

GGZ

Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 30-03-2022 om 13:29. Bekijk de meest actuele versie op </zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen>

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

Zorgstandaard

**Angstklachten en
angststoornissen**

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	8
1.1 Introductie	8
2. Over angstklachten en angststoornissen	10
2.1 Verschil angstklachten en angststoornis	10
2.2 Te onderscheiden angststoornissen	10
2.3 Angststoornissen bij kind en jeugd	11
2.4 Angststoornissen bij ouderen	11
2.5 Prevalentie	12
2.6 Hoe ontwikkelt een angststoornis zich	12
2.7 Beloop	12
3. Vroege onderkenning en preventie	14
3.1 Signalen algemeen	14
3.2 Signalen kind en jeugd	14
3.3 Signalen ouderen	16
3.4 Preventie algemeen	16
3.5 Preventie kind en jeugd	16
3.6 Preventie ouderen	17
4. Diagnostiek en monitoring	18
4.1 Diagnostisch proces algemeen	18
4.2 Diagnostisch proces bij kind en jongere	19
4.3 Diagnostisch proces bij ouderen	20
4.4 Ernstbeoordeling	20
4.5 Risicotaxatie suïcidaliteit	20
4.5.1 Aandachtspunten bij kind en jongere	21
4.5.2 Aandachtspunten bij ouderen	21
4.6 Heteroanamnese	21
4.7 Sociale anamnese	21
4.8 Differentiatie angststoornissen onderling	21
4.9 Differentiatie andere psychische en lichamelijke stoornissen	22
4.9.1 Specifieke aandachtspunten bij kind en jongere	23
4.9.2 Specifieke aandachtspunten bij ouderen	23
4.10 Onderscheid naar mate van complexiteit	23
4.10.1 Hoogspecialistische zorg	24
4.10.2 Verplichte zorg en bemoeizorg	24
4.11 Comorbiditeit	24

4.12 Monitoring	25
5. Behandeling en begeleiding	27
5.1 Interactieve keuzehulp Angststoornissen voor professionals	27
5.2 Basale uitgangspunten bij behandeling	27
5.2.1 Patiëntenvoorkeur en gezamenlijke besluitvorming	27
5.2.2 Matched care	28
5.2.3 Start met lichtste, effectief gebleken interventie	28
5.2.4 Autonomie van de patiënt	29
5.2.5 Professionele verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt	29
5.2.6 Diversiteit	29
5.2.7 Ethisch gevoelige situaties	30
5.2.8 Kwaliteit van leven	30
5.3 Het individueel zorgplan	30
5.4 Zelfmanagement	31
5.4.1 Aandachtspunten kind en jongere	31
5.5 Behandeling van angstklachten	31
5.6 Basisinterventies voor behandeling van een angststoornis	32
5.7 Psycho-educatie	32
5.7.1 Psycho-educatie algemeen	32
5.7.2 Psycho-educatie aan kind en jongere	33
5.7.3 Psycho-educatie aan ouderen	34
5.8 Eerste-stap interventies	34
5.8.1 Evaluatie en vervolg van eerste-stap interventies	35
5.9 Psychosociale behandeling	35
5.9.1 Evaluatie en vervolg van psychosociale behandeling	36
5.10 Psychologische behandeling - ongeacht type angststoornis	36
5.10.1 Psychologische behandeling algemeen	36
5.10.2 Psychologische behandeling kind en jongere	37
5.10.3 Psychologische behandeling ouderen	38
5.11 Psychologische behandeling per type angststoornis	39
5.11.1 Agorafobie	39
5.11.2 Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)	40
5.11.3 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)	41
5.11.4 Paniekstoornis (PS)	42
5.11.5 Sociale angststoornis (SAS)	43
5.11.6 Specifieke fobie	45
5.12 Medicamenteuze behandeling - ongeacht type angststoornis	46
5.12.1 Welke typen medicatie en afwegingen om wel/niet te starten	46

5.12.2 Opbouw	47
5.12.3 Aandachtpunten t.a.v. therapietrouw medicatiegebruik	47
5.12.4 Afbouw	48
5.12.5 Medicatie kind en jongere	48
5.12.6 Medicatie bij ouderen	49
5.13 Medicamenteuze behandeling per type angststoornis	49
5.13.1 Gegenaliseerde angststoornis (GAS)	50
5.13.2 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)	51
5.13.3 Paniekstoornis (PS)	51
5.13.4 Sociale angststoornis (SAS)	52
5.13.5 Specifieke fobie	53
5.14 Biologische behandeling	53
5.15 Vaktherapie	54
5.16 Complementaire en aanvullende behandelwijzen	55
5.17 Behandeling bij therapieresistente angststoornissen	55
5.18 Terugvalpreventie	56
5.19 Begeleiding van naasten	57
6. Herstel, participatie en re-integratie	58
6.1 Aandacht voor herstel en participatie vanaf de start	58
6.2 Herstel	58
6.3 Participatie	59
6.3.1 Ondersteuning van het netwerk	61
6.4 Re-integratie	61
7. Samenhang met andere standaarden	63
7.1 Zorgstandaarden	63
7.2 Generieke modules	63
8. Organisatie van zorg	64
8.1 Inleiding	64
8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten	65
8.2.1 Echelonering en gepast gebruik	65
8.2.2 Regiebehandelaar	65
8.2.3 Overdracht en consultatie	66
8.2.4 Informatie-uitwisseling	66
8.2.5 Toegankelijkheid	67
8.2.6 Keuzevrijheid	68
8.2.7 Onafhankelijke patiëntenondersteuning	69
8.2.8 Privacy	69
8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten	69

8.3.1 Betrokken zorgverleners	69
8.3.2 Huisarts	70
8.3.3 POH-GGZ	70
8.3.4 GZ-Psycholoog	70
8.3.5 Klinisch psycholoog	70
8.3.6 Psychotherapeut	70
8.3.7 Psychiater	70
8.3.8 Verpleegkundigen	71
8.3.9 Sociaalpsychiatrische verpleegkundige	71
8.3.10 GGZ-verpleegkundige	71
8.3.11 Vaktherapeutische beroepen	71
8.4 Kwaliteitsbeleid	71
8.4.1 Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ	72
8.4.2 Deskundigheidsbevordering	72
8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	72
8.6 Financiering	73
8.6.1 Algemeen	73
8.6.2 Specifiek	74
8.7 Verantwoordingsinformatie	74
9. Kwaliteitsindicatoren	75
9.1 Inleiding	75
9.2 Uitkomstindicatoren	75
9.2.1 Inleiding	75
9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren	76
9.2.3 Specifieke instrumenten	77
9.2.4 Generieke instrumenten	86
9.3 Procesindicatoren	89
9.4 Structuurindicatoren	89
10. Implementatieplan	90
10.1 Kwaliteitsstandaarden	90
10.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden	91
10.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen	92
10.4 Bestaande afspraken	92
10.5 Algemene implementatie thema's	92
10.5.1 Bewustwording en kennisdeling	93
10.5.2 Samenwerking	94
10.5.3 Capaciteit	95
10.5.4 Behandelaanbod	96
10.5.5 Financiering	96

10.5.6 ICT	97
10.6 Specifieke implementatie thema's	98
10.6.1 Bewustwording en kennisdeling	98
10.6.2 Samenwerking	99
10.6.3 Capaciteit	99
10.6.4 Behandelaanbod	99
10.6.5 Financiering	99
10.6.6 ICT	99
11. Achtergronddocumenten	100
11.1 Samenstelling werkgroep	100
11.2 Budget impact en review kosteneffectiviteit	100
11.3 Quickscan jeugd angstklachten en angststoornissen	112
11.4 Literatuur	119
11.5 Verdieping	120
11.5.1 Terugvalpreventie	120
11.5.2 Leefstijladvisering	120
11.5.3 Gestandaardiseerde (groeps)cursussen (incl. e-health interventies)	121
11.5.4 Psycho-educatie (als basisinterventie)	121
11.5.5 Activering en vermijding tegengaan	122
11.5.6 Actief volgen	122
11.5.7 Bibliotherapie	122
11.5.8 Zelfmanagementstrategieën voor het voorkómen van terugval en recidivering	123
11.5.9 Steunend-structurerende begeleiding	123
11.5.10 Activerende begeleiding	123
11.5.11 Psychosociale behandeling	124
11.5.12 Cognitieve (gedrags)therapie (CT/CGT)	125
11.5.13 Cognitieve (gedrags)therapie bij GAS	125
11.5.14 Exposure in vivo (EV) met responspreventie bij GAS	125
11.5.15 Exposure in vivo bij paniekstoornis	125
11.5.16 Exposure in vivo (EV) met responspreventie bij specifieke fobie	126
11.5.17 Exposure in vivo (EV) met responspreventie (ERP) bij OCS	126
11.5.18 Paniekmanagement (PM)	127
11.5.19 Sociale vaardigheidstraining	127
11.5.20 Sociale vaardigheidstraining	127
11.5.21 Taakconcentratie-training	128
11.5.22 Applied relaxation	128
11.5.23 Farmacotherapie bij GAS	128
11.5.24 Farmacotherapie bij paniekstoornis	129
11.5.25 Farmacotherapie bij sociale-angststoornis	130

1. Introductie

Autorisatiedatum 06-04-2020 Beoordelingsdatum 06-04-2020

1.1 Introductie

De zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen beschrijft de zorg voor mensen met angst en hoe deze ingezet kan worden, aansluitend op de behandeldoelen. De zorgstandaard is vastgesteld in 2017

vastgesteld in 2017: In 2021 heeft Akwa GGZ beoordeeld of deze standaard aan herziening toe is. Op dat tijdstip verkeerde de multidisciplinaire richtlijn (MDR) Angststoornissen nog in een herzieningsfase. Gegeven het feit dat het hoofdstuk Behandeling van de zorgstandaard een aantal aanbevelingen zijn gebaseerd op deze MDR is besloten om afronding van de herziening van de MDR af te wachten, en daarna opnieuw te beoordelen of de zorgstandaard moet worden geactualiseerd.

- Lees hier de samenvatting van de standaard voor de beschrijving van alle fasen van het zorgproces.
- Aan de zorgstandaard ligt de algemene visie op zorg ten grondslag.
- De zorgstandaard is gemaakt door een werkgroep van zorgverleners, patiënten en hun naasten. In het document Totstandkoming en methoden vind je het overzicht van de werkgroep, de doelstelling van de standaard.
- De standaard is goedgekeurd door beroepsorganisaties en organisaties voor patiënten en hun naasten.
- Op Thuisarts vind je de patiëntinformatie over angstklachten en angststoornissen, afgestemd op deze zorgstandaard.

De zorgstandaard gebruiken Met [de interactieve keuzehulp angstklachten en angststoornissen voor professionals](#) kan je de standaard makkelijk toepassen. De keuzehulp geeft advies over behandelbeleid en passende behandelingen bij (signalen van mogelijk) angststoornissen. Vul alleen of samen je patiënt stap voor stap alle vragen in en krijg direct advies.

Op het tabblad [Hulpmiddelen](#) vind je nog meer hulpmiddelen voor gebruik van de standaard.

Leeswijzer

In deze zorgstandaard wordt een onderscheid gemaakt tussen angstklachten en een angststoornis.

Wanneer gesproken wordt over ‘angstklachten’ wordt bedoeld dat er (nog) geen sprake is van een angststoornis.

Alhoewel de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) niet geclassificeerd wordt onder de angststoornissen in DSM-5, is deze opgenomen in deze zorgstandaard (zie [Uitgangspunten](#)). Waar we spreken van angststoornissen wordt bedoeld: inclusief OCS.

Deze zorgstandaard richt zich op angstklachten en angststoornissen bij kinderen, volwassenen en ouderen.

Met betrekking tot kinderen en jongvolwassenen worden op basis van het advies van experts bij een aantal onderwerpen zorgspecifieke aandachtspunten gegeven. Het is niet mogelijk om op alle andere punten te veronderstellen dat de aanbevelingen die voor volwassenen gelden effectief en toepasbaar zijn op kinderen en jongvolwassenen.

Leeftijdsspecifieke aandachtspunten die worden aangegeven voor kinderen kunnen ook van toepassing zijn bij jongvolwassenen, bijvoorbeeld met betrekking tot vroegherkenning of medicamenteuze behandeling.

Met betrekking tot ouderen kunnen leeftijdsspecifieke biologische, psychologische en sociale veranderingen een rol spelen. Deze betreffen het vaker voorkomen van bijkomende lichamelijke ziekten en gebruik van medicatie; het vaker voorkomen van dementie en andere cognitieve stoornissen; veranderingen in farmacologische reacties bij het ouder worden; functionele veranderingen; mobiliteit en het kleiner worden van het sociale netwerk. Leeftijdsspecifieke aandachtspunten aangegeven voor ouderen kunnen ook van toepassing zijn bij volwassenen van middelbare leeftijd, bijvoorbeeld bij somatische comorbiditeit.

In de ggz wordt wisselend gebruik gemaakt van de term cliënt of patiënt. In deze zorgstandaard is voor de benaming patiënt gekozen. Hiermee wordt ook de patiënt als klant bedoeld, zoals bijvoorbeeld in het kader van gezamenlijke besluitvorming.

Behalve de benaming ‘(psychische) stoornis’ spreken we in deze zorgstandaardtekst, rechtdoende aan het patiëntperspectief, vaak ook van ziekte of aandoening.

2. Over angstklachten en angststoornissen

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

2.1 Verschil angstklachten en angststoornis

Angst is een normale reactie op een reële dreiging. Angst is een gevoel dat verwijst naar dreigend gevaar en gaat gepaard met lichamelijke verschijnselen door activatie van het autonome zenuwstelsel. Het lichaam wordt voorbereid op een 'fight or flight' reactie, met versnelde hartslag en ademhaling, verhoogde spierspanning, angstige gedachten en gedragingen zoals verstijven (freeze) of wegvluchten.

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, sociale contacten, 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 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.

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.

Een angststoornis is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen met pathologische angst waarbij de angst aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden en/of tot een belemmering van het sociaal functioneren. Pathologische angst kan bij veel andere psychische aandoeningen voorkomen maar wanneer angst het belangrijkste symptoom is, spreekt men van een angststoornis.

Angststoornissen staan in de top 10 van ziekten met de grootste ziektelast. Mensen met een angststoornis ervaren hun gezondheid als minder goed, hebben over het algemeen meer moeite met het uitvoeren van dagelijkse activiteiten en een slechtere kwaliteit van leven vergeleken met de algehele bevolking.

2.2 Te onderscheiden angststoornissen

Op alfabetische volgorde:

- agorafobie: angst voor en vermindering van situaties waaruit men denkt moeilijk te kunnen ontkomen of waarin men moeilijk hulp zou kunnen krijgen als zich een paniekaanval voordoet;
- gegeneraliseerde-angststoornis: buitensporige, aanhoudende angst of bezorgdheid over een verscheidenheid aan dagelijkse onderwerpen die gepaard gaat met symptomen als piekeren, rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning en

slaapproblemen;

- obsessieve-compulsieve stoornis (OCS): terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies) en/of dwanghandelingen (compulsie);
- paniekstoornis: recidiverende paniekaanvallen, met tussendoor angst een nieuwe paniekaanval te krijgen;
- sociale-angststoornis (sociale fobie): hevige, aanhoudende angst voor en vermindering van situaties waarin men wordt blootgesteld aan een mogelijke kritische blik van anderen. De sociale angststoornis wordt onderverdeeld in een specifieke vorm, waarbij de angst gekoppeld is aan een specifieke situatie zoals podiumvrees en in een gegeneraliseerde vorm, waarbij de angst in verschillende situaties voorkomt;
- scheidingsangst of separatieangststoornis: niet bij de ontwikkelingsfase passende, excessieve angst of vrees om gescheiden te worden van diegenen aan wie de betrokkene gehecht is;
- specifieke fobie: hevige, aanhoudende angst voor en vermindering van specifiek object of specifieke situatie.

2.3 Angststoornissen bij kind en jeugd

Bij kinderen kunnen, naast de voornoemde angststoornissen, ook de volgende angststoornissen voorkomen:

- selectief mutisme: het consistent niet spreken in sociale situaties waarin dit wel wordt verwacht (zoals op school) terwijl er wel op andere momenten wordt gesproken;
- schoolweigeren (in de volksmond ook wel schoolfobie genoemd).

Bij schoolweigeren is belangrijk te onderzoeken waar dit schoolweigeren mee te maken heeft. Wanneer angst de reden is van schoolweigeren is het nodig na te gaan waar de jeugdige precies bang voor is. De jeugdige kan bang zijn voor separatie van de ouders in het kader van een separatieangststoornis of voor het houden van spreekbeurten in het kader van een sociale fobie. Ook kan sprake zijn van een posttraumatische stressstoornis ten gevolge van extreem pestgedrag of van niet naar school willen vanwege een paniekstoornis, desinteresse, een gedragsstoornis of verslavingsproblematiek. Door een goede analyse van de symptomen te maken wordt duidelijk wat er aan de hand is en waarop de behandeling gericht moet zijn.

2.4 Angststoornissen bij ouderen

Bij ouderen kunnen dezelfde angststoornissen een iets andere verschijningsvorm aannemen. De angst richt zich dan specifiek op een onderwerp dat vaker voorkomt in de latere levensfase. Bijvoorbeeld een sociale-angststoornis naar aanleiding van klachten van incontinentie waarbij gezelschap wordt vermeden omdat anderen zouden kunnen merken dat men urine verliest. Angstsymptomen kunnen bij ouderen in sommige gevallen een voorbode zijn van een neurodegeneratief proces of een bijkomend verschijnsel van een somatische aandoening. Deze angstklachten vallen niet onder de angststoornissen volgens DSM-5 en vallen buiten het bestek van deze zorgstandaard. In de paragraaf [Diagnostisch proces bij ouderen](#) wordt in gegaan op de differentiaal-diagnostische overwegingen hieromtrent en de overwegingen voor aanvullend onderzoek.

2.5 Prevalentie

Angststoornissen behoren tot de meest frequent voorkomende psychische stoornissen:

- De prevalentie bij kinderen wordt geschat tussen de 2-6%
- Bij volwassenen van 18-65 jaar wordt de 12-maandsprevalentie geschat op 10%.
- Bij 65-plussers eveneens op 10%.

De specifieke fobie komt het vaakst voor, gevolgd door sociale fobie, de gegeneraliseerde angststoornis en de paniekstoornis. Angststoornissen komen meer voor bij vrouwen dan bij mannen.

Angststoornissen komen het meest voor tussen 25 en 44 jaar en in deze periode ontstaan ook de meeste angststoornissen. Met name de sociale fobie, de specifieke fobie en de gegeneraliseerde angststoornis kunnen in de kindertijd, puberteit of adolescentie ontstaan. Op latere leeftijd komt de gegeneraliseerde angststoornis het meest voor.

2.6 Hoe ontwikkelt een angststoornis zich

Angststoornissen ontstaan in de kindertijd (bedoeld wordt tot 12 jaar) (met name specifieke fobie, separatieangststoornis, selectief mutisme), in de puberteit (met name sociale-angststoornis en gegeneraliseerde angststoornis), in de vroege volwassenheid (met name paniekstoornis en agorafobie) of op latere leeftijd (met name gegeneraliseerde angststoornis).

Verschillende factoren kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van een angststoornis. Waarschijnlijk gaat het om een samenspel van de volgende factoren: erfelijke factoren, opvoedings- en gezinsfactoren, beperkte sociale vaardigheden, weinig steun ontvangen, gepest worden, zich eenzaam voelen, en het doormaken van een psychotrauma.

Bron: Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*, 34, 244-252.

Angststoornissen kunnen zich ook ontwikkelen in het kader van een somatische aandoening, door het gebruik of de onttrekking van psycho-actieve stoffen of bepaalde geneesmiddelen.

Voorafgaand aan het ontstaan van een angststoornis is vaak sprake van een internaliserend temperament, meer schrikachtig zijn en minder geneigd zijn nieuwe situaties op te zoeken. De sensitiviteit en specificiteit van deze risicofactoren is overigens laag: veel mensen die als kind introvert waren, ontwikkelen later geen angststoornis. Bij patiënten bij wie angstklachten zich voor de volwassenheid ontwikkelen, beïnvloeden deze angsten begrijpelijkerwijs vaak de persoonlijkheidsontwikkeling. Er kan dan een co-morbide persoonlijkheidsstoornis ontstaan met afhankelijke, vermijdende en/of dwangmatige kenmerken.

2.7 Beloop

Het beloop van angststoornissen is wisselend. Er zijn patiënten die na een eerste episode spontaan of na behandeling geheel herstellen en nooit meer last zullen krijgen van angstklachten. Het beloop kan echter ook ongunstig zijn.

Een klassiek begin is dat met lichte klachten die passen bij een internaliserend temperament. De eerste episode van de angststoornis ontstaat dan vaak in de puberteit of vroege volwassenheid.

Hoewel angststoornissen onbehandeld chronische aandoeningen zijn, herstellen bij een evidence-based behandeling de klachten bij driekwart van de patiënten vrijwel volledig. Ook bij succesvol behandelde patiënten kan na verloop van tijd terugval optreden. Na enige jaren treedt spontaan of na een stresserende levensgebeurtenis een recidief op, waarbij de symptomen ernstiger en uitgebreider kunnen zijn dan in de eerste episode. Er ontstaan nu bijvoorbeeld twee of drie angststoornissen tegelijk. Deze tweede episode is vaak moeilijker te behandelen. Soms reageren patiënten niet meer op een eerder nog wel effectief antidepressivum. Later in het beloop van de aandoening ontstaat vaak comorbiditeit in de vorm van een comorbide depressieve episode of een stoornis in het gebruik van een middel. Nog later kan zich gedeeltelijke of volledige therapieresistentie ontwikkelen en ontstaat een chronisch beloop.

3. Vroege onderkenning en preventie

Autorisatiedatum 12-01-2022 Beoordelingsdatum 12-01-2022

3.1 Signalen algemeen

Veel patiënten bespreken hun angsten niet uit zichzelf en presenteren zich met somatische klachten of problemen die achteraf blijken samen te hangen met angst. Voor de diagnostiek zijn vaak meerdere contacten nodig. Eventueel kan hierbij een (zelfrapportage)vragenlijst gebruikt worden. Een deel van de patiënten zal de angstklachten wel als zodanig presenteren in het eerste consult. Zie ook [Diagnostisch proces](#).

De volgende situaties kunnen wijzen op angstklachten of -stoornissen:

- frequent bezoek aan de huisarts voor wisselende en onderling niet samenhangende, vaak somatische klachten;
- aanhoudende aspecifieke klachten of problemen, zoals gespannenheid, prikkelbaarheid, labiliteit, concentratieproblemen, lusteloosheid of slaapproblemen;
- 'hyperventilatie'-klachten, zoals benauwdheid, transpireren, droge mond, duizeligheid, hartkloppingen, licht gevoel in het hoofd, tintelingen in armen en benen;
- aanhoudende lichamelijke klachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden wordt en waarbij de patiënt nauwelijks of slechts kortdurend gerustgesteld kan worden;
- verzoek om slaapmiddelen of kalmerende middelen;
- alcohol- of drugsproblemen;
- depressieve klachten of een depressie;
- angststoornis in de voorgeschiedenis of bij familieleden;
- bij kinderen: hoofdpijn en buikpijn, problemen met afscheid nemen (logeren, peuterspeelzaal), rond het naar bed brengen, inslaapproblemen, nachtmerries, schoolverzuim, veel geruststelling vragen aan volwassenen.

De behandelaar moet er rekening mee houden dat veel mensen zich schamen voor hun angst. Om te zien of er sprake is van angstklachten, kunnen de volgende vragen worden gesteld:

- In welke mate van 0-10 voelt u zich gespannen, angstig of maakt u zich zorgen en hoe uit deze spanning zich bij u?
- In hoeverre is uw angst specifiek?
- Hoe verklaart u uw angst? Wat is er gebeurd dat u zo angstig bent geworden?
- In hoeverre belemmert de angst u in het dagelijks functioneren?
- Kunt u aangeven welke situaties u uit de weg gaat?
- Hoe reageert uw omgeving op uw angst?

3.2 Signalen kind en jeugd

Aan schoolverzuim kan problematische angst ten grondslag liggen. Als sprake is van schoolverzuim

kan gebruik gemaakt worden van de handreiking [Snel terug naar school is veel beter](#) van de AJN/NVAB (Artsen Jeugdgezondheid Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)). Deze handreiking beschrijft een integrale aanpak van schoolziekteverzuim bij kinderen, waarbij het kind, de ouders, de mentor, het schoolteam, de leerplichtambtenaar en jeugdarts goed samenwerken. Onderdeel hiervan is [M@ZL](#), Medische Advisering Ziek gemelde Leerling, een werkwijze waarbij de jeugdarts optreedt als een soort bedrijfsarts voor de ziekgemelde leerlingen.

Signalen van (normale) angst bij kinderen per leeftijdsfase

Signalen van normale angst zijn veelzijdig en verschillen per leeftijdsfase en per kind en kunnen in elkaar overlopen. Culturele achtergrond en geslacht kunnen van invloed zijn op het uiten van signalen.

Bron: Lewis- Fernandez, R., Morcillo, C., Wang, S., Duarte, C.S., Aggarwal, N.K., Sánchez-Lacay, J.A. & Blanco, C. (2016). Acculturation dimensions and 12-month mood and anxiety disorders across US Latino subgroups in the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 46, 1987-2001.

Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steeg, M. vander, & Oudhof, M. (2009). CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Zo verbergen jongens angstgevoelens meer dan meisjes, wat kan leiden tot het vermijden van de ervaren angstige situatie of juist tot overschreeuwend gedrag.

Bron: Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steeg, M. vander, & Oudhof, M. (2009). CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Ook geven meisjes gemiddeld meer angstklachten aan in zelfrapportages dan jongens.

Bij een vermoeden van abnormale angst of een angststoornis kan aanvullend een angst specifieke (hetero)anamnese afgenomen worden. Bij een angstprobleem duurt de angst vaak langer dan in een normale ontwikkeling; is de angst heftiger en frequenter; kan het kind minder goed gerust gesteld worden en kan het zichzelf minder goed rustig krijgen. Bovendien leidt de angst tot beperkingen in het functioneren of de ontwikkeling: het kind kan vanwege de overmatige angst niet (meer) doen wat leeftijdsgenoten wel doen of wat hij of zij zelf graag zou willen doen.

Bij een vermoeden van abnormale angst of een angststoornis kan aanvullend een vragenlijst afgenomen worden.

Bron: Zie Databank Instrumenten van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI); Boer, F. & Verhulst, F., 2014

3.3 Signalen ouderen

Speciale aandacht is nodig voor de oudere patiënt. Vanwege de mogelijke vooronderstelling (bij de ouderen zelf en bij de hulpverleners) dat angstklachten horen bij hun leeftijd presenteren zij hun klachten anders of niet. Schaamte hoort in het algemeen bij angstklachten. Ook is het van belang angstklachten, bijvoorbeeld vermijdingsgedrag na het doormaken van een hartinfarct, niet te duiden als een normale reactie. Ouderen kunnen vermijdingsgedrag en daarmee de angststoornis minder opvallend in stand houden. Bijvoorbeeld na pensionering.

3.4 Preventie algemeen

Geïndiceerde preventie omvat alle interventies die proberen te voorkómen dat beginnende klachten verergeren tot een angststoornis bij mensen met angstklachten. Zelfhulp en zelfmanagement zijn hierin belangrijke elementen. Vaak worden interventies ingezet gericht op het voorkomen van een angststoornis door het vergroten van de draagkracht en het versterken van beschermende factoren met betrekking tot vaardigheden, zingeving, eigenwaarde, zelfredzaamheid en sociale netwerken. Preventieve interventies zijn gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes en geïndiceerd voor angstklachten bij mensen die een hulpvraag hebben.

Het betreft een of meerdere van de volgende interventies:

1. psycho-educatie;
2. leefstijladviesing;
3. gestandaardiseerde (groeps)cursussen (inclusief eHealth interventies)

Als gekozen wordt om zelfhulpinterventies in te zetten dan is het van belang dat de patiënt in contact blijft met de hulpverlener om het effect van de interventie te evalueren en te bespreken of andere interventies nodig zijn. Als het sociaal disfunctioneren of de lijdensdruk verergeren of als na 4 weken de klachten niet over zijn, volgt ook uitleg over dagstructurering en activiteitenplanning (zie [Psycho-educatie](#)).

3.5 Preventie kind en jeugd

Geïndiceerde preventie richt zich op kinderen met overmatige angstklachten maar (nog) zonder diagnose. Vaak wordt op scholen gescreend op angstklachten en worden geïndiceerde preventieve interventies aangeboden aan kinderen die hoog scoren. Trainingen die aan de hele klas of school worden aangeboden (universele preventie) zijn vaak minder effectief.

Voor de aanpak van specifieke angstklachten zijn verschillende geïndiceerde preventieve interventies beschikbaar voor verschillende leeftijdscategorieën. De meeste geïndiceerde preventieprogramma's

richten zich op alle soorten angstklachten, soms gaat het specifiek over faalangst of sociale angst. Ze hebben een cognitief-gedragstherapeutische basis en zijn zowel individueel als groepsgewijs aan te bieden. De groepsgewijze varianten kunnen ook op school plaatsvinden. De individuele variant betreft behandeling (in plaats van preventie) en zal meestal in een ggz-context plaatsvinden.

Vaak krijgen ouders in aparte bijeenkomsten strategieën aangereikt om het kind te helpen in het omgaan met angst. Het gaat dan vooral over het stimuleren van dapper gedrag; het opzoeken van angstige situaties; het aandacht schenken aan positief gedrag; voordoen van positief gedrag en praten met je kind. Erkennen van het bestaan van angstklachten en het leren hanteren daarvan is belangrijk.

Voor een recent overzicht van beschikbare geïndiceerde preventieprogramma's wordt verwezen naar de [database Effectieve jeugdinterventies van het NJI](#).

3.6 Preventie ouderen

Er zijn door de werkgroep geen specifieke aandachtspunten genoemd voor preventie van angstklachten en angststoornissen bij ouderen.

4. Diagnostiek en monitoring

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

4.1 Diagnostisch proces algemeen

De meeste patiënten met een angststoornis presenteren zich bij de huisarts, of op de spoedeisende eerste hulp (SEH) of een reguliere polikliniek in het algemeen ziekenhuis in verband met de bijbehorende lichamelijke klachten. Somatische symptomen zullen de arts er vaak toe brengen te zoeken naar een somatische aandoening, terwijl de psychische stoornis verder onbesproken blijft. Ook kan door comorbiditeit met depressie en middelenafhankelijkheid het zicht op angststoornissen bemoeilijkt worden. Wanneer somatische oorzaken niet waarschijnlijk zijn en er significante angstsymptomen bestaan, zal de diagnostiek van angststoornissen verder plaatsvinden op grond van de anamnese.

Wanneer op basis van anamnese en onderzoek blijkt dat sprake is van een vermoedelijke angststoornis vraagt de huisarts (of POH-GGZ) de aard, de ernst en het beloop van de klachten verder uit of verwijst deze hiertoe naar de generalistische basis ggz. Het uitvragen met gebruik van ogenschijnlijk synonieme termen wordt aanbevolen, zeker bij ouderen.

Classificatie vindt plaats volgens de DSM-5 of ICD-10

DSM-5 of ICD-10: Vanaf 2017 wordt de DSM-5 in Nederland ingevoerd als handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Hierin staat gedetailleerd beschreven welke verschijnselen/symptomen vereist zijn voor de classificatie van de verschillende psychische aandoeningen, waaronder angststoornissen. Bekendheid met de DSM is onontbeerlijk in de ggz en scholing in de DSM maakt standaard deel uit van de opleidingen tot ggz-zorgverlener. In delen van de gezondheidszorg (huisartsen, ziekenhuizen) wordt de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) gehanteerd. De ICD-10 coderingen voor Psychische stoornissen zijn afleidbaar van DSM-5.

door een bevoegde hulpverlener op basis van klinisch onderzoek en het zorgvuldig uitvragen van de symptomen. Hiertoe zijn diverse instrumenten beschikbaar.

Hiertoe zijn diverse instrumenten beschikbaar.: De volgende instrumenten zijn beschikbaar: de Structured Clinical Interview voor de DSM-IV (SCID), Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN 2.1 en de Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Standaard wordt gevraagd naar suïcidaliteit (zie Risicotaxatie suïcidaliteit). Ook wordt standaard gevraagd naar geheugen- en oriëntatieklachten (zie Sociale anamnese).

De mate van disfunctioneren en lijden zijn bepalend bij het vaststellen van een angststoornis. Openheid over de diagnostiek, het samen duiden van symptomen en het bieden van de mogelijkheid om deze te toetsen door een second opinion zijn van belang. Het benoemen van de problematiek en het expliciet bespreken van de betekenis hiervan met de patiënt en naastbetrokkenen zijn belangrijke stappen in het opbouwen van een goede werkrelatie, het verlichten van de ziektelast en het bevorderen van het acceptatieproces en herstelproces. De werkrelatie speelt een essentiële rol in het effect van de latere behandeling. Erkenning van de patiënt betekent dat zorgverleners klachten serieus nemen, de tijd nemen voor het stellen van een diagnose, somatische oorzaken uitsluiten en doorverwijzen naar een andere ggz-professional.

Consultatie van collega's of een expert kan plaatsvinden bij complexe diagnostische vragen; bij complexe somatische of psychische comorbiditeit die van invloed is op de behandeling; bij twijfel over diagnostiek en behandeling van zeldzame aandoeningen (hetzij gediagnosticeerd in de huisartsenpraktijk, generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz); bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling in de gespecialiseerde ggz; bij een adviesbehoefte over de aanpak van de behandeling bij onverwachte terugval; bij een adviesbehoefte over omgang met de patiënt of diens naastbetrokkenen.

4.2 Diagnostisch proces bij kind en jongere

Bij kinderen vindt de diagnostiek uitgebreider plaats dan bij volwassenen. De diagnostiek is tijdsintensiever, vraagt meer of langere sessies en meer partijen worden bevroegd (ouders, gezinsleden, school). De diagnostiek wordt uitgevoerd door een hiertoe bevoegde jeugdprofessional of in de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), waarna verwezen kan worden naar jeugdhulpverlening.

Kind en ouders moeten samen en apart onderzocht en bevroegd worden:

- Ouders worden uitgebreid bevroegd, vooral bij kinderen tot 12 jaar.
- Kinderen worden onderzocht met diagnostisch onderzoek dat bij jonge kinderen meer uit spel- of gedragsobservaties kan bestaan en bij kinderen vanaf circa acht jaar meer in gespreksvorm plaatsvindt.
- Wanneer de problemen ook op school spelen kan de leerkracht of mentor gevraagd worden informatie te geven.

Vervolgens wordt de informatie vanuit de verschillende perspectieven gecombineerd. Als alleen ouders worden bevroegd, is de kans groot dat een angststoornis wordt gemist of zou het vermijdingsgedrag kunnen worden gezien als opstandig gedrag (bijvoorbeeld als een kind niet alleen thuis durft te zijn). Wordt alleen de jeugdige bevroegd, dan wordt de angst vaker overschat. Wanneer een kind veel beangstigende situaties uit de weg kan gaan, wordt de dagelijkse last soms juist als laag ervaren en wordt het probleem juist kleiner ingeschat door het kind dan door een volwassene.

Kinderen vanaf acht jaar kunnen zelf een vragenlijst over hun angst invullen. Ook kan bij hen een diagnostisch interview worden afgenomen. Op scholen of in de huisartspraktijk kan gewerkt worden met screenende vragenlijsten bij het kind en de ouders. Dit wordt alleen aangeraden als er ook een

vervolg mogelijk is waarin de resultaten worden besproken en kinderen ook hulp kunnen krijgen als dat nodig is.

Voor diagnostiek in de jeugd-ggz kan gebruik worden gemaakt van een semi-gestructureerd interview bij kinderen en hun ouders om de klachten goed in kaart te brengen. Vaak wordt gekozen voor een instrument dat niet alleen de angststoornissen in kaart brengt maar ook veel voorkomende comorbide problemen zoals stemmingsklachten en externaliserend gedrag. De interpretatie van gebruikte vragenlijsten en interviews vindt plaats door een daartoe gekwalificeerde hulpverlener. Een recent overzicht van vragenlijsten en interviews vind je in [de databank Instrumenten](#) van het Nederlands Jeugd Instituut (NJI).

Bij het signaleren en vaststellen van een angststoornis wordt rekening gehouden met de fase van ontwikkeling waarin de jeugdige zich bevindt. Symptomen van de jeugdige worden afgezet tegen wat als normaal gedrag wordt gezien op die leeftijd en rekening wordt gehouden met het karakter van de jeugdige. Het (dis)functioneren in verschillende domeinen wordt beoordeeld: thuis, op school of op het werk, ten aanzien van vrienden en ten aanzien van vrijetijdsbesteding. De mate van disfunctioneren, de belemmering in de ontwikkeling en het lijden door het kind zelf zijn bepalend bij het vaststellen van een diagnose.

4.3 Diagnostisch proces bij ouderen

Bij ouderen kan een langdurig chronisch beloop van een onbehandelde angststoornis er toe leiden dat de angststoornis niet meer herkend wordt. Bijvoorbeeld doordat de klachten worden toegeschreven aan de persoon of de persoonlijkheid, of dat ouderen, hun omgeving of hulpverleners er niet meer bij stil staan dat gerichte behandeling gepast kan zijn.

Het uitvragen van angstklachten met gebruik van ogenschijnlijk synonieme termen wordt aanbevolen, zeker bij ouderen.

4.4 Ernstbeoordeling

Na het vaststellen van een angststoornis maakt de hulpverlener, in de huisartsenzorg, generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz, een inschatting van de ernst en het te verwachten beloop van de symptomen. Ook moet het [risico op suïcidaliteit](#) worden ingeschat.

De hulpverlener kan voor de beoordeling van de ernst van de stoornis en eventuele comorbide aandoeningen gebruik maken van een gevalideerde interview- en observatieschaal of een geschikte zelfinvullijst.

4.5 Risicotaxatie suïcidaliteit

Bij elke patiënt met angstklachten of een angststoornis vindt risicotaxatie van suïcidaliteit plaats. De alertheid op suïcidedgedachten en suïcidaal gedrag blijft ook bij vervolggesprekken van belang. Zie hiervoor de kwaliteitsstandaard [Suïcide](#).

Suïcidaliteit kan variëren van het hebben van vage gedachten tot een vastomlijnd plan voor het plegen van suïcide. Een vertrouwensrelatie is de basis voor een gesprek hierover. Als het gesprek over

suïcidaliteit op een neutrale, niet-veroordelende manier wordt gevoerd is de kans het grootste dat hierover een zinvol contact ontstaat. Naastbetrokkenen hebben een belangrijke rol in het herkennen van suïcidaal gedrag. Zij worden geïnformeerd in de vorm van psycho-educatie en krijgen adviezen over hoe om te gaan met dreigende situaties.

Gezien de mogelijk verhoogde risico's op suïcidaliteit bij kinderen, moet gedurende de medicamenteuze behandeling zorgvuldige monitoring plaatsvinden met expliciete aandacht voor het risico op suïcidaliteit.

4.5.1 Aandachtspunten bij kind en jongere

Gezien de mogelijk verhoogde risico's op suïcidaliteit bij kinderen, moet gedurende de medicamenteuze behandeling zorgvuldige monitoring plaatsvinden met expliciete aandacht voor het risico op suïcidaliteit.

4.5.2 Aandachtspunten bij ouderen

Suïcidaliteit, levensmoeheid of een doodswens bij ouderen die niet lijkt voort te komen uit een psychische stoornis is een reden voor verdere diagnostiek, zoals naar persoonlijkheidsproblematiek.

4.6 Heteroanamnese

Waar mogelijk worden gezins- of familieleden of andere belangrijke personen bij de diagnostiek betrokken om heteroanamnestische gegevens te verkrijgen en om naastbetrokkenen te betrekken en te informeren.

