

Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen

EBRO-module

Angstklachten

Deze EBRO-module is opgesteld ter onderbouwing van de Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen en vormt een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen (2010). De Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen is geautoriseerd op 19 oktober 2017 en gepubliceerd op GGZ Standaarden, deze EBRO-module is nog niet geautoriseerd.

19-10-2017

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Wetenschappelijke onderbouwing.....	4
3. Resultaten.....	5
3.1. Zelfhulp	5
3.2. Mindfulness.....	7
3.3. Problem Solving Treatment	9
4. Conclusies	11
4.1. Zelfhulp	11
4.2. Mindfulness.....	11
4.3. Problem Solving Treatment	11
5. Overige overwegingen.....	12
5.1. Zelfhulp	12
5.2. Mindfulness.....	12
5.3. Problem Solving Treatment	13
6. Aanbevelingen.....	14
6.1. Zelfhulp	14
6.2. Mindfulness.....	14
6.3. Problem Solving Treatment	14
7. Referenties.....	15
Bijlage 1 GRADE: Factoren voor downgraden en upgraden	16

1. Inleiding

Angstklachten zijn klachten waarbij angstgevoelens en begeleidende lichamelijke klachten een rol spelen. Ze zijn vaak gerelateerd aan (dreigende) problemen of zorgen op belangrijke levensgebieden (gezin, relatie, werk, sociaal, gezondheid), maar kunnen ook spontaan ontstaan. Angstklachten kunnen hinderlijk zijn, zorgen geven (bijvoorbeeld over de lichamelijke gezondheid) en gepaard gaan met sociaal disfunctioneren en overmatige medische consumptie. Het verschil met een angststoornis betreft de ernst van de symptomen. De overgang van 'angstklachten' naar een 'angststoornis' heeft geen exact afkappunt; er is sprake van een continuüm. Angstklachten worden ook wel subsyndromale/subklinische angststoornissen genoemd.

De prevalentie van 'angststoornissen en/of angstgevoelens' in de huisartsenregistratiesystemen is bij mannen 19 en bij vrouwen 38 per 1000. Het is aannemelijk dat hieronder de angstklachten vallen. Het hebben van angstklachten maakt het risico op het krijgen van een angststoornis aanzienlijk groter. Angstklachten gaan vaak samen met depressieve klachten, somatisatie- en spanningsklachten en zijn hiervan niet altijd duidelijk te onderscheiden.

Zelfhulp, mindfulness en Problem Solving Treatment worden in de NHG-Standaard Angst (2012) vooral bij angststoornissen aanbevolen. Een literatuuronderzoek is uitgevoerd naar wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van deze interventies bij angstklachten.

Uitgangsvragen

- a. Wat is de effectiviteit (en veiligheid) van zelfhulp (I) vergeleken met geen zelfhulp (C) in de behandeling van patiënten (>18 jaar) met angstklachten (P)?
- b. Wat is de effectiviteit (en veiligheid) van mindfulness (I) vergeleken met geen mindfulness (C) in de behandeling van patiënten (>18 jaar) met angstklachten (P)?
- c. Wat is de effectiviteit (en veiligheid) van Problem Solving Treatment (PST) (I) vergeleken met geen PST (C) in de behandeling van patiënten (>18 jaar) met angstklachten (P)?

Uitkomstmaten

Voor deze uitgangsvragen werden de volgende uitkomstmaten (O) vastgesteld:

- ernst van angstklachten
- incidentie van angststoornissen
- kwaliteit van leven
- bijwerkingen

2. Wetenschappelijke onderbouwing

Zoekstrategie

Een zoekstrategie is uitgezet (22 oktober 2015) naar systematische reviews, meta-analyses en RCT's over zelfhulp, mindfulness en PST in de behandeling van mensen met angstklachten (uitgangsvragen a, b en c). De criteria voor de selectie van de artikelen die uit deze zoekstrategie voortkwamen staan beschreven in een review protocol.

Beoordeling van de kwaliteit van het bewijs

Voor het bewijs rondom interventies is het bewijs van de onderzoeken per uitkomstmaat geclassificeerd met behulp van GRADE¹. De kwaliteit van het bewijs kent daarbij vier niveaus, te weten; zeer laag, laag, matig en hoog. In deze richtlijn is gekozen om de GRADE niveaus weer te geven met behulp van de volgende neutrale en internationaal toepasbare weergave:

Hoog	⊕⊕⊕⊕
Matig	⊕⊕⊕○
Laag	⊕⊕○○
Zeer laag	⊕○○○

Het studiedesign bepaalt de uitgangspositie van de kwaliteit van bewijs. Gerandomiseerde, gecontroleerde studies (RCT's) hebben over het algemeen meer bewijskracht dan observationele studies. Daarom is hun uitgangspositie hoog, terwijl de uitgangspositie van observationele studies laag is. De kwaliteit van het bewijs per uitkomstmaat wordt, behalve door de methodologische kwaliteit van de individuele onderzoeken, ook bepaald door andere factoren, zoals de mate van consistentie van de gevonden resultaten uit de verschillende onderzoeken en de precisie van de gevonden uitkomst.

