

Onderwerp:	<b>Preventie van angststoornissen</b>
Samenvatting:	Het CVZ heeft beoordeeld of en welke interventies ter voorkoming van angststoornissen behoren tot het te verzekeren basispakket. Uit de achtergrondrapportage "Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk: Preventie van angststoornissen" blijkt dat er onvoldoende bewijs is om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen. Hiermee voldoet de zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op grond hiervan concludeert het CVZ dat preventieve interventies ter voorkoming van angststoornissen niet behoren tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	25 augustus 2009

Onderstaand de volledige uitspraak.

## Standpunt Preventie van angststoornissen: verzekerde zorg?

### Samenvatting

De overheveling van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) per 1 januari 2008 heeft pakket- en budgetneutraal plaatsgevonden. Dit betekent dat ook individuele preventie, die verleend werd en wordt door instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), is overgegaan naar de Zvw.

Zoals het CVZ destijds heeft toegezegd, gaat dit rapport in op de vraag of preventieve interventies ter voorkoming van het ontwikkelen van een angststoornis onderdeel uitmaken van het basispakket.

Onderdeel van dit rapport is een achtergrondrapportage, waarin de medische achtergrond is geschetst van interventies ter preventie van angststoornissen. Er is onderzocht of er personen met een verhoogd risico op het optreden van angststoornissen zijn te identificeren. Verder is beoordeeld of er interventies bestaan ter voorkoming van angststoornissen en of deze voldoen aan het algemene wettelijke criterium van stand van de wetenschap en praktijk.

#### *Hoog risico*

Bij geïndiceerde preventie speelt het begrip hoog risico een rol. Hoewel een omschrijving van de aard en omvang van de klachten niet is te geven kan een subklinische angststoornis (het aanwezig zijn van angstklachten, niet van een angststoornis) als hoog risico aangemerkt worden. Of er sprake is van een subklinische angststoornis bepaalt de zorgverlener in

<b><i>Plegen te bieden</i></b>	samenpraak met de cliënt. Geïndiceerde preventie voor psychische stoornissen is zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Preventieve interventies vallen, voor zover zij voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk, onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg.
<b><i>Stand van de wetenschap en praktijk</i></b>	Uit de achtergrondrapportage blijkt dat er onvoldoende bewijs is om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen. Hiermee voldoet deze zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
<b><i>Conclusie</i></b>	In dit rapport moet het CVZ dan ook concluderen dat preventieve interventies ter voorkoming van angststoornissen niet tot het te verzekeren pakket behoren.
<b><i>Alleen preventie depressie en alcoholgebruik is verzekerde zorg</i></b>	Het GGZ preventieaanbod is vooral gericht op drie psychische stoornissen (depressie, alcoholgebruik en angst). Met deze laatste duiding op het gebied van preventie van angststoornissen meent het CVZ dat het op dit moment ontwikkelde aanbod van GGZ preventie is geduid. Dit betekent dat alleen preventieve interventies gericht op depressie en alcoholgebruik, binnen de aangegeven kaders, ten laste van de Zvw kan worden gebracht. De preventieve interventies bij depressie en problematisch alcoholgebruik voldoen namelijk wel aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.
<b><i>Aanbeveling</i></b>	Het CVZ beveelt aan dat in de beleidsregels van de NZa met het vorenstaande rekening wordt gehouden. Omdat preventie nog als parameter voor het budget van GGZ-instellingen is opgenomen kan dit eerst met ingang van 1 januari 2010 een rol spelen. Het CVZ acht het wenselijk dat onderzoek plaatsvindt ter onderbouwing van de effectiviteit van preventieve interventies, mede gezien de veelbelovende interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Aan de hand van nieuwe onderzoeksresultaten kan het CVZ de interventies opnieuw beoordelen.

## **Inleiding**

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze overheveling heeft pakket- en budgetneutraal plaatsgevonden. Dit betekent dat ook individuele preventie, die verleend werd en wordt door instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), is overgegaan naar de Zvw. Omdat niet alle preventie onderdeel van het verzekerde pakket is heeft het CVZ medio 2007 toegezegd preventieve interventies te duiden, in de zin van het innemen van een standpunt over de te verzekeren zorg in het kader van de Zvw.

Eveneens medio 2007 heeft het CVZ het rapport *Van*

*preventie verzekerd* uitgebracht. Als vervolg op dit rapport heeft het CVZ aangekondigd te rapporteren over preventie van depressie en van alcoholgebruik. In september 2008 heeft het CVZ preventie van depressie geduid. In juni 2009 is een rapport over preventie van problematisch alcoholgebruik uitgebracht. In dit rapport wordt nader ingegaan op de vraag of preventieve interventies ter voorkoming van het ontwikkelen van andere dan de twee hiervoor genoemde psychische stoornissen onderdeel uitmaken van het basispakket.

Het CVZ heeft in 2007 in zijn rapport *Van preventie verzekerd* zijn visie gepresenteerd op preventie als verzekerde zorg. Deze visie komt erop neer dat zowel geïndiceerde preventie (gericht op het voorkomen van ziekte bij mensen met geopenbaarde gezondheidsklachten) als zorggerelateerde preventie (gericht op het voorkomen van complicaties of verergeren van de ziekte) behoort tot het domein van de zorgverzekeringen, namelijk de Zvw en de AWBZ.

Vormen van collectieve preventie (universele en selectieve preventie), zoals het opsporen van mensen met verhoogd risico op een ziekte, zonder dat er nog sprake is van ziekteverschijnselen en hen vervolgens naar de zorg toe leiden, behoren, gezien de wettelijke bepalingen, niet tot het te verzekeren risico van de Zvw. Met dit rapport beoogt het CVZ duidelijkheid te scheppen voor verzekerden, zorgverzekeraars, orgaanbieders en andere belanghebbenden. Dit rapport beperkt zich tot de preventie van angststoornissen. Met de rapporten over preventie op het gebied van drie psychische stoornissen (depressie, alcohol en angst) meent het CVZ op dit moment het ontwikkelde aanbod op het gebied van GGZ preventie te hebben geduid.

Hiermee is geenszins uitgesloten dat in de toekomst geen nadere duiding van preventie op het gebied van een psychische stoornis kan plaatsvinden.

#### **Opbouw rapport**

De opbouw van dit rapport is als volgt. Hoofdstuk twee schetst de context en geeft aan waarom het CVZ zich in dit rapport beperkt tot preventie van angststoornissen. De vraag wanneer er sprake is van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie komt in het derde hoofdstuk aan de orde.

Hoofdstuk vier gaat in op de doelgroep voor geïndiceerde preventie en het begrip 'hoog risico'. Hoofdstuk vijf beschrijft de wet- en regelgeving, evenals de medische en juridische beoordeling. In hoofdstuk zes neemt het CVZ haar standpunt in over preventieve interventies voor angststoornissen. De consequenties van dit standpunt staan vermeld in hoofdstuk 7.

## Context

In Nederland is gezondheidswinst te behalen als naast de behandeling van ziekte meer aandacht wordt besteed aan het voorkomen van gezondheidsschade. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van het individu en de mogelijkheden tot participatie in de maatschappij. Het is daarom van belang vast te stellen welke mogelijkheden de Zvw biedt voor het vergoeden van preventieve interventies met als doel ziekte te voorkomen.

### ***Gevolgen van de overheveling GGZ voor preventie***

Op 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Al decennia lang (vanaf jaren tachtig vorige eeuw) bieden GGZ-instellingen naast behandeling en begeleiding ook preventie aan.

### ***Pakketneutrale overgang***

Bij de overheveling gold het uitgangspunt van pakket- en budgetneutrale overgang. Dit betekent dat delen van het zorgaanbod, die preventieactiviteiten omvatten, in beginsel zijn overgeheveld naar het pakket van de Zvw. De jaren 2008 en 2009 zijn voor wat betreft de financiering van de GGZ-instellingen te beschouwen als overgangsjaren.

In het licht van de overgangssituatie en het rapport *Van preventie verzekerd* heeft het CVZ aangekondigd de zorg te duiden die in preventieve programma's op het gebied van de GGZ wordt aangeboden.

### ***Individuele preventie***

Tot 2008 werden GGZ-instellingen in het kader van de AWBZ, waaronder ook de geneeskundige zorg viel, inclusief preventie, gefinancierd op basis van een budget. Een van de budgetparameters was 'preventie en dienstverlening'. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is destijds al een deel van deze gelden overgegaan naar de (centrum)-gemeenten voor openbare GGZ en collectieve GGZ preventie. Wat resteerde en resteert is een bedrag voor individuele preventie.

Ook na 2008 ontvangen GGZ-instellingen nog gelden voor preventie.

Hoewel instellingen declareren in Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) maken ze nog wel afspraken met verzekeraars op basis van hun budget uit het verleden en vindt zo nodig nacalculatie plaats om bestaande verschillen tussen de opbrengsten uit DBC's en het toegekende budget weg te nemen.

De parameter 'preventie' in het budgetformulier betreft preventie bij in behandeling zijnde cliënten (zorggerelateerde preventie). Deze preventie is onderdeel van een behandeling en valt onder een DBC.

Daarnaast is in de beleidsregel *Overige producten GGZ* een post individuele preventie opgenomen. Een duidelijke omschrijving van dit product ontbreekt. Onder dit product kunnen geïndiceerde preventie-

## **GGZ preventie**

interventies vallen, die onder voorwaarden tot de te verzekeren zorg kunnen behoren. Met de duiding van preventieve interventies kunnen partijen – verzekeraars en aanbieders – invulling aan dit product geven.

Binnen de GGZ worden diverse preventieve activiteiten, ook in de vorm van programma's aangeboden. Veel van deze programma's richten zich op risicogroepen en behoren tot selectieve preventie. Als voorbeelden van risicogroepen zijn te noemen kinderen van verslaafde ouders, mantelzorgers, familieleden van schizofreniepatiënten. Preventieve interventies, gericht op een bepaalde stoornis, zijn er in beperkte mate. Het gaat dan vooral om depressie, stoornissen in alcoholgebruik en angststoornissen.

Deze drie stoornisgroepen (depressie, alcoholgebruik en angst) komen veel voor, veroorzaken een hoge ziekte-last en leiden tot veel zorggebruik.

Verder is vooralsnog niet gebleken dat er voor andere dan de drie hiervoor vermelde psychische stoornissen een preventief aanbod is.