Specifieke aandachtspunten bij kinderen en jongeren

Bij kinderen vindt altijd een heteroanamnese plaats, waarbij ook school of andere belangrijke informatiebronnen kunnen worden betrokken. Het kind moet hierover worden geïnformeerd en de toestemming van ouders is hiervoor nodig. Bij kinderen tot 16 jaar is zowel de toestemming van het kind als de ouders nodig. Vanaf 16 jaar beslist de jeugdige zelf.

4.7 Sociale anamnese

In de diagnostiek en behandeling wordt rekening gehouden met persoonlijke ontwikkeling, sociale en culturele achtergrond, etniciteit, gender, seksuele oriëntatie, familie- of gezinsstructuur, religie en spiritualiteit, opleiding, werk en inkomen, met de fysieke en sociale omgeving, (kalender)leeftijd en de biologische/psychologische/sociale leeftijd, voor zover dit als relevant wordt beoordeeld.

Bij de sociale diagnostiek is aandacht voor de belasting van de gezinsleden, partner of verzorgenden. Bij ouderen worden het verdere sociale netwerk, de bezigheden en de levensloop in kaart gebracht.

4.8 Differentiatie angststoornissen onderling

De differentiatie tussen de verschillende typen angststoornissen vindt plaats op basis van het al dan niet optreden van paniekaanvallen en de situaties waarin ze optreden. Een paniekstoornis wordt

alleen gediagnosticeerd als er sprake is van onverwachte paniekaanvallen. Bij een sociale-angststoornis ontstaan paniekaanvallen alleen in sociale situaties; bij de specifieke fobie alleen in de fobische situatie, bijvoorbeeld in aanwezigheid van dieren of in een lift. De gegeneraliseerde-angststoornis heeft geen paniekaanvallen maar een continue angst. De obsessieve compulsieve stoornis (OCS; dwangstoornis) betreft angst en spanning veroorzakende recidiverende en persisterende ongewenste gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies) en/of angst reducerende gedachten of handelingen (compulsies).

De anamnesevragen betreffen:

- duur en het beloop van de klachten (continu of in aanvallen);
- duur en frequentie van eventuele angstaanvallen;
- ernst van de klachten, de mate van subjectief lijden;
- begeleidende symptomen: hartkloppingen, transpireren, trillen, benauwdheid, pijnklachten, maagklachten, tintelingen, dove gevoelens, warmte- of koude-sensaties, derealisatie- of depersonalisatie-gevoelens, rusteloosheid, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, slaapproblemen;
- focus van de angst: controleverlies, gek worden of doodgaan (paniekstoornis), hulpeloosheid in geval van onwel worden (agorafobie), specifieke objecten of situaties (specifieke fobie), negatieve beoordeling door anderen (sociale fobie), alle mogelijke narigheid die het leven kan vergezellen (gegeneraliseerde angststoornis), herbelevingen van een psychotraumatische gebeurtenis (PTSS), een ernstige lichamelijke ziekte (ziekteangst) of dwanggedachten of –handelingen (obsessieve compulsieve stoornis);
- invloed van de klachten op het sociaal en beroepsmatig functioneren, zoals het vermijden van bepaalde situaties of activiteiten.

4.9 Differentiatie andere psychische en lichamelijke stoornissen

Angststoornissen worden onderscheiden van depressieve stoornissen. Beide stoornissen komen ook comorbide voor.

Verslavingsproblematiek kan zowel een oorzaak als een gevolg van een angststoornis zijn. Patiënten praten niet gemakkelijk over dit onderwerp. De hulpverlener zal de patiënt moeten motiveren hierover informatie te geven. Bij het gebruik van alcohol en/of drugs moet worden gekeken hoe deze middelen de angst beïnvloeden en hoe het gebruik ervan samenhangt met het ontstaan van de angststoornis. Vaak zal worden geprobeerd eerst het gebruik van alcohol/drugs te verminderen of te stoppen (zie zorgstandaard [Problematisch alcoholgebruik en alcoholverslaving](#), de zorgstandaard [Opiaatverslaving](#) en de richtlijn Drugs (niet-opioïde)).

Bij anamnestiche aanwijzingen voor een somatische aandoening wordt hiertoe aanvullend lichamenlijk onderzoek verricht, eventueel aangevuld met laboratoriumonderzoek, zoals bij schildklier-aandoeningen of vermoedheid door vitamine D of B12-tekort. Gedacht moet worden - de opsomming is niet volledig - aan:

- schildklier-aandoeningen;
- (bij)nieraandoeningen;

- hart- en vaatziekten;
- beroerte;
- dementie, ziekte van Parkinson, ALS en MS;
- maligniteiten;
- infectieziekten (bijvoorbeeld HIV en AIDS);
- ziekte van Crohn, colitus ulcerosa;
- chronisch-vermoeidheidssyndroom, fibromyalgie;
- andere (auto-immuun)ziekten;
- chronische pijn.

Bij twijfel over de diagnostiek of (mogelijke) comorbiditeit vindt consultatie of een second opinion van een specialist (huisarts, medisch specialist, psychotherapeut, klinisch psycholoog, psychiater) plaats.

4.9.1 Specifieke aandachtspunten bij kind en jongere

Angststoornissen moeten middels een gestandaardiseerd meetinstrument (zie [Het diagnostische proces](#)) te worden onderscheiden van andere stoornissen, zoals stemmingsstoornissen, externaliserende problematiek en (bij kinderen) middelgerelateerde stoornissen en verslavingsstoornissen.

4.9.2 Specifieke aandachtspunten bij ouderen

Bij ouderen moet aanvullend lichamelijk en laboratoriumonderzoek standaard plaatsvinden aangezien het risico op een somatische aandoening, die mogelijk een rol speelt bij het ontstaan of het in stand houden van de klachten, toeneemt met de leeftijd (bijvoorbeeld een schildklierfunctiestoornis of een cardiovasculaire aandoening).

Screening op eventuele lacunes in de cognitieve vermogens is met name geïndiceerd als de angstklachten op latere leeftijd voor het eerst ontstaan, zonder duidelijke aanleiding sterk verergeren of erg diffuus zijn. Dit kan duiden op angst die ontstaat vanuit cognitieve achteruitgang. Een screening met behulp van een gestandaardiseerd instrument en een heteroanamnese kunnen hierover al enige duidelijkheid verschaffen.

Vanwege de differentiële diagnostiek met dementie moeten standaard bij iedere oudere met verdenking op depressie expliciet en gericht enkele vragen naar oriëntatie in tijd en plaats en naar geheugenfuncties (zoals inprenting) worden gesteld. Bij twijfel over de diagnose moet eventueel neuropsychologisch onderzoek worden gedaan. Ook bij angst voor dementie die vermoedelijk ongegrond is (de 'vergeetfobie') wordt geadviseerd de klachten serieus te nemen en de patiënt eerst neuropsychologisch te onderzoeken. Anderzijds moet bij een geruststellend resultaat niet aangenomen worden dat de angst hiermee als vanzelf is verdwenen en geen verdere behandeling behoeft.

Een CGA (Comprehensive geriatric assessment) kan worden overwogen (zie [Richtlijn CGA](#)).

4.10 Onderscheid naar mate van complexiteit

Voor de behandeling van angststoornissen is het nodig de complexiteit van de stoornis vast te stellen. De complexiteit van de stoornis beïnvloedt de prognose en respons op behandeling over het algemeen ongunstig. De complexiteit wordt onder andere bepaald door de volgende factoren:

- ernstige belemmering van algemeen sociaal en beroepsmatig functioneren;
- psychische comorbiditeit in de vorm van een andere angststoornis, depressie, alcoholafhankelijkheid, benzodiazepine-afhankelijkheid of een persoonlijkheidsstoornis;
- ernstige problemen op meerdere levensgebieden;
- onderhoudende omgevings- of systemische factoren;
- niet of onvoldoende respons op een gekozen interventie.

Zie ook de [Landelijke samenwerkingsafspraken GGZ](#).

4.10.1 Hoogspecialistische zorg

De meeste patiënten met angstklachten of een angststoornis kunnen worden behandeld in de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ), de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz. Een klein deel van de patiënten is echter gebaat bij een verdere intensivering van de behandeling in de hoogspecialistische zorg (hoogspecialistische afdeling of universitaire kliniek/behandelprogramma). Daarvoor zijn verschillende overwegingen:

- de zorgvraag is bijzonder complex (ernstige symptomen en/of psychische en/of lichamelijke comorbiditeit en/of complicaties);
- twee of meerdere behandelingen in de generalistische basis ggz of gespecialiseerde ggz hebben onvoldoende (blijvend) resultaat opgeleverd.

Een second opinion bij of verwijzing naar de hoogspecialistische ggz is dan sterk aan te bevelen, ook als het alternatief een op rehabilitatie gerichte behandeling is zonder dat alle behandelstappen zijn doorlopen. In de hoogspecialistische zorg bieden behandelteams zeer gespecialiseerde patiëntenzorg in combinatie met innovatieve behandelingen, wetenschappelijk onderzoek en kennisverspreiding.

4.10.2 Verplichte zorg en bemoeizorg

In het geval van ernstig suïcidegevaar (zie [Risicotaxatie suïcidaliteit](#)), maatschappelijke teloorgang of zorgmijdende patiënten is een verplichte zorg of bemoeizorg bij sommige patiënten noodzakelijk, soms met noodzakelijke vrijheidsbeperking in de vorm van een crisismaatregel of – bij niet acuut gevaar – een zorgmachtiging. Zie ook de kwaliteitsstandaard Assertieve en verplichte zorg.

4.11 Comorbiditeit

Als de angststoornis comorbide is bij andere psychische of somatische aandoeningen wordt hiermee in de diagnostiek, de basisinterventies en de behandeling rekening gehouden.

Behandeling van angststoornis veroorzaakt door een somatische aandoening

Bij een somatische aandoening die oorzakelijk is voor de psychische symptomen en klachten zal de behandeling zich in hoofdzaak op deze aandoening richten. Is er, nadat uitgesloten is dat een

somatische aandoening onderliggend is aan angstklachten of angststoornis, sprake van een comorbide somatische aandoening, dan is een tweesporenbeleid noodzakelijk. Daarbij wordt de behandeling voor de angst aangepast aan de somatische behandeling en vice versa.

Behandeling bij psychische comorbiditeit

De kans op volledige remissie van de angstsymptomen neemt in het algemeen af bij comorbide psychische aandoeningen, met daarbij een toegenomen kans op recidivering. In principe zal de aanwezigheid van een comorbide psychische stoornis (bijvoorbeeld een depressie, PTSS of persoonlijkheidsstoornis) geen invloed hebben op de specifieke keuzes van behandeling zoals beschreven in deze zorgstandaard. Mogelijk zal vaker gekozen worden voor combinatiebehandeling. Bij een (recidiverende) angststoornis met comorbiditeit wordt een tweesporenbeleid gehanteerd: er wordt zowel aandacht besteed aan de angstsymptomen als aan de comorbide stoornis. De behandeling zal veelal eerst gericht zijn op de angststoornis, maar de volgorde van behandeling van verschillende stoornissen kan ook anders worden overeengekomen.

Bij comorbide verslavingsproblematiek wordt een abstinentie gedurende 4-6 weken beoogd alvorens een angststoornis opnieuw te evalueren en zo nodig te behandelen. Op het moment dat volledige abstinentie niet haalbaar blijkt omdat de angststoornis de verslaving in stand houdt, kan ervoor gekozen worden om te starten met de behandeling van deze angststoornis om zo ook de verslaving aan te pakken. Zie hiervoor de Richtlijn Middelenmisbruik of – afhankelijkheid en angststoornissen. Diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen vinden bij voorkeur na de behandeling van de angststoornis plaats met de voor persoonlijkheidsstoornissen geëigende instrumenten en interventies.

4.12 Monitoring

De patiënt moet inzicht hebben in de voortgang van de behandeling. Bij alle patiënten in behandeling vindt monitoring van de behandeluitkomsten plaats. Ook als niet of niet meteen tot behandeling wordt overgegaan wordt het beloop van symptomen en klachten gemonitord, bijvoorbeeld door de huisarts. Indien gewenst door de patiënt worden diens naasten hierin betrokken. Door het beloop goed te volgen kan bij verergering snel worden ingegrepen. Vaststellen van voldoende dan wel onvoldoende herstel vindt plaats na een vastgestelde behandelduur (zie [Het individueel zorgplan](#)). Bij geen of partieel herstel, ondanks een adequate duur en intensiteit van de behandeling, wordt het behandelbeleid bijgesteld.

De hulpverlener evalueert samen met de patiënt en diens naastbetrokkenen de vorderingen met zelfmanagementstrategieën op domeinen die van belang zijn voor het herstelgedrag, coping en motivatie. Monitoren van behandelresultaten kan plaatsvinden met vragenlijsten.. Periodiek wordt het behandelplan geëvalueerd en zo nodig bijgesteld op basis van gewijzigde probleemdefinitie en doelstelling(en) van de patiënt.

Bij twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling, bij (vermoeden van) optredende comorbiditeit of wanneer opeenvolgende behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben, vindt consultatie plaats, eventueel via de consultatieregeling van de huisartsenzorg.

Bij kinderen wordt gemonitord vanuit het perspectief van het kind en van de ouder(s) over het

functioneren thuis, op school of op het werk, bij vrienden en ten aanzien van hobby's. Wanneer de klachten ook op school spelen kan de leerkracht of mentor informatie geven. Bij oudere of vereenzaamde patiënten worden ook de lichamelijke conditie, de woonsituatie en de sociale omstandigheden gemonitord.

Met het monitoren, evalueren en zo nodig aanpassen van het behandelbeleid wordt gerapporteerd over behaalde en aangepaste doelen. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van instrumenten voor evaluatie en effectmetingen (Routine Outcome Monitoring) (lees [hier meer over Routine Outcome Monitoring](#) en [Kwaliteitsindicatoren](#) voor te gebruiken indicatoren).

5. Behandeling en begeleiding

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

5.1 Interactieve keuzehulp Angststoornissen voor professionals

In dit hoofdstuk vind je een uitgebreide beschrijving van alle behandelmogelijkheden. Deze zijn ook samengebracht in [de interactieve keuzehulp Angststoornissen voor professionals](#). Deze behandelkeuze tool geeft je snel en accuraat advies over het te volgen beleid en passende behandelingen bij angstklachten en angststoornissen. Met dit advies volg je de zorgstandaard. Je kan de tool zelf invullen, of samen met je patiënt. Op basis van een aantal kenmerken die specifiek zijn voor een patiënt, krijg je gelijk advies in beeld.

5.2 Basale uitgangspunten bij behandeling

5.2.1 Patiëntenvoorkeur en gezamenlijke besluitvorming

Beslissingen over het behandelbeleid

Beslissingen over het behandelbeleid: Kinderen tussen 12 en 16 jaar beslissen samen met hun ouders over een onderzoek of een behandeling. Op deze leeftijd kunnen kinderen hun situatie meestal goed overzien. Daarom gaat hun mening vaak boven de mening van de ouders. Kinderen jonger dan 12 jaar mogen niet voor zichzelf beslissen over medisch onderzoek of behandeling. Dat doen hun ouders of verzorgers. De arts moet jonge kinderen op hun eigen niveau vertellen wat er met hen gaat gebeuren.

nemen hulpverlener en patiënt (en naastbetrokkenen) gezamenlijk. Hiertoe worden patiënten en hun naastbetrokkenen goed geïnformeerd aan de hand van (zo nodig herhaalde) psycho-educatie en andere patiënteninformatie. De keuze voor een interventie wordt mede bepaald door bijkomende interpersoonlijke of psychosociale problematiek; patiëntenvoorkeur ten aanzien van de behandelalternatieven; de ervaringen met of uitkomsten van eerdere behandelingen; behaalde behandelresultaten bij een eerstegraads familielid; andere beoogde effecten (bijvoorbeeld op het slaappatroon); optredende of te verwachten bijwerkingen, interacties of pragmatische overwegingen, zoals wachttijden of nabijheid.

Gezamenlijke besluitvorming is een manier van werken waarbij de patiënt samen met de hulpverlener en eventueel naastbetrokkene(n) tot beslissingen over diens behandelingen komt die het beste passen bij de patiënt. Het gaat om wederzijdse informatie-uitwisseling, eventueel de inzet van keuzehulpen en een specifieke manier van communiceren. Persoonlijke geschiedenis, leeftijd,

situatie, behoefte aan ondersteuning en voorkeur van de patiënt spelen een belangrijke rol in de gezamenlijke besluitvorming.

Gezamenlijke besluitvorming vraagt om een goed geïnformeerde patiënt die in staat is keuzes te maken na een weging van voordelen en nadelen van alternatieven. De volgende punten moeten aan de orde komen:

1. Wat zijn de opties?
2. Wat zijn de voor- en nadelen?
3. Wat betekent dit voor de situatie van de patiënt?

Patiënt en hulpverlener bespreken dit samen en komen samen tot een keuze in het behandelbeleid. De verantwoordelijkheid bij het nemen van een beslissing ligt bij beide partijen. De patiënt en de hulpverlener worden gezien als experts op verschillende gronden en zijn gelijkwaardige partners. Gezamenlijke besluitvorming in de ggz heeft over het algemeen een positief effect: patiënten zijn meer tevreden over de behandeling en kunnen effectiever met hun stoornis omgaan. Het is toepasbaar bij de meeste patiënten en vergt niet meer tijd van de hulpverlener dan een eenzijdige wijze van besluitvorming.

Het kan zinvol of nodig zijn om in het kader van de behandeling ook contact te hebben met de partner of familieleden van de patiënt. Zij kunnen een belangrijke rol spelen op het gebied van signalering, ondersteuning en probleem oplossen. Wanneer een patiënt tijdelijk niet zelf het contact kan onderhouden of de regie kan voeren, wordt een patiëntvertegenwoordiger en/of het patiëntstelsel betrokken bij de gezamenlijke besluitvorming. Als na gezamenlijke besluitvorming wordt gekozen voor interventies die niet evidence-based zijn, wordt deze keuze geëxpliciteerd in het dossier en het behandelplan en wordt beschreven hoe en wanneer het effect van de betreffende behandeling wordt geëvalueerd.

5.2.2 Matched care

In de zorg voor angstklachten en angststoornissen wordt uitgegaan van matched care principes. De patiënt wordt op basis van de aard, ernst en het beloop van zijn klachten gematched aan specifieke interventies of een type hulpverlener. Dit houdt in dat een patiënt de zorg krijgt die past bij de aard en mate van ernst van de klachten en eerdere behandelresultaten, terwijl die zorg zo min mogelijk inbreuk maakt op diens leven. Tijdens de behandeling wordt het beloop van de klachten gevolgd en regelmatig gemeten, zodat er tijdig kan worden overgegaan naar een aanpassing in de behandeling. Op deze wijze worden zowel overbehandeling als onderbehandeling voorkomen.

In de voorkeursvolgorde van interventies is het patiëntperspectief meegewogen. De behandelaar houdt rekening met aard, ernst en beloop van de problematiek bij beslissingen over het individuele behandelbeleid.

5.2.3 Start met lichtste, effectief gebleken interventie

Om zo tijdig mogelijk gezondheidswinst te bereiken en verergering van de problematiek te voorkomen, overweegt de behandelaar met de patiënt in eerste instantie de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt. Bij onvoldoende herstel

wordt overgestapt op een intensievere, meer passende interventies, in navolging van de richtlijnaanbevelingen.

5.2.4 Autonomie van de patiënt

Behandelaars behoren patiënten bij hun keuzen te faciliteren. Dit kan door duidelijke en begrijpelijke informatieverstrekking, advies, meedenken en het gezamenlijk afspreken en monitoren van behandeldoelen. Patiënten (en naastbetrokkenen) kunnen zo niet alleen tot vrije maar ook tot weloverwogen keuzes komen. De kwaliteit van de zorg is gebaat bij dialoog tussen patiënt en behandelaar en tussen zorgverleners onderling. Gezichtspunten kunnen worden getoetst wanneer alle betrokkenen zonder terughoudendheid met hun eigen overwegingen naar voren treden. Zo bezien gaan overleg en overreding niet ten koste van vrije en autonome keuzen maar zijn daaraan, als het goed is, dienstbaar. Bij kinderen hebben de ouders een rol in het besluitvormingsproces.

5.2.5 Professionele verantwoordelijkheid en autonomie van de patiënt

De erkenning van autonomie bij de patiënt impliceert dat deze een eigen verantwoordelijkheid heeft. Bepaalde zaken zoals de verantwoordelijkheid voor de gezondheid, meewerken aan diagnose en behandeling en therapietrouw kan een behandelaar nooit overnemen. Hetzelfde geldt voor werken aan maatschappelijke participatie.

Het is een valkuil om te denken dat, gegeven de autonomie en het zelfmanagement van de patiënt, de behandelaar een afwachtend beleid kan voeren en het initiatief om te komen tot herstel en participatie alleen van de patiënt mag verwachten. De behandelaar heeft een eigen verantwoordelijkheid; de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt komt daarop niet in mindering. Waar het initiatief van de patiënt uitblijft, heeft een zorgverlener een professionele (en morele) verantwoordelijkheid om zelf het initiatief te nemen. Bijvoorbeeld door contact op te nemen of een voorstel voor overleg te doen.

5.2.6 Diversiteit

Zorgverleners houden rekening met diversiteit in aspecten zoals leeftijd, gender, opleidingsniveau, sociaal-culturele en etnische achtergrond. Deze factoren kunnen een rol spelen bij de ziektebeleving, uitingsvorm, klachtenpresentatie en symptoomherkenning. Dit betekent dat de zorg zoals beschreven in deze zorgstandaard weliswaar van toepassing is bij mensen met angstklachten of een angststoornis maar dat de zorg wordt aangepast om de toepasbaarheid te vergroten en daarmee behandeluitval te voorkomen. Voorbeelden zijn

- het gebruik van professionele tolken;
- psycho-educatie op maat voor specifieke doelgroepen;
- gebruik van diagnostische instrumenten met cross-culturele validiteit (CES-D en CIDI);
- cultuursensitieve aanpassingen van psychologische en psychotherapeutische interventies;
- eventuele aanpassingen van farmacotherapeutische behandeling aan de hand van bloedspiegelbepalingen en dosering- en opbouwschema.

Zie ook de kwaliteitsstandaard Diversiteit.

5.2.7 Ethisch gevoelige situaties

In ethisch gevoelige situaties zijn naast feitelijke overwegingen ethische overwegingen beslissend. Zorgvuldige afweging van morele noties, zoals het belang van de patiënt, wils(on)bekwaamheid, respect, integriteit, mogelijk schadelijke gevolgen, welzijnsaspecten, eerlijkheid, gelijkheid, rechtvaardigheid en dergelijke, is onontbeerlijk, evenals het helder onder woorden brengen van deze afwegingen.

Met name bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en artsen werkzaam bij arbodiensten, UVW, CIZ en dergelijke organisaties bevinden zich hier op kruispunten van wegen, waarin collectieve belangen (goede en gelijke toegankelijkheid van de zorg voor iedereen, gerechtvaardigd gebruik van uitkeringen en voorzieningen, de kwaliteit ervan, doelmatigheid) met individuele belangen kunnen botsen. Het criterium van al-partijdigheid, waarbij met de belangen en waarden van alle betrokkenen op gerechtvaardigde wijze rekening gehouden wordt, moet hierbij voorop staan.

5.2.8 Kwaliteit van leven

Goede zorg is niet louter dienstbaar aan één waarde, gezondheid, maar breder dienstbaar: aan de kwaliteit van leven. Voor de patiënt kunnen naast gezondheid ook andere waarden van belang zijn, waaronder met name maatschappelijke participatie en sociale zekerheid. Daarbij zijn andere afwegingen aan de orde dan de afwegingen die binnen louter medisch handelen worden gemaakt (zie [Visie op zorg](#)).

5.3 Het individueel zorgplan

Na vaststellen van de diagnose bespreken de zorgverlener en de patiënt en desgewenst een naastbetrokkene op basis van gezamenlijke besluitvorming welke doelen worden beoogd met de behandeling of begeleiding en welke interventies worden ingezet. Het individuele zorgplan dat op basis hiervan wordt opgesteld bevat de verantwoordelijkheden van de betrokken hulpverleners, de sociale omgeving en de patiënt zelf. Het zorgplan wordt vastgelegd in een behandelovereenkomst. Als van de geldende richtlijnen wordt afgeweken bespreekt de zorgverlener dit met de patiënt en legt dit vast in het zorgplan.

Het zorgplan is kort, overzichtelijk, praktisch toepasbaar en toegespitst op de persoon. In het zorgplan worden alle onderdelen die van belang zijn in de behandeling van de patiënt vastgelegd. Het gaat hierbij om:

- individuele, concrete doelstellingen en behoeften van de patiënt;
- wat te doen bij suïcidaliteit en crisisplanning;
- een plan van aanpak voor de patiënt en de zorgverlener(s) om samen de doelen van de behandeling te bereiken;
- indien van toepassing: een plan van aanpak voor de naastbetrokkenen (zoals bijvoorbeeld ouders) om samen de doelen van de behandeling te bereiken;
- het hanteren van risico's voor de behandeling, zoals alcohol- en drugsgebruik;
- tijdsperiode en frequentie van de contacten;
- terugvalpreventieplan;
- bij kinderen: rol van ouders, school en ketenpartners.

Keuzes in het behandelbeleid worden altijd samen met de patiënt genomen op basis van gezamenlijke besluitvorming en kunnen mede bepaald worden door:

- patiëntenvoorkeur;
- eerder behaalde behandelresultaten en behandelgeschiedenis;
- andere beoogde effecten (bijvoorbeeld op het slaappatroon);
- (verwachte) bijwerkingen;
- interacties;
- pragmatische overwegingen (zoals wachttijden).

Ook het betrekken van eventuele partner, kinderen, ouders of andere gezinsleden kan belangrijk zijn. Het behandelplan wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepast.

5.4 Zelfmanagement

Zelfmanagement kan deel uitmaken van het behandelplan als [eerste-stap interventie](#). Afgesproken wordt wat de patiënt en eventueel diens omgeving zelf kan doen op het gebied van bijvoorbeeld:

- leefstijl (gezonde voeding, meer bewegen, het vinden van een goede dagstructuur, leefritme en balans in activiteiten/ontspanning, mindfulness-technieken);
- werk;
- opleiding of school;
- het onderhouden van sociale contacten.

Het is belangrijk dat een behandelaar hieraan tijdens de behandeling aandacht besteedt.

De hulpverlener kan zelfmanagement begeleiden door zelfmanagementstrategieën aan te reiken, gericht te vragen naar de voortgang, aanmoediging te geven en door te helpen bij het opbouwen van zelfvertrouwen in het uitvoeren van zelfmanagementstrategieën. In de behandelevaluatie worden zelfmanagementstrategieën geëvalueerd en besproken wordt of andere interventies nodig zijn ([zie Monitoring](#)).

Zelfregie versterkt de veerkracht en autonomie van patiënten en verlegt de focus naar aandacht voor het leven dat geleefd kan worden ondanks klachten. Ook in het kader van terugvalpreventie is zelfmanagement van belang, waarbij het leven zo wordt ingericht dat het risico op terugval vermindert.

Zie ook de kwaliteitsstandaard Zelfmanagement.

5.4.1 Aandachtspunten kind en jongere

Bij kinderen is het belangrijk dat zij worden gesterkt in autonomie en veerkracht én dat de omgeving hen voldoende steunt en handvatten biedt om zelfmanagement goed van de grond te krijgen.

5.5 Behandeling van angstklachten

Bij *angstklachten* (in plaats van een angststoornis) werkt een preventieve en generalistische benadering met zelfmanagement als eerste optie. De zorg richt zich op de gezonde kant van mensen

en spreekt de eigen krachten en competenties aan. De zorg is over het algemeen niet intensief en kortdurend.

5.6 Basisinterventies voor behandeling van een angststoornis

Binnen twee weken nadat een angststoornis is vastgesteld, wordt gestart met de basisinterventies, zowel in de huisartsenzorg (inclusief POH-GGZ) en de generalistische basis ggz als in de gespecialiseerde ggz. De basisinterventies worden voortgezet gedurende de behandeling.

De basisinterventies voor mensen met een angststoornis zijn:

- psycho-educatie: het verstrekken van informatie aan de patiënt en diens familie/omgeving over de aandoening, de prognose en de verschillende behandelmogelijkheden;
- activering en vermindering tegengaan: adviezen om actief te blijven en om zoveel mogelijk niet toe te geven aan de neiging om angstige situaties te vermijden. In geval van bijkomende depressie worden deze aangevuld met adviezen om de dag te structureren. Dit kan ook leefstijladviezen betreffen en het functioneren in werk, opleiding, school of sociale situaties;
- actief volgen: het monitoren van het beloop van symptomen en klachten van de patiënt en het vinger aan de pols houden (watchful waiting), ook bij patiënten die geen behandeling willen. Eventueel zet de hulpverlener steunende en structurerende begeleiding in om de patiënt te motiveren voor psychotherapie of een andere behandelvorm.

5.7 Psycho-educatie

5.7.1 Psycho-educatie algemeen

Zorgverleners informeren de patiënt over het klachtenbeloop en het belang van het aanpakken van klachten. In eerste instantie is bij angstklachten voorlichting met controle(s) vaak voldoende. De patiënt wordt gewezen op informatie over angst via [Thuisarts](#) en de [Patiëntenvereniging voor mensen met angst, dwang en fobie \(ADF Stichting\)](#) en [NedKAD](#). De zorgverlener informeert de patiënt desgevraagd over de wetenschappelijk bewezen werkzaamheid van de behandelmethode en de prijs.

In de controle(s) wordt de patiënt gestimuleerd om de aanleiding van de klachten in kaart te brengen en aan te pakken. Met de patiënt wordt afgesproken na een tot twee weken terug te komen om te beoordelen of de klachten afnemen en dat de patiënt eerder terugkomt als de klachten verergeren. Als de klachten verbeteren of over zijn is verdere actie niet nodig. Als voorlichting onvoldoende effect heeft kunnen afhankelijk van motivatie, patiëntenvoorkeur en bijkomende problematiek de volgende interventies worden toegepast.

Om zelfmanagement en adequaat coping gedrag te bevorderen wordt psycho-educatie stapsgewijs en herhaaldelijk gegeven tijdens het behandeltraject. Na de probleemvaststelling krijgt de patiënt (en naastbetrokkenen) gerichte informatie, voorlichting en educatieactiviteiten over bijvoorbeeld welke behandeling kan worden ingezet en wat de effecten zijn op het dagelijks leven. Psycho-educatie is meer dan alleen voorlichting geven. Het is ook een behandelinterventie waarbij samen met de patiënt barrières met betrekking tot gedragsverandering worden ontdekt en opgelost en waarbij naar eigen mogelijkheden en reeds aanwezige vaardigheden van de patiënt wordt gezocht.

Psycho-educatie wordt ook gegeven aan naastbetrokkenen (eventuele partners, ouders en andere familieleden), maar ook aan kinderen van volwassen patiënten (zie ook [Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische en/of Verslavingsproblemen](#) (KOPP) en de kwaliteitsstandaard KOPP/KOV op GGZ Standaarden).

Het geven van voorlichting en educatie kan ondersteund worden met de volgende informatiebronnen:

- de webwinkel van Angst Dwang en Fobie stichting;
- raadplegen van digitaal beschikbare informatie (bijvoorbeeld op Nederlandse Kenniscentrum Angst en Depressie, Thuisarts, NVvP, Psychiatrienet);
- verwijzing naar cursussen (waaronder begeleide zelfhulp);
- (regionaal) lotgenotencontact voor patiënten en naastbetrokkenen bij de patiëntenorganisaties: Angst Dwang en Fobie stichting en de Nederlandse Hyperventilatie Stichting.

Speciale aandacht behoeft het gebruik van psychoactieve stoffen zoals cafeïne (pepdrankjes) en alcohol en cannabis die een sterk negatief effect kunnen hebben op angstklachten en een gezonde levensstijl. Wanneer alcoholgebruik of gebruik van psychoactieve stoffen een rol speelt bij het ontstaan of in stand houden van de angstklachten wordt deze relatie besproken en krijgt het gebruik ervan een plaats in de behandeling. Zo nodig wordt de patiënt verwezen naar de verslavingszorg. Zie ook de zorgstandaard [Alcohol](#).

5.7.2 Psycho-educatie aan kind en jongere

In de eerste plaats is het belangrijk dat de gevoelens van de jeugdige erkend worden. Het specifieke advies voor de jeugdige is om angsten niet te vermijden maar onder ogen te zien en op onderzoek uit te gaan om te kijken of alle angstige verwachtingen ook uitkomen. Daarnaast leren kinderen en jeugdigen om probleemoplossende vaardigheden en adequate coping in te zetten. Ook is het zorgen voor voldoende ontspanning, beweging (sporten) en afleiding belangrijk.

Ouders kunnen hun algemene opvoedingsvaardigheden inzetten en specifieke adviezen krijgen hoe zij hun kind kunnen helpen bij het hanteren van problematische angst. In dat geval gaat het doorgaans om het benoemen van het gevoel, het aanmoedigen van het opzoeken van situaties die worden vermeden, het voordoen van dapper gedrag (modeling) en het belonen van of trots zijn op dapper gedrag.

Via het kind en de ouders kunnen ook leerkrachten of mentoren psycho-educatie krijgen over angststoornissen en handvatten krijgen hoe zij het kind kunnen ondersteunen. Het gaat er dan bijvoorbeeld om een klimaat te creëren waarin het kind zich vertrouwd voelt om zich te uiten en te experimenteren met nieuw (dapper) gedrag; het kind te herinneren aan oefeningen; erkenning te geven voor vorderingen en het kind aan te moedigen om lastige situaties toch weer te gaan opzoeken.

Voorbeelden van informatiebronnen voor ouders:

- de website opvoeden van de Stichting Opvoeden. Deze website bevat betrouwbare informatie die getoetst is door verschillende kennisinstituten. Op deze website is tevens informatie over angst te vinden;
- de website van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie geeft informatie voor ouders, kinderen en professionals over verschillende klachten en stoornissen;

- op de website JM ouders staat informatie over bang zijn bij kinderen met daarnaast allerlei ervaringsverhalen (bijvoorbeeld angst om te slapen, voor het zwembad, voor de dokter);
- op de Belgische website Groeimee is allerlei informatie over angst bij kinderen te vinden en hoe hiermee om te gaan.

Voorlichting en advies aan kinderen zelf

Voor kinderen zijn zelfhulpboeken en websites beschikbaar waarmee zij zelf aan de slag kunnen gaan, al dan niet onder begeleiding van een professional. Bijvoorbeeld:

- de website Bibbers van de Angst, Dwang en Fobie stichting (ADF stichting) bevat informatie, filmpjes, spelletjes en tips over angst en is bedoeld voor kinderen die weleens of vaak bang zijn van 6 tot 12 jaar;
- Brain wiki is een website voor met informatie over psychische klachten bij kinderen, opgezet en onderhouden door het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie;
- zelfhulpboek 'Hoe kom ik van die angsten af' van Lisa M. Schab voor kinderen vanaf 13 jaar;

De website [MIND YOUNG](#) biedt informatie voor jongeren over psychische problemen. Via de website is het tevens mogelijk om te bellen, chatten of mailen met een zorgverlener.

Kinderen van ouders met psychische problemen kunnen informatie krijgen op [Kopstoring](#).

5.7.3 Psycho-educatie aan ouders

Dezelfde informatiebronnen die bij [Psychoeducatie](#) genoemd worden, kunnen worden aangeraden bij oudere patiënten en hun naastbetrokkenen. Daarnaast kan eventueel verwezen worden naar de site van het [Kenniscentrum ouderpsychiatrie](#). Vooral bij een lange klachtenduur en het ontbreken van eerdere adequate herkenning en behandeling, hetgeen bij ouders vaker voorkomt, is extra aandacht en tijd voor psycho-educatie van belang.

Bron: Wetherell, J.L., Petkus, A.J., McChesney, K., Stein, M.B., Judd, P.H., Rockwell, E., ... & Patterson, T.L. (2009). Older Adults Are Less Accurate Than Younger Adults at Identifying Symptoms of Anxiety and Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 623-626.

5.8 Eerste-stap interventies

Toevoegen van eerste-stap interventies aan de basisinterventies vindt op basis van gezamenlijke besluitvorming. In de keuze van eerste-stapinterventies wordt rekening gehouden met de aard en ernst van de angststoornis en patiëntenvoorkeur. Eerste-stap interventies zijn geschikt ter ondersteuning van psychotherapeutische en farmacotherapeutische behandelinterventies.

Eerste-stapinterventies zijn:

- bibliotherapie;

- zelfmanagementstrategieën met begeleiding;
- e-interventies (zie ook Preventie);
- steunend-structurerende begeleiding;
- activerende begeleiding;
- psychosociale behandeling.

5.8.1 Evaluatie en vervolg van eerste-stap interventies

Na drie maanden vindt behandel-evaluatie plaats, op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [Monitoring](#)).

- bij voldoende herstel volgt terugvalpreventie;
- bij onvoldoende herstel volgt behandeling (zie Psychologische en behandeling);
- eerste-stap interventies kunnen worden gecontinueerd bij vervolgstappen in de behandeling.

Bij angstklachten zijn medicamenteuze interventies niet geïndiceerd.

5.9 Psychosociale behandeling

Psychosociale zorg

Psychosociale zorg: Psychosociale behandeling omvat het omgaan met en beïnvloeden van de alledaagse leefsituatie van de patiënt. Interventies richten zich op sociale relaties of situaties waarbij zowel psychische als sociale aspecten een rol spelen. Het doel van de behandeling betreft het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van verlies van controle door levensproblemen, ingrijpende gebeurtenissen of moeilijke omstandigheden. De omgeving speelt een belangrijke rol en wordt doorgaans ook betrokken bij de behandeling.

[Meer informatie](#)

kan worden ingezet met als doel het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van (oorzaken van) angst. Het kan gaan om het aanleren van praktische of probleemoplossende vaardigheden voor het psychisch functioneren of opvoedingsvaardigheden.

Psychosociale interventies zijn *aanvullend*. Angststoornissen gaan in het algemeen niet vanzelf over als de stressor/trigger oplost of weggenomen wordt.

De doelgroep bestaat uit:

- patiënten met psychosociale klachten en angstklachten;
- patiënten die naast de eerste-stap interventies voor een angststoornis zorg nodig hebben voor psychosociale klachten, bijvoorbeeld bij opstapelende problemen of als psychosociale factoren een angststoornis luxeren;
- ouders van jeugdigen met psychosociale klachten en angstklachten.

Psychosociale behandeling wordt gegeven door de POH-GGZ, (wijk)verpleegkundige,

maatschappelijk werker, psycholoog, bedrijfsarts, vaktherapeut of jeugdhulpverlener. Als de regiebehandelaar verwijst voor psychosociale behandeling worden rondom verwijzing en terugverwijzing multidisciplinaire afspraken gemaakt over afstemming van de zorg.

5.9.1 Evaluatie en vervolg van psychosociale behandeling

Na een in het zorgplan vastgestelde periode vindt behandel-evaluatie plaats op basis van monitoring van de behandelresultaten (zie [Monitoring](#)).

- bij voldoende herstel volgt terugvalpreventie (zie Psychologische behandeling);
- bij onvoldoende herstel volgt behandeling;
- psychosociale behandeling kan worden gecontinueerd bij vervolgstappen in de behandeling.

5.10 Psychologische behandeling - ongeacht type angststoornis

5.10.1 Psychologische behandeling algemeen

Bij angststoornissen is cognitieve gedragstherapie (CGT)

cognitieve gedragstherapie (CGT): Cognitieve en gedragstherapeutische interventies zijn gericht op het verminderen van passieve en actieve vermijding, zoals veiligheidsgedrag, op het verminderen van angstgerelateerde gedachten door het identificeren en bijstellen van disfunctionele cognities, en op het verminderen van angst en spanning.

