

Onderwerp:	Preventie van angststoornissen (paniekstoornis)
Samenvatting:	<p>Het CVZ heeft het standpunt over preventie van angststoornissen uit 2009 herbeoordeeld. Uit de achtergrond-rapportage blijkt dat er voor paniekstoornissen voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van preventieve interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes. De preventieve interventie voor paniekstoornissen voldoet daarmee aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Voor de preventieve interventies bij andere angststoornissen is hiervoor nog onvoldoende onderbouwing op grond van wetenschappelijk onderzoek van voldoende niveau.</p> <p>Het CVZ concludeert dan ook dat preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.</p>
Soort uitspraak:	SpZ = standpunt Zvw
Datum:	27 juni 2011
Uitgebracht aan:	Diverse organisaties
Zorgvorm:	Geneeskundige zorg

Onderstaand de volledige tekst.

Standpunt	Preventie van angststoornissen (paniekstoornis)
Uitgave	<p>College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl</p>
Volgnummer	2011049112
Afdeling	ZORG-ZA
Auteur	mw. mr. J.M. van Diggelen
Doorkiesnummer	Tel. (020) 797 85 49

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
3	2. Preventie
6	3. Beoordeling standpunt Zvw
6	3.a. Wet- en regelgeving
7	3.b. Plegen te bieden
8	3.c. Stand van de wetenschap en praktijk
10	4. Standpunt
11	5. Consequenties
11	5.a. Eerstelijnszorg
11	5.b. Kostenconsequenties
13	5.c. Toekomst
14	6. Vaststelling standpunt

Bijlage(n)

1. Achtergrondrapportage Herbeoordeling stand van de wetenschap en praktijk: Preventie van angststoornissen (paniekstoornis)
2. Kostenconsequentieraming

Samenvatting

In 2009 heeft het CVZ een standpunt ingenomen over preventie van angststoornissen. Het CVZ kwam tot de conclusie, omdat er onvoldoende bewijs was om de effectiviteit van dergelijke interventies aan te tonen, dat deze zorg niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Herbeoordeling

Versillende organisaties hebben het CVZ verzocht om een herbeoordeling van het standpunt over preventie van angststoornissen en met name voor wat betreft preventieve interventies bij panieklachten. Mede op grond van nieuwe onderzoeksresultaten is het CVZ overgegaan tot een herbeoordeling.

Geïndiceerde preventie

Behoeftte aan geneeskundige zorg kan ook ontstaan als er sprake is van een verhoogd risico, zich uitend in gezondheidsklachten, op het verkrijgen van een ziekte. Het is van belang om binnen de categorie geïndiceerde preventie de groepen met een hoog risico op ziekte af te bakenen.

Hoogrisicogroep

Anders dan in 2009 is nu wel een hoogrisicogroep aan te wijzen, en wel die voor een paniekstoornis. Een subklinische paniekstoornis merkt het CVZ als hoog risico aan. Op basis van de onderzochte literatuur blijkt een subklinische paniekstoornis een reële kans te geven op het ontwikkelen van een volwaardige paniekstoornis.

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag welke interventies bij preventie van paniekstoornissen tot de te verzekeren prestaties behoren, toetst het CVZ aan de twee wettelijke criteria: 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'.

Plegen te bieden

Preventie van angststoornissen 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.

Stand van de wetenschap en praktijk

Uit het onderzoek blijkt dat voor paniekstoornissen er voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van preventieve interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes. De preventieve interventie voor paniekstoornissen voldoet daarmee aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Voor de preventieve interventies bij andere angststoornissen is hiervoor nog onvoldoende onderbouwing op grond van wetenschappelijk onderzoek van voldoende niveau.

- Conclusie** Het CVZ concludeert dan ook dat preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.
- Financiële gevolgen** De kosten die samenhangen met de preventie van paniekstoornissen betreffen kosten die het gevolg zijn van intensivering van het gebruik van wettelijk verzekerde zorg. Bij een deelnamepercentage van 5% raamt het CVZ de kosten binnen het netto BKZ (dat is exclusief eigen bijdragen) op € 7,6 miljoen. Dit bedrag zal lager uitkomen als de voorgenomen kostenbesparende maatregelen voor de curatieve GGZ met ingang van 2012 worden gerealiseerd.
- Lage ziektelast?** Tot slot wijst het CVZ op het onlangs ontvangen verzoek om een uitvoeringstoets over de toepassing van lage-ziektelastbenadering. In dit kader zal preventie aan de orde komen.

1. Inleiding

In augustus 2009 heeft het CVZ een standpunt ingenomen over preventie van angststoornissen¹. Met deze laatste duiding op het gebied van preventie van angststoornissen had het CVZ het op dat moment ontwikkelde aanbod van GGZ preventie geduid. Eerder was geconcludeerd dat preventieve interventies gericht op depressie en alcoholgebruik, binnen de aangegeven kaders, ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht².

De preventieve interventies bij depressie en problematisch alcoholgebruik voldoen namelijk aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Voor de interventies voor het voorkomen van angststoornissen was dit niet het geval. Het CVZ concludeerde dan ook, omdat er onvoldoende bewijs was om de effectiviteit van dergelijke interventies aan te tonen, dat de zorg niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk.

In hetzelfde standpunt van augustus 2009 merkt het CVZ op dat het wenselijk is dat er onderzoek plaatsvindt ter onderbouwing van de effectiviteit van preventieve interventies ter voorkoming van een angststoornis, mede gezien de veelbelovende interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, zoals die worden gebruikt bij de preventie van depressie en van problematisch alcoholgebruik. Het CVZ heeft dan ook aangegeven dat aan de hand van nieuwe onderzoeksresultaten opnieuw een beoordeling kan plaatsvinden.

Verzoek om herbeoordeling

Verschillende organisaties hebben eind vorig jaar het CVZ verzocht om een herbeoordeling van het standpunt over preventie van angststoornissen en met name voor wat betreft preventieve interventies bij panieklachten³. Dit verzoek is onderbouwd met nieuwe onderzoeksresultaten. Mede op grond van deze onderzoeksresultaten is het CVZ overgegaan tot een herbeoordeling. Deze herbeoordeling is opgenomen in dit rapport (bijlage 1).

Leeswijzer

De opbouw van dit rapport is als volgt. In hoofdstuk twee brengt het CVZ zijn rapport *Van preventie verzekerd* in herinnering, waaronder de begrippen geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. In samenhang met geïndiceerde preventie komen in dit hoofdstuk ook de mogelijke doelgroepen voor deze preventie aan de orde.

¹ Standpunt *Preventie van angststoornissen: verzekerde zorg?* van 25 augustus 2009 (29080498)

² Standpunt *Preventie van depressie: verzekerde zorg?* van 22 september 2008 (publicatienummer 264) en standpunt *Preventie van problematisch alcoholgebruik* van 29 juni 2009 (publicatienummer 278)

³ Mail van 19 oktober 2010 van GGZNederland, Trimbos Instituut, NVvP en LPGGz

Hoofdstuk drie beschrijft de wet- en regelgeving, evenals de medische en juridische beoordeling. In hoofdstuk vier neemt het CVZ zijn standpunt in. De consequenties van dit standpunt komen aan de orde in hoofdstuk vijf. Tot slot (hoofdstuk zes) wordt de datum vermeld waarop het standpunt is genomen.