Samenvatten van resultaten in 'evidence tabel'

Van elk artikel is een samenvatting gemaakt in een zogenaamde 'evidence tabel', waarin de belangrijkste kenmerken van de onderzoeken zijn opgenomen. De formulering van de conclusies, gebaseerd op de studies uit de systematische literatuur search, is afgestemd op het GRADE niveau (zie tabel 1).

Tabel 1. Formuleringsconclusies n.a.v. GRADE niveau

GRADE	Levels of evidence	Formuleringsconclusies
⊕⊕⊕⊕	Niveau 1	“Het is aangetoond dat...”
⊕⊕⊕○	Niveau 2	“Het is aannemelijk dat...”
⊕⊕○○	Niveau 3	“Er zijn aanwijzingen dat...”
⊕○○○	Niveau 4	“Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat...”

¹ GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

3. Resultaten

3.1. Zelfhulp

Zelfhulp kan op verschillende manieren worden toegepast, via zelfhulpboeken en ander voorlichtingsmateriaal en via internet: e-mental health. De hulp bestaat uit uitleg over angst, cognitieve technieken, ontspannings- en/of mindfulnessoefeningen en oefeningen die in het dagelijks leven toepasbaar zijn. Actuele informatie over de beschikbare e-mental health? interventies en informatie over de wetenschappelijke onderbouwing ervan is te vinden op www.loketgezondleven.nl en www.huisarts-emh.nl.

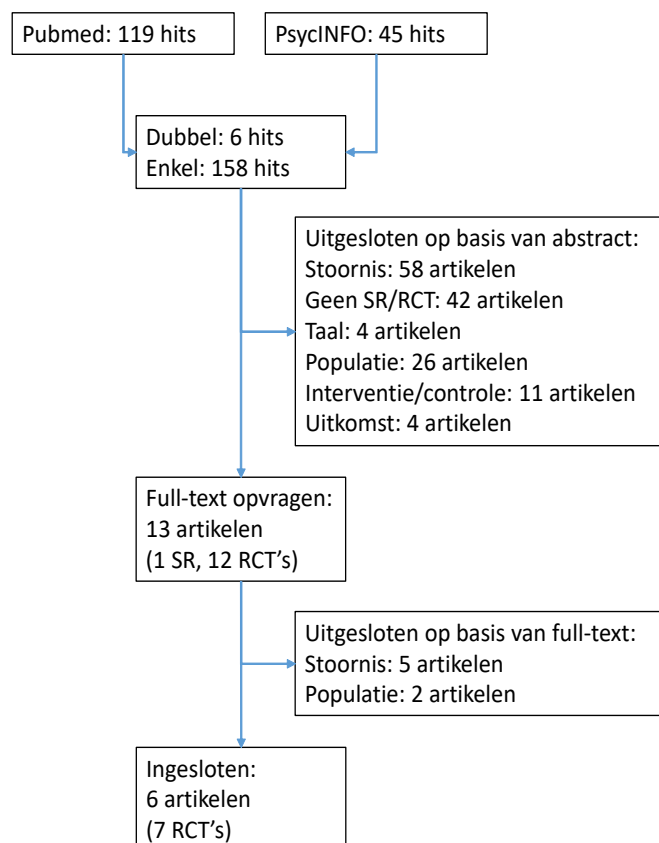
Bestaande toepassingen van E-mental health zijn vaak gericht op het versterken van de mentale weerbaarheid. Verschillende klachtgerichte e-health toepassingen zijn in ontwikkeling: Minder piekeren, Beter slapen en Minder stress. Deze sluiten meer aan bij de ervaren klacht van degene die zelfhulp zoekt en kunnen daarmee een stimulerend effect hebben op het starten en het volbrengen van de e-mental health toepassing.

Bij angststoornissen met relatief gering lijden en weinig tot geen sociaal disfunctioneren hebben voorlichting en zelfhulp met begeleiding de voorkeur (NHG-Standaard angst, 2012). Voor de zorgstandaard angststoornissen heeft een update van de wetenschappelijke onderbouwing plaatsgevonden van zelfhulp bij angstklachten.