[Meer informatie](#)

de eerste keus in het geval van een psychologische behandeling. In deze zorgstandaard is CGT breed opgevat. Onder CGT wordt verstaan een diversiteit van interventies en methodieken waaronder:

- verschillende vormen van exposure (in vivo, imaginair, interoceptief);
- responspreventie;
- cognitieve herstructering;
- paniekmanagement;
- taakconcentratietraining;
- applied relaxation;
- sociale vaardigheidstraining.

De keuze voor een bepaalde specifieke CGT-interventie, op basis van gezamenlijke besluitvorming, is mede afhankelijk van de aard en ernst van de angststoornis en van de aangrijpingspunten van de interventie. De keuze voor een interventie wordt voornamelijk gebaseerd op het soort klachten en symptomen waarop de behandeling is gericht.

EMDR is een veel toegepaste behandeling in de dagelijkse praktijk, niet alleen bij PTSS maar ook bij

angststoornissen. Er is echter nog betrekkelijk weinig wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van EMDR bij angststoornissen. Over de vraag of en bij welke groepen patiënten EMDR gepast zou zijn en voorgeschreven moet worden, bestaat geen eenduidigheid.

Voor de stappenvolgorde in de behandeling van angststoornissen worden de algoritmes in de [MDR Angststoornissen](#) gevolgd die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en de mate waarin bijwerkingen optreden gedurende een behandeling.

5.10.2 Psychologische behandeling kind en jongere

CGT richt zich bij jeugdigen vaak niet op één specifieke angststoornis maar heeft als focus het doorbreken van vermijdingsgedrag en leren van vaardigheden om met angst om te gaan. CGT wordt overwogen in de behandeling van angststoornissen bij jeugdigen:

1. bij start van de behandeling: voorstel start psychotherapeutische behandeling met CGT, gericht op het kind, met goede psycho-educatie voor kind en ouders;
2. als vervolgbehandeling: als bij behandeling met CGT geen herstel optreedt na 12 zittingen kan de behandeling worden verlengd. Ook kan een intensivering van de CGT (exposure thuis of op school) worden ingezet, kan worden overwogen om extra ouderzittingen in te zetten of om extra aandacht te besteden aan sociale vaardigheden. Bij toename van depressieve klachten of bij ernstige belemmering in het functioneren kan overigens tevens farmacotherapie worden overwogen.

Voor jeugdigen bestaat CGT over het algemeen uit vijf componenten:

1. psycho-educatie;
2. aanleren van coping strategieën (ademhalings- en ontspanningstechnieken, probleemoplossingsvaardigheden en afleidingstechnieken);
3. cognitieve herstructurering;
4. exposure (blootstelling aan het angstige object of de angstige situatie) en terugvalpreventie. Daarnaast wordt er in deze behandelingen veel gebruik gemaakt van modeling (voordoen van dapper gedrag);
5. vormen van beloning (materieel, verbaal, sociaal).

Voor sommige angstproblemen wordt nadruk gelegd op een aantal specifieke technieken. Bij specifieke fobie ligt er meer nadruk op exposure. Bij sociale fobie wordt extra aandacht besteed aan sociale vaardigheden; bij paniekstoornis aan interoceptieve exposure en bij selectief mutisme aan shaping van gewenst gedrag in de behandeling, thuis en op school (in meerdere contexten).

Cognitieve (gedrags)therapie wordt individueel of in groepen uitgevoerd. Individuele en groepsbehandeling zijn vaak even effectief, zij het dat individuele CGT soms beter werkt, vooral als het gaat om kinderen met forse sociale angstklachten.

De duur van de behandeling bedraagt gemiddeld 12-16 sessies. Er zijn aanwijzingen dat CGT korter dan 8 sessies minder effectief is en dat meer sessies leiden tot grotere effecten. Na herstel wordt terugvalpreventie gegeven en vinden booster-sessies plaats en wordt de psychologische behandeling afgesloten. Boostersessies (1-4) binnen 1 tot 3 maanden na behandeling vergroten het effect van CGT behandeling bij nameting en de effecten worden langer behouden.

Bij CGT worden ouders van patiënten tot 18 jaar altijd betrokken. Ze krijgen informatie over angststoornissen en CGT bij angststoornissen en denken mee over het opzetten en uitvoeren van exposure-oefeningen. Ook krijgen ouders adviezen over hoe hun kind goed te kunnen helpen om angst te overwinnen, bijvoorbeeld door het kind aan te moedigen of te belonen voor dapper gedrag. Uitgebreidere ouderbetrokkenheid of systeeminterventies, bijvoorbeeld over belemmerende gedachten van ouders of over hun eigen angsten, leiden doorgaans niet tot betere effecten voor het kind. In de klinische praktijk vergroot enige betrokkenheid van ouders mogelijk wel de acceptatie van interventies bij zowel ouders als zorgverleners wat invloed kan hebben op bijvoorbeeld de motivatie van het kind. Ook zijn er aanwijzingen dat specifiek aanmoediging en positieve bekrachtiging van dapper gedrag wel een meerwaarde kan hebben.

Als individuele CGT bij het kind onvoldoende verbetering laat zien als eerste interventie wordt aangeraden om wél het toevoegen van ouder- of gezinsinterventies te overwegen.

Bij dwangstoornis is exposure met respons preventie (ERP) de aangewezen eerste keus behandeling. Het is belangrijk ouders hierbij goed te informeren en hen er goed bij te betrekken om de ERP-oefeningen te kunnen ondersteunen.

5.10.3 Psychologische behandeling ouderen

Op basis van (beperkt) wetenschappelijk bewijs wordt aangenomen dat de cognitief gedragstherapeutische interventies die bij jongere volwassenen effectief zijn, ook in de latere levensfase effectief. Gebaseerd op 'best practice' en consensus in de literatuur onder professionals die in de ouderenzorg werken kunnen aanpassingen in de behandeling zinvol zijn. De genoemde aanpassingen vloeien niet rechtstreeks voort uit de kalenderleeftijd of de levensfase, maar houden verband met specifieke kenmerken die bij ouderen relatief gezien vaker voorkomen. Daarom worden de aanpassingen die hier genoemd worden gerelateerd aan deze specifieke kenmerken.

- Bij een lange klachtduur en weinig bekendheid met psychische problematiek en de daarvoor beschikbare behandelingen is het belangrijk om voldoende aandacht en tijd in te ruimen voor motivatie verhogende technieken en psycho-educatie (zie ook Psycho-educatie).
- Bij een verminderde aandacht en concentratiespanne of andere (milde) cognitieve problemen kunnen leer- en geheugensteuntjes helpen en wekelijks telefonisch contact met de zorgverlener tussen zittingen, waarin geïnformeerd wordt naar het huiswerk.
- Bij comorbide lichamelijke problemen kan gedacht worden aan het aanbieden van extra hulpmiddelen bij de exposure-oefeningen (zoals een wandelstok of een rollator in geval van een reëel valrisico).
- Er zijn geen duidelijke aanwijzingen in het beperkte onderzoek tot nu toe dat bij ouderen in het algemeen per definitie meer therapiezittingen of langere therapiezittingen nodig zijn om het gewenste effect te bereiken. Het is aannemelijk dat aanpassingen in de behandelduur vaker nodig zijn als er in fysiek of mentaal opzicht sprake is van meer achteruitgang.
- Voor alle patiënten met angst geldt dat het belangrijk is om de naastbetrokkene(n) zo nodig in een vroeg stadium te betrekken bij de behandeling, veelal ten behoeve van psycho-educatie en het inventariseren van de behoefte aan extra steun en begeleiding van het systeem rond de patiënt. Bij ouderen behoeft dit soms extra aandacht, vooral als er sprake is van een langdurig vermijdingspatroon waarbij naastbetrokkene(n) reeds langere tijd bepaalde taken van de patiënt zijn

gaan overnemen. De naastbetrokkene kan dan geïnformeerd worden over het doel van het doorbreken van de vermijding en kan daardoor mogelijk makkelijker bepaalde verantwoordelijkheden weer geleidelijk terug gaan geven aan de patiënt.

5.11 Psychologische behandeling per type angststoornis

Onderstaand worden per type angststoornis (op alfabetische volgorde) de geïndiceerde interventies weergegeven met als doel het bereiken van symptoomvermindering en volledig herstel.

5.11.1 Agorafobie

C(G)T [psychologisch paniekmanagement (PM)]

psychologisch paniekmanagement (PM): PM is een methode die door patiënten betrekkelijk gemakkelijk wordt geaccepteerd en betrekkelijk eenvoudig kan worden uitgevoerd. De methode kan worden gecombineerd met andere interventies als exposure in vivo. Verschillende varianten van PM kunnen worden toegepast zolang een geruststellende herinterpretatie, interne exposure en coping deel uitmaken van de interventie en zolang de behandeling gedurende minimaal een maand wordt voortgezet.

[Meer informatie](#)

en exposure in vivo (EV)

exposure in vivo (EV): Exposure in vivo moet worden toegepast als een betrekkelijk intensieve behandeling.

Deze moet minimaal twaalf weken duren en er moet dagelijks minimaal een uur (zelf)exposure worden toegepast. Met specifieke situaties wordt net zo lang geoefend totdat de situatie geen angst meer oproept.

[Meer informatie](#)

] zijn de standaard behandelingen bij volwassenen en worden overwogen:

Bij lichte paniekstoornissen:

- bij onvoldoende herstel na eerste-stap interventies.

Bij ernstige paniekstoornissen:

- in overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt uit psychotherapeutische behandeling met C(G)T of farmacotherapie. Als er sprake is van een ernstige comorbide depressie heeft behandeling met antidepressiva de voorkeur;
- als bij behandeling met farmacotherapie onvoldoende herstel optreedt is combinatiebehandeling met

C(G)T aanbevelen.

Bij agorafobie wordt tenminste gedurende 8-12 weken exposure in vivo gegeven. Verminder de mate van intensiteit wanneer drop-out dreigt. Overweeg andere of aanvullende behandelmogelijkheden (Paniekmanagement of medicamenteuze behandeling) wanneer na 12 weken onvoldoende resultaat is geboekt. Maak bij afsluiting afspraken over vaste terugkombijeenkomsten, zelfhulp en heraanmelding in geval van dreigende terugval

5.11.2 Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

Cognitieve (gedrags)therapie (CT/CGT) bij GAS

Cognitieve (gedrags)therapie (CT/CGT) bij GAS: In cognitieve therapie bij GAS wordt aandacht besteed aan de neiging van GAS-patiënten de kans op gevaar te overschatten en de ernst van mogelijke 'rampen' te overschatten, terwijl de eigen mogelijkheden om daarmee om te gaan worden onderschat. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van verbale uitdaging ('Socratische dialoog') en gedragsexperimenten.

[Meer informatie](#)

bij volwassenen wordt overwogen:

- Bij lichte GAS: bij onvoldoende herstel na eerste-stap interventies;
- Bij matige of ernstige GAS: in overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt uit psychotherapeutische behandeling met C(G)T of farmacotherapie, waarbij er lichte voorkeur bestaat voor psychotherapie. Als er sprake is van een ernstige comorbide depressie heeft behandeling met antidepressiva de voorkeur;
- Als vervolgbehandeling: als bij behandeling met farmacotherapie geen herstel optreedt is behandeling met C(G)T aanbevelen.

Cognitieve (gedrags)therapie wordt bij voorkeur individueel uitgevoerd. Als geen herstel optreedt, kan de behandeling worden verlengd met nadruk op elementen die nog niet zijn gegeven, zoals: exposure

exposure: 'Piekeren' is naast de verhoogde arousal het meest centrale symptoom van GAS. In sommige exposure behandelingen worden patiënten rechtstreeks, langs imaginaire weg, blootgesteld aan hun piekerthema's, in andere exposure behandelingen worden zij blootgesteld aan concrete 'cue's' die het gepieker uitlokken.

[Meer informatie](#)

, applied relaxation

applied relaxation: Applied relaxation is een coping- en relaxatietechniek. Stapsgewijs leert een patiënt zich te ontspannen en dit uiteindelijk toe te passen in angstverwekkende situaties. Bij de methode van ‘applied tension’ leert de patiënt spieren aan te spannen om zo een ongewenste snelle bloeddrukdaling te voorkomen bij confrontatie met de fobische prikkel.

[Meer informatie](#)

of cognitieve therapie. Na herstel wordt terugvalpreventie gegeven

terugvalpreventie gegeven: Voor afsluiting van de therapie maakt de zorgverlener samen met de patiënt een signaleringsplan om mogelijke signalen van terugval te herkennen, zowel door de patiënt zelf alsook voor diens naaste omgeving. Aansluitend kan worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

[Meer informatie](#)

en wordt de psychologische behandeling afgesloten.

5.11.3 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)

De volgende stappenvolgorde wordt aangehouden bij het inzetten van psychologische interventies bij OCS:

- stap 1: Exposure in vivo met responspreventie (ERP);
- stap 2: Cognitieve (gedrags)therapie (CT/CGCT).

Psychotherapie wordt overwogen zie van de MDR Angststoornissen:

- bij start van de behandeling: In overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt uit psychotherapie of farmacotherapie, waarbij er lichte voorkeur bestaat voor psychotherapie. Als er sprake is van een ernstige comorbide depressie wordt een behandelbeleid conform ernstige depressie gevolgd.
- als vervolgbehandeling: Als bij behandeling met farmacotherapie geen herstel optreedt is behandeling met ERP of CT aanbevolen. Als bij behandeling met farmacotherapie partieel herstel optreedt is combinatiebehandeling aanbevolen.

Voor de sessies waarin exposure en responspreventie (ERP) wordt toegepast wordt voldoende tijd genomen, zodat de angst van patiënt tot een aanvaardbaar niveau is gereduceerd. Ook als aanvankelijke resultaten beperkt blijven wordt de behandeling met exposure en responspreventie (ERP) voortgezet. In eerste instantie wordt individuele behandeling overwogen. Wanneer onvoldoende resultaat is geboekt worden andere of aanvullende interventies overwogen.

Na herstel wordt terugvalpreventie gegeven en re-integratie besproken. Bij geen of partiëel herstel wordt overgegaan op cognitieve therapie en wordt farmacotherapie overwogen.

Cognitieve therapie is de tweede keuze in de behandeling van patiënten met OCS. Om patiënten te motiveren voor de toch vaak als belastend ervaren behandeling kan niet alleen gebruik gemaakt worden van motiveringstechnieken maar ook van de cognitieve therapie. Cognitieve therapie kan drempelverlagend werken ten aanzien van de bereidheid om tot blootstelling over te gaan en om de subjectief ervaren risico's te dragen die een gevolg zijn van het niet uitvoeren van de dwangrespons. Toevoeging van een aantal sessies bij uitblijvend resultaat alsmede van een terugvalpreventieprogramma kunnen nodig zijn, ook al leidt dit tot verlenging van de behandeling.

Cognitieve therapie bij OCS kan worden gegeven in betrekkelijk kortdurende behandelingen van gemiddeld twintig zittingen. Na herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt re-integratie besproken.

5.11.4 Paniekstoornis (PS)

C(G)T -psychologisch paniekmanagement (PM) en exposure in vivo (EV)

exposure in vivo (EV): Exposure in vivo moet worden toegepast als een betrekkelijk intensieve behandeling. Deze moet minimaal twaalf weken duren en er moet dagelijks minimaal een uur (zelf)exposure worden toegepast. Met specifieke situaties wordt net zo lang geoefend totdat de situatie geen angst meer oproept. De therapeut moet duidelijke instructies en feedback geven over de wijze waarop exposure in vivo werkt en moet te worden uitgevoerd.

[Meer informatie](#)

zijn de standaard behandelingen bij volwassenen:

- bij lichte paniekstoornissen: bij onvoldoende herstel na eerste-stap interventies;
- bij ernstige paniekstoornissen:
- In overleg met de patiënt wordt een keuze gemaakt uit psychotherapeutische behandeling met C(G)T of farmacotherapie. Als er sprake is van een ernstige comorbide depressie heeft behandeling met antidepressiva de voorkeur.
- Als bij behandeling met farmacotherapie onvoldoende herstel optreedt is combinatiebehandeling met C(G)T aanbevolen.

Wanneer er géén sprake is van agorafobie wordt paniekmanagement gegeven. Stel vast of uitsluitend sprake is van paniekstoornis of van heftige angst voor paniek bij patiënten met beperkt vermijdingsgedrag. Behandel in dat geval minimaal een maand met intensieve PM waarin in ieder geval een geruststellende verklaring, interne exposure en coping zijn begrepen.

- Ga door tot maximaal twaalf weken om een optimaal effect te bereiken.
- Overweeg daarna of exposure in vivo moet worden toegevoegd.
- Overweeg andere of aanvullende behandelmogelijkheden (farmacotherapie) wanneer na twaalf

weken onvoldoende resultaat is geboekt.

- Maak bij afsluiting afspraken over vaste terugkombijeenkomsten, zelfhulp en heraanmelding in geval van dreigende terugval.

5.11.5 Sociale angststoornis (SAS)

Exposure in vivo

Exposure in vivo: Bij exposure in vivo is de aandacht gericht op de geconditioneerde angst van de patiënt in sociale situaties. In de behandeling wordt de patiënt stapsgewijs blootgesteld aan angst oproepende sociale situaties. Door habituatie en extinctie zal de patiënt geleidelijk angstreductie ervaren, waarbij ook het gevoel van controle over de sociale situatie zal toenemen. Exposure in vivo kan gemakkelijk worden uitgevoerd en de rationale is betrekkelijk eenvoudig.

, cognitieve (gedrags)therapie

cognitieve (gedrags)therapie: Binnen een cognitieve behandeling worden negatieve en versturende cognities opgespoord met betrekking tot angstproepende sociale situaties. Bijvoorbeeld door middel van een zogenaamde 'Socratische dialoog' met de patiënt worden deze cognities uitgedaagd en geëvalueerd op hun feitelijkheid en accuratesse, en uiteindelijk worden meer rationele en functionele cognities geformuleerd. Deze alternatieve cognities worden weer getoetst aan de sociale realiteit binnen zogeheten gedragsexperimenten.

, sociale vaardigheidstraining

sociale vaardigheidstraining: Sociale vaardigheidstraining kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale angststoornis waarbij duidelijk sprake is van tekorten in de sociale prestatie na een standaard cognitieve gedragstherapie.

[Meer informatie](#)

en taakconcentratie training

taakconcentratie training: Taakconcentratie-training is een betrekkelijk eenvoudige behandeling. Taakconcentratie-training kan als aanvullende interventie worden toegepast naast exposure in vivo, cognitieve therapie en/of sociale vaardigheidstraining bij sterk op het eigen lichamenlijk functioneren gerichte sociale angststoornissen als bloosangst, trilangst of zweetangst.

[Meer informatie](#)

zijn de standaardbehandelingen voor SAS bij volwassenen en worden overwogen:

Bij het gegeneraliseerde subtype:

- bij onvoldoende herstel na eerste-stap interventies (geen ernstige comorbide depressie) wordt in overleg met de patiënt een keuze gemaakt uit psychologische/psychotherapeutische behandeling of farmacotherapie, waarbij er lichte voorkeur bestaat voor psychotherapie. Bij het gegeneraliseerde subtype kan doorgaans het beste worden gestart met hetzij exposure in vivo (met name wanneer vermijding centraal staat) of cognitieve therapie (met name wanneer disfunctionele cognities centraal staan). Als gebrekkige sociale vaardigheden aanleiding zijn tot angst in sociale situaties ligt het in de rede om daar in eerste instantie in de behandeling aandacht aan te besteden;
- als bij behandeling met farmacotherapie onvoldoende herstel optreedt is psychologische/psychotherapeutische behandeling aanbevolen.

Zowel exposure in vivo als cognitieve therapie kunnen waar mogelijk het beste worden aangeboden in groepsverband.

Wanneer de gekozen behandeling onvoldoende effect heeft kan de behandeling worden gecombineerd met sociale vaardigheidstraining indien gebrekkige sociale vaardigheden centraal staan of met taakconcentratie-training indien overbetrokkenheid bij het eigen functioneren centraal staat.

Wanneer nog steeds onvoldoende resultaat wordt bereikt, kan in de hoofdinterventie worden overgestapt van exposure naar cognitieve herstructurering of andersom. Bij het specifieke subtype sociale angststoornis worden dezelfde beslisprocedures toegepast, zij het dat sociale vaardigheidstraining doorgaans geen ondersteunende interventie zal zijn naast exposure in vivo en/of cognitieve herstructurering.

Als geen herstel optreedt met sociale vaardigheidstraining kan zo nodig taakconcentratie-training worden toegevoegd, met name wanneer er een sterke gerichtheid is op symptomen zoals trillen, blozen en transpireren. Als geen herstel optreedt wordt overgestapt van exposure behandeling naar cognitieve therapie of vice versa.

Bij herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt de psychologische behandeling afgesloten. Medicatie wordt minimaal één jaar voortgezet en daarna afgebouwd met terugvalpreventie. Bij terugval moet herstart worden met de medicatie; deze wordt langer gecontinueerd.

Bij het specifieke subtype:

- bij onvoldoende herstel na de eerste-stap interventies wordt bij sociale angst in frequent

voorkomende situaties gekozen voor de psychologische behandelingen cognitieve therapie of exposure in vivo;

- als bij behandeling met farmacotherapie (incidenteel, in niet-frequent voorkomende situaties) onvoldoende herstel optreedt is psychologische/psychotherapeutische behandeling aanbevolen.

Na maximaal 12 weken wordt de psychologische/psychotherapeutische behandeling geëvalueerd. Als geen herstel optreedt, wordt de psychologische behandelvorm overgestapt. Als geen herstel optreedt, wordt de psychologische behandeling aangevuld met taakconcentratie-training, met name wanneer er een sterke gerichtheid is op symptomen zoals trillen, blozen of transpireren. Als geen herstel optreedt met (incidentele) farmacotherapie noch de drie stappen psychologische behandeling, wordt overgegaan op de behandelstappen voor sociale-angststoornis, gegeneraliseerde subtype.

Bij herstel wordt terugvalpreventie gegeven en wordt de psychologische behandeling afgesloten. Medicatie kan zo nodig op incidentele basis worden gecontinueerd.

5.11.6 Specifieke fobie

Bij specifieke fobie

specifieke fobie: In psychologische behandeling van specifieke fobie kan gebruik worden gemaakt van cognitieve elementen om de kans op succesvolle exposure te verhogen, wanneer de patiënt exposure nog niet aandurft of wanneer exposure alleen te weinig effect blijkt te hebben. Verschillende soorten cognitieve therapie kunnen zinvol zijn bij de behandeling van specifieke fobieën.

wordt een psychologische behandeling aangeboden met technieken gebaseerd op exposure in vivo

exposure in vivo: Exposure in vivo moet worden toegepast als een betrekkelijk intensieve behandeling. Deze moet minimaal twaalf weken duren en er moet dagelijks minimaal een uur (zelf)exposure worden toegepast. Met specifieke situaties wordt net zo lang geoefend totdat de situatie geen angst meer oproept. De therapeut moet duidelijke instructies en feedback geven over de wijze waarop exposure in vivo werkt en moet te worden uitgevoerd.

[Meer informatie](#)

(eerste keus) of imaginaire exposure (tweede keus als exposure in vivo niet haalbaar blijkt, bijvoorbeeld omdat de patiënt het (nog) niet aandurft). Schat in en overleg met de patiënt of een vorm van continue exposure geboden kan worden of dat graduele exposure meer passend is. Voorafgaand aan exposure wordt geruststellende informatie gegeven over de objectieve gevaren met betrekking tot de fobische situatie. Overweeg bij bloed/letsel/injectiefobieën om 'applied tension' aan te bieden en coping als hulpinterventie in de vorm van passende omgangsvormen bij dierfobieën.

Behandel een frequent voorkomende specifieke fobie van het type dier-, natuur-, of overige, evenals

bloed-, letsel- of injectiefobie met exposure in vivo. Bij een psychologische behandeling wordt in principe uitgegaan van wekelijkse zittingen. Bij specifieke fobie is het mogelijk om een aantal zittingen samen te voegen tot een langer durende zitting van twee of drie uur.

Hulpinterventies die bij exposure in vivo doorgaans worden toegepast zijn coping, modeling en geruststellende informatie verstrekken over de fobische prikkel. Deze interventies kunnen gezien worden als cognitieve elementen binnen exposure behandelingen om de kans op succesvolle exposure te verhogen, wanneer de patiënt exposure nog niet aandurft of wanneer exposure alleen te weinig effect blijkt te hebben.

Combineer, als de behandeling onvoldoende resultaat oplevert, met cognitieve interventies en/of coping en/of modeling.

5.12 Medicamenteuze behandeling - ongeacht type angststoornis

5.12.1 Welke typen medicatie en afwegingen om wel/niet te starten

Verschillende geneesmiddelengroepen kunnen effectief zijn in de behandeling van angststoornissen bij volwassenen:

- selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's);
- serotonine-norepinefrine heropname remmers (SNRI's);
- tricyclische antidepressiva (TCA's);
- benzodiazepinen;
- overige anxiolitica (buspiron, pregabaline).

Adequate toepassing van farmacotherapie is afhankelijk van de aard en ernst van de angststoornis en van het geneesmiddel. De keuze voor een bepaald middel wordt voornamelijk gebaseerd op het soort klachten en symptomen waarop de medicamenteuze behandeling is gericht, uitgaande van de behandelalgoritmes in de multidisciplinaire richtlijn voor angststoornissen. Verder zijn de (eerdere) ervaring van de patiënt met het middel, te verwachten bijwerkingen, comorbiditeit, co-medicatie en risico's bij overdosering belangrijke aspecten in de overwegingen bij medicamenteuze behandeling.

Voor de stappenvolgorde in de farmacotherapie bij angststoornissen worden de algoritmes in de [MDR Angststoornissen](#) gevolgd die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en de mate waarin bijwerkingen optreden gedurende een behandeling. De start- en streefdoseringen en evaluatiemomenten zoals beschreven in de MDR Angststoornissen worden gevolgd.

De plaats van farmacotherapie in de behandeling bij angststoornissen is beperkt. Volledig herstel treedt vaak niet op en na staken van de behandeling keren de oorspronkelijke klachten vaak terug. Bij ongecompliceerde angststoornissen zonder comorbiditeit heeft psychotherapie (voornamelijk cognitieve gedragstherapie) de voorkeur. Bij angststoornissen met depressie als comorbiditeit is er een voorkeur voor een serotonerg werkend antidepressivum vanwege een betere tolerantie en de aard van de bijwerkingen.

Voor een optimaal resultaat van de behandeling met medicatie zijn goede farmaceutische zorg

(volgens de [Nederlandse Apotheek Norm](#)), zorgvuldige gegevensoverdracht en afspraken tussen betrokken zorgverleners noodzakelijk. De patiënt krijgt de begeleiding die nodig is om de medicatie zorgvuldig te gebruiken en mogelijkheden om in gesprek te treden met de zorgverleners over de behandeling en om zorgen en vragen snel te kunnen bespreken met de zorgverlener. Het moet de patiënt duidelijk zijn hoe in acute situaties een beroep kan worden gedaan op 24-uurs beschikbaarheid en bereikbaarheid van de zorgverlener. Medicatieveiligheid en therapietrouw zijn voornamelijk aandachtspunten.

5.12.2 Opbouw

Van belang is dat voor dat er gestart wordt met de behandeling de zorgverlener voorlichting geeft over de werking en de verwachte bijwerkingen van de medicatie en eventuele zorgen bespreekt met betrekking tot het ontstaan van afhankelijkheid. Vooral in de eerste weken na de start met medicatie, maar ook daarna, kunnen bijwerkingen optreden. Die kunnen van invloed zijn op het lichamelijke en cognitieve functioneren in het dagelijkse leven, zoals tijdens werk of bij deelname aan het verkeer. Als het gebruik van medicatie de veiligheid van de patiënt zelf of van derden in gevaar kan brengen moeten hieraan restricties worden verbonden.

5.12.3 Aandachtspunten t.a.v. therapietrouw medicatiegebruik

Om een goede therapietrouw te bevorderen is het van belang de patiënt bij het starten van de medicamenteuze behandeling goede informatie te geven over te verwachten bijwerkingen en hoe hiermee om te gaan. Gaandeweg de behandeling worden adviezen gegeven voor zelfmanagement en het volhouden van de behandeling.

Het is belangrijk om eventuele zorgen en angsten met betrekking tot het (langdurig) gebruik van medicatie op een open manier te bespreken met de patiënt, ook om te voorkomen dat de patiënt stopt met medicatie of onregelmatig gaat gebruiken. Patiënten willen de bijwerkingen die ze ervaren snel kunnen bespreken met hun zorgverlener.

Op langere termijn kunnen het aanhouden van de initiële bijwerkingen en het optreden van andere optredende bijwerkingen belastend zijn en de therapietrouw verminderen of een reden zijn voor patiënten om te stoppen met medicatie. Voor zorgvuldig en doeltreffend gebruik is herhaalde voorlichting en bespreking van de werking van het geneesmiddel, de bijwerkingen en hoe hiermee om te gaan waaronder leefstijladviezen van groot belang. Zie hiervoor de kwaliteitsstandaard [Bijwerkingen](#). Medicatieveiligheid en therapietrouw blijven voornamelijk aandachtspunten bij vervolgsafspraken.

Altijd vindt bij de medicatieverstrekking medicatiebewaking plaats bijvoorbeeld als interacties met reeds gebruikte medicatie verwacht worden. Bij het gebruik van meerdere medicijnen of wanneer de patiënt langdurig met medicatie wordt behandeld, worden de werking en bijwerkingen regelmatig geëvalueerd en wordt het voortzetten of stoppen van de behandeling met medicatie besproken. Zie voor aanbevelingen over preventie, monitoring en behandeling van bijwerkingen de kwaliteitsstandaard [Bijwerkingen](#).

Patiënten gaan in het algemeen bewust en serieus om met de medicatie en hebben daar allerlei hulpmiddelen voor. Zelfmanagement wordt ondersteund door kleine hulpmiddelen, zoals een

pillendoosje met een alarm dat afgaat op het tijdstip dat de medicatie moet worden ingenomen, een inname-schema, een weekdoos of weekafleveringen. In geval van slikproblemen kan een andere toedieningsvorm een oplossing zijn.

5.12.4 Afbouw

Het afbouwen van medicatie is aan de orde wanneer de patiënt (geruime tijd) hersteld is van diens klachten of vanwege het overstappen op een ander middel of andere behandelvorm. Op basis van gezamenlijke besluitvorming wordt het afbouwen van medicatie ingezet.

Zorgvuldige begeleiding zowel bij het afbouwen als enige tijd na het afbouwen is noodzakelijk waarbij aandacht wordt besteed aan de onttrekkingsverschijnselen; deze kunnen lijken op symptomen van terugval en moeten hiervan onderscheiden worden. Om terugval te voorkomen of tijdig te herkennen wordt bij het afbouwen van de medicatie de dosering geleidelijk verlaagd. Hiervoor wordt ruim de tijd genomen: tenminste twee maanden tot een half jaar.

Voor dosisreductie en het secuur afbouwen van de medicatie moeten patiënt en zorgverlener een afbouwschema volgen dat past bij de medicatie en bij de (eerdere ervaringen van de) patiënt. Het doel hiervan is het risico op onttrekkingsverschijnselen en terugval of de ernst ervan zoveel mogelijk te verminderen.

Onttrekkingsverschijnselen kunnen heftig zijn en variëren per middel en per patiënt in de mate van ernst of last die wordt ervaren. Bij onthoudingsverschijnselen kan het geven van uitleg geruststellend zijn en volstaat soms een expectatieve benadering, waarbij zo nodig de afbouw iets wordt vertraagd. Ook in overleg met de apotheker kan een afbouwschema worden opgesteld.

Het al dan niet optreden van een terugval is vooraf niet altijd goed in te schatten. Van belang is dat de patiënt in acute situaties kan rekenen op 24-uurs bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorgverlener. Bij terugval bij afbouwen is het beleid: weer terug naar die dosering waarop er geen verschijnselen waren en langer doorbehandelen.

5.12.5 Medicatie kind en jongere

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is bij angststoornissen de behandeling van eerste keus. Het is onduidelijk of CGT superieur is ten opzichte van medicatie (SSRI's/SSNRI's). Er zijn weinig studies, waarbij een SSRI direct vergeleken wordt met CGT en die studies laten even goede effecten zien van medicatie en CGT. Verder valt op dat er weinig goede follow-up studies zijn, dus dat de meeste effecten niet langer dan 6 maanden tot een jaar gevolgd worden.

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

James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler A & Choke A. (2015) Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 18 (2).

Bij langere follow-ups lijken de effecten kleiner te worden. Omdat medicatie veel bijwerkingen kent, waaronder een mogelijk verhoogd suïciderisico, en er alternatieve en tenminste even effectieve behandelingen zijn voor angst, is het voorschrijven van medicatie omstreden en wordt medicatie niet als eerste keus aangeraden.

Bron: James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler A & Choke A. (2015) Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 18 (2).

Bij een comorbide stemmingsstoornis wordt verwezen naar de adviezen in de zorgstandaard [Depressieve stoornissen](#).

5.12.6 Medicatie bij ouderen

De aanbevelingen bij ouderen wijken inhoudelijk niet sterk af van de aanbevelingen voor volwassenen tot 65 jaar.

- Bij ouderen bestaat een voorkeur voor SSRI's boven TCA's. Bij het voorschrijven van SSRI's en TCA's aan ouderen wordt op basis van best practice geconcludeerd dat het raadzaam is om bij ouderen een lagere begin dosering te hanteren en de dosering langzamer op te bouwen. Anderzijds moet wel gestreefd worden naar een einddosering waarvan optimale therapeutische werkzaamheid verwacht mag worden.
- Benzodiazepinen worden bij ouderen ontraden vanwege het valrisico, het verslavingsrisico en het risico op verminderd cognitief functioneren.

Het afstemmen van het medicatiebeleid op eventuele medicatie voor andere somatische aandoeningen heeft bij ouderen voortdurend de aandacht.

5.13 Medicamenteuze behandeling per type angststoornis

De [MDR Angststoornissen](#) geeft voor de verschillende type angststoornissen een aantal farmacotherapeutische mogelijkheden. Deze worden onderstaand kort samengevat, in alfabetische volgorde. De zorgverlener moet in ieder geval uitgaan van de start- en streefdoseringen zoals

beschreven in de richtlijnen ([MDR Angststoornissen](#) en [NHG-Standaard Angst](#)) en geeft uitleg over het doseringsschema en het belang van therapietrouw. In het algemeen moet medicatie geleidelijk worden opgebouwd om het optreden van bijwerkingen te voorkomen of verminderen.

5.13.1 Gegeneraliseerde angststoornis (GAS)

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de gegeneraliseerde-angststoornis (GAS)

farmacotherapeutische behandeling van de gegeneraliseerde-angststoornis (GAS):

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) kunnen geïndiceerd zijn:

- antidepressiva (zie par. 8.1.4. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen);
- SSRI's: paroxetine, escitalopram en sertraline;
- SNRI's: venlafaxine en duloxetine;
- TCA's: imipramine of trazodon;
- buspiron (zie par. 8.1.3. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen);
- benzodiazepinen: alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam (zie par. 8.1.4. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen);
- pregabaline (zie par. 8.1.5. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen).

Niet geïndiceerd in de behandeling van GAS zijn bètablokkers en antipsychotica.

[Meer informatie](#)

kunnen geïndiceerd zijn:

- antidepressiva (SSRI's: paroxetine, escitalopram en sertraline; SNRI's: venlafaxine en duloxetine; TCA's: imipramine of trazodon);
- buspiron;
- benzodiazepinen (alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam);
- pregabaline.

Niet geïndiceerd in de behandeling van GAS zijn bètablokkers en antipsychotica. Voordat een benzodiazepine of pregabaline wordt gegeven moet eerst cognitieve gedragstherapie worden overwogen.

Na 6 weken kan het effect van de medicamenteuze behandeling met antidepressiva (SSRI's, SNRI's en TCA's) of buspiron worden geëvalueerd:

- Wanneer na 6 weken behandeling geen of een beperkt effect geobserveerd wordt en het middel goed wordt verdragen, kan de dosering worden verhoogd.
- Nadat de effectief bevonden medicatie 6 weken na instellen effectief gebleken is, wordt de patiënt minimaal één jaar doorbehandeld om daarna zo mogelijk de dosering langzaam af te bouwen.
- Bij benzodiazepinen geldt dat wanneer deze na 1-2 weken effectief gebleken zijn de patiënt gedurende een half jaar tot een jaar wordt doorbehandeld. De dagdosering wordt zo mogelijk verminderd.

- Bij pregabaline geldt bij gebleken effectiviteit na 4 weken dat de patiënt langdurig, in ieder geval een jaar, doorbehandeld wordt. Vervolgens wordt geprobeerd om de medicatie af te bouwen.

Bij herstel wordt de medicatie minimaal één jaar voortgezet en daarna afgebouwd met terugvalpreventie. Bij terugval wordt de medicatie herstart en langer gecontinueerd.

5.13.2 Obsessieve-compulsieve stoornis (OCS)

Voor de farmacotherapeutische behandeling van OCS kunnen geïndiceerd zijn: SSRI's en TCA (clomipramine). Daarnaast is er onderzoek met betrekking tot antipsychotica en andere middelen als additie bij een ander middel (meestal een SSRI of clomipramine) om de effectiviteit te verhogen. Venlafaxine (een SNRI) is beperkt onderzocht.

Nadat SSRI's na instellen effectief gebleken zijn wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. Als de patiënt een maximaal effect bereikt heeft en enige tijd stabiel is naar het oordeel van een clinicus, bijvoorbeeld 1 jaar, kan geprobeerd worden de dagdosering stapsgewijs te verlagen naar een minimaal effectieve dosering. Dit wordt langzaam in stappen van 3 maanden gedaan waarbij het effect na 12 weken wordt geëvalueerd en eventuele terugval goed in de gaten wordt gehouden.

Nadat clomipramine (TCA) na 12 weken effectief gebleken is wordt de patiënt langdurig doorbehandeld in een minimale dosering. De dagdosering kan daarna stapsgewijs worden verlaagd. Wanneer de klachten van de patiënt in remissie zijn gebleven na deze verlaging bij evaluatie na 12 weken kan de dagdosering opnieuw een stap verminderd worden. Dit wordt steeds langzaam in stappen van 3 maanden gedaan waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden.

5.13.3 Paniekstoornis (PS)

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de paniekstoornis (met of zonder agorafobie)

farmacotherapeutische behandeling van de paniekstoornis (met of zonder agorafobie): Meer specifieke toelichting vind u in de achtergronddocumenten van deze standaard, klik op 'Lees meer'.

[Meer informatie](#)

kunnen geïndiceerd zijn:

- antidepressiva (SSRI's: citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline; SNRI's: venlafaxine);
- TCA's (clomipramine);
- (high potency) benzodiazepinen (oxazepam, alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam);
- MAOI (fenelzine).

Bij het overstappen van een SSRI op een ander middel of andere behandeling moet altijd ook gedragstherapie overwogen worden, als dat al niet eerder gedaan is. Verder is er een voorkeur om venlafaxine niet in de generalistische zorg of de basis ggz toe te passen. De MAOI's hebben een

beperkt toepassingsgebied en moeten worden gereserveerd voor therapieresistente patiënten en net als de (high potency) benzodiazepinen alleen in gespecialiseerde ggz.

Nadat antidepressiva na minimaal 4 weken behandeling op de streefdosering effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd en kan daarna zo mogelijk bij remissie van de klachten worden verlaagd. Het afbouwen wordt langzaam in stappen van 3 maanden per dosisstap gedaan waarbij eventuele terugval goed gemonitord moet worden. Bij terugval wordt de medicatie herstart en langer gecontinueerd.

Nadat de (high potency) benzodiazepine na enige dagen tot weken effectief gebleken is, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd en kan daarna zo mogelijk bij remissie van de klachten worden verlaagd. Dit wordt langzaam in stappen van 3 maanden per dosisstap gedaan waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden.