2. Preventie

Het CVZ heeft in 2007 in zijn rapport *Van preventie verzekerd*⁴ 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. Vormen van collectieve preventie (universele en selectieve preventie), zoals het opsporen van mensen met verhoogd risico op een ziekte, zonder dat er al sprake is van ziekteverschijnselen en hen vervolgens naar de zorg toe leiden, behoren niet tot het te verzekeren risico van de Zvw, gezien de wettelijke bepalingen.

Wettelijke verankering

De Zvw is een individuele schadeverzekering. In artikel 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 zorgverzekeringspolis op basis van de Zvw rechten kan ontlenen als het verzekerde risico is ingetreden. Volgens het CVZ is dit niet beperkt tot situaties waarin al sprake is van een ziekte. Behoefte aan geneeskundige zorg kan ook ontstaan als er sprake is van een verhoogd risico, zich uitend in gezondheidsklachten, op het verkrijgen van een ziekte.

Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie

Het CVZ stelt in zijn rapport *Van preventie verzekerd* 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.

Risicogroepen

Hierna gaat het CVZ in op “risicogroepen” en “hoogrisicogroepen”. 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 angststoornis⁵

⁴ Rapport *Van preventie verzekerd* van 16 juli 2007 (publicatienummer 250)

⁵ Smit F, Comijs H, Schoevers R, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Target groups for the prevention of late-life anxiety, *British Journal of Psychiatry* 2007, 190, 428-434

Binnen de kaders van de Zvw is het louter hebben van een kwetsbaarheidfactor voor het ontwikkelen van een angststoornis echter onvoldoende. Wanneer een cliënt slechts een of meer kwetsbaarheidfactoren heeft voor het ontwikkelen van een angststoornis, kan het risico op een angststoornis wel hoog zijn, maar in dat geval is er nog geen sprake van aantoonbare dreigende schade.

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
paniekstoornis***

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.

In 2009 moest het CVZ concluderen dat er geen duidelijk afgebakende groep met een verhoogd risico was aan te geven. Zoals uit bijgevoegde achtergrondrapportage (bijlage 1) blijkt vormt hierop nu de groep met een verhoogd risico op een paniekstoornis een uitzondering.

Bij deze groep cliënten, met een subklinische paniekstoornis, bestaan zogezegd al klachten, maar wordt niet voldaan aan de criteria voor een volwaardige paniekstoornis volgens de DSM-IV.

Een subklinische paniekstoornis merkt het CVZ aan als hoog risico aan. Op basis van de onderzochte literatuur blijkt een subklinische paniekstoornis een reële kans te geven op het ontwikkelen van een volwaardige paniekstoornis.

Het tijdig observeren van signalen en het gericht doorvragen naar buitensporige angst door een hulpverlener/professional is van groot belang⁶. Voor de eerste lijn zijn er verschillende screeningsinstrumenten, zoals de Short Mood Scale en de Vierdimensionale Klachtenlijst.

Bij een vermoeden van een mogelijke ontwikkeling van een paniekstoornis, met klachten, kan de professional wijzen op preventieve interventies.

Doelgroep

Het CVZ is van mening dat de vastgestelde groep met een hoog risico, namelijk de personen met een subklinische paniekstoornis, alvorens zij in aanmerking komen voor een preventieve interventie de volgende aanvullende vraag bevestigend moeten beantwoorden: "Zijn uw klachten van zodanige aard dat u hier hulp voor wilt ontvangen?"

Hulpvraag

⁶ Multidisciplinaire Richtlijnen Angststoornissen, 2003 (eerste revisie 2009) en NHG-Standaard Angststoornissen M62 (januari 2004)

Deze vraag wordt gesteld door de professional die de diagnose stelt. Wanneer de cliënt inschat niet zelf van zijn/haar klachten af te komen zonder hulp, rechtvaardigt dit dat de te leveren zorg medisch noodzakelijk is en daarmee ten laste van het basispakket mag komen.

Daarnaast is gebleken uit veelvuldig onderzoek van het Trimbos Instituut dat motivatie tot deelname aan een preventief programma essentieel is voor de effectiviteit.

Conclusie

Concluderend stelt het CVZ dat personen met een subklinische paniekstoornis en een hulpvraag behoren tot de doelgroep waarbij geïndiceerde preventie van angststoornissen aangewezen kan zijn.

3. Beoordeling standpunt Zvw

3.a. Wet- en regelgeving

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag welke interventies bij preventie van paniekstoornissen tot de te verzekeren prestaties behoren, toetst het CVZ aan de wet- en regelgeving.

Hierbij zijn de volgende wettelijke bepalingen aan de orde.

Wettelijk kader

Artikel 10 onder a en c 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 zorg omvat zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.

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

Stand van de 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 praktijk en, 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*⁷ heeft het CVZ beschreven hoe het beoordeelt of een prestatie voldoet aan dit criterium.

⁷ CVZ 2007, Publicatienummer 254

Plegen te bieden

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 praktijk ook ingevuld door wat door de beroepsgroep als gebruikelijk wordt gezien (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.

Aanbiedingsvorm

De aanbiedingsvormen variëren van individueel of groepsgewijs, in direct contact met een behandelaar of via Internet al dan niet met een behandelaar op afstand. In beginsel zijn hierbinnen vele combinaties mogelijk.

Voor de effectiviteit van een behandeling is het van belang een zo goed mogelijke combinatie te maken tussen de patiënt en het preventieve programma dat hij of zij gaat volgen. Met name voor de vorm waarin het programma aangeboden wordt geldt dat individuele passendheid en voorkeur van belang zijn.

De cliënt zal deze keuze in overleg met zijn of haar zorgverlener moeten maken. Het CVZ doet, evenals over welke zorgverlener een bepaalde interventie dient te bieden, geen uitspraak over welke aanbiedingsvorm een bepaalde interventie moet hebben.

3.b. Plegen te bieden

Het CVZ stelt vast of aan het criterium 'plegen te bieden' wordt voldaan aan de hand van het rapport *Betekenis en beoordeling criterium plegen te bieden* van 17 november 2008⁸.

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.

Preventie van angststoornissen 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.

⁸ Publicatienummer 268

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 paniekstoornissen 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.

3.c. Stand van de wetenschap en praktijk

Het CVZ heeft onderzocht of preventieve interventies om het ontwikkelen van een angststoornis, in het bijzonder een paniekstoornis, te voorkomen voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Deze beoordeling is opgenomen in bijgevoegde achtergrondrapportage Preventie van angststoornissen (bijlage 1). Aan de vraag naar effectieve interventies gaat de vraag vooraf of personen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis zijn te benoemen en te identificeren.

Dit is het geval bij een paniekstoornis, maar niet bij de overige angststoornissen.

De onderzoeken die zich richten op een subklinische paniekstoornis tonen aan dat preventieve interventie op basis van cognitieve gedragstherapeutische principes effectief is op het gebied van klachtenreductie als ook op het verminderen van het optreden van paniekstoornissen. De interventie kan bestaan uit een relatief gering aantal groepsessies (acht), waarbij professionele begeleiding een voorwaarde is.

CGT

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

Cognitieve gedragstherapie is een therapievorm die bij de behandeling van een angststoornis zijn waarde heeft bewezen. In de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen is deze terug te vinden.

Conclusie

Uit het onderzoek blijkt dat voor paniekstoornissen bij mensen met een subklinische paniekstoornis voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van preventieve interventies, die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes. De preventieve interventie voor paniekstoornissen voldoet daarmee aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'. Voor de preventieve interventies bij andere angststoornissen is hiervoor nog onvoldoende onderbouwing op grond van wetenschappelijk onderzoek van voldoende niveau.