In de huisartsenpraktijk wordt zelfhulp uitgevoerd door de huisarts, maar veelal in samenwerking met de Praktijkondersteuner GGZ (POH GGZ).

Beschrijving literatuurselectie

In de figuur wordt de literatuurselectie beschreven.



Beschrijving onderzoeken

Er zijn 7 RCT's geïncludeerd, die zijn beschreven in 6 artikelen. Zes RCT's waren uitgevoerd op de universiteit, veelal onder studenten en soms personeel. Eén RCT werd uitgevoerd onder bewoners van verzorgingshuizen in Nederland.

In 3 RCT's werd onbegeleide zelfhulp vergeleken met controle:

- In één van deze RCT's (n=79) werd een onbegeleide zelfhulpcursus op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie aangeboden aan studenten die stress, angst of stemmingsproblemen ervoeren. De cursus bestond uit een boek, dat gedurende acht weken werd doorgenomen, met bijbehorende CD met mindfulnessoefeningen. Studenten in de controlegroep kregen het boek aangeboden na acht weken, dus nadat de interventiegroep de cursus had afgerond [Lever Taylor 2014].
- In één RCT (n=262) werden aan twee groepen deelnemers (universiteitsstaf en studenten die angstklachten ondervonden) zelfhulpfolders aangeboden waarin ontspanningstechnieken werden aangeleerd. Eén van de groepen ('augmented self-help') kreeg daarnaast materialen waarin hen gevraagd werd een als-dan plan te schrijven. De controlegroep kreeg geen interventie [Varley 2011].
- In één RCT (n=33) werd aan studenten met angstklachten een zelfhulpboek ('Coping with fear and phobias: a step-by-step guide to understanding and facing your anxieties') aangeboden, dat zelfstandig in één maand werd doorgenomen. De controlegroep werd op een wachtlijst gezet [Dixon 2011, study 2]
- In 4 RCT's werd begeleide zelfhulp vergeleken met controle:
- In één RCT (n=66) werd een online zelfhulpprogramma van zes weken, gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische strategieën, aangeboden aan studenten die lichte tot matige niveaus van angst, depressie en stress ervoeren. De interventie werd wekelijks begeleid door een coach op basis van een telefoongesprek van 15-20 minuten of een e-mail van 1-2 pagina's, waarin ondersteuning, aanmoediging en toelichting werden geboden, maar geen therapeutisch advies dat verder ging dan de inhoud van het programma. Studenten in de controlegroep kregen het programma aangeboden na zes weken [Day 2014].
- In één RCT (n=54) werd aan studenten met angstklachten een zelfhulpboek ('Coping with fear and phobias: a step-by-step guide to understanding and facing your anxieties') aangeboden dat in één maand werd doorgenomen. De deelnemers kregen een introductie van 10 minuten en na één en drie weken een telefoongesprek van maximaal vijf minuten. De controlegroep werd op een wachtlijst gezet [Dixon 2011, study 1].
- In één RCT (n=24) werd een op cognitieve gedragstherapie gebaseerd zelfhulpprogramma van 8 weken (8 DVD's) aangeboden aan personen die reageerden op aankondigingen die op de universiteit werden opgehangen. Deelnemers waren sociaal angstig maar voldeden niet aan de diagnose sociale angststoornis. Het programma werd ondersteund door een therapeut per e-mail. De controlegroep bestond uit een wachtlijst [Mall 2011].
- In één RCT (n=129) kregen bewoners uit verzorgingshuizen, die hoger dan gemiddeld scoorden op angst en depressieve klachten, de module 'activity-scheduling' uit een zelfhulpcursus 'omgaan met depressie' aangeboden. De module bestond uit vier stappen. Tijdens de interventie kregen de deelnemers begeleiding door een coach middels twee tot vijf huisbezoeken. De controlegroep kreeg ze gebruikelijke zorg aangeboden [Dozeman 2011].

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteit van het bewijs was laag tot zeer laag. In de meeste onderzoeken was sprake van kans op vertekening. Daarnaast was er sprake van indirect bewijs (beperkte groepen, voornamelijk studenten) en waren er kleine deelnemersaantallen (onnauwkeurigheid).

