leven Beoordeling: 0; goed beschreven, I; theoretisch goed onderbouwd, II; waarschijnlijk effectief, III; bewezen effectief

b. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven.

c. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld.

d. VU, prof. dr. P. Cuijpers, onderzoek is afgelast in verband met inclusie-problematiek, deze werd mede veroorzaakt door het informend consent door beide ouders dat vereist was.

Referntie

1. Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2012). Effects of internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. *PloS One*, *7*(8), e43485.

3.6). Deze belemmerende factoren zijn bijvoorbeeld de noodzaak van informed consent door (beide) ouders en de jongere zelf, pragmatische overwegingen zoals de verplichting om het informed consent te ondertekenen en per post te verzenden of eisen die medisch ethische toetsingscommissies aan jeugdstudies stellen. Voor een aantal buitenlandse studies uit tabel 6.5 volstond het digitaal aanleveren hiervan.
Studies naar de kosteneffectiviteit van offline en online interventies voor jongeren zijn niet gepubliceerd. Dit geldt eveneens voor studies naar predictoren en moderatoren die de uitkomsten van online preventieve interventies kunnen beïnvloeden. De Australische studie van Calear e.a. (2013) is hierop een uitzondering. Deze studie toont onder andere aan dat een hogere therapietrouw het effect van de interventie in positieve zin beïnvloedt. Het onderzoek naar therapietrouw is ook voor jongeren van groot belang, omdat zij net als volwassenen bij geïndiceerde preventie een lage therapietrouw laten zien.

6.6 Aanbod in de praktijk voor jongeren

Het online preventieve aanbod voor jongeren met angstaandoeningen is schaars. Dit geldt ook voor het offline aanbod. Een uitzondering hierop is de face-to-face-groepscursus 'Vrienden' voor scholieren met beginnende klachten. Wij hebben voor jeugdigen (8-25 jaar) 5 online preventieve interventies gevonden (zie tabel 6.6). Geen van deze interventies wordt voor wat betreft de effectiviteit ondersteund door wetenschappelijke studies. Twee onbegeleide interventies zijn universeel van aard: (1) www.bibbers.nl en (2) wwww.stopjeangst.nl voor jongeren met angststoornissen. Beide interventies worden aangeboden door de Angst Dwang en Fobie (ADF) stichting en zijn anoniem en gratis toegankelijk. Over het bereik van deze interventies zijn geen gegevens beschikbaar. Drie interventies behoren tot de categorie van geïndiceerde preventie. Om faalangst te overkomen biedt Skycoaching 'www.psyquin.nl' aan (kosten voor de gebruiker bedragen 34,95 euro). VerlegenheidOnderControle en AllesOnderControle werden in 2012 anoniem aangeboden door Prezens. Hiervoor hebben zich naar schatting 55 jongeren aangemeld. In 2013 is het anoniem aanmelden niet meer mogelijk vanwege de eisen die zorgverzekeraars stellen voor de vergoeding.

6.7 Samenvatting en aanbevelingen

In dit hoofdstuk hebben we de wetenschappelijk onderbouwing van angstpreventie via internet en het aanbod hiervan in de Nederlandse praktijk i gepresenteerd. Dit hebben we zowel voor volwassenen als jongeren gedaan met een onderscheid naar universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Tabel 6.7 vat de resultaten van dit hoofdstuk samen.
Tabel 6.7 maakt duidelijk dat er weinig tot niets bekend is over de effectiviteit van online preventie van angststoornissen in de school-setting. Deze vorm van preventie wordt echter ook niet aangeboden. Het aanbod aan jongeren in de algemene bevolking is beperkt aanwezig, echter de effectiviteit van universele en selectieve preventie is onbekend. De evidentie voor het geïndiceerde preventie aanbod voor jongeren is slechts in een klein aantal studies onderzocht. Dit aantal is te klein om hier gefundeerde uitspraken over te doen. Eenzelfde patroon zien we voor universele en selectieve preventie voor volwassenen. Het onderzoek ontbreekt voor deze twee preventievormen en het aanbod is beperkt. Dit geldt echter niet voor het onderzoek naar de effectiviteit van begeleide zelfhulp voor angstaandoeningen voor zichzelf refererende volwassenen in de algemene bevolking. Hiervoor is de klinische effectiviteit overtuigend aangetoond, echter niet in Nederlandse studies. Het aanbod is daarentegen uitermate beperkt. De kosteneffectiviteit lijkt veelbelovend.

Tabel 6.7. Overzicht effectiviteit en Nederlands aanbod van online angstpreventie

		Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie
Jongeren	school	😐 effectiviteit voorzichtig positief (1 studie) — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod
	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja (beperkt)	? effectiviteit onbekend/ twijfel + aanbod: ja (zeer beperkt)
Volwassenen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja (beperkt)	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja (beperkt)	☺ effectiviteit: ja* (groot) effect, kosteneffectiviteit: veel belovend — geen aanbod
	werk-setting	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	nvt
	eerstelijn			? effectiviteit onbekend — geen aanbod
Ouderen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod

* onvoldoende studies in Nederland uitgevoerd

We komen op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten tot de volgende aanbevelingen voor angstpreventie via internet:

Jongeren

- Er is onderzoek nodig naar de haalbaarheid, effectiviteit van preventieve internetinterventies voor jongeren (12 – 16) en jongvolwassenen (18 – 25 jaar) met angstklachten in de algemene bevolking. Dit geldt voor alle drie de vormen van preventie (universeel, selectief en geïndiceerd) en eveneens voor de toepassing hiervan in de eerstelijn (geïndiceerde preventie). Dit geldt ook voor het aanbod, dat nagenoeg ontbreekt. Wij raden de ontwikkeling van en onderzoek naar zo'n aanbod in de schoolsetting niet meteen aan, gegeven de negatieve ervaringen met depressiepreventie op scholen (zie hoofdstuk 3). Dit sluit de schoolsetting niet uit als mogelijke vindplaats voor jongeren met angstklachten (zie hoofdstuk 5 waar een getrapte interventie via mentale vitaliteit is besproken).
- Parallel aan deze klinische studies zijn kosteneffectiviteit aan te raden om inzicht te krijgen in de maatschappelijke winst die deze interventies al of niet kunnen genereren.
- In het verlengde van bovenstaande aanbevelingen is eveneens onderzoek naar predictoren, moderatoren en mediatoren die de effectiviteit van interventies beïnvloeden gewenst evenals wie wel en geen baat hier bij hebben. Dit geldt ook voor welke angstaandoeningen beter wel of niet online aangepakt kunnen worden. Buitenlands onderzoek naar jongvolwassenen toont bijvoorbeeld aan dat zowel begeleide als onbegeleide interventies voor sociale fobieën tot veelbelovende resultaten kunnen leiden (zie tabel 6.5).
- Naar verwachting zullen bij het onderzoek naar jongeren (12 – 16 jaar) dezelfde soort rekruteringsproblemen optreden als bij depressie-onderzoek (zie hoofdstuk 3). Redenen hiervoor zijn onder andere moeilijkheden bij het verkrijgen van 'informed consent' van beide ouders in deze leeftijdsgroep en het niet digitaal kunnen aanleveren hiervan. Enerzijds is er dus onderzoek nodig naar deze specifieke leeftijdsgroep. Naast wettelijke beperkingen worden een aantal problemen ook door jongeren zelf veroorzaakt. Zo zijn zij vaak niet geïnteresseerd in deelname aan onderzoek en ontbreekt het aan incentives om ze hier wel toe over te halen. De aanbeveling gedaan bij hoofdstuk 3 voor depressie willen we dan ook herhalen voor angstpreventie online en in principe voor al het online preventie-onderzoek naar jeugdigen. Dit betreft de aanbeveling om problemen rondom de uitvoering van internet-onderzoek naar jeugdigen op nationaal niveau bespreekbaar te maken en de mogelijkheden van nieuwe vormen van informed consent (en de rol van ouders), rekrutering en motivering te bespreken. De rol van Medisch Ethische Toetsingscommissies speelt hierin

eveneens een belangrijke rol. ZonMw kan hierin een trekkersrol vervullen bijvoorbeeld in samenwerking met het ZonMw programma Jeugd en het ZonMw programma Ethiek en Gezondheid.

Volwassenen

- Wij raden ook aan om verder onderzoek te initiëren naar de haalbaarheid en (kosten) effectiviteit van universele en selectieve angstpreventie voor volwassenen in het algemeen publiek. Dit onderzoek ontbreekt (nationaal en internationaal).
- Eveneens raden wij aan om de haalbaarheid en (kosten)effectiviteit van geïndiceerde angstpreventie nader te onderzoeken. Het Nederlands onderzoek hiernaar is niet echt van de grond gekomen, dit in tegenstelling tot met name de Zweedse en Australische onderzoekscholen. Deze hebben zowel de haalbaarheid als klinische effectiviteit overtuigend aangetoond. Dit geldt echter niet voor het online aanbod voor traumatische aandoeningen. Een dergelijk aanbod wordt wel in Nederland aangeboden (zie tabel 6.5: 'echoesonline.nl'). Nader onderzoek raden wij ook aan voor deze angstaandoening.
- De mogelijkheden van een selectief aanbod voor volwassenen, gericht op hoogrisicogroepen, verdient nadere verkenning.
- Preventie-onderzoek gericht op het voorkomen van ernstige (DSM IV) angstklachten bij personen met een subklinische angstklachten middels geïndiceerde preventie ontbreekt. Dit onderzoek is mogelijk middels preventie-trials met een voldoend aantal deelnemers (power) of middels het 'poolen' van reeds uitgevoerde trials (indien deze ook subklinische populaties bevatten). Beide onderzoeksvormen bevelen wij aan waarbij de laatste vorm mogelijkerwijs beter haalbaar is. Hiervoor kan aangesloten worden bij initiatieven die op dit moment door de VU ondernomen worden voor depressie (prof. dr. P. Cuijpers).
- Evenals bij jongeren is er meer kennis nodig over wie er wel of geen baat heeft bij angstpreventie via internet (of andersoortige kanalen). Hiertoe is onderzoek nodig naar de predictoren, moderatoren en mediatoren die een rol spelen bij interventie-uitkomsten. Het onderzoek dient hiertoe speciaal te worden opgezet en de uitvoering van meta-analyses op basis van individuele patiënten data (poolen van primaire onderzoeksdata) kan hier eveneens uitkomst bieden (zie ook bovenstaande aanbeveling).

Jongeren en volwassen

- Buitenlands onderzoek naar de haalbaarheid en effectiviteit van een online transdiagnostische interventie-benadering voor co-morbide angstaandoeningen en co-morbiditeit van angst en depressie is veelbelovend voor volwassenen en mogelijkerwijs ook voor jongeren. De haalbaarheid van deze strategie voor Nederland verdient nadere verkenning
- Inzicht in het bereik van angstpreventie via internet is ontbreekt. Het verdient aanbeveling om gegevens over dit bereik te standaardiseren en publiek kenbaar te maken om zo ook te bepalen of de preventiedoelen worden bereikt.
- Geen van de angstinterventies is gecertificeerd door het Centrum Gezond Leven. Navraag leert dat (-) niet iedereen bekend is met het CGL, (-) het organisaties veel tijd kost om deze beoordelingsprocedure te doorlopen en (-) de voordelen die een dergelijke registratie oplevert niet duidelijk zijn. Evaluatie van de effectiviteit en haalbaarheid van de CGL beoordelingsprocedure voor internetinterventies voor angst verdient daarom aanbeveling.
- Inzicht in hoe de (kosten)effectiviteit van internetinterventies zich verhoudt tot face-to-face interventies in de alledaagse praktijk is nodig om tot weloverwogen beslissingen te kunnen komen over wat wel en niet aan te bieden van preventie angstinterventies via internet.
- Kennis die verkregen wordt over het verbeteren van therapietrouw, de aard en mate van (noodzakelijke) begeleiding, en acceptatie door deelnemers van depressiepreventie kan eveneens inzicht bieden in de meest efficiënte strategieën voor angstpreventie via internet. Dit voorkomt het uitvinden van hetzelfde wiel.
- Haalbaarheid- en implementatieonderzoek is eveneens noodzakelijk gezien de beperkte omvang van zowel online als offline angstpreventie onderzoek.

Referenties

angst: volwassenen

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

*Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthan, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., ... Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 677-686.

Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., ... Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*(6), 344-355.

*Andersson, G., Waara, J., Jonsson, U., Malmaeus, F., Carlbring, P., & Öst, L. G. (2009). Internet-based self-help versus one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(2), 114-120.

***Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PloS One*, *5*(10), e13196.

Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 184*(6), 526-533.

Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H. U., & Wittmund, B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry, 52*(3), 278-285.

Aydos, L., Titov, N., & Andrews, G. (2009). Shyness 5: the clinical effectiveness of Internet-based clinician-assisted treatment of social phobia. *Australasian Psychiatry, 17*(6), 488-492.

**Ballegooijen, W. van, Riper, H., Klein, H., Ebert, D., Kramer. J., Meulenbeek, P., & Cuijpers, P. (2012, ingediend voor publicatie). *Low-intensity treatment for panic symptoms – a pragmatic randomised controlled trial of an internet-based guided self-help intervention.*

***Bee, P., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 60-73.

*Berger, T., Hohl, E., & Caspar, F. (2009). Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(10), 1021-1035.

*Bergström, J., Andersson, G., Ljótsson, B., Rück, C., Andréewitch, S., Karlsson, A., ... Lindefors, N. (2010). Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry, 10*(1), 54-63.

Bijl, R. V., Graaf, R. de, Hiripi, E., Kessler, R. C., Kohn, R., Offord, D. R., ... Wittchen, H. U. (2003). The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs, 22*(3), 122-133.

Bögels, S. M., & Oppen, P. C. (2011). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

*Bornas, X., Tortella-Feliu, M., Llabrés, J., & Fullana, M. A. (2001). Computer-assisted exposure treatment for flight phobia: a controlled study. *Psychotherapy Research*, *11*(3), 259-273.

*Botella, C., Bretón-López, J., Quero, S., Baños, R., & García-Palacios, A. (2010). Treating cockroach phobia with augmented reality. *Behavior Therapy, 41*(3), 401-413.

*Botella, C., Gallego, M. J., Garcia-Palacios, A., Banos, R. M., Quero, S., & Alcaniz, M. (2009). The acceptability of an Internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance & Counselling*, *37*(3), 297-311.

Bremmer, M. A., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., Balkom, A. J. L. M. van, Dyck, R. van, & Tilburg, W. van (1997). Angststoornissen bij ouderen: prevalentie en risicofactoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 39*(8), 634-647.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.

Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine, 8*(1), e38.

Carlbring, P., Apelstrand, M., Sehlin, H., Amir, N., Rousseau, A., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2012). Internet-delivered attention bias modification training in individuals with social anxiety disorder-a double blind randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *12*(1), 66-75.

*Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of Internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American Journal of Psychiatry*, *163*(12), 2119-2125.

* Studie is opgenomen in de meta-analysen besproken in hoofdstuk 6
** Nederlandse internet-interventiestudie opgenomen in de meta-analysen of besproken in hoofdstuk 6
*** Meta-analyse gericht op internet-interventiestudies besproken in hoofdstuk

*Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of cbt vs applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(2), 129-140.

*Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of Internet-delivered cognitive–behavioural therapy with telephone support. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(2), 123-128.

Carlbring, P., Maurin, L., Törngren, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthan, E., ... Andersson, G. (2011). Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(1), 18-24.

*Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldo, V., ... Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(10), 1321-1333.

*Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, *32*(4), 751-764.

Christensen, H., Griffiths, K. M., & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet interventions for anxiety and depression. *Journal of Medical Internet Research, 11*(2), e13.

Cuijpers, P., Donker, T., Straten, A. van, Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, *40*(12), 1943-1957.

***Cuijpers, P., Marks, I. M., Straten, A. van, Cavanagh, K., Gega, L., & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(2), 66-82.

Dijkstra, M., & Ruiter, M. (2010). *Aard en omvang GGZ-en Verslavingspreventie 2010: ontwikkelingen in de inhoud, organisatie en omvang van de GGZ-en Verslavingspreventie.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Donkin, L., & Glozier, N. (2012). Motivators and motivations to persist with online psychological interventions: a qualitative study of treatment completers. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), e91.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*(10), 1024-1032.

Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural therapy for social phobia: a systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry, 64*(2), 94-105.

*Furmark, T., Carlbring, P., Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P., Bohman, B., ... Andersson, G. (2009). Guided and unguided self-help for social anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *195*(5), 440-447.

*Gilroy, L. J., Kirkby, K. C., Daniels, B. A., Menzies, R. G., & Montgomery, I. M. (2000). Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, *31*(4), 733-744.

*Gilroy, L. J., Kirkby, K. C., Daniels, B. A., Menzies, R. G., & Montgomery, I. M. (2004). Long-term follow-up of computer-aided vicarious exposure versus live graded exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, *34*(1), 65-76.

Graaf, R. de, Have, M. L., & Dorsselaer, S van. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: Nemesis-2: opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

*Greist, J. H., Marks, I. M., Baer, L., Kobak, K. A., Wenzel, K. W., Hirsch, M. J., ... Clary, C. M. (2002). Behavior therapy for obsessive-compulsive disorder guided by a computer or by a clinician compared with relaxation as a control. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(2), 138-145.

*Grime, P. R. (2004). Computerized cognitive behavioural therapy at work: a randomized controlled trial in employees with recent stress-related absenteeism. *Occupational Medicine*, *54*(5), 353-359.

Griffiths, K. M., Calear, A. L., & Banfield, M. (2009). Systematic review on Internet support groups (ISGs) and depression (1): do ISGs reduce depressive symptoms? *Journal of Medical Internet Research, 11*(3), e40.

*Gruber, K., Moran, P.J., Roth, W.T., & Taylor, C.B. (2001). Computer-assisted cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Therapy, 32*, 155-165.

Haby, M.M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(1)*, 9-19.

*Hassan, A. A. M. (1992). *A comparison of computer-based symbolic modelling and conventional methods in the treatment of spider phobia*. Leeds: University of Leeds. Ongepubliceerde dissertatie.

***Haug, T., Nordgreen, T., Ost, L. G., & Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: a meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review, 32*(5), 425-445.

*Heading, K., Kirkby, K. C., Martin, F., Daniels, B. A., Gilroy, L. J., & Menzies, R. G. (2001). Controlled comparison of single-session treatments for spider phobia: live graded exposure alone versus computer-aided vicarious exposure. *Behaviour Change*, *18*(02), 103-113.

Hedman, E., Andersson, E., Ljótsson, B., Andersson, G., Rück, C., & Lindefors, N. (2011). Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(11), 729-736.

Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Bergström, J., Andersson, G., Kaldo, V., ... Lindefors, N. (2013, geaccepteerd). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica.*

*Hirai, M., & Clum, G. A. (2005). An Internet-based self-change program for traumatic event related fear, distress, and maladaptive coping. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(6), 631-636.

Hunsley, J., & Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(1), 21-33.

Johnston, L., Titov, N., Andrews, G., Spence, J., & Dear, B. F. (2011). A rct of a transdiagnostic Internet-delivered treatment for three anxiety disorders: examination of support roles and disorder-specific outcomes. *PloS One*, *6*(11), e28079.

Kaltenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumur, I., Ferriter, M., Beverley, C., ... Sutcliffe, P. A. (2006). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, *10*(33), 1-186.

Karsten, J., Hartman, C. A., Ormel, J., Nolen, W. A., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Subthreshold depression based on functional impairment better defined by symptom severity than by number of DSM-IV symptoms. *Journal of Affective Disorders, 123*(1), 230-237.

*Kenardy, J. A., Dow, M. G., Johnston, D. W., Newman, M. G., Thomson, A., & Taylor, C. B. (2003a). A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: an international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(6), 1068-1075.

*Kenardy, J., McCafferty, K., & Rosa, V. (2003b). Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*(3), 279-289.

*Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of anxiety disorders, 22*(8), 1273-1284.

*Klein, B., & Richards, J. C. (2001). A brief internet-based treatment for panic disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *29*(1), 113-117.

*Klein, B., Richards, J. C., & Austin, D. W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *37*(3), 213-238.

*Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, *7*(1), 13-23.

**Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J. P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(5), 901-909.

**Lange, A., Ven, J. P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. (2001). Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the Internet: a controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *32*(2), 73-90.

Lewis, C., Pearce, J., & Bisson, J. I. (2012). Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(1), 15-21.

*Litz, B., Engel, C., Bryant, R., & Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 164*(11), 1676-1683.

*Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., & Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer: a randomized controlled trial in phobia/panic disorder. *Psychological Medicine*, *34*(1), 9-18.

McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: a review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 20-33.

Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*(5), 669-682.

**Meulenbeek, P., Willemse, G., Smit, F., Balkom, A. V., Spinhoven, P., & Cuijpers, P. Early intervention in panic: randomized controlled trial and cost-effectiveness analysis. Trials, *9*(1), 67-75.

Mihalopoulos, C., Kiropoulos, L., Shih, S. T., Gunn, J., Blashki, G., & Meadows, G. (2005). Exploratory economic analyses of two primary care mental health projects: implications for sustainability. *Medical Journal of Australia, 183*(10), 73-76.

**Mouthaan, J., Sijbrandij, M., Vries, G. J. de, Reitsma, J. B., Schoot, A. G. J. van de, Goslings, J. C., Luitse, J. S. K., Bakker, F. C., Gersons, B. P., & Olff M. (2012, ingediend voor publicatie). *Internet-based early intervention to prevent posttraumatic stress disorder in injury patients: a randomized controlled trial.*

Nordgreen, T., Havik, O. E., Öst, L. G., Furmark, T., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012). Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(1), 13-21.

Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: a quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 214-226.

Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(6), 521-531.