## **Beperking tot angststoornissen**

Dit rapport beperkt zich voor dit moment dan ook tot de preventie van angststoornissen, en dan met name de sociale angststoornis, paniekstoornis en gegeneraliseerde angststoornis. Voor deze drie angststoornissen is er een preventief aanbod, zoals de cursussen 'Met lef', 'Geen Paniek' en 'Vrienden'. Bij de andere angststoornissen is sprake van een lage prevalentie (obsessief-compulsieve stoornis) of onvoldoende wetenschappelijke kennis over preventie (specifieke fobie, agorafobie zonder paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis, acute stressstoornis).

## **Medische achtergrond-rapportage**

Onderdeel van dit rapport is bijgevoegde achtergrond-rapportage *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk; Preventie van angststoornissen*.

In deze rapportage is de medische achtergrond geschetst van interventies ter preventie van angststoornissen.

Er is onderzocht of er personen met een verhoogd risico op het optreden van angststoornissen zijn te identificeren. Verder is beoordeeld of er interventies bestaan ter voorkoming van angststoornissen en of deze, conform het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*, voldoen aan dit algemene wettelijke criterium.

## **Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie**

In dit hoofdstuk komt de vraag aan de orde wanneer verzekerden geïndiceerd zijn voor vormen van preventie die tot de te verzekeren prestaties onder de Zvw kunnen worden gerekend. Onder de te verzekeren prestaties vallen vormen van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Universele en selectieve preventie vallen buiten het bereik van de Zvw.

## **Wettelijke**

De Zvw is een individuele schadeverzekering. In artikel

<b>verankering</b>	11, eerste lid Zvw is uitgewerkt dat compensatie van vermogensschade door een zorgverzekeraar plaatsvindt door zorg in natura of door vergoeding van de kosten. Uit artikel 11 Zvw volgt dat de verzekerde aan de zorgverzekering op basis van de Zvw rechten kan ontlenuen als het verzekerde risico is ingetreden. Volgens het CVZ is dit niet beperkt tot situaties waarin al sprake is van een ziekte. Behoeft e aan geneeskundige zorg kan ook ontstaan als er sprake is van een verhoogd risico, zich uitend in gezondheidsklachten, op het verkrijgen van een ziekte.
<b>Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie</b>	Het CVZ stelt in zijn rapport <i>Van preventie verzekerd</i> dat preventieve zorgactiviteiten zijn onder te verdelen in geïndiceerde preventie (met de bedoeling om ziekte te voorkomen) en zorggerelateerde preventie (met de bedoeling om complicaties of verergering van ziekte te voorkomen). Het is van belang om binnen de categorie geïndiceerde preventie de groepen met een hoog risico op ziekte af te bakenen. De gedachte is dat bij die groepen de kans op ziekte zodanig verhoogd is dat de te leveren preventieve zorg medisch noodzakelijk is en dat vergoeding ten laste van het basispakket daarmee gerechtvaardigd is.

## Geïndiceerde preventie: voor wie?

<b>Angst</b>	Dit hoofdstuk gaat in op begrippen rondom (preventie van) angststoornissen, zoals klachten, risicogroepen en hoog risico. Aan de hand van deze begrippen komt het CVZ tot een omschrijving van personen voor geïndiceerde preventie van angststoornissen. 'Normale' angst is functioneel in gevaarlijke situaties en leidt tot acties van het individu en tot fysiologische, gedragsmatige en cognitieve voorbereiding op vluchten of vechten. Als een angstreactie ongewoon sterk of lang is, of optreedt zonder een stimulus die een angstreactie rechtvaardigt, kan men spreken van pathologische angst. De signaal- en activeringsfunctie van de angst is dan niet meer adaptief aan de situatie.
<b>Angststoornis</b>	Een nadere omschrijving van de angststoornissen is opgenomen in de achtergrondrapportage. Voor de definities van de onderscheiden angststoornissen is hierbij uitgegaan van de kenmerken overeenkomstig de DSM-IV, een internationaal classificatiesysteem voor psychische aandoeningen.
<b>Ziektelast</b>	Voor de hele Nederlandse bevolking is het verlies aan kwaliteit van leven door angststoornissen vergelijkbaar met dat van enkele ernstige en veelvoorkomende somatische ziekten. Met 226.300 Disability-Adjusted Life-Years (DALY's) staan angststoornissen op de tweede plaats in een rangorde van 49 geselecteerde ziekten. Deze psychische ziekten staan daarmee tussen coronaire hartziekten en beroerte.
<b>Prevalentie</b>	Angststoornissen komen veel voor in de bevolking. In Nederland (2003) leden naar schatting 1,7 miljoen

	<p>mensen van 13 jaar en ouder aan enige angststoornis. Dit is ongeveer één op de acht mensen (12,5%). De jaarprevalentie van angststoornissen bedraagt circa 12% (♀ 17%, ♂ 8%).</p>
<b><i>Incidentie</i></b>	<p>De lifetime prevalentie (hoe vaak een stoornis over het gehele leven van mensen voorkomt) van angststoornissen is 19,3%. Het aantal nieuwe gevallen van enige angststoornis per jaar wordt geschat op circa 460.000.</p> <p>Vrijwel alle angststoornissen komen meer voor onder vrouwen dan onder mannen. Globaal komen angststoornissen ongeveer evenveel voor onder jeugdigen, volwassenen en ouderen. In alle leeftijdsgroepen is vooral het aantal personen met fobieën erg hoog. Bij ouderen komen angststoornissen wel iets vaker voor dan bij mensen jonger dan 65 jaar.</p> <p>Per jaar lijdt ongeveer één op de zeven ouderen (14,1%) aan een angststoornis. De gegeneraliseerde angststoornis komt in deze leeftijdsgroep in verhouding het meest voor.</p>
<b><i>Voortekenen</i></b>	<p>Voortekenen van een angststoornis zijn bijvoorbeeld herhaalde paniekaanvallen of angstklachten. Er is een verband tussen het bestaan van angstklachten en het ontstaan van angststoornissen. Maar subklinische symptomen correleren niet één op één met de ontwikkeling van een angststoornis.</p>
<b><i>Beloop</i></b>	<p>Het beloop kenmerkt zich door het periodiek verergeren en weer verminderen van klachten, vaak in samenhang met stressfactoren. Bij ongeveer de helft van de angststoornissen ontwikkelt zich na verloop van enige jaren tevens een depressieve stoornis en er is een grote comorbiditeit met andere angststoornissen. Ook is er bij angststoornissen meer kans op alcohol- en drugsafhankelijkheid, met name bij sociale fobie.</p> <p>De leeftijd waarop een angststoornis begint en de duur ervan loopt nogal uiteen tussen de verschillende stoornissen. Het beloop kan zeer langdurig zijn; de kans op spontane verbetering schommelt voor alle angststoornissen tussen de 15% en 40%, afhankelijk van ernst en type van de angststoornis. Eén onderzoek toonde zonder behandeling 14,3% spontaan herstel na 7 jaar.</p>
<b><i>Behandeling</i></b>	<p>Angststoornissen kunnen goed behandeld worden. Ongeveer tweederde van de patiënten met angststoornissen heeft na behandeling met antidepressiva en/of cognitieve gedragstherapie (CGT) beduidend minder invaliderende angstklachten.</p>
<b><i>Bestaande preventieve interventies</i></b>	<p>Angststoornissen die veel voorkomen en waarvoor (geïndiceerde) preventieve interventies bestaan zijn de paniekstoornis, de sociale fobie en de gegeneraliseerde angststoornis (GAS).</p> <p>De programma's die momenteel worden aangeboden zijn bedoeld voor mensen met (beginnende) angstklachten. Mensen hebben symptomen die bij een angststoornis passen, maar voldoen niet aan de criteria voor het stellen van de diagnose van één van de</p>

genoemde angststoornissen. Deze groep kan worden aangeduid als de groep met subklinische angststoornis. Er is een grote diversiteit in interventies ter preventie van angststoornissen. Voorbeelden van preventieve programma's zijn de cursussen 'Geen Paniek' (specifiek voor panieklachten), 'Vrienden' (voor jongeren met sociale problemen), 'Alles onder controle' en 'Met lef' (voor sociale angstklachten).

Geïndiceerde preventie van een angststoornis is gericht op het herkennen, onderzoeken en veranderen van gedachten die angst oproepen. Deze aanpak is een verkorte vorm van cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie

De programma's zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (CGT).

### **Risicogroepen**

Van risico op het ontwikkelen van een angststoornis is sprake wanneer factoren aanwezig zijn die bepaalde mensen of groepen mensen kwetsbaar maken.

Zo hebben bv. mensen met chronische ziektes en mensen met weinig opleiding een verhoogde vatbaarheid voor het ontwikkelen van een angststoornis.

Het Trimbos instituut geeft aan dat mensen die een hoog risico lopen om een angststoornis te ontwikkelen zijn:

- Kinderen van ouders met een psychische stoornis
- Mensen met een specifieke fobie
- Jongeren met problemen in sociale contacten.

Bij deze groepen is niet per definitie sprake van angstklachten of -symptomen maar het zijn wel groepen waarop selectieve preventie kan worden gericht.

Binnen de kaders van de Zvw is het louter hebben van een kwetsbaarheidfactor voor het ontwikkelen van een angststoornis echter onvoldoende. Er moet sprake zijn van (dreigende) gezondheidsschade veroorzaakt door angstklachten.

Het behandelen van deze risicogroepen, gebaseerd op kwetsbaarheidfactoren valt daarmee onder selectieve preventie en ligt dus buiten het bereik van de Zvw.

Hiervoor zijn andere preventieve programma's beschikbaar die onder meer op grond van de Wmo kunnen worden vergoed.

### **Hoog risico: subklinische angststoornis**

De grens tussen 'normale' en 'pathologische' angst is niet scherp te trekken. Het is waarschijnlijk dat personen met subklinische symptomen eerder een klinische angststoornis zullen ontwikkelen.

Een verband tussen met behulp van testen gemeten angstsymptomen en het ontstaan van angststoornissen is aangetoond.