Wanneer men uiteindelijk in de fase van een MAOI beland is, is een zeer langdurige (jarenlange) onderhoudsbehandeling te overwegen. MAOI's moeten alleen door een psychiater voorgeschreven worden. Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen vanwege de mogelijke bijwerkingen zoals orthostase en het instellen op een tyraminebeperkt dieet. Uit de klinische praktijk blijkt dat fenelzine bij gebleken effectiviteit langdurig moet worden voorgeschreven, conform de SSRI's en de TCA's, mogelijk ook omdat MAOI's in het algemeen bij daarvoor therapieresistente patiënten toegepast worden.

5.13.4 Sociale angststoornis (SAS)

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de sociale-angststoornis (SAS)

farmacotherapeutische behandeling van de sociale-angststoornis (SAS): Meer gedetailleerde informatie vindt u in de achtergronddocumenten bij deze standaard. Klik op 'Lees meer'.
[Meer informatie](#)

kunnen geïndiceerd zijn:

- antidepressiva (SSRI's; SNRI's: venlafaxine);
- benzodiazepinen (oxazepam, alprazolam, clonazepam en bromazepam);
- MAOI (fenelzine);
- bètablokkers (propranolol en atenolol (alleen specifieke subtype)).

Er is een voorkeur om venlafaxine niet in de generalistische zorg of de basis ggz toe te passen. De MAOI's hebben een beperkt toepassingsgebied en moeten worden gereserveerd voor therapieresistente patiënten (en net als de (high potency) benzodiazepinen alleen in gespecialiseerde ggz.

Nadat SSRI's na 12 weken effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De

dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gecontinueerd en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit verminderen gaat langzaam in stappen van 3 maanden waarbij een terugval goed geëvalueerd wordt. Ook wordt de patiënt gewaarschuwd voor onthoudingsverschijnselen, welke onderscheiden moeten worden van een recidief van de SAS.

In de klinische praktijk blijken alle SSRI's en venlafaxine bij langdurig gebruik effectief. Uit de klinische praktijk blijkt dat soms overwogen kan worden de dosering na een jaar geleidelijk te verminderen. Ook blijkt hier dat patiënten soms op de langere termijn met een lagere dagdosering uit kunnen komen. Dit wordt in de klinische praktijk bepaald door de dagdosering van de SSRI's of door venlafaxine stapsgewijs te verlagen en het effect van deze verlaging na 12 weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënten in remissie zijn gebleven na deze verlaging kan de dagdosering opnieuw stapsgewijs verlaagd worden. Bij een deel van de patiënten blijkt een langduriger onderhoudsbehandeling noodzakelijk.

De MAOI fenelzine is gereserveerd voor therapieresistente patiënten en moet bij gebleken effectiviteit langdurig worden voorgeschreven. Wanneer men uiteindelijk in de fase van een MAOI beland is, is een zeer langdurige onderhoudsbehandeling te overwegen. Bij gebruik van fenelzine is het houden van een tyramine-arm dieet (beperking van gerijpte kaassoorten, zuurkool, gist- en sojaproducten, vleeswaren en rode wijn) noodzakelijk vanwege het risico op een snel stijgende bloeddruk en wordt de patiënt geadviseerd zich hieraan te houden. Gegevens over het effect op langere termijn ontbreken.

Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen. Uit de klinische praktijk blijkt dat fenelzine bij gebleken effectiviteit langdurig moet worden voorgeschreven conform de SSRI's. Opgemerkt moet nog worden dat MAOI's alleen op artsenverklaring door een psychiater kunnen worden voorgeschreven.

De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam zijn in de farmacotherapie van de gegeneraliseerde SAS effectief gebleken. De effectiviteit bij het specifieke subtype is onduidelijk of niet aanwezig. Vanwege de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid van deze middelen zijn deze geen eerste keuze en moeten ze na de SSRI's worden gegeven. Het lijkt zinnig voordat benzodiazepinen worden gegeven eerst cognitieve gedragstherapie te proberen.

5.13.5 Specifieke fobie

Medicatie wordt niet aangeraden bij een specifieke fobie. Wanneer een patiënt met een specifieke fobie geen baat heeft bij een gedragstherapeutische behandeling en dagelijks lijdt onder de angsten kan behandeling met een antidepressivum worden overwogen. Benzodiazepinen moeten worden gereserveerd voor patiënten die zeer onregelmatig of weinig frequent met de fobische stimulus worden geconfronteerd, die niet gemotiveerd zijn voor gedragstherapie en de betreffende situatie niet kunnen ontwijken. Gedurende de blootstelling aan de fobische stimulus (bijvoorbeeld tijdens het reizen in een vliegtuig) kan een benzodiazepine worden voorgeschreven in een lage dosering.

5.14 Biologische behandeling

Psychochirurgische interventies bij OCS zijn moderne stereotactische neurochirurgische procedures zoals cingulotomie en capsulotomie. Complicaties van de ingreep zijn postoperatieve infecties, neurologische uitval, postoperatieve epilepsie en persoonlijkheidsveranderingen. Bij zeer ernstige

therapieresistente OCS moet op basis van gezamenlijke besluitvorming verwijzing naar de Werkgroep Psychochirurgie overwogen worden voor beoordeling of een patiënt voor deze behandeling in aanmerking komt. De ingreep moet in een gespecialiseerd centrum worden uitgevoerd. De ervaring leert dat deze vorm van behandeling in Nederland zeer weinig wordt toegepast.

Deep Brain Stimulation (DBS) is een reversibele vorm van psychochirurgische behandeling. Bij zeer ernstige, invaliderende, therapieresistente OCS kan verwijzing naar een psychiatrisch centrum waar DBS wordt toegepast overwogen worden.

5.15 Vaktherapie

Vaktherapieën (beeldende-, dans-, drama-, muziek- en psychomotorische therapie) zijn ondersteunende interventies die gericht zijn op de gevolgen van angststoornissen voor het persoonlijk functioneren. Vaktherapie kan worden ingezet bij de behandeling van alle typen angstklachten en -stoornissen.

Algemeen gestelde doelen binnen vaktherapie zijn:

- leren lichamelijke sensaties en emoties te voelen, te verdragen en of te uiten;
- het kunnen inzetten van incompatibel gedrag danwel contra-conditionering;
- herhaling van exposure aan de gevreesde trigger in een andere context;
- bewerken van negatieve cognities die een klachtinstandhoudende factor zijn door gebruik making van experiëntiële oefeningen;
- verbeteren van (cognitieve) flexibiliteit, zelfbeeld, spontaan gedrag en plezier.

Vaktherapie wordt meestal in het kader van een breder behandelprogramma aangeboden waarvan farmacotherapie en/of psychotherapeutische interventies primair gericht op het terugdringen van de angststoornis deel uitmaken. Meer informatie: zie de generieke module Vaktherapie.

Danstherapie kan een positief effect hebben op het verhogen van de kwaliteit van leven, het verminderen van stress- en angstklachten, het verbeteren van de stressregulatie en regulatie van adem- en hartritmes.

Dramatherapie bij sociale angst, specifieke fobie en angstklachten kan bijdragen aan symptoomreductie en werkt ondersteunend in combinatie met cognitieve gedragstherapie. De therapie draagt bij aan de motivatie tot het doen van exposure, kwaliteit van leven en de verbetering van het zelfbeeld.

Muziektherapie kan een toegevoegde waarde hebben in het verminderen van angstsymptomen bij een sociale angststoornis en bij een obsessieve-compulsieve stoornis. Muziektherapie kan bijdragen aan het verbeteren van sociaal functioneren, het verstevigen van het zelfvertrouwen en het verhogen van de kwaliteit van leven.

Het toevoegen van deelelementen van psychomotorische therapie, specifiek het lichamenlijk bewegen, aan een cognitief gedragstherapeutische behandeling kan een versterkend effect hebben op het verminderen van angstklachten bij sociale fobie en paniekstoornis.

5.16 Complementaire en aanvullende behandelwijzen

Uit onderzoek naar het aanbod van complementaire en alternatieve geneeswijzen door ziekenhuizen, verpleeghuizen en ggz-instellingen blijkt dat 'angst' één van de belangrijkste indicaties is om complementaire behandelwijzen aan te bieden.

Bron: Busch M, Jong, M en Baars E. (2015). Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen, Eerste Nederlandse inventarisatie.

Ook patiënten initiëren, vaak als aanvulling op reguliere behandelwijzen, andere manieren om hun klachten te verminderen en hun kwaliteit van leven te vergroten. Hierover moeten patiënt en zorgverlener informatie uitwisselen en afspraken maken. Met name kruiden en zelfzorg-medicijnen, zoals pijnstillers of middelen tegen spierpijn, moeten worden besproken vanwege mogelijk optredende interacties of onduidelijkheid over de effectiviteit van voorgeschreven medicatie.

Patiënten kiezen volgens de Angst Dwang en Fobie Stichting vaak één of meerdere van de volgende interventies

Bron: ADF stichting (2016). Achterbanraadpleging voor de zorgstandaard Angst

:

- eerste stap interventies: spontaan benoemd werden: mindfulness en mindfulness based cognitive therapy (zoals ACT), zelfontwikkeling en applied relaxation (zoals massage, ontspanningsoefeningen, haptonomie, ademhalingssoefeningen, lichaamswerk, running therapie, sporten, mensendieck, cesartherapie, alexander concept, bio-danza, slaaphygiëne, herstelactiviteiten);
- psychosociale, psychologische en psychotherapeutische behandeling: spontaan benoemd werden: exposure, sociale vaardigheidstraining, yoga, groepstherapieën, non-verbale therapieën, zelfanalyse en neurofeedback;
- psycho-educatie: spontaan benoemd werd: uitwisseling met lotgenoten;
- biologische behandeling: spontaan benoemd werd: stoppen met cafeïne;
- vaktherapie: spontaan benoemd werden: muziektherapie, zangtherapie, schrijftherapie.

5.17 Behandeling bij therapieresistente angststoornissen

Bij therapieresistente angststoornissen wordt geadviseerd in samenspraak met de patiënt en desgewenst een naastbetrokkene na te gaan of de reguliere behandelstappen conform de [Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen](#) in frequentie, duur en dosering adequaat uitgevoerd zijn, zowel wat betreft de psychologische als de medicamenteuze behandelstappen. In intervisie met collega's wordt nagegaan waardoor de therapie niet werkt; is deze wel of niet goed uitgevoerd of past deze behandeling niet bij deze patiënt. Afhankelijk van de conclusie wordt de behandeling

geoptimaliseerd of vindt herevaluatie van de problematiek plaats.

Wanneer adequaat volgens de [Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen](#) behandeld is en geen positief effect is opgetreden, worden de volgende mogelijkheden overwogen en besproken op basis van gezamenlijke besluitvorming.

- Bij comorbiditeit aandacht geven aan adequate behandeling van de comorbide aandoening(en).
- De behandeling intensiveren in een ambulante professioneel netwerk of (dag) klinische setting.
- Andere psychologische en/of medicamenteuze behandelopties bij een professional op het gebied van angststoornissen (psychiater, psycholoog), in een ambulante professioneel netwerk of in een in angststoornissen gespecialiseerd centrum.

Als behandelmethoden onvoldoende resultaat opleveren zonder dat duidelijk is hoe dit komt: overweeg een second opinion bij een expert op het gebied van angststoornissen (psychiater/psycholoog), in een ambulante professioneel netwerk of in een in angststoornissen gespecialiseerd centrum. Of overweeg deze expert een advies te laten geven aan de verwijzende behandelaar over wat aan vervolgbehandeling nodig is, zodat de verwijzende behandelaar de behandeling kan vervolgen of als passend kan verwijzen naar een andere professional (psycholoog/psychiater) in een ambulante professioneel netwerk of naar een gespecialiseerd centrum.

Als behandeling onvoldoende resultaat heeft zonder duidelijke oorzaak en er afdoende onderzoek gedaan is: focus op verhelderen hoe de patiënt wil werken aan verbetering van kwaliteit van leven, rehabilitatie en re-integratie ondanks de aandoening en blijf laagfrequent evalueren.

Bij het ontbreken van verdere behandelopties wordt een laagfrequent contact onderhouden met een specialist (psychiater/psycholoog/verpleegkundig specialist) en ter begeleiding, behandeloptimalisatie, evaluatie en voorkoming van complicaties met deze specialist of met de huisarts/POH-GGZ.

5.18 Terugvalpreventie

Bij voldoende respons op de behandeling en bij het bereiken van stabiele remissie vindt altijd terugvalpreventie

terugvalpreventie: Voor afsluiting van de therapie maakt de zorgverlener samen met de patiënt een signaleringsplan om mogelijke signalen van terugval te herkennen, zowel door de patiënt zelf alsook voor diens naaste omgeving. Aansluitend kan worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

plaats. Dit ter voorkoming van terugval en een chronisch beloop van angstklachten en -stoornissen. Na een ernstige episode kan worden gedacht aan preventieve cognitieve therapie of mindfulness based cognitieve therapie (MBCT; aandachtgerichte cognitieve therapie). Bij onvoldoende respons wordt overgestapt naar een volgende behandeling conform het algoritme in de Multidisciplinaire

richtlijn Angststoornissen.

Mensen die een angststoornis hebben doorgemaakt vinden het belangrijk dat de toegankelijkheid van de zorg vergroot wordt, om zo om een dreigende terugval te voorkomen. Dit kan door regelmatige monitoring gedurende meerdere jaren, het standaard opstellen van een signaleringsplan en het maken van afspraken over contactmogelijkheden bij een dreigende terugval.

Veel mensen vinden eigen manieren om een terugval te voorkomen. Het is belangrijk dat een behandelaar hier tijdens de behandeling expliciet aandacht aan besteedt en de patiënt het vertrouwen en de aanmoediging geeft die nodig zijn voor zelfmanagement.

5.19 Begeleiding van naasten

Vanwege de gevolgen van psychische klachten voor de eventuele partner, kinderen, ouders, andere gezinsleden of andere naastbetrokkenen wordt overwogen om hun psycho-educatie aan te bieden over de problematiek en de behandeling en waar nodig passende ondersteuning.

Kinderen van een ouder die psychische klachten heeft, hebben een verhoogd risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen. De ouder met psychische problematiek of diens partner kan specifieke opvoedingsvragen hebben of bezorgd zijn over de ontwikkeling van zijn of haar kind. Soms vraagt de ouder met angststoornissen zich af wat het kind wel of niet moet weten over zijn of haar psychische klachten. Dit kunnen zinvolle thema's zijn in gesprek met een professional, desgewenst samen met iemand uit de jeugdhulp. Een ouder met psychische problemen is niet altijd in staat om de rol als opvoeder volledig te vervullen. Het risico op problemen bij kinderen is groter naarmate het kind jonger is, de klachten bij de ouder ernstiger en langduriger aanwezig zijn en het sociale netwerk beperkter is. Samen met de patiënt en de partner, de familie en het beschikbare sociale netwerk kan zo nodig een plan gemaakt worden om ervoor te zorgen dat de kinderen zo weinig mogelijk last ondervinden van de situatie en zoveel mogelijk worden ondersteund.

Bij patiënten met langer durende problematiek die zorgtaken voor kinderen hebben, moet worden gelet op signalen van (psychische) problemen bij het kind, huiselijk geweld en kindermishandeling. Bij het vermoeden van risico's wordt de [kindcheck](#) uitgevoerd. Zie hiervoor de [Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische en/of Verslavingsproblemen](#) en de [Toolkit Aanpak kindermishandeling en huiselijk geweld in de huisartsenzorg](#).

Naastbetrokkenen van mensen met psychische klachten kunnen extra belast zijn door het bieden van emotionele steun; toezicht houden op het naleven van (medicatie)adviezen; huishoudelijke hulp of hulp bij het nakomen van verplichtingen als scholier, student, werknemer of ouder. Zij worden vaak geconfronteerd met stigmatisering, schuldgevoelens, (onverwachte) veranderingen in het gedrag van de patiënt of een veranderde relatie met de patiënt.

- Zie de kwaliteitsstandaard Naasten.
- Zie ook Ondersteuning van het netwerk binnen het hoofdstuk over Herstel, participatie en re-integratie.

6. Herstel, participatie en re-integratie

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

6.1 Aandacht voor herstel en participatie vanaf de start

Herstel, participatie en re-integratie zijn aandachtspunten vanaf de start van de behandeling van of begeleiding bij angststoornissen. De zorg gericht op herstel, participatie en re-integratie betreft interventies die gericht zijn op het gewone leven en daaraan deelnemen. Hier staan niet zozeer de angststoornissen centraal, als wel het leven met (de gevolgen van) deze stoornissen en het verschuiven van de focus van ziekte naar gezondheid. Mentaal welbevinden is maar één dimensie van gezondheid. Patiënten vullen het begrip gezondheid breed in; andere dimensies zijn:

- lichaamsfuncties en dagelijks functioneren (voor jezelf kunnen zorgen);
- sociaal-maatschappelijk participeren (zinvolle contacten en bezigheden hebben);
- kwaliteit van leven (geluk beleven);
- zingeving (doelen of idealen nastreven, de spirituele dimensie).

Het zijn dimensies die patiënten bijna allemaal even belangrijk vinden.

Bron: Huber, M. (2014). Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food. (Proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht.

Interventies gericht op herstel, participatie en re-integratie kunnen zowel met een eigenstandig doel ingezet worden als een versterkende, versnellende functie hebben voor psychologische en farmacologische interventies. Terwijl herstel, participatie en re-integratie voor betrokkenen zelf dus vaak de belangrijkste doelen zijn, worden deze thema's hier verhoudingsgewijs kort aangestipt omdat begeleiding en ondersteuning op deze terreinen generiek zijn, oftewel stoornis-overstijgend.

6.2 Herstel

Herstel betekent hier niet zoals in de medische zin van het woord het vrij zijn van symptomen (remissie). Herstel betekent hier het te boven komen van een angststoornis als een ingrijpende gebeurtenis in het persoonlijk leven. Door de verschuiving van ziekte naar gezondheid reikt herstel over de grenzen van de specifieke angstklachten. Het betekent dat de volgende thema's in de behandeling worden meegenomen of behandeldoel kunnen zijn:

- geluk beleven (kwaliteit van leven);
- doelen nastreven (zingeving) en;
- het hebben van zinvolle relaties en activiteiten (sociaal-maatschappelijk participeren)

Van hulpverleners wordt verbinding en creativiteit gevraagd om samen met de patiënt vormen van behandeling of begeleiding te vinden of te ontwikkelen die op de vraag van patiënten en/of hun naastbetrokkenen aansluit.

Voor daadwerkelijk herstel is het hervinden van de eigen kracht van groot belang. Empowerment en eigen regie zijn kernelementen in herstel.

Voor herstel is sociale steun, dagritme, praktische steun en vooral (weer) actief worden met werk en vrije tijd belangrijk. Daardoor kunnen patiënten weer controle krijgen over hun leven, leren omgaan met stemmingen, verantwoordelijkheid nemen en nieuwe mogelijkheden aftasten.

Bij herstel gaat het om een combinatie van informele steun uit de omgeving en professionele hulp (zie [Psychosociale zorg](#)). Herstelondersteunende zorg bestaat uit patiënten eigen keuzes laten maken en ondersteuning bieden bij het naar boven halen van de eigen kracht, zodat de patiënt weer greep en regie krijgt op het eigen leven.

Herstelondersteunende zorg bestaat uit patiënten eigen keuzes laten maken en ondersteuning bieden bij het naar boven halen van de eigen kracht, zodat de patiënt weer greep en regie krijgt op het eigen leven.: Zie de website van Trimbos: herstelondersteunende zorg.

[Meer informatie](#)

De professional kan het herstel faciliteren door in een vroeg stadium van de behandeling of begeleiding het steunsysteem van familie en vrienden actief bij de behandeling te betrekken. Ook tijdens de behandeling is het belangrijk dat de omgeving van patiënt (collega's op het werk) betrokken blijft en dat zorgverleners actief zijn in het contact leggen of ruimte bieden voor gezamenlijke gesprekken. De patiënt houdt regie over dit proces.

Voor herstel is het vanuit patiëntperspectief belangrijk het gevoel te hebben om ondanks klachten deel uit te maken van de maatschappij en mogelijkheden te hebben voor zelfontplooiing. Het zelf accepteren van klachten (en het leren daarmee om te gaan) bevordert het herstel. In dat licht is het belangrijk om met patiënten te bespreken wat lotgenotencontact (patiëntenvereniging) of (begeleide) zelfhulp aan herstel kunnen bijdragen, wat strategieën bij terugval kunnen zijn en welke ondersteuning een sociaal netwerk kan bieden.

In toenemende mate worden ervaringsdeskundigen ingezet bij de begeleiding van patiënten. Ervaringsverhalen bieden de patiënt perspectief: ervaringen van patiënten die hersteld zijn van hun angstklachten geven patiënten die nog niet zo ver zijn een beeld van een goede afloop. Doordat patiënten zich kunnen identificeren geeft het hen moed om een behandeling te beginnen of af te maken. Begeleiding door ervaringsdeskundigen is bovendien laagdrempelig.

6.3 Participatie

Een angststoornis heeft een grote invloed op het gevoelsleven, de cognitieve vermogens en lichamelijke conditie en daarmee op meedoen in de samenleving in het algemeen en het onderhouden

van sociale relaties en het functioneren in werk of op school in het bijzonder. Dit kan aanzienlijke beperkingen in het (sociaal) functioneren tot gevolg hebben.

Participatie in de maatschappij - al dan niet in de vorm van werk of een werkervaringsplaats:

- activeert;
- kan bijdragen aan verbetering van het dagritme en aan;
- het zien van perspectief en;
- kan helpen om grip te krijgen op de aandoening.

Angst veroorzaakt vermijdingsgedrag en zorgt voor vernauwing van het blikveld. Focussen op activering zorgt voor gevoelens van daadkracht en moed en het zich richten op de toekomst. Daarmee kunnen negatieve emoties, cognities en gedrag worden doorbroken.

Functionele beperkingen komen vooral voor bij matige tot ernstige angststoornissen en kunnen verzuim, productieverlies en conflicten tot gevolg hebben. Het plannen, initiëren en uitvoeren van doelgerichte activiteiten is verminderd en de mogelijkheden tot samenwerken, omgaan met conflicten en omgaan met anderen is vaak verslechterd. Deze functionele beperkingen zijn vaak niet geheel hersteld wanneer gestart wordt met het (weer) opbouwen van een sociaal netwerk, (arbeids)re-integratie of terugkeer naar school. Vaak lukt het kinderen niet om volledig naar school te gaan of om het schoolniveau te halen dat passend is bij hun intelligentie. Er moet ook rekening gehouden worden met bijwerkingen van medicatie. Gele sticker medicatie kan een reden zijn om bepaald risicovol werk tijdelijk te vervangen door ander werk.

Als eenmaal duidelijk is welke specifieke beperkingen de betrokkene ervaart op het gebied van arbeid, opleiding, sociale contacten of anderszins, kan in overleg worden gezocht naar een passende interventie gericht op het verminderen van de specifieke beperkingen (verbeteren belastbaarheid).

Rehabilitatiewerkers kunnen ondersteunen bij het proces dat nodig is om (weer) mee te kunnen doen in de maatschappij. De methoden ondersteunen patiënten bij door hen zelf geformuleerde doelen. Die doelen kunnen op elk levensterrein liggen. Er zijn diverse effectieve methodieken zoals Individuele Plaatsing & Steun voor hulp bij het zoeken naar betaald werk, Individuele Rehabilitatie Benadering voor hulp bij persoonlijke participatiedoelende op diverse levensterreinen. Zie hiervoor bijvoorbeeld respectievelijk

Zie hiervoor bijvoorbeeld respectievelijk: Feitelijk is de effectiviteit van dergelijke benaderingen vooral onderzocht voor mensen met diverse aanhoudende psychische aandoeningen. Of dergelijke methoden (even) effectief zijn voor mensen met een angststoornis in het bijzonder, is wetenschappelijk gezien nog de vraag. In de praktijk kan het zijn dat dergelijke benaderingen te intensief zijn en de ontwikkeling van nieuwe, aangepaste benaderingen verdient aanbeveling.

de Multidisciplinaire Richtlijn Werk en Ernstige Psychische Aandoeningen en de [generieke module Ernstige Psychische Aandoeningen](#). Voor mensen met angststoornissen kan ook de methodiek 'Kansen op werk', ontwikkeld door onder andere de ADF stichting, mogelijk werkzaam zijn.

Voor mensen met angststoornissen kan ook de methodiek ‘Kansen op werk’, ontwikkeld door onder andere de ADF stichting, mogelijk werkzaam zijn.: Ook deze methodiek is niet speciaal voor mensen met angststoornissen ontwikkeld, maar zij maken wel deel uit van de doelgroep.

Bron: Mors, Y. (2015). ‘Kansen op werk’ werkt! Evaluatie project ‘Kansen op werk’ 2013 t/m 2015. Driebergen: Angst, Dwang en Fobie Stichting.

De hier beschreven arbeidsbegeleiding kan geboden worden door daartoe opgeleide jobcoaches en andere arbeidsbegeleiders. Ook in de ontwikkeling van de praktijk van arbeidsrehabilitatie is merkbaar dat in toenemende mate de inzet van ervaringsdeskundige arbeidsbegeleiders overwogen en uitgetoet is. Zo is die inzet een van de vernieuwingen in de hierboven genoemde Kansen op Werk benadering, waar ervaringsdeskundigen de rol van trainer/coach en trajectbegeleider vervullen.

6.3.1 Ondersteuning van het netwerk

Ondersteuning aan naastbetrokkenen passend bij de thuissituatie kan het behaalde effect van de behandeling, die primair gericht is op het terugdringen van de stoornis, verstevigen en consolideren. Ondersteunen bij voorkeur in een vroeg stadium van behandeling kan door enerzijds het netwerk te informeren en anderzijds familie en naastbetrokkenen te leren zo goed mogelijk met de patiënt om te gaan. De ondersteuning kan ook bestaan uit het leren bewaken van de eigen grenzen om te voorkomen dat personen uit het netwerk er zelf aan onderdoor gaan. Indien nodig wordt praktische ondersteuning georganiseerd bijvoorbeeld in de vorm van gespecialiseerde thuiszorg.

Bij volwassen patiënten is het belangrijk ook oog te hebben voor het functioneren van de kinderen in het gezin. Kennis van de sociale kaart is hierbij van belang.

Zie ook [begeleiding van naasten](#).

6.4 Re-integratie

In deze zorgstandaard is de term re-integratie specifiek opgevat als ondersteuning bij weer gaan werken aan werknemers die bij aanvang van de zorg een betaalde baan hebben. In die gevallen is werken op arbeidstherapeutische basis een van de re-integratie-instrumenten die de bedrijfsarts kan hanteren wanneer medewerkers door ziekte zijn uitgevallen. Veel mensen met psychische aandoeningen waarderen het als zij aan het arbeidsproces kunnen (blijven) deelnemen en ervaren werken als herstelbevorderend. Ze vinden het wel van belang dat op de werkplek begrip is voor hun problematiek. Steun vanuit de werkplek helpt mensen om werk te behouden of nieuw werk te vinden. Van belang is dat er contact is tussen de zorgverleners over het traject om het herstel te bevorderen. Werken op arbeidstherapeutische basis is een eerste stap in het re-integratietraject naar werk in de

oude of een nieuwe functie, bij een medewerker die binnen enkele maanden in staat zal zijn het oude werk weer op te pakken. Er kan naar een tijdelijke oplossing worden gezocht in taakaanpassing, flexibele werktijden, werkplekaanpassing en/of communicatie en ondersteuning op de werkplek.

Wanneer de ziekteoorzaak mede in het werk gelegen is kunnen afspraken gemaakt worden over werken op arbeidstherapeutische basis, ook als onderdeel van de behandeling. Bij angststoornissen en meer in het bijzonder sociale fobie geldt dit des te meer.

De werkgever en werknemer evalueren bij herhaling hoe het proces verloopt. De werkgever geeft mede op grond daarvan feedback over hoe het terugkeerproces verloopt, zowel naar de werknemer als naar de bedrijfsarts.

Overigens zijn allerlei inzichten op dit gebied zoals het geven van genoemde feedback ook zinvol bij mensen met psychische aandoeningen die naar werk bemiddeld zijn vanuit een situatie van werkloosheid.

7. Samenhang met andere standaarden

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

7.1 Zorgstandaarden

Inhoudelijke samenhang is er met de zorgstandaard [Depressieve stoornissen](#) en de zorgstandaard [Aanpassingsstoornissen \(inclusief overspanning en burn-out\)](#).

7.2 Generieke modules

Samenhang is er in deze zorgstandaard met de volgende generieke modules:

- Arbeid als medicijn;
- Bijwerkingen;
- Comorbiditeit;
- Diagnostiek en behandeling psychische klachten huisartsenpraktijk;
- Diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag;
- Diversiteit;
- eHealth;
- Ernstige psychische aandoeningen (EPA);
- Herstelondersteuning;
- Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken;
- Organisatie van zorg voor kind en jongere;
- Ouderenpsychiatrie;
- Psychische klachten in de kindertijd;
- Psychotherapie;
- Vaktherapie;
- Vroege opsporing van psychische klachten;
- Zelfmanagement;
- Ziekenhuispsychiatrie.

8. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

8.1 Inleiding

In de zorg voor personen met angstklachten of een angststoornis zijn verschillende partijen betrokken.

In de huisartsenzorg, de generalistische basis ggz en in algemene ziekenhuizen vindt signalering plaats van angststoornissen in hoogrisico groepen, bijvoorbeeld patiënten met een eerdere angststoornis, een lichamelijke ziekte die beperkingen in het functioneren veroorzaakt of andere psychische aandoeningen zoals depressie.

Diagnostiek vindt trapsgewijs plaats: in de huisartsenzorg is de diagnostiek globaler en korter dan in de generalistische basis ggz. In de gespecialiseerde ggz en hoogspecialistische ggz is de diagnostiek uitgebreider omdat de angststoornissen zich hier complexer en therapieresistenter presenteren.

In de huisartsenzorg en generalistische basis ggz vindt bij twijfel over de diagnose gaandeweg de behandeling, bij (vermoeden van) interfererende comorbiditeit of wanneer behandelstappen niet tot het gewenste behandelresultaat geleid hebben consultatie van of verwijzing naar de gespecialiseerde ggz plaats. Bij therapieresistentie wordt een second opinion gevraagd bij de gespecialiseerde ggz of hoogspecialistische ggz (academische afdelingen en hoogspecialistische afdelingen) die patiënten met angstklachten en –stoornissen diagnosticeren en behandelen. Bij deze zorgaanbieders kan de behandeling indien nodig worden voortgezet.

Bij jeugdigen met angstklachten of angststoornis is de gemeente verantwoordelijk voor de inzet van de zorg in de verschillende zorgfasen.

De partijen moeten goed samenwerken om zo de continuïteit van zorg te waarborgen. Vanuit het patiëntenperspectief moet de organisatie van zorg ondersteunend zijn bij het kunnen leiden van een waardevol leven en het bereiken van behandeldoelen, en zeker geen barrière vormen. De volgende acties moeten niet uit het oog worden verloren:

- bespreking van wat de patiënt en zijn omgeving daarvoor nodig heeft;
- begeleiding in het omgaan met angstklachten die het dagelijks leven mogelijk maken;
- eigen regie over behandelkeuze en/of medicijngebruik;
- indien gewenst door de patiënt: het betrekken van naasten in de zorg en in dat geval aandacht voor de belastbaarheid en de expertise van naastbetrokkenen, indien gewenst: de inzet van systeemgesprekken;
- regelmatige evaluatie van de afspraken die worden gemaakt over de zorg, van de resultaten van de zorg en bespreking van de wenselijkheid van heroverweging van de behandeling;
- een voor de patiënt acceptabele wachttijd voor behandeling;
- een periodieke 'check up' na afloop van een behandeling in het centrum waar de patiënt onder behandeling is geweest.

Daarnaast is van belang voor een goede organisatie van zorg:

- begeleiding bij de op- en afbouw van medicijnen op grond van het klachtenbeloop;
- het attenderen op informele zorg zoals begeleide zelfhulpgroepen, contactmogelijkheden met lotgenoten en indien gewenst met ervaringsdeskundigen.

Bij verschillende stoornissen/klachten:

- goede samenwerking tussen specialisten en indien gewenst de inzet van een casemanager.

8.2 Zorgstandaard onafhankelijke aspecten

8.2.1 Echelonering en gepast gebruik

De ggz is ingedeeld in echelons: de huisartsenzorg inclusief praktijkondersteuner (POH-GGZ), de generalistische basis ggz en de gespecialiseerde ggz.

Voor kinderen en jeugdigen en hun ouders zijn de gemeenten verantwoordelijk voor een samenhangend en dekkend aanbod in de regio van preventie en zorg voor angstklachten en angststoornissen.

Iemand die angstig is en daarvoor hulp zoekt gaat in de regel naar zijn huisarts. Deze beoordeelt vaak samen met de POH-GGZ de situatie. Op grond van die beoordeling volgt dan behandeling door de huisarts en/of POH-GGZ of verwijzing naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz.

Wanneer verwijzing naar de generalistische basis ggz of de gespecialiseerde ggz geïndiceerd is, dan is terughoudendheid met het starten van farmacotherapie belangrijk. In het geval van wachtlijsten in de ggz wordt de huisarts geadviseerd om te overleggen met een psychiater over het wel of niet starten van medicatie.

Jeugdigen en hun verzorgers kunnen ook als eerste met wijkteams van de gemeente in aanraking komen. De teams bestaan doorgaans uit diverse medewerkers die jeugdhulp verlenen op het gebied van opgroeien en opvoeden (waaronder ook financiële problemen en schuldsanering), geestelijke gezondheidszorg en zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking.

8.2.2 Regiebehandelaar

Om een goede samenwerking te creëren is een regiebehandelaar

regiebehandelaar: Voor duiding van de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de professional als indicierend of coördinerend regiebehandelaar, verwijzen we naar het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ.

[Meer informatie](#)

van belang. De volgende professionals in vrije vestiging of verbonden aan een ggz-instelling kunnen

als regiebehandelaar in de zorg voor mensen met een angststoornis op te treden: GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, orthopedagoog (mits GZ-psycholoog en BIG geregistreerd), psychiater. In een ggz instelling mag daarnaast de verpleegkundig specialist ggz optreden als regiebehandelaar. Bij ggz-instellingen moet altijd een psychiater of klinisch psycholoog voor advies of consultatie beschikbaar zijn. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij/zij voor alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naastbetrokkenen, het centrale aanspreekpunt. Als zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar kan ondersteund worden door andere disciplines zoals sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, basispsycholoog of agogisch werker. Deze professionals werken voor wat betreft hun aandeel onder eigen verantwoordelijkheid. De regiebehandelaar is passend bij het type behandeling en de doelgroep. De verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar zijn per echelon beschreven in het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#).

De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd en werkt volgens geldende beroepsprofielen. In de onderscheiden beroepsprofielen wordt uit de doeken gedaan welke competenties of bekwaamheden iedere zorgverlener moet hebben. De regiebehandelaar zorgt voor de kwaliteit en continuïteit van zorg, en zorgt bij afwezigheid voor vervanging.

Kennis van bestaande wetenschappelijke richtlijnen voor diagnostiek en behandeling zijn voor een goede beroepsuitoefening van belang. Daarnaast zijn goede communicatieve vaardigheden nodig; het vermogen tot samenwerken (niet alleen met de betrokken professionals, maar ook met het netwerk van de patiënt); het op peil houden van kennis en vaardigheden over diagnostiek en behandeling en het nakomen van afspraken om de kwaliteit van de zorgverlening te meten en te verbeteren.

Om er voor te zorgen dat de hulpverlening tijdig, op de juiste plek en door de juiste persoon wordt gegeven is samenwerking tussen de verschillende behandelaars van groot belang. Deze afspraken worden zoveel mogelijk schriftelijk vastgelegd onder eindverantwoordelijkheid van de regiebehandelaar.

8.2.3 Overdracht en consultatie

Om goede randvoorwaarden voor samenwerking te creëren gaat deze zorgstandaard uit van de afspraken gemaakt door de landelijke partijen over welke patiënten in welk ggz echelon thuishoren (zie [Generieke module Landelijke samenwerkingsafspraken tussen huisarts, generalistische basis-ggz en gespecialiseerde GGz](#)). In de Landelijke samenwerkingsafspraken worden aanbevelingen gedaan over de vorm en inhoud van consultatie, verwijzing en terugverwijzing, en over de taakafbakening, verantwoordelijkheidsverdeling, coördinatie en monitoring bij gedeelde zorg.

8.2.4 Informatie-uitwisseling

Individueel zorgplan en het elektronisch patiëntendossier (EPD)

Het is voor patiënt en zorgverleners van belang dat er maximaal één zorgplan per patiënt is. Het individuele zorgplan moet bruikbaar zijn ongeacht bij welke zorgverlener de patiënt in zorg is. In verband met gebruiksgemak en het voorkomen van fouten door dubbelregistratie is digitale beschikbaarheid van belang. Daardoor wordt toegankelijkheid voor de patiënt én de betrokken

zorgverleners haalbaar. De patiëntenrechten worden hierbij gerespecteerd.

Informed consent

De informatieplicht van de zorgverlener en het toestemmingsvereiste vormen een twee-eenheid (informed consent). In de eerste plaats moet de zorgverlener de patiënt op een begrijpelijke en zo volledig mogelijke wijze informeren over de voorgestelde behandeling. Duidelijk moet zijn wat de aard en het doel zijn van de behandeling, welke risico's aan de behandeling verbonden zijn en welke alternatieven mogelijk zijn. De zorgverlener mag pas met de behandeling starten als de patiënt of, indien de patiënt daartoe feitelijk niet in staat is of juridisch niet bekwaam wordt geacht, zijn vertegenwoordiger(s). Indien het vragen van toestemming aan de vertegenwoordiger(s) van de patiënt niet kan worden afgewacht dan kan de behandeling slechts worden gestart indien kennelijk nodig om ernstig nadeel voor de patiënt af te wenden. De behandelaar houdt als goed hulpverlener rekening met verzet en een eventuele schriftelijke wilsverklaring.

8.2.5 Toegankelijkheid

Voor elke patiënt in Nederland is goede (competente, respectvolle en empathische) betaalbare en toegankelijke zorg beschikbaar. Een basisvoorwaarde is dat de patiënt toegang heeft tot een goed en coherent netwerk van zorgvoorzieningen en zorgverleners voor de levering van de benodigde zorg. In acute situaties moet de patiënt kunnen rekenen op 24-uurs beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgverleners. Daarnaast:

- zijn de Treeknormen van toepassing, tenzij er afwijkende normen voor wachten/of toegangstijden zijn vastgelegd;
- is de zorglocatie/praktijk goed bereikbaar met auto en openbaar vervoer;
- is de zorglocatie fysiek goed toegankelijk;
- stemt de zorgverlener dag en tijdstip van afspraken af met de patiënt;
- werkt de zorgverlener zo mogelijk samen met naastbetrokkenen en ondersteunt hen daar waar noodzakelijk;
- is de wachttijd in de wachtkamer van de zorgverlener acceptabel;
- informeert de zorgverlener de patiënt over problemen met de bekostiging van medicijnen of problemen met andere behandelingen die onderdeel zijn van de behandeling en begeleiding van de patiënt en zoekt, voor zover mogelijk, naar alternatieven;
- is in het kader van transitie en toename Wmo georganiseerde begeleiding de juiste ggz-deskundigheid op wijkniveau, in de buurt van en bij de patiënt thuis nodig;
- worden wachtlijsten voorkomen;
- verwijzingen naar hoogspecialistische ggz aan de hand van 'Criteria ggz Echelonneringsmodel'.

Toegankelijkheid van de zorg voor ouderen

Ouderen met angst vinden vooralsnog helaas niet als vanzelf hun weg naar de ggz, ondanks het feit dat effectieve behandelingen voorhanden zijn.

Bron: Veerbeek, M.A., Stirbu, I., Verhaak, P.F.M., Pot, A.M & Nuyen, J. (2014). Trends in mental health care for older adults in general practice: a register-based study. In: Veerbeek M. Accessibility and effectiveness of mental health care for older adults. Dissertation. VU University Amsterdam.