*Orbach, G., Lindsay, S., & Grey, S. (2007). A randomised placebo-controlled trial of a self-help Internet-based intervention for test anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(3), 483-496.

Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T., & Andersson, G. (2011). Guided Internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(3), 159-173.

*Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I., & Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine, 33*(2), 217-227.

*Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., ... Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive–behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 185*(1), 46-54.

Rapee, R. M., Abbott, M. J., Baillie, A. J., & Gaston, J. E. (2007). Treatment of social phobia through pure self-help and therapist-augmented self-help. *The British Journal of Psychiatry, 191*(3), 246-252.

***Reger, M. A., & Gahm, G. A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet-and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 65*(1), 53-75.

*Richards, J. C., Klein, D. B., & Austin, D. W. (2006). Internet cognitive behavioural therapy for panic disorder: does the inclusion of stress management information improve end-state functioning? *Clinical Psychologist*, *10*(1), 2-15.

Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health – high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ritterband, L., Thorndike, F., Vásquez, D., & Saylor, D. (2010). Treatment credibility and satisfaction with internet intervention. In: Levy, J., Richards, D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K., Kavanagh, D., … Williams, C. (Eds.) *Oxford guide to low intensity CBT interventions* (pp. 235-240). Oxford: Oxford University Press.

*Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., & Solley, K. (2010). Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PloS One*, *5*(6), e10942.

Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (2007). Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia and social anxiety disorder. In: Nathan, P. E., & Gordon, J. M. (eds.) *A guide to treatments that work. Third edition* (pp 395–427). New York: Oxford University Press.

**Ruwaard, J., Broeksteeg, J., Schrieken, B., Emmelkamp, P., & Lange, A. (2010). Web-based therapist-assisted cognitive behavioral treatment of panic symptoms: a randomized controlled trial with a three-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(4), 387-396.

**Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., Dolan, C. V., & Emmelkamp, P. (2012). The effectiveness of online cognitive behavioral treatment in routine clinical practice. *PloS One, 7*(7), e40089.

**Ruwaard, J., Lange, A., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. (2011). Efficacy and effectiveness of online cognitive behavioral treatment: a decade of interapy research. *Studies in Health Technology and Informatics, 167*, 9-14.

Schaik, D. J. van, Klijn, A. F., Hout, H. P. van, Marwijk, H. W. van, Beekman, A. T., Haan, M. de, & Dyck, R. van (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry, 26*(3), 184-189.

Scogin, F., Floyd, M., Jamison, C., Ackerson, J., Landreville, P., & Bissonnette, L. (1996). Negative Outcomes: What Is the Evidence on Self-Administered Treatments? *Journal of Consulting and Ginical Psychology, 64*(5), 1086-1089

**Seekles, W., Straten, A. van, Beekman, A., Marwijk, H. van, & Cuijpers, P. (2011). Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. A randomized controlled trial. *Trials*, *12*(1), 171-172.

Silfvernagel, K., Carlbring, P., Kabo, J., Edström, S., Eriksson, J., Månson, L., & Andersson, G. (2012). Individually tailored Internet-based treatment for young adults and adults with panic attacks: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(3), e65.

Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., Graaf, R. de, & Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 9*(4), 193-200.

**Smit, F., Willemse, G., Meulenbeek, P., Koopmanschap, M., Balkom, A. van, Spinhoven, P. & Cuijpers, P. (2009). Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Cost effectiveness and Resource Allocation, 7*(8), 1-12.

*Smith, K. L., Kirkby, K. C., Montgomery, I. M., & Daniels, B. A. (1997). Computer-delivered modeling of exposure for spider phobia: Relevant versus irrelevant exposure. *Journal of anxiety disorders, 11*(5), 489-497.

***Spek, V., Cuijpers, P., Nyklícek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 37*(3), 319-328.

**Straten, A. van, Cuijpers, P., & Smits, N. (2008). Effectiveness of a web-based self-help intervention for symptoms of depression, anxiety, and stress: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 10*(1), e7.

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature Discontinuation in Adult Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(4), 547-559.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 27*(1), 1-9.

*Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., ... Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, *25*(8), 708-717.

*Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Schwencke, G., & Mahoney, A. (2008c). Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based cbt for social phobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(12), 1030-1040.

Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 48*(9), 890-899.

Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Schwencke, G., & Choi, I. (2009a). Shyness programme: longer term benefits, cost-effectiveness, and acceptability. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(1), 36-44.

*Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., Schwencke, G., Johnston, L., Solley, K., & Choi, I. (2009b). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(10), 905-912.

*Titov, N., Andrews, G., & Schwencke, G. (2008b). Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(7), 595-605.

*Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Drobny, J., & Einstein, D. (2008a). Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42*(7), 585-594.

Titov, N., Dear, B. F., Schwencke, G., Andrews, G., Johnston, L., Craske, M. G., & McEvoy, P. (2011). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *49*(8), 441-452.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 710-720.

Waller, R., & Gilbody, S. (2009). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychological Medicine, 39*(05), 705-712.

*Wims, E., Titov, N., Andrews, G., & Choi, I. (2010). Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for panic: a randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(7), 599-607.

*Zetterqvist, K., Maanmies, J., Ström, L., & Andersson, G. (2003). Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cognitive Behaviour Therapy*, *32*(3), 151-160.

angst: jongeren

Calear, A. L., & Christensen, H. (2010). Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, *192*(11), 12-14.

Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., & Griffiths, K. M. (2013). Adherence to the MoodGYM program: outcomes and predictors for an adolescent school-based population. *Journal of Affective Disorders, 147*(1-3), 338-344.

Calear, A. L., Christensen, H., Mackinnon, A., Griffiths, K. M., & O'Kearney, R. (2009). The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *77*(6), 1021-1032.

**Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2012). Effects of Internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. *PloS One*, *7*(8), e43485.

Kendall, P. C., Khanna, M. S., Edson, A., Cummings, C., & Harris, M. S. (2011). Computers and psychosocial treatment for child anxiety: Recent advances and ongoing efforts. *Depression and Anxiety, 28*(1), 58-66.

Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2010). Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(5), 737-745.

March, S., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2009). The efficacy of an Internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology*, *34*(5), 474-487.

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32*(4), 251-262.

Rooijen, K. van (2012). *Oorzaken van angststoornissen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Spence, S. H., Donovan, C. L., March, S., Gamble, A., Anderson, R. E., Prosser, S., & Kenardy, J. (2011). A randomized controlled trial of online versus clinic-based cbt for adolescent anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*(5), 629-642.

Spence, S. H., Holmes, J. M., March, S., & Lipp, O. V. (2006). The feasibility and outcome of clinic plus Internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(3), 614-621.

Storch, E. A., Caporino, N. E., Morgan, J. R., Lewin, A. B., Rojas, A., Brauer, L., ... Murphy, T. K. (2011). Preliminary investigation of web-camera delivered cognitive-behavioral therapy for youth with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *189*(3), 407-412.

Tillfors, M., Andersson, G., Ekselius, L., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Karlsson, A., & Carlbring, P. (2011). A randomized trial of Internet-delivered treatment for social anxiety disorder in high school students. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(2), 147-157.

Verhulst, F. C., Ende, J. van der, Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141(16)*, 777-781.

Hoofdstuk 7

Preventie en vroege herkenning van psychosen via internet

7.1 Introductie

Preventie van psychose richt zich op het tijdig signaleren van de voortekenen (prodromale symptomen) van een eerste psychose met als doel deze te vermijden of te vertragen (Haan e.a. 2013). Vroege herkenning van een eerste psychose biedt de mogelijkheid om deze met specialistische behandeling tijdig aan te pakken. Studies naar de klinische effectiviteit van preventieve interventies en interventies gericht op vroege behandeling zijn recent van aard (Van der Gaag e.a. 2012). Dit geldt in nog belangrijkere mate voor preventieve interventies via internet. In sectie 7.2 bespreken we in het kort het belang van preventie en het vroegtijdig herkennen van eerste psychosen. Een overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing van het preventieve aanbod via internet bij psychosen wordt in sectie 7.3 gepresenteerd. Het aanpakken van prodromale symptomen behoort tot het domein van geïndiceerde preventie. Dit geldt in principe niet voor het vroegbehandelen van eerste psychosen. Behandeling van psychose valt buiten het kader van deze kennissynthese maar gegeven de overlap en de relatief recente aard van beide interventievormen bespreken we zowel preventie als vroegbehandeling. Internet-interventies gericht op het ondersteunen van het dagelijkse functioneren van patiënten met chronische psychotische aandoeningen (zie bijvoorbeeld Hulsbosch e.a. 2011) vallen wel buiten de scope van deze kennissynthese. Het beschikbare preventie-aanbod voor psychosen via internet passeert in sectie 7.4 de revue. Dit hoofdstuk eindigt met een samenvatting en aanbevelingen voor de toekomst in sectie 7.5.

7.2 Psychotische aandoeningen

Psychoses kunnen gerelateerd zijn aan verschillende psychische aandoeningen. Het gaat hierbij vaak om schizofrenie, maar ook zeer ernstige depressie of bipolaire stoornissen kunnen psychoses induceren. Psychoses kunnen ook veroorzaakt worden door extreme stress of cannabisgebruik al of niet in combinatie met risicofactoren zoals urbanisatiegraad, allochtone afkomst en biologische kwetsbaarheid. Psychotische verschijnselen kunnen ook (tijdelijk) voorkomen bij mensen zonder psychische aandoeningen (van Os e.a. 2009). Een eerste psychose komt meestal voor in de leeftijd tussen de 14-30 jaar (Häfner e.a. 1998) Naar schatting ervaart 1 op de 3 adolescenten wel eens auditieve hallucinaties zoals het horen van stemmen. Schizofrenie is de meest voorkomende psychotische aandoening, met een DSM-IV TR jaar prevalentie van 0,5% onder de algemene bevolking van 18 tot 65 jaar (rond de 100.000 personen, de Graaf e.a. 2010; Gommer e.a. 2011). Niet iedereen heeft hiervoor hulp nodig

of vraagt hierom. Ongeveer 5% van de totale bevolking ontwikkelt ooit een psychotische aandoening waarvoor daadwerkelijk hulp nodig is (Haan e.a. 2013).

De gevolgen van een psychose zijn ingrijpend zowel voor de persoon die hier aan lijdt als voor zijn omgeving. Mensen verliezen tijdens een psychotische episode het contact met de werkelijkheid. Psychotische ervaringen bestaan vaak uit auditieve of visuele hallucinaties en/of waandenkbeelden. Daarnaast kan men ook geheugen- en concentratieproblemen ervaren evenals beperkingen in het probleemoplossende vermogen. Psychoses hebben eveneens een negatieve invloed op therapietrouw en versterken gevoelens van sociale isolatie en eenzaamheid (Alvarez e.a. 2013; Van Os en Kapur 2010). Deze symptomen dragen ertoe bij dat mensen met een psychose ernstige beperkingen ervaren in het dagelijks functioneren en in hun studie of werk. Heeft men eenmaal een psychose gehad dan is de kans groot dat deze opnieuw optreedt (op de korte of langere termijn). Al deze factoren gezamenlijk leiden tot aanzienlijke directe en indirecte zorgkosten (Van Os en Kapur 2010).

Vroegtijdig interveniëren bij prodromale symptomen of een eerste psychose of heeft als doel om personen die hier mee kampen zo snel mogelijk een werkzame behandeling aan te bieden. Dit faciliteert een spoedig psychisch en sociaal maatschappelijk herstel en kan erger voorkomen (McGorry e.a. 2008; Van der Gaag e.a. 2012; Alvarez e.a. 2013). Hieronder beschrijven we in het kort de wetenschappelijke evidentie van de werkzaamheid van behandeling, vroege behandeling en preventie van psychosen.

Behandelen van psychotische aandoeningen

Psychotische stoornissen kunnen effectief behandeld worden met een combinatie van antipsychotische medicatie en psychosociale interventies. Deze interventies variëren van psycho-educatie over psychosen en behandeling (Alvarez 2012: 37) tot individuele cognitieve gedragstherapie (CGT) (Alvarez 2011), familie-therapieën (35,36) en lotgenotencontact (Davidson 2006; Mueser 2005). Onderzoek laat zien dat deze therapieën en/of combinaties hiervan effectief zijn in termen van symptoomvermindering, het voorkomen van terugval en het dagelijkse en sociale functioneren verbeteren. Het behoud van de werkzaamheid op langere termijn is echter nog onzeker (Alvarez 2012).

Vroege behandeling van eerste psychosen

Tal van studies tonen aan dat mensen die geen (of pas laat) hulp zoeken voor hun psychotische aandoeningen een langere periode nodig hebben om te herstellen en vaker te maken krijgen met onvolledig herstel of terugval (de Haan e.a. 2013). Het doel van vroege herkenning en behandeling is om mensen met een eerste psychose (vaak jongvolwassenen) zo snel mogelijk adequate hulp te bieden (Klaassen e.a. 2006). Studies tonen aan dat het behandelen van eerste psychosen met cognitieve gedragstherapie en psychosociale therapie in combinatie met medicatie effectief kan zijn en het beloop gunstig kunnen beïnvloeden (Craig e.a. 2004; Perkins e.a. 2005). Om deze reden zijn bijvoorbeeld ook in Nederland vroege-interventie- psychose-(VIP)-teams gestart. Meer onderzoek is echter nodig om de robuustheid van deze bevindingen te versterken, in het bijzonder wat betreft de lange termijn effecten (Giromolo e.a. 2012).

Preventie van eerste psychosen

Een eerste psychose wordt vaak vooraf gegaan door een prodromale fase. Jongeren met prodromale symptomen zoals ongecontroleerde en verwarde gedachten, functionele achteruitgang en gedragsverandering, vormen een ultrahoogricisogroep (UHR-groep) voor het ontwikkelen hiervan. Naar schatting ontwikkelt van deze UHR-groep tussen de 20 en 40% binnen twaalf maanden een psychose (Yung e.a. 2003). Deze UHR-groep vormt dus een belangrijke doelgroep voor preventie (Stafford e.a. 2013). Vaak betreft het hier jongeren die hulp zoeken voor een psychisch probleem zoals depressie of angst en waarbij uit aanvullende screening met de 'At-Risk Mental State (ARMS, Yung e.a. 1998) blijkt dat ze tot deze hoogrisicogroep behoren voor het ontwikkelen van een eerste psychose.

Preventie van psychosen kent drie doelen:

a. het voorkomen of uitstellen van een psychotische aandoening waaronder schizofrenie onder jongeren met prodromale symptomen en
b. het verminderen van prodromale symptomen
c. het bevorderen van de transitie van de status van ultra hoog risico naar geen risico status

De evidentie voor de effectiviteit van preventie van een eerste psychose onder jongeren/jongvolwassenen is veelbelovend (Marshall e.a. 2011; Stafford e.a. 2013). Er is onderzoek gedaan naar het effect van antipsychotica, CGT en visolie bij de ultrahoogrisicogroep (UHR). Antipsychotica wordt hiervoor niet aangeraden. Van der Gaag e.a. (2012) voerden een gerandomiseerd onderzoek uit onder jongvolwassenen naar de effectiviteit van een nieuwe CGT interventie (met een focus op normalisatie en cognitieve herstructurering) ter aanvulling op reguliere behandeling. De impact hiervan werd vergeleken met een groep die alleen gebruikelijke zorg ontving (n = 201). Het betrof hier een patiëntengroep die vooral hulp zocht voor andere dan psychotische symptomen zoals depressie. Na afloop van de behandeling (6 maanden) waren in de CGT + TAU conditie het aantal transities naar een psychose significant minder dan die in de controlegroep (p= 0.03). Deze resultaten komen overeen met die van een recente meta-analyse van Stafford en collega's uit 2013. Deze meta-analyse toont op de basis van 11 studies (8 RCT's) dat cognitieve gedragstherapie in combinatie met familietherapie (Stafford e.a. 2013) leidt tot een 50% reductie in het ontstaan van een psychose (zie ook Fusar-Poli e.a. 2013).

7.3 Preventie van psychosen en vroeg-interveniëren bij psychosen via internet

Het bereik van preventieve en vroege interventies voor eerste psychosen is nog beperkt. Naar schatting maakt slecht een kleine groep gebruik van deze interventies (Alvarez 2012). Op basis van zijn meta-analyse concluderen Stafford en collega's (2013) dan ook dat het wenselijk is om dit aanbod op een laagdrempelige en kosteneffectieve manier uit te breiden met innovatieve strategieën. Het internet kan mogelijkerwijs zo'n innovatieve strategie zijn.

Preventie en vroege behandeling via internet zijn vooral toegepast bij de veelvoorkomende psychische aandoeningen zoals depressie en angststoornissen (zie hoofdstuk 3 en 6). Onderzoek naar de toepassingsmogelijkheden van internet voor psychosen en schizofrenie is nog beperkt. Het beschikbare onderzoek is vaak meer van experimentele aard zoals het gebruik van virtual reality voor het bestuderen van psychotische symptomen onder patiënten en gezonde proefpersonen door Brinkman en collega's (2011). De redenen voor een beperkte inzet van internet voor deze doelgroep zijn begrijpelijk en komen voort uit de complexiteit van de problematiek van psychosen en de mogelijke risico's die het gebruik van internet met zich mee kan brengen. Eveneens spelen een vermeende lage internetpenetratiegraad als beperkte internetvaardigheden bij de doelgroep hier een rol. Langzamerhand komt hier echter verandering in mede omdat studies aantonen dat ook internet voor deze gevarieerde (jonge) doelgroep voordelen kan bieden. Deze mogelijkheden betreffen de totale keten van preventie tot zorg van mensen met een psychose (Ben-Zeev 2012).

Zijn mensen met psychotische aandoeningen actief op internet?

In hun kwalitatieve studie laten Schrank en collega's (2010) zien dat internet ook voor mensen met psychotische aandoeningen een belangrijke vindplaats is voor informatie over hun gezondheid, leefstijl en interactie met hulpverleners. De National Alliance on Mental Illness survey in Amerika rapporteerde bijvoorbeeld dat meer dan de helft van personen met een eerste psychose informatie over hun aandoening gezocht had via internet (Anonymous, 2011). Ben-Zeev e.a. (2012) rapporteerden dat

meer dan twee derde van mensen met schizofrenie een mobiele telefoon gebruiken. Naar verwachting is dit gebruik in Nederland nog veel hoger gegeven de bijna volledige dekkingsgraad van zowel PC's en mobiele telefoons in ons land . De aard van het gebruik en de voordelen van internet lijken niet echt te verschillen voor mensen met of zonder psychische problematiek. Zij ervaren ook nog een aantal specifieke voordelen. Zo noemden mensen met schizofrenie als voordeel de laagdrempeligheid en minder bedreigende aard van het aangaan van sociale contacten met lotgenoten en zorgverleners. Eveneens voelden zij zich minder gestigmatiseerd in deze contacten. Zij gaven aan ook beter inzicht te verwerven in het belang van medicatie. Nadelen werden ook genoemd zoals teveel informatie en moeite om deze te begrijpen, te sterke prikkels bij internetbezoek en de behoefte om zich juist niet met informatie over psychose te identificeren als onderdeel van het herstelproces. Er zijn op dit moment geen onderzoeksresultaten beschikbaar die duiden op de negatieve effecten van internetgebruik door mensen met een psychose. Over het gebruik van internet door deze groep wanneer zij zich in een acute psychose bevinden is echter weinig bekend.

Tabel 7.1 toont een aantal studies dat gebruik maakt van internet voor de behandeling van psychosen. Geen van deze studies richt zich specifiek op de groep met prodromale symptomen of eerste psychosen patiënten met uitzondering van de studie van Alvarez-Jimenez e.a. (2013). We bespreken achtereenvolgens de vijf volgende typen interventies: (1) psycho-educatie via internet; (2) online interventie voor jongeren met een eerste psychose; (3) minimaal begeleide CGT zelfhulp voor psychose via de PC; (4) minimaal begeleide CGT zelfhulpinterventie via de mobiele telefoon en (5) online ondersteuning van sociale contacten.

1. Psycho-educatie via internet

De systematisch review van Valimiki en collega's (2012) toont de effectiviteit van psycho-educatie voor volwassenen met schizofrenie in de ambulante hulpverlening. Zij vergelijken (a) online psycho-educatieve interventies met (b) online psycho-educatieve interventies plus gebruikelijke zorg versus (c) de gebruikelijke zorg alleen. Deze Cochrane review bestond uit 6 RCT's. De primaire uitkomstmaten betroffen de mate van medicamenteuze therapietrouw en globaal welbevinden. Valimiki en collega's concludeerden op basis van deze review dat online psycho-educatie voor deze doelgroep acceptabel is maar ook dat de drie benaderingen vooralsnog even effectief zijn voor bovengenoemde uitkomstmaten.

2. Online interventie voor jongeren met een eerste psychose

De studie van Alvarez-Jimenez e.a. (2013) richt zich specifiek op jongeren (15 – 25 jaar) met een eerste psychotische aandoening (en een laag agressie niveau en risico op suïcide). Zij onderzochten de impact van een wereldwijde innovatieve online interventie (HORYZONS) op het behoud van de klinische en sociale effecten van vroege behandeling. HORYZONS bestaat uit een door professionele hulpverleners gemodereerde website met op maat geleverde psychosociale interventies en een online platform voor contact met lotgenoten. Hun open pilot studie (20 deelnemers) toont aan dat jongeren deze interventie acceptabel en aantrekkelijk vinden. Dit geldt in het bijzonder voor de (gesloten) online sociale netwerkmogelijkheden en voor de geboden CGT interventies naar keuze. Deze jongeren gaven ook hun bezorgdheid aan over de risico van internet gedurende een acute psychose. Het onderzoek laat eveneens zien dat hun depressieve symptomen significant verminderden. Dit gold echter niet voor de overige uitkomstmaten (gemeten met de Beck Anxiety Inventory en de Brief Psychiatric Rating Scale).