Er bestaat echter geen methode of test die het mogelijk maakt een eenduidig afkappunt te bepalen voor het bestaan van een hoog risico. Daarbij is het ontstaan van angststoornissen net als andere psychische stoornissen, bepaald door samenspel van een groot aantal factoren. Idealiter is er een te beïnvloeden voorspellende (causale) risicofactor voor het ontstaan van angststoornissen te identificeren. Maar er is, voor zover bekend, geen 'maat'



voor angststoornissen bekend met een duidelijk afkappunt voor hoog risico.  
Er is een scala aan mogelijke meetmethoden en testen.  
Er is echter geen consensus over de methode om vast te stellen of een individu een hoog risico heeft op het ontstaan van een angststoornis.  
Het is niet mogelijk om individuen met een hoog risico op het ontstaan van angststoornissen duidelijk te identificeren.  
De indicatie voor een preventieve interventie kan dan ook alleen door de zorgverlener in samenspraak met de cliënt worden vastgesteld. De cliënt heeft angstklachten, maar nog niet dusdanig dat er sprake is van een angststoornis en komt met deze klachten bij een zorgverlener.  
In het geval van een subklinische angststoornis is er sprake van gezondheidsschade veroorzaakt door angstklachten.  
Hoewel een omschrijving van de aard en omvang van de klachten niet is te geven kan een subklinische angststoornis als hoog risico aangemerkt worden.  
Angstklachten gaan meestal vooraf aan een volwaardige angststoornis.

## Welke interventies zijn te verzekeren prestaties?

In dit hoofdstuk bespreekt het CVZ onder welke voorwaarden geïndiceerde preventieve interventies tot de te verzekeren prestaties van de Zvw behoren.

### ***Wet- en regelgeving***

#### ***Wettelijk kader***

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag welke interventies bij preventie van angststoornissen tot de te verzekeren prestaties behoren, toetst het CVZ aan de wet- en regelgeving. Hierbij zijn de volgende wettelijke bepalingen aan de orde.

Artikel 10 onder a Zvw bepaalt dat het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg is.

Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld.

Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Artikel 2.4 Bzv bepaalt dat geneeskundige zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden alsmede fysiotherapie en paramedische zorg.

Vanaf 2008 omvat de geneeskundige zorg ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv).

Op basis van de regelgeving omvat geneeskundige GGZ naast de GGZ in de tweede lijn ook de psychologische zorg in de eerste lijn. Het CVZ heeft dit verduidelijkt in het GGZ kompas.

De eerstelijnspsychologische zorg is beperkt tot acht zittingen en er geldt een eigen bijdrage van € 10 per zitting.

### **Wetenschap en praktijk**

Voor alle zorgvormen geldt het gestelde in artikel 2.1, tweede lid, Bzv. Daarin is bepaald dat de inhoud en omvang van de zorgvormen mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijken, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Om te bepalen wat tot de stand van de wetenschap en praktijk gerekend moet worden, volgt het CVZ de principes van evidence-based medicine (EBM). Op basis hiervan neemt het CVZ een standpunt in over de vraag of een prestatie tot de te verzekeren zorg behoort en daarmee een te vergoeden of te verstrekken interventie is. In het rapport *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk* heeft het CVZ beschreven hoe het beoordeelt of een prestatie voldoet aan dit criterium.

In de Zvw en het daarbij behorende Bzv zijn de meeste te verzekeren prestaties functiegericht omschreven. Dit betekent dat de wet zich beperkt tot 'wat' onder de te verzekeren prestaties valt en voor welk indicatiegebied deze prestatie geldt. Wat deze zorg precies inhoudt, ligt dus niet vast in de wet, maar wordt behalve door de stand van de wetenschap en praktijken ook ingevuld door wat door de beroepsgroep als gebruikelijk wordt gezien (*plegen te bieden*).

### **Plegen te bieden**

'Wie' de zorg verleent en 'waar' dat gebeurt, laat de wet over aan de zorgverzekeraar. De functiegerichte omschrijving van de zorg in de Zvw biedt de zorgverzekeraars de mogelijkheid om in de polis te beschrijven welke zorgverleners de prestaties kunnen aanbieden en welke prestaties concreet verzekerd zijn onder welke voorwaarden.

### **Plegen te bieden**

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

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie van psychische stoornissen behoort tot de zorg die huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen volgens de standaard van hun beroepsgroepen behoren te verlenen. Het is zorg zoals de genoemde beroepsgroepen die plegen te bieden.

Hier toe behoort ook de eerstelijnspsychologische zorg. Een preventief aanbod vanuit de eerste lijn ligt voor de hand, hoewel het feitelijk aanbod op dit moment

geleverd wordt door GGZ-instellingen. Door de taakherschikking als gevolg van de functiegerichte omschrijving kan bijvoorbeeld ook een praktijkondersteuner huisarts (POH) GGZ bepaalde taken uitvoeren die de huisarts pleegt te bieden. Ontwikkelingen binnen de eerste lijn, zoals het inzetten van een POH GGZ zijn gericht op een onderkenning van psychische klachten. Dit kan bijdragen aan een verwijzing naar een voor de verzekerde geschikte preventieve interventie. Dit betekent dat preventie van angststoornissen onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 eerste lid Bzv valt, op voorwaarde dat de interventie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

### ***Stand van de wetenschap en praktijk***

Het CVZ heeft onderzocht of preventieve interventies om het ontwikkelen van een angststoornis te voorkomen voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Er wordt op dit moment, zij het beperkt, een aantal preventieprogramma's ter voorkoming van het ontwikkelen van een angststoornis aangeboden. Deze programma's richten zich op mensen met een subklinische angststoornis (sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis en paniekstoornis). De programma's zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

Cognitieve gedragstherapie is een therapievorm die bij de *behandeling* van een angststoornis zijn waarde heeft bewezen.

#### ***Relevante uitkomstmaten***

Bij het beoordelen van de resultaten van de verschillende preventieve programma's heeft het CVZ onderzoek gedaan naar de beschikbare wetenschappelijke literatuur hierover. Belangrijke uitkomstmaten bij de beoordeling van de literatuur zijn het voorkomen van een angststoornis en het afnemen van bestaande angstklachten.

#### ***Literatuuronderzoek***

Voor een overzicht van de geselecteerde studies en hun beoordeling op kwaliteit verwijst het CVZ naar de medische achtergrondrapportage, bijgevoegd bij dit rapport.

#### ***Resultaten***

Er bestaat bewijs dat preventieve interventies de incidentie van angststoornissen, met name paniekstoornis (met of zonder agorafobie), sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis, verminderen. Maar de hoeveelheid en kracht van het bewijs is beperkt.

Er is geen bewijs van het hoogste niveau van bewijskracht gevonden.

De weinige vergelijkende studies zijn van geringe omvang. Ook de uitkomstmaten zijn zeer verschillend en steeds gebaseerd op zelfrapportage. Er zijn maar weinig studies gericht op de belangrijke uitkomstmaat 'lagere incidentie angststoornissen'. Een deel van de studies heeft als uitkomstmaat het verminderen van symptomen van angst met de impliciete aanname dat

dan ook het risico op het ontstaan van angststoornissen vermindert. Bovendien is de follow-up duur relatief kort (3 jaar of minder). Dit beperkt de mogelijkheid om op basis van de gevonden literatuur harde uitspraken over de effectiviteit van preventieve programma's te doen. De uitkomstrichting van de verschillende onderzoeken is wel consistent. In een review van studies naar de preventie van angststoornissen concluderen de onderzoekers dan ook dat het toepassen van interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie veelbelovend is. Het is aannemelijk, maar niet aantoonbaar aan de hand van publicaties van de hoogste bewijsklasse, dat preventieve programma's, gericht op personen met een geïdentificeerd verhoogd risico op angststoornissen, het ontstaan van angststoornissen, met name paniekstoornis (met of zonder agorafobie), sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis, voorkomen. Ook aan de hand van publicaties van lagere bewijsklasse is de effectiviteit niet voldoende aantoonbaar. Verder is er geen duidelijkheid te geven over de meest effectieve wijze om de preventieve interventies aan te bieden (duur, omvang, individueel – groep, internet). Interventies op CGT basis lijken, ongeacht uitvoeringsvorm, een effect te hebben.

### **Conclusie**

Er is onvoldoende bewijs om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen. Bovendien zijn redenen om preventieve interventies gericht op het voorkomen angststoornissen onvoldoende aangetoond effectief te beschouwen. Zich voldoen dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zijn geen onderdeel van de Zvw.

### **Standpunt**

Voorliggende vraag is of en welke interventies ter voorkoming van angststoornissen behoren tot het te verzekeren basispakket.

### **Hoog risico**

Bij geïndiceerde preventie speelt het begrip hoog risico een rol. Gesteld kan worden dat in het geval van een subklinische angststoornis (het aanwezig zijn van angstklachten, niet van een angststoornis) er sprake is van gezondheidsschade veroorzaakt door angstklachten. Angstklachten gaan meestal vooraf aan een volwaardige angststoornis. Het voorkomen/vermindern van angstklachten zal bijdragen aan het terugdringen van het ontstaan van angststoornissen.

Hoewel een omschrijving van de aard en omvang van de klachten niet is te geven kan een subklinische angststoornis als hoog risico aangemerkt worden. Of er sprake is van een subklinische angststoornis bepaalt de zorgverlener in samenspraak met de cliënt.

### **Plegen te bieden**

Geïndiceerde preventie voor psychische stoornissen is zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden.