Ernst van angstklachten

De zelfhulpcursus op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie had een significant effect op de ernst van de angstklachten in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (SMD DASS-Anxiety 0,56; 95% BI 0,11 tot 1,01) [Lever Taylor 2014]. Het onderzoek van Varley liet zien dat er geen verschil was in ernst van angstklachten tussen de groep die zelfhulpfolders kreeg aangeboden en de controlegroep. Wel namen angstklachten significant meer af in de 'augmented self-help'-groep vergeleken met de controlegroep en de groep die zelfhulpfolders kreeg. De HADS-anxietyscore daalde 4,6 punten in de augmented self-help-groep en minder dan 1 punt in beide andere groepen; de STAI-score daalde 13,3 punten in de augmented self-help-groep en ongeveer 6-7 punten in de beide andere groepen (verschillen waren statistisch significant) [Varley 2011]. Het onderzoek van Dixon liet zien dat er een significante tijd x groep interactie was voor 'state of phobic symptoms' (deze verbeterde van 4,47 naar 3,07 punten in de groep die een zelfhulpboek doornam, maar verslechterde iets in de controlegroep, van 3,36 naar 4,07 punten), maar voor 'main phobia' was er geen verschil tussen beide groepen [Dixon 2011, study 2]. De gevonden verschillen zijn waarschijnlijk niet klinisch relevant.

Incidentie van angststoornissen

Niet beschreven.

Kwaliteit van leven

De zelfhulpcursus op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie had een significant effect op de 'satisfaction with life scale' in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (SMD 0,56; 95% BI 0,11 tot 1,01), maar dit verschil was niet klinisch relevant [Lever Taylor 2014]. De onderzoeken van Varley en Dixon beschreven geen kwaliteit van leven [Varley 2011; Dixon 2011].

Ernst van angstklachten

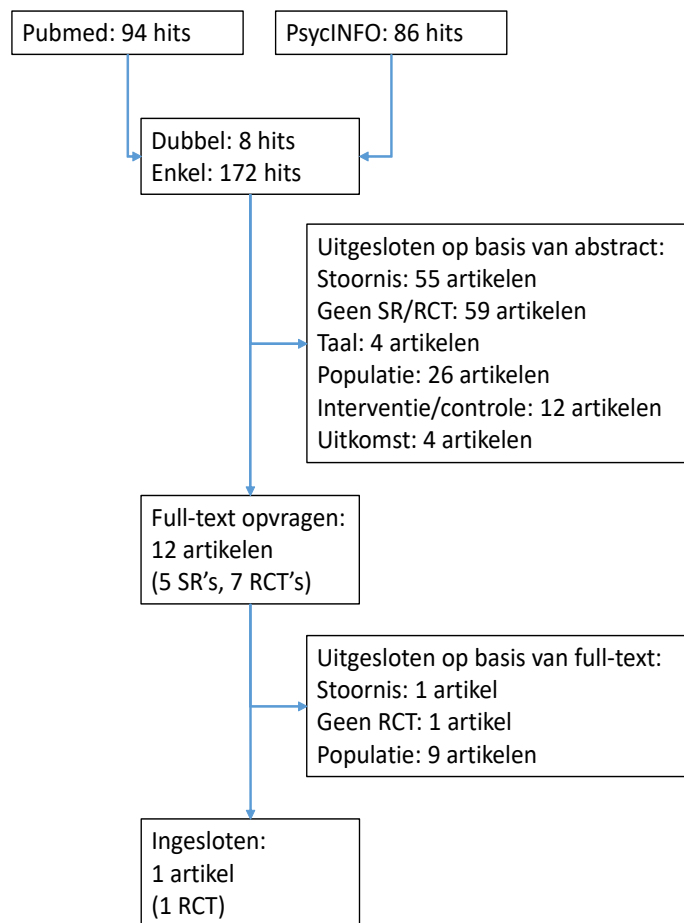
In het onderzoek van Day waren de scores op de DASS-anxiety gedaald in zowel de groep die het online zelfhulpprogramma kreeg als in de controlegroep. De daling was echter sterker in de zelfhulpgroep (score daalde van 13,6 naar 5,7 in de zelfhulpgroep en van 13,9 naar 9,9 in de controlegroep, $p=0.02$) [Day 2014]. Het onderzoek van Dixon liet zien dat er een significante tijd x groep interactie was voor 'main phobia' (deze verbeterde van 6,96 naar 4,92 punten in de groep die een zelfhulpboek doornam, maar bleef gelijk in de controlegroep), maar voor 'state of phobic symptoms' was er geen verschil tussen beide groepen [Dixon 2011, study 1]. In het onderzoek van Mall werd een significante tijd x groep interactie gezien voor drie verschillende angstvariabelen, wat betekende dat de verbetering op angstklachten in de groep die zelfhulp-DVD's kreeg groter was dan in de controlegroep. De SMD's varieerden tussen 0,24 en 0,65, betrouwbaarheidsintervallen werden niet genoemd [Mall 2011]. Waarschijnlijk zijn de gevonden verschillen in de drie bovengenoemde onderzoeken niet klinisch relevant. In het onderzoek van Dozeman werd geen significant effect gezien van de zelfhulpcursus omgaan met depressie op angstklachten (SMD HADS-anxiety 0,18) [Dozeman 2011].