4. Standpunt

Het CVZ trekt op basis van de beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk en de wettelijke vraag 'wie pleegt deze zorg te bieden?' de volgende conclusie: preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van CGT, behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

Voordat een verzekerde zijn of haar aanspraak op een preventieprogramma geldend kan maken, moet aan een aantal voorwaarden voldoen:

- De verzekerde moet behoren tot de hoogrisicogroep voor geïndiceerde preventie; bij de verzekerde moet een subklinische paniekstoornis (op basis van klachten) zijn vastgesteld door een professional.
- De verzekerde moet de vraag of hij hulp wil ontvangen voor zijn klachten bevestigend beantwoorden.

5. Consequenties

In dit hoofdstuk geeft het CVZ aan onder welke soort zorg deze preventie valt en wat de financiële consequenties zijn. Tegenover de kosten staan ook opbrengsten. Uiteraard kan het CVZ niet voorbij gaan aan de recent ontvangen uitvoeringstoets over stringent pakketbeheer en lage-ziektelast-benadering.

Eerstelijns- psychologische zorg

5.a. Eerstelijnszorg

Ook bij zijn standpunten over preventie van depressie en problematisch alcoholgebruik heeft het CVZ gesteld dat het om eerstelijns GGZ gaat. Er is bij de cliënten die in aanmerking komen voor een preventieve interventie nog geen sprake van een ziekte (paniekstoornis), en zeker niet van complexe problematiek. Om deze reden is gespecialiseerde GGZ niet in beeld, maar betreft het eerstelijns GGZ.

Voor de eerstelijns GGZ, als de zorgvorm eerstelijnspsychologische zorg onder de Zvw opgenomen, geldt een maximum aantal zittingen van acht per kalenderjaar. Daar de preventieve interventies uit kortdurende zorg bestaat, vormt deze beperking geen belemmering om de zorg te verkrijgen.

Niet via DBC's

Van oudsher bieden ook GGZ-instellingen, die in beginsel tweedelijnszorg leveren, preventie. Uiteraard kunnen ook tweedelijnsvoorzieningen eerstelijnszorg bieden, maar declaratie van deze zorg dient dan wel plaats te vinden volgens de regels van de eerstelijnszorg, en niet via het DBC GGZ systeem, zoals dat geldt voor de tweedelijnszorg-aanbieders, waaronder de GGZ-instellingen. Verzekeraars bepalen welke aanbieders welke zorg kunnen leveren. Voor preventieve interventies kunnen verzekeraars ook met in beginsel tweedelijnszorgaanbieders afspraken maken.

5.b. Kostenconsequenties

In het voorgaande heeft het CVZ aangegeven dat interventies op het gebied van paniekstoornissen aangemerkt kunnen worden als te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw.

Budgettair Kader Zorg

Een inschatting van de kosten die binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden gemaakt voor preventie van paniekstoornissen baseert het CVZ op twee determinanten. De eerste is de omvang van de doelgroep, die eerder in het rapport is gedefinieerd als hoogrisicogroep.

De tweede determinant is de gemiddelde prijs per persoon van een interventie ter voorkoming van paniekstoornissen.

Omvang hoogrisicogroep 2012

De hoogrisicogroep betreft het aantal volwassenen in Nederland met subklinische paniekstoornissen. Concrete aantallen over de grootte van deze groep personen zijn niet beschikbaar.

Het CVZ baseert zich daarom op een studie van Batelaan met daarin het prevalentiecijfer (1,9%) van subklinische paniekstoornissen in Nederland⁹.

De omvang van de hoogrisicogroep van 18 jaar tot en met 65 in Nederland is vervolgens voor 2012 geraamd op basis van bovengenoemde studie en voorlopige cijfers van de bevolkingsopbouw naar leeftijd van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De omvang bedraagt naar verwachting circa 200.000 personen.

Kosten per deelnemer

De kosten per deelnemer baseert het CVZ op een studie van Smit die de interventie kosten van de groepsinterventie "Geen paniek!" berekent. Op basis van gemiddeld tien deelnemers per groep en twee therapeuten per groep is dit € 750. Het daarbij gebruikte uurtarief van € 124 acht het CVZ bruikbaar voor de situatie in 2012¹⁰.

Deelname aan preventieve interventies; 3 scenario's

Harde cijfers over de deelname aan vergelijkbare preventieve interventies zijn niet beschikbaar. Het CVZ verwacht niet dat in de nabije toekomst de totale doelgroep (hoogrisicogroep) zal deelnemen aan een preventieve interventie. In bijlage 2 zijn drie scenario's doorgerekend, waarin gevarieerd is met het deelnamepercentage. Zo geven de scenario's inzicht in het kostenbeeld bij een bepaald deelnamepercentage. In het zogenaamde minimumscenario is een laag deelnamepercentage (3% deelname) gecombineerd met de (theoretische) situatie dat slechts één therapeut de groepsinterventie begeleidt. In het realistische (5%) en in het maximumscenario (7%) is gerekend met de inzet van twee therapeuten per groep.

Raming kosten

De kosten die samenhangen met de preventie van paniekstoornissen betreffen kosten die het gevolg zijn van intensivering van het gebruik van wettelijk verzekerde zorg. De totale kosten binnen het netto BKZ (dat is exclusief eigen bijdragen) raamt het CVZ op basis van bovenstaande aannames bij een deelnamepercentage van 5% op € 7,6 miljoen. Zie voor alle kengetallen, achterliggende berekeningen en de verschillende scenario's bijlage 2 'Kostenconsequentieraming'.

Kostenbesparende maatregelen in 2012

Het CVZ onderkent dat deze kostenconsequentieraming lager zal uitvallen als het voorgenomen pakket kostenbesparende maatregelen voor de curatieve GGZ met ingang van 2012 wordt gerealiseerd.

⁹Batelaan N et.al., Thresholds for health and thresholds for illness: panic disorder versus subthreshold panic disorder, 2006

¹⁰ Smit F et.al., Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial, 2009

Besparingen

Naast de kosten die preventieve interventies met zich meebrengen, zijn er opbrengsten. Deze bevatten de gezondheidswinst die men realiseert door het voorkomen van klinische paniekstoornissen. De eerder genoemde studie van Smit geeft aan dat de verhouding tussen kosten en opbrengsten gunstig lijkt vergeleken met gebruikelijke zorg, zeker wanneer men bij de preventieve interventie zuinig is met de inzet van therapeuten.

5.c. Toekomst

Nu: verzekerde zorg

Met dit standpunt maakt het CVZ duidelijk dat preventieve interventies, gebaseerd op CGT, ter voorkoming van een paniekstoornis onderdeel zijn van de te verzekeren zorg. Dit betekent ook dat vanaf heden de zorgverzekeraars de kosten van deze preventie ten laste van de Zvw kunnen brengen.

Het CVZ gaat ervan uit dat met het tijdig, dat wil zeggen al bij klachten, ingrijpen en behandelen met een minimale interventie veel kosten in de toekomst kunnen worden voorkomen. Niet ingrijpen betekent in veel gevallen op een later moment een behandeling van een paniekstoornis.

Lage ziektelast?

De minister van VWS heeft het CVZ bij brief van 7 maart 2011 verzocht over de toepassing van lage-ziektelast-benadering te adviseren. Met deze benadering beoogt het kabinet om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen. Dit kan ook van toepassing zijn op de GGZ.