<b>Stand van de wetenschap en praktijk</b>	Preventieve interventies vallen, voorzover zij voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk, onder de Zvw-prestatie geneeskundige zorg. Uit de achtergrondrapportage blijkt dat er onvoldoende bewijs is om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen. Hiermee voldoet de zorg niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
<b>Conclusie: Geen verzekerde zorg</b>	Op grond hiervan concludeert het CVZ dat preventieve interventies ter voorkoming van angststoornissen niet behoren tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

## Consequenties en aanbevelingen

<b>Alleen preventie depressie en problematisch alcoholgebruik verzekerde zorg</b>	In de rapporten over preventie van depressie en problematisch alcoholgebruik heeft het CVZ geconcludeerd dat preventieve interventies die bestaan uit bepaalde therapeutische principes, ter voorkoming van een depressie of stoornis in het gebruik van alcohol, onder de dekking van de Zvw vallen. In dit rapport moet het CVZ concluderen dat preventieve interventies ter voorkoming van angststoornissen niet tot het te verzekeren pakket behoren. Consequentie hiervan is dat dergelijke interventies niet ten laste van de Zvw gebracht kunnen worden. Zoals hiervoor aangegeven is het GGZ preventieaanbod vooral gericht op deze drie psychische stoornissen. Met deze laatste duiding op het gebied van preventie van angststoornissen meent het CVZ dat het op dit moment ontwikkelde aanbod van GGZ preventie is geduid. Dit betekent dat alleen preventieve interventies gericht op depressie en alcoholgebruik, binnen de aangegeven kaders, ten laste van de Zvw kan worden gebracht. Het CVZ beveelt aan dat in de beleidsregels van de NZa met het vorenstaande rekening wordt gehouden. Omdat preventie nog als parameter voor het budget van GGZ-instellingen is opgenomen kan dit eerst met ingang van 1 januari 2010 een rol spelen.
<b>Preventie is eerstelijns-psychologische zorg</b>	Preventieve interventies op het gebied van depressie en alcoholgebruik vallen onder de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg' en in het bijzonder de eerstelijnspsychologische zorg. Hoewel ook veelal GGZ-instellingen de preventieve interventies aanbieden is dit daarmee nog geen tweedelijns GGZ. Deze instellingen kunnen uiteraard ook eerstelijnspsychologische zorg leveren. Het is in deze aan verzekeraars te bepalen wie welke zorg levert. Verzekeraars geven dit nader in hun polissen aan en hanteren dit in hun contracteerbeleid.
<b>Nader onderzoek gewenst</b>	Het CVZ komt tot de conclusie dat er nog onvoldoende bewijs is om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen. Kernboodschap van het rapport 'Gezond verstand' was

al dat er meer onderzoek nodig is naar effectieve preventie van angststoornissen: “Terwijl er veel bekend is over de effectiviteit van depressiepreventie is er erg weinig bekend over de effectiviteit van preventieve interventies voor angststoornissen. Deze achterstand is opvallend, omdat het aantal mensen met angststoornissen groter is dan dat van depressie, en de ziektelast van bepaalde angststoornissen die van depressie ten minste evenaart. Op dit moment is het te vroeg voor een breed landelijk implementatie plan voor de preventie van angststoornissen. Het is nu vooral van belang om de effectiviteit van preventie van angststoornissen hoog op de onderzoeksagenda te zetten.” Met uitzondering van een onderzoek van de cursus ‘Geen Paniek’ lijkt deze oproep niet voortvarend ter hand te zijn genomen. Het CVZ acht het wenselijk dat onderzoek plaatsvindt ter onderbouwing van de effectiviteit van preventieve interventies, mede gezien de veelbelovende interventies gebaseerd op CGT. Aan de hand van nieuwe onderzoeksresultaten kan het CVZ de interventies opnieuw beoordelen.

### **Vaststelling standpunt**

Dit standpunt heeft de Raad van Bestuur vastgesteld op 25 augustus 2009.

## **Samenvatting**

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook individuele preventie, die verleend werd en wordt door instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), is overgegaan naar de Zvw. Omdat niet alle preventie onderdeel van het verzekerde pakket is heeft het CVZ medio 2007 toegezegd de preventieve interventies te duiden. Deze rapportage beperkt zich tot de geïndiceerde interventies ter preventie van angststoornissen

*Hoog risico: Er bestaat geen eenduidige methode voor het vaststellen van een verhoogd risico.*

Er is geen consensus over de methode om vast te stellen of een individu een hoog risico heeft op het ontstaan van angststoornissen, laat staan over een eventueel 'afkappunt'. De relatie tussen angstsymptomen en het ontstaan van angststoornissen is wel aangetoond. Het is niet mogelijk om individuen met een hoog risico op het ontstaan van angststoornissen duidelijk te identificeren

*Effectiviteit: Er is geen bewijs van het hoogste niveau van bewijskracht over de effectiviteit van preventieve interventies.* Er is maar weinig literatuur beschikbaar over de preventie van angststoornissen. Er zijn geen studies gevonden van het hoogste niveau.

*Er is geen duidelijkheid te geven over de meest effectieve wijze om de preventieve interventies aan te bieden (duur, omvang, individueel – groep, internet).*

Interventies op CGT basis lijken, ongeacht uitvoeringsvorm, een effect te hebben.

*Er is onvoldoende bewijs om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen.*

Bovenaanstaande beperkingen zijn redenen om preventieve interventies gericht op het voorkomen angststoornissen onvoldoende aangetoond effectief te beschouwen. Zij voldoen dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zijn geen onderdeel van de Zvw.

## Inleiding

### *Aanleiding*

#### *Aanleiding*

Per 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze overheveling heeft pakket- en budgetneutraal plaatsgevonden. Dit betekent dat ook individuele preventie, die verleend werd en wordt door instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), is overgegaan naar de Zvw. Omdat niet alle preventie onderdeel van het verzekerde pakket is heeft het CVZ medio 2007 toegezegd de preventieve interventies te duiden. Eveneens medio 2007 heeft het CVZ het rapport Van preventie verzekerd uitgebracht. (1)

#### *Preventie*

Het CVZ hanteert in dit rapport de volgende indeling voor de verschillende vormen van preventie:

*Universele preventie* richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen;

*Selectieve preventie* richt zich (ongeveer) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventie-programma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma;

*Geïndiceerde preventie* richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling;

*Zorggerelateerde preventie* richt zich op individuen met een ziekte of één of meer gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziekte last te reduceren en 'erger' te voorkomen.

Deze rapportage beperkt zich tot de geïndiceerde preventie. Selectieve en universele preventie behoren niet tot het domein van de Zvw, maar andere wettelijke regelingen. Voor zorggerelateerde preventie geldt dat dit wel tot de Zvw behoort, maar dit als (deel van de) behandeling wordt beschouwd.

#### *Angststoornissen*

In deze rapportage wordt de medische achtergrond geschetst van interventies ter preventie van angststoornissen. Er wordt onderzocht of er personen met een verhoogd risico op het optreden van angststoornissen zijn te identificeren.

Verder wordt beoordeeld of er interventies bestaan ter voorkoming van angststoornissen en of deze, conform



het rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk (2), voldoen aan dit algemene wettelijke criterium.

## **Achtergrond Preventie van angststoornissen**

- Angst** 'Normale' angst is functioneel in gevaarlijke situaties en leidt tot activering van het individu en tot fysiologische, gedragsmatige en cognitieve voorbereiding op vluchten of vechten. De fysiologische reacties zijn: verhoogde bloeddruk en spiertonus, versnelde hartslag en versnelde ademhaling. (3)
- Angststoornissen** Als een angst reactie ongevoelbaar sterk of lang is, of optreedt zonder een stimulus die een angst reactie rechtvaardigt, kan men spreken van pathologische angst. (4) De signaal- en activeringsfunctie van de angst is dan niet meer adaptief aan de situatie. (3)
- DSM-IV** Voor de definities van de onderscheiden angststoornissen hanteert deze rapportage de kenmerken overeenkomstig de DSM-IV, een internationaal classificatiesysteem voor psychische aandoeningen. In bijlage 1 zijn de DSM-IV beschrijvingen opgenomen. Onder angststoornissen vallen: (3)
- Paniekstoornis**
- *paniekstoornis* zonder of met *agorafobie*. Bij de paniekstoornis is er sprake van een recidiverende aanvalsgewijs optredende heftige subjectieve angst (bv. angst om gek te worden of om dood te gaan), die gepaard kan gaan met allerlei lichamelijke verschijnselen zoals zweten, ademnood, duizeligheid, misselijkheid, hartkloppingen, pijn op de borst, buikkoliken, paresthesieën en tremoren. Men spreekt van agorafobie of vermijdingsdrang als vrees bestaat voor bepaalde plaatsen of situaties waarin de betrokkene een paniekaanval kan krijgen. Hieronder valt ook de vermijdingsdrang als de betrokkene alles gaat vermijden om maar niet in, aan paniek gebonden, ongelukkige situaties terecht te komen; dit vermijdingsgedrag is aanwezig bij waarschijnlijk meer dan 60% van de patiënten met een paniekstoornis. Er is een grote comorbiditeit met andere angststoornissen (40%) en met depressie (60%). De aanvalsfrequentie varieert van eenmaal per week tot meermalen per dag. Er kan al van een paniekstoornis worden gesproken bij recidiverende onverwachte paniekaanvallen en indien ten minste één van de aanvallen wordt gevolgd door een periode van ten minste een maand met voortdurende angst voor een nieuwe aanval (anticipatieangst);
- Sociale angststoornis**
- *sociale fobie* (= sociale angststoornis). Hier gaat het om intense en irrationele angst of schaamte voor een mogelijk kritische beoordeling door anderen in één of meer situaties (eten of

spreken in het openbaar), die gepaard gaat met trillen, transpireren, blozen en/of hartkloppingen. Bij deze fobie kan men twee typen onderscheiden:

- de gegeneraliseerde vorm waarin de angst in verschillende sociale situaties optreedt (sociale angst gecompliceerd door sociaal vermijdingsgedrag);
- de specifieke vorm waarin de angst in een specifieke situatie optreedt (bv. podiumangst, trilingst, vliegangst);

### ***Gegeneraliseerde angststoornis***

- *gegeneraliseerde angststoornis* (GAS). De gegeneraliseerde angststoornis is een brede indicatie die specifieke spanningsklachten omvat. Hier gaat het om diffuse constitutionele en niet-objectgebonden buitensporige bezorgdheid (bv. over de toekomst, de kinderen, het werk). De klachten hebben een fluctuerend beloop en zijn min of meer chronisch aanwezig zonder paniekaanvallen. Dit gaat veelal samen met piekeren, prikkelbaarheid, vermoeidheid, verhoogde spierspanning, slaap- en concentratiestoornissen. De klachten dienen minimaal zes maanden aanwezig te zijn;

### ***Andere angststoornissen***

- *specifieke fobie* (vroeger enkelvoudige fobie). Hierbij is sprake van een enkele omschreven situatie of stimulus (spinnen, bloed, hoogte, etc.), die wordt doorstaan met hevige aanhoudende angst of wordt vermeden. Deze fobie behoeft in het algemeen geen medische behandeling. De standaardtherapie is gedragstherapie, met name blootstelling aan de angstverwekkende situatie ('exposure in vivo') of cognitieve therapie;
- *obsessieve compulsieve stoornis* (OCS, de vroegere dwangneurose), bijvoorbeeld smetvrees. De ernst en frequentie van de diverse obsessies en dwanghandelingen wordt meestal bepaald met de 'Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale' (Y-BOCS). Er is sprake van obsessieve compulsieve stoornis (OCS) wanneer er recidiverende en aanhoudende dwanggedachten (obsessies) of -handelingen (compulsies) zijn, die uitgesproken leed veroorzaken en de betrokkene minimaal een uur per dag kosten of botsen met het normale gedrag van de betrokkene, zijn werk, sociale activiteiten en contacten. Verdere kenmerken zijn dat patiënt de dwanghandelingen als overdreven of onredelijk ziet, de dwanggedachten (aanvankelijk) als opgedrongen en zinloos beleeft en deze tracht te onderdrukken.