3.2. Mindfulness

Mindfulness verwijst naar een proces dat leidt naar een mentale toestand met een niet-oordelend bewustzijn van ervaringen op dit moment. De ervaringen zijn gevoelens, gedachten, lichaamshouding, bewustzijn en de omgeving, terwijl daarbij openheid, nieuwsgierigheid en acceptatie wordt aangemoedigd. Op mindfulness gebaseerde therapievormen zijn effectief gebleken bij angststoornissen (NHG-Standaard Angst 2012) In de praktijk wordt mindfulness veel geadviseerd bij patiënten met stress-, angst- en somberheidsklachten.

Beschrijving literatuurselectie

In de figuur wordt de literatuurselectie beschreven.



Beschrijving onderzoeken

In de RCT (n=79) werd een onbegeleide zelfhulp cursus op mindfulness gebaseerde cognitieve therapie aangeboden aan studenten die stress-, angst- of stemmingsproblemen ervoeren. De cursus bestond uit een boek, dat gedurende acht weken werd doorgenomen, met bijbehorende CD met mindfulness oefeningen. Studenten in de controlegroep kregen het boek aangeboden na acht weken, dus nadat de interventiegroep de cursus had afgerond [Lever Taylor 2014].

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteit van het bewijs was laag vanwege kans op vertekening en onnauwkeurige resultaten.

Effectiviteit

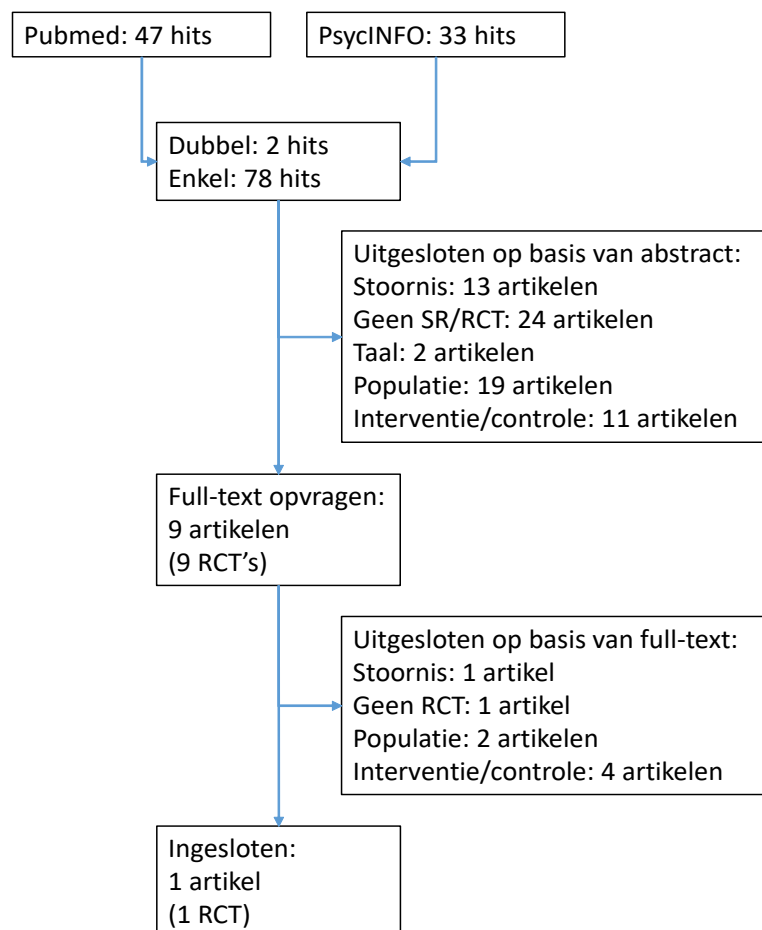
De cursus had een significant effect op angstklachten in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (SMD DASS-Anxiety 0,56; 95% BI 0,11-1,01), maar dit verschil was niet klinisch relevant. Voor depressieve klachten (SMD 0,48, 95% BI 0,02-0,91), stresscores (SMD 0,58, 95% BI 0,13-1,03) en 'satisfaction with life' (SMD 0,56, 95% 0,11-1,01) waren de resultaten vergelijkbaar.

3.3. Problem Solving Treatment

PST is een korte psychologische behandeling gebaseerd op technieken van CGT en beoogt versterking van zelfmanagement en empowerment.