Het aantal ouderen met angst dat door de huisarts wordt verwezen naar de ggz is relatief erg laag ten opzichte van andere leeftijdsgroepen en in de periode van 2002-2010 is het aantal niet is toegenomen. Huisartsen behandelen ouderen met geestelijke gezondheidsproblematiek relatief vaak zelf. Dit lijkt te maken te hebben met meerdere factoren. Enerzijds worden veel ouderen mogelijk zelf liever geholpen door iemand die bij de huisartsenpraktijk werkt, dicht bij huis. Recente onderzoeken naar de behandeling van angst bij ouderen richten zich veelal op de laagdrempelige aanbieder van cognitief gedragstherapeutische interventies in de directe omgeving van de patiënt, bijvoorbeeld via de telefoon of door aanbieder van CGT in de huisartspraktijk.

Daarnaast blijkt de huisarts of POH-GGZ minder goed op de hoogte te zijn van de beschikbaarheid van effectieve psychologische behandelmethoden voor ouderen. Kennisoverdracht moet plaats vinden.

Deze lacune kan versterkt worden door het feit dat BIG geregistreerde hulpverleners in de ggz, die geen specifieke kennis of opleiding hebben gevolgd over ouderen, zich nog regelmatig terughoudend opstellen bij de overweging om een oudere patiënt met angst in behandeling te nemen. Dit lijkt te berusten op basis van de (vaak incorrecte) aanname dat ouderen een specifieke en sterk afwijkende behandeling behoeven. Hierdoor kan de drempel voor een oudere met angst om adequate behandeling te krijgen onnodig hoog zijn.

Ruimtelijke voorzieningen

De inrichting van de ruimtes en de faciliteiten van zorglocaties/praktijken sluiten aan bij de behoeften en mogelijkheden van de patiënt.

8.2.6 Keuzevrijheid

Om als patiënt keuzes te kunnen maken, zoals met betrekking tot het behandelbeleid en de keuze van een zorgverlener, is transparantie en inzicht in kwaliteit van zorgketens (instellingen-samenwerkingsverbanden, etc.) in de ggz als geheel echter een vereiste. Alle zorgverleners, instellingen en organisaties werken mee aan het verzamelen en ontsluiten van deze informatie. Deze informatie voldoet aan de volgende voorwaarden:

- de informatie is helder, volledig, betrouwbaar en op elkaar afgestemd (de schriftelijke en mondelinge informatie komen overeen of zijn in ieder geval op elkaar afgestemd, onafhankelijk van welke zorgverlener de informatie geeft of waar de patiënt deze informatie leest);
- de informatie speelt naast de behandelaspecten ook in op de persoonlijke situatie van de patiënt;
- de informatie wordt tijdig gegeven;
- de informatie wordt waar mogelijk, mits met toestemming van de patiënt en eventueel diens

vertegenwoordiger(s), ook met naastbetrokkenen besproken.

8.2.7 Onafhankelijke patiëntondersteuning

Medewerkers in wijkteams zijn toegerust om psychische problematiek te signaleren en kunnen goede eerste adviezen geven om een gezin op weg te helpen. Bij vermoeden van een psychische stoornis, verwijzen zij naar zorgverleners met specialistische kennis en ervaring. Die indicatie verloopt via de gemeenten, via een formele beschikking of een verwijfsbrief.

8.2.8 Privacy

De zorg wordt zodanig georganiseerd dat het recht van patiënten op privacy is gewaarborgd (Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wet bescherming persoonsgegevens). Bij het verzamelen, vastleggen en overdragen van gegevens respecteren zorgaanbieders de privacyregels, wetgeving en beroepsregels. Zorgverleners hebben een beroepsgeheim (Wet beroepen individuele gezondheidszorg, Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst en Wetboek van Strafrecht). Bij besluiten over behandeling en zorg en bij overdracht en opslag van gegevens uit het patiëntendossier is expliciete toestemming van de patiënt vereist. Bij de patiënt moet het recht op kosteloze inzage in het eigen dossier en de mogelijkheid hiervan een kopie te ontvangen bekend zijn.

Recht op ruimtelijke privacy betekent dat de begeleiding, behandeling, zorg en communicatie slechts met toestemming van de patiënt door anderen dan de direct betrokkenen kan worden waargenomen of bijgewoond. Zonder toestemming van de patiënt wordt niet gemeld dat de patiënt in behandeling is.

Wanneer een patiënt zijn naastbetrokkenen niet bij de zorg wil betrekken en de naastbetrokkenen wel vragen hebben kan de zorgverlener de volgende informatie geven zonder de privacy van de patiënt te schaden:

- algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op de naastbetrokkenen;
- informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving;
- als aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon;
- informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naastbetrokkenen (intern en extern bij familie-organisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor naastbetrokkenen).

8.3 Zorgstandaard afhankelijke aspecten

8.3.1 Betrokken zorgverleners

De volgende behandelaars zijn in het algemeen betrokken bij de hulpverlening aan mensen met angstklachten en angststoornissen:

- Huisarts
- Praktijkondersteuner ggz (POH-GGZ)
- GZ-psycholoog
- Klinisch psycholoog
- Psychotherapeut

- Psychiater
- Verpleegkundigen
- Sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV)
- GGZ-verpleegkundige
- Vaktherapeutische beroepen

8.3.2 Huisarts

De huisarts herkent, diagnosticeert, begeleidt en behandelt patiënten. Hij gaat daarbij uit van de hulpvraag van de patiënt. De behandeling en begeleiding zijn zo veel mogelijk klachtgericht en niet stoornisgericht. De huisarts heeft kennis van mogelijke psychische, sociaalmaatschappelijke en somatische uitlokkende factoren. Hij beoordeelt of en waarheen hij een patiënt moet verwijzen. Een kaderhuisarts ggz is een huisarts met extra expertise op het gebied van de ggz. Hij kan zijn collega-huisartsen adviseren, consultatie geven en supervisie geven aan de POH-GGZ.

8.3.3 POH-GGZ

De POH-GGZ is opgeleid als, onder andere, sociaalpsychiatrische verpleegkundige, verpleegkundige, psycholoog of maatschappelijk werker met veelal een aanvullende POH-GGZ-opleiding. De POH-GGZ biedt vraagverheldering, diagnostiek, (langer durende) ondersteuning en begeleiding of kortdurende behandeling aan patiënten onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

8.3.4 GZ-Psycholoog

De GZ-psycholoog is generalistisch opgeleid en kan zelfstandig werkzaam zijn in alle ggz echelons. De GZ-psycholoog behandelt lichte tot matig ernstige psychische problematiek. Hij diagnosticeert en behandelt patiënten. Een eerstelijnspsycholoog is een GZ-psycholoog met extra opleiding en ervaring voor het verlenen van psychologische zorg in de generalistische basis ggz.

8.3.5 Klinisch psycholoog

De klinisch psycholoog is expert op het terrein van de psychodiagnostiek en behandeling. Dit betreft met name de complexe psychodiagnostiek, psychopathologie en psychotherapie, op het snijvlak van somatiek en psyche. Hij heeft kennis van en ervaring met toegepast wetenschappelijk onderzoek, management, beleid en organisatie.

8.3.6 Psychotherapeut

De psychotherapeut diagnosticeert, indiceert en behandelt patiënten met complexe problematiek met daartoe geëigende psychotherapie.

8.3.7 Psychiater

De psychiater is een medisch specialist, die op basis van onderzoek van biologische, psychologische en maatschappelijke factoren een diagnose stelt en complexe problematiek behandelt, met of zonder farmacotherapie. Verder stelt hij zich beschikbaar als consulent op het gebied van diagnose,

indicatiestelling en behandeling.

8.3.8 Verpleegkundigen

Verpleegkundigen in de ambulante en de gespecialiseerde klinische setting leveren een grote bijdrage aan behandelingen vanuit cognitieve gedragstherapie (CGT). In de ambulante praktijk voeren sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-en) deze zelf uit onder supervisie van een psychotherapeut. In de klinische praktijk is er een intensievere samenwerking en werken de verpleegkundigen ofwel als co-therapeut actief met CGT danwel voeren zij onderdelen van de CGT zelfstandig uit. In beide gevallen gaat het om specialistisch verpleegkundig handelen dat niet verwacht kan worden van basisverpleegkundigen. Verpleegkundigen die dergelijke behandelingen (mede) uitvoeren, moeten specifieke scholing gevolgd hebben tot gedragstherapeutisch medewerker.

8.3.9 Sociaalpsychiatrische verpleegkundige

De sociaalpsychiatrische verpleegkundige (SPV) is een gespecialiseerde verpleegkundige die generalistisch werkt en die mede gericht op de sociale context, patiënten en hun systemen behandelt en begeleidt en nauw samenwerkt met diverse professionals. De SPV richt zich op triage, preventie, kortdurende of acute zorgvragen, crisissituaties en op langer durende behandeling van zorgvragen.

8.3.10 GGZ-verpleegkundige

De ggz-verpleegkundige kan ggz-zorgbehoeftes op complexiteit en urgentie inschatten en kan de aard en omvang van de zorg die nodig is organiseren en uitvoeren. Hij biedt zorgvragers in uiteenlopende woon- en leefomgevingen en met unieke gezondheid- en bestaanssituaties ondersteuning en begeleiding bij de gevolgen van vaak chronische problematiek en de voorkomende beperkingen en mogelijkheden. De verpleegkundig specialist ggz is gespecialiseerd in een specifieke groep patiënten, bijvoorbeeld met OCS, en wordt ingezet om een individuele behandelrelatie aan te gaan. Op basis van klinisch redeneren komt de verpleegkundig specialist ggz tot diagnostiek, waarna hij interventies toepast. Ook kan hij in beperkte mate welomschreven voorbehouden geneeskundige handelingen indiceren en verrichten.

8.3.11 Vaktherapeutische beroepen

De vaktherapeutische beroepen zijn beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Specifiek voor angstbehandeling leidt de therapeut het handelen van de patiënt doelgericht naar ervaringen die de problematiek positief kunnen beïnvloeden. Centraal staan stemmingsverbetering, het opdoen van succeservaringen en het verminderen van experiëntiële vermijdings- en controlestrategieën. Vaktherapie wordt zowel aangeboden in particuliere praktijken als in samenwerkingsverbanden en maken in de gespecialiseerde ggz vaak deel uit van een (deeltijd)klinisch aanbod.

8.4 Kwaliteitsbeleid

Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit vereist een methodische benadering die structureel is ingebed in de organisatie van het zorgproces. Voor de zorgverlener staat het verlenen van maximale

kwaliteit van zorg in de interactie met elke unieke patiënt centraal. De waardering van patiënten van de therapeutische relatie geeft essentieel inzicht in de kwaliteit van zorg. Hierop vindt bij voorkeur continu reflectie en feedback plaats (kort cyclisch), die met de zorgstandaard als hulpmiddel leidt tot zorg op maat voor de patiënt. Op deze manier ontstaat een verbinding tussen zorgstandaarden, ROM en kwaliteitsverbetering, maar ook een verbinding tussen patiënten, zorgverleners, en andere stakeholders met als belangrijkste missie: een continue verbetering van de zorg aan mensen met psychische klachten en stoornissen.

8.4.1 Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ

Het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) beschrijft de kwaliteitsnormen waaraan een zorgaanbieder moet voldoen om de zorg voor de individuele cliënt in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) te organiseren. De nadruk ligt daarbij op de rollen, taken en verantwoordelijkheden van de indicierend en coördinerend regiebehandelaar en van andere zorgverleners in de verschillende onderdelen van het zorgproces. Ook formuleert het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ kwaliteitseisen op het gebied van leren en verbeteren. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ is van toepassing op deze zorgstandaard.

8.4.2 Deskundigheidsbevordering

Het is van belang dat er goede en actuele kennis aanwezig is bij alle betrokken zorgverleners. Om hun kennis op peil te houden, is het belangrijk aan het opleidingsniveau kwaliteitseisen te stellen en hierover landelijke afspraken te maken. Deskundigheidsbevordering is een continu proces. Van de zorgverleners wordt verwacht dat zij adequaat zijn opgeleid om de hiervoor beschreven zorg met de juiste attitude te kunnen waarborgen. Ook de invulling van de rol van regiebehandelaar vergt adequate vaardigheden.

De opleiding en nascholing van zorgverleners is ook gericht op (leren) samenwerken en communiceren en op kennis van (psycho)sociale en interculturele aspecten. In ieder geval voldoen zorgverleners aan de kwaliteitseisen die de betrokken beroepsgroepen zelf gesteld hebben.

8.5 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies gericht op angststoornissen werd een systematische review en een budget impact analyse uitgevoerd. Omdat er weinig geschikte gegevens zijn gepubliceerd, kon de budget impact analyse alleen bij de paniekstoornis worden uitgevoerd. De gehele budget impact analyse is te vinden in achtergronddocument [Budget Impact en Review kosteneffectiviteit](#).

In het ontwikkelde gezondheidseconomische model werd de epidemiologie van paniekstoornissen gesimuleerd om zo op populatieniveau in te kunnen schatten welk budget er gemoeid is met het aanbieden van interventies gericht op de behandeling of preventie van paniekstoornissen. Hiertoe werd een early intervention gericht op preventie van paniekstoornis beschouwd en werd daarnaast gekeken naar farmacotherapie, cognitieve gedragstherapie of combinatietherapie voor de behandeling van paniekstoornis.

Het aanbieden van early intervention kost ±€900 per persoon en gaat daarnaast gepaard met een toename in gezondheid, onder andere doordat hierdoor het ontstaan van een paniekstoornis wordt

voorkomen. De extra kosten per gewonnen levensjaar komen uit op gemiddeld ±€11.000 per Quality Adjusted Life Year (QALY), wat de interventie kosteneffectief maakt. Doordat het aanbieden van de interventie gepaard gaat met additionele kosten, is er additioneel budget nodig om deze interventie aan te bieden. Wanneer early intervention vijf jaar lang wordt aangeboden aan 5% van de doelgroep (personen met eerste klachten, maar nog geen volledige paniekstoornis), dan gaat dit gepaard met een verwachte toename in het benodigde budget van gemiddeld ±€11 miljoen per jaar in Nederland.

Op een vergelijkbare manier gaat het aanbieden van cognitieve gedragstherapie (CGT) (aanbiedingskosten ± €1.200 per patiënt) gericht op de behandeling van paniekstoornis aan een additionele 5% van mensen met een paniekstoornis, gepaard met een verwachte toename in het benodigde landelijke budget van gemiddeld ±€13 miljoen per jaar. Voor farmacotherapie (aanbiedingskosten ± €1.100 - €1.200 per patiënt) leidt het aanbieden aan een additionele 5% van mensen met paniekstoornis ook tot een verwachte toename in het benodigde budget van gemiddeld ±€13 miljoen per jaar. Het aanbieden van combinatietherapie (aanbiedingskosten ± €2.300 per patiënt) aan een additionele 5% van de personen met een paniekstoornis gaat over een periode van vijf jaar gepaard met een verwachte toename in het benodigde budget van gemiddeld ±€26 miljoen per jaar.

Interventies gericht op behandeling van paniekstoornis lijken minder kosteneffectief dan interventies gericht op preventie van paniekstoornis. Onder de conservatieve aannamen die in het model werden gemaakt, valt niet te concluderen dat CGT of farmacotherapie wel of niet kosteneffectief is. De extra kosten waartegen de extra gezondheid wordt behaald liggen dicht bij de grenswaarde waarop een interventie als wel of niet kosteneffectief kan worden beschouwd (en liggen hier dus niet duidelijk onder of boven). CGT of farmacotherapie lijkt wel weer kosteneffectiever dan combinatietherapie. Combinatietherapie kan vanuit kosteneffectiviteitsperspectief dus beter worden ingezet nadat de eerst ingezette monotherapie niet tot het gewenste resultaat leidt.

Om de kosteneffectiviteit van interventies gericht op paniekstoornis te verhogen lijkt het daarom raadzaam om meer in te zetten op preventie van paniekstoornis middels early intervention. In eerste instantie is het hierbij belangrijk dat inzicht wordt verkregen in de mate waarin de onderzoeksresultaten rondom early intervention standhouden in de praktijk.

8.6 Financiering

8.6.1 Algemeen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de kwaliteitsstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de kwaliteitsstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

8.6.2 Specifiek

De zorg voor mensen met een angststoornis wordt gefinancierd vanuit verschillende bronnen, afhankelijk van de context en het type zorg. In de meeste gevallen is er sprake van financiering op basis van de Jeugdwet (JW; met name preventie en behandeling voor kinderen tot 18 jaar, tevens valt hieronder jeugdzorg) of Zorgverzekeringswet (Zvw; met name curatieve zorg voor volwassenen vanaf 18 jaar). In een minderheid van de gevallen kan sprake zijn van financiering op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo; bijvoorbeeld begeleiding en dagbesteding of beschermde woonvormen of de zorg van patiënten die niet behandeld willen worden maar het wel nodig hebben) of de Wet langdurige zorg (WLZ; bijvoorbeeld klinische zorg voor mensen met een laag zelfredzaam vermogen).

In 2011 kostte de zorg voor angststoornissen 626 miljoen euro (0,7% van de totale kosten voor gezondheidszorg in Nederland). Dit percentage is een ondergrens aangezien een aanzienlijk deel van de kosten binnen de psychische stoornissen niet direct aan een diagnosegroep kon worden toegeschreven. In de zorg voor angststoornissen gaat het meeste geld naar de sector geestelijke gezondheidszorg.

8.7 Verantwoordingsinformatie

In [Kwaliteitsindicatoren](#) zijn indicatoren opgenomen die, na een periode van registratie, ondersteunen bij het leveren van verantwoordingsinformatie.

Routine Outcome Monitoring (ROM) is hierbij een geschikt instrument om de (uitkomst)indicatoren vast te leggen. ROM verwijst naar het opvolgen van de voortgang van een behandeling. In het kader van een individueel zorgtraject is ROM een essentieel element om de werkzaamheid van de behandeling op te volgen. ROM-gegevens bieden waardevolle informatie op basis waarvan behandelaar en patiënt in overleg besluiten kunnen nemen over het bijsturen van een behandeling (shared decision making). Vooral waar behandelingen dreigen te stagneren, kunnen ROM-gegevens helpen om zulke stagnaties tijdig te detecteren, op basis waarvan behandeldoelen, -interventies of -modaliteiten eventueel kunnen aangepast worden.

De frequentie van (ROM) moet te worden afgestemd op de intensiteit en duur van de behandeling. Daarnaast heeft het absoluut aanbeveling om het bespreken van de ROM resultaten te koppelen aan de behandelvoortgangsbesprekingen met de patiënt (en naastbetrokkenen), omdat eventuele bijsturingen van de behandeling daar besproken kunnen worden en de ROM gegevens bijkomende input voor geven. Ideaal is verder om vooral in de beginfase van een behandeling vaker ROM metingen te verrichten. Dat laat toe om vroegtijdig stagnerende behandelingen tijdig op te sporen en door aanpassingen in de behandeling weer vlot te trekken.

9. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 07-02-2020 Beoordelingsdatum 07-02-2020

9.1 Inleiding

De patiënt en de behandelaar beslissen samen hoe en wanneer zij de voortgang van de behandeling en het herstelproces monitoren en evalueren. Om dit proces te ondersteunen is een aantal uitkomstindicatoren geformuleerd met bijbehorende meetinstrumenten. Het doel van de opgenomen indicatoren is het bevorderen van de kwaliteit van het individuele proces van herstel. Het interpreteren van de uitkomsten van meetinstrumenten dient te gebeuren in de context van de behandeling en het persoonlijke verhaal van de patiënt.

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van deze indicatoren en een aantal veelgebruikte meetinstrumenten voor deze patiëntengroep. In de [paragraaf monitoring](#) leest u meer over belangrijke aspecten en aandachtspunten van monitoring.

Dit hoofdstuk is op 3 maart 2020 toegevoegd aan deze zorgstandaard in het Register van het zorginstituut Nederland.

Register van het zorginstituut Nederland.: Niet alle partijen die de zorgstandaard 'angstklachten en angststoornissen' hebben onderschreven hebben dit hoofdstuk onderschreven:

Nederlands huisartsen genootschap (NHG) en Landelijke huisartsen vereniging (LHV): hebben geen bezwaar, maar achten het hoofdstuk niet van toepassing op de huisartsenpraktijk

9.2 Uitkomstindicatoren

9.2.1 Inleiding

De keuze van indicatoren is afhankelijk van het doel van de behandeling en van de patiënt

de patiënt: Hiermee wordt ook bedoeld dat er rekening gehouden moet worden (met de belasting van) de patiënt:

Het invullen van de diverse vragenlijsten kost tijd en energie, en is soms emotioneel belastend. Als het op een waardevolle manier bijdraagt aan het herstelproces van de patiënt en / of de evaluatie van de behandeling, dan willen patiënten daar zeker aan mee werken. Wees open over de kosten en de baten van het periodiek invullen van vragenlijsten. En gebruik het als een indicator voor evaluatie, maar geef ook ruimte aan eigen inbreng van de patiënt.

Let daarnaast op het feit dat veel mensen in Nederland moeite hebben met het begrijpen en invullen van vragenlijsten. 36% van de mensen in Nederland heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en 2,5 miljoen mensen zijn laaggeletterd. In sommige gevallen kan het beter zijn om de vragenlijsten samen met de patiënt door te nemen.

. Niet alle indicatoren zijn per definitie geschikt voor alle echelons van zorg, voor alle type zorgprofessionals of voor alle type patiënten. De behandelaar bepaalt samen met de patiënt welke indicatoren het doel van de behandeling goed omvatten.

Met de volgende indicatoren kunnen de voortgang en uitkomst van de behandeling en herstelproces worden gemonitord:

- De mate van symptomatisch herstel.
- De mate van functioneel herstel: het kan hier gaan om persoonlijk of maatschappelijk herstel.
- De mate van verandering van kwaliteit van leven.
- De mate waarin overeengekomen doelen zijn gerealiseerd.
- Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie.

9.2.2 Veelgebruikte meetinstrumenten voor de monitoring van uitkomstindicatoren

Hieronder treft u een lijst van veelgebruikte meetinstrumenten voor het monitoren en evalueren van de behandeling en het herstelproces van de patiënt in het kader van de zorgstandaard 'Angstklachten en angststoornissen'. Kortom: instrumenten voor direct gebruik in de behandelkamer.

Deze lijst is opgesteld na raadpleging van professionals en patiënten; het is dus een handreiking van professionals aan professionals. Bij ontwikkeling van de lijst is niet naar volledigheid gestreefd. In de [ROM bibliotheek](#) vindt u meer meetinstrumenten, zowel generieke als specifieke. De behandelaar kan naar eigen inzicht en voorkeuren van de patiënt gebruik maken van deze instrumenten, of andere passende instrumenten.

In onderstaande tabel zijn de indicatoren met bijbehorende meetinstrumenten opgenomen, in de volgende paragrafen worden deze kort toegelicht.

De instrumenten genoemd bij volwassenen zijn ook geschikt voor ouderen, alleen als er een specifiek instrument is ontwikkeld dan staat deze specifiek benoemd in de tabel.

□

9.2.3 Specifieke instrumenten

De mate van symptomatisch herstel (volwassenen):

- Angststoornissen

De Nederlandse versie van de **Beck Anxiety Inventory (BAI)**

Bron: Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897

(2015) is een 21-item zelfrapportagevragenlijst voor het meten van de aanwezigheid en de mate van angstklachten. Het meetinstrument is voor volwassenen en adolescenten vanaf 17 jaar met een angststoornis. De lijst bestaat uit 21 beschrijvingen van angstsymptomen welke gescoord worden op een 4-puntsschaal (0-3) variërend van 'helemaal niet' tot 'ernstig, ik kon het niet verdragen'. De score wordt berekend door de scores op de 4-puntsschaal op te tellen. De ruwe maximale totaalscore is 63 punten. Deze ruwe score wordt afgezet tegen een t-score. Er zijn geen gespiegelde items. Op basis van de totaalscore wordt een onderscheid gemaakt tussen minimaal angstniveau, lichte angst, matige angst of ernstige angst. De terugvraagperiode is een maand.

→ Paniekstoornis

De **Panic disorder Severity Scale (PDSS)**

Bron: Shear, M.K. et al., 1992; Nederlandse vertaling: de Beurs, E. , 2002

is een vragenlijst voor het meten van de ernst van paniekstoornis en voor het monitoren van de resultaten van de behandeling. De PDSS-SR is de zelfrapportage vorm van de PDSS. De PDSS bestaat uit 7 items die gescoord worden op een 5-puntsschaal van 0 = geen (geen enkele of nooit) tot 4 = extreem (overweldigende en nagenoeg voortdurende symptomen, zeer invalideren). Het omvat items met betrekking tot paniekaanvallen en beperkte angstaanvallen (gelimiteerde symptoom aanvallen), angst vanwege paniek- en angstaanvallen, anticipatieangst, agorafobische angst en vermijding, vermijding van op panieksymptomen lijkende lichamelijke gewaarwordingen en beperkingen in werk en sociale contacten vanwege de klachten. De algemene beoordeling wordt gemaakt door een totale score, die wordt berekend door het optellen van de scores voor alle zeven items. De totale scores variëren 0-28.

Het doel van de schaal is te komen tot een maat voor de ernst van de paniekstoornis met of zonder agorafobie. In het algemeen worden de beoordelingen gedaan voor de afgelopen maand, om zo een valide (stabiele) inschatting te verkrijgen van de paniekfrequentie en ernst van de paniek. De gebruiker mag ook een ander lengte voor de periode kiezen, maar de periode moet hetzelfde zijn voor alle 7 items.

→ Agorafobie

De **Mobility Inventory (MI)**

Bron: Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
Nederlandse vertaling: E. de Beurs, 1995
De Beurs, E. (1993). *The assessment and treatment of panic disorder with agoraphobia*. Amsterdam, The Netherlands: Thesis publishers.

is een angstvragenlijst die de mate van vermijding meet, terwijl de patiënt alleen is of wanneer de respondent vergezeld wordt door iemand anders. De lijst omvat een reeks activiteiten of situaties die vaak worden vermeden door patiënten met paniekstoornis en agorafobie. Deze activiteiten zijn ondergebracht in categorieën, zoals winkels, grote open ruimten, reizen, een auto besturen of meerijden in een auto. De respondent dient aan te geven in hoeverre de situatie wordt vermeden. Ook wordt gevraagd om de vijf meest relevante situaties aan te kruisen. Tevens kan met de lijst de frequentie van paniekaanvallen worden gemeten. Ten slotte wordt de respondent gevraagd aan te geven wat de actieradius is waarbinnen hij/zij durft te reizen. De test bestaat uit vragen over plaatsen of situaties die in meer of mindere mate vermeden worden. Er wordt gescoord op een 5-puntsschaal van "ik vermijd het nooit = 1" tot "ik vermijd het altijd = 5". De mate van vermijding wordt bepaald door het gemiddelde te berekenen van alle items. Er worden twee subschalen onderscheiden, namelijk vermijding alleen en vermijding wanneer de respondent begeleid wordt door een vertrouwde metgezel.

De **Fear Questionnaire (FQ)**

Bron: Marks, IM, Mathews: Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy* 17:263-167, 1979

is een zelfrapportagelijst voor het meten van angst of onprettige gevoelens in bepaalde situaties. Patiënten scoren voor 16 situaties op een 8-puntsschaal in welke mate zij deze situatie willen vermijden omdat ze daar bang voor zijn of onprettige gevoelens bij ervaren. Vervolgens geven ze aan in 6 vragen op een 8-puntsschaal aan in hoeverre zij deze gevoelens als problematisch ervaren, en kennen een overall score toe aan de angstsymptomen die zij voelen. De lijst is voor volwassenen.

→ Sociale fobie

De **Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)**

Bron: Liebowitz, M.R. (1987) Social Phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173. <https://doi.org/10.1159/000414022>

Nederlandse vertaling: Dr. I. M. van Vliet, Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden.

wordt gebruikt bij volwassenen om de ernst van sociale angst en sociale vermijding te meten. De LSAS omvat 24 vragen waarvan er 11 gaan over sociale situaties en 13 over situaties waarin men moet presteren. Al deze vragen worden twee keer beantwoord, 1 keer voor de mate van vermijding en 1 keer voor de angst en vrees die de situatie oproept. De vragen worden beantwoord op een 4-puntsschaal voor angst (van 0 = geen, tot 3 = heel erg) en eveneens op een 4-puntsschaal voor vermijding (0 = nooit tot 3 = bijna altijd). De score wordt berekend door de scores op de samenstellende items op te tellen. Een score kleiner dan 10 wijst op mensen zonder klachten en scores hoger dan 50 worden beschouwd als passend bij matige tot ernstige sociale angst. De terugvraagperiode is een week.

De **Social Phobia Inventory (SPIN)**

Bron: KM Connor, et al. Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New Self-Rating Scale. *British Journ Psych.* 2000.

is een vragenlijst voor het screenen en meten van de ernst van sociale angststoornissen. Deze zelf gerapporteerde beoordelingsschaal bestaat uit 17 items, die het hoofdspectrum van sociale fobie dekken, zoals angst, vermijding en fysiologische symptomen. De verklaringen van de SPIN-items geven de specifieke tekenen van sociale fobie aan. Bij het beantwoorden van de verklaringen moet een persoon aangeven hoeveel elke verklaring op hem of haar van toepassing is. Elke stelling van SPIN kan worden gemeten met een keuze uit vijf antwoorden op basis van een schaal van intensiteit van sociale fobieën variërend van 'helemaal niet' tot 'Extreem'. Elk antwoord krijgt vervolgens een getalswaarde die varieert van minst intens tot meest intens. Algehele beoordeling wordt gedaan op basis van de totale score, en de totale score hoger dan 19 geeft aan op de kans op sociale angststoornissen. De terugvraagperiode is een week.

De **Fear Questionnaire (FQ)**

Bron: Marks, IM, Mathews: Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy* 17:263-167, 1979

is een zelfrapportagelijst voor het meten van angst of onprettige gevoelens in bepaalde situaties.

Patiënten scoren voor 16 situaties op een 8-puntsschaal in welke mate zij deze situatie willen vermijden omdat ze daar bang voor zijn of onprettige gevoelens bij ervaren. Vervolgens geven ze aan in 6 vragen op een 8-puntschaal aan in hoeverre zij deze gevoelens als problematisch ervaren, en kennen een overall score toe aan de angstsymptomen die zij voelen. De lijst is voor volwassenen.

→ Gegeneraliseerde angststoornis

De ***Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)***

Bron: Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495. (oorspronkelijke Engelstalige versie)

Rijsoort, S. van, Vervaeke, G., & Emmelkamp, P. (1997). The Penn State Worry Questionnaire en de Worry Domains Questionnaire: Eerste resultaten bij een normale Nederlandse populatie. *Gedragstherapie*, 30, 121-128. (Nederlandstalige versie)

wordt hoofdzakelijk gebruikt om pathologisch zorgen maken bij patiënten in kaart te brengen. De 16 items van de PSWQ worden beantwoord op een 5-punts Likert schaal van 1 = 'Helemaal niet typisch voor mij' tot 5 = 'Zeer typisch voor mij'. De items op de schaal beoordelen het voorkomen, opdringerigheid, doordringendheid en andere kenmerkende kenmerken van de zorgen van een individu met zorgen. Het score bereik is van 16-80, waarbij een totaalscore van 16-39 duidt op 'Lage zorgen', 40-59 'Matige zorgen' en 60-80 'Grote zorgen'.

De ***Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)***

Bron: Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J. B., and Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166 (10): 1092-7.

Donker, T., van Straten, A., Marks, I., Cuijpers, P.: Quick and easy selfrating of Generalized Anxiety Disorder: Validity of the Dutch web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI.

is een zelfrapportagevragenlijst voor adolescenten en volwassenen om te screenen op klachten passend bij een gegeneraliseerde angststoornis en deze in ernst te meten. De patiënt wordt gevraagd na te gaan hoeveel last hij/zij heeft gehad van de uitgevraagde klachten gedurende de afgelopen 2 weken. De items worden gescoord op een 4-puntsschaal van 0 = 'Helemaal niet' tot 3 = 'Bijna elke dag'. De GAD-7 bestaat uit 7 items. De totaalscore wordt berekend door de individuele scores op de items bij elkaar op te tellen.

De ***Nederlandse versie van de Beck Anxiety Inventory (BAI)***

Bron: Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897

(2015) is een 21-item zelfrapportagevragenlijst voor het meten van de aanwezigheid en de mate van angstklachten. Het meetinstrument is bedoeld voor volwassenen en adolescenten vanaf 17 jaar met een angststoornis. De lijst bestaat uit 21 beschrijvingen van angstsymptomen welke gescoord worden op een 4-puntsschaal van 0 = 'helemaal niet' tot 3 = 'ernstig, ik kon het niet verdragen'. Het invullen neemt ongeveer 5 tot 10 minuten in beslag. De score wordt berekend door de scores op de 4-puntsschaal op te tellen. De ruwe maximale totaalscore is 63 punten. Deze ruwe score wordt afgezet tegen een t-score. Er zijn geen gespiegelde items. Op basis van de totaalscore wordt een onderscheid gemaakt tussen minimaal angstniveau, lichte angst, matige angst of ernstige angst. De terugvraagperiode is een maand.

→ Specifieke fobie

De **Fear Questionnaire (FQ)**

Bron: Marks, IM, Mathews: Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research and Therapy* 17:263-167, 1979

is een zelfrapportagelijst voor het meten van angst of onprettige gevoelens in bepaalde situaties. Patiënten scoren voor 16 situaties op een 8-puntsschaal in welke mate zij deze situatie willen vermijden omdat ze daar bang voor zijn of onprettige gevoelens bij ervaren. Vervolgens geven ze aan in 6 vragen op een 8-puntsschaal aan in hoeverre zij deze gevoelens als problematisch ervaren, en kennen een overall score toe aan de angstsymptomen die zij voelen. De lijst is voor volwassenen.

- Post-traumatische stressstoornis (PTSS)

De **PTSD Checklist for the DSM-5 (PCL-5)**

Bron: Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD (2013).
Nederlandse versie: Boeschoten, M.A., Bakker, A., Jongedijk, R.A. & Olf, M. (2014)

is een zelfrapportage lijst om symptomen van PTSS volgens de DSM-5 te beoordelen, gedurende de afgelopen maand. De PCL-5 bevat 20 items die worden gescoord op een 5-punts schaal (0 = 'helemaal niet', 1 = 'een beetje', 2 = 'redelijk', 3 = 'heel wat' en 4 = 'helemaal wel'). Een totale score voor de ernst van de symptomen (bereik 0 - 80) kan worden verkregen door de scores voor elk van de 20 items op te tellen. Aanvankelijk onderzoek suggereert dat een PCL-5 cutoff-score tussen 31-33

indicatief is voor waarschijnlijke PTSS.

De *Clinician Administered PTSD Scale-5 (CAPS-5)*

Bron: Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M (2013). National Center for Posttraumatic Stress Disorder

Nederlandse vertaling Boeschoten, M.A., Bakker, A., Jongedijk, R.A., van Minnen, A., Elzinga, B.M., Rademaker, A.R. & Olf, M. (2014)

is de gouden standaard in PTSS-beoordeling. De CAPS-5 is een gestructureerd interview met 30 items voor de uitvraag van PTSS symptomen en vaststelling van een diagnose PTSS volgens de DSM-5. Naast het beoordelen van de 20 DSM-5 PTSS-symptomen bevat de CAPS-5 vragen gericht op het begin en de duur van de symptomen, subjectieve angst, impact van symptomen op sociaal en beroepsmatig functioneren, verbetering van symptomen sinds een eerdere CAPS-administratie, algemene responsvaliditeit, algemene PTSS-ernst, en specificaties voor het dissociatieve subtype (depersonalisatie en derealisatie). De CAPS is ontworpen om te worden afgenomen door klinici en klinische onderzoekers met een grondige kennis van PTSS, maar kan ook worden afgenomen door daarvoor opgeleide professionals.

De *PTSS Klachtenschaal*

Bron: Foa e.a. (1993); bewerkingen Verminnen & Arntz (1997)

meet in hoeverre de patiënt in de afgelopen week last heeft gehad van PTSS-gerelateerde klachten zoals nachtmerries, lichamelijke klachten, negatieve gevoelens en vermijden. Het is een zelfrapportagelijst en bestaat uit 17 items, die worden gescoord op een 4-puntsschaal van 0 (nooit) tot 3 (erg vaak – altijd). De schaal kan voor elke sessie worden afgenomen.

- Dwangstoornissen

De *Yale – Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)*

Bron: Scahill et al. (1997), Nederlandse vertaling De Haan & Wolters (2007)

is een vragenlijst - welke wordt gebruikt als een semi-gestructureerd interview - om de ernst van symptomen van obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) te beoordelen. De schaal wordt gebruikt om zowel de ernst van OCS te bepalen als om de verbetering tijdens de behandeling te volgen

Bron: Goodman, W.K; Price, L.H; Rasmussen, S.A; et al. (1989). "The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability". Arch Gen Psychiatry. 46 (11): 1006–1011.

. Deze schaal, die obsessies afzonderlijk van dwang meet, meet specifiek de ernst van de symptomen van een obsessief-compulsieve stoornis zonder te zijn bevooroordeeld naar het type inhoud van obsessies of aanwezige dwang.

Bron: Rosario-Campos MC, Miguel EC, et.al The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. Mol Psychiatry. 2006 May;11(5):495-504

Bron: Garnaat SL, Norton PJ. Factor structure and measurement invariance of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale across four racial/ethnic groups. J Anxiety Disord. 2010 May 24.

- Hoarding

De **Saving Inventory - Revised (SI-R)**

Bron: Lee, S., Ong, C., Sagayadevan, V. et al. Hoarding symptoms among psychiatric outpatients: confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Saving Inventory – Revised (SI-R). BMC Psychiatry 16, 364 (2016) doi:10.1186/s12888-016-1043-y

is een zelfrapportage vragenlijst om symptomen van verzameldwang te meten. De vragenlijst bevat 23 items, die gescoord worden op een vijfpuntsschaal van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig). Er kunnen drie factoren worden onderscheiden: moeite met het weg doen van spullen, het verzamelen van excessieve rommel en het compulsief binnenhalen. De terugvraagperiode is een week.

De **Compulsive Acquisition Scale (CAS)**

Bron: Frost RO, Steketee G, Williams L. Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. Behavior Therapy. 2002;33:201–214

is zelfrapportage vragenlijst van het Likert-type met 18 items die wel of niet van toepassing zijn op de persoon (van 1 = helemaal niet of zelden tot 7 = heel veel of heel vaak). De CAS meet in hoeverre mensen verzamelen en zich gedwongen voelen om spullen te verzamelen.

De *Saving Cognitions Inventory (SCI)*

Bron: Jordana Muroff, Patty Underwood, Gail Steketee Group Treatment for Hoarding Disorder: Appendices. Copyright © 2014 by Oxford University Press

(2003) is een zelfrapportage vragenlijst die in kaart brengt wat er door iemands hoofd ging toen hij/zij nadacht over iets wel of niet weggooien. De SCI bestaat uit 24 items en maakt gebruik van 4 subschalen: emotionele gehechtheid (10 items), controle (3 vragen), verantwoordelijkheid (6 vragen) en geheugen (5 vragen). De terugvraagperiode is een week.

De mate van symptomatisch herstel (kinderen en jongeren):

- Angststoornissen

De *Screen for Child Anxiety Related Disorders (SCARED)*

Bron: Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230–6.

is een zelfrapportage vragenlijst voor het meten van symptomen van de belangrijkste angststoornissen die bij kinderen en adolescenten kunnen voorkomen. De SCARED is zowel geschikt voor individuele afname als groepsafname. De vragenlijst kan mondeling worden afgenomen (bijvoorbeeld bij een kind met ernstige leesproblemen), maar de gegevens moeten dan met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd omdat onbekend is wat het effect van mondelinge afname op het invullen van de vragenlijst is. De lijst bestaat uit 69 items. Het instrument kan ook gebruikt worden bij het evalueren van de effecten van therapeutische interventies bij angstige jeugdigen. De subschalen zijn: separatieangststoornis, paniekstoornis, specifieke fobie, sociale fobie, obsessiefcompulsieve stoornis, posttraumatische en acute stressstoornis, gegeneraliseerde angststoornis. De lijst wordt ingevuld met behulp van een 3-punts Likertschaal. Hierna worden de totaalscore en de subschaalscores berekend. De scores worden voorzien van de classificaties 'laag', 'normaal', 'verhoogd' en 'risico'. De terugvraagperiode is 3 maanden.