Er is onderscheid te maken tussen een subtype met smetvrees/schoonmaken dat meer bij vrouwen (> 20 j.) optreedt en een subtype gekenmerkt door symmetrie/ordening dat meer bij mannen (> 15 j.) voorkomt;

- *posttraumatische stress-stoornis* (PTSS). PTSS is een aandoening met een directe relatie tot een niet (geheel) verwerkte traumatische gebeurtenis, gepaard gaand met het optreden van herbelevingen (nachtmerries), vermijdingsgedrag, slaapstoornissen, concentratiestoornissen, angst en symptomen van verhoogde psychische en lichamelijke 'arousal'. Als de klachten korter duren dan vier weken, spreekt men van een acute stress-reactie;
- *angststoornis door alcohol of drugs* (door coffeïne, cocaïne, amfetamine). De behandeling bestaat uit staken van het middel.

### **Meer dan emotionele gezondheid**

Angststoornissen beïnvloeden meer dan alleen de emotionele gezondheid (mate van lijden) maar ook de meer algemene kwaliteit van leven en beperkingen. Er zijn bij volwassenen verbanden gevonden met schildklier-aandoeningen, luchtweg aandoeningen, maag darm aandoeningen, artritis, migraine en allergische problematiek. Het mechanisme van het verband is onbekend maar voorstelbaar is dat lichamelijke ziekte aanleiding is voor angsten en zorgen die uitgroeien tot angststoornissen. Ook kan de aanwezigheid van angststoornissen de 'vatbaarheid' voor lichamelijke aandoeningen vergroten door biologische processen (bijvoorbeeld veranderingen in het hypothalamus-hypofyse-bijnier systeem (HPA systeem) en in het autonome zenuwstelsel). Verder kan angst ook leiden tot gebruik van alcohol, nicotine, drugs of geneesmiddelen dat op zich weer lichamelijke problemen veroorzaakt. Tenslotte spelen mogelijk gezamenlijke genetische-, omgevings- en persoonlijke factoren een rol. (5)

### **Ziekte last**

Voor de hele Nederlandse bevolking is het verlies aan kwaliteit van leven door angststoornissen vergelijkbaar met dat van enkele ernstige en veelvoorkomende somatische ziekten. Met 226.300 Disability-Adjusted Life-Years (DALY's) staan angststoornissen op de tweede plaats in een rangorde van 49 geselecteerde ziekten. Deze psychische ziekten staan daarmee tussen coronaire hartziekten en beroerte. (6)

Zie ook bijlage 3 met een tabel uit het VTV - Themarapport 'Gezond verstand' uit 2006.(10)

### **Oorzaken**

De oorzaak van angststoornissen is onduidelijk. Men gaat ervan uit dat zowel biologische, psychologische als sociale

factoren een rol spelen bij het ontstaan van een angststoornis. Ook is er een erfelijke component. Cognitieve processen als overschatten van het gevaar van een situatie en verkeerde interpretatie van de lichamelijke angstsymptomen vormen waarschijnlijk een belangrijk element bij het ontstaan en in stand houden van angststoornissen.(3)

Er bestaat dus niet één oorzaak voor angststoornissen maar het gaat om een samenspel van factoren: persoonsgebonden factoren, omgevingsgebonden factoren en levensgebeurtenissen. (6)

Het Trimbos instituut geeft aan dat mensen die een hoog risico lopen om een angststoornis te ontwikkelen zijn (7):

- Kinderen van ouders met een psychische stoornis
- Mensen met een specifieke fobie
- Jongeren met problemen in sociale contacten.

Bij deze groepen is niet per definitie sprake van angstklachten of -symptomen maar het zijn wel groepen waarop selectieve preventie kan worden gericht.

### ***(Patho)fysiologie***

Over de psychofysiologische indicatoren voor angststoornissen zijn weinig consistente gegevens. Een rol speelt dat de fysiologische schrikreactie niet wordt gevolgd door functioneel gedrag (ontvluchten of ontwijken) (8).

Aangejaagd door stress en neurale angst circuits en atypisch amygdala (het hersengebied dat een functie heeft bij de koppeling van emoties aan herinneringen en de respons op stress regelt) gestuurd angstgedrag (9) zou een disbalans ontstaan tussen het autonome zenuwstelsel en emotionele processen. (zie ter illustratie bijlage 2)

### ***Prevalentie***

Deze rapportage beperkt zich tot de angststoornissen:

- Generaliseerde angststoornis
- Paniekstoornis (met of zonder agorafobie)
- Sociale fobie

Bij de andere angststoornissen is sprake van een lage prevalentie (obsessief-compulsieve stoornis) of onvoldoende wetenschappelijke kennis over preventie (specifieke fobie, agorafobie zonder paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis, acute stressstoornis). (zie ook selectiecriteria 2)

Behalve waar expliciet aangegeven hebben onderstaande getallen betrekking op alle angststoornissen, inclusief de specifieke angststoornis.

### ***Angststoornissen algemeen***

Angststoornissen komen veel voor in de bevolking. In Nederland (2003) leden naar schatting 1,7 miljoen mensen van 13 jaar en ouder aan enige angststoornis (6,10,11).

Dit is ongeveer één op de acht mensen (12,5%).

De jaarprevalentie van angststoornissen bedraagt circa 12% (♀ 17%, ♂ 8%). (3) De lifetime prevalentie (hoe vaak een stoornis over het gehele leven van mensen voorkomt) van angststoornissen is 19,3% (4).

Het aantal nieuwe gevallen van enige angststoornis per jaar wordt geschat op circa 460.000.

Vrijwel alle angststoornissen komen meer voor onder vrouwen dan onder mannen (zie onderstaande tabel).

Tabel: Jaar prevalentie van angststoornissen op basis van drie epidemiologische bevolkingsonderzoeken (per 1.000 en absoluut); gestandaardiseerd naar de bevolking van Nederland in 2003 (6)

	Relatief (per 1.000)		Absoluut	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Obsessieve-compulsieve stoornis <sup>a</sup>	4,2	8,7	28.400	60.100
Gegeneraliseerde angststoornis <sup>a</sup>	20,3	36,0	135.800	249.100
Paniekstoornis <sup>a</sup>	8,9	28,5	59.400	197.200
Fobieën <sup>a</sup>				
- enkelvoudige fobie <sup>b</sup>	40,4	98,0	232.900	550.300
- sociale fobie <sup>b</sup>	32,7	60,6	188.400	340.300
- agorafobie <sup>b</sup>	9,4	20,4	54.300	114.600
Enige angststoornis <sup>a</sup>	83,4	165,2	558.000	1143.000

a) 13 jaar en ouder b) 13-64 jaar

Globaal komen angststoornissen ongeveer evenveel voor onder jeugdigen, volwassenen en ouderen. In alle leeftijdsgroepen is vooral het aantal personen met fobieën erg hoog.

Bij ouderen komen angststoornissen wel iets vaker voor dan bij mensen jonger dan 65 jaar. Per jaar lijdt ongeveer één op de zeven ouderen (14,1%) aan een angststoornis. De gegeneraliseerde angststoornis komt in deze leeftijdsgroep in verhouding het meest voor.

Er is nog onvoldoende zicht op trends voor angststoornissen in Nederland. Resultaten uit de Verenigde Staten laten een stabilisatie zien van het aantal mensen met angststoornissen tussen 1990 en 2003.

Het is niet aannemelijk dat er in Nederland wel sprake zou zijn van een sterke toe- of afname.

### **Paniekstoornis**

Prevalentiecijfers van de onderscheiden drie angststoornissen waarvoor preventieactiviteiten bestaan:

- Paniekstoornis 242.000 (18-65 jr) (12), lifetime prevalentie 3,8% (4).

Paniekstoornis komt bij 1-5% van de bevolking voor, meer bij vrouwen dan bij mannen. De klachten ontstaan meestal tussen het twintigste en dertigste jaar.(3)

Het aantal nieuwe gevallen met een paniekstoornis wordt geschat op 86.000 per jaar (12).

Verenigde Staten (VS) (2006/2007):

Prevalentie paniekstoornis bij adolescenten ongeveer 0,6% (14)

### **Sociale angststoornis**

- Sociale angststoornis 528.000 (18-65 jr) (13), lifetime prevalentie 7,8% (4).

De lifetime-prevalentie van sociale fobie varieert in de literatuur van 3-13%. Het komt even vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Tweederde heeft in het leven ten minste één andere psychiatrische stoornis

(depressie, angststoornis, alcoholafhankelijkheid). (3)

Ongeveer 489.400 Nederlanders hebben last van een sociale fobie, nieuwe gevallen 99.900 (per jaar) (13).

Verenigde Staten (VS) (2006/2007):

Life time prevalentie sociale angststoornis 3- 13%.

### **Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)**

- GAS (gegeneraliseerde angststoornis) 254.000 (> 65 jr) (10), lifetime prevalentie 2,3% (4).

De gemelde lifetime-prevalentie van de GAS is 4-8%; de jaarprevalentie voor de bevolking van 13 jaar en ouder varieert van 1-3%. (3)

Verenigde Staten (VS) (2006/2007):

Prevalentie GAS bij kinderen en adolescenten: 2,9 - 4,6% (meer bij adolescenten [12-19 jaar] dan bij kinderen) (15).