Beschrijving literatuurselectie

In de figuur wordt de literatuurselectie beschreven.



Beschrijving onderzoek

RCT (n=122) waarin verpleegkundigen van de thuiszorg PST gaven aan mantelzorgers van chronisch zieke patiënten tijdens huisbezoeken. Dit werd onderverdeeld in vier sessies, waarin steeds twee stappen werden behandeld volgens een gestandaardiseerd protocol. In de controlegroep werkte de verpleegkundige volgens de normale procedures van het thuiszorgprogramma [Ferré-Grau 2014].

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteit van het bewijs was laag tot zeer laag. Het onderzoek was zeer summier beschreven, waardoor de kans op vertekening niet goed kon worden ingeschat. Daarnaast zijn de resultaten niet generaliseerbaar naar alle mensen met angstklachten en is er sprake van onnauwkeurigheid van de resultaten.

Effectiviteit

Na de interventie waren de variabelen angst en depressie in de interventiegroep significant lager dan in de controlegroep (Goldberg Scale, angst: 3,39 (SD 2,87) vs. 4,70 (SD 3,03), $p < 0.05$; depressie: 2.21 (SD 2.40) vs. 3.48 (SD 2.66), $p < 0.01$). Het is onduidelijk of dit klinisch relevante verschillen zijn.

4. Conclusies

4.1. Zelfhulp

Onbegeleide zelfhulp

⊕⊕00/⊕000	Er zijn (voorzichtige) aanwijzingen dat onbegeleide zelfhulp leidt, in vergelijking met geen interventie, tot significant minder angstklachten bij mensen met angstklachten. Dit verschil is waarschijnlijk niet klinisch relevant. <i>Lever Taylor e.a. 2014; Varley e.a. 2011; Dixon e.a. 2011 (study 2)</i>
-----------	---

Begeleide zelfhulp

⊕⊕00/⊕000	Er zijn (voorzichtige) aanwijzingen dat begeleide zelfhulp leidt, in vergelijking met geen interventie, tot significant minder angstklachten bij mensen met angstklachten. Dit verschil is waarschijnlijk niet klinisch relevant. <i>Day e.a. 2014; Dixon e.a. 2011(study 1); Mall e.a. 2011; Dozeman 2011</i>
-----------	---

4.2. Mindfulness

⊕⊕00	Er zijn aanwijzingen dat het volgen van een onbegeleide zelfhulp cursus mindfulness, in vergelijking met een wachtlijstcontrole, leidt tot verbetering van angstklachten bij personen die stress, angst- of stemmingsproblemen ervaren, maar dit verschil is niet klinisch relevant. <i>Lever Taylor e.a. 2014</i>
------	---

4.3. Problem Solving Treatment

⊕⊕00/⊕000	Er zijn (voorzichtige) aanwijzingen dat PST leidt, in vergelijking met gebruikelijke zorg, tot significant minder angst- en depressieve klachten bij mensen met angst- en depressieve klachten. Het is onduidelijk of dit verschil klinisch relevant is. <i>Ferré-Grau e.a. 2014</i>
-----------	---

5. Overige overwegingen

5.1. Zelfhulp

De patiënt wordt gestimuleerd om zelf met de angstklachten aan de gang te gaan. Dit bevordert het gevoel van eigenwaarde en doet het zelfvertrouwen in eigen kunnen groeien (empowerment).

Kwaliteit van bewijs

Er zijn (voorzichtige) aanwijzingen dat onbegeleide en begeleide zelfhulp leidt, in vergelijking met geen interventie, tot significant minder angstklachten bij mensen met angstklachten. Dit verschil is waarschijnlijk niet klinisch relevant.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

De inzet van zelfhulpprogramma's lijkt in de praktijk geen nadelige gevolgen te hebben.

Psychologische zelfhulp kan de zelfredzaamheid en regie van de patiënt bevorderen mits dit is afgestemd met patiëntvoorkeuren en –mogelijkheden.

Patiëntenperspectief

De patiënt moet in staat zijn zelfstandig een boek of een internetprogramma te doorlopen. Individuele begeleiding of deelname aan een groepscursus kan de patiënt motiveren om het programma af te maken.

Middelenbeslag

E-mental health kan in de huisartsenpraktijk worden gefinancierd vanuit de POH GGZ Module, die de meeste zorgverzekeraars in hun contract hebben opgenomen.

Organisatie van zorg

Zelfhulp wordt in de meeste huisartsenpraktijken aangeboden in combinatie met gesprekken. Ook de patiëntenvereniging (www.adfstichting.nl) biedt (lokale) begeleiding van zelfhulp (groepscursussen) voor mensen met angstklachten door getrainde professionals of ervaringsdeskundigen.