Het CVZ bereidt een uitvoeringstoets over deze lage-ziektelast-benadering voor. Uiterlijk januari 2012 zal het CVZ adviseren. Het kan niet anders dan dat het CVZ in deze uitvoeringstoets aandacht zal besteden aan preventie. Juist in geval van lichte klachten, zonder al te kunnen spreken van een ziekte (aandoening, stoornis), rijst de vraag in hoeverre hier sprake kan zijn van lage ziektelast. Zonder vooruit te lopen op zijn advies zal het CVZ binnen deze uitvoeringstoets zeker op preventie ingaan.

Echter, gelet op de huidige wettelijke bepalingen, komt het CVZ nu tot de conclusie dat preventieve interventies voor paniekstoornis op basis van CGT voldoen aan de wettelijke vereisten van plegen te bieden en stand van de wetenschap en praktijk.

6. Vaststelling standpunt

De Raad van Bestuur heeft dit standpunt vastgesteld op 27 juni 2011.

*Achtergrond
rapportage*

**Herbeoordeling stand van de wetenschap
en praktijk
Preventie van angststoornissen**

ICD-10 code: F40, F41

Zorgactiviteit: Preventie

Datum: 27-06-2011

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2011054363
<i>Afdeling</i>	ZORG-ZA
<i>Auteurs</i>	P.P. Ankum, H.M. Gaasbeek Janzen
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 88 28

Inhoudsopgave

Samenvatting	1
Inleiding	2
Aanleiding	2
Achtergrond angststoornissen.....	2
Vraagstelling literatuuronderzoek	8
Zoekstrategie & selectie van geschikte studies	10
Resultaten	11
Resultaten literatuursearch	11
Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies	11
Effectiviteit	11
Standpunten en richtlijnen	11
Bespreking	16
Inhoudelijke consultatie.....	17
Standpunt stand van wetenschap & praktijk.....	18
Literatuurlijst	19
Bijlage 1: Zoekstrategie en resultaten literatuursearch.....	21
Bijlage 2: DSM-IV	22

Samenvatting

Op grond van de beschikbare wetenschappelijke literatuur heeft het CVZ een nieuw onderzoek gedaan om te beoordelen of preventieve interventies gericht op het voorkomen van angststoornissen voldoen aan de criteria om onderdeel te zijn van het Zvw basispakket.

Angststoornissen vormen een belangrijk gezondheidsprobleem, met een hoge prevalentie en incidentie en een hoge ziektelast. Op grond van het aantal Disability-Adjusted Life-Years (DALY's) staan de angststoornissen in de top 3 van veel voorkomende ziekten tussen de coronaire hartziekten en de beroerte. Behandeling en, indien mogelijk, preventie van angststoornissen is dan ook van groot belang.

Voor paniekstoornissen geldt dat er voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van preventieve interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes. De interventie dient zich te richten op mensen met een verhoogd risico, gebaseerd op de aanwezigheid van panieklachten, zonder dat al aan de DSM-IV criteria voor een paniekstoornis is voldaan. Essentieel is wel dat de vaststelling of een verzekerde een subklinische (of subthreshold) paniekstoornis heeft en daarmee tot de zogenaamde hoogrisicogroep behoort, op een eenduidige wijze plaats vindt.

Een relatief kortdurende interventie (8 sessies) kan in groepsverband worden aangeboden, waarbij begeleiding door een GGZ-professional vereist is.

Voor de preventieve interventies bij de overige angststoornissen geldt, evenals bij de beoordeling in 2009, dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie bestaat om deze interventies op te nemen in het basispakket.

Inleiding

Aanleiding

In oktober 2010 deden GGZ Nederland, het Trimbos Instituut, de NVvP en het LPGGz een verzoek om het eerder uitgebrachte standpunt over de preventie van angststoornissen van 2009 te herzien. Dit verzoek hing samen met recent gepubliceerd onderzoek naar de effectiviteit van de cursus 'Geen Paniek' door Meulenbeek e.a. In het najaar van 2009 oordeelde het CVZ dat voor de preventieve interventies voor angststoornissen op dat moment onvoldoende bewijs voor handen was om dergelijke interventies als een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw te rekenen. Op grond van de door eerder genoemde organisaties aangeleverde informatie werd besloten om opnieuw te beoordelen of de preventieve interventies, conform het rapport 'Beoordeling stand van wetenschap en praktijk' (1), voldoen aan dit algemene wettelijke criterium.

Achtergrond angststoornissen.

Preventie

Het CVZ hanteert de volgende indeling voor de verschillende vormen van preventie (2):

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 (ongevraagd) 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 preventieprogramma'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, ziektelast 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 deze stoornissen zijn te identificeren. Verder wordt beoordeeld of er interventies bestaan ter voorkoming van angststoornissen en of deze voldoen aan het algemene wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor deze beoordeling is gebruik gemaakt van ons rapport Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk(1).
- (Patho)fysiologie** '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. Angst wordt als pathologisch beschouwd als deze door de (ernst van de) situatie niet wordt gerechtvaardigd. 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 2 zijn de DSM-IV beschrijvingen opgenomen. Onder angststoornissen vallen de paniekstoornis, de sociale angststoornis, de gegeneraliseerde angststoornis en overige angststoornissen: (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, trilangst, vliegangst);

**Gegeneraliseerde
angststoornis**

- *gegeneraliseerde angststoornis* (GAS). De gegeneraliseerde angststoornis is een brede indicatie die aspecifieke 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;

**Overige
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 medicamenteuze 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.

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 (4).

Prevalentie

Uit epidemiologische studies blijkt dat angststoornissen veel voorkomen. De angststoornis is het meest voorkomende psychiatrische ziektebeeld. Volgens de National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) in de Verenigde Staten van Amerika is de 'lifetime' prevalentie in de volwassen bevolking 29% (5,6). De 12 maanden prevalentie was in hetzelfde onderzoek 18%. Ook in Nederland werden dergelijke hoge cijfers gevonden. In de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS) was de 'lifetime' prevalentie van angststoornissen 19,3 % bij een 12 maanden prevalentie van 12,4% (7). Voor paniekstoornissen werd in het NEMESIS onderzoek een lifetime prevalentie van 3,8% en een 12 maanden prevalentie van 2,2% gezien. De incidentie van paniekstoornissen is hoog en van alle paniekstoornissen die jaarlijks optreden is 35% een nieuw geval.

In 2007 leden naar schatting ruim 1 miljoen Nederlanders (642.800 vrouwen en 413.100 mannen) tussen de 18 en 65 jaar aan enige angststoornis. Dit was ongeveer één op de acht vrouwen (12,4%) en één op de twaalf mannen (7,9%). De jaarprevalentie van angststoornissen bedroeg destijds circa 13.8% voor vrouwen en 7.1% voor de mannen uit deze leeftijdsgroep (Nationaal Kompas Volksgezondheid).

Globaal komen angststoornissen ongeveer evenveel voor onder jeugdigen, volwassenen als 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.

Voor prevalentiecijfers van de paniekstoornis, de sociale angststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis verwijzen wij naar de medische achtergrondrapportage uit 2009 (29040852).

Spontaan beloop angststoornissen

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 (28). Eén onderzoek toonde zonder behandeling 14,3% spontaan herstel na 7 jaar (8).

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.

Paniek aanvallen 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% (9).

Standaard behandeling

Angststoornissen kunnen goed behandeld worden. Zie bijvoorbeeld de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (eerste revisie 2009) en de NHG-Standaard Angststoornissen 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 (4,9).