### **Andere angststoornissen**

Prevalentie andere angststoornissen:

De specifieke angststoornis (fobieën, angst voor een specifiek voorwerp of een specifieke situatie met vermijdingsgedrag) komen voor bij ongeveer 1,2 miljoen personen. De jaarprevalentie van een

specifieke fobie is circa 9%; het gaat meestal om een fobie voor dieren. (3) De lifetime-prevalentie van

obsessieve compulsieve stoornis wordt geschat op 2,5% en de jaarprevalentie op 1,5-2,1%. Bij een derde

van de patiënten is er ook sprake van een depressie.

(3) Schattingen van de lifetime-prevalentie in de VS zijn

in het algemeen tussen de 1,7 - 4%. Over het vóór-

komen van posttraumatische stress-stoornis zijn

weinig cijfers bekend (3), de lifetime-prevalentie in de

VS is 8-10%. (32)

### **Voortekenen**

Voortekenen van een angststoornis zijn, bijvoorbeeld, herhaalde paniekaanvallen of angstklachten.

Er is een verband tussen het bestaan van angstklachten en het ontstaan van angststoornissen.

Maar subklinische symptomen correleren niet één op één met de ontwikkeling van een angststoornis.(16)

### **Spontaan beloop**

Het beloop kenmerkt zich door het periodiek verergeren en weer verminderen van klachten, vaak in samenhang met stressfactoren. Alleen het beloop van obsessieve compulsieve stoornis en specifieke fobie is vaak continu en chronisch. Het beloop van sociale fobie en posttraumatische stressstoornis is afhankelijk van de ernst van de klachten en de invloed op het dagelijks functioneren. Bij ongeveer de helft van de angststoornissen ontwikkelt zich na verloop van enige jaren tevens een depressieve stoornis en er is een grote comorbiditeit met andere angststoornissen. Ook is er bij angststoornissen meer kans op alcohol- en drugsafhankelijkheid, met name bij sociale fobie. (3)

De leeftijd waarop een angststoornis begint en de duur ervan loopt nogal uiteen tussen de verschillende stoornissen. Het beloop kan zeer langdurig zijn; de kans op spontane verbetering schommelt voor alle angststoornissen tussen de 15% en 40%, afhankelijk van ernst en type van de angststoornis.(4,16). Eén onderzoek toonde zonder behandeling 14,3% spontaan herstel na 7 jaar. (4)

Een **paniekstoornis** openbaart zich in Nederland bij mannen gemiddeld op de leeftijd van 28 jaar en bij vrouwen rond 25 jaar. Het risico op een paniekstoornis neemt af met de leeftijd. Over het exacte beloop van paniekstoornis zijn weinig gegevens voorhanden. Paniekaanvallen treden vaak met tussenpozen gedurende enkele jaren op. Na verloop van tijd kunnen ze minder frequent worden en zelfs ophouden, maar de kans op terugkeer is groot.

Mensen die naast paniekstoornis ook agorafobie (vermijdingsdrang) hebben, herstellen langzamer dan mensen met alleen een paniekstoornis.

Een **sociale angststoornis** openbaart zich in Nederland bij mannen gemiddeld op de leeftijd van 19 jaar en bij vrouwen rond 20 jaar. Een sociale angststoornis duurt meestal tientallen jaren: de helft van de mensen met een sociale angststoornis heeft deze langer dan 25 jaar.

Over het algemeen komt een **gegeneraliseerde angststoornis** het minst voor bij kinderen en jongeren en neemt het risico toe met de leeftijd.

Gemiddeld duurt het zo'n tien jaar voordat hulp wordt ingeschakeld.

Slechts één op de drie mensen zoekt hulp in het eerste jaar na het ontstaan van de stoornis. Slechts 15% heeft in een periode van één jaar langer dan twee maanden geen symptomen. Na twee jaar is een kwart volledig hersteld, na vijf jaar is dit bijna 40%.

Angststoornissen kunnen goed behandeld worden.

Zie bijvoorbeeld de NHG-Standaard Angststoornissen

### **Behandeling**

M62 (januari 2004). Ongeveer tweederde van de patiënten met angststoornissen heeft na behandeling met antidepressiva en/of cognitieve gedragstherapie (CGT) beduidend minder invaliderende angstklachten. Door de huisarts herkende angststoornissen hebben een kortere duur dan niet-herkende (onbehandelde) angststoornissen. Geschat wordt dat een jaar na het ontstaan van de stoornis ongeveer 38% van de mensen met een angststoornis is hersteld. (6,10)

### **Bestaande preventieve interventies**

Angststoornissen die veel voorkomen en waarvoor (geïndiceerde) preventieve interventies bestaan zijn de paniekstoornis, de sociale fobie en de gegeneraliseerde angststoornis (GAS). (10)

De programma's die momenteel worden aangeboden zijn bedoeld voor mensen met (beginnende) angstklachten. Mensen hebben symptomen die bij een angststoornis passen, maar voldoen niet aan de criteria voor het stellen van de diagnose van één van de genoemde angststoornissen (zie bijlage 1). Deze groep kan worden aangeduid als de groep met subklinische angststoornis.

Er is een grote diversiteit in interventies ter preventie van angststoornissen. Voorbeelden van preventieve programma's zijn de cursussen 'Geen Paniek' (specifiek voor panieklachten), 'Vrienden' (voor jongeren met sociale problemen), 'Alles onder controle' en 'Met Lef' (voor sociale angstklachten). (4,10,11). Zie bijlage 6 voor een overzicht uit het rapport 'Gezond Verstand' (10).

Het aanbod verschilt niet alleen qua aanbiedingsvorm en werkwijze, maar ook in de mate waarin een interventie gestandaardiseerd is en wetenschappelijke bewijskracht heeft. Weinig van de preventieve interventies zijn onderzocht op effectiviteit. (10,11).

Van enkele preventieve interventies is aangetoond dat ze op korte termijn een angststoornis kunnen voorkomen, onder andere de cursus 'Geen Paniek' en de cursus 'Vrienden'. (11)

### **Aanpak**

Geïndiceerde preventie van een angststoornis is gericht op het herkennen, onderzoeken en veranderen van gedachten die angst oproepen. Deze aanpak is een verkorte vorm van cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke therapie. De preventieve variant bestaat doorgaans uit acht tot twaalf gestructureerde sessies met een professionele GGZ-hulpverlener. Deelnemers oefenen in het uitdagen van angstige gedachten en in het bedenken van rustgevende gedachten. Ook oefenen ze stap voor stap moeilijke situaties in de praktijk.

Ontspanningsoefeningen maken vaak deel uit van een preventieve cursus. Geïndiceerde preventie kan – afhankelijk van de doelgroep – worden aangeboden via een groepscursus, lotgenotencontact of een zelfhulp-cursus. (10)



Interventies worden steeds vaker via het internet aangeboden. (10,11)

## **CGT**

De programma's zijn gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (CGT). Dit is een mengeling van gedragstherapie met interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. Kern is de veronderstelling dat zogenaamde *irrationele* cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities. Daarnaast wordt gewerkt met technieken uit de klassieke gedragstherapie. Deze staan bij CGT echter ten dienste van het veranderen van cognities.

## **Gezondheidswinst**

Van de cursus 'Vrienden' voor middelbare scholieren was het mogelijk om de gezondheidswinst te schatten. Bij een (theoretisch) bereik van 25% is bij 9.495 scholieren een angststoornis te voorkomen. Dit betekent een gezondheidswinst van 1.100 DALY's. In de praktijk zullen deze aantallen lager zijn, omdat er meestal minder dan 25% van de doelgroep bereikt wordt. Van andere interventies is geen informatie bekend over de gezondheidswinst (10). Het betrof hier geen geïndiceerde preventie maar een vorm van selectieve preventie.

## **Evidence based medicine**

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

Het CVZ volgt bij zijn beoordeling de stappen die de EBM-methode kent. Belangrijke stappen zijn het gestructureerd zoeken naar, en het beoordelen en classificeren van medisch-wetenschappelijke literatuur. Hierbij geldt als uitgangspunt dat er voor een positieve beslissing medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden moeten zijn. Van dit vereiste kan beargumenteerd worden afgeweken. Voor verdere informatie zie het CVZ-rapport Beoordeling stand wetenschap en praktijk, CVZ 2007, 254, te vinden op [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl).(2)

## **Vraagstelling literatuuronderzoek**

### **Vraagstelling**

1. Zijn personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van angststoornissen te benoemen en te identificeren?

2. Zijn er effectieve interventies die het ontwikkelen van angststoornissen bij het bestaan van een verhoogd risico voorkomen?

**Relevante uitkomstmaten**

De effectiviteit van preventie van angststoornissen is voornamelijk onderzocht bij mensen met beginnende klachten. Als uitkomstmaten zijn zowel veranderingen in de betreffende risicofactoren als veranderingen van symptomen of stoornissen van belang (16) Primaire uitkomstmaat is het effect op de incidentie van angststoornissen, maar vaker is vermindering van klachten de uitkomstmaat. (10)

Relevante uitkomstmaten zijn:

- incidentie klinisch manifeste angststoornissen,
- verandering van angstklachten (prodromen).

## Zoekstrategie & selectie van geschikte studies

**Zoektermen**

Het CVZ heeft in februari 2009 een literatuur search verricht met de zoektermen:

**Medline (Pubmed):**

"Anxiety Disorders/prevention and control"[Mesh: Noexp] OR "Anxiety/prevention and control"[MAJR]  
AND  
prevention[tiab] OR prevent\*[tiab]

**PsycInfo (ovid)**

\*anxiety disorders/  
AND  
\*Prevention/

De exacte zoekstrategie met ongeselecteerde resultaten is weergegeven in DM5 nr 29014693.

**Databases & websites**

De literatuur search is doorgevoerd in Medline en Psycinfo

De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende richtlijnen voor preventie van angststoornissen:

- GGZ-richtlijnen (CBO)
- Trimbos instituut
- NHG
- National Guideline Clearinghouse (NGC)
- NICE
- GBA
- HAS

**Selectiecriteria**

Startpunt bij deze beoordeling is het rapport Gezond Verstand uit 2006 van het RIVM (10). Destijds is in dit rapport over evidence-based preventie van psychische stoornissen geconcludeerd dat er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs was voor effectieve interventies op het gebied van het voorkomen van angststoornissen. Artikelen van voor 2005 zijn daarom uitgesloten.