De *Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS)*

Bron: Kösters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., & Koot, H. M. (2015). Structure, reliability, and validity of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a multi-ethnic urban sample of Dutch children. *BMC psychiatry*, 15, 132.

is een zelfrapportagelijst en meet enkelvoudige klachten en lichte klachten van de gegeneraliseerde angststoornis en symptomen van onder andere depressie. De vragenlijst is voor kinderen en jongeren van 8 – 17 jaar. De vragenlijst bevat 47 items die zich richten op de klachten van een gegeneraliseerde angststoornis, maar ook op de symptomen van depressie en extra worryvragen. De schalen zijn: separatie-angststoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis, obsessief-compulsieve stoornis en depressieve stoornis. Verder geeft het een totale angstschaal en een totale Internaliserende schaal. Items worden gescoord op basis van een vierpuntsschaal. Er is zowel een variant voor zelfrapportage, als een variant die door de ouders kan worden ingevuld (de RCADS-P).

- Dwangstoornissen

De ***Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)***

Bron: Scahill et al. (1997), Nederlandse vertaling De Haan & Wolters (2007)

is een semigestructureerd interview dat de aard en ernst van een dwangstoornis (obsessieve-compulsieve stoornis) bij kinderen. De CY-BOCS richt zich in eerste instantie op kinderen tussen de 12 en 18 jaar, maar kan eventueel ook worden gebruikt bij kinderen vanaf 8 jaar. Het instrument wordt ook gebruikt om vooruitgang zichtbaar te maken. Het interview bestaat uit twee delen: een door de therapeut te scoren lijst waarmee de aard van de dwanghandelingen en inhoud van de dwanggedachten vastgesteld kunnen worden. De vragen beslaan diverse onderwerpen

diverse onderwerpen: Dwanghandelingen m.b.t. wassen/schoonmaken, dwanghandelingen m.b.t. controle, herhalingsdwanghandelingen, dwanghandelingen m.b.t. tellen, regelen/symmetrie, hamsteren/bewaren, buitensporig gamen/bijgelovig gedrag, rituelen m.b.t. andere mensen, diverse dwanghandelingen, hygiënische obsessies, agressieve obsessies, obsessies m.b.t. hamsteren/bewaren, gezondheidsgerelateerde obsessies, religieuze/morele obsessies, magische obsessies, seksuele obsessies

. Ingevuld wordt of het gedrag in het heden of verleden voorkwam. Om de ernst van de dwangproblematiek vast te stellen is er een semigestructureerd interview. Op een vijfpuntsschaal worden voor respectievelijk de dwanggedachte en de dwanghandelingen de volgende parameters gescoord: de tijd die dwangklachten in beslag nemen, de verstoring van het dagelijks leven, de mate van angst en wanhoop, de mate van verzet, de mate van controle. De range van scores loopt van 0

tot 40. Een score van 16 wordt meestal als klinische cut-off score gehanteerd.

9.2.4 Generieke instrumenten

De mate van symptomatisch herstel (volwassenen):

De **Symptom Questionnaire-48 (SQ-48)**

Bron: Carlier, I. et al (2012). Development and validation of the 48 item Symptom Questionnaire (SQ-48) in patients with depressive-, anxiety- and somatoform disorders. *Psychiatry Research*, 200 (2-3), 904-910.
Carlier I. et al. (2014). The Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) as an outcome measure for psychological distress in psychiatric outpatients: test-retest reliability and responsiveness to therapeutic change. Intern rapport LUMC Psychiatrie

is een vragenlijst (zelfrapportage) die gebruikt kan worden om algemene psychopathologie (angst, depressie, somatische klachten, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognitieve klachten) te meten. De SQ-48 bestaat uit 48 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn nooit, zelden, soms, vaak en zeer vaak. De SQ-48 heeft 7 schalen (angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, somatische klachten, vijandigheid, cognitieve klachten) en 2 subschalen (vitaliteit en werk). De terugvraagperiode is 1 week.

De **Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)**

Bron: <http://www.oqmeasures.com/>

is een screening- en uitkomstinstrument om behandeling te monitoren en behandelaars feedback te geven over voortgang behandeling van patiënt. De OQ-45 meet niet alleen lichamelijke klachten maar ook algemeen functioneren. Er zijn 45 vragen die gescoord worden van nooit (0) tot bijna altijd (4), waarbij sommige items gespiegeld zijn. De score wordt bepaald door de somscore van de items te middelen. De OQ heeft de 3 subschalen:

- Symptomatische Distress (SD): 25 items die betrekking hebben op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen zoals depressie, angst, en alcohol/drugsverslaving.
- Interpersoonlijke Relaties (IR): 11 items die het functioneren in relaties met partner, familie en vrienden in kaart brengen.
- Sociale Rol (SR): 9 items die het functioneren op school, werk en vrije tijd meten.

NB: In de Nederlandse versie wordt ook de Angst en Somatische Distress schaal onderscheiden (valide).

De **Brief Symptom Inventory (BSI)**

Bron: De Beurs, E. (2008). Brief symptom inventory handleiding. Leiden: The Netherlands: PITS B.V.

is een multidimensionale klachtenlijst (zelfrapportage) die weergeeft in welke mate de onderzochte gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. Tevens geeft deze test een score voor het totale aantal klachten, de totale aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De totaalscore geeft een maat voor de ernst van algemene psychiatrische problematiek, zoals angst, depressie, sociale fobie, agorafobie, agressie, cognities en somatische klachten. De BSI bestaat uit 53 items van het Likert type. De antwoordmogelijkheden zijn helemaal geen, een beetje, nogal, tamelijk veel en heel veel. De terugvraagperiode is 1 week. De BSI heeft 9 subschalen (somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY).

De mate van symptomatisch herstel (kinderen en jongeren):

De **Youth Outcomes Questionnaire (Y-OQ)**

Bron: <http://www.oqmeasures.com/>

is een screening- en uitkomstinstrument om behandeling te monitoren en behandelaars feedback te geven over voortgang van de behandeling van patiënt. De YOQ is de jeugdvariant van de OQ-45. Er is een versie voor ouders van kinderen tussen 4 en 16 jaar en een versie voor jongeren van 12 tot 16 jaar (de Y-OQ SR). De Y-OQ 30 bevat 30 vragen over 6 thema's: somatisch, sociale isolatie, agressie, gedragsproblemen, hyperactiviteit/ afleidbaarheid en depressie/ angst. De lijst bevat vragen zoals 'Ik maak ruzie' of 'Ik ben brutaal', die worden beantwoord op een 5-puntsschaal van 0 ((bijna) nooit), 1 (zelden), 2 (soms), 3 (vaak) of 4 ((bijna) altijd).

De **Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)** is er in verschillende versies, en meet de aanwezigheid van psychosociale problemen, de sterke kanten van het kind en de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren van het kind. De vragen kunnen met "niet waar" - "een beetje waar" - "zeker waar" beantwoord worden (score 0, 1 of 2). Alle varianten van de vragenlijst bevatten in totaal 25 hoofditems, die betrekking hebben op de volgende vijf subschalen: Hyperactiviteit / aandachtstekort; emotionele problemen; problemen met leeftijdsgenoten; gedragsproblemen; pro-sociaal gedrag. De terugvraagperiode is de afgelopen 6 maanden. De SDQ wordt gewoonlijk zelfstandig door ouders en leraren ingevuld. Jongeren vanaf 11 vullen de lijst doorgaans in onder begeleiding. Het verdient aanbeveling om de SDQ door tenminste twee informanten te laten invullen, bij voorkeur ouder en leerkracht.

De **Child Behaviour Checklist (CBCL)**

Bron: Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W., & Veerman, J.W. (1990). Praktische handleiding voor de CBCL (child behavior checklist). Assen: Van Gorcum & Comp B.V. © 2000 T.M. Achenbach, Reproduced by permission.
Nederlandse vertaling door: F.C. Verhulst en J. van der Ende, Erasmus MC Rotterdam.

is er in verschillende versies.

verschillende versies.: CBCL 1,5 – 5 (ouderversie); CBCL 6 – 18 (ouderversie); C-TRF: Teacher's Report Form 1,5 – 5 (docentenversie); TRF: Teacher's Report Form 6 – 18 (docentenversie); YSR: Youth Self-Report 11 – 18 (zelfinvulformulier kind)

De CBCL is een diagnostisch instrument om probleemgedrag en vaardigheden van kinderen en jeugdigen op gestandaardiseerde wijze te kwantificeren. De vragenlijst bestaat uit een algemeen gedeelte en een set vragen die gescoord worden op een 3-puntsschaal van helemaal niet (0), een beetje of soms (1) tot duidelijk of vaak (2). De CBCL wordt individueel door de ouders of verzorgers van het kind ingevuld, maar kan ook worden ingevuld door andere familieleden of volwassenen die het kind of de jongere goed kennen. Het is van belang dat er gedurende het invullen of na afloop iemand aanwezig is om eventuele vragen te beantwoorden.

De mate van verandering van kwaliteit van leven (algemeen welbevinden) (volwassenen):

De ***Mental Health Continuum-Short Form (MHC- SF)***

Bron: Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., ten Klooster, P.M., & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.

is een zelfrapportage vragenlijst die positieve geestelijke gezondheid meet. Het omvat drie kerncomponenten van welbevinden, namelijk emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, die gezamenlijk de totale positieve geestelijke gezondheid weergeven. De verkorte Mental Health Continuum (MHC-SF) is gebaseerd op een lange versie (MHC-Long Form). Deze lange versie bestaat uit 40 items, gebaseerd op verschillende instrumenten naar emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. De MHC-SF bestaat uit 14 items naar positieve geestelijke gezondheid. Deze items meten emotioneel welbevinden (3 items), sociaal welbevinden (5 items) en psychologisch welbevinden (6 items) en worden gescoord op een 6-puntsschaal van nooit (0) tot elke dag (5).

De mate van verandering van kwaliteit van leven (kinderen en jongeren):

De ***KIDSCREEN-27***

KIDSCREEN-27 : <https://www.kidscreen.org/english/publications/manual/>

brengt de kwaliteit van leven in kaart bij kinderen en adolescenten op basis van het fysiek welzijn, mentaal welzijn, autonomie en ouderrelatie, vriendschappen en functioneren op school. Er is één versie voor ouders en één versie voor kinderen/ adolescenten. De KIDSCREEN-27 bestaat uit 27 vragen die op een 5-puntsschaal worden beantwoord. De volgende subschalen worden uitgevraagd: fysiek welzijn; mentaal welzijn; autonomie en ouderrelatie; sociale steun & vrienden; school. De terugvraagperiode is een week. Het is een zelfbeoordelingsschaal.

Patiëntervaringen rondom het behandelproces en de behandelrelatie:

De **Consumer Quality Index (CQi)**

Consumer Quality Index (CQi): Meer informatie via de ROM-bibliotheek
<https://ggzdataportaal.nl/rom-bibliotheek/>

De Consumer Quality Index wordt momenteel doorontwikkeld, de resultaten van de pilot worden eerste kwartaal 2020 verwacht.

is ontwikkeld om patiëntervaringen in de zorg te meten. Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn twee versies ontwikkeld, een voor de kortdurende ambulante ggz en verslavingszorg, en een voor de klinische ggz en verslavingszorg. De vragenlijsten bestaan uit de volgende schalen waarin voor ambulant ingegaan wordt op bejegening, samen beslissen, uitvoering behandeling en een aantal losse ervaringsvragen, en de klinische versie voegt daar gevoel van veiligheid en woon- en leefomgeving aan toe. De vragen worden op een 5-puntsschaal beantwoord. De terugvraagperiode is de periode van behandeling en de patiënt zelf vult de vragenlijst in.

9.3 Procesindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een bipolaire stoornis. Indien er in de toekomst nieuwe procesindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

9.4 Structuurindicatoren

Bij het opstellen van deze zorgstandaard heeft de werkgroep geen aanleiding gevonden om procesindicatoren te ontwikkelen die specifiek gelden voor mensen met een bipolaire stoornis. Indien er in de toekomst nieuwe structuurindicatoren worden ontwikkeld voor generieke modules en andere zorgstandaarden wordt bekeken of deze ook noodzakelijk zijn voor deze specifieke zorg.

10. Implementatieplan

Autorisatiedatum 09-07-2019 Beoordelingsdatum 09-07-2019

10.1 Kwaliteitsstandaarden

Volgens de definitie van Zorginstituut Nederland beschrijft een kwaliteitsstandaard in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel richtlijnen, zorgstandaarden als generieke modules vallen onder de verzamelnaam 'kwaliteitsstandaard'.

'kwaliteitsstandaard': Kwaliteitsstandaarden zijn niet statisch maar worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding nodig is. Vanaf publicatie van een standaard vindt jaarlijks een eenvoudige beoordeling plaats waarbij (kleine) aanpassingen waar nodig worden verwerkt. Eens in de 4 jaar start een volledige revisiebeoordeling van iedere standaard.

Een zorgstandaard biedt voor álle professionals, patiënten en hun naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg bij een bepaalde aandoening er uit ziet vanuit het perspectief van de patiënt (beschrijving optimale zorg). Een zorgstandaard beschrijft het complete zorgcontinuüm (ofwel alle fases waar een patiënt mee te maken krijgt of kan krijgen) voor een bepaalde psychische aandoening. In een zorgstandaard komt niet alleen een groot aantal mogelijke zorgproblemen aan de orde, maar wordt ook expliciet de organisatie van het zorgproces beschreven. Dat alles gezien vanuit het perspectief van de patiënt.

Een richtlijn is een document met aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met psychische aandoeningen, gebruikmakend van wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van professionals, patiënten en naasten. Voor specifieke situaties gebruiken professionals de richtlijnen die relevant zijn voor hun specifieke beroepsgroep en specifiekere dan de zorgstandaard ingaan op wat er op dát moment aan zorg geleverd kan worden (beschrijving minimale zorg). Aan één zorgstandaard kunnen dus meerdere richtlijnen ten grondslag liggen (bijvoorbeeld de NHG-richtlijnen van huisartsen, een MDR opgesteld en geautoriseerd door psychiaters en psychologen, richtlijnen voor verpleegkundigen, etc.).

Een generieke module biedt, net als een zorgstandaard, professionals, patiënten en naasten een kapstok door te beschrijven hoe integrale zorg er uit ziet vanuit het perspectief van een patiënt. Het verschil tussen een zorgstandaard en een generieke module is dat een zorgstandaard stoornis specifiek is en een generieke module juist zorgcomponenten of zorgonderwerpen beschrijft die relevant zijn voor meerdere psychische aandoeningen. De zorg die wordt beschreven in een generieke module kan, afhankelijk van de aandoening, in één of meerdere fases van het zorgproces van toepassing zijn.

Zorgstandaarden, richtlijnen en generieke modules vormen een eenheid. Hiermee kunnen de professional en de patiënt samen de behandeling vormgeven.

10.2 Gebruik van kwaliteitsstandaarden

Zorgstandaarden en generieke modules vormen samen met multidisciplinaire richtlijnen, wet- en regelgeving en beroepsethiek de basis voor de zorgprofessional om tot goede zorg te komen (de professionele standaard).

(de professionele standaard): De professionele standaard in de gezondheidszorg is het geheel van professionele medische normen dat beschrijft wat in een bepaalde situatie 'goed handelen' is. De professionele standaard zorgt ervoor dat zorgverleners goede, veilige en verantwoorde zorg leveren. De professionele standaard is als zodanig geen regel, maar een 'kapstok', die nader is uitgewerkt in wetten, richtlijnen, protocollen, beroepscode, uitspraken van de tuchtrechter, kwaliteitsstandaarden, gedragsregels en handreikingen. De professionele standaard kan dus gezien worden als de gedeelde waarden en normen binnen een beroepsgroep.

[Meer informatie](#)

De zorgprofessional kan er beargumenteerd van afwijken als - naar zijn oordeel en in samenspraak met de patiënt - de belangen van de patiënt daarmee beter zijn gediend vanwege diens specifieke situatie en voorkeuren.

De toepassing van professionele standaarden komt voort uit het [Burgerlijk wetboek, artikel 453](#). Daarin staat dat de hulpverlener bij zijn werkzaamheden 'de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.'

professionele standaard.: Artikel 1 van de Zorgverzekeringswet geeft de definitie van een professionele standaard: een richtlijn, module, norm, zorgstandaard dan wel organisatiebeschrijving, die betrekking heeft op het gehele zorgproces of een deel van een zorgproces. Een professionele standaard legt vast wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de patiënt goede zorg te verlenen en is in een openbaar register opgenomen.

[Meer informatie](#)

Een kwaliteitsstandaard beschrijft in algemene termen wat goede zorg is vanuit het perspectief van de patiënt. Kwaliteitsstandaarden zijn echter geen doel op zich. Zij hebben een functie in het proces van kwaliteitsbevordering. Kwaliteitsstandaarden vervullen een onmisbare functie in de kwaliteitscyclus. In die context bevorderen ze de [kwaliteit en doelmatigheid van de zorg](#). Op welke wijze zorgaanbieders en financiers, maar ook patiënten/burgers en zorgverzekeraars kwaliteitsstandaarden

gebruiken in de respectievelijk zorginkoopmarkt en zorgverzekeringsmarkt is aan hen om in te vullen.

10.3 Bestaande praktijk en vernieuwingen

Een kwaliteitsstandaard beschrijft grotendeels de bestaande praktijk ten aanzien van de zorg voor mensen met psychische klachten en aandoeningen. In de standaard zijn verwijzingen opgenomen naar onderliggende richtlijnen en veldnormen van de afzonderlijke beroepsgroepen. Zo is de standaard voor een groot deel al ingebed in het dagelijks werk van de zorgprofessional.

Deels bevat de kwaliteitsstandaard nieuwe elementen of komen bestaande elementen prominenter naar voren in de inhoud en organisatie van zorg. De kwaliteitsstandaard is geschreven vanuit het perspectief van de patiënt en diens naaste. Aandacht voor herstel en eigen regie komen daardoor nadrukkelijker aan bod dan in bijvoorbeeld richtlijnen; gezamenlijke besluitvorming over de behandeling door patiënt en professional vormt in alle standaarden een kernelement. Andere elementen zijn bijvoorbeeld de wijze waarop de verschillende zorgonderwerpen met elkaar in verband gebracht worden (multidisciplinair en integraal), het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen en het monitoren van de behandeling. De opstellers van deze kwaliteitsstandaard zijn zich ervan bewust dat de implementatie van deze elementen een transitie betekent die een gemeenschappelijke inspanning vraagt van zorgverleners, zorgaanbieders, patiënten en financiers. Al deze partijen zetten zich gezamenlijk in om deze kwaliteitsstandaard zo goed en zo snel mogelijk te implementeren.

10.4 Bestaande afspraken

Zorgprofessionals en zorgaanbieders in de 'brede ggz' zijn nu aan zet. Zij moeten kennisnemen van de inhoud van deze kwaliteitsstandaard en vervolgens aan de slag gaan met de implementatie ervan. Zorgprofessionals en zorgaanbieders hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor implementatie in hun eigen organisatie. Koepel-, branche en beroepsorganisaties helpen hun leden hierbij.

Een aantal algemene thema's speelt bij de implementatie van (vrijwel) alle standaarden een rol. Dit zijn thema's waar in algemene zin aandacht voor moet zijn én aandacht voor moet blijven om de kwaliteit van de zorg steeds verder te verbeteren. Het gaat om de zes thema's bewustwording en kennisdeling, samenwerking, capaciteit, behandelaanbod, financiering en ICT. Dit zijn ook thema's waar in sommige gevallen zorgen over zijn en knelpunten worden gezien bij implementatie van de standaarden. Implementatie-activiteiten voor deze zes thema's moeten geen losstaande actiepunten zijn. In de meeste gevallen zijn deze actiepunten al onderdeel van bestaande afspraken zoals onder andere verwoord in het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) en [Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022](#). Landelijke implementatie van de kwaliteitsstandaarden in het veld is daarmee direct gekoppeld aan de planning en gemaakte afspraken in deze bestuurlijk akkoorden.

10.5 Algemene implementatie thema's

De implementatie van de kwaliteitsstandaard vraagt tijd en energie van alle partijen. Maar dat is niet voor niks: werken volgens kwaliteitsstandaarden biedt ook kansen voor effectievere en doelmatiger behandelingen.

De afspraken in het algemene deel van het plan richten zich daarom vooral op uitvoerbaarheidsissues die een landelijke aanpak vragen om implementatie op lokaal/regionaal niveau mogelijk te maken. Iedere regio en iedere zorgaanbieder is anders. De hoeveelheid informatie die nog geïmplementeerd moet worden en hoe dat het beste gedaan kan worden, verschilt per situatie. Op lokaal niveau moet implementatie verder worden ingevuld, bijvoorbeeld in de vorm van een (lokaal) uitvoeringsplan.

10.5.1 Bewustwording en kennisdeling

Verandering begint bij bewustwording. Ook in de ggz. De zorgstandaarden en generieke modules stellen, meer dan zorgverleners tot nu toe gewend waren van professionele standaarden, expliciet het perspectief van patiënten centraal. Dat kan misschien wel tot een ander gesprek in de behandelkamer leiden, waarin via gezamenlijke besluitvorming mogelijk ook andere keuzes voor behandeling en begeleiding worden gemaakt. Kennisdeling en bewustwording zijn de sleutelwoorden om deze verandering te realiseren.

Kennisdeling draagt bij aan het beter begrijpen van de impact die psychische aandoeningen op een patiënt hebben en van hun wensen en ideeën over behandeling en herstel. Kennis delen gebeurt op verschillende niveaus: in de (basis)opleiding tot zorgprofessionals, tijdens bij- en nascholing van professionals maar kan ook bijvoorbeeld via een landelijke campagne. Het delen van kennis kan hierdoor bijdragen aan:

- het verminderen van stigma over mensen met psychische aandoeningen, in de zorg maar ook daarbuiten;
- het realiseren van een cultuuromslag in eigen organisatie;
- het creëren van een draagvlak voor het gebruik en de inhoud van de standaard;
- oog hebben voor specifieke problematiek;
- oog hebben voor eventuele risico's.

Landelijke afspraken

Iedere professional zorgt ervoor dat hij de kwaliteitsstandaarden kent die voor uitoefening van zijn beroep nodig zijn. Zorgaanbieders faciliteren hun medewerkers, zodat zij deel kunnen nemen aan de benodigde bij- en nascholing.

Het bestuurlijk akkoord bevat een groot aantal actiepunten die kennisdeling over en bewustwording van de kwaliteitsstandaarden stimuleren:

- Partijen benadrukken dat het belangrijk is dat professionals kunnen werken volgens de geldende kwaliteitsstandaarden. Daartoe moeten professionals voldoende in de gelegenheid worden gesteld om bij- en nascholing te volgen. De financiering daarvan is onderdeel van de contracteringsafspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.
- Partijen hebben met elkaar afgesproken dat beroepsgroepen structureel de doorontwikkeling van opleidingen borgen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering). De zorgstandaarden worden ingebed in de opleidingen.
- Het akkoord bevat afspraken over bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor ggz-psychologen en het in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.

Deze afspraken ten aanzien van opleiding dragen bij aan het verankeren van kennis over en gebruik van kwaliteitsstandaarden in de praktijk. Onderstaande partijen zetten zich in voor de uitvoering van deze afspraken op landelijk niveau.

Lokale oplossingsrichtingen

Professionals in de ggz hebben de 'verantwoordelijkheid' om hun collega's in aanpalende domeinen daar waar nodig kennis bij te brengen over psychische aandoeningen en over de (inhoud van) de daarbij behorende kwaliteitsstandaard. Denk hierbij aan het organiseren van een cursus of voorlichting over psychische aandoeningen aan collega's van de somatische afdelingen in het ziekenhuis of een informatiebijeenkomst over jeugd-ggz aan gemeenten.

10.5.2 Samenwerking

Zorgverleners functioneren in professionele netwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein. Vaak zijn er meerdere professionals betrokken bij de behandeling en is een duidelijke rolverdeling tussen die professionals (binnen en tussen organisaties) nodig. Voor een goede implementatie van kwaliteitsstandaarden maken professionals (in en buiten de ggz), aanbieders, financiers en andere betrokkenen duidelijke samenwerkingsafspraken zodat de continuïteit en kwaliteit van de zorg niet in het geding komt. Goede en snelle informatie-uitwisseling (met respect voor privacy-wetgeving) en toegankelijkheid van informatie zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden om de samenwerking goed te laten verlopen. Het [Landelijk Schakelpunt](#), waarin zorgverleners met toestemming van de patiënt eenvoudig inzicht hebben in het medicatieoverzicht van de patiënt is een voorbeeld van een hulpmiddel voor uitwisseling van en toegang tot informatie. Steeds meer GGZ-instellingen sluiten zich hier al bij aan.

Landelijke afspraken

Het bestuurlijk akkoord bevat een aantal actiepunten die de benodigde samenwerking in het kader van implementatie van de kwaliteitsstandaarden stimuleren: in de (door)ontwikkeling van opleidingen die betrekking hebben op de ggz en op begeleiding (opleidingseisen en -structuren, onderwijsprogramma's en examinering) wordt meer aandacht besteed aan samenwerking tussen verschillende domeinen en het organiseren van integrale zorg.

Ondertekende partijen schatten in dat de invoering van het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en de afspraken over samenwerking in het bestuurlijk akkoord voldoende helder zijn en dat voor implementatie van de standaard geen aanvullende afspraken nodig zijn.

Lokale oplossingsrichtingen

Zowel zorgprofessionals, zorgaanbieders als samenwerkingspartners besteden nu al veel aandacht aan lokale en regionale samenwerking. Dankzij deze samenwerking kunnen zij onnodige en dure zorg voorkomen. Iedere professional werkt binnen de eigen lokale en regionale context uiteraard samen met collega's, maar ook met partners zoals huisartsen, jeugdzorg, wijkteams, gemeenten, ziekenhuis, school, woningcoöperaties of UWV.

Als leidraad voor deze samenwerkingsafspraken dienen:

- De Landelijke GGZ Samenwerkingsafspraken: deze vormen de basis van afspraken tussen huisartsen, generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.
- Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ: hierin staan werkafspraken die de zorgaanbieder maakt over het vormgeven van de afstemming en samenwerking tussen professionals, over op- en afschalen van zorg en over een goede overdracht.
- In het kader van het bestuurlijk akkoord maken gemeenten en zorgverzekeraars stapsgewijs regionale afspraken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Zorgaanbieders en gemeenten maken afspraken over de betrokkenheid van ggz-hulpverleners bij het wijknetwerk.
- In het bestuurlijk akkoord is ook vastgelegd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de manier waarop de zorgprofessional voldoende ruimte en tijd krijgt voor goede samenwerking en afstemming.

10.5.3 Capaciteit

Een succesvolle uitvoering van de kwaliteitsstandaarden vereist voldoende capaciteit en tijd van professionals. In de huidige praktijk staan beschikbare tijd en capaciteit van professionals onder druk. Waar in sommige gevallen sprake is van een personeelstekort is in andere gevallen sprake van een probleem rondom optimale inzet van bepaalde professionals. Het organiseren en leveren van de zorg zoals beschreven in de kwaliteitsstandaarden kan resulteren in extra druk op bepaalde beroepsgroepen, verschuiving van inzet van de ene naar de andere beroepsgroep, maar mogelijk ook in minder werkdruk doordat de standaard goed wordt uitgevoerd en/of professionals beter samenwerken.

Ook blijken er in de praktijk behoorlijk wat problemen te zijn bij verwijzingen, met name veel te lange wachttijden voor patiënten met ernstige psychische aandoeningen die verwezen worden naar de SGGZ.

Landelijke afspraken

In het bestuurlijk akkoord is benoemd dat op dit moment sprake is van (ernstige) arbeidsmarktproblematiek. Voor zorg en welzijn wordt in 2022 een groot personeelstekort verwacht. De bestuurlijk akkoorden (ggz en huisartsenzorg) bevatten hiervoor een aantal actiepunten:

- Bestaande (behandel)capaciteit kan beter worden ingezet via vermindering van administratieve lasten en een betere taakverdeling, beter benutten van de mogelijkheden die functiedifferentiatie en taakherschikking bieden, alsook het opleiden van professionals in de ggz, bijvoorbeeld door het beschikbaar stellen van extra opleidingsplaatsen voor ggz-psychologen en het gericht in beeld brengen van de personele capaciteitsbehoefte.
- (Tijdelijk) verruimen van capaciteit van regiebehandelaren en investeren in optimaal gebruik van (behandel)capaciteit door mee te werken aan het actieprogramma 'werken in de zorg'.
- Meer inzet van praktijkondersteuners ggz of consultatie van ggz-expertise in de huisartsenpraktijk.

Met de acties zoals beschreven in de bestuurlijk akkoorden en met inzicht in de juiste capaciteitsbehoefte, wordt een basis gelegd voor de aanpak van de arbeidsmarktknelpunten in de ggz.

10.5.4 Behandelaanbod

Landelijke afspraken

De ggz-sector kent een divers zorgaanbod: grote en kleinere ggz-instellingen met eigen personeel en een groot aantal vrijgevestigde zorgverleners. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken gezamenlijk afspraken over het benodigde behandelaanbod in de regio. Gemeenten bepalen zelf de omvang van het budget voor zorg maar ook de manier waarop zij de verschillende onderdelen van het sociaal domein willen organiseren. Als blijkt dat zorgaanbieders te maken hebben met capaciteitsproblemen of budgetplafonds, dan moet het voor patiënten helder zijn waar zij terecht kunnen voor zorg. Zorgaanbieders en financiers in de regio hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om de wachttijden aan te pakken. Als er te weinig behandelaren zijn, dan is het de verantwoordelijkheid van zorgaanbieders om mensen te wijzen op de zorgbemiddeling

zorgbemiddeling: Zie hiervoor ook het document Q&A Wachttijden Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg, november 2018.

[Meer informatie](#)

door hun eigen zorgverzekeraar. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk akkoord.

Lokale oplossingsrichtingen

Betere samenwerking tussen ggz-instellingen in de regio, bijvoorbeeld als het gaat om het draaien van ANW-diensten. Een voorbeeld: in sommige regio's worden ANW-diensten bijna geheel door een klein clubje psychiaters in vaste dienst gedaan, terwijl ook psychiaters die niet in vaste dienst zijn, bereid zijn mee te draaien in deze diensten. Door hier goede afspraken over te maken, kan er voldoende capaciteit en aanbod geregeld worden in de regio.

10.5.5 Financiering

Landelijke afspraken

In het 'Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 t/m 2022' hebben alle betrokken partijen de ambitie uitgesproken om de kwaliteit van zorg in Nederland verder te verbeteren en eraan bij te dragen dat zorg zowel nu als op de lange termijn fysiek, tijdig én financieel toegankelijk blijft voor iedereen die dat nodig heeft. Ook is afgesproken er naar te streven om op termijn de kosten in de zorg niet sneller te laten stijgen dan de economische groei.

Lokale oplossingsrichtingen

Het bestuurlijk akkoord regelt dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met zorgaanbieders in de 'brede ggz' stapsgewijs regionaal afspraken maken over beleid en financiering ten aanzien van integrale zorg: maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, zorg, jeugdzorg, welzijn en preventie. Het cliënt- en familieperspectief is hierbij vertegenwoordigd. De volgende thema's zullen, afhankelijk van de regionale situatie, in meerdere of mindere mate aan de orde zijn:

- Preventie en vroegsignalering.
- De aanpak van personen met verward gedrag.
- Brede triage en consultatie.
- De opbouw van ambulante zorg en ondersteuning.
- De bekostiging van samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein.
- De benodigde aanpak met betrekking tot de (financiering van) EPA / multiproblematiek-doelgroep.
- Overgang 18-/18+.
- De invulling van crisis- en ANW-uren.
- De rol en bekostiging van herstelacademies en zelfregiecentra.

Hoewel afspraken zijn gemaakt om toe te werken naar regionale afspraken over integrale zorg en daaruit volgend een integrale bekostiging zijn we daar nu nog niet. Dat is ook te merken aan de knelpunten ten aanzien van financiering die worden genoemd rondom implementatie van de kwaliteitsstandaarden:

- Hoe is de continuïteit van zorg én bekostiging te borgen, bijvoorbeeld bij de overgang 18-/18+, continueren van dagbesteding als de behandeling stopt of het financieren van contingentie management bij verslaving.
- Hoe kunnen we komen tot integrale bekostiging bij specifieke doelgroepen zoals kwetsbare ouderen, mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) of mensen met zowel somatische als psychiatrische problematiek?
- Hoe kunnen we komen tot een passende bekostiging voor bijvoorbeeld inzet ervaringsdeskundigen, inzet op preventie, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of zwakbegaafdheid (ZB), zorg aan patiënten met eetstoornissen in een gespecialiseerd centrum of inzet diëtist bij deze groep patiënten.

In het bestuurlijk akkoord zijn afspraken gemaakt over hoe deze vraagstukken de komende jaren kunnen worden opgelost. Zo hebben partijen zich gecommitteerd aan afspraken uit het actieprogramma 'Zorg voor de Jeugd' voor wat betreft het inzetten van acties gericht op het soepel laten verlopen van de overgang naar volwassenheid (18-/18+). En subsidieert VWS op dit moment preventiecoalities, bedoeld om structurele samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten op het gebied van preventieactiviteiten voor risicogroepen te stimuleren en activeren.

10.5.6 ICT

(Goede en snelle) informatie uitwisseling en toegankelijkheid van informatie, waarbij de privacy van de patiënt optimaal wordt geborgd, zijn belangrijke randvoorwaarden voor samenwerking tussen zorgprofessionals binnen hun professionele netwerk. De implementatie van kwaliteitsstandaarden vraagt om verdere optimalisatie van gegevensuitwisseling via ICT.

Landelijke afspraken

In het zorgbrede '[Actieplan \(Ont\)Regel de zorg](#)' is een sectoraal actieplan curatieve ggz vastgesteld. Daar waar stroomlijning van gegevensuitwisseling bij ICT-toepassingen niet mogelijk of wenselijk is treden partijen met elkaar in overleg in het Informatieberaad Zorg en kunnen partijen gezamenlijk tot besluitvorming komen. Ook besteedt het actieplan aandacht aan vermindering van administratieve last als gevolg van het EPD en aan ICT-problematiek.

Daarnaast wordt er door het ministerie van VWS geïnvesteerd in het [Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional \(VIPP\) GGZ](#). Het gaat om een budget voor instellingen die Zvw-zorg leveren om de informatievoorziening in de curatieve geestelijke gezondheidszorg te verbeteren door het implementeren van standaarden voor gegevensuitwisseling tussen patiënt en professional, het beschikbaar stellen van deze informatie aan de patiënt, het veilig verstrekken van (informatie over) medicatie en de inzet van eHealth bij de behandeling.

Lokale oplossingsrichtingen

Welke informatie, voor welke professionals, bij welke doelgroepen en bij welke aanbieders nodig is, is een keuze die lokaal gemaakt dient te worden. Of informatie over een eerdere suïcidepoging of informatie over medicatiegebruik en mogelijke bijwerkingen bijvoorbeeld standaard beschikbaar moet zijn óf dat alle informatie over een patiënt ook voor vaktherapeuten en huisartsen via het ICT systeem van de instelling te raadplegen moet zijn, zijn keuzes die binnen het professionele netwerk en met betrokken zorgaanbieders worden gemaakt. Dát zorgprofessionals (snel) toegang moeten hebben tot (goede) informatie, gegeven bestaande werkafspraken (zie hiervoor het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ waar iedere zorgaanbieder over dient te beschikken) én beschikbare ICT toepassingen om de continuïteit én de kwaliteit van de zorg die men met elkaar nastreeft te waarborgen, is hierbij het uitgangspunt. Dit zou bijvoorbeeld gerealiseerd kunnen worden via een zorginfrastructuur of schakelpunt.

10.6 Specifieke implementatie thema's

10.6.1 Bewustwording en kennisdeling

1. Voldoende kennis en expertise bij wijkteams Bij angstklachten en angststoornissen spelen wijkteams een belangrijke rol bij de (vroeg)signalering en preventie van angstklachten en angststoornissen. Aandachtspunt hierbij is wel dat er voldoende expertise in de wijkteams moet komen, bijvoorbeeld door nascholing.

Landelijke afspraken

Op landelijk niveau is het niet mogelijk afspraken te maken over kennisniveau van wijkteams aangezien de wijkteams per gemeente anders zijn georganiseerd en per wijkteam het kennisniveau zal verschillen.

2. Verhogen inzet van eerste keuze behandelingen In de uitvoerbaarheidstoets van deze standaard (voorjaar 2018) is de inschatting dat op dit moment de inzet van [eerste keuze behandelingen](#) aan de lage kant is. Mogelijk kan deze inzet worden verhoogd door scholing van betrokken professionals, intervisie en supervisie, facilitering van consultatie van (met name) psychiaters en voorlichting aan patiënten over (eerste keuze) behandelmogelijkheden.

Landelijke afspraken

De landelijke afspraken zoals vermeld in het [algemene implementatieplan](#) bieden wat betreft scholing en faciliteren van consultatiemogelijkheden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

Lokale oplossingsrichtingen

Opdracht aan zorgaanbieders (zowel huisartsenpraktijken, ggz-instellingen als vrijgevestigde praktijken) om patiënten te informeren over de eerste keuze behandelmogelijkheden.

10.6.2 Samenwerking

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

10.6.3 Capaciteit

De inschatting is gemaakt dat er een tekort aan gekwalificeerde professionals - vooral klinisch psychologen, GZ-psychologen en psychiaters - is om de zorg zoals omschreven in de zorgstandaard te kunnen leveren. De indruk bestaat dat dit tekort vooral binnen instellingen voorkomt.

Landelijke afspraken De [landelijke afspraken](#) zoals vermeld in het algemene implementatieplan bieden voldoende antwoord op dit implementatievraagstuk.

10.6.4 Behandelaanbod

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

10.6.5 Financiering

De bekostiging van de zorg voor patiënten met angstklachten of angststoornissen dient ook te voorzien in voldoende middelen voor de langdurige begeleiding van ernstige en therapieresistente patiënten. Wellicht zijn de mogelijkheden hiervoor op dit moment onvoldoende.

10.6.6 ICT

Er zijn geen specifieke knelpunten gesignaleerd ten aanzien van dit thema voor de implementatie van de kwaliteitsstandaard.

11. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 19-10-2017 Beoordelingsdatum 18-10-2021

11.1 Samenstelling werkgroep

Werkgroep

Werkgroep: Op het moment van publicatie is deze zorgstandaard nog niet geautoriseerd door de LVVP. InEen, NVKG en VEN hebben afgezien van autorisatie.

De prioriteit van Ineen ligt bij onderwerpen die betrekking hebben op bestuurlijke en organisatorische aspecten van eerstelijnszorg. Deze module is vooral zorginhoudelijk. Met de hoeveelheid zorgstandaarden en modules die op dit moment aan ons voorgelegd worden, zijn wij genoodzaakt prioriteiten te stellen. Wij zien daarom af van het beoordelen en autoriseren van deze module.

De NVKG heeft niet geparticipeerd in deze standaard en de inhoud hiervan is minder relevant voor de dagelijkse praktijk van de klinisch geriater; daarom heeft deze standaard de autorisatieprocedure van de NVKG niet doorlopen.

De VEN geeft aan dat EMDR een goede aanvulling (dan wel een alternatief) kan zijn bij de behandeling van angstklachten en angststoornissen. In de zorgstandaard moet beter benadrukt worden dat als de behandeling onvoldoende resultaat oplevert, de behandeling gecombineerd kan worden met EMDR, cognitieve interventies en/of coping en/of modeling.