Verhoogd risico

Bij geïndiceerde preventie dient er sprake te zijn van een verhoogd risico op het ontwikkelen van de ziekte (in dit geval een angststoornis). In het advies van 2009 werd geconcludeerd dat er onvoldoende consensus bestond over het vaststellen van een dergelijk verhoogd risico op het ontwikkelen van een angststoornis. Ook in de thans bestudeerde literatuur speelt dit probleem vaak een rol bij angststoornissen in het algemeen. In de literatuur over paniekstoornissen wordt het belang van het duiden van een verhoogd risicogroep benadrukt (10). De manier waarop dit gebeurt verschilt in de verschillende studies. In de studies van Batelaan et al. (10,11) wordt een groep gedefinieerd met een

verhoogd risico op het ontwikkelen van een paniekstoornis. De verhoogd risicogroep wordt benoemd als 'subthreshold' paniekstoornis. Er moet sprake zijn van het tenminste eenmaal optreden van een gevoel van intense angst in een situatie waarin de meeste mensen niet bang zouden zijn, niet toe te schrijven aan een organische oorzaak en vergezeld van tenminste twee van de dertien paniek gerelateerde symptomen in de DSM III-R.

Ook in de onderzoeken van Meulenbeek et al. (12 t/m 16) naar de interventies voor paniekstoornissen wordt een hoogrisicogroep benoemd. Het hebben van een subklinische paniekstoornis wordt als verhoogd risico beschouwd. Hierbij bestaan er symptomen van een paniekstoornis, zonder dat er aan de criteria wordt voldaan voor de DSM-IV diagnose paniekstoornis. Een score tot 13 punten op de Panic Disorder Severity Scale-Self Report (PDSS-SR), is hierbij als criterium voor het bestaan van een subklinische of milde paniekstoornis gehanteerd.

In het artikel van King et al. (17) wordt eveneens een methode beschreven om verhoogd risico op het optreden van angststoornissen te kunnen vaststellen. De gebruikte PredictA test blijkt een goede voorspellende waarde te hebben.

Van 't Veer-Tazelaar et al. maken in hun onderzoek (18,19) gebruik van de score op de CES-D vragenlijst om de aanwezigheid van een subklinische angststoornis of depressie vast te stellen.

Vraagstelling literatuuronderzoek

Vraagstelling

Wat is de effectiviteit van de interventies gericht op het voorkomen van het ontwikkelen van angststoornissen, bij het bestaan van een verhoogd risico?

Relevante uitkomstmaten

Relevante uitkomstmaten zijn:

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

Vereiste methodologische studiekenmerken

Gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken zijn de beste manier om de effectiviteit van interventies te onderzoeken. Bij geïndiceerde preventieve interventies zijn hierbij praktische kanttekeningen te plaatsen. Is het bijvoorbeeld haalbaar 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?

Geblindeerde (behandelaars en patiënten) vergelijkende studies zullen in de praktijk niet haalbaar zijn, met name door de aard van de controle behandeling. Hierdoor kan niet aan de voorwaarden voor niveau A worden voldaan.

Het CVZ gaat dan ook in de beoordeling van dergelijke studies uit van niveau B als het hoogst haalbare.

Vergelijkend onderzoek met een follow-up van tenminste 6 maanden is nodig om het effect van het natuurlijk verloop te kunnen ondervangen.

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 inclusie 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 relevante referenties bij artikelen bekeken.

Zoekstrategie & selectie van geschikte studies

<i>Zoektermen</i>	Het CVZ heeft in januari 2011 een literatuur search verricht met de zoektermen prevention, anxiety disorder, panic disorder, subthreshold en early intervention. De exacte zoekstrategie is weergegeven in bijlage 1.
<i>Databases & websites</i>	<p>De literatuur search is doorgevoerd in Medline, PsycInfo, EMBASE, en de Cochrane Library voor de periode van 2006 tot 17-01-2011.</p> <p>De websites van de volgende organisaties zijn gescreend betreffende richtlijnen voor preventie van angst- en paniekstoornissen: CBO, NICE.</p>
<i>Selectiecriteria</i>	<p>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.</p> <p>De volgende inclusie criteria zijn gebruikt bij de selectie van artikelen:</p> <ul style="list-style-type: none">- Betreft mensen met een subklinische angst- of paniekstoornis.- Onderzoek betreft een op angst- en paniekstoornissen preventieve interventie.- In het onderzoek wordt de interventie vergeleken met een controlegroep.- Er is een follow-up van tenminste 6 maanden.- De resultaten zijn uitgedrukt in relevante uitkomstmaten, zoals klachtenreductie of voorkomen van het ontwikkelen van een angst- of paniekstoornis.

Resultaten

Resultaten literatuursearch

Er werden 21 artikelen en een academisch proefschrift geselecteerd. Van de 21 artikelen voldeden 11 artikelen aan de hiervoor genoemde selectiecriteria.

Het betreft 3 systematische reviews, 1 algemene beschrijvende review, 6 RCT's en 1 pilotstudie.

Deze 11 artikelen werden volgens de EBM systematiek beoordeeld. De overige artikelen werden gebruikt als achtergrondliteratuur en gegevens hieruit werden voor deze rapportage gebruikt.

De geselecteerde studies zijn weergegeven in hoofdstuk 7.

Kwaliteit en beoordeling van de geselecteerde studies

De meeste studies zijn RCT's en van niveau B. De kenmerken en resultaten van de geselecteerde studies zijn weergegeven in tabel 1. Methodologisch zijn de meeste studies van voldoende kwaliteit. In de verschillende onderzoeken is niet altijd een duidelijke groep met een verhoogd risico afgebakend.

Effectiviteit

Zowel uit de systematische reviews als uit de RCT's blijkt dat CGT effectief is. De meeste studies tonen een positief effect op klachtenniveau. Het voorkomen van angststoornissen staat, vanwege de vaak korte follow-up, in de resultaten minder op de voorgrond. Uit de pilotstudie blijkt dat het effect van een korte interventie (8 sessies) vergelijkbaar is met dat van een langduriger (16 sessies) interventie.

Standpunten en richtlijnen

De NHG-Standaard Angststoornissen wijst op het belang van vroegtijdige herkenning van angststoornissen in verband met de impact op de kwaliteit van leven. Er wordt aandacht besteed aan de mogelijkheden van behandeling en/of verwijzing.

Op vormen van preventie wordt niet ingegaan. De Multidisciplinaire Richtlijn voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis gaat niet specifiek in op afbakening van een hoogrisicogroep of op (geïndiceerde) preventie. Ook de NICE guideline anxiety and panic disorders jan 2011 gaat niet uitvoerig in op de preventie van angststoornissen.

Wel wordt vermeld dat het herkennen van subthreshold gegeneraliseerde angststoornissen belangrijk is in verband met de mogelijke preventie van toekomstige angststoornissen, in lijn met de bevindingen uit eerdere studies over preventieve interventie bij subthreshold depressieve stoornissen.