5.2. Mindfulness

Kwaliteit van het bewijs

Er zijn (voorzichtige) aanwijzingen dat het volgen van een onbegeleide zelfhulpcursus mindfulness, in vergelijking met een wachtlijstcontrole, leidt tot verbetering van angstklachten bij personen die stress, angst- of stemmingsproblemen ervaren, maar dit verschil is niet klinisch relevant.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

Mindfulness kan de patiënt handvatten bieden om zelf aan de slag te gaan met zijn angstklachten en mogelijk het gevoel van vertrouwen in eigen kunnen vergroten.

en de patiënt competent in het zelf omgaan met zijn angstklachten te maken. Mindfulness kan de zelfredzaamheid van en (herstel van de) regie door de patiënt bevorderen. Risico's of ongewenste effecten zijn niet aangetoond.

Middelenbeslag

Mindfulness kan in de huisartsenpraktijk worden gefinancierd vanuit de POH GGZ Module, die de meeste zorgverzekeraars in hun contract hebben opgenomen. In de GGZ wordt de behandeling van angstklachten, dus zonder DSM classificatie, niet vergoed.

Organisatie van zorg

Mindfulness en ontspanningsoefeningen kunnen door de huisartsenpraktijk ingezet worden. Ook de patiëntenvereniging (www.adfstichting.nl) en vrijgevestigde psychologen en GGZ instellingen bieden (lokale) begeleiding van mindfulness (groeps cursussen) voor mensen met angstklachten door getrainde professionals of ervaringsdeskundigen. Mindfulness oefeningen zijn vaak ook opgenomen in het aanbod van preventieve groepsinterventies.

5.3. Problem Solving Treatment

Kwaliteit van het bewijs

Er zijn (voorzichtige) aanwijzingen dat PST, in vergelijking met gebruikelijke zorg, leidt tot significant minder angst- en depressieve klachten bij mensen met angst- en depressieve klachten. Het is onduidelijk of dit verschil klinisch relevant is.

Balans tussen gewenste en ongewenste effecten

PST is een kortdurende behandeling die het zelfmanagement en de coping van de patiënt verbetert, waardoor het een zinvolle interventie kan zijn bij patiënten met psychosociale problemen.

Patiëntenperspectief

Huiswerkopdrachten behorend bij PST kunnen door sommige patiënten als vervelend ervaren worden. Voor laaggeletterden en anderstaligen kan PST lastig uitvoerbaar zijn.

Middelenbeslag

PST kan in de huisartsenpraktijk worden gefinancierd vanuit de POH GGZ Module, die de meeste zorgverzekeraars in hun contract hebben opgenomen. In de GGZ wordt de behandeling van angstklachten, dus zonder DSM classificatie, niet vergoed.

Organisatie van zorg

PST past in de werkwijze van de getrainde huisarts of POH-GGZ. Het uitvoeren van opdrachten en bespreken van huiswerk is een onderdeel van het begeleidingstraject.

6. Aanbevelingen

Bij angstklachten is voorlichting met regelmatige controles meestal voldoende. Patiënt wordt gewezen op informatie over angst via www.thuisarts.nl en de patiëntenvereniging voor mensen met angst, dwang en fobie (www.adfstichting.nl)

Als voorlichting onvoldoende effect heeft kan afhankelijk van motivatie, patiëntenvoorkeur en bijkomende problematiek de volgende interventies worden toegepast:

6.1. Zelfhulp

Overweeg zelfhulp als de patiënt hiervoor gemotiveerd is en in staat is zelfstandig een programma te doorlopen.

6.2. Mindfulness

Overweeg mindfulness als de patiënt hiervoor gemotiveerd is.

6.3. Problem Solving Treatment

Overweeg PST bij patiënten met angstklachten in combinatie met psychosociale problematiek. De focus ligt op het (terug) krijgen van controle over problemen.