Deze rapportage beperkt zich tot de angststoornissen:

- Geeneraliseerde angststoornis

- Paniekstoornis (met of zonder agorafobie)
- Sociale fobie

Bij de andere angststoornissen is sprake van een lage prevalentie (obsessief-compulsieve stoornis) of onvoldoende wetenschappelijke kennis over preventie (specifieke fobie, agorafobie zonder paniekstoornis, posttraumatische stressstoornis, acute stressstoornis).

Gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken zijn de beste manier om de effectiviteit van interventies te onderzoeken. Bij geïndiceerde preventieve interventies zijn hierbij praktische en ethische kanttekeningen te plaatsen. Is het bijvoorbeeld aanvaardbaar om deelnemers met een verhoogd risico gedurende een lange follow-up periode in de controlegroep te houden of om deelnemers met een laag risico een behandeling te laten ondergaan die zij niet nodig hebben? (16)  
Geblindeerde vergelijkende studies zullen in de praktijk niet haalbaar zijn, met name door de aard van de controle behandeling.

In –en exclusie van de gevonden literatuur gebeurde op basis van abstracts. Indien artikelen niet op basis van de abstract konden worden geëxcludeerd zijn de gehele artikelen bekeken.

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

- Gericht op het voorkomen van angststoornissen
- Benoemen subklinische symptomen / prodromen
- Interventies verricht
- Bij voorkeur vergelijkende onderzoeken
- Relevante uitkomsten

Verder zijn ook enkele referenties bij artikelen bekeken op relevantie.

## Resultaten

### ***Resultaten literatuursearch***

De geselecteerde studies zijn weergegeven in tabel bijlage 4. De gevonden richtlijnen en standpunten zijn weergegeven in paragraaf 3 e.

### ***Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies***

Er zijn geen studies gevonden van het hoogste niveau (bewijsklasse A).

De kenmerken en resultaten van de geselecteerde studies zijn weergegeven in bijlage 4.

### ***Personen met verhoogd risico***

De overgang van functionele naar pathologische angst is vloeiend. Het is waarschijnlijk dat personen met subklinische symptomen eerder een klinische angststoornis zullen ontwikkelen. Een verband tussen met behulp van testen gemeten angstsymptomen en het ontstaan van angststoornissen is aangetoond.

Er bestaat echter geen methode of test die het mogelijk maakt een eenduidig afkappunt te bepalen voor het bestaan van een hoog risico. Op basis van de gevonden literatuur zijn geen uitspraken te doen over de specificiteit (correcte percentage negatieve uitslagen) of sensitiviteit (correcte percentage positieve uitslagen) van testen die worden toegepast.<sup>(16)</sup> Ook is niet altijd aan te geven of sprake is van een variabele risicofactor of een risico 'marker'. Volgens de definitie van risicofactoren is een risico 'marker' een niet te beïnvloeden factor<sup>(17)</sup> en daarom niet bruikbaar als meetinstrument voor het effect van een interventie i.t.t. een variabele causale risicofactor.

### ***Effectiviteit***

Kernboodschap van het rapport 'Gezond verstand' is dat er meer onderzoek nodig is naar effectieve preventie van angststoornissen. "Terwijl er veel bekend is over de effectiviteit van depressiepreventie is er erg weinig bekend over de effectiviteit van preventieve interventies voor angststoornissen."

Op basis van de gevonden literatuur is, behalve dat ook de cursus 'geen paniek' gunstige effecten lijkt te hebben, geen aanvulling op het rapport "Gezond Verstand" uit 2006 te formuleren.

Beschikbare preventieve programma's zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT). De interventie is dan afgeleid van bestaande behandelingsmethoden. Welke vorm en duur de interventie zou moeten hebben is niet nader aan te geven.

Er bestaat bewijs dat preventieve interventies de incidentie van angststoornissen, met name paniekstoornis (met of zonder agorafobie), sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis, verminderen. Maar de hoeveelheid en kracht van het bewijs is beperkt. Er is geen bewijs van het hoogste niveau van bewijskracht gevonden. De weinige vergelijkende studies van lagere bewijsklasse zijn van geringe omvang. Net als de inclusiecriteria zijn ook de uitkomstmaten zeer verschillend en steeds gebaseerd op zelfrapportage. Er zijn maar weinig studies gericht op de belangrijke uitkomstmaat 'lagere incidentie angststoornissen'. Een deel van de studies heeft als uitkomstmaat het verminderen van symptomen van angst met de impliciete aanname dat dan ook het risico op het ontstaan van angststoornissen vermindert.

### ***Standpunten en richtlijnen***

De multidisciplinaire GGZ-richtlijn angststoornissen (Trimbos instituut 2003) bespreekt geen op de preventie gerichte interventies. In het Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (20) komen geïndiceerde preventieve interventies voor ouderen met angstklachten specifiek aan bod. De werkgroep geeft als eerste aanbeveling de cursussen 'Angst de baas 55+'

***Addendum  
ouderen bij de  
MDR  
angststoornissen  
(2008)***

en 'Geen paniek' die gebruik maken van interventies uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) aan. Naar de effectiviteit van deze cursussen is of wordt onderzoek gedaan en ze zijn in Nederland beschikbaar.

**NHG**

De NHG-standaard Angststoornissen (21) gaat niet in op eventuele preventieve interventies.

**NICE**

Ook de NICE richtlijn over angststoornissen noemt preventieve interventies niet.(22)

De overige geraadpleegde websites leverden geen resultaten op.

## Bespreking

Angststoornissen zijn een belangrijk maatschappelijk gezondheidsprobleem. Het is de meest voorkomende psychopathologie, het heeft een groot effect op het dagelijks functioneren en heeft een verband met geestelijke en lichamelijke gezondheidsproblemen.(23) Meer nog dan herkennen en behandelen zal het voorkomen dit probleem verminderen.

Voor het toepassen van geïndiceerde preventie is het dan echter noodzakelijk dat er herkenbare voorstadia / prodromen zijn die wijzen op een grote mate van waarschijnlijkheid van het ontstaan van angststoornissen. Ook moeten er behandelmethoden zijn die het optreden van angststoornissen in die gevallen aanwijsbaar voorkomen.

De vraagstelling bij het literatuur onderzoek was:

- Zijn personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van angststoornissen te benoemen en te identificeren?
- Zijn er effectieve interventies die het ontwikkelen van angststoornissen bij het bestaan van een verhoogd risico voorkomen?

### **Verhoogd risico?**

Zijn er personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van angststoornissen te benoemen en te identificeren?

De grens tussen 'normale' en 'pathologische' angst is niet scherp te trekken. De signaal- en activeringsfunctie van de angst moet immers zijn aangepast aan de situatie. Dit bemoeilijkt het benoemen van een duidelijk afkappunt. Daarbij is het ontstaan van angststoornissen net als andere psychische stoornissen, bepaald door samenspel van een groot aantal factoren. Idealiter is er een te beïnvloeden voorspellende (causale) risicofactor voor het ontstaan van angststoornissen te identificeren.(17)

### **indicatie**

Bij geïndiceerde preventie gaat het om mensen met aangetoonde lichte tot matige angstklachten, zonder dat sprake is van een psychiatrische diagnose, die een verhoogd risico lopen op het ontwikkelen van een angststoornis.(4)

Maar er is, voor zover bekend, geen 'maat' voor

angststoornissen bekend met een duidelijk afkappunt voor hoog risico. (16). De indicatie voor een preventieve interventie kan alleen door de zorgverlener in samenspraak met de cliënt worden vastgesteld.

### **Meetmethoden**

Er bestaat een breed scala aan meetmethoden en testen die mogelijk bruikbaar zijn bij het bepalen van het risico op het ontstaan van angststoornissen.

Bijvoorbeeld de angst sensitiviteit met behulp van de anxiety sensitivity index (ASI); [Petersen RA, Reiss S. Anxiety Sensitivity Index Revised test manual. 1993 Worthington OH: IDS Publishing Corporation] bij het voorspellen van de ontwikkeling van paniekstoornissen. (16,24) Voor de relatie is sterke en consistente evidence. Maar het is niet duidelijk of de ASI een (te beïnvloeden) variabele causale risico factor is of een (niet te beïnvloeden) risico 'marker'. (23) Een score van hoger dan 30,5 wijst op klinisch relevante panieklachten. (10) De norm voor niet klinisch is 19,01. (25) Ook een test als de State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de State-Trait Anxiety Inventory (STAI); [Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. 1983 Palo Alto CA: Mind Garden], kan aangeven of een cliënt baat heeft bij een preventieve interventie. De 'trait' geeft de individuele neiging om angstig te reageren op stressoren aan. In Nederland wordt een STAI score van 34 gezien als grens voor klinisch relevante angstklachten. (10)

Verder bestaat de Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ\_R); [Riskind JH, Williams NL, Gessner TL, et al The looming maladaptive style: anxiety, danger, and schematic processing. J Pers Soc Psychol. 2000 Nov ;79(5):837-52], die te gebruiken is als een risico 'marker' van de kwetsbaarheid voor angst. (16) Smit et al (26) pasten de Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety subscale (HADS-A) [Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361-70.] toe om bij ouderen subgroepen met verhoogd risico op het ontstaan van angststoornissen te identificeren. Een score van  $\geq 8$  refereerde aan 'angst'. Ondergrens was het populatie gemiddelde van 3. Zij vonden als statistisch significante indicatoren, laag opleidingsniveau, HADS-A tussen 3 en 8, depressie in de voorgeschiedenis, aanwezigheid van twee of meer chronische ziekten, lage waardering van eigen gezondheid en laag gevoel van beheersing. De HADS-A is echter geen diagnostisch instrument.

Naast de genoemde testen worden ook andere testen gebruikt in de verschillende onderzoeken (zie ook bijlage 4).

Op basis van de gevonden literatuur zijn geen uitspraken te doen over de specificiteit (correct percentage negatieve uitslagen) of sensitiviteit (correct percentage positieve uitslagen) van deze testen (16).

## ***Effectieve interventies?***

Ook is niet altijd aan te geven of sprake is van een variabele risicofactor of een risico 'marker'. Volgens de definitie van risicofactoren is een risico 'marker' een niet te beïnvloeden factor (17) en zou daarom niet bruikbaar zijn als meetinstrument voor het effect van een interventie i.t.t. een variabele causale risicofactor.

Zijn er effectieve interventies die het ontwikkelen van angststoornissen bij het bestaan van een verhoogd risico voorkomen?