□

Adviesgroep

□

Projectgroep

□

11.2 Budget impact en review kosteneffectiviteit

Om inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit en budget impact van interventies gericht op angststoornissen werd een systematische review en een budget impact analyse uitgevoerd. Hierbij richtte de systematische review zich op alle studies waarin de kosten en de effecten werden

onderzocht van interventies gericht op de behandeling van angststoornissen. De budget-impact analyse zoomde vervolgens in op behandelingen, maar ook preventie, van paniekstoornis.

Systematische review

De systematische review bracht alle onderzoeken in kaart waarin werd gerapporteerd over de kosteneffectiviteit van interventies gericht op de behandeling van angststoornissen. Hiervoor werden artikelen gezocht in PubMed, PsycINFO, NHS EED en de CEA registry waarin zowel de kosten als effecten van twee condities werden vergeleken. De search, die tot maart 2016 liep met als enige verdere restrictie dat preventie werd geëxcludeerd, leidde tot 826 artikelen waarvan 42 werden geïnccludeerd.

De helft van de studies (n=21) was uitgevoerd in Europa (Verenigd Koninkrijk (n=6), Zweden (n=6), Nederland (n=3), Spanje (n=3), Duitsland (n=2), Portugal (n=1)), tien studies werden uitgevoerd in Amerika, zes in Australië, vier in Canada en één in China. De meeste studies (n=31) beschouwden een populatie met één type angststoornis (paniekstoornis (n=11), gegeneraliseerde angststoornis (n=9), sociale fobie (n=5), post-traumatische stress stoornis (n=4), obsessief compulsieve stoornis (n=3)), waarbij de overige elf studies een bredere populatie beschouwden. Tabel A.1 toont de details van de geïnccludeerde studies.

Van studies waarin ook de kwaliteit van leven van de patiënten werd gemeten (19 van de 42) kon worden beoordeeld of de interventies kosteneffectief zijn, gebruikmakend van de richtlijn van het Zorginstituut Nederland.

Bron: Zorginstituut Nederland, 2015.

De meerderheid van deze studies liet zien dat de beschouwde interventieconditie gemiddeld genomen kosteneffectief was (15 van de 19), terwijl bij zes studies de interventie niet alleen kosteneffectief, maar ook nog eens kostenbesparend bleek ten opzichte van de controleconditie. Kijkend naar de verschillende type interventies ten opzichte van hun controlecondities, ontstaat het beeld dat online CGT een kosteneffectieve interventie bleek (vijf van de vijf studies), en dat farmacotherapie (zeven van de 11 studies) en psychologische interventies (tien van de 12 studies) in een meerderheid van de studies kosteneffectief was. In tabel A.2 staan de details met betrekking tot de resultaten van de studies.

De kwaliteit van de studies werd in kaart gebracht met de CHEC-list (Consensus on Health Economic Criteria),

Bron: Evers ea, 2005.

waarmee werd beoordeeld in welke mate de studies goed werden uitgevoerd. Gemiddeld genomen was de kwaliteit van de studies goed (73% van de score), maar er waren grote verschillen tussen

individuele studies (scores varieerden tussen 28-94%), zie tabel A.3 voor de score op elk item van de CHEC-list voor elk van de studies.

Budget Impact Analyse

Vanwege de hoeveelheid beschikbare evidentie werd gekozen om de budget impact analyse te richten op interventies voor paniekstoornis. Hierbij werd enerzijds gekeken naar preventie van paniekstoornis (middels een zogeheten 'early intervention') en anderzijds naar de behandeling van paniekstoornis (middels medicatie, psychologische behandeling of combinatiebehandeling). Het doel van de budget impact analyse was om in te schatten welke budgets gepaard gaan met het aanbieden van deze interventies aan de doelgroep, en welke gezondheidseffecten hierbij verwacht kunnen worden. In deze bijlage wordt beschreven hoe het gezondheidseconomisch model voor deze berekeningen werd ontwikkeld en tot welke resultaten dit leidde. Verdere details zijn opvraagbaar bij Joran Lokkerbol (jlokkerbol@trimbos.nl), hoofd van het Centrum voor Economische Evaluatie binnen het Trimbos-instituut.

Opbouw model

Het gezondheidseconomisch model, opgebouwd als Markov-model, combineert evidentie over de epidemiologie van paniekstoornis en over de kosten en effecten van interventies en gezondheidstoestanden. De opbouw van het model en alle inputparameters worden hieronder beschreven.

Epidemiologie

De studiepopulatie in het model bestond uit de Nederlandse volwassen populatie tussen 18-65 jaar.

Bron: CBS statline 2016; CBS Bevolkingspiramide 2016.

Schattingen omtrent prevalentie en incidentie van paniekstoornis (PS) en subthreshold paniekstoornis (STHPS) werden gebaseerd op NEMESIS,

Bron: De Graaf ea 2010.

een epidemiologische cohort studie naar de prevalentie en incidentie van mentale stoornissen in de Nederlandse populatie. De jaarlijkse prevalentie van PS en STHPS was respectievelijk 2,2% en 1,9%.

Bron: Batelaan ea, 2007.

De DSM-III-R criteria voor paniekstoornis werd gebruikt voor de schattingen

Bron: Batelaan ea, 2007.

STHPS werd gedefinieerd als ten minste één paniekaanval tijdens het afgelopen jaar in een situatie waarbij een paniekaanval niet als normaal wordt beschouwd. Dit moet zijn samengegaan met ten minste vier van de 13 paniek symptomen behorende tot de DSM-III-R en mogen niet anatomisch van aard zijn.

Bron: Batelaan ea 2007.

De jaarlijkse incidentie van PS werd geschat op 0,52% (95% CI 0,37%-0,73%).

Bron: de Graaf ea 2013.

Binnen twee jaar had 21,4% van de PS patiënten en 37% van de STHPS patiënten een terugval en respectievelijk, 43,3% en 23,8% van de patiënten had chronische klachten.

Bron: Batelaan ea, 2010.

Interventies

Uitgaande van de interventies zoals beschreven in de multidisciplinaire richtlijn werden de volgende interventies beschouwd:

- Farmacologische interventies (SSRI en TCA);
- Psychologische interventies (CGT);
- Combinatiebehandeling.

Daarnaast werd gekeken naar een 'early intervention' gericht op het voorkomen van een paniekstoornis.

In tabel 1 staat het geschatte bereik en de geschatte adherentie van de interventies waarmee gerekend werd in het uitgangscenario.

Modelstructuur

Een Markov-model met vier stadia werd ontwikkeld met Microsoft Excel 2013 om de quality-adjusted life years (QALYs) en de kosten van verschillende interventies voor PS en STHPS in Nederland te

evalueren. De model structuur, zoals weergegeven in Figuur 1, is gebaseerd op de beschikbaarheid van relevante epidemiologische en klinische data. De cyclus-lengte werd gezet op 1 jaar, corresponderend met de epidemiologische evidentie, waar normaliter jaarlijkse transitiekansen worden gerapporteerd. Aan het einde van een cyclus blijven individuen ofwel in dezelfde gezondheidstoestand ofwel maken ze een switch naar een andere gezondheidstoestand. Per cyclus is één switch mogelijk. Een tijdshorizon van vijf jaar werd gekozen om de kosten-utiliteit van de interventies te evalueren.

Vier gezondheidstadia werden in het model ingebouwd: Paniekvrij (PV), STHPS, PS, en dood (D). De PS-staat bevat individuen met volledige/full-blown PS, de STHPS-staat bevat individuen met subthreshold paniekstoornis. Individuen die niet aan de eerder genoemde criteria van PS of STHPS voldeden, verbleven in de PV gezondheidsstaat.

We namen aan dat STHPS tussen PV en PD zit. Dit betekent dat individuen met PS alleen de gezondheidsstaat PV kunnen bereiken via de gezondheidsstaat STHPD en vice versa. Deze aanname leidt ertoe dat de incidentie van PS via STHPS verloopt.

□

Figuur: Markov-model structuur

Modelparameters

Tabel 2 presenteert alle input-parameters van het economische model.

Gezondheidsstaat utiliteiten

De effectiviteit van interventies werd uitgedrukt in QALYs, welke het gebruik van utiliteiten vergt. Een utiliteit is een gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven score tussen 0 (dood) en 1 (volledige gezondheid). Deze utiliteit scores worden vermenigvuldigd met de duur in jaren om zo een QALY te berekenen. Een QALY staat voor één levensjaar in volledige gezondheid. Utiliteitdata, gebaseerd op de EuroQol-5D (EQ-5D) van de Europese studie naar de epidemiologie van mentale stoornissen (ESEMeD)

Bron: Kaltenthaler ea 2006.

en de Nederlandse utiliteitsstudies van Stouthard ea (1997) en Versteegh ea (2016) werden gebruik om de utiliteiten voor de gezondheidsstadia in het Markov-model te berekenen.

Gezondheidswinsten

Interventies hebben als doel utiliteiten te verbeteren en daarmee extra QALYs te genereren. In het model zijn de QALY-winsten door interventies gericht op de behandeling van PS gebaseerd op effectgroottes van een recente meta-analyse naar interventies voor angststoornis.

Bron: Bandelow ea 2015.

De effectgrootte van een early intervention is gebaseerd op trialdata van Meulenbeek ea (2010). Effectgroottes werden omgezet naar utiliteiten door middel van een converteermethode beschreven door Sanderson ea (2004). Het preventieve effect van de early intervention, uitgedrukt als een afname in de transitiekans van STHPS naar PS, is gebaseerd op de studie van Meulenbeek ea.

Bron: Meulenbeek ea 2010.

Transitiekansen

De transitiekansen in termen van incidentie, terugval en chroniciteit zoals eerder beschreven, geven de gebruikelijke zorg weer aangezien deze kansen werden gebaseerd op cohort studies waar patiënten geen restricties hadden in termen van toegang tot de gezondheidszorg. Idealiter worden specifieke transitiekansen van afzonderlijke interventies geïncorporeerd in het model. Wij hebben alleen specifieke transitiekansen behorende bij de early intervention meegenomen

Bron: Meulenbeek ea 2010.

en niet voor de overige interventies door een gebrek aan evidentie.

Zorggebruik en kosten

Gegevens over directe medische kosten, directe niet-medische kosten en maatschappelijke kosten voor de PS en STHPS gezondheidstadia kwamen van een cost-of-illness studie van Batelaan e.a. (2007). Directe medische kosten relateren direct aan de behandeling, zoals afspraken bij de arts. Directe niet-medische kosten zijn out-of-pocket kosten, zoals de reiskosten voor een afspraak bij de dokter. De maatschappelijke kosten zijn gedefinieerd als de optelling van de directe medische kosten, de directe niet-medische kosten en indirecte niet-medische kosten. Indirecte niet-medische kosten bestaan uit kosten gerelateerd aan productiviteitsverliezen. Kosten voor de PV gezondheidsstaat zijn gedefinieerd als kosten voor PS minus de extra kosten voor PS zoals gerapporteerd door Smit e.a. (2006).

Interventiekosten

Kostprijzen van de Nederlandse kostenhandleiding voor economische evaluaties werden gebruikt.

Bron: Zorginstituut Nederland, 2015.

Kosten voor medicatie zijn gebaseerd op de website medicijnkosten.nl. De interventiekosten zijn beschreven in Tabel 3. Alle kosten zijn gepresenteerd in Euro's (€) voor het referentiejaar 2014.

-
-
-
-

Resultaten en conclusie

Het aanbieden van early intervention kost \pm €900 per persoon en gaat daarnaast gepaard met een toename in gezondheid, onder andere doordat hierdoor het ontstaan van een paniekstoornis wordt voorkomen. De extra kosten per gewonnen levensjaar komen uit op gemiddeld \pm €11.000 per QALY, wat de interventie kosteneffectief maakt. Doordat het aanbieden van de interventie gepaard gaat met additionele kosten, is er additioneel budget nodig om deze interventie aan te bieden. Wanneer early intervention vijf jaar lang wordt aangeboden aan 5% van de doelgroep (personen met eerste klachten, maar nog geen volledige paniekstoornis), dan gaat dit gepaard met een verwachte toename in het benodigde budget van gemiddeld \pm €11 miljoen per jaar in Nederland.

Op een vergelijkbare manier gaat het aanbieden van cognitieve gedragstherapie (aanbiedingskosten \pm €1.200 per patiënt) gericht op de behandeling van paniekstoornis aan een additionele 5% van mensen met een paniekstoornis, gepaard met een verwachte toename in het benodigde landelijke budget van gemiddeld \pm €13 miljoen per jaar. Voor farmacotherapie (aanbiedingskosten \pm €1.100 - €1.200 per patiënt) leidt het aanbieden aan een additionele 5% van mensen met paniekstoornis ook tot een verwachte toename in het benodigde budget van gemiddeld \pm €13 miljoen per jaar. Het aanbieden van combinatietherapie (aanbiedingskosten \pm €2.300 per patiënt) aan een additionele 5% van de personen met een paniekstoornis gaat over een periode van vijf jaar gepaard met een verwachte toename in het benodigde budget van gemiddeld \pm €26 miljoen per jaar.

Interventies gericht op behandeling van paniekstoornis lijken minder kosteneffectief dan interventies gericht op preventie van paniekstoornis. Onder de conservatieve aannamen die in het model werden gemaakt, valt niet te concluderen dat CGT of farmacotherapie wel of niet kosteneffectief is. De extra kosten waartegen de extra gezondheid wordt behaald liggen dicht bij de grenswaarde waarop een interventie als wel of niet kosteneffectief kan worden beschouwd (en liggen hier dus niet duidelijk onder of boven). CGT of farmacotherapie lijkt wel weer kosteneffectiever dan combinatietherapie. Combinatietherapie kan vanuit kosteneffectiviteitsperspectief dus beter worden ingezet nadat de eerst ingezette monotherapie niet tot het gewenste resultaat leidt.

Om de kosteneffectiviteit van interventies gericht op paniekstoornis te verhogen lijkt het daarom raadzaam om meer in te zetten op preventie van paniekstoornis middels early intervention. In eerste instantie is het hierbij belangrijk dat inzicht wordt verkregen in de mate waarin de

onderzoekresultaten rondom early intervention standhouden in de praktijk.

Discussie

Een van de sterke punten van het model is dat het de beschikbare data rondom epidemiologie, klinische effectiviteit en kosten combineert, om zo beleidskeuzes binnen het gezondheidzorgbeleid rondom PS en STHPS te ondersteunen.

Voor zover bekend, is dit de eerste op een model gebaseerde kosten-utiliteitsanalyse voor STHPS en PS binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. Eerder uitgevoerde economische evaluaties van interventies van PS in Nederland waren gebaseerd op trials (van Apeldoorn ea 2014; Goorden ea 2014), wat betekent dat de analyse beperkt was tot een klein aantal interventies. Daarnaast is de tijdshorizon van een economische evaluatie gebaseerd op een trial vaak relatief kort. Een belangrijk sterk punt van deze studie is dat de kosten-utiliteit analyse een evaluatie van meerdere interventies binnen de Nederlandse gezondheidszorg behelst. Bovendien werd de tijdshorizon verlengd tot vijf jaar om de beoordeling van de kosten-utiliteit van interventies op lange(re) termijn mogelijk te maken. Het model werd ontworpen om de klinische praktijk zo goed mogelijk weer te geven door rekening te houden met het bereik en de adherentie van de beschouwde interventies. Deze cijfers kunnen handmatig worden aangepast om verschillende scenario's te vergelijken.

De studie heeft ook een aantal beperkingen. Het model heeft een aantal onderliggende aannames. Onze structurele aanname dat STHPS een tussenstadium is tussen PV en PS is een van de beperkingen. Deze aanname suggereert dat PS patiënten niet paniek vrij kunnen worden zonder eerst STHPS te hebben en vice versa. We hebben deze aanname gemaakt vanwege beperkingen in de beschikbare evidentie.

Hoewel we erkennen dat geslacht een belangrijke voorspeller voor het ziekteverloop is

Bron: Yonkers ea 2003.

en dat comorbiditeit met andere psychische stoornissen zoals agorafobie en depressie is geassocieerd met een minder gunstig ziekteverloop,

Bron: Hofmeijer-Sevink ea 2012.

hebben we geslacht en comorbiditeit niet geïncorporeerd in het model als gevolg van een gebrek aan voldoende evidentie.

Kosteneffectiviteitsonderzoek richt zich op het identificeren van kosteneffectieve interventies om de efficiëntie in de gezondheidszorg te verbeteren. Het is belangrijk dat ook andere factoren worden beschouwd wanneer wordt nagedacht over het optimaliseren van de zorg, zoals voorkeuren van de patiënt, haalbaarheid en medische ethiek.

Bron: Lokkerbol ea 2015.

Deze modelberekening beperkt zich echter tot het perspectief van de kosteneffectiviteit.

Het model ontwikkeld voor deze studie is gebaseerd op Nederlandse data en de Nederlandse gezondheidszorg. Bovendien zijn de interventies geëvalueerd in overeenstemming met de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor behandeling van angststoornissen. Dit betekent dat het model met name geschikt is om te ondersteunen bij het nemen van beleidsbeslissingen in de Nederlandse gezondheidszorg. Toepassing van het model in het buitenland vereist dat er opnieuw wordt gekeken naar de onderliggende parameters in het model.

[De appendix behorend bij de budget impact en review kosteneffectiviteit van de zorgstandaard angstklachten en angststoornissen is te vinden als PDF in de database.](#)

Referenties

1. Andersson E, Hedman E, Ljótsson B, Wikström M, Elveling E, Lindfors N, et al. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015;4:47-53.
2. Andersson E, Ljótsson B, Hedman E, Mattson S, Enander J, Andersson G, et al. Cost-effectiveness of an internet-based booster program for patients with obsessive-compulsive disorder: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015;4:14-9.
3. Bandelow B, Reitt M, Rover C, Michaelis S, Gorlich Y, Wedekind D. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International clinical psychopharmacology*. 2015;30(4):183-92.
4. Batelaan N, Smit F, de Graaf R, van Balkom A, Vollebergh W, Beekman A. Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *J Affect Disord*. 2007;104(1-3):127-36.
5. Bergstrom J, Andersson G, Ljótsson B, Ruck C, Andreewitch S, Karlsson A, et al. Internet-versus group-administered cognitive behaviour therapy for panic disorder in a psychiatric setting: a randomised trial. *BMC Psychiatry*. 2010;10:54.
6. Bodden DH, Dirksen CD, Bogels SM, Nauta MH, De Haan E, Ringrose J, et al. Costs and cost-effectiveness of family CBT versus individual CBT in clinically anxious children. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2008;13(4):543-64.
7. CBS. Bevolkingspiramide 2016 [cited 2016 May]. Available from: <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/bevolkingspiramide>
8. CBS Statline. Overledenen; belangrijke doodsoorzaken (korte lijst), leeftijd, geslacht 2016 [cited 2016 May]. Available from: http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=7052_95&D1=0,92&D2=a&D3=0,5-15&D4=l&HDR=G1,G3&STB=T,G2&VW=T.
9. CBS Statline. Regionale kerncijfers Nederland 2016 [cited 2016 May]. Available from: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=70072NED&D1=6-9&D2=0&D3=19&HDR=T&STB=G1,G2&VW=T>.
10. Dear BF, Zou JB, Ali S, Lorian CN, Johnston L, Sheehan J, et al. Clinical and cost-effectiveness

- of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of anxiety: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*. 2015;46(2):206-17.
11. de Graaf R, Ten Have M, van Dorsselaer S. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): design and methods. *International journal of methods in psychiatric research*. 2010;19(3):125-41.
 12. de Graaf R, ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S. First-incidence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J Affect Disord*. 2013;149(1-3):100-7.
 13. De Salas-Cansado M, Olivares JM, Alvarez E, Carrasco JL, Barrieta A, Rejas J. Pregabalin versus SSRIs and SNRIs in benzodiazepine-refractory outpatients with generalized anxiety disorder: a post hoc cost-effectiveness analysis in usual medical practice in Spain. *ClinicoEconomics and outcomes research : CEOR*. 2012;4:157-68.
 14. De Salas-Cansado M, Alvarez E, Olivares JM, Carrasco JL, Ferro MB, Rejas J. Modelling the cost-effectiveness of pregabalin versus usual care in daily practice in the treatment of refractory generalised anxiety disorder in Spain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(6):985-96.
 15. Egger N, Konnopka A, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Short-term cost-effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: Results from the SOPHO-NET trial. *J Affect Disord*. 2015;180:21-8.
 16. Evers, S., Goossens, M., de Vet, H., van Tulder, M., Ament, A., 2005. Criteria list for assessment of methodological quality of economic evaluations: Consensus on Health Economic Criteria. *International journal of technology assessment in health care* 21, 240-245.
 17. Goorden M, Muntingh A, van Marwijk H, Spinhoven P, Ader H, van Balkom A, et al. Cost utility analysis of a collaborative stepped care intervention for panic and generalized anxiety disorders in primary care. *Journal of psychosomatic research*. 2014;77(1):57-63.
 18. Gospodarevskaya E, Segal L. Cost-utility analysis of different treatments for post-traumatic stress disorder in sexually abused children. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2012;6:15.
 19. Guest JF, Russ J, Lenox-Smith A. Cost-effectiveness of venlafaxine XL compared with diazepam in the treatment of generalised anxiety disorder in the United Kingdom. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2005;6(2):136-45.
 20. Hedman E, Andersson E, Ljotsson B, Andersson G, Ruck C, Lindefors N. Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2011;49(11):729-36.
 21. Hedman E, El Alaoui S, Lindefors N, Andersson E, Ruck C, Ghaderi A, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of Internet- vs. group-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: 4-year follow-up of a randomized trial. *Behav Res Ther*. 2014;59:20-9.
 22. Heuzenroeder L, Donnelly M, Haby MM, Mihalopoulos C, Rossell R, Carter R, et al. Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2004;38(8):602-12.
 23. Hofmeijer-Sevink MK, Batelaan NM, van Megen HJ, Penninx BW, Cath DC, van den Hout MA, et al. Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2012;137(1-3):106-12.

24. Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Andrews G, Lapsley H. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological medicine*. 2004;34(1):19-35.
25. Iskedjian M, Walker JH, Bereza BG, Le Melleo JM, Einarson TR. Cost-effectiveness of escitalopram for generalized anxiety disorder in Canada. *Current medical research and opinion*. 2008;24(5):1539-48.
26. Joesch JM, Sherbourne CD, Sullivan G, Stein MB, Craske MG, Roy-Byrne P. Incremental benefits and cost of coordinated anxiety learning and management for anxiety treatment in primary care. *Psychological medicine*. 2012;42(9):1937-48.
27. Jorgensen TR, Stein DJ, Despiegel N, Drost PB, Hemels ME, Baldwin DS. Cost-effectiveness analysis of escitalopram compared with paroxetine in treatment of generalized anxiety disorder in the United Kingdom. *The Annals of pharmacotherapy*. 2006;40(10):1752-8.
28. Kaltenthaler E, Brazier J, De Nigris E, Tumur I, Ferriter M, Beverley C, et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health technology assessment (Winchester, England)*. 2006;10(33):iii, xi-xiv, 1-168.
29. Katon WJ, Roy-Byrne P, Russo J, Cowley D. Cost-effectiveness and cost offset of a collaborative care intervention for primary care patients with panic disorder. *Archives of general psychiatry*. 2002;59(12):1098-104.
30. Katon W, Russo J, Sherbourne C, Stein MB, Craske M, Fan MY, et al. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychological medicine*. 2006;36(3):353-63.
31. Kolbasovsky A, Reich L, Futterman R, Meyerkopf N. Reducing the number of emergency department visits and costs associated with anxiety: a randomized controlled study. *The American journal of managed care*. 2007;13(2):95-102.
32. Konig HH, Born A, Gunther O, Matschinger H, Heinrich S, Riedel-Heller SG, et al. Validity and responsiveness of the EQ-5D in assessing and valuing health status in patients with anxiety disorders. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:47.
33. Lambert RA, Lorgelly P, Harvey I, Poland F. Cost-effectiveness analysis of an occupational therapy-led lifestyle approach and routine general practitioner's care for panic disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(7):741-50.
34. Le QA, Doctor JN, Zoellner LA, Feeny NC. Cost-effectiveness of prolonged exposure therapy versus pharmacotherapy and treatment choice in posttraumatic stress disorder (the Optimizing PTSD Treatment Trial): a doubly randomized preference trial. *The Journal of clinical psychiatry*. 2014;75(3):222-30.
35. Lokkerbol J. Rationalization of innovation: the role of health-economic evaluation in improving the efficiency of mental health care. Amsterdam: VU University; 2015.
36. Marchand A, Germain V, Reinharz D, Mainguy N, Landry P. Analysis of the cost and the effectiveness of a psychotherapy for panic disorder with agoraphobia (PDA) versus a treatment combining pharmacotherapy and psychotherapy. *Sante mentale au Quebec*. 2004;29(2):201-20.
37. Mavissakalian MR, Schmier JK, Flynn JA, Revicki DA. Cost effectiveness of acute imipramine therapy versus two imipramine maintenance treatment regimens for panic disorder. *PharmacoEconomics*. 2000;18(4):383-91.
38. Mavranzouli I, Meader N, Cape J, Kendall T. The cost effectiveness of pharmacological treatments for generalized anxiety disorder. *PharmacoEconomics*. 2013;31(4):317-33.

39. Mavranouzouli I, Mayo-Wilson E, Dias S, Kew K, Clark DM, Ades AE, et al. The Cost Effectiveness of Psychological and Pharmacological Interventions for Social Anxiety Disorder: A Model-Based Economic Analysis. *PLoS One*. 2015;10(10):e0140704.
40. McCrone P, Marks IM, Mataix-Cols D, Kenwright M, McDonough M. Computer-aided self-exposure therapy for phobia/panic disorder: a pilot economic evaluation. *Cognitive behaviour therapy*. 2009;38(2):91-9.
41. McHugh RK, Otto MW, Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW. Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007;68(7):1038-44.
42. Meulenbeek P, Willemse G, Smit F, van Balkom A, Spinhoven P, Cuijpers P. Early intervention in panic: pragmatic randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010;196(4):326-31.
43. Mihalopoulos C, Magnus A, Lal A, Dell L, Forbes D, Phelps A. Is implementation of the 2013 Australian treatment guidelines for posttraumatic stress disorder cost-effective compared to current practice? A cost-utility analysis using QALYs and DALYs. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2015;49(4):360-76.
44. Nordgren LB, Hedman E, Etienne J, Bodin J, Kadowaki A, Eriksson S, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2014;59:1-11.
45. Otto MW, Pollack MH, Maki KM. Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(4):556-63.
46. Poirier-Bisson J, Marchand A, Pelland ME, Lessard MJ, Dupuis G, Fleet R, et al. Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *The Journal of nervous and mental disease*. 2013;201(9):753-9.
47. Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Savard P. Cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Behavior modification*. 2008;32(3):333-51.
48. Sanderson K, Andrews G, Corry J, Lapsley H. Using the effect size to model change in preference values from descriptive health status. *Qual Life Res*. 2004;13(7):1255-64.
49. Schnurr PP, Friedman MJ, Oxman TE, Dietrich AJ, Smith MW, Shiner B, et al. RESPECT-PTSD: re-engineering systems for the primary care treatment of PTSD, a randomized controlled trial. *Journal of general internal medicine*. 2013;28(1):32-40.
50. Silva Miguel L, Silva Miguel N, Ines M. A cost-utility analysis of pregabalin versus venlafaxine XR in the treatment of generalized anxiety disorder in Portugal. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*. 2013;11(1):8.
51. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *The journal of mental health policy and economics*. 2006;9(4):193-200.
52. Smit F, Willemse G, Meulenbeek P, Koopmanschap M, van Balkom A, Spinhoven P, et al. Preventing panic disorder: cost-effectiveness analysis alongside a pragmatic randomised trial. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*. 2009;7:8.
53. Stouthard ME, Essink-Bot M, Bonsel G, Barendregt J, Kramers P, Water Hd, et al. Disability weights for diseases in the Netherlands: *Inst. Sociale Geneeskunde*; 1997.
54. Titov N, Andrews G, Johnston L, Schwencke G, Choi I. Shyness programme: longer term

- benefits, cost-effectiveness, and acceptability. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2009;43(1):36-44.
55. Tolin DF, Diefenbach GJ, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study of efficacy and costs. *Depression and anxiety*. 2011;28(4):314-23.
 56. van Apeldoorn FJ, Stant AD, van Hout WJ, Mersch PP, den Boer JA. Cost-effectiveness of CBT, SSRI, and CBT+SSRI in the treatment for panic disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2014;129(4):286-95.
 57. Vera-Llonch M, Dukes E, Rejas J, Sofrygin O, Mychaskiw M, Oster G. Cost-effectiveness of pregabalin versus venlafaxine in the treatment of generalized anxiety disorder: findings from a Spanish perspective. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*. 2010;11(1):35-44.
 58. Versteegh MM, Vermeulen KM, Evers SM, de Wit GA, Prenger R, Stolk EA. Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. *Value in health*. 2016.
 59. Yonkers KA, Bruce SE, Dyck IR, Keller MB. Chronicity, relapse, and illness--course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and anxiety*. 2003;17(3):173-9.
 60. Zhang J, Xu H, Chen Z. Pharmacoeconomic evaluation of venlafaxine compared with citalopram in generalized anxiety disorder. *Experimental and therapeutic medicine*. 2013;5(3):840-4.
 61. Zorginstituut Nederland (2015). Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Zorginstituut Nederland, Diemen.

11.3 Quickscan jeugd angstklachten en angststoornissen

De Quickscan jeugd is gebaseerd op vier bronnen:

1. de eindrapportage – Effectief werken in de jeugdsector – Thema 2: Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en jeugd, ZonMw, 2015 (psychologische interventies, gebaseerd op meta-analyses en systematic reviews t/m 2015);
2. de richtlijn Angst voor de jeugdgezondheidszorg;
3. het zorgpad en zorgprogramma complexe angststoornissen van het Expertisecentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie;
4. bijlage literatuuronderzoek vaktherapie ZS Angststoornissen (2016).

De verwijzingen in de tekst zijn gebaseerd op bovenstaande bronnen.

Psychologische interventies

Bij kinderen blijkt uit de meta-analyses en systematische reviews dat van de psychologische behandelingen cognitieve gedragstherapie veruit het vaakst is onderzocht. CGT blijkt de enige overtuigend aangetoonde evidence-based behandeling, zowel als interventie voor angststoornissen als voor geïndiceerde preventie bij angstklachten.

Bron: Bennett et al., 2013; James et al., 2015; Reynolds et al., 2012; Corrieri et al., 2013; Mychailyszyn et al., 2012.

Over de effectiviteit van andere psychologische interventies konden in de meta-analyses geen uitspraken worden gedaan omdat er te weinig studies beschikbaar waren. Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat vaktherapie effectief kan zijn in het verminderen van angst gerelateerde klachten en angst.

Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat vaktherapie effectief kan zijn in het verminderen van angst gerelateerde klachten en angst.: Zie achtergronddocument literatuuronderzoek vaktherapie Zorgstandaard Angststoornissen, 2017.

[Meer informatie](#)

Er zijn onvoldoende studies gedaan naar de effectiviteit van cognitieve bias modificatie om hierover te kunnen adviseren aan de klinische praktijk.

Bron: Cristea et al., 2015.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Cognitieve gedragstherapie richt zich bij kinderen (8-18 jaar) vaak niet op één specifieke angststoornis maar heeft als focus het doorbreken van vermijdingsgedrag en leren van vaardigheden om met angst om te gaan. CGT bestaat doorgaans uit de volgende componenten: psycho-educatie, het opstellen van een angst hiërarchie, het uitvoeren van exposure-opdrachten, ontspanningstechnieken, het herkennen en uitdagen van angstige gedachten, probleemoplossingsvaardigheden en contingency management (belonen van dapper gedrag). Vaak is er ook (kort) aandacht voor terugvalpreventie. Veel programma's maken gebruik van modelling door de behandelaar of door leeftijdsgenoten (voordoen van dapper gedrag). De interventie richt zich doorgaans op de groep meest voorkomende angststoornissen: separatieangststoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en specifieke fobie. Er zijn specifieke behandelprogramma's die zich richten op de dwangstoornis en op selectief mutisme. Behandelingen van angststoornissen worden vaker individueel aangeboden en preventieve interventies voor angstklachten vaker in groepen, bijvoorbeeld op scholen.

Uit diverse meta-analyses blijkt dat cognitieve gedragstherapie een medium tot groot effect heeft op angststoornissen en angstklachten. Vergeleken met een actieve controlegroep zijn de uitkomsten kleiner.

Bron: Bennett et al., 2013; James et al., 2015; Reynolds et al., 2012.

Geïndiceerde preventie gericht op kinderen met verhoogde angstklachten is effectief, terwijl de effecten voor universele preventie minder gunstig zijn (zoals psycho-educatie en oefeningen voor een volledige klas).

Bron: Corrieri et al., 2013; Mychailyszyn et al., 2012.

De meeste interventies bestaan uit 8-16 sessies, en er zijn aanwijzingen dat de effecten van CGT groter zijn naarmate er meer sessies worden gegeven, dat de intensiteit (vaker per week) geen verschil maakt,

Bron: Sánchez-Meca et al., 2014; Thompson, 2014.

en dat de effecten minder groot zijn bij minder dan 8 sessies.

Bron: Reynolds et al., 2012.

Boostersessies zijn een aantal sessies na afloop van de behandeling gericht op het behouden van wat bereikt is en het voorkomen van terugval. 1-4 van deze sessies binnen 3 maanden na afronding van de behandeling vergroten het effect van CGT op langere termijn.

Bron: Gearing et al., 2013.

De bevindingen over individuele versus groepsbehandelingen zijn niet consistent, waarbij individuele behandeling soms even effectief blijkt

Bron: James et al., 2015; Thompson et al., 2014.

en soms effectiever.

Bron: Reynolds et al., 2012.

Effecten van CGT bij angststoornissen zijn mogelijk groter bij oudere kinderen dan bij basisschoolkinderen

Bron: Reynolds et al., 2012.

al worden dit verschil niet gevonden in de klinische praktijk

Bron: Bennett et al., 2013; James et al., 2015; Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014; Nilsen et al., 2013.

en er is geen verband met sekse gevonden.

Bron: James et al., 2015; Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014; Nilsen et al., 2013; Ollendick & Davis, 2013; Sánchez-Meca et al., 2014; Thompson, 2014.

Comorbiditeit, zowel internaliserend als externaliserend, is volgens de meeste studies niet nadelig voor de effectiviteit van CGT.

Bron: James et al., 2015; Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014; Nilsen et al., 2013.

De ernst van de klachten zou wel samenhangen met behandel-effectiviteit.

Bron: Lundkvist-Houndoumadi et al., 2014.

Er zijn aanwijzingen dat een angststoornis bij kinderen met een autisme spectrum stoornis effectief behandeld kan worden met CGT.

Ouders worden bij de behandeling van angststoornissen betrokken, ook bij kindgerichte CGT. Ze krijgen informatie over angststoornissen en CGT bij angststoornissen en denken mee over het

opzetten en uitvoeren van exposure-oefeningen. Ook krijgen ze adviezen over hoe ze hun kind goed kunnen helpen om hun angst te overwinnen, bijvoorbeeld door hen aan te moedigen of te belonen voor dapper gedrag. Uitgebreidere ouderbetrokkenheid of systeeminterventies, bijvoorbeeld in de vorm van oudergesprekken over hun eigen gedrag, hun eigen belemmerende gedachten of hun eigen angsten, leidt gemiddeld genomen niet tot een grotere effectiviteit van de CGT.

Bron: James et al., 2015; Manassis et al., 2014; Reynolds et al., 2012, Thulin et al., 2014.

Eén meta analyse concludeerde dat gezinsinterventies juist wél effectiever zijn.

Bron: Brandal & Meynard, 2014.

Het zou kunnen dat specifieke ouderinterventies gericht op ondersteuning van de exposure wél een meerwaarde hebben.

Bron: Manassis et al., 2014.

Wanneer kindgerichte CGT niet voldoende werkt wordt wel aangeraden om te overwegen ouders meer te betrekken bij de behandeling.

Bron: E-KJP, 2013.

Bij dwang is wel aangetoond dat veel ouderbetrokkenheid de effectiviteit van CGT vergroot.

Bron: Sanchez-Meca et al., 2014.

CGT die (deels) via de computer is effectiever dan een wachtlijst en mogelijk even effectief als fact-to-face contacten in het verminderen van angstsymptomen.

Bron: Ye et al., 2015; Ebert et al., 2015.

De online behandeling werd in deze studies niet vrijwel niet aangeboden als zelfhulp, maar altijd gecombineerd met ondersteuning door een professional.

Farmacologische interventies

Er zijn er weinig studies die de effectiviteit van CGT en medicatie direct vergelijken bij angststoornissen, en die studies laten even sterke effecten zien van CGT en medicatie.

Bron: James et al., 2015; Reynolds et al., 2012.

Er zijn weinig studies zijn naar lange termijn effecten. Hierbij moet worden aangemerkt dat er voor deze Quickscan geen systematisch literatuuronderzoek is gedaan naar effectiviteit van farmacotherapie voor jeugdigen met angststoornissen.

Vanwege mogelijke bijwerkingen en de beschikbaarheid van CGT als goed alternatief wordt doorgaans aangeraden te starten met CGT.

Bron: James et al., 2015; zorgpad E-KJP, 2013.

Soms wordt medicatie voorgeschreven vanwege comorbide depressie. Hiervoor verwijzen we naar de Quickscan en de specifieke aanbevelingen voor jeugdigen in de Zorgstandaard depressie.

Nonrespons

Er bestaat geen eenduidig beeld van het te voeren beleid bij kinderen die niet reageren op een eerste behandeling. In het zorgprogramma complexe angststoornissen van de E-KJP wordt aangeraden om bij te weinig respons ouders en school intensiever te betrekken, zondig in te zetten op sociale vaardigheidstraining, of farmacotherapie toe te voegen (E-KJP, 2013).

Literatuur

Bennett, K., Manassis, K., Walter, S. D., Cheung, A., Wilansky-Traynor, P., Diaz-Granados, N., ... Wood, J. J. (2013). Cognitive behavioral therapy age effects in child and adolescent anxiety: An individual patient data metaanalysis. *Depression and Anxiety*, 30, 829-841.

Brendel, K. E., & Maynard, B. R. (2014). Child-parent interventions for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 24, 287-295.

Consortium Angst- en stemmingsstoornissen bij jeugdigen (2015). ZonMw eindrapportage Effectief werken in de jeugdsector – Thema 2: Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en jeugd.

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H., & Riedel-Heller, S. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health*

Promotion International, 29, 427-441.

Cristea I, Mogoșe Cristina, David D, Cuijpers P. (2015). Practitioner review: Cognitive bias modification for mental health problems in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(7): 723-734.

Ebert DD, Zarski A-C, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M, Riper H. (2014). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS ONE*, (3). ArtID: e0119895.

Expertisecentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (E-KJP) (2013). *Zorgpad en zorgprogramma complexe angststoornissen*. Interne publicatie E-KJP.

Gearing RE, Schwalbe CSJ, Lee R, Hoagwood KE. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 30(9): 800-808.

James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 6, CD004690.

Lundkvist-Houndoumadi, I., Hougaard, E., & Thastum, M. (2014). Pre-treatment child and family characteristics as predictors of outcome in cognitive behavioural therapy for youth anxiety disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 524-535.

Mychailyszyn, M. P., Brodman, D. M., Read, K. L., & Kendall, P. C. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 129-153.

Nilsen T, Eisemann M, Kvernmo S. (2013). Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: A systematic review of psychological treatment studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2): 69-87.

Ollendick, T. H. & Davis, T. E., III (2013). One-session treatment for specific phobias: A review of Ost's single-session exposure with children and adolescents. *Cognitive Behavior Therapy*, 42, 275-283.

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

Thompson-Hollands, J., Edson, A., Tompson, M. C., & Comer, J. S. (2014). Family involvement in the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 28, 287-298.

Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Öst, L. G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A metaanalysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 185-200.