7. Referenties

- Day V, McGrath PJ, Wojtowicz M. Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: a randomized controlled clinical trial. *Behav Res Ther.* 2013 Jul;51(7):344-51.
- Dixon C, Mansell W, Rawlinson E, Gibson A. A transdiagnostic self-help guide for anxiety: two preliminary controlled trials in subclinical student samples. *The Cognitive Behaviour Therapist.* 2011 Mar;4(1):1-15.
- Dozeman E, van Schaik DJ, van Marwijk HW, Stek ML, Beekman AT, van der Horst HE. Feasibility and effectiveness of activity-scheduling as a guided self-help intervention for the prevention of depression and anxiety in residents in homes for the elderly: a pragmatic randomized controlled trial. *Int Psychogeriatr.* 2011 Aug;23(6):969-78.
- Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Lleixà-Fortuño M, Aparicio-Casals MR, Cid-Buera D, Roderó-Sánchez V, Vives-Relats C. Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain). *J Clin Nurs.* 2014 Jan;23(1-2):288-95.
- Lever Taylor B, Strauss C, Cavanagh K, Jones F. The effectiveness of self-help mindfulness-based cognitive therapy in a student sample: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther.* 2014 Dec;63:63-9.
- Mall AK, Mehl A, Kiko S, Kleindienst N, Salize HJ, Hermann C, Hoffmann T, Bohus M, Steil R. Evaluation of a DVD-based self-help program in highly socially anxious individuals--pilot study. *Behav Ther.* 2011 Sep;42(3):439-48.
- Varley R, Webb TL, Sheeran P. Making self-help more helpful: a randomized controlled trial of the impact of augmenting self-help materials with implementation intentions on promoting the effective self-management of anxiety symptoms. *J Consult Clin Psychol.* 2011 Feb;79(1):123-8.

Bijlage 1 GRADE: Factoren voor downgraden en upgraden

Het niveau van de kwaliteit van het bewijs (zeer laag, laag, matig en hoog) verwijst naar de mate van vertrouwen dat men heeft in de schatting van het effect van een behandeling.

 We <i>downgraden</i> het niveau van de kwaliteit van bewijs van studies met een hoge uitgangspositie (RCT's), bij:	 We <i>upgraden</i> het niveau van de kwaliteit van bewijs van observationele studies bij:
1. Beperkingen in de onderzoeksopzet of uitvoering (<i>study limitations</i>)²: hierbij gaat het om de methodologische kwaliteit. Voorbeelden zijn dat de randomisatie-procedure niet optimaal was, dat beoordelaars van subjectieve uitkomsten niet geblindeerd waren, dat er selectief is gerapporteerd over de uitkomsten en dat er veel uitvallers waren.	1. Een groot effect (<i>large magnitude of effect</i>) : hiervan is sprake als er in de resultaten een groot effect of een sterk bewijs van associatie gevonden wordt. Dit kan tot uitdrukking komen in de hoogte van het relatieve risico (RR).
2. Inconsistentie van de resultaten (<i>inconsistency</i>): hierbij gaat het om heterogeniteit van de resultaten van verschillende studies. Er kunnen beperkingen zijn als er een grote variatie is in de schattingen van het effect van een behandeling of als er nauwelijks overlap is tussen de 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI's).	2. Mogelijke confounders die het 'ware' effect verminderd hebben (<i>plausible confounding</i>): hiervan kan sprake zijn als er een achterliggende variabele is, zoals de ernst van de aandoening van de patiënten die met het onderzoek meedoen, die van invloed is op het effect van de interventie.
3. Indirect bewijs (<i>indirectness</i>): er worden twee soorten indirect bewijs onderscheiden. Enerzijds gaat het om indirecte vergelijkingen, bijvoorbeeld wanneer er alleen interventies met een placebo worden vergeleken en geen interventies met elkaar worden vergeleken. Anderzijds gaat het om verschillen in patiëntenpopulatie, inhoud van de interventie of keuze van de uitkomstmaten tussen de beschikbare studies en de uitgangsvraag die in de richtlijn wordt gesteld.	3. Bewijs van een verband tussen de dosering en de repons (<i>dose-response gradient</i>): hiervan kan sprake zijn als een stijgende dosering van een bepaald medicijn meer effect geeft.

² Het blinderen van deelnemers en therapeuten is in deze richtlijn niet meegenomen in de beoordeling van studies rond psychosociale interventies, omdat blinderen van de deelnemers en therapeuten niet goed mogelijk is bij deze interventies.

 We <i>downgraden</i> het niveau van de kwaliteit van bewijs van studies met een hoge uitgangspositie (RCT's), bij:	 We <i>upgraden</i> het niveau van de kwaliteit van bewijs van observationele studies bij:
4. Onnauwkeurigheid van de resultaten (<i>imprecision</i>): hierbij gaat het om de onzekerheid van de uitkomst, bijvoorbeeld als de 95%-BI's heel breed zijn vanwege kleine patiëntenaantallen.	
5. Kans op selectieve publicatie (<i>publication bias</i>) van onderzoeken of uitkomstmaten. Een voorbeeld van een beperking is wanneer niet <i>alle studies</i> gepubliceerd worden, bijvoorbeeld kleine studies die geen effecten ten gunste van de interventie konden aantonen.	