3. Minimaal begeleide zelfhulp voor psychosen via de PC

Gottlieb en collega's (2013) hebben eveneens de haalbaarheid van een innovatieve interventie in een open studie onderzocht (n = 20). 'Coping with Voices' is minimaal begeleide CGT interventie via de computer in een tweedelijnssetting voor psychotische volwassenen met auditieve hallucinaties.

Tabel 7.1 Overzicht studies preventieve en kortdurende internetinterventies voor psychotische stoornissen

Auteur jaartal	Doelgroep & Setting (Geïndiceerde preventie)	Interventie & Condities	Aantal Modules	Uitkomstmaten	ES post-treatment
Välimäki e.a. 2012	Volwassenen met schizofrenie	Interventies ter educatie en ondersteuning ICT vs TAU (6 studies)	Zie onder	Zie onder	Er worden geen resultaten samengevoegd.
Alvarez-Jimenez e.a. 2013	Jongeren met psychotische stoornis of depressie met psychotische kenmerken (15-25 jaar) in de tweedelijn	HORYZONS Gemodereerde website met tailored psychosociale interventies en sociaal netwerk met peers; n=20 (pilot studie)	6	BAI, BPRS, CDRS	Acceptabel voor jongeren, CDRS: d=0.60*; BPRS en BAI: NS
Chen e.a. 2007 [a]	Niet geïnstitutionaliseerde volwassenen met schizofrenie	Psychoeducatie via computer + online netwerk groep + TAU vs TAU ("algemene rehabilitatie") n=35 vs n=36	Onbekend	PANSS, SDSS	PANSS, mentale staat: MD korte termijn: -6.07 (BI: -9.77~ -2.37)** PANSS, mentale staat: MD 12 mnd: -11.90 (BI: -14.93~ - 8.87)*** SDSS, globale staat: MD 12 mnd: -4.6 (BI: -5.95~ -3.25)***
Gottlieb e.a. 2013	Volwassenen met een psychotische stoornis in de tweedelijn	Coping with Voices Blended care (ftf beg. CGT via computer in instelling) N=21 (pilot studie)	10	PSYRATS	Subschaal auditieve hallucinaties** Subschaal wanen: NS
Granholm e.a. 2012	Volwassenen met schizofrenie of een schizo-affectieve stoornis in de tweedelijn	MATS Dagelijks 4x gepersonaliseerde sms met CGT over medicatiegebruik, socialisatie en auditieve hallucinaties. Administratieve begeleiding. N=55	12 weken	BDI, ILSS, PANSS	PANSS negatieve symptomen: d=0.83* PANSS totaal en positieve symptomen, ILSS en BDI: NS
Hansson e.a. 2008 [a]	Volwassenen met een psychotische stoornis in de tweedelijn	DIALOG Blended care (computerinterventie gericht op tevredenheid in behandeling en levensdomeinen + TAU) vs TAU door "key workers". n=207 vs n=166	Elke 2 maanden 1 sessie	PANSS	Even effectief
Jones e.a. 2001 [a]	Volwassenen met schizofrenie	Onbeg. computerinterventie: psychoeducatie gecombineerd met specifieke informatie uit dossier over ziekte vs deze computerinterventie + TAU vs TAU door verpleegkundige. n=56 vs n=28 vs n=28	5 (beide interventies)	BPRS, GAF	Even effectief
Kuosmanen e.a. 2009 [a]	Geïnstitutionaliseerde volwassenen met schizofrenie	Mieli.Net Beg. online psychoeducatie vs offline psychoeducatie vs TAU door verplk. n=100 vs n=106 vs n=105	5 (beide interventies)	PANSS, VAS	Even effectief
Rotondi e.a. 2005 [a]	Volwassen met schizofrenie of schizo-affectieve stoornis zowel geïnstitutionaliseerd als ambulant en hun ondersteuners	The Schizophrenia Guide Website met psychoeducatie, sociale kaart en vragen stellen aan expert + 3 beg. online therapiegroepen vs TAU n=16 vs n=14 patiënten n=11 vs n=10 ondersteuners	3 maanden	Waargenomen stress en psychologische distress	Patiënten: website + online therapie>TAU: d= -0.51 (BI: -0.9~ -0.12)** Ondersteuners: even effectief
Rotondi e.a. 2010	Volwassen met schizofrenie of schizo-affectieve stoornis zowel geïnstitutionaliseerd als ambulant en hun ondersteuners	SOAR website Online forum voor patiënten, ondersteuners en een gecombineerd forum, bibliotheek, een overzicht van activiteiten in de buurt en mogelijkheid tot vragen stellen aan experts + 1 gecombineerde psychoeducatie groepssessie vs TAU ("algemene behandeling") n=16 vs n=15 patiënten n=13 vs n=11 ondersteuners	1 jaar	KASI, SAPSS	Patiënten: SOAR>TAU: positieve symptomen: d=-0.88*; kennis van diagnose schizofrenie: d=0.88* Ondersteuners: SOAR>TAU: kennis van prognose schizofrenie: d=1.94*
Salzer e.a. 2004[a]	Volwassenen met schizofrenie in de tweedelijn	Telephone Medication Mangement (TMM) Wekelijks telefonisch contact van ± 10 min. over ter verbetering van de zelfzorg + TAU vs TAU ("algemene behandeling") n=18 vs n=14	1 jaar	Diversen, methode van meting onbekend	Vermindering aantal extreme bijwerkingen: TMM>TAU: d=0.85* Attitudes t.o.v. medicatie, medicatietrouw, tevredenheid behandeling: even effectief

Legenda

[a] : opgenomen in review Välimäki e.a. 2012; NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; *** p<0.001; BAI: Beck Anxiety Inventory; BI: 95% betrouwbaarheidsinterval; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; BSS: Beck Scale for Suicide Ideation; CDRS: Calgary Depression Rating Scale; ES: effectsize; GAF: Global Assessment of Functioning; ILSS: Independent Living Skills Survey; KASI: Knowledge about Schizophrenia Instument; MD: mean difference; PANSS: Positive and Negative Symptom Scale; PSYRATS: Psychotic Symptom Rating Scales; SAPSS: Scale for the Assessment of Positive Symptoms; TAU: Treatment as Usual/gebruikelijke zorg; VAS: Visual Analogue Scale

Patiënten werden alleen begeleid met het technisch opstarten van het programma. De onderzoekers toonden aan dat een dergelijke interventie haalbaar en acceptabel is voor patiënten en dat auditieve wanen na het volgen van deze interventie significant verminderden. Tevens verminderden hun depressieve klachten terwijl de interventie daar niet specifiek op gericht was. Dit laatste kan mogelijk verklaard worden door de aangereikte coping-strategieën en cognitieve herstructureringselementen van de CGT interventie. Deelnemers waren ook met deze interventie zeer tevreden over de mogelijkheden om anoniem met anderen hun ervaringen te delen en hun coping-strategieën te bespreken. In deze contacten voelden ze zich vrijer en ervoeren minder last van (zelf) stigma.

4. Minimaal begeleide CGT zelfhulp voor psychosen via de mobiele telefoon

Naast PC en internet gemedieerde interventies wordt hiervoor ook steeds vaker gebruik gemaakt van de mobiele telefoon. Mensen met psychotische aandoeningen maken eveneens veelvuldig gebruik van mobiele telefoons meestal voor reguliere communicatie met anderen. Het gebruik hiervan voor therapeutische doeleinden neemt echter ook toe. Zo wordt de mobiele telefoon gebruikt voor het dagelijks monitoren van stemming, voortekenen van psychosen of terugval. Daarnaast kan deze ook gebruikt worden voor (CGT) interventies om therapietrouw te bevorderen of symptomen te behandelen (Granholm e.a. 2012).
MATS (Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia , Granholm e.a. 2012) is een SMS-interventie voor volwassenen met schizofrenie die dagelijks gevolgd kan worden met behulp van een mobiele telefoon. MATS bestaat uit een minimaal begeleide CGT zelfhulpinterventie met als doel het verbeteren van therapietrouw en socialisatie en verminderen van auditieve hallucinaties onder haar deelnemers. De open-pilot (n = 55 deelnemers) liet onder meer een significante vermindering zien van negatieve symptomen (d=0.83; PANSS: Positive and Negative Symptom Scale) en auditieve hallucinaties en een verhoging van therapietrouw onder deelnemers die zelfstandig wonen en redelijk goed functioneren. Het aantal ziekenhuisopnames verminderde met 60% in vergelijk met het jaar voorafgaand aan de implementatie van de interventie. De interventie bleek eveneens acceptabel te zijn voor deze doelgroep.

5. Online ondersteuning van sociale contacten

Sociale ondersteuning is een beschermende factor voor preventie van terugval ook bij mensen met een eerste psychose (Norman et al., 2005). Het onderzoek van Alvarez-Jimenez e.a. (2012) toonde aan dat gemodereerde online fora sociale contacten en informatieuitwisseling goed mogelijk is voor deze doelgroep. Thema's die aan bod kwamen waren bijvoorbeeld zelfredzaamheid, het oplossen van problemen en advies voor herstel.
DE SOAR (Schizophrenia Online Access to Resources) interventie van Rotondi e.a. is onderzocht in een gerandomiseerde studie waarbinnen de groep patiënten en hun familie/ondersteuners die deze interventie plus reguliere behandeling volgende vergeleken is met een groep die alleen de reguliere behandeling volgde. vergelijk met reguliere behandeling alleen (zie tabel 7.1) De deelnemers in de experimentele conditie verminderde hun positieve symptomen significant in vergelijk met controlegroep (d= 0.88, p=.042). Hun ondersteuners verbeterde hun kennis significant meer dan die in de controlegroep (p=.036, d=1.94).

7.4 Aanbod van interventies in de praktijk

Tabel 7.2 biedt een overzicht van het aanbod van online preventieve aanbod voor mensen met een psychose. Zoals blijkt uit deze tabel is het aanbod nog beperkt. Het 'Centrum Eerste Psychose' van Parnassia biedt een informatieve website aan voor jongeren (16 -25 jaar) met voortekenen van of een eerste psychose. Op deze website vindt men psycho-educatie over het ontstaan en de behandeling van een psychose inclusief een zelftest voor eerste psychose en een telefonische hulplijn. Daarnaast biedt de website een informatiepakket voor docenten. Psychoseamsterdam.nl is eveneens een psycho-educatieve website voor deze doelgroep (voor personen vanaf 12 jaar). Deze website is een onderdeel van het TOP project (het Tijdige Onderkenning Psychose project). TOP is een voorlichtingscampagne met als doel om mensen die voor het eerst een psychose doormaken of psychotische symptomen vertonen, sneller te informeren en naar de juiste hulp te verwijzen. TOP wil de kennis over psychose en schizofrenie vergroten onder hulpverleners, docenten en jongeren en hun familieleden en het algemene publiek. Naar dit project is een proces-evaluatief onderzoek uitgevoerd, de resultaten zijn echter nog niet beschikbaar (zie tabel 7.2). De 'keuzehulpen.nl' interventie is een psycho-educatieve interventies voor mensen met psychotische stoornissen en hun naasten (familie, vrienden, kennissen, collega en buren). Keuzehulp besteed ook specifiek aandacht aan hulp voor anderstaligen met psychosen zoals Turken en Marokkanen. Naar de bovenstaande interventies is geen effect-onderzoek uitgevoerd.
Het Wegweisproject is momenteel in ontwikkeling en richt zich op e-health toepassingen voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid (Krieke en Sytema 2012). De focus ligt hierbij op toepassingen die patiënten meer regie kunnen geven in hun eigen behandeling. Een van de projecten betreft de haalbaarheid van een 'Online Keuzehulp'.

Tabel 7.2 Vroegtijdige herkenning psychose jongeren & volwassenen: overzicht aanbod van interventies via internet

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie CGL Beoordeling [a,b]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[c]
A Selectief en vroege behandeling					
1.helpikhebeenpsychose.nl	A/E: Centrum Eerste Psychose Parnassia	Informeren en ondersteunen jongeren met een psychose 16-25 jaar en betrokkenen	Psycho-educatie, zelftest eerste psychose en telefonische hulplijn Voor docenten is er een speciaal lespakket met informatie over psychose beschikbaar	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: Kinderpostzegels, Stichting Schiefbaan Hovius, Haagse Groene Kruis Fonds, Stiching Jong	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee B: 75.000 unieke bezoekers 2011-2012
2.keuzehulpen.nl	A/E: Trimbos-instituut; Anoiksis; Ypsilon	Informeren over psychotische stoornissen Mensen met psychotische stoornis, betrokkenen en professionals 18+ jaar	Psycho-educatie en informatie over hulpaanbod	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: ZonMw	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee B: 9.928 unieke bezoekers 2011- 2012
3.psychoseamsterdam.nl	A/E: GGZ Nederland; GGD; AMC	Informeren en bevorderen vroegtijdig herkennen Mensen met psychotische stoornis, betrokkenen en professionals 12+ jaar	Informatie en verwijzing naar hulpaanbod[d]	O: Niet gerandomiseerde studie[e] K: Onbekend I: Ja Financier onderzoek: ZonMw	A: Ja T: Publiekelijk, gericht op Amsterdam K: Nee
Totaal: 3 interventies gericht op vroegtijdige herkenning psychose jongeren en volwassenen					
B In ontwikkeling					
Naam interventie	**Aanbieders (A) Eigenaars (E)**	**Doel Leeftijd doelgroep**	**Inhoud internet-interventie**	**Onderzoek (O) Kosteneffectiviteitsonderzoek (K) Implementatie (I)**	
1.therapieland.nl	A/E: Maarsingh & van Steijn; Molemann Mental Health	Verminderen van psychotische klachten 18+ jaar	Nog onbekend/ wordt mogelijk in combinatie met face-to-face therapie aangeboden, gebaseerd op CGT	O: Nee K: Nee I: Nee	

Legenda
CGT: cognitieve gedragstherapie.
a. CGL: Centrum Gezond Leven Beoordeling: 0; goed beschreven, I; theoretisch goed onderbouwd, II; waarschijnlijk effectief, III; bewezen effectief.
b. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven.
c. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld.
d. Website is onderdeel van de voorlichtingscampagne Tijdige Onderkenning Psychose (TOP) in Amsterdam.
e: Academisch Medisch Centrum prof. dr. L. de Haan, resultaten nog niet gepubliceerd.

7.5 Samenvatting en aanbevelingen

In dit hoofdstuk hebben we het onderzoek naar en aanbod van preventie en vroege herkenning en behandeling van psychosen via internet besproken. Preventie van eerste psychosen en de vroege behandeling hiervan is relatief recent van aard. Studies tonen aan dat deze veelbelovend zijn. Dit geldt nog sterker voor de online preventie hier van. Het voorkomen van een psychose middels de aanpak van prodromale symptomen hebben we gekenmerkt als geïndiceerde preventie.

De prevalentie van psychotische aandoeningen is relatief laag in vergelijk met de veelvoorkomende aandoeningen zoals depressie en angststoornissen. De lijdensdruk en maatschappelijke gevolgen zijn echter ingrijpend. De constatering dat preventie een bijdrage kan leveren aan het voorkomen van een eerste psychose en de effectiviteit van het behandelen hiervan wanneer deze zich toch voordoet is dan ook zeer aantrekkelijk vanuit gezondheids- en economisch perspectief.

Op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten mag geconcludeerd worden dat preventie via internet ook voor de doelgroep van mensen met een (eerste) psychosen veelbelovend, met name voor jongeren, genoemd mag worden en rijp is voor nadere uitwerking. Hiervoor zullen nog wel een aantal hobbels genomen moeten worden. Niet alleen meer onderzoek is nodig maar ook het doorbreken van weerstand voor het online benaderen van deze groep zoals deze leeft bij nog veel professionals. In termen van innovatie aanbevelingen pleiten onderzoekers en professionals vooralsnog vooral voor de inzet van internet als add-on interventies. Of dit ook in de toekemst de juiste benadering is en of er wellicht ook een differentiering nodig is naar doelgroep verdient nader onderzoek.

Tabel 7.3. Overzicht effectiviteit en Nederlands aanbod van preventieve interventies voor psychosen via internet

		Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie
Jongeren	school	nvt	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod
	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja (beperkt)	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja
Volwassenen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja	😐 effectiviteit voorzichtig positief v depressie — geen aanbod
	eerstelijn	nvt	nvt	? effectiviteit onbekend — geen aanbod

Referenties

Alvarez-Jimenez, M., Bendall, S., Lederman, R., Wadley, G., Chinnery, G., Vargas, S., ... & Gleeson, J. F. (2013). On the HORYZON: moderated online social therapy for long-term recovery in first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 143*(1), 143-149.

Ben-Zeev, D. (2012). Mobile technologies in the study, assessment, and treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(3), 384-385.

Ben-Zeev, D., Davis, K. E., Kaiser, S., Krzsos, I., & Drake, R. E. (2012). Mobile technologies among people with serious mental illness: Opportunities for future services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, Online voorpublicatie. Geraadpleegd op http://link.springer.com/journal/10488

Cantor-Graae, E., & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, *162*(1), 12-24.

Chen, L., Li, Z., & Chen, Y. (2007). Comparative study of relapse prevention in schizophrenia by network. *Journal of Clinical Psychological Medicine*, *17*(4), 234-236.

Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., & Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *British Medical Journal, 329*(7474), 1067-1070.

Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., ... & Yung, A. (2012). The psychosis high-risk state: A comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, *70*(1), 107-120.

Gaag, M. van der, Nieman, D. H., Rietdijk, J., Dragt, S., Ising, H. K., Klaassen, R. M., ... & Linszen, D. H. (2012). Cognitive behavioral therapy for subjects at ultrahigh risk for developing psychosis: a randomized controlled clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(6), 1180-1188.

Girolamo, G. de, Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A., & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *21*(1), 47-57.

Gommer, A. M., Poos, M. J. J. C., Bruggeman, R. (2011). Hoe vaak komt schizofrenie voor en hoeveel mensen sterven eraan? In *Volksgezondheid toekomst verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid.* Bilthoven: RIVM. Geraadpleegd op http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychische-stoornissen/schizofrenie/omvang/

Gottlieb, J. D., Romeo, K. H., Penn, D. L., Mueser, K. T., & Chiko, B. P. (2013). Web-based cognitive–behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: a pilot study. *Schizophrenia Research, 145*(1-3), 82-87.

Granholm, E., Ben-Zeev, D., Link, P. C., Bradshaw, K. R., & Holden, J. L. (2012). Mobile assessment and treatment for schizophrenia (MATS): a pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin, 38*(3), 414-425.

Hansson, L., Svensson, B., Björkman, T., Bullenkamp, J., Lauber, C., Martinez-Leal, R., ... & Priebe, S. (2008). What works for whom in a computer-mediated communication intervention in community psychiatry? Moderators of outcome in a cluster randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(5), 404-409.

Hulsbosch, L., Tamis - Ten Cate, P., Nugter, A., & Kroon, H. (2011). *Zorg op afstand in de langdurige geestelijke gezondheidszorg: Een randomised controlled trial naar telezorg bij GGz Noord-Holland Noord.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Jones, R. B., Atkinson, J. M., Coia, D. A., Paterson, L., Morton, A. R., McKenna, K., ... & Gilmour, W. H. (2001). Randomised trial of personalised computer based information for patients with schizophrenia. *British Medical Journal*, *322(*7290), 835–840.

Klaassen, M. C., Nieman, D. H., Becker, H. E., & Linszen, D. H. (2006). Wanneer heeft detectie van hoogrisicofactoren voor een eerste psychose zin? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *48*(6), 467-476.

Krieke, L. van der, & Sytema, S. (2012). E-health toepassingen bij psychosen. *PsychoPraktijk*, *4*(5), 34-37.

Kuosmanen, L., Välimäki, M., Joffe, G., Pitkänen, A., Hätönen, H., Patel, A., & Knapp, M. (2009). The effectiveness of technology-based patient education on self-reported deprivation of liberty among people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*(5), 383-389.

Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T., & Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, *68*(6), 555-561.

Marshall, M., & Rathbone, J. (2006). Early intervention for psychosis. *Cochrane database of systematic reviews*, *4*, CD004718.

Mueser, K. T. & McGurk, S. R. (2004). Schizophrenia. *Lancet, 363*(9426), 2063–2072.

National Alliance on Mental Illness (NAMI). (2011). *First Episode Psychosis Results from a 2011 NAMI survey.* Arlington, VA: National Alliance on Mental Illness.

Os, J. van, & Kapur, S. (2010). Psychose; van diagnose tot syndroom. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 154*, A1874.

Os, J. van, Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *39*(2), 179-195.

Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1785-1804.

Rotondi, A., Anderson, C., Haas, G., Eack, S., Spring, M., Ganguli, R., ... & Rosenstock, J. (2010). Web-based psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their supporters: one-year outcomes. *Psychiatric Services, 61*(11), 1099-1105.

Rotondi, A. J., Haas, G. L., Anderson, C. M., Newhill, C. E., Spring, M. B., Ganguli, R., ... & Rosenstock, J. B. (2005). A clinical trial to test the feasibility of a telehealth psychoeducational intervention for persons with schizophrenia and their families: Intervention and 3-month findings. *Rehabilitation Psychology*, *50*(4), 325-336.

Salzer, M. S., Tunner, T., & Charney, N. J. (2004). A low-cost, telephone intervention to enhance schizophrenia treatment: a demonstration study. *Schizophrenia Research, 66*(1), 75-76.

Schrank, B., Sibitz, I., Unger, A., Amering, M., Schrank, B., Sibitz, I., ... & Amering, M. (2010). How patients with schizophrenia use the internet: qualitative study. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(5), e70.