Ye X, Bapuji SB, Winters SE, Struthers A, Raynard M, Metge C, Kreindler SA, Charette CJ, Lemaire JA, Synyshyn M, Sutherland K. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children,

youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 14: 313

11.4 Literatuur

Boer, F. & Verhulst, F. (2014). *Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom

Busch, 2015– Busch M, Jong, M en Baars E, Complementaire zorg in ziekenhuizen, verpleeghuizen en GGZ-instellingen, Eerste Nederlandse inventarisatie, januari 2015, publicatienr. 2015-005 VG Louis Bolk;
http://www.vanpraaginstituut.nl/pdfjs/web/pdf/pub_vpi_Rapport_CZ_Mappingstudie.pdf;

Huber, M. (2014). *Towards a new, dynamic concept of Health. Its operationalisation and use in public health and healthcare, and in evaluating health effects of food.* (Proefschrift). Maastricht: Universiteit Maastricht.

James, A.C., James, G., Cowdrey, F.A., Soler A & Choke A. (2015) Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 18 (2).

Konijn, C., Bruinsma, W., Lekkerkerker, L., Eijgenraam, K., Steeg, M. vander, & Oudhof, M. (2009). CAP-J. Classificatiesysteem voor de aard van de problematiek van cliënten in de jeugdzorg. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

Lewis- Fernandez, R., Morcillo, C., Wang, S., Duarte, C.S., Aggarwal, N.K., Sánchez-Lacay, J.A. & Blanco, C. (2016). Acculturation dimensions and 12-month mood and anxiety disorders across US Latino subgroups in the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 46, 1987-2001. Doi: 10.1017/S0033291716000763.

Mors, Y. (2015). 'Kansen op werk' werkt! Evaluatie project 'Kansen op werk' 2013 t/m 2015. Driebergen: Angst, Dwang en Fobie Stichting.

Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*, 34, 244-252.

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

Schab L.M. (2011). *Hoe kom ik van die angsten af?* Amsterdam: Nino, 2011.

Snoek A., Wits E. & Meulders W. (2012). Richtlijn middelenmisbruik of -afhankelijkheid en angststoornissen, Addendum bij de MDR Angststoornissen versie 1.0. Verkregen op 28-11- 2016 via: <http://www.resultatenscoren.nl/data/upload/Publication/files/middelenmisbruik-of---afhankelijkheid-en-angststoornissen---richtlijnangst-en-verslaving-incl-voorblad-voorwoord-en-colofon.pdf>.

Veerbeek, M.A., Stirbu, I., Verhaak, P.F.M., Pot, A.M & Nuyen, J. Trends in mental health care for older adults in general practice: a register-based study. In: Veerbeek M. Accessibility and effectiveness of mental health care for older adults. Dissertation. VU University Amsterdam, 2014.

Wetherell, J.L., Petkus, A.J., McChesney, K., Stein, M.B., Judd, P.H., Rockwell, E., ... & Patterson,

T.L. (2009). Older Adults Are Less Accurate Than Younger Adults at Identifying Symptoms of Anxiety and Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 623-626. Doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b0c081.

11.5 Verdieping

11.5.1 Terugvalpreventie

Voor afsluiting van de therapie maakt de zorgverlener samen met de patiënt een signaleringsplan om mogelijke signalen van terugval te herkennen, zowel door de patiënt zelf alsook voor diens naaste omgeving. Aansluitend kan worden geleerd om anders met deze signalen om te gaan dan voor de start van de behandeling. Het anders omgaan met deze signalen kan bestaan uit het anders duiden en interpreteren ervan en uit andere coping.

De zorgverlener wijst de patiënt op de mogelijkheden van terugval na de behandeling en stimuleer na behandeling met exposure in vivo om de exposure-technieken te blijven toepassen en, na behandeling met cognitieve therapie, opnieuw optredende irrealistische cognities steeds te blijven corrigeren.

Nadat een behandeling met goed resultaat is afgesloten, worden goede afspraken gemaakt met de patiënt en de huisarts over mogelijkheden om de patiënt snel te zien en waar nodig in te grijpen bij mogelijke terugval.

11.5.2 Leefstijladvisering

Een gezonde leefstijl met regelmatig bewegen, een goede nachtrust en voldoende ontspannen heeft een gunstig effect hebben op het beloop van een angststoornis, evenals een gebalanceerde voeding en het vermijden van alcohol, drugs en roken.

Leefstijladviezen kunnen helpen bij het overwinnen van angstklachten. Gerichtte aandacht voor het slaappatroon en vasthouden aan een goed dag- en nachtritme is noodzakelijk, omdat dit een invloed heeft op het functioneren overdag en langdurig slecht slapen ook een oorzaak kan zijn van angst. Slecht of teveel eten, alcohol en drugsgebruik ondermijnen de draagkracht. Goede uitleg van het effect op angst is belangrijk.

Meer gaan bewegen geeft veelal energie. Het doorbreken van sociaal isolement door contacten met anderen kan opluchtend en ontspannend zijn. Het kan hierbij ook om lotgenotencontact gaan of om mogelijkheden via internet.

Voor het bevorderen van ontspanning bestaan verschillende typen ontspanningsoefeningen en relaxatie. De meest bekende is de progressieve spierontspanningstraining van Jacobson. Bij deze training is het de bedoeling om achtereenvolgens iedere spiergroep eerst aan te spannen en daarna te ontspannen. Patiënten leren hierbij het verschil tussen spanning en ontspanning beter aanvoelen. Andere relaxatietechnieken zijn autogene training, biofeedback, yoga of meditatie. Relaxatie is een relatief simpele psychologische interventie die bovendien door veel mensen positief wordt gewaardeerd.

Een hierin gespecialiseerde hulpverlener kan helpen bij het in kaart brengen van het leefpatroon en

daarbij gericht advies geven. Het gaat vaak om kleine veranderingen in dagelijkse patronen, die soms lastig zijn om te doorbreken.

Voeding en dieet

Voor het aanleren van gezond of aangepast voedingsgedrag als onderdeel van de behandeling is de [Generieke zorgmodule Voeding](#) (Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), 2012).

11.5.3 Gestandaardiseerde (groeps)cursussen (incl. e-health interventies)

Verschillende zorgverleners bieden gestandaardiseerde groepscursussen aan en er bestaan diverse internetinterventies, meestal ook in cursusvorm met minimale begeleiding. Indien mogelijk kunnen deze worden gecombineerd met interventies met behulp van internet (e-health interventies). Samen met de hulpverlener kan de patiënt een keuze maken uit het aanbod om bestaande klachten beter het hoofd te bieden.

E-health interventies

In Nederland worden steeds vaker internet-based interventies aangeboden. Een aantal interventies zijn inmiddels uitgebreid geëvalueerd. Uitkomsten daarbij waren klachtenreductie en verbetering van kwaliteit van leven. Verder is aangetoond dat internet-based interventies voor de behandeling van depressieve klachten kosteneffectief zijn. Wel moet er therapeutische ondersteuning aanwezig zijn in de vorm van 'blended care'.

11.5.4 Psycho-educatie (als basisinterventie)

Psycho-educatie is als basisinterventie een onderdeel van elke behandeling van angststoornissen. De patiënt dient goed op de hoogte te zijn van de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de complexiteit en het beloop van symptomen, de behandelmogelijkheden, het belang van therapietrouw bij de behandeling en de risico's op terugval of herhaling. Psycho-educatie draagt bij aan kennis en vaardigheden in om met de klachten om te gaan. Patiënten geven aan dat zij in eerste instantie niet echt op zoek gaan naar informatie. Pas na herkenning en acceptatie van de angst, ontstaat die behoefte. Door een goede uitleg van de behandelmogelijkheden en eventuele medicatie (werking, dosering, verwachte bijwerkingen, belang van therapietrouw) stellen hulpverleners de patiënt in staat tot weloverwogen gezamenlijke besluitvorming over het behandelbeleid.

Daarnaast is het van belang om naastbetrokkenen, zoals de gezinsleden van de patiënt en bij kinderen/jeugdigen ook de ouders, goed te informeren over de verschijnselen van angststoornissen en de verwachtingen van patiënten en naastbetrokkenen af te stemmen. Het gedrag van de patiënt kan erg belastend zijn voor de omgeving. Dit kan leiden tot gevoelens van onmacht en irritatie bij naasten en vervolgens tot een toename in angst bij een patiënt.

Psycho-educatie kan in verschillende vormen worden gegeven: in voorlichtende gesprekken; als onderdeel van bibliotherapie/zelfmanagement/internethulp; als onderdeel van een cursus, die individueel (zelfhulp cursus) dan wel in groepsverband kan worden geboden en ook voor partner of familieleden van patiënten toegankelijk is. Altijd krijgen de patiënt, partner/gezinsleden/familieleden en/of mantelzorgers mondelinge en schriftelijke informatie over de aandoening, mogelijke oorzaken, het te verwachten beloop en individuele adviezen voor leefstijl, zelfmanagement, (begeleide) zelfhulp

en behandel mogelijkheden. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van websites (www.nedkad.nl, , www.trimbos.nl, www.kiesbeter.nl), en informatiebrochures van patiëntenorganisatie of beroepsverenigingen.

In het kader van de WGBO het noodzakelijk is dat mensen dusdanig geïnformeerd zijn over hun aandoening dat zij weloverwogen beslissingen kunnen nemen over/in kunnen stemmen met de aanpak ervan. Dit maakt een vorm van psycho-educatie in alle gevallen noodzakelijk.

De patiënt wordt geattendeerd op het bestaan van patiëntenorganisaties, zelfhulpgroepen en informatie die hierover te verkrijgen is via onder de Depressie Vereniging en de Angst Dwang en Fobie stichting (www.adfstichting.nl).

Het is belangrijk de patiënt te behandelen in diens sociale context (partner/gezin/familie). Met toestemming van de patiënt kunnen partner/gezinsleden/familie bij de behandeling worden betrokken.

De hulpverlener spreekt begrijpelijke taal en vermijdt overbodig medisch jargon. De hulpverlener voorziet psycho-educatie, patiënteninformatie en interventies in een taal die de patiënt beheerst, voor zover mogelijk.

11.5.5 Activering en vermijding tegengaan

Door de patiënt goed in beeld te houden kunnen de hulpverlener en patiënt steeds ingrijpen om verergering van de ziekte te voorkomen. Actief volgen is een basisinterventie waarin de toestand en de symptomen van de patiënt nauwkeurig in de gaten wordt gehouden en ook wordt gekeken naar de resultaten van interventies: herstelgedrag, coping, motivatie. Actief volgen bestaat uit een gesprek waarin het dagelijks functioneren van de patiënt wordt beoordeeld en een monitoringsvragenlijst wordt afgenomen. Op grond van deze gegevens wordt het behandelbeleid geëvalueerd. Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan overwogen worden om ook partner, familieleden, vrienden en collega's te betrekken. Zij signaleren eventuele verergering van de angst meestal eerder dan betrokkene zelf. Minimaal eens in de zes weken is er behandelcontact. Bij het niet verschijnen van de patiënt op afspraken neemt de hulpverlener initiatief tot contact.

11.5.6 Actief volgen

Door de patiënt goed in beeld te houden kunnen de hulpverlener en patiënt steeds ingrijpen om verergering van de ziekte te voorkomen. Actief volgen is een basisinterventie waarin de toestand en de symptomen van de patiënt nauwkeurig in de gaten wordt gehouden en ook wordt gekeken naar de resultaten van interventies: herstelgedrag, coping, motivatie. Actief volgen bestaat uit een gesprek waarin het dagelijks functioneren van de patiënt wordt beoordeeld en een monitoringsvragenlijst wordt afgenomen. Op grond van deze gegevens wordt het behandelbeleid geëvalueerd. Bij de beoordeling van het dagelijks functioneren kan overwogen worden om ook partner, familieleden, vrienden en collega's te betrekken. Zij signaleren eventuele verergering van de angst meestal eerder dan betrokkene zelf. Minimaal eens in de zes weken is er behandelcontact. Bij het niet verschijnen van de patiënt op afspraken neemt de hulpverlener initiatief tot contact.

11.5.7 Bibliotherapie

Dit betreft hulp in de vorm van schriftelijk en/of audiovisueel materiaal waarin een gestandaardiseerde behandelvorm zo is beschreven dat de patiënt deze min of meer zelfstandig, met minimale ondersteuning van professionele hulpverleners, kan uitvoeren.

Patiënten geven aan, dat zij veel hebben gehad aan boeken en gerichte literatuur over depressie. Door te lezen over angst, gaat de patiënt begrijpen wat een angststoornis met je doet. Een boek kan concrete tips geven om je beter te voelen. Soms biedt een boek ook goede informatie over de behandeling. De interventie bestaat ook als cursus of kortdurende individuele coaching en is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes. Vooraf vindt doorgaans een kennismakingsgesprek plaats. In een individuele coaching krijgt de patiënt na een mondelinge instructie het materiaal mee. Er worden afspraken gemaakt over begeleiding, vaak eens in de week een telefoongesprek van maximaal 15 minuten. Het gesprek is niet therapeutisch van aard, maar uitsluitend gericht op het doorwerken van het zelfhulpboek. In de cursus krijgen alle deelnemers instructies en materiaal mee om thuis mee te oefenen. De interventie richt zich op het vertrouwen in het eigen kunnen van mensen en het vermogen om zelf aandeel te hebben in de zorg. Van deze interventies zijn de preventieve effecten goed gedocumenteerd bij mensen met beginnende depressies.

11.5.8 Zelfmanagementstrategieën voor het voorkómen van terugval en recidivering

Beproefde zelfmanagementstrategieën om terugval en recidivering te voorkómen zijn: het vinden van een goede balans in het leven, dagstructuur en leefritme, voldoende bewegen, onderhouden van sociale contacten, inschakelen van het netwerk bij het herkennen van signalen en het toepassen van [mindfulness-technieken](#). Eén manier is om naasten te vragen om het aan te geven als bepaald gedrag plaatsvindt. Sommige patiënten herkennen de signalen zelf, bijvoorbeeld bij een te snelle afbouw van medicijnen. Voor sommige mensen helpt een zelfreflectieverslag waarin zij beschrijven hoe ze terugval kunnen voorkomen, bijvoorbeeld door het nemen van een rustdag. Het is daarnaast belangrijk voor het herstel om het eigen gedrag, gedachten en gevoelens te blijven onderzoeken. Hierdoor ontstaan voelsprietten voor 'oud' gedrag, gedachten en gevoelens die tot depressieve symptomen kunnen lijden. Het is de kunst om dit om te draaien en anders met bepaalde situaties om te gaan.

11.5.9 Steunend-structurende begeleiding

Gesprekken over leefstijl, voeding en dagstructurering passen goed in steunende-structurende begeleiding, waarbij eventuele afgesproken pogingen tot verandering systematisch geëvalueerd worden. Het doel is daarmee ook de patiënt te helpen de angst beter te hanteren. In combinatie met farmacotherapie dient steunende-structurende begeleiding ter bevordering van de therapietrouw en om de behandeling goed te kunnen volgen en bijsturen (Actief volgen).

Vooraf worden duidelijke afspraken gemaakt over frequentie en duur van de vervolcontacten die in het begin wekelijks of tweewekelijks en later geleidelijk minder frequent worden gehouden.

11.5.10 Activerende begeleiding

Deze interventie is gericht op het behouden en verwerven van zinvolle dagbesteding, het behouden of hervatten van arbeid, opleiding en vrijwilligerswerk. Er wordt gewerkt aan persoonlijk functioneren in gedrag of vaardigheden, het samen met de patiënt zoeken naar mogelijkheden op het gebied van zinvolle dagbesteding. Het kan ook gaan om activiteiten op het terrein van opleiding en (vrijwilligers)werk. Op het gebied van werk wordt aanbevolen om trajectbegeleiding te starten.

Arbeidsgerichte therapie

Het doel van arbeidsgerichte therapie is het verbeteren van het doeltreffend handelen. Door het uitvoeren van activiteiten krijgen mensen inzicht in het eigen handelingspatroon, kunnen zij ander gedrag oefenen of nieuwe vaardigheden aanleren.

Arbeidsgerichte therapie kan bestaan uit:

- activeringsprogramma's;
- het inschatten van belasting en belastbaarheid voor arbeid. Met een assessment kunnen eventueel arbeidsvaardigheden worden getest;
- training van arbeidsvaardigheden zoals op tijd komen, afspraken maken en nakomen, en zelfstandig werken;
- op een veilige manier opbouwen van werkervaring met als doel klachtenreductie, hervinden van (werk)ritme, vergroten van zelfvertrouwen;
- borgen van de werkzekerheid door contact te houden met de werkvloer.

In het kader van arbeidsrehabilitatie is Individual Placement en Support (IPS) in diverse gemeenten beschikbaar. Voor sommige mensen zal een meer gestructureerde en intensieve vorm van arbeidsgerichte begeleiding nodig zijn.

11.5.11 Psychosociale behandeling

Psychosociale behandeling omvat het omgaan met en beïnvloeden van de alledaagse leefsituatie van de patiënt. Interventies richten zich op sociale relaties of situaties waarbij zowel psychische als sociale aspecten een rol spelen. Het doel van de behandeling betreft het voorkomen, herstellen of draaglijk maken van verlies van controle door levensproblemen, ingrijpende gebeurtenissen of moeilijke omstandigheden. De omgeving speelt een belangrijke rol en wordt doorgaans ook betrokken bij de behandeling. Het kan gaan om:

- counseling, begeleiding of behandeling bij lichamelijke ziekte of psychosociale klachten;
- aanleren van praktische of probleemoplossende vaardigheden voor lichamenlijk of psychisch functioneren;
- hulp bij verliesverwerking;
- hulp bij relatieproblemen, thuis of elders;
- scheidingsproblematiek;
- hulp bij vragen rondom opvoeding;
- begeleiding bij burnout, werkhervatting na ziekte of werkconflicten;
- hulp bij het houden van overzicht en regelzaken bij financiële of sociaal-materiële problemen met huisvesting, inkomen of schulden;
- praktische ondersteuning bij opstapelende problemen: financiën, administratie, zelfverzorging,

verzorging van het gezin;

- begeleiding van patiënten na behandeling;
- informeren en adviseren; verwijzen naar de aangewezen instanties; bemiddelen in de contacten met deze instanties en het helpen aanvragen van voorzieningen.

11.5.12 Cognitieve (gedrags)therapie (CT/CGT)

Cognitieve en gedragstherapeutische interventies zijn gericht op het verminderen van passieve en actieve vermijding, zoals veiligheidsgedrag, op het verminderen van angstgerelateerde gedachten door het identificeren en bijstellen van disfunctionele cognities, en op het verminderen van angst en spanning.

Bron: Emmelkamp, Bouman en Visser in: Balkom et al, 2011

De frequentie van behandelsessies hangt mede af van de fase van de behandeling, waarbij meestal tegen het einde van de behandeling meer tijd tussen de sessies wordt gepland om de overgang naar de periode na de behandeling geleidelijk te laten verlopen.

11.5.13 Cognitieve (gedrags)therapie bij GAS

Binnen een cognitieve behandeling worden negatieve en verstorende cognities opgespoord met betrekking tot angstproeppende sociale situaties. Bijvoorbeeld door middel van een zogenaamde 'Socratische dialoog' met de patiënt worden deze cognities uitgedaagd en geëvalueerd op hun feitelijkheid en accuratesse, en uiteindelijk worden meer rationele en functionele cognities geformuleerd. Deze alternatieve cognities worden weer getoetst aan de sociale realiteit binnen zogeheten gedragsexperimenten.

11.5.14 Exposure in vivo (EV) met responspreventie bij GAS

'Piekeren' is naast de verhoogde arousal het meest centrale symptoom van GAS. In sommige exposure behandelingen worden patiënten rechtstreeks, langs imaginaire weg, blootgesteld aan hun piekerthema's, in andere exposure behandelingen worden zij blootgesteld aan concrete 'cue's' die het gepieker uitlokken. Aan de hand van een angsthiërarchie worden angstwekkende situaties opgezocht. Dit kunnen concrete prikkels zijn, maar ook de eigen zorgelijke gedachten ten aanzien van bepaalde onderwerpen. Door deze situaties niet te vermijden maar erbij te blijven stil staan zal de patiënt ervaren dat de angst op den duur daalt en dat volgende keren dezelfde situatie minder angst zal oproepen. Het wordt daardoor steeds minder moeilijk de betreffende situaties de baas te kunnen. Aan blootstelling kan responspreventie worden toegevoegd: het stapsgewijs nalaten van gedrag dat geruststelling of angstreductie geeft (veiligheidsgedrag).

11.5.15 Exposure in vivo bij paniekstoornis

Exposure in vivo moet worden toegepast als een betrekkelijk intensieve behandeling. Deze moet minimaal twaalf weken duren en er moet dagelijks minimaal een uur (zelf)exposure worden toegepast.

Met specifieke situaties wordt net zo lang geoefend totdat de situatie geen angst meer oproept. De therapeut moet duidelijke instructies en feedback geven over de wijze waarop exposure in vivo werkt en moet te worden uitgevoerd.

Het is van belang dat de patiënt uiteindelijk alleen en zelfstandig exposure uitvoert, waarbij de therapeut nauw betrokken is bij het opstellen van het exposureprogramma en bij het monitoren ervan. Wanneer het risico op drop-out hoog wordt ingeschat kunnen intensiteit en frequentie van de exposurebehandeling naar beneden worden bijgesteld.

11.5.16 Exposure in vivo (EV) met responspreventie bij specifieke fobie

Pas exposure in vivo toe, waar dat mogelijk is en start, waar dat niet het geval is, met een variant van imaginaire exposure. Kies voor een individuele behandeling of behandeling in een kleine groep met patiënten die dezelfde enkelvoudige fobie hebben. Combineer exposure met coping en 'modeling'. Geef, waar mogelijk, de voorkeur aan een korte intensieve behandeling. Laat de patiënten gedurende de behandeling, maar ook nog daarna, thuis exposuretaken uitvoeren:

- onderzoek welke cognities en gedragspatronen de fobie in stand houden;
- geef een rationale voor de wijze waarop de fobie heeft kunnen voortbestaan en voor de wijze waarop die factoren door de behandeling zullen worden beïnvloed;
- geef aansluitend geruststellende informatie over het feitelijke gevaar dat de fobische prikkel vertegenwoordigt;
- leer, zo nodig en zo mogelijk, de patiënt praktische vaardigheden aan om met de fobische situatie om te gaan of om zich in die situatie zo adequaat mogelijk op te stellen;
- begeleid de patiënt actief (of laat dit doen door geschikte, goed geïnstrueerde vertrouwenspersoon van de patiënt) in de fobische situatie gedurende daadwerkelijke confrontaties met de fobische prikkel;
- laat de patiënt tussen de afspraken door (zowel begeleid als ook alleen) geregeld oefenen in confrontaties met de fobische prikkel;
- adviseer om ook na afloop van de behandeling geregeld actief de fobische situatie te blijven opzoeken;
- overweeg andere of aanvullende interventies wanneer na 8 uur therapie onvoldoende resultaat is geboekt.

11.5.17 Exposure in vivo (EV) met responspreventie (ERP) bij OCS

Exposure met responspreventie is een gemakkelijk toe te passen methode die door de patiënt doorgaans gemakkelijk wordt begrepen en die de patiënt goed kan uitvoeren. De volgende aanbevelingen zijn belangrijk voor de uitvoering van exposure in de klinische praktijk:

- inventariseer de obsessies en compulsies;
- geef de rationale voor het in stand blijven van de klacht in casu de angstreductie ten gevolge van de uitgevoerde compulsies;
- motiveer de patiënt voor behandeling;
- start een programma van (bij voorkeur geleidelijke) blootstelling en daaraan gekoppelde volledige responspreventie in een frequentie van een of twee maal per week;
- laat de patiënt tussen de afspraken door thuis zelf oefenen;

- sluit af met een terugvalpreventieprogramma.

Als niet alleen de obsessies maar ook de compulsies van cognitieve aard zijn is het van belang functioneel onderscheid te maken tussen de angstverwekkende en angstreducerende gedachten en beelden: aan de eerste wordt de patiënt blootgesteld, de tweede moeten worden verhinderd. Maak bij cognitieve dwang onderscheid tussen angstverwekkende en angstreducerende gedachten. Stel bloot aan de eerste en voorkom de tweede.

Bij de blootstelling zal in dit geval vaker sprake zijn van exposure in vitro (imaginair). Ook om praktische reden zal exposure in vitro aangewezen zijn of de voorkeur hebben in de behandeling van OCS. Omdat graduele exposure in vivo even effectief is als flooding in vivo zal de voorkeur van patiënt voor de eerste variant over het algemeen gehonoreerd kunnen worden. Graduele exposure heeft als voordeel dat het minder spanning voor de patiënt met zich meebrengt en ook gemakkelijker tussen de sessies door zelfstandig thuis uitgevoerd kan worden. Blijven oefenen tussen de sessies is immers van belang. Pas als mogelijk graduele exposure in vivo toe om vervolgens huiswerkopdrachten mee te geven betreffende exposure en responspreventie, door de individuele patiënten zelf thuis uit te voeren. Als dit onvoldoende aanslaat kan het verstandig zijn ERP gedurende een paar zittingen in aanwezigheid van de therapeut uit te voeren.

11.5.18 Paniekmanagement (PM)

PM is een methode die door patiënten betrekkelijk gemakkelijk wordt geaccepteerd en betrekkelijk eenvoudig kan worden uitgevoerd. De methode kan worden gecombineerd met andere interventies als exposure in vivo. Verschillende varianten van PM kunnen worden toegepast zolang een geruststellende herinterpretatie, interne exposure en coping deel uitmaken van de interventie en zolang de behandeling gedurende minimaal een maand wordt voortgezet.

Paniekmanagement moet worden toegepast gedurende een periode van één tot drie maanden. Patiënten moeten daarnaast frequent oefenen buiten de therapiezittingen. PM wordt doorgaans toegepast in een individueel format. Er zijn geen overwegende bezwaren tegen PM in groepsverband. Bij onvoldoende effect kan de interventie nog zeker twee maanden langer worden toegepast, voordat men moet besluiten dat PM waarschijnlijk ineffectief is voor de patiënt.

11.5.19 Sociale vaardigheidstraining

11.5.20 Sociale vaardigheidstraining

Sociale vaardigheidstraining kan als behandeling aangeboden worden aan patiënten met een sociale angststoornis waarbij duidelijk sprake is van tekorten in de sociale prestatie na een standaard cognitieve gedragstherapie.

In een sociale vaardigheidstraining is de aandacht gericht op tekorten in sociale prestatie, waarmee een patiënt met een sociale angststoornis in sociale situaties in de problemen komt en mogelijke negatieve reacties bij anderen veroorzaakt. Binnen een sociale vaardigheidstraining worden verschillende procedures gebruikt, zoals modeling, gedragsherhaling, rollenspelen, feedback en sociale bekrachtiging. Vaak worden ook exposure elementen en cognitieve herstructurering aan een sociale vaardigheidstraining toegevoegd. Hoewel sociale vaardigheidstraining in groepsverband

danwel individueel even effectief lijken te zijn, heeft groepsverband de voorkeur vanwege de mogelijkheden die dit biedt om te oefenen met allerlei vaardigheden. De toepassing is betrekkelijk eenvoudig.

11.5.21 Taakconcentratie-training

Taakconcentratie-training is een betrekkelijk eenvoudige behandeling. Taakconcentratie-training kan als aanvullende interventie worden toegepast naast exposure in vivo, cognitieve therapie en/of sociale vaardigheidstraining bij sterk op het eigen lichamelijk functioneren gerichte sociale angststoornissen als bloosangst, trilangst of zweetangst.

Taakconcentratie-training kan als aanvullende interventie worden toegepast in een individueel format. Taakconcentratie kan fungeren als een soort coping-respons tijdens zowel exposure als tijdens gedragsexperimenten in het kader van cognitieve therapie en tijdens het uitvoeren van sociale vaardigheidsoefeningen.

11.5.22 Applied relaxation

Applied relaxation is een coping- en relaxatietechniek. Stapsgewijs leert een patiënt zich te ontspannen en dit uiteindelijk toe te passen in angstverwekkende situaties. Bij de methode van 'applied tension' leert de patiënt spieren aan te spannen om zo een ongewenste snelle bloeddrukdaling te voorkomen bij confrontatie met de fobische prikkel. De eerste stap is het aanleren van progressieve relaxatie, waarbij een patiënt leert spiergroepen aan te spannen en te ontspannen. De tweede stap is het ontspannen zonder aan te spannen. De derde stap is het leren ontspannen met behulp van een woord (cue controlled relaxation), zoals 'rustig', 'ontspan' of 'laat los'. In de vierde stap van de training leert men deze techniek te gebruiken in allerlei situaties, zodat het gevoel van ontspanning kan generaliseren naar verschillende situaties op verschillende levensgebieden. Bij de vijfde en laatste stap leert de patiënt de ontspanning tot te passen in de moeilijke situaties zelf.

11.5.23 Farmacotherapie bij GAS

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis (GAS) kunnen geïndiceerd zijn:

- antidepressiva (zie par. 8.1.4. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen);
- SSRI's: paroxetine, escitalopram en sertraline;
- SNRI's: venlafaxine en duloxetine;
- TCA's: imipramine of trazodon;
- buspiron (zie par. 8.1.3. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen);
- benzodiazepinen: alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam (zie par. 8.1.4. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen);
- pregabaline (zie par. 8.1.5. in de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen).

Niet geïndiceerd in de behandeling van GAS zijn bètablokkers en antipsychotica.

Plaats in de behandeling

Voor de stappenvolgorde in de farmacotherapie bij GAS worden de algoritmes in de MDR Angststoornissen gevolgd die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en tolerabiliteit (hyperlink 8.1.6).

Voordat een benzodiazepine of pregabaline wordt gegeven wordt eerst cognitieve gedragstherapie overwogen (zie par. 8.5 en 8.5.1 in Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen).

Dosering, duur en vervolg

De start- en streefdoseringen en evaluatiemomenten zoals beschreven in de MDR Angststoornissen worden gevolgd (voor antidepressiva zie aanbevelingen en overige overwegingen in 8.1.2, voor buspiron 8.1.3, voor benzodiazepinen (alprazolam, diazepam, oxazepam en lorazepam) 8.1.4 en voor pregabaline 8.1.5 in van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen).

Na 6 weken kan het effect van de medicamenteuze behandeling met antidepressiva (SSRI's, SNRI's en TCA's) of buspiron worden geëvalueerd. Wanneer na 6 weken behandeling geen of een beperkt effect geobserveerd wordt en het middel goed wordt verdragen, kan de dosering worden verhoogd. Nadat de effectief bevonden medicatie zes weken na instellen effectief gebleken is, wordt de patiënt minimaal één jaar doorbehandeld, om daarna zo mogelijk de dosering langzaam af te bouwen. Bij benzodiazepinen geldt dat wanneer deze na 1-2 weken effectief gebleken zijn, de patiënt gedurende een half jaar tot een jaar wordt doorbehandeld. De dagdosering wordt zo mogelijk verminderd. Bij pregabaline geldt bij gebleken effectiviteit na vier weken dat de patiënt langdurig, in ieder geval een jaar, doorbehandeld wordt. Vervolgens wordt geprobeerd om de medicatie af te bouwen.

Bij herstel wordt de medicatie minimaal één jaar voortgezet en daarna uitgesloten met terugvalpreventie. Bij terugval wordt de medicatie herstart en langer gecontinueerd.

11.5.24 Farmacotherapie bij paniekstoornis

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de paniekstoornis (met of zonder agorafobie) kunnen geïndiceerd zijn:

- antidepressiva
- SSRI's: citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline
- SNRI's: venlafaxine
- TCA's: clomipramine
- (High potency) benzodiazepinen: oxazepam, alprazolam, clonazepam, diazepam en lorazepam
- MAOI: fenelzine.

Plaats in de behandeling

Voor de stappenvolgorde in de farmacotherapie bij paniekstoornis worden de algoritmes in de MDR Angststoornissen gevolgd die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en tolerabiliteit (par. 5.6).

Bij het overstappen van een SSRI op een ander middel of andere behandeling moet altijd ook gedragstherapie overwogen te worden, als dat al niet eerder gedaan is.

Er is een voorkeur om venlafaxine niet in de generalistische zorg of de basis-ggz toe te passen. De MAOI's hebben een beperkt toepassingsgebied, en worden gereserveerd voor therapieresistente patiënten (en net als de (high potency) benzodiazepinen alleen in gespecialiseerde ggz).

Dosering, duur en vervolg

De start- en streefdoseringen en evaluatiemomenten zoals beschreven in de MDR Angststoornissen worden gevolgd.

De antidepressiva worden langzaam opgebouwd om bijwerkingen te beperken. Getracht wordt de patiënt in twee weken op een streefdosis in te stellen, en vervolgens na minimaal 4 weken op de streefdosis het effect te evalueren.

Nadat antidepressiva na minimaal 4 weken behandeling op de streefdosering effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd, en kan daarna zo mogelijk bij remissie van de klachten worden verlaagd. Het afbouwen wordt langzaam, in stappen van drie maanden per dosisstap gedaan, waarbij eventuele terugval goed gemonitord wordt. Bij terugval wordt de medicatie herstart en langer gecontinueerd.

Nadat de (high potency) benzodiazepine na enige dagen tot weken effectief gebleken is, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gehandhaafd, en kan daarna zo mogelijk bij remissie van de klachten worden verlaagd. Dit wordt langzaam, in stappen van drie maanden per dosisstap gedaan, waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden.

Wanneer men uiteindelijk in de fase van een MAOI beland is, is een zeer langdurige (jarenlange) onderhoudsbehandeling te overwegen. MAOI's worden alleen door een psychiater voorgeschreven te worden. Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen, vanwege de mogelijke bijwerkingen zoals orthostase en het instellen op een tyraminebeperkt dieet. Uit de klinische praktijk blijkt dat fenelzine bij gebleken effectiviteit langdurig moet worden voorgeschreven, conform de SSRI's en de TCA's, mogelijk ook omdat MAOI's in het algemeen bij daarvoor therapieresistente patiënten toegepast worden.

11.5.25 Farmacotherapie bij sociale-angststoornis

Voor de farmacotherapeutische behandeling van de sociale-angststoornis (SAS) kunnen geïndiceerd zijn:

- selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's)
- serotonine en noradrenaline heropnameremmer (SNRI) venlafaxine
- mono-amine-oxidaseremmers (MAOI's): fenelzine
- benzodiazepinen: clonazepam, alprazolam en bromazepam
- bètablokkers: propranolol en atenolol (alleen specifieke subtype)

Plaats in de behandeling

Bij een sociale-angststoornis zonder ernstige comorbide depressieve stoornis gaat in eerste instantie de voorkeur uit naar niet-medicamenteuze behandeling. Bij deze bepaling is ook meegewogen dat vergeleken met het staken van een behandeling met cognitieve gedragstherapie méér patiënten terugvallen na staken van een medicamenteuze behandeling.

Voor de stappenvolgorde in de farmacotherapie bij sociale-angststoornis worden de algoritmes in de

MDR Angststoornissen gevolgd die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en tolerabiliteit (par 6.5).

Er is een voorkeur om venlafaxine niet in de generalistische zorg of de basis-ggz toe te passen. De MAOI's hebben een beperkt toepassingsgebied, en worden gereserveerd voor therapieresistente patiënten (en net als de (high potency) benzodiazepinen alleen in gespecialiseerde ggz.

Dosering, duur en vervolg

De start- en streefdoseringen en evaluatiemomenten zoals beschreven in de MDR Angststoornissen worden gevolgd (hyperlinks toevoegen).

Nadat SSRI's na twaalf weken effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig doorbehandeld. De dagdosering wordt in eerste instantie minimaal een jaar gecontinueerd en kan daarna zo mogelijk worden verlaagd. Dit verminderen gaat langzaam, in stappen van drie maanden, waarbij een terugval goed geëvalueerd wordt. Ook wordt de patiënt gewaarschuwd voor onthoudingsverschijnselen, welke onderscheiden worden van een recidief van de SAS.

In de klinische praktijk blijken alle SSRI's en venlafaxine bij langdurig gebruik effectief. Uit klinische praktijk blijkt dat soms overwogen kan worden de dosering na een jaar geleidelijk te verminderen. Ook blijkt hier dat patiënten soms op de langere termijn met een lagere dagdosering uit kunnen komen. Dit wordt in de klinische praktijk bepaald door de dagdosering van de SSRI's of door venlafaxine stapsgewijs te verlagen en het effect van deze verlaging na twaalf weken te evalueren. Wanneer de klachten van de patiënten in remissie zijn gebleven na deze verlaging kan de dagdosering opnieuw stapsgewijs verlaagd worden. Bij een deel van de patiënten blijkt een langduriger onderhoudsbehandeling noodzakelijk.

De MAOI fenelzine is gereserveerd voor therapieresistente patiënten en wordt bij gebleken effectiviteit langdurig voorgeschreven. Wanneer men uiteindelijk in de fase van een MAOI beland is, is een zeer langdurige onderhoudsbehandeling te overwegen. Bij gebruik van fenelzine is het houden van een tyramine-arm dieet noodzakelijk. Gegevens over het effect op langere termijn ontbreken.

Voor instelling op de MAOI wordt de patiënt meestal klinisch opgenomen. Uit de klinische praktijk blijkt dat fenelzine bij gebleken effectiviteit langdurig moet worden voorgeschreven conform de SSRI's. MAOI's kunnen alleen op artsenverklaring door een psychiater worden voorgeschreven.

De benzodiazepinen clonazepam, alprazolam en bromazepam zijn in de farmacotherapie van de gegeneraliseerde SAS effectief gebleken. De effectiviteit bij het specifieke subtype is onduidelijk of niet aanwezig. Vanwege de bijwerkingen en het risico op afhankelijkheid van deze middelen zijn deze geen eerste keuze en worden deze pas na SSRI's voorgeschreven. Het lijkt zinnig voordat benzodiazepinen worden gegeven eerst cognitieve gedragstherapie te proberen.

11.5.26 Farmacotherapie bij OCS

Voor de farmacotherapeutische behandeling van OCS kunnen geïndiceerd zijn:

- SSRI's
- het TCA clomipramine

Daarnaast is er onderzoek met betrekking tot antipsychotica en andere middelen als additie bij een

ander middel (meestal een SSRI of clomipramine) om de effectiviteit te verhogen. Venlafaxine (een SNRI) is beperkt onderzocht.

De volgende middelen zijn niet geïndiceerd aangezien deze onvoldoende onderzocht en/of ineffectief gebleken zijn: mirtazapine, nefazodon, de klassieke MAOI's phenelzine en tranylcypromine, memantine en St. Janskruid (600-1800 mg per dag).

Plaats in de behandeling

Voor de stappenvolgorde in de farmacotherapie bij OCS worden de algoritmes in de MDR Angststoornissen gevolgd die zijn opgesteld op basis van effectiviteit en tolerabiliteit ([hyperlink 7.6](#)).

Dosering, duur en vervolg

De start- en streefdoseringen en evaluatiemomenten zoals beschreven in de MDR Angststoornissen worden gevolgd.

Nadat SSRI's na instellen effectief gebleken zijn, wordt de patiënt langdurig te worden doorbehandeld. Als de patiënt een maximaal effect bereikt heeft en enige tijd stabiel is naar het oordeel van een clinicus, bijvoorbeeld 1 jaar, kan geprobeerd worden de dagdosering stapsgewijs te verlagen naar een minimaal effectieve dosering. Dit wordt langzaam, in stappen van drie maanden gedaan, waarbij het effect na 12 weken wordt geëvalueerd en eventuele terugval goed in de gaten wordt gehouden.

Nadat clomipramine (TCA) na 12 weken effectief gebleken is, wordt de patiënt doorbehandeld in een minimale dosering. De dagdosering kan daarna stapsgewijs worden verlaagd. Wanneer de klachten van de patiënt in remissie zijn gebleven na deze verlaging bij evaluatie na 12 weken, kan de dagdosering opnieuw een stap verminderd worden. Dit wordt steeds langzaam, in stappen van drie maanden gedaan, waarbij eventuele terugval goed in de gaten gehouden moet worden.