Tabel 1 Overzicht geselecteerde studies

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar ¹	Risk of bias ²	Bewijs-klasse ³
Christensen 2010 (31)	Systematic review over preventie van angststoornissen en depressie.	18 preventieve interventies voor angst bij jeugdigen werden geanalyseerd. Merendeels geen geïndiceerde preventie.	Interventies meestal versus wachtlijst.	Angstklachten en depressieve symptomen	Reductie van klachten	60% van de interventies voor angststoornissen is succesvol. Universele en selectieve preventie even succesvol. CGT is effectief.	Meer onderzoek nodig naar geïndiceerde preventie.	Laag	Gebaseerd op voornamelijk B studies.
Neil 2009 (27)	Systematic review	27 RCT's over schoolkinderen en adolescenten	78% overwegend CGT versus usual care of wachtlijst.	Angstklachten	Reductie van angstklachten	> 75% van de RCT's geeft een significante verbetering van de klachten aan. Geen verschil in type interventie of cursusleider.	8 RCT's over geïndiceerde preventie. Meeste studies zijn methodologisch van lage kwaliteit.		B
Richardson 2010 (22)	Systematic review naar effectiviteit preventie en behandeling door CGT via computer bij kinderen en adolescenten met	10 studies, waarvan 4 over angststoornissen. Van deze 4 zijn 2 RCT's.	CGT via computer	Angststoornis, depressie	Angstklachten	Voor kinderen lijkt CGT via de computer effectief. Verdere RCT's zijn nodig.	Vooral artikelen over behandeling. Niet gericht op subthreshold groepen. CCGT lijkt effectief, meer onderzoek nodig van hogere kwaliteit.		B

¹ Inclusief opmerkingen over beoordeling van kwaliteit van de studie met name bij niet vergelijkende studies.

² Te bepalen aan de hand van vragenlijst/tabellen (volgnr. 2010019636). Kans op vertekening in de resultaten: hoog, laag, onduidelijk.

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

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

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

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

C : niet-vergelijkend onderzoek;

D : mening van deskundigen.

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

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar ¹	Risk of bias ²	Bewijs-klasse ³
	angststoornissen en depressie.						Relatief veel uitval.		
Reavley 2010 (21)	Review van artikelen over preventie van alcoholmisbruik, depressie en angststoornissen bij goed opgeleide jongeren.	11 interventies voor depressie en angststoornissen geanalyseerd	Vooraf CGT versus geen interventie	Depressieve klachten, angstklachten	Klachten-reductie	CGT is effectief voor preventie van depressieve klachten en angstklachten. Weinig bewijs voor lange termijn-effecten.	Niet alleen geïndiceerde preventie. Weinig onderzoeken. Geen lange termijn resultaten. Alleen bij goed opgeleide jongeren gekeken.		B
Meulenbeek 2010 (15)	RCT 6 maanden follow-up	217 volwassenen	CGT in groepsverband versus wachtlijst	Subklinische of milde paniekstoornis	Paniekverschijnselen	Voor beide groepen significante reductie van klachten die ook na 6 maanden aanwezig blijft. Interventiegroep 39% klinisch significante verbetering versus 16% in controlegroep.	Follow-up van controle groep was slechts 3 maanden die van de behandelde groep 6. Subklinische en milde paniekstoornis niet afzonderlijk beschreven.	Laag / onduidelijk (onduidelijke afbakening tussen subklinisch en milde paniekstoornis).	B
Hunt 2009 (30)	RCT 4 jaar follow-up	1120 scholieren (11-13 jaar)	CGT groepsinterventie door onderwijspersoneel vs interventie door zorgprofessionals.	Hoger risico voor angststoornis op basis van symptomen.	Ontwikkelen van angststoornis.	Professionals hebben betere resultaten.	Geconcludeerd wordt dat opnemen van preventieve interventies in het onderwijsprogramma niet zinvol is.	Laag	B
Lange 2007 (26)	RCT, follow-up 6 weken	58	Internet gestuurde CGT versus wachtlijst	Paniek aanvallen	Aantal angstaanvallen	Significante verbetering van aantal aanvallen (75% vd deelnemers aan de interventie zag aanvallen met de helft afnemen	Te korte follow-up om goed oordeel over lange termijn effecten te geven. Mix van subthreshold en jarenlang bestaande angststoornissen.	Onduidelijk (blinding en randomisatie niet duidelijk beschreven).	B

Eerste auteur, Jaar van publicatie	Type Onderzoek, follow-up duur	Aantal patiënten	Interventie en vergelijkende behandeling	Indicatie	Relevante uitkomstmaten	Resultaten	Commentaar ¹	Risk of bias ²	Bewijs-klasse ³
						versus 19% in de controlegroep).			
Schmidt 2007 (23)	RCT, follow-up 2 jaar.	404 mensen met verhoogde Anxiety Sensitivity (AS)	Anxiety Sensitivity Amelioration Training vs controle	Verhoogde Anxiety Sensitivity	Optreden van As I stoornissen.	Preventieve interventie bij mensen met verhoogd AS lijkt het voorkomen van As I stoornissen te verminderen.	1 jaar follow-up 67% 2 jaar follow-up 40%. Door de lage incidentie van As I stoornissen is de omvang van het onderzoek relatief gering.	Onduidelijk	B
Smit 2009 (20)	RCT 3 maanden follow-up	117 mensen met subklinische paniekstoornis.	Kortdurende CGT versus care as usual.	Subklinische paniekstoornis.	Waarschijnlijkheid van paniekstoornis vrije overleving in 3 maanden	Preventie leidt tot 12% minder paniekstoornissen en CGT is een kosteneffectieve interventie in vergelijking tot care as usual.	Relatief kleine studie met korte follow-up.	Laag	B
Van't Veer-Tazelaar 2009 (18)	RCT 12 maanden follow-up.	170 ouderen met subklinische depressie of angststoornis.	Stepped care preventie programma versus care as usual.	Subklinische depressie of angststoornis.	Ontwikkelen van een depressie of angststoornis.	In de groep die de preventie ontving is er een duidelijk lagere (50%) incidentie van depressies en angststoornissen gedurende de follow-up.	Geen onderscheid gemaakt tussen subklinische depressie en angststoornis. Relatief veel uitvallers.	Onduidelijk	B
Meulenbeek 2009 (13)	Pilot study 6 maanden follow-up	114	Lange versus korte cursus 'geen paniek'.	Subklinische of milde paniekstoornis	Paniekklasten, agorofobie klachten en psychisch welbevinden	Verbetering van de klachten, onafhankelijk van de lengte van de cursus	Geen controle groep	Onduidelijk (blinding niet duidelijk beschreven)	B

Bespreking

Uit alle studies blijkt dat interventies op basis van CGT een positief effect hebben op subklinische angststoornissen. CGT is een algemeen geaccepteerde behandeling bij angststoornissen.

De onderzoeken die zich richten op een subklinische paniekstoornis tonen aan dat preventieve interventie op basis van cognitieve gedragstherapeutische principes effectief is op het gebied van klachtenreductie als ook op het verminderen van het optreden van paniekstoornissen. De gevonden studies betreffen groepsgerichte interventies onder begeleiding van een professional. De interventie kan bestaan uit een relatief gering aantal groepsessies (acht), waarbij professionele begeleiding een voorwaarde is

Net als in 2009 is het ontbreken van een duidelijk afgrensbare groep met een verhoogd risico nog steeds een probleem. Op basis van de huidige wetenschappelijke literatuur is hierop een uitzondering te maken voor de preventie van paniekstoornissen (10 -16,18 - 20).

Hierin wordt gebruik gemaakt van een definitie van verhoogd risico als indicatie voor een preventieve interventie. Voor het doen van geïndiceerde preventie is het afbakenen van een dergelijke groep met een verhoogd risico op basis van symptomen essentieel, omdat deze vorm van preventie tot het domein van de Zvw behoort.