Stafford, M. R., Jackson, H., Mayo-Wilson, E., Morrison, A. P., & Kendall, T. (2013). Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, *346*, f185.

Tandon, R., Targum, S. D., Nasrallah, H. A., & Ross, R. (2006). The treatment effectiveness in schizophrenia consortium institution. Strategies for maximizing clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practices*, *12*, 348-363.

Välimäki, M., Hätönen, H., Lahti, M., Kuosmanen, L., & Adams, C. E. (2011). Information and communication technology in patient education and support for people with schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews, 10*, CD007198.

Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, *22*(2), 353-370.

Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., & McGorry, P. D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research*, *60*(1), 21-32.

Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., Dell'Olio, M., ... & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*(11-12), 964-971.

Hoofdstuk 8

Preventieve interventies voor mantelzorgers van mensen met dementie

8.1 Introductie

Mantelzorgers vervullen een belangrijke zorgtaak in het leven van ouderen met dementie. Zij dragen voor een groot deel bij aan de dagelijkse persoonlijke- en huishoudelijke verzorging van deze ouderen, waardoor deze langer thuis kunnen blijven wonen. De Nederlandse regering erkent het belang van mantelzorgers. Het huidige beleid is dan ook gericht op het versterken van de inzet van mantelzorg om zo de kwaliteit van zorg voor mensen met dementie haalbaar en betaalbaar te houden (Regeerakkoord Rutte II; 2012). Naast het krijgen van voldoening, betalen echter veel mantelzorger hier vaak een hoge prijs voor in de vorm van een verhoogde kans op overbelasting, stress en depressieve klachten (Cooper e.a. 2008). In dit hoofdstuk staat de preventie via internet van overbelasting onder mantelzorgers van mensen met dementie centraal. In sectie 8.2 bespreken we de aard van deze overbelasting en de effectiviteit van psychotherapeutische interventies die deze kunnen voorkomen of verminderen. Vervolgens presenteren we in sectie 8.3 de resultaten van wetenschappelijke onderzoek naar de effectiviteit van interventies die via internet aan mantelzorgers aangeboden worden. Het interventie-aanbod wordt besproken in sectie 8.4, waarin we zullen zien dat dit aanbod vooral een universeel en preventief karakter heeft. We eindigen dit hoofdstuk met een samenvatting en aanbevelingen voor toekomstig onderzoek (8.4).

8.2 Mantelzorgers van mensen met dementie

Naar schatting leven in Nederland ruim 250.000 mensen met dementie. Dit aantal zal de komende jaren onder invloed van de vergrijzing sterk stijgen. Het merendeel van mensen met dementie woont thuis, naar schatting zo'n 70%, en wordt verzorgd door hun familieleden of naasten (Alzheimer- Nederland 2012). De aan dementie gerelateerde zorgkosten zijn hoog. Rond de 5 % van de totale kosten komen voor rekening van dementie. Dementie behoort dan ook tot de top tien ziekten met de hoogste ziektelast (Gommer e.a. 2010). Het leidt tot een ernstig verlies aan kwaliteit van leven en mortaliteit (De Hollander e.a. 2006). Wanneer een mantelzorger niet meer voor zijn dementerende kan zorgen, leidt dit vaak tot een opname van de laatste in een verzorgingshuis. De vaak negatieve gevolgen van zo'n opname zijn groot voor alle betrokkenen evenals de economische kosten die hiermee gepaard gaan (Joling e.a. 2010).

Mantelzorgers bieden een veelvoud aan zorg die varieert van het ondersteunen van hun dementerende familielid in hun dagelijks functioneren zoals wassen en eten, het bieden van emotionele en sociale steun en monitoren van medicijngebruik (Gluekauf e.a. 2004). Bovendien moeten zij leren

leven met een naaste die langzaam wegglijdt en mentaal en fysiek achteruit gaat. Deze zorg kan belastend zijn en leiden tot zowel psychische als lichamelijke problemen voor de mantelzorgers zelf indien de balans tussen zorgen voor de ander en zichzelf uit de pas loopt (Brodaty en Donkin 2009). Deze (subjectieve) balans slaat door wanneer mantelzorgers bijvoorbeeld te weinig tijd hebben voor hun werk- en vrijetijdsactiviteiten en hierdoor mogelijkerwijs ook financiële problemen en sociale uitsluitingsproblemen ervaren. De 'Dementiemonitor' van het Nivel (2012) laat bijvoorbeeld zien dat één op de drie mantelzorgers zich zwaar of overbelast voelt. Uit onderzoek (De Boer e.a. 2009) blijkt dat er een grote behoefte bij mantelzorgers (80%) bestaat aan ondersteuning. Deze vinden met name informatie, advies en begeleiding van een zorgprofessional en uitwisseling met andere mantelzorgers belangrijk.

Mantelzorgers van mensen met dementie hebben dan ook, in vergelijking met niet verzorgers, een verhoogd risico op het ontwikkelen van allerlei psychische klachten zoals stress en depressie (Joling, 2010; Vitaliano e.a. 2003; Dorsselaer e.a. 2007). Tevens kunnen schuldgevoelens en een verminderd gevoel van controle op de situatie de ervaren belasting verergeren. Zo toonde Cuijpers (2005) in een systematische review aan dat 1 op de 2 mantelzorgers binnen een jaar een depressie ontwikkelde (Cuijpers 2005).
Preventieve interventies kunnen een bijdrage leveren aan het verminderen en vóórkomen van overbelasting bij mantelzorgers. Het merendeel van deze interventies bestaat uit psycho-educatieve programma's met informatie over dementie en de gevolgen voor het dagelijks leven, hoe om te gaan met gerelateerde problemen en welke hulp er mogelijk is (Blom e.a. 2013). Deze interventies worden zowel individueel als in groepsverband aangeboden. Onderzoek toont aan dat deze kunnen leiden tot significante vermindering van stress, depressieve klachten en subjectief welzijn onder mantelzorgers en indirect tot een verhoging van de kwaliteit van leven van de dementerende waarvoor men zorgt (Pinquart en Sörensen 2006). Bovendien kunnen preventieve interventies ernstige psychische problematiek doen voorkomen. Cuijpers e.a. (2008) toonden bijvoorbeeld in een meta-analyse aan dat de incidentie van depressie via preventieve interventies met twintig procent voorkomen kan worden. Mogelijkerwijs geldt dit ook voor preventieve interventies voor mantelzorgers, in het bijzonder wanneer deze specifiek gericht zijn op hoogrisico groepen. Twee van die risico's voor mantelzorgers zijn het hebben van subklinsiche depressieve klachten en een ervaren slechte gezondheid (Joling e.a. 2012). Joling en collega's adviseren hiervoor het werken met een eenvoudige risico-checklist bijvoorbeeld door mantelzorgers zelf of huisartsen om zo te achterhalen of mantelzorgers baat kunnen hebben bij preventieve interventies (overbelastingmeter, wordt op sommige sites aangeboden).

Ondanks deze veelbelovende evidentie is het gebruik van preventieve interventies door mantelzorgers nog beperkt. Een van de redenen hiervoor kan zijn dat zij in hun toch al vaak overdrukke bestaan moeilijk tijd vrij kunnen maken voor tijdsintensieve interventies. Het internet kan hier mogelijk uitkomst bieden omdat dit mantelzorgers in staat stelt deze interventies in eigen tijd en huis te volgen.

8.3 Evidentie preventieve interventies voor mantelzorgers via internet

De ontwikkeling van online preventieve interventies voor mantelzorgers van dementerenden en het onderzoek hiernaar bevindt zich nog in een beginstadium. Tabel 8.1 biedt een overzicht van studies die de haalbaarheid en/of effectiviteit hiervan onderzocht hebben. Deze studies zijn, op één Nederlandse studie na (Roest e.a. 2010), afkomstig uit de systematische review van Dyer en collega's (2011). Dyer e.a. (2011) voerden een systematische review uit naar het ondersteunen van mantelzorgers in hun dagelijkse functioneren met behulp van internet en mobiele telefoon- applicaties. Vijf geïndiceerde preventie-studies uit deze review richtten op mantelzorgers van mensen met dementie, waarvan 2 gerandomiseerde gecontroleerde trials (Brennan e.a. 1995; Beauchamp e.a. 2005). Brennan

e.a. (1995) onderzochten de effectiviteit van een interventie via de PC voor mantelzorgers in vergelijk met een groep die hier geen toegang toe kreeg (zie tabel 8.1) Deze interventie bood informatie over de ziekte van Alzheimer en online communicatiemogelijkheden met professionals en lotgenoten. De stressklachten bij mantelzorgers die de interventie volgden verminderden significant meer dan die van hen die deze niet volgenden. De effectiviteit van een online multimedia interventie (Caregiver's friend) is eveneens in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek bestudeerd, ditmaal door Beauchamp e.a. (2005). 'Caregiver's friend' is gebaseerd op het verminderen van stress en vergroten van coping-strategieën op basis van de inzichten van Lazarus and Folkman (1984) en de positieve psychologie (zie ook hoofdstuk 5). Resultaten toonden aan dat mantelzorgers in de experimentele groep op uitkomstmaten zoals stress, self-efficacy en depressie significant beter scoorden dan deelnemers in de wachtlijstconditie. De overige internet studies uit de review van Dyer (Gluekauf e.a. 2004, 2012; Chiu e.a. 2010; Marizalli e.a. 2011) zijn open pilot-studies die de haalbaarheid en impact onderzochten van internet-interventies zoals die voor autochtone en allochtone mantelzorgers. Deze haalbaarheidstudies laten allen veelbelovende resultaten zien in termen van acceptatie door mantelzorgers. Bovendien bieden zij een indicatie voor hun mogelijk positieve impact op het dagelijks functioneren en psychische welbevinden van mantelzorgers. Het aantal deelnemers aan deze studies was echter klein en over de effectiviteit van deze interventies kunnen geen uitspraken worden gedaan vanwege het niet toepassen van een (volledig) RCT design.

Nederlandse studies

De Nederlandse studie van Van der Roest e.a. (2010) is niet opgenomen in de review van Dyer e.a. (2011). Zij onderzochten in een gecontroleerd onderzoek de effectiviteit van de internetinterventie 'DEM-DISC' (DEMentia-specific Digital Interactive Social Chart). Dit is een interactieve website met informatie en een keuzehulp op maat voor mantelzorgers om hun behoeften aan hulp in kaart te brengen. Mantelzorgers en degenen waarvoor zij zorgden waren over het algemeen tevreden met de interventie en rapporteerden signifcant meer vervulde behoeften dan mantelzorgers in de controlegroep (zie tabel 8.1).

Dementiedebaas is een online begeleide zelfhulpcursus voor overbelaste mantelzorgers met als doel het verminderen van klachten en voorkomen van depressie onder deze doelgroep. Deze interventie is ontwikkeld door Stichting Geriant, het Trimbos-instituut en Alzheimer Nederland. 'Dementiedebaas' bestaat uit 9 online modules (psycho-educatie, CGT, POT en assertiviteitstraining). Naar deze interventie is een kosten- en effectiviteitsstudie is uitgevoerd, waarvan de resultaten binnenkort zullen verschijnen (Blom e.a. 2013.. In 2010 heeft 'Dementiedebaas' een internationale prijs gewonnen voor de meest veelbelovende psychosociale interventie voor mensen met dementie (Internationale Alzheimer Conferentie 2010).

Tabel 8.1 Studies preventieve en kortdurende internetinterventies voor mantelzorgers van personen met dementie

Auteur (jaartal)	Doelgroep & Werving & Setting	Interventie & Condities	Aantal Modules	Uitkomstmaten	ES post-treatment
Beauchamp e.a. 2005 *Amerika*	Mantelzorgers voor personen met dementie uit de algemene bevolking (geïndiceerde preventie)	Caregiver's friend vs WL Website met video en tekstmateriaal n=150 vs n=149	3, toegang 30 dagen	CSI, CES-D, STAI-S	Interventie>WL: stress***; self-efficacy*; intentie om steun te zoeken**; depressieve symptomen** en angstklachten*
Brennan e.a. 1995 *Amerika*	Mantelzorgers voor personen met Alzheimer uit de algemene bevolking, support groepen en doorverwezen vanuit de specialistische zorg voor Alzheimerpatiënten (geïndiceerde preventie)	Thuis geïnstalleerd ComputerLink systeem vs geen interventie Digitale encyclopedie, communicatie met andere mantelzorgers en met een verpleegkundige via e-mail en informatiepagina (digitaal prikbord) n=51 vs n=51	4, toegang 1 jaar	Draaglast mantelzorger	Interventie>geen interventie**
Chiu e.a. 2010 *Chinezen in Canada*	Mantelzorgers voor personen met Alzheimer via een non-profit zorgcentrum voor Chinese populatie (geïndiceerde preventie)	E-mailcontact met andere mantelzorgers en met hulpverleners n=31	-	BSFC	NS Frequente gebruikers>niet frequente gebruikers* Frequente gebruikers>non-gebruikers**
Glueckauf e.a. 2004 *Amerika*	Mantelzorgers voor personen met Alzheimer uit algemene bevolking en doorverwezen vanuit specialistische zorg voor Alzheimerpatiënten (geïndiceerde preventie)	AlzOnline Website met lessen via videoconferences, een forum voor lotgenotencontact, een digitale bibliotheek, verwijzingen naar andere instanties en gratis telefoonservice voor consultatie, informatie of doorverwijzing n=21	6, toegang gemiddeld 16 weken	CAI, CSES, SRG	Self-efficacy (CSES)* CAI en SRG: NS, CAI-subschaal subjectieve emotionele last**
Marziali e.a. 2011 *Canada*	Mantelzorgers voor personen met Alzheimer, dementie na hersenbloedingen of Parkinson, doorverwezen vanuit specialistische zorg voor deze patiënten (geïndiceerde preventie)	Beg. online support groep via 10 videoconferences vs forumtoegang + 6 educatieve video's Beide condities hadden toegang tot een informatieve website n=51 vs n=40, niet at random verdeeld over condities	Video: 10x Forum: toegang 6 maanden	CES-D, HSQ-12, SMAF	Video>chat: HSQ subschaal mental health*; SMAF subschaal distress n.a.v. omgaan met fysieke achteruitgang patiënt* Chat>Video: SMAF subschaal distress n.a.v. managen ADL*

Legenda
NS: niet significant; * p<0.05; ** p<0.01; ***; p<0.001; ADL: algemene dagelijkse levensverrichtingen; BSFC: Burden Scale for Family Caregivers; CAI: Caregiver Appraisal Inventory; CES-D: Center for Epidemiologic Studies-Depression; CSES: Caregiving Self-Efficacy Scale; CSI: Caregiver Strain Instrument; ES: effectsize; HSQ-12: Health State Questionnaire; SMAF: Functional Autonomy Measurement System; SRG: Stress-related Growth Scale; STAI-S: State Trait Anxiety Inventory, state gedeelte; WL: wachtlijst

Tabel 8.2 Preventie overbelasting mantelzorgers: overzicht van interventie-aanbod in de praktijk

Naam interventie	Aanbieders (A) Eigenaars (E)	Doel Leeftijd doelgroep	Inhoud internet-interventie CGL Beoordeling[a]	Onderzoek (O) Kosteneffectiviteit-sonderzoek (K) Implementatie (I)	Anonimiteit (A) Toegankelijkheid (T) Kosten cliënt (K) Bekostiging cliënt (V) Bereik (B)[b]
A Universeel/ Selectief					
1.dementiedrenthe.nl	A/E: Netwerk Dementie Drenthe; GGZ Drenthe	Informeren over dementie en de regionale hulpverlening Mensen met dementie, mantelzorgers, betrokkenen en professionals	Informatie en contact met hulpverleners via e-mail en telefoon	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: ZonMw	A: Ja T: Publiekelijk, gericht op Drenthe K: Nee V: GGZ Drenthe
2.alzheimer-nederland.nl	A/E: Alzheimer Nederland	Informeren over dementie en bieden van ondersteuning Mensen met dementie, mantelzorgers, betrokkenen en professionals	Informatie, 24 uur bereikbare telefonische hulplijn, lotgenotenchat, forum, vraag en antwoord via e-mail	O: Nee K: Nee I: Ja	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Alzheimer Nederland
3.geheugensteunpunt.nl	A/E: Stichting Transmurale Zorg Den Haag; zorginstel-ling Florence	Informeren over dementie, bieden van ondersteuning en doorverwijzen Mensen met dementie, mantelzorgers, betrokkenen en professionals	Informatie en contact met hulpverleners via e-mail en telefoon	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: ZonMw	A: Nee T: Publiekelijk, gericht op regio Haaglanden K: Nee V: Stichting Transmurale Zorg Den Haag
4.gezondzorgen.mirro.nl	A/E: Stichting Mirro	Verbeteren mentale weerbaarheid van mantelzorgers	Informatie, zelftest belasting, onbegeleide PP, ACT, CGT, MF zelfhulp-module	O: Ongecontroleerde trial effecten zelfhulp-module in uitvoering[c] Observatiestudie gebruikers in uitvoering[c] K: Nee I: Ja Financier onderzoek: Achmea	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee B: 1.000 unieke bezoekers 14 maart 2013- 28 maart 2013
5.intodementia.nl	A/E: De Wever (ouderen-zorg); adviesburo Minase	Informeren over dementie Betrokkenen van mensen met dementie en professionals	Simulatietraining die symptomen van de-mentie nabootst	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: Innovatie Acties Brabant, VWS, MidPoint Brabant, Fonds Sluyterman van Loo	A: Nee T: Publiekelijk K: Afhankelijk van groep/werk (Prijs mantelzorgers individuele beleving+ groepsbijeenkomst €240,00)
6.jongdementerend.nl	A/E: Alzheimer Nederland	Informeren over dementie en bieden van ondersteuning Mensen met dementie op jonge leeftijd, mantelzorgers en professionals	Informatie, forum[d]	O: Nee K: Nee I: Ja Financier ontwikkeling: Alzheimer NL	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Alzheimer Nederland
7.zorgvoorjeouders.nl	A/E: Instituut voor Verant-woord Medicijn gebruik	Verbeteren van de gezondheid van alloch-tone ouderen Mantelzorgers van allochtone ouderen	Informatie, overzicht zorgaanbod, contact via e-mail en telefoon	O: Nee K: Onbekend I: Ja Financier ontwikkeling: ZonMw	A: Ja T: Publiekelijk K: Nee V: Fondsen; bedrijfsleven; zorgverzekeraar
B Geïndiceerd					
1.dementiedebaas.nl	A/E: Stichting Geriant; Trimbos-instituut; Alzheimer Nederland	Ondersteunen bij mantelzorg, verminderen van belasting en depressieve klachten Mantelzorgers van mensen met dementie	Psycho-educatie, zelftest belasting, 9 begeleide CGT zelfhulp-modules	O: RCT[1,e] K: Ja[e] I: Ja Financier onderzoek: ZonMw	A: Nee T: Publiekelijk K: Eigen bijdrage €50 V: Diverse zorgverzekeraars

Legenda
ACT: acceptance and commitment therapy; CGT: cognitieve gedragstherapie; MF: mindfulness; PP: positieve psychologie; RCT: randomized controlled trial. a. Alleen genoemd wanneer interventie beoordeeld is door Centrum Gezond Leven; b. Bereik alleen genoemd voor zover bekend. Weergegeven bezoekersaantallen zijn geen unieke bezoekers tenzij specifiek vermeld; c. Vrije Universiteit Amsterdam, drs R. Kenter; d. Website is in ontwikkeling; e. Trimbos-instituut, prof. dr. A. M. Pot, onderzoek is uitgevoerd resultaten zijn nog niet gepubliceerd. **Referentie:** 1. Blom, M. M., Bosmans, J. E., Cuijpers, P., Zarit, S. H. & Pot, A. M. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of an internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 13,* 17.

8.4 Aanbod

Het Nederlandse aanbod van online preventieve interventies voor mantelzorgers van mensen met dementie is vooral universeel en selectief van aard (zie tabel 8.2). Het merendeel van deze interventies biedt psycho-educatie, lotgenotencontact en informatie over hulpverlenende instanties. De doelgroepen bestaan uit mantelzorgers, mensen met dementie en professionals. De websites 'geheugensteunpunt.nl' (Florence, regio Haaglanden) en 'dementiedrente.nl' (gemeente Drenthe) zijn beiden gericht op regionale doelgroepen. De ontwikkeling van deze interventies is gefinancierd vanuit ZonMw. Alzheimer Nederland biedt landelijke preventieve websites aan en een site speciaal gericht op jong dementerenden (onder de 65 jaar). Deze website is recent gelanceerd.
Een innovatieve interventie is 'Intodementia' (zie tabel 8.2). Deze interventie biedt niet alleen informatie over dementie maar maakt het via simulatie mogelijk om zelf te ervaren hoe cognitief verwarrend mensen met dementie hun omgeving en zichzelf waarnemen. Mantelzorgers behoren tot de doelgroep van deze interventie.
Zorgvoorjeouders richt zich op mantelzorgers met verschillende etnische achtergronden. Deze voorlichtingssite is niet specifiek gericht op mantelzorgers van mensen met dementie maar biedt wel inzicht in psychische problematiek van oudere migrantengroepen.

Naar het bovenstaande aanbod is geen onderzoek uitgevoerd. Een uitzondering hierop vormt 'Gezondzorgen' van Stichting Mirro waar op dit moment een pilot-onderzoek naar loopt. 'Gezondzorgen' is een (geïndiceerde) onbegeleide zelfhulpinterventie voor het vergroten van de mentale vitaliteit van mantelzorgers. Deze interventies biedt een 'belastingstest' en een zelfhulpmodule die gebaseerd is op onder meer CGT en probleemoplossende technieken. 'Dementiedebaas' is reeds besproken in sectie 8.3. Dit is de enige begeleide zelfhulp interventie in het aanbod en wordt aangeboden door Stichting Geriant. De kosten hiervoor worden door diverse zorgverzekeringen vergoed. Naar verwachting zijn de resultaten van het onderzoek veelbelovend voor wat betreft klinische en kosteneffectiviteit.