Er bestaat bewijs dat preventieve interventies de incidentie van angststoornissen, met name paniekstoornis (met of zonder agorafobie), sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis, verminderen. Maar de hoeveelheid en kracht van het bewijs is beperkt. Er is geen bewijs van het hoogste niveau van bewijskracht gevonden. De weinige vergelijkende studies zijn van geringe omvang. Net als de inclusiecriteria zijn ook de uitkomstmaten zeer verschillend en steeds gebaseerd op zelfrapportage.

Er zijn maar weinig studies gericht op de belangrijke uitkomstmaat 'lagere incidentie angststoornissen'. Een deel van de studies heeft als uitkomstmaat het verminderen van symptomen van angst met de impliciete aanname dat dan ook het risico op het ontstaan van angststoornissen vermindert. Bovendien is de follow-up duur relatief kort (3 jaar of minder). Dit beperkt de mogelijkheid om op basis van de gevonden literatuur harde uitspraken over de effectiviteit van preventieve programma's te doen.

De uitkomstrichting van de verschillende onderzoeken is wel consistent. Bienvenu et al (2007) (27) concluderen in een review van studies naar de preventie van angststoornissen dan ook dat het toepassen van interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie veelbelovend is.

Kernboodschap van het rapport 'Gezond verstand' is dat er meer onderzoek nodig is naar effectieve preventie van angststoornissen. "Terwijl er veel bekend is over de effectiviteit van depressiepreventie is er erg weinig bekend over de effectiviteit van preventieve interventies voor angststoornissen. Deze achterstand is opvallend, omdat het aantal mensen met angststoornissen groter is dan dat van depressie, en de ziektelast van bepaalde angststoornissen die van depressie ten minste evenaart. Op dit moment is het te vroeg voor een breed landelijk implementatie plan voor de preventie van angststoornissen. Het is nu vooral van belang om de effectiviteit van preventie van angststoornissen hoog op de onderzoeksagenda te zetten. Paniekstoornis en sociale fobie verdienen daarbij in het bijzonder de aandacht: beide stoornissen komen veel voor en gaan gepaard met een aanzienlijke ziektelast."

Op basis van de nu gevonden literatuur is, behalve dat ook de cursus 'geen paniek' gunstige effecten lijkt te hebben, geen aanvulling op het rapport "Gezond

Verstand" uit 2006 te formuleren.

Alles overziend is het aannemelijk, maar niet aantoonbaar aan de hand van publicaties van de hoogste bewijsklasse, dat preventieve programma's, gericht op personen met een geïdentificeerd verhoogd risico op angststoornissen, het ontstaan van angststoornissen, met name paniekstoornis (met of zonder agorafobie), sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis, voorkomen. Ook aan de hand van publicaties van lagere bewijsklasse is de effectiviteit niet voldoende aantoonbaar. Verder is niet aan te geven welke vorm en duur de interventie zou moeten hebben.

## Inhoudelijke consultatie

Het ontwerprapport is op 8 juli 2009 per e-mail voor inhoudelijke consultatie verzonden aan de NVVP (psychiaters), het NIP (psychologen) en de LVE (eerstelijnspsychologen), met als vraagstelling: "Het CVZ heeft op dit moment de vraag in behandeling of het toepassen van preventieve interventies gericht op personen met een geïdentificeerd verhoogd risico op angststoornissen voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. In de bijlage treft u vertrouwelijk de (medische) gegevens en informatie aan die wij inmiddels ten behoeve van deze beoordeling hebben verzameld. Graag vernemen wij uw op- en of aanmerkingen hierbij. Zoals hiervoor aangegeven, gaat het ons er om of de in de bijlage opgenomen gegevens juist geïnterpreteerd en volledig zijn." De reacties waren geen aanleiding voor wijzigingen in deze achtergrondrapportage.

## Standpunt stand van wetenschap & praktijk

*Hoog risico: Er bestaat geen eenduidige methode voor het vaststellen van een verhoogd risico.*

Er bestaat een scala aan mogelijke effectmaten; meetmethoden en testen (STAI, ASI, SCL-A), LMSQ-R, PSWQ, BAI, SCAS, RCMAS, HADS-A, PDSS-SR, ...).

Er is geen consensus over de methode om vast te stellen of een individu een hoog risico heeft op het ontstaan van angststoornissen, laat staan over een eventueel 'afkappunt'. De relatie tussen angstsymptomen en het ontstaan van angststoornissen is wel aangetoond. Het is niet mogelijk om individuen met een hoog risico op het ontstaan van angststoornissen duidelijk te identificeren

*Effectiviteit: Er is geen bewijs van het hoogste niveau van bewijskracht over de effectiviteit van preventieve interventies.* Er is maar weinig literatuur beschikbaar over de preventie van angststoornissen. Er zijn geen studies gevonden van het hoogste niveau.



*Er is geen duidelijkheid te geven over de meest effectieve wijze om de preventieve interventies aan te bieden (duur, omvang, individueel – groep, internet).*  
Interventies op CGT basis lijken, ongeacht uitvoeringsvorm, een effect te hebben.

*Er is onvoldoende bewijs om de effectiviteit van preventieve interventies voor het voorkomen van angststoornissen aan te tonen.*  
Bovenaanstaande beperkingen zijn redenen om preventieve interventies gericht op het voorkomen angststoornissen onvoldoende aangetoond effectief te beschouwen.  
Zij voldoen dan ook niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zijn geen onderdeel van de Zvw.

*Tenslotte:*

De (maatschappelijke) ziektelast van angststoornissen is echter groot. Zelfs een kleine daling in incidentie zal een groot effect hebben. Gezien het hoge percentage van spontaan herstel (15-40%) moet bij geïndiceerde preventieve interventies rekening gehouden worden met overbehandeling. Vooral aandacht voor selectieve preventieve activiteiten zal een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen van angststoornissen.

## Literatuurlijst

1. Rapport Van preventie verzekerd. Diemen: CVZ, 2007.
2. Rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen, 2007. Publicatienummer 254.
3. Angststoornissen. Farmacotherapeutisch Kompas CVZ 2009.
4. Landelijke werkgroep angstpreventie volwassenen. Projectplan Preventie van Angststoornissen. Oktober 2006 [www.lsp-preventie.nl](http://www.lsp-preventie.nl)
5. Sareen J, Jacobi F, Cox BJ, et al. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. Arch Intern Med 2006;166(19):2109-16
6. Balkom AJLM van (Valerius), Dyck R van (Valerius), Schoemaker C (RIVM). Angststoornissen. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Angststoornissen, benaderd 28 april 2009 <http://www.loketgezondleven.nl> versie 1.0, december 2008 benaderd 28-04-2009.
7. Lang PJ, Davis M, Ohman A. Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. J Affect Disord. 2000;61(3):137-59
8. Bracha HS. Human brain evolution and the "Neuroevolutionary Time-depth Principle:" Implications for the Reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related posttraumatic stress disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2006 Jul;30(5):827-53.
9. Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM Bilthoven, 2006
10. Meijer S (RIVM). Preventie van angststoornissen. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Preventie\ Van ziekten en aandoeningen\ Psychische stoornissen\ Angststoornissen
11. ZonMw Projectenpoort, project Preventie van paniekstoornis: een randomised clinical trial annex kosteneffectiviteitsstudie, projectnummer 62000006
12. LSP-preventie (project Met Lef!)
13. Reitman DS, et al. Anxiety Disorder: Panic Disorder. Updated May 24, 2006. <http://emedicine.medscape.com> benaderd 22-04-2009
14. Nutter DA, et al. Anxiety Disorder: Generalized Anxiety. Updated Sep 18, 2006. <http://emedicine.medscape.com> benaderd 22-04-2009
15. Dozoi DJA, Dobson KS. Ed.. The prevention of anxiety and depression. 2004 American Psychological Association Washington
16. Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, et al. Coming to terms with the terms of risk. Arch Gen Psychiatry 1997;54:337-43
17. Meulenbeek P, Willemsse G, Smit F, et al. Effects and feasibility of a preventive intervention in sub-threshold

- and mild panic disorder: Results of a pilot study . BMC Res Notes 2009;2:4
19. Smit F, Willemse G, Meulenbeek P, et al. Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside pragmatic randomised trial. Cost Eff Resour Alloc 2009;7:8
  20. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. Addendum ouderen bij de multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (februari 2008) Trimbos-instituut Utrecht
  21. NHG-Standaard Angststoornissen M62, januari 2004
  22. Clinical Guideline 22. Anxiety : management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary , secondary and community care. NICE issue date April 2007
  23. Zvolensky MJ, Schmidt NB, Bernstein A, et al. Risk-factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework. Behav Res Ther 2006; 44(9): 1219-39.
  24. Schmidt NB, Zvolensky MJ, Maner JK. Anxiety sensitivity : prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology . J Psychiatr Res 2006;40(8):691-9
  25. Kenardy J, McCafferty K, Rosa V. Internet-delivered indicated prevention for anxiety disorders: Six-month follow-up. Clin Psychologist 2006;19(1):39-42.
  26. Smit F, Comijs H, Schoevers R, et al. Target groups for the prevention of late-life anxiety. Br J Psychiatry 2007; 190, 428-34
  27. Bienvenu OJ and Ginsburg GS. Prevention of anxiety disorders. Int Rev Psychiatry 2007; 19(6): 647-54
  28. a. Higgins DM. Preventing generalized anxiety disorder in an at-risk sample of college students: a brief cognitive-behavioral approach. Dissertation University of Maine 2006  
b. Higgins DM and Hecker JE. A randomized trial of brief cognitive-behavioral therapy for prevention of generalized anxiety disorder. J Clin Psychiatry 2008; 69(8): 1336
  29. Barrett PM, Farrell LJ, Ollendick TH, et al. Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the friends program. J Clin Child Adolesc Psychol 2006; 35(3): 403-11
  30. Schmidt NB, Eggleston AM, Woolaway-Bickel K, et al. Anxiety Sensitivity Amelioration Training (ASAT): a longitudinal primary prevention program targeting cognitive vulnerability. J Anxiety Disord 2007; 21(3): 302-19
  31. Van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HWJ, van Oppen P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life. Arch Gen Psychiatry 2009;66(3):297-304
  32. Gore TA, Lucas JZ. Posttraumatic Stress Disorder. Updated Dec 18, 2008. <http://emedicine.medscape.com> benaderd 01-07-2009