Duidelijke conclusies over de effectiviteit van preventieve interventies zijn dan ook alleen mogelijk als het gaat om de preventieve interventies die zich richten op het voorkomen van paniekstoornissen. Voor de paniekstoornissen is een groep af te bakenen met een verhoogd risico op het ontstaan van een paniekstoornis. Dit verhoogde risico kan worden gedefinieerd op basis van symptomen. In de verschillende onderzoeken blijken meerdere mogelijkheden om subklinische of subthreshold paniekstoornissen te definiëren.

Inhoudelijke consultatie

Het conceptrapport is op per e-mail voor inhoudelijke consultatie verzonden aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), 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 het ontwikkelen van 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 verzameld hebben ten behoeve van deze beoordeling.

Graag vernemen wij uw op- of aanmerkingen hierbij.

Zoals hiervoor aangegeven gaat het ons er om of in de bijlage opgenomen gegevens juist geïnterpreteerd en volledig zijn.

Daarnaast willen wij u vragen welk diagnostisch instrument u het meest geschikt acht om te bepalen of iemand tot de groep van verhoogd risico op het ontwikkelen van een angst- of paniekstoornis behoort”.

Er werd geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid om te reageren op het conceptrapport.

Standpunt stand van wetenschap & praktijk

Op basis van het uitgevoerde onderzoek voldoen preventieve interventies, die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes, voor patiënten met een verhoogd risico op paniekstoornissen aan het criterium 'stand van wetenschap en praktijk'.

Voor de geïndiceerde preventieve interventies bij andere angststoornissen is hiervoor nog onvoldoende onderbouwing op grond van wetenschappelijk onderzoek van voldoende niveau.

Literatuurlijst

1. Rapport beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen: CVZ 2007. Publicatienummer 254.
2. Rapport van preventie verzekerd. Diemen: CVZ, 2007.
3. Angststoornissen. Farmacotherapeutisch Kompas. Diemen: CVZ, 2011.
4. 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.
5. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merkingas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:593-602.
6. Kessler RC, Chiu WT, Merikangas KR, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-months DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62:617-627.
7. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998;33:587-595.
8. Landelijke werkgroep angstpreventie volwassenen. Projectplan Preventie van Angststoornissen. Oktober 2006.
9. Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM Bilthoven, 2006.
10. Batelaan NM, Smit F, de GR, et al. Identifying target groups for the prevention of anxiety disorders in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 56-65.
11. Batelaan N, De Graaf R, Van Balkom A, et al. Thresholds for health and thresholds for illness: panic disorder versus subthreshold panic disorder. *Psychol Med* 2007; 37: 247-56.
12. Meulenbeek P, Willemse G, Smit F, et al. Early intervention in panic: randomised controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Trials* 2008; 9: 67.
13. Meulenbeek P, Willemse 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.
14. Meulenbeek P, Spinhoven P, Smit F, et al. Cognitive mediation of panic reduction during an early intervention for panic. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 20-9.
15. Meulenbeek P, Willemse G, Smit F, et al. Early intervention in panic: pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 326-31.
16. Meulenbeek P, Prevention and early intervention in panic disorder. The effectiveness of the 'don't panic course' (Dissertation. Amsterdam: Faculty of Psychology and education, Vrije Universiteit; 2010.
17. King M, Bottomley C, Bellon-Saameno JA, et al. An international risk prediction algorithm for the onset of generalized anxiety and panic syndromes in general practice attendees: predictA. *Psychol Med* 2011; 1-15.

18. Van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van OP, et al. Stepped care prevention of anxiety and depression in late life: a randomised controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 297-304.
19. Van't Veer-Tazelaar P, Smit Fk van HH, et al. *Cost-effectiveness* of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 319-25.
20. Smit F, Willemse G, Meulenbeek P, et al. Preventing panic disorder: *cost-effectiveness* analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Cost Eff Resour Alloc* 2009; 7: 8.
21. Reavley N, Jorm AF. Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: a review. *Early Interv Psychiatry* 2010; 4: 132-42.
22. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents : a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 275-90.
23. 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: 302-19.
24. Schmidt NB, Keough ME. Treatment of panic. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 241-56.
25. Opler M, Sodhi D, Zaveri D, et al. Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22: 220-34.
26. Lange A, et al. Standardized Internet-driven CBT of clinical and subclinical panic disorder: the treatment and the results of a controlled randomized trial, *Directie Therapie* 2007, vol. 27, issue 3.
27. Neil AL, Christensen H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 208-15.
28. Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: effects on current anxiety disorders and temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48: 602-9.
29. Brenner R, Madhusoodanan S, Puttichanda S, et al. Primary prevention in psychiatry-adult populations. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22: 239-48.
30. Hunt C, Andrews G, Crino R, et al. Randomized controlled trial of an early intervention programme for adolescent anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2009; Vol.43(4): 300-4.
31. Christensen H, Pallister E, Smale S, et al. Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review. *J Prim Prev* 2010; 31: 139-70.

Bijlage 1: Zoekstrategie en resultaten literatuursearch

Zoektermen

Het CVZ heeft voor de beoordeling in 2009 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/

Deze search is in januari 2011 herhaald en aangevuld met

Medline (Pubmed):

"Panic Disorder"[Mesh] OR "Panic"[Mesh]
AND
Prevent*[tiab] OR subthreshold[tiab] OR early intervent*[tiab]

Panic AND (prevent*[tiab] OR subthreshold[tiab] OR early
intervent*[tiab])filter:RCT, in process

PsycInfo:

Exp Panic/ or exp Panic Disorder/
AND
Primary mental health prevention/ or early intervention/ or
prevention/ or preventive medicine/

*Anxiety Disorders/ or exp *Anxiety/

AND
Primary mental health prevention/ or early intervention/
Limit: vanaf 2009

De exacte zoekstrategie met ongeselecteerde resultaten is weergegeven in DM5 nr

Databases & websites

De literatuursearch 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

Bijlage 2: DSM-IV

DSM IV

Paniekstoornis zonder agorafobie

A. Zowel 1) als 2)

- 1) recidiverende onverwachte paniekaanvallen*
- 2) na tenminste één van de aanvallen was er één maand (of langer) met één (of meer) van de volgende:
 - (a) voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
 - (b) bezorgdheid over deze verwickelingen of consequenties van de aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden')
 - (c) een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen

B. Afwezigheid van agorafobie.

C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie).

D. De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie (bijvoorbeeld voorkomend bij blootstelling aan gevreesde sociale situaties), specifieke fobie (bijvoorbeeld bij blootstelling aan een specifieke fobische situatie), obsessieve-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld bij blootstelling aan vuil bij iemand met smetvrees), posttraumatische stressstoornis (bijvoorbeeld in reactie op prikkels die samenhangen met een ernstige stressfactor) of separatieangststoornis (bijvoorbeeld vermijding om huis of verwanten te verlaten).

Paniekstoornis met agorafobie

A. Zowel (1) en (2)

- (1) recidiverende onverwachte paniekaanvallen*
- (2) na tenminste één van de aanvallen was er één maand (of langer) van een (of meer) van de volgende:
 - (a) voortdurende ongerustheid over het krijgen van een volgende aanval
 - (b) bezorgdheid over de verwickelingen of de consequenties van de aanval (bijvoorbeeld het verliezen van de zelfbeheersing, een hartaanval krijgen, 'gek worden')
 - (c) een belangrijke gedragsverandering in samenhang met de aanvallen

B. Aanwezigheid van agorafobie.

C. De paniekaanvallen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie).

D. De paniekaanvallen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis, zoals sociale fobie (bijvoorbeeld voorkomend bij blootstelling aan gevreesde sociale situaties), specifieke fobie (bijvoorbeeld bij blootstelling aan een specifieke fobische situatie), obsessieve-compulsieve stoornis (bijvoorbeeld bij blootstelling aan vuil bij iemand met smetvrees), posttraumatische stressstoornis (bijvoorbeeld in reactie op prikkels die samenhangen met een ernstige stressfactor) of separatieangststoornis (bijvoorbeeld vermijding om huis of verwanten te verlaten).