8.5 Samenvatting en aanbevelingen

Het preventie-aanbod voor mantelzorgers van dementerende via internet is vooral universeel en selectief van aard. Dit aanbod wordt zowel regionaal als nationaal aangeboden. Naar dit aanbod is in Nederland geen effect- of proces-evaluatief onderzoek uitgevoerd of gepubliceerd. Ook over het bereik hiervan wordt nauwelijks gerapporteerd. Daarentegen voorzien deze interventies wel in de behoeften aan informatie en ondersteuning zoals aangegeven door mantelzorgers in verschillende behoeftepeilingen. Het wetenschappelijk onderzoek heeft zich met name gericht op de effectiviteit van geïndiceerde preventie. Dit onderzoek toont voorzichtig aan dat online preventieve interventies een positieve bijdrage kunnen leveren aan het verminderen van overbelasting van mantelzorgers. Deze overbelasting is onderzocht met verschillende uitkomstmaten zoals depressie, stress, 'mastery' en somatische klachten. Robuuste conclusies kunnen we hier overigens nog niet uit trekken. Het onderzoek betrof vooral open-studies en slechts twee pilot RCT's met een (te) klein aantal deelnemers. De resultaten van een Nederlandse RCT's worden binnenkort gepubliceerd. Eveneens zijn er nog geen economische studies naar de kosteneffectiviteit van online preventieve interventies uitgevoerd. Onderstaande tabel 8.3 biedt een overzicht van de status van de effectiviteit en het aanbod voor mantelzorgers en vormt het uitgangspunt voor de aanbevelingen die daarop volgen.

Tabel 8.3. Overzicht effectiviteit en Nederlands aanbod van preventieve interventies via internet voor mantelzorgers van dementerenden

		Universele preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie
Volwassenen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja	? effectiviteit onbekend + aanbod: ja	😐 effectiviteit veelbelovend + aanbod: ja (beperkt)
	werk-setting	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	nvt
	eerstelijn	nvt		😐 effectiviteit veelbelovend + aanbod: ja (beperkt)
Ouderen	algemeen publiek	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod	? effectiviteit onbekend — geen aanbod

Aanbevelingen

Op basis van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten concluderen we echter wel dat preventie via internet voor mantelzorgers van mensen met dementie veelbelovend en haalbaar is.

- Nader onderzoek naar de klinische en kosteneffectiviteit van zowel universele, selectieve en geïndiceerde online preventie voor mantelzorgers is nodig om robuuste uitspraken te kunnen doen over de werkzaamheid hiervan. Dit betreft zowel de onbegeleide als begeleide zelfhulpvarianten.
- Gebruik van verschillende begeleidingsvormen kan voorzien in het op maat aanleveren van ondersteuning aan mantelzorgers. Naast het gebruik van asynchroon email contact en telefonische ondersteuning laten buitenlandse studies positieve resultaten met beeldbellen via internet zien.
- Onderzoek naar de mogelijkheden van online preventie voor specifieke doelgroepen zoals mantelzorgers van Turkse en Marokkaanse ouderen verdient nadere verkenning. Het aantal dementerenden onder deze migrantengroepen zal de komende jaren stijgen. De zorg voor deze ouderen kent zowel overeenkomsten als verschillen met autochtonen groepen. Buitenlands interventieonderzoek toont aan dat mantelzorgers van migranten baat hebben bij deels specifieke informatie en ondersteuning. Hiervoor kan mogelijkerwijs aansluiting worden gevonden bij de 'zorgvoorjeouders' interventie (zie tabel 8.2).
- Behoefteanalyses onder mantelzorgers geven aan dat zij vooral behoeften hebben aan adequate informatie over dementie, hulpverleningsmogelijkheden, lotgenotencontact en inzicht in hoe overbelasting te kunnen voorkomen. Aansluiting bij mentale vitaliteitsinterventies biedt hiertoe een goede optie mede omdat mantelzorgers bij overbelasting een grote kans hebben op een breed scala aan klachten. Aangezien het aantal mantelzorgers, net als het aantal mensen met dementie, zal toenemen is meer onderzoek en een breder aanbod van preventieve interventies vanuit maatschappelijk en economisch oogpunt van belang.
- Het verdient eveneens aanbeveling om de mogelijkheden tot online ondersteuning van mantelzorgers aan te laten sluiten op programma's die zich richten op ouderen met behulp van innovatieve ICT technologieën zoals Ambient Assisted Living programma's (AAL). Het doel van Ambient Assisted Living is om met behulp van ICT innovaties de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren en hen in staat te stellen zo lang mogelijk zelfstandig te wonen.

Referenties

Alzheimer Nederland. (2012). *Cijfers en feiten over dementie.* Den Haag: Alzheimer Nederland.

Alzheimer Nederland & Vilans. (2012). *Zorgstandaard dementie.* Beschikbaar via: http://www.vilans.nl/docs/producten/Definitief%20concept%20Zorgstandaard%20Dementie%20mei%202012.pdf

Bass, D. M., McClendon, M. J., Brennan, P. F., & McCarthy, C. (1998). The buffering effect of a computer support network on caregiver strain. *Journal of Aging and Health*, *10*(1), 20-43.

Beauchamp, N., Irvine, A. B., Seeley, J., & Johnson, B. (2005). Worksite-based Internet multimedia program for family caregivers of persons with dementia. *The Gerontologist*, *45*(6), 793-801.

Blom, M. M., Bosmans, J. E., Cuijpers, P., Zarit, S. H., & Pot, A. M. (2013). Effectiveness and cost-effectiveness of an Internet intervention for family caregivers of people with dementia: design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 13,* e17.

Boer A. de, Broese-van Groenou, M., & Timmermans, J. (2009). *Mantelzorg. Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Brennan, P. F., Moore, S. M., & Smyth, K. A. (1995). The effects of a special computer network on caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nursing Research, 44*(3), 166-172.

Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(2), 217-228.

Chiu, T., Marziali, E., Colantonio, A., Carswell, A., Gruneir, M., Tang, M., & Eysenbach, G. (2009). Internet-based caregiver support for chinese canadians taking care of a family member with alzheimer disease and related dementia. *Canadian Journal on Aging*, *28*(4), 323-336.

Cooper, C., Katona, C., Orrell, M., & Livingston, G. (2008). Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(9), 929-936.

Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging & Mental Health*, *9*(4), 325-330.

Dorsselaer, S. van, Graaf, R. de, Have, M. ten, Verdurmen, J., Land, H. van 't, & Vollebergh, W. (2007). *Het verlenen van mantelzorg en het verband met psychische stoornissen. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Dyer, E. A., Kansagara, D., McInnes, D. K., Freeman, M., & Woods, S. (2012). *Mobile applications and Internet-based approaches for supporting non-professional caregivers: a systematic review.* Washington DC: Department of Veterans Affairs.

Finkel, S., Czaja, S. J., Schulz, R., Martinovich, Z., Harris, C., & Pezzuto, D. (2007). E-care: a telecommunications technology intervention for family caregivers of dementia patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15(*5), 443-448.

Glueckauf, R. L., Davis, W. S., Willis, F., Sharma, D., Gustafson, D. J., Hayes, J., ... & Springer, J. (2012). Telephone-based, cognitive-behavioral therapy for African American dementia caregivers with depression: Initial findings. *Rehabilitation Psychology*, *57*(2), 124-139.

Glueckauf, R. L., Ketterson, T. U., Loomis, J. S., & Dages, P. (2004). Online support and education for dementia caregivers: overview, utilization, and initial program evaluation. *Telemedicine Journal & E-Health*, *10*(2), 223-232.

Gommer, A. M., Hoeymans, N., & Poos, M. J. J. C. (2010). Ziektelast in DALY's: Wat is de ziektelast in Nederland? In *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM. Beschikbaar via: http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/ziektelast-in-daly-s/wat-is-de-bijdrage-van-risicofactoren/

Hollander, A. E. M. de, Hoeymans, N., Melse, J. M., Oers, J. A. M. van, & Polder, J.J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid toekomst verkenning 2006.* Bilthoven: RIVM.

Joling, K. J., Hout, H. van, Schellevis, F., Horst, H. van der, Scheltens, P., Knol, D., & Marwijk, H. van (2010). Depressie en angst bij partners van dementiepatiënten. *Huisarts en Wetenschap*, *53*(8), 420-424.

Joling, K. J., Smit, F., Marwijk, H. W. van, Horst, H. E. van der , Scheltens, P., Schulz, R., & Hout, H. P. van (2012). Identifying target groups for the prevention of depression among caregivers of dementia patients. *International Psychogeriatrics, 24*(2), 298-306.

Kabinet-Rutte-Asscher. (2012). *Bruggenslaan. Regeerakkoord VVD en PvdA.* Geraadpleegd op http://www.kabinetsformatie2012.nl/actueel/documenten/regeerakkoord.html

Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L. T., ... & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine, 32*(6), 959-976.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Mann-Poll, P. S., Lange, J. de, & Pot, A. M. (2007). E-mental health interventies voor mantelzorgers van ouderen: een overzicht. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 38*(6), 242-254.

Marziali, E., & Donahue, P. (2006). Caring for others: Internet video-conferencing group intervention for family caregivers of older adults with neurodegenerative disease. *The Gerontologist*, *46*(3), 398-403.

Nivel. (2012). *Dementiemonitor Mantelzorg*. Utrecht: Nivel.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(1), 2-21.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Witch interventions work an how large are their effects? *International Psychogeriatrics, 18*(4), 577-595.

Ridder, D. T. D. de, & Heck, G. L. (1999). *Coping inventory for stressful situations: CISS handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.

Roest, H. G. van der, Meiland, F. J., Jonker, C., & Dröes, R. M. (2010). User evaluation of the DEMentia-specific Digital Interactive Social Chart (DEM-DISC). A pilot study among informal carers on its impact, user friendliness and, usefulness. *Aging & Mental Health*, *14*(4), 461-470.

The Ambient Assisted Living (AAL) Joint Programme. *Our projects*. Beschikbaar via: http://www.aal-europe.eu

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129*(6), 946-972.

Warmerdam, L., Smit, F., Straten, A. van, Riper, H., & Cuijpers, P. (2010). Cost-utility and cost-effectiveness of internet-based treatment for adults with depressive symptoms: randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, *12*(5), e53.

Hoofdstuk 9

Screening via internet voor psychische problemen

9.1 Introductie

Een belangrijk startpunt bij preventieve interventies via internet is het online screenen op psychische klachten. Online screeningsinstrumenten hebben als doel een indicatie te geven van het type psychische klacht en de ernst daarvan. Er wordt geen diagnose mee vastgesteld. Bij internetinterventies vult een potentiële deelnemer deze vragenlijsten zelf in. Gebaseerd op de uitslag van deze vragenlijsten krijgt de deelnemer inzicht in zijn psychische klachten en bijvoorbeeld informatie over passende hulp. Dit kan een internetinterventie zijn maar ook een doorverwijzing naar een huisarts. Deze doorverwijzing kan met of zonder tussenkomst van een hulpverlener worden gedaan. Online screeningsinstrumenten worden ook toegepast door onderzoekers en professionals in de klinische praktijk om te testen of mensen geschikt zijn voor deelname aan een bepaalde interventie. Sommige internetinterventies zijn bijvoorbeeld niet geschikt voor mensen met te ernstige psychische klachten, maar ook niet als hun klachten te licht van aard zijn. Online screeningsinstrumenten bestaan vaak uit meerdere items en resulteren in een totaalscore. Deze score kan een indicatie geven van de ernst van de klachten en bepaalde afkappunten kunnen aangeven of iemand mogelijk een subklinische of full-blown psychische stoornis heeft. Soms worden ook kortere instrumenten gebruikt. Deze instrumenten voorzien alleen in een eerste indicatie of iemand mogelijk wel of geen stoornis heeft (zie bijvoorbeeld Donker e.a. 2009, 2011).

9.2 Wetenschappelijke onderbouwing

Een belangrijk criterium voor de toepasbaarheid van online screeningsinstrumenten is hun validiteit, dat wil zeggen dat ze meten wat ze moeten meten. De meeste online screeningsinstrumenten zijn oorspronkelijk ontwikkeld als papieren vragenlijsten. Vaak worden deze vragenlijsten online gezet zonder de validiteit te toetsen voor gebruik via internet. Dit kan hun validiteit beperken, omdat de psychometrische eigenschappen en de normering van de vragenlijst hierdoor kunnen veranderen (Cuijpers e.a. 2008; Donker e.a. 2011; Austin e.a. 2006; Whitehead, 2011). Om dit probleem te overkomen hebben enkele studies dergelijke instrumenten opnieuw gevalideerd, zoals voor depressie (Cuijpers e.a. 2008; Donker e.a. 2010; Spek e.a. 2007; De Graaf & Huibers, 2009), gegeneraliseerde angststoornis (Donker e.a. 2011), paniekstoornis (Carlbring e.a. 2007) en sociale angst (Hedman e.a. 2010). Een verschil in normering en afkappunten tussen online en papieren versies van instrumenten kan onder andere te maken hebben met de anonimiteit van het internet, waardoor deelnemers misschien eerlijker zijn in het beantwoorden van de vragen en minder geneigd zijn tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden.
Enkele online screening instrumenten voor veelvoorkomende psychische problemen zijn speciaal ontwikkeld en gevalideerd voor afname via internet, zoals de Web Screening Questionnaire (WSQ; Donker

e.a. 2009) en de Internet-based Self-assessment Program for Depression (Lin e.a. 2007). Deze instrumenten zijn redelijk valide (Donker e.a. 2009; Lin e.a. 2007). Instrumenten die speciaal ontwikkeld zijn voor gebruik via internet kunnen gebruik maken van de extra mogelijkheden die internet biedt, zoals 'adaptief testen'. Bij adaptief testen past de vragenlijst zich aan de antwoorden van de deelnemer aan. Iemand krijgt bijvoorbeeld alleen aanvullende vragen over de ernst van depressieve klachten indien hij eerder heeft aangegeven daar last van te hebben (zie Lin e.a. 2007). Hierdoor hoeft een deelnemer geen onnodige vragen te beantwoorden wat scheelt in tijd en belasting voor zowel de deelnemers als de analisten (zie bijv. Lin e.a. 2007). Daarnaast faciliteert internet en het gebruik van geluid, plaatjes en animaties bij vragenlijsten wat de aantrekkelijkheid en duidelijkheid hiervan voor deelnemers verhoogt (Van Ballegooijen e.a. 2012).

9.3 Nederlands aanbod en onderzoek

Meerdere Nederlandstalige online screening instrumenten zijn onderzocht op validiteit, zie tabel 9.1. Voor jongeren zijn de Major Depression Inventory (MDI) en Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) gevalideerd. Beide instrumenten bleken goede psychometrische eigenschappen te bezitten voor het meten van depressie (Cuijpers e.a. 2008). Voor volwassenen zijn instrumenten onderzocht voor gegeneraliseerde angststoornis (Donker e.a. 2011), agorafobie (Van Ballegooijen e.a. 2012) en depressie (Cuijpers e.a. 2008; Donker e.a. 2010; Spek e.a. 2007; De Graaf & Huibers, 2009). Ook

tabel 9.1 Online screeners voor psychische aandoeningen

Sceener	Aanbieders	Leeftijd	Info screener	Betrouwbaarheid/ validiteit	Onderzoek (O) Financier (F)
Major Depression Inventory (MDI)	VU Amsterdam (vakgroep Klinische psychologie)	14-16	10-item online vragenlijst voor depressie	Cronbach's α 0,88	O: Valideringsonderzoek F: VU Amsterdam
Center for Epidemiological Studies Depression scale (CESD)	VU Amsterdam (vakgroep Klinische psychologie)	14-16	20-item online vragenlijst voor depressie	Cronbach's α 0.93	O:Valideringsonderzoek F: VU Amsterdam
Center for Epidemiological Studies Depression scale (CESD)	VU Amsterdam (vakgroep Klinische psychologie)	18+	20-item online vragenlijst voor depressie	Cronbach's α 0.90	O:Valideringsonderzoek F: VU Amsterdam
Kessler Psychological Distress Scale (K10)	VU Amsterdam (vakgroep Klinische psychologie)	18+	10-item online vragenlijst voor depressie	Cronbach's α 0.90	O:Valideringsonderzoek F: VU Amsterdam
Edingburgh Depression Scale (EDS)	Universiteit van Tilburg	18+	10-item online vragenlijst voor depressie	Cronbach's α 0.87	O:Valideringsonderzoek F: ZonMw
Diagnostic Inventory for Depression (DID)	Universiteit van Maastricht	18+	38-item online vragenlijst voor depressie	Cronbach's α 0,93, 0,89 en 0,93 voor respectievelijk de ernstschaal, de psychosociaal-functionerenschaal en de kwaliteit-van-leven-schaal.	O:Valideringsonderzoek
Webscreener for common mental disorders (WSQ) www.webscreeningquestionnaire.org Binnenkort beschikbaar als APP	VU Amsterdam (vakgroep Klinische Psychologie) / aangeboden via Prezens, PrimQuest, en Menzis	18+	15-item online vragenlijst voor depressie, diverse angststoornissen, alcohol en suïcide. Doel: verwijzing naar de juiste online zelfhulpmodule	Validiteit: Sensitivity 0.72 - 1.00 Specificity 0.44 - 0.77	O: Valideringsonderzoek F: VU Amsterdam
Visual Screener for Common Mental Disorders (VS-CMD),	Trimbos Instituut	18+	Onderdeel: Single item online visueel screenings instrument voor agorafobie	Validiteit: Sensitivity: 0.81 Specifity: 0.66	O: VU/ Valideringsonderzoek F: VU Amsterdam
Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	VU Amsterdam (vakgroep Klinische psychologie)	18+	7-item online vragenlijst voor gegeneraliseerde angst stoornis	Cronbach's α 0.86	O: Valideringsonderzoek F: VU Amsterdam

is de Web Screening Questionnaire onderzocht (WSQ; Donker e.a. 2009). De WSQ bestaat uit 15 items en meet meerdere angststoornissen, depressie, alcoholmisbruik en suïcide ideatie. Elke stoornis wordt gemeten aan de hand van 1 tot 2 items. Ook het onderzoek naar de Visual Screener for Common Mental disorders (VS-CMD, Van Ballegooijen e.a. 2012) beschrijft screening voor agorafobie aan de hand van 1 item. De WSQ en de VS-CMD hebben over het algemeen minder goede psychometrische eigenschappen dan uitgebreidere vragenlijsten (Donker e.a. 2009; Donker e.a. 2010), maar hebben als voordeel dat deelnemers minder tijd nodig hebben om deze in te vullen. Na het invullen van de WSQ krijgen deelnemers bij positieve scores vervolgens achterliggende online vragenlijsten aangeboden zoals de CES-D. De WSQ wordt in Nederland voor onderzoek gebruikt en toegepast in de GGZ praktijk.

9.4 Samenvatting en aanbevelingen

Zoals blijkt uit tabel 9.1 is het aanbod van specifieke gevalideerde online screeningsinstrumenten voor psychische stoornissen nog beperkt. Voor zowel jongeren als volwassenen is het aanbod aan gevalideerde online screeningsinstrumenten grotendeels beperkt tot depressie. Voor andere stoornissen moeten er nog specifieke online instrumenten ontwikkeld en/of onderzocht worden op betrouwbaarheid en validiteit. Het is mogelijk om bestaande gevalideerde papieren vragenlijsten aan te passen en te valideren voor online gebruik, maar beter is nog nieuwe instrumenten te ontwikkelen voor afname via internet, waarbij gebruik kan worden gemaakt van interactieve mogelijkheden. Deze laatste kunnen als voordeel hebben dat het beantwoorden van vragen aantrekkelijker wordt voor deelnemers waardoor (gedeeltelijke) uitval mogelijk beperkt kan worden.

De bruikbaarheid van online screening kan verbeterd worden door adaptief testen, het gebruik van andere communicatiemiddelen dan geschreven tekst en screening en monitoren via mobiele telefoons (zie ook hoofdstuk 11 over innovatieve toepassingen). Een screeningsinstrument met een minimum aan tekst en toevoeging van geluid en plaatjes of animaties kan ook goed toepasbaar zijn bij mensen die slecht kunnen lezen of de taal onvoldoende beheersen om de geschreven vragen te begrijpen. Toekomstig onderzoek kan zich richten op online screeningsinstrumenten voor specifieke doelgroepen, zoals jongeren, ouderen, allochtonen of gehandicapten.

Referenties

Austin, D. W., Carlbring, P., Richards, J. C., & Andersson, G. (2006). Internet administration of three commonly used questionnaires in panic research: equivalence to paper administration in Australian and Swedish samples of people with panic disorder. *International Journal of Testing, 6*(1), 25-39.

Ballegooijen, W. van, Riper, H., Donker, T., Martin Abello, K, Marks, I. & Cuijpers, P. (2012). Single-item screening for agoraphobic symptoms: validation of a web-based audiovisual screening instrument. *PloS ONE, 7*(7), e38480.

Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L. G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior, 23*(3), 1421-1434.

Cuijpers, P., Boluijt, P., & Straten, A. van (2008). Screening of depression in adolescents through the Internet: sensitivity and specificity of two screening questionnaires. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*(1), 32-38.

Donker, T., Straten, A. van, Marks, I., & Cuijpers, P. (2009). A brief Web-based screening questionnaire for common mental disorders: development and validation. *Journal of Medical Internet Research, 11*(3), e19.

Donker, T., Straten, A. van, Marks, I., & Cuijpers, P. (2010). Brief self-rated screening for depression on the Internet. *Journal of Affective Disorders, 122*(3)*,* 253–259.

Donker, T., Straten, A. van, Marks, I., & Cuijpers, P. (2011). Quick and easy self-rating of Generalized Anxiety Disorder: validity of the Dutch web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI. *Psychiatry Research, 188*(1), 58-64.

Graaf, L. de & Huibers, J. H. (2009). Introductie van de Diagnostic Inventory for Depression in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 51(9),* 675-686.

Hedman, E., Ljótsson, B., Rück, C., Furmark, T., Carlbring, P., Lindefors, N., & Andersson, G. (2010). Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: a psychometric evaluation. *Computers in Human Behavior, 26*(4), 736-740.

Kuntsche, E., & Labhart, F. (2013). Using personal cell phones for ecological momentary assessment: an overview of current developments. *European Psychologist, 18(1),* 3–11.

Lin, C. C., Bai, Y. M., Liu, C. Y., Hsiao, M. C., Chen, J. Y., Tsai, S. J., ... & Li, Y. C. (2007). Web-based tools can be used reliably to detect patients with major depressive disorder and subsyndromal depressive symptoms. BMC psychiatry, 7(1), 12-21.

Spek, V., Nyklíček, I., Cuijpers, P., & Pop, V. (2007). Internet administration of the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Affective Disorders, 106*(3)*,* 301–305.

Whitehead, L. (2011). Methodological issues in Internet-mediated research: a randomized comparison of Internet versus mailed questionnaires. *Journal of Medical Internet Research, 13*(4), e109.

Hoofdstuk 10

Kwaliteitsinstrumenten voor internetinterventies

10.1 Introductie

Het aantal preventieve internetinterventies groeit gestaag zoals onder meer blijkt uit deze kennissynthese. In deze kennissynthese hebben we ons beperkt tot interventies die op de een of andere wijze geregistreerd of kenbaar zijn (zie hoofdstuk 2). Daarnaast zijn er nog veel meer formele en informele informatiepagina's en websites die direct of indirect preventie van psychische problematiek nastreven. Wanneer men bijvoorbeeld via Google naar 'preventie van depressie via internet' zoekt, levert dit al gauw meer dan 130.000 hits op. Websites met informatie over psychische problemen zijn dus makkelijk te vinden. Voor de internetgebruiker is het echter vaak lastig de betrouwbare websites van de onbetrouwbaren te onderscheiden. Dit geldt zowel mensen die actief op zoek zijn naar hulp, als voor professionals die hier naar toe willen doorverwijzen of mee aan de slag willen én voor allerlei overige geïnteresseerden. De onderzoekers die dit rapport samenstelden liepen in de inventarisatiefase tegen soortgelijke problemen aan. Het bleek bijvoorbeeld vaak uitermate lastig om te achterhalen wie nu de aanbieder was, bij wie men voor vragen terecht kon en of het een bewezen effectieve, betaalbare en betrouwbare interventie betrof. Bovendien blijken veel websites met gezondheidsinformatie voor marketings-doeleinden aangeboden te worden (zie Labovitch e.a. 2006). Het is dus voor gebruikers en zorgaanbieders niet meteen duidelijk welke interventie kwalitatief het beste is of wetenschappelijk het best onderbouwd.
Deze problemen leidden in de kennissynthese uit 2007 tot de aanbeveling om instrumenten te ontwikkelen en implementeren waarmee gebruikers de kwaliteit van het online aanbod kunnen toetsen. Zo zijn er inmiddels een aantal initiatieven om websites en online interventies een kwaliteitskeurmerk te geven, dat wil zeggen dat het aanbod wordt beoordeeld door een onafhankelijke partij. Goed beoordeelde websites of interventies kunnen vervolgens in een database worden opgenomen, of er kan een icoon van het keurmerk worden geplaatst op de website. Hieronder bespreken we drie kwaliteitsinstrumenten.

10.2 Aanbod van Nederlandse kwaliteitsinstrumenten

In Nederland zijn er drie specifieke instrumenten beschikbaar voor het vaststellen van de kwaliteit online interventies voor psychische problemen (Tabel 10.1). 'ZegelGezond' is een keurmerk voor websites met informatie over gezondheid. 'Onlinehulpstempel' is een keurmerk voor online interventies voor psychische problemen. Beide keurmerken zijn voornamelijk bedoeld voor hulpzoekers en verwijzers. Loketgezondleven.nl richt zich vooral op zorgaanbieders en onderzoekers. Het Loket Gezond Leven bevat onder andere een database met online en offline interventies op het gebied van gezondheid. De wetenschappelijke onderbouwing van deze interventies is beoordeeld door een erkenningscom-

missie. Deze database hebben wij onder andere gebruikt voor onze inventarisatie van het aanbod (zie ook hoofdstuk 2). Hieronder worden deze drie instrumenten afzonderlijk beschreven.

ZegelGezond

ZegelGezond maakt voor een groot publiek inzichtelijk welke websites met publieksinformatie over gezondheid en ziekte voor persoonlijk gebruik waardevol zijn en neemt die websites op in een zoekmachine ("ZegelGezond", 2013). Zodoende is deze informatie snel en gemakkelijk vindbaar. ZegelGezond ondersteunt hiermee gebruikers bij het herkennen van betrouwbare en waardevolle gezondheidsinformatie en stelt ze zo in staat zelf in te schatten welke informatie geschikt voor hen. Elke beoordeling wordt uitgevoerd door drie aanbieders van online informatie die ook deelnemen aan ZegelGezond. Zegelgezond werkt dus mede op basis van 'peer-review'. Bij een positieve beoordeling, mag het icoon van ZegelGezond op de website worden geplaatst. Vervolgens kunnen ook gebruikers ('publieksexperts') en professionals ('vak-experts') een oordeel geven, wat resulteert in twee rapportcijfers. Inmiddels voeren bijna 60 websites het Zegelgezond predicaat, waaronder de websites van een aantal zorgverzekeraars. Het project is mede mogelijk gemaakt door het Innovatiefonds van Zorgverzekeraars en wordt eveneens bekostigd door deelnemende organisaties.

Onlinehulpstempel

Een keurmerk specifiek voor online interventies voor psychische problemen is het Onlinehulpstempel. Dit keurmerk beoogt ervoor te zorgen dat de gebruiker in één oogopslag kan zien of een bepaald online hulpaanbod betrouwbaar is of niet ("Onlinehulpstempel", 2013). Interventies worden beoordeeld op effectiviteit, transparantie, gebruikersvriendelijkheid en techniek. Een zorgaanbieder die een interventie wil indienen vult eerst een vragenlijst in. Op de vragenlijst volgt automatische feedback. Na verwerking van de feedback, wordt de ingevulde vragenlijst beoordeeld door twee experts. Dit zijn professionals die werkzaam zijn in de GGZ en expertise hebben op het gebied van online hulpverlening. De interventie krijgt het Onlinehulpstempel bij twee positieve beoordelingen. Vervolgens kunnen deelnemers ook een beoordeling geven. Het Onlinehulpstempel is op 1 november 2012 gelanceerd. Op dit moment zijn er nog geen interventies beoordeeld. Dit keurmerk is ontwikkeld door het Trimbos-instituut, in samenwerking met GGZ instellingen en de ontwikkeling hiervan is gefinancierd door het ministerie van VWS. Aan het verkrijgen van dit keurmerk zijn kosten verbonden.

Loketgezondleven

Op Loketgezondleven.nl staat een database met interventies op het gebied van meerdere gezondheidsonderwerpen. Deze interventies zijn beoordeeld door de Erkenningscommissie Interventies, met als doel het voor zorgaanbieders inzichtelijk te maken welke interventies theoretisch goed zijn onderbouwd of bewezen effectief zijn. De Erkenningscommissie is een initiatief van het Ministerie van VWS en staat onder toezicht van het Nederlands Jeugdinstituut, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en het RIVM Centrum Gezond Leven. De database bevat voornamelijk offline interventies, maar in toenemende mate worden ook online interventies ingediend ter beoordeling. De eigenaar van een interventie kan deze indienen ter beoordeling, waarbij een uitgebreid werkblad moet worden ingevuld. De Erkenningscommissie kent vervolgens één van de volgende drie niveaus toe aan een ingediende interventie: theoretisch goed onderbouwd (I), waarschijnlijk effectief (II) en bewezen effectief (II). Elk niveau heeft duidelijke criteria en is trapsgewijs opgebouwd, dat wil zeggen dat elk hoger niveau de criteria van de onderliggende niveaus bevat en daar een aantal criteria aan toevoegt. Er is ook een opstapniveau, namelijk goed beschreven (0), welke niet wordt toegekend door de Erkenningscommissie maar door praktijkprofessionals. Een beoordeling van de Erkenningscommissie is vijf jaar geldig. Het opstapniveau is twee jaar geldig. Er zijn geen kosten verbonden aan een beoordeling.

Het aantal internet-interventies dat voorgelegd zijn aan het Loketgezondleven is vooralsnog gering zoals blijkt uit de resultaten van deze kennissynthese (minder dan 5%).

10.3 Aanbeveling

Het dient aanbeveling om de implementatie van deze instrumenten te versterken. Deze instrumenten kunnen allen dienen als hulpmiddel om de kwaliteit en betrouwbaarheid van online interventies vast te stellen en richten zich op uiteenlopende gebruikers voor interventie-deelnemers, professionals, onderzoekers en zorgverzekeraars.

Referenties

Labovitch, R.S., Bozic, K.J. & Hansen, E. (2006). An evaluation of information available on the internet regarding minimally invasive hip arthroplasty. *Journal of Arthroplasty, 21(1)*, 1-5.

Loket Gezond Leven (2013). Interventies. Beschikbaar via: http://www.loketgezondleven.nl

Onlinehulpstempel (2013). Veelgestelde vragen. Beschikbaar via: https://www.onlinehulpstempel.nl

Zegel Gezond Nederland (2013). Wat is Zegelgezond? Beschikbaar via: http://www.zegelgezond.nl

Hoofdstuk 11
Innovatieve ontwikkelingen

11.1 Introductie

Preventie van psychische problemen via innovatieve digitale media is onomkeerbaar (Sorbi en Riper 2009). Ondanks de vele uitdagingen waar nog een antwoord op zal moeten worden gevonden, gaat de digitalisering van de preventiepraktijk sneller dan menigeen nu nog voor mogelijk houdt. In hoofdstuk 3 t/m 8 is het aanbod en de effectiviteit besproken van preventie via internet en PC. Een deel hiervan zal in de toekomst echter aangeboden worden via smartphones en tablets. Face-to-face preventie zal naar het er nu naar uit ziet geheel of gedeeltelijk, vervangen gaan worden door een gevarieerd online aanbod.
Het onderzoek naar de klinische toepasbaarheid en (kosten)effectiviteit van deze innovatieve digitale preventie is echter nog maar net gestart. Het ligt buiten het bestek van deze kennissynthese om deze hier uitgebreid te bespreken. Toch willen proberen een tipje van de sluier oplichten. In dit hoofdstuk bespreken we drie van deze innovatieve trends in detail: (11.2) het gebruik van smartphones; (11.3) toepassingen van 'ecological momentary assessment' voor aanbod en onderzoek en (11.4) serious gaming. We eindigen dit hoofdstuk met een samenvatting en aanbevelingen (11.5).

11.2 Smartphones, apps en tablets voor preventie van psychische aandoeningen

Een belangrijke recente ontwikkeling is het gebruik van mobiele technologieën voor preventie en behandeling van gezondheidsproblemen. Bijna iedereen in Nederland bezit een mobiele telefoon en in toenemende mate ook een smartphone met internettoegang. De dekkingsgraad van deze telefoons is zelfs hoger dan die van PC's. Ook de belangstelling voor tablets zoals de iPad groeit, met name onder ouderen (Intomart GFK, 2012). Het bereik van preventie kan vergroot worden door slim gebruik te maken van de vele toepassingsmogelijkheden die deze mobiele technologieën bieden (Prociow & Crowe, 2010). Men spreekt hier ook wel van 'mobile health' of 'mHealth' waarmee aangegeven wordt dat het mogelijk is om preventie en behandeling te leveren ongeacht waar de ontvanger zich bevindt.

Apps

De smartphone kan gebruikt worden voor het leveren van preventieve zelfhulp interventies voor psychische problemen via mobiele applicaties: 'apps'. Deze 'apps' veroveren de gezondheidspraktijk stormenderhand. Zo maakt een recent overzichtswerk melding van reeds meer dan 2.500 gezondheidsapps die in de EU op de markt zijn (European Directory of Health Apps 2012-2013). Apps kunnen geïntegreerd worden in een webapplicatie of aanvullend gebruikt worden bij een face-to-face interventie. Daarnaast kan de smartphone ook gebruikt worden voor het monitoren van stemming en activiteiten ('ecological momentary assessment, zie sectie 11.3).
Het begeleiden van mensen met psychische problemen via mobiele telefoons en smartphones kan geheel geautomatiseerd plaatsvinden of persoonlijk door een hulpverlener en zowel asynchroon als

synchroon in tijd uitgevoerd worden (Harrison e.a. 2011). Het gebruik van smartphones is dus om meerdere redenen aantrekkelijk. Mensen hebben de smartphone meestal 24 uur per dag bij zich. Dit maakt het mogelijk om laagdrempelig toegang tot een interventie the hebben op een 24/7 basis zonder de noodzaak tot reizen of te verzuimen van andere verplichtingen zoals werk. Daarnaast kan het ook een therapeutisch doel dienen. Het op het juiste moment toegang krijgen tot hulp kan de motivatie versterken om ook daadwerkelijk aan de slag te gaan met de ervaren klachten ('teachable moment').

Onderzoek

Het preventieve aanbod via smartphone en mobiele telefoon is recent van aard en er zijn nog weinig pilot- of effectiviteitsstudies beschikbaar. Watts en collega's (2013) onderzochten in een pilot gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (N = 35) het verschil in impact op depressie tussen begeleide CGT aangeboden via de smartphone/tablet en een PC. Resultaten toonden geen verschil tussen modaliteiten, depressieve klachten verminderden significant in beide groepen.

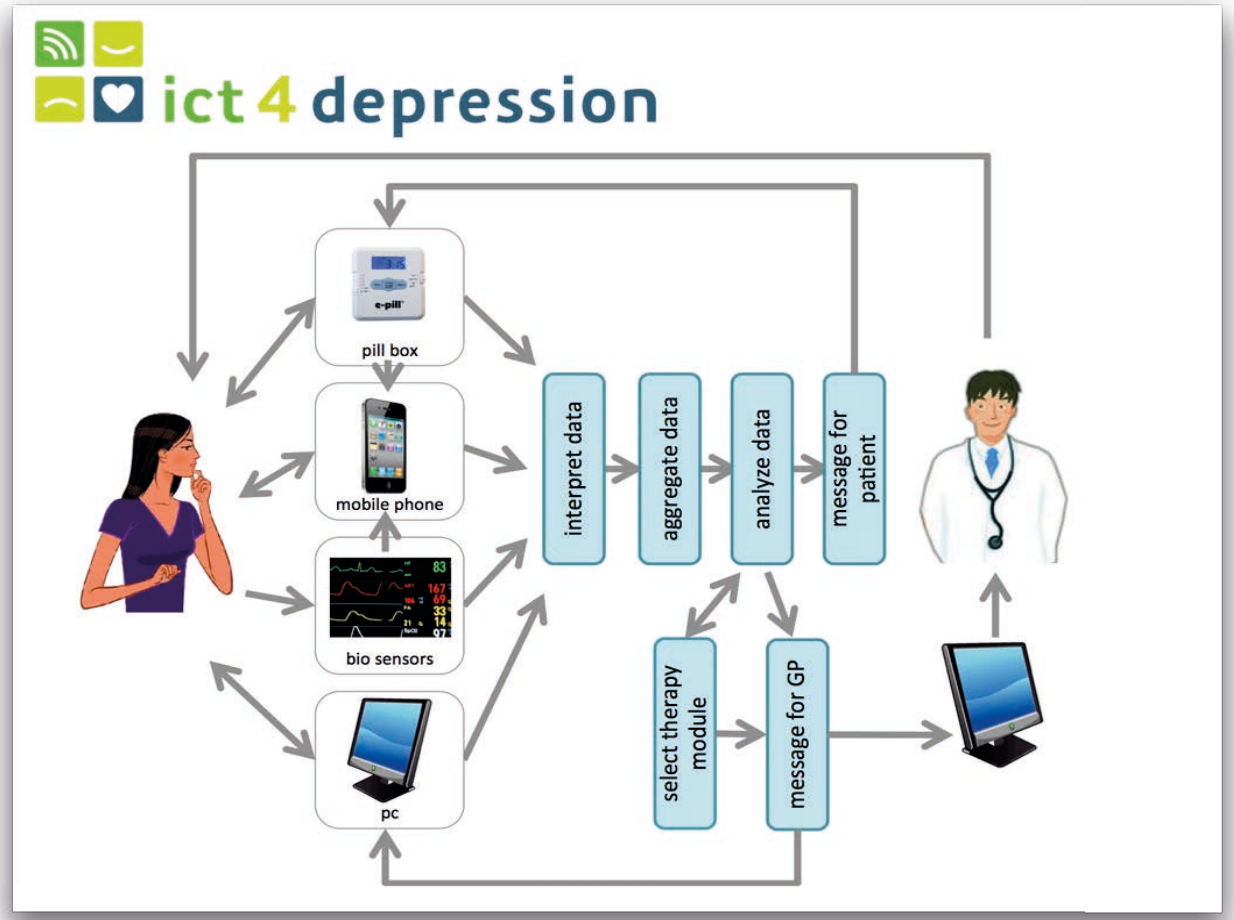
Een aantal van deze studies zijn nu in uitvoering. Bockting en collega's (NL) onderzoeken bijvoorbeeld de effectiviteit en haalbaarheid van een internetinterventie via de mobiele telefoon in het voorkomen van terugval bij depressie (Bockting e.a. 2011). Tevens wordt er vanuit een EU FP7 kader een innovatief onderzoek uitgevoerd naar het verminderen van depressie via mobiele CGT technologie en draadloze sensoren (ICT4Depression, Warmerdam e.a. 2012). De resultaten van dit pilotonderzoek komen binnenkort beschikbaar. De voorlopige resultaten zijn positief in termen van klinische vooruitgang. Eveneens voor depressie loopt er op dit moment in Zweden een onderzoek naar de effectiviteit van een minimaal begeleide GedragsActivatie interventie via de smartphone (8 weken) (Ly e.a. 2012) in vergelijking met een placebo-attentie controlegroep. Daarnaast voeren Valimiki e.a. (2012) In Finland een RCT uit naar het vergroten van medicatietrouw met behulp van smartphones (en sms berichten op maat) onder schizofreniepatiënten nadat zij ontslagen zijn uit het ziekenhuis.

In een beperkt aantal studies is het gebruik van smartphones voor de preventie van psychische problemen onder jongeren onderzocht. De haalbaarheidsresultaten van de RCT van Whittaker e.a. (2012) laten zien dat het goed mogelijk is om de kernelementen van preventieve CGT voor depressie onbegeleid via smartphones aan schoolgaande adolescenten aan te bieden. Deze adolescenten maakten gebruik van de aangeboden informatie, vonden deze acceptabel en zouden deze ook aan vrienden aanbevelen. De resultaten van de klinische impact hiervan worden binnenkort verwacht

11.3 Ecological Momentary Assessments

Smartphones maken het mogelijk en eenvoudig om bijvoorbeeld stemming en gedrag herhaaldelijk, in de natuurlijke omgeving en op het moment zelf ('real time') van deelnemers te meten. Deze wijze van meten staat ook bekend als 'Ecological Momentary Assessment' ofwel EMA (Ebner-Priemer en Trull 2009). De systematische toepassing hiervan voor unipolaire depressie is nieuw maar wordt al vaker toegepast voor de meer complexe psychische aandoeningen zoals bipolaire aandoeningen (Depp e.a. 2010). EMA verschilt dus van retrospectief meten en minimaliseert vergeetachtigheid waardoor de betrouwbaarheid van de verkregen data vergroot wordt. Eveneens worden deze data verfijnd omdat er dagelijks en gedurende meerdere keren per dag gemeten kan worden. Dit in tegenstelling tot het uitvragen van stemming met terugwerkende kracht over bijvoorbeeld de afgelopen twee weken. Deze metingen kunnen zowel de patiënt/deelnemer als hulpverlener inzicht bieden in het individuele beloop van een depressieve stemming en in welke overige individuele en sociale factoren daar invloed op uitoefenen zoals kwaliteit van slaap of sociale contacten. Daarnaast kunnen deze zelf-gerapporteerde metingen uitgebreid worden met het meten van allerlei signalen met behulp van

sensoren in de smartphone (zoals locatie via GPS, bewegingssensoren) of aanvullende biosensoren die bijvoorbeeld hartslag of huidgeleiding meten. Gezamenlijk kunnen deze bio-psycho-sociale metingen op hun beurt niet alleen inzicht bieden in het beloop maar bijvoorbeeld ook aanknopingspunten leveren voor het aanbieden van interventies (Ecological Momentary Interventions genoemd: EMI). Hiervoor maakt men gebruik van intelligente redeneersystemen (Warmerdam e.a. 2012). Deze maken het dus mogelijk om op afstand personen met psychische problemen ondersteuning te bieden in hun natuurlijke omgeving op het moment dat het nodig is en op maat. Dit kan beschouwd worden als een eerste stap op weg naar gepersonaliseerde psychologische hulp (Kelly e.a. 2012).



afbeelding 11.1: ICT4Depression (VU Amsterdam)

Onderzoek

EMA via smartphones is in Nederland toegepast binnen een beperkt aantal projecten zoals binnen het MyMigraine project van de onderzoeksgroep van prof. dr. Marjolijn Sorbi (Sorbi e.a. 2007). Doel van dit project is het voorkomen van een volwaardige migraine aanval door middel van het monitoren van en interveniëren bij symptomen die hieraan voorafgaan. Deze mobiele interventie is integraal opgenomen in een website die eveneens begeleide zelfhulp biedt (Sorbi 2009).
Ook het al eerder genoemde ICT4D project maakt gebruik van EMA via smartphones en sensoren (Warmerdam e.a. 2012). In het Universitair Medisch Centrum in Groningen, afdeling Psychiatrie is men eveneens met EMA aan de slag (prof. dr. Robert Schoevers).
Burns e.a. (2012) hebben een soortgelijk project als het ICT4D project uitgevoerd. Zij publiceerden de resultaten van een studie naar Mobilyze!. Dit is een telefonisch begeleide CGT EMI/EMA interventie voor volwassenen met een ernstige depressie. Doel van deze pilot (N=8) was het evalueren van de

haalbaarheid, betrouwbaarheid en acceptatie van de interventie. Mobilyze! bleek acceptabel voor de deelnemers maar het gebruik was vooral nog beperkt vanwege de vele technische problemen die men ervoer zoals een te beperkte batterijcapaciteit om alle metingen uit te voeren. Ook voor jongeren kan het gebruik van smartphones voor EMA toegepast worden. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een eerste positieve pilotstudieresultaten van Reid e.a. (2009) naar de haalbaarheid van EMA voor het monitoren van stemming, stress en coping vaardigheden onder jongeren. Het monitoren van de eigen stemming met behulp van smartphones alleen kan tevens ingezet worden als preventieve 'eerste stap' interventie omdat het deelnemers helpt om meer inzicht te krijgen in hun stemming en bewustwording hiervan zoals blijkt uit de studie van Kauer e.a. (2012) eveneens naar jongeren met depressieve klachten.

11.4 Serious gaming

De populariteit van digitale entertainment spellen is hoog en nogal altijd groeiend zowel onder jongeren als ouderen. Zo liet een survey zien dat bijna alle jongeren digitaal spelen en dat dit ook geldt voor de helft van de volwassenen en ouderen. De gemiddelde leeftijd van de 'gamer' is rond de 35 jaar en vrouwen spelen even vaak als mannen (NPD Group 2010). Spellen bevredigen basale behoeftes aan verstrooiing en emoties en doen een appèl aan intrinsieke motivatie van spelers (Visch 2011)

Vanuit maatschappelijk en wetenschappelijk oogpunt hebben de potentiele negatieve gevolgen van het spelen van digitale spellen, met name die van gewelddadige spellen zoals 'World of Warcraft', veel aandacht gekregen. Deze negatieve gevolgen behelzen onder andere vermeende sociale isolatie, agressie en antisociaal gedrag (Anderson en Bushman 2001) en verslaving aan het spelen zelf (Ogletree en Drake, 2007; Griffiths en Davies, 2002). Echter ook de positieve kanten van entertainment spellen worden steeds meer belicht. Naast het beleven van plezier toont onderzoek voorzichtig aan dat het spelen van deze spellen een mogelijke positieve impact kan hebben op het verhogen van visuele vaardigheden en bijvoorbeeld het verbeteren van geheugen en probleemoplossende vaardigheden (Toekomstverkenning Serious Gaming 2009). In deze sectie wordt een ander soort spel belicht, namelijk het 'serious game'.

Intrinsieke motivatie

Connolly en collega's (2012) maken een onderscheid tussen het spelen van digitale spellen voor vrijetijdsbesteding ('plezier'), educatie('leren') en attitude en gedragsverandering ('serious games'). Bij educatieve- en serious gaming gaat het dus om meer dan entertainment en plezier alleen. Deze vormen maken echter wel gebruik van de intrinsieke motivatie van deelnemers om te spelen en verleiden hen om dingen te doen die ze moeilijk vinden maar wel kunnen leren. Deze spellen kunnen individueel of met meerdere spelers tegelijkertijd gespeeld worden. 'Gamification' is een lichtere variant van serious gaming en houdt in dat er spelelementen worden toegevoegd aan bestaande producten die van zichzelf geen spel zijn zoals bijvoorbeeld online psychologische interventies (Visch e.a. 2011).

Serious gaming en gamification worden binnen verschillende domeinen toegepast zoals in management trainingen, communicatieopleidingen en binnen de gezondheidszorg en psychologie (Sawyer en Smith 2008). In een serious game kunnen spelers in een digitale en veilige spelomgeving experimenteren en leren hoe om te gaan met moeilijke situaties of problemen zonder de consequenties die dit uitproberen in 'real life' situaties zou hebben. Hierdoor kunnen zij zich vrijer voelen dan in 'real life'. Zij kunnen dit eveneens doen op een plek en tijd die hen uitkomt. De vervolgstap is het oefenen van nieuw denken of nieuw gedrag in de dagelijkse praktijk. In deze games maakt men gebruik van motiverende spelelementen zoals beloningen, virtualiteit, competitie, verhalen en sociale interactie (Coyle e.a. 2009).

De doelgroepen van serious games kunnen zowel de professionals als patiënten zijn. Serious gaming voor psychische problemen kent velerlei doelen waaronder het verwerven van kennis, en het motiveren tot attitudeverandering en het herstructureren van cognities, emoties en gedrag (Visch e.a. 2011). De spel-context kan eveneens bijdrage aan een de-medicalisering van de ervaren problemen en daarmee bijdragen aan de de-stigmatisering van het zoeken naar hulp hiervoor. Hierdoor kunnen mogelijk doelgroepen worden bereikt die op dit moment onvoldoende bereikt worden zoals jongeren en mensen met een laag sociaal economische status.

Voorbeelden

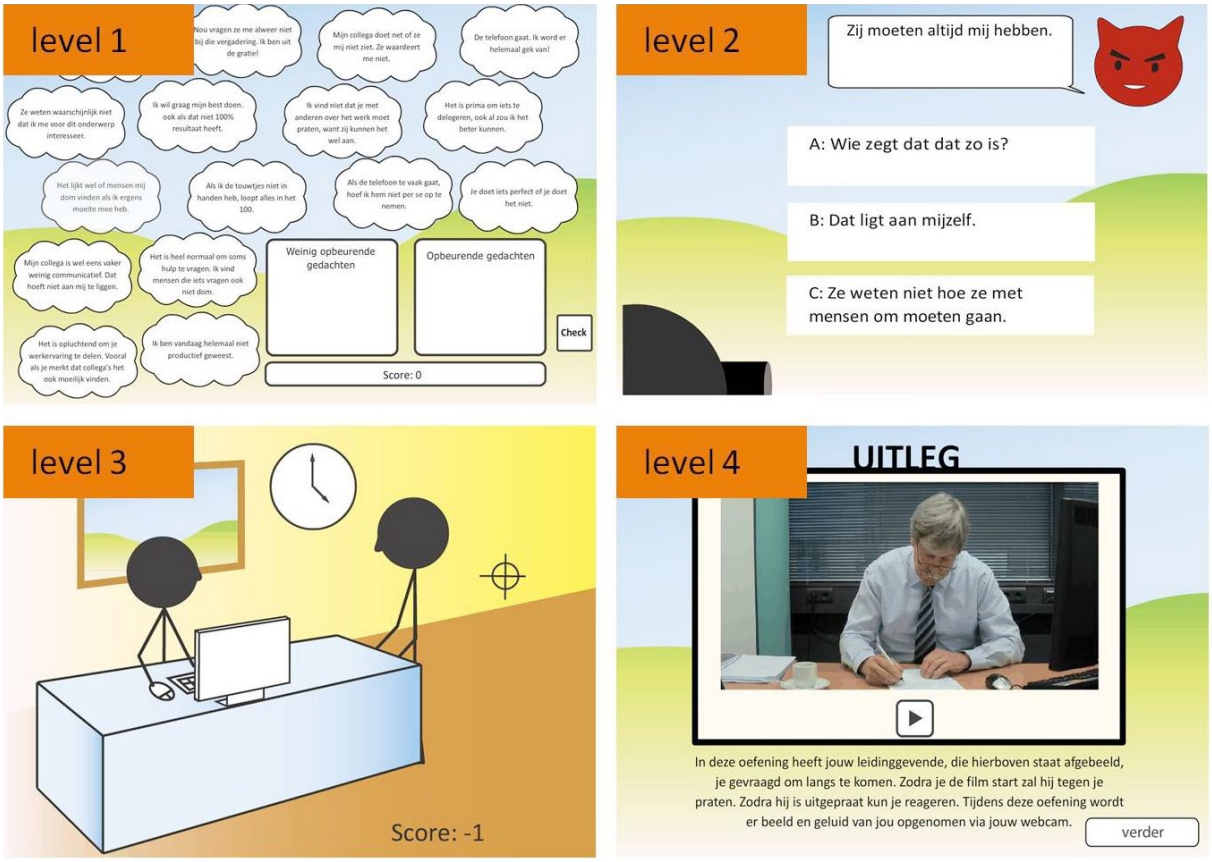
Het aanbod van en onderzoek naar serious games voor psychische problemen is nog beperkt in omvang. Vaak maken deze gebruik van een virtual reality omgeving maar niet iedere virtual reality omgeving is ook een serious game. De beschikbare spellen zijn vooralsnog vaker op jongeren gericht dan op volwassenen en vaker op behandeling dan op preventie (Adams 2010). Deze aanvankelijke focus op jongeren ligt voor de hand. Het spelen van (rollen)spellen is een veel toegepaste therapeutische techniek in de hulpverlening aan jongeren en sluit aan op hun belevingswereld. Een voorbeeld van een serious game voor jongeren is SPARX dat ontwikkeld is in Nieuw Zeeland (zie figuur 2). SPARX is een interactief minimaal begeleid CGT zelfhelpspel voor jongeren met depressieve klachten (CDrom, een webbased versie wordt in juli 2013 gelanceerd). SPARX staat voor 'Smart, Positive, Active, Realistic, X-factor thoughts'. Spelers moeten een reeks opdrachten uitvoeren om zo hun 'GNATs' (Gloomy Negative Automatic Thoughts) te verslaan en hun problemen op te lossen. Het spel bestaat uit 7 modules en duurt maximaal 7 weken. Deelnemers beginnen te spelen en leren al spelende cognitieve therapeutische technieken (Merry e.a. 2012). Naar SPARX is een RCTs (N= 187) onder jongeren (12 – 19 jaar) met milde tot matige depressieve klachten binnen de eerstelijn uitgevoerd. Resultaten toonden aan dat SPARX even effectief was als gebruikelijke face-to-face zorg voor deze groep voor wat betreft een klinische relevante vermindering in depressie- en angstklachten. In de SPARX conditie waren echter significant meer jongeren depressievrij na drie maanden .

afbeelding 11.2: SPARX

Ook in Nederland is onderzoek gedaan naar de impact van serious gaming onder jongeren. Het onderzoek van Prins e.a. (2011) toont bijvoorbeeld aan dat kinderen met ADHD, die een werkgeheugentraining in de vorm van een computergame kregen, significant beter presteerden dan de kinderen die dezelfde training kregen, maar dan zonder toevoeging van de game-elementen. Joost Asselbergs heeft, in zijn masterscriptie, ook onderzoek gedaan naar de invloed van game-elementen op het trainen van het werkgeheugen bij kinderen met ADHD (zie Asselbergs 2012 en http://www.youtube.com/watch?v=R9VgGVpkEds). Aan deze pilot RCT deden in totaal 44 kinderen mee (leeftijd 7 t/m 15 jaar), verdeeld over drie groepen (een groep met veel game-elementen, een groep met een beperkt

aantal game-elementen en een groep zonder game-elementen). Uit het onderzoek kwam duidelijk naar voren dat het belangrijk is om de kinderen zoveel mogelijk bij de werkgeheugentrainingen te betrekken en dat het toevoegen van game-elementen daar een cruciale rol bij speelt. De kinderen uit de groep met de meeste game-elementen bleken meer gemotiveerd te zijn, en lieten een significante verbetering van het werkgeheugen en een toename op het gebied van aandacht en concentratie zien. De kinderen uit de controle groep (training zonder game-elementen) en de medium groep (training met een beperkt aantal game-elementen) vertoonden geen significante verbetering betreffende het werkgeheugen en lieten zelfs een toename van hyperactief gedrag zien. Een mogelijke verklaring voor deze toename kan zijn dat het kind zich verzet tegen het doen van de training, wanneer deze niet motiverend of interessant genoeg is, resulterend in hyperactief gedrag. De drie groepen vertoonden verder geen significant verschil betreffende de totale tijd die men aan de trainingstaken had besteed, waardoor het verschil in trainingseffect tussen de groepen is toe te schrijven aan het verschil in motivatie.

Voorbeeld van een Nederlands serious game voor volwassenen is het CGT multi-layer spel zoals ontwikkeld door Visch en collega's (2011) voor burn-out. Dit betreft nog een prototype en bestaat uit vier niveaus oplopend in moeilijkheidsgraad (zie figuur 3).



afbeelding 11.3 Serious gaming voor burn-out (Visch e.a. 2011)

Op het eerste niveau moet de deelnemer negatieve en positieve gedachten matchen ('kennis'). Wanneer deze matching succesvol is verdient hij punten. Dit niveau is redelijk makkelijk en heeft als doel het motiveren van de deelnemer om de volgende, meer moeilijkere oefeningen uit te laten voeren. Op het vierde niveau moet de deelnemer daadwerkelijk de interactie aangaan met zijn baas in het spel.

Op dit moment ontwikkelt de VU, afdeling klinische psychologie, in samenwerking met GGZinGeest een eerste prototype van een transdiagnostische interventie voor volwassenen (MoodPlay, zie afb. 3).

afbeelding 11.4: MoodPlay, transdiagnostische interventie voor depressie en angst (volwassenen)

11.5 Samenvatting en aanbevelingen

In dit hoofdstuk hebben we en aantal innovatieve trends besproken die ook de preventiepraktijk van psychische problemen in de toekomst aanzienlijk zullen veranderen. Deze trends zijn aantrekkelijk omdat ze mogelijkerwijs het bereik van preventie kunnen vergroten en de toegang hiertoe kunnen vergemakkelijken. Het gaat hierbij om het gebruik van smartphones voor het aanbieden van mobiele interventies, het toepassen van EMA en EMI voor aanbod en onderzoek en serious gaming. Resultaten laten zien dat zowel het aanbod als het onderzoek hiernaar nog in de kinderschoenen staat, robuuste uitspraken over de werkzaamheid kunnen we op dit moment dus nog niet doen (Adams 2010, Connolly e.a. 2012; Kato: 2012). Wel laten de eerste studies zien dat deze vorm van interveniëren mogelijk is en voor deelnemers aantrekkelijk en voorzichtig haalbaar zijn. Daarbij geldt ook dat hoe geavanceerder de technologische toepassingen zoals bij EMA en EMI hoe meer in eerste instantie de gehanteerde technieken verbeterd moet worden. Voor al deze drie domeinen geldt dat het ontwikkeltraject gedreven moet worden door bewezen theoretische interventiebenaderingen, dat pilot en gerandomiseerd onderzoek nodig is om de werkzaamheid aan te tonen en implementatiestudies nodig zijn om de inbedding in bestaande praktijken te bewerkstelligen. Hierbij dient extra aandacht te komen voor de lessen die ontwikkelaars en onderzoekers leren, ook wanneer deze negatief zijn en niet leiden tot het gewenste resultaat of negatieve bijeffecten voortbrengen. Op basis van de voorlopige resultaten uit onderzoek en de maatschappelijke trends in het gebruik van mobiele technologieën raden wij van harte nader onderzoek aan voor de toepassingen hiervan in de preventiepraktijk van psychologische problemen.

Referenties

Adams, A. (2010). Use of "serious health games" in health care: a review. *Information Technology in Health Care: Socio-Technical Approaches*: 160 -166.

Anderson, C. A., Bushman, B. J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: a meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological Science.* 12, 353–359.

Asselbergs, J. (2012). *Working Memory Training and Online Multiplayer Games: Can a combination of the two be the future in treating children with ADHD?* Master Thesis. Rotterdam: Instituut voor Psychologie, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bockting, C.L., Kok, G.D., Kamp, L. van der, Smit, F., Valen, E. van, Schoevers, R., Marwijk, H. van, Cuijpers., P., Riper., H., Dekker, J. & Beck A.T. (2011). Disrupting the rhythm of depression using Mobile Cognitive Therapy for recurrent depression: randomized controlled trial design and protocol. *BMC Psychiatry.* 14;11:12.

Connolly, T.M, Boyle, E.A., MacArthur, E., Hainey, T.,Boyle, J.M . (2 0 1 2) . A systematic literature review of empirical evidence on computer games and serious games. *Computers and Education*. 59:661-681.

Coyle, D., Doherty, G., Sharry, J. (2009). An evaluation of a solution focussed computer game in adolescent interventions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry.* 14(3): 345-360.

Depp CA, Mausbach B, Granholm E, Cardenas V, Ben-Zeev D, Patterson TL, et al. (2010). Mobile interventions for severe mental illness: design and preliminary data from three approaches. J Nerv Ment Dis. 198(10):715-721.

Ebner-Priemer, U.W., Trull, T.J. (2009). Ecological Momentary Assessment of Mood Disorders and Mood Dysregulation. *Psychological Assessment*. 21 (4):463–475.

European Directory of Health Apps 2012-2013 (2012). London: PatientView.

Griffiths, M.D., Davies, M.N.O. (2002). Excessive online computer gaming: implications for education. *Journal of Computer Assisted Learning*. 18:379–380.

Harrison V, Proudfoot, J., Wee, P.P., Parker, G., Pavlovic, D.H. Manicavasagar, V. (2011). Mobile mental health: review of the emerging field and proof of concept study. *J Ment Health.* 20(6):509-24.

Intomart GFK (2012). *Trends in Digitale Media* Hilversum: Intomart GfK.

Kato, P.M. (2012). Evaluating Efficacy and Validating Games for Health. Games for Health Journal: Research, Development, and Clinical Applications. 1(1):74-76.

Kauer, S.D., Reid, S.C., Crooke, A.H., Khor, A., Hearps, S.J., Jorm, A.F/, Sanci, L., Patton G. (2012). Self-monitoring Using Mobile Phones in the Early Stages of Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 14 (3): e67.

Kelly, J., Gooding, P., Pratt, D., Ainsworth, J., Welford, M., Tarrier, N. (2012). Intelligent real-time therapy: harnessing the power of machine learning to optimise the delivery of momentary cognitive-behavioural interventions. *J Ment Health*. 21(4):404-14.

Ly K.H., Carlbring P, Andersson G. (2012). Behavioral activation-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 18;13:62.

Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T., Lucassen, M.F. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ.* 18;344:e2598.

Nationaal Gaming Onderzoek (2008) door TNO en Newzoo. Geraadpleegd (13 December 2012) via: http://www.marketingfacts.nl/berichten/20080520_nationaal_gaming_onderzoek_nederlanders_besteden_48_miljoen_uur_pe/.

NPD Group (2010). The Gamer Segmentation 2010 Report. Geraadpleegd (12 december 2012) via: https://www.npd.com/wps/portal/npd/.

Ogletree, S.M., Drake, R. (2007). College students' video game participation and perceptions: gender differences and implications. *Sex Roles*. 56:537–542.

Prins, P.J.M., Dovis, S., Ponsioen, A., Ten Brink, E., & Van Der Oort, S. (2011).Does computerized working memory training with game elements enhance motivation and training efficacy in children with ADHD? *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 14*, 115-122.

Prociow, P.A., Crowe, J.A. (2010). Towards personalised ambient monitoring of mental health via mobile technologies. *Technology and health care.* 18, 275-284.

Ritterfeld, U., Cody, M., Vorderer, P. (2009). Introduction. In: *Serious Games: mechanisms and effects,* p.6. New York: Routledge.

Sawyer, B., Smith, H. (October 2008). *Keynote address.* In The second European conference on games-based learning (pp. 16–17). Barcelona Spain: Universitat Oberta de Catalunya.

Sorbi, M.J., Mak, S.B., Houtveen, J.H., Kleiboer, A.M., van Doornen, L.J. (2007). Mobile Web-based monitoring and coaching: feasibility in chronic migraine. *J Med Internet Res.* 31;9(5):e38.

Sorbi,M.J. (2009). *InternetcursusMyMigraine – 'Contentmanagement systeem' & internetcursusmet screening en effectmeting voor zelfmanagement van migraine* (Product rapport Innovatiefonds Zorgverzekeraars, dossier nr. 1222, Universiteit Utrecht.

Toekomstverkenning Serious Gaming 2009 (2009). Den Haag: Stichting Toekomstbeeld der Techniek.

Välimäki, M., Hätönen, H., Adams, C.E. (2012). Mobile.net: Mobile Telephone Text Messages to Encourage Adherence to Medication and to Follow up With People With Psychosis: Methods and Protocol for a Multicenter Randomized Controlled Two-Armed Trial. *JMIR Res Protoc*. 2;1(2):e8.

Visch, V.T., de Wit, M., Dinh, L., van den Brule, D., Melles, M., Sonneveld, M.H. (2001). Design meets Mental Healthcare: Designing Products Involving Game-Elements for Mental Healthcare Therapy - Three Case Studies. *Serious Games and Applications for Health (SeGAH), 2011 IEEE 1st International Conference*: 1-6.

Warmerdam, L., Riper, H., Klein, M., van den Ven P., Rocha, A., Ricardo Henriques, M., Tousset, E., Silva, H., Andersson, G., Cuijpers, P. (2012). Innovative ICT solutions to improve treatment outcomes for depression: the ICT4Depression project. *Stud Health Technol Inform*. 181:339-43.

Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskatis, A., Mewton, L., Williams A, Andrews G. (2013). CBT for depression: a pilot RCT comparing mobile phone vs. computer. *BMC Psychiatry*. 13-49.

Whittaker, R., Merry, S., Stasiak, K., McDowell, H., Doherty, I., Shepherd, M., Dorey, E. , Parag, V., Ameratunga, S., Rodgers, A. (2012). MEMO--a mobile phone depression prevention intervention for adolescents: development process and postprogram findings on acceptability from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 24;14(1):e13.

Hoofdstuk 12

Samenvatting en aanbevelingen

12.1 Introductie

Deze kennissynthese biedt inzicht in de huidige stand van zaken rondom de preventie van psychische aandoeningen via internet. Hiertoe hebben we zowel de wetenschappelijke evidentie op basis van internationaal onderzoek als het Nederlandse online preventie-aanbod in kaart gebracht. In hoofdstuk 1 en 2 zijn achtereenvolgens de doelstelling en methoden van onderzoek beschreven. Vervolgens zijn in twee hoofdstukken de online preventie van veelvoorkomende aandoeningen besproken: depressie (hoofdstuk 3) en angst (hoofdstuk 6). Online preventie van mindervoorkomende aandoeningen zoals suïcide en psychosen zijn besproken in respectievelijk hoofdstuk 4 en 7. Ook hebben we in dit rapport aandacht besteed aan het online versterken van mentale vitaliteit (hoofdstuk 5) en voorkómen van overbelasting bij mantelzorgers (hoofdstuk 8). De laatste drie hoofdstukken zijn van toepassing op het online aanbod zonder onderscheid naar aandoening of thema, dit betreft de betrouwbaarheid en validiteit van online screening voor psychische problemen (hoofdstuk 9) en instrumenten om de kwaliteit van het online preventieve aanbod vast te stellen (hoofdstuk 10). Bovendien hebben we in hoofdstuk 11 een aantal innovatieve ICT ontwikkelingen gepresenteerd waarvan wij denken dat deze het online preventie-landschap de komende jaren ingrijpend zullen beïnvloeden. Tevens heeft er consultatie plaatsgevonden met stakeholders onder andere middels een expertmeeting (zie bijlage 1 voor overzicht van de deelnemers). De resultaten hiervan zijn ook verwerkt in onderstaande aanbevelingen

De hoofdconclusie van de kennissynthese uit 2007 (Riper e.a.) was dat online preventie van psychische aandoeningen de twee belangrijkste determinanten van gezondheidswinst op populatieniveau positief kan beïnvloeden, te weten het bereik en de effectiviteit van dit aanbod. De resultaten uit de voorliggende kennissynthese (2013) versterken deze conclusie. Daarnaast laten de resultaten zien dat online preventie strategieën ook effectief ingezet kunnen worden voor de mindervoorkomende psychische aandoeningen zoals eerste psychosen en suïcide-ideatie. Deze kennissynthese laat ook zien dat Nederland zowel in termen van onderzoek als aanbod van online preventie voor psychische problemen wereldwijd tot de top behoort. Met deze kennissynthese hopen wij bij te dragen aan de continuering van deze toppositie.

Voor een samenvatting van de afzonderlijke thema's verwijzen we naar de hoofdstukken waarin deze besproken zijn. Elk hoofdstuk (3 – 11) eindigt immers met een korte samenvatting en aantal concrete aanbevelingen voor toekomstig onderzoek. In tabel 12.1 zijn deze resultaten nogmaals kort en bondig samengevat. Deze tabel maakt duidelijk voor welke vorm van preventie er voldoende internationaal wetenschappelijke evidentie bestaat en of er in Nederland een aanbod voor beschikbaar is. In dit hoofdstuk zijn de resultaten van deze gezamenlijke hoofdstukken samengevat in de vorm van 14 aanbevelingen. Deze 14 aanbevelingen zijn thematisch gegroepeerd in zes clusters, te weten (a) doelgroepen; (b) economische evaluatiestudie; (c) transdiagnostische benaderingen van preventie en zorg; (d) verbeteren van de kwaliteit van online preventieve interventies; (e) inzicht in preventie, bereik en kwaliteit en (f) aansluiting en Innovatie van ZonMw Preventie bij overige eHealth initiatieven.

Tabel 12.1 Totaaloverzicht internationaal effectiviteitsonderzoek en aanbod van online preventie in Nederland

		Depressie	Suicide	Mentale vitaliteit	Angst	Psychose	Mantelzorg dementie
Universele preventie							
Jongeren	school	☹ –	? –	? +	😐 –	nvt	nvt
	algemeen publiek	? +	? +	? –	? –	? +	nvt
Volwassenen	algemeen publiek	? +	? +	? +	? +	? +	? +
	werksetting	? –	nvt	? –	? –	nvt	? –
Ouderen	algemeen publiek	? –	? –	? +	? –	nvt	? –
Gatekeepers	jeugd	nvt	? +	nvt	nvt	!	nvt
	Volwassenen	nvt	? –	nvt	nvt	!	!
Selectieve preventie							
Jongeren	school	? –	? –	? –	? –	? –	nvt
	algemeen publiek	? +	? +	? +	? +	? +	nvt
Volwassenen	algemeen publiek	? +	? +	? –	? +	? +	? +
	werksetting	? –	nvt	? –	? –	nvt	? –
Ouderen	algemeen publiek	? –	? –	? +	? –	nvt	? –
Gatekeepers	jeugd	nvt	? +	nvt	nvt	!	nvt
	volwassenen	nvt	? +	nvt	nvt	!	!
Geïndiceerde preventie							
Jongeren	school	☹ –	? –	? +	? –	? –	nvt
	algemeen publiek	😐 +	? +	? –	? +	? +	nvt
Volwassenen	algemeen publiek	☺ +	😐 +	😐 +	☺ –	😐 –	😐 +
	werksetting	nvt	nvt	? –	nvt	nvt	nvt
	eerstelijn	? –	? –	? –	? –	? –	😐 +
Ouderen	algemeen publiek	? –	? +	? +	? –	nvt	? –

legenda

☺	effectief	+	wel aanbod
😐	veelbelovend	–	geen aanbod
☹	niet effectief	!	aan te raden
?	effect onbekend	nvt	niet van toepassing

12.2 Aanbevelingen

A. Doelgroepen

Jongeren

1. Jongeren vormen een belangrijke doelgroep voor preventie. Het beschikbare online preventie-aanbod alsmede het onderzoek naar de effectiviteit hiervan is echter beperkt voor de in deze kennissynthese besproken aandoeningen. Depressiepreventie vormt hier een enigszins gunstige uitzondering op. Er is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van preventieve internetinterventies voor jongeren zowel voor universele, selectieve als geïndiceerde preventie. Dit geldt eveneens voor de settingen waar jongeren bereikt/gevonden kunnen worden en voor de settingen waar deze preventieve hulp het beste aangeboden kan worden (school, algemeen publiek en eerstelijn). Hiervoor kan aansluiting gezocht worden bij initiatieven die zich richten op het 'blended' behandelen van jongeren (zie Ruwaard e.a. 2013). Om de toekomstige werving en uitvoering van preventie-onderzoek onder jongeren beter te doen slagen, raden wij aan om een landelijke expertgroep in te stellen die de belemmeringen van deze uitvoering nader onderzoekt en voorstellen doet hoe deze te overkomen. Het betreft hier onder meer problemen rondom 'informed consent', stimuli voor jongeren om mee te werken aan onderzoek en de vaak als te strak ervaren voorwaarden die Medisch Ethische Toetsingscommissies aan de uitvoering van onderzoek stellen. Deze laatste voorwaarden sluiten niet altijd goed aan bij de digitalisering van de preventiepraktijk.

Ouderen

2. Het online preventie-aanbod voor ouderen (boven de 65 jaar) ontbreekt nagenoeg met uitzondering van het aanbod gericht op mentale vitaliteit. Gelet op de toenemende vergrijzing, de effectiviteit van het offline preventie-aanbod en de hoge penetratiegraad van internet en PC gebruik onder ouderen in Nederland verdient het aanbeveling om de mogelijkheden van het online aanbod voor ouderen nader te verkennen.

Migranten en groepen met een lage sociaal economische status.

3. Onderzoek toont aan dat preventie het meest effectief is bij die groepen die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van meer ernstige problematiek. Er is een aantal generieke risicofactoren bekend zoals het reeds hebben van lichte psychische problematiek, het hebben van een laag sociaal economische status of een migranten-achtergrond alsmede een combinatie van deze factoren (naast biologische factoren). Het zijn juist deze groepen die slecht bereikt worden met preventieve interventies. Daarom bevelen wij aan dat toekomstig aanbod en onderzoek nog meer dan voorheen zich richten op deze doelgroepen voor alle in deze kennissynthese besproken thema's.

B. Economische evaluatiestudies

4. Online preventie van psychische problemen heeft als doel zowel het verbeteren van het bereik, de kwaliteit en effectiviteit van preventie als het beheersen en daar waar kan het besparen van kosten die hiermee gepaard gaan. Economische evaluatiestudies van het online preventieaanbod ontbreken met uitzondering van depressiepreventie. Deze laatste groep van studies tonen veelbelovende resultaten. Wij raden daarom aan om parallel aan gerandomiseerd klinisch onderzoek, of daarop volgend in tijd, economische evaluatiestudies uit voeren naar het online preventieaan-

bod (zie hoofdstuk 4 – 8). Samenwerking tussen het ZonMw Programma Preventie en Doelmatigheid kan dit onderzoek doen versnellen en efficiënter doen laten verlopen.

C. Transdiagnostische benaderingen van preventie en zorg

5. Het in deze kennissynthese besproken onderzoek toont aan dat ook online transdiagnostische preventieve interventies haalbaar, acceptabel en effectief kunnen zijn voor de aanpak van psychische problemen. Dit aanbod en het onderzoek hiernaar is in Nederland echter nog onvoldoende verkend en benut. Transdiagnostische ('generieke') preventieve interventies zijn aantrekkelijk om meerdere redenen. Deze interventies kunnen dienen als eerste-stap interventie in een 'stepped care' benadering van psychische problemen. Dit is van toepassing wanneer uitgebreide diagnostiek nog niet noodzakelijk wordt geacht en het nog niet duidelijk is om welke specifieke psychische problematiek het gaat. Deze interventies zijn ook geschikt voor de aanpak van vaak voorkomende comorbideit zoals depressie en angst of verschillende angstaandoeningen tegelijkertijd bijvoorbeeld paniek met fobieën. Deze interventies kunnen een bijdrage leveren aan het vergroten van het bereik van preventie vanwege hun laagdrempeligheid tot deelname en efficiëntie.

6. In deze kennissynthese was de opdracht beperkt tot het onderzoeken van het preventieve online aanbod voor psychische problemen. Met het oog op toekomstig onderzoek is het aan te bevelen om de scheidslijnen tussen preventie, behandeling en zorg pragmatisch te benaderen. Dit omdat het online preventie-aanbod en onderzoek ook toepasbaar is binnen behandeling en zorg en vice versa. Naast stepped care benaderingen, waar het aanbod geïntensifieerd wordt wanneer nodig, kan er ook sprake zijn van 'stepped down' benaderingen. Hierbij wordt na een internsief aanbod een lichter aanbod ingezet om het effect van eerdere behandelingen te behouden en terugval te voorkomen. iCGT interventies kunnen op maat zowel binnen een preventie-aanbod als behandel- en zorgaanbod dienst doen en zelf-management ondersteunen. Dit was eveneens een van de voornaamste conclusies van de expertgroep. Naast het iteratief gebruik van online preventie sluit dit aan op het leveren van 'seamless' preventie en zorg. Dat wil zeggen het aanbieden van gepaste preventie en zorg ongeacht de lijn of keten waarin men zich bevindt.

D. Verbeteren van de kwaliteit van online preventieve interventies

7. Een groot aantal studies rapporteert een relatief *lage therapietrouw* onder haar deelnemers ook in vergelijking met het face-to-face aanbod. Dit is zorgwekkend omdat een lage therapietrouw het effect van preventieve interventies negatief kan beïnvloeden. Het kan ook een indicatie zijn dat deelnemers deze interventie niet acceptabel vinden of onvoldoende gemotiveerd zijn om hier aan deel te nemen. Onderzoek laat zien dat uiteenlopende factoren therapietrouw positief dan wel negatief kunnen beïnvloeden. Nader onderzoek is nodig naar factoren die therapietrouw positief kunnen beïnvloeden én hoe deze concreet te vertalen zijn naar het interventie-aanbod. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van de ontwikkeling van motivationele interventiecomponenten die aan uiteenlopende interventies gekoppeld kunnen worden bijvoorbeeld door het afsluiten van een zelfhulpcontract.

   Er is bovendien onvoldoende bekend over mogelijke *negatieve bijwerkingen* van online preventie. Een beperkt aantal studies heeft hier naar gekeken en geen negatieve bijwerkingen aangetoond. Wij bevelen aan om negatieve bijwerkingen stelselmatig in onderzoeken mee te nemen.

   Daarnaast dient meer zicht verkregen te worden op de (kosten)effectiviteit van online preventie in vergelijking met alternatieve online interventies en reguliere face to face interventies of medica-

tie-interventies. Dit omdat het merendeel van de studies tot nu toe voornamelijk 'geen interventie' of 'placebo-controle' condities als vergelijking hebben.

8. Wie hebben er baat bij online preventie? Er is meer onderzoek nodig naar wie wel of minder baat hebben bij het online preventie-aanbod en welke factoren hierbij een rol spelen. De resultaten van deze kennissynthese tonen immers aan dat niet iedereen opknapt van online interventies. Het onderzoek dat verschillende online en offline interventie modaliteiten met elkaar vergelijkt is nog schaars. Daarnaast kan predictoren-, mediatoren- en moderatoren-onderzoek hier uitkomst bieden. Dit kan met behulp van nieuw uit te voeren RCT's of via secundaire analyse van reeds uitgevoerd onderzoek op basis van oorspronkelijke data (meta-analysen op basis van individuele deelnemers-data).

9. Er zijn op dit moment drie instrumenten beschikbaar om de kwaliteit van het preventie-aanbod voor relevante stakeholders inzichtelijk te maken. Deze instrumenten worden op dit moment nog onvoldoende benut. Onderzoek naar bevorderende en belemmerende factoren voor implementatie van deze instrumenten kan een bijdrage leveren aan het vergroten van de toepassingen hiervan.

E. Inzicht in preventie, bereik en implementatie

10. Preventie heeft als doel het voorkomen van ernstigere problematiek. Er is echter nog weinig onderzoek uitgevoerd naar het voorkomen hiervan middels online preventieve interventies (voorkomen van transitie van subklinische klachten naar DSM-IV diagnoses). Hiertoe adviseren wij gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek uit te voeren om deze vragen te beantwoorden.

11. Het bereik van online preventieve interventies is veelbelovend maar nog niet ten volle inzichtelijk en uitgekristalliseerd. Wel is aan te geven dat het online bereik dat van het face-to-face bereik van preventie aanzienlijk overstijgt. Het is moeilijk om exact aan te geven hoe groot dit bereik echter is. Hieraan liggen verschillende factoren ten grondslag. Zo rapporteert het merendeel van de aanbieders niet systematisch (en openbaar) over het bereik van hun aanbod en zijn er nog geen richtlijnen voor handen om dit adequaat te doen. Het opstellen van een aantal generieke criteria waaraan het rapporteren van bereikcijfers dient te voldoen kan hier uitkomst bieden. Het verdient eveneens aanbeveling om een scherper beeld te krijgen van het bereik van online preventie middels het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW). Het lijkt erop dat naast de GGZ ook het AMW een redelijk groot bereik heeft met haar online aanbod. Dit aanbod is op dit moment onvoldoende in beeld. Bovendien valt het ook op dat dit aanbod onvoldoende op (kosten) effectiviteit wordt onderzocht (gebrek aan onderzoekstraditie binnen het AMW). De verwachting is ook dat het AMW groepen bereikt die minder door de GGZ bereikt worden (zoals mensen met een lage SES).

12. Inzicht in de wensen van deelnemers (het gebruikersperspectief) aan online preventieve interventies voor psychische problemen middels behoeftepeilingen wordt binnen het domein van eMental-health nog onvoldoende toegepast. Verkend kan worden of aansluiting bij de ingestelde eHealth monitor (2013) hiervoor een oplossing kan bieden.

13. De ontwikkelingen op het gebied van innovatieve ICT gaan snel. De preventiepraktijk heeft soms moeite om hier adequate op in te springen. Enerzijds komt dit omdat evidenced based werken onderzoek vereist dat vaak een lange looptijd kent welke kan botsen met de mogelijkheden van de praktijk. Anderzijds gaan ICT ontwikkelingen dermate snel dat onderzoek hier achteraan lijkt te hobbelen. Er is dus een betere afstemming nodig tussen deze twee domeinen en onderzoeksmethoden die passen bij een iteratief ontwikkeltraject.

Daanraast is er meer implementatie-onderzoek nodig om zo inzicht te krijgen in hoe het beschikbare online preventie-aanbod daadwerkelijk opgeschaald kan worden.

F. Aansluiting en Innovatie van ZonMw Preventie bij overige eHealth initiatieven

14. Preventie en zorg innoveren. De preventiepraktijk zal steeds meer gebruik gaan maken van innovaties zoals 'mobile health' en onderzoek van methode waaronder 'ecological momentary assessments'. Dit betekent dat toekomstig onderzoek niet alleen alleen een kwestie is van implementeren, maar ook constant innoveren. Dit dient ook zichtbaar te worden binnen ZonMw programma's. Afstemming tussen deze programma's voor wat betreft de eMental-health agenda levert winst op in termen van versnelling van innovatie en efficiëntie. Voorbeelden van zulke programma's zijn het ZonMW 'Actieplan eHealth Implementatieonderzoek', initiatieven zoals 'Zorg voor Innovatie' (www.zorgvoorinnoveren.nl) en het ZonMw Programma Jeugd). Bovendien is een betere aansluiting vanuit ZonMw met EU eMental-health initiatieven aan te bevelen (bijvoorbeeld het EU AAL (Ambient Assisted Living) Programma.

Referenties

Riper, H., Smit, F., Zanden, R. van der, Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). E-Mental Health – high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie E-Mental Health in opdracht van het ministerie van VWS. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ruwaard, J., Linse, H. & Hagenbeuk, H. (2013). *E-health in de Jeugd-ggz. Baat het of Schaadt het?* Amsterdam: Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie. ISBN: 978-90-820527-0-1 Free Full Text (ipad ebook)

Bijlage 1 Deelnemers expertmeeting 17 december 2012

	Naam	Instelling	Functie
1.	dhr. Pepijn van den Beemt	Klaverblad	Zorgconsulent
2.	prof. dr. Claudi Bockting	Universiteit Groningen	Professor Klinische psychologie
3.	dr. Rik Crutzen	Universiteit Maastricht	Onderzoeker
4.	prof. dr. Pim Cuijpers	VU Amsterdam	Hoofd afdeling Klinische Psychologie VU
5.	drs. Rob Gerrits	Dimence	Projectmanager e-Mental health/ Stafadviseur
6.	dr. Harry van Haaster	IGPB	Directeur
7.	drs Jeroen Hulleman	Ministerie van VWS	Senior Beleidsmedewerker
8.	dr. Saskia Kelders	Universiteit Twente	Onderzoeker Mental Fitness/ Positieve Psychologie
9.	drs. Desiree Krol	Raadthuys Psychologen	Eerstelijns psycholoog
10.	prof. dr. Alfred Lange	UVA	Professor Klinische Psychologie
11.	dhr. Steven Makkink	LPGGZ	Beleidsmedewerker
12.	drs. Katherina Martin Abello	Trimbos-Instituut	Head Unit I.COM Trimbos-insituut
13.	dr. Jan Mokkenstrom	GGZinGeest	Psychiater, Directeur Behandelzaken GGZinGeest/ 113online
14.	dr. Marijke van Putten	GGZ NHN	Psychiater, lid Raad van Bestuur
15.	dr. Liesbeth Renckens	Denk	Klinisch psycholoog, Programmadirecteur
16.	dr. Jeroen Ruwaard	Kenniscentrum KJP/Yulius	Projectmanager e-Health
17.	dr. Elske Salemink	UVA	Assistant Professor Ontwikkelings-psychologie/ Angst
18.	drs. Frank Schalken	Stichting e-hulp.nl	Directeur
19.	ir. Odile Smeets	Trimbos-Instituut	Projectmanager I. COM Trimbos-instituut
20.	dhr. Boris Stil	Kwadraad	Beleidsmedewerker
21.	drs. Jan Vuister	Geriant	Directeur
22.	drs. Rianne van der Zanden	Trimbos-Instituut	Projectleider / Wetenschappelijk medewerker
	ZonMw Preventie		
23.	drs. Julia van Os	ZonMw	Programmasecretaris Preventie van psychische aandoeningen
24.	drs. Daan Elgershuizen	ZonMw	Junior Projectmanager Preventie
	Projectleiding		
25.	prof. dr. Heleen Riper	VU Amsterdam	Programmaleider eMental-Health/ Senior onderzoeker afdeling Klinische Psychologie
26.	mevr. Lisa Kooistra, MSc	VU Amsterdam	PhD student, afdeling Klinische Psychologie
27.	mevr. Jessica de Wit, MSc	VU Amsterdam	PhD student, afdeling Klinische Psychologie

Preventie & eMental-health

Kennissynthese 2013

VU VRIJE UNIVERSITEIT AMSTERDAM

ZonMw