*Paniekaanval

Een begrensde periode van intense angst of gevoel van onbehagen, waarbij vier (of meer) van de volgende symptomen plotseling ontstaan, die binnen tien minuten een maximum bereiken:

- 1) hartkloppingen, bonzend hart of versnelde hartactie
- 2) transpireren

- 3) trillen of beven
- 4) gevoel van ademnood of verstikking
- 5) naar adem snakken
- 6) pijn of onaangenaam gevoel op de borst
- 7) misselijkheid of buikklachten
- 8) gevoel van duizeligheid, onvastheid, licht in het hoofd of flauwte
- 9) derealisatie (gevoel van onwerkelijkheid) of depersonalisatie (gevoel los van zichzelf te staan)
- 10) angst de zelfbeheersing te verliezen of gek te worden
- 11) angst dood te gaan
- 12) paresthesie (verdoofde of tintelende gevoelens)
- 13) opvliegers of koude rillingen

Sociale angststoornis

- A. Een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijke kritische beoordeling door anderen. De betrokkene is bang dat hij/zij zich op een manier zal gedragen (of angstverschijnselen zal tonen) die vernederend of beschamend zijn.
- B. Blootstelling aan de gevreesde sociale situatie lokt bijna zonder uitzondering angst uit, die de vorm kan krijgen van een situatiegebonden of situationeel gepredisponeerde paniekaanval.
- C. Betrokkene is zich ervan bewust dat zijn of haar angst overdreven of onredelijk is.
- D. De gevreesde sociale situaties of de situaties waarin men moet optreden worden vermeden dan wel doorstaan met intense angst of lijden.
- E. De vermijding, de angstige verwachting of het lijden in de gevreesde sociale situatie(s) of de situatie(s) waarin men moet optreden belemmeren in belangrijke mate de normale dagelijkse routine, het beroepsmatig functioneren (of studie of school), of bij sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie.
- F. Bij personen onder de achttien jaar is de duur tenminste zes maanden.
- G. De angst of vermijding zijn niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening en is niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een paniekstoornis met of zonder agorafobie, separatie-fobie, verstoorde lichaamsbeleving, een pervasieve ontwikkelingsstoornis of een schizoïde persoonlijkheidsstoornis).
- H. Indien er sprake is van een somatische aandoening of een andere psychische stoornis, houdt de angst van criterium A daar geen verband mee, bijvoorbeeld de angst is niet die om te stotteren, beven bij ziekte van Parkinson, of voor abnormaal eetgedrag bij anorexia of boulimia nervosa.

Bij een sociale fobie van het specifieke subtype is er sprake van een fobie in slechts één bepaalde situatie. Wanneer er sprake is van sociale angst in tenminste twee of meer verschillende situaties wordt gesproken van gegeneraliseerde sociale fobie.

Gegeneraliseerde angststoornis

- A. Buitensporige angst en bezorgdheid (bange voorgevoelens), gedurende zes maanden vaker wel dan niet voorkomend, over een aantal gebeurtenissen of activiteiten (zoals werk of schoolprestaties).
- B. Betrokkene vindt het moeilijk de bezorgdheid in de hand te houden.
- C. De angst en bezorgdheid gaan samen met drie (of meer) van de volgende zes verschijnselen (waarvan tenminste enkele verschijnselen in de laatste zes maanden vaker wel dan niet aanwezig).
 - 1 rusteloosheid, opgewonden of geïrriteerd zijn
 - 2 snel vermoeid zijn
 - 3 zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren
 - 4 prikkelbaarheid
 - 5 spierspanning

6 slaapstoornis (moeilijkheden in slaap te vallen of door te slapen, of rusteloze niet verkwikkende slaap)

- D. Het onderwerp van de angst en bezorgdheid is niet beperkt tot de kenmerken van een andere As I stoornis, bijvoorbeeld de angst of bezorgdheid gaat niet over het hebben van een paniekaanval (zoals bij een 'paniekstoornis'), het in gezelschap voor schut staan (zoals bij een sociale fobie), het besmet worden (zoals bij de 'obsessief-compulsieve stoornis'), het van huis of naaste familie weg zijn (zoals bij de separatie-angststoornis), het in gewicht toenemen (zoals bij anorexia nervosa), het hebben van veel verschillende lichamelijke klachten (zoals bij somatisatiestoornis) of een ernstige ziekte hebben (zoals bij de hypochondrie) en de angst en bezorgdheid komen niet uitsluitend voor tijdens een posttraumatische stressstoornis.
- E. De angst, bezorgdheid of de lichamelijke klachten veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- F. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld hyperthyreoïdie), en komt niet uitsluitend voor tijdens een stemmingsstoornis, psychotische stoornis of een pervasieve ontwikkelingsstoornis.

Bijlage 2

Kostenconsequenties Preventie van paniekstoornissen

DM5 2011045819 - versie 4 -

Joost Enzing (O&O)

Aantal inwoners van Nederland	leeftijd 18-65
op 1 januari 2011	10.725.724
op 1 januari 2012 (prognose april 2011)	10.700.582

Prevalentie subklinische paniekstoornis	leeftijd 18-65
in 1999 (%)	1,9%
in 2012 (absoluut)	203.311

Gemiddelde kosten preventieve interventie per persoon	2012
Variant 1. Twee therapeuten per groep	€ 750,00
Variant 2. Eén therapeut per groep	€ 375,00

Percentage deelname binnen de doelgroep		
Variant 1.	Laag	3%
Variant 2.	Midden	5%
Variant 3.	Hoog	7%

Totale kosten preventieve interventie	2012*
Scenario 1: één therapeut per groep, 3% deelname	€ 2.287.249
Scenario 2: twee therapeuten per groep, 5% deelname	€ 7.624.165
Scenario 3: twee therapeuten per groep, 7% deelname	€ 10.673.830

BRON / OPMERKING

Bij jongeren zeer lage prevalentie paniekstoornis. (RIVM, Gezond verstand (tabel 4.1), 2
CBS Statline / Bevolking (april 2011)
CBS Statline / Prognose (bewerkt door CVZ) (april 2011)

Batelaan N et.al., Thresholds for health and thresholds for illness: panic disorder versus
Aanname: prevalentie% van 1999 is toepasbaar op 2012

Smit F et.al., Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmat
Smit F et.al., Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmat
Aanname: het gehanteerde uurtarief (€124) is bruikbaar voor 2012.

Het zorggebruik van 2e lijns GGZ bij klinische paniekstoornis is 29%. Trimbos-instituut, 7
Bij preventie van paniekstoornis zijn de klachten echter minder groot. CVZ raamt de dee

Minimumscenario

Verwachte scenario

Maximumscenario

Bijlage 2

2006)

↳ subthreshold panic disorder, 2006

atic randomised trial, 2009

atic randomised trial, 2009

Tendrapportage GGZ 2010 Deel 2 Toegang en zorggebruik (p.95), 2010
elname voor deze preventieve interventie op